ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1835

46°
ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

19-20 ΙΟΥΝΙΟΥ 2020

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΑΠ' ΕΥΘΕΙΑΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Χορηγούνται 15 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης
(C.M.E.-C.P.D. Credits)

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Η Οργανωτική Επιτροπή του 46ου ΕΠΙΣ ευχαριστεί θερμά όλους τους συγγραφείς των ερευνητικών εργασιών οι περιλήψεις των οποίων υποβλήθηκαν προς κρίση στο πλαίσιο του Συνεδρίου.

Όλες οι περιλήψεις που προκρίθηκαν παρουσιάστηκαν στη διαδικτυακή έκδοση του 46ου ΕΠΙΣ με τη μορφή αναρτημένων ανακοινώσεων (e-poster) ανά θεματική ενότητα.

Στο Τόμο Περιλήψεων, έχουν συμπεριληφθεί μόνο οι περιλήψεις των αναρτημένων e-poster.

46ο ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Διαδικτυακή απ'ευθείας παρουσίαση, 19-20 Ιουνίου 2020

Διοικητικο Συμβουλιο Ιατρικης Εταιρειας Αθηνων
και
Οργανωτικη Επιτροπη 46ου ΕΠΙΣ

Πρόεδρος	Δ. Μπουμπας
Αντιπρόεδρος	Σ. Παπαγεωργιου
Γεν. Γραμματέας	Ε. Θηραιος
Ειδ. Γραμματέας	Μ. Κουτσιλιερης
Ταμίας	Δ. Δημητρουλης
Μέλη	Ε. Βογιατζακης
	Θ. Βραχλιωτης
	Π. Μαργος
	Αικ. Τουλιατου

Επιτροπη Προγραμματος

Κ. Αθανασακης
Γ. Αντωνακος
Χ. Αρβανιτη
Ξ. Βακαλης
Κ. Βαμβακαρης*
Β. Βανταλη
Α. Βασιλογιαννακοπουλος
Δ. Βασιλοπουλος
Ε. Βερβεσου
Β. Βιβιλακη
Θ. Βογιατζακη
Α. Βοζικης
Δ. Βουρτσης
Μ. Γαβριατοπουλου
Β. Γεμου-Engesaeth
Ε. Γεωργακιλα
Μ. Γεωργιακακη
Σ. Γιαννακοδημος
Ε. Γιαννιτσιωτη
Κ Γιαννοπουλου
Ρ. Γουρνελλης
Μ. Γρυλλια
Γ. Δαφουλας
Α. Δελιδης
Μ. Ευφραιμιδης
Μ. Ζαριφη
Ε. Ζουριδακη
Γ. Ζωγραφος
Μ. Θεοδωρακοπουλου
π.Β.Θερμος
Θ. Καλογεροπουλος
Μ. Καλοειδας
Α. Καλοκαιρινου
Α. Καουκης
Δ. Καραγεωργοπουλος
Μ. Καραμανου
Σ. Καραμπελα
Χ. Καρανικας
Α. Καραντανας
Θ. Καρατζας
Ε. Καστριτης
Β. Καψιμαλη
Α. Κελεκης
Δ. Κοκκινος
Σ. Κοντογιαννης
Αικ. Κορακιδου
Χ. Κορος
Π. Κουλουβαρης
Β. Κουλουλιας
Ι. Κουτσικος
Ε. Κραββαριτη
Σ. Κυκαλος
Ι. Κωστογλου-Αθανασιου
Χ. Κωτουλας
Α. Λαγιου
Β. Λαμπαδιαρη
Χ. Λιονης
Σ. Λουκιδης
Αικ.Μαραθια
Α. Μελιδωνης
Γ. Μιλτιαδους
Μ. Μοσχου
Α. Μπερλερ
Σ. Μπουσμπουλας
Μ. Νταλαμαγκα
Σ. Ντουρακης
Μ. Παιδονομος
Σ. Παναγιωτακης
Α. Παπαδοπουλος
Β. Παπαευαγγελου
Α. Παπαζαφειροπουλου
Γ. Παπαθεοδωριδης
Ν. Παπανικολαου
Ι. Παπατριανταφυλλου
Μ. Παπουτσακη
Π. Παρασκευοπουλου
Μ. Πεππα
Θ. Πεππας
Κ. Πετροπουλου
Α. Πεφανης
Ε. Πλατσουκα
π.Α.Πογιατζης
Α. Πολιτης
Ε. Πολυζωγοπουλου
Α. Πρωτοπαππιας
Ε. Ριζος
Π. Σκλαβουνος
Α. Σκυρλας
Ε. Σμυρνακης
Σ. Σουγιουλτζης
Κ. Σουλιωτης
Σ. Σπηλιοπουλος
Δ. Στρατηγου
Α. Τατσιωνη
Μ. Τεκτονιδου
Β. Τζαβαρα
Μ. Τζανελα
Ν. Τζιωλος
Θ. Τσαγανος
Η. Τσαγκαρης
Δ. Τσακλακιδου
Α. Τσερκεζογλου
Κ. Τσιαμης
Ε. Τσιγκος
Α. Τσιρογιαννη
Γ. Τσουρουφλης
Δ. Φιλιππιαδης
Γ. Φλωρος
Ε. Φραγκουλης
Π. Χαλβατσιωτης
Γ. Χαραλαμπους
Ε. Χαρμανδαρη
Ε. Χηνου
Χ. Χριστοδουλου
Α. Ψυρρη

(*) Εκπρόσωπος Φοιτητών

1. ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΔΙΑΣΩΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΛΑΝΩΜΕΝΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Π. Χριστοφόρου[1], Α. Χατζηιωάννου[2], Κ. Νάστος[3], Θ. Θεοδοσόπουλος[3], Θ. Κωτσής[1]

[1]Αγγειοχειρουργική Μονάδα - Β΄ Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ - Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, [2]Α΄Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ - Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, [3]Β΄ Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ - «Αρεταίειο» Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιπλανώμενη μεσεντέριος αρτηρία συνιστά μια διεσταλμένη ελικοειδή αρτηριακή γέφυρα που συνδέει την περιφερική κυκλοφορία της άνω μεσεντερίου με τους κλάδους της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας. Αυτή η αρτηριακή οδός, όταν υπάρχει, πρέπει να διατηρείται σε οποιαδήποτε κοιλιακή επέμβαση, καθώς είναι συχνά η μόνη εναπομένουσα αρτηριακή παροχή του εντέρου, ενώ η απολίνωση της μπορεί να συνοδεύεται από εντερική ισχαιμία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός 42χρονου άνδρα, βαρύς καπνιστής με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, ο οποίος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, για το οποίο υποβλήθηκε σε αγγειοπλαστική στην περισπώμενη αρτηρία με τοποθέτηση DES, παρουσίασε οξύ κοιλιακό άλγος με συνοδό εμπύρετο, ως επί οξείας επί χρόνιας μεσεντέριας ισχαιμίας. Η ενδοαρτηριακή αγγειογραφία αποκάλυψε την παρουσία μίας περιφερικής μεσεντέριας αρτηρίας, σε έδαφος απόφραξης της άνω και κάτω μεσεντερίου αρτηρίας με σχεδόν απόφραξη του αλληρείου τρίποδα, απόφραξη δεξιάς έσω λαγονίου αρτηρίας συνοδευόμενη από μεγάλη στένωση της αριστερής έσω λαγονίου αρτηρίας. Η επιτυχής τοποθέτηση ενδοπρόθεσης στο στόμιο της αριστεράς έσω λαγονίου αρτηρίας ακολουθείται από μια καλά καθορισμένη διάταση της περισπώμενης αρτηρίας και επαναιμάτωση του παράπλευρου δικτύου και επανασχηματισμό των περιφερικών κλάδων της κάτω και της άνω μεσεντερίου αρτηρίας με αποτέλεσμα την πλήρη διάλυση της οξείας μεσεντερίου ισχαιμίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από 5 ημέρες ο ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Με την ενδοαυλική διάσωση της περιπλανώμενης αρτηρίας εξασφαλίστηκε η βιωσιμότητα του εντέρου και δόθηκε η δυνατότητα στον ασθενή να απομακρυνθεί χρονικά από το έμφραγμα του μυοκαρδίου και να τύχει μιας ενδεχομένης μελλοντικής προγραμματισμένης επαναιμάτωσης του εντέρου.

2. ΠΑΡΑΓΑΓΓΛΙΩΜΑ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΙΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΗΛΙΚΙΑ

Θ. Κώτσης, Π. Χροστοφόρου, Κ. Νάστος

Αγγειοχειρουργική Μονάδα - Β΄Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αρεταίειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Τα παραγαγγλιώματα του καρωτιδικού σωματίου στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία είναι εξαιρετικά σπάνια, με μόνο 23 αναφορές περιπτώσεις να έχουν αναφερθεί στην πρόσφατη βιβλιογραφία. Στην παιδική ηλικία, η εκτίμηση εμφάνισης του παραγαγγλιώματος του καρωτιδικού σωματίου είναι 3-10%. Παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις εφήβων με παραγαγγλίωμα καρωτιδικού σωματίου που υποβλήθηκαν σε χειρουργική εξαίρεση στη μονάδα μας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η μια συμπτωματική ασθενής διεγνώστηκε και θεραπεύτηκε στην ηλικία των 15 ετών (Εικ. 1), ενώ στον δεύτερο ασθενής ετέθη η διάγνωση της βραγχιακής τραχηλικής κύστης από χειρουργό και παρακολουθείτο αλλαχού για πολλά έτη, πιθανώς λόγω της σπανιότητος του όγκου. Οκτώ χρόνια μετά οριστικοποιήθηκε η διάγνωση του παραγαγγλιώματος και αντιμετωπίσθηκε στη μονάδα μας. Και στις δύο περιπτώσεις επρόκειτο για παραγαγγλίωμα τύπου ΙΙ κατά Shamblin. Η χειρουργική προσέγγιση περιελάμβανε παρασκευή και έλεγχο της κοινής και της έξω καρωτίδος και στη συνέχεια επιμελή κρανιο-ουραία και πλάγια αποκάλυψη και αποκόλληση του όγκου. Η ιστολογική εξέταση όπως αναμενόταν δεν έδειξε στοιχεία κακοήθειας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξαιρέθηκαν οι όγκοι ολικά χωρίς χωρίς υπόλειμμα. Στη νεαρή ό όγκος αποκολλήθηκε με μεγαλύτερη δυσκολία. Οι ασθενείς αποσωληνώθηκαν και ανένηψαν άμεσα χωρίς νευρολογικά προβλήματα. Διατηρήθηκαν όλα τα κρανιακά νεύρα ακόμη και η αγκύλη του υπογλωσσίου νεύρου (Εικ. 2). Ο μετεγχειρητικός έλεγχος των συγγενών αλλά και των ασθενών πολλά χρόνια μετά ήταν αρνητικός.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία των παραγαγγλιωμάτων του καρωτιδικού σωματίου είναι υποχρεωτική. Ωστόσο, λόγω της σπανιότητας αυτών των βλαβών σε νεαρούς ασθενείς, συχνά δεν περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένη διάγνωση ή καθυστέρηση της θεραπείας.

Εικόνα 1.

Εικόνα 2.

3. ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ

Θ. Κωτσής[1], Π. Χριστοφόρου[1], Κ. Νάστος[2]

[1]Αγγειοχειρουργική Μονάδα - Β' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αρεταίειο», [2]Β' Χειρουργική Κλινική Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αρεταίειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή της καρωτίδος συσχετίζεται με την παρουσία μετεγχειρητικής υπέρτασης σε σύγκριση με την κλασική ενδαρτηρεκτομή, λόγω απώλειας της λειτουργικότητος του σύστοιχου τασεουποδοχέα. Έχει ενοχοποιηθεί η χειρουργική απονεύρωση και διακοπή της συνέχειας του νεύρου του Hering με την IX συζυγία. Έχει επίσης τεκμηριωθεί η παρουσία σημαντικού τμήματος του αισθητήρα στον έξω χιτώνα της έσω πλευράς της έσω καρωτίδος. Η μέθοδος ανάστροφης ενδαρτηρεκτομής κατά Chevalier προτάθηκε ως παραλλαγή για την αποφυγή της μετεγχειρητικής υπέρτασης. Συνοδεύεται όμως από βασικά μειονεκτήματα. Παρουσιάζουμε τα πρόδρομα αποτελέσματα της εφαρμογής μιάς εναλλακτικής τροποποιημένης ανάστροφης ενδαρτηρεκτομής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 18 μηνών στο Αρεταίειο Νοσοκομείο, 63 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή της έσω καρωτίδος, από τον ίδιο χειρουργό, για την αντιμετώπιση της εξωκράνιας αγγειακής νόσου. Ουδείς παρουσίασε περιεγχειρητικά νευρολογικά ή άλλα προβλήματα. Στην προοπτικού τύπου μελέτη μελετήθηκαν 57 ασθενείς, οποίοι υπό ΓΕΑ υπεβλήθησαν σε ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή. Είκοσι οκτώ ασθενείς χειρουργήθηκαν με την κλασική ανάστροφη ενδαρηρεκτομή (ομάδα Α). Είκοσι εννέα ασθενείς χειρουργήθηκαν με την τροποποιημένη ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή (ομάδα Β).

Variable	*Receptors*	*Mean*	*Std. Deviation*	*p*
Age	Yes	69.45	8.343	0.691
	No	70.25	6.681	
Height	Yes	168.72	7.526	0.966
	No	168.64	6.573	
Weight	Yes	76.21	12.347	0.588
	No	77.82	9.840	
BMI	Yes	26.546	3.872	0.367
	No	27.486	3.9278	
Median Systolic Pressure	Yes	140.258	10.816	0.014
	No	148.60	13.970	
Median Diastolic Pressure	Yes	67.051	11.037	0.183
	No	71.017	11.190	
Maximum Systolic Pressure	Yes	160.862	12.838	0.023
	No	172.678	24.590	
Minimum Systolic Pressure	Yes	121.965	12.935	0.218
	No	126.392	13.876	
Maximum Diastolic Pressure	Yes	75.931	12.875	0.521
	No	77.964	10.768	
Minimum Diastolic Pressure	Yes	58.069	9.063	0.009
	No	65.428	11.393	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή της έσω καρωτίδος σύμφωνα με την πρώτη τεχνική, παρουσίασαν υψηλότερες τιμές της αρτηριακής πίεσης μετεγχειρητικά ενώ οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε τροποποιημένη ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή δεν εμφάνισαν υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης (172,67+24,59 έναντι 160,86+12,83, p=0,023 για τις ομάδες Α και Β αντίστοιχα). Μέσος όρος νοσηλείας των ασθενών 2,5 ημέρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα πρόδρομα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά και είναι ενδεικτικά για την σημαντικότητα της μεθόδου μας της τροποποιημένης ανάστροφης ενδαρτηρεκτομής της έσω καρωτίδος ως μέθοδος διαφύλαξης του καρωτιδικού αισθητήρα, όπως αυτό διαφαίνεται από τις μειωμένες τιμές της μετεγχειρητικής αρτηριακής πίεσης των ασθενών της ομάδος Β.

4. ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΓΑΣΤΡΟΕΠΙΠΛΟΪΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Θ. Κωτσής[1], Π. Χριστοφόρου[1], Κ. Ηλιακόπουλος[2], Θ. Θεοδοσόπουλος[2]

[1]Αγγειοχειρουργική Μονάδα - Β΄ Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ - Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, [2]Β΄ Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ - Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

ΣΚΟΠΟΣ: Ιστορικά, τα πλείστα ανευρύσματα των σπλαγχνικών αρτηριών παρατηρήθηκαν στους άνδρες την έκτη δεκαετία της ζωής τους και μετά από ρήξη. Στη σύγχρονη εποχή, η τυχαία ανακάλυψη τους είναι συχνή, λόγω της ευρείας χρήσης των απεικονιστικών μεθόδων.Άνκαι το ανεύρυσμα της σπληνικής αρτηρίας αντιπροσωπεύει το τρίτο συνηθέστερο κοιλιακό αρτηριακό ανεύρυσμα μετά από το ανεύρυσμα της αορτής και των λαγονίων. Το ανεύρυσμα της γαστροεπιπλοϊκής αρτηρίας είναι εξαιρετικά σπάνιο και εμφανίζεται σε συχνότητα 3-4% όλων των ανευρυσμάτων των σπλαγχνικών αρτηριών. Μόνο 17 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί στην αγγλική βιβλιογραφία.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας γυναίκας 65ετών με ασυμπτωματικό σπλαγχνικό αρτηριακό ανεύρυσμα, τυχαίο εύρημα σε υπερηχογραφικό έλεγχο. Η απεικόνιση με μαγνητικό συντονισμό ανέδειξε αρτηριακό ανεύρυσμα πλησίον της σπληνικής αρτηρίας με έντονη ελίκωση της κοιλιακής και της σπληνικής αρτηρίας. Η αξονική αγγειογραφία άνω-κάτω κοιλίας επιβεβαίωσε την ύπαρξη αρτηριακού ανευρύσματος με διάμετρο 2,3 cm κοντά στη π΄υλη του σπληνός χωρίς να προσδιορίζει το εμπλεκόμενο αγγείο. Η ενδαγγειακή θεραπευτική προσέγγιση θεωρήθηκε αδύνατη, λόγω ανατομικών εμποδίων και η ασθενής υποβλήθηκε σε μια εκλεκτική ανοικτή χειρουργική επέμβαση, στην οποία αποκαλύφθηκε το ανεύρυσμα της αριστερής γαστροεπιπλοϊκής αρτηρίας. Το ανεύρυσμα εκτάμει μετά από εγγύς και απομακρυσμένη απολίνωση της γαστροεπιπλοϊκής αρτηρίας, με τη ροή της σπληνικής αρτηρίας να παραμένει άθικτη. Ιστολογικά, αναδείχθηκε ένα πραγματικό ανεύρυσμα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο από το νοσοκομείο την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα χωρίς καμία επιπλοκή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η διαγνωστική προσέγγιση και ο προεγχειρητικός προγραμματισμός στα σπλαγχνικά ανευρύσματα έχουν τεράστια σημασία για την αποφυγή επιπλοκών. Οι τρέχουσες θεραπευτικές μέθοδοι περιλαμβάνουν τεχνικές με καθετήρα ή λαπαροσκοπική χειρουργική.

5. ΜΑΣΧΑΛΟΙΓΝΥΑΚΗ ΠΑΡΑΚΜΨΗ ΑΡΙΣΤΕΡΑ ΣΕ 80ΧΡΟΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Θ. Κωτσής[1], Π. Χριστοφόρου[1], Ν. Ασαλουμίδης[1], Δ. Μασσαρας[2], Π. Παπαχαραλάμπους[3]

[1]Αγγειοχειρουργική Μονάδα - Β' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αρεταίειο», [2]Β' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αρεταίειο», [3]Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αρεταίειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι εξωανατομικές παρακάμψεις για την αιμάτωση των κάτω άκρων κάτωθεν του βουβωνικού συνδέσμου παρουσιάζουν μεν μικρή βατότητα στην 5ετία, ενίοτε όμως προσφέρουν λύση σε περιπτώσεις ασθενών υψηλού κινδύνου. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με πολλαπλές προηγούμενες παρεμβάσεις και ισχαιμία αρ. σκέλους στ. III κατά Fontaine, οοποίος υπεβλήθη σε επιτυχή μασχαλοιγνυακή παράκαμψη.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας 80 ετών βαρύτατος καπνιστής με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας,και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, προσέρχεται στην Αγγειοχειρουργική Μονάδα του Αρεταιείου Νοσοκομείου Αθηνών με άλγος ηρεμίας αρ. σκέλους..Ο ασθενής είχε υποβληθεί σε ενδαρτηρεκτομή κοινής μηριαίας αρτηρίας αριστερά και πλαστική της εν τω βάθει μηριαίας αρτηρίας αριστερά, με τοποθέτηση συνθετικού μοσχεύματος προ διετίαςλαγονομηριαία παράκαμψη προ έτους και σε πρόσφατη μηρομηριαία παράκαμψη από ΔΕ προς τα ΑΡ, η οποία αστόχησε λόγω χαμηλής παροχής από τη δεξιά έξω λαγόνιο αρτηρία στην οποία είχα ήδη τοποθετηθεί νάρθηκας. Υπό γενική αναισθησία διενεργήθηκε μασχαλοιγνυακή παράκαμψη άνωθεν του γόνατος αριστερά με χρήση δύο συνθετικών μοσχευμάτων PTFE 8mmκαι 6mm κατά συνέχεια.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής ανένηψε χωρίς χειρουργικές ή αναισθησιολογικές επιπλοκές. Οκτώ μήνες μετά, η παράκαμψη λειτουργεί άριστα με ψηλαφητή σφυγμική ροή στις περιφερικές αρτηρίες του σκέλους.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σε ασθενείς με εκτεταμένη αποφρακτική νόσο και τεκμηριωμένο κίνδυνο για βαριές επιπλοκές που απαγορεύει μια μείζονα αορτομηριαία παράκαμψη, μια εξωανατομική παράκαμψη με στάθμιση της περιοχής απορροής (ιγνυακή) μπορεί να εξασφαλίσει καλή βατότητα και διάσωση τους σκέλους με καλή ποιότητα ζωής του ασθενούς.

6. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΨΕΥΔΟΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Κ. Κουλία[1], Δ. Χαϊδάρογλου[2], Δ. Πουλακίδας[2], Α. Πενήντα[1], Σ. Ράπτη[1], Ν. Ζάννες[1]

[1]Μονάδα Ψηφιακής Αγγειογραφίας, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ», [2]Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού ψευδοανευρύσματος της βραχιονίου αρτηρίας και η επιτυχής διαδερμική αντιμετώπισή του.

ΥΛΙΚΟ: Άνδρας, 79 ετών, με υπονεφρικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής προσήλθε στο τμήμα μας για διαδερμική, ενδαγγειακή αποκατάσταση αυτού. Κατά την προεπεμβατική κλινική εξέταση διαπιστώθηκε η παρουσία ευμεγέθους, σφύζουσας μάζας στη μεσότητα του αριστερού βραχίονα. Ο ασθενής ανέφερε ότι 55 χρόνια νωρίτερα ήταν αλεξιπτωτιστής και το μόρφωμα αυτό είχε πρωτοεμφανιστεί μετά από μια άσχημη πτώση και τραυματισμό του βραχίονά του από τον ιμάντα του αλεξίπτωτου καθώς κρεμόταν από ένα δέντρο. Την ημέρα της ενδαγγειακής αποκατάστασης του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής, μετά από την επιτυχή τοποθέτηση του μοσχεύματος, καθετηριάστηκε εκλεκτικά η αριστερή υποκλείδιος αρτηρία και πραγματοποιήθηκε αγγειογραφικός έλεγχος της βραχιονίου αρτηρίας με ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία (Digital Subtraction Angiography - DSA). Αναδείχθηκε το ψευδοανεύρυσμα και ακολούθησε η έκπτυξη επικαλυμμένου μοσχεύματος (stent graft) αντίστοιχα προς τον αυχένα του ψευδοανευρύσματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο τελικός αγγειογραφικός έλεγχος ανέδειξε επιτυχή αποκλεισμό του ψευδοανευρύσματος από την ενεργό κυκλοφορία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ψευδοανευρύσματα των περιφερικών αγγείων των άνω και κάτω άκρων είναι συνήθως μετατραυματικά. Η διαδερμική αντιμετώπισή τους αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική, γρήγορη και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή.

7. ΕΚΤΟΠΗ ΕΚΦΥΣΗ ΔΕΞΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΑΚΟ ΥΠΟΝΕΦΡΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ- ΕΠΑΝΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΔΕΞΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Θ. Κωτσής[1], Π. Χριστοφόρου[1], Κ. Θεοδωράκη[2]

[1]Αγγειοχειρουργική Μονάδα - Β΄ Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, «Αρεταίειο» Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, [2]Α΄Αναισθησιολογική Κλινική - Β΄ Χειρουργική Κλινική Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, «Αρεταίειο» Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

ΣΚΟΠΟΣ: Οι ανατομικές παραλλαγές των νεφρικών αρτηριών είναι σπάνιες και συνήθως αφορούν σε διπλασιασμό τους. Η έκτοπη έκφυση μιάς νεφρικής αρτηρίας είναι συνήθως υπερνεφρική. Επί υπονεφρικής έκφυσης (κάτωθεν της συνήθους θέσης, όπως στο ύψος της κάτω μεσεντερίου ή στο ύψος των λαγονίων αρτηριών) συχνά συνυπάρχει έκτοπη θέση του σύστοιχου νεφρού (όπως πυελικός νεφρός). Όταν συνυπάρχει ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής και η νεφρική αρτηρία εξορμάται από τον σάκο του ανευρύσματος απαιτούνται προγραμματισμένοι χειρισμοί για την μη αναστρέψιμη βλάβη στο νεφρό με την έκτοπη νεφρική αρτηρία. Παρουσιάζουμε τη σχετικά σπάνια περίπτωση ασθενούς με έκτοπη έκφυση της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας από το σάκο του υπονεφρικού ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής με ορθότοπο δεξιό νεφρό και ανεύρυσμα της δεξιάς κοινής λαγονίου αρτηρίας,που αντιμετωπίσθηκε με ανοικτή αποκατάσταση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 68 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου (Ε.Μ., αγγειοπλαστική με τοποθ. νάρθηκα), με απινιδωτή, παρουσίαζε ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής με διάμετρο 6 εκ. και ανεύρυσμα δεξιάς κοινής λαγονίου αρτηρίας μεγίστης διαμέτρου 2,1 εκατοστά. Στο προεγχειρητικό έλεγχο με υπολογιστική τομογραφία που προσκόμισε αναδείχθηκε η έκτοπη έκφυση της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας (Εικ. 1.) από το σάκο του ανευρύσματος αρκετά χαμηλά από την ανατομική της θέση.Προκρίθηκε η ανοικτή παρέμβαση που περιλάμβανε την υπονεφρική διακοπή της κυκλοφορίας για την αριστερά νεφρική ισχαιμία και την διακοπή της αιμάτωσης του δεξιού νερού(Εικ. 2. Χορηγήθηκε ηπαρίνη και μανιττόλη ενδοφλεβίως προ του αποκλεισμού ενώ καθετηριάσθηκε η δεξιά νεφρική αρτηρία και με αντλία και συνεχή έγχυση χορηγείτο ψυχρό διάλυμα (4oC) με Ringer'sLactate, ηπαρίνη και μανιττόλη. Πραγματοποιήθηκε η κεντρική αναστόμωση με τοποθέτηση ευθέος μοσχεύματος και κατόπιν εμφυτεύθηκε η δεξιά νεφρική αρτηρία με αορτικό κομβίο (Carellpatch): χρόνος ισχαιμίας για τις δυό αυτές αναστομώσεις

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής αποσωληνώθηκε άμεσα, ανένηψε καλώς και κινητοποιήθηκε την ίδια ημέρα χωρίς την παραμικρή διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας. Σε επαναληπτικό έλεγχο τον 1ο μετεγχειρητικό μήνα επίσης η νεφρική λειτουργία ήταν φυσιολογική ενώ επιβεβαιώθηκε η βατότητα της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας και η καλή αιμάτωση του δεξιού νεφρού (Εικ.4).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ανοικτή χειρουργική αποδίδει οριστικές λύσεις ιδιαίτερα σε σε σύνθετα προβλήματα, όπως στην παρουσιαζόμενη περίπτωση. Φυσικά σε όλες τις περιπτώσεις πρέπει να προηγείται καλός προεγχειρητικός σχεδιασμός και να υπάρχει εμπειρία για τους κατάλληλους χειρισμούς.

8. ΕΧ VIVO ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΟΜΟΙΑΖΟΥΝ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΠΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Α. Μακρής[1], Ι. Κωστόπουλος[1], Ε. Καστρίτης[2], Μ. Δημόπουλος[2], Ε. Τέρπος[2], Ο. Τσιτσιλώνη[1], Κ. Παπαδημητρίου[1]

[1]Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, [2]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα τρισδιάστατα (3D)-μοντέλα καλλιέργειας προσομοιάζουν καλύτερα το περιβάλλον του μυελού των οστών (ΜΟ) σε σύγκριση με τα 2D-μοντέλα, αποδίδοντας ρεαλιστικότερα τη δραστικότητα θεραπευτικών παραγόντων. Στη βιβλιογραφία έχει αναφερθεί πλήθος exvivo 3D μοντέλων που, όμως, δεν πληρούν τα κριτήρια εφαρμογής τους ως εξατομικευμένη πλατφόρμα για το πολλαπλούν μυέλωμα (ΠΜ). Σκοπός είναι η εύρεση των βέλτιστων συνθηκών 3D-καλλιέργειας και ο σχεδιασμός πλατφόρμας ειδικής για το ΠΜ.
ΥΛΙΚΑ-ΜΕΔΟΘΟΙ: Από τα δημοσιευμένα 1025 μοντέλα μελέτης του ΠΜ, επιλέχθηκαν 14 που πληρούν τα κριτήρια εφαρμογής τους σε εξατομικευμένη βάση. Τα exvivo μοντέλα μπορούν να ομαδοποιηθούν σε: α) μοντέλα υδρογέλης, β) στερεά ικριώματα, γ) μοντέλα βιοαντιδραστήρων, δ) 3D-καλλιέργειες με χρήση μικρορευστών και ε) 3D-καλλιέργειες σε ζωικά μοντέλα. Ο συνδυασμός τους παρέχει καλύτερη εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας μέσω ελέγχου της βιωσιμότητας των κλωνικών πλασματοκυττάρων μετά από έκθεση σε φαρμακευτικούς παράγοντες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με βάση το κόστος, την ευρύτερη δυνατή εφαρμοσιμότητα και τη χρονική διάρκεια του κάθε μοντέλου, σχεδιάσαμε και ελέγξαμε πειραματικά την προτεινόμενη πλατφόρμα η οποία περιλαμβάνει: α) απομόνωση μεσεγχυματικών κυττάρων από ΜΟ ασθενών με ΠΜ και ανάπτυξή τους σε στερεά ικριώματα πολυγαλακτικού οξέος (PLA), β) πλήρωση των ικριωμάτων με μυελωματικά κύτταρα ασθενών και προσθήκη συνδυασμών θεραπευτικών παραγόντων, και γ) εκτίμηση της βιωσιμότητας των μυελωματικών κυττάρων με ειδικό λογισμικό ανάλυσης εικόνας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προτεινόμενη πλατφόρμα είναι εν δυνάμει ρεαλιστική και κλινικά εφαρμόσιμη, συνδυάζοντας το χαμηλό κόστος με την υψηλή αποδοτικότητα και επαναληψιμότητα, καθώς και την εύκολη ροή εργασίας. Τα αποτελέσματά της υποδεικνύουν ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον exvivo έλεγχο θεραπευτικών σκευασμάτων ή συνδυασμών τους πριν τη χορήγησή τους σε ασθενείς με ΠΜ.

9. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟ ΟΙΔΗΜΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟ ΣΕ ΕΛΛΕΙΨΗ ΥΔΡΟΞΥΚΟΒΑΛΑΜΙΝΗΣ

Π. Κατσέλη, Κ. Ηλιοπούλου, Φ. Γρηγοροπούλου, Μ. Πατέλλη, Κ. Μαυρομουστάκου, Θ. Ζορμπαλά, Ι. Μπακαούκας, Ζ. Αλεξίου

Β΄Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με αμφοτερόπλευρο οίδημα κάτω άκρων οφειλόμενο στην έλλειψη υδροξυκοβαλαμίνης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής, θήλυ, ηλικίας 29 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενη παρουσία οιδήματος στα κάτω άκρα από εικοσαημέρου.

Ατομικό αναμνηστικό: κατάχρηση αιθανόλης.

Κλινική εξέταση: Επισκοπικά οίδημα σφυρών με εντύπωμα, καρδιακοί τόνοι ευκρινείς-ρυθμικοί, αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο αμφοτερόπλευρα. Κοιλία: μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη στην ψηλάφηση.

Ζωτικά σημεία: Α.Π: 109/75mmHg, ΣΦ: 74/λεπτό, SpO2: 97%, Θ:36,6Oc, ΗΚΓ: φλεβοκομβικός ρυθμός.

Εργαστηριακός έλεγχος: WBCs:5.000/μl (NEUTRO 49,2%, LYMPHO: 39,2%), Hct: 31,7%, Hgb: 10,4gr/dl (MCV: 103,2fl, MCH: 33,8pg), PLTs: 174K/Ml, Glu: 88mg/dl, Urea: 22mg/dl, Cr: 0,6mg/dl, SGOT: 23IU/L, SGPT: 14IU/L, LDH: 142IU/L, Χολερυθρίνη: 0,17mg/dl, Alb: 3,90gr/dl, Ολικά Λευκώματα: 6,4g/dl, Na: 142mmol/L, K: 4,0mmol/L, proBNP: 1958pg/ml, INR: 1,10, B-hCG: αρνητική.

Γενική ούρων: αρνητική για λεύκωμα.

Η ασθενής υπεβλήθη σε διαθωρακικό υπέρηχο καρδιάς: αριστερή κοιλία μη διατεταμένη, με φυσιολογικό κλάσμα εξωθήσεως, δίχως τμηματικές τοιχωματικές υποκινησίες. Επίσης δεν παρατηρήθηκε περικαρδιακή συλλογή. Πραγματοποιήθηκε triplex φλεβών κάτω άκρων: χωρίς εικόνα θρόμβωσης. Η ασθενής εισήχθη στην κλινική για παρακολούθηση και περαιτέρω διερεύνηση. Κατά τον απεικονιστικό έλεγχο με υπολογιστική τομογραφία θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογα παθολογικά ευρήματα, πλήν εικόνας ηπατομεγαλίας. Διενεργήθηκε επίσης Triplex σπληνοπυλαίου άξονα και αποκλείσθηκε η παρουσία πυλαίας υπέρτασης. Εστάλη έλεγχος για δείκτες αναιμίας (Βιταμίνη Β12: 125pg/ml, φερριτίνη: 30ng/ml, φυλλικό Οξύ: 6,58ng/ml) καθώς επίσης και έλεγχος ανοσολογικός, θυρεοειδικής λειτουργίας, ποσοτικού προσδιορισμού ανοσοσφαιρινών, C3-C4, νεοπλασματικών δεικτών, Ra test, ΤΚΕ, λοιμωδών νοσημάτων (αρνητικός). Βάσει των επιπέδων της Βιταμίνης Β12 έγινε γαστροσκόπηση και ελήφθη βιοπτικό υλικό, δίχως να προκύψουν παθολογικά ευρήματα. Έγινε στερνική βιοψία μυελού: αντιδραστικός μυελός με αυξημένη παρουσία λιπώδους ιστού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής ετέθη σε θεραπεία υποκατάστασης με υδροξυκοβαλαμίνη παρουσιάζοντας σταδιακή υποχώρηση του οιδήματος. Η παρουσία του αμφοτερόπλευρου οιδήματος κάτω άκρων αποδόθηκε στην έλλειψη της βιταμίνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υδροξυκοβαλαμίνη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ερυθροποίηση και στη σύνθεση-διατήρηση της μυελίνης. Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία, η έλλειψη της έχει συσχετισθεί με την πρόκληση οιδήματος κάτω άκρων. Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός της διαταραχής περιλαμβάνει την πρόκληση δυσλειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Πιο συγκεκριμένα, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα συμβάλλει στη διατήρηση του αγγειακού τόνου στα κάτω άκρα. Η δυσαυτονομία λόγω της ελλείψης υδροξυκοβαλαμίνης οδηγεί σε αγγειοδιαστολή, στάση του αίματος και αύξηση της υδροστατικής πιέσεως με συνέπεια την εξοίδηση υγρού στον εξωκυττάριο χώρο. Το οίδημα εμφανίζεται το πρωί με την ανάληψη δραστηριοτήτων, επιδεινώνεται στη διάρκεια της ημέρας και περιορίζεται με την κατάκλιση και τον ύπνο.

10. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΔΙΕΓΝΩΣΘΗ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ ΑΠΟ ΔΙΗΘΗΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Θ. Λύτρα[1], Δ. Στάθη[1], Θ. Αναστασίου[2], Α. Μάρη[1], Ν. Συμεωνίδης[1]
[1]Β Παθολογική Κλινική, 251 ΓΝΑ, Αθήνα, [2]Α Παθολογική Κλινική, 401 ΓΣΝΑ, Αθήνα

11. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ANTI-CD38

Δ. Αβραμοπούλου*[1], Π. Ρουσάκης*[1], Ι. Κωστόπουλος[1], Φ. Θεοδωρακάκου[2], Ο. Τσιτσιλώνη[1], Ε. Τέρπος[2], Μ. Δημόπουλος[2], Ε. Καστρίτης[2]

[1]Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, [2]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Η πλήρης αιματολογική ανταπόκριση είναι απαραίτητη για την βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών με πρωτοπαθή συστηματική (AL) αμυλοείδωση. Νεότερες θεραπείες, όπως το μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του CD38 Δαρατουμουμάμπη (Daratumumab), μπορεί να επιτύχουν βαθύτερες ανταποκρίσεις. Ωστόσο, υπάρχει ανάγκη ανάπτυξης βιοδεικτών για την εκτίμηση της παρουσίας υπολειμματικής νόσου, που επιβαρύνει τη λειτουργία οργάνων όπως η καρδιά και οι νεφροί ακόμα και σε αρρώστους σε πλήρη ύφεση. Έτσι, αναλύσαμε το μικροπεριβάλλον του μυελού των οστών (ΜΟ) ασθενών με AL αμυλοείδωση σε σχέση με τη χορήγηση Δαρατουμουμάμπης, αλλά και την παρουσία ή απουσία Ελάχιστης Υπολειμματικής Νόσου (ΕΥΝ).
ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Δείγματα ΜΟ 22 ασθενών με πρωτοπαθή αμυλοείδωση ελήφθησαν κατά τη διάγνωση, μετά την ολοκλήρωση θεραπείας πρώτης γραμμής και μετά τη θεραπεία εδραίωσης με Δαρατουμουμάμπη. Τα δείγματα αναλύθηκαν με κυτταρομετρία ροής νέας γενιάς και ανοσοφαινοτυπική αξιολόγηση των επιφανειακών δεικτών CD19, CD27, CD38, CD45, CD56, CD81, CD117, CD138 και των ενδοκυττάριων κ και λ αλυσίδων ως προς την παρουσία ΕΥΝ. Παράλληλα, ταυτοποιήθηκαν και ποσοτικοποιήθηκαν 17 διαφορετικοί αιμοποιητικοί πληθυσμοί.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκε διαφοροποίηση στο ποσοστό των ερυθροβλαστών, τόσο κατά τη διάγνωση, σε ασθενείς που εξελίχθηκαν σε $ΕΥΝ^+$ ή $ΕΥΝ^-$, όσο και μεταξύ $ΕΥΝ^+$ και $ΕΥΝ^-$ ασθενών μετά τη λήψη Δαρατουμουμάμπης. Η χορήγηση Δαρατουμουμάμπης αύξησε τα ποσοστά ερυθροβλαστών, $CD27^+$ NK & NKT λεμφοκυττάρων, πρόδρομων Β λεμφοκυττάρων, προγονικών μυελοειδών κυττάρων και βασεοφίλων στους $ΕΥΝ^+$ ασθενείς. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι παρατηρήθηκε διαφοροποίηση στα ποσοστά των ερυθροβλαστών και στους $ΕΥΝ^-$ ασθενείς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία ΕΥΝ και η χορήγηση Δαρατουμουμάμπης επηρεάζουν το μικροπεριβάλλον του ΜΟ ασθενών με πρωτοπαθή αμυλοείδωση, με τους ερυθροβλάστες να παρουσιάζουν τη στατιστικά σημαντικότερη αύξηση.

**Ισότιμη Συμμετοχή*

12. ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ HIT ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΦΟΝΤΑΠΑΡΙΝΟΞΗ

Κ. Μηλάκη, Ε. Φακόντη, Κ. Κωνσταντίνου, Ι. Σαριδάκης, Ε. Τζαγκαράκης
Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το HITT (Heparin induced thrombocytopenia and thrombosis) τύπου ΙΙ αποτελεί μία σπάνια, αυτοάνοση διαταραχή η οποία παρατηρείται εντός 5-10 ημερών από την έναρξη θεραπείας με ηπαρίνη. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί περιστατικά τόσο με τη χορήγηση κλασσικής ηπαρίνης αλλά και με Ηπαρίνη Χαμηλού Μοριακού Βάρους (ΗΧΜΒ).
ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση κλινικού περιστατικού Γυναίκας ασθενούς, 83 ετών.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Πρόκειται για ασθενή με πρόσφατο κάταγμα ισχίου μη χειρουργηθέν και πρόσφατη έναρξη ενοξαπαρίνης. Κατά την εισαγωγή της παρουσίαζε θρομβοπενία που αρχικά αποδόθηκε σε gram αρνητική σήψη- η ασθενής προσήλθε εμπύρετη οριακά αιμοδυναμικά σταθερή με ανάπτυξη εντεροβακτηριακού στελέχους στην καλλιέργεια ούρων. Κατά την 3η μέρα νοσηλείας της ασθενούς ενώ είχε κλινική ανάκαμψη (απυρεξία- αιμοδυναμική σταθερότητα), διαπιστώθηκε απουσία ψηλαφητών περιφερικών σφύξεων στο Δεξιό άνω άκρο και μεγαλύτερη πτώση των αιμοπεταλίων (plt=30.000). Διενεργήθηκε triplex αρτηριών στο Δεξιό Άνω άκρο όπου φάνηκε θρόμβωση στη Μασχαλιαία αρτηρία. Η ασθενής πληρούσε διαγνωστικά κριτήρια HIT με 7/8 4T score με τη διάγνωση να επιβεβαιώνεται με θετικά Αντιηπαρινικά αντισώματα (OD =2,3). Χορηγήθηκε Φονταπαρινόξη σε θεραπευτική δόση 2,5 mg/μέρα. Μετά την έναρξη του αντιπηκτικού παρατηρήθηκαν εκτεταμένες εκχυμώσεις σε κορμό και άκρα και ενεργό εξαγγείωση από την παρακεντηθείσα μηριαία φλέβα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική και ετέθη η διάγνωση της διάχυτης ενδαγγειακής πήξης χωρίς εμφανή αιτιολογία. Λόγω των προεξάρχοντων αιμορραγικών στοιχείων διεκόπη η χορήγηση αντιπηκτικού. Την 19η μέρα νοσηλείας της ασθενούς και ενώ είχε χορηγηθεί εκ νέου φονταπαρινόξη 2,5 mg/μέρα διαπιστώθηκε καινούργια θρόμβωση στην αριστερή έξω λαγόνιο φλέβα με αποτέλεσμα το θεραπευτικό σχήμα να τροποποιηθεί σε 5mg/μέρα με το οποίο και εξήλθε η ασθενής.
ΕΠΙΛΟΓΟΣ: Η αντιμετώπιση του HITT αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό γιατρό λόγω της μεγάλης θνητότητας που παρουσιάζει. Η επιπλοκή με ΔΕΠ δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την πρόγνωση. Η έγκαιρη διάγνωση, η διακοπή της ηπαρίνης και η αντιμετώπιση του θρομβωτικού κινδύνου αποτελούν ακρογωνιαίους λίθους της επιτυχούς έκβασης.

13. EX VIVO CRISPR/CAS9 ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ CD34+ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΓΕΝΟΥΣ Γ-ΣΦΑΙΡΙΝΗΣ

Α. Γεωργακοπούλου[1,2], Κ. Πασχούδη[1], C. Li4, N. Θεοδωρίδου[1,2], Π. Χριστοφή[1,2], Α. Κουβάτση[2], Α. Αναγνωστόπουλος[1], A. Lieber[4], Ε. Γιαννάκη[1]

[1]Μονάδα Γονιδιακής και Κυτταρικής Θεραπείας, Αιματολογική–ΜΜΜΟ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», [2]Τμήμα Βιολογίας, Α.Π.Θ., [3]Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [4]University of Washington, Seattle, USA

ΣΚΟΠΟΣ: Η γονιδιακή θεραπεία της θαλασσαιμίας με προσθήκη του γονιδίου της β-σφαιρίνης έχει πρόσφατα δώσει εντυπωσιακά αποτελέσματα. Η γονιδιακή θεραπεία με επεξεργασία σε συγκεκριμένες θέσεις του γονιδιώματος αποτελεί μία καινοτόμα προσέγγιση που αναμένεται να είναι αποτελεσματική, αλλά με θεωρητικά καλύτερο προφίλ ασφάλειας. Είναι γνωστό ότι η κληρονομική παραμονή της εμβρυικής αιμοσφαιρίνης (HbF) σε θαλασσαιμικούς ασθενείς βελτιώνει κλινικά τον φαινότυπο της β-θαλασσαιμίας. Στόχος της μελέτης είναι η επανεργοποίηση της HbF με γονιδιακή επεξεργασία, ως θεραπευτική προσέγγιση των αιμοσφαιρινοπαθειών.
ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήσαμε έναν μη ενσωματούμενο, αδενοϊϊκό φορέα (HDAd5/35^{++}), υψηλής συγγένειας με τον υποδοχέα-CD46 των αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (CD34^{+}) που φέρει ως διαγονίδιο το σύστημα CRISPR/Cas9, με στόχο την αδρανοποίηση του καταστολέα-BCL11A της γ-σφαιρίνης και ταυτόχρονα της περιοχής πρόσδεσής του, ανάμεσα στους υποκινητές HBG1/HBG2 της γ-σφαιρίνης σε CD34^{+} κύτταρα, που προέρχονται από υγιείς δότες και θαλασσαιμικούς ασθενείς. Μετά από διαμόλυνση CD34^{+} κυττάρων, τα γενετικά τροποποιημένα και μη κύτταρα, επιστρώθηκαν σε μεθυλοκυτταρίνη και σε καλλιέργεια ερυθροειδικής διαφοροποίησης για έλεγχο της έκφρασης της γ-σφαιρίνης και κατ'επέκταση της αποτελεσματικότητας της CRISPR/Cas9.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό στόχευσης της CRISPR/Cas9 για το BCL11A και την περιοχή HBG1/HBG2, όπως ελέγχθηκε με T7EI, ήταν 12,1±2,1% και 15,6±1,7%, για τα φυσιολογικά κύτταρα και 14,6±1,1% και 16,7±2,6% για τα θαλασσαιμικά, αντίστοιχα. Η επιτυχής στόχευση μεταφράστηκε σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα γ-σφαιρίνης, τόσο όσον αφορά στο ποσοστό έκφρασής της, όσο και στη μέση ένταση φθορισμού, σε BFU-E αποικίες και ερυθροειδική καλλιέργεια από τα CRISPR-Dual-τροποποιημένα CD34^{+} κύτταρα σε σχέση με τα μη διαμολυσμένα. Συνοψίζοντας, παρουσιάζουμε μια νέα προσέγγιση αποτελεσματικής γονιδιακής τροποποίησης των CD34^{+} που μπορεί να χρησιμεύσει ως εναλλακτική μέθοδος γονιδιακής θεραπείας αιμοσφαιρινοπαθειών.
Η παρούσα εργασία χρηματοδοτείται από το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών (ΙΚΥ)

14. ΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΟΖΩΔΟΥΣ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ε. Καροφυλάκης[1], Β. Κάραλη[1], Γ. Βερύκοκου[2], Θ. Μαράντος[1], Δ. Μπένας[1], Α. Πελεκάνου[1]

[1]Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [2]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινικής, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Ως χυλοθώρακας ορίζεται η παρουσία λέμφου στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Κύρια αιτία μη τραυματικού χυλοθώρακα αποτελούν κακοήθη νοσήματα, ιδίως λεμφώματα, ενώ τραυματικός χυλοθώρακας παρατηρείται ως ακούσια διεγχειρητική βλάβη στο μείζονα θωρακικό πόρο. Συμπίεση ή διήθηση του θωρακικού πόρου ή της χυλοφόρου δεξαμενής οδηγεί σε απόφραξη της λεμφικής απορροής και εμφάνιση χυλοθώρακα.
ΥΛΙΚΟ: Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς 73 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και στεφανιαίας νόσου, αιτιώμενου προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας και ορθόπνοιας από επταμήνου. Αντικειμενικώς διαπιστώθηκε γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, ενώ η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε υπεζωκοτικές συλλογές άμφω. Από την αξονική τομογραφία κοιλίας αναγνωρίστηκε επιπλέον μάζα μαλακού ιστού που ενθυλάκωνε την κοιλιακή αορτή και επεκτεινόταν ως τις νεφρικές περιτονίες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής υπεβλήθη σε εκκενωτική παρακέντηση της υπεζωκοτικής συλλογής αριστερά, με ανάδειξη μακροσκοπικά γαλακτόχροου υγρού, η ανάλυση του οποίου ανέδειξε λεμφοκυτταρικό εξίδρωμα με τιμές τριγλυκεριδίων 230 mg/dL. Κατόπιν ιστολογικής εξέτασης εξαιρεθέντος μασχαλιαίου λεμφαδένα τέθηκε η διάγνωση οζώδους λεμφώματος. Θεραπευτικά, απαιτήθηκαν συνολικά 3 εκκενωτικές παρακεντήσεις για έλεγχο των συμπτωμάτων, ενώ έγινε έναρξη αγωγής με ριτουξιμάμπη, κυκλοφωσφαμίδη, δοξορουβικίνη, βινκριστίνη και πρεδνιζόνη. Εξαιτίας υποτροπής του χυλοθώρακα, ο ασθενής υπεβλήθη σε θωρακοσκοπική πλευροδεσία με εμφύσηση τάλκης. Ένα έτος μετά, ο ασθενής βρίσκεται σε ύφεση χωρίς επανεμφάνιση του χυλοθώρακα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ασύνηθες εύρημα του χυλοθώρακα οδήγησε στη διάγνωση λεμφώματος. Ανασκοπώντας την αγγλική βιβλιογραφία στη μηχανή αναζήτησης Pubmed, με τη φράση-κλειδί «chylothoraxANDlymphoma» ανευρέθηκαν 77 περιπτώσεις και 5 αναδρομικές μελέτες. Ο αρχικός έλεγχος των συμπτωμάτων μέσω εκκενωτικών παρακεντήσεων και η μετέπειτα θεραπεία του υποκείμενου νοσήματος αποτελούν τους οδηγούς αντιμετώπισης του χυλοθώρακα του σχετιζόμενου με λεμφώματα.

15. ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΣΕΩΝ ΕΝΟΣ «ΟΛΑ ΣΕ ΕΝΑ» ΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΣΤΟΧΕΥΣΗ ΤΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΚΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΙΟΓΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟΓΕΝΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Κ. Κουκουλιάς[1,2], Α. Παπαδοπούλου[1], Α. Κουιμτζίδης[1,2], Μ. Γιάγκου[2], Α. Αναγνωστόπουλος[1], Π. Καλογιαννίδης[3], Ε. Γιαννάκη[1]

[1]Αιματολογική κλινική–ΜΜΜΟ, Μονάδα Γονιδιακής και Κυτταρικής Θεραπείας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», [2]Τμήμα Βιολογίας, Τομέας Γενετικής, Ανάπτυξης και Μοριακής Βιολογίας, Α.Π.Θ., [3]Stemcell Transplant, King Fahad Specialist Hospital Dammam, Saudi Arabia

ΣΚΟΠΟΣ: Η κυτταρική θεραπεία με CAR T-κύτταρα και ειδικά αντι-ιικά T-λεμφοκύτταρα έχει δώσει θεαματικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των δύο σημαντικότερων επιπλοκών μετά από αλλογενή μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων, της λευχαιμικής υποτροπής και των ιογενών λοιμώξεων, αντιστοίχως. Ωστόσο, η θεραπεία με CAR T-κύτταρα συνδέεται συχνά με σοβαρές/θανατηφόρες τοξικότητες ενώ τα ειδικά αντι-λευχαιμικά T-λεμφοκύτταρα δρουν υποβέλτιστα. Αξιοποιώντας το πρωτόκολλό μας παραγωγής ειδικών αντι-λευχαιμικών T-λεμφοκυττάρων, πολλαπλής στόχευσης, δημιουργήσαμε T-κυτταρικά προϊόντα, κατά ιικών και λευχαιμικών αντιγόνων (LEukemia-VIrus-specific T-cells-LEVIs) από μη-μεταμοσχεύσιμες και απορριφθείσες μονάδες ομφαλιοπλακουντικού αίματος (ΜΜ-ΟΠΑ).

ΥΛΙΚΟ: Ωριμα δενδριτικά κύτταρα που προήλθαν από CD34+ κύτταρα ΜΜ-ΟΠΑ, διεγέρθηκαν με λευχαιμικά [*Wilms tumor protein(WT1)* και *Preferentially Expressed Antigen in Melanoma (PRAME)*] και ιικά [*EBNA1, LMP2 και BZLF1(EBV), IE1 και pp65(CMV), Hexon και Penton (AdV)* και *Large-T* και *VP1(BKV)*] πεπτίδια και χρησιμοποιήθηκαν για ενεργοποίηση αυτόλογων T-λεμφοκυττάρων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο τέλος της καλλιέργειας, εκπτύχθηκε αριθμός κυττάρων επαρκής για κλινική χρήση (μέσος όρος: 1.01±0.2x108 CD3+κύτταρα). Τα κυτταρικά προϊόντα ήταν πολυκλωνικά (CD4+:39±2% και CD8+:50%±2%) και εξέφραζαν δείκτες μνήμης (effector memory: CD45RA-/CD62L-:47.36±5% και effector memoryRA: CD45RA+/CD62L-:48.50±4%), ενώ μόνο κατά 3.15±0.36% ήταν «παρθένα/naive» και 1±0.5% ρυθμιστικά (CD4+/CD25high) κύτταρα. Η ειδικότητα των LEVIS ήταν ισχυρή έναντι όλων των ιικών [mean spot-forming units (SFC)/2x105 κύτταρα: CMV:311±149, EBV:319±111, BKV:245±122, AdV: 432±32] και λευχαιμικών (SFC/2x105 cells: 553±257) αντιγόνων-στόχων. Τα LEVIS εμφάνιζαν λυτική ικανότητα ενώ δεν εξέφραζαν δείκτες εξουθένωσης ή ανεργίας [programmed cell death protein-1+(PD-1): 4±2%; Cytotoxic T-Lymphocyte Associated Protein-4+(CTLA-4): 0.2±0.1%].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, επιτύχαμε την παραγωγή ενός «όλα σε ένα» κυτταρικού προϊόντος με ισχυρή συνδυασμένη αντι-λευχαιμική και αντι-ιική δράση μέσω «ανακύκλωσης» των ΜΜ-ΟΠΑ.

16. ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑΡΙΟΥ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΝΑΝ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΠΡΟΑΝΑΛΥΤΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ APTT

Σ. Χανιωτάκη, Σ. Εσκίογλου, Δ. Λιακόπουλος, Α. Αλεξόπουλος, Ν. Τσαγκαράκης, Ι. Χαλιορή, Α. Κωνσταντίνου, Ε. Φαρμάκη, Ε. Γκουμάκου, Σ. Παπαδημητρίου, Ε. Μπόρτζαρη, Ν. Σκανδάλη, Α. Σπυράκου, Β. Γκουντζούνη, Ε. Κομμά, Ε. Κούτρη, Γ. Ανδρούτσος, Ε. Κρητικού-Γρίβα

Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η τυχαία παρατήρηση συστηματικά αυξημένων τιμών APTT σε εξωτερικούς ασθενείς του Νοσοκομείου μας, οδήγησε στην διερεύνηση αιτιών, μέσω κλινικού ιστορικού, προαναλυτικών και αναλυτικών σφαλμάτων. Ο αποκλεισμός άλλων αιτιών οδήγησε στη διερεύνηση πιθανότητας σφάλματος εκ του είδους των σωληναρίων, οπότε και πραγματοποιήθηκε σύγκριση μετρήσεων με διαφορετικά σωληνάρια πήξης.

ΥΛΙΚΟ: Πραγματοποιήθηκε σύγκριση πλαστικών σωληναρίων πήξης δύο διαφορετικών εταιρειών (Α και Β). Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν δείγματα περιφερικού αίματος χρόνιων εξωτερικών ασθενών, που θα υποβάλλονταν σε έλεγχο APTT, από τους οποίους ελήφθη και 2ο σωληνάριο πήξης για την ίδια μέτρηση, κατόπιν συγκατάθεσής τους. Αμφότερα τα σωληνάρια περιείχαν αντιπηκτικό κιτρικό νάτριο, συγκέντρωσης 3.2% (0.109M). Ανεπαρκή, αιμολυμένα και λιπαιμικά δείγματα εξαιρέθηκαν. Οι μετρήσεις έγιναν σε αναλυτές ACL TOP 750 (IL).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναλύθηκαν 116 δείγματα (2x58), εκ των οποίων τα αποτελέσματα APTT εκφράζονται ως (mean±SD, minimum-maximum), για ομάδα Α (37.95±7.03, 27.9-64.4) και για ομάδα Β (32.55±3.91, 24.0-44.8). Η συσχέτιση των μετρήσεων ήταν υψηλή (r=0.885,p<0.001), αλλά η σύγκριση με one-sample t-test ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μετρήσεων (p<0.001). Η ανάδειξη της σύγκρισης σε Bland-Altman ανάλυση ανέδειξε ένα bias (mean) ± levels of agreement (±1.96SD): 5.39±7.86, το οποίο φάνηκε να αυξάνεται αναλογικά με την αύξηση της μέσης τιμής (Εικόνα 1).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι καθοριστικές διαφορές που παρατηρήθηκαν στις μετρήσεις APTT από διαφορετικής εταιρείας ειδικά σωληνάρια για έλεγχο πηκτικότητας, τα αναδεικνύουν ως έναν επιπλέον παράγοντα προαναλυτικού σφάλματος. Προτείνουμε περαιτέρω μελέτες που να διερευνούν διεξοδικά τον ρόλο του είδους των φιαλιδίων σε διαγνωστικά σφάλματα ελέγχου αιμόστασης.

17. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΣΠΑΝΙΑ ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ε. Βεργενάκη[1], Κ. Τουρτίδου[1], Γ. Βαρνάβας[1], Σ. Κομπόγιωργας[1], Β. Γιαννοπούλου[1], Χ. Καλκανά[2], Π. Χρονοπούλου[2], Α. Μεγάλου[2], Σ. Γκολφινοπούλου[1]

[1]Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική-Οφθαλμιατρείο Αθηνών», [2]Τμήμα Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική-Οφθαλμιατρείο Αθηνών»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της αναιμίας προϋποθέτει αναγνώριση του/ων αιτίου/ίων που την προκαλούν, με τη μεταγγισιοθεραπεία να αποτελεί συνήθη πρακτική στην προσπάθεια αναστροφής της ιστικής υποξίας. Άτομα με σπάνιο φαινότυπο p στερούνται των αντιγόνων Pk-P-P1 και λόγω του αντισώματος anti-PP1Pk στον ορό τους απαιτούν κοστοβόρες μεταγγίσεις αίματος, από απόλυτα συμβατούς δότες, που είναι ελάχιστοι.

ΥΛΙΚΟ: Ασθενής με πυρετική κίνηση και αναιμία από τετραμήνου, η αρχική αντιμετώπιση της οποίας, με μετάγγιση αίματος, προκάλεσε αντίδραση υπερευαισθησίας. Ταυτοποιήθηκε πανσυγκολλητίνη anti-PP1Pk, ευρέως φάσματος (Θ: 22-37oC), με αιμολυτική ικανότητα 100% και φαινότυπος p null στην ασθενή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής 94 ετών εισήχθη για διερεύνηση ορθόχρωμης, ορθοκυτταρικής αναιμίας. [Νοσηλεία προ τριμήνου για εμπύρετο και αναιμία, με αντίδραση υπερευαισθησίας σε μετάγγιση αίματος.] Τη 2η ημέρα νοσηλείας, παρουσιάστηκε εμπύρετο. Από αιμοκαλλιέργειες, απομονώθηκε Enterococcus faecalis. Η ασθενής ολοκλήρωσε δεκαπενθήμερη αγωγή με κεφτριαξόνη-δαπτομυκίνη. Λόγω εμμένουσας δεκατικής πυρετικής κίνησης, εξετάστηκε το ενδεχόμενο νοσημάτων νεοπλασματικής, αυτοάνοσης, φλεγμονώδους αιτιολογίας και ειδικών λοιμώξεων. Η αξονική θώρακος (βρογχιεκτασίες, αποτιτάνωση υπεζωκότα, υποτροπιδικοί λεμφαδένες), σε συνδυασμό με θετικό quantiferon test, συνηγόρησαν υπέρ λανθάνουσας φυματίωσης. Η αξονική και ο υπέρηχος άνω και κάτω κοιλίας ανέδειξαν οίδημα χοληδόχου κύστεως (χωρίς συμπτώματα - σημεία χολοκυστίτιδας). Καρκινικοί δείκτες και ανοσολογικός έλεγχος αρνητικός. Η συνυπάρχουσα πολυαρθρίτιδα υπέδειξε φλεγμονώδες νόσημα και αντιμετωπίστηκε ικανοποιητικά με πρεδνιζολόνη. Η αναιμία (δυσκολία μετάγγισης, λόγω φαινότυπου) αντιμετωπίστηκε με χορήγηση ερυθροποιητίνης. Ο συνδυασμός της με πρεδνιζολόνη, διατήρησε την αιμοσφαιρίνη σε ικανοποιητικά επίπεδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αντιμετώπιση ασθενών με αναιμία και σπάνιο ερυθροκυτταρικό φαινότυπο, με ισχυρή συγκολλητίνη στον ορό, έγκειται στη μετάγγιση μονάδων αίματος, μέσω της παγκόσμιας τράπεζας, από απόλυτα συμβατούς δότες. Εναλλακτικά, συνιστάται η χορήγηση παραγόντων, που ενισχύουν την ερυθροποίηση, όπως η ερυθροποιητίνη και τα κορτικοστεροειδή.

18. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΩΝ Τ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΥΕΛΙΚΗΣ ΣΕΙΡΑΣ ΣΤΟ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Ν. Τσακιράκης[1], Κ. Παπαδημητρίου[1], Ι. Κωστόπουλος[1], Ι. Ντάνασης-Σταθόπουλος[2], Ε. Καστρίτης[2], Μ. Δημόπουλος[2], Ε. Τέρπος[2], Ο. Τσιτσιλώνη[1]

[1]Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, [2]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των υποπληθυσμών των ρυθμιστικών Τ λεμφοκυττάρων (Tregs) και των κατασταλτικών κυττάρων μυελικής σειράς (MDSCs), χρησιμοποιώντας Πολυπαραμετρική Κυτταρομετρία Ροής (ΠΚΡ), στο περιφερικό αίμα νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με πολλαπλούν μυέλωμα (ΠΜ), που εμφανίζουν υψηλά (ομάδα-Ι) ή χαμηλά (ομάδα-ΙΙ) επίπεδα κυκλοφορούντων καρκινικών κυττάρων (CTCs).

ΥΛΙΚΑ–ΜΕΘΟΔΟΙ: Δείγματα 35 ασθενών σημάνθηκαν με αντισώματα που αναγνωρίζουν τα μόρια CD15, HLA-DR, CD14, CD124, CD33, CD11b, LinCD56-CD3-CD19 για την ανάλυση των MDSCs και τα μόρια CD25, CD3, CD39, CTLA-4, CD4, CD8, CD45RO, CD45RA, HLA-DR, CD127, Ki67, FoxP3 για την ανάλυση των Tregs. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το λογισμικό Infinicyt. Ακολουθώντας προτυποποιημένη στρατηγική οριοθέτησης των πληθυσμών, έγινε εντοπισμός των Tregs και διάκριση των MDSCs σε eMDSCs με ανώριμο φαινότυπο και σε PMN-MDSCs και M-MDSCs που ομοιάζουν με πολυμορφοπύρηνα και μονοκύτταρα, αντίστοιχα. Επίσης, εξετάστηκε η παρουσία κλινικά σημαντικών υποπληθυσμών στο σύνολο των Tregs.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα των MDSCs και ειδικά των PMN-MDSCs στο σύνολο των λευκοκυττάρων ήταν υψηλότερα στους ασθενείς της ομάδας-Ι, ενώ στους ασθενείς της ομάδας-ΙΙ τα eMDSCs εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό στο σύνολο των μετρούμενων MDSCs. Επίσης, στους ασθενείς της ομάδας-Ι τα Tregs υπερείχαν αριθμητικά στο σύνολο των $CD4^+$ κυττάρων. Οι αναλογίες των υποπληθυσμών των Tregs διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων και παρατηρήσαμε μεγαλύτερο ποσοστό πρώιμων Τ λεμφοκυττάρων, κατασταλτικών $CD39^+$ και $CD8^+$ Tregs στους ασθενείς της ομάδας-ΙΙ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αυξημένα επίπεδα των MDSCs και Tregs στους ασθενείς με υψηλά CTCs αναδεικνύουν τον πιθανό ρόλο τους στην ανοσοδιαφυγή των κλωνικών πλασματοκυττάρων στο ΠΜ. Επίσης, η ύπαρξη πρώιμων και έντονα πολλαπλασιαζόμενων υποπληθυσμών στους ασθενείς με χαμηλά CTCs θα μπορούσε να συμβάλλει στην καλύτερη σταδιοποίηση της νόσου.

19. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

20. Η ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΠΕΘΙΔΙΝΗΣ ΚΑΙ ΡΟΠΙΒΑΚΑΪΝΗΣ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ

Μ. Αγγελίδη[1], Α. Αγγελίδη[1], Χ. Τσαγκαρουσιάνος[2], Σ. Γιαννούλη[1], Χ. Μάργαρη[1], Ι. Κολοκοτσά[1], Ε. Γόγολος[1], Ε. Πάλλη[1]

[1]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ζακύνθου «Ο Άγιος Διονύσιος», [2]Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Ζακύνθου «Ο Άγιος Διονύσιος»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της επίδρασης της ενδοπεριτοναϊκής έγχυσης πεθιδίνης και ροπιβακαΐνης 7,5% για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού άλγους σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη επέμβαση πλαστικής αποκατάστασης βουβωνοκήλης.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 55 ασθενείς, ASA I-III, ηλικίας:30-85 ετών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπαραχνοειδή αναισθησία, η οποία πραγματοποιήθηκε στο μεσοσπονδύλιο διάστημα Ο3-Ο4 με ατραυματική βελόνη 26G με οδηγό και χορηγήθηκαν 2,5 ml υδροχλωρικής ροπιβακαΐνης 7,5%. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα Α (n1=25) που έλαβαν ενδοπεριτοναϊκά 100 mg πεθιδίνης και στην ομάδα Β που έλαβαν ενδοπεριτοναϊκά 100 mlδιαλύματος υδροχλωρικής ροπιβακαΐνης 7,5%. Κάθε 5 λεπτά γινόταν καταγραφή των ζωτικών σημείων. Ο έλεγχος για τον αισθητικό αποκλεισμό γινόταν με τη χρήση θερμού-ψυχρού και για τον κινητικό με τη χρήση της κλίμακας Bromage (0-3), στα 5 πρώτα λεπτά μετά την έγχυση του φαρμάκου και ανά 5 λεπρά μετά το τέλος της επέμβασης. Η αξιολόγηση του μετεγχειρητικού άλγους πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την κλίμακα Visual Analogue Scale (VAS) 0-10 την 1η, 2η και 3η ώρα καθώς και η επιπρόσθετη χορήγηση αναλγητικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα ζωτικά σημεία μεταξύ των δύο ομάδων. Αναφορικά με το επίπεδο μετεγχειρητικής αναλγησίας στατιστικά σημαντική υπεροχή παρατηρήθηκε στην ομάδα Β έναντι της ομάδας Α, τη 1η (5.42±2.14 έναντι 6.75±2.56, p=0.038, αντίστοιχα), 2η (5.04±2.82 έναντι 6.33±1.84, p=0.041, αντίστοιχα) και 3η μετεγχειρητική ώρα (4.72±2.27 έναντι 5.59±2.09, p=0.045, αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδοπεριτοναϊκή έγχυση ροπιβακαΐνης 7,5% παρέχει ικανοποιητικότερη μετεγχειρητική αναλγησία σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης.

21. ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ IV ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ VS ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ IV ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ ΚΑΙ IV ΠΑΡΕΚΟΞΙΜΠΗΣ VS ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ IV ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ ΚΑΙ ΙΜ ΠΕΘΙΔΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΕΒΛΗΘΗΣΑΝ ΣΕ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ

Φ. Μουλίτα[1], Π. Ταβλάς[1], L. Tchabashvili[1], Ν. Δράκος[1], Ν. Οικονόμου[2], Ι. Μαρούλης[1]
[1]Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, [2]Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών

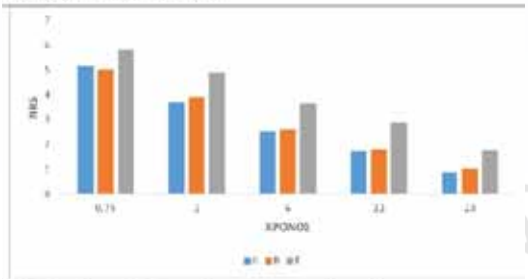
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η σύγκριση της αναλγητικής δράσης της παρακεταμόλης (μονοθεραπεία) και των συνδυασμών αναλγητικών αγωγών παρακεταμόλη/παρεκοξίμπη και παρακεταμόλη/πεθιδίνη σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.
ΥΛΙΚΟ: Στην μελέτη έλαβαν μέρος 286 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Χειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών το διάστημα από 1 Φεβρουαρίου 2017 μέχρι 10 Μαίου 2019. Οι ασθενείς αυτοί έπασχαν από συμπτωματική χολολιθίαση και υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις διαφορετικές ομάδες (Ομάδα Α, Β και Γ) με βάση την μετεγχειρητική αναλγητική αγωγή που έλαβαν. Οι ασθενείς της ομάδας Α έλαβαν παρακεταμόλη και πεθιδίνη, οι ασθενείς της ομάδας Β πήραν τον συνδυασμό παρακεταμόλης και παρεκοξίμπης και της ομάδα Γ έλαβαν μονοθεραπεία με παρακεταμόλη. Η εκτίμηση του πόνου με την κλίμακα NRS (Numerical Rating Scale) έγινε στα 45 λεπτά, 2 ώρες, 6 ώρες, 12 ώρες και 24 ώρες μετά την λήψη του πρώτου αναλγητικού φαρμάκου. Οι διαβαθμίσεις της κλίμακας είναι από 0 έως 10, όπου 0 σημαίνει καθόλου πόνος και το 10 αντιστοιχεί στο μέγιστο δυνατό πόνο. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγιναν με την χρήση του προγράμματος stata 13.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών της ομάδας Α, που αναφέρουν λιγότερο πόνο από τους ασθενείς της ομάδας Γ (P=0,00), καθώς και μεταξύ των ασθενών της ομάδας Β, που αναφέρουν λιγότερο πόνο από τους ασθενείς της ομάδας Γ (P=0,00). Δεν ανευρίσκεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών της ομάδας Β και Α (P=1,00).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο συνδυασμός μετεγχειρητικής αναλγητικής αγωγής παρακεταμόλης και παρεκοξίμπης είναι ισοδύναμος με τον συνδυασμό παρακεταμόλης και πεθιδίνης. Οι δύο αυτοί συνδυασμοί μετεγχειρητικής αναλγητικής αγωγής υπερτερούν της μονοθεραπείας με παρακεταμόλη και άρα ενδείκνυνται στη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.

Πίνακας 1: Βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών που υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή

	Ομάδα Α παρακεταμόλης και πεθιδίνης	Ομάδα Β παρακεταμόλης και παρεκοξίμπης	Ομάδα Γ Παρακεταμόλη
Αριθμός ασθενών που συμμετείχε	106	113	67
Φύλο (Άρρεν/Θήλυ)	52/54	54/59	31/36
Μέσος όρος ηλικίας (έτη)	48 (38–60)	51 (41–63)	47 (36–59)
Νοσηλεία (ημέρες)	1	1	1
Διεγχειρητικές επιπλοκές (αριθμός)	0	0	0
Μέσος χειρουργικός χρόνος (λεπτά) ± SD	36.8±9.1	39.4±7.4	38±6.3
Δοσολογίες	Παρακεταμόλη 1gr./8h Πεθιδίνη 50mg/8h	Παρακεταμόλη 1gr./8h Παρεκοξίμπη 40mg/12h	Παρακεταμόλη 1gr./8h

Πηγή: Πρωτόκολλα ασθενών από τις χειρουργικές κλινικές Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.

Ραβδόγραμμα 1: Cluster Diagram – NRS ανά χρονική μέτρηση (ώρες) στη Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή



Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με την εφαρμογή stata13.
Α: συνδυασμός παρακεταμόλης και πεθιδίνης, Β: συνδυασμός παρακεταμόλης και παρεκοξίμπης, και Γ: χορήγηση μόνο παρακεταμόλης.

22. ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ IV ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ VS ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ IV ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ ΚΑΙ IV ΠΑΡΕΚΟΞΙΜΠΗΣ VS ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ IV ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ ΚΑΙ ΙΜ ΠΕΘΙΔΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΕΒΛΗΘΗΣΑΝ ΣΕ ΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΣΧΕΔΟΝ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

Φ. Μουλίτα[1], Π. Ταβλάς[1], L. Tshabashvili[1], Α. Παπαχατζοπούλου[2], Α. Σγουρού[3], Ι. Μαρούλης[1]

[1]Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, [2]Εργαστήριο Γενικής Βιολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Πατρών, [3]Σχολή Θετικών Επιστημών και Τεχνολογίας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η σύγκριση της αναλγητικής δράσης της παρακεταμόλης (μονοθεραπεία) και των συνδυασμών αναλγητικών αγωγών παρακεταμόλη/παρεκοξίμπη και παρακεταμόλη/πεθιδίνη σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ολική και σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή.

ΥΛΙΚΟ: Στην μελέτη έλαβαν μέρος 169 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Χειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών το διάστημα από 1 Φεβρουαρίου 2017 μέχρι 10 Μαίου 2019. Οι ασθενείς αυτοί έπασχαν από μη τοξική πολυοζώδη βρογχοκήλη και υπεβλήθησαν σε ολική και σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις διαφορετικές ομάδες (Ομάδα Α, Β και Γ) με βάση την μετεγχειρητική αναλγητική αγωγή που έλαβαν. Οι ασθενείς της ομάδας Α έλαβαν παρακεταμόλη και πεθιδίνη, οι ασθενείς της ομάδας Β πήραν τον συνδυασμό παρακεταμόλης και παρεκοξίμπης και της ομάδα Γ έλαβαν μονοθεραπεία με παρακεταμόλη. Η εκτίμηση του πόνου με την κλίμακα NRS (Numerical Rating Scale) έγινε στα 45 λεπτά, 2 ώρες, 6 ώρες, 12 ώρες και 24 ώρες μετά την λήψη του πρώτου αναλγητικού φαρμάκου. Οι διαβαθμίσεις της κλίμακας είναι από 0 έως 10, όπου 0 σημαίνει καθόλου πόνος και το 10 αντιστοιχεί στο μέγιστο δυνατό πόνο. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγιναν με την χρήση του προγράμματος stata 13.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών της ομάδας Α, που αναφέρουν λιγότερο πόνο από τους ασθενείς της ομάδας Γ (P=0,00), καθώς και μεταξύ των ασθενών της ομάδας Β, που αναφέρουν λιγότερο πόνο από τους ασθενείς της ομάδας Γ (P=0,00). Δεν ανευρίσκεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών της ομάδας Β και Α (P=1,00).

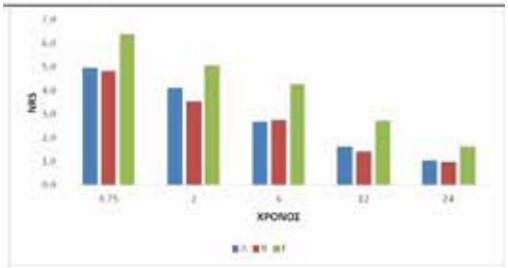
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο συνδυασμός μετεγχειρητικής αναλγητικής αγωγής παρακεταμόλης και παρεκοξίμπης είναι ισοδύναμος με τον συνδυασμό παρακεταμόλης και πεθιδίνης. Οι δύο αυτοί συνδυασμοί μετεγχειρητικής αναλγητικής αγωγής υπερτερούν της μονοθεραπείας με παρακεταμόλη και άρα ενδείκνυνται στην ολική και σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή.

Πίνακας 1: Βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών που υπεβλήθησαν σε ολική και σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή.

	Ομάδα Α παρακεταμόλης και πεθιδίνης	Ομάδα Β παρακεταμόλης και παρεκοξίμπης	Ομάδα Γ Παρακεταμόλη
Αριθμός ασθενών που συμμετείχε	66	50	53
Φύλο (Άρρεν/Θήλυ)	15/51	9/41	11/42
Μέσος όρος ηλικίας (έτη)	54 (38–62)	52 (41–59)	54 (44–60)
Νοσηλεία (ημέρες)	3±3.6	3±3.2	3±3.5
Διεγχειρητικές επιπλοκές (αριθμός)	0	0	0
Μέσος χειρουργικός χρόνος (λεπτά) ± sd	79.8±14.1	81.9±7.4	80.1±12
Δοσολογίες	Παρακεταμόλη 1gr./8h Πεθιδίνη 50mg/6h	Παρακεταμόλη 1gr./8h Παρεκοξίμπη 40mg/12h	Παρακεταμόλη 1gr./8h

Πηγή: Πρωτόκολλα ασθενών από τις χειρουργικές κλινικές Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.

Ραβδόγραμμα 1: Cluster Diagram – NRS ανά χρονική μέτρηση (ώρες) στην ολική και σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή



Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με την εφαρμογή stata 13.

Α: συνδυασμός παρακεταμόλης και πεθιδίνης, Β: συνδυασμός παρακεταμόλης και παρεκοξίμπης και Γ: χορήγηση μόνο παρακεταμόλης.

23. Η ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΡΟΠΙΒΑΚΑΪΝΗΣ 7.5% ΚΑΙ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΡΟΠΙΒΑΚΑΪΝΗΣ 7.5% ΜΕ ΛΙΔΟΚΑΪΝΗ 2% ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ: ΔΙΠΛΗ ΤΥΦΛΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ

Μ. Αγγελίδη[1], Α. Αγγελίδη[1], Θ. Τσουγκουζίδου[2], Γ. Ακτύπη[1], Σ. Γιαννούλη[1], Χ. Μάργαρη[1], Γ. Φράγκου[1], Ε. Πάλλη[1]

[1]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ζακύνθου «Ο Άγιος Διονύσιος», [2]Μαιευτικό-Γυναικολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ζακύνθου «Ο Άγιος Διονύσιος»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της επίδρασης της ενδοπεριτοναϊκής έγχυσης διαλύματος υδροχλωρικής ροπιβακαΐνης 7,5% και συνδυασμός διαλύματος υδροχλωρικής ροπιβακαΐνης 7,5% μαζί με λιδοκαΐνη 2% για την πρόληψη και αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού άλγους σε επίτοκες που υπεβλήθησαν σε καισαρική τομή.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για μια διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη όπου 36 επίτοκες, ASA I-II, ηλικίας 20-40 ετών υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή. Οι επίτοκες τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες, την ομάδα Α (n1=20), στην οποία χορηγήθηκε ενδοπεριτοναϊκά 10 mlδιαλύματος υδροχλωρικής ροπιβακαΐνης 7,5% και την ομάδα Β (n2=20), στην οποία χορηγήθηκε ενδοπεριτοναϊκά ο συνδυασμός 5 mlδιαλύματος υδροχλωρικής ροπιβακαΐνης 7,5% μαζί με 5 ml λιδοκαΐνης 2%. Σε όλες τις επίτοκες πραγματοποιήθηκε υπαραχνοειδής αναισθησία με 2ml διαλύματος υδροχλωρικής ροπιβακαΐνης 7,5%. Διεγχειρητικά γινόταν καταγραφή των ζωτικών σημείων. Η αξιολόγηση της μετεγχειρητικής αναλγησίας των επιτόκων πραγματοποιήθηκε βάσει της κλίμακας VAS (Visual Analogue Scale, 0-10) για 24 ώρες και καταγραφή χορήγησης επιπρόσθετων αναλγητικών για VAS>4.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και τα ζωτικά τους σημεία. Δεν παρατηρήθηκαν παρενέργειες ή τοξικές αντιδράσεις σε καμία από τις επίτοκες. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε ως προς το επίπεδο μετεγχειρητικής αναλγησίας που επιτεύχθηκε μεταξύ των δύο ομάδων (ομάδα Α, 6,23 ± 3,58 έναντι ομάδας Β, 5.19 ± 3.42, αντίστοιχα, p=0.043).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδοπεριτοναϊκή έγχυση διαλύματος υδροχλωρικής ροπιβακαΐνης 7,5% σε συνδυασμό με λιδοκαΐνη 2%, παρέχει ικανοποιητικότερο επίπεδο μετεγχειρητικής αναλγησίας σε επίτοκες που υπεβλήθηκαν σε καισαρική τομή συγκριτικά με εκείνες που έλαβαν ενδοπεριτοναϊκά μόνο διάλυμα υδρολωρικής ροπιβακαΐνης 7,5%.

24. ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ IV ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ VS ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ IV ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ ΚΑΙ IV ΠΑΡΕΚΟΞΙΜΠΗΣ VS ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ IV ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ ΚΑΙ IM ΠΕΘΙΔΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΕΒΛΗΘΗΣΑΝ ΣΕ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ

Φ. Μουλίτα[1], Φ. Γατομάτη[2], Π. Ταβλάς[1], Ν. Πάρχας[3], Δ. Μπούσης[4], Ι. Μαρούλης[1]

[1]Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, [2]Μεταπτυχιακός Τμήματος Οικονομικών Επιστημών Πανεπιστημίου Πατρών, [3]Ορθοπεδική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, [4]Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η σύγκριση της αναλγητικής δράσης της παρακεταμόλης (μονοθεραπεία) και των συνδυασμών αναλγητικών αγωγών παρακεταμόλη/παρεκοξίμπη και παρακεταμόλη/πεθιδίνη σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ανοικτή αποκατάσταση βουβωνοκήλης.

ΥΛΙΚΟ: Στην μελέτη έλαβαν μέρος 259 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Χειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών το διάστημα από 1 Φεβρουαρίου 2017 μέχρι 10 Μαίου 2019. Οι ασθενείς αυτοί έπασχαν από ανατασσόμενη βουβωνοκήλη και υπεβλήθησαν σε ανοικτή αποκατάσταση βουβωνοκήλης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις διαφορετικές ομάδες (Ομάδα Α, Β και Γ) με βάση την μετεγχειρητική αναλγητική αγωγή που έλαβαν. Οι ασθενείς της ομάδας Α έλαβαν παρακεταμόλη και πεθιδίνη, οι ασθενείς της ομάδας Β πήραν τον συνδυασμό παρακεταμόλης και παρεκοξίμπης και της ομάδα Γ έλαβαν μονοθεραπεία με παρακεταμόλη. Η εκτίμηση του πόνου με την κλίμακα NRS (Numerical Rating Scale) έγινε στα 45 λεπτά, 2 ώρες, 6 ώρες, 12 ώρες και 24 ώρες μετά την λήψη του πρώτου αναλγητικού φαρμάκου. Οι διαβαθμίσεις της κλίμακας είναι από 0 έως 10, όπου 0 σημαίνει καθόλου πόνος και το 10 αντιστοιχεί στο μέγιστο δυνατό πόνο. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγιναν με την χρήση του προγράμματος stata 13.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών της ομάδας Α, που αναφέρουν λιγότερο πόνο από τους ασθενείς της ομάδας Γ (P=0,00), καθώς και μεταξύ των ασθενών της ομάδας Β, που αναφέρουν λιγότερο πόνο από τους ασθενείς της ομάδας Γ (P=0,00). Δεν ανευρίσκεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών της ομάδας Β και Α (P=1,00).

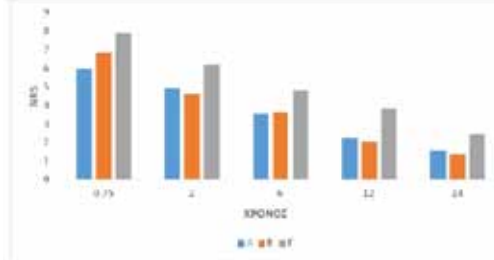
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο συνδυασμός μετεγχειρητικής αναλγητικής αγωγής παρακεταμόλης και παρεκοξίμπης είναι ισοδύναμος με τον συνδυασμό παρακεταμόλης και πεθιδίνης. Οι δύο αυτοί συνδυασμοί μετεγχειρητικής αναλγητικής αγωγής υπερτερούν της μονοθεραπείας με παρακεταμόλη και άρα ενδείκνυνται στην ανοικτή αποκατάσταση βουβωνοκήλης.

Πίνακας 1: Βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση βουβωνοκήλης

	Ομάδα Α παρακεταμόλης και πεθιδίνης	Ομάδα Β παρακεταμόλης και παρεκοξίμπης	Ομάδα Γ Παρακεταμόλη
Αριθμός ασθενών που συμμετείχε	103	94	62
Φύλο (Αρρενθήλυ)	103/0	94/0	62/0
Μέσος όρος ηλικίας (έτη)	55 (36-65)	52 (35-61)	49 (38-57)
Νοσηλεία (ημέρες)	1	1	1
Μετεγχειρητικές επιπλοκές (αριθμός)	0	0	0
Μέσος χειρουργικός χρόνος (Λεπτά) ± SD	55,2±8.8	59,7±12.6	58,5±9.3
Δοσολογίες	Παρακεταμόλη 1gr./8h Πεθιδίνη 50mg/6h	Παρακεταμόλη 1gr./8h Παρεκοξίμπη 40mg/12h	Παρακεταμόλη 1g/8h

Πηγή: Πρωτόκολλα ασθενών από τις χειρουργικές κλινικές Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.

Ραβδόγραμμα 1: Cluster Diagram – NRS ανά χρονική μέτρηση (ώρες) στην Αποκατάσταση Βουβωνοκήλης



Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με την εφαρμογή stata 13.

Α: συνδυασμός παρακεταμόλης και πεθιδίνης, Β: συνδυασμός παρακεταμόλης και παρεκοξίμπης, και Γ: χορήγηση μόνο παρακεταμόλης

25. ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

Β. Κίτσιου, Ι. Χαρωνίτη, Θ. Αθανασιάδης, Δ. Κουνιάκη, Κ. Σουφλερός, Ε. Κόντου, Κ. Αμπελακιώτου, Σ. Πομώνη, Α. Ταράση, Α. Τσιρογιάννη

Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η κοιλιοκάκη είναι ανοσολογικά επαγόμενη νόσος, που οφείλεται σε δυσανεξία στη γλουτένη σε άτομα με γενετική προδιάθεση, συνοδεύεται με ποικίλα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα και ιστολογικά χαρακτηρίζεται από επιπέδωση των λαχνών του λεπτού εντέρου.

ΣΚΟΠΟΣ: Καταγραφή και αξιολόγηση κλινικών σημείων και ορολογικών/γενετικών δεικτών στη διαγνωστική προσέγγιση και παρακολούθηση παιδιών με κοιλιοκάκη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν 25 παιδιά με κλινικά σημεία δυσανεξίας στη γλουτένη και τελική διάγνωση κοιλιοκάκης. Στα παιδιά αυτά έγινε τυποποίηση των HLA-DQA1*/DQB1* αλληλίων, με μοριακές high resolution τεχνικές (PCR-SSP). Επίσης, κατά τη διάγνωση αλλά και σε διάστημα τριετούς παρακολούθησης προσδιορίστηκαν τα έναντι ιστικής τρανσγλουταμινάσης (tTG) και ενδομυΐου (EmA) αυτοαντισώματα (Aabs), με ELISA και έμμεσο ανοσοφθορισμό, αντίστοιχα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την καταγραφή προέκυψε ότι συνηθέστερες κλινικές εκδηλώσεις ήταν η αναιμία (48%) και η ανεπαρκής πρόσληψη βάρους (48%) και ύψους (40%). Σε όλα τα παιδιά ανιχνεύθηκαν θετικά Aabs και ένα τουλάχιστον σχετιζόμενο με κοιλιοκάκη HLA αλλήλιο (-DQ2/8). Σε 6 παιδιά (24%) με χαμηλό τίτλο Aabs η διάγνωση τέθηκε μετά από βιοψία ενώ σε 19 (76%) η διάγνωση βασίστηκε στην κλινική εικόνα, στον υψηλό τίτλο αντι-tTG (X10 του ορίου) και αντι-EmA (>1:320) καθώς και στην παρουσία HLA-DQ2/8. Στη διάρκεια της τριετούς παρακολούθησης, αρνητικοποίηση των Aabs με παράλληλη βελτίωση κλινικών συμπτωμάτων και σημείων, καταγράφηκε στο 24% των ασθενών μέσα στο πρώτο έτος, στο 12% μέσα στο δεύτερο έτος, στο 16% μέσα στο τρίτο έτος,

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αν και η διάγνωση της κοιλιοκάκης επιβεβαιώνεται με βιοψία λεπτού εντέρου, ωστόσο, σε περιπτώσεις ασθενών με τυπική κλινική συμπτωματολογία, οι μη επεμβατικοί βιοδείκτες όπως παρουσία HLA-DQ2/8 και υψηλός τίτλος αντι-tTG/αντι-EmA Aabs, μπορεί να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια στην διαγνωστική προσέγγιση και στην παρακολούθηση της νόσου.

26. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

27. Η ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΟΥ ΔΕΚΑΠΕΠΤΙΔΙΟΥ ΠΡΟΘΥΜΟΣΙΝΗ Α(100-109) ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΩΣ ΠΙΘΑΝΟΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ Η ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Α. Πασχάλης[1,2], Α. Μπιρμπίλης[2], Π. Σαμαρά[2], Ε. Καστρίτης[3], H. Kalbacher[4], W. Voelter[4], Μ. Δημόπουλος[3], Α. Γεωργακίλας[1], Ο. Τσιτσιλώνη[2]

[1]Τομέας Φυσικής, Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών, ΕΜΠ, [2]Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, [3]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», [4]Interfacultaeres Institut fuer Biochemie, Universitaet Tuebingen, Germany

ΣΚΟΠΟΣ: Η μαζική ανοσογονική απόπτωση ανοσοκυττάρων ποντικών μετά από βακτηριακή λοίμωξη επάγει την απελευθέρωση του ανοσοδραστικού δεκαπεπτιδίου της προθυμοσίνης α, προΤα(100-109), στο αίμα των πειραματόζωων και σχετίζεται με τη βαρύτητα της λοίμωξης. Για τη μετάφραση αυτών των δεδομένων στον άνθρωπο, προσδιορίσαμε τα επίπεδα του προΤα(100-109) στο πλάσμα φυσιολογικών ατόμων και ασθενών με καρκίνο μετά από 1ης γραμμής θεραπεία με παράγοντες που προκαλούν ανοσογονική απόπτωση στα καρκινικά κύτταρα.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Συλλέξαμε πλάσμα από 500 φυσιολογικούς δότες και ασθενείς με πολλαπλούν μυέλωμα (ΠΜ) πριν και 24 h μετά τη χορήγηση του αναστολέα πρωτεασώματος bortezomib. Η επαγωγή απόπτωσης σε ανθρώπινες καρκινικές σειρές invitro έγινε μετά από έκθεσή τους σε bortezomib, δοξορουμπικίνη ή γ-ακτινοβόληση (ακτινοθεραπευτικές δόσεις). Τα ποσοστά απόπτωσης επιβεβαιώθηκαν με κυτταρομετρία ροής. Η συγκέντρωση του προΤα(100-109) μετρήθηκε με ανταγωνιστικού-τύπου ELISA.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συγκέντρωση του προΤα(100-109) φυσιολογικά είναι ~0,1 ng/mL πλάσματος. Η συγκέντρωση του προΤα(100-109) αυξήθηκε στο πλάσμα των περισσοτέρων ασθενών με ΠΜ, ενώ στα υπερκείμενα των in vitro καλλιεργειών ήταν ανάλογη του ποσοστού των καρκινικών κυττάρων που οδηγήθηκαν σε ανοσογονική απόπτωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό αύξησης της συγκέντρωσης του προΤα(100-109) στο πλάσμα ασθενών με ΠΜ πριν και μετά τη θεραπεία με bortezomib δείχνει να συσχετίζεται με την ανταπόκριση των ασθενών στο συγκεκριμένο σκεύασμα. Η επιβεβαίωση αυτής της συσχέτισης στα υπερκείμενα καλλιεργειών καρκινικών κυττάρων *in vitro* προτείνει τον πιθανό ρόλο του προΤα(100-109) ως ενός εν δυνάμει συμπληρωματικού προβλεπτικού βιοδείκτη της ανταπόκρισης των ασθενών στη χημειο- ή ακτινο-θεραπεία.

28. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΟΓΑΜΜΑΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘΥΛΠΡΕΔΝΙΖΟΛΟΝΗΣ ΜΕ ΒΟΥΔΕΣΟΝΙΔΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ IGA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Γ. Ελευθεριώτης, Η. Σκοπελίτης
Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Νίκαιας

ΣΚΟΠΟΣ: Τα ανοσοκατασταλτικά αποτελούν συχνό αίτιο δευτεροπαθούς υπογαμμασφαιριναιμίας. Η βουδεσονίδη είναι συνθετικό γλυκοκορτικοειδές που υπόκειται εκτεταμένου μεταβολισμού πρώτης διόδου στο ήπαρ και έτσι έχει μειωμένη συστηματική δράση αλλά και τοξικότητα. Έχει ανευρεθεί πως στην IgA νεφροπάθεια κύριο παθογενετικό ρόλο παίζουν τα Β-λεμφοκύτταρα των πλακών του Peyer.Βάσει αυτού τελευταία έχουν χρησιμοποιηθεί επιτυχώς οι εντεροδιαλυτές μορφές βουδεσονίδης, κατά το μοντέλο της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Στο περιστατικό εξετάστηκε αν η χρήση της στη θέση των άλλων γλυκοκορτικοειδών αποκαθιστά τα επίπεδα ανοσοσφαιρινών ορού.
ΥΛΙΚΟ: 43χρονος άντρας με IgA νεφροπάθεια υπό μεθυλπρεδνιζολόνη 8mg ημερησίως και μυκοφαινολικό οξύ διαγνώστηκε στο τμήμα μας με λεϊσμανίαση και συνοδό αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο, για το οποίο έλαβε μαζί με αντιλεϊσμανιακή αγωγή δεξαμεθαζόνη (10mg/m^2) καθημερινά και 80g IVIG ανά μήνα για 2 μήνες.Ο αρχικός ανοσολογικός έλεγχος (η αγωγή είχε ξεκινήσει πριν τα αποτελέσματά του) ανέδειξε χαμηλή IgG ορού (448mg/dl) και χαμηλά Β-λεμφοκύτταρα στο αίμα (19/mm^3), τα οποία αποδόθηκαν στα ανοσοκατασταλτικά.Το μυκοφαινολικό διακόπηκε από την εισαγωγή και δεν επαναχορηγήθηκε. Τρεις μήνες μετά την τελευταία δόση IVIG τα επίπεδα της IgG παρέμεναν χαμηλά και πλέον εμφάνισε και μειωμένη IgM, οπότε ενοχοποιήθηκαν τα γλυκοκορτικοειδή. Επιχειρήθηκε αντικατάσταση του γλυκοκορτικοειδούς που ελάμβανε με βουδεσονίδη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά την αλλαγή, η IgG ομαλοποιήθηκε σταδιακά σε διάστημα 3 μηνών, ενώ η IgM μετά από 5 μήνες. Τα Β-λεμφοκύτταρα παρέμειναν χαμηλά,αν και έχουν αυξητική τάση. Ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός,με σταθερό eGFR.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν μείωση των IgG ή/και IgM σε ποσοστό ασθενών υπό μυκοφαινολάτη/μυκοφαινολικό και γλυκοκορτικοειδή. Η περίπτωσή μας είναι η πρώτη που αναφέρει αντιστροφή υπογαμμασφαιριναιμίας από γλυκοκορτικοειδή με χρήση εντεροδιαλυτής βουδεσονίδης. Ασθενείς που λαμβάνουν φάρμακα προκαλούντα υπογαμμασφαιριναιμία ίσως χρήζουν περιοδικά (κάθε 6-12 μήνες) ελέγχου επιπέδων IgG ορού (εφόσον μονήρης έλλειψη IgM δε φαίνεται να προδιαθέτει για λοιμώξεις) ώστε να λαμβάνονται μέτρα προφύλαξης λοιμώξεων και/ή υποκατάστασης με IVIG όποτε χρειαστεί.

29. ΠΙΘΑΝΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΛΛΗΛΙΩΝ HLA-A*02:01 ΚΑΙ HLA-A*24:02 ΣΕ DE NOVO ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Σ. Στοκίδης[1], Σ. Φόρτης[1], Π. Κογιώνου[1], Θ. Αναγνώστου[2], Σ. Περεζ[1], Κ. Μπαξεβάνης[1]

[1]Κέντρο Ανοσολογίας και Ανοσοθεραπείας Καρκίνου, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», [2]Ουρολογική Κλινική, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο *denovo* μεταστατικός καρκίνος του προστάτη (*denovo* mPCa) αποτελεί το 4% όλων των περιπτώσεων της νόσου. Οι μέχρι τώρα εγκαθιδρυμένοι προγνωστικοί δείκτες φαίνεται να μην επαρκούν. Σκοπός της μελέτης μας είναι να εξεταστεί η πιθανή προγνωστική αξία των HLA-A*02:01 και HLA-A*24:02 αλληλίων στη σπάνια αυτή εκδήλωση της νόσου.

ΥΛΙΚΟ: *Denovo* mPCa ασθενείς (n=56) που είχαν εμφανίσει ευνουχοαντοχή (CR) ή υπήρχε διαθέσιμο follow-up για τουλάχιστον 3 μήνες από τη διάγνωση, εντάχθηκαν σε αυτή τη συνδυαστική αναδρομική/προοπτική μελέτη. Καταγράφηκαν το χρονικό διάστημα εμφάνισης CR, καθώς και ολικής επιβίωσης (OS) για κάθε ασθενή. Στους ασθενείς έγινε τυποποίηση HLA με Next-Generation-Sequencing.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι *denovo* mPCa ασθενείς που φέρουν το HLA-A*02:01 αλλήλιο παρουσίασαν χειρότερη κλινική έκβαση τόσο για την εμφάνιση CR, όσο και για OS, σε σχέση με τους HLA-A*02:01- ασθενείς. Επιπλέον, οι HLA-A*24:02+ ασθενείς εμφάνισαν παρατεταμένους χρόνους υποτροπής και ολικής επιβίωσης. Οι ομόζυγοι HLA-A*02:01 ασθενείς παρουσίασαν γρηγορότερα CR και είχαν πολύ μικρό OS. Multivariate στατιστική ανάλυση υποδεικνύει την ανεξάρτητη προγνωστική αξία των δύο αλληλίων τόσο για το CR όσο και για το OS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία των HLA-A*02:01 και HLA-A*24:02 αλληλίων σε denovo mPCa ασθενείς συσχετίζεται σημαντικά και ανεξάρτητα με δυσμενή και ευνοϊκή κλινική έκβαση, αντιστοίχως. Συνεπώς, θα μπορούσαν εν δυνάμει να αποτελέσουν σημαντικά προγνωστικά εργαλεία στον *denovo* mPCa και πιθανά στον PCa γενικότερα.

Υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της Δράσης ΕΡΕΥΝΩ-ΔΗΜΙΟΥΡΓΩ-ΚΑΙΝΟΤΟΜΩ. Συγχρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) της Ευρωπαϊκής Ένωσης και εθνικούς πόρους μέσω του Ε.Π. Ανταγωνιστικότητα, Επιχειρηματικότητα & Καινοτομία (ΕΠΑνΕΚ) (κωδικός έργου:Τ1ΕΔΚ-01404)

30. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΜΕΘ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ

Ε. Αγγελακόπουλος[1], Ζ. Μπιτσώρη[2], Δ. Μπαλάσκα[3], Δ. Καραφέρης[4], Γ. Δημογέροντας[5]
[1]Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας, [2]Γ.Ν.Α. «Ελπίς», [3]Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [4]1η ΥΠΕ Αττικής, [5]Metropolitan Hospital

ΣΚΟΠΟΣ: Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι ένας ιδιαίτερος χώρος που απαιτεί γνώσεις και δεξιότητες. Το σύνδρομο του Παραληρήματος χαρακτηρίζεται από πληθώρα κλινικών συμπτωμάτων και πολλές φορές είναι δύσκολο να διαγνωστεί. Η αιτιολογία του συνδρόμου αυτού είναι πολυπαραγοντική καθώς οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξή του προέρχονται από την υπάρχουσα νόσο, τον ασθενή και το περιβάλλον της ΜΕΘ.
ΥΛΙΚΟ: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το υψηλό ποσοστό εμφάνισης του παραληρήματος στους ασθενείς της ΜΕΘ, καθιστούν αναγκαία τη λήψη προληπτικών μέτρων. Παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του είναι η αρτηριακή υπέρταση, η χρήση αλκοόλ, το κάπνισμα, η υπερπυρεξία και η χρήση κατασταλτικών φαρμάκων. Η διάγνωσή του βασίζεται σε μια σειρά κριτηρίων, ενώ ο βαθμός εκδήλωσης των συμπτωμάτων μπορεί να διαφέρει σημαντικά. Αξιοσημείωτη επίσης θεωρείται η κιρκάδια διακύμανση των συμπτωμάτων στους παραληρηματικούς ασθενείς, η μέγιστη ένταση των οποίων παρατηρείται στη διάρκεια της νύκτας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το παραλήρημα δε φαίνεται να διαφέρει σημαντικά από τη διέγερση, εντούτοις η πρόγνωση των ασθενών με παραλήρημα είναι κατά κανόνα βαρύτερη και η συσχέτιση αυτού με τη θνησιμότητα σημαντικά ισχυρότερη. Το υψηλό ποσοστό της εμφάνισης του συνδρόμου της ΜΕΘ καθιστούν αναγκαία τη λήψη προληπτικών μέτρων και επιβάλλει την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή του, έτσι ώστε να μειωθεί ο χρόνος παραμονής στη ΜΕΘ και η πιθανότητα εμφάνισης άλλων σοβαρών επιπλοκών.

31. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΜΕ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

Α. Τζάνος, Σ. Σιβετίδου, Α. Σαμπάνης, Α. Κανάκης, Α. Αναμορλίδης, Α. Κοτρώνη
Ηλεκτρομυογραφικό Εργαστήριο Τμήματος Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: σύμφωνα με στοιχεία του 2015 στην Ελλάδα περίπου 750.000 άτομα εμφανίζουν σακχαρώδη διαβήτη (8,8% του πληθυσμού) και από αυτούς περίπου το 90% εμφανίζει διαβήτη τύπου ΙΙ, ενώ 25% αυτών δεν γνωρίζουν την ύπαρξη του. Μία από τις συχνές επιπλοκές του διαβήτη είναι η εμφάνιση νευροπαθειών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης των νευροπαθειών σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ που παραπέμφθηκαν για ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο στο ηλεκτρομυογραφικό εργαστήριο του τμήματος Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: κατά τα έτη 2017-2018-2019, εξετάστηκαν 120 εξωτερικοί ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ και υποβλήθηκαν σε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη, 65 (54%) άνδρες και 55 (46%) γυναίκες. Μέση ηλικία έναρξης της νόσου ήταν τα 52 ±15,2 έτη και μέση διάρκεια νόσησης τα 10,5 ± 5,1 έτη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: καταγράφηκε παγιδευτική μονονευροπάθεια σε 42 (35%) ασθενείς: 35 με σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, 5 με ωλένια νευροπάθεια και 2 ασθενείς με βλάβη περονιαίου νεύρου στην κεφαλή της περόνης. Περιφερική πολυνευροπάθεια καταγράφηκε σε 28 (23%) ασθενείς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σύμφωνα με τα ηλεκτροφυσιολογικά αποτελέσματα, καταγράφηκε αυξημένη συχνότητα εμφάνισης νευροπαθειών σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ. Τα ποσοστά εμφάνισης που βρήκαμε δεν διαφέρουν από τα διεθνή.

32. Η ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΣΤΑ ΑΡΧΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΕΝΟΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΑΕΕ) ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΝΑ ΕΤΟΣ ΜΕΤΑ

Σ. Σιβετίδου, Α. Τζάνος, Ε. Δαμιανάκης, Α. Παπασπύρου, Σ. Μίγκου, Α. Κοτρώνη
Κλινική Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Η δυσφαγία είναι μία επιπλοκή που ακολουθεί ένα ΑΕΕ, παρεμβαίνει στην καθημερινότητα και πιθανόν επιδρά στην έκβαση της αποκατάστασης του ασθενή. Σκοπός της εργασίας είναι να προσδιοριστεί αν η παρουσία δυσφαγίας στις πρώτες ημέρες μετά από ΑΕΕ συνδέεται με την έκβαση της αποκατάστασης 1 έτος μετά.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στο διάστημα 2016-2018 μελετήσαμε 48 ασθενείς με ΑΕΕ, σε 2 ομάδες ανάλογα με την ικανότητα κατάποσης. Η δυσφαγία εκτιμήθηκε κατά τις 2 πρώτες εβδομάδες και 3 μήνες μετά το ΑΕΕ: 25 ασθενείς (μέσος όρος ηλικίας =61,3) είχαν φυσιολογική κατάποση και 23 (μ.ο. ηλικίας=64,2) παρουσίαζαν δυσφαγία. Ένα έτος μετά το ΑΕΕ η έκβαση της αποκατάστασης εκτιμήθηκε με βάση την επιβίωση, το χώρο διαβίωσης (γηροκομείο, ίδρυμα ή ανάγκη 24ωρης βοήθειας στο σπίτι) και την ανεξαρτησία στις Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (ADLs) μετρημένη με το Barthel index score. Οι πληροφορίες ελήφθησαν με συνεντεύξεις διαζώσης ή τηλεφωνικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

		Δυσφαγία (23 ασθενείς)	Φυσιολογική κατάποση (25 ασθενείς)
Ίδρυμα ή ανάγκη 24ωρης βοήθειας στο σπίτι		18 (78%)	5 (20%)
Θάνατος		3 (13%)	1 (4%)
Barthel index score	(25-49)	12 (52%)	3 (12%)
	(50-74)	8 (35%)	17 (68%)
	(75-90)	3 (13%)	5 (20%)

Η διαβίωση σε ίδρυμα ή η ανάγκη 24ωρης φροντίδας και χαμηλά ή μεσαία scores στον Barthel index καταγράφηκαν στους ασθενείς με δυσφαγία στις πρώτες 15 ημέρες και που συνέχισαν να έχουν δυσφαγία 3 μήνες μετά το ΑΕΕ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: η μελέτη μας υποδεικνύει ότι η παρουσία δυσφαγίας στην οξεία ή υποξεία φάση ενός ΑΕΕ συνδέεται με πτωχή έκβαση της αποκατάστασης ένα έτος μετά, σε σχέση με την επιβίωση, την ανεξαρτησία στις ADLs και το χώρο διαβίωσης.

33. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΠΡΟΓΟΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Χ. Κούρεκ[1], M. Alshamari[1], Δ. Δελλής[1], Γ. Μήτσιου[1], Β. Λιναρδάτου[2], Α. Νταλιάνης[3], Ν. Παναγοπούλου[1], Σ. Κιόκας[4], Σ. Νανάς[1], Ε. Καρατζάνος[1]

[1]Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [2]Ογκολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», [3]Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», [4]Β' Καρδιολογική κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης ενός προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης (ΠΚΑ) στην οξεία κινητοποίηση των ενδοθηλιακών προγονικών κυττάρων (ΕΠΚ) μετά από μέγιστη καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (ΚΑΔΚ) σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΧΚΑ).
ΥΛΙΚΟ: 44 διαδοχικοί ασθενείς με σταθεροποιημένη ΧΚΑ υπό βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή, εντάχθηκαν σε ΠΚΑ 36 συνεδριών και τυχαιοποιήθηκαν, με βάση την ηλικία και τη μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου, σε δύο ομάδες: υψηλής έντασης διαλειμματική άσκηση (HIIT) ή HIIT συνδυασμένη με μυϊκή ενδυνάμωση (COM). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μέγιστη ΚΑΔΚ σε εργομετρικό ποδήλατο πριν και μετά το πρόγραμμα και έγινε λήψη φλεβικού αίματος πριν και μετά από κάθε ΚΑΔΚ. Η ταυτοποίηση των ΕΠΚ έγιναν με τη χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων ενώ η ποσοτικοποίησή τους με τη χρήση κυτταρομετρίας ροής. Τα ΕΠΚ εκφράστηκαν ως «κύτταρα/106 απύρηνα κύτταρα».
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η οξεία κινητοποίηση των ΕΠΚ μετά την τελική ΚΑΔΚ ήταν μεγαλύτερη από αυτή της αρχικής ΚΑΔΚ σε 4 από τους 5 κυτταρικούς πληθυσμούς ($p < 0.05$). Για κάθε ομάδα σημειώθηκε σημαντική αύξηση της κινητοποίησης των ΕΠΚ οξέως μετά από μέγιστη ΚΑΔΚ μετά το ΠΚΑ. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων HIIT και COM ($p>0.05$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ένα πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης 36 συνεδριών διεγείρει την οξεία απάντηση στην κινητοποίηση των ΕΠΚ μετά από μέγιστη άσκηση σε ασθενείς με ΧΚΑ, τονίζοντας έτσι τη σημασία του προγράμματος άσκησης στη λειτουργία του αγγειακού ενδοθηλίου. Διαφορετικά πρωτόκολλα άσκησης φαίνεται να είναι εξίσου ωφέλιμα στην κινητοποίηση των ΕΠΚ.

34. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Δ. Χατζηδάκη[1], Μ. Κινδύνη[1], Ν. Κοσιώρη[1], Ε. Βλαχίδη[2], Α. Φέρκε[1]

[1]Βιοπαθολογικό - Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, [2]Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός του μικροβιακού φορτίου του αέρα στις 6 χειρουργικές αίθουσες του νοσοκομείου, η καταγραφή τους και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
ΥΛΙΚΟ: Οι μετρήσεις διενεργήθηκαν την περίοδο δραστηριότητας (9:00 π.μ. – 13:00 μ.μ.) με λειτουργία κλιματισμού HEPA, διήρκησαν από 29/07/2019 – 02/08/2019 και από 05/09/2019 – 13/09/2019 και αφορούσαν 16 δειγματοληψίες πριν και μετά απ' τον ενδεδειγμένο καθαρισμό. Τα δείγματα συλλέχθηκαν βάσει συγκεκριμένου πρωτοκόλλου αυτόματου εμβολιασμού – έκθεση για 4 ώρες σε Columbia agar 5% Sheep Blood. Τα τριβλία επωάστηκαν στους 37ο C για 48 ώρες. Ο αριθμός των αποικιών που αναπτύχθηκαν εκφράστηκε σε cfu/τριβλίο/4 ώρες αντίστοιχα. Για την ταυτοποίηση Gram(+) κόκκων χρησιμοποιήθηκε αντιδραστήριο ID Color Catalase και Pastorex Staph Plus.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο αριθμός των αποικιών που μετρήθηκαν με την μέθοδο αυτόματης δειγματοληψίας κυμάνθηκε από 20-80 cfu/τριβλίο/4 ώρες και ταυτοποιήθηκαν ως Staphylococcus coagulase (-) CNS σε ποσοστό 75% και Staphylococcus MSSA (Methicillin Sensitive Staphylococcus Aureus) σε ποσοστό 25%. Δεν ανευρέθησαν Gram(-)βακτηρίδια ούτε και μύκητες.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΙΘΟΥΣΕΣ	1η ΕΒΔΟΜΑΔΑ Αριθμός αποικιών Gram+ κόκκων		2η ΕΒΔΟΜΑΔΑ Αριθμός αποικιών Gram+ κόκκων	
	CNS	MSSA	CNS	MSSA
1η	55	18	42	15
2η	50	16	38	13
3η	36	5	20	2
4η	22	1	10	0
5η	60	9	50	6
6η	65	23	35	12

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο αυξημένος αριθμός αποικιών συνδέεται άμεσα με τον αυξημένο αριθμό ατόμων που βρίσκονται στην αίθουσα κατά την διάρκεια των επεμβάσεων. Υπάρχει αισθητή μείωση του αποικισμού στις αίθουσες των χειρουργείων κατόπιν καθαρισμού. Ο αριθμός των αποικιών πρέπει να μειωθεί αισθητά εφαρμόζοντας αυστηρά τα ατομικά μέτρα προστασίας από την χειρουργική ομάδα. Απαραίτητη κρίνεται και η τήρηση καθολικής απαγόρευσης των μη εχόντων εργασία σε αυτούς τους χώρους.

35. ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΕΣ ΑΠΟ ΧΡΥΣΙΖΟΝΤΕΣ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟΥΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥΣ ΣΤΗ ΜΕΘΙΚΙΛΛΙΝΗ (MRSA) ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΟΚΟΚΚΟΥΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥΣ ΣΤΗ ΒΑΝΚΟΜΥΚΙΝΗ (VRE) ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑ 2016-2019

Α. Ιερωνυμάκη, Ε. Μπουντανιόζου, Α. Χαραλαμποπούλου, Δ. Γιούλη, Κ. Γραικου, Π. Τσιαχρής, Ι. Γκορυαγκα, Σ. Βλάχος, Χ. Ανθουλάκη, Α. Παπαναγιώτου

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της συχνότητας απομόνωσης των ανθεκτικών στη μεθικιλλίνη χρυσίζοντων σταφυλοκόκκων (MRSA) και των ανθεκτικών στη βανκομυκίνη εντεροκόκκων (VRE) από αιμοκαλλιέργειες ασθενών σε Γενικό Νοσοκομείο στο διάστημα μιας τετραετίας.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην αναδρομική μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλες οι βακτηριαιμίες από χρυσίζοντες σταφυλοκόκκους και από εντεροκόκκους ενήλικων ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Αλεξάνδρα» από 1-1-2016 έως 31-12-2019. Οι καλλιέργειες αίματος επωάστηκαν στο σύστημα BACTEC9240 (Becton, Dickinson). Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας πραγματοποιήθηκαν με συμβατικές μεθόδους και με το σύστημα MicroScan (Siemens) και όποτε ήταν αναγκαίο χρησιμοποιώντας E-test (bioMerieux).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις 13762 καλλιέργειες αίματος που επωάστηκαν στο διάστημα 2016-2019 χρυσίζων σταφυλόκοκκος (*Staphylococcusaureus*) αναπτύχθηκε σε 119 ενώ εντερόκοκκος (*Enterococcusfaecium, Enterococcusfaecalis*) σε 122. Ως MRSA αναγνωρίστηκαν 24 στελέχη (20,2%), ενώ ως VRE 21 στελέχη (17,2%). Τα αποτελέσματα ανά έτος για τον S.aureus και για τους *E.faecium* και *E.faecalis* απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα:

	2016	2017	2018	2019	Σύνολο
S.aureus	20	36	27	36	119
MRSA	4	8	10	2	24
E.faecium	4	7	15	19	45
VRE	1	3	6	10	20
E.faecalis	15	11	21	30	77
VRE			1		1

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συχνότητα απομόνωσης MRSA από βακτηριαιμίες οφειλόμενες σε *S.aureus*(20,2%) ανήκει στο μέσο όρο που απαντάται διεθνώς (13%-74%). Οι βακτηριαιμίες οι οφειλόμενες σε *E.faecalis* είναι συχνότερες συγκριτικά με *E.faecium*, με τις τελευταίες να σημειώνουν ανοδική τάση. Το υψηλό ποσοστό αντοχής του *E.faecium* στη βανκομυκίνη (44,4%) είναι υψηλότερο από τα ποσοστά που αναφέρονται στην υπόλοιπη Ευρώπη αλλά χαμηλότερο από τις ΗΠΑ, ενώ το χαμηλό ποσοστό αντοχής του *E.faecalis* στη βανκομυκίνη (1,3%) συνάδει με τα ευρωπαϊκά και αμερικάνικα δεδομένα.

36. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΙ C ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Μ. Κινδύνη, Δ. Χατζηδάκη, Ν. Κοσιώρη, Ν. Χατζημανώλης, Ε. Καλπαχίδου, Α. Φέρκε
Βιοπαθολογικό - Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η Ελλάδα είναι μια χώρα ενδιάμεσης ενδημικότητας για την ηπατίτιδα Β και χαμηλής για την ηπατίτιδα C. Η μελέτη μας έχει σκοπό την καταγραφή κρουσμάτων ηπατίτιδας από ιούς ηπατίτιδας Β και C των ασθενών που προσήλθαν στο Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου τα τελευταία χρόνια.
ΥΛΙΚΟ: Συνολικά εξετάστηκαν αναδρομικά 9.739 δείγματα αίματος για το HBsAg και 7.171 για anti-HCV ορολογικό δείκτη στο Βιοπαθολογικό – Μικροβιολογικό εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου κατά το χρονικό διάστημα 3 ετών από 01/01/2017 έως 31/12/2019, με τη μέθοδο της μικροσωματιδιακής ανοσοτεχνικής χημειοφωταύγειας (CMIA) σε αναλυτή Architect i2000 SR της Abbott.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανευρέθησαν θετικά τα εξής δείγματα:
- για ηπατίτιδα Β: 140/9.739 (1,44%), και
- για ηπατίτιδα C: 131/ 7.171 (1,83%)

Αναλυτικότερα, τη διετία 2017-2018 ανευρέθησαν θετικά 48 δείγματα από τα 4.815 (0,99%), τα οποία ελέχθηκαν για anti-HCV και 69 δείγματα από τα 6.643 (1,04%), τα οποία ελέχθηκαν για HBsAg.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνολική επίπτωση της HBV λοίμωξης την τριετία 2017-2019 ήταν 1,44%, ενώ της HCV ήταν 1,83%. Η επίπτωση τόσο της HBV λοίμωξης, όσο και της HCV λοίμωξης παραμένει πολύ χαμηλή. Ωστόσο στη μελέτη μας έγινε έλεγχος των ανωτέρω ορολογικών δεικτών μόνο στους ασθενείς που ζητήθηκαν από τις κλινικές του νοσοκομείου, όσο και από τα εξωτερικά ιατρεία και όχι σε όλους τους ασθενείς που προσήλθαν στο Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου το προαναφερθέν διάστημα. Εντύπωση προκαλεί η χαμηλή επίπτωση της HBV λοίμωξης την τριετία αυτή, γεγονός που πιθανότατα απορρέει από την πληροφόρηση των ασθενών περί εμβολιαστικής κάλυψης για τη λοίμωξη αυτή και της διενέργειας εμβολιασμού.

37. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΕΠΙΦΑΝΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Μ. Κινδύνη[1], Δ. Χατζηδάκη[1], Ν. Κοσιώρη[1], Ε. Βλαχίδη[2], Σ. Κλαδίτη[2], Α. Φέρκε[1]

[1]Βιοπαθολογικό - Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, [2]Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν μία από τις πιο κοινές ιατρικές επιπλοκές που επηρεάζουν τους ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή του μικροβιακού φορτίου σε διάφορες επιφάνειες της ΜΕΘ κατόπιν ελέγχου ρουτίνας των μελών της επιτροπής νοσοκομειακών λοιμώξεων.

ΥΛΙΚΟ: Στις 01/10/2019 λήφθηκαν 20 δείγματα για διενέργεια καλλιέργειας επιφανειών από 6 κλίνες ασθενών και συγκεκριμένα από τα κουμπιά αφής των αναπνευστήρων και τις αντλίες, καθώς και από τα πλαϊνά προστατευτικά κάγκελα των κρεβατιών. Επιπλέον, λήφθηκαν δείγματα από 2 φορητά μηχανήματα (ακτινολογικού και τεχνητού νεφρού), όπως και από τον ηλεκτρονικό υπολογιστή ο οποίος βρίσκεται στην μονάδα. Όλα τα δείγματα ελήφθησαν με βαμβακοφόρο στυλεό εμβαπτισμένο σε φυσιολογικό ορό. Πραγματοποιήθηκαν 60 καλλιέργειες σε Αιματούχα, Mac Conkey 3 και Sabouraud agar και αφού επωάστηκαν σε κλίβανο με θερμοκρασία 37ο C για 48 ώρες πραγματοποιήθηκε ταυτοποίηση και έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 20 δείγματα που εξετάσθηκαν τα 17 (85%) αξιολογήθηκαν αρνητικά, χωρίς μικροβιακή ανάπτυξη. Σε 2 καλλιέργειες (κλίνη ασθενών και αντλία) αναπτύχθηκε Acinetobacter baumannii, γνωστό πολυανθεκτικό στέλεχος της ΜΕΘ, ενώ σε ένα άλλο σημείο (κλίνη ασθενούς) αναπτύχθηκαν μύκητες του γένους Candida.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Εκ των ανωτέρω αποτελεσμάτων ανάγονται τα εξής συμπεράσματα:

1. Ο τρόπος καθαρισμού – απολύμανσης αποδείχθηκε ότι είναι ο ενδεδειγμένος
2. Η αυστηρή τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας και κανόνων υγιεινής των χεριών, από ασθενή σε ασθενή, από όλο το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό) καθώς και από τους επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς (φυσικοθεραπευτές, χειριστές ακτινολόγους κλπ.) θεωρείται επιβεβλημένη.

38. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΩΝ ΑΠΟ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Α. Ιερωνυμάκη, Ε. Μπουντανιόζου, Χ. Ανθουλάκη, Δ. Γιούλη, Π. Τσιαχρής, Κ. Γραίκου, Α. Νικολακοπούλου, Σ. Βλάχος, Α. Χαραλαμποπούλου, Α. Παπαναγιώτου

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της συχνότητας απομόνωσης και της ευαισθησίας στα αντιβιοτικά των κύριων Gram αρνητικών βακτηρίων που υπόκεινται σε επιτήρηση στην Ελλάδα (*Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa και Acinetobacter baumannii*) απομονωθέντων από θετικές αιμοκαλλιέργειες την τελευταία τετραετία σε Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην αναδρομική μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλες οι βακτηριαιμίες από πολυανθεκτικά στελέχη *K.pneumoniae, P.aeruginosa* και *A.baumannii* ενήλικων ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Αλεξάνδρα» από 1-1-2016 έως 31-12-2019. Οι καλλιέργειες αίματος επωάστηκαν στο σύστημα BACTEC9240 (Becton, Dickinson). Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας πραγματοποιήθηκαν με το σύστημα MicroScan (Siemens). Τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν, όταν ήταν αναγκαίο, χρησιμοποιώντας E-test (bioMerieux). Ο έλεγχος ευαισθησίας στην κολιστίνη έγινε με τη μέθοδο μικροαραιώσεων (SensiTest, Liofilchem). Ακολουθήθηκαν οι ορισμοί του ECDC για τα πολυανθεκτικά (MDR) και εξαιρετικά ανθεκτικά (XDR) βακτήρια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μεταξύ των απομονωθέντων μικροοργανισμών, 130 ταυτοποιήθηκαν ως *K.pneumoniae, 91 ως P.aeruginosa και 85 ως A.baumannii. 38,5% των απομονωθέντων στελεχών Klebsiella ήταν ανθεκτικά στη σιπροφλοξασίνη, 32,3% ανθεκτικά στις καρβαπενέμες, 26,2% ήταν MDR και 15,4% ήταν XDR στελέχη. Τα κλινικά στελέχη Pseudomonas ήταν MDR σε ποσοστό 23,1% και XDR σε 5,5%, ενώ 25,3% ήταν ανθεκτικά στις καρβαπενέμες. Τα απομονωθέντα στελέχη Acinetobacter ήταν MDR και XDR σε ποσοστό 90,6% και 40% αντιστοίχως. 94,1% ήταν ανθεκτικά στις καρβαπενέμες, ενώ 71,8% ήταν ευαίσθητα στην κολιστίνη.*

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο σημαντικά υψηλός αριθμός ανθεκτικών στις καρβαπενέμες στελεχών, σε συνδυασμό με την συχνά παρατηρούμενη πολυαντοχή σε αντιβιοτικά, καθιστά δύσκολη τη βέλτιστη διαχείριση των βακτηριαιμιών. Τα εξαιρετικά υψηλά ποσοστά αντοχής του *A.baumannii* σηματοδοτούν την αρχή μιας εποχής όπου όλο και λιγότερο αποτελεσματικοί αντιμικροβιακοί παράγοντες είναι διαθέσιμοι. Η ανάγκη συνέχισης των προγραμμάτων επιτήρησης και των αποτελεσματικών μέτρων ελέγχου είναι πλέον πιο σημαντική από ποτέ.

39. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ STREPTOCOCCUS AGALACTIAE ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΟΥΡΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Α. Νικολακοπούλου, Χ. Ανθουλάκη, Α. Ιερωνυμάκη, Μ. Δαμαλά, Ι. Γκορυάγκα, Κ. Παπαναγιώτου, Ε. Πρίφτη

Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός της αντοχής στα αντιβιοτικά των απομονωθέντων στελεχών Streptococcus agalactiae (GBS) από καλλιέργειες ούρων εξωτερικών ασθενών και νοσηλευόμενων στο Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» κατά τη διάρκεια ενός έτους.

ΥΛΙΚΟ: Τα δείγματα ούρων που στάλθηκαν Μικροβιολογικό Τμήμα του Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» κατά τη χρονική περίοδο από 1/1/2018 έως 31/12/2018 καλλιεργήθηκαν ποσοτικά σε κοινά θρεπτικά υλικά, αιματούχο και MacConkey άγαρ. Για την ορολογική ταυτοποίηση του Streptococcus agalactiae (β-αιμολυτικού στρεπτόκοκκου ομάδας Β κατά Lancefield) χρησιμοποιήθηκε ταχεία δοκιμασία συγκόλλησης με σωματίδια latex (Streptococcal grouping kit, Oxoid). Ο έλεγχος ευαισθησίας των στελεχών GBS στα αντιβιοτικά έγινε με τη μέθοδο Kirby-Bauer σύμφωνα με τις οδηγίες του Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) και ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης αντιβιοτικού E-test (BioMerieux).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των καλλιεργειών ούρων, GBS αναπτύχθηκε σε 26 δείγματα εξωτερικών ασθενών και 12 νοσηλευόμενων. Το ποσοστό αντοχής των στελεχών GBS στα συνήθη αντιβιοτικά και για τις δυο ομάδες ασθενών παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα.

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ	ΑΝΤΟΧΗ (%) GBS	
	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ
Penicillin	0%	0%
Ampicillin	0%	0%
Cephalothin	0%	0%
Erythromycin	58%	33%
Clindamycin	42%	25%
Levofloxacin	14%	0%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: (α) Η penicillin και η ampicillin, φάρμακα εκλογής για τον GBS, παραμένουν δραστικές στο σύνολο των περιπτώσεων (β) Η cephalothin μπορεί να χορηγηθεί όπου υπάρχει αντένδειξη για penicillin και ampicillin, καθώς όλα τα στελέχη και των δυο ομάδων είχαν ευαισθησία στο αντιβιοτικό (γ) Υψηλά ποσοστά αντοχής παρατηρούνται σε erythromycin και clindamycin, με σημαντικά υψηλότερα ποσοστά στους εξωτερικούς ασθενείς σε σχέση με τους νοσηλευόμενους και καθιστούν τη χορήγησή τους επισφαλή χωρίς προηγούμενο έλεγχο (δ) Αντοχή στις φθοριοκινολόνες παρουσιάζεται στην ομάδα των εξωτερικών ασθενών.

40. ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΚΑΙ ΣΦΟΥΓΓΑΡΙΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο. Πιτούλια, Φ. Κεσίδου, Γ. Ορφανίδης, Α. Νικολαΐδου, Α. Δαρδαγιαννόπουλος, Α. Λέττας
Μικροβιολογικό εργαστήριο, Γ.Ν. Ημαθίας - Υ.Μ. Νάουσας

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του είδους των μικροοργανισμών που αποικίζουν τις σφουγγαρίστρες και το υλικό εμβάπτισης καθαρισμού δαπέδων στο νοσοκομείο μας.
ΥΛΙΚΟ: Το υλικό μας αφορούσε 182 δείγματα που ελήφθησαν από σφουγγαρίστρες που χρησιμοποιούνται τόσο σε άμεση χρήση όσο και κατά τη διαδικασία στεγνώματος για επαναχρησιμοποίηση, τα αντίστοιχα κοντάρια, από το υγρό εμβάπτισης και από τα χερούλια των περιεκτών του υγρού. Τα δείγματα ελήφθησαν διαφορετικές μέρες και εβδομάδες από όλους τους χώρους εντός της άνοιξης και του καλοκαιριού του 2018. Η ταυτοποίηση των μικροβίων έγινε με τις κλασσικές μεθόδους (Gram χρώση, καταλάση, πηκτάση οξειδάση κα).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο 182 δειγμάτων,76 δείγματα αφορούσαν σφουγγαρίστρες, 76 κοντάρια-χερούλια και 30 υγρό εμβάπτισης. Ποσοστό 60,8% των δειγμάτων δεν ανέπτυξαν μικρόβια. Η πλειοψηφία αφορούσε (σχετικό ποσοστό 51,5%) κοντάρια –χερούλια. Το 37,3% των δειγμάτων ανέπτυξε αζυμωτικά μικρόβια που δεν τυποποιήθηκαν με τις ανωτέρω μεθόδους. Παθογόνα μικρόβια ανευρέθηκαν σε ποσοστό 13,1% των δειγμάτων εκ των οποίων 3 δείγμα Pseudomonas spp, το 98% ανήκαν στα εντεροβακτηριοειδή ενώ ανευρέθηκαν 5 στελέχη Enterococcus spp.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα δυνητικά παθογόνα μικρόβια από τα απομονωθέντα δείγματα σε ποσοστό 13,1% θεωρείται εξαιρετικά χαμηλό. Βέβαια, απομονώθηκε 1 δείγμα Pseudomonas spp, που είναι μικρόβιο με ιδιαίτερη προτίμηση σε υδρόφιλο περιβάλλον και δυνητικά θα μπορούσε να προκαλέσει λοίμωξη. Οι σφουγγαρίστρες και το υλικό εμβάπτισης στο νοσοκομείο μας, δεν αποτελούν μέσο διασποράς δυνητικά παθογόνων μικροβίων.

41. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

42. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ

Ε. Μαντζωρογεώργου, Α. Βλαχογιώργου, Ε. Μπολομύτη, Δ. Χατζηδάκη
Κέντρο Υγείας Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η διαπίστωση ότι ανωμαλίες των λιπιδίων συνδέονται με την αθηροσκλήρωση και την ισχαιμική καρδιοπάθεια πυροδότησε τα τελευταία χρόνια την έρευνα για το μεταβολισμό των ουσιών αυτών και έκανε απαραίτητη, τόσο για τον κλινικό όσο και για τον εργαστηριακό ιατρό, την κατανόηση της φυσιολογίας και της παθολογίας τους. Σκοπός της μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση των επιπέδων της ολικής χοληστερόλης, της HDL – χοληστερόλης, LDL – χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων σε δείγμα νησιωτικού πληθυσμού.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 3061 δείγματα, τα οποία λήφθηκαν μετά από 12ωρη νηστεία. Σε όλα τα δείγματα προσδιορίστηκαν ολική χοληστερόλη (CHOL), τριγλυκερίδια (TRIG), HDL – χοληστερόλη (HDL-C) και LDL – χοληστερόλη (LDL-C) ορού. Όλες οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν σε βιοχημικό αναλυτή του Βιοπαθολογικού – Μικροβιολογικού Εργαστηρίου του Κ.Υ. Ρόδου κατά τη χρονική περίοδο από 02/01/2019 έως 31/12/2019.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 1806 άτομα (59%) παρατηρήθηκαν αυξημένες τιμές χοληστερόλης (>190mg/dl). Τα 1180 άτομα (39%) είχαν συγκεντρώσεις τριγλυκεριδίων >150mg/dl. Σε 940 άτομα (36%) βρέθηκε HDL<60mg/dl και σε 1427 άτομα (53%) βρέθηκαν συγκεντρώσεις LDL>160mg/dl.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα υψηλά ποσοστά παθολογικών τιμών εγείρουν σοβαρούς προβληματισμούς σχετικά με τις συνέπειες που απορρέουν από την υιοθέτηση του νησιωτικού τρόπου διατροφής και διαβίωσης. Η υπερλιπιδαιμία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα αθηροσκλήρωσης και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Είναι σημαντικό να διαπιστώνεται εγκαίρως, καθώς μπορεί να τροποποιηθεί με φαρμακευτική και μη παρέμβαση.

43. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

Ο. Πιτούλια, Μ. Σταθαρά, Φ. Κεσίδου, Α. Νικολαΐδου, Α. Γιάννου, Α. Λέττας
Μικροβιολογικό εργαστήριο, Γ.Ν. Ημαθίας - Υ.Μ. Νάουσας

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση των παραγόντων που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού.
ΥΛΙΚΟ: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Medline, PubMed και embase ώστε να γίνει μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού είναι η συντήρηση των εμβολίων, η οδός χορήγησης, η τεχνική, το σχήμα και η ηλικία των εμβολιαζόμενων. Όσον αφορά τη συντήρηση και την οδό χορήγησης, είναι αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη οι οδηγίες της παρασκευάστριας εταιρείας. Κυρίως, τα εμβόλια συντηρούνται σε θερμοκρασία +2 °C έως +8°C,εκτός από το SABIN (πολιομυελίτιδα) που τοποθετείται στην κατάψυξη. Τα περισσότερα χορηγούνται παρεντερικά, εκτός από το SABIN που χορηγείται από το στόμα. Όσον αφορά την τεχνική, είναι απαραίτητο να τηρούνται οι βασικές αρχές των εμβολιασμών (ενημέρωση, έλεγχος, εξέταση).Κάθε εμβολιασμός θα πρέπει να γίνεται στην κατάλληλη ηλικία σύμφωνα με το Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών παιδιών και ενηλίκων και με ορισμένο σχήμα προς αποφυγή ανεπιθύμητων αντιδράσεων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα προγράμματα εμβολιασμού στην παιδική ηλικία έχουν μειώσει κατά πολύ τα κρούσματα λοιμωδών νοσημάτων, μείωσαν τη νοσηρότητα και παιδική θνητότητα και έχουν εξαφανίσει νοσήματα από τον πληθυσμό. Τα περισσότερα εμβόλια χορηγούνται σε βρέφη και παιδιά. Για αυτό πρέπει να μην προκαλούν νόσο ή παρενέργειες, να εξασφαλίζουν μακροχρόνια ανοσία, να μην μεταδίδουν νόσο σε επίνοσα άτομα και να είναι δυνατή η μέτρηση της αντισωματικής αντίδρασης.

44. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ENTEROCOCCUS FAECALIS ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΟΥΡΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Α. Νικολακοπούλου, Χ. Ανθουλάκη, Μ. Δαμαλά, Α. Βαχτσεβάνου, Δ. Δανδουλάκης, Α. Χαραλαμποπούλου, Ε. Πρίφτη

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός της αντοχής στα αντιβιοτικά των απομονωθέντων στελεχών *Enterococcus faecalis (E. faecalis)* από καλλιέργειες ούρων εξωτερικών και νοσηλευόμενων ασθενών στο Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» κατά τη διάρκεια ενός έτους.

ΥΛΙΚΟ: Τα δείγματα ούρων που στάλθηκαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του νοσοκομείου μας από 1/1/2018 έως 31/12/2018, καλλιεργήθηκαν ποσοτικά σε κοινά θρεπτικά υλικά, αιματούχο και MacConkey άγαρ. Για την ταυτοποίηση και τον έλεγχο ευαισθησίας στα αντιβιοτικά των στελεχών *E. faecalis* που αναπτύχθηκαν χρησιμοποιήθηκαν το σύστημα API ID-32 STR (BioMerieux), το αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (BeckmanCoulter), η μέθοδος Kirby-Bauer σύμφωνα με τις οδηγίες του Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) και ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης αντιβιοτικού E-test (BioMerieux).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Θετικές καλλιέργειες ούρων με ανάπτυξη *E. faecalis* ανευρέθησαν 35 σε εξωτερικούς ασθενείς και 114 σε νοσηλευόμενους. Τα ποσοστά αντοχήτων απομονωθέντων στελεχών *E. faecalis* στα συνήθη αντιβιοτικά για τις δυο ομάδες ασθενών παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ	ΑΝΤΟΧΗ (%) *E. faecalis*	
	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ
Ampicillin	0%	3%
High Level Gentamicin	31%	32%
High Level Streptomycin	31%	39%
Chloramphenicol	9%	16%
Rifampicin	27%	28%
Nitrofurantoin	0%	4%
Vancomycin	0%	0%
Teicoplanin	0%	0%
Linezolid	0%	0%
Levofloxacin	17%	42%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: (α) Η Ampicillin, φάρμακο εκλογής για εμπειρική αντιμετώπιση των ουρολοιμώξεων από *E. faecalis*, παραμένει δραστική στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων (β)Ανθεκτικά στελέχη *E. faecalis* στα γλυκοπεπτίδια και τη λινεζολίδη δεν ανευρέθησαν και στις δυο ομάδες ασθενών (γ) Το ποσοστό αντοχής στις φθοριοκινολόνες είναι σημαντικά υψηλότερο στους νοσηλευόμενους ασθενείς (δ) Η αντοχή στις υψηλές συγκεντρώσεις αμυνογλυκοσίδων είναι παρόμοια και στις δύο ομάδες, αλλά η συχνότητά της απαιτεί προηγούμενο έλεγχο ευαισθησίας όταν συγχορηγηθεί με β-λακταμικά αντιβιοτικά σε σοβαρές λοιμώξεις από *E. faecalis*.

45. ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ATOPOBIUM VAGINAE ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΠΟΛΥΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ

Μ. Δημητρίου, Ε. Λάμπρου, Μ. Λυμπεροπούλου, Β. Παπαεμμανουήλ
Μικροβιολογικό Εργαστήριο Ε.Α.Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη του ρόλου του αναερόβιου μικροβίου *Atopobium vaginae* σε λοίμωξη τραχήλου μήτρας σε γυναίκα που φέρει ενδομητρική συσκευή (σπιράλ).
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 45 ετών προσέρχεται για γυναικολογικό έλεγχο στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Ε.Α.Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ. Κατά την επισκόπηση παρατηρείται εικόνα που συνηγορεί υπέρ φλεγμονής τραχήλου μήτρας. Ο τράχηλος παρατηρείται εξέρυθρος, με αυξημένη δύσοσμη κολπική έκκριση και ευαισθησία κατά την μετακίνηση της μήτρας στη γυναικολογική εξέταση. Ευαισθησία παρατηρείται και κατά τη λήψη επιχρίσματος για κυτταρολογική εξέταση. Το ενδομητρικό σπείραμα αφαιρέθηκε και στάλθηκε προς καλλιέργεια στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Ακολούθησε μικροβιολογικό πρωτόκολλο απομόνωσης αεροβίων και αναεροβίων μικροοργανισμών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κυτταρολογική εξέταση επιχρίσματος ανέδειξε άφθονα πολυμορφοπύρηνα λευκοκύτταρα, εικόνα συμβατή με τραχηλίτιδα. Η καλλιέργεια του σπιράλ ανέδειξε τρία παθογόνα. *Candida glabrata, Streptococcus anginosus* και το αναερόβιο *Atopobium vaginae*. Το τελευταίο σχετίζεται με παραγωγή βιομεμβράνης και υποτροπή λοιμώξεων αν δεν αντιμετωπιστεί. Η ασθενής καλύφθηκε και για τα τρία απομονωθέντα στελέχη.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εμπλοκή των αναεροβίων μικροβίων σε λοιμώξεις του τραχήλου μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα αποτυχία της θεραπευτικής προσέγγισης αν δεν απομονωθούν και δε ληφθεί κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή. Το Atopobium vaginae είναι ένα αναδυόμενο παθογόνο το οποίο εμπλέκεται στην βακτηριακή κόλπωση (Bacterial Vaginosis), αλλά μπορεί να αποτελέσει και αληθές αίτιο και τραχηλίτιδας στα πλαίσια πολυμικροβιακής λοίμωξης.

46. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΥ ΣΤΟ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Ο. Πιτούλια, Φ. Κεσίδου, Ε. Μακούλη, Α. Γιάννου, Α. Βοργιαζίδου, Α. Λέττας
Μικροβιολογικό εργαστήριο, Γ.Ν. Ημαθίας - Υ.Μ. Νάουσας

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιοπιστία και το κύρος του Αιματολογικού Εργαστηρίου προάγεται από την καθημερινή εργασία των τεχνολόγων οι οποίοι τηρούν τους κανόνες σε κάθε στάδιο των διαγνωστικών αναλύσεων (προ-αναλυτικό,αναλυτικό,μετα-αναλυτικό), από την αιμοληψία και έως ότου το εξωτερικό ιατρείο ή η κλινική ενημερωθεί για το αποτέλεσμα της ανάλυσης.
ΥΛΙΚΟ: Το προ-αναλυτικό στάδιο συνήθως αποτελεί το 60% του συνολικού χρόνου. Το αναλυτικό στάδιο κατά κανόνα το 25% του συνολικού χρόνου και είναι ο χρόνος που απαιτείται για την εργαστηριακή ανάλυση των δειγμάτων, χρησιμοποιώντας αναλυτικά συστήματα, αντιδραστήρια και υλικά στους αιματολογικούς αναλυτές, αλλά και στους αναλυτές πήξης. Το μετα-αναλυτικό στάδιο αποτελεί συνήθως το 15% του συνολικού χρόνου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Για να διατηρηθεί η αξιοπιστία και το κύρος του Αιματολογικού Εργαστηρίου, γίνονται καθημερινά Εσωτερικοί Ποιοτικοί Έλεγχοι οι οποίοι απαιτούν χρόνο, αλλά και προσωπικό. Έτσι αντιμετωπίζονται και προλαμβάνονται σφάλματα. Επίσης, η συμμετοχή σε Προγράμματα Εξωτερικού Ποιοτικού Ελέγχου σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, εξασφαλίζει έναν ολοκληρωμένο ποιοτικό έλεγχο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επιστημονική κατάρτιση και η εμπειρία του τεχνολόγου σε ένα Αιματολογικό Εργαστήριο σε συνεργασία με τους ιατρούς, σαν στόχο έχει τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης και την τυποποίηση των υπηρεσιών που προσφέρονται στο χώρο της υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο, λόγω της ελεύθερης διακίνησης πολιτών και υπηρεσιών.

47. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ACINETOBACTER BAUMANNII ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΟΥΡΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Α. Νικολακοπούλου, Α. Ιερωνυμάκη, Χ. Ανθουλάκη, Μ. Δαμαλά, Ε. Πρίφτη, Α. Χαραλαμποπούλου, Α. Τερζή

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός της αντοχής στααντιβιοτικά των απομονωθέντων στελεχών *Acinetobacter baumannii* από καλλιέργειες ούρων νοσηλευόμενων ασθενών στο Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» κατά τη διάρκεια ενός έτους.
ΥΛΙΚΟ: Καλλιεργήθηκαν ούρα νοσηλευομένων ασθενών που εστάλησαν στο Μικροβιολογικό εργαστήριο του Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» από 1/1/2018 έως 31/12/2018. Στα αποσταλθέντα δείγματα έγινε ποσοτική καλλιέργεια σε κοινά θρεπτικά υλικά, αιματούχο και MacConkeyάγαρ. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά των στελεχών *Acinetobacter baumannii* που αναπτύχθηκαν έγινε με το σύστημα API (BioMerieux), το αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (BeckmanCoulter), τη μέθοδο Kirby-Bauer σύμφωνα με τις οδηγίες του Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης αντιβιοτικού E-test (BioMerieux) και για προσδιορισμό της ευαισθησίας στην κολιμυκίνη, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος μικροαραιώσεων σε ζωμό σε πλάκα SensiTest™Colistin (Liofilchem®).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια του έτους 2018, απομονώθηκαν 32 στελέχη *Acinetobacter baumannii,* εκ των οποίων τα 29 στελέχη από νοσηλευόμενους ασθενείς. Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται τα ποσοστά αντοχής (%) στα συνήθη αντιβιοτικά στελεχών από νοσηλευόμενους ασθενείς.

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΤΟΧΗΣ
Ticarcillin-clavulanate	86% (25/29)
Piperacillin-tazobactam	86% (25/29)
Cephalosporins 3rd, 4th generation	86% (25/29)
Carbapenem	86% (25/29)
Gentamicin	75% (21/28)
Tobramycin	72% (21/29)
Amikacin	83% (24/29)
Netilmicin	72% (21/29)
Fluoroquinolone	86% (25/29)
Trimethoprim/Sulfamethoxazole (SXT)	86% (25/29)
Colistin	43% (12/28)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: (α) Τα στελέχη *Acinetobacter baumannii* από ουροκαλλιέργειες νοσηλευομένων ασθενών εμφανίζουν υψηλή αντοχή σε όλα τα αντιβιοτικά που μελετήθηκαν (β) Το ποσοστό αντοχής στις καρβαπενέμες ήταν υψηλό (86% για imipenem και meropenem) (γ) Η κολιμυκίνη, που αποτελεί την θεραπευτική επιλογή στην αντιμέτωπισηπολυανθεκτικών και ανθεκτικών στις καρβαπενέμες στελεχών, εμφανίζει σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό αντοχής (43%), αλλά ταυτόχρονα καθιστά την εμπειρική χορήγησή της επισφαλή.

48. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΙΜΩΝ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Ε. Μαντζωρογεώργου, Μ. Κινδύνη, Ε. Μπολομύτη, Δ. Χατζηδάκη
Κ.Υ. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c αποτελεί ευαίσθητο δείκτη μεταβολικού ελέγχου και αντικατοπτρίζει μια μέση τιμή των επιπέδων της γλυκόζης τους προηγούμενους 2-3 μήνες. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των επιπέδων της HbA1c στο γενικό πληθυσμό κατά της διάρκεια ενός έτους.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 839 άτομα, τα οποία προσήλθαν στο Κ.Υ. Ρόδου από 02.01.2019 έως 31.12.2019. Από αυτά οι άνδρες ήταν 344 (41%) και οι γυναίκες 495 (59%). Η ηλικία τους κυμαινόταν από 7-87 ετών. Ο προσδιορισμός της HbA1c πραγματοποιήθηκε στον αναλυτή της εταιρίας με τη μέθοδο της υγρής χρωματογραφίας υψηλής πίεσης (HPLC), η οποία θεωρείται η πλέον αξιόπιστη. Φυσιολογική τιμή θεωρείται <6.0%.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο των δειγμάτων 495 άτομα παρουσίαζαν αυξημένες τιμές HbA1c (>6.0%). Απ' αυτά τα 292 άτομα (59%) ήταν γυναίκες και 203 άνδρες (ποσοστό 41%). Αντίθετα καλό έλεγχο του σακχάρου παρουσίασαν τα 344 άτομα, από τα οποία 196 ήταν γυναίκες (57%) και 148 άνδρες (43%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των ατόμων που προσήλθαν στο ιατρείο για προσδιορισμό της HbA1c δεν ελέγχει με επιτυχία το σάκχαρο σε ποσοστό 59%. Ο προσδιορισμός του αιμοσφαιρινικού κλάσματος HbA1c αποτελεί ευαίσθητο και αξιόπιστο δείκτη του μεταβολικού ελέγχου και δεν πρέπει να παραλείπεται από τον εργαστηριακό έλεγχο. Η HbA1c είναι ένας σημαντικός δείκτης για την εκτίμηση της μακροχρόνιας ρύθμισης των επιπέδων γλυκόζης και τον έλεγχο των θεραπευτικών αγωγών σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη για το μη διαβητικό πληθυσμό.

49. ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ

Π. Χριστοδούλου[1], Μ. Γερασίμου[1], Ν. Βαρσάμης[2], Σ. Μαντζούκης[3], Ν. Ζώτος[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Παθολόγος, ΤΟΜΥ Ιωαννίνων, [3]Αγροτικός Ιατρός, Κ.Υ. Πράμαντα

ΣΚΟΠΟΣ: Η συνύπαρξη μητέρας και εμβρύου είναι μια συνύπαρξη ιδιαίτερης μορφής: από τη μία πλευρά το έμβρυο λαμβάνει συγκεκριμένα αντισώματα από τη μητέρα ενώ από την άλλη επειδή το έμβρυο έχει διαφορετικό και αυτόνομο ανοσολογικό σύστημα από τη αυτή και άλλοι μηχανισμοί χρειάζεται να καταστα-λούν για να συνεχιστεί η ασφαλής συνύπαρξη.

ΥΛΙΚΟ: Τα νεογνά, σε αντίθεση με άλλα ζωικά είδη, είναι ατελής οργανισμοί, και ένα σημείο της ατέλειας τους είναι το ανοσοποιητικό τους σύστημα. Ένας παράγοντας ανοσοποίησης είναι το μητρικό γάλα το οποίο κα-ταστέλλει την ανάπτυξη μικροοργανισμών στο εντερικό σύστημα. Τα βασικότερα βακτήρια που απειλούν το έμβρυο είναι η ωχρά σπειροχαίτη, το Treponema Pallidum και το Mycobacterium tuberculosis, ενώ από ιούς οι βασικοί λοιμογόνοι παράγοντες είναι αυτός της ερυθράς, ο κυτταρομεγαλοιός, η ηπατίτιδα Β, ο HIV, ο παρβοιός, ο εντεροιός και από παράσιτα το T. Gondi. Επίσης μια σειρά ασθενειών δεν επηρεάζει άμεσα το έμβρυο, άλλα την κύηση όπως ο τυφοειδής πυρετός, η ελονοσία, η ιλαρά που μπορούν να οδηγήσουν ακό-μα και σε διακοπή της κύησης ή σε τερατογέννεση. Υπάρχουν όμως μικροοργανισμοί στους οποίους ούτε η μητέρα έχει αναπτύξει ανοσία και αποτελούν απειλή για το νεογνό: από βακτήρια η Eserichia coli, ο β αιμο-λυτικός στρεπτόκοκκος της ομάδας Β, η Listeria monocytogenes, ο Haemophilus influenza, ο Staphylococcus aureus, από ιούς ο ιός του έρπητα (κυρίως ο τύπος 2), ο HIV, ο ιός της ηπατίτιδας Β και από μύκητες η Candida.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την αποφυγή της επαφής του νεογέννητου με τους μικροοργανισμούς αυτούς υπάρχει η επι-λογή της προληπτικής χρήσης αντιβιοτικών, κυρίως στα πρόωρα νεογνά όπου συνίσταται επιθετική προσέγ-γιση ιδίως όταν εμφανίζονται παράγοντες κινδύνου στη μητέρα (Candida ή στρεπτόκοκκος για παράδειγ-μα), η ανοσοποίηση της μητέρας μέσω εμβολιασμού (όπως στην περίπτωση του τετάνου) ή προληπτικής χημειοπροφύλαξης (όπως στην περίπτωση του στρεπτόκοκκου της ομάδας Β) ή η ανοσοθεραπεία στο νεο-γνό όπως στην περίπτωση του RSV στα πρόωρα μέσω του σχήματος Pavilizumab. Η ορθή υγιεινή είναι ένας σημαντικός προληπτικός παράγοντας στις παραπάνω περιπτώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ευτυχώς παρά τις απειλές που αναπτύσσονται, η επιστήμη έχει προχωρήσει αρκετά από την εποχή του μεσαίωνα. Όσο και αν το αντιεμβολιαστικό κίνημα προσπαθεί να αποδημήσει την πρόοδο αυτή, το βασικό δεδομένο είναι ότι η πρόοδος της χημείας και της ιατρικής μπορεί να διευκολύνει τη ζωή των παι-διών με γρήγορο, ασφαλή και μελετημένο τρόπο, κάτι το οποίο δε μπορεί να εξασφαλιστεί μέσο του δια-δικτύου ή των γιατροσοφιών. Φυσικά για το παραπάνω απαιτείται και ένα άλλο επίπεδο δομών πρόληψης.

50. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΟΡΟΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΕΚΑ ΠΕΝΤΕ ΕΤΩΝ

Κ. Λιασκώνης[1], Β. Γέρμαν[2], Β. Λυγγουνού[1], Α. Ανδρουλάκη[1], Κ. Κοσμά[1], Ι. Χαλβατσιώτης[1], Γ. Μπαντόλας[1], Π. Κούκης[1]

[1]Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, 401 ΓΣΝΑ, [2]Α' Παθολογική Κλινική, 401 ΓΣΝΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η ηπατίτιδα Β είναι από τα λοιμώδη νοσήματα με παγκόσμια κατανομή που απασχολούν διαρκώς τις Υγειονομικές Υπηρεσίες όλων των κρατών. Ο σκοπός είναι ο οροεπιδημιολογικός έλεγχος της ηπατίτιδας Β και η σύγκριση των αποτελεσμάτων σε τρεις χρονικές περιόδους κατά τη διάρκεια δεκαπέντε ετών.
ΥΛΙΚΟ: Από το 2004 έως το 2006 εξετάστηκαν 3.224 οροί ασθενών με μέση ηλικία 23 ±4,5 χρόνια, από το 2011 έως το 2013 εξετάστηκαν 3.168 οροί ασθενών με μέση ηλικία 26±5 χρόνια και από το 2015 έως το 2017 εξετάστηκαν 14.482 οροί ασθενών με μέση ηλικία 27±6 χρόνια. Οι οροί ήταν ασθενών που προσήλθαν στα Εξωτερικά Ιατρεία ή νοσηλεύθηκαν στο Νοσοκομείο μας. Ο έλεγχος περιελάμβανε τον προσδιορισμό του αυστραλιανού αντιγόνου (HBsAg) και των αντισωμάτων anti-HBs και anti-HBcore. Ο προσδιορισμός του αντιγόνου και των αντισωμάτων έγινε με ανοσοενζυμική μέθοδο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

	2004 – 2006 (n=3.224)	**2011- 2013 (n=3.168)**	**2015 – 2017 (n=14.482)**
HBsAg	6 (0,18%)	11(0,35%)	194 (1,34%)
anti HBs	2.047	2.463	10.282
anti HBc	40 (1,24%)	76(2,4%)	699 (4,83%)
Μόνο anti HBs	2.007 (62,25%)	2.387 (75,34%)	9.583 (66,17%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια των δεκαπέντε ετών και από την πρώτη μέχρι την τρίτη χρονική περίοδο: 1) Τα άτομα με θετικό HBsAg έχουν αυξηθεί στο 1,34%. 2) Τα άτομα που έχουν περάσει ηπατίτιδα Β στο παρελθόν έχουν επίσης αυξηθεί στο 4,83%. 3) Το ποσοστό του εμβολιασμού αυξήθηκε από το 62,25% στο 75,34% κατά την δεύτερη χρονική περίοδο και ελαττώθηκε τελικά στο 66,17% κατά την τρίτη χρονική περίοδο. 4) Θα πρέπει να ενταθεί η ενημέρωση για τους τρόπους μόλυνσης και πρόληψης από τον ιό της Ηπατίτιδας Β.

51. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗΣ ΘΕΡΜΟΚΟΙΤΙΔΩΝ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Μ. Κινδύνη[1], Δ. Χατζηδάκη[1], Ν. Κοσιώρη[1], Ε. Βλαχίδη[2], Δ. Φύλλη[1], Α. Φέρκε[1]

[1]Βιοπαθολογικό - Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, [2]Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της διαδικασίας απολυμάνσεως των θερμοκοιτίδων της Μαιευτικής – Γυναικολογικής κλινικής (Μ/Γ) του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου μετά από την καθημερινή υποδοχή νεογνών.

ΥΛΙΚΟ: Διεξήχθησαν 3 έλεγχοι σε διάστημα 3 εβδομάδων. Συνολικά ελήφθησαν 30 δειγματοληψίες με αποστειρωμένους βαμβακοφόρους στυλεούς εμβαπτισμένους σε φυσιολογικό ορό (φ.ο.), από θερμοκοιτίδες νεογνών, θερμοκοιτίδα αεροδιακομιδής και κρεβατάκι αναζωογόνησης. Οι βαμβακοφόροι στυλεοί παρέμειναν για 24 ώρες σε φυσιολογικό ορό σε θερμοκρασία 37° C και κατόπιν καλλιεργήθηκαν σε υλικά Αιματούχα, Mac Conkey 3, Sabouraud agar και αφού επωάστηκαν σε κλίβανο με θερμοκρασία 37° C για 24 ώρες πραγματοποιήθηκε η ταυτοποίηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά την διεξαγωγή του πρώτου ελέγχου ανευρέθησαν τρία σημεία τα οποία ανέπτυξαν Staphylococcus Coagulase Negative (CNS), φυσιολογική χλωρίδα του δέρματος. Κατόπιν το πέρας μιας εβδομάδας ακολούθησε επανέλεγχος ο οποίος δεν ανέδειξε καμία ανάπτυξη, τόσο στα σημεία που εμφανίστηκε στον προηγούμενο έλεγχο ο αποικισμός με CNS όσο και στα υπόλοιπα, ενώ και ο τρίτος επανέλεγχος επιβεβαίωσε τον δεύτερο. Δεν αναπτύχθηκαν Staphylococcus aureus, Gram (-) αρνητικά και μύκητες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Εκ των ανωτέρω ανάγεται το συμπέρασμα ότι η συνεχής υποδοχή νεογνών στην κλινική επιφέρει τον κίνδυνο του παροδικού αποικισμού με μικροοργανισμούς της φυσιολογικής χλωρίδας του δέρματος. Ο αποικισμός αυτός μπορεί να αποφευχθεί με την τήρηση των κατάλληλων συνθηκών καθαρισμού και απολύμανσης των χώρων πριν και μετά από κάθε εισαγωγή ενός νεογνού, καθώς και την εφαρμογή ορθών πρακτικών υγιεινής των χεριών από το προσωπικό.

52. Η ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ ΜΑΣ: ΔΥΟ «ΕΙΣΑΓΟΜΕΝΑ» ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΣΤΟ Γ.Ν.ΚΕΡΚΥΡΑΣ ΤΟ 2019

Μ. Ντούσκα[1], Γ. Σοροβού[2], Α. Πασχάλη[2], Μ. Μίαρη[2], Χ. Τσίτου[3], Ν. Άνθης[3], Ε. Νασούλα[3], Β. Βλαντός[3], Γ. Κακάβας[3], Α. Κωστάκη[3], Ο. Μίνως[3], Ν. Τέγος[4], Α. Μπίμπα[4], Ε. Κλώνου[2]

[1]Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Κέρκυρας, [2]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Κέρκυρας, [3]Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας, [4]Κέντρο Αναφοράς Ελονοσίας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΣΚΟΠΟΣ: Η Ελλάδα θεωρείται χώρα ελεύθερη ελονοσίας, ωστόσο από το 2009 σε περιοχές της χώρας καταγράφεται σταθερά περιορισμένος αριθμός κρουσμάτων με ενδείξεις εγχώριας μετάδοσης, απόδειξη "επανεισαγωγής" διαφορετικών ειδών πλασμωδίων και συνύπαρξης κατάλληλων ξενιστών. Η έγκαιρη ανίχνευση των κρουσμάτων αποτελεί το κρίσιμο βήμα για την πρόληψη επανεμφάνισης της νόσου στη χώρα και εν προκειμένω παρουσιάζονται δύο ενδιαφέροντα περιστατικά από το Γ.Ν.Κέρκυρας.

ΥΛΙΚΟ: α) Άνδρας, Πακιστανικής καταγωγής, με εμπύρετο από 2ημέρου έως 40°C, κοιλιακό άλγος, εμέτους, είχε ταξιδέψει στο Πακιστάν πριν 1 μήνα. Εργαστηριακά διαπιστώθηκε πανκυτταροπενία (WBCs=3.150K/μl, Ht=39,9%, PLTs=62.300K/μl), CRP=9,9mg/dl, LDH=267U/L, TBIL=2,4mg/dl, IBIL=1,42mg/dl, Επίχρισμα περιφερικού αίματος: τροφοζωίτες *Plasmodium spp. β) Άνδρας, Ελληνικής καταγωγής, με εμπύρετο από 10ημέρου έως 39,9oC, ρίγος, αδυναμία-καταβολή, είχε επιστρέψει από ταξίδι στη Νιγηρία προ 15νθημέρου. Εργαστηριακά διαπιστώθηκε αναιμία (Ht=33,6%), θρομβοπενία (PLTs=27.400K/μl), Λευκοκυττάρωση (11.100K/μl), CRP=12mg/dl, LDH=536U/L, TBIL=3,1mg/dl, IBIL=1,06mg/dl, Στο επίχρισμα: τροφοζωίτες Plasmodium spp., υψηλή παρασιταιμία και μορφολογία υπέρ Pl.falciparum. Έγινε επιβεβαίωση με δοκιμασία ταχείας διάγνωσης (rapid test).*

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εστάλησαν δείγματα στο Κέντρο Αναφοράς Ελονοσίας του ΠΑ.Δ.Α.. Ο 1ος ασθενής επιβεβαιώθηκε ως θετικός στο *Pl.vivax* (με χρώση και πολυπλεκτική PCR), χορηγήθηκε primaquine και εξήλθε χωρίς παρασιταιμία μικροσκοπικά. Ο 2ος ασθενής επιβεβαιώθηκε ως θετικός στο *Pl. falciparum*, το πλέον θανατηφόρο είδος, (με χρώση και πολυπλεκτική PCR) και χορηγήθηκε atovaquone/proguanile. Λόγω παραμονής γαμετοκυττάρων του πλασμωδίου στο επίχρισμα, μορφή που μολύνει τα κουνούπια όταν τραφούν με αίμα, αρχικά συνεχίστηκε η αγωγή και κατόπιν χορηγήθηκε artemether. Ο ασθενής εξήλθε χωρίς παρασιταιμία μικροσκοπικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ελονοσία πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη Διαφορική Διάγνωση εμπύρετων ασθενών, κυρίως εάν έχουν ταξιδέψει προς ή κατάγονται από ενδημική για την ελονοσία περιοχή. Η προάσπιση της δημόσιας υγείας απαιτεί την αυξημένη υποψία και διαγνωστική ικανότητα του ιατρού απέναντι στη νόσο.

53. ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΝΤΙΝΤΑΙΜΙΩΝ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (2014-2018)

Χ. Ανθουλάκη, Α. Ιερωνυμάκη, Α. Νικολακοπούλου, Δ. Γιούλη, Ι. Γκορυάγκα, Ε. Μπουντανιόζου, Α. Χαραλαμποπούλου, Α. Παπαναγιώτου

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της συχνότητας και ο έλεγχος ευαισθησίας στους αντιμυκητικούς παράγοντες των ειδών *Candida* που απομονώθηκαν από θετικές καλλιέργειες αίματος σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο στην Αθήνα τα τελευταία πέντε έτη.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό αποτέλεσαν 50 στελέχη *Candida spp* που απομονώθηκαν από καλλιέργειες αίματος στο Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» από 1/1/2014-31/12/2018. Οι καλλιέργειες αίματος επωάστηκαν σε φιαλίδια BACTEC του αυτοματοποιημένου συστήματος BACTEC FX (Becton-Dickinson). Η τυποποίηση των ειδών *Candida* έγινε με χρωμογόνο Candida agar (Oxoid) και Api 32C (BioMerieux). Ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιμυκητικά αμφοτερικίνη Β (AB), φλουκοναζόλη (FZ), βορικοναζόλη (VZ), ανιντουλαφουγκίνη (ANF), μικαφουγκίνη (MF) και κασποφουγκίνη (CS) έγινε σε RPMI agar με ταινίες E-test (BioMerieux) και τα αποτελέσματα ερμηνεύτηκαν σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες CLSI (MS7-S4).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των απομονωθέντων στελεχών τα 19 (38%) ήταν *C.albicans* και τα 31 (62%) non-albicans [*C.parapsilosis* 24/50 (48%), *C.glabrata* 4/50 (8%) και *C.tropicalis* 3/50 (6%)]. Τα 28 προέρχονταν από τις Παθολογικές Κλινικές και τα υπόλοιπα 22 από τη Μονάδα Εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Το συχνότερο είδος στις Παθολογικές Κλινικές ήταν η *C.albicans* με ποσοστό 46,4% (13/28) ενώ στη ΜΕΘ η *C.parapsilosis* με 63,6% (14/22). Όλα τα στελέχη ήταν ευαίσθητα στην αμφοτερικίνη Β και στις εχινοκανδίνες. Ένα στελέχος *C.albicans* εμφάνισε αντοχή στη φλουκαναζόλη. Από τα non-albicans Candida στελέχη, στη φλουκοναζόλη παρουσίασαν αντοχή ένα στέλεχος *C.glabrata* και δύο στελέχη *C.parapsilosis*, ενώ μετρίως ευαίσθητα ήταν πέντε στελέχη C.parapsilosis.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) Τα non-albicans Candida στελέχη επικράτησαν έναντι των *C.albicans* με κύριο εκπρόσωπο την *C.parapsilosis*. 2) Η τυποποίηση των στελεχών Candida spp και ο προσδιορισμός MIC στους αντιμυκητκούς παράγοντες κρίνονται άκρως απαραίτητα για την κατάλληλη και στοχευμένη αντιμυκητική αγωγή.

54. ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ROTHIA MUCILAGINOSA ΣΕ ΤΡΑΥΜΑ ΠΡΟΣΦΥΓΑ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ

Μ. Δημητρίου, Ι. Αλεξίου, Β. Παπαεμμανουήλ
Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη του ρόλου της *Rothia mucilaginosa* ως παθογόνο αίτιο λοίμωξης σε ανοσοκατεσταλμένο ασθενή. Η επισήμανση της δυσκολίας λήψης ιστορικού και συμμόρφωσης του ασθενούς με τις ιατρικές οδηγίες λόγω αδυναμίας συνεννόησης.
ΥΛΙΚΟ: Θήλυ ασθενής 24 ετών προσέρχεται στα Τ.Ε.Π. αντικαρκινικού νοσοκομείου, λόγω εμφανούς διαπύησης τραύματος στην τραχηλική χώρα, με εκροή πυώδους υγρού. Κατόπιν δυσχερούς λήψης πλήρους ιστορικού, προκύπτει ότι η ασθενής είχε υποβληθεί σε άλλο νοσοκομείο σε βιοψία λεμφαδένα στην τραχηλική χώρα, λόγω αιματολογικής κακοήθειας. Η ασθενής αναφέρει ότι έχει υποβληθεί σε χημειοθεραπεία. Στην περιοχή είχε δημιουργηθεί τραχηλοοισοφαγικό συρίγγιο και παρά τις οδηγίες διακοπής της από του στόματος σίτισης η ασθενής δε συμμορφώθηκε πιθανότατα λόγω αδυναμίας κατανόησης. Δυσκολία συνεννόησης υπήρξε και κατά την προσπάθεια καταγραφής ιστορικού. Πραγματοποιήθηκε λήψη υλικού από την πάσχουσα περιοχή προς διενέργεια καλλιέργειας καθώς και λήψη αίματος προς πλήρη εργαστηριακό έλεγχο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η καλλιέργεια τραύματος ανέδειξε σε αποκλειστική ανάπτυξη τον αερόβιο κόκκο *Rothia mucilaginosa* (τέως *Stomatococcus mucilaginosa*). Το εν λόγω μικρόβιο βρίσκεται στη φυσιολογική χλωρίδα του στοματοφάρυγγα. Ωστόσο αποτελεί ένα σπάνιο παθογόνο παράγοντα ο οποίος επηρεάζει τους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Το αντιβιόγραμμα έδειξε στέλεχος ευαίσθητο στη βανκομυκίνη, στα β-λακταμικά και στη ριφαμπικίνη. Από τη γενική αίματος παρατηρήθηκε λευκοκυττάρωση με ουδετεροφιλία. Η ασθενής καλύφθηκε αρχικά εμπειρικά ωστόσο αρνήθηκε να εισαχθεί και δεν επέστρεψε τις επόμενες ημέρες προκειμένου να λάβει τις περαιτέρω οδηγίες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χώρα μας αποτελεί δέκτη μεγάλων εισροών πληθυσμών από τρίτες χώρες. Οι πληθυσμοί αυτοί αντιμετωπίζουν πέραν της μετακίνησης και των όποιων θεμάτων προκύπτουν από αυτή, επιπλέον σημαντικά ζητήματα υγείας. Παρά τις προσπάθειες αντιμετώπισης παραμένουν σοβαρότατες δυσκολίες λόγω αδυναμίας συνεννόησης και απροθυμίας συμμόρφωσης. Στους ασθενείς με κακοήθειες πρέπει να αναζητούμε και να θεραπεύουμε μικρόβια, δυνητικά παθογόνα, τα οποία στον γενικό πληθυσμό συμπεριφέρονται ως φυσιολογική χλωρίδα.

55. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΧΛΩΡΙΔΑΣ ΣΤΙΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΚΙΝΗΤΩΝ ΤΗΛΕΦΩΝΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κ. Θεοδωρόπουλος

Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Πολλές μελέτες αποκάλυψαν ότι συσκευές όπως το στηθοσκόπιο, τα κινητά τηλέφωνα μπορούν να λειτουργήσουν ως σημαντική πηγή μικροβίων ικανών να προκαλέσουν νοσοκομειακές λοιμώξεις. Ως εκ τούτου, υπάρχει ανάγκη καθορισμού του ρόλου τους στη μετάδοση της λοίμωξης, ώστε να μπορέσουμε να λάβουμε ορισμένα προληπτικά μέτρα εναντίον της. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να εξετάσει την προηγούμενη έρευνα σχετικά με τον εντοπισμό κινητών τηλεφώνων των μόνιμων γιατρών.

ΥΛΙΚΟ: Τον Αύγουστο του 2019, οι μεγάλες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και ScienceDirect, διερευνήθηκαν για να εντοπιστούν πιθανές μελέτες για την ανάλυση. Δεν επιβλήθηκαν όρια ημερομηνίας ή περιορισμοί γλωσσών. Οι αναφορές όλων των μελετών που περιλαμβάνονται στην ανάλυση αναζητήθηκαν επίσης για τον εντοπισμό επιπλέον δυνητικά επιλέξιμων άρθρων. Σε όλη τη διάρκεια της ανάλυσης, ακολουθήθηκαν αυστηρά τα προτεινόμενα στοιχεία αναφοράς για συστηματικές αναθεωρήσεις και αναλύσεις

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με βάση τα αποτελέσματα των περισσότερων μελετών φαίνεται πως ενέχει ο κίνδυνος αποικισμού τους από μικροοργανισμούς. Η χρήση κινητών αυξάνει τον κίνδυνο επαναλαμβανόμενης κυκλικής μόλυνσης μεταξύ των χεριών και του προσώπου (π.χ. μύτη, αυτιά και χείλη) και οι διαφορές στην προσωπική υγιεινή και συμπεριφορά μπορούν να συμβάλουν περαιτέρω στον κίνδυνο. Τα βακτήρια που είναι γνωστό ότι προκαλούν HAI έχουν ποικίλει ανάλογα με το περιβάλλον και έχουν συμπεριλάβει τα ανθεκτικά στη μεθικιλλίνη είδη Staphylococcus aureus (MRSA), Acinetobacter baumannii και Pseudomonas.Τα S. Aureus και CoNS είναι οι πιο συνηθισμένοι Gram θετικοί παράγοντες που αποΤα συνηθέστερα Gram-αρνητικά βακτηρίδια που απομονώνονται από MP είναι Acinetobacter spp. Επιπλέον, P. aeruginosa, K. Pneumoniae, E. Coli και MRSA απομονώθηκαν επίσης σε πολλές μελέτες. Πολλά παθογόνα, ιδιαίτερα Acinetobacter spp. και το P. aeruginosa, έχουν αποδειχθεί ότι παραμένουν βιώσιμα για μήνες σε άψυχες επιφάνειες μονώνονται από την επιφάνειατων MPs.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση κινητών θεωρείται τώρα ως απειλή για την ασφάλεια των ασθενών, ενεργώντας ως φορέας μεταφοράς παθογόνων μικροοργανισμών.

56. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Δ. Χατζηδάκη, Μ. Κινδύνη, Ν. Χατζημανώλης, Ν. Κοσιώρη, Ε. Καλπαχίδου, Α. Φέρκε
Βιοπαθολογικό - Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει την συχνότητα ανεύρεσης οροθετικών κρουσμάτων στο Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου τα τελευταία τρία χρόνια και να συγκρίνει τα επιδημιολογικά αυτά δεδομένα.
ΥΛΙΚΟ: Εξετάσθηκαν 7.458 δείγματα αίματος στο Βιοπαθολογικό – Μικροβιολογικό εργαστήριο κατά το χρονικό διάστημα από 01/01/2017 έως 31/12/2019. Έγινε προσδιορισμός συνδυαστικά και παράλληλα του p24 αντιγόνου και των αντισωμάτων έναντι HIV1/HIV2 (HIV Ag/Ab) με μικροσωματιδιακή ανοσοτεχνική χημειοφωταύγεια (CMIA) σε αναλυτή Architect i2000 SR της Abbott. Στις περιπτώσεις των θετικών αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε αποστολή των δειγμάτων για επιβεβαίωση με τη μέθοδο Western Blot, σε εξειδικευμένο κέντρο αναφοράς.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανευρέθησαν θετικά για το HIV1/HIV2 τα εξής δείγματα:
- 6 από τα 3.005 για το έτος 2017
- 7 από τα 3.047 για το έτος 2018, και
- 3 από τα 1.420 για το έτος 2019

με συχνότητα 0,20%, 0,23% και 0,21% αντίστοιχα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Εκ των ανωτέρω ανάγεται το συμπέρασμα ότι δεν έχει καταγραφεί σημαντική αύξηση των κρουσμάτων AIDS τα τελευταία τρία χρόνια, γεγονός που σημαίνει ότι αφενός υπάρχει επαρκής ενημέρωση, πρόληψη και προσοχή στον πληθυσμό της Ρόδου και αφετέρου οι νοσούντες δεν χάνουν πλέον τη ζωή τους από το AIDS, όπως στο παρελθόν. Αξίζει επιπλέον να αναφερθεί ότι στο Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου παρακολουθούνται τακτικά 35 άτομα, τα οποία λαμβάνουν τις θεραπείες τους κανονικά και παράλληλα τα στοιχεία από το φαρμακείο του νοσοκομείου επιβεβαιώνουν ότι τα φάρμακα που συνταγογραφούνται και χορηγούνται, αντιστοιχούν στον ίδιο αριθμό κρουσμάτων.

57. ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΣΙΤΩΝ ΚΑΙ ΜΥΚΗΤΩΝ ΣΕ ΓΗΓΕΝΗ ΚΑΙ ΑΛΛΟΔΑΠΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Κ. Ρακά[1], Χ. Στεφάνου[1], Π. Καράνης[2]
[1]Όμιλος Βιοιατρική Κύπρου, [2]Univercity of Nikosia

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα εργασία έγινε εξέταση παρουσιάζονται αποτελέσματα εξετάσεων ποικιλίας μυκήτων και παρασίτων που απομονώθηκαν σε δείγματα κοπράνων, δέρματος και εξανθημάτων αυτού (ονύχων και τριχών). Τα δείγματα προέρχονται από ασθενείς (σε γηγενή και αλλοδαπή πληθυσμό) προσερχόμενους στα προαναφερθέντα εργαστήρια της Κύπρου. Εκπονήθηκε στατιστική μελέτη για το έτος 2019.
ΥΛΙΚΟ: Εξετάστηκαν συνολικά 5,563 δείγματα κοπράνων καθώς και 102 δείγματα δέρματος και των εξαρτημάτων του (τριχών και ονύχων) που εξετάστηκαν αναλόγως για ανίχνευση μυκήτων ή παρασίτων ή και αμφότερων των μικροοργανισμών. Συγκεντρώθηκαν στοιχεία για ηλικία, φύλο, προέλευση και μόνιμη κατοικία ασθενών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μύκητες: Κόπρανα: 24 Δείγματα με *Candidaalbicans*.
Δέρμα και εξαρτήματα του: 11 δείγματα *Candidaalbicans*, 1 δείγμα *Candidacruzei*, 9 δείγματα Microsporumcanis, 1 δείγμα *Microsporumaudouini*, 1 δείγμα *Microsporumnanum*, 7 δείγματα *Aspergillusniger*, 3 δείγματα *Aspergillusflavus*, 6 δείγματα *Aspergillusfumigatus*, 1 δείγμα *Aspergillusoryzae*, 8 δείγματα *Trichophytonmentagrophytes*, 7 δείγματα *Trichophytonrubrum*, 15 δείγματα *Epidermophytonfloccosum*.
Παράσιτα: Μελετήθηκαν 697 δείγματα κοπράνων για παράσιτα, εκ των οποίον απομονώθηκαν: 1 δείγμα με *Taenia saginata*, 1 δείγμα με *Enterobius vermicularis*, 1 δείγμα *Cryptosporidium spp*.. Από τα 697 δείγματα τα 126 ήταν αμιγώς προς παρασιτολογική εξέταση και τα 571 στα πλαίσια ελέγχου ρουτίνας προς έκδοση βιβλιαρίου υγείας. Μελετήθηκαν 3 δείγματα δέρματος για παράσιτα εκ των οποίων απομονώθηκε: *Demodexfolliculorum*.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι εξετάσεις οδήγησαν στην απομόνωση πολλών και διαφορετικών ειδών μυκήτων και παρασίτων (σε μικρότερη αναλογία) που έχουν σχέση με τις συνθήκες διαβίωσης και προέλευσης των ασθενών.

58. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΥΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (10 ΠΡΟΣ 14 ΜΕΡΕΣ) ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΡΙΖΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

Β. Παπαστεργίου[1], Ι. Φαμηλιάς[2], Σ. Γεωργόπουλος[3], Φ. Παπακωνσταντίνου[4], Σ. Καλαθενός[2], Α. Χατζηαντωνίου[4], Χ. Μανώλακα[4], Ν. Αρνάς[4], Μ. Τζωράκη[4], Γ. Φρόνας[4], Γ. Γόμπος[4], Σ. Καραταπάνης[4]

[1]Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», [2]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ρόδου, [3]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, «Ιατρικό Κέντρο» Π. Φαλήρου, [4]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα δυο σχημάτων ταυτόχρονης (concomitant) θεραπείας χορηγουμένων για 10 ή 14 ημέρες, στην εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού.

ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε, 249 ασθενείς (Α/Γ=142/107, μέση ηλικία 41,7), με διαπιστωμένη λοίμωξη από ΕΠ που δεν είχαν λάβει στο παρελθόν θεραπεία εκρίζωσης. Οι ασθενείς ετυχαιοποιούντο να λάβουν εσομεπραζόλη 40 Χ2, αμοξικιλλίνη 1gr Χ2, μετρονιδαζόλη 500mg Χ2, και κλαριθρομυκίνη 500mg Χ 2, για 10 ημέρες (ομάδα=Α, Ν=124) ή το ίδιο σχήμα για 14 ημέρες (ομάδα=Β, Ν=125). Η εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού επιβεβαιωνόταν με τη δοκιμασία αναπνοής ουρίας που γινόταν τουλάχιστον 4 εβδομάδες μετά το πέρας τη θεραπείας εκρίζωσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς της μελέτης συμπλήρωσαν το θεραπευτικό σχήμα που χορηγήθηκε, και 12 άτομα δεν επανήλθαν για επανέλεγχο (5 στην ομάδα Α και 7 στην ομάδα Β). Τα ποσοστά εκρίζωσης σύμφωνα με την πρόθεση για θεραπεία ήταν: 85.5% (106/124) στην Ομάδα Α, και 88.9% (111/125) στην ομάδα Β (p=0.45), ενώ σύμφωνα με την κατά πρωτόκολλο ανάλυση τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν: 89.1%(106/119) και 93.2% (110/118) αντίστοιχα (p=0.36). Η θεραπεία ήταν καλά ανεκτή και κανείς ασθενής δεν την διέκοψε λόγω σοβαρής ανεπιθύμητης ενέργειας. Ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες παρατηρήθηκαν στο 37.1% των ασθενών της μελέτης και μόνο τρία άτομα διέκοψαν την αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα δεδομένα της μελέτης μας δείχνουν ότι το 10ημερο τετραπλό σχήμα ταυτόχρονης θεραπείας δεν ήταν σημαντικά κατώτερο από το αντίστοιχο 14ημερο σχήμα, στην εκρίζωση του ΕΠ, ως θεραπεία πρώτης γραμμής.

59. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΕ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΝΑΝΤΙ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΥΩΝ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΕΠΑΓΩΜΕΝΗΣ ΑΠΟ ΔΙΑΙΤΑ

Ι. Μουστάκας[1], Π. Λεμπέσης[1], Α. Κατσαρού[1,2], Ά. Παπαθεοδωρίδη[1,3], Κ. Κυριακίδου[4], Μ. Κουτσιλιέρης[1], Α. Χατζηγεωργίου[1]

[1]Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]251 ΓΝΑ, [3]Τμήμα Κλινικής Θεραπευτικής, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», [4]Τμήμα Περιοδοντολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος είναι μια συχνή χρόνια ηπατοπάθεια. Μελέτες σε ζώα υποδεικνύουν μια σχέση μεταξύ ηπατοκυτταρικής γήρανσης και στεάτωσης στο ήπαρ. Τέτοιες μελέτες περιλαμβάνουν διαγονιδιακούς ή αγρίου τύπου μύες ή επίμυες για ένα χρονικό διάστημα μηνών, συμπεριλαμβανομένης της αναπόφευκτης γήρανσης των ζώων. Στην παρούσα μελέτη, διερευνούμε και συγκρίνουμε τις μεταβολές των χαρακτηριστικών γήρανσης στο ήπαρ από μακράς και βραχείας διάρκειας μοντέλα μυών μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος επαγώμενης από δίαιτα.

ΥΛΙΚΟ: Οι μύες ακολούθησαν διατροφή υψηλών λιπαρών για 18 εβδομάδες ή διατροφή υψηλών λιπαρών με ανεπάρκεια χολίνης για 2 εβδομάδες. Τα βάρη των ζώων καταγράφονταν εβδομαδιαία ενώ το βάρος ήπατος καθενός καταγράφηκε στο τέλος του πειράματος. Για το χαρακτηρισμό ηπατικής στεάτωσης χρησιμοποιήθηκε η μέτρηση τριγλυκεριδίων στον ιστό και ανοσοϊστοχημεία. Προσδιορίσθηκαν οι ακόλουθες παράμετροι για τον χαρακτηρισμό της γήρανσης: επίπεδα έκφρασης γονιδίων που σχετίζονται με φαινότυπο γήρανσης (SASP) μέσω qPCR, εκτίμηση μήκους τελομερών και συνολικής μεθυλίωσης DNA.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ηπατική στεάτωση ήταν εμφανείς και στα δύο μοντέλα όπως υπέδειξε η ανοσοϊστοχημεία και ο προσδιορισμός τριγλυκεριδίων στον ιστό. Τα ακόλουθα γονίδια SASP και φλεγμονής υπερεκφράστηκαν και στα 2 μοντέλα: IL-6, MCP1, CD68, MMP3, PAI-1. Ιδιαιτέρως, τα γονίδια γήρανσης που εξετάσαμε (p16, p21, p53) επίσης υπερεκφράστηκαν και στα 2 μοντέλα, ενώ το μήκος τελομερών ήταν μειωμένο τόσο και στις 2 ομάδες παρέμβασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διάφορες παράμετροι της γήρανσης βρέθηκαν παραλλαγμένες στα 2 μοντέλα. Ωστόσο, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων και η «μεταφραστική μεταφορά» τους στον άνθρωπο θα πρέπει να γίνει με ιδιαίτερη προσοχή.

60. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗΣ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑΣ- ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Θ. Λύτρα[1], Α. Κρούσκος[1], Κ. Κουνούκλας[1], Θ. Αναστασίου[2], Β. Φάσιας[1], Ν. Συμεωνίδης[1]
[1]Β Παθολογική κλινική, 251 ΓΝΑ, Αθήνα, [2]Α Παθογική κλινική, 401 ΓΣΝΑ, Αθήνα

61. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ GROHN ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΟΚΚΙΟΜΑΤΩΔΗ ΝΟΣΟ - ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Φ. Παπακωνσταντίνου[1], Β. Παπαστεργίου[2], Ν. Αρνάς[1], Α. Χατζηαντωνίου[1], Χ. Μανώλακα[1], Μ. Τζωράκη[1], Γ. Φρόνας[1], Ι. Φαμηλιάς[1], Δ. Διακονικόλα[1], Ε. Σπανού[1], Α. Βολονάκη[1], Μ. Σταμπόρη[1], Ε. Βαμβακά[1], Σ. Καραταπάνης[1]

[1]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, [2]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρόνια κοκκιοματώδης νόσος είναι μια γενετικά ετερογενής κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες, σοβαρές βακτηριακές και μυκητησιακές λοιμώξεις και σχηματισμό κοκκιωμάτων. Προκαλείται από διαταραχές στην φαγοκυτταρική οξειδάση της (NADPH). Οι γενετικές αυτές διαταραχές οδηγούν σε αδυναμία των φαγοκυττάρων (ουδετερόφιλα, μονοκύτταρα και μακροφάγα) να καταστρέψουν ορισμένα μικρόβια. Είναι πολύ σπανία νόσος (1/1200.000 γεννήσεις), αφορά κυρίως άρρενες και συνδέεται με διαταραχές του Χ χρωμοσώματος. Εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό είναι συχνές, η ανάπτυξη όμως ΙΦΝΕ είναι σημαντικά σπανιότερη. Παρουσιάζουμε η περίπτωση ενός ασθενούς με χρόνια κοκκιοματώδη νόσο, που ανέπτυξε και νόσο του Crohn

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Πρόκειται για άνδρα 40 ετών ο οποίος εισήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω εμπυρέτου. Ο ασθενής σε ηλικία 6 ετών εμφάνισε ηπατικό απόστημα και η διάγνωση της χρόνιας κοκκιωματώδους νόσου έγινε το 1994. Ελάμβανε αγωγή με ιντερφερόνη-γ και το 2001 εμφάνισε πνευμονικό απόστημα, ενώ από το 2006 άρχισε να έχει εκδηλώσεις νόσου Grohn (συρίγγια εντέρου κυρίως στη περιοχή του πρωκτού). Ο απεικονιστικός έλεγχος με MRI, το 2008, έδειξε στοιχεία αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας-ηπατίτιδας και πολλαπλά περιπρωκτικά αποστήματα. Λογω στενωτικών φαινομένων το 2012 υποβλήθηκε σε ειλεοστομία και έκτοτε η παθολογία του έντερου αντιμετωπίζεται ως νόσος του Crohn. Το 3/2018, λόγω βαριάς παγκολίτιδας και ευρημάτων δυσπλασίας υπεβλήθη σε ολική κολεκτομή. Ο ασθενής λαμβάνει μακροχρόνια αγωγή με (Septrin, Sporanox και IFN-γ).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρόνια κοκκιοματώδης νόσος είναι ια ιδιαίτερα σπανία οντότητα με την εμφάνιση πολλαπλών σοβαρών υποτροπιαζουσών λοιμώξεων. Η εμφάνιση εκδηλώσεων από το πεπτικό είναι συχνές, ενώ σπανιότερα οι εκδηλώσεις ταυτίζονται με αυτές των ιδιόπαθων φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου (ΙΦΝΕ).

62. ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΟΛΜΕΣΑΡΤΑΝΗ: ΣΠΑΝΙΑ 'Η ΥΠΟΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ;

Σ. Καλαντζή, Δ. Νταϊλιάνας, Γ. Κεχαγιάς, Κ. Χριστόπουλος, Χ. Λούπα
Β' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ολμεσαρτάνη, ένας αναστολέας υποδοχέων αγγειοτενσίνης, αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο αντιυπερτασικό γενικά καλώς ανεκτό, με πολύ σπάνιες σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως υπερκαλιαιμία και νεφρική ανεπάρκεια. Τα τελευταία χρόνια και ειδικότερα από το 2012 αναφέρεται βιβλιογραφικά ως κλινική οντότητα η εντεροπάθεια από ολμεσαρτάνη, μια σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια που τυπικά εμφανίζεται ως χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο με απώλεια βάρους. Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο αποδιδόμενο στην ολμεσαρτάνη.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 69 ετών με ιστορικό χολοκυστεκτομής και αρτηριακής υπέρτασης από έτους υπό ολμεσαρτάνη, προσήλθε στο ιατρείο λοιμώξεων αιτιώμενη διαρροϊκές κενώσεις. Η παρούσα νόσος άρχεται από 6μήνου, όπου η ασθενής αναφέρει υδαρείς διαρροϊκές κενώσεις έως 5 ημερησίως χωρίς πρόσμιξη αίματος ή βλέννης, αλλά με συνοδό απώλεια βάρους άνω του 10% και χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Για το λόγο αυτό επισκέφθηκε γαστρεντερολόγο και υποβλήθηκε σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο, υπερηχογράφημα άνω κοιλίας, ενδοσκοπήσεις πεπτικού με βιοψίες, αξονική τομογραφία κοιλίας, καθώς και σε MRCP, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από την κλινική εξέταση κατά την επίσκεψή της δεν παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα. Στο πλαίσιο διερεύνησης του διαρροϊκού συνδρόμου πραγματοποιήθηκαν γενική αίματος και ΤΚΕ, πλήρης βιοχημικός έλεγχος, καλλιέργεια και παρασιτολογική εξέταση κοπράνων, αντισώματα για κοιλιοκάκη, νέες ενδοσκοπήσεις ανώτερου και κατώτερου πεπτικού με βιοψίες, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Με βάση τα ανωτέρω και έχοντας αποκλείσει τα λοιμώδη αίτια και την κοιλιοκάκη, τέθηκε η υποψία της εντεροπάθειας από ολμεσαρτάνη βάσει βιβλιογραφικών αναφορών. Διακόπηκε η χορήγησή της και δόθηκαν οδηγίες για παρακολούθηση και επανεξέταση. Κατά την επόμενη επίσκεψη, η ασθενής ανέφερε υποχώρηση των διαρροϊκών κενώσεων λίγες ημέρες μετά τη διακοπή του φαρμάκου με βελτίωση του σωματικού της βάρους και της ποιότητας ζωής της. Δύο μήνες αργότερα επισκέφθηκε καρδιολόγο για ρύθμιση υπέρτασης, και της χορηγήθηκε ξανά ολμεσαρτάνη, με συνέπεια οι διαρροϊκές κενώσεις να υποτροπιάσουν. Η διάγνωση της εντεροπάθειας συσχετιζόμενης με ολμεσαρτάνη επιβεβαιώθηκε χρησιμοποιώντας κοινώς αποδεκτούς αλγορίθμους. (Naranjo adverse drug reaction (ADR) probability scale, WHO-UMC, Jones algorithm).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μία σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια μιας τόσο ευρέως χρησιμοποιούμενης ουσίας δύναται να διαλάθει της διάγνωσης, με επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών, αλλά και με οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας. Είναι σημαντικό, λοιπόν, στη διαγνωστική σκέψη των ιατρών να λαμβάνεται υπόψιν και η εντεροπάθεια από ολμεσαρτάνη.

63. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ HLA ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΜΦΙΣΒΗΤΟΥΜΕΝΗΣ ΠΑΤΡΟΤΗΤΑΣ / ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ASTR ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΩΝ

Δ. Κουνιάκη, Α. Ταράση, Β. Κίτσιου, Π. Μαρούγκας, Θ. Αθανασιάδης, Α. Μπλέτσα, Β. Σταμάτη, Α. Τσιρογιάννη

Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Πολύμορφα γενετικά συστήματα (autosomal Short Tandem Repeats-aSTRs και Human Leukocyte Antigens-HLA) χρησιμοποιούνται ευρέως στην διερεύνηση αμφισβητούμενης γονικότητας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της συνεισφοράς του HLA πολυμορφισμού σε περιπτώσεις ελέγχου γονικότητας που η προηγηθείσα ανάλυση κατέγραψε aSTRs μεταλλάξεις.

ΥΛΙΚΟ: Σε δείγματα περιφερικού αίματος ή/και παρειακού επιχρίσματος 634 ατόμων (252 περιπτώσεις διερεύνησης γονικότητας, μεταξύ των οποίων 34 διενεργήθηκαν απουσία της μητέρας) απομονώθηκε DNA. Ελέγχθησαν: α)16 aSTRs πολυμορφισμοί με την χρήση του 3130 γενετικού αναλυτή, β)HLA αλλήλια με PCR-SSP/-SSOP τεχνικές. Οι δείκτες Power of exclusion (PE), Random man not excluded (RMNE), Combined Parentage Index (CPI), Probability of parentage (W) υπολογίστηκαν με βάση την συχνότητα των aSTRs αλληλίων στους Καυκάσιους και των HLA αλληλίων στον Ελληνικό πληθυσμό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκαν δεκατέσσερις (14) aSTRs μεταλλάξεις: vWA (3), D12S391 (3), SE33 (3), D10S1248 (1), D2S1338 (1), D8S1179 (1), FGA (1), D3S1358 (1), και 1 σιωπηλό (null) αλλήλιο στον SE33, σε 15 (15/205, 7,32%) περιπτώσεις αμφισβητούμενης γονικότητας, εκ των οποίων στη μία έλλειπε το DNA της μητέρας (duo). Εντούτοις, δεν προέκυψε αποκλεισμός συγγένειας, καθότι ο αποκλεισμός απαιτεί δύο αλληλικές ανομοιότητες κατ'ελάχιστον. Οι μεταλλάξεις αποδόθηκαν σε απώλεια ή προσθήκη μίας ή δύο τετρανουκλεοτιδικών επαναλήψεων. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αναλογία πατρικής έναντι μητρικής μετάλλαξης/null (14:1, p=0,001). Πλήρης HLA (HR) τυποποίηση διεξήχθη για την επιβεβαίωση της συγγένειας. Ο δείκτης RMNE κυμάνθηκε από $1,06x10^{-9}$ έως 1,76x10-13, ενώ ο PE υπολογίστηκε πάνω από 0,9999999. Οι χαμηλες τιμές των CPI (812:1) και W (0,9988), μέσω των aSTRs στην duo δυσεπίλυτη περίπτωση, αυξήθηκαν σε $9,44x10^{5}$:1 και 0,9999989 αντιστοίχως χρησιμοποιώντας και τα δύο συστήματα (πρακτικά αποδεδειγμένη γονικότητα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η aSTR γονοτύπηση στον έλεγχο γονικότητας παρέχει μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα από τις συμβατικές μεθόδους (HLA), όμως ο συνδυασμός των δύο συστημάτων μειώνει την πιθανότητα ψευδούς αποκλεισμού λόγω aSTR μεταλλάξεων, ή ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο εσφαλμένου μη αποκλεισμού, λόγω απουσίας του γενετικού προφίλ της μητέρας.

64. ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΕΤΑΝΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δ. Γουγουρέλας[1,2], Α. Παπαϊωάννου[1,3], Ν. Λεωτσάκος[4], Ε. Χατζημανώλης[1,5], Κ. Καρακούλα[6], Α. Τσίπου[7], Γ. Ζέρβας[8], Δ. Καγκελίδης[9], Ά. Μποτσκαριοβα[10], Α. Κοντού[11], Σ. Μπίρκα[1,6], Α. Μαριόλης[12], Η. Τυροδήμος[13], Ζ. Τσίμτσιου[1,6,13]

[1]Επιτροπή Έρευνας Ελληνικής Εταιρείας Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, [2]Κέντρο Υγείας Γκούρας, Γκούρα Κορινθίας, [3]Κέντρο Υγείας Νέας Μάκρης, Αττικής, [4]1η ΤΟΜΥ Νίκαιας, Νίκαια Αττικής, [5]Περιφερειακό Ιατρείο Αιανής, Αιανή Κοζάνης, [6]Κέντρο Υγείας Ευόσμου, Θεσσαλονίκη, [7]1η ΤΟΜΥ Αιγάλεω, Αιγάλεω Αττικής, [8]Περιφερειακό Ιατρείο Αυλωναρίου, Αυλωνάρι Εύβοιας, [9]Περιφερειακό Ιατρείο Λαβάρων, Λάβαρα Έβρου, [10]Κέντρο Υγείας Κασσανδρείας, Κασσανδρεία Χαλκιδικής, [11]2η ΤΟΜΥ Αιγάλεω, Αιγάλεω Αττικής, [12]Κέντρο Υγείας Αρεόπολης, Αρεόπολη Λακωνίας, [13]Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής - Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν η καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης ενήλικων χρηστών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) έναντι του τετάνου.

ΥΛΙΚΟ: Στη πολυκεντρική, μεικτής μεθοδολογίας μελέτη συμμετείχαν ως ερευνητές 23 γενικοί γιατροί (Νομοί Αττικής, Θεσσαλονίκης, Πιερίας, Εύβοιας, Καρδίτσας, Κορινθίας, Ηρακλείου, Χαλκιδικής, Ξάνθης και Έβρου). Τρία άτομα ημερησίως από κάθε ιατρείο- που επιλέχθηκαν με τη βοήθεια γεννήτριας τυχαίων αριθμών- προσκλήθηκαν να απαντήσουν στο δομημένο ερωτηματολόγιο της μελέτης επί 30 συνεχόμενες εργάσιμες ημέρες. Κριτήρια εισαγωγής: 1. Ηλικία συμμετέχοντα≥18 έτη, 2. Υπογεγραμμένο έντυπο συγκατάθεσης, 3. Ικανοποιητική νοητική και σωματική κατάσταση του συμμετέχοντα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμμετείχαν 1.571 άτομα (ποσοστό ανταπόκρισης 75,9%), μέσης ηλικίας 59,8 ετών (±15,2. ελαχ.18-μεγ.94), 61,4% (ν=965) γυναίκες. Αντιτετανικό εμβόλιο την τελευταία δεκαετία δήλωσε το 20,8% (ν=326). Το 47,7% (ν=749) δεν γνώριζαν ότι χρειάζονται αυτό το εμβόλιο, ενώ 11,3% (178) είχαν αποφασίσει να μην το κάνουν. Ως προς το βαθμό ενημέρωσής τους για το αντιτετανικό εμβόλιο σε μια 10 βάθμια κλίμακα, η διάμεσος τιμή ήταν 3 (IQR 8, range 0-10). Τέλος στο 48,7% (ν=765) δήλωσαν ότι κανένας δεν τους είχε συστήσει αυτό το εμβόλιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μόλις ο ένας στους πέντε ενήλικες χρήστες υπηρεσιών ΠΦΥ έχει εμβολιαστική κάλυψη έναντι του τετάνου, ενώ οι μισοί αγνοούν την αναγκαιότητα να εμβολιαστούν και δεν έχουν λάβει καμία σχετική σύσταση. Η ενημέρωση για το σύνολο των εμβολίων αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα τόσο της δημόσιας υγείας, όσο και της ΠΦΥ, σε μια συντονισμένη εθνική προσπάθεια για ουσιαστική αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης ενηλίκων.

65. ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΕΝΑΝΤΙ ΕΠΟΧΙΚΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ, ΜΕΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗ

Δ. Γουγουρέλας[1,2], Α. Παπαϊωάννου[1,3], Κ. Καρακούλα[4], Σ. Μπίρκα[1,4], Α. Παγανάς[5], Ε. Χατζημανώλης[1,6], Β. Δισλιάν[1,7], Μ. Χόρτη[8], Β. Γκιζλής[1,9], Κ. Κολόκας[1,10], Ε. Χοβαρδά[1], Α. Μαριόλης[11], Γ. Παπαζήσης[12], Η. Τυροδήμος[13], Ζ. Τσίμτσιου[1,4,13]

[1]Επιτροπή Έρευνας Ελληνικής Εταιρείας Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, [2]Κέντρο Υγείας Γκούρας, Γκούρα Κορινθίας, [3]Κέντρο Υγείας Νέας Μάκρης, Αττική, [4]Κέντρο Υγείας Ευόσμου, Θεσσαλονίκη, [5]Περιφερειακό Ιατρείο Κονταριώτισσας, Κονταριώτισσα Πιερίας, [6]Περιφερειακό Ιατρείο Αιανής, Αιανή Κοζάνης, [7]Κέντρο Υγείας Αβδήρων, Άβδηρα Ξάνθης, [8]Ιδιωτικό ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, Καρδίτσα, [9]Περιφερειακό Ιατρείο Μαυρομματίου, Μαυρομμάτι Καρδίτσας, [10]3η ΤΟΜΥ Ευόσμου, Εύοσμος Θεσσαλονίκης, [11]Κέντρο Υγείας Αρεόπολης, Αρεόπολη Λακωνίας, [12]Εργαστήριο Κλινικής Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, [13]Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής - Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης ήταν η καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης ενήλικων χρηστών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έναντι της εποχικής γρίπης στις ομάδες αυξημένου κινδύνου σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού Ενηλίκων 2018-19.

ΥΛΙΚΟ: Η μεικτής μεθοδολογίας μελέτη πραγματοποιήθηκε στα ιατρεία 23 γενικών γιατρών (Νομοί: Αττικής, Θεσσαλονίκης, Πιερίας, Εύβοιας, Καρδίτσας, Κορινθίας, Ηρακλείου, Χαλκιδικής, Ξάνθης και Έβρου). Τρία άτομα ημερησίως από κάθε ιατρείο, που επιλέχθηκαν με τη βοήθεια γεννήτριας τυχαίων αριθμών, για 30 συνεχόμενες εργάσιμες ημέρες προσκλήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο της μελέτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμμετείχαν 1.571 άτομα (ποσοστό ανταπόκρισης 75,9%), μέσης ηλικίας 59,8 ετών (±15,2, ελαχ.18-μεγ.94). Μεταξύ των ατόμων άνω των 60 ετών αντιγριπικό εμβολιασμό κατά το τρέχον έτος είχε πραγματοποιήσει το 65,5%(ν=574). Στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα εμβολιασμένοι ήταν: 70,4%(ν=214) των διαβητικών, 59,3%(ν=54) των ασθενών με βρογχικό άσθμα, 79,5%(ν=62) των ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, 61,9%(ν=26) των νεφροπαθών. Μεταξύ των ατόμων με επιβαρυντικούς παράγοντες- κατά το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών- τα ποσοστά εμβολιασμένων ήταν: 47,7%(ν=31) των ατόμων με στενή επαφή με παιδιά <6μηνών, 43,4%(ν=109) των φροντιστών ευπαθών ατόμων, 40,2%(ν=35) των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, 29,3%(ν=12) των ατόμων που ανήκουν σε κλειστούς πληθυσμούς και 54% (ν=75) των ασθενών με Δείκτη Μάζας Σώματος >40kg/m^2.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των ομάδων αυξημένου κινδύνου δεν παρουσιάζουν ικανοποιητική αντιγριπική κάλυψη, ιδιαίτερα τα άτομα με επιβαρυντικούς παράγοντες. Η αναζήτηση των πιθανών εμποδίων και η καλύτερη ενημέρωση για τον αντιγριπικό εμβολιασμό στο σύνολο των ομάδων αυξημένου κινδύνου, τόσο με δημόσιες καμπάνιες ενημέρωσης, όσο με τη βοήθεια των επαγγελματιών υγείας κρίνεται επιτακτική ανάγκη στην εθνική προσπάθεια αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης.

66. ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΤΟΜΥ ΚΑΙ ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΜΙΑΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

Κ. Θεοδωρόπουλος

Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Όσον αφορά στο θέμα της συγκεκριμένης εργασίας, αυτό εστιάζει στην ανάλυση του εσωτερικού περιβάλλοντος και διαδικασιών των τοπικών ομάδων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΤΟμΥ) με σκοπό τον εντοπισμό των τυχόν προβλημάτων στην λειτουργία τους, στην θέσπιση προτύπων για τον έλεγχό τους αλλά και την πρόταση λύσεων για ενδεχόμενα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν.
ΥΛΙΚΟ: γίνεται αναφορά στις βασικές συνθήκες που επικρατούν στο εσωτερικό περιβάλλον οργάνωσης και λειτουργίας των ΤΟμΥ ενώ ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια της θέσπισης μίας διαδικασίας ελέγχου με τη χρήση ορισμένων προτύπων αναφορικά με την αξιολόγηση της απόδοσης της υπηρεσίας και την πρόσταση συσγκεριμένων μέτρων. Το υλικό βρέθηκε με ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και των σχετικών δευτερογενών δεδομένων είναι η μεθοδολογία της έρευνας που χρησιμοποιείται στην περίπτωση αυτή, ενώ αναλύονται κατά σειρά, το εσωτερικό περιβάλλον των ΤΟμΥ και των διαρθρωτικών προβλημάτων που αυτό μπορεί να αντιμετωπίζει αλλά και των προτύπων για έλεγχο και αξιολόγηση της απόδοσής τους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συγκεκριμένη μελέτη είχε σαν βασικό αντικείμενο ανάλυσής της την αξιολόγηση και την μελέτη του θεσμού των τοπικών ομάδων υγείας. Μέσα από τα πρότυπα αξιολόγησης που υιοθετήθηκαν και από την ανάλυση των συνολικών συνιστωσών του περιβάλλοντος οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργία του θεσμού προκύπτει το βασικό συμπέρασμα πως ο θεσμός αντιμετωπίζει κρίση, προτού καν αρχίσει να λειτουργεί κανονικά.
Η έλλειψη εξοικείωσης των πολιτών με τα πληροφοριακά συστήματα για την πραγματοποίηση των απαραίτητων εγγραφών, αλλά και παράλληλα, η δυσπιστία του ιατρικού προσωπικού για τη συμμετοχή στο νέο αυτό εγχείρημα το κάνουν να φαντάζει μη πραγματοποιήσιμο και μη βιώσιμό εν τέλει. Ωστόσο, με την άμεση εφαρμογή των προτάσεων οι οποίες αναφέρονται στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να εγκαθιδρυθούν οι συνθήκες οι οποίες θα βοηθήσουν το έργο να γίνει ξανά βιώσιμο.

67. ΘΕΑΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΓΥΝΑΙΚΑΣ 76 ΕΤΩΝ ΑΠΟ ΣΟΒΑΡΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΕ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΠΛΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ

Κ. Κιντζογλανάκης, Π. Βόντα, Ε. Κάκου, Β. Ντάντου, Κ. Μαλτέζης
Τοπική Ομάδα Υγείας Θήβας Βοιωτίας

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη περίπτωσης γυναίκας 76 ετών που ανακουφίστηκε θεαματικά από πολύ σοβαρά σωματικά συμπτώματα με αντικαταθλιπτικό στα πλαίσια επίσκεψης στο ιατρείο της κόρης της για απλή συνταγογράφηση.
ΥΛΙΚΟ: Μία νέα γυναίκα εργαζόμενη, σύζυγος και μητέρα, προσήλθε στην Τοπική Ομάδα Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.) Θήβας, για επίσκεψη απλής συνταγογράφησης των φαρμάκων της μητέρας της. Η τελευταία είναι γυναίκα 76 ετών με ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας με κατ' οίκον οξυγονοθεραπεία και από μηνών χρόνιου πόνου στην οσφύ με πρόσφατη νοσηλεία σε ορθοπεδική κλινική επί ενάμιση μήνα. Στην ερώτηση για την παρούσα κατάσταση της μητέρας της, απάντησε ότι λόγω του πόνου είναι κατακεκλιμένη, καταθλιπτική και αδυνατεί ή αρνείται να αυτοεξυπηρετηθεί από μηνών, ενώ η ίδια αποστερείται πολλές ώρες από την εργασία και την οικογένειά της για την φροντίδα της μητέρας της. Στα φάρμακα προς συνταγογράφηση περιλαμβάνονταν και κωδεϊνούχο παυσίπονο, μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες, βενζοδιαζεπίνη και διαδερμικό αυτοκόλλητο φεντανύλης 50mcg που χορήγησε ο πνευμονολόγος και η ασθενής ανανέωνε κάθε 12 ώρες!
ΜΕΘΟΔΟΣ: Εμείς αντιπροτείναμε και συνταγογραφήσαμε μόνο λελογισμένη ποσότητα βενζοδιαζεπίνης και ντουλοξετίνη 30mg, έναν εκλεκτικό αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης. Στην επόμενη προγραμματισμένη επίσκεψη συνταγογράφησης, ένα μήνα μετά, η κόρη μας ανέφερε ότι η μητέρα της ανακουφίστηκε θεαματικά από τον πόνο, επανήλθε σε κατάσταση πλήρους λειτουργικότητας, ξαναβρήκε το ενδιαφέρον της αυτοφροντίδας της, δεν χρειάζεται παυσίπονα, μείωσε μέχρι και την ανάγκη της σε οξυγόνο σε λίγες μόνο ώρες την ημέρα. Η ίδια δε αφιερώθηκε στην εργασία και την οικογένειά της.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανακούφιση σοβαρών προβλημάτων ψυχοσωματικής υγείας που διέλαθαν από τον ορθοπεδικό και τον πνευμονολόγο μπορεί να πραγματοποιηθεί από την ολιστική προσέγγιση του γενικού-οικογενειακού ιατρού ακόμα και με αφορμή απλής επίσκεψης συνταγογράφησης.

68. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ

Κ. Κιντζογλανάκης[1], Α. Γκούσιου[2], Π. Βόντα[1], Ε. Κακού[1], Β. Ντάντου[1], Κ. Μαλτέζης[1]
[1]Τοπική Ομάδα Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.) Θήβας Βοιωτίας, [2]Ψυχοθεραπεύτρια Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της γλυκαιμικής ρύθμισης και της έντασης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μετρούμενων με τη χρήση της κλίμακας Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), και αγχωδών συμπτωμάτων μετρούμενων με την κλίμακα Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 135 ασθενείς με ΣΔτ2 που επισκέφθηκαν διαδοχικά την Τοπική Ομάδα Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.) Θήβας για οποιονδήποτε λόγο. Κατόπιν έγγραφης συναίνεσής τους, συμπλήρωσαν τις κλίμακες PHQ-9 και GAD-7 με την βοήθεια εκπαιδευμένης επισκέπτριας υγείας. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με άνοια και ψύχωση. Καταγράφηκε η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) των τελευταίων έξι μηνών. Ως καλή γλυκαιμική ρύθμιση θεωρήθηκε η τιμή HbA1c≤ 7% και ελλιπής η τιμή HbA1c> 7%.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 57,8% (n=78) του δείγματός ήταν άνδρες, ενώ το 68,6% (n=83) είχε καλή γλυκαιμική ρύθμιση. Οι μέσοι όροι του δείγματος ήταν: ηλικία 68,16 έτη (ΤΑ=9,14), HbA1c 6,85% (ΤΑ=1,26), PHQ-9 4,59 (ΤΑ=4,53), GAD-7 4,98 (ΤΑ=4,88). Η ανάλυση independent samples t-tests έδειξε ότι οι ομάδες της καλής και της ελλιπούς γλυκαιμικής ρύθμισης δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς την ένταση των καταθλιπτικών ή αγχωδών συμπτωμάτων και δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ HbA1c και καταθλιπτικών ή αγχωδών συμπτωμάτων. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους (r=0,66, p=,001). Οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών (Μ.Ο=6,38, Τ.Α.=5,09) και αγχωδών συμπτωμάτων (Μ.Ο=6,45, Τ.Α.=5,17) συγκριτικά με τους άνδρες (Μ.Ο=3,38, Τ.Α.=3,67), t(77,80)=-3,48, p=,001, (Μ.Ο=3,99, Τ.Α.=4,43), t(114)=-2,74, p=,007, αντίστοιχα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στους ασθενείς με ΣΔτ2 της Τ.ΟΜ.Υ. Θήβας, φαίνεται ότι η ένταση των καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων, παρότι συσχετίζονται, δεν διαφέρουν ανάμεσα στην καλή και την ελλιπή ρύθμιση. Οι γυναίκες φαίνεται να βιώνουν περισσότερα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα συγκριτικά με τους άνδρες.

69. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΤΕΠ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Κ. Σολδάτου[1], Ε. Σιάφη[1], Χ. Μάχντοχτ[2], Κ. Σβαρνάς[2]
[1]Γ.Ν. Ιπποκράτειο, [2]Κ.Υ. Λαυρίου

ΣΚΟΠΟΣ: Στο ΤΕΠ μιας Πρωτοβάθμιας Μονάδας Υγείας, ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών, οποιαδήποτε χρονική στιγμή, ανεξάρτητα από την βαρύτητα της κατάστασης της υγείας τους, την ασφαλιστική τους κατάσταση ή την ικανότητα να πληρώνουν τις παροχές υγείας. Σκοπός μας είναι να περιγράψουμε το ποσοστό των ασθενών που προσέρχονται στο ΤΕΠ, χωρίς να αντιμετωπίζουν κάποιο επείγον πρόβλημα υγείας.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 384 ασθενείς σε διάστημα τεσσάρων μηνών, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας από 19 έως 84 ετών, που προσήλθαν στο ΤΕΠ Πρωτοβάθμιας Μονάδας Υγείας με προβλήματα που αφορούν όλο το φάσμα της ιατρικής. Καρδιολογικά, αναπνευστικά, ουρολογικά, ενδοκρινολογικά, ΩΡΛ, χειρουργικά, νευρολογικά, ψυχιατρικά, παιδιατρικά, ορθοπεδικά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους ασθενείς που μελετήθηκαν 52(13,5%) δεν χρειάστηκαν κάποια αντιμετώπιση και αποχώρησαν με οδηγίες. 123 (32%) ασθενείς παραπέμφθηκαν σε έλεγχο στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. 209 ασθενείς (54,5%) αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς σε επείγουσα βάση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση του ΤΕΠ από ασθενείς που δεν χρήζουν επείγουσας αντιμετώπισης προκαλεί προβλήματα από πλευράς ποιότητας και κόστους. Ο συνωστισμός, ο χρόνος αναμονής, η επιβάρυνση του προσωπικού, η παρατεταμένη αναμονή ασθενών που χρήζουν άμεσης βοήθειας, το υψηλό κόστος και η διαρροή πόρων είναι μερικά από τα προβλήματα που προκαλούνται από αυτό το φαινόμενο. Η συνεχής ενημέρωση για τα οφέλη της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την βαθύτερη κατανόηση του επείγοντος, θα βελτιώσει την υπάρχουσα κατάσταση.

70. ΟΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

Κ. Σολδάτου[1], Ε. Σιάφη[1], Χ. Μάχντοχτ[2], Κ. Σβαρνάς[2]
[1]Γ.Ν. Ιπποκράτειο, [2]Κ.Υ. Λαυρίου

ΣΚΟΠΟΣ: Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων έχει εγκριθεί από πολλές εταιρίες, όπως η Wonca Europe. Δίνει οδηγίες για τον τρόπο μείωσης καρδιαγγειακών παθήσεων στον πληθυσμό και αποδίδει σημαντικό ρόλο στο γενικό ιατρό, ο οποίος ασχολείται με ασθενείς υψηλού κινδύνου, με μέτρα δημόσιας υγείας και με την ενθάρρυνση ενός υγειούς τρόπου ζωής.
ΥΛΙΚΟ: Για την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων απαιτείται από τον γενικό ιατρό μια εξατομικευμένη προσέγγιση, λαμβάνοντας υπόψη τη βιολογική ηλικία, εθνικότητα, ζωτικότητα, συννοσηρότητες και προσωπικές προτιμήσεις του ασθενούς. Η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου και η αξιολόγηση του τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένων των ψυχοκοινωνικών πτυχών, πρέπει να επαναλαμβάνονται τακτικά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η οργάνωση της ευρείας πρόληψης της καρδιαγγειακών παθήσεων εξακολουθεί να αποτελεί τεράστια πρόκληση, στην οποία η γενική ιατρική παίζει σημαντικό ρόλο στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Περίπου οι μισοί Γενικοί Ιατροί χρησιμοποιούν τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες σε όλη την Ευρώπη. Για την βελτιστοποίηση της μετατροπής των συστάσεων στην κλινική πρακτική, η νέα κατευθυντήρια γραμμή συνιστά την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δεδομένου ότι πρέπει να αντιμετωπίσουμε τη γήρανση του πληθυσμού, την αυξημένη συχνότητα ΣΔ, την ανάγκη για πιο εξατομικευμένη προσέγγιση και επανειλημμένη αξιολόγηση, οι γενικοί ιατροί θα πρέπει να αναπτύξουν ένα όραμα για το πώς να οργανωθεί η κατάλληλη φροντίδα. Θα πρέπει να προλαμβάνουν και να συλλέγουν συστηματικά δεδομένα σχετικά με τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων. Τέλος θα πρέπει να επιδείξουν ηγετική θέση και να εξετάσουν τα τείχη των πρακτικών τους για να βοηθήσουν στην οικοδόμηση θεμελίων για την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου σε όλο το φάσμα και να συμβάλουν στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής σε ολόκληρο τον πληθυσμό.

71. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ Η ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΧΑΜΗΛΗΣ Τ3 ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ

Ε. Σιάρκος[1], Λ. Αθανασίου[1], Ο. Σπυροπούλου[1], Ο. Μάσχα[2], Π. Αθανασίου[3], Χ. Σαμαράς[1], Ι. Κώστογλου-Αθανασίου[4]

[1]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, [2]Βιοχημικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, [3]Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», [4]Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο μη θυρεοειδικής νόσου ή σύνδρομο χαμηλής T_3 – low T_3 syndrome–ή euthyroid sick syndrome είναι η μεταβολή των θυρεοειδικών ορμονών που παρατηρείται επί οξείας νόσου. Χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα T_3, T_4 και χαμηλά επίπεδα TSH. Η βαρύτητα της έκφρασης του συνδρόμου μπορεί να σχετίζεται με τη βαρύτητα της οξείας νόσου. Παρατηρείται σε ασθενείς που νοσηλεύονται στην παθολογική ή χειρουργική κλινική, στη μονάδα εντατικής θεραπείας και στη μονάδα εμφραγμάτων. Είναι παροδικό και η έκφρασή του μπορεί να σχετίζεται με την έκβαση της νόσου.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός ήταν η μελέτη της έκφρασης του συνδρόμου μη θυρεοειδικής νόσου ή συνδρόμου χαμηλής Τ3 σε παθολογική κλινική γενικού νοσοκομείου σε ασθενείς νοσηλευόμενους λόγω οξείας νόσου και της σχέσης του συνδρόμου με την έκβαση της νόσου.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε παθολογική κλινική γενικού νοσοκομείου λόγω οξείας νόσου μετρήθηκαν τα επίπεδα της TSH, της FT_4, της T_4, FT_3 και της FT_3. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο ή το θάνατο. Οι παρατηρήσεις πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους. Κατά τη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους νοσηλεύθηκαν στην παθολογική κλινική λόγω οξείας νόσου 831 ασθενείς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ομάδα αυτή των 831 ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην παθολογική κλινική κατά τη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους 230 ασθενείς εμφάνισαν σύνδρομο μη θυρεοειδικής νόσου ή σύνδρομο χαμηλής T_3. Στην ομάδα των ασθενών με σύνδρομο μη θυρεοειδικής νόσου ή χαμηλής T_3 τα επίπεδα της TSH ήταν σημαντικά χαμηλότερα από ότι στους ασθενείς που δεν εξέφρασαν το σύνδρομο, 0.52±0.17 μIU/ml versus 2.81±0.34 μIU/ml ($p<0.001$, Student's t test). Τα επίπεδα της T_3 ήταν σημαντικά χαμηλότερα στην ομάδα των ασθενών με το σύνδρομο μη θυρεοειδικής νόσου από ότι στην ομάδα των ασθενών χωρίς το σύνδρομο, 0.52±0.049 ng/ml versus 0.57±0.036 ng/ml ($p<0.001$). Τα επίπεδα της T_4 ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους ασθενείς με το σύνδρομο μη θυρεοειδικής νόσου από ότι σε αυτούς που δεν εξέφρασαν το σύνδρομο, 4.72±0.77 μg/dl versus 6.53±0.43 μg/dl ($p<0.001$). Τα επίπεδα της FT_4 ήταν 1.058±0.18 ng/dl στους ασθενείς με euthyroid sick syndrome versus 1.01±0.15 ng/dl σε αυτούς που δεν εξέφρασαν το σύνδρομο. Η πιθανότητα θανάτου ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα με το euthyroid sick σύνδρομο (chi-square test with Yates correction 7.7593, p=0.005344).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το σύνδρομο χαμηλής T_3 παρατηρήθηκε σε ασθενείς νοσηλευόμενους σε παθολογική κλινική λόγω οξείας νόσου. Η έκφραση του συνδρόμου φάνηκε να σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου.

72. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΕ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ

Α. Παπαϊωάννου[1], Δ. Λαμπρινός[2,3], Ε. Αλαβάνου[4], Α. Ιατράκη[1], Ι. Μπάκας[1]
[1]ΚΥ Νέας Μάκρης, [2]Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», [3]ΚΥ Νέας Μάκρης, Αττική, [4]Γ.Ν.Α. «Λαϊκό

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της συχνότητας λήψης χαμηλής δόσης ασπιρίνης ως μέτρο πρόληψης σε ασθενείς που προσήλθαν σε ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).
ΥΛΙΚΟ: Έγινε μια συγχρονική μελέτη, στην οποία συμπεριλήφθησαν ασθενείς που προσήλθαν σε τακτικό ιατρείο στο Κέντρο Υγείας νέας Μάκρης, σε διάστημα ενός έτους. Καταγράφτηκαν τα νοσήματα από τα οποία έπασχαν και η λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή. Μελετήθηκε η σχετική συχνότητα του αριθμού των ασθενών που έκαναν μακροχρόνια λήψη χαμηλής δόσης ασπιρίνης σε σχέση με το σύνολο των συμμετεχόντων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά προσήλθαν 702 άτομα. Ο μέσος όρος της ηλικίας του μελετώμενου πληθυσμού ήταν τα 67,5 έτη (min17-max94, SD13,215), με τους 350 (49,9%) να ήταν άντρες. Χαμηλή δόση ασπιρίνης σε μακροχρόνια βάση λάμβανε το 14,8% (n=104), με μέσο όρο ηλικίας τα 69,25 έτη (min31-max90, SD10,766), οι 71,2% άντρες (n=74), με τους ασθενείς άνω των 80 ετών να αποτελούν το 20,4% (n=21) του δείγματος αυτού. Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο που λάμβαναν με ασπιρίνη ήταν 60,3% (n=35, p < 0,005), ενώ, ως δευτερογενή πρόληψη, λάμβαναν μακροχρόνια ασπιρίνη οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη σε ποσοστό 17,9% (n=35, OR=2,634, 95%CI 1,588-4,369), οι ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση, σε ποσοστό 15,6% (n=55, OR=3,625, 95%CI 1,971-6,667) και οι ασθενείς με αυξημένα επίπεδα λιπιδίων αίματος 14,4% (n=46, OR=2,198, 95%CI 1,298-3,722). Τα άτομα άνω των 80 ετών τα οποία χρησιμοποιούσαν ασπιρίνη ως πρόληψη αποτέλεσαν το 9,5% (n=11, p>0,05).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στον πληθυσμό της μελέτης αυτής, το ποσοστό που βρέθηκε να κάνει μακροχρόνια, δευτερογενή, προληπτική χρήση ασπιρίνης είναι μικρό, με τους γηραιότερους ασθενείς να λαμβάνουν ασπιρίνη μακροχρόνια, παρά το γεγονός ότι είναι περισσότερο ευπαθείς στις ανεπιθύμητες ενέργειες της αγωγής αυτής. Επιβεβαιώνεται η ανάγκη της εξατομικευμένης εκτίμησης.

73. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΣ ΜΑΚΡΗΣ

Δ. Λαμπρινός[1,2], Α. Παπαϊωάννου[2], Γ. Κουβαριώτης[2], Ε. Αλαβάνου[1], Ε. Απειθή[2]
[1]Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», [2]ΚΥ Νέας Μάκρης

ΣΚΟΠΟΣ: η καταγραφή του ποσοστού πολυφαρμακίας και συννοσηρότητας σε ασθενείς ιατρείου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
ΥΛΙΚΑ: περιγραφική μελέτη σε άτομα που προσήλθαν σε τακτικό ιατρείο του ΚΥ Νέας Μάκρης, στη διάρκεια ενός έτους. Καταγράφηκε η αγωγή για χρόνια νοσήματα και τα φαρμακευτικά σκευάσματα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν 702 ασθενείς, από τους οποίους οι 350 (49,9%) ήταν άνδρες. Ο μέσος όρος(Μ.Ο.) ηλικίας ήταν 67,45 έτη (min 17- max 94, SD13,215), με 132 άτομα (18,8%) άνω των 80 ετών. 360 ασθενείς (51,3%) βρέθηκαν να πάσχουν από 1-2 χρόνια νοσήματα, 280 (39,9%) από 3-5 και 33 (4,7%) από 6-10. Τα νοσήματα που καταγράφηκαν ήταν αρτηριακή υπέρταση (n=402, 57,3%), δυσλιπιδαιμία (n=359, 51,2%), σακχαρώδης διαβήτης (n=231, 33%), άγχος/κατάθλιψη (n=129, 18,4%), θυρεοειδοπάθειες (n=118, 16,8%), ΓΟΠ (n=69, 9,8%), η οστεοπόρωση (n=68, 9,7%), στεφανιαία νόσο (n=58, 8,3%), κολπική μαρμαρυγή και βαλβιδοπάθειες (n=51, 7,3%), νευρολογικές παθήσεις (n=48, 6,8%), υπερτροφία προστάτη (n=43, 6,1%), ουρική αρθρίτιδα (n=42, 6%), παθήσεις αναπνευστικού συστήματος (n=35, 4,9%) και οφθαλμολογικές παθήσεις (n=20, 2,9%). Πολυφαρμακία με περισσότερα από 4 σκευάσματα παρατηρήθηκε σε 325 ασθενείς (48,2%), ενώ 38 ασθενείς (5,6%) λάμβαναν αγωγή με περισσότερες από 10 δραστικές φαρμακευτικές ουσίες. Από το συνολικό δείγμα, ο Μ.Ο των δραστικών ουσιών ήταν 4,2 (min0-max16) και ο μέσος αριθμός σκευασμάτων 3,62 (min0-max14). Από τα άτομα με φαρμακευτική αγωγή με 2 ουσίες ή παραπάνω, βρέθηκε Μ.Ο αλληλεπιδράσεων 1,53 μεταξύ των ουσιών (min0-max11), με τους ασθενείς άνω των 80 ετών να βιώνουν κατά Μ.Ο. 2 αλληλεπιδράσεις από τα λαμβανόμενα φάρμακά τους (p>0,05).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των ασθενών λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για αρτηριακή υπέρταση και για διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων. Καθώς ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνεται, η καταγραφή της πολυφαρμακίας και της συννοσηρότητας έχουν σημαντικό ρόλο, όχι μόνο λόγω της αυξημένης χρήσης, και κατά συνέπεια τις συχνές αλληλεπιδράσεις και ανεπιθύμητες ενέργειες, αλλά και λόγω των αλλαγών στην φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική.

74. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΧΟΥ ΤΗΣ ΥΓΙΟΥΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Ε. Λέντζιου[1], Α. Ψαρρά[1], Δ. Βελισσάρη[2], Α. Βασιλοπούλου[1]

[1]Μονάδα Εμφραγμάτων, Γ.Ν. Ηλείας, [2]Ευεργετών, Οξέων, Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα ανασκόπηση έχει σκοπό να παρουσιάσει βιβλιογραφικά δεδομένα που αφορούν τον ορισμό της υγειούς γήρανσης και του κοινωνικού κεφαλαίου και να προσδιορίσει τη σημασία του κοινωνικού κεφαλαίου στην προαγωγή της υγειούς γήρανσης.
ΥΛΙΚΟ: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: EBSCO HOST, Elsevier Science Direct, PubMed, Medline, CINAHL, και Google Scholar. Εξαιρέθηκαν όλα τα άρθρα που ήταν γραμμένα σε άλλη γλώσσα πλην της ελληνικής και αγγλικής και εκείνα που δεν ήταν δυνατή η πρόσβαση σε ολόκληρο το άρθρο, αλλά μόνο στην περίληψη, καθώς και εκείνα που ήταν παλαιότερα από 10 έτη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταδεικνύεται ότι το κοινωνικό κεφάλαιο έχει σημαντικά αποτελέσματα στον τομέα της υγείας και η επίδρασήτου συμβάλλει στην προαγωγή της υγειούς γήρανσης. Έχει θετικές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία των ηίκιωμένων και στην διατήρηση της ευημερίας τους.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την αναμενόμενη ηλικιακή αύξηση του πληθυσμού τα επόμενα χρόνια οι χώρες θα πρέπει να υιοθετήσουν πολιτικές προκειμένου να εξασφαλιστεί η υγεία και η ευημερία των ηλικιωμένων και να αντιμετωπιστούν οι μακροοικονομικές επιπτώσεις της γήρανσης προκειμένου να μην επιβαρυνθούν τα συστήματα ασφάλισης και περίθαλψης και υποστεί τα βάρη η νεότερη γενιά.

75. Η ΔΥΝΑΜΗ ΔΡΑΓΜΟΥ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Ι. Αλεξίου[1], Π. Πάντου[1], Θ. Αλεξίου[1], Β. Παπαεμμανουήλ[2]

[1]Τμήμα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, ΠΕΔΥ, Πειραιά, [2]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ε.Α.Ν. Πειραιά «Μεταξά»

Η δυναμη Δραγμού είναι μια δοκιμασία μέτρησης της δυναμης των μυών του πήχυ (ιδιαίτερα των καμπτήρων των δακτύλων, καρπού και αγκώνα). Αποτελεί μια απλή μέτρηση η οποία γίνεται με τη βοήθεια ενός δυναμομέτρου χειρός και μπορεί να παρέχει μια καλή εκόνα της γενικής δυναμης του ατόμου.

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας μελέτης είναι να ελέγξουμε εάν η δύναμη Δραγμού μπορεί να προβλέψει την μείωση της λειτουργικής ικανότητας σε ηλικιωμένα ατομα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά συμμετείχαν 384 ηλικιωμένα ατομα ηλικίας 65-82 ετών ανδρες και γυναίκες που προσέρχονταν στα ιατρεία πρωτοβαθμιας περίθαλψης. Η μελέτη αυτή διήρκεσε δυο χρόνια.Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Kanz και του Koyano τροποποιημένα για να επιβεβαιώσουμε ότι οι συμμετέχοντες ήταν ανεξαρτητοι στις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL) Οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής περιλαμβαναν (μπάνιο –ντύσιμο-βάδιση- διαδικασία σίτισης-ελεγχος των σφιγκτήρων). Επίσης μελετήθηκαν οι νοητικές δραστηριότητες και οι κοινωνικές συναναστροφές. Τα εξετασθέντα άτομα τηρούσαν το κριτήριο ότι ήταν ανεξάρτητα σε υψηλού επιπεδου ικανότητες (συμφωνα με τα ερωτηματολόγια).Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν στη μέτρηση της δύναμης Δραγμού και τη συνηθισμένη ταχύτητα περπατήματος. Η μέτρηση της δύναμης Δραγμού πραγματοποιήθηκε σε χιλιόγραμμα και με τη χρησιμοποίηση ενός δυναμομέτρου δυναμης λαβής (Miotti Germany).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ένα συνολο 384 ατόμων (280 γυναικες και 104 άνδρες) αξιολογήθηκαν για διάστημα 2ετών. Οι ανδρες είχαν υψηλότερες τιμές σχεδον σε όλες τις μετρήσεις εκτός από το BMI. Η Δυναμη δραγμου μειώθηκε σημαντικά και στα 2 φύλα ανάλλογα με την ηλικιακή ομάδα (P<0,001). Η συνήθης ταχύτητα βαδισης σχετιζόταν σημαντικά με τη μείωση του υψηλού επιπέδου ικανοτήτων μόνο στις γυναίκες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η δυναμη Δραγμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διακρίνει την ελάττωση της λειτουργικής ικανότητας στα ηλικιωμένα ατομα. Η μελέτη έδειξε ότι η δύναμη Δραγμού είναι ένας προγνωστικός παράγοντας για μείωση υψηλού επιπέδου ικανοτήτων σε ατομα ηλικιωμένα.

76. ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΟΓΧΟΥ: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Μ. Καρδάρα-Μπέλλου, Σ. Διαμαντοπούλου, Β. Παπακώστα, Ν. Λεφαντζής, Α. Μπαλάσκας, Σ. Βασιλείου
Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Τα αποστήματα κόγχου συνιστούν επιπλοκή της κυτταρίτιδας κόγχου. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η μελέτη των αιτιών που τα πυροδοτούν και η ανάλυση της έκβασής τους, ώστε να αντιμετωπίζονται κατά το βέλτιστο δυνατό τρόπο, και η συσχέτιση με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας.
ΥΛΙΚΟ: 6 ασθενείς με ετερόπλευρο ενδοκογχικό απόστημα αντιμετωπίστηκαν σε επείγουσα βάση. Στην κλινική εξέταση διεπιστώθησαν περικογχικό οίδημα, πρόπτωση οφθαλμού, οίδημα επιπεφυκότα, οφθαλμοπληγία, μυδρίαση και διαταραχές όρασης. Υπεβλήθησαν υπό γενική αναισθησία σε σχάση και παροχέτευση των αποστηματικών συλλογών, τοποθέτηση παροχετευτικών αγωγών και λήψη καλλιεργειών- βιοψιών. Αξονική τομογραφία σπλαγχνικού κρανίου με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό και πλήρης οφθαλμολογικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά σε όλους τους ασθενείς. Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εδόθη βάση στην αναζήτηση των αιτιών και στις θεραπευτικές επιλογές.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Επικρατέστερη αιτία απεδείχθη η βακτηριακή ρινοκολπίτιδα. Ο Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes και Streptococcus pneumoniae είναι τα παθογόνα που απομονώθηκαν. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με συνδυασμένες προσπελάσεις. Ευνοϊκή έκβαση παρατηρήθηκε στο 66% των ασθενών, ενώ το 33% εμφάνισε μείζονες επιπλοκές. Οι υπόλοιποι ασθενείς ακολούθησαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία χωρίς υποτροπές.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποστήματα του κόγχου είναι επείγουσες καταστάσεις με δυνητικά σοβαρές συνέπειες. Δεν υπάρχουν κλινικά ή βιολογικά κριτήρια για την πρόβλεψη της βαρύτητας των επακόλουθων βλαβών. Χρειάζεται άμεση χειρουργική παρέμβαση για την αποσυμπίεση του κόγχου και προστασία του οπτικού νεύρου καθώς και λήψη καλλιεργειών προκειμένου να δοθεί στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή.

77. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΡΧΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΣΠΛΑΧΝΙΚΟΥ ΚΡΑΝΙΟΥ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Κ. Κατουμάς, Α. Κουρούμαλλης, Μ. Μπουραζάνη, Δ. Δέσκος, Γ. Μητσόπουλος, Ε. Καλφαρέντζος, Β. Πετσίνης, Χ. Περισανίδης

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σημαντικό ποσοστό ασθενών που προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) εμφανίζει τραύμα στην γναθοπροσωπική χώρα, ενώ περισσότερο από το 50% των ασθενών με τραύμα κεφαλής και τραχήλου είναι πολυτραυματίες. Οι τραυματισμοί και τα κατάγματα του σπλαχνικού κρανίου μπορεί να επηρεάσουν τον αεραγωγό, την κατάποση, την μάσηση και την όραση, ενώ έχουν και σοβαρές αισθητικές επιπτώσεις.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι να αναλυθούν οι βασικές αρχές διάγνωσης και αντιμετώπισης των καταγμάτων του σπλαχνικού κρανίου μέσα από την παρουσίαση κλινικών περιστατικών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύονται η διαγνωστική αλληλουχία και ο θεραπευτικός αλγόριθμος που πρέπει να εφαρμόζονται σε ασθενείς με τράυμα στη γναθοπροσωπική χώρα και με κατάγματα σπλαχνικού κρανίου, μέσα από την παρουσίαση περιστατικών που προσήλθαν και αντιμετωπίστηκαν στα ΤΕΠ και στην Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η έγκαιρη διάγνωση και επιτυχής αντιμετώπιση των καταγμάτων του σπλαχνικού κρανίου αποκαθιστά την λειτουργικότητα της περιοχής του προσώπου και των γνάθων, ενώ παράλληλα εξασφαλίζει την αποκατάσταση της αισθητικής του προσώπου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα κατάγματα του σπλαχνικού κρανίου μπορεί να επηρεάσουν τον αεραγωγό, την κατάποση, την λειτουργία των γνάθων, την όραση, αλλά και την αισθητική του προσώπου. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή τους αποκαθιστά στο μέγιστο βαθμό την λειτουργικότητα και την αισθητική των δομών του προσώπου.

78. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΧΗΛΟΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Α. Κουρούμαλης, Κ. Κατούμας, Γ. Μητσόπουλος, Μ. Μπουραζάνη, Δ. Δέσκος, Ε. Καλφαρέντζος, Β. Πετσίνης, Χ. Περισανίδης

Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις αποτελούν ένα από τα συχνότερα αίτια προσέλευσης ασθενών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) των κλινικών Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής (ΣΓΠΧ). Παράλληλα όμως αποτελούν ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα που μπορεί να κληθεί να αντιμετωπίσει ένας οδοντίατρος αλλά πολλές φορές και ένας γιατρός στα ΤΕΠ, ιδιαίτερα σε πιο απομονωμένες περιοχές. Η μη επιτυχής διάγνωση και αντιμετώπισή τους μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία και τη ζωή του ασθενούς.
ΣΚΟΠΟΣ: είναι η περιγραφή των βασικών αρχών διάγνωσης και αντιμετώπισης των ασθενών με τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις και η παρουσίαση της εμπειρίας της κλινικής σε αντίστοιχες περιπτώσεις.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύονται η διαγνωστική αλληλουχία και ο θεραπευτικός αλγόριθμος που πρέπει να εφαρμόζονται σε ασθενείς με τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις καθώς και οι κίνδυνοι που προκύπτουν από μη επιτυχή αντιμετώπιση τους, μέσα από την παρουσίαση περιστατικών που προσήλθαν και αντιμετωπίστηκαν στα ΤΕΠ και στην κλινική ΣΓΠΧ του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός».
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις μπορεί να εξελιχθούν σε σοβαρές καταστάσεις οι οποίες απαιτούν εξειδικευμένη θεραπεία και πολυήμερη νοσηλεία. Η έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση των ασθενών με τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις μειώνει την νοσηρότητα και τον κίνδυνο επιπλοκών, χρειάζεται όμως τακτική επαναξιολόγηση και παρακολούθηση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις έχουν μεγάλη συχνότητα εμφάνισης. Αποτελούν μία από τις κυριότερες αιτίες επίσκεψης στον οδοντίατρο, αλλά και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών όπου συχνά δεν υπάρχει Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός. Τις περισσότερες φορές η αντιμετώπισή τους είναι απλή στα πρώιμα στάδια. Παρόλα αυτά, πολύ συχνά επιπλοκές μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρή απειλή της ζωής του ασθενούς και συνεπώς, χρήζουν ιδιαίτερης και άμεσης προσοχής.

79. ΕΜΒΙΟΫΛΙΚΑ ΟΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ΑΝΤΡΟΥ: ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Α. Μυλωνάς[1], Φ. Τζέρμπος[1], Ε. Παπαδοπούλου[2]

[1]Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική, Θεραπευτήριο «Metropolitan», [2]Φαρμακείο «Π. Δ. Μαρινόπουλος»

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της βιολογικής συμπεριφοράς των διαφόρων εμβιοϋλικών οστικής ανάπλασης, καθώς επίσης και των αναγεννητικών τεχνικών που εφαρμόζονται εντός του ιγμορείου άντρου, μετά άμεση ή έμμεση ανύψωση του εδάφους του, με αντικειμενικό στόχο την επανάκτηση της κάθετης διάστασης στην επανορθωτική οδοντοφατνιακή χειρουργική και την επακόλουθη αποκατάσταση με οστεοενσωματούμενα οδοντικά εμφυτεύματα, μιάς νωδής οπίσθιας περιοχής της άνω γνάθου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα εμβιοϋλικά που χρησιμοποιούνται για την οστική ανάπλαση εντός του ιγμορείου, ανήκουν στις ακόλουθες κατηγορίες: 1) Ξενομοσχεύματα: μοσχεύματα από διαφορετικό βιολογικό είδος, 2) Αλλομοσχεύματα: μοσχεύματα από το ίδιο βιολογικό είδος, 3) Αυτομοσχεύματα: μοσχεύματα από τον ίδιο ασθενή, και 4) Αλλοπλαστικά εμβιοϋλικά: μοσχευματικά υλικά που προέρχονται από μη ζωικό είδος, κατασκευάζονται ή σχεδιάζονται.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ιστική ανάπλαση και εμβιομηχανική αποβλέπει στην αναγέννηση κατεστραμμένων και μερικές φορές ελλειπόντων ιστών, συνδυάζοντας κύτταρα από το ανθρώπινο σώμα με πολύ πορώδη ικριωματικά εμβιοϋλικά, τα οποία δρουν ως πρότυπα για ιστική αναγέννηση και ανάπλαση, καθοδηγώντας την ανάπτυξη νέου ιστού. Τα τρία κύρια συστατικά που απαιτείται η παρουσία τους για μία επιτυχή ιστική/οστική αναγέννηση είναι: 1) μία πηγή κυττάρων (MSC), 2) σηματοδοτικά μόρια (rhBMP, rhPDGF), και 3) μία μήτρα (b-TCP, PRP & b-TCP, πολυμερή υποκατάστατα οστού). Όσον αφορά το οστούν, υπάρχουν εμβιοϋλικά τα οποία είναι: α) οστεοεπαγωγά (ικανότητα ενός μοσχευματικού υλικού να επάγει βλαστοκύτταρα να διαφοροποιηθούν σε ώριμα οστεοκύτταρα), β) οστεοκαθοδηγητικά (μία φυσική ιδιότητα του μοσχεύματος να λειτουργεί ως ικρίωμα ή μήτρα για βιώσιμη οστική επούλωση), και γ) οστεογενετικά (ικανότητα αυτού του ίδιου του μοσχευματικού υλικού να παράγει νέο οστούν).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η οστική επούλωση-ανάπλαση μετά την τοποθέτηση μοσχευματικού εμβιοϋλικού εντός του ιγμορείου άντρου πραγματοποιείται σε δύο φάσεις: 1) Επιδιόρθωση με μία φλεγμονώδη απόκριση, και 2) Οστική επαναδιαμόρφωση.

80. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

81. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

82. ΔΕΡΜΑΤΟΪΝΟΣΑΡΚΩΜΑ ΜΕ ΙΝΟΣΑΡΚΩΜΑΤΩΔΗ ΕΞΑΛΛΑΓΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Σ. Διαμαντοπούλου, Α. Μπαλάκας, Ν. Λεφαντζής, Β. Παπακώστα, Σ. Βασιλείου

Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης δερματοϊνοσαρκώματος με ινοσαρκωματώδη εξαλλαγή στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου και η αναφορά της επιδημιολογίας, των κλινικών χαρακτηριστικών και της θεραπείας με βάση τα νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα. Η εντόπιση στην προαναφερόμενη περιοχή είναι ασυνήθης με επίπτωση < 5%, ενώ αποτελεί μόλις το 0,1% από όλες τις κακοήθειες του σώματος.
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ: Γυναίκα 49 ετών προσήλθε στην Κλινική εμφανίζοντας μία οζώδη, εξωφυτική μάζα, οπισθωτιαία με αυχενοϊνιακή επέκταση, μεγέθους 8x6x4 εκ., η οποία εμφάνιζε τηλεαγγειεκτασίες περιφερικά και στην επιφάνειά της. Η βλάβη εμφανίστηκε προ δεκαπενταετίας και παρουσίασε αιφνίδια αύξηση του μεγέθους της το τελευταίο τρίμηνο. Έγινε πλήρης προεγχειρητικός έλεγχος και απεικονιστικά δεν διαπιστώθηκε ενδοκρανιακή επέκταση. Υπεβλήθη σε ευρεία εκτομή του όγκου σε κλινικά υγιή όρια 1,5 εκ. και η ιστοπαθολογική εξέταση έθεσε τη διάγνωση αυτής της σπάνιας κακοήθειας. 5 μήνες μετεγχειρητικά η ασθενής επανήλθε με τοπική υποτροπή, η οποία αντιμετωπίσθηκε με νέα ευρύτερη εκτομή (>2εκ.) και ταυτόχρονες πολλαπλές ταχείες βιοψίες. Σε νέα υποτροπή που εμφανίσθηκε 1 έτος μετά, σε άλλη περιοχή από την προηγούμενη, μετά από Ογκολογικό Συμβούλιο, έγινε εκ νέου ευρεία εκτομή και επικουρική ακτινοθεραπεία. Η πορεία επούλωσης ήταν ομαλή τέθηκε ωστόσο σε τακτική παρακολούθηση για έγκαιρη διάγνωση νέας υποτροπής.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το δερματοϊνοσάρκωμα είναι ένα χαμηλής κακοήθειας νεόπλασμα με αργή ανάπτυξη και τοπικά διηθητική συμπεριφορά. Ωστόσο, τόσο η εντόπιση στην περιοχή της κεφαλής και τραχήλου, όσο και η ινοσαρκωματώδης εξαλλαγή επιβαρύνουν την πρόγνωση, αφού συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά τοπικής υποτροπής και απομακρυσμένης μετάστασης. Προτείνεται η ευρεία εκτομή του όγκου σε όρια > 2 εκ., η αποστολή ταχέων βιοψιών διεγχειρητικά και η επικουρική ακτινοθεραπεία σε περίπτωση μη επίτευξης υγιών ορίων. Η παρακολούθηση του ασθενούς θα πρέπει να είναι στενή λόγω των αναφερόμενων υψηλών ποσοστών υποτροπής στη βιβλιογραφία.

83. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

84. ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ, ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Μ. Καρδάρα-Μπέλλου, Σ. Διαμαντοπούλου, Β. Παπακώστα, Α. Μπαλάκας, Ν. Λεφαντζής, Σ. Βασιλείου
Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Οστεοακτινονέκρωση ορίζεται η περιοχή αποκεκαλυμένου οστού σε προηγουμένως ακτινοβοληθέν πεδίο, διαμέτρου>1cm, με αδυναμία επούλωσης συντηρητικά μετά το πέρας 6 μηνών. Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η αναζήτηση των βέλτιστων θεραπευτικών μεθόδων και η μελέτη των επιπλοκών της οστεοακτινονεκρώσεως.
ΥΛΙΚΟ: 7 ασθενείς ακτινοβοληθέντες σε κεφαλη- τράχηλο και οστεονεκρωτικές αλλοιώσεις κάτω γνάθου, υπεβλήθησαν σε χειρουργικό καθαρισμό και λήψη βιοψιών- καλλιεργειών από τα προσβεβλημένα σημεία. Εξαίρεση αποτελεί 1 ασθενής με νέκρωση του ΑΡ ζυγωματοκροταφικού συμπλέγματος που ακτινοβολήθηκε λόγω κακοήθους νεοπλάσματος ΑΡ παρωτίδος. Στην κλινική εικόνα διεπιστώθησαν αποκάλυψη οστού ενδοστοματικά ή εξωστοματικά, συνοδός φλεγμονή των γύρω μαλακών ιστών, δερματικά συρίγγια σε άμεση επικοινωνία με τη στοματική κοιλότητα και πυόρροια. Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναζητήθηκαν διεθνή συστήματα ταξινόμησης, παράγοντες κινδύνου και συχνότερες επιπλοκές με κυριότερες τα εν τω βάθει τραχηλικά αποστήματα, τη σήψη και το θάνατο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 71,4% των ασθενών απεδείχθη Σταδίου ΙΙ, βάσει της βλάβης στο οστό και τους μαλακούς ιστούς, με εντόπιση 85% στην κάτω γνάθο και αντιμετωπίσθηκε με συντηρητικό χειρουργικό καθαρισμό του οστού. Το υπόλοιπο 28,6% ήταν Σταδίου ΙΙΙ και αντιμετωπίστηκαν με τμηματική γναθεκτομή ή γναθεκτομή και αποκατάσταση των μαλακών ιστών με τοπικοπεριοχικούς κρημνούς. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε πολλαπλά χειρουργεία λόγω υποτροπών και διάσπασης τραυμάτων. Διεγχειρητικά ελήφθησαν βιοψίες και καλλιέργειες ιστών- οστού που ανέδειξαν οστεομυελίτιδα στο 85% των περιπτώσεων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η οστεοακτινονέκρωση συνιστά μια χρόνια και προοδευτικά εξελισσόμενη νοσολογική οντότητα. Τον ακρογωνιαίο λίθο στην ενδεδειγμένη αντιμετώπισή της συνιστά η γνώση και η πρόληψη που επιτυγχάνεται με τη συνεργασία μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων. Σημαντική είναι η οδοντιατρική αντιμετώπιση πριν την έναρξη των ακτινοβολιών και η επιμελής φροντίδα της στοματικής υγείας μετακτινικά.

85. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

86. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΚΟΓΧΙΟΥ ΣΧΙΣΜΑΤΟΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΚΡΑΝΙΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ: Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σ. Διαμαντοπούλου, Β. Παπακώστα, Μ. Καρδάρα-Μπέλλου, Ν. Λεφαντζής, Α. Μπαλάκας, Σ. Βασιλείου
Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση του τραυματικού συνδρόμου υπερκογχίου σχίσματος(ΣΥΣ), εστιάζοντας στο είδος της κάκωσης, τα κλινικά χαρακτηριστικά, τη διαφορική διάγνωση, τη θεραπεία και την έκβασή του, με βάση τα νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα και την εμπειρία μας.
ΥΛΙΚΟ: Δώδεκα ασθενείς με τραυματικής αιτιολογίας ΣΥΣ αντιμετωπίσθηκαν το διάστημα 2014-2018. Καταγράφηκαν: είδος και μηχανισμός κάκωσης, κλινικά χαρακτηριστικά, απεικονιστικά ευρήματα, θεραπεία και έκβαση του συνδρόμου. Σε όλους έγινε, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, φωτογράφηση, Οφθαλμολογική/Νευρολογική εκτίμηση και αξονική τομογραφία σπλαχνικού κρανίου. Όλοι υπεβλήθησαν σε χειρουργική αποκατάσταση των καταγμάτων(#) του κόγχου και σε επτά χορηγήθηκε άμεσα αποιδηματική αγωγή με υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών και ακεταζολαμίδης. Τακτικές επανεξετάσεις πραγματοποιήθηκαν για τουλάχιστον 1 έτος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κύριος μηχανισμός κάκωσης ήταν το τροχαίο ατύχημα. Όλοι οι ασθενείς είχαν # έξω τοιχώματος ή/και οροφής. Έντεκα εμφάνισαν κλινική σημειολογία κάκωσης όλων των διερχόμενων από το υπερκόγχιο σχίσμα εγκεφαλικών συζυγιών (III, IV, VI και οφθαλμικό κλάδο της V) και ένας μόνο της IV. Στο 91,6% παρατηρήθηκε αποδρομή των συμπτωμάτων του συνδρόμου 3 μήνες μετεγχειρητικά, με την εξής σειρά επαναφοράς: μυδρίαση της κόρης>πτώση άνω βλεφάρου> οφθαλμοκινητικότητα. Σε έναν (8,4%) η διπλωπία παρέμεινε με το βολβό καθηλωμένο σε ανω-εξωτροπία και μεταγενέστερα υπεβλήθη σε διορθωτική επέμβαση στραβισμού.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ΣΥΣ προκαλεί έντονο προβληματισμό στον ασθενή, αλλά συνήθως ιάται πλήρως εφόσον γίνει έγκαιρη διάγνωση και στοχευμένη θεραπεία. Η III εγκεφαλική συζυγία είναι αυτή που προσβάλλεται συχνότερα και αναμένουμε βελτίωση της νευρολογικής σημειολογίας σε διάστημα 6 μηνών. Η χειρουργική παρέμβαση είναι αναγκαία όταν υπάρχουν απεικονιστικά ευρήματα συμβατά με # στην περιοχή του σχίσματος και μείωση του εύρους του. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις η συντηρητική αντιμετώπιση με αποιδηματική αγωγή είναι επίσης αποτελεσματική.

87. ΥΠΟΓΕΝΕΙΔΙΑ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ ΣΤΟ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σ. Διαμαντοπούλου, Μ. Καρδάρα-Μπέλλου, Ν. Λεφαντζής, Β. Παπακώστα, Α. Μπαλάκας, Σ. Βασιλείου
Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της υπογενείδιας διασωλήνωσης ως εναλλακτικής τεχνικής διασωλήνωσης συγκριτικά με την τραχειοστομία, σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε σύνθετες γναθοπροσωπικές επεμβάσεις. Πρωτοπεριγράφηκε το 1986 από τον Altemir και χρησιμοποείται με πληθώρα παραλλαγών, αν και σχετικά σπάνια.
ΥΛΙΚΟ: Συνολικά 11 ασθενείς διασωληνώθηκαν μέσω της υπογενείδιας οδού το διάστημα 2011- 2019, είτε με τη διενέργεια τομής στη μέση γραμμή ή παράμεσα. Τις κυριότερες ενδείξεις αποτέλεσαν η αναγκαιότητα αποκατάστασης της οδοντικής σύγκλεισης σε ασθενείς με πολλαπλά κατάγματα σπλαγχνικού ή και κάτω γνάθου με συνοδά κατάγματα βάσης κρανίου ή ρινοηθμοειδικά, καθώς και οι ορθογναθικές επεμβάσεις με συνοδό ρινοπλαστική. Ακατάλληλοι για υπογενείδια διασωλήνωση κρίθηκαν ασθενείς με ιστορικό σοβαρών νευρολογικών ελλειμμάτων και εκείνοι που έχρηζαν μακροχρόνιας εξασφάλισης του αεραγωγού. Αναζητήθηκε η διεθνής βιβλιογραφία και δόθηκε έμφαση τόσο στις ενδείξεις- αντενδείξεις, τις παραλλαγές της μεθόδου και τις πιθανές επιπλοκές, όσο και στη σύγκριση με την τραχειοστομία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές τόσο διεγχειρητικά, όσο και μετεγχειρητικά. Ωστόσο, υπήρξαν δυσκολίες που αφορούσαν στη δίοδο του σωλήνα από την οπή και την προσπάθεια να μην καμφθεί ενδοστοματικά, στις περιπτώσεις που δεν χρησιμοποιήθηκε σωλήνας ενισχυμένος με σπιράλ. Η αιμορραγία ήταν μεγαλύτερη στην παράμεση τομή. Κανένας ασθενής δεν χρειάστηκε να τραχειοστομηθεί σε 2ο χρόνο και επομένως να υποβληθεί και σε χειρουργείο σύγκλεισης της τραχειοστομίας. Η οδοντική σύγκλειση ήταν ικανοποιητική σε όλους τους ασθενείς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υπογενείδια διασωλήνωση αποτελεί αξιόπιστη και ασφαλή εναλλακτική μέθοδο διασωλήνωσης σε επιλεγμένες περιπτώσεις γναθοπροσωπικού τραύματος και φαίνεται να πλεονεκτεί της τραχειοστομίας, λόγω της αποφυγής 2ου χειρουργείου αποκατάστασης και του μικρότερου κινδύνου επιπλοκών. Για τη διενέργειά της απαιτείται ωστόσο, επαρκής εξοικείωση με τα διάφορα στάδιά της και στενή συνεργασία με τον Αναισθησιολόγο.

88. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΩΑΡΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ICSI, ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΥΓΩΤΟΥ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΜΠΟΡΕΙ Η ΗΜΕΡΑ 0 ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ;

Ε. Μαζιώτης[1,2], Κ. Σφακιανούδης[3], Π. Γιαννέλου[1,3], Σ. Γρηγοριάδης[1], Ά. Ραπάνη[1], Π. Τσιούλου[1], Κ. Νικολέττος[4], Α. Πάντου[3], Α. Τιπτίρη-Κουρπέτη[4], Μ. Κουτσιλιέρης[1], Β. Ασημακόπουλος[2], Ν. Νικολέττος[2,4], Μ. Σιμοπούλου[1]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη, [3]Ιδιωτική Κλινική «Γένεσις Αθηνών», [4]Κλινική «Εμβρυοκοσμογένεσις», Αλεξανδρούπολη

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ της μορφολογίας και συμπεριφοράς ωαρίων κατά τη μικρογονιμοποίηση-ICSI, με την έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
ΥΛΙΚΟ: Συνολικά 477 γυναίκες με 3452 ωάρια συμπεριλήφθησαν στην προοπτική μελέτη, τα έμβρυα καλλιεργήθηκαν σε μονήρη καλλιέργεια μέχρι την 3η ημέρα όποτε και πραγματοποιήθηκε η εμβρυομεταφορά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το μη φυσιολογικό πάχος της διάφανης ζώνης σχετίζεται με την απότομη ρήξη της κυτταρικής μεμβράνης (ΚΜ) και την αποτυχία γονιμοποίησης. Τα μη-φυσιολογικά χαρακτηριστικά του ωοπλάσματος συσχετίζονται με μη-φυσιολογική συμπεριφορά κατά την ICSI, κακή ποιότητα ζυγωτού, ενώ η κοκκώδης υφή του κυτταροπλάσματος με την αποτυχία γονιμοποίησης. Το μεγάλο μέγεθος ωαρίου σχετίστηκε με υψηλή αντίσταση κατά την ICSI. Ο μεγάλος διαμεμβρανικός χώρος σχετίζεται με μη φυσιολογική ρήξη της ΚΜ, ενώ η κοκκώδης υφή του συνδέεται με υψηλή αντίσταση κατά την ICSI. Η μη-φυσιολογική συμπεριφορά του ωαρίου κατά την ICSI σχετίζεται με κακή ποιότητα ζυγωτών και με αποτυχία γονιμοποίησης. Μόνο η ξαφνική ρήξη της ΚΜ σχετίστηκε με το ποσοστό γέννησης ζώντων νεογνών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών και της συμπεριφοράς των ωαρίων κατά την ICSI παρέχει πληροφορίες σχετικά με την έκβαση του κύκλου. Η διερεύνηση των εν λόγω παραμέτρων μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη ενός συστήματος βαθμολόγησης ή ενός μοντέλου πρόβλεψης, με σκοπό την βελτίωση της έκβασης της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

89. ΣΠΑΝΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ, ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ν. Τσάγκας[1], Α. Τρούσσα[2], Μ. Γονίδη[3]

[1]Γυναικολογική Κλινική, Νοσοκομείο Λευκάδας, [2]Ιδιωτικό Γυναικολογικό Ιατρείο, Κέρκυρα, [3]Ιδιωτικό Κυτταρολογικό Εργαστήριο, Κέρκυρα

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζεται η σπάνια περίπτωση υποτροπής Οξείας Λεμφοβλαστικής Λευχαιμίας (ΟΛΛ) στον τράχηλο της μήτρας.
ΥΛΙΚΟ: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Άτοκος γυναίκα 30 ετών, με ιστορικό φαρμακευτικής αμηνόρροιας στα πλαίσια θεραπείας για λευχαιμία, παρουσιάστηκε στο γυναικολογικό ιατρείο λόγω σταγονοειδούς κολπικής αιμορραγίας. Στην κολποσκόπηση παρουσίαζε περιοχικά εικόνα «αποχρωματισμού» του κόλπου και του τραχήλου μακριά από τη ζώνη μετάπτωσης του τραχήλου της μήτρας. Στην ψηλάφηση ο τράχηλος παρουσίαζε σκληρή σύσταση ως επί τραχηλικού ινομυώματος ενώ στην εικόνα του υπερηχογραφήματος καταγράφονταν ακουστική σκιά στην περιοχή κλινικού ενδιαφέροντος. Η κυτταρολογία με τη μέθοδο κατά Παπανικολάου αποκάλυψε διήθηση του τραχήλου από λευχαιμικά κύτταρα-βλάστες. Επίσης η ιστολογική εξέταση μετά από βιοψία επιβεβαίωσε τα κυτταρολογικά ευρήματα και έθεσε τη διάγνωση της σπάνιας περίπτωσης της υποτροπής λεμφογενούς λευχαιμίας με εξωμυελική εμφάνιση στον τράχηλο της μήτρας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι ζωτικής σημασίας η ολιστική αντιμετώπιση και η συνεργασία πολλαπλών ειδικοτήτων στην αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιες νόσους. Επιπρόσθετα απαιτείται επαγρύπνηση σε περιστατικά λευχαιμίας λόγω του ότι σπανίως αλλά και όλο και πιο συχνά στο μέλλον λόγω της βελτίωσης της επιβίωσης των ασθενών με λευχαιμία, οι υποτροπές μπορεί να αφορούν και όργανα εκτός του μυελού των οστών. Ο ειδικός γιατρός και συγκεκριμένα ο γυναικολόγος θα πρέπει να γνωρίζει την πιθανότητα εμφάνισης αιματολογικής νόσου με συμπτώματα από το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα.

90. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΠΟΠΤΩΤΙΚΩΝ, ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΚΑΙ ΑΥΞΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΟ ΩΟΘΥΛΑΚΙΚΟ ΥΓΡΟ ΠΤΩΧΩΝ ΑΠΑΝΤΗΤΡΙΩΝ

Κ. Σφακιανούδης[1], Π. Τσιούλου[2,3], Ε. Μαζιώτης[2,3], Σ. Γρηγοριάδης[2,3], Α. Γλάβα[2], Ν. Νίτσος[1], Π. Γιαννέλου[1,2], Ά. Ραπάνη[2,3], Α. Νέζος[2], Α. Πάντου[1], Μ. Κουτσιλιέρης[2], Κ. Πάντος[1], Γ. Μαστοράκος[3], Μ. Σιμοπούλου[2,3]

[1]Ιδιωτική Κλινική «Γένεσις Αθηνών», [2]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [3]Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αρεταίειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Το ωοθυλακικό υγρό βρίθει ορμονών, αυξητικών και αντι-αποπτωτικών παραγόντων και κυκλοφορούντων θραυσμάτων ελεύθερου κυτταρικού DNA (cfDNA), τα οποία αντικατοπτρίζουν δυναμικές αλλαγές κατά την ωοθυλακιογένεση. Στόχος είναι η διερεύνηση των παραγόντων αυτών, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας του φαινομένου των πτωχών απαντητριών (POR).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην παρούσα προοπτική μελέτη συμπεριλήφθηκαν 88 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) κατά τα έτη 2018-2019. Σαράντα τέσσερις εξ αυτών παρουσίασαν POR (κριτήρια Bologna). Οι υπόλοιπες 44 είχαν φυσιολογική απάντηση (ΦΑ) και αποτελέσαν την ομάδα ελέγχου. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε φρέσκους φυσικούς κύκλους IVF. Η συλλογή του ωοθυλακικού υγρού πραγματοποιήθηκε κατά την ωοληψία. Τα επίπεδα cfDNA προσδιορίστηκαν με την μέθοδο Q-PCR, με την χρήση των εκκινητών ALU115 και ALU247. Τα επίπεδα της IL-15, της CRH, του IGF-1, του VEGF και του G-CSF προσδιορίστηκαν μέσω ELISA.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα του παράγοντα G-CSF ήταν σημαντικώς υψηλότερα στην ομάδα ΦΑ σε σχέση με την ομάδα POR (p=0.003). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά την συγκέντρωση και τα επίπεδα ακεραιότητας του cfDNA. Και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ακεραιότητας cfDNA στους κύκλους που επιτεύχθηκε κλινική εγκυμοσύνη (ΦΑ: 0.07±0.04 vs 0.25±0.17, p<0.001, POR: 0.10±0.06 vs 0.26±0.12, p<0.001, αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη υποδεικνύει τον πιθανό ρόλο του G-CSF στην παθοφυσιολογία της πτωχής ωοθυλακικής απάντησης. Επιπρόσθετα, η συσχέτιση της ακεραιότητας του cfDNA με την επίτευξη κλινικής εγκυμοσύνης καταδεικνύει τον πιθανό ρόλο της χρήσης του cfDNA ως πιθανό βιοδείκτη για την έκβαση της IVF.

91. ΜΕΛΕΤΗ IN VITRO ΩΡΙΜΑΝΣΗΣ ΑΝΩΡΙΜΩΝ ΩΑΡΙΩΝ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΩΝ ΕΜΒΡΥΩΝ

Ε. Μάστορα[1,2], Α. Ζηκόπουλος[2], Ε. Χατζή[2], Ι. Μπούμπα[1,2], Ι. Γεωργίου[1,2]

[1]Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής στην Κλινική Πράξη, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [2]Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του αναπτυξιακού δυναμικού των εμβρύων που προέκυψαν από ανώριμα ωάρια και της ενδεχόμενης αξιοποίησής τους στην εξωσωματική γονιμοποίηση.
ΥΛΙΚΟ: Εκτελέστηκε καταμέτρηση των προπυρήνων και χαρακτηρισμός της μορφολογίας τους, ως προς το φυσιολογικό πρότυπο γονιμοποίησης 2PN ή ανώμαλης γονιμοποίησης 0PN, 1PN και 3PN. Ακόμη, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της μορφολογίας των αναπτυσσόμενων εμβρύων, καταμέτρηση του αριθμού των βλαστομεριδίων και ταξινόμησή τους σε διαιρούμενα και στάσιμα έμβρυα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μεταφέρθηκαν 9/59 έμβρυα από ωάρια MI (15,3%), με 2PN, τα οποία βρισκόταν κυρίως στο στάδιο 8c (56%), με μορφολογία grade A. Μεταφέρθηκαν 71/225 έμβρυα από ωάρια MII (32%), με 2PN (69/71) και 0PN που προχώρησαν σε διαιρέσεις (2/71), τα οποία βρισκόταν από το στάδιο 2c μέχρι και το στάδιο της βλαστοκύστης, με μορφολογία grade A και B και σπάνια C. Το 32,3% MI ωαρίων σχημάτισε 2PN, έναντι του 71,1% των MII ωαρίων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό γονιμοποίησης ήταν αναμενόμενο, καθώς τα MI ωάρια δεν θεωρούνται ιδανικά για γονιμοποίηση, μιας και η τελική ωρίμανση των ανθρώπινων ωοκυττάρων θεωρείται κρίσιμη για τη συναρμολόγηση και τη λειτουργία της μειωτικής ατράκτου. Ωστόσο, η εμβρυική ανάπτυξη από MI ωάρια κατέδειξε διαιρούμενα και καλής ποιότητας έμβρυα. Συγκεκριμένα, τη 2η μέρα post-ICSI, 47,4% για τα MI ωάρια και 77,7% για τα MII ωάρια και την 3η μέρα-post ICSI, 40,7% για τα MI ωάρια και 69,3% για τα MII ωάρια. Επομένως, ασθενείς με φτωχή ανταπόκριση ωοθηκών μετά από υπερδιέγερση ή με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, καθώς και ασθενείς αντιμέτωπες με γοναδοτοξική θεραπεία, για τις οποίες η υπερδιέγερση των ωοθηκών δύναται να προκαλέσει σοβαρούς κινδύνους (σύνδρομο υπερδιέγεσης ωοθηκών), θα μπορούσαν να αξιοποιήσουν τα ανώριμα ωάρια τους ώστε να επιτύχουν κύηση.

92. ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ ΕΥΡΟΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ

Σ. Κραββαρίτης, Κ. Ζαχαρής, Α. Παπακωνσταντίνου, Ε. Χρυσαφοπούλου, Θ. Χαρίτος, Α. Φούκα
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Λαμίας

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της συχνότητας και των ενδείξεων της καισαρικής τομής στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας την τελευταία δεκαετία.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη των στοιχείων των γεννήσεων στη Μ-Γ κλινική του Γ.Ν. Λαμίας για το χρονικό διάστημα 1/1/2010 έως 31/12/2019 και καταγραφή της συχνότητας και των ενδείξεων της διενέργειας καισαρικής τομής, της ηλικίας κύησης και του βάρους γέννησης των νεογνών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε σύνολο 5076 γεννήσεων καταγράφηκαν 2478 καισαρικές τομές (48,8%). Η πρώτη σε συχνότητα ένδειξη καισαρικής τομής ήταν η προηγηθείσα καισαρική τομή, με ποσοστό 48,7% επί του συνόλου των καισαρικών τομών. Ακολουθούν η μη εξέλιξη φυσιολογικού τοκετού, η επιθυμία της μητέρας, και η ισχιακή προβολή του εμβρύου. Ο μέσος όρος ηλικίας κύησης κατά τον τοκετό ήταν οι 38 εβδομάδες δεδομένου ότι στο Νοσοκομείο μας δεν υπάρχει μονάδα πρόωρων νεογνών. Το μέσο βάρος γέννησης των νεογνών ήταν 3148 γραμμάρια.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρατηρείται ραγδαία αύξηση της συχνότητας καισαρικής τομής συγκριτικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες συνιστούν τον περιορισμό των καισαρικών τομών στο 15-20% των τοκετών. Στην Ελλάδα τα ποσοστά των καισαρικών τομών κυμάνθηκαν τα τελευταία χρόνια σε ποσοστό περίπου 50% σύμφωνα με τη βιβλιογραφία. Παράγοντες που συντελούν στην αύξηση των καισαρικών τομών είναι η ελλιπής εκπαίδευση των μαιευτήρων στον επεμβατικό τοκετό, η αποτροπή προσπάθειας διεκπεραίωσης με φυσιολογικό τοκετό των διδύμων κυήσεων ή αυτών με ισχιακή προβολή, λόγω του αυστηρού ιατρονομικού πλαισίου που διέπει την κλινική πράξη σε περίπτωση επιπλοκών του τοκετού. Τέλος, η αυξανόμενη τάση των σύγχρονων γυναικών τεκνοποίησης σε μεγαλύτερη ηλικία, η επιθυμία της επιτόκου για καισαρική τομή καθώς και η εισαγωγή της πρόκλησης τοκετού σε περιπτώσεις χωρίς ευνοϊκό bishop score αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες αύξησης της συχνότητας διενέργειας καισαρικής τομής.

93. ΒΛΕΝΩΔΕΣ ΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη[2], Γ. Κιρκιλέσης[3], Ι. Κιρκιλέσης[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [3]Μαιευτική-Χειρουργική κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι η παρουσίαση θήλυ ασθενούς πάσχουσας από βλενοκήλη της σκωληκοειδούς απόφυσης και τα υπερηχογραφικά και τα απεικονιστικά ευρήματα καθώς και η διαφοροδιάγνωση.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η πρώτη περιγραφή της βλεννοκήλης της σκωληκοειδούς έγινε περί το 1842 από τον Rokitansky(1,2) και αποτελεί μια σπάνια οντότητα που χαρακτηρίζεται από κυστική διάταση της σκωληκοειδούς απόφυσης ως αποτέλεσμα ενδοαυλικής συγκέντρωσης βλεννώδους ουσίας. Αποτελεί εύρημα στο 0.2%-0.7% όλων των σκωληκοειδεκτομών(3,4,5) και εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε γυναίκες (4:1) και σε άτομα άνω των 50 ετών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Γυναίκα ασθενής 60 ετών. Στην συνέχεια θα περιγραφεί μία ενδιαφέρουσα περίπτωση βλεννώδους κυσταδενώματος σκωληκοειδούς. Η βλεννοκήλη της σκωληκοειδούς αποτελεί μια σχετικά σπάνια κλινική οντότητα προκαλούμενη από απόφραξη του αυλού της σκωληκοειδούς απόφυσης, που έχει ως αποτέλεσμα την συσσώρευση βλέννης και την κατά συνέπεια αυτής διάτασή της. Η αιτιολογία της απόφραξης ποικίλη, με το βλεννώδες κυσταδένωμα και κυσταδενωκαρκίνωμα να αποτελούν τις πλέον ενδιαφέρουσες για τον χειρουργό αιτίες. Η συμπτωματολογία της είναι άτυπη και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι τυχαίο εύρημα σε παρασκευάσματα σκωληκοειδεκτομών λόγω οξείας σκωληκοειδίτιδας. Η αυτόματη ή ιατρογενής ρήξη μιας βλεννοκήλης μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη βλεννώδους ασκίτη και ενός συνδρόμου γνωστού ως ψευδομύξωμα περιτοναίου. Επί εντόνου κλινικής υποψίας για την προεγχειρητική διάγνωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο η υπερηχοτομογραφία όσο και η αξονική τομογραφία, καθώς και η κολοσκοπησή με την λήψη βιοψιών για την ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης με σκοπό τον σχεδιασμό της κατάλληλης χειρουργικής αντιμετώπισης. Λόγω της άτυπης κλινικής εικόνας διενεργήθηκε και αξονική τομογραφία κοιλίας που ανάδειξε κυστικό μόρφωμα με αποτιτανώσεις του τοιχώματός του στην περιοχή του δεξιού λαγονίου βόθρου με παρουσία αέρα εντός αυτού. Εικόνα: η υπερηχογραφική απεικόνιση της ασθενούς και εικόνα αξονικής τομογραφίας με σκιαγραφικό όπου αναδεικνύεται το κυστικό μόρφωμα ή ελλειψοειδές μόρφωμα σαν υδροπυοσάλπιγγα στον δεξιό λαγόνιο βόθρο. Εξαιτίας του βραχέος ιστορικού γίνεται εισαγωγή στην χειρουργική κλινική για 24ωρη παρακολούθηση της ασθενούς υπό αντιβιοτική αγωγή, αλλά δεν υπήρξε καμία βελτίωση στην κλινική της εικόνα οπότε και αποφασίστηκε η χειρουργική αντιμετώπισή της. Με παράμεση κοιλιακή τομή αναγνωρίζεται διεγχειρητικά μορφολογικά γκρζόλευκο μόρφωμα που ήταν ευμεγέθης σκωληκοειδής απόφυση (μήκος 15εκ και μεγίστης διαμέτρου 6εκ) ινώδους συστάσεως συμφυόμενη στο δεξί εξάρτημα, τον τελικό ειλεό και την έσω επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος, χωρίς σημεία ρήξης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαφοροδιάγνωσή μας συμπεριέλαβε την διαπυημένη κύστη ωοθήκης, υδροπυοσάλπιγγα, νεοπλασίες του δεξιού εξαρτήματος, νεοπλασία του τυφλού, περισκωληκοειδικό απόστημα, νεοπλασία σκωληκοειδούς. Η ατυπία των συμπτωμάτων της βλεννοκήλης την καθιστούν μία δύσκολη προεγχειρητικά διάγνωση που απαιτεί μεγάλο βαθμό υποψίας.

94. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ LUPOR: ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ CFDNA ΣΤΟ ΩΟΘΥΛΑΚΙΚΟ ΥΓΡΟ ΠΤΩΧΩΝ ΑΠΑΝΤΗΤΡΙΩΝ ΣΕ ΦΥΣΙΚΟΥΣ ΚΥΚΛΟΥΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Κ. Σφακιανούδης[1], Π. Τσιούλου[2,3], Ε. Μαζιώτης[2,3], Π. Γιαννέλου[1,2], Α. Γλάβα[2], Σ. Γρηγοριάδης[2,3], Ά. Ραπάνη[2,3], Α. Νέζος[2], Α. Πάντου[1], Μ. Κουτσιλιέρης[2], Κ. Πάντος[1], Γ. Μαστοράκος[3], Μ. Σιμοπούλου[2,3]

[1]Ιδιωτική Κλινική «Γένεσις Αθηνών», [2]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [3]Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αρεταίειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Διερεύνηση της πρακτικής της ωοληψίας κατά την ωχρινική φάση (LuPOR) σε πτωχές απαντήτριες, αξιολογώντας τα επίπεδα ελεύθερου κυτταρικού DNA (cfDNA) στο ωοθυλακικό υγρό (FF) φυσικών κύκλων εξωσωματικής γονιμοποίησης.

ΥΛΙΚΟ: Εντάχθησαν προοπτικά 47 πτωχές απαντήτριες, βάσει κριτηρίων Bologna, που ανιχνεύτηκαν με δεύτερο ωοθυλακικό κύμα και υποβλήθηκαν σε LuPOR. Τα FF δείγματα προετοιμάστηκαν για απομόνωση του cfDNA, που ποσοτικοποιήθηκε μέσω Q-PCR. Επιλέχθησαν οι εκκινητές ALU115 και ALU247, που αντιστοιχούν σε νέκρωση και απόπτωση, ώστε να ταυτοποιηθεί η προέλευση του cfDNA μέσω του λόγου Q247/Q115. Τα FF cfDNA επίπεδα τόσο από την ωοληψία στην ωοθυλακική φάση (FoPOR), όσο και από το LuPOR, συσχετίστηκαν με εμβρυολογικά δεδομένα. Η στατιστική ανάλυση έγινε με την R γλώσσα προγραμματισμού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση τιμή των επιπέδων ALU115 ήταν μικρότερη στο FoPOR έναντι του LuPOR (0,79±0.72 vs 1,46±1.59ng/μl, p-value=0,02). Επιπλέον, βρέθηκαν λιγότερα ληφθέντα (p-value=0,02) και ώριμα ωάρια (p-value=0,02) στο FoPOR έναντι του LuPOR. Επίσης, ο λόγος Q247/Q115 ήταν μεγαλύτερο στα FoPOR έμβρυα που δεν προχώρησαν στο στάδιο της αυλάκωσης (p-value=0,006) ή της βλαστοκύστης (p-value=0,04), ενώ ήταν μεγαλύτερος στα LuPOR έμβρυα που δεν προχώρησαν στο στάδιο της βλαστοκύστης (p-value=0,008). Επιπρόσθετα, ο λόγος Q247/Q115 βρέθηκε μικρότερος στις FoPOR βλαστοκύστες υψηλής ποιότητας (p-value=0,03), και στα LuPOR έμβρυα υψηλής ποιότητας στο στάδιο της αυλάκωσης (p-value=0,01) και της βλαστοκύστης (p-value=0,02).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αποπτωτική προέλευση του FF cfDNA στο FoPOR και LuPOR, σε συνδυασμό με τα εμβρυολογικά δεδομένα, καθιστούν την εναλλακτική LuPOR πρακτική πολλά υποσχόμενη για τις πτωχές απαντήτριες.

95. ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ: ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΒΛΕΝΝΩΔΟΥΣ ΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΩΟΘΗΚΗΣ

Κ. Ζαχαρής, Σ. Κραββαρίτης, Α. Παπακωνσταντίνου, Θ. Χαρίτος, Ε. Χρυσαφοπούλου, Α. Φούκα
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Λαμίας

ΣΚΟΠΟΣ: Το βλεννώδες κυσταδένωμα είναι ο δεύτερος σε συχνότητα τύπος επιθηλιακού όγκου της ωοθήκης, ο οποίος μπορεί να αυξηθεί αρκετά σε μέγεθος συγκριτικά με άλλες εξαρτηματικές μάζες. Σκοπός είναι η παρουσίαση της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης περιστατικού συστροφής βλεννώδους κυσταδενώματος ωοθήκης σε μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 52 ετών προσήλθε αιτιώμενη οξύ κοιλιακό άλγος αιφνίδιας έναρξης, ναυτία και εμέτους. Η φυσική εξέταση, ανέδειξε ψηλαφητή μάζα στην κάτω κοιλία με έκλυση άλγους και σημεία περιτοναϊσμού. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, τα λευκά αιμοσφαίρια ήταν 5.680 K/μL, με φυσιολογικό ποσοστό ουδετερόφιλων, ο αιματοκρίτης 40,1%, τα αιμοπετάλια 257.000 K/μL και η C-RP αίματος ήταν <1,0 mg/L, ενώ ο πηκτικός, ο λοιπός βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση ούρων ήταν εντός φυσιολογικών τιμών. Το διακοιλιακό υπερηχογράφημα αποκάλυψε στην ανατομική θέση του δεξιού εξαρτήματος, ευμέγεθες άηχο κυστικής υφής μόρφωμα μεγίστης διαμέτρου 15,68 cm. Λόγω της ανεύρεσής του, εστάλησαν καρκινικοί δείκτες, όπου παρατηρήθηκε αύξηση του CA 19-9 (224,46 IU/mL). Στις επόμενες ώρες της νοσηλείας, η κλινική της εικόνα επιδεινώθηκε και παραπέμφθηκε για επείγουσα μαγνητική τομογραφία, λόγω της εγκατεστημένης πλέον οξείας κοιλίας, η οποία ανέδειξε σαφώς οριζόμενο λεπτοτοιχωματικό κυστικό σχηματισμό, με υδαρή στοιχεία χαμηλής κυτταροβρίθειας, που εκτεινόταν μέχρι το ύψος των κάτω νεφρικών πόλων. Η ασθενής οδηγήθηκε σε επείγουσα λαπαροτομία όπου ανευρέθη κυστικό μόρφωμα εξορμούμενο από τη δεξιά ωοθήκη με εικόνα συστροφής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διενεργήθηκε ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομή και η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή. Η παθολογοανατομική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση του βλεννώδους κυσταδενώματος δεξιάς ωοθήκης βάρους 2032 γραμμαρίων και διαστάσεων 18,5 x 15,5, x 11,5 cm.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η περίπτωση μας καταδεικνύει ότι δεν είναι όλοι οι ευμεγέθεις ωοθηκικοί όγκοι κακοήθεις στη μετεμμηνοπαυσιακή ηλικιακή ομάδα. Μολαταύτα, στις περιπτώσεις ωοθηκικών όγκων πρέπει να γίνεται προσπάθεια αποκλεισμού της κακοήθειας. Τέλος, οι κλινικοί ιατροί οφείλουν να συμπεριλαμβάνουν τις ωοθηκικές κύστεις στη διαφορική διάγνωση εμμηνοπαυσιακών γυναικών με συμπτωματολογία από την κοιλιά.

96. ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ: ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΙΝΩΜΑΤΟΣ ΩΟΘΗΚΗΣ

Κ. Ζαχαρής, Σ. Κραββαρίτης, Α. Παπακωνσταντίνου, Θ. Χαρίτος, Ε. Χρυσαφοπούλου, Α. Φούκα
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Λαμίας

ΣΚΟΠΟΣ: Το ίνωμα της ωοθήκης είναι ο πιο συχνός καλοήθης συμπαγής όγκος της ωοθήκης, ο οποίος συνήθως διαγιγνώσκεται λανθασμένα ως ινομύωμα ή ωοθηκικός καρκίνος. Σκοπός είναι η παρουσίαση της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης περιστατικού συστροφής ινώματος ωοθήκης σε μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 62 ετών προσήλθε αιτιώμενη οξύ κοιλιακό άλγος αιφνίδιας έναρξης, ναυτία και εμέτους. Από τη φυσική εξέταση, παρατηρήθηκε σύσπαση στο αριστερό κάτω κοιλιακό τεταρτημόριο με έκλυση άλγους κατά την ψηλάφηση και σημεία περιτοναϊσμού. Η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση ανέδειξε επώδυνη ψηλαφητή μάζα στην θέση του αριστερού εξαρτήματος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, τα λευκά αιμοσφαίρια ήταν 20.330 K/μL, με αύξηση των ουδετερόφιλων (NEU: 89,2%) και η C-RP ήταν 17,4 mg/L. Το διακολπικό υπερηχογράφημα αποκάλυψε μικτής ηχογένειας μόρφωμα με συμπαγή και κυστικά στοιχεία διαστάσεων 11,4 cm x 7,6 cm. Λόγω της ανεύρεσής του, εστάλησαν καρκινικοί δείκτες τα αποτελέσματα των οποίων ήταν φυσιολογικά. Η ασθενής ετέθη σε διπλό αντιβιοτικό σχήμα με κεφοξιτίνη και μετρονιδαζόλη. Κατά τη νοσηλεία της, επιδεινώθηκε η κλινικοεργαστηριακή εικόνα· συγκεκριμένα, υπήρχε γενικευμένη σύσπαση της κοιλίας, τα λευκά αιμοσφαίρια ήταν 23.570 K/μL, με επιπλέον αύξηση των ουδετερόφιλων (NEU: 92,1%) και η C-RP ήταν 68,3 mg/L. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία που ανέδειξε ετερογενή ισόπυκνη μάζα ορμώμενη από την αριστερή ωοθήκη με καθυστερημένη ενίσχυση κατά τη χορήγηση ενδοφλέβιας σκιαγραφικής ουσίας, χωρίς όμως να μπορεί να αποκλειστεί η συστροφή, και η ασθενής οδηγήθηκε σε επείγουσα λαπαροτομία όπου επιβεβαιώθηκε η συστροφή.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διενεργήθηκε ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομή και η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή. Η παθολογοανατομική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση του ινώματος της ωοθήκης μεγίστης διαμέτρου 12 cm.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με την περίπτωσή μας, το ίνωμα αν και ασύνηθες αποτελεί τον πιο κοινό καλοήθη συμπαγή όγκο της ωοθήκης. Παρόλο τη σπανιότητα, οι γυναικολόγοι οφείλουν να είναι προσεκτικοί και να συμπεριλαμβάνουν το ίνωμα στη διαφορική διάγνωση γυναικών που προσέρχονται με κοιλιακό άλγος παρουσία πυελικής μάζας.

97. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ

Δ. Καραφέρης[1], Ζ. Μπιτσώρη[2], Δ. Μπαλάσκα[3], Ε. Αγγελακόπουλος[4], Γ. Δημογέροντας[5]

[1]Οικονομική Διεύθυνση, 1η ΥΠΕ Αττικής, [2]Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», [3]Οικονομική Διεύθυνση, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [4]Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας, [5]Νευροχειρουργική Κλινική Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Εγκεφάλου και Σπονδυλικής Στήλης, Metropolitan Hospital

ΣΚΟΠΟΣ: Η διάγνωση του καρκίνου μαστού στις γυναίκες επιφέρει αλλαγές στη ζωή της σε συναισθηματικό, οικογενειακό, ερωτικό και επαγγελματικό επίπεδο. Εμφανίζονται συγκρούσεις με τον εαυτό της αλλά και με το περιβάλλον της. Το αίσθημα που δημιουργείται στην ασθενή είναι αυτό της απομόνωσης από τον υπόλοιπο κόσμο. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να κατανοεί και να βοηθάει στα προβλήματα που δημιουργούνται στους ασθενείς τόσο στο οικογενειακό όσο και στο φιλικό περιβάλλον τους. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής μελέτης είναι η παρουσίαση των συναισθηματικών προσαρμογών και συμπεριφορών της καρκινοπαθούς γυναίκας και της οικογένειας της καθ'όλη την πορεία της νόσου του μαστού. Ο επαγγελματίας υγείας έχει πολύπλευρο έργο με το άτομο-ασθενή, την οικογένεια καθώς και την διεπιστημονική ομάδα για την αντιμετώπιση του καρκίνου.

ΥΛΙΚΟ: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη διεθνή βιβλιογραφία καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι σωματικές και οι ψυχικές μεταπτώσεις του καρκινοπαθούς ασθενούς επηρεάζουν δυσμενώς την εξέλιξη της υγείας τους. Είναι, λοιπόν, πολύ σημαντικό ο εμπλεκόμενος επαγγελματίας υγείας να βοηθάει τις γυναίκες να αναδιοργωνόσουν τις ψυχικές δυνάμεις τους ώστε να αντιμετωπίσουν δυναμικότερα τις πολλαπλές προκλήσεις που τους θέτει ο καρκίνος. Η ψυχική δύναμη θεωρείται ακρογωνιαίος λίθος για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα και να ανταπεξέλθουν στις αλλαγές της σωματικής εικόνας τους. Θα πρέπει λοιπόν, να φροντίζεται ο ψυχικός και συναισθηματικός τομέας της καρκινοπαθούς ακριβώς όπως φροντίζεται και η σωματική ασθένεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο καρκίνος ή όπως αλλιώς λέγεται, η κακιά αρρώστια ή ακόμα και η επάρατος νόσος αποτελεί ένα ιδιαίτερο πρόβλημα της δημόσιας υγείας και οι επαγγελματίες υγείας πέρα από τις καθορισμένες δραστηριότητες θα πρέπει να αποδείξουν ότι είναι ικανοί να τους εμπιστευθούν ώστε να προσφέρουν τα μέγιστα τόσο στην ασθενή όσο και στο οικογενειακό της περιβάλλον. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εφοδιάζονται με επιστημονικές ικανότητες και προσφέρουν πάντοτε τις υπηρεσίες τους για το καλό της ασθενούς και της οικογένειάς της. Με αυτό τον τρόπο η ασθενής αισθάνεται σιγουριά, ενισχύεται η αυτοπεποίθησή της που χρειάζεται έναν άνθρωπο-επιστήμονα σε αυτή τη δύσκολη δοκιμασία, στην οποία βρίσκεται.

98. ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΜΕ ΚΟΛΠΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΜΟΛΥΝΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΜΕ ΗΜΙΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΡ ΙΣΧΙΟΥ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη[2], Γ. Ασημακόπουλος[1], Ν. Γκανταίφης[3], Α. Λιάσκος[1], Σ. Βλαχοπούλου[1], Β. Τσιτής[1], Γ. Ρούμπη[3], Ι. Χαντί[3]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [3]Χειρουργική-Ορθοπεδική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο σχηματισμόςσυριγγίων με οπίσθιο τοίχωμα άνω έσω τριτημορίου ατροφικού κόλπου με πιθανή επικοινωνία με το χειρουργηθέν τραύμα από 45μέρου σε ηλικιωμένη με ημιαρθροπλαστική αρ ισχίου.
ΣΚΟΠΟΣ: Είναι η μελέτη της αντιμετώπισης της διάγνωσης και αντιμετώπισης συριγγίου με επικοινωνία με το μετεγχειρητικό τραύμα σε ημιαρθροπλαστική αρ ισχίου.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ήταν ηλικιωμένη γυναίκα ηλικίας 94 ετών που υποβλήθηκε σε ημιαρθροπλαστική Αρ ισχίου στη Ορθοπεδική κλινική του Νοσοκομείου Ηλείας Ν.Μ. Πύργου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από 40 ημέρου προσήλθε στη Χειρουργική ορθοπεδική κλινική με μετεγχειρητική επιπλοκή διαπύηση του χειρουργηθέντος τραύματος του ημιαρθοπλαστική αρ ισχίου και έξοδο από το οπίσθιο τοίχωμα του ατροφικού κόλπου παχύρρευστου πρασινίζον δύσοσμου οσμή ψευδομονάδας μεικτής ύπαρξης μικροβίων με Proteas Mirabilis από την καλλιέργεια του κολπικού συριγγίου ενώ από την καλλιέργεια του μετεγχειρητικού τραύματος enterococcus faecalis και staphylococcus haemolyticus. Υπεβλήθη σε ct/scan οπισθοπεριτοναικού χώρου και αρ ισχίου βρεθήκαν συλλογές επιμολυνθέντος αιματηρού υγρού. Υπεβλήθη σε συριγγογραφία με blue de methylene βρέθηκε να υπάρχει επικοινωνία. CRP αρνητική. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ένα παρόμοιο περιστατικό σε 65χρονή στο Pennsylvanian Hospital ΗΠΑ. Ενδοφλέβια χορήγηση τριπλού σχήματος αντιβιοτική θεραπεία ιν αμινογλυκοσίδη για 7 επτά μέρες και πλύσεις στο συρίγγιο με βορικό οξύ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλήρη αποκατάσταση του επιτυγχάνεται με αφαίρεση της ορθοπεδικής μεταλλικής τιτανίου πρόθεσης στο αρ ισχίο όπου είχε τοποθέτηθη στο αρ μηριαίο οστό ήταν εμφανώς κλινικά στατιστικά σημαντική.

99. ΓΝΩΣΕΙΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΕΛΛΗΝΩΝ ΝΕΩΝ

Ι. Λάρδου[1], Μ. Χουζούρης[2], Π. Ξένος[3], Ι. Χατζηπαπάς[1], Θ. Γρηγοριάδης[1], Σ. Χανδακάς[4], Δ. Λουτράδης[5], Λ. Μιχαλά[1]

[1]Α΄Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης Πανεπιστημίου Πειραιώς, [3]Διδάσκων Πανεπιστημίου Πειραιώς, [4]HOPEgenesis, [5]Συντονιστής Καθηγητής, Α΄Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα ποσοστά γεννήσεων παρουσιάζουν μείωση σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Σημαντικοί λόγοι που οδηγούν στη μείωση των γεννήσεων είναι το ανταγωνιστικό περιβάλλον για την εργαζόμενη γυναίκα, η οικονομική κρίση και οι δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και βρεφονηπιακής υποστήριξης.

Στην υπογεννητικότητα συνεισφέρει επιπλέον η καθυστερημένη έναρξη απόκτησης του πρώτου παιδιού, καθώς, όταν μετατίθεται η ηλικία δημιουργίας της οικογένειας, αυξάνεται η πιθανότητα υπογονιμότητας και μαιευτικών επιπλοκών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι ο έλεγχος των γνώσεων νέων σχετικά με τη γονιμότητα, τους παράγοντες που την επηρεάζουν και την αναπαραγωγική τους υγεία.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Διεπιστημονική επιτροπή ειδικών δημιούργησε ερωτηματολόγιο με στόχο τον έλεγχο των γνώσεων περί αναπαραγωγικής υγείας καθώς και των δυνατοτήτων απόκτησης τέκνου μετά την ηλικία των 40 ετών. Το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε σε δείγμα 20 ατόμων και στη συνέχεια διανεμήθηκε ηλεκτρονικά σε νέους και νέες 18-26 ετών, μέσω ειδικής πλατφόρμας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 25% των ερωτηθέντων θεωρήσαν ότι η ιδανική ηλικία τεκνοποίησης για τη γυναίκα είναι μετά τα 30 έτη, ενώ το ποσοστό αυτό ανερχόταν στο 75% σχετικά με τους άνδρες. Το 12% και 6% θεώρησαν ότι η ηλικία δεν επηρεάζει καθόλου την γονιμότητα στη γυναίκα και στον άνδρα αντίστοιχα. Οι μισοί περίπου, θεώρησαν ότι τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής είναι πάνω από 50%, ενώ μόνο ο ένας στους 3 αναγνώρισε ότι τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής μετά την ηλικία των 40ετών στη γυναίκα, είναι μειωμένη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εκπαίδευση των νέων, σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα και τον βαρύνοντα ρόλο της ηλικίας φαίνεται να είναι ελλιπής. Η σωστή ενημέρωση στο θέμα αυτό, πιθανόν να μειώσει την τάση απόκτησης του πρώτου παιδιού σε ηλικία άνω των 30 στις γυναίκες, συνεισφέροντας στην αύξηση του αριθμού των γεννήσεων ανά ζευγάρι και, ως εκ ετούτου, στην σταδιακή αύξηση του πληθυσμού στην Ελλάδα.

100. ΕΚΣΤΡΟΦΗ ΜΗΤΡΑΣ ΑΤΟΝΙΑ ΜΗΤΡΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη[2], Γ. Ασημακόπουλος[1], Σ. Βλαχοπούλου[1], Α. Δεσποτίδη[1], Κ. Σώρρας[3], Α. Σαλταμαύρος[4], Β. Τσιτσής[1]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν.Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [3]Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», [4]Παθολόγος, ΤΕΠ, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας είναι η παρουσίαση της θεραπείας (χειρουργικής ανάταξης και συντηρητικής θεραπείας του ολιγαιμικού και καρδιογενές Shock. lege artis) σε εκστροφή μήτρας.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά το έτος 2018 Ι τόκος, επίτοκος 19χρονών προσήλθε στην Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ηλείας ΝΜ Πύργου, για να γεννήσει με διαστολή 4 cm.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ιστορικό είχε κατά τη διάρκεια του α τριμήνου καφεοειδή αιμόρροια λόγω αποκόλληση πλακούντα στο πυθμένα της μήτρας η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με φυσική προγεστερόνη. Κατά τη διάρκεια της Μαιευτικής υπερηχογραφικής παρακολούθησης στο αποκολληθέν τμήμα του πλακούντα στο πυθμένα της μήτρας παρουσίασε ηχογενή στοιχεία. Μετά από 25 ώρες η επίτοκος γέννησε με φυσιολογικό τοκετό άρρεν 2800 γρ ζων και αρτιμελές Κατά τη εξέλιξη του τοκετού παρουσίασε αργή εξέλιξη μεταξύ 00.30 τα μεσάνυκτα έως και 08.00 το πρωί. Όταν γέννησε φυσιολογικά στην υστεροτοκία παρατηρήθηκε με ελαφρά έλξη της ομφάλιδας να παρουσιάσει την επιπλοκή της εκτροφής και ατονία της μήτρας. Έγινε προσπάθεια ανάταξης της εκστροφής της μήτρας από δυο έμπειρους μαιευτήρες δεν κατέστη δυνατή. Στο χειρουργείο υπό νάρκωση έγινε δεύτερη προσπάθεια ανάταξης της εκστροφής της μήτρας από τους ίδιους μαιευτήρες και πάλι δεν κατέστη δυνατή. Στο ήμισυ το περιπτώσεων η αιτιολογία είναι άγνωστη πιθανολογείται η πυθμενική πρόσφυση του πλακούντα, διεισδυτικός ή με στερεά σύμφυση πλακούντας, λεπτό τοίχωμα μήτρας η πολυτοκία. Ο χειρισμός crede και η έλξη της ομφαλίδας και η κωνοειδή εκτομή του τραχήλου. Πιθανά λάθη ήταν η χορήγηση mitrotan (εργομητρίνη) κατά την αποκόλληση πλακούντα στη υστεροτοκία η υποτίμηση της εκστροφής της μήτρας. Η λεχωίδα υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία με τομή phanestiel διαπιστώθηκε η εκστροφή μήτρας με κοίλη επιφάνεια στο πυθμένα της μήτρας και έλκωντας τους στρογγύλους συνδέσμους ενναλάξ ανατάχτηκε η εκτραφείσα μήτρα η οποία έπασχε από ατονία μήτρας άμφω των κεράτων της μήτρας έγινε με βελόνα ινσουλίνης εναίσιμο prostin (προσταγλανδίνη Ε2, δινοπροστόνη) και παράλληλα μαλάξεις της μήτρας και με ένα γαζόπανο την κρατούσαμε. Μπορούσε ναχει γίνει μικρή τομή κατά μήκος της μήτρας για διευκόλυνση μας αλλά δεν έγινε. Με μεγάλη 60 βελόνα ράμμα 2 PGE εφαρμόσθηκε ραφή B-lynch ξεκινώντας από το ισθμό του τραχήλου με φορά προς το πυθμένα της μήτρας να στέκεται το ράμμα σαν τιράντες και να συγκρατεί το πυθμένα της μήτρας λυγίζοντας τη και καταλλήγει πάλι στον ισθμό της μήτρας όπου και δένεται. Η λεχωιδα μεταγγίσθηκε με τέσσερεις μονάδες ερυθρά και δυο fresh Frozen plasma. Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά τρίωρο. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν πολύ καλή και επανήλθε η μήτρα της κατά τη διάρκεια τη λοχείας. Χορήγηση κατά την νοσηλεία δυο Cytotec (προσταγλανδίνη Ε1 misoprostol) στο ορθό και ένα υπογλώσσια και επανάληψη την πρώτη ημέρα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στην Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Νοσοκομείου Ηλείας ΝΜ Πύργου έχει την εμπειρία και τις δυνατότητες τουλάχιστον της χειρουργικής ανάταξης της εκτραφείσας μήτρας και αντιμετώπισης του ολιγαιμικού και καρδιογενές Shock υποτιμάται ακόμη και από έμπειρους μαιευτήρες.

101. ΙΣΤΟΧΗΜΙΚΟΣ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΪΣΤΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΧΟΡΙΟΑΜΝΙΟΝΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΝΕΦΡΙΚΟ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Α. Σταντσίδου

Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστημίο Θράκης

ΣΚΟΠΟΣ: Η χοριοαμνιονίτιδα συνιστά μία από τις πιο σοβαρές επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης, όπου γίνεται αισθητή στους εμβρυικούς υμένες, το χόριο και το άμνιο. Αποτελεί μία οξεία φλεγμονή των εμβρυικών μεμβρανών λόγω της ύπαρξης πολυμικροβιακής λοίμωξης και οδηγεί συχνά σε πρόωρη ρήξη των μεμβρανών. Η χοριοαμνιονίτιδα μπορεί να επιδράσει σε μια μεγάλη ποικιλία οργανικών συστημάτων στο έμβρυο, συμπεριλαμβανομένης της καρδιάς, των πνευμόνων, του εγκεφάλου, του αμφιβληστροειδούς χιτώνα και των νεφρών. Αποτελεί αντικείμενο μελέτης η επίδραση της ενδομήτριας φλεγμονής στην νεφρική ανάπτυξη και λειτουργία. Σ' αυτή την κατεύθυνση διερευνήθηκε η επίδραση της χοριοαμνιονίτιδας στην μείωση του αριθμού των νεφρώνων και των νεφρικών σπειραμάτων που σχηματίζονται στο νεφρό.

ΥΛΙΚΟ: Στην παρούσα εργαστηριακή μελέτη χρησιμοποιήθηκαν 19 δείγματα από εμβρυϊκούς νεφρούς που εμφάνιζαν χοριοαμνιονίτιδα και 19 δείγματα εμβρυϊκών νεφρών χωρίς αλλοιώσεις ως φυσιολογικοί μάρτυρες (ομάδα ελέγχου). Για την παρατήρηση τους χρησιμοποιήθηκε χρώση αιματοξυλίνης - ηωσίνης. Τα δείγματα αφέθησαν να στεγνώσουν και παρατηρήθηκαν σε μικροσκόπιο το οποίο διέθετε κάμερα με σκοπό τη λήψη φωτογραφιών για την περαιτέρω ανάλυση και καταγραφή των αποτελεσμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της ιστοχημικής ανάλυσης, σε συνδυασμό με τη στατιστική επεξεργασία και εκτίμηση των αποτελεσμάτων ανέδειξε στατιστικώς σημαντική μείωση του αριθμού των νεφρικών σπειραμάτων (~10%) στην ομάδα των ιστολογικών δειγμάτων με αλλοιώσεις οξείας χοριοαμνιονίτιδα, συγκριτικά με τον αντίστοιχο αριθμό νεφρικών σπειραμάτων, της ομάδας ελέγχου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χοριοαμνιονίτιδα φαίνεται να επιδρά στη μείωση των νεφρικών σπειραμάτων κατά την ανάπτυξη των νεφρών στο έμβρυο. Η πτωτική αυτή τάση ενδέχεται να επηρεάζει όχι μόνο τη νεφρική ανάπτυξη, αλλά και τη γενικότερη νεφρική λειτουργία του ατόμου μετά την γέννηση.

102. ΔΙΑΚΥΣΤΙΚΗ ΣΥΡΡΑΦΗ ΡΗΞΗΣ ΚΟΛΠΟΥ ΚΑΙ ΡΗΞΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΣΕ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΑΣΤΑΘΗΣ ΠΥΕΛΟ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΚΑΙ ΡΗΞΗ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ ΚΑΤΑΓΜΑ ΗΒΟΙΣΧΙΑΚΩΝ ΚΛΑΔΩΝ ΑΜΦΩ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΤΥΛΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΟΙΧΟ ΥΠΟΚΕΦΑΛΙΚΟ ΚΑΤΑΓ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη[2], Γ. Ασημακόπουλος[1], Ν. Γκανταίφης[3], Σ. Γάβης[4], Δ. Μπουγιουκλής[3], Ν. Οικονομόπουλος[5], Α. Μαυρομάτη[1], Α. Γιαννόπουλος[4], Π. Απαλίδης[4], Α. Αντωνακούδης[6], Ε. Σκλάβου[6], Α. Σιδηροπούλου[6], Ν. Σιούλας[6], Ε. Σκλάβου[6], Γ. Ρούμπης[3], Β. Τσιτσής[1], Ι. Χαντί[3]

[1]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [2]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [3]Ορθοπεδική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [4]Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, [5]Αναισθησιολόγος, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [6]ΜΕΘ, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι η παρουσίαση ασθενούς 27 ετών πολυτραυματία με διακυστική συρραφή ρήξης κόλπου και ρήξης ουροδόχου κύστης με κάταγμα και ρήξη πυελικού δακτυλίου κάταγμα (λεκάνης) πυέλου 'open book'
ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ: βιβλιογραφία
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στις 23/06/2019 διεκομίσθη στα Νοσοκομείο Ηλείας ΝΜ Πύργου ασθενής 27 ετών πολυτραυματία η οποία προσήλθε με κολπική αιμορραγία και ασταθής πύελο υπεβλήθη σε εργαστηριακό έλεγχο ακτινογραφίες και αξονική τομογραφία εγκεφάλου, θώρακος, κοιλίας με σκιαγραφικό όπου διαπιστωθεί κάταγμα και ρήξη δακτυλίου της πυέλου και κάταγμα αριστερής κοτύλης και ισχίου. Νευροχειρουργική εκτίμηση αρνητική. Έγινε κυστεογραφία. Υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση με μέση υπομφάλια τομή και διαπιστωθεί ρήξη της ουροδόχου κύστης σε δύο σημεία ενδοπεριταναική ήταν οπισθία και κεντρικά και στο θόλο της ουροδόχου κύστης και η εξωπεριτοναική ρήξη ήταν στο αυχένα-τρίγωνο της ουροδόχου κύστης και είχε επικοινωνία με ρήξη του κόλπου έγινε διακυστική συρραφή του κόλπου με ράμμα βραδείας απορρόφησης 1 PGE και σε δύο στρώματα την ουροδόχο κύστη το μυικό βραδείας απορρόφησης 1 PGE και το ορογόνο της ουροδόχου κύστης βραδείας απορρόφησης 2/0 PGE και συρραφή περιτοναίου, έλεγχος στεγανότητας, ετέθη ουροκαθετήρας τριπλού αυλού για συνεχείς πλύσεις και υπερηβικός καθετήρας 01/07/2019 διακόπησαν οι πλύσεις.
Μετά από την επιμελή αιμόσταση της ρήξης του κόλπου και της ουροδόχου κύστης. Ετέθη από τους ορθοπεδικούς εξωτερική οστεοσύνθεση για τη ασταθή πύελο με κάταγμα και ρήξη δακτυλίου της πυέλου, κάταγμα (λεκάνης) πυέλου 'open book', κάταγμα ηβοισχιακών κλάδων άμφω, κάταγμα αρ κοτύλης και υποκεφαλικό κάταγμα αρ. μηριαίου οστού. Μεταφερθεί στη ΜΕΘ με διασωλήνωση τραχείας υπό καταστόλη με μιδαζόλη, προποφόλη, και ρεμιφαντανύλη σε στάγδην έγχυση. Το απόγευμα της ίδιας ημέρας εκλήθη για κολπική αιμορραγία (το πρωί είχαν τοποθετηθεί τρεις κομπρέσες γάζες στα ΤΕΠ για προσωρινή αιμόσταση) αφαιρέθησαν και τοποθετήθηκε κολπικό ταμπόν και μετά από τέσσερεις ώρες μεταφέρθηκε στο χειρουργείο υπό νάρκωση και με τη άδεια του Δντή ορθοπεδικό ετέθη σε θέση λιθοτομής έγινε επιμελής έλεγχος χωρίς εμφανή αιμορραγία και ξανά τοποθετήθηκε κολπικό ταμπόν για αιμοσταση το οποίο αφαιρέθηκε το επόμενο 24ώρο. Το επόμενη ημέρα ετέθη εσωτερική οστεοσύνθεση (ενδομυελική Ήλωση) και συντηρητική αντιμετώπιση κατάγματος κοτύλης. Στις 28/06/2019 αποσωληνώθηκε σε ρινική κάνουλα και 01/07/2019 στον ατμοσφαιρικό αέρα με άριστη οξυγόνωση και καλή ανταλλαγή αερίων. Αντιπηκτική αγωγή ivor 3500 ui. και 15 μέρες στην οικία της. Αντιβιωτική αγωγή Colistin 4day, Tygacil 4day, Gentamycin 4day, Colpocin 10day, Ufexil 11day, Zyvoxid 11 day. Από 30/06/2019 εμπύρετο μέχρι τέλη Ιουλίου. Καλλιέργειες αίματος Acinetobacter baumanni, staphylococcus hominis, Καλλιέργειες κόλπου (staphylococcus epidermidis, klebsiela pneumoniae ssp, Escherichia coli). Καλλιέργειες ούρων (staphylococcus epidermidis, staphylococcus hominis, staphylococcus Haemolyticus) 01/07/2019, Καλλιέργειες ούρων αρνητικές καθώς Καλλιέργειες κόλπου αρνητικές 19/07/2019 Διακομίσθηκε στην Ορθοπεδική κλινική και εξιτήριο 02/08/2019.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 74% είναι η θνησιμότητα στα βιβλιογραφικά δεδομένα η χειρουργική αντιμετώπιση ήταν επιμελής και lege artis.

103. ΤΡΟΠΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Σ. Κραββαρίτης, Κ. Ζαχαρής, Ε. Χρυσαφοπούλου, Θ. Χαρίτος, Α. Παπακωνσταντίνου, Α. Φούκα
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Λαμίας

ΣΚΟΠΟΣ: Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση της έναρξης και της διάρκειας του μητρικού θηλασμού ανάλογα με το είδος του τοκετού. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εκτίμηση της επίδρασης του τρόπου τοκετού (κολπικός τοκετός ή καισαρική τομή) στη συχνότητα του μητρικού θηλασμού, μεταξύ των γυναικών που γέννησαν στη Μ-Γ κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας την τελευταία διετία.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη των στοιχείων των γεννήσεων για το χρονικό διάστημα, Ιανουάριος 2018-Δεκέμβριος 2019. Εντοπίστηκαν και καταμετρήθηκαν οι επίτοκες κάθε ηλικίας που γέννησαν στην κλινική μας με κολπικό τοκετό ή καισαρική τομή και έγινε καταγραφή της συχνότητας του μητρικού θηλασμού ανάλογα με τον τρόπο τοκετού.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά το προαναφερόμενο χρονικό διάστημα σε σύνολο 887 γεννήσεων, καταγράφηκαν 358 κολπικοί τοκετοί (ποσοστό 40,4%) και 529 καισαρικές τομές (ποσοστό 59.6%). Από τις γυναίκες που γέννησαν με κολπικό τοκετό, οι 158 (44,13%) επέλεξαν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό, οι 147 (41,06%) ακολούθησαν μεικτή διατροφή και οι 53 (14,81%) δεν θήλασαν. Από την άλλη πλευρά, από τις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή, οι 139 (26,27%) ακολούθησαν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό, οι 274 (51,8%) επέλεξαν μεικτή διατροφή και οι 116 (21,93%) δεν θήλασαν.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με βάση τα αποτελέσματα, οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά θηλασμού. Στην περίπτωση του τοκετού με καισαρική τομή η αρνητική επίδραση στον μητρικό θηλασμό έχει αποδοθεί στην καθυστερημένη επαφή του νεογνού με τη μητέρα, στα χαμηλότερα επίπεδα προλακτίνης της γυναίκας καθώς και στο μετεγχειρητικό πόνο. Παράλληλα, πιθανόν το μεγάλο ποσοστό των τοκετών που διενεργούνται με καισαρική τομή στη χώρα μας να επηρεάζει το ποσοστό της απώλειας βάρους του νεογνού τις πρώτες ημέρες ζωής και να οδηγεί στη συχνότερη χορήγηση υποκατάστατου μητρικού γάλακτος ως συμπλήρωμα.

104. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε. Αθανασίου, Γ. Καραγιάννης, Γ. Ταταρη, Ε. Κωνσταντινίδου, Γ. Ρομποτή, Α. Χατζηιωακειμίδης
Γυναικολογική Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Κατά το διάστημα 01 Μαρτίου ως 31 Αυγούστου 2019 αποσπάσθηκα στην γυναικολογική ογκολογική κλινική Θεσσαλονίκης,του Θεαγενείου για χρέη Διευθυντή. Εγινε ανάλυση των περιστατικών που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία και σύγκριση με στατιστικά προηγούμενων ετών. Στο τμήμα υπάρχουν 3 επιμελητές και 4 ειδικευόμενοι.
ΥΛΙΚΟ: Στο αναφερόμενο εξάμηνο προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία 1366 γυναίκες και έγιναν συνολικά 164 εισαγωγές στην κλινική. Υπήρχαν 34 περιστατικά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, 29 περιστατικά καρκίνου του ενδομητρίου, 34 καρκίνου ωοθήκης και 12 καρκίνου αιδοίου. Το ποσοστό των περιστατικών που ήταν για χειρουργείο ήταν 63,6%. Εγινε σύγκριση με το αντίστοιχο εξάμηνο του 2013 και με τα έτη 2005, 1998 και 1992.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

	2019 εξαμ	2013 εξαμ	2005	1998	1992
Καρκίνος τραχήλου	34	33	87	94	91
Καρκίνος ενδομητρίου	29	67	158	112	123
Καρκίνος ωοθήκης	34	29	68	76	70
Καρκίνος αιδοίου	12	18	24	30	22
Χειρουργίσιμα	63,6%	56,1%			
Σύνολο	109	147	337	312	306

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρατηρούμε ότι υπάρχει μείωση των περιστατικών τραχήλου μήτρας και ενδομητρίου. Πιθανόν αυτό να έχει σχέση με την εφαρμογή της κυττραρολογίας υγρής φάσης, του HPV/DNA τεστ και της κολποσκόπησης. Αντίστοιχα τα περιστατικά καρκίνου ωοθήκης και αιδοίου είναι στα ίδια επίπεδα με μικρές διαφοροποιήσεις. Τέλος είναι αξιοσημείωτο ότι ενα μεγάλο ποσοστό γυναικών προσέρχεται σε προχωρημένο στάδιο, οπότε εφαρμάζονται μη χειρουργικές θεραπείες.

105. ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Δ. Καραφέρης[1], Δ. Μπαλάσκα[2], Ζ. Μπιτσώρη[3], Γ. Δημογέροντας[4]

[1]Οικονομική Διεύθυνση, 1η ΥΠΕ Αττικής, [2]Οικονομική Διεύθυνση, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [3]Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», [4]Νευροχειρουργική Κλινική Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Εγκεφάλου και Σπονδυλικής Στήλης, Metropolitan Hospital

ΣΚΟΠΟΣ: Ο διαβήτης αποτελεί πρόβλημα της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Η γνώση για την πρόληψη και τη θεραπεία του διαβήτη αυξάνεται μεν, ωστόσο συνεχίζεται και η αύξηση του αριθμού νέων περιπτώσεων ασθενών με διαβήτη κάθε χρόνο. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, όπως συμβαίνει και στην Ελλάδα, ο διαβήτης αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από καρδιαγγειακά αίτια, από εγκεφαλικό επεισόδιο, από έμφραγμα μυοκαρδίου κ.λπ. Μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης να αναδειχτεί η οικονομική επίπτωση της αντιμετώπισης του διαβήτη.

ΥΛΙΚΟ: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην Ελλάδα το κόστος θεραπείας του διαβήτη, άμεσο και έμμεσο, είναι υψηλό. Το ΕΣΥ επιβαρύνεται από το υψηλό άμεσο οικονομικό κόστος που προκύπτει από τη παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, τη θεραπευτική αγωγή, το υψηλό κόστος φαρμάκων, τις απαιτούμενες χειρουργικές επεμβάσεις και τέλος τις διαγνωστικές εξετάσεις. Επίσημα στοιχεία του άμεσου κόστους της θεραπείας του διαβήτη για την Ελλάδα δεν υπάρχουν, εκτιμάται ότι ανέρχεται περίπου στο 10% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το κόστος της θεραπείας του διαβήτη περιλαμβάνει το κόστος θεραπείας και διαχείρισης της νόσου και των επιπλοκών της, όπως ακρωτηριασμοί των άκρων. Το κόστος είναι μεγάλο και γι' αυτό απαιτείται από τον ασθενή προσεκτικός σχεδιασμός, ανάλυση των οικονομικών του δυνατοτήτων και των απαιτήσεων της θεραπείας. Η οικονομική εκτίμηση της επιβάρυνσης των ταμείων που οφείλεται στον διαβήτη, συμπεριλαμβανόμενων των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, της απώλειας παραγωγικότητας και νοσηρότητας για τους ασθενείς, είναι ολοένα και πιο σημαντικά ζητήματα για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, τους ιατρούς, τους εργοδότες, τις οικογένειές και την κοινωνία συνολικά. Τέλος, παρατηρείται ότι η φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής των ασθενών αυξάνει το συνολικό κόστος του διαβήτη.

106. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ PROFIL ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σ. Τσοτουλίδης[1,2], Π. Χρηστίδης[2], Α. Μποτσκαριόβα[1], Δ. Καραγιαννίδου[1], Ν. Δημητριάδης[2], Ρ. Μπεγκόλλί[1], Ε. Τσερκεζίδου[1], Τ. Χωριανόπουλος-Μαρισέσκου[1]

[1]Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας, [2]Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Χαλκιδικής

ΣΚΟΠΟΣ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι χρόνια νόσος με επιπλοκές οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές αναπηρίες, αλλά και αύξηση της θνησιμότητας. Ταυτόχρονα με τους στόχους της γλυκαιμικής ρύθμισης, θα πρέπει να αναζητούνται και να βελτιώνονται όλοι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτών των επιπλοκών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε τακτικούς ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τ.2 που παρακολουθούνται στο Κ.Υ. Κασσάνδρειας την περίοδο 2010-2019. Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις των παραγόντων του καπνίσματος, βάρους (kg), ΔΜΣ (kg/m^2), περιφέρεια μέσης (cm), ΣΑΠ (mmHg), ΔΑΠ (mmHg), HbA1c (g/dl), χοληστερίνη (mg/dl), τριγλυκερίδια (mg/dl), LDL (mg/dl), HDL (mg/dl). Υπολογίσθηκε ο GFR (CKD-EPI), εκτιμήθηκε η νευροπάθεια με το Δείκτη Νευροπαθητικών Συμπτωμάτων και το Δείκτη Νευρολογικής Δυσλειτουργίας και έγινε βυθοσκόπηση από ειδικό Οφθαλμίατρο. Από το ιστορικό αναζητήθηκε η ύπαρξη νόσου των μεγάλων αγγείων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 539 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 64.8 έτη. Ο πληθυσμός αποτελούνταν από 261 (48.4%) γυναίκες και 278 (51.6%) άνδρες. Στην πλειονότητά τους οι μελετηθέντες ήταν μη ενεργοί καπνιστές, αλλά υπέρβαροι, με αρρύθμιστο διαβήτη και με τιμή LDL πάνω από το στόχο. Ο μέσος όρος των τιμών της συστολικής και διαστολικής πίεσης ήταν εντός αποδεκτών ορίων. 51% είχαν φυσιολογική GFR, ενώ μέτρια έως σοβαρή νεφροπάθεια είχε το 10,5%. Νευροπάθεια είχε το 46% των εξετασθέντων. Το 10,2% ήταν σε κίνδυνο εμφάνισης διαβητικού έλκους (μέτρια και σοβαρή νευροπάθεια). 14,2% αυτών που εκτιμήθηκε από Οφθαλμίατρο είχαν αμφιβληστροειδοπάθεια.Γνωστή νόσο μεγάλων αγγείων είχε το 18,2%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μεγαλύτερο ποσοστό των διαβητικών είναι εκτός στόχων στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Επιπλέον σε μεγάλο ποσοστό εμφανίζει επιπλοκές μικροαγγειοπάθειας. Η τακτική παρακολούθηση, η έγκαιρη παρέμβαση με βελτίωση του μεταβολικού profil και η εφαρμογή μέτρων πρόληψης όπου απαιτείται (αποφυγή τραυματισμού των ποδιών, χρήση κατάλληλων υποδημάτων) μπορούν να οδηγήσουν σε πρόληψη δυσάρεστων καταστάσεων για τους διαβητικούς.

107. BIGO: ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕΓΑΛΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Α. Τραγομάλου[1,2], Π. Κάσσαρη[1,2], Ι. Ιωακειμίδης[3], Κ. Φίλης[4], Ε. Θεοδωροπούλου[4], Γ. Λυμπερόπουλος[4], I. Perez Cuevas[5], Γ. Καραβιδοπούλου[6], Χ. Δίου[7], Χ. Μαραμής[6], Ε. Λέκκα[6], Ν. Μαγκλαβέρας[6], Α. Ντελόπουλος[7], Ε. Χαρμανδάρη[1,2]

[1]Μονάδα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Κέντρο Κλινικής, Πειραματικής Χειρουργικής και Μεταφραστικής Έρευνας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (IIBEAA), Αθήνα, Ελλάδα, [2]Ιατρείο Αντιμετώπισης Αυξημένου Βάρους Σώματος, Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη, Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, Ελλάδα, [3]Department of Biosciences and Nutrition, Karolinska Institutet, Στοκχόλμη, [4]Cosmote Κινητές Τηλεπικοινωνίες ΑΕ, [5]MySphera, Βαλένθια, [6]Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ., [7]Τμήμα Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, Πολυτεχνική Σχολή, Α.Π.Θ.

ΣΚΟΠΟΣ: Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι αναγκαία η δημιουργία αξιόπιστων συστημάτων παρακολούθησης και αιτιολόγησης συμπεριφορών για να παρέχουν αποδείξεις ως προς την αποτελεσματικότητα μέτρων και παρεμβάσεων κατά της παχυσαρκίας. Το ευρωπαϊκό έργο BigO (http://bigoprogram.eu) στοχεύει στη συλλογή δεδομένων διατροφής, φυσικής δραστηριότητας και ύπνου σε παιδιά και εφήβους, προκειμένου να αναπτυχθούν υπολογιστικά εργαλεία ανάλυσης συμπεριφορών που σχετίζονται με την ανάπτυξη της παχυσαρκίας.

ΥΛΙΚΟ: Υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά και έφηβοι ηλικίας 9-18 ετών που παρακολουθούνται στο Ιατρείο Αντιμετώπισης Αυξημένου Βάρους Σώματος, συμμετείχαν στην μελέτη. Το σύστημα συλλογής δεδομένων περιλαμβάνει την τεχνολογική πλατφόρμα BigO, η οποία διασυνδέεται με ένα έξυπνο κινητό (smartphone) και ένα έξυπνο ρολόι (Smartwatch). Στο σύστημα καταγράφονται με αντικειμενικό τρόπο (με τη χρήση αδρανειακών αισθητήρων και GPS) για κάθε παιδί (α) δείκτες φυσικής δραστηριότητας / άσκησης, (β) δείκτες διατροφικών συνηθειών, και (γ) συνθήκες του περιβάλλοντος (αστικού, κοινωνικοοικονομικού, διατροφικού) στο οποίο ζει και κινείται. Οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν το σύστημα BigO για 4 εβδομάδες. Τους ζητήθηκε να παίρνουν φωτογραφίες των ειδών διατροφής που κατανάλωσαν και διαφημίσεων τροφίμων από το καθημερινό περιβάλλον τους, και να φορούν το ρολόι με συγκεκριμένες ελάχιστες περιόδους ανά εβδομάδα (τουλάχιστον 2 ημέρες σχολείου, 1 ημέρα του Σαββατοκύριακου και 3 οποιεσδήποτε νύχτες). Στο τέλος, κλήθηκαν να επιστρέψουν το ρολόι και να απαντήσουν σε ερωτηματολόγιο χρηστικότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμμετείχαν 837 παιδιά και έφηβοι. Στην εφαρμογή ανέβασαν 17.987 φωτογραφίες γευμάτων από την κάμερα του κινητού και καταγράφηκαν δεδομένα αδρανειακών αισθητήρων από κινητό ή ρολόι (επιταχυνσιόμετρο ή/και GPS) για 19.643 ημέρες. Κατά την αξιολόγηση του συστήματος, το 88% εξέφρασε θετική ή ουδέτερη άποψη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συλλογή Δεδομένων Μεγάλης Κλίμακας που αφορούν στις συμπεριφορές παιδιών και εφήβων με παχυσαρκία καθώς και στο περιβάλλον τους, αναμένεται να συμβάλλει σημαντικά τόσο στην επιτυχή αντιμετώπιση του προβλήματος, όσο και στην διαμόρφωση κατάλληλων πολιτικών υγείας για την πρόληψη της παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους.

108. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΚΑΙ ΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥΣ

Θ. Καραουλάνη[1], Β. Τσαϊρέλη[1], Π. Αρμυρός[2], Φ. Φιλίππου[2], Ε. Ουρανού[2], Σ. Τσαγκιά[2], Π. Λαμπρόπουλος[2], Α. Κουντούρη[3], Μ. Θεοδώρου[3], Κ. Καραμανλή[2], Α. Υφαντή[2], Π. Γκολφάκης[2], Μ. Ξυντάρης[2], Σ. Σολωμού[2], Α. Καπάταης[2]

[1]Εργαστήριο Βιοπαθολογίας - Βιοχημικού - Αιμοδοσίας, Γ.Ν. - Κ.Υ.ΛΗΜΝΟΥ, [2]Α' Παθολογική Κλινική - Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», [3]Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα» - Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ασθενείς με ΣΔ τύπου ΙΙ παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό ↑ CHOL/TG. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι ο επιπολασμός του λιπιδαιμικού προφίλ σε ασθενείς με ΣΔ τύπου ΙΙ.
ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτης μας συμπεριλήφθησαν 625 ασθενείς, 225 άνδρες και 400 γυναίκες που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία της Α' Παθολογικής Κλινικής την περίοδο 2018-2019. Μη φυσιολογικές μετρήσεις θεωρήθηκαν οι τιμές CHOL>200 mg% και TG>150mg% σύμφωνα με τις κατευθηντήριες οδηγίες του NCEP ATP III.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι μετρήσεις έγιναν σε αναλυτή Dimension. Όσον αφορά τους άντρες ανευρέθησαν: 1)↑CHOL/TG:κφ εμφάνισαν 18,6% των διαβητικών ασθενών, 2) 2,6%: ↑TG /με φυσιολογική τιμή CHOL 3) 18,1%:↑CHOL/↑TG, 4) τιμές ήταν φυσιολογικές σε 60,7%.Στις 400 γυναίκες βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα: 1)↑CHOL, TG:κφ εμφάνισαν 16,6% των διαβητικών ασθενών, 2) 1,6%: ↑TG, με φυσιολογική τιμή CHOL 3) 18,9%:↑CHOL/↑ TG, 4) τιμές ήταν φυσιολογικές σε 62,9%
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός του λιπιδαιμικού προφίλ (υπερχοληστεριναιμία/δυσλιπιδαιμία-υπερτριγλυκεριδιμίας) σε ασθενείς με ΣΔ τύπου ΙΙ είναι μεγαλύτερος (άντρες 35,3%, γυναίκες 46,2%) σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Από όλους τους τύπους υπερλιπιδαιμίας, η υπερχοληστεριναιμία-δυσλιπιδαιμία με φυσιολογική τιμή τριγλυκεριδίων είναι πιο συχνή και σε άνδρες και σε γυναίκες ενώ λιγότερο συχνή είναι η υπερτριγλυκεριδαιμία με φυσιολογική τιμή χοληστερίνης. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την υπερχοληστεριναιμία-δυσλιπιδαιμία με φυσιολογική τιμή τριγλυκεριδίων ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες (p=0,0144) με αυξημένη συχνότητα σε γυναίκες. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά μικτή υπερλιπιδαιμία (p=0,8515).

109. ΥΨΗΛΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Α. Κουτρουμπή[1], Σ. Δημόπουλος[1,2], Σ. Νανάς[1], Ε. Καρατζάνος[1]

[1]Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

ΣΚΟΠΟΣ: Η άσκηση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο και αποτελεί απαραίτητη συνιστώσα των προγραμμάτων πρόληψης και θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ τύπου 2). Σκοπός της συστηματικής αυτής ανασκόπησης ήταν να διερευνηθεί η εφαρμογή, η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια προγραμμάτων υψηλής έντασης διαλειμματικής άσκησης (high intensity interval training-HIIT) σε σύγκριση με μέτριας έντασης συνεχούς άσκησης ή με την ομάδα ελέγχου σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ: Η αναζήτηση των άρθρων έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Cochrane Library. Αναζητήθηκαν όλα τα άρθρα που είχαν δημοσιευτεί ως τον Δεκέμβριο του 2018. Χρησιμοποιήθηκαν οι όροι "diabetes", "high intensity interval training", "high-intensity interval training", "high intensity interval exercise", "high-intensity interval exercise", "high intensity intermittent training" "high-intensity intermittent training", "high intensity intermittent exercise", "high-intensity intermittent exercise" "sprint interval training", "sprint interval exercise", "HIT", "HIIE", "moderate intensity continuous training", "moderate-intensity continuous training", "moderate intensity continuous exercise", "moderate-intensity continuous exercise", "MICT". Προκαθορίστηκαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού. Η αποτίμηση της μεθοδολογικής ποιότητας των ερευνών έγινε από δύο ερευνητές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αναζήτηση κατέληξε σε 18 έρευνες που πληρούσαν τα συγκεκριμένα κριτήρια. Η ανσκόπηση ανέδειξε ως ασφαλή και εφαρμόσιμη τη HIIT σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2. Κατά τη HIIT παρατηρήθηκε μεγαλύτερη αύξηση της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνουκαι του μέγιστου έργου συγκριτικά με την μέτριας έντασης άσκηση στο μεγαλύτερο αριθμό των μελετών που αξιολογήθηκαν. Η HIIT οδήγησε σε σημαντική βελτίωση της λειτουργίας του ενδοθηλίου (σύμφωνα με την τεχνική «flow mediated dilation-FMD») σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 συγκριτικά με την μέτριας έντασης άσκηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η HIIT είναι ένα ασφαλής και αποτελεσματικός τύπος άσκησης σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2. Επιπλέον φαίνεται να βελτιώνει περισσότερο την ικανότητα για άσκηση και την ενδοθηλιακή λειτουργία συγκριτικά με τη μέτριας έντασης άσκηση.

110. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΧΩΡΙΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΑ ΝΑΤΡΙΟΥ/ΓΛΥΚΟΖΗΣ (SGLT2)- ΔΥΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Φ. Παπακωνσταντίνου, Ν. Αρνάς, Χ. Μανώλακα, Α. Χατζηαντωνίου, Γ. Καρλής, Μ. Τζωράκη, Δ. Κοζικοπούλου, Μ. Σταμπόρη, Δ. Διακονικόλα, Ε. Αναστασίου, Ε. Βαμβακά, Σ. Καραταπάνης

Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Τα τελευταία χρόνια έχουν προστεθεί στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 νεότερα φάρμακα, οι αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου και γλυκόζης (SGLT2) που προάγουν τη γλυκοζουρία και με αυτόν τον τρόπο μειώνουν τα επίπεδα γλυκόζης. Ωστόσο, έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις διαβητικής κετοξέωσης με φυσιολογικές τιμές σακχάρου σε ασθενείς που ελάμβαναν SGLT2. Σας παρουσιάζουμε δύο κλινικές περιπτώσεις της κλινικής μας με διαβητική κετοξέωση (ΔΚΟ) χωρίς υπεργλυκαιμία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Το ένα περιστατικό αφορά μία γυναίκα ετών 44, η οποία νοσηλευόταν στην γυναικολογική κλινική έπειτα από υστερεκτομή. Στη νοσηλεία της αντιμετωπιζόταν με εμπαγλιφλοζίνη, παρ' ότι δε σιτιζόταν. Στη δεύτερη ημέρα νοσηλείας εμφάνισε ταχύπνοια και μεταβολική οξέωση με φυσιολογικές τιμές σακχάρου και φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Λόγω του χειρουργείου, διενεργήθηκε CTPA η οποία δεν κατέδειξε εικόνα πνευμονική εμβολής. Έπειτα τέθηκε η υπόνοια της ΔΚΟ λόγω της λήψης SGLT2 και αντιμετωπίσθηκε ως ΔΚΟ. Το δεύτερο περιστατικό ήταν ένας άνδρας ετών 63 σακχαροδιαβητικός, υπό SGLT2 και κατάχρηση αλκοόλ. Προσήλθε λόγω διαταραχής του επιπέδου συνείδησης, με μεταβολική οξέωση, φυσιολογικές τιμές σακχάρου και φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Άμεσα, τέθηκε η υποψία της ΔΚΟ και έλαβε ανάλογη αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάπτυξη ευγλυκαιμικής κετοξεοωσης με τα νεότερα αντιδιαβητικά φάρμακα (SGLT-2), μολονότι σπάνια πρέπει να υπάρχει στη διαφορική διάγνωση μεταβολικής οξέωσης σε διαβητικό ασθενή, και χρήζει ανάλογης αντιμετώπισης.

111. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

112. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

113. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

114. ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΗΜΙΑ

Α. Ντάνης, Λ. Παπαδοπούλου, Α. Κοτσιαύτη
Κέντρο Ημέρας «ΑΝΑΣΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η αξιολόγηση των ορμονολογικών διαταραχών σε ασθενείς με ψυχογενή βουλημία.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 41 ασθενείς με ψυχογενή βουλημία, με μέση τιμή BMI 25,3. Το δείγμα περιλαμβάνει άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 16 έως 65 ετών. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από το Κέντρο Ημέρας «ΑΝΑΣΑ».
ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ελέγχου των ορμονολογικών διαταραχών σε ασθενείς με ψυχογενή βουλημία κατά το έτος 2019.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο Κέντρο Ημέρας «ΑΝΑΣΑ» μελετήθηκαν 41 ασθενείς με ψυχογενή βουλημία και μέση τιμή BMI 25,3. Το δείγμα μας περιλαμβάνει γυναίκες και άνδρες ηλικίας 16 έως 65 ετών. Από τον ορμονολογικό έλεγχο στο δείγμα των γυναικών διαπιστώνεται σε ποσοστό 40% ανεύρεση χαμηλών τιμών στα επίπεδα των T3, T4, FT3, FT4 με φυσιολογικά συνήθως επίπεδα της TSH, ενώ σε ποσοστό 20% παρατηρείται συνύπαρξη αυξημένων επιπέδων πρωινής κορτιζόλης. Από τις ορμόνες του φύλου καταγράφονται φυσιολογικά επίπεδα τεστοστερόνης, LH, FSH, E2 οιστραδιόλης ενώ σε ποσοστό 20% διαπιστώνεται αυξημένη τιμή της φυλοσυνδετικής σφαιρίνης (SHBG) με ταυτόχρονη μείωση των επιπέδων της FT3 κατώτερα του φυσιολογικού. Αξίζει να σημειωθεί πως στον ανδρικό πληθυσμό δεν παρατηρήθηκαν διαταραχές στα επίπεδα των ορμονών ενώ δεν διαπιστώθηκε διαταραχή των επιπέδων ινσουλίνης σε κανέναν από τους υπό μελέτη ασθενείς μας. Τα επίπεδα προλακτίνης (PRL) και DHEA-S ανευρέθησαν εντός των φυσιολογικών ορίων στο σύνολο των ασθενών μας. Τέλος, προκειμένου να εξετάσουμε την πιθανότητα ύπαρξης αυτοάνοσης διαταραχής στο πλήθος των ατόμων με παθολογικές τιμές θυρεοειδικών ορμονών διεξήγαμε έλεγχο αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων από όπου διαπιστώθηκαν φυσιολογικά επίπεδα των anti-TPO, anti-TG, anti-TSHR.

115. Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Κ. Ζαχαρής, Σ. Κραββαρίτης, Ε. Χρυσαφοπούλου, Θ. Χαρίτος, Α. Φούκα
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Λαμίας

ΣΚΟΠΟΣ: Η διατροφή κατά τη διάρκεια της κύησης αποτελεί βασικό στοιχείο για υγιή έκβαση της εγκυμοσύνης. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκειμένου να διερευνηθούν τα νεότερα δεδομένα σχετικά με τη σωστή διατροφή σε όλα τα στάδια της κύησης.
ΥΛΙΚΟ: Πραγματοποιήθηκε συστηματική και σε βάθος ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, μέσω της χρήσης του Pubmed, ως κύρια μηχανή αναζήτησης. Μελετήθηκαν μέσω αναζήτησης με τις λέξεις κλειδιά "nutrition", "pregnancy" "diet", "periconception", "nutrients" και συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπησή μας 6 άρθρα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Προτείνεται το μεσογειακό πρότυπο διατροφής κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και πριν τη σύλληψη, σε συνδυασμό με κατάλληλη φυσική άσκηση και συγχορήγηση υποκατάστατων φυλλικού οξέος, βιταμίνης D και μεταλλικών στοιχείων (σίδηρος). Ταυτόχρονα πρέπει να αποφεύγονται η χρήση αλκοόλ, καπνού και άλλων επιβλαβών ουσιών. Επίσης, τα ω-3 λιπαρά οξέα, που ανευρίσκονται σε πολλά είδη ψαριών, προάγουν μία υγιή εμβρυική ανάπτυξη. Η σωστή διατροφή και η διατήρηση ενός φυσιολογικού δείκτη μάζας σώματος στη διάρκεια της κύησης, μειώνει τον κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη κύησης, προεκλαμψία, γενετικές ανωμαλίες, ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη καθώς και για χρόνια νοσήματα στο αναπτυσσόμενο παιδί. Γυναίκες με ιδιαίτερες διαιτητικές συνήθειες (χορτοφαγία, βεγκανισμός) είναι σκόπιμο να απευθύνονται σε διατροφολόγο, ο οποίος θα βοηθήσει να ανταποκριθούν στις διαιτητικές τους ανάγκες στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Τέλος, γυναίκες με υπερέμεση, φαινυλκετονουρία, διαβήτη, υπέρταση και άλλα χρόνια νοσήματα ή κατάχρηση ουσιών, θα πρέπει να παραπέμπονται σε διατροφολόγους για ειδική δίαιτα κατά τη διάρκεια της κύησης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι επαγγελματίες υγείας έχουν καθοριστικό ρόλο στη συμβουλευτική σχετικά με τη διατροφή των εγκύων και στην παρακολούθηση του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της κύησης. Μέσω της παροχής διατροφικών οδηγιών, ιατροί και μαίες μπορούν να βελτιώσουν συλλογικά την υγεία και το καλώς έχειν των εγκύων και των απογόνων τους και να εμφυσήσουν διατροφικές συνήθειες οι οποίες θα εδραιωθούν και μετά το πέρας της λοχείας.

116. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Μ. Νάτσης[1], Α. Νάτσης[2]

[1]Διαιτολόγος, Ιδιωτικό Γραφείο Θεσσαλονίκη, Υπ. Διδάκτωρ Γ΄ Παθολογική ΑΠΘ, [2]Εταιρία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, Ιδιωτικό Ιατρείο Καλαμπάκα

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης είναι η εκτίμηση της συσχέτισης των επίπεδων βιταμίνης D με την ηλικία, φύλο, τόπο κατοικίας, τις διατροφικές συνήθειες και την εμφάνιση κυριοτέρων νοσημάτων στους κάτοικους του Δήμου Μετεώρων.

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διάρκεια 2016-2018 προσεγγίσαμε 1.106 άτομα με τυχαίο τρόπο, από τα 33.079 άτομα που αποτελούν το σύνολο του Δήμου Μετεώρων. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία, στρωματοποιημένη ανά ηλικία και φύλο και αντιπροσωπευτική βάση του πληθυσμού. Σε κάθε συμμετέχοντα πραγματοποιήθηκε βιοχημικός έλεγχος, εκτίμηση επιπέδων βιταμίνης D, ακολούθησε κλινική εξέταση και μέτρηση ΠΜ και ΔΜΣ. Η καταγραφή της συχνότητας κατανάλωσης των τροφίμων έγινε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων και η εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών στηρίχτηκε σε ερωτηματολόγιο επιβεβαιωμένης αξιοπιστίας εβδομαδιαίας καταγραφής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο των 1106 ατόμων του δείγματος η μέση τιμή της βιταμίνης D στο αίμα βρέθηκε 16,10±3,21 ng/mL. Στα παχύσαρκα άτομα η μέση τιμή ήταν 9.75±1.80ng/mL, στην ΑΥ ήταν 14.49±5.80 ng/mL, στο ΣΔ 11.46±1.80ng/mL (P<0.0001), στη Δυσλιπιδαιμία 13.93±3.90 ng/mL (P<0.001), στην οστεοπόρωση ήταν 11.29±2.10 ng/mL (P<0.0001), στα Καρδιαγγειακά Νοσήματα ήταν 10.23±2.70 ng/mL (P<0.0001), στα Αυτόανοσα Νοσήματα ήταν 10.20±3.20ng/mL (P< 0.0001), στα Νεοπλασματικά Νοσήματα 12.75±2.90 ng/mL (P<0.001), στη Νεφρική Δυσλειτουργία ήταν 13.09±1.60 ng/mL (P<0.001) και στην ΧΑΠ ήταν 13.08±3.62 ng/mL (P<0.001). Στα 1037 άτομα (93,75%) με έλλειψη ή ανεπάρκεια βιταμίνης D, το 74,85% βρέθηκε να αποκλίνει σημαντικά (διατροφικό σκορ <24) από το Μεσογειακό Πρότυπο, το 19,20% να το υιοθετεί σε μέτριο βαθμό (διατροφικό σκορ 24-27) και μόλις το 5,95% να το ακολουθεί πιστά (διατροφικό σκορ>27). Ενώ στα 69 άτομα (6,25%) που βρέθηκε επάρκεια βιταμίνης D, το 56,93% βρέθηκε να αποκλίνει από το μεσογειακό πρότυπο, το 33,35% να το υιοθετεί σε μέτριο βαθμό και μόλις το 9,72% να το ακολουθεί πιστά (P<0,001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανεπάρκεια-έλλειψη της βιταμίνης D είναι ένας δείκτης αυξημένου κινδύνου εξαιρετικά για τα συγκεκριμένα νοσήματα. Οι μειωμένες τιμές της βιταμίνης D στους κατοίκους της Καλαμπάκας εκτός των άλλων παραγόντων, συσχετίζεται και με τις λανθασμένες διατροφικές συνήθειες.

117. ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΣΦΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ

Ε. Καλογερά[1], Α. Νίξον[2], Ξ. Προβατοπούλου[1], Γ. Μπλέτσα[1]

[1]Ερευνητικό και Διαγνωστικό Κέντρο, Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο, Αθήνα, [2]Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Χαλκίδας

ΣΚΟΠΟΣ: Νοσήματα όπως η υπερπλασία, η νεοπλασία, αυτοάνοσα ή φλεγμονώδη επηρεάζουν το θυρεοειδή αδένα, με συνέπεια να τροποποιούνται τα επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν την έκκριση των αδιποκινών. Η βισφατίνη (Visfatin) είναι μια αδιποκίνη, η οποία υπερεκφράζεται σε πολλά χρόνια φλεγμονώδη αυτοάνοσα νοσήματα. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της έκφρασης της βισφατίνης σε ασθενείς με παθήσεις του θυρεοειδούς και η συσχέτισή της με τα χαρακτηριστικά της νόσου.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 40 ασθενείς με θηλώδη καρκίνο του θυρεοειδούς, 20 ασθενείς με πολυοζώδη υπερπλασία και 20 υγιείς μάρτυρες. Τα επίπεδα έκφρασης της βισφατίνης εκτιμήθηκαν ποσοτικά στον ορό με ELISA. Οι διαφορές στην έκφραση της βισφατίνης μεταξύ των ομάδων ασθενών και οι πιθανές συσχετίσεις με τα δημογραφικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά της νόσου εκτιμήθηκαν στατιστικά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σημαντικά υψηλότερα επίπεδα της βισφατίνης παρατηρήθηκαν στους ασθενείς με παθήσεις του θυρεοειδούς σε σχέση με τους υγιείς ($p < 0,05$). Δεν καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα της βισφατίνης στους ασθενείς με καρκίνο θυρεοειδούς σε σχέση με τους ασθενείς με καλοήθεια, και σε σχέση με τους υγιείς. Η έκφραση της βισφατίνης δεν συσχετίστηκε με το φύλο, την ηλικία και τον δείκτη μάζα σώματος των συμμετεχόντων. Στους ασθενείς, τα επίπεδα της βισφατίνης δεν συσχετίστηκαν με το μέγεθος, τη μάζα και τον όγκο του θυρεοειδούς αδένα, την πολυκεντρικότητα, την ταξινόμηση κατά Bethesda και το θετικό οικογενειακό ιστορικό.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη της βισφατίνης στο θυρεοειδή περιλαμβάνει ελάχιστα και αντικρουόμενα αποτελέσματα, τα οποία πιθανώς αντικατοπτρίζουν την ετερογένεια της νόσου. Τα σημαντικά υψηλότερα επίπεδα της βισφατίνης στους ασθενείς με παθήσεις του θυρεοειδούς στην παρούσα μελέτη, υποστηρίζουν περαιτέρω την επίδραση του βιομορίου στην ετερογενή παθογένεια του θυρεοειδούς αδένα.

118. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΞΕΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Γ. Ζαγκότσης[1], Ν. Σαμπάνης[1], Μ. Μάρκου[2], Ε. Κατσίπη[1], Π. Παπανικολάου[1]
[1]Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Λιβαδειάς, [2]Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού υπερπαραθυρεοειδικής κρίσης, η οποία οδήγησε σε ανάπτυξη συνδρόμου οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS). Ως υπερπαραθυρεοειδική κρίση περιγράφεται η υπερασβεστιαιμία λόγω πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού, με ασβέστιο ορού (Ca) > 14 mg/dl και οξεία εμφάνιση συμπτωμάτων υπερασβεστιαιμίας, η οποία μπορεί να καταλήξει σε πολυοργανική ανεπάρκεια και θάνατο, συνήθως στα πλαίσια παγκρεατίτιδας.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας 72 ετών με στεφανιάια νόσο, μόνιμο βηματοδότη και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια διαγνώσθηκε προ εξαμήνου με αδένωμα παραθυρεοειδούς αδένα. Λάμβανε σινακαλσέτη και είχε συστηθεί παραθυρεοειδεκτομή στην οποία δεν είχε υποβληθεί.
Προσήλθε λόγω λήθαργου και εμέτων από 4ημέρου. Ανευρέθηκαν εξαιρετικά υψηλές τιμές Ca (23,4 mg/dl) και παραθορμόνης (3822 pg/ml). Παρουσίαζε λευκοκυττάρωση (WBC: 14500), αύξηση των δεικτών φλεγμονής (CRP: 17,4 mg/dl), επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας (Cr: 2,7 mg/dl), ήπια τρανσαμινασαιμία και υπερχολερυθριναιμία (AST: 162 U/l, ALT: 98 U/l, tbil: 1,6 mg/dl) και οριακά αυξημένη αμυλάση (240 U/l). Η ακτινογραφία θώρακος και το υπερηχογράφημα κοιλίας δεν ανέδειξαν ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής έλαβε επιθετική ενδοφλέβια ενυδάτωση, φουροσεμίδη, σιπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη. Χορηγήθηκε ζολενδρονικό οξύ και υποβλήθηκε σε δύο συνεδρίες αιμοκάθαρσης με αποτέλεσμα την κλινική βελτίωση και την μείωση του Ca σε 14,3 mg/dl. Το δεύτερο 24ωρο παρουσίασε αναπνευστική ανεπάρκεια και καταπληξία. Η αξονική τομογραφία θώρακα ανέδειξε εικόνα συμβατή με ARDS. Έλαβε μεροπενέμη, βανκομυκίνη, κορτικοειδή και αγγειοσυσπαστικά αλλά απεβίωσε μετά από 6 ώρες κατά την μεταφορά του σε ΜΕΘ.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η εμφάνιση ARDS χωρίς την ταυτόχρονη εκδήλωση παγκρεατίτιδας περιγράφεται πολύ σπάνια σε περιπτώσεις υπερασβεστιαιμίας με τιμές Ca > 20 mg/dl. Συνήθως τα περιστατικά αφορούν κακοήθη νεοπλάσματα και όχι πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό και ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός δεν είναι ιδιαίτερα κατανοητός. Η ίδια η υπερασβεστιαιμία ενοχοποιείται για βλάβη της κυψελιδικής μεμβράνης λόγω εναποθέσεων αλάτων ασβεστίου και παραγωγής προφλεγμονωδών κυτταροκινών.

119. ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΜΕΘ

Μ. Γεωργοπούλου[1], Σ. Δημόπουλος[1,2], Ν. Ρούβαλη[1], Χ. Κιντή[1], Μ. Μαυράκη[1], Δ. Δουμπού[1], Θ. Πιτσόλης[1], Ι. Μπισιάδης[1], Δ. Μαρκαντωνάκη[1], Κ. Παπαδόπουλος[1], Α. Τασούλη[1], Α. Μαραθιά[1], Σ. Νανάς[2], Α. Καραμπίνης[1]

[1]Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο ΚΡΧ Κέντρο, [2]Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η αξιολόγηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα που εμφανίζουν μετεγχειρητικά οι καρδιοχειρουργημένοι ασθενείς, στην διάρκεια νοσηλείας στην Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για μια προοπτική κλινική μελέτη στην οποία έλαβαν μέρος 210 διαδοχικοί ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση και νοσηλεύονται στη ΜΕΘ του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου (ΩΚΚ) κατά το χρονικό διάστημα 03/2019-06/2019. Κριτήρια αποκλεισμού συμμετοχής στη μελέτη ήταν η ηλικία < 18 ετών και η κύηση. Εξασφαλίστηκε η τήρηση της ανωνυμίας και του απορρήτου. Η παρακολούθηση της τιμής της γλυκόζης πλάσματος των ασθενών έγινε άμεσα μετεγχειρητικά κι εν συνεχεία ανά 2-3 ώρες καθημερινά και για διάστημα επτά ημερών ή νωρίτερα επί εξόδου από τη ΜΕΘ. Για τον έλεγχο της γλυκόζης αίματος τηρήθηκε το υπάρχον πρωτόκολλο της ΜΕΘ σε ότι αφορά τη χορήγηση υποδόριας ή ενδοφλέβιας ινσουλίνης. Έγινε κατηγοριοποίηση των ασθενών ανάλογα με τη μέση συνολική τιμή γλυκόζης αίματος που είχαν καθ'όλη τη διάρκεια παραμονής τους στη Καρδιοχειρουργική ΜΕΘ. Εκτός από την μέση συνολική κατανομή γλυκόζης αίματος των καρδιοχειρουργημένων ασθενών υπολογίσθηκε και το ποσοστό των ασθενών με τιμές >180mg/dl για τις 3 πρώτες ημέρες νοσηλείας τους στην ΜΕΘ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τη μελέτη μας προκύπτει ότι το 56% των καρδιοχειρουργημένων ασθενών έχουν μέση συνολική τιμή γλυκόζης μεταξύ 140 – 180 mg/dl, το 25% πάνω από 180 mg/dl και μόλις το 19% κάτω από 140 mg/dl. Κατά την 1η ημέρα νοσηλείας το 36% των ασθενών είχε γλυκόζη αίματος >180 mg/dl, κατά την 2η ημέρα το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 36% και την 3η ημέρα νοσηλείας το 30%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Από τη παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι ασθενείς στην Καρδιοχειρουργική ΜΕΘ άμεσα μετεγχειρητικά παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά γλυκόζης αίματος >180 mg/dl. Για το λόγο αυτό φαίνεται αναγκαία η θέσπιση δέσμης μέτρων για την βελτιστοποίηση και τον αποτελεσματικό έλεγχο της γλυκόζης αίματος στους ασθενείς αυτούς.

120. ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ν. Ρούβαλη[1], Σ. Δημόπουλος[1,2], Μ. Γεωργοπούλου[1], Χ. Κιντή[1], Μ. Μαυράκη[1], Δ. Δουμπού[1], Ε. Σπυροπούλου[1], Κ. Πέτσιος[1], Λ. Σαμαρτζής[2], Β. Τσαγκάρη[1], Ι. Κριαράς[1], Ε. Λυμπεροπούλου[1], Α. Ρόμπολα[1], Σ. Νανάς[2], Α. Καραμπίνης[1]

[1]Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο ΚΡΧ Κέντρο, [2]Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργική επέμβαση εμφανίζουν μετεγχειρητικά αυξημένο κίνδυνο παραληρηματικής διαταραχής κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στη ΜΕΘ. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να αξιολογήσουμε την εμφάνιση της παραληρηματικής συνδρομής σε αυτούς τους ασθενείς και να διερευνήσουμε τους παράγοντες κινδύνου.

ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν διαδοχικά όλοι οι ασθενείς άμεσα μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση που εισάγονται στη ΜΕΘ του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν ασθενείς με σοβαρές νοητικές προϋπάρχουσες διαταραχές και / ή σοβαρή εγκεφαλοπάθεια, ασθενείς με κρίσιμη κλινική κατάσταση με κίνδυνο θνησιμότητας >80%.

Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση της παραληρηματικής διαταραχής από την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ και καθημερινά κατά την αφύπνιση έως 7 ημέρες μετά τη 1η αξιολόγηση ή μέχρι την έξοδό τους από τη ΜΕΘ (αν συμβαίνει

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τη μελέτη μας προκύπτει ότι το 28% (N=57/202) των νοσηλευόμενων ασθενών στη ΜΕΘ μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση που εντάχθηκαν στη μελέτη εμφανίζει παραληρηματική διαταραχή. Οι ασθενείς με παραληρηματική διαταραχή είχαν μεγαλύτερη ηλικία (71±11 έναντι 65±13 έτη, $p < 0.001$), μεγαλύτερο ποσοστό χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ), (12 έναντι 4 %, $p=0.04$) μακρύτερη διάρκεια γενικής αναισθησίας μέχρι την αφύπνιση (540 (300 – 900) έναντι 300 (240 – 450) min, $p < 0.001$), τάση αυξημένου χρόνου εξωσωματικής υποστήριξης διεγχειρητικά (131±59 έναντι 117±49 min, $p=0.08$), μεγαλύτερο χρονικό διάστημα παραμονής σε μηχανικό αερισμό (1230 (774 – 1696) έναντι 717 (480 – 931) min, $p < 0,001$) και μεγαλύτερη υποστήριξη με ινότροπα και αγγειοσυσπαστικά (71% έναντι 29% $p < 0.05$)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση στη ΜΕΘ εμφανίζουν σε μεγάλο ποσοστό παραληρηματική διαταραχή που φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία, το ιστορικό ΧΝΑ, τη διάρκεια γενικής αναισθησίας και του μηχανικού αερισμού καθώς και με την καρδιο-κυκλοφορική υποστήριξη.

121. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΣΕ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Κ. Μπάκας[1], Σ. Μαντζούκης[2], Μ. Γερασίμου[3], Ε. Κοσμά[1], Ό. Υγροπούλου[1], Δ. Λεπίδα[1], Α. Λιαρμακοπούλου[1], Δ. Ρίζος[1], Ο. Μουσαφίρη[1]

[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», [2]Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», [3]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

ΣΚΟΠΟΣ: Η πνευμονική εμβολή παρατηρείται σε έδαφος διαφόρων καταστάσεων που χαρακτηρίζονται από υπερίσχυση των προθρομβωτικών έναντι των αντιθρομβωτικών παραγόντων. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να καταδείξει την εγρήγορση που θα πρέπει να υπάρχει για την έγκαιρη διάγνωση της.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 57 ετών πολυτραυματίας μετά από τροχαίο ατύχημα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής διακομίστηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» από περιφερειακό νοσοκομείο όπου διασωληνώθηκε ως πολυτραυματίας μετά από τροχαίο ατύχημα. Η αξονική εγκέφαλου ανέδειξε πολλαπλά κατάγματα κροταφομετωποβρεγματικά δεξιά, μικρό υπο-επισκληρίδιο αιμάτωμα σύστοιχα και παρουσία υπαραχνοειδούς αιμορραγίας. Η αξονική θώρακα ανέδειξε πνευμοθώρακα δεξιά για τον οποίο ετέθη παροχέτευση ενώ η αξονική κοιλίας ήταν φυσιολογική. Ο ασθενής, ετέθη από την 1 ημέρα σε μπότες εναλλασσόμενης συμπίεσης και προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή (fondaparinux 2.5 mg 1x1). Αποσωληνώθηκε μετά από 8 ημέρες και μετά από 2 ημέρες παρουσίασε ήπια υποξυγοναιμία, ταχύπνοια και πυρετική κίνηση έως 38.5°C. Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε σημείο MCCONNEL, ήπια ανεπάρκεια τριγλώχινας και συστολική επιπέδωση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, σημεία ενδεικτικά φόρτισης πίεσης της δεξιάς κοιλίας. Η αξονική αγγειογραφία ανέδειξε εικόνα θρόμβωσης κεντρικά της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας και το triplex φλεβών κάτω άκρων εικόνα θρόμβωσης μείζονος σαφηνούς φλέβας από το επίπεδο της σαφηνομηριαίας συμβολής έως την μεσότητα του μηρού. Ο ασθενής ετέθη σε θεραπευτική δόση χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνης (λόγω αιμοδυναμικής σταθερότητας) με βελτίωση της κλινικής του εικόνας της επόμενες μέρες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πνευμονική εμβολή πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη ως ενδεχόμενο σε πολυτραυματίες ασθενείς (ακόμα και αν λαμβάνουν προφυλακτική αγωγή) λόγω της έντονων προθρωμβωτικών δεδομένων που συνοδεύουν αυτή την κατάσταση.

122. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

123. ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ)

Κ. Μπάκας[1], Σ. Μαντζούκης[2], Μ. Γερασίμου[3], Α. Λιαρμακοπούλου[1], Δ. Λεπίδα[1], Ε. Κοσμά[1], Ό. Υγροπούλου[1], Δ. Ρίζος[1], Ο. Μουσαφίρη[1]

[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [3]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

ΣΚΟΠΟΣ: Τα αποτελέσματα της υπερηχοκαρδιογραφίας καθορίζουν συχνά το θεραπευτικό πλάνο ιδίως σε σοβαρά πάσχοντες. Σκοπός της εργασίας είναι ακριβώς η ανάδειξη αυτού του ρόλου της υπερηχοκαρδιογραφίας στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.
ΥΛΙΚΟ: 161 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων από 1/1/2019 έως 31/12/2019.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διενεργήθηκαν συνολικά 261 (220 διαθωρακικά και 41 διοισοφάγεια) υπερηχοκαρδιογραφήματα σε διασωληνωμένους ασθενείς. Μετά από την υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη, αλλάχθηκε άμεσα η θεραπευτική προσέγγιση στις 205 περιπτώσεις (78%). Η αλλαγή στις θεραπευτικές επιλογές ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό μετά από το διοισοφάγειο υπέρηχο (38 στις 41 μελέτες,92%) λόγω κακού ακουστικού παράθυρου των ασθενών για διαθωρακικό υπέρηχο και των υψηλών τελοεκπνευστικών πιέσεων στους διασωληνωμένους ασθενείς που εμποδίζουν την λήψη καλών ποιοτικά εικόνων.
Οι θεραπευτικές αλλαγές αφορούσαν:
1. αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής
-μείωση ή αύξηση δουρητικής αγωγής 66 περιπτώσεις
-έναρξη β-αναστολέα (σε συστολική δυσλειτουργία αρ. κοιλίας) 13 περιπτώσεις
-έναρξη αντιβίωσης για ενδοκαρδίτιδα 1 περίπτωση
-έναρξη αντιπηκτικής αγωγή για παρουσία θρόμβου στην αριστερή κοιλία και στο ωτίο του αριστερού κόλπου. 3 περιπτώσεις
2. επείγουσα θρομβόλυση 2 περιπτώσεις
3. μείωση ή αύξηση της ινότροπης υποστήριξης 28 περιπτώσεις
4. καρδιοχειρουργική επέμβαση 1 περίπτωση
5. διαχείριση υγρών 66 περιπτώσεις
6. Έναρξη levosimendan 10 περιπτώσεις
7. Διενέργεια CTPA προς επιβεβαίωση πνευμονικής εμβολή 5 περιπτώσεις
8. παρακέντηση πλευριτικής συλλογής 10 περιπτώσεις
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ρόλος του υπερηχοκαρδιογραφήματος είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην ΜΕΘ, με πολύ υψηλή επίδραση στην λήψη θεραπευτικών αποφάσεων για τους σοβαρά πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ. Η υπερηχοκαρδιογραφία θα πρέπει να είναι διαθέσιμη σε κάθε ΜΕΘ και να περιλαμβάνεται στην βασική εκπαίδευση των εξειδικευόμενων ιατρών.

124. ΕΚΒΑΣΗ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ACINETOBACTER BAUMANNII ΚΑΙ KLEBSIELLA PNEUMONIAE ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2011-2019

Μ. Κάτσιαρη[1], Κ. Ντόρλης[1], Α. Καναβού[1], Α. Μαυροειδή[2], Α. Βουλγαρίδης[1], Α. Σάκκαλης[1], Μ. Λάσκου[1], Α. Κουνουγέρη[1], Ε. Πάλλα[2], Χ. Μαθάς[1], Χ. Νικολάου[1], Ε. Πλατσούκα[2]

[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», [2]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των κλινικών χαρακτηριστικών των αποβιωσάντων ασθενών ΜΕΘ, οι οποίοι εμφάνισαν μικροβιαιμία από ανθεκτικά στις καρβαπενέμες(CR) είτε Acinetobacterbaumannii(Aba) είτε Klebsiellapneumoniae (Kpn).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης (2011-2019) σε μία πολυδύναμη ΜΕΘ 9 κλινών. Οι ασθενείς με μονομικροβιακή ανάπτυξη στις αιμοκαλλιέργειες CRAba (128) και CRKpn (67) διαχωρίστηκαν σε 2 ομάδες για κάθε παθογόνο, αναλόγως της έκβασής τους εντός ΜΕΘ. Στους ασθενείς αυτούς κατεγράφησαν δημογραφικά στοιχεία, δείκτες βαρύτητας, αιτία εισαγωγής στη ΜΕΘ, συν-νοσηρότητες (σακχαρώδης διαβήτης, ΧΝΑ κ.λ.), χρόνος νοσηλείας στο νοσοκομείο και στη ΜΕΘ προ και μετά τη διάγνωση της λοίμωξης και λήψη αντιμικροβιακής αγωγής. Στη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν chi-square και t test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αδρή θνητότητα για τους ασθενείς με μικροβιαιμία από CRAba και CR Kpn ήταν συγκρίσιμες (57,8%vs58,2%). Οι ασθενείς που απεβίωσαν συγκριτικά με αυτούς που επιβίωσαν παρουσίασαν:α) CRAba: διπλάσια επίπτωση δευτεροπαθούς μικροβιαιμίας (55,4%vs22,2%, p<0,001) και μεγαλύτερο χρόνο προηγηθείσας νοσηλείας σε θάλαμο [7(2-18)vs2 (1-5), p=0,002), β) CRKpn: υψηλότερο APACHE II κατά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ (25,1±8,2vs17,1±6,9, p<0.001), ενώ κατά την ημέρα της μικροβιαιμίας ελάμβαναν σε 4πλάσια συχνότητα τιγεκυκλίνη (39,5%vs10,3%, p=0,017) και νεφρική υποκατάσταση (47,4%vs 10,3%, p=0,003) και σε 5πλάσια συχνότητα κορτικοστεροειδή (52,6%vs 10,3%, p<0,001), γ) στη σύγκριση των CRAba και CRKpn, η νεφρική υποκατάσταση (24,3%vs47,4%, p=0,024) και τα κορτικοστεροειδή (29,8%vs 52,6%, p=0,003) ήταν σχεδόν διπλάσια στην ομάδα των ασθενών CRKpn που απεβίωσαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θνητότητα των ασθενών με μικροβιαιμία είτε από CRAba είτε από CRKpn είναι πολύ υψηλή (≈58%). Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές σχετικά με τις συν-νοσηρότητες των ασθενών. Υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας και χορήγηση κορτικοστεροειδών ήταν συχνότερη στους ασθενείς CRKpn που απεβίωσαν, συγκρινόμενοι είτε με τους ασθενείς CRKpn που επιβίωσαν, είτε με τους ασθενείς CRAba που κατέληξαν.

125. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ)

Κ. Μπάκας[1], Σ. Μαντζούκης[2], Μ. Γερασίμου[3], Δ. Λεπίδα[1], Δ. Ρίζος[1], Ε. Κοσμά[1], Ό. Υγροπούλου[1], Ο. Μουσαφίρη[1]

[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Ι. «Γ.Χατζηκώστα», [2]Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Ι. «Γ.Χατζηκώστα», [3]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ι. «Γ.Χατζηκώστα»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η ανάδειξη του σημαντικότατου ρόλου της υπεηχοκαρδιογραφίας στην λήψη αποφάσεων στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας περιφερειακού νοσοκομείου.
ΥΛΙΚΟ: 161 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων από 1/1/2019 έως 31/12/2019.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Απο 1/3/2019 υπήρξε η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε υπέρηχο καρδίας και καθώς και ειδικευμένοι καρδιολόγοι στην ΜΕΘ του νοσοκομείου μας. Συνολικά διενεργήθηκαν 261 υπερηχοκαρδιογραφικές μελέτες. 65 από τους 161 ασθενείς υποβλήθηκαν σε 2 ή περισσότερες υπερηχοκαρδιογραφικές μελέτες. 220 από τις παραπάνω μελέτες έγιναν διαθωρακικά και 41 διοισοφάγεια.
Οι ενδείξεις ήταν:

- εκτίμηση συστολικής λειτουργίας αρ. κοιλίας--->92 (35%)
- εκτίμηση αιτιών υπότασης---->36 (14%)
- πνευμονικό οίδημα---> 44 (17%)
- πιθανή ενδοκαρδίτιδα---->12 (5%)
- εκτίμηση περικαρδιακής και πλευριτικής συλλογής-----> 30 (12%)
- εκτίμηση συστολικής λειτουεγίας δεξιάς κοιλίας--->29 (12%)
- μετά από ανακοπή (Post arrest echo) ------>8 (3%)
- εκτίμηση βαλβιοδοπάθειας---> 8 (3%)
- αορτικός διαχωρισμός ---> 1
- πιθανή δωρεά οργάνων -----> 1

Μετά από την υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη, αλλάχθηκε άμεσα η θεραπευτική προσέγγιση σε 205 περιπτώσεις (78%). Οι υπερηχοκαρδιογραφικές μελέτες διενεργήθηκαν άμεσα, σε αντίθεση με τα προηγούμενα έτη, όπου δεν υπήρχε η διαθεσιμότητα και υπήρχε μια καθυστέρηση από τους καρδιολόγους από 30 min έως 24 h (μέσος όρος 8h).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία υπερηχοκαρδιογράφου και ειδικευμένων καρδιολόγων συνέφερε σημαντικά στην διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών καθιστώντας την ύπαρξη άμεσα διαθέσιμου υπερηχοκαρδιογραφήματος απαραίτητη σε κάθε ΜΕΘ.

126. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΑΜΕΣΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Χ. Κιντή[1], Σ. Δημόπουλος[1,2], Γ. Ζαγκότσης[3], Ι. Βασιλειάδης[4], Ν. Ρούβαλη[1], Μ. Γεωργοπούλου[1], Μ. Μαυράκη[1], Ε. Σπυροπούλου[1], Δ. Μαρκαντωνάκη[1], Α. Ρόμπολα[1], Α. Τασούλη[1], Α. Μαραθιά[1], Σ. Νανάς[2], Α. Καραμπίνης[1]

[1]Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο ΚΡΧ Κέντρο, [2]Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [3]Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Λειβαδειάς, [4]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Νοσοκομείο Σωτηρία

ΣΚΟΠΟΣ: Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργική επέμβαση δύναται να παρουσιάσουν επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της οξείας νεφρικής βλάβης (ΟΝΒ) των ασθενών της ΜΕΘ άμεσα το πρώτο 24ωρο μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου.

ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 199 διαδοχικοί ασθενείς της ΜΕΘ (60 γυναίκες) μετά από προγραμματισμένη καρδιοχειρουργική επέμβαση στο Ωνάσειο καρδιοχειρουργικό κέντρο κατά τη περίοδο 03/2019-06/2019. Η αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας πραγματοποιήθηκε προεγχειρητικά και 24 ώρες μετά το τέλος της καρδιοχειρουργικής επέμβασης. Ως οξεία νεφρική βλάβη - ΟΝΒ (Acute Kidney Injury – AKI) θεωρήθηκε η αύξηση της κρεατινίνης ορού κατά 0,3 mg/dl, σύμφωνα με ταξινόμηση KDIGO.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά το πρώτο 24ωρο ΟΝΒ εμφάνισαν 46 ασθενείς (23,1%). Οι ασθενείς που εμφάνισαν ΟΝΒ λάμβαναν σε υψηλότερο ποσοστό αγγειοσυσπαστικά (νοραδρεναλίνη – βασοπρεσσίνη), (54 έναντι 26 %, p < 0.001) είχαν μεγαλύτερη διάρκεια εξωσωματικής κυκλοφορίας [«AKI group»: median 119 (104 – 164) min, έναντι «no AKI group»: median 106 (80 – 142) min, *p=0.027*], μακρύτερη διάρκεια χορήγησης καταστολής έως την αφύπνιση [«AKI group»: median 490 (300 – 780) min έναντι «no AKI group»: median 300 (240 – 540) min, *p≤0.001*] και διάρκεια υποστήριξης με μηχανικό αερισμό [«AKI group»: median 1084 (732 – 1913) min, «no AKI group»: median 720 (534 – 1073) min, *p ≤0.0001*]. Τέλος, ασθενείς που εμφάνισαν ΟΝΒ είχαν σημαντικά υψηλότερο θετικό ισοζύγιο υγρών κατά το πρώτο 24ωρο [«AKI group»: median 1038 (363 – 1859) ml, έναντι «no AKI group»: median 501 (23 – 1239) ml, *p=0.005*].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται σε ΜΕΘ μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση εμφανίζουν συχνά ΟΝΒ. Η εμφάνιση ΟΝΒ στους ασθενείς αυτούς φαίνεται να σχετίζεται με την χρονική διάρκεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας, της καταστολής και της υποστήριξης με μηχανικό αερισμό, αλλά και με το θετικό ισοζύγιο και τη χορήγηση αγγειοσυσπαστικών.

127. ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟΝ ΟΡΟΦΟ: ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΛΥΣΗ ΜΕ ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Ε. Χρυσανθοπούλου, Π. Σιμιτσής, Α. Σακέλλιου, Μ. Λιγνός, Χ. Διακάκη, Μ. Θεοδωρακοπούλου, Ε. Καραμπελά, Α. Αρμαγανίδης

Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη της νοσοκομειακής έκβασης νοσηλείας βαρέως πασχόντων ασθενών και η συσχέτιση της με την παρουσία τραχειοστομίας

ΥΛΙΚΟ: Από τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) κατά το έτος 2018 (N=231) επιλέχθηκαν οι ασθενείς που εξήλθαν από τη μονάδα και επέστρεψαν στον όροφο προέλευσης τους. Πέραν των ασθενών που κατέληξαν κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ εξαιρέθηκαν οι ασθενείς με περισσότερες από μια εισαγωγές καθώς και όσοι δεν διασωληνώθηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 91 ασθενείς μέσης ηλικίας 59 (±18) ετών εξήλθαν από τη ΜΕΘ μετά από νοσηλεία διάμεσης διάρκειας 10 ημερών. Οι ασθενείς ήταν συνηθέστερα άντρες (67%) και ισοκαταναμημένοι ως προς τον τομέα προέλευσης. Μετά από νοσηλεία διάμεσης διάρκειας δέκα ημερών (IQR 14.5) δύο στους τρεις ασθενείς εξήλθαν του νοσοκομείου ενώ το 23% απεβίωσε. Η έκβαση νοσηλείας δεν φάνηκε να σχετίζεται με την ηλικία (p=0.58), το φύλο (p=0.56), τη χρόνια ανεπάρκεια οργάνου (νεφρική, καρδιακή, αναπνευστική:p>0.05) ή την παρουσία νεοπλασματικής νόσου (p=0.8). Από τους 91 συμμετέχοντες, οι 66 εξήλθαν της ΜΕΘ επιτυχώς αποσωληνωμένοι και το 89% αυτών (N=59) εξήλθαν του νοσοκομείου. Από τους 25 ασθενείς που επέστρεψαν στον όροφο φέροντες τραχειοστομία, απεβίωσε το 56% (N=14). Η παρουσία τραχειοστομίας φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την αρνητική έκβαση νοσηλείας (p<0.001) δεκαπλασιάζοντας τον κίνδυνο θνητότητας συγκριτικά με αυτούς που εξήλθαν της ΜΕΘ αποσωληνωμένοι (OR 10.7 CE 95% 3.5-32.6). Η αναγκαιότητα διατήρησης τραχειοστομίας φάνηκε να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα αρνητικής έκβασης νοσηλείας ακόμα και σε υψηλού κινδύνου ομάδες ασθενών όπως ασθενείς με ιστορικό χρόνιας αναπνευστικής νόσου (p=0.3) ή ασθενείς με επεισόδιο αναταχθείσας καρδιοαναπνευστικής ανακοπής πριν την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ (p=0.6)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: η παρουσία τραχειοστομίας σε ασθενείς που νοσηλεύονται εκτός μονάδας, και σε μη εξειδικευμένο περιβάλλον, αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα για αρνητική έκβαση νοσηλείας.

128. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΥΪΚΗΣ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΤΗΣ ΜΕΘ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Β. Ράιδου[1], Σ. Δημόπουλος[1,2], Δ. Ελαιόπουλος[2], Α. Τασούλη[2], Φ. Χατζηβασίλογλου[1], Ε. Λυμπεροπούλου[2], Α. Αντουβά[2], Α. Ρόμπολα[2], Κ. Σακκή[1], Σ. Νανάς[1], Α. Καραμπίνης[2]

[1]Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο ΚΡΧ Κέντρο

ΣΚΟΠΟΣ: Η μυϊκή αδυναμία αποκτηθείσα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) φαίνεται να σχετίζεται με την απώλεια μυϊκής μάζας και ισχύος προκαλώντας δυσκολία στον απογαλακτισμό από τον αναπνευστήρα και παράταση του χρόνου νοσηλείας στη μονάδα. Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη της επίδρασης της εμφάνισης μυϊκής αδυναμίας της ΜΕΘ στους ασθενείς μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση.

ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη εντάχθηκαν διαδοχικά οι ασθενείς που εισήχθησαν στην Καρδιοχειρουργική ΜΕΘ μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση σε διάστημα εντός 24 ωρών. Αξιολογήθηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά και η διεγχειρητική έκβαση καθώς και η μυϊκή τους δύναμη με την κλίμακα «Medical Research Council» (MRC), ανά 48 ώρες, από την 1η έως την 7η μέρα νοσηλείας στη μονάδα ή κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 221 ασθενείς, την 1η μέρα νοσηλείας αξιολογήθηκε το 52% (N=86/165) των ασθενών, την 3η ημέρα το 59% (N=40/67) των νοσηλευομένων, την 5η ημέρα το 85% (N=17/20) και την 7η ημέρα το 50% (N=7/14) των ασθενών της μονάδας. Οι ασθενείς με σκορ ≤ 48 στην κλίμακα MRC την 3η μέρα νοσηλείας υποστηρίχτηκαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο μηχανικό αερισμό (44 ± 14 vs 19 ± 9 ώρες, p=0.006) και η διάρκεια εξωσωματικής κυκλοφορίας κατά το χειρουργείο ήταν μεγαλύτερη (159 ± 91 vs 112 ± 71 λεπτά, p=0.025).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μυϊκή αδυναμία της ΜΕΘ σχετίζεται με την παρατεταμένη παραμονή στο μηχανικό αερισμό και τη μεγάλη διάρκεια εξωσωματικής κυκλοφορίας κατά το χειρουργείο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργική επέμβαση.

129. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Φ. Χατζηβασίλογλου[1], Σ. Δημόπουλος[1,2], Β. Ράιδου[1], Κ. Σακκή[1], Δ. Ελαιόπουλος[2], Δ. Μαρκαντωνάκη[2], Κ. Παπαδόπουλος[2], Ι. Κριαράς[2], Α. Μαραθιά[2], Σ. Νανάς[1], Α. Καραμπίνης[2]

[1]Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Καρδιοχειρουργική ΜΕΘ, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

ΣΚΟΠΟΣ: Οι επιπλοκές του αναπνευστικού συστήματος κατόπιν καρδιοχειρουργικής επέμβασης είναι συχνές, με σοβαρές συνέπειες για τους ασθενείς και το σύστημα υγείας. Η διάγνωση βασίζεται στην ακτινογραφία θώρακος επί κλίνης, με μειωμένη διαγνωστική ακρίβεια. Ο υπέρηχος πνεύμονα είναι αξιόπιστος, γίνεται με ταχύτητα και ασφάλεια, παρακλίνια, χωρίς έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία, ενώ απαιτείται μικρός χρόνος εκπαίδευσης. Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η καταγραφή των επιπλοκών του αναπνευστικού με τη χρήση υπερήχου άμεσα κατόπιν καρδιοχειρουργικής επέμβασης και η ανάδειξη του σημαντικού ρόλου της υπερηχογραφίας πνεύμονα στην καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη εντάχθηκαν διαδοχικά 221 ασθενείς που εισήχθησαν στην καρδιοχειρουργική ΜΕΘ του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου κατόπιν καρδιοχειρουργικής επέμβασης. Πραγματοποιήθηκε υπέρηχος πνεύμονα σε 170 εξ'αυτών άμεσα μετεγχειρητικά (εντός 24αώρου από την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ). Αποκλείσθηκαν οι ασθενείς που ο υπέρηχος πνεύμονα ήταν τεχνικά ανέφικτος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ατελεκτασία αναγνωρίσθηκε στο 71% των ασθενών, υπεζωκοτική συλλογή στο 94%, διάμεσο-κυψελιδικό πρότυπο στο 26% και πύκνωση στο 14%. Συχνότερα ανιχνεύθηκε ατελεκτασία στο αριστερό ημιθωράκιο συγκριτικά με το δεξιό, ενώ δεν σημειώνεται σημαντική διαφορά στην εντόπιση των λοιπών ευρημάτων. Οι ανωτέρω επιπλοκές δεν συσχετίσθηκαν σημαντικά με το είδος του χειρουργείου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τη παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι ασθενείς μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση στη ΜΕΘ παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ατελεκτασιών και υπεζωκοτικής συλλογής, ενώ διάμεσο κυψελιδικό σύνδρομο σε χαμηλότερο ποσοστό. Καθώς η υπερηχογραφία πνεύμονα διεξήχθη άμεσα μετεγχειρητικά (εντός 24ώρου), το ποσοστό ενδονοσοκομειακής πνευμονίας ήταν μηδενικό. Η έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών αυτών είναι μείζονος σημασίας και τίθεται ταχέως και αξιόπιστα μέσω του υπερήχου πνεύμονα.

130. ΔΕΙΚΤΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΕΣ – ΜΙΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Α. Ζαφείρης[1], Δ. Δελής[1], Σ. Δημόπουλος[1,2], Ο. Παπαζάχου[1,3], Ι. Βασιλειάδης[1,4], M. Al Shamari[1], Α. Τριπολιτσιώτης[5], Α. Σταμάτης[5], Σ. Νανάς[1], Ε. Καρατζάνος[1]

[1]Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης και Αποκατάστασης, 1η ΚΕΘ, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [2]Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΩΚΚ, [3]Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Έλενα Βενιζέλου», Αθήνα, [4]ΜΕΘ, 1η Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [5]Αρχηγείο Πυροσβεστικού Σώματος, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο ικανότητας για άσκηση και η ύπαρξη παραγόντων καρδιοαγγειακού κινδύνου σε επαγγελματίες πυροσβέστες.

ΥΛΙΚΟ: Το δείγμα αποτελούνταν από 26 άρρενες μάχιμους επαγγελματίες πυροσβέστες (ηλικία: 41,23±5,69 έτη), οι οποίοι προσήλθαν εθελοντικά στο εργαστήριο, συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο για τη διαστρωμάτωση καρδιαγγειακού κινδύνου σε υγιή άτομα και υποβλήθηκαν σε μέγιστη καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης σε κυκλοεργόμετρο. Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν η ηλικία (≥35 ετών) και ο χρόνος υπηρεσίας (≥8 ετών). Ως ελάχιστο όριο μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (VO_{2peak}) για την εκπλήρωση των καθηκόντων ετέθη η τιμή των 42 ml/kg/min. Οι παράγοντες κινδύνου που ελήφθησαν υπόψη ήταν: ηλικία, οικογενειακό ιστορικό, παχυσαρκία, κάπνισμα, καθιστική ζωή, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, προδιαβήτης και υψηλή HDL (αρνητικός παράγοντας).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η VO_{2peak} ήταν 40,47±7,11 ml/kg/min (107±16 της προβλεπόμενης VO_{2peak}. Το ελάχιστο όριο VO_{2peak} επετεύχθη από 13 (50%) συμμετέχοντες. Η πρόσληψη οξυγόνου στον αναερόβιο ουδό ήταν 23,33±6,7 ml/kg/min (62±16 της προβλεπόμενης VO_{2peak}). Περιορισμός στην εκπνευστική ροή κατά την άσκηση εμφανίστηκε σε 4 (15,4%) συμμετέχοντες. Σχετικά με το ερωτηματολόγιο και αθροιστικά, έως 1 παράγοντα κινδύνου είχαν 13 (50%) συμμετέχοντες, ενώ 13 (50%) ερωτηθέντες εμφάνισαν 2-4 παράγοντες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σημαντικό ποσοστό των επαγγελματιών πυροσβεστών παρουσίασαν χαμηλή ικανότητα για άσκηση, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του επαγγέλματος και αυξημένο αριθμό παραγόντων καρδιοαγγειακού κινδύνου. Διερεύνηση/βελτίωση της φυσικής κατάστασης και μείωση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου μπορεί να επιτευχθεί με προληπτικό έλεγχο και χρήση προγραμμάτων άσκησης. Τα αποτελέσματα αυτά απαιτούν διερεύνηση σε μεγαλύτερο αριθμό δείγματος.

131. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

132. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

133. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ι. Μουστάκας[1,2], Γ. Δρύλλης[3], Ε. Ανταλής[4], Γ. Πετρίκκος[5], Γ. Δαΐκος[3], Θ. Πιτταράς[1], Κ. Καραμπότσης[6], Κ. Λέγκου[7], Σ. Τσιόδρας[4]

[1]Μικροβιολογικό Τμήμα, Π.Γ.Ν. «Αρεταίειον», [2]Τμήμα Μικροβιολογίας, Βιοχημείας, Αιματολογίας, Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Α. «Metropolitan», [3]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»-Πανεπιστήμιο Αθηνών, [4]Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [5]Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [6]Νοσοκομείο «King's College», Λονδίνο, [7]Βιοϊατρική Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι βακτηριακές ουρογεννητικές λοιμώξεις (UTIs) που προκαλούνται από ανθεκτικούς σε πολλαπλά αντιμικροβιακά φάρμακα μικροοργανισμούς (MDROs), καθίστανται ένα ολοένα και περισσότερο σοβαρό πρόβλημα της δημόσιας υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξεταστεί η επιδημιολογία των επαναλαμβανόμενων ουρολοιμώξεων μαζί με τα πρότυπα αντιμικροβιακής αντοχής σε μια ομάδα ασθενών που παρακολουθήθηκαν ως εξωτερικοί ασθενείς σε κλινική λοιμώξεων ενός κέντρου τριτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Εξετάστηκαν 100 διαδοχικοί ασθενείς που πάσχουν από υποτροπιάζουσες UTIs και προσήλθαν για κλινική αξιολόγηση, παρακολούθηση και θεραπεία. Μικροβιολογικά αποτελέσματα από καλλιέργεια ούρων αναλύθηκαν. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν στην Ομάδα Α: ασθενείς με ≥3 ουρογεννητικές λοιμώξεις κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους μελέτης και Ομάδα Β: ασθενείς με ≤2 ουρογεννητικές λοιμώξεις. Επιπλέον, αξιολογήθηκαν τα πρότυπα αντιμικροβιακής αντοχής και η παρουσία των MDROs σε σχέση με τον αριθμό των ουρογεννητικών λοιμώξεων κατά τη διάρκεια περιόδου 3 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ομάδα Α είχε μέση 4.3 ± 1.7 UTIs κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους της μελέτης, ενώ οι ασθενείς στην ομάδα Β είχαν 1.9 ± 0.3 UTIs σε διάστημα 3 ετών. Το όριο της ηλικίας των 30 ετών σχετιζόταν με υψηλότερα ποσοστά UTIs. Το *E. coli* ήταν το κυρίαρχο απομονωμένο παθογόνο στο 96,2% των ασθενών. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη είχαν 3 φορές υψηλότερο κίνδυνο για ≥ 3 UTIs. Η αντίσταση στην ιμιπενέμη και στην κολιστίνη συσχετίστηκε με ιστορικό περισσοτέρων από 2 επεισοδίων UTIs αλλά παρατηρήθηκε σε μικρό αριθμό ασθενών με συν-νοσηρότητες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε αυτή την πιλοτική μελέτη, διαπιστώθηκε ανίχνευση MDROs σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζουσες UTIs. Το σημαντικό αυτό εύρημα υπογραμμίζει την ανάγκαιότητα για συνεχή επιδημιολογική επιτήρηση προκειμένου να βελτιωθεί η κατανόησή μας για την εξέλιξη της αντοχής σε μια κοινή λοίμωξη της κοινότητας καθώς και να εφαρμοστούν επιτυχημένες στρατηγικές πρόληψης.

134. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C (CHC): ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ» 2018-2019

Θ. Καραουλάνη[1], Σ. Τσαγκιά[2], Π. Αρμύρος[2], Β. Τσαϊρέλη[1], Φ. Φιλίππου[2], Ε. Ουρανού[2], Π. Λαμπρόπουλος[2], Μ. Θεοδώρου[3], Α. Κουντούρη[3], Κ. Καραμανλή[2], Α. Υφαντή[2], Π. Γκολφάκης[2], Μ. Ξυντάρης[2], Σ. Σολωμού[2], Α. Καπάταης[2]

[1]Γ.Ν.- Κ.Υ. Λήμνου, [2]Α' Παθολογική Κλινική-Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», [3]Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα» Γ.Ν.Ν.Π.-»Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα επιδημιολογικά και ιολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών με Ηπατίτιδα C μελετώνται συχνά στη βιβλιογραφία προκειμένου να τεκμηριωθούν συμπεράσματα σχετικά με τον τύπο ή τον υπότυπο της νόσου σε αναλογία με τον τρόπο μετάδοσης και τη μορφή της θεραπείας. Σκοπός της μελέτης μας είναιη καταγραφή των ασθενών με CHC, 2018-2019 και οι διαφοροποιήσεις τους σε σχέση με τον τρόπο μετάδοσης.
ΥΛΙΚΟ: 356 ασθενείς HCV, (235 άντρες/121 γυναίκες), από τους οποίους 287 ήταν Έλληνες και 169 ΧΕΝ που δεν είχαν υποβληθεί σε θεραπεία στο παρελθόν.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: HCV-RNA μη ανιχνεύσιμο παρουσίασε το 20,3% (72) των anti-HCV (+) ασθενών. 140 με CHC (39 ΧΕΝ) παρουσίασαν λοίμωξη με γονότυπο-1, 150 με γονότυπο-3(102 ΧΕΝ), 48(28 ΧΕΝ) με γονότυπο-4, 17(2 ΧΕΝ) με γονότυπο-2 και ένας με γονότυπο-6. Οι ΧΕΝ ήταν νεότεροι (μ.ο. 32,5 έναντι 45,7 έτη, p<0,001), στην πλειονότητά τους άρρενες (60% έναντι 40% γυναίκες p<0,001), Έλληνες (54,7% έναντι 45,3% p<0,001) και χαμηλότερο BMI (24,1 έναντι 25,2 p<0,012). Τα επίπεδα HCV-RNA ήταν συγκρίσιμα (920.024 έναντι 1.048.380 IU/ml, p=0,587) μεταξύ των δύο ομάδων, ενώ ο γονότυπος-3 ήταν ο επικρατέστερος στους ΧΕΝ (78,8%) ενώ ο 1 (67,4%) στους υπόλοιπους. Αξιοσημείωτη είναι η παρουσία του υποτύπου 1a στην πλειονότητα των ΧΕΝ (77,4%) σε αντίθεση με την παρουσία του υποτύπου 1b στην συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (91,4%) με CHC.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κατανομή των γονοτύπων και των υποτύπων της CHC λοίμωξης σχετίζεται ισχυρά με τον τρόπο μετάδοσης της λοίμωξης στους ασθενείς με CHC.

135. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΕ NHL

Π. Αρμύρος[1], Θ. Καραουλάνη[2], Σ. Τσαγκιά[1], Φ. Φιλίππου[1], Ε. Ουρανού[1], Π. Λαμπρόπουλος[1], Α. Κουντούρη[3], Μ. Θεοδώρου[3], Κ. Καραμανλή[1], Α. Υφαντή[1], Π. Γκολφάκης[1], Μ. Ξυντάρης[1], Σ. Σολωμού[1], Α. Καπάταης[1]

[1]Α' Παθολογική Κλινική-Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», [2]Γενικό Νοσοκομείο- Κ.Υ. Λήμνου, [3]Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»-Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρουσίαση ασυνήθους κλινικής περίπτωσης διερεύνησης ασθενούς με ασκιτική συλλογη σε NHL.
ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για ασθενή 86 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής Υπέρτασης, μικροισχαιμικού ΑΕΕ προ έτους, χωρίς ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή άλλων μεταβολικών νοσημάτων ο οποίος διεκομίσθη στα ΤΕΠ Γ' βαθμιου Νοσοκομείου λόγω εμπυρέτου, σύγχυσης, διάτασης κοιλίας. Από κλινική **εξέταση** διαπιστώθηκε διάταση κοιλίας, μετακινούμενη αμβλύτητα, δίχως οιδήματα άκρων και από αδρή νευρολογική εξέταση χωρίς σαφή παθολογία. Από τον **εργαστηριακό έλεγχο**: έκπτωση νεφρικης λειτουργίας, υπερασβεστιαιμία, ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, αύξηση δεικτών φλεγμονής (WBC,CRP), χωρίς τρανσαμινασαιμία ή αύξηση χολοστατικών ενζύμων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διερευνήθηκε περαιτέρω με:

- **απεικονιστικό έλεγχο- CT εγκεφάλου-θώρακος-κοιλίας** (με κύριο παθολογικό εύρημα τη παρουσία ασκιτικής συλλογής πέριξ των εντερικών ελίκων και περιηπατικά, περιοχικές διογκώσεις λεμφαδένων μεσοθωράκιο και κατά μήκος μεγάλων αγγείων),
- **TRIPLEX καρδίας** (χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα),
- **έλεγχο για HBV-HCV-HIV** ο οποίος υπήρξε αρνητικός,
- **ανοσολογικό έλεγχο** με ανοσοηλεκτροφόρηση πρωτείνων ορού ανέδειξε έπαρμα στη περιοχή β-γ ζωνών με μικρή αύξηση γ σφαιρινών, έγινε και ανοσοκαθήλωση ορού η οποία δεν ανέδειξε παθολογικό κλάσμα, δεν ανιχνεύτηκε λεύκωμα Bence-Jones στα ούρα, λοιπός ανοσολογικός έλεγχος με ANA (IFA), P-ANCA, Lkm-1, anti-MPO, anti-RP3 (αρνητικος), υψηλά επίπεδα β2 μικροσφαιρίνης, υψηλά επίπεδα καρκινικού δείκτη CA-125.
- **κυτταρολογική εξέταση του ασκιτικού υγρού** (ανέδειξε κυρίως φλεγμονώδη κύτταρα)
- **ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικου** ανέδειξε εικόνα οισοφαγίτιδος, διηθητικής γαστρίτιδας, οι συνοδές βιοψίες ανέδειξαν ευρήματα συμβατά με εικόνα διάχυτου Β-λεμφώματος από μεγάλα κύτταρα
- **μυελόγραμμα-οστεομυελική βιοψία** με ευρήματα Β-λεμφώματος.

Μετά τη σταθεροποίηση και έξοδο του ασθενούς έγινε **αιματολογική εκτίμηση**, ετέθη σε ερυθροποιητίνη και πρεδνιζολόνη. Δεν ετέθη σε σχήματα ΧΜΘ λόγω ηλικίας-γενικής κατάστασης. Εκτοτε η κλινική εικόνα του ασθενούς επιδεινώθηκε κυρίως λόγω λοιμώξεων (συνολικός χρόνος επιβίωσης μετά την έξοδό του απ το νοσοκομειο 2 μηνες)
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά τη διερεύνηση ασθενών με ασκιτική συλλογή πλην των συνήθων αιτιών να αποκλείονται και οι αιματολογικές κακοήθειες (κυρίως το Λέμφωμα) όταν ο εργαστηριακος έλεγχος για άλλες νοσηρότητες αποβαίνει αρνητικός.

136. ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C, ΜΕ ΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ, ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Φ. Παπακωνσταντίνου[1], Β. Παπαστεργίου[2], Ν. Αρνάς[1], Χ. Μανώλακα[1], Α. Χατζηαντωνίου[1], Μ. Τζωράκη[1], Α. Κατσίλη[1], Γ. Ντέτσκας[1], Χ. Ψέλλας[1], Α. Βολονάκη[1], Ε. Βαμβακά[1], Ε. Αναστασίου[1], Γ. Ψελλάκης[1], Σ. Καραταπάνης[1]

[1]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, [2]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι χρήστες τοξικών ουσιών αποτελούν μια δύσκολη στη προσπέλαση ομάδα ασθενών. Σκοπός της μελέτης ήταν να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C (με τα νεότερα αντιικά φάρμακα) με πρόσφατη ή ενεργό χρήση ΕΦ τοξικών ουσιών.

ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη μας έλαβαν μέρος 69 ασθενείς (Α/Γ=45/24) χρήστες ΕΦ τοξικών ουσιών. Οι περισσότεροι από αυτούς (50/69) ακολουθούν πρόγραμμα του ΟΚΑΝΑ. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε έλεγχο του HCV-RNA, του γονοτύπου του ιού και σε ελαστογραφία για την διαπίστωση του βαθμού της ηπατικής ίνωσης. Όλα τα άτομα με θετικό HCV-RNA υπεβάλλοντο σε αντιική αγωγή με τα νεότερα αντιικα φάρμακα ανάλογα με τον γονότυπο και τον βαθμό της ίνωσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, συνταγογράφηση της αγωγής έγινε και στους 69 ασθενείς. Από αυτούς οι 5 (7.2%) δεν την έλαβαν ποτέ, ενώ από τους υπόλοιπους που την ξεκίνησαν, άλλοι τρεις (4.3%) παραβίασαν σημαντικά το πρόγραμμα λήψης των φαρμάκων. Η πλειοψηφία των ασθενών που δεν έλαβε ποτέ τη θεραπεία ή παραβίασε σημαντικά το θεραπευτικό πρωτόκολλο δεν ακολουθούσε πρόγραμμα του ΟΚΑΝΑ. Από τους υπολοίπους ασθενείς που συμπλήρωσαν επιτυχώς την θεραπεία 14/61 (22.9%) δεν επανήλθαν στο τέλος της αγωγής για επανέλεγχο, αλλά αρκετά αργότερα. Συνολικά, σε πλήρη επανέλεγχο υπεβλήθησαν 51 (73.9%) ασθενείς και το ποσοστό μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης ήταν 100%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση αντιικής αγωγής σε χρήστες ΕΦ ουσιών ενδέχεται να παρουσιάζει αυξημένες δυσκολίες σε σχέση με την παρακολούθηση και την συμμόρφωση των ασθενών με το θεραπευτικό πρωτόκολλο. Ωστόσο, η πολυεπίπεδη προσέγγιση μέσω στενής συνεργασίας με τις δομές του ΟΚΑΝΑ μπορεί να οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης.

137. ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΓΕΦΥΡΩΣΗΣ

Μ. Ξυντάρης[1], Θ. Καραουλάνη[2], Σ. Τσαγκιά[1], Φ. Φιλίππου[1], Ε. Ουρανού[1], Π. Λαμπρόπουλος[1], Α. Κουντούρη[3], Μ. Θεοδώρου[3], Κ. Καραμανλή[1], Α. Υφαντή[1], Π. Γκολφάκης[1], Π. Αρμύρος[1], Σ. Σολωμού[1], Α. Καπάταης[1]

[1]Α' Παθολογική Κλινική-Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», [2]Γενικό Νοσοκομείο- Κ.Υ. Λήμνου, [3]Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»-Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας μας είναι να διαπιστώσουμε αν ο υπέρηχος ήπατος μαζί με την ελαστογραφια είναι σημαντικοί απεικονιστικοί έλεγχοι για την διάγνωση αυτοάνοσης ηπατίτιδας σε συνδυασμό με τον αντίστοιχο εργαστηριακό έλεγχο.

ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 36 ετών που εισήχθη στην κλινική με αναφερόμενο κοιλιακό άλγος δεξιού υποχόνδριου και δεκατική πυρετική κίνηση από ημερών. Από το ατομικό της ιστορικό προκύπτει θυρεοειδίτιδα Hashimoto υπό αγωγή με Τ4 88μg (1x1), λοίμωξη από Epstein Barr και φυσιολογικός τοκετός προ τετραμήνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε ικτερική χροιά με ευαισθησία στην εν τω βαθει ψηλάφηση του επιγαστρίου.Οι εντερικοί ήχοι ήταν παρόντες. (Αρτηριακή πίεση, 130/80 mmHg, SpO2 95%, Τ 36,1°C. Η.Κ.Γ: φλεβοκομβικός ρυθμός). Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθη υπερχολερυθριναιμία (↑ άμεση χολερυθρίνη), ↑ τρασναμινάσες στο αίμα καθώς και αύξηση των χολοστατικών ενζύμων (SGOT 658,SGPT 991,γ-GT 131,ALP 101, Tbil 7.05, Dbil 6.1, INR 1.33). Ο ανοσολογικός έλεγχος έδειξε: ASMA+,anti-LKM (+),KLM-1 (+),LC-1 (+), ↑ IgM:177,IgA:177, IgG:1154, τα ANA ασθενώς θετικά, ενώ τα αντι-DNA και AMA αρνητικά. Ο υπέρηχος ήπατος-χοληφόρων ανέδειξε υπερηχογραφική εικόνα οξείας χολοκυστίτιδας. Διενεργήθηκε βιοψία ήπατος η οποία ανέδειξε: σοβαρές αλλοιώσεις χρόνιας ηπατίτιδας σε οξεία παρόξυνση με χολοστατικές αλλοιώσεις και στοιχεία που συνηγορούν υπέρ αυτοάνοσου αιτιολογίας με έντονη λεμφοπλασματοκυτταρικη φλεγμονώδης διήθηση καθώς και εστιακές και συρρέουσες νεκροφλεγμονωδεις αλλοιωσεις εντός των λοβίων και παρουσία γεφυροποιού ίνωσης (σταδιου 4 κατα Ishak F3 kata Metavir), ψευδοροζετών ηπατοκυττάρων, αναγεννητικού τύπου. Απο την ελαστογραφία προκυπτει: 11,3 kPa και σπλήνα: 15,7.

Από την ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών πρόεκυψε: TP= 8.1 και γ-σφαιριναιμία: 35,60 (11,1-18/8%). Επίσης ευρέθη αυξημένη α1-Αντιθρυψινη (206) ενώ η σερουλοπλασμίνη ηταν εντός των φυσιολογικών ορίων 276,0 (200-600 mg/l.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διενέργεια υπερήχου ήπατος και ελαστογραφίας μπορεί να αναδείξουν σπάνια υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά όπως αυτά της γεφυροποιού ίνωσης και λίπωσης στο ηπατικό παρέγχυμα σε ασθενείς με αυτοάνοση ηπατίτιδα και να θέσουν την διάγνωση σε συνδυασμό με τον αντίστοιχο εργαστηριακό έλεγχο.

138. ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (ΗΚΚ)

Ι. Κετίκογλου[1], Φ. Παπακωνσταντίνου[2], Β. Παπαστεργίου[3], Γ. Καφίρη[1], Χ. Μανώλακα[2], Α. Χατζηαντωνίου[2], Μ. Τζωράκη[2], Ν. Αρνάς[2], Γ. Φρόνας[2], Γ. Γόμπος[2], Μ. Σταμπορη[2], Ε. Αναστασίου[2], Γ. Ψελλάκης[2], Σ. Καραταπάνης[2]

[1]Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», [2]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, [3]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι χρόνιες ηπατίτιδες που επιμένουν έχουν ως συνέπεια την δημιουργία κίρρωσης του ήπατος και ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Ο βαθμός καρκινογενέσης όμως δεν είναι ίδιος για τις διάφορες μορφές χρόνιας ηπατοκυτταρικής βλάβης. Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση των αιτιολογικών και επιδημιολογικών χαρακτηριστικών ασθενών με ΗΚΚ που διαγνώστηκαν σε δύο ηπατολογικά ιατρεία.
ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε όλους τους ασθενείς με επιβεβαιωμένο ΗΚΚ που διαγνώσαμε στα δύο κέντρα, στο διάστημα της τελευταίας δεκαετίας. Όλοι οι ασθενείς με ΗΚΚ ελέγχοντο για την ύπαρξη ενδεχόμενης χρόνιας ηπατικής βλάβης (ιολογικός, ανοσολογικός έλεγχος), και ελαμβάνοντο στοιχεία για την κατανάλωση αλκοόλ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά διαπιστώσαμε 98 ασθενείς με ΗΚΚ. Μέση ηλικία ασθενών 62.5 έτη (εύρος= 54-84), με υπεροχή των ανδρών Α/Γ= 65/33. Όσον αφορά την αιτιολογική διάγνωση της χρόνιας ηπατοπάθειας διαπιστώσαμε: 26 έπασχαν από χρόνια ηπατίτιδα Β (26.5%), 18 από αλκοολική ηπατοπάθεια (18.3%), 22 από χρόνια ηπατίτιδα C (22.4%), 8 ασθενείς από χρόνια ηπατίτιδα Β και αλκοολική ηπατοπάθεια (8.1%), 5 από χρόνια ηπατίτιδα C και αλκοολική ηπατοπάθεια (5.1%), 13 (13.2%) από κρυψιγενούς αιτιολογίας κίρρωση (πιθανότατα μη αλκοολική στετοηπατίτιδα) του ήπατος και 2 (2.0%) χωρίς ιστορικό χρόνιας ηπατικής νόσου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από το υλικό της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι οι συνηθέστερες αιτίες δημιουργίας ηπατοκυτταρικού καρκινώματος είναι η χρόνια ηπατίτιδα Β, η κατάχρηση αλκοόλ και η χρόνια ηπατίτιδα C. Σημαντικό ποσοστό ασθενών αναπτύσσουν ΗΚΚ σε έδαφος μη αλκοολικής στεατοηπατίτιδας. Αντιθέτως η δημιουργία ΗΚΚ είναι σπάνιο φαινόμενο σε ασθενείς με αυτοάνοσες παθήσεις του ήπατος.

139. ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗ A-FP ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ - ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Φ. Παπακωνσταντίνου[1], Β. Παπαστεργίου[2], Χ. Μανώλακα[1], Α. Χατζηαντωνίου[1], Ν. Αρνάς[1], Μ. Τζωράκη[1], Μ. Σταμπόρη[1], Γ. Ντέτσκας[1], Γ. Φρόνας[1], Ε. Βαμβακά[1], Ε. Αναστασίου[1], Σ. Παμπάκας[1], Σ. Καραταπάνης[1]
[1]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, [2]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η εμφάνιση πολύ αυξημένης τιμής α-εμβρυικής σφαιρίνης (a-FP) στον ορό (>400ng) σε ασθενή με χρόνια ηπατική νόσο συνδέεται συνήθως με την ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ). Είναι γνωστό επίσης ότι αυξημένη τιμή (a-FP) μπορεί να εμφανιστεί σε περιόδους ταχείας αναγεννητικής λειτουργίας του ήπατος (π.χ. οξεία ηπατίτιδα), αλλά σπάνια σε πολύ υψηλά επίπεδα. Σας παρουσιάζουμε τη περίπτωση μιας ασθενούς με χρόνια ηπατίτιδα C και αλκοολική ηπατίτιδα με έκδηλα αυξημένη a-FP, χωρίς την ύπαρξη ΗΚΚ.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Πρόκειται για γυναίκα ηλικίας 39 ετών με πρόσφατη διάγνωση χρόνιας ηπατίτιδας C. Στο ιστορικό της ανέφερε μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ το τελευταίο εξάμηνο. Η ασθενής εμφάνιζε ικτερική χροιά, σημεία εξάρτησης από το αλκοόλ, παθολογική ηπατική βιοχημεία και έκδηλα αυξημένη a-FP στον ορό (>3600ng, σε τρεις μετρήσεις). Η ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία για αποκλεισμό ΗΚΚ, που απέβη αρνητική για κακοήθεια. Για αποκλεισμό ΗΚΚ η ασθενής υποβλήθηκε και σε μαγνητική τομογραφία ήπατος με τη χρήση ειδικού σκιαγραφικού, χωρίς παρουσία ΗΚΚ. Η ασθενής είχε θετικό HCV-RNA, έφερε γονοτυπο-3, και έλαβε αγωγή για 12 εβδομάδες με elbatasvir/sofosbuvir. Η ασθενής συμμορφώθηκε πιστά στη διακοπή το αλκοόλ που της συνεστήθη, και στο τέλος της αντιικής θεραπείας η τιμή της a-FP επέστρεψε σε χαμηλά επίπεδα (15ng). Η ασθενής εμφάνισε μόνιμη ιολογική ανταπόκριση (3 μήνες μετά το τέλος της αντιικής αγωγής) και η a-FP παρέμενε σε χαμηλά επίπεδα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πολύ αυξημένη τιμή a-FP μπορεί να εμφανιστεί σπανίως σε ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο και κατάχρηση αλκοόλ, χωρίς την παρουσία ΗΚΚ. Ο απεικονιστικός έλεγχος είναι απαραίτητος για αποκλεισμό ΗΚΚ.

140. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ

Φ. Πλοιαρχοπούλου, Ν. Τζιώλος, Μ. Πανέτα, Γ. Τσιούλος, Τ. Σιρμπιλάντζε, Α. Μπλίζου, Α. Χούντα
Ηπατολογικό Ιατρείο, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογικη Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Αυτοάνοση Ηπατίτιδα είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος του ήπατος με χαμηλή αλλά υποεκτιμώμενη επίπτωση. Η επιδημιολογική καταγραφή της νόσου στην χώρα μας είναι περιορισμένη και η εντύπωση ότι η συχνότητα εμφάνισής της τα τελευταία χρόνια αυξάνεται δεν έχει τεκμηριωθεί.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να παρουσιαστούν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της ΑΗ, να τεκμηριωθεί τυχόν μεταβολή της επίπτωσης της νόσου τα τελευταία χρόνια καθώς και να καθοριστεί η συχνότητα εμφάνισης αυτοάνοσων συννοσηροτήτων.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι ασθενείς που παρακολουθούνται στο εξωτερικό Ηπατολογικό Ιατρείο της ΔΠΠΚ του Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ». Καταγράφηκαν 43 ασθενείς με ΑΗ ή σύνδρομο επικάλυψης και τα χαρακτηριστικά τους όπως φύλο, ηλικία, στάδιο ίνωσης, ΑΝΑ, γ-σφαιρίνες, καθώς και η συνύπαρξη άλλων αυτοάνοσων συστηματικών νοσημάτων. Επίσης κατεγράφη η συχνότητα πρωτοδιάγνωσης της νόσου ανά πενταετία από το 2005-2019.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 43 ασθενείς που μελετήθηκαν το 95% ήσαν γυναίκες, ενώ το 65% ήταν > 60 ετών. Στάδιο ίνωσης F2 είχε το 30%, F3 27,9% και F4 23,25%. Κατά την πενταετία 2005-2009 πρωτοδιεγνώσθη το 27,9%, 2010-2014 το 32,5%, 2015-2019 διεγνώσθη το 37,2%. ΑΝΑ 1/640 είχε το 37,2% ενώ γ/σφαιρίνες >18,8mg/dl είχε το 79%. Το 14% των ασθενών με ΑΗ είχε Ρευματοειδή Αρθρίτιδα ενώ το 11,6% είχε Αυτοάνοση Θυρεοειδίτιδα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συχνότητα εμφάνισης της Αυτοάνοσης Ηπατίτιδας συνεχώς αυξάνεται τα τελευταία χρόνια με μεγαλύτερη επίπτωση στις γυναίκες πάνω από 60 έτη την πενταετία 2015-2019. Το στάδιο ίνωσης στην πρωτοδιάγνωση της νόσου ποικίλει από F2 έως F4 ενώ η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα και η Αυτοάνοση Θυρεοειδίτιδα συνυπάρχουν σε χαμηλά ποσοστά.

141. ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ Ν – ΓΛΥΚΑΝΗΣ ΟΡΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

Η. Μάνη, Α. Χατζηγιάννη, Α. Αλεξοπούλου, Θ. Αλεξόπουλος, Σ. Ντουράκης
Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Στη χρόνια ηπατική νόσο (ΧΗΝ), παρατηρούνται ποιοτικές και ποσοτικές μεταβολές στις κυκλοφορούσες Ν-γλυκάνες. Μελετήθηκε η αξιοπιστία των δεικτών GlycoFibro (λόγος NGA2F/NA3) και GlycoCirrho (NA2FB/NA3) ως προς την ικανότητα διάκρισης της σοβαρής ίνωσης/κίρρωσης (F3-F4) από τα ηπιότερα στάδια ηπατικής ίνωσης F0-F2 σε ασθενείς με ΧΗΝ.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 76 ασθενείς [44.7% άνδρες, διάμεση ηλικία 61 (ενδοτεταρτημοριακό εύρος 54-69 έτη)]. Τριάντα πέντε είχαν κλινικά διαγνωσμένη αντιρροπούμενη κίρρωση (F4) (απεικονιστικές ή/και ενδοσκοπικές μέθοδοι) και σε 41 το στάδιο ίνωσης προσδιορίστηκε με βιοψία. Οι δείκτες GlycoFibro και GlycoCirrho προσδιορίσθηκαν σε δείγματα ορού με τη μέθοδο της ηλεκτροφόρησης (Helena Biosciences Europe).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η υποκείμενη νόσοςήταν αλκοολική (9.2%), μη αλκοολική λιπώδης νόσος (30.3%), χρόνια ιογενής ηπατίτιδα (28.9%) και αυτοάνοση ηπατίτιδα (31.6%). Εικοσι-πέντε ασθενείς ταξινομήθηκαν ως F0-F2 βάσει ηπατικής βιοψίας (Ομάδα 1) και 51 (Ομάδα 2) ως F3-F4 (16 ιστολογικά και 35 κλινικά αποδεδειγμένη κίρρωση). Η διάμεση τιμή GlycoFibro ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα 2 [0.28700 (0.02800-0.45500)] συγκριτικά με την ομάδα 1 [-0.05600 (-0.19471-0.7450), (p<0.001)]. Το ίδιο ίσχυε για το δείκτη GlycoCirrho στην ομάδα 2 [-0.08200 (-0.23108-0.16181)] έναντι της ομάδας 1 [-0.24592 (-0.32500–(-0.10345), p=0.003)]. Στην καμπύλη ROC για το δείκτη GlycoFibro, η τιμή 0.19703 είχε ευαισθησία 59% και ειδικότητα 92% για τη διάκριση της σοβαρής ίνωσης/κίρρωσης, επιδεικνύοντας καλή διαγνωστική ακρίβεια {area under the curve (AUROC):0.781}. Για το δείκτη GlycoCirrho, η τιμή -0.02950 είχε ευαισθησία 47.1% και ειδικότητα 88% για τη διάκριση της ομάδας 2 από την ομάδα 1 (AUROC:0.709).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι δείκτες GlycoFibro και GlycocCirrho μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μη επεμβατικοί ορολογικοί δείκτες για τη διάγνωση της σοβαρής ίνωσης/κίρρωσης. Ο δείκτης GlycoFibro υπερτερεί του GlycoCirrho.

142. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΣΤΟΣΤΑ 2ΕΤΟΥΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΠΠΚ ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Φ. Πλοιαρχοπούλου, Θ. Μαράντος, Ε. Καροφυλάκης, Κ. Λεβεντογιάννης, Χ. Δαμουλάρη, Ε. Μόνου, Ι. Νίτσιος, Α. Χούντα

Ηπατολογικό Ιατρείο, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΜΕΘΟΔΟΙ: Διενεργήθηκε αναδρομική ανάλυση των ιατρικών φακέλων των ασθενών με ΗΚΚ που παρακολουθούνται στο εξωτερικό Ηπατολογικό Ιατρείο της ΔΠΠΚ στο ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ» κατά την περίοδο 2003-2019. Παράμετροι όπως η ηλικία, το φύλο, το στάδιο ίνωσης, η υποκείμενη νόσος, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις καταγράφηκαν ενώ οι ασθενείς ομαδοποιηθήκαν βάσει των κριτηρίων της Βαρκελώνης για τον Ηπατοκυτταρικό Καρκίνο. Υπολογίστηκε η >2 έτη επιβίωση των ασθενών στο σύνολο και κατά στάδιο BCLC. Έγινε στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 206 ασθενείς με Ηπατοκυτταρικό καρκίνο μελετήθηκαν αναδρομικά. Το 80% ήσαν πάνω από 69 ετών, άνδρες και το 95,5% είχε στάδιο ίνωσης F4. Η υποκείμενη ηπατική νόσος ήταν στο 40% η αλκοολική ηπατική νόσος, στο 21% και στο 24% ηπατίτιδα C και B αντίστοιχα ενώ η Μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος ήταν στο 11,5%. >2 έτη επιβίωση είχε το 21,3% για όλα τα στάδια κατά BCLC.

Σταδίου Α κατά BCLC ήταν το 15% των ασθενών, και η επιβίωση >2 ετών αυτής της ομάδας ασθενών ήταν 50%. RF διενεργήθηκε στο 33% των ασθενών. Το 13.3% υπεβλήθη σε χειρουργική εκτομή ενώ το 13.3% έλαβε συνδυασμένη θεραπεία RF και χειρουργική εκτομή. Σε Μεταμόσχευση υπεβλήθη το 6.6%, ενώ το 20% δεν έλαβε θεραπεία λόγω συννοσηροτήτων ή χάθηκαν στην παρακολούθηση.

Σταδίου Β κατά BCLC ήταν το 66% και η >2 έτη επιβίωση ήταν 14,4%. Το 60% δεν έλαβε κάποια θεραπεία λόγω συννοσηροτήτων ή προχωρημένου σταδίου κίρρωσης. TACE έλαβε το 21%, Sorafenib το 13.6% και RF+TACE το 4,5%. Στα στάδια C και D BCLC δηλαδή στο 7% και 4% των ασθενώω αντίστοιχα καμία θεραπευτική παρέμβαση δεν έγινε εκτός από παρηγορητική θεραπεία. Κανείς από τους ασθενείς των σταδίων C και D δεν συμπλήρωσε 2 έτη επιβίωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο των ασθενών που παρακολουθούντα στο Ηπατολογικό Ιατρείο της ΔΠΠΚ η αλκοολική νόσος ήταν η προεξάρχουσα υποκείμενη ηπατική νόσος ακολουθούμενη από τις ιογενείς ηπατίτιδες. Κατά τη στιγμή της διάγνωσης το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν σταδίου Β και οι περισσότεροι από αυτούς δεν έλαβαν κάποια θεραπεία. Η >2 έτη επιβίωση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στην ομάδα Α ως αναμένεται. Εφαρμογή πρώιμων διαγνωστικών μέσων θα επιτρέψει την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των ασθενών αυτών βελτιώνοντας την επιβίωση.

143. ΟΙ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ALBI ΚΑΙ PALBI ΠΡΟΒΛΕΠΟΥΝ ΑΞΙΟΠΙΣΤΑ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΟΞΥ ΣΥΜΒΑΜΑ

Η. Μάνη, Λ. Βασίλιεβα, Δ. Αγιασωτέλλη, Θ. Αλεξόπουλος, Ε. Γκαμπρέλα, Α. Αλεξοπούλου, Σ. Ντουράκης
Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι δείκτες λευκωματίνη-χολερυθρίνη (ALBI) και αιμοπετάλια-λευκωματίνη-χολερυθρίνη (PALBI) προβλέπουν αξιόπιστα την έκβαση ασθενών με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Στην παρούσα μελέτη αξιολογούνται ως προς την πρόβλεψη θανάτου σε ομάδες ασθενών με μη αντιρροπούμενη κίρρωση σε σύγκριση με τον δείκτη MELD.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν συνολικά 340 ασθενείς {70.8% άνδρες, διάμεση ηλικία 60 (ενδοτεταρτημοριακό εύρος 51-69 έτη} με μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος: 76 με οξεία επί χρονίας ηπατική ανεπάρκεια (ΟΕΧΗΑ), 137 με οξύ σύμβαμα χωρίς ΟΕΧΗΑ (ΟΡΑ) και 127 με μη αντιρροπούμενη κίρρωση χωρίς οξύ σύμβαμα (ΜΑΚ). Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για 6 μήνες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι δείκτες ALBI και PALBI ήταν λιγότερο αξιόπιστοι από το MELD score στην πρόβλεψη θνητότητας ασθενών με ΟΕΧΗΑ στις 30 ημέρες [area under the curve (AUC) 0.574, 0.541 έναντι 0.778 (p=0.010, p=0.002, αντιστοίχως)]. Στην ομάδα ΟΡΑ, τα ALBI και PALBI σε σύγκριση με το MELD παρείχαν πιο αξιόπιστη πρόβλεψη [0.622, 0.607 έναντι 0.707 στις 30 ημέρες (p=0.391, p=0.339, αντιστοίχως) και 0.634, 0.617 έναντι 0.736 στις 90 ημέρες (p=0.081, p=0.048, αντιστοίχως)]. Στην ομάδα ΜΑΚ, τα ALBI και PALBI ήταν εξίσου αξιόπιστα με το MELD score [0.757, 0.745 έναντι 0.742 στις 90 ημέρες (p=0.713, p=0.759, αντιστοίχως)]. Οι ασθενείς με ALBI και PALBI βαθμού 3 είχαν χειρότερη πρόγνωση σε σύγκριση με αυτούς με 1 και 2 (p<0.001, p=0.003, αντιστοίχως). Στην μονοπαραγοντική ανάλυση, ασθενείς με ΜΑΚ και ALBI ή PALBI βαθμού 3 είχαν σχετικό στιγμιαίο κίνδυνο (hazard ratio, HR) 7.3 (95%CI:2.6-20.7) και HR 10.8 (1.5–79.0),αντιστοίχως, για αυξημένη θνητότητα στις 180 ημέρες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι δείκτες ALBI και PALBI αποτελούν αξιόπιστους δείκτες βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης θνητότητας σε ασθενείς με σταθερή μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

144. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Δ. Καραγεωργόπουλος, Ν. Σιαφάκας, Φ. Πλοιαρχοπούλου, Ν. Τζιώλος, Θ. Μάραντος, Χ. Ψαρράκης, Α. Σάββα, Σ. Τσιόδρας, Α. Χούντα

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο 'Αττικόν'

ΣΚΟΠΟΣ: Η γνώση της επιδημιολογίας της λοίμωξης από τον ιό HCV στην Ελλάδα είναι χρήσιμη για τον προγραμματισμό των στρατηγικών ανίχνευσης, θεραπείας και εκρίζωσης.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναλύσαμε τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων με θετικά αντισώματα έναντι του ιού HCV, από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «Αττικόν», κατά τα έτη 2007-2018. Αξιολογήσαμε τα δημογραφικά στοιχεία, το τμήμα παραπομπής και τις κλινικές πληροφορίες όσων εξετάστηκαν για HCV αντισώματα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τα 12 έτη της μελέτης μας, από τα 52.230 άτομα που εξετάστηκαν, 1.800 (3,4%) βρέθηκαν HCV-θετικά. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε με τον χρόνο, φτάνοντας το 6,8% κατά τα έτη 2016-2018. Η HCV-οροθετικότητα ήταν πιο συχνή στους άνδρες (5,5% έναντι 2,1% στις γυναίκες), στην ηλικιακή ομάδα 25-64 ετών (4,2%, ν= 30.630), στα άτομα αλλοδαπής εθνικότητας (5,3%, ν=4.939) και στα HIV-οροθετικά άτομα (11,3%, ν=1.277). Ήταν επίσης πιο συχνή σε όσους είχαν ηπατική νόσο (9,5%, ν=856), ενώ στις μη επιλεγμένες ομάδες των εγκύων (1,0%, ν=4.286), των αιματολογικών ασθενών (2,0%, ν=4.238) και όσων είχαν κάταγμα (2,1%, ν=2.165), τα ποσοστά ήταν χαμηλότερα. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και στην πολυπαραγοντική ανάλυση, με τις εξής ανεξάρτητες μεταβλητές [δείκτης πηλίκου (odds ratio) (95% διάστημα εμπιστοσύνης)]: αυξανόμενο έτος [1,14 (1,11-01,17)], ανδρικό φύλο [2,08 (1,78-2,43)], ηλικία 25-64 ετών [2,01 (1,72-2,35)], αλλοδαπή εθνικότητα [1,77 (1,44-2,17)], HIV-οροθετικότητα [6,07 (3,48-10,57)], ηπατική νόσος [2,74 (2,14-3,53)], κύηση [0,37 (0,27-0,52)], αιματολογική νόσος [0,52 (0,38-0,72)] και κάταγμα [0,66 (0,49-0,90)].
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη μας καταδεικνύει τον υψηλό επιπολασμό της HCV-οροθετικότητας στην Αθήνα, ειδικά σε ορισμένες δημογραφικές ομάδες, με αυξανόμενη τάση.

145. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Β. Αγγελοπούλου[1], Χ. Γιαννόπουλος[1], Ε. Βιλλιώτης[1], Β. Μαρούγκα[1], Δ. Βαγιωνά[1], Ι. Τζίμα[1], Κ. Γκιζελή[1], Ο. Tsatov[1], Ε. Θεοδοσιάδη[1], Σ. Ασημόπουλος[1], Α. Ιωάννου[2], Μ. Μονιού[1], Α. Παπαδάκη[1], Τ. Ταταρίδου[1], Β. Σαββοπούλου[3], Θ. Βαγδατλής[3], Ν. Αλεξίου[1,4], Μ. Κουπετώρη[1], Ε. Παπαευαγγέλου[3], Σ. Συμπάρδη[1]

[1]Α' Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», [2]Κέντρο Υγείας Αγίων Αναργύρων, [3]Ακτινοδιαγνωστικό τμήμα, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», [4]Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Μη Αλκοολική Λιπώδης Νόσος Ήπατος (ΜΑΛΝΗ) είναι η ηπατική εκδήλωση του μεταβολικού συνδρόμου. Παρουσιάζει αυξημένη επίπτωση και σημαντική θνητότητα.Ασθενείς με ΜΑΛΝΗ και προχωρημένη ηπατική ίνωση διατρέχουν υψηλό κίνδυνο επιδείνωσης σε ηπατοπάθεια τελικού σταδίου.Τα τελευταία χρόνια έχει αναδειχθεί η σημαντική συσχέτιση με τους άλλους παράγοντες του μεταβολικού συνδρόμου. Εκτιμάται πως 20-30% του δυτικού πληθυσμού πάσχει από ΜΑΛΝΗ, ενώ στεατοηπατίτιδα παρατηρείται στο 2-3%. Συνήθεις τρόποι διάγνωσης είναι ο έλεγχος ηπατικής βιοχημείας, απεικονιστικές εξετάσεις, ενώ το gold standard είναι η βιοψία ήπατος.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Την τριετία 2017-2019 εξετάσθηκαν στο Ηπατολογικό ιατρείο του Γ.Ν.Θριάσιο 863 ασθενείς,οι 114(13,20%) με διάγνωση ΜΑΛΝΗ βάση υπερήχου ήπατος. Καταγράφηκαν φύλο, ηλικία, Δείκτης Μάζας Σώματος(ΔΜΣ), αμινοτρανσφεράσες, παράμετροι μεταβολικού συνδρόμου,και υπολογίστηκε σε όλους τους ασθενείς το NAFLD-fibrosis score ενώ σε 22/114 ασθενείς(19,29%) διενεργήθηκε ελαστογραφία ήπατος (κακή συμμόρφωση, οικονομικοί, υλικοτεχνικοί λόγοι).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους114 ασθενείς μεΜΑΛΝΗ,οι 76 γυναίκες(66.66), μέσης ηλικίας 54 (39-69) έτη. Ο ΔΜΣ με διακύμανση25,5-30,3 (μέση τιμή 27,9). Φυσιολογικές αμινοτρανφεράσες σε 85 ασθενείς(74,56%). Βάση παραμέτρων μεταβολικού συνδρόμου: 15/114 ασθενείς(13,15%) με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2(10 γυναίκες), 21/114 ασθενείς(18,42%) με αρτηριακή υπέρταση (15 γυναίκες), 8/114 ασθενείς(7%) υποθυρεοειδικοί (όλες γυναίκες). Μέτρηση NAFLDfibrosisscore στο σύνολο των ασθενών: Μη διαγνωστικές τιμές: 14 ασθενείς(12,28%), F0-F2:81 ασθενείς(71.05%), F3-F4:19 ασθενείς(16,66%). Διενέργεια ελαστογραφία ήπατος σε 22 ασθενείς: 4,7-6,7kPa σε 18(82%) ασθενείς (F0-F1), 8,1kPa σε 1(4,5%) ασθενή (F2), 11,6kPa σε 1(4,5%) ασθενή (F3), 16,6-18kPa σε 2(9%) ασθενείς (F4).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με ΜΑΛΝΗ στα πλαίσια μεταβολικού συνδρόμου είναι συνήθως γυναίκες,μεσήλικες,υπέρβαρες. Μόνο το 25,44% είχε παθολογική ηπατική βιοχημεία,που υποδεικνύει πως οι μελέτες που χρησιμοποιούν σαν κριτήριο τις αμινοτρανσφεράσες υποεκτιμούν τον επιπολασμό της ΜΑΛΝΗ.Η ιστολογική εξέταση είναι η πιο αξιόπιστη μέθοδος,όμως δεν είναι εύκολο να υποβληθούν όλοι οι ασθενείς με υποψία λιπώδους ήπατος σε βιοψία.Μη επεμβατικοί δείκτες συνδυαζόμενοι μεταξύ τους (όπως NAFLD-fibrosis score και ελαστογραφία ήπατος) αποτελούν εξέταση εκλογής για τη διάγνωση της ΜΑΛΝΗ,την εκτίμηση και ποσοτικοποίηση της ηπατικής ίνωσης.

146. ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ APRI ΚΑΙ FIB-4 ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Θ. Αλεξόπουλος, Η. Μάνη, Σ. Πουρίκη, Μ. Μπέη, Ε. Γκαμπρέλα, Λ. Βασίλιεβα, Α. Αλεξοπούλου, Σ. Ντουράκης

Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση μη επεμβατικών ορολογικών δεικτών για την εκτίμηση της ίνωσης έχει μελετηθεί εκτενώς στη χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) αλλά όχι στη χρόνια ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ), για την οποία πρόσφατα προτάθηκαν νέες τιμές αναφοράς. Αξιολογήσαμε τους δείκτες Fibrosis-4 (FIB-4) και λόγο AST/αιμοπετάλια (AST/platelet ratio index, APRI) στη ΧΗΒ, με μέθοδο αναφοράς τη βιοψία ήπατος.

ΥΛΙΚΟ: Οι δείκτες για τη διάκριση προχωρημένης ίνωσης (Metavir≥F3) και κίρρωσης (Metavir=F4) υπολογίσθηκαν στις ΧΗC και ΧΗΒ. Μελετήθηκαν 112 ασθενείς με ΧΗC (ιστολογικά≥F3=21.4%, F4=11.6%) και 69 με ΧΗΒ (≥F3=33.3%, F4=18.8%).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην προχωρημένη ίνωση, το FIB4 είχε καλύτερη διαγνωστική ακρίβεια στην ΧΗC έναντι της ΧΗΒ {area-under-the-receiver-operating-characteristic (AUROC) 0.905 έναντι 0.731, αντιστοίχως}. Το APRI ήταν εξίσου ακριβές με το FIB4 στη ΧΗC (AUROC 0.831, p=0.0814) αλλά όχι στη ΧΗΒ (AUROC 0.600, p=0.0041). Με τις νέες προτεινόμενες τιμές στη ΧΗΒ, τιμή FIB-4≤0.55 είχε αρνητική προγνωστική αξία (negative-predictive-value, NPV) 85.7% για τον αποκλεισμό προχωρημένης ίνωσης. Στην κίρρωση, το FIB-4 υπερτερεί του APRI με AUROC 0.901 έναντι 0.783 (p=0.0278) στη ΧΗC και 0.826 έναντι 0.717 στη ΧΗΒ (p=0.0163). Στη ΧΗΒ, με τη χρήση των συνήθων ορίων για τον αποκλεισμό κίρρωσης, (FIB-4).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι δείκτες APRI και FIB-4 είναι σχετικά αξιόπιστοι στη διάκριση της προχωρημένης ίνωσης/κίρρωσης στη χρόνια ηπατίτιδα Β, εφόσον επιλεγούν οι κατάλληλες τιμές αναφοράς.

147. ΑΝΤΙΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΙ ΓΟΝΟΤΥΠΟ 5-ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΕ ΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Φ. Παπακωνσταντίνου[1], Β. Παπαστεργίου[2], Χ. Μανώλακα[1], Ν. Αρνάς[1], Μ. Τζωράκη[1], Γ. Φρόνας[1], Α. Χατζηαντωνίου[1], Μ. Σταμπόρη[1], Ε. Βαμβακά[1], Γ. Ντέτσκας[1], Γ. Ψελλάκης[1], Α. Βολονάκη[1], Δ. Διακονικόλα[1], Σ. Καραταπάνης[1]

[1]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, [2]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) και γονότυπο 5 σπανίζουν στην χώρα μας, είναι όμως γνωστό ότι στο νησί της Ρόδου υπάρχει θύλακας ασθενών με ΧΗC που φέρουν αυτό το γονότυπο. Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας στη θεραπεία με τα νεότερα αντιικά φάρματα ασθενών με ΧΗC και το σπάνιο γονότυπο 5.
ΥΛΙΚΟ: Συμπεριλάβαμε 27 ασθενείς με ΧΗC (Α/Γ=5/22, μέση ηλικία 68,9 έτη) που έφεραν το γονότυπο 5. Όλοι οι ασθενείς είχαν σημαντική ίνωση και/ή κίρρωση (F3 ή F4 με Fibroscan). Από τους ασθενείς με κίρρωση (18/27) κανείς δεν εμφάνιζε ρήξη της αντιρρόπησης. Επτά κιρρωτικοί ασθενείς είχαν λάβει ανεπιτυχή αγωγή στο παρελθόν με συνδυασμό πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης. Δέκα-πέντε ασθενείς έλαβαν αγωγή με sofosbuvir (400mg, 1Χ1/ημερ) και ριμπαβιρίνη (δόση 1000mg όταν το ΒΣ75kg) για 12 εβδομάδες, 9 έλαβαν αγωγή με το φάρμακο ledipasvir/sofosbuvir με ριμπαβιρίνη για 12 εβδομάδες και 3 έλαβαν αγωγή με pibrentasvir/glecaprevir για 8 εβδομάδες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλους τους ασθενείς της μελέτης (27/27) επιτεύχθηκε μη ανιχνεύσιμο HCV-RNA στο τέλος της αγωγής (ΕΟΤ). Μόνιμη ιολογική ανταπόκριση (SVR) παρατηρήθηκε σε 25/25 (100%) ασθενείς που διαθέτουμε στοιχεία 3 μήνες μετά το τέλος της αγωγής. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς της μελέτης μας, εκτός από δύο ασθενείς που διαπιστώθηκε πτώση της αιμοσφαιρίνης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα νεότερα αντιικά φάρμακα φαίνεται να επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά SVR σε ασθενείς με ΧΗC και προχωρημένη ίνωση που φέρουν το σπάνιο γονότυπο 5.

148. ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΚΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ν. Βλαχόπουλος, Δ. Πουρτουλίδου, Α. Μπουρτζινάκου, Ε. Σαββίδου, Α. Μπαϊμάκη, Μ. Μοιρασγεντή, Ε. Σμυρνάκης

Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι ο προσδιορισμός των απόψεων φοιτητών Ιατρικής για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και την ειδικότητα της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής (Γ/ΟΙ), ύστερα από την κλινική άσκηση σε μονάδες ΠΦΥ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ένα ανώνυμο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο προσφέρθηκε σε 118 εκτοετείς φοιτητές της Ιατρικής ΑΠΘ μετά την κλινική τους άσκηση. Το ερωτηματολόγιο συμπεριελάμβανε κλειστές ερωτήσεις, βαθμονομημένες σε κλίμακα 1-5 (1=καθόλου, 5=πάρα πολύ), σχετικά με την αξία της ΠΦΥ και την πιθανότητα ειδίκευσης στη Γ/ΟΙ σε συνάρτηση με τα χαρακτηριστικά της εκάστοτε μονάδας και των υπεύθυνων εκπαιδευτών. Επίσης, απαρτιζόταν από ανοικτές ερωτήσεις αναφορικά με λόγους που ωθούν/απωθούν από την καριέρα στη Γ/ΟΙ, καθώς και παράγοντες που αποτρέπουν την ενασχόληση με την ΠΦΥ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκατόν έντεκα φοιτητές απάντησαν εθελοντικά στο ερωτηματολόγιο (απαντητικότητα 94%), εκ των οποίων 69 γυναίκες (63%). Παρόλο που οι περισσότεροι φοιτητές αναγνωρίζουν το νευραλγικό ρόλο της ΠΦΥ (μ.ο. απαντήσεων 3,96/5 ± 0,96), 69 εξ αυτών (62%) θεωρούν απίθανο να επιλέξουν την Γ/ΟΙ ως ειδικότητα (μ.ο. απαντήσεων 1,62/5 ± 0,88).

Οι ποιοτικές απαντήσεις αναδεικνύουν την απροθυμία ενασχόλησης με τη Γ/ΟΙ, λόγω προκαθορισμένης επιλογής ειδικότητας, έλλειψης οργάνωσης και διαγνωστικών μέσων διαθέσιμων στην ΠΦΥ, ανιαρής καθημερινότητας και φαινομενικά υποδεέστερου κύρους. Ένας εκπαιδευτής-πρότυπο-μίμησης και ο ευχάριστος εργασιακός χώρος ευνοούν τη διαμόρφωση θετικότερης γνώμης, αλλά δεν ενισχύουν την επιλογή της Γ/ΟΙ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εκπαίδευση στην ΠΦΥ αναμφίβολα συμβάλλει στην αναγνώρισή της και οφείλει να συμπεριληφθεί στα προγράμματα σπουδών όλων των Ιατρικών της Ελλάδας. Παρόλα αυτά, η επιλογή της Γ/ΟΙ ως ειδικότητας επηρεάζεται από περισσότερους παράγοντες και απαιτείται περαιτέρω μελέτη για την ενίσχυσή της.

149. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Δ. Μπαλάσκα[1], Ι. Πολλάλης[2], Δ. Καραφέρης[3], Γ. Δημογέροντας[4], Ζ. Μπιτσώρη[5], Ε. Αγγελακόπουλος[6], Μ. Ζησοπούλου[1]

[1]Οικονομική Διεύθυνση, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [2]Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστημίο Πειραιώς, [3]Οικονομική Διεύθυνση, 1η ΥΠΕ Αττικής, [4]Νευροχειρουργική Κλινική Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Εγκεφάλου και Σπονδυλικής Στήλης, Metropolitan Hospital, [5]Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», [6]Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι γνωστό ότι η ταχεία τεχνολογική εξέλιξη άλλαξε τις παρεχόμενες υπηρεσίες στον τομέα της υγείας. Οι εφαρμογές της σύγχρονης τεχνολογίας είναι απεριόριστες προς όφελος τόσο των ασθενών όσο και των γιατρών. Σκοπός της μελέτης είναι, μέσα από αναφορές της διεθνούς βιβλιογραφίας, να τονιστεί η αξία της γνώσης και της χρήσης της τεχνολογίας στον τομέα της ιατρικής.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και στην διεθνή βιβλιογραφία καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι νέες τεχνολογίες αποτελούν εργαλεία για τις προκλήσεις των απαιτήσεων της εποχής διότι επιτρέπουν τη μεγιστοποίηση της φροντίδας υγείας και παράλληλα τη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των πληροφοριών. Επίσης υποστηρίζουν την ασφάλεια, την αυτονομία και τη μεταφορά των δεδομένων. Η ιατρική εκπαίδευση για να πετύχει τους στόχους της και να διατηρήσει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά της χρησιμοποιεί ένα πλήθος από εργαλεία για την συλλογή πληροφοριών και την ανάλυση δεδομένων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τεχνολογία των πληροφοριών βοηθάει τους ιατρούς να φροντίσουν τους ασθενείς, να διαχειριστούν πληροφορίες και αρχεία, να διδάξουν, να κάνουν έρευνα και να επικοινωνήσουν μεταξύ τους. Η υιοθέτησή της στο χώρο της υγείας άλλαξε οριστικά τον τρόπο παροχής της υγειονομικής περίθαλψης καθώς και την παρακολούθηση και τον τρόπο αξιολόγησής της. Για τους λόγους αυτούς τα πληροφοριακά συστήματα γίνονται όλο και πιο απαραίτητα στο χώρο της υγείας.

150. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ: ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Π. Παπαναστασίου, Α. Παπαταξιάρχου, Ν. Γραίκας, Σ. Καραγιοβανάκη, Δ. Σημαντηράκη, Μ. Μπερτόλη, Α. Αθανασίου

Τμήμα Κλινικής Έρευνας, ELPEN Pharmaceutical Co. Inc.

ΣΚΟΠΟΣ: Τα δεδομένα πραγματικών συνθηκών (Real World Data-RWD) είναι πληροφορίες σχετικά με την υγεία που αναφέρονται σε πραγματικές ιατρικές συνθήκες και συλλέγονται από διάφορες πηγές. Η ανάλυση και αξιοποίηση τους (RWD) μπορεί να παρέχει επιπρόσθετη γνώση σε αυτή που προσφέρεται από τις παραδοσιακές ελεγχόμενες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι ο προσδιορισμός των πηγών RWD και η διερεύνηση της αξιοποίησης τους ώστε η ανάλυση και επεξεργασία τους να προσφέρουν νέες δυνατότητες στο σχεδιασμό κλινικών προγραμμάτων ανάπτυξης φαρμάκων και στη χάραξη πολιτικών για τη δημόσια υγεία.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Τα RWD μπορούν να συλλεχθούν από διάφορες πηγές όπως είναι οι ιατρικοί φάκελοι ασθενών (έγχαρτοι/ηλεκτρονικοί), τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (ειδικοί ιστότοποι και εφαρμογές), δίκτυα έρευνας/on-line πλατφόρμες (patient research networks) και μητρώα ασθενών (registries) καθώς και από διαφόρων τύπων μελέτες σε πραγματικό περιβάλλον (Real World Studies-RWS) όπως οι μελέτης κοορτής, παρατήρησης, επιδημιολογικές, μη-παρεμβατικές κ.α.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αν και υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί και προκλήσεις στη χρήση των RWD, η κατάλληλη αξιοποίηση τους μπορεί να συμβάλλει στον έλεγχο της ασφάλειας και των παρενεργειών από τη χρήση φαρμάκων και προϊόντων τεχνολογίας για τη λήψη αποφάσεων, στην ενίσχυση αποφάσεων των επιστημόνων υγείας αναφορικά με τη λήψη τους, στη δημιουργία οδηγιών συνταγογράφησης, στο χειρισμό εργαλείων στην κλινική πράξη, στην ενίσχυση των φαρμακευτικών εταιρειών στην ορθή επιλογή υποστήριξης κλινικών μελετών αλλά και μελετών παρατήρησης για καινούρια προϊόντα, καθώς και στη χάραξη πολιτικών δημόσιας υγείας για προγράμματα πρόληψης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο πληθυσμός των ασθενών που αξιολογούνται σε πραγματικές συνθήκες διαφέρει σημαντικά από τον αυστηρά ελεγχόμενο πληθυσμό των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών. Αναδεικνύονται χρήσιμα δεδομένα ανεκτικότητας και ασφάλειας φαρμάκου, συμμόρφωσης στη θεραπεία και ποιότητας ζωής των ασθενών που δε θα μπορούσαν αλλιώς να αξιολογηθούν. Η αξιοποίηση τους, καταλαμβάνει όλο και μεγαλύτερο και σημαντικότερο μερίδιο στις διαδικασίες αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας (HTA), στις οικονομικές αξιολογήσεις (QALY) καθώς και στις διαδικασίες αποζημίωσης φαρμάκων.

151. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ «ΜΕΓΑΛΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ» (BIG DATA) ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Α. Παπαταξιάρχου, Π. Παπαναστασίου, Ν. Γραίκας, Σ. Καραγιοβανάκη, Δ. Σημαντηράκη, Μ. Μπερτόλη, Α. Αθανασίου

Τμήμα Κλινικής Έρευνας, ELPEN Pharmaceutical Co. Inc.

ΣΚΟΠΟΣ: Στον 21ο αιώνα υπάρχει εξοικείωση με την συλλογή δεδομένων (ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία/μητρώα υγείας πληθυσμού/ασφαλιστικών ταμείων) τα οποία αποτελούν το πλαίσιο των «μεγάλων δεδομένων». Καθημερινές δράσεις (ιατρική επίσκεψη, ηλεκτρονική συνταγογράφηση κλπ) δημιουργούν ηλεκτρονικά ίχνη τα οποία μπορούν να εμπλουτίσουν την κλινική έρευνα με απαντήσεις και δυνητικά νέα ερωτήματα.
ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι κλινικές δοκιμές χρησιμοποιούν δομημένα, κλινικά δεδομένα, με σαφές πλαίσιο οργάνωσης και χρήσης. Πρόσθετα οι προηγμένες ηλεκτρονικές τεχνολογίες (i-cloud, συνδεδεμένες συσκευές mHealth κλπ) οδηγούν σε συλλογή και ταχεία ανάλυση πολύ μεγάλου όγκου μη δομημένων δεδομένων (terabytes) από πολλαπλές διαφορετικές πηγές. Με την κλιμάκωση της τεχνολογίας (Artificial Intelligence-AI) τα δεδομένα μετασχηματίζονται σε: συγκρίσιμα σχήματα, απεικόνιση αποτελεσμάτων, οπτικοποίηση, δημιουργία προτύπων, αλγορίθμων αποφάσεων, εξατομίκευση θεραπειών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τύποι κλινικής έρευνας με χρήση μεγάλων δεδομένων είναι η αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου, η επιδημιολογία, το μοντέλο πρόβλεψης, η επιλογή παρέμβασης, η εφαρμογή/αποτελεσματικότητα προτύπων υγειονομικής περίθαλψης. Τα γενετικά δεδομένα δίνουν βαθύτερες γνώσεις και πληροφορίες για ομάδες υποπληθυσμού. Η εισαγωγή μεγάλων ποσοτήτων πραγματικών δεδομένων στην έρευνα θα αλλάξει το μοντέλο διαχείρισής της πχ το National Cancer Institute-NCI στη σχέση γονιδίων-καρκίνου διερεύνησε μια μήτρα κυττάρων 4,5 εκατομμυρίων σε 28 δευτερόλεπτα με διασταύρωση 15.000 γονιδίων και πέντε μεγάλων τύπων καρκίνου, σε 20 εκατομμύρια περιλήψεις ιατρικών δημοσιεύσεων και διασταυρούμενο γονίδιο από 60 εκατομμύρια ασθενείς. Ανάλυση των μεγαλύτερων, πιο διαφοροποιημένων συνόλων δεδομένων πραγματικού κόσμου μπορεί να ρίξει φως μέσω απεικονίσεων σε άγνωστες σχέσεις μεταξύ παραγόντων κλινικών δοκιμών, πχ σε σχέση με την παρακολούθηση των βασικών κινδύνων και την γονιδιωματική.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η δυνατότητα συγχώνευσης, οργάνωσης και ανάλυσης μεγάλου όγκου δεδομένων πραγματικών συνθηκών σε δομημένα σύνολα μπορεί να απαντήσει σε ερωτήματα και να προσφέρει νέες, αποδεδειγμένες ενδείξεις και αποκωδικοποιήσεις για την ανθρώπινη νόσο.

152. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ SOCIAL MEDIA

Σ. Ναούμ, Ν. Σπαράγγης, Μ. Μπότης, Ι. Παντεκίδης
Υγειονομική Υπηρεσία, 116 Πτέρυγα Μάχης

ΣΚΟΠΟΣ: Η τρέχουσα περίοδος έχει χαρακτηριστεί ως «μια εποχή ψεύτικων ειδήσεων», όπου η παραπληροφόρηση εξαπλώνεται γρήγορα. Ειδικότερα, στον τομέα της υγείας, η παραπληροφόρηση μπορεί να καθυστερήσει-αποτρέψει την αποτελεσματική φροντίδα και σε ορισμένες περιπτώσεις να απειλήσει ακόμα και τη ζωή των ασθενών. Επίσης, ολοένα και περισσότεροι ασθενείς αποφασίζουν μόνοι τους για κάποιο ιατρικό ζήτημα προτού δουν έναν επαγγελματία υγείας (Ε.Υ), ψάχνοντας στο διαδίκτυο, αντιστεκόμενοι στις συστάσεις του Ε.Υ, όταν λάβουν τις συμβουλές του. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των εμποδίων-προβλημάτων, των ηθικών ζητημάτων και προβληματισμών που εγείρονται από τη χρήση του Διαδικτύου και των Social Media στον τομέα της υγείας.
ΥΛΙΚΟ: Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας από τις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, Research Gate και ΙΑΤΡΟΤΕΚ αναζητώντας με λέξεις κλειδιά «social media in medicine», «social media and medical practice», «σόσιαλ μίντια», «facebook», «Google and symptoms».
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Προκύπτουν διάφορα προβλήματα από την αλόγιστη χρήση των διαδικτυακών πληροφοριών. Ο ασθενής δε γνωρίζει τι είναι πραγματικά καλό για εκείνον, ή ακόμη και αν η θεραπεία που επιλέγει δεν βλάπτει τον ίδιο, μπορεί να σπαταλήσει ιατρικούς πόρους. Επίσης, εισβάλλει στην αυτονομία του γιατρού και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τέλος, μεγάλη ανησυχία έχει δημιουργήσει η διάδοση της παραπληροφόρησης αναφορικά με την ανοσοποίηση, με τα κοινωνικά μέσα να λειτουργούν ως καταλύτης για το «κίνημα κατά των εμβολίων».
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δυστυχώς, οι ιατρικές πληροφορίες στο διαδίκτυο είναι ποικίλης ποιότητας και σχεδόν ποτέ δεν έχουν αξιολογηθεί. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν εκπαιδευτεί σε επιστημονικές ή/και σε στατιστικές μεθόδους. Συμπερασματικά, η χωρίς έλεγχο-φίλτρο χρήση αυτών των διαδικτυακών εφαρμογών μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη, τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και για τον υπόλοιπο πληθυσμό και την επιστημονική κοινότητα.

153. ΠΑΡΟΧΗ ΗΓΕΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Ν. Ξιφαράς, Ε. Ρούμπου
Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Στο χώρο της δημόσιας υγείας, η ηγεσία αφορά και απεικονίζει την ικανότητα ενός ατόμου να επηρεάζει, να παρακινεί και να παρέχει ευκαιρίες σε άλλους να συνεισφέρουν στην αύξηση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης και την ενίσχυση του αντικτύπου της εργασίας τους. Εξασφαλίζει, δηλαδή, την πλήρη ενσωμάτωση του ανθρώπινου δυναμικού του και τη συντονισμένη προσπάθεια προς ένα κοινό όραμα. Όπως γίνεται αντιληπτό, οι ηγετικές θέσεις κρύβουν πολλές απαιτήσεις και τα άτομα που τις αναλαμβάνουν πρέπει να έχουν καλλιεργήσει μια ποικιλία δεξιοτήτων. Στόχος αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι ο σαφέστερος προσδιορισμός αυτών των πολυδιάστατων δεξιοτήτων που στοιχειοθετούν το προφίλ ενός ηγέτη και η διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης ή απουσίας σχετικών ερεθισμάτων και δεξιοτήτων που να παρέχονται στους μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας μέσω της Ιατρικής τους Εκπαίδευσης στην Ελλάδα.
ΥΛΙΚΟ: Μέσω βιβλιογραφικής αναζήτησης στη βάση δεδομένων PubMed έγινε αρχική προσέγγιση και εύρεση βασικών δεξιοτήτων ηγεσίας στο χώρο της Υγείας, ώστε να γίνει πιο κατανοητός ο χαρακτήρας των δεξιοτήτων αυτών μέσω της ομοφωνίας της διεθνούς ακαδημαϊκής κοινότητας. Στη συνέχεια, έγινε δόμηση και διανομή ενός ερωτηματολογίου, στοχευμένου σε φοιτητές Ιατρικής σε όλες τις Ιατρικές Σχολές της Ελλάδας, με σκοπό να καταγραφεί η γνώμη τους σχετικά με το κατά πόσο τους παρέχονται οι δεξιότητες αυτές ή σχετικά ερεθίσματα. Παράλληλα, έγινε ανάλυση του προγράμματος σπουδών των Σχολών, ώστε να διαπιστωθεί εάν η ηγεσία περιλαμβάνεται μεταξύ των εκπαιδευτικών στόχων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συγκεκριμένες δεξιότητες φαίνονται στη βιβλιογραφία ως απαραίτητες ή περισσότερο επιθυμητές, όπως η ανεξαρτησία, η σωστή επικοινωνία, η χάραξη πορείας, η ειλικρίνεια, η αντοχή υπό πίεση και άλλες. Χαρακτηριστικά, στα προγράμματα εκπαίδευσης των επτά Ιατρικών σχολών στην Ελλάδα, η ανάπτυξη ηγετικών ικανοτήτων αναφέρεται ελάχιστα έως καθόλου, δείχνοντας και την απουσία της στα υποχρεωτικά ή κατ' επιλογήν μαθήματα. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων βρίσκεται υπό μελέτη.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Γίνεται σαφές μέσω ακόμη και της πρώιμης ανάλυσης των δεδομένων πως δε δίνεται αυτή τη στιγμή στοχευμένα η δυνατότητα στους φοιτητές να αναπτύξουν τις ηγετικές τους ικανότητες μέσω της Ιατρικής Εκπαίδευσης στην Ελλάδα. Οι αλλαγές στον προσανατολισμό των εκπαιδευτικών στόχων και στις εφαρμοζόμενες μεθόδους τυπικής εκπαίδευσης, θα μπορούσε να βελτιώσει την παρούσα κατάσταση. Το ίδιο μπορεί να συμβεί βέβαια και με την ευρύτερη προαγωγή της ενασχόλησης με φοιτητικές οργανώσεις ή οργανισμούς. Οι ηγετικές δεξιότητες στο χώρο της υγείας είναι απαραίτητες για την ομαλή λειτουργία του συστήματος υγείας και την καλή παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς, αλλά και την ενεργό συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη δόμηση πολιτικών και λήψη αποφάσεων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

154. Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Χ. Αλεξανδροπούλου[1,2], Η. Παναγιωτόπουλος[2], Γ. Δημητρακόπουλος[2]

[1]Μ.Ε.Θ., Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, [2]Τμήμα Πληροφορικής και Τηλεματικής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση της τεχνητής νοημοσύνης (Artificial Intelligence, AI) λαμβάνει συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον, καθόσον οι αλγόριθμοι μηχανικής μάθησης συσχετίζουν και αναλύουν «μεγάλα δεδομένα», και εκτελούν λειτουργίες υπολογισμού υποστηρίζοντας κρίσιμες αποφάσεις με παράλληλη μείωση του χρόνου και του κόστους εφαρμογής τους. Στο πλαίσιο αυτό η τεχνητή νοημοσύνη δύναται να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ευφυών συστημάτων υποστήριξης επειγουσών κλινικών αποφάσεων σε περιβάλλοντα Μ.Ε.Θ.
ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η έγκαιρη ανίχνευση και η πρόβλεψη της σήψης επιτρέπουν νωρίτερα θεραπεία και καλύτερα αποτελέσματα, ωστόσο η σηψαιμία είναι συχνά ασαφής μέχρι και τα τελευταία στάδια της. Τα υπάρχοντα εργαλεία έχουν κακή προβλεπτική ακρίβεια και συχνά βασίζονται σε χρονοβόρα εργαστηριακά αποτελέσματα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η υιοθέτηση προβλεπτικών αλγορίθμων που βασίζονται σε Bayesian μοντέλα δείχνουν να έχουν την καλύτερη προβλεπτική ικανότητα για την έγκαιρη ανίχνευση της σήψης σε βαριά πάσχοντες ασθενείς. Οι εν λόγω AI αλγόριθμοι επιτρέπουν στο προσωπικό των Μ.Ε.Θ. να ξοδεύει λιγότερο χρόνο ανάλυσης των δεδομένων που σχετίζονται με την κλινική κατάσταση των ασθενών και περισσότερο χρόνο για την αξιοποίηση της εμπειρίας τους και του ανθρώπινου αγγίγματος στην παροχή φροντίδας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γιατροί και οι νοσηλευτές στις Μ.Ε.Θ. συχνά καλούνται να αναλύουν μεγάλους όγκους σύνθετων, ετερογενών δεδομένων για να πάρουν κρίσιμες αποφάσεις. Η τεχνητή νοημοσύνη, εάν χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά, θα μπορούσε να μειώσει αυτή την επιβάρυνση μετατρέποντας τα δεδομένα σε πιο δραστικές πληροφορίες. Το AI μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προβλέψει τα αρνητικά αποτελέσματα πριν από αυτά συμβούν, όπως στην περίπτωση της σήψης, προκειμένου να διαχειριστεί καλύτερα περίπλοκες καταστάσεις.

155. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ MOBYING ΩΣ «ΜΕΘΟΔΟΥ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ» ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

Π. Χριστοδούλου[1], Μ. Γερασίμου[1], Σ. Μαντζουκης[2], Ν. Βαρσάμης[3], Ν. Ζώτος[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Αγροτικός Ιατρός Κ.Υ. Πράμαντα, [3]Παθολόγος, ΤΟΜΥ Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Με την εξέλιξη της ψυχολογίας και των μέσων δικτύωσης έχει έρθει στην επιφάνεια το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης (mobbing). Για τους επαγγελματίες υγείας, και κυρίως τους φοιτητές Ιατρικής και τους Ειδικευόμενους, η ειρωνεία, ο εξευτελισμός και η καταπάτηση των εργασιακών τους δικαιωμάτων είναι κοινή πρακτική στην Ελλάδα. Δυστυχώς αρκετοί μεγαλύτεροι ηλικιακά γιατροί (και όχι μόνο) θεωρούν σωστό να εκτονώνονται στους νεότερους συναδέλφους τους, βαφτίζοντας το «εκπαίδευση».

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιούνται έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Αυστραλία και τις ΗΠΑ και δημοσιεύονται στο επιστημονικό άρθρο TAUGHT BY HUMILIATION': WHEN SENIOR DOCTORS BULLY JUNIOR DOCTORS PEOPLE Die και στο περιοδικό Medical Journey of Australia.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας στα νοσοκομεία έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί κατάθλιψη, άγχος και κόπωση μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Μπορεί επίσης να μειώσει την απόδοση και τα επίπεδα αυτοεκτίμηση. Αυτά τα συμπτώματα, μαζί με το άγχος και το χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης του προσωπικού στην εργασία, οδηγούν σε υψηλότερα ποσοστά απόσυρσης, επηρεάζοντας τη συνέχεια της φροντίδας των ασθενών και αυξάνοντας το φόρτο εργασίας σε ήδη υπερβολικά τεταμένες κλινικές και τμημάτων. Η καλή επικοινωνία μεταξύ των κλινικών ομάδων έχει κεντρική σημασία για την ασφαλή ιατρική κάλυψη των ασθενών. Όταν τα μέλη της ομάδας αισθάνονται ότι δεν μπορούν να μιλήσουν ελεύθερα λόγω πιθανών αρνητικών συνεπειών, η φροντίδα θα διακυβευτεί. Υπολογίζεται μάλιστα ότι το φαινόμενο αυτό οδηγεί σε μεγάλο ποσοστό σε ιατρικά λάθη, ακόμα και στο θάνατο του ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι συνέπειες της αντιεπαγγελματικής συμπεριφοράς των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι υπερβολικά μεγάλες για να αγνοηθούν. Ωστόσο, οι δηλώσεις για «μηδενική ανοχή» για τέτοιες συμπεριφορές είναι απίθανο να επιφέρουν αλλαγές. Αντ' αυτού, χρειάζονται παρεμβάσεις που βασίζονται σε τεκμήρια για τη μείωση του επιπολασμού της αρνητικής συμπεριφοράς, την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεών της στο προσωπικό και τους ασθενείς και την εγκαθίδρυση μιας νοοτροπίας ασφάλειας και σεβασμού.

156. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

157. Η ΕΠΙΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΤΑΛΟ ΙΑΤΡΟ GABRIELE FALLOPPIO (1523-1562) ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Χ. Δήμας[1], Κ. Πατρίκου[1], Μ. Καραμάνου[1,2], Μ. Καραστάθη-Ασημακοπούλου[1]

[1]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, [2]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής και Ιατρικής Δεοντολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Οι μέθοδοι προστασίας από τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) χρονολογούνται από την αρχαιότητα. Το πιο γνωστό μέσο προφύλαξης που χρησιμοποιείται σήμερα, το προφυλακτικό, επινοήθηκε το 1564 από τον διακεκριμένο Ιταλό ιατρό Gabriele Falloppio.

Στο βιβλίο του «De Morbo Gallico» (Περί της γαλλικής νόσου), που εκδόθηκε δύο έτη μετά τον θάνατό του, ο Falloppio, αναφέρεται σε μία θήκη από λινό που χρησίμευε για την προστασία από την σύφιλη. Η σύφιλη, μία σεξουαλικώς μεταδιδόμενη ασθένεια που ήρθε από τον «Νέο Κόσμο» κατά την διάρκεια των ανακαλύψεων του Χριστόφορου Κολόμβου, είχε μεταδοθεί ραγδαία στην Ευρώπη στα τέλη του 15ου αιώνα. Η εμφάνιση και εξάπλωσή της θεωρήθηκε θεία τιμωρία για το αμάρτημα της ακολασίας. Το 1530 ο Ιταλός ιατρός Girolamo Fracastoro (1478-1553) στο σύγγραμμά του «Syphilis, sive morbus gallicus» (Σύφιλη ή η γαλλική νόσος), αναλύει τη νόσο και την ονομάζει «σύφιλη», ενώ οι ιατροί της εποχής αντιλαμβάνονται τον τρόπο μετάδοσης μέσω της σεξουαλικής επαφής. Το προφυλακτικό του Falloppio, εφαρμοζόταν εξωτερικά έτσι ώστε να καλύπτει πλήρως τη βάλανο κατά τη συνουσία και ήταν κατασκευασμένο από έντερο προβάτου, ύφασμα ή βελούδο και εμποτισμένο με κρασί, υδράργυρο και εκχύλισμα γουαϊάκης. Πιθανολογείται ακόμα πως ο Fallopio διεξήγαγε την πρώτη κλινική δοκιμή για την αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού.

Από το 1880, χάρη στην ευρεσιτεχνία του αμερικανού Charles Goodyear (1800-1860), άρχισε να κατασκευάζεται προφυλακτικό από ελαστικό κόμμι μεγάλης αντοχής ενώ το υλικό κατασκευής εξελίχθηκε με την πάροδο του χρόνου σε λάτεξ και πλέον απευθύνεται και στα δυο φύλα για την προστασία από τα ΣΜΝ.

158. ΒΑΣΙΛΙΣΣ Ν ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

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

[1]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [2]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [3]Παθολογικός Τομέας, Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Η εμβληματική Βασίλισσα Χατσεψούτ ντυνόνταν ως άνδρας Φαραώ και βασίλευσε από το 1479 π.Χ. μέχρι το θάνατό της το 1458 π.Χ..

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αλεξανδρινή Βιβλιοθήκη

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η Χατσεψούτ (1508-1458 π.Χ.) ήταν η πέμπτη Φαραώ της 18ης δυναστείας της Αρχαίας Αιγύπτου. Ήταν κόρη του Τουθμώσι Α και της πρώτης γυναίκας του Αχμές. Παντρεύτηκε τον ετεροθαλή αδελφό της Τουθμώσι Β και μαζί απέκτησαν μια κόρη, τη Νεφερούρε. Μετά τον θάνατο του Τούθμωσι Β΄ παραμέρισε το Τουθμώσι Γ' γιο του Τούθμωσι Β΄ από άλλη γυναίκα, Στην αρχή δρούσε εκ μέρους του Τούθμωσι Γ', όμως μετά από περίπου 7 χρόνια αυτοανακηρύχθηκε Φαραώ της Αιγύπτου, άρχισε να ντύνεται ως άντρας Φαραώ. Η Χατσεψούτ απεικονίζεται κατ' εντολή της να φοράει ενδυμασία Φαραώ και την ψεύτικη γενειάδα. Η Χατσεψούτ ήθελε να δείξει περισσότερο ότι οι Φαραώ ήταν άνθρωποι. Την ανθρωπιά την έκανε πράξη, καθώς κυβέρνησε ειρηνικά, έκανε πολλά έργα και άφησε πολλούς ναούς όπως ο ναός της στο Ντειρ Ελ Μπαχρι και μνημεία πίσω της, αναβαθμίζοντας και την οικονομική κατάσταση της χώρας της. Για την αιγυπτιακή αποστολή που οργάνωσε στην Γη του Πουντ στην κεντροανατολική Αφρική. Σύμφωνα με τον Αιγυπτιολόγο Τζέιμς Χένρι Μπρήστιντ είναι γνωστή ως «η πρώτη σπουδαία γυναίκα στην ιστορία την οποία ξέρουμε». Άγνωστη στους Αιγυπτιολόγους μέχρι το 1822, όταν αποκρυπτογραφήθηκαν τα ιερογλυφικά στο Ντέιρ ελ Μπάχρι. Η μούμια της είχε βρεθεί από το 1903, αλλά αναγνωρίστηκε ως δικιά της το 2007 με εξέταση DNA και ένα δόντι που βρέθηκε σε ένα κουτί που της ανήκε. Η διάσημη αυτή βασίλισσα της αρχαίας Αιγύπτου έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη και τελικά πέθανε αφού την χτύπησε ο καρκίνος των οστών, στην ηλικία των 50 ετών, που οφειλόταν σε δηλητηρίαση από το φάρμακο που περιείχε στην αλοιφή που έπαιρνε για να γιατρέψει δερματικές παθήσεις. έχοντας όμως ήδη προλάβει να βασιλέψει για είκοσι χρόνια το ισχυρότερο βασίλειο εκείνης της εποχής, τον 15ο αιώνα π.Χ. Ο θετός γιος της, ο Τούθμωσις Γ΄ κατέστρεψε σχεδόν ό,τι εκείνη είχε προλάβει να δημιουργήσει.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η Χατσεψούτ έμεινε όμως στην ιστορία ως μία από τις σημαντικότερες βασίλισσες της Αιγύπτου τονίζοντας ο διευθυντής του Μουσείου Αρχαιοτήτων της Αλεξανδρινής Βιβλιοθήκης Χουσεΐν Άμπντελ Μπασίρ επικεφαλής του Κέντρου Αιγυπτιολογίας.

159. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ ΩΣ ΜΕΣΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΔΟΜΩΝ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΤΕΡΟΥΣ ΧΡΟΝΟΥΣ

Σ. Κολιαντζάκη[1], Σ. Δημητρακόπουλος[2], Ν. Αθανασόπουλος[2], Κ. Σώρρας[3], Α. Σαλταμαύρος[4]

[1]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [2]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [3]Παθολογικός Τομέας, Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Αγιος Ανδρέας», [4]ΤΕΠ, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η ιστορία της υπερηχογραφικής απεικόνισης εν τω βάθει δομών του σώματος μέσω καταγραφής της ηχούς υπερηχητικών παλμών 1-10MHz οι οποίοι ανακλώνται από ιστούς στους οποίους υπάρχει διαφορά πυκνότητας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Διεθνούς Βιβλιογραφίας

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πρώτος ιατρός που χρησιμοποίησε τον υπέρηχο ως διαγνωστικό εργαλείο ήταν ο αυστριακός νευρολόγος-ψυχίατρος Karl Theo Dussik (1930). Radar (ηλεκτρομαγνητικά κύματα), eniac (1ος ψηφιακός υπολογιστής) και transister αποτελέσαν τους προπομπούς του υπερήχου.

Στην αρχή (1920 έως 1940) οι υπέρηχοι χρησιμοποιούνται για θεραπεία νόσων παρά για διαγνωστικούς σκοπούς, π.χ. νευροχειρουργική α) για καταστροφή μερών των βασικών γαγγλίων σε ασθενείς με ν.parkinson, β) για θερμική καταστροφή μέρους προσθίου λοβιακού ιστού για αναλγησία σε τελικού σταδίου ασθενείς. Η υπερβολική, χωρίς αποδείξεις, χρησιμοποίηση των υπερήχων για θεραπεία πολλών νόσων (π.χ. ρευματοειδήαρθρίτιδα, γαστρικά, ελκη, στηθαγχη, θυρεοτοξίκωση, αιμορροιδοπαθεια, ακράτειαούρων) αποτέλεσε τροχοπέδη για ανάπτυξη των υπερήχων σαν διαγνωστικό εργαλείο για αρκετά χρόνια. 1940: Γερμανοί Gohr και Wedekind χρησιμοποιούν τον υπέρηχο για τη διάγνωση όγκων, αποστημάτων, ξιδρωμάτων. 1950-1956: ο Άγγλος χειρουργός John Wild χρησιμοποίησε τον υπέρηχο για την εύρεση όγκων στον μαστό. 1955: οι Wild και Reid μιλούν για πρώτη φορά για διακολπικούς και διορθικούς scanners.. Στη γυναικολογία η εφαρμογή των υπερήχων ξεκίνησε το 1956(κολπική προσέγγιση). M. Ishihara (Tokyo) και H. Murooka (Saitama) κάνουν την 1η δημοσίευση(στα ιαπωνικά) στην υπερηχογραφικη διάγνωση γυναικολογικών μαζών. 07/06/1958: η πιο σημαντική, ίσως, δημοσίευση για την αξία του υπερήχου στη διάγνωση νόσων,στο lancet, με τίτλο ''διερεύνηση κοιλιακών μαζών με παλμικό υπέρηχο''. Σε αυτή τη δημοσίευση αναφερόταν το περιστατικό μιας γυναίκας στην οποία διεγνώσθη υπερηχογραφικά ότι είχε μια τεραστία κύστη ωοθήκης, ενώ η 1η διάγνωση, χωρίς τη βοήθεια του υπερήχου, ήταν ότι έπασχε από ανεγχείρητο καρκίνο στομάχου. Συγγραφέας της δημοσίευσης ο Σκοτσέζος γυναικολόγος (ιός και εγγονος ιατρών) Ian Donald,απο τους πιο σημαντικούς επιστήμονες για τη σημερινή χρήση των υπερήχων στη μαιευτική-γυναικολογία. 1965: ''first international conference on diagnostic ultrasound'', Pittsburgh. Στην δεκαετία του '90 πραγματοποιείται παραπολύ σημαντική βελτίωση της ποιότητας της εικόνας του υπερήχου. Επιπλέον, στο 2ο μισό της δεκαετίας του '90 η διάγνωση ανωμαλιών όπως εμβρυικές τρισωμίες, δισχιδής ράχη, καρδιακές ανωμαλίες πραγματοποιείται στο πρώτο τρίμηνο της κύησης και όχι στο τρίτο τρίμηνο όπως συνέβαινε προγενέστερα. Επιπροσθέτως, σε αυτή τη δεκαετία καθιερώνεται η χρήση του διακολπικού υπερήχου στην υποβοηθουμένη αναπαραγωγή, στην διάγνωση εξωμητρίων κυήσεων, στη διάγνωση μαζών στην πύελο, στον προληπτικό έλεγχο της μήτρας μέσω της μέτρησης του πάχους του ενδομήτριου καθώς και στη διάγνωση καρκίνων ωοθηκών και ενδομήτριου (ειδικά με τη χρήση color flow imaging). Ακόμα στα τέλη της δεκαετίας του '90 καθιερώνεται ο υπερηχογραφικός έλεγχος κάθε κύησης στις 20 εβδομάδες κύησης 1990:Cullen (Yale): διαγιγνώσκει εμβρυικές ανωμαλίες στο 1ο τρίμηνο κύησης χρησιμοποιώντας διακολπικό υπέρηχο. 1994: Οι Bengt Karlsson και Seth Granberg (Ελσινκι, Φινλανδία) καθιερώνουν την μέτρηση πάχους ενδομήτριου πάνω από 5mm ως ''καμπανάκι'' για καρκίνο ενδομήτριου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: η υπερηχογραφία συμβάλει καθοριστικά στη διάγνωση και αποτελεί εργαλείο στη φαρέτρα του ιατρού υπερηχογραφιστή.

160. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

161. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

162. ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΛΑΙΑ ΔΙΑΘΗΚΗ

Ι. Αλεξίου, Ε. Λάμπρου, Β. Παπαεμμανουήλ
Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ε.Α.Ν. Πειραιά «Μεταξά»

Η φυματίωση είναι μια μεταδοτική λοιμώδης ασθένεια η οποία οφείλεται στο Mycobacterium Tuberculosis (MT). Υπολογίζεται ότι το γενος των (MT) εμφανίστηκε πριν από 150 εκατομμύρια χρόνια περίπου.Οι Αιγυπτιακές μουμιες που χρονολογουνται από το 2400 π.Χ. εμφανίζουν σκελετικές παραμορφώσεις τυπικές της φυματίωσης.

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας μελέτης η διερεύνηση για το εαν η φυματίωση ήταν γνωστή και η αναφορά σε αυτη στα διάφορα βιβλία της Παλαιάς Διαθήκης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Με βαση την Ελληνικη και ξένη βιβλιογραφία αλλά και επισταμένη μελέτη των βιβλίων της παλαιάς διαθήκης εξετάζεται η αναφορά για την φυματίωση ή πάθηση που έμοιαζε με αυτή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπάρχουν πολλά αρχαιολογικά δεδομένα ότι η φυματίωση είχε μεγάλη επίπτωση στην Αίγυπτο 5500 χρόνια πριν. Διαγνωσμένη φυματίωση έχει ταυτοποιηθεί σε μουμιες της κοιλάδας του Νείλου που χρονολογούνται 5500-3500 χρόνια πριν, που εκτός την φυματιώδη σπονδυλίτιδα και πνευμονικές διηθήσεις βρέθηκε και αίμα ξηρό στην τραχεία.Οι αρχαίοι Ισραηλίτες ζούσαν ανάμεσα στους Αιγυπτίους 3700 εως 3300 χρόνια πριν.Η παλαιά διαθήκη δίνει σημαντικές πληροφορίες για τη ζωή τους εκεί, όπως αυτές έχουν διασωθεί. Παρουσιάζει ενδιαφέρον σε ποιο σημείο η Παλαιά διαθήκη κάνει αναφορά στην φυματίωση. Στο Λευιτικό (26:16) και στο Δευτερονόμιο (28:22) γίνεται αναφορα σε λοιμώδη νοσήματα «που θα επιφέρει ο Κυριος εαν δεν συμορφωθουν και θα τους προκαλέσουν Εξανάλωση» (Ανάλωση–Φθίση όπως αναφέρεται στις αναθεωρημένες εκδοχές της παλαιά διαθηκης). Οι μεταφράσεις της παλαιάς διαθήκης οι οποίες χρονολογούνται από το 1611μ.Χ. και 1901 μ.Χ. φερονται σε καιρούς που η λέξη Φθίση αναφέρεται στη φυματίωση. Η αρχαία εβραική λέξη που αναφέρεται στο Λευιτικό και στο δευτερονόμιο είναι,<> που σημαίνει- ασθένεια που σε αναλώνει - και παραμένει σε χρήση στα συγχρονα Εβραικά ως <> και η λεξη αυτη χρησιμοποιείται για τη φυματίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπάρχουν δυο ατιολογημένες αναφορές στην παλαιά διαθήκη όσον αφορά την φυματίωση οι οποίες και οι δυο χρονολογούνται τον καιρό κατα τον οποίο οι Ισραηλιτες ζούσαν στην Αίγυπτο και επίσης ήταν γνωστό ότι η φυματίωση είχε μεγάλη επίπτωση στον Αιγυπτιακό λαό.

163. ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΟΣΤΕΟΛΟΓΙΑ

Γ. Φεζουλίδη, Γ. Τσουκαλάς, Β. Θωμαϊδης, Α. Φίσκα
Ιστορία της Ιατρικής, Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Η δεοντολογία μελετά τα πρότυπα συμπεριφοράς και την ηθική κρίση. Κάθε ερευνητικό και εκπαιδευτικό ίδρυμα ή οργανισμός που ασχολείται με την οστεολογία καθορίζει δικά του πρότυπα για την αντιμετώπιση του σκελετικού υλικού. Στην αρχαιολογία και την ιατρική, τα ανθρώπινα οστά χρησιμοποιούνται για τη διδασκαλία και την εξέλιξη της επιστήμης, ενώ αποθηκεύονται για μελλοντικές μελέτες. Ο οστεολόγος οφείλει να ακολουθεί πιστά τις κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τα εύθραυστα ανθρώπινα υπολείμματα και να τα αντιμετωπίζει με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Η χρήση ανθρώπινων οστών αποτελεί σήμερα ένα ιδιαίτερα συγκεχυμένο και πολιτικοποιημένο θέμα εξαιτίας της διαφορετικής οπτικής του κάθε πολιτισμού απέναντι σε αυτά. Η μελέτη τους συμβάλλει τα μέγιστα στην απόκτηση γνώσεων για την ανθρώπινη ανατομία και εξέλιξη, τη βιοποικιλότητα και πολλές ασθένειες. Ωστόσο, η σύγκρουση μεταξύ ερευνητών και γηγενών ομάδων πληθυσμού επιφέρει προβλήματα στην ανασκαφή, στην εκταφή, στη μελέτη και στην εκπαιδευτική αξιοποίηση των λειψάνων. Οι οστεολόγοι, οι καθηγητές και οι φοιτητές οφείλουν να δημιουργούν ειλικρινείς επαφές τόσο με τους τοπικούς κρατικούς εκπροσώπους και επιστήμονες όσο και με συγγενείς θανόντων, ώστε να προωθείται μια αγαστή συνεργασία και παραγωγική έρευνα. Ο κώδικας δεοντολογίας (κατευθυντήριες γραμμές ΒΑΒΑΟ) ορίζει ότι: α) στις εγκαταστάσεις που διατηρούνται ανθρώπινα οστά πρέπει να κρατούνται αρχεία που σχετίζονται με αυτά, β) τα βιολογικά υπολείμματα μπορεί να τυγχάνουν διαφορετικής αντιμετώπισης σε άλλες περιοχές ή πολιτισμικές ομάδες, γ) το σκελετικό υλικό μελετάται και εξετάζεται μόνο για νόμιμους σκοπούς (διδασκαλία και έρευνα) δ) τα βιολογικά κατάλοιπα δεν αποτελούν ιδιωτική περιουσία, ε) πρέπει να ακολουθούνται οι ισχύοντες νόμοι και οδηγίες στην χρήση και αποθήκευση φυσικών υπολειμμάτων και στ) όλα τα αποτελέσματα επιστημονικής αξίας πρέπει να δημοσιεύονται στο ευρύ κοινό έγκαιρα. Στην περίπτωση ύπαρξης γενεαλογικών απογόνων ή πολιτιστικών κοινοτήτων σχετιζόμενων με το βιολογικό υλικό, αυτοί είναι καλό να ενημερώνονται πριν από την δημοσίευση.

164. ΜΥΣΤΙΚΟΠΑΘΕΣ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΟ ΥΓΡΟ ΝΙΤΡΙΚΟ ΚΑΛΙΟ ΚΑΙ ΑΛΕΝΙΤΗ ΣΕ ΧΑΛΚΙΝΟ ΔΟΧΕΙΟ ΣΕ ΤΑΦΟ ΔΥΝΑΣΤΕΙΑΣ ΤΣΙ ΣΙ ΧΟΥΑΝΓΚ ΣΕ ΚΙΝΕΖΙΚΗ ΠΟΛΗ ΛΟΥΙΓΙΑΝΓΚ ΚΑΤΑΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΡΧΑΙΟ ΤΑΟΙΣΤΙΚΟ ΚΕΙΜΕΝΟ ΩΣ ΕΛΙΞΗΡΙΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΑΛΧΗΜΙΣΤΕΣ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη[2], Κ. Σώρρας[3], Α. Σαλταμαύρος[4]

[1]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [2]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [3]Παθολογικός Τομέας, Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», [4]ΤΕΠ, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Αλκοολούχο υγρό αποτελείται από νιτρικό κάλιο και αλενίτη, τα οποία ίσως είναι τα βασικά συστατικά του «ελιξίριου της ζωής» όπως καταγράφεται σε ένα αρχαίο ταοϊστικό κείμενο.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πολλοί Κινέζοι αυτοκράτορες επεδίωκαν την αιώνια ζωή.Μετά από ανασκαφή σε τάφο δυναστείας στην πόλη Λουόγιανγκ τον περασμένο Οκτώβριο 2018, εντοπίστηκε ένα αρχαίο χάλκινο δοχείο, το οποίο περιείχε 3,5 λίτρα από ένα μυστήριο υγρό.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Τσιν Σι Χουάνγκ, ο πρώτος αυτοκράτορας της ενοποιημένης Κίνας, ήταν αφιερωμένος σε αυτό όπως λέγεται. Μάλιστα, έχτισε ένα τεράστιο υπόγειο μαυσωλείο για τους παγκοσμίου φήμης πύλινους στρατιώτες του. Αρχικά είχε εκτιμηθεί ότι πρόκειται για ποτό, αφού μύριζε αλκοόλ, περαιτέρω εργαστηριακή έρευνα ωστόσο έδειξε ότι το υγρό αποτελείται από νιτρικό κάλιο και αλενίτη, τα οποία ίσως είναι τα βασικά συστατικά του «ελιξίριου της ζωής» όπως καταγράφεται σε ένα αρχαίο ταοϊστικό κείμενο. Έχει αποτελέσει πολυπόθητο «θησαυρό» σε αμέτρητους θρύλους, λογοτεχνικά έργα και ταινίες. Η ανακάλυψή του αποτέλεσε τον πιο περιζήτητο στόχο των Αλχημιστών, ενώ κάποιοι το έχουν συνδέσει και με το Άγιο Δισκοπότηρο. Ο λόγος για το μυθικό ελιξήριο της ζωής που κρύβει το μυστικό της αθανασίας και το οποίο, όπως δείχνουν οι τελευταίες αρχαιολογικές ανακαλύψεις, μπορεί και να υπάρχει...Ειδικότερα, στο πλαίσιο ερευνών κινέζων αρχαιολόγων πριν από έναν περίπου χρόνο αποκαλύφτηκε ότι ο πρώτος αυτοκράτορας της ενοποιημένης Κίνας, Τσιν Σι Χουάνγκ, ήθελε να βρει το ελιξίριο της ζωής με οποιοδήποτε μέσο και είχε διατάξει μια παγκόσμια αναζήτηση για το θαυματουργό φίλτρο. «Είναι η πρώτη φορά που βρέθηκαν τα μυθικά «ελιξίρια της αθανασίας» στην Κίνα. Το υγρό έχει σημαντική αξία για τη μελέτη της αρχαίας κινεζικής φιλοσοφίας για την επίτευξη της αθανασίας και την εξέλιξη του κινεζικού πολιτισμού», δήλωσε ο επικεφαλής του Ινστιτούτου Πολιτιστικών Μνημείων και Αρχαιολογίας της Λουόγιανγκ. Εκτός από αυτό, οι ερευνητές ανακάλυψαν έναν τεράστιο αριθμό προϊόντων από νεφρίτη, χρωματιστά πήλινα αγγεία και χάλκινα αντικείμενα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στόχος των αλχημιστών ήταν να ανακαλύψουν την λεγομένη «φιλοσοφική λίθο» ιδανική ουσία δηλαδή που θα είχε την δύναμη να μετατρέψει ένα φθηνό μέταλλο σε χρυσαφί και να δημιουργήσουν φάρμακο της αιωνίας και υγιούς νεότητας.

165. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

166. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

167. Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΕΓΑΛΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ ΙΣΩΣ Η ΠΙΟ ΔΙΑΣΗΜΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΙ ΠΟΤΕ

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

[1]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [2]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [3]Παθολογικός Τομέας, Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο θάνατός του ίσως να είναι η πιο διάσημη περίπτωση λανθασμένης διάγνωσης θανάτου που έχει καταγραφεί ποτέ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σύμφωνα με τις μέχρι σήμερα θεωρίες, ο Μέγας Αλέξανδρος πέθανε από μόλυνση, αλκοολισμό ή δολοφονήθηκε.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι υποστηρικτές του φυσικού θανάτου υποστήριζαν ότι πέθανε από ελονοσία ή σηψαιμική παγκρεατίτιδα ή μια άλλη θεωρία ότι πέθανε από το ιό του Δυτικού Νείλου ή τυφοειδή πυρετό που γρήγορα απορρίφθηκαν. Σύμφωνα με μια νέα θεωρία, η οποία έρχεται από τη Νέα Ζηλανδία και το Πανεπιστήμιο του Οτάγκο, ο Μέγας Αλέξανδρος πέθανε από τη νευρολογική διαταραχή GBS που προκαλεί παράλυση στον πάσχοντα. Όπως αναφέρει η Κάθριν Χολ, γιατρός και καθηγήτρια στη Σχολή Ιατρικής Dunedin, ο θάνατος του οφείλεται σε μια νευρολογική διαταραχή, την επικαλούμενη GBS (Guillain-Barré Syndrome- Σύνδρομο Guillain- Barré). Η έρευνα αναφέρει πως ο Μέγας Αλέξανδρος, έμεινε παράλυτος από το σύνδρομο για έξι ημέρες πριν τελικά χάσει τη ζωή του. Οι προηγούμενες θεωρίες δεν έχουν εξηγήσει το γεγονός του θανάτου γιατί βάσει των ιστορικών καταγραφών, το σώμα του δεν έδειξε σημάδια αποσύνθεσης για έξι ολόκληρες μέρες μετά τον θάνατό του. Δηλητηρίαση φυτό είδος Verantrum album ή φυτό ελλέβορο τα συμπτώματα ταιριάζουν απόλυτα με αυτά που προκύπτουν από δηλητηρίαση με ελλέβορο δηλαδή γαστρικός πόνος, ναυτία, βραδυκαρδία, υπόταση και μυική αδυναμία δεν μπορούσε να κινηθεί ούτε να μιλήσει. 2010 στη Βαρκελώνη ο ιστορικός Adrienne Mayor και η τοξικολόγος Antoinette Hayers εξήγησαν ότι στο ασβεστόλιθο γύρω από Μαυρονέρι γίνεται να αναπτυχθεί θανατηφόρο βακτήριο calicheamicin. Ο ποταμός Στύγας ήταν ικανός στη μυθολογία να ναρκώσει ακόμη και θεούς ήταν το ιδανικότερο όπλο να χρησιμοποιήσει πιθανόν ο Αντίπατρος μαζί με το υιό του Κάσσανδρο και τον αδερφό του τον Ιόλαο οινοχόο είναι πιθανοί συνομώτες ή οι γυναίκες του η Βάκτρια Ρωξάνη γυιό Αεξανδρίωνα ή Στατείρα ή ερωμένη Βαρσίνη γυιό Ηρακλή. Για τους Αρχαίους Έλληνες αυτό «αποδείκνυε» το γεγονός ότι ήταν Θεός και απέδιδαν τον θάνατό του σε μεταφυσικά αίτια. Ο Μέγας Αλέξανδρος παρουσίασε πόνο στην κοιλιακή χώρα, προοδευτική συμμετρική παράλυση προς τα πάνω, αλλά είχε πλήρη συνείδηση σχεδόν μέχρι τέλους. Η Χολ υποστηρίζει πως όλα αυτά τα συμπτώματα συμβαδίζουν απόλυτα με παραλλαγή του συνδρόμου GBS, που του προκάλεσε παράλυση. Σε συνδυασμό με τη δυσκολία που υπήρχε για τη διαπίστωση του θανάτου στην αρχαιότητα, εκτιμά πως ο Αλέξανδρος δεν πέθανε πραγματικά, παρά ημέρες μετά τη στιγμή που θεωρήθηκε νεκρός, επειδή δεν φαινόταν να αναπνέει πια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Επιπλέον οι σταθερές και διεσταλμένες κόρες του Μεγάλου Αλεξάνδρου δείχνουν, κατά τη Χολ, ότι η διατήρηση της σωρού του για έξι ημέρες δεν ήταν αποτέλεσμα θαύματος, αλλά επειδή δεν είχε ακόμα πεθάνει τη στιγμή που τον έθαψαν.

168. Η ΒΙΑ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Μ. Ρεβέλου, Γ. Τσουκαλάς

Ιστορία της Ιατρικής, Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη του προβλήματος της βίας στο εργασιακό περιβάλλον για τους επαγγελματίες υγείας, η ανάλυση των παραμέτρων που την χαρακτηρίζουν και τα ατομικά και διοικητικά μέτρα τα οποία προτείνονται για την αντιμετώπισή της.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας ανέδειξε ευρήματα που αφορούν στα χαρακτηριστικά των εμπλεκομένων στα βιαία επεισόδια, στην αναφερόμενη συχνότητα και φύση των επεισοδίων (π.χ λεκτική, φυσική βία, σεξουαλική παρενόχληση) και στον τόπο και χρόνο του συμβάντος. Μελετήθηκαν τα αναφερόμενα αίτια, η συχνότητα επίσημης αναφοράς και τα αποτελέσματα στην ψυχική υγεία των θυμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η βιβλιογραφία αναφέρει αυξανόμενο κίνδυνο εκδήλωσης βίας από ασθενείς/συνοδούς προς τους επαγγελματίες υγείας (βία τύπου-ΙΙ), με το νοσηλευτικό προσωπικό ως το συχνότερο στόχο των επιθέσεων. Το γυναικείο φύλο, η νεαρότερη ηλικία και η μειωμένη προηγούμενη εργασιακή εμπειρία εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα μεταξύ των θυμάτων. Η λεκτική βία είναι η συχνότερη μορφή βίας και προκαλείται συνήθως από άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας. Τα ΤΕΠ, οι Ψυχιατρικές κλινικές και οι ΜΕΘ αποτελούν τους συχνότερους χώρους των επιθέσεων, με κυριότερες αιτίες τους αυξημένους χρόνους αναμονής, τη λήψη ψυχοδραστικών ουσιών ή αλκοόλ από τους επιτιθέμενους καθώς και τις υψηλές θεραπευτικές προσδοκίες. Το ποσοστό των συμβάντων που αναφέρονται επίσημα είναι ιδιαίτερα χαμηλό, ενώ οι ψυχολογικές επιπτώσεις στο προσωπικό είναι σημαντικές, με χαρακτηριστικά ενίοτε μετατραυματικού στρες και παροχής μειωμένης ποιότητας υπηρεσιών. Υπάρχουν περιπτώσεις που ένα εκδηλωτικό συμβάν μπορεί να οδηγήσει σε εγκληματικές ενέργειες (φόνος-τρόπαιο) προκειμένου να ικανοποιηθεί η αρρωστημένη πεποίθηση της επιβεβλημένης αυτοδικίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η υψηλή συχνότητα βίαιων επιθέσεων στους επαγγελματίες υγείας επιβάλλει την συστηματική ενημέρωσή και εκπαίδευσή τους για την πρόληψη και αποφυγή τέτοιων περιστατικών. Η ανελλιπής καταγραφή τους είναι αναγκαία ώστε να μελετηθούν διεξοδικά τα χαρακτηριστικά του φαινομένου και να τεθούν σε ισχύ βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες πολιτικές προστασίας του υγειονομικού προσωπικού.

169. ΟΙ ….. ΜΕΓΑΛΟΙ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

Α. Βασιλόπουλος, Γ. Τσουκαλάς, Α. Φίσκα

Ιστορία της Ιατρικής, Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Η δημοσίευση της ιατρικής έρευνας συνιστά τον ακρογωνιαίο λίθο της διάδοσης της ιατρικής γνώσης με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της παγκόσμιας υγείας. Ωστόσο δεν απουσιάζουν φαινόμενα παραβίασης του επιστημονικού ήθους και απάτης, τόσο από μεμονωμένα άτομα όσο και από ιδρύματα, που αποβλέπουν στην ικανοποίηση προσωπικού οφέλους ή επιστημονικής ματαιοδοξίας. Οι μείζονες μορφές παραβίασης της ερευνητικής δεοντολογίας συνίστανται στη κατασκευή δεδομένων (data fabrication), στην παραποίηση δεδομένων (data falsification) και στον πλαγιαρισμό (plagiarism) ή λογοκλοπή. Άλλες μορφές μικρότερης βαρύτητας αποτελούν οι διπλότυπες δημοσιεύσεις (duplicate publications) ή πολλαπλές υποβολές (multiple submissions), η σαλαμοποίηση (salami-slicing) και η παρουσίαση συν-συγγραφέα χωρίς την από μέρους του συνεισφορά στο άρθρο (gift authorship/ghost authorship). Χαρακτηριστικό παράδειγμα παραποίησης στοιχείων αποτελεί αυτό του Andrew Wakefield το 1998, ο οποίος συνέδεσε σε έρευνά του το τριδύναμο εμβόλιο ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς με την εμφάνιση αυτισμού, έρευνα που έθεσε τη βάση για το αντιεμβολιαστικό κίνημα στις ΗΠΑ. Παρόμοια πράξη σημειώθηκε από τον γαστρεντερολόγο Stefano Fiorucci, που χρησιμοποίησε λογισμικό επεξεργασίας εικόνων για να παραποιήσει στοιχεία. Ο Ιρακινός ερευνητής Elias Alsabti παρουσίασε ψευδή στοιχεία στο βιογραφικό του καθώς και στοιχεία λογοκλοπής σε εξήντα από τα δημοσιευμένα άρθρα του, τα οποία και αποσύρθηκαν. Παράδειγμα κατασκευής δεδομένων συνιστά και η περίπτωση του Ιάπωνα ερευνητή στον τομέα των στελεχιαίων κυττάρων Haruko Obokata, αλλά και του ερευνητή της ανοσολογίας των μεταμοσχεύσεων William Summerlin. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί και η περίπτωση του Ελβετού χειρουργού Paolo Macchiarini που παρουσίασε ψευδή στοιχεία στις έρευνές του για τη δημιουργία συνθετικής τραχείας, ενώ οι πειραματικές του μεταμοσχεύσεις προκάλεσαν το θάνατο έξι τουλάχιστον ασθενών του. Σκοπός της παρούσης εργασίας αποτελεί η ανάδειξη της παράβασης της δεοντολογίας και της απάτης στην ιατρική έρευνα. Οι συνέπειες τέτοιων πρακτικών θα πρέπει να εγείρουν την ηθική και δεοντολογία των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να αποφευχθεί η παραπλάνηση και η περιπλάνηση τους σε παρόμοιες πρακτικές.

170. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

171. ΕΝΑΣ ΟΧΙ ΤΟΣΟ ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Μ. Δημητρίου[1], Ν. Παπάνας[2]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ», [2]Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή της αιτίας θανάτου από δήγμα του πιθήκου Barbary macaque (Macaca sylvanus) που οδήγησε σε σηπτική καταπληξία και θάνατο τον Βασιλιά Αλέξανδρο, δεύτερο γιό του Κωνσταντίνου του Α' στην ηλικία των 27 ετών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας και χρήση λέξεων ευρετηριασμού σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λίγες μέρες μετά την υπογραφή της συνθήκης των Σεβρών, ο Αλέξανδρος κάνει περίπατο στα κτήματα στο Τατόι με την παρέα του σκύλου του. Κάποια στιγμή ο σκύλος διαπληκτίζεται με ένα οικόσιτο πίθηκο. Ενώ σπεύδει να τους χωρίσει, του επιτίθεται ένας δεύτερος πίθηκος και του καταφέρνει δύο δήγματα: ένα στον αριστερό βραχίονα και ένα βαθύ στην αριστερή κνήμη. Τα τραύματα καθαρίζονται επιφανειακά αρχικά από το προσωπικό και στη συνέχεια από χειρουργό με οινόπνευμα και βενζίνη (αντισηπτικό της εποχής για πολεμικά τραύματα). Παρόλα αυτά τις επόμενες ημέρες τα τραύματα αρχίζουν να εμφανίζουν τόσο τοπικά κλινικά σημεία κυτταρίτιδας όσο και συστηματικά συμπτώματα αιματογενούς διασποράς. Πλήθος εξεχουσών ιατρών σπεύδει. Μεταξύ τους ο Κων/νος Σάββας Καθηγητής Ιατρικής στην έδρα της Μικροβιολογίας και ο Γάλλος Καθηγητής Παθολογίας Widal. Η κατάσταση βαίνει διαρκώς επιδεινούμενη. Το τραύμα στην κνήμη εμφανίζει γαγγραινώδη κυτταρίτιδα με νέκρωση υποδορίου ιστού. Η λοίμωξη που προσβάλλει τα μαλακά μόρια οδηγεί σε υψηλό πυρετό με ρίγος, πόνο και συγχυτικές εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Ακρωτηριασμός άκρου παρόλα αυτά δε γίνεται από τους θεράποντες με αποτέλεσμα συστηματική τοξικότητα και θάνατο από σηπτικό σοκ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο θάνατος του Αλέξανδρου φαίνεται να προκλήθηκε από γαγγραινώδη κυτταρίτιδα ταχείας εξέλιξης με νέκρωση υποδόριου ιστού (flesh eating disease) με παραγωγή υπεραντιγόνων. Ακολούθησε βακτηριαιμία και κατέληξε από σηπτική καταπληξία. Το υπεύθυνο παθογόνο θεωρείται ο *Streptococcusspp*.

172. ΤΟ ΕΡΓΟ «ANATHOMIA» ΤΟΥ MUNDINUS DE LUZZI ΩΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΟΝ 14Ο ΚΑΙ 15Ο ΑΙΩΝΑ

Γ. Τσουκαλάς[1], Κ. Λάιος[2], Σ. Μιχαλέας[2,3], Γ. Ανδρούτσος[4], Μ. Καραμάνου[2,4]

[1]Ιστορία της Ιατρικής, Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, [2]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής και Ιατρικής Δεοντολογίας, Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, [3]Τμήμα Ιστορίας και Αρχαιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [4]Ιστορία της Ιατρικής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών

Το πρώτο διδακτικό εγχειρίδιο για την λεπτομερή εκμάθηση των τεχνικών και της πρακτικής της ανατομίας στο σύνολό της ήταν το έργο Anathomia του Mondinus De Luzzi (περ. 1270-1326) το οποίο δημοσιεύθηκε αρχικά το 1316 στην Μπολόνια. Ο Mondino γεννήθηκε περίπου το 1270 στη Φλωρεντία. Η οικογένεια του είχε μεγάλη φήμη στον τομέα της φαρμακολογίας. Σπούδασε στο Πανεπιστήμιο της Μπολόνια με δασκάλους τον Ιταλό καθηγητή ιατρικής Taddeo Alderotti (1206/1215-1295) και τον Γάλλο χειρουργό Henri de Mondeville (περ. 1260-1320). Η ακαδημαϊκή του πορεία υπήρξε αξιοσημείωτη και σύντομα εκλέχθηκε καθηγητής χειρουργικής στη Μπολόνια. Η ανατομή σε ανθρώπινο πτώμα υπήρξε η θεμελιώδης συνεισφορά στην Ανατομία της Ιατρικής Σχολής της Αλεξάνδρειας. Εγκαταλείφθηκε όμως περί το 2ο αιώνα μ.Χ. ενώ τέθηκαν ηθικά και θρησκευτικά εμπόδια. Ο Mondino υπήρξε αυτός που εισήγαγε στο πρόγραμμα σπουδών της Ιατρικής Σχολής της Μπολόνια την ανατομία, ενώ ξεκινά εκ νέου την ανατομή σε ανθρώπινο πτώμα. Το έργο του Anathomia, επηρεασμένο από τη μία πλευρά στη δομή από τα έργα του Γαληνού και του Αβικέννα και από την άλλη στην περιγραφή των ανατομικών δομών από την εμπειρία του, θα γνωρίσει μέσα σε 2 αιώνες πολλές εκδόσεις. Ο Mondino σε απεικονίσεις λιθογραφιών της εποχής παρουσιάζεται καθισμένος στην έδρα του, μακριά από την ανατομική τράπεζα, γεγονός που συμβόλιζε την απόσταση της πρακτικής εφαρμογής από τη θεωρητική γνώση. Είναι αυτός που πραγματοποίησε την πρώτη δημόσια ανατομή, αλλά η προσοχή του αναγνώστη στρέφεται περισσότερο προς τη μορφή του παρά προς την ανατομή. Ο χαράκτης δημιουργεί εικόνες σύμφωνα με αυτά που βιώνει ως θεατής της ανατομής δημιουργώντας ένα δυισμό ανάμεσα στο κείμενο και την εικονογραφία, μία ανταγωνιστική σχέση στην οποία αντικατοπτρίζεται ένα διδακτικό εργαλείο που ανέδειξε περαιτέρω τη σπουδαία Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Μπολόνια στην Ιταλική χερσόνησο.

173. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΜΕΣΟΠΟΛΕΜΟ: ΤΑ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΕΡΟΙΑΣ (1926-1940)

Σ. Μιχαλέας[1,2], Θ. Σεργεντάνης[3], Ε. Τζανάκη[4], Κ. Λάιος[1], Γ. Τσουκαλάς[1,5], Μ. Καραμάνου[1,6]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής και Ιατρικής Δεοντολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, [2]Τμήμα Ιστορίας και Αρχαιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [3]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», [4]Τμήμα Ιστορίας και Αρχαιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, [5]Ιστορία της Ιατρικής, Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, [6]Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα ιστορική-επιδημιολογική μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων στους Έλληνες πρόσφυγες που εγκαταστάθηκαν στην περιοχή της Ημαθίας κατά την περίοδο του Μεσοπολέμου.
ΥΛΙΚΟ: Τα στοιχεία προήλθαν από το αρχείο του Προσφυγικού Νοσοκομείου Βέροιας (εισαγωγές από 5 Μαρτίου 1926 έως και 27 Οκτωβρίου 1940) και υπολογίστηκαν περιγραφικά στατιστικά μέτρα μετά από ψηφιοποίηση των καταχωρίσεων σε προκωδικοποιημένη βάση (15921 άτομα).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Νοσηλεύτηκαν 41 περιστατικά λόγω σύφιλης και 19 λόγω γονοκοκκικής λοίμωξης. Καταγράφηκαν περιστατικά πρωτογόνου (n=4), δευτερογόνου (n=2), τριτογόνου (n=13), συγγενούς (n=7) και μη περαιτέρω προσδιοριζόμενης (n=15) σύφιλης, ενώ εντοπίστηκαν ποικίλα προβλήματα διαφορικής διαγνωστικής. Ως προς τη γονοκοκκική λοίμωξη καταγράφηκαν 19 περιστατικά (γονοκοκκική αρθρίτις, κολπίτις, μητρίτις/σαλπιγγίτις, ορχίτις/επιδιδυμίτις, ουρηθρίτις). Η σύφιλη και η γονοκοκκική λοίμωξη/γονόρροια αφορούσαν σε ποικιλία επαγγελμάτων, ενώ οι πρόσφυγες ασθενείς προέρχονταν από διάφορες περιοχές, μεταξύ άλλων από τα Μικρασιατικά παράλια, τον Καύκασο, τη Θράκη, την Κωνσταντινούπολη και τον Πόντο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα αντικατοπτρίζουν τις δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές και υγειονομικές συνθήκες που αντιμετώπισαν οι Έλληνες πρόσφυγες μετά την άφιξή τους στην Ελλάδα. Τα νοσήματα αυτά θεωρούνταν ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας κατά τη διάρκεια του Μεσοπολέμου. Η επιστημονική κοινότητα προσπαθούσε να τα περιορίσει, ωστόσο δεν υπήρχαν αποτελεσματικές θεραπείες. Ο νόμος 3032/1922 υπήρξε καθοριστικός για την προσπάθεια της χώρας κατά των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων.

174. ΘΕΩΝ Ο ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΧΑΜΕΝΟ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ

Η. Βαλιάκος
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΣΚΟΠΟΣ: Μεταξύ των έργων που υπάρχουν στον κώδικα 75.3 της Λαυρεντιανής βιβλιοθήκης της Φλωρεντίας, είναι κι ένα κείμενο που φέρει τον τίτλο: *Θέωνος, Περί συνθέσεως καθαιρόντων φαρμάκων*. Μέχρι σήμερα από τη βιβλιογραφία το εν λόγω κείμενο θεωρούνταν χαμένο αν όχι ανύπαρκτο. Η μόνη πηγή που μας πληροφορεί σχετικά για το έργο του Θέωνα είναι ο Φώτιος, στη Μυριόβιβλο. Στόχος της παρούσας ανακοίνωσης είναι η δημοσιοποίηση, η αναδειξη και παρουσίαση του στο ευρύ κοινό.
ΥΛΙΚΟ: Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για την εξέταση του κειμένου είναι ο χειρόγραφος κώδικας 75.3 από περγαμηνή που φυλάσσεται στη Λαυρεντιανή Βιβλιοθήκη της Φλωρεντίας. Επίσης αναζητήθηκε μέσω βάσεων δεδομένων το ίδιο κείμενο σε άλλους κώδικες, χωρίς αποτελέσμα. Έτσι το κείμενο είναι μοναδικό.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μεταγραφή του κειμένου του χειρόγραφου κώδικα έγινε στο πρόγραμμα Classical Text Editor (CTE). Διασταυρώθηκαν μέσω της ψηφιακής βιβλιοθήκης του Thesaurus Linguae Graecae (TLG) οι έννοιες και εξακριβώθηκε η μοναδικότητα των ιατροφαρμακευτικών πληροφοριών και συνταγών που ανευρέθηκαν στο εν λόγω κείμενο του κώδικα. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν κείμενα του Γαληνού και του Ιπποκράτη για την ταυτοποίηση των απόψεων του Θέωνα για τους χυμούς και τις τροφές, των οποίων υπήρξε ένθερμος υποστηρικτής. Η βιβλιογραφία τέλος επιβεβαίωσε τη μοναδικότητα του ανευρεθέντος κειμένου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το κείμενο του Θέωνα που βρέθηκε στον κώδικα 75.3 είναι μοναδικό. Επιβεβαιώνει τις αναφορές του Φώτιου ότι υπήρξε ένας ξεχωριστός συγγραφέας ιατρικού κειμένου που ασπάζεται τις θέσεις των Ιπποκράτη και Γαληνού. Ο ίδιος ο Φώτιος θεωρεί το κείμενο εφάμιλλο της *Σύνοψης* του Ορειβάσιου. Η ανάδειξη, παρουσίαση και προβολή του έργου του Θέωνα δίνει νέα διάσταση στην ιστορία και τη θεωρία της ιατρικής των μέσων Βυζαντινών χρόνων.

175. ΠΤΩΣΗ ΑΕΡΟΣΥΝΟΔΟΥ ΑΠΟ ΑΕΡΟΠΛΑΝΟ 33.000 ΠΟΔΙΑ (10.160) ΜΕΤΡΑ ΧΩΡΙΣ ΑΛΕΞΙΠΤΩΤΟ ΚΑΙ ΕΠΕΖΗΣΕ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη[2], Κ. Σώρρας[3], Ν. Γκανταίφης[4]

[1]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [2]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [3]Παθολογικός Τομέας, Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», [4]Ορθοπεδική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου

ΣΚΟΠΟΣ: Η αεροσυνοδός που έμεινε στην ιστορία αφού κατάφερε να επιβιώσει μιας πτώσης από τα 10.160 μέτρα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η Vesna Vulović ήταν η Σέρβα και μοναδική επιζών της συντριβής που όπως αποδείχτηκε προκλήθηκε από μια βόμβα σε χαρτοφύλακα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πτώση της έλαβε χώρα μετά από μια έκρηξη στο χώρο αποσκευών της πτήσης JAT 367 στις 26 Ιανουαρίου 1972 που έριξε το αεροπλάνο κοντά στο Srbská Kamenice της Τσεχοσλοβακίας. Μετά τη συντριβή, έμεινε για αρκετές μέρες σε κώμα και στο σύνολο νοσηλεύτηκε για αρκετούς μήνες λόγο των σοβαρών τραυματισμών της. Συγκεκριμένα είχε υποστεί κάταγμα κρανίου, συμπιεστικό κάταγμα σε τρεις σπόνδυλους, κατάγματα στα δύο κάτω άκρα, κατάγματα σε πλευρά και κατάγματα στη λεκάνη (πύελο). Αυτά τα τραύματα είχαν σαν αποτέλεσμα να παραλύσει προσωρινά από τη μέση και κάτω παραπληγία. Αν και κατάφερε να ανακάμψει συνέχισε να περπατάει κουτσαίνοντας. Παρά την προθυμία της να συνεχίσει να εργάζεται ως αεροσυνοδός, η Jat Airways αποφάσισε να της δώσει μια δουλειά γραφείου αφού θεώρησε ότι η παρουσία της στις πτήσεις θα έφερνε υπερβολική δημοσιότητα. Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι τα βαρύτερα σώματα φθάνουν γρηγορότερα στη γη από τα ελαφρύτερα. Η ελεύθερη πτώση μελετήθηκε κατά τον 17ο αιώνα από τον Γαλιλαίο και τον Καρτέσιο οι οποίοι «κατέρριψαν» την αντίληψη του Αριστοτέλη. Λένε ότι ο Γαλιλαίος άφησε να πέσουν από τον πύργο της Πίζας ταυτόχρονα δύο μεταλλικές σφαίρες διαφορετικής μάζας και παρατήρησε ότι έφθασαν ταυτόχρονα στο έδαφος. Στην συνέχεια, περί το 1687, ο Νεύτωνας διατύπωσε γενικούς νόμους για την κίνηση των σωμάτων οι οποίοι περιέγραφαν κάθε μορφή κίνησης και η ελεύθερη πτώση έπαψε να αντιμετωπίζεται σαν ξεχωριστό αντικείμενο μελέτης. Το απέδειξε πειραματικά ο Άγγλος (Robert Boyle, 1627-1691). Με τη βοήθεια της αεραντλίας, την οποία ο ίδιος εφηύρε, αφαίρεσε τον αέρα από ένα γυάλινο σωλήνα, μέσα στον οποίο είχε τοποθετήσει ένα φτερό και μια μολύβδινη σφαίρα. Όταν ανέστρεψε το σωλήνα, το φτερό και η σφαίρα έπεσαν ταυτόχρονα. Όταν ένα σώμα πέφτει στον αέρα και η μετωπική επιφάνεια του είναι αρκετά μεγάλη ώστε η αεροδυναμική αντίσταση να μην είναι αμελητέα, τότε σώμα αποκτά μια σταθερή ταχύτητα που λέγεται οριακή ταχύτητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το 1985, το βιβλίο Guinness World Records αναγνώρισε την Vulović ως την παγκόσμιο κάτοχο ρεκόρ για την υψηλότερη πτώση χωρίς αλεξίπτωτο μάλιστα το κατέχει ακόμα. Τα τελευταία χρόνια της ζωής της τα πέρασε στην απομόνωση σε ένα μικρό διαμέρισμα του Βελιγραδίου μέχρι το θάνατό της το 2016.

176. Ο ΙΑΤΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΣ ΠΡΟΤΥΠΟ ΧΡΙΣΤΙΑΝΟΥ ΠΟΛΙΤΙΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΗ ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΤΗΣ ΡΩΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΣ ΚΥΒΕΡΝΗΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

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

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [3]Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: η παρουσίαση της βιογραφίας του Ιατρού Ιωάννη Καποδίστρια πρότυπο χριστιανού πολιτικού, ευρωπαίου διπλωμάτη, πολέμιος του Αυστριακού Μετερνιχ, υπερασπιστή του ελληνικού έθνους και της ελληνικής επανάστασης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο Ιωάννης Καποδίστριας γεννήθηκε στην Κέρκυρα στις 11 Φεβρουαρίου του 1776, την περίοδο της ενετοκρατίας Ο πατέρας του Αντώνιος-Μαρία καταγόταν από οικογένεια ευγενών προγονός του είχε λάβει το τίτλο του κόμη από το δούκα της Σαβοΐας Κάρολο Εμμανουήλ Β. Ο τίτλος εισήχθη στη "χρυσή βίβλο""Lipro d'Oro" της βενετίας το 1679 των ευγενών της Κέρκυρας. Η οικογένεια της μητέρας του "Διαμαντίας" Αδαμαντίας Γονέμη ήταν επίσης εγγεγραμμένη από το 1606.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Φοίτησε στο μοναστήρι της Αγίας Ιουστίνης, έμαθε Λατινικά, Ιταλικά και Γαλλικά. Την περίοδο 1795-1797 σπούδασε Ιατρική στο πανεπιστήμιο της Πάντοβα. Ως ιατρός ήταν ανιδιοτελής φιλάνθρωπος και έντιμος. Το 1803 που διετέλεσε γραμματέας της Ιονίου Πολιτείας. Το 1815 έως το 1822 ήταν υπουργός εξωτερικών της Ρωσικής Αυτοκρατορίας. Καθοδηγούμενος από το Τσάρο έθεσε τις αρχές της ουδετερότητας για την Ελβετία κεντρικό κράτος της Ευρώπης. Στις 14 Απριλίου 1827 η Εθνική Συνέλευση της Τροιζήνας αποφάσισε ότι αυτός θα ήταν ο πρώτος κυβερνήτης της Ελλάδας. Το έργο του ήταν δύσκολο και πολυδιάστατο αρχικά διέλυσε την Βουλή και κατήργησε το τότε σύνταγμα. Στην θέση της έφτιαξε το «Πανελλήνιον» ένα όργανο με 27 μέλη, και δημιούργησε ένα υπουργικό συμβούλιο με αρχηγό τον ίδιο. Χώρισε τη χώρα σε διοικητικές περιφέρειες και δημιούργησε δικαστήρια. Έτσι, έδωσε βάση στις ένοπλες δυνάμεις και προσπάθησε να τις οργανώσει υπό ενιαία διοίκηση, προώθησε σημαντικές μεταρρυθμίσεις για την ανόρθωση της κρατικής μηχανής, καθώς και για τη θέσπιση του νομικού πλαισίου της πολιτείας. Πίστευε ότι η πρόοδος της χώρας στηριζόταν στη γεωργία, ίδρυσε Γεωργική Σχολή στην Τίρυνθα για την εκπαίδευση των Ελλήνων αγροτών, εισήγαγε την καλλιέργεια της πατάτας και στήριξε την παραγωγή μεταξιού. Ιδιαίτερη βαρύτητα δόθηκε στη βασική εκπαίδευση των Ελλήνων. Αρμόδια Επιτροπή ανέλαβε τη σύνταξη βιβλίων και τη δημιουργία αλληλοδιδακτικών σχολείων, στα οποία οι καλύτεροι μαθητές των μεγαλύτερων τάξεων μάθαιναν στους μικρότερους με τη βοήθεια του δασκάλου γραφή και ανάγνωση. Ιδρύθηκε επίσης το πρώτο ελληνικό Γυμνάσιο, ενώ στο Ορφανοτροφείο της Αίγινας λειτούργησαν αλληλοδιδακτικά, ελληνικά και χειροτεχνικά σχολεία. Ίδρυσε την Στρατιωτική Σχολή Ευελπίδων. Επίσης, για να διευκολύνει τις συναλλαγές, ίδρυσε Εθνική Τράπεζα και έκοψε νομίσματα (φοίνικας), ίδρυσε εκκλησιαστική σχολή στον Πόρο, Ορφανοτροφείο και αρχαιολογικό Μουσείο στην Αίγινα, Ελληνικό και Γαλλικό τυπογραφείο στην Αίγινα. Η συγκεντρωτική διακυβέρνηση του Καποδίστρια του και η σύγκρουσή του με πολλά συμφέροντα. Στις 27 Σεπτεμβρίου του 1831 ο Καποδίστριας δολοφονήθηκε στο Ναύπλιο. Το πρώτο ελληνικό φαρμακείο, όπου ταριχεύτηκε η σωρός του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι πολιτικές του επιλογές ήταν απόλυτα πρωτότυπες, ικανότητες αναδείχθηκαν εκείνη την εποχή και προσέλκυσαν την προσοχή των Ευρωπαίων.

177. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΒΥΖΑΝΤΙΟ

Α. Μυλωνάς[1,2], Έ. Πουλάκου-Ρεμπελάκου[1], Ε. Παπαδοπούλου[3]

[1]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική, Θεραπευτήριο «Metropolitan», [3]Φαρμακείο «Π. Δ. Μαρινόπουλος»

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της κοινωνικής μέριμνας, νοσηλευτικής οργάνωσης και ιατρικής φροντίδας στο Βυζάντιο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Βασικές βιβλιογραφικές πηγές γι' αυτήν την ιατρική ιστορική μελέτη, υπήρξαν αφ' ενός αγιογραφικά κείμενα («Θαύματα του Αγίου Αρτεμίου» κ.λπ.), αφ' ετέρου τα «Τυπικά» και οι «Κανόνες» των διαφόρων Μονών της Κωνσταντινούπολης (Αγίου Μάμα, Παντοκράτορος κ.λπ.), καθώς επίσης και των προσαρτημένων σε αυτές αντίστοιχων «Ξενώνων», όπως ονομαζόντουσαν τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η Βυζαντινή Αυτοκρατορία σε επίπεδο κοινωνικής μέριμνας και ιατρικής φροντίδας βρίσκεται στην πρωτοπορία της εποχής, σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη δομή κρατικής οργάνωσης στον τότε γνωστό κόσμο. Στην υπερχιλιόχρονη ιστορική διάρκεια της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας αναπτύσσονται πρωτότυπες αντιλήψεις σχετικά με την άσκηση της ιατρικής επιστήμης, οι οποίες εκφράζονται μέσα από κοινωνικές καινοτομίες και ιατρικές εφαρμογές, όπως είναι i) η καλή οργάνωση της κοινωνικής περίθαλψης των ασθενών σε κατάλληλα και ποικίλα νοσηλευτικά ιδρύματα, στελεχωμένα με εξειδικευμένο ιατρικό και διοικητικό προσωπικό, ii) ο έλεγχος της διοίκησης και οικονομικής λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με την ύπαρξη διοικητικής ιεραρχίας και νομοθετικών διαταγμάτων, iii) ο θεσμός του κοινωνικού λειτουργού («παραβολάνου»), κύριου εκφραστή της κρατικής πρόνοιας προς τους ασθενείς και ενδεείς, και iv) ο αναβαθμισμένος ρόλος της γυναίκας στο όλο σύστημα ιατρικής φροντίδας και κοινωνικής μέριμνας, με την τοποθέτηση γυναικών ως ιατρών διευθυντών γυναικείων τμημάτων νοσοκομείων, ως μαιευτήρων γυναικολόγων με αποκλειστική αρμοδιότητα την γνωμάτευση για συναφή ιατροδικαστικά θέματα, καθώς επίσης και ως διοικητών «ευαγών οίκων».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο Βυζάντιο αναπτύχθηκε μία σαφής και εύρωστη ιατρική επιστήμη και τέχνη, με αποκορύφωμα αλλά και «πλέον ένδοξο κεφάλαιό της» την ανάπτυξη του νοσοκομείου, όπου βρήκε περίτρανα εφαρμογή η ιατρική φροντίδα, η νοσηλευτική οργάνωση αλλά και η κοινωνική μέριμνα.

178. Η ΠΡΩΤΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΨΑΛΜΟΥΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΟΥ

Ι. Αλεξίου, Ε. Λάμπρου, Β. Παπαεμμανουήλ
Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ)είναι κάθε βλάβη του εγκεφαλικού ιστού και του νωτιαίου μυελού που προκαλείται από διαταραχή στην παροχή αίματος και στην οποία υπάρχει αιφνίδια έναρξη συμπτωμάτων. Είναι συνδυασμός κλινικών εκδηλώσεων όπου νοσούν τα εγκεφαλικά αγγεία. Περιγράφηκε από τον Ιπποκράτη 1000 χρόνια πριν ο οποίος εξέφρασε τις απόψεις του για την πρόγνωση και τα αποτελέσματα της ασθένειας. Η περιγραφη των συμπτωμάτων του (ΑΕΕ) από τον P.P Broca το 1861 θεωρήθηκε ορόσημο για την Ιστορία της νευρολογίας αλλά είναι προφανές ότι 2000 χρόνια πριν τα συμπτώματα αυτού περιγράφηκαν στο βιβλίο των Ψαλμών στην Βίβλο.

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας μελέτης είναι η συζήτηση του χωρίου των Ψαλμών 137: 5-6 που αποδίδεται στην Ιστορία της νευρολογίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Γίνεται επισταμένη μελέτη και σύγκριση μεταξύ διαφόρων πηγών της βίβλου που γράφηκαν στα Γερμανικά, Αγγλικά, Ελληνικά και αυθεντικά Εβραικά σε μια απόπειρα να μεταφράσουμε τον ψαλμό 137:

«5. ἐὰν ἐπιλάθωμαί σου, Ἰερουσαλήμ, ἐπιλησθείη ἡ δεξιά μου·
6. κολληθείη ἡ γλῶσσά μου τῷ λάρυγγί μου, ἐὰν μή σου μνησθῶ, ἐὰν
μὴ προανατάξω μαι τὴν Ἰερουσαλὴμ ὡς ἐν ἀρχῇ τῆς εὐφροσύνης μου.»

και να καταδείξουμε το γεγονός ότι αποτελεί την πρωτη καταγεγραμμένη μαρτυρία η οποία περιγράφει μια κλινική οντότητα που αντιστοιχεί στο Α.Ε.Ε. Ο ψαλμός 137 γράφτηκε 500-600 χρόνια πριν το Χριστό και αναφέρει την τιμωρία αυτών που ξεχνούν την Ιερουσαλήμ. Στην νευρολογία τα συμπώματα της παραλυτικής δεξιάς πλευράς σε συσχέτιση με την ακινητοποίηση της γλώσσας περιγράφουν την κλασσική μορφή του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου με δεξιά ημιπληγία, δεξιά ημιαγνωσία και κινητική αφασία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ψαλμός 137: 5-6,δείχνει τη σημαντική συνεισφορά της Εβραικής κουλτούρας στην ιστορία της νευρολογίας. Αραγε η περιγραφή αυτης της τιμωρίας που συμφωνεί με τα συμπτώματα που ανευρίσκονται σε ΑΕΕ της μέσης εγκεφαλικής αρτυρίας να αποτελεί μια σύμπτωση;

179. Η ΘΕΩΡΙΑ ΑΛΧΗΜΙΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΗ ΦΥΣΗ Η ΜΕΤΑΣΤΟΙΧΕΙΩΣΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΛΙΘΟΣ Ο ΙΑΤΡΟΦΙΛΟΣΟΦΟΣ ΠΑΡΑΚΕΛΣΟΣ ΘΕΜΕΛΙΩΤΗΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

Σ. Κολιαντζάκη[1], Σ. Δημητρακόπουλος[2], Κ. Σώρρας[3], Α. Σαλταμαύρος[4]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [2]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [3]Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», [4]ΤΕΠ, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η προβολή των αλχημιστών και ειδικότερα του Παράκελσου που ασχολούνταν με την φιλοσοφία κατά τον 15-16 αιώνα μ.χ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ελληνική και της Διεθνής βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στόχος των αλχημιστών ήταν να ανακαλύψουν την λεγομένη «φιλοσοφική λίθο» ιδανική ουσία δηλαδή που θα είχε την δύναμη να μετατρέψει ένα φθηνό μέταλλο σε χρυσαφί και να δημιουργήσουν φάρμακο της αιωνίας και υγιούς νεότητας. Η μετατροπή (μεταστοιχείωση) δηλαδή να πάρουμε κάποια στοιχειά τους που σήμερα λέγονται χημικές ενώσεις των μετάλλων που βρίσκονται στην φύση μέσω των οποίων οι αλχημιστές έψαχναν να βρουν την μαγική φιλοσοφική λίθο δεν ήταν μια αυθαίρετη μεταφυσική υπόθεση αλλά στηρίζονταν σε μια βασική λειτουργία της φύσης.Οι αλχημιστές διαπιστώσαν ότι η διαδικασία που κυριαρχεί στη φύση είναι η «Μεταβολή». Πίστευαν δεν ήταν τυχαία και φύση εξελισσόταν, κατανοώντας τις δυνάμεις και λειτουργίες της φύσης θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην τελειοποίηση της. Η ανιδιοτελής φιλοδοξία των αλχημιστών ήταν να βοηθήσουν έτσι ώστε να γίνει ο κόσμος παράδεισος απαλλαγμένος από φτώχεια αρρώστια και θάνατο. Παράκελσος (1493-1541) συνδύασε τις ιατρικές γνώσεις με την τέχνη «αλχημείας». Παράκελσος επεσήμανε την σπουδαιότητα της σε σχεση με Ιατρική επιστήμη και παραγωγή φαρμάκων. Τα Προγενέστερα φάρμακα που χρησιμοποιούνταν ήταν μονό σε μορφή ακατέργαστων ουσιών (π.χ. βότανα). Ο Παράκελσος πίστευε ότι η φύση είναι ένα τεράστιο αλχημικό εργαστήριο οπού γίνονταν άπειρες μεταστοιχειώσεις πραγμάτων. Περνώντας και απομονώνοντας συστατικά των βοτάνων με κατάλληλες χημικές διαδικασίες θα μπορούσαμε να θεραπεύσουμε πολλές αρρώστιες. Έφτιαξε με απλές χημικές διαδικασίες από βότανα (π.χ. απόσταξη, διάλυση) φάρμακα οπού θεράπευε διαφορές αρρώστιες όπως λεπρά, ποδάγρα και προηγούμενες αθεράπευτες αρρώστιες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Δικαία ο Παράκελσος θεωρείται θεμελιωτής της Φαρμακολογίας.

180. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

181. Ο ΑΠΟΘΕΤΗΣ ΤΟΥ ΑΓΝΩΝΤΑ. ΤΟΠΟΣ ΛΑΤΡΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΛΗΣΗΣ ΣΤΗ ΝΗΣΟ ΤΗΣ ΠΕΠΑΡΗΘΟΥ

Γ. Τσουκαλάς[1], Κ. Λάιος[2], Κ. Γκρίτζαλης[2], Μ. Καραμάνου[2]

[1]Ιστορία της Ιατρικής, Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, [2]Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ο όρος αποθέτης στην αρχαιολογία δεν αποτελεί μία σαφώς προκαθορισμένη επιστημονική έννοια, αλλά μια ευρέως χρησιμοποιούμενη λέξη η οποία ανασύρεται κατά περίσταση προκειμένου να περιγράψει διαφορετικές εναποθετικές διαδικασίες, που σχετίζονται τόσο με καθημερινές όσο και με τελετουργικές ενέργειες. Η περιοχή της νήσου Πεπάρηθου, στην οποία βρίσκεται ο μελετώμενος αποθέτης, πήρε το όνομα της από τον Ολυμπιονίκη Αγνώντα. Ο Πεπάρηθος ήταν γιος της ελάσσονος πυριγενούς θεότητας του Διονύσου, θεού του κρασιού και των οργίων που λατρεύτηκε στη νήσο. Στην Πεπάρηθο έχει ανακαλυφθεί το 1936 ο λακκοειδής Μινωικός τάφος του Πρίγκιπα Στάφυλου, ο οποίος είχε σταλεί από τον βασιλιά Μίνωα της Κρήτης τον 16ο αιώνα π.Χ. μαζί με τον αδελφό του Πεπάρηθο ώστε να αποικήσουν τη νήσο. Στον οικισμό της νήσου έχει ανακαλυφθεί ένα από τα μεγαλύτερα Ασκληπιεία, εντός του οποίου υπάρχει χτιστός υπέργειος αποθέτης. Ο αποθέτης του Αγνώντα όπως σήμερα διασώζεται, είναι πλησίον της ακτογραμμής, μερικώς κατεστραμμένος από τη δύναμη των θαλασσίων ρευμάτων. Πλούσια πήλινα αφιερώματα και τέχνεργα έχουν ανευρεθεί εντός και πέριξ του αποθέτη. Εδώ τα βότσαλα εντείνουν τη φυσική και αισθητική όψη που σχετίζεται με τη θεμελίωση ενός αποθέτη που εκμεταλλεύεται τις μαγικές ιδιότητες που αποδίδονταν στο νερό κατά την Μινωική λατρευτική παράδοση. Τέτοιου είδους δεξαμενές σχετίζονταν, τουλάχιστον περιστασιακά, με τη χθόνια λατρεία και την παράκληση προς τους θεούς, μέσω της υποτυπώδους ανάμνησης του θανάτου και της γέννησης της φύσης χάρη στην απόθεση σε εσχάρα ή σχισμή στο έδαφος αλλά και υπεργείως αναθημάτων που θα άγγιζαν τη γη. Ο αέναος αυτός κύκλος γέννησης και θανάτου μέσα από τη γη είναι το συνεχές μοντέλο ευημερίας που γίνεται αρχετυπικό πρότυπο που εγγυάται την ευτυχία, ευημερία, ευκαρπία, ασφάλεια, αλλά προπάντων την υγεία. Χωρίς να γνωρίζουμε τη θεότητα ή την εορτή, θα μπορούσαμε να θέσουμε την υποψία μήπως λατρευόταν εκεί ο Διόνυσος, ο Ασκληπιός, η Άρτεμις, ή ο μυθικός αρχηγέτης άποικός της;

182. Ο ΙΤΑΛΟΣ ΙΑΤΡΟΣ SANTORIO SANTORIO (1561-1636) ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΖΩΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

Μ. Καραστάθη, Κ. Πατρίκου, Χ. Δήμας, Μ. Καραμάνου
Ιατρική Πανεπιστημίου Κρήτης

Πρόκειται για έναν Ιατρό με καταγωγή από την Ιταλία. Ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε εργαλεία ακριβείας σε διάφορες ιατρικές πρακτικές. Ταυτόχρονα, μελέτησε τον μεταβολισμό και εισήγαγε την ποσοτική πειραματική διαδικασία στην ιατρική έρευνα. Συγκεκριμένα, στο University of Padua, γνωρίστηκε με τον Γαλιλαίο από τον οποίο υιοθέτησε πολλές ανακαλύψεις αναφορικά με την ιατρική πρακτική, οι οποίες συνέβαλαν στην κατασκευή του θερμομέτρου και του σφυγμογράφου. Ο Santorio εφηύρε το σφυγμογράφο, ο οποίος καθιστά δυνατή τη μέτρηση ακριβώς των κτύπων της καρδιάς στις αρτηρίες αλλά και τη σύγκρισή τους με μετρήσεις προηγούμενων ημερών. Για την κατασκευή του, χρησιμοποίησε τη γνώση του Γαλιλαίου για τη κίνηση του εκκρεμούς, την ιδιότητα δηλαδή του ισόχρονου των ταλαντώσεων και βάση αυτής μέτρησε τον σφυγμό της καρδιάς. Αυτό, επέτρεψε στον Santorio να βρεί τον κιρκαδικό ρυθμό. Το ενδιαφέρον έγκειται στο ότι ο σφυγμογράφος είναι σύμφωνος με τους χάρτες του Vesalius, αναφορικά με το εσωτερικο του οργανισμού. Συγχρόνως, σπουδαίες ανακαλύψεις έκανε σχετικά και με τον μεταβολισμό, όπου ορίζεται η μέτρηση του σωματικού βάρους ενώ είναι σε κατάσταση ηρεμίας, χρησιμοποιώντας ενέργεια αποκλειστικά για τη διατήρηση της ζωτικής σημασίας δηλαδή για τη κυτταρική δραστηριότητα, την αναπνοή και τη κυκλοφορία. Για την ανακάλυψή του, χρησιμοποίησε ένα κάθισμα ισσοροπίας,στο οποίο λόγω διαρκής μελέτης περνούσε πολλές ώρες της ημέρας, παρατηρώντας την δική του πρόσληψη και αποβολή τροφών, μέσω της τροφής και της εφίδρωσης (από τους πόρους) αντίστοιχα. Τέλος, οι αρχαίοι Έλληνες γνώριζαν ότι ο αέρας επεκτείνονταν με τη θερμότητα. Αυτή η γνώση τελικά χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη του θερμοσκοπίου, πρόγονο του θερμομέτρου το οποίο παγίδευε τον αέρα σε ένα γλόμπο έτσι ώστε το μέγεθος του να μεταβάλλεται ανάλογα με τις διακυμάνσεις της θερμοκρασίας. Ολοκληρώνοντας, κατανοείται η σημαντική συμβολή του Santorio στην Ιατρική πρακτική.

183. Η ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΦΙΛΟΣΟΦΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΜΕΓΑΛΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ

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

[1]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [2]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [3]Παθολογικός Τομέας, Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ιστορία της υγειονομικής υπηρεσία που ακολουθούσε το Μέγα Αλέξανδρο ονομαζόταν «βασιλική θεραπεία» και πλήθος άλλων επιστημόνων.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Διεθνούς Βιβλιογραφίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την «βασιλική θεραπεία» και την απάρτιζαν οι γιατροί Δράκων, Κριτόβουλος, Κριτόδημος, Φίλιππος, Γλαυκίας και Ιπποκτάτης εγγονός του μεγάλου Έλληνα ιατρού Ιπποκράτη. Ο τελευταίος ήταν ο προσωπικός ιατρός της Ρωξάνης και δολοφονήθηκε από τον Κάσσανδρο. Ο Γλαυκίας ήταν ο γιατρός που θεράπευσε τον Μέγα Αλέξανδρο όταν τραυματίστηκε από βέλος στο οχηρό των Μαλλών στη Ινδία. Σύμφωνα με τις ιστορικές πηγές, τον δολοφόνησε ο Αλέξανδρος, επειδή δεν κατάφερε να σώσει τον Ηφαιστίωνα. Ο Φίλιππος από την Ακαρνανία ήταν επίσης σημαντικός γιατρός του Μεγάλου Αλεξάνδρου ο οποίος θεράπευσε τον Μακεδόνα Βασιλιά από μια σοβαρή ασθένεια, όταν αμφισβητήθηκε ήπιε και ο ίδιος το θεραπευτικό σκεύασμα. Στο Μακεδονικό Βασίλειο είχαν δημιουργηθεί εγκαταστάσεις νοσηλείας. Οι γιατροί χρησιμοποιούσαν ειδικά ιατρικά εργαλεία για χειρουργικές επεμβάσεις και αφαίρεση βελών από τους στρατιώτες. Επίσης χρησιποιούσαν ιατρικά σκευάσματα φυτικής προέλευσης είτε για κατάποση είτε για επάλειψη. Έτσι ο βασιλιάς ήταν ψυχικά λαβωμένος από τα λόγια των Χαλδαίων και θεραπεύτηκε από τα λόγια των φιλοσόφων και του Αναξάρχου εισήλθε τελικά μετά δυνάμεως στη Βαβυλώνα Οι «βηματιστές» ήταν τοπογράφοι, οι οποίοι ανίχνευαν τα σωστά μέρη για στρατοπέδευση και μετρούσαν τα βήματα των στρατιωτών και τις αποστάσεις. Διέθεταν οδόμετρα και κατέγραφαν τα στοιχεία, τα οποία έλεγχε ο Μέγας Αλέξανδρος. Οι μετρήσεις του ήταν αρκετά ακριβείς και αποτέλεσαν τη βάση για την μετέπειτα τοπογραφική περιγραφή της Ασίας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: 2010 στη Βαρκελώνη ο ιστορικός Adrienne Mayor και η τοξικολόγος Antoinette Hayers εξήγησαν ότι στο ασβεστόλιθο γύρω από Μαυρονέρι γίνεται να αναπτυχθεί θανατηφόρο βακτήριο calicheamicin. Ο ποταμός Στύγας ήταν ικανός στη μυθολογία να ναρκώσει ακόμη και θεούς ήταν το ιδανικότερο όπλο να χρησιμοποιήσει πιθανόν ο Αντίπατρος Το φυτό Το είδος Veratrum album ήταν γνωστό στους αρχαίους Έλληνες, γιατί το χρησιμοποιούσαν για να σταματούν τον εμετό. Σε μεγαλύτερες δόσεις όμως, μπορούσε να οδηγήσει σε θάνατο. Τα συμπτώματα που παρουσίασε ο Αλέξανδρος, ταιριάζουν απόλυτα με αυτά που προκύπτουν από δηλητηρίαση με ελλέβορο, δηλαδή γαστρικός πόνος, ναυτία, βραδυκαρδία, υπόταση και μυϊκή αδυναμία.

184. Η «ΠΑΡΘΕΝΟΣ» ΒΑΣΙΛΙΣΣΑ ΑΜΑΛΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ ΑΠΛΑΣΙΑ Η ΑΓΕΝΕΣΙΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΤΗΣ

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

[1]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [2]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [3]Παθολογικός Τομέας, Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Μια φήμη, θέλει να ανακαλύπτει ο ιατροδικαστής κατά την νεκροτομή στο 1875 όταν πέθανε η πρώτη βασίλισσα της νεότερης Ελλάδος η Αμαλία ότι ήταν παρθένος Ο λόγος της ατεκνίας της οφείλεται στη συγγενή απλασία ή αγενεσία του κόλπου της με αποτέλεσμα να της είναι επώδυνη η επιτυχής συνουσία, πολύ περισσότερο, να είναι ανέφικτη η σύλληψη παιδιού ή ο Όθωνας ήταν σεξουαλικά ανίκανος και έτσι εξηγείται η ατεκνία του ζεύγους

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Όμως ένα πρόσφατο βιβλίο με τίτλο «Το αίτιο ατεκνίας της βασίλισσας Αμαλίας» από τρεις διακεκριμμένους ιατρούς, τον Λάζαρο Βλαδίμηρο (μαιευτήρα γυναικολόγο), Αριστείδη Διαμαντή (κυτταρολόγο) και Γιώργο Ανδρούτσο (ουρολόγο) προσπαθεί να φωτίσει την ιστορική αλήθεια βάσει των επιστημονικών γνώσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Για ποιον λόγο δεν «εκβλάστησε η βασιλική πορφυρίς» Πιθανότατα ούτε ο Όθων να ήταν σεξουαλικά ανίκανος, ούτε η Αμαλία. Οι γιατροί της εποχής όμως, δεν γνώριζαν για τη συγκεκριμένη δυσπλασία και διερμήνευαν ό,τι ανατομικό πρόβλημα παρατηρούσαν στην Αμαλία ως «στενότητα του κόλπου» ενώ στην πραγματικότητα αυτός απουσίαζε. Είναι δε εντυπωσιακή η διατύπωση που χρησιμοποιούν οι τρεις συγγραφείς σχετικά με το εφικτό της διάγνωσης κατά την ιστορική εκείνη περίοδο: «Η αποδοχή από την επιστήμη των μέσων του 19ου αιώνα ότι η βασίλισσα έπασχε από έλλειψη κάποιου οργάνου, δηλαδή ήταν στιγματισμένη, ήταν εντελώς απαγορευτική όχι μόνο ως διαγνωστική σκέψη, αλλά και ως κοινωνική συμπεριφορά». Παράλληλα, επισημαίνεται ότι η βασίλισσα ακολουθούσε την –παραδοσιακή για τα τότε δεδομένα- θεραπεία των σπόγγων με σκοπό την επίτευξη της διαστολής του κόλπου της, ακριβώς επειδή οι αυλικοί της ιατροί είχαν οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι ο κολεόσπασμος που τη βασάνιζε κατά τη σεξουαλική συνεύρεση ήταν αποτέλεσμα της κολπικής στενότητας. Σίγουρα το ζευγάρι (Όθωνας - Αμαλία) αγαπιώντουσαν πολύ αυτό το έδειξε όλη η κοινή πορεία του και σίγουρα η ατεκνία του πρώτου βασιλικού ζεύγους των Ελλήνων επηρέασε αναπόφευκτα το ρου της νεώτερης Ελληνικής Ιστορίας. Πέραν δηλαδή του κοινωνικού «στίγματος» που δημιουργούσε η ατεκνία σε ένα ζευγάρι καθώς η έλλειψη παιδιών θεωρείτο κατάρα και συνέπεια αμαρτίας, η ίδια η λαϊκή κοινή γνώμη αντιμετώπιζε με έντονο σκεπτικισμό το ζήτημα της απουσίας Έλληνα διαδόχου του θρόνου, κοιτώντας για μια «λύση» στο πρόσωπο αυτού που έβλεπαν ως ενσαρκωτή της μεγάλης Ιδέας του Ελληνισμού: του Όθωνα. Επιπλέον, την αδυναμία εξεύρεσης διαδόχου προσπαθούσαν να εκμεταλλευτούν με διάφορους τρόπους, οι Μεγάλες Δυνάμεις της εποχής.Οι γιατροί της εποχής δε γνώριζαν για τη συγκεκριμένη δυσπλασία και διερμήνευαν ό,τι ανατομικό πρόβλημα παρατηρούσαν στην Αμαλία ως «στενότητα του κόλπου». Οι πληροφορίες αυτές αναδεικνύονται μέσω της αλληλογραφίας των ιατρών των ανακτόρων και των διπλωματών της εποχής (που ενδιαφέρονταν να αναφέρουν στους βασιλείς τους ως εκπρόσωποι των Μεγάλων Δυνάμεων για την πιθανότητα διαδοχής στον ελληνικό θρόνο), ενώ τονίζουν τη σημασία των 4 ανατομικών σχεδιαγραμμάτων του αυλικού ιατρού Νικολάου Κωστή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα σχεδιαγράμματα αυτά παρουσιάζουν τα όργανα της πυέλου της Αμαλίας και οι συγγραφείς αναρωτιούνται: «Δεν είναι καθόλου λογικό να υποθέσουμε ότι οι Γερμανοί και οι Έλληνες ιατροί που παρακολουθούσαν το βασιλικό ζεύγος για το πρόβλημα ατεκνίας, ενώ γνώριζαν τη «σεξουαλική ανικανότητα του Όθωνα» να ασχολήθηκαν παρ όλα αυτά με την ανατομία της γυναικείας πυέλου;».

185. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΡΧΑΙΟΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚ ΤΩΝ ΝΟΜΙΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΡΧΑΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΡΩΜΗΣ

Ά. Ελευθερίου, Γ. Τσουκαλάς

Ιστορία της Ιατρικής, Εργαστήριο Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της συνεισφοράς των νομισμάτων στην κατανόηση στοιχείων της ιστορίας της ιατρικής κατά την Ελληνική αρχαιότητα.
ΥΛΙΚΟ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση Pubmed/Medline. Ως λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν: coins, ancient Greek medicine και history.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σπουδαία γεγονότα και πρόσωπα της ιστορίας σε διάφορους τομείς της ιατρικής και της υγείας έχουν αποτυπωθεί σε νομίσματα της αρχαιότητας. Έτσι, υπάρχουν νομίσματα τα οποία μαρτυρούν την ύπαρξη αρκετών χώρων λατρείας και ίασης στην αρχαία Ελλάδα, όπως στη Θεσσαλία και την Πελοπόννησο, όπου η ιατρική έβρισκε εφαρμογή. Ήταν όμως στενά συνδεδεμένη με τη θρησκεία και πιο συγκεκριμένα με τη λατρεία του θεού Ασκληπιού. Το μέγεθος της λατρείας καθίσταται εμφανές μέσω των νομισμάτων στα οποία απεικονίζεται είτε ο ίδιος ο θεός, είτε χαρακτήρες που περιλαμβάνονται στο μύθο του. Θεοί με σχέση την ιατρική όπως ο Απόλλων και η Ήρα απεικονίζονται ευρέως, ενώ στα σημαντικά πρόσωπα της κλασικής Ελλάδας, τα οποία έχουν χαραχτεί ή αποτυπωθεί, συγκαταλέγεται και ο Ιπποκράτης. Τα νομίσματα κατά την Ελληνό-Ρωμαϊκή περίοδο χρησιμοποιήθηκαν και για τη δοσολόγηση θεραπευτικών παρασκευασμάτων. Ακόμη νομίσματα από την Κυρηναϊκή της Αφρικής μαρτυρούν την ύπαρξη φαρμάκων φυτικής προέλευσης. Ιδιαίτερα χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του φυτού σίλφιον, το οποίο πλέον έχει εξαφανιστεί, αλλά στην αρχαιότητα χρησιμοποιούταν ευρύτατα ως διεγερτικό, αλλά και για τον έλεγχο τυχούσας κύησης. Στην αρχαία Ελληνική και Ρωμαϊκή περίοδο φαίνεται ότι υπήρξε αρκετά διαδεδομένη και η χρήση της ασαφέτιδας, της οποίας ο χυμός δρούσε ως διεγερτικό του εγκεφάλου και της γαστρεντερικής οδού. Αναφέρεται ακόμη ότι είχε ευεργετική επίδραση στο μετεωρισμό, στο άσθμα και στη βρογχίτιδα, ενώ στην περιοχή της Ινδίας χρησιμοποιούταν στην πρόληψη της ελονοσίας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μέσω της παρατήρησης των νομισμάτων αποκαλύπτεται πλήθος πληροφοριών οι οποίες αποδίδουν μία ευκρινέστερη εικόνα για την ιατρική της Ελληνικής αρχαιότητας, γεγονός το οποίο σε πολλές περιπτώσεις συμβάλλει στην αποσαφήνιση ιστορικών ή πολιτιστικών γεγονότων.

186. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

187. ΗΡΟΦΙΛΟΣ Ο ΧΑΛΚΗΔΟΝΙΟΣ. Ο ΘΕΜΕΛΙΩΤΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΙΑΤΡΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ ΙΔΡΥΤΗΣ ΤΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΝΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

Σ. Δημητρακόπουλος[1], Σ. Κολιαντζάκη[2], Κ. Σώρρας[3], Α. Σαλταμαύρος[4]

[1]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, [2]Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, [3]Παθολογικός Τομέας, Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», [4]ΤΕΠ, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Ο Πρώτος Ανατόμος της αρχαιότητας μαζί με τον Ερασίστρατος Ιδρυτής της Αλεξανδρινής Σχολής της Ιατρικής.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Δυστυχώς δεν σωθήκανε έργα του, τα γνωρίζουμε μόνον εκ περιγραφών μεταγενέστερων ιστορικών κι από τις επισημάνσεις και μεταφορές που έκανε ο Γαληνός ο οποίος τον θαύμαζε και τόνε μνημόνευε σε δικά του γραπτά καθώς και θεωρίες του. Ο Κέλσος στο έργο του De Medicina κι ο Πατέρας της εκκλησίας Τερτυλλιανός.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Ηρόφιλος ο Χαλκηδόνιος 4ος αιώνας π.χ. Ιατρός, Χειρουργός, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος και ανατόμος της ελληνιστικής Περιόδου και τους μέγιστους Ιατρούς της Αρχαιότητας. Γεννήθηκε στη Χαλκηδόνα της Βιθυνίας μαθητής του Πραξαγόρου του Κώου της Ιπποκρατικής Σχολής και του Χρυσίππου του Κνιδίου. Έζησε μόνιμα στην Αλεξάνδρεια, όπου εξάσκησε το ιατρικό επάγγελμα και αναδείχθηκε στην φυσιολογία και την ανατομική. Υπήρξε μαζί με τον Ερασίστρατο ιδρυτής της Αλεξανδρινής Σχολής της Ιατρικής. Ο Ερασίστρατος συνεργάτης του θεραπεύει τον Αντίοχο, γιό του βασιλιά του Σέλευκου πίνακας του Jacques-Louis David. Στην εποχή του έπαυσε η απαγόρευση της νεκροτομής, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη της χειρουργικής. «Ο Ηρόφιλος πρώτος ανατόμος» σε ανάγλυφο που κοσμεί την ιατρική Σχολή Παρισίου Θεωρείται ο μεγαλύτερος ανατόμος της αρχαιότητας για τις πολλές και σωστές ανατομικές παρατηρήσεις του και την βελτίωση της τεχνικής χειρουργικής. Παρατηρήσεις και περιγραφές αφορούν σε πάρα πολλά όργανα του ανθρώπου εγκέφαλο, νευρώνες, που τον αποτελούν κ ανέπτυξε τη θεωρία ότι ήταν το επίκεντρο των ψυχικών λειτουργιών και της νόησης, περιέγραψε τον οφθαλμό με το χιτώνα του και το οπτικό νεύρο πού έφτανε μέχρι τον εγκέφαλο και το ονόμασε «πόρο» (πέρασμα), το νευρικό σύστημα διάκριση από τα αιμοφόρα αγγεία και τα κινητικά και ταξινόμηση των αισθητήριων νεύρων, δεν πέτυχε την ίδια σαφήνεια με τα κινητικά νεύρα που συχνά συγχέει με τένοντες, αρτηρίες έξι φορές παχύτερα φλέβες, ήπαρ, πάγκρεας, γεννητικά όργανα, σιελογόνους αδένες κ.λ.π. Πρώτος χρησιμοποίησε τον όρο δωδεκαδάκτυλος, «στυλοειδείς» για τις αποφύσεις των κροταφικών οστών, ο «λινός του Ηροφίλου» αναφέρεται σε περιοχή πετάλων της μήνιγγας όπου διαμορφώνεται η συμβολή των φλεβωδών κόλπων, εισήγαγε ιατρική ορολογία ειδικότερα για τους χιτώνες του οφθαλμού και τύπους σφυγμών. Φαρμακολόγος, άριστος παθολόγος, θεωρία των χυμών για να εξηγήσει την ασθένεια και την υγεία. Έγραψε πολλά συγγράμματα «Περί αιτίων των νόσων» «Ανατομικά» «Περί οφθαλμών» και άλλα. «Όταν η υγεία είναι απούσα, η σοφία μόνη της δεν μπορεί να αποκαλυφθεί, η τέχνη δεν μπορεί να αναφανεί, η δύναμη δεν μπορεί να παλέψει…» Το Αλεξανδρινό Μουσείο ή Βασιλική Ακαδημία Αλεξάνδρειας που είχαν ιδρυθεί από τον Πτολεμαίο Α, στόχευε στη πρόοδο της ιατρικής συγκεντρώνοντας κορυφαίους ιατρούς από Αθήνα και άλλες πόλεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Έθεσε τις βάσεις για την επιστημονική έρευνα σε απαγορευμένο θέμα σύμφωνα με την αρχαία λαϊκή αντίληψη ότι το νεκρό σώμα έπρεπε να ταφεί άθικτο, γιατί και μετά θάνατον εξακολουθούσε να αντιλαμβάνεται όσα συνέβαιναν. Πριν την Ελληνιστική περίοδο δεν υπήρχαν ειδικοί περιγραφικοί όροι, για τη ιατρική φαινομενολογία, καθιερώθηκε η ιατρική ορολογία.

188. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

189. ΤΟ ΕΜΠΟΔΙΟ ΤΩΝ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σ. Μαντζούκης[1], Μ. Γερασίμου[2], Κ. Μπάκας[3], Ε. Παππά[1]

[1]Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», [2]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», [3]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αντιμετώπιση ασθενών με πολλαπλές συννοσηρότητες είναι δύσκολη όταν αυτή περιλαμβάνει νοσήματα που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση. Ακολουθεί η περιγραφή περιστατικού με στεφανιαία νόσο και μάζα πνεύμονα που αντιμετωπίστηκε μετά από συνεργασία ιατρών από τρία νοσοκομεία της Ελλάδας.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 62 ετών με στεφανιαία νόσο και μάζα πνεύμονα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Γυναίκα ασθενής καπνίστρια 62 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, αγχώδους διαταραχής και οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας νόσου εισήχθη στην καρδιολογική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων λόγω NSTEMI. Η ασθενής όντας αιμοδυναμικά σταθερή και με υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας με μετρίως επηρεασμένη λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας, υπεβλήθη σε στεφανιογραφία που ανέδειξε στεφανιαία νόσο δύο αγγείων (80% στένωση στον LAD και 70% στένωση στην μεσότητα RCA). Λόγω παθολογικής ακτινογραφίας θώρακα διενεργήθηκε αξονική τομογραφία που ανέδειξε μάζα σαφών ορίων υπουπεζωκοτικά στη γλωσσίδα διαστάσεων 3.9x2.4εκ. Μετά από πνευμονολογική εκτίμηση, πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης PET /CT όπου απεικονίστηκε εύρημα στη γλωσσίδα συμβατό κακοήθειας με απουσία έτερων υπερμεταβολικών ευρημάτων ύποπτων στο λοιπό σώμα. Ακολούθως η ασθενής εκτιμήθηκε από θωρακοχειρουργούς του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων με το ερώτημα της ταυτόχρονης αντιμετώπισης της κακοήθειας και της στεφανιαίας νόσου. Συνεστήθη να ληφθεί αρχικά βιοψία υπό CT καθοδήγηση και ακολούθως αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου με αγγειοπλαστική. Η ασθενής υπεβλήθη σε βιοψία στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και ακολούθως στο Γενικό Νοσοκομείο σε αγγειοπλαστική στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο και την δεξιά στεφανιαία αρτηρία αρτηρία. Παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή και εξήλθε λαμβάνοντας διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με σύσταση για θωρακοχειρουργική αντμετώπιση της μάζας βάσει του αποτελέσματος της βιοψίας πάντα υπό αναστολείς GP IIb/IIIa.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το περιστατικό που περιγράφηκε αποτελεί παράδειγμα εξαιρετικής συνεργασίας τόσο των μελών της ομάδας καρδιάς μεταξύ τους αλλά και με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων που οδήγησε στην ολιστική αντιμετώπιση ασθενούς με σύμπλοκα προβλήματα.

190. Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ STEMI ΜΕ ΥΨΗΛΟ ΦΟΡΤΙΟ ΘΡΟΜΒΟΥ

Κ. Κιντής, Ε. Παπαδάκης, Δ. Αντωνάτος, Α. Πουλιανίτου, Β. Κυριακόπουλος, Σ. Πατσιλινάκος
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Το υψηλό φορτίο θρόμβου αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για επιπλοκές κατά τη διάρκεια της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής σε ασθενείς με STEMI. Να προσδιορίσουμε την πιθανή συσχέτιση μεταξύ της εκτασίας των στεφανιαίων αρτηριών και του υψηλού φορτίου θρόμβου σε ασθενείς με STEMI.
ΥΛΙΚΟ: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με βάση μια προοπτική ομάδα ασθενών με STEMI από τον Ιανουάριο το 2015 έως τον Δεκέμβριο του 2018.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Το φορτίο του θρόμβου ταξινομήθηκε με βάση το βαθμό θρόμβου του αγγείου. Τα άτομα ελέγχου αποτέλεσαν δύο διαδοχικοί ασθενείς με STEMI μετά από κάθε περίπτωση, με χαμηλό φορτίο θρόμβου. Ως εκτασία των στεφανιαίων αρτηριών ορίστηκε ως τουλάχιστον 1.5 φορά αύξηση της διαμέτρου ενός τμήματος του στεφανιαίου αγγείου, σε σύγκριση με το υγιές.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα υψηλού φορτίου θρόμβου, η συχνότητα εμφάνισης εκτασίας των στεφανιαίων αρτηριών ήταν σημαντικά υψηλότερη (23.8% vs 3.9%, p<0.01) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση, η εκτασία των στεφανιαίων αρτηριών παρέμεινε ένας ισχυρός και ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας υψηλού φορτίου θρόμβου (OR 13.9, CI 4.7–41.2, p<0.01).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εκτασία των στεφανιαίων αρτηριών είναι ένας ισχυρός και ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας υψηλού φορτίου θρόμβου σε ασθενείς με STEMI. Μελλοντικές μελέτες θα αξιολογήσουν τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

191. ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

J. Dias, Χ. Κορτας, J. Strika, Α. Παπασαράντη, Σ. Φεττά, Μ. Νικολάου, Α. Γεωργίου
Γενικό Νοσοκομείο Πάφου

ΣΚΟΠΟΣ: Το έμφραγμα του μυοκαρδίου διαγιγνώσκεται όταν τα επίπεδα των βιολογικών δεικτών στο αίμα αυξάνονται στα πλαίσια οξείας ισχαιμίας του μυοκαρδίου. Η ισχαιμία οφείλεται είτε σε οξεία ρήξη αθηρωματικής πλάκας (τύπου 1 MI) είτε σε μειωμένη προσφορά οξυγόνου ή αιμάτωσης (τύπου 2 MI). Σκοπός της κλινικής μας είναι η παρουσίαση περιστατικού οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου μετά από γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς.

ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για ασθενή 87 ετών, θήλυ, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που προσκομίσθηκε στα ΤΑΕΠ λόγω επεισοδίου γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών. Η ασθενής ετέθη σε ενδοφλεβια αγωγή με ύφεση των σπασμών και σταθεροποίηση της κατάστασης της. Η CT εγκεφάλου ήταν αρνητική για αιμορραγία ή ισχαιμία και το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε ανασπάσεις ST σε V1-V3 με θετική τροπονίνη I. Εκτιμήθηκε από Καρδιολόγους με διάγνωση πρόσθιου MI και ετέθη σε αγωγή με O2, ασπιρίνη, νιτρώδη και αναλγητικά. Η ασθενής θεωρήθηκε υψηλού κινδύνου για καρδιακό καθετηριασμό και αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Το υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε υποκινησία μεσοκοιλιακού διαφράγματος, EF=55% και διαστολική δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας. Σταδιακά υπήρξε μείωση των καρδιακών ενζύμων χωρίς άλλα επεισόδια σπασμών. Η ασθενής εξήλθε μετά από 30 ημέρες νοσηλείας λόγω επιπλοκών με πνευμονία εξ εισροφήσεως και σύνδρομο τοξικής επιδερμικής νεκρόλυσης από αντιβιοτική αγωγή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Αν και ο θρόμβος που δημιουργείται σε ρήξη αθηρωματικής πλάκας στα στεφανιαία αγγεία θεωρείται η πρωταρχική αιτία και ο κύριος θεραπευτικός στόχος στο MI, είναι γνωστό ότι πολλαπλοί άλλοι μηχανισμοί προκαλούν ή συμβάλλουν στο MI. Αναγνωρίζονται περαιτέρω υπότυποι που οδηγούν σε βλάβη του μυοκαρδίου εκ των οποίων το MI τύπου 2 με κύριες αιτίες την υπερτάση τη βαριά αναιμία και την αρρυθμία. Αναφέρονται στη βιβλιογραφία σπάνια περιστατικά τύπου 2 MI οφειλόμενα σε επιληπτικούς σπασμούς λόγω αναντιστοιχίας παροχής οξυγόνου και μεταβολικής ζήτησης του μυοκαρδίου. Αυτή η ανισορροπία μπορεί να προκληθεί από την αυξημένη μυϊκή δραστηριότητα που σχετίζεται με σπασμούς ή λόγω της μαζικής απελευθέρωσης αιθυλενογλυκόλης από συμπαθητικές απολήξεις νεύρων, που προκαλούν αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης και της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου. Επίσης πιθανή αιτία αποτελεί και η αυξημένη συστολή της καρδιάς με αποτέλεσμα βλάβη ή ρήξη μιας προϋπάρχουσας αθηρωματικής πλάκας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου τύπου 2 αποτελεί μια σπάνια οντότητα καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Στα πλαίσια αναντιστοιχίας προσφοράς και ζήτησης στο μυοκάρδιο συμβάλλουν και οι επιληπτικοί σπαμοί που ως σπάνια αιτία μπορούν να προκαλέσουν MI.

192. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΜΒΟΛΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΑΠΟ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Κ. Κιντής, Ε. Παπαδάκης, Δ. Αντωνάτος, Α. Πουλιανίτου, Β. Κυριακόπουλος, Σ. Πατσιλινάκος
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός άνδρα ηλικίας 63 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και αορτοστεφανιαίας παράκαμψης 10 ημέρες πριν, χωρίς ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου και φυσιολογική λειτουργία της αριστερής κοιλίας προ του χειρουργείου. Ο ασθενής παρουσιάστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αιφνίδια εμφάνιση κοιλιακού άλγους. Επίσης ανέφερε άλγος στην οσφυϊκή χώρα από αρκετές ημέρες. Πραγματοποιήθηκε υπολογιστική τομογραφία (computed tomography, CT) η οποία έδειξε οξύ έμφρακτο σπληνός, αμφοτερόπλευρα νεφρικά έμφρακτα, αποφραγμένη αριστερή έσω λαγόνια αρτηρία, θρόμβωση άνω μεσεντέριου αρτηρίας και ένα σημαντικό έλλειμμα πλήρωσης στην αριστερή κοιλία. Η ηχοκαρδιογραφία έδειξε σοβαρή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας (κλάσμα εξώθησης 25%), ακινησία κορυφής και έναν εκτεταμένο θρόμβο 3 εκατοστών εντός αυτής. Ο ασθενής έλαβε άμεσα ηπαρίνη ενδοφλεβίως και εισήχθη στην μονάδα στεφανιαίας φροντίδας. Μυοκαρδιακή βλάβη ή έμφραγμα μπορεί να συμβεί κατά την επαναγγείωση, είτε με την αορτοστεφανιαία παράκαμψη είτε με την διαδερμική στεφανιαία επέμβαση. Εκτός από το ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας και τη διατατική μυοκαρδιοπάθεια, ο θρόμβος της αριστερής κοιλίας μπορεί να είναι αποτέλεσμα μυοκαρδιακής βλάβης ή εμφράγματος, όπου η ακινησία προάγει την στάση του αίματος και τον σχηματισμό θρόμβων. Είναι πιθανόν τα έμφρακτα του σπληνός και των νεφρών να ήταν υπεύθυνα για τα συμπτώματα του ασθενούς. Το νεφρικό απόστημα εμφανίζεται με κοιλιακό άλγος και μικροσκοπική αιματουρία και έχει αναφερθεί μετά από θρόμβο στην αριστερή κοιλία. Η αντιπηκτική θεραπεία είναι ο βασικός πυρήνας της αντιμετώπισης για τον θρόμβο της αριστερής κοιλίας. Τόσο οι ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ όσο και οι υψηλές δόσεις ενδοφλέβιας ηπαρίνης έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά τους, ενώ μειώνουν τον κίνδυνο νέων εμβολικών συμβάντων. Ο συνδυασμός αντιαιμοπεταλιακής και αντιπηκτικής θεραπείας είναι μια αποτελεσματική επιλογή θεραπείας σε ασθενείς με θρόμβο της αριστερής κοιλίας και πολλαπλές εμβολές, επί απουσίας σοβαρών επιπλοκών που απαιτούν επεμβατική αντιμετώπιση. Στην περίπτωσή μας, η συντηρητή αντιμετώπιση είχε ως αποτέλεσμα την πλήρη λύση του θρόμβου της αριστερής κοιλίας χωρίς νέα θρομβοεμβολικά επεισόδια.

193. ΗΠΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΙΩΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΕΩΣ

Σ. Παπάζογλου[1], U. Jaffer[1], Δ. Ρίχτερ[2], Κ. Τούτουζας[3], Κ. Πάντος[3], Χ. Στεφανάδης[3,4], Π. Νιχογιαννόπουλος[1], Δ. Τούσουλης[3]

[1]Imperial College Healthcare NHS Trust, [2]Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική Αθηνών, [3]Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», [4]Athens Heart Center

ΣΚΟΠΟΣ: Έχει αποδειχτεί στην Κλινική Ιατρική βασιζομένη σε δεδομένα, πως γενικότερα οι ασθενείς που πάσχουν από Συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια διατηρούν μειωμένη Ηπατική λειτουργία όσον αφορά την κάθαρση της άμμεσης χολερυθρίνης η οποία μπορεί να αυξηθεί σημαντικά στα επίπεδα ορού του αίματος. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να εκτιμήσει την κλινική σημασία των αυξημένων επιπέδων άμεσης χολερυθρίνης στον ορό του αίματος και των τελοδιαστολικών πιέσεων της Αριστεράς Κοιλίας υπερτασικών ασθενών με Συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 386 υπερτασικοί ασθενείς (147 άνδρες, 139 γυναίκες) με Συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια. συμμετείχαν σε αυτή την μελέτη. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν απο 47-78 έτη. Η βαρύτητα της ΣΚΑ εκτιμήθηκε βάσει των τελοδιαστολικών πιέσεων Αριστεράς Κοιλίας. Το όριο που ορίστηκε για την παρουσία συμφόρησης ήταν ≥20 mmHg τελοδιαστολικής πίεσης της αριστεράς κοιλίας, ενώ το Κλάσμα Εξωθήσεως τους ήταν <40%. Οι υπολογισμοί αυτοί στηρίχτηκαν σε Καρδιοηχογραφήματα και Κοιλιογραφίες ενώ τα επίπεδα της άμεσης χολερυθρίνης στον ορό του αίματος μετρήθηκαν με αιματολογικές εξετάσεις σε μονάδες SI. Λογιστική Ανάλυση Παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση του συνόλου των τιμών, και ANOVA για τις τιμές της άμεσης χολερυθρίνης ως ανεξάρτητο παράγοντα. Τα στοιχεία παρουσιαζονται ως μεσες τιμές ±SD και οι τιμές των έγιναν αποδεκτές οταν $p<0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα δεδομένα αναλύθηκαν και στους εκ των ασθενών με υπέρταση και ΣΚΑ και έδειξαν σε 77 (19.9%)ασθενείς ΤΔΠΑΚ 22 ± 3.1 mmHg και τιμές Αμεσης χολερυθρινης 44.46 ± 19.07 μmol/L. 91 (23.6%) ασθενείς παρουσίασαν ΤΔΠΑΚ 24 ± 2.2 mmHg και τιμές Άμεσης Χολερυθρίνης 49.59 ± 12.23 μmol/L. 71 (18.4%) ασθενείς παρουσίασαν ΤΔΠΑΚ 31 ± 2.6 mmHg και τιμές Άμεσης Χολερυθρίνης 53.01 ± 18. μmol/L. Ενώ 147 (38.1%) ασθενείς παρουσίασαν ΤΔΠΑΚ 34 ± 2.9 mmHg με τιμές Αμεσης χολερυθρινης 58.14 ± 22.49 μmol/L. Η τελοδιαστολική πίεση της αριστεράς κοιλίας ήταν μεγαλύτερη υποδηλώνοντας την βαρύτητα της ΣΚΑ ($p<0,001$) όταν τα επίπεδα της Άμεσης Χολερυθρίνης ήταν σημαντικώς υψηλότερα ($p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αυξημένα επίπεδα Άμεση Χολερυθρίνης στο αίμα αποτελούν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα βαρύτητας Συμφορητικής Καρδιακής Ανεπάρκειας σε χρόνια υπερτασικούς ασθενείς με μειωμένο κλάσμα εξωθήσεως.

194. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Δ. Παπαγιάννη, Α. Ψαρρά, Α. Βασιλοπούλου, Ν. Νικολακοπούλου
Μονάδα Εμφραγμάτων, Γ.Ν. Ηλείας

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της του άγχους στο καρδιαγγειακό σύστημα.
ΥΛΙΚΟ: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων στην Αγγλική γλώσσα.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: EBSCO HOST, Elsevier Science Direct, PubMed, Medline, CINAHL, και Google Scholar. Εξαιρέθηκαν όλα τα άρθρα που ήταν γραμμένα σε άλλη γλώσσα πλην της ελληνικής και αγγλικής και εκείνα που δεν ήταν δυνατή η πρόσβαση σε ολόκληρο το άρθρο, αλλά μόνο στην περίληψη, καθώς και εκείνα που ήταν παλαιότερα από 10 έτη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι επιδράσεις του άγχους στο καρδιαγγειακό σύστημα περιλαμβάνουν την παραγωγή αδρεναλίνης, με σκοπό την άμεση αντίδραση του οργανισμού στα ερεθίσματα, την αύξηση των ελεύθερων λιπαρών οξέων στο αίμα, την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας και την ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων για την αποκατάσταση ενδεχόμενης βλάβης.Τα παθοφυσιολογικά αποτελέσματα μπορούν να οδηγήσουν σε μεταβολικές διαταραχές (δυσλειτουργία γλυκόζης και λιπιδίων), μεταβολικό σύνδρομο και καρδιαγγειακή νόσο. Οι μοριακοί και γενετικοί παράγοντες που συνδέονται με το οξειδωτικό στρες και την κυτταρική γήρανση εμπλέκονται στο άγχος και την κατάθλιψη και μπορεί να επιδεινώσουν τις καρδιαγγειακές διαταραχές. Το 26% των ασθενών με γενικευμένη διαταραχή άγχους πάσχουν από στεφανιαία νόσο με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ανακοπής.

195. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΡΥΠΟΥΣ ΠΕΤΡΕΛΑΙΟΜΗΧΑΝΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ

Π. Φουντουλάκης[1], Ε. Οικονόμου[1], Θ. Παπαιωάννου[1], Θ. Ψαλτοπούλου[1], Σ. Τσαλαμανδρής[1], Γ. Παπαμικρούλης[1], Α. Καλαμπογιάς[1], Ζ. Παλλαντζά[1], Ε. Παύλου[1], Α. Μήλιου[1], Μ. Ασημακοπούλου[2], Ν. Μπαρμπαρέσος[2], Ι. Γιανναράκης[2], Π. Σιάματα[2], Δ. Τούσουλης[1]

[1]Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Τμήμα Φυσικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα καυσαέρια από τους κινητήρες πετρελαιομηχανών είναι ένα σύνθετο μείγμα χημικών ενώσεων με πολλαπλές παρενέργειες. Οι οξείες επιδράσεις των καυσαερίων από τις πετρελαιομηχανές στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι γνωστές. Παρόλα αυτά, οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις τους δεν έχουν μελετηθεί αναλυτικά.
ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των οξέων και βραχυπρόθεσμων (24 ώρες) επιδράσεων των σωματιδίων από καυσαέρια πετρελαιομηχανών (DEPs) στην ενδοθηλιακή λειτουργία, στις ελαστικές ιδιότητες των αρτηριών, στην φλεγμονή και στην ινωδόλυση.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε αυτήν την διπλά τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη, 40 υγιείς εθελοντές (μέσης ηλικίας 40 ετών) εκτέθηκαν σε σωματίδια καυσαερίων πετρελαιομηχανών (DEPs) και εν συνεχεία σε φιλτραρισμένο αέρα (FA) για διάρκεια 2 ωρών με ένα μεσοδιάστημα αποχής 4 εβδομάδων μεταξύ των εκθέσεων. Η βαθμονόμηση της έκθεσης στα DEPs πραγματοποιήθηκε με βάση τη μάζα των μικροσωματιδίων διαμέτρου μικρότερης από 2,5 microns (PM 2,5). Η ενδοθηλιοεξαρτώμενη διαστολή της βραχιονίου αρτηρίας (FMD) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της ενδοθηλιακής λειτουργίας. Η ελαστικότητα της αορτής και τα αρτηριακά ανακλώμενα κύματα αξιολογήθηκαν με την ταχύτητα του παλμικού κύματος (PWV) και τον δείκτη ενίσχυσης (AIx) αντίστοιχα. Η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) μετρήθηκε για την εκτίμηση της φλεγμονώδους αντίδρασης, καθώς τα επίπεδα ινωδογόνου και τα επίπεδα της πρωτεΐνης C για να μελετηθεί η επίδραση στο ινωδολυτικό σύστημα. Όλες οι μετρήσεις έγιναν πριν από κάθε συνεδρία (T0), στο τέλος της έκθεσης 2 ωρών (T2) και 24 ώρες μετά την ολοκλήρωση της έκθεσης (T24). Οι μεταβλητές ακολουθούν κανονική κατανομή και παρουσιάζονται ως μέσος όρος ± SD.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην στιγμή T0 της έκθεσης στα DEPs και FA δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις μετρήσεις των FMD, PWV, AIX, CRP, των επιπέδων της πρωτεΐνης C και του ινωδογόνου. Η έκθεση στα DEPs μείωσε σημαντικά το FMD (T0: 11,97 ± 4,61% έναντι T2: 7,73 ± 3,36% έναντι T24: 6,17 ± 3,19%, p <0,001) και αύξησε το PWV (T0: 6,09 ± 1,03 m/sec έναντι T2: 1,31 m/sec έναντι T24: 6,90 ± 1,03 m/sec, p <0,001), το AIX (T0: 8,17 ± 3,19% έναντι T2: 12,71 ± 3,36% έναντι T24: 13,17 ± 4,61%, p < 0.001), τη CRP (T0: 1,41 ± 0,18 mg /L έναντι T2: 1,99 ± 0,21 mg /L έναντι T24: 2,08 ± 0,24 mg /L, p= 0,04) και τα επίπεδα του ινωδογόνου (T0: 269 ± 44 mg/dL έναντι T2: 331 ± 75 mg /dL έναντι T24: 307 ± 51 mg/dL, p= 0.002). Τα επίπεδα της πρωτεΐνης C μειώθηκαν σημαντικά (T0: 121 ± 26% έναντι T2: 104 ± 21% έναντι T24: 105 ± 20%, p= 0.003). Η έκθεση στον FA δεν είχε σημαντική επίδραση στις παραμέτρους της μελέτης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έκθεση στα καυσαέρια πετρελαιομηχανών μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα με διαταραχή της ενδοθηλιακής λειτουργίας, των ιδιοτήτων του αρτηριακού τοιχώματος, της φλεγμονώδους αντίδρασης και των παραμέτρων του μηχανισμού της ινωδόλυσης όχι μόνο κατά τη διάρκεια της έκθεσης αλλά έως και 24 ώρες μετά την έκθεση.

196. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Α. Βασιλοπούλου, Α. Ψαρρά, Ε. Λέντζιου, Δ. Θωμάτος, Ν. Νικολακοπούλου, Δ. Παπαγιάννη
Μονάδα Εμφραγμάτων, Γ.Ν. Πύργου

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός μας ήταν να διερευνηθεί ποιες ηλικιακές ομάδες και ποιο φύλο αποτελούν την πλειοψηφία των νοσηλευομένων στη Μονάδα Εμφραγμάτων (Μ.ΕΜ.) του Γ.Ν.Πύργου με κολπική μαρμαρυγή κατά την πενταετία 2015-2019.
ΥΛΙΚΟ: Καταγράφηκαν και αναλύθηκαν ανά ηλικία και φύλο και εποχή όλα τα περιστατικά κολπικής μαρμαρυγής που προσκομίσθηκαν στη ΜΕΜ για φαρμακευτική ανάταξη κατά τα έτη 2015-2016-2017-2018-2019.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε έλεγχος σχετικής συχνότητας επί τοις % χρησιμοποιώντας τον τύπο $f_i = \frac{v_i}{vx100}$ όπου v_i η απόλυτη συχνότητα και ν το μέγεθος του δείγματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την πενταετία2015-2016-2017-2018-2019, νοσηλεύτηκαν 690 ασθενείς στη Μ.ΕΜ. Πύργου, εκ των οποίων 373 άνδρες και 317 γυναίκες. Οι ηλικίες οι οποίες καταγράφηκαν να προσέρχονται με κολπική μαρμαρυγή είναι από 21 έως 93 ετών και για τα δύο φύλλα.
Μελετώντας τα αποτελέσματα της καταγραφής και στα δύο φύλα, και δημιουργώντας ομάδες κατά ηλικία και φύλο παρατηρούμε πως οι ηλικίες 60-70 και 70-80 υπερτερούν των υπολοίπων ηλικιών σε όλα τα έτη καταγραφής. Αυτές είναι οι δύο δεκαετίες που ανήκουν οι περισσότεροι ασθενείς και των δύο φύλλων 268 άνδρες επί συνόλου 373 και 261 γυναίκες επί συνόλου 317 για την υπό μελέτη πενταετία.
Επίσης παρατηρούμε ότι τα περιστατικά κατανέμονται σε όλο το έτος χωρίς μεγάλες διακυμάνσεις. Κατά τις ημερολογιακές εποχές της άνοιξης, δηλαδή τους μήνες Μάρτιο, Απρίλιο και Μάιο, παρατηρείται μια μικρή αύξηση της συχνότητας των περιστατικών κολπικής μαρμαρυγής. Επίσης κατά τους μήνες του φθινοπώρου Σεπτέμβριο, Οκτώβριο και Νοέμβριο η αύξηση αυτή είναι πιο μεγάλη καθιστώντας τον υπό μελέτη πληθυσμό πιο επιρρεπή αυτές της εποχές στη κολπική αρρυθμία.

197. ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΜΕΣΩ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Κ. Κιντής, Ε. Παπαδάκης, Δ. Αντωνάτος, Α. Πουλιανίτου, Β. Κυριακόπουλος, Σ. Πατσιλινάκος
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός ήταν η εκτίμηση των παραγόντων που επηρεάζουν την έκθεση στην ακτινοβολία χρησιμοποιώντας την κερκιδική προσπέλαση.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήσαμε 1021 διαδοχικούς ασθενείς (673 άνδρες, μέση ηλικία 61 έτη) που υποβλήθηκαν σε διαγνωστική στεφανιογραφία.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο καθετηριασμός πραγματοποιήθηκε μέσω δεξιάς ή αριστερής κερκιδικής αρτηρίας χρησιμοποιώντας 5 ή 6 French (Fr) καθετήρες. Τα τελικά σημεία ήταν η επιτυχία της διαδικασίας, ο χρόνος ακτινοσκόπησης (FT), η δόση ακτινοβολίας [DAP και Air kerma (AK)], ο αριθμός καθετήρων και η ποσότητα σκιαγραφικού.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο συνολικό πληθυσμό, το DAP συσχετίστηκε θετικά με το βάρος (r=0.424, r<0.001), το ύψος (r=0.222, r<0.001) και τον BMI (r=0.361, r<0.001). Το t-test έδειξε ότι το άρρεν φύλο, συγκριτικά με το θήλυ, συνοδευόταν από αυξημένο DAP (30221±9543 vs 23208±5651 mGycm2), αυξημένο AK (458±59 vs 352±53 mGy), αλλά μειωμένο FT (2.88±1.00 vs 3.18±0.79 λεπτά). Η ομάδα των 6Fr, συγκριτικά με αυτή των 5Fr, συνοδευόταν από αυξημένο DAP και AK. Τέλος, η αριστερή κερκιδική συνοδευόταν από αυξημένο FT.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μέγεθος του καθετήρα, η πλευρά προσπέλασης και τα κλινικά χαρακτηριστικά αποτελούν παράγοντες έκθεσης στην ακτινοβολία και στο χρόνο ακτινοσκόπησης στους ασθενείς που υποβάλλονται σε στεφανιογραφία μέσω της κερκιδικής προσπέλασης.

198. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ- ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Χ. Μπακόπουλος[1], Ε. Καρατζάνος[2], Ά. Κουτρουμπή[2], Ν. Παναγοπούλου[2], Ι. Ζαρείφης[1], Β. Λιναρδάτου[2], Δ. Δελλής[2], Χ. Κουρέκ[2], Ι. Βασιλειάδης[2], Σ. Τουμανίδης[3], Σ. Νανάς[2], Σ. Δημόπουλος[2,4]

[1]Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», [2]Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [3]Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», [4]Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των συστάσεων και της συμμόρφωσης των ασθενών με στεφανιαία νόσο για διενέργεια λειτουργικής δοκιμασίας κόπωσης και συμμετοχής σε πρόγραμμα άσκησης ή καρδιακής αποκατάστασης για το διάστημα έως 3 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου. Επίσης, σκοπός ήταν η διερεύνηση της αλλαγής των συνηθειών άσκησης από τους ασθενείς, ανεξάρτητα από τη σύσταση/συνταγογράφηση.
ΥΛΙΚΟ: Στη προοπτική αυτή μελέτη εντάχθηκαν 110 διαδοχικοί ασθενείς του καρδιολογικού τμήματος- αιμοδυναμικού εργαστηρίου του Γ.Ν. Γ. Παπανικολάου Θεσσαλονίκης, με στεφανιαία νόσο, που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο είτε μετά από Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο, είτε μετά από εκλεκτική στεφανιογραφία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μόλις 48 ασθενείς σε σύνολο 110 (44%) έλαβαν συστάσεις για λειτουργική αξιολόγηση, με υψηλό επίπεδο συμμόρφωσης των ασθενών (88%) στη συγκεκριμένη οδηγία. Συνταγογράφηση άσκησης πραγματοποιήθηκε μόνο σε 22 ασθενείς (20%), ενώ συμμετοχή σε οργανωμένο πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης δεν προτάθηκε σε κανέναν ασθενή. Το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών ως προς τις οδηγίες άσκησης ήταν 86%. Στο ερώτημα αν άλλαξαν συνήθειες άσκησης οι ασθενείς, ανεξαρτήτως της οδηγίας από τους θεράποντες ιατρούς, 91 ασθενείς (83%) εφάρμοσαν κάποιας μορφής άσκηση ή φυσική δραστηριότητα 3 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου, ενώ 71 από αυτούς ασκήθηκαν σύμφωνα με την απαιτούμενη ένταση, διάρκεια και συχνότητα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Χαμηλό ποσοστό ασθενών με διάγνωση στεφανιαίας νόσου παραπέμφθηκαν από τους θεράποντες ιατρούς για λειτουργική αξιολόγηση και συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και καρδιακής αποκατάστασης. Αντιθέτως, υψηλή συμμόρφωση παρατηρήθηκε από την πλευρά των ασθενών, στις περιπτώσεις όπου έγιναν συστάσεις. Οι ασθενείς σε μεγάλο ποσοστό συμμετείχαν σε κάποια μορφή άσκησης ή φυσικής δραστηριότητας, ανεξάρτητα από το εάν έγινε σύσταση/συνταγογράφηση. Κατ΄ αυτόν τον τρόπο όμως, έχασαν το σύνολο των οφελών που επιφέρει η συμμετοχή σε δομημένο, επιβλεπόμενο και πολυδιάστατο πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης.

199. ΡΕΟΛΥΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ STENT ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ STEMI ΚΑΙ ΥΨΗΛΟ ΦΟΡΤΙΟ ΘΡΟΜΒΟΥ

Κ. Κιντής, Ε. Παπαδάκης, Δ. Αντωνάτος, Α. Πουλιανίτου, Β. Κυριακόπουλος, Σ. Πατσιλινάκος
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Το υψηλό φορτίο θρόμβου αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για επιπλοκές κατά τη διάρκεια της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής σε ασθενείς με STEMI. Να διερευνηθεί κατά πόσον μια στρατηγική μηχανικής θρομβεκτομής σε συνδυασμό με αναστολέα γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa χωρίς την εμφύτευση stent σχετίζεται με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης no-reflow φαινόμενο σε σύγκριση με την εμφύτευση stent σε ασθενείς με STEMI και υψηλό φορτίο θρόμβου.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήσαμε 206 διαδοχικούς ασθενείς με STEMI και υψηλό φορτίο θρόμβου (171 άνδρες, μέση ηλικία 53 έτη) που αντιμετωπίστηκαν με μηχανική θρομβεκτομή σε συνδυασμό με αναστολέα γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa με ή χωρίς εμφύτευση stent.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: ομάδα non-stent PCI (n=101) και ομάδα stent PCI (n=105). Αξιολογήσαμε αγγειογραφικά και ηλεκτροκαρδιογραφικά σημεία επαναιμάτωσης μυοκαρδίου, καθώς επίσης και κλινικά συμβάματα. Τα τελικά σημεία ήταν η εμφάνιση no-reflow φαινομένου στο τέλος της επέμβασης, η εμφάνιση TIMI ροής 0 μετά την πρωτογενή PCI, η πλήρης αποκατάσταση της ανάσπασης ST αμέσως μετά την πρωτογενή PCI, η εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων κατά τη νοσηλεία (αρρυθμίες, νέο έμφραγμα, δυσλειτουργία LV, θρόμβωση stent) και τέλος ο θάνατος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: No-reflow φαινόμενο εμφανίστηκε στο 16% της ομάδας stent PCI και στο 7% της ομάδας non-stent PCI (p<0.01). Παραμονή της ανάσπασης ST αμέσως μετά την πρωτογενή PCI παρατηρήθηκε στο 18% και 22% των ασθενών, αντίστοιχα (p=0.35). Κατά την έξοδο, το κλάσμα εξώθησης της LV στην ομάδα stent PCI και στην ομάδα non-stent PCI ήταν 50% και 55%, αντίστοιχα (p<0.01).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μηχανική θρομβεκτομή σε συνδυασμό με τους αναστολείς γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa χωρίς εμφύτευση stent είναι εφαρμόσιμη και αποτελεσματική μέθοδος σε μεγάλο αριθμό ασθενών με STEMI και υψηλό φορτίο θρόμβου. Φαίνεται ότι η μέθοδος αυτή οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα επαναιμάτωσης και λιγότερες επιπλοκές απ' ότι η συμβατική πρωτογενής αγγειοπλαστική με εμφύτευση stent. Μελλοντικές μελέτες θα αξιολογήσουν τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

200. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΣΤΕΟΠΕΤΡΩΣΗΣ

Α. Παππά[1], Σ. Τσίγας[1], Μ. Κώστας[1], Σ. Γαλάνης[2]
[1]Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Ορθοπεδική Κλινική, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσία περίπτωσης αγοριού 9 ετών που σε ακτινολογικό έλεγχο παρουσιάζει ευρήματα συμβατά με οστεοπέτρωση (αυτοσωμική επικρατής οστεοπέτρωση τύπου ΙΙ)
ΥΛΙΚΟ: Αγόρι 9 ετών προσέρχεται στο νοσοκομείο λόγω αναφερόμενης πτώσης. Ζητήθηκαν ακτινογραφίες άκρου ποδός στα πλαίσια αναζήτησης κατάγματος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: στις ακτινογραφίες άκρων ποδών που ακολούθησαν αναδεικνύεται διάχυτη οστεοσκληρυντική απεικόνιση των οστών, με απώλεια της διάκρισης μεταξύ φλοιώδους και μυελώδους στοιχείου και εξαφάνιση της δοκιδωτής υφής. Επίσης στα μετατάρσια οστά παρατηρείται εναλλαγή πυκνού – φυσιολογικού οστού με αποτέλεσμα να δίνεται η εικόνα του «οστού μέσα σε οστούν».
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: η οστεοπέτρωση (ή οστεομαρμάρωση) είναι κληρονομική νόσος που μεταδίδεται κυρίως κατά τον επικρατή τύπο και χαρακτηρίζεται από αδυναμία απορρόφησης του οστίτη ιστού από τους οστεοκλάστες. Αποτέλεσμα είναι η αύξηση της οστικής μάζας που οδηγεί σε ευθραυστότητα των οστών και συστηματικές εκδηλώσεις όπως ήπια αναιμία. Η καλοήθης μορφή οστεοπέτρωσης είναι ήπια, ασυμπτωματική και ανακαλύπτεται τυχαία. Η κακοήθης μορφή (κακοήθης βρεφική αυτοσωμική υπολειπόμενη οστεοπέτρωση σχετιζόμενη με το CLCN7) εκδηλώνεται πολύ νωρίς και οδηγεί στο θάνατο, ενώ αν το νεογνό επιζήσει παρουσιάζει καθυστέρηση της ανάπτυξης.

201. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΟΚΛΟΠΗΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΣΠΛΑΓΧΝΩΝ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟ ΑΟΡΤΙΚΟ ΤΟΞΟ

Κ. Κουλία[1], Α. Πενήντα[1], Δ. Ξανθόπουλος[2], Α. Ελβανίδου[2], Σ. Ράπτη[1], Ν. Ζάννες[1]

[1]Μονάδα Ψηφιακής Αγγειογραφίας, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ», [2]Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η πλήρης αναστροφή των σπλάγχνων (situs inversus totalis) εμφανίζεται με συχνότητα 1:8.000-25.000 γεννήσεις. Σε αυτούς τους ασθενείς η θέση των σπλάγχνων είναι κατοπτρικά ανάστροφη της συνήθους τους θέσης, υπάρχει δεξιοκαρδία και στο 80% των περιπτώσεων δεξιό αορτικό τόξο (ΔΑΤ). Σκοπός μας είναι η παρουσίαση των αγγειογραφικών ευρημάτων σε περιστατικό με ασθενή με πλήρη αναστροφή σπλάγχνων, ΔΑΤ και σύνδρομο υποκλοπής της υποκλειδίου αρτηρίας.

ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα, 58 ετών, με γνωστή αναστροφή σπλάγχνων, εισήχθη στο Αγγειοχειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου μας λόγω οξείας ισχαιμίας του μικρού δακτύλου του αριστερού άκρου πόδα. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε διαφορά πιέσεων ~30mmHg στα δυο άνω άκρα (δεξιά η μικρότερη). Ζητήθηκε αγγειογραφικός έλεγχος με ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία (Digital Subtraction Angiography - DSA). Υπό συνθήκες ασηψίας και τοπικής αναισθησίας παρακεντήθηκε η αριστερή βραχιόνιος αρτηρία και τοποθετήθηκε αρτηριακός εισαγωγέας 5Fr. Στη συνέχεια αγγειογραφικός καθετήρας πολλαπλών οπών τύπου pigtailπροωθήθηκε στο αορτικό τόξο και πραγματοποιήθηκαν εγχύσεις με ιωδιούχο σκιαγραφικό μέσο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο αγγειογραφικός έλεγχος ανέδειξε ΔΑΤ με δεξιά πορεία της κατιούσαςθωρακικής αορτής. Η αριστερή υποκλείδιος και η αριστερή κοινή καρωτίδα εκφύονται με κοινό στέλεχος από το αορτικό τόξο. Ακολουθούν πιο δεξιά, διαδοχικά, η δεξιά κοινή καρωτίδα και η δεξιά υποκλείδιος αρτηρία με ξεχωριστές εκφύσεις από το αορτικό τόξο. Η δεξιά υποκλείδιος αρτηρία απεικονίζεται πλήρως αποφραγμένη πριν από την έκφυση της σπονδυλικής αρτηρίας, η οποία σκιαγραφείται ανάδρομα μέσω της αριστερής σπονδυλικής και της βασικής αρτηρίας και αιματώνει περιφερικότερα τη δεξιά υποκλείδιο αρτηρία (σύνδρομο υποκλοπής).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η DSA αποτελεί απαραίτητο διαγνωστικό εργαλείο στην πλήρη διερεύνηση ασθενών με σύνδρομο υποκλοπής, ειδικότερα, όταν συνυπάρχουν αγγειακές παραλλαγές.

202. ΕΝΔΟΚΟΓΧΙΚΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ, ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΜΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ε. Καστή, Ν. Παπαπαναγιώτου, Ν. Γλεντής, Μ. Γεωργανάς, Ε. Τσιομπάνου, Μ. Ζορμπάς, Ε. Σουλούνια, Ε. Δελαπόρτα

Τμήμα Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Οι ενδοκογχικές – έξωβολβικές μεταστάσεις θεωρούνται σχετικά ασυνήθεις αποτελώντας το 2-11% των ενδοκογχικών νεοπλασμάτων. Πρωτοπαθείς που συνδέονται με ενδοκογχικές μεταστάσεις στους ενήλικες είναι: ο καρκίνος του μαστού, του πνεύμονα, μελάνωμα, προστάτη, θυρεοειδούς, νεφροκυτταρικός καρκίνος, αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος, καρκίνος ωοθηκών-ενδομητρίου, νευροβλάστωμα, ηπατοκυτταρικός καρκίνος κα. Συνήθως αφορούν το άνω -πλάγιο ενδοκογχικό διαμέρισμα και είναι μονόπλευρες (εκτός του νευροβλαστώματος) και σπάνια αφορούν τους οφθαλμοκινητικούς μύες (εκτός του μελανώματος).
Κλινικά συμπτώματα ενόφθαλμος, πρόπτωση, σταβισμός, διπλωπία, άλγος, απώλεια όρασης. Σκοπός μας η παρουσίαση ενός περιστατικού με ενδοκογχική μετάσταση, εστιάζοντας στα απεικονιστικά χαρακτηριστικά με την χρήση Υπολογιστικής Τομογραφίας (Υ.Τ).
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής θήλυ 52 ετών με γνωστό ατομικό ιστορικό χειρουργηθέντος καρκίνου του μαστού προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με πτώση επιπέδου συνείδησης. Διενεργήθηκε Υ.Τ εγκεφάλου σε επείγουσα βάση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αλλοίωση πυκνότητας μαλακού ιστού με σαφή όρια ελέγχεται στο άνω-πλάγιο ενδο-κογχικό τεταρτημόριο χωρίς να παρατηρείται οστική διάβρωση και επέκταση στους οφθαλμοκινητικούς μύες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Υπολογιστική και η Μαγνητική Τομογραφία αποτελούν τις εξετάσεις επιλογής για την διερεύνηση των ενδοκογχικών παθήσεων. Η απόλυτη διάγνωση δίδεται με την χρήση FNA (fine needle aspiration) παρόλο που έχει αναφερθεί ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων διασποράς τραυματισμού του βολβού.

203. ΣΥΜΦΥΤΙΚΗ ΑΡΑΧΝΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΜΕ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ε. Καστή, Ν. Γλεντής, Ν. Παπαπαναγιώτου, Μ. Γεωργανάς, Ε. Τσιομπάνου, Μ. Ζορμπάς, Ε. Σουλούνια, Ε. Δελαπόρτα

Τμήμα Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος της παρούσας εργασίας, η παρουσίαση ενός περιστατικού εστιακής συμφυτικής νωτιαίας αραχνοειδίτιδας.

Η αραχνοειδίτιδα υποδηλώνει φλεγμονή των μηνίγγων και του υπαραχνοειδούς χώρου και προσβάλει συνήθως την οσφυϊκή χώρα. Τα αίτια είναι φλεγμονώδη, τραυματικά και ιατρογενή. Η μετατραυματική συμφυτική αραχνοειδίτιδα προκύπτει έπειτα από αιμορραγία εντός του νωτιαίου σωλήνα που οδηγεί σε φλεγμονώδη αντίδραση και τέλος στην δημιουργία συμφύσεων μεταξύ νωτιαίων ριζών και σκληράς μήνιγγας. Αποτελεί αίτιο χρόνιου πόνου και εκδήλωσης νευρολογικών συμπτωμάτων όπως άλγος, ριζιτιδα, μυελοπάθεια, αισθητικές διαταραχές (υποαισθησία-παραισθησία), νευρογενές έντερο-κύστη και παραπληγία. Μπορεί να οδηγήσει σε συριγγομυελία και μυελομαλακία και σπάνια μπορεί να εξελιχθεί σε δυστροφική αποτιτάνωση –arachnoiditis ossificans.

ΥΛΙΚΟ: Μαγνητική τομογραφία (ΜΤ) οσφθικήε μοίρας σε ασθενή θήλυ 40 ετών με αναφερόμενη χρόνια οσφυαλγία και χειρουργικό ιστορικό ελεύθερο.

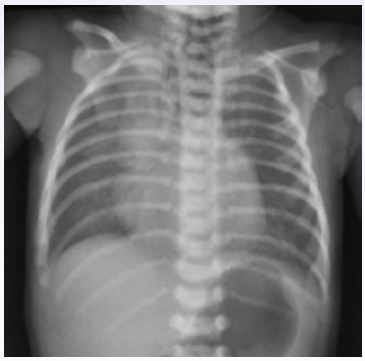
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναδεικνύεται μη φυσιολογική κατανομή των ινών της ιππουρίδας εντός του μηνιγγικού σάκου και ασαφοποίηση του μυελικού κώνου. Ομαλή παρεκτόπιση των ινών της ιππουρίδας προσθίως οι οποίες και εκτιμώνται παχυμένες και ασαφώς διαχωριζόμενες εκφυόμενες από τα κολπώματα. Διάχυτη ομαλή πάχυνση της σκληράς μήνιγγας και empty thecal sign.Τα ανωτέρω ευρήματα είναι ενδεικτικά συμφυτικής αραχνοειδίτιδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συμφυτική αραχνοειδιτιδα ανάλογα με τα νευρολογικά συμπτώματα που προκαλεί και την βαρύτητα τους, επηρεάζει σοβαρά και την ποιότητα της καθημερινής ζωής του ασθενούς. Η ΜΤ μπορεί να βοηθήσει στην αναγνώριση αυτής της οντότητας.

204. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΑΤΡΗΣΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Α. Παππά[1], Σ. Τσίγας[1], Μ. Κώστας[1], Β. Γκέτση[2]
[1]Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση νεογνού με συγγενή ατρησία οισοφάγου και συνύπαρξη τραχειοοισοφαγικού συριγγίου.
ΥΛΙΚΟ: Νεογνό θήλυ γεννηθέν με καισαρική τομή από Ι τόκο σε με ΗΓ:39w και ΒΓ: 2530gr, εισάγεται αμέσως μετά τη γέννηση στο τμήμα νεογνών λόγω κυάνωσης και υποτονίας. Κατά την είσοδό του στην μονάδα νεογνών παρουσίασε άφθονες εκκρίσεις και σιελόροια. Τοποθετήθηκε ρινογαστρικός καθετήρας και ζητήθηκε ακτινογραφία θώρακος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: στην ακτινογραφία θώρακος αναδεικνύεται ο ρινογαστρικός καθετήρας ο οποίος σταματά και ανακάμπτει σχηματίζοντας αγκύλη. Ικανοποιητικός ελέγχεται ο αερισμός του πνευμονικού παρεγχύματος. Τα εν λόγω ευρήματα θέτουν την υπόνοια ατρησίας οισοφάγου. Η παρουσία αέρα στον θόλο του στομάχου υποδηλώνει επικοινωνία του οισοφάγου με την τραχεία (παρουσία τραχειοοισοφαγικού συριγγίου).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: η συγγενής ατρησία του οισοφάγου είναι μια σπάνια (συχνότητα 1:3000-4500 γεννήσεις) ανατομική ανωμαλία, που οφείλεται σε διαταραχή κατά το διαχωρισμό του αρχέγονου εντέρου σε οισοφάγο – τραχεία (4η-6η βδομάδα κύησης). Η ύπαρξη αέρα στον γαστρεντερικό σωλήνα προϋποθέτει την ύπαρξη τραχειοοισοφαγικού συριγγίου. Αναγνωρίζονται πέντε τύποι ατρησίας με τον πιο συχνό να αφορά ατρησία οισοφάγου με παρουσία συριγγίου που δημιουργεί επικοινωνία μεταξύ της τραχείας και του κάτω τριτημορίου του οισοφάγου. Η συγγενής ατρησία του οισοφάγου είναι μία ανατομική ανωμαλία ασυμβίβαστη με τη ζωή και απαιτεί άμεση χειρουργική παρέμβαση.



205. ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΥΠΟΚΑΨΙΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΝΕΦΡΟΥ-ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ε. Καστή, Ν. Γλεντής, Μ. Γεωργανάς, Ν. Παπαπαναγιώτου, Ε. Τσιομπάνου, Μ. Ζορμπάς, Ε. Σουλούνια, Ε. Δελαπόρτα

Τμήμα Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενός περιστατικού με αυτόματό–χωρίς αναφορά τραυματισμού, υποκάψιο αιμάτωμα νεφρού και των απεικονιστικών χαρακτηριστικών του με Υπολογιστική Τομογραφία (Υ.Τ). Το αυτόματο υποκάψιο αιμάτωμα νεφρού είναι μια σπάνια κλινική οντότητα και η αιτιοπαθογένεια του περιλαμβάνει νεφρικούς όγκους, αγγειακές δυσπλασίες, αντιπηκτική αγωγή, ρήξη επιπλακείσας κύστης, συστηματικός ερηθυματώδης λύκος (SLE), χρόνια αιμοδιάλυση κ.α

Η οντότητα αυτή παρουσιάζεται με κλινικά συμπτώματα, όπως αιφνίδιο οσφυϊκό άλγος, συμπτώματα εσωτερικής αιμορραγίας όπως υπόταση και ταχυκαρδία έως και σοκ.

ΥΛΙΚΟ: Ασθενής θήλυ 64ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενη αιφνίδιο άλγος στη οσφύ από 2ώρου. Αιμοδυναμικά σταθερή χωρίς αναφερόμενο ιστορικό τραυματισμού. Ατομικό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου ΙΙ και αρτηριακής υπέρτασης. Πραγματοποιήθηκε Υ.Τ κοιλίας με χορήγηση ενδοφλέβιου ιωδιούχου σκιαγραφικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ικανό υποκάψιο-περινεφρικό αιμάτωμα δεξιού νεφρού. Χωρίς εικόνα ενεργού εξαγγείωσης. Στην μεσότητα του δεξιού νεφρού ελέγχονται δύο αλλοιώσεις διαμέτρου 3,1 εκ και 4 εκ ασαφών ορίων, που αφορούν την φλοιώδη μοίρα του οργάνου (αιμορραγικά στοιχεία- επιπλακείσα/ραγίσα κύστη).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην πρώιμη διάγνωση του αυτόματου υποκάψιου αιματώματος του νεφρού έχει ιδιαίτερη σημασία το ακριβές ιστορικό και η κλινική εξέταση όπως και η απεικονιστική προσέγγιση. Οι αιμοδυναμικές παράμετροι του ασθενούς είναι σημαντικός παράγοντας για την θεραπευτική προσέγγιση.

206. ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΟΚΛΟΠΗΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕΣΩ ΕΣΩ ΜΑΣΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Κ. Κουλία[1], Δ. Τζώρτζης[2], Α. Πενήντα[1], Σ. Ράπτη[1], Ν. Ζάννες[1]

[1]Μονάδα Ψηφιακής Αγγειογραφίας, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ», [2]Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Το σύνδρομο υποκλοπής της υποκλειδίου αρτηρίας χαρακτηρίζεται από υψηλόβαθμη στένωση ή απόφραξη του αγγείου και περιφερικότερη πλήρωσή του μέσω παράπλευρου δικτύου. Συνήθως η στένωση/απόφραξη εντοπίζεται πριν από την έκφυση της σπονδυλικής αρτηρίας και το αγγείο αιματώνεται περιφερικότερα μέσω ανάδρομης ροής από τη σύστοιχη σπονδυλική αρτηρία. Σκοπός μας είναι να παρουσιάσουμε ένα σπάνιο περιστατικό με απόφραξη της αριστερής υποκλειδίου και σπονδυλικής αρτηρίας και περιφερικότερη επαναιμάτωση του αγγείου από την έσω μαστική αρτηρία που έχει χρησιμοποιηθεί σε στεφανιαία παράκαμψη.

ΥΛΙΚΟ: Πολυαγγειακός ασθενής, άρρεν, 65 ετών, με αορτοστεφανιαία παράκαμψη, όπου χρησιμοποιήθηκε η αριστερή έσω μαστική αρτηρία(Left Internal Mammary Artery - LIMA), παραπέμφθηκε στο τμήμα μας προκειμένου να υποβληθεί σε ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία (Digital Subtraction Angiography - DSA). Υπό συνθήκες ασηψίας και τοπικής αναισθησίας παρακεντήθηκε η δεξιά βραχιόνιος αρτηρία (μιας και η πίεση στο αριστερό άνω άκρο ήταν μικρότερη από ότι στο δεξιό) και τοποθετήθηκε θηκάρι 5Fr. Ακολούθησε προώθηση κατάλληλου καθετήρα αγγειογραφίας στο αορτικό τόξο και εγχύσεις με ιωδιούχο σκιαγραφικό μέσο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο αγγειογραφικός έλεγχος ανέδειξε απόφραξη της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας λίγο μετά από την έκφυσή της και επανασκιαγράφηση του αγγείου μέσω της LIMA. Η έκφυση της αριστερής σπονδυλικής αρτηρίας απεικονίζεται αποφραγμένη, ενώ τμήμα του αγγείου αυτού σκιαγραφείται μέσω του σύστοιχου θυρεοαυχενικού πλέγματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η DSA παίζει καθοριστικό ρόλο στη διερεύνηση της αγγειακής ανατομίας και στον καθορισμό της ακριβούς διάγνωσης δύσκολων αγγειακών προβλημάτων. Στο συγκεκριμένο ασθενή η απόφραξη της αριστερής αρτηρίας οδηγούσε σε αναστροφή ροής από την έσω μαστική αρτηρία επηρεάζοντας αρνητικά την αγγείωση της καρδιάς του.

207. ΜΗΝΙΣΚΙΚΟ ΟΣΤΑΡΙΟ-ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ε. Καστή, Ε. Τσιομπάνου, Ν. Γλεντής, Ν. Παπαπαναγιώτου, Μ. Γεωργανάς, Μ. Ζορμπάς, Ε. Σουλούνια, Ε. Δελαπόρτα

Τμήμα Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή περιστατικού σε νεαρό άνδρα με μηνισκικό οστάριο όπως αυτό αναδεικνύεται με ακτινογραφία και Μαγνητική Τομογραφία (ΜΤ).

Το μηνισκικό οστάριο είναι περιοχή οστεοποίησης που αφορά συχνότερα το οπίσθιο κέρας του έσω μηνίσκου, αφορά νέους άνδρες ασθενείς και αποτελεί σπάνια οντότητα με επίπτωση 0,15% στον γενικό πληθυσμό. Η αιτιοπαθογένεση είναι συγγενούς, τραυματικής και εκφυλιστικής καταγωγής. Η κλινική εικόνα συνδέεται με έντονο διάχυτο άλγος στην άρθρωση, οίδημα και κλείδωμα της άρθρωσης, πολύ σπάνια μπορεί να είναι ασυμπτωματική.

ΥΛΙΚΟ: Άρρεν,18 ετών, χωρίς ιστορικό προηγηθείσας κάκωσης με συμπτώματα διάχυτου άλγους και οιδήματος στην δεξιά κατά γόνυ άρθρωση. Η κλινική εξέταση ανέδειξε ευαισθησία στην έσω-οπίσθια επιφάνεια του μηνίσκου και ήπιο περιορισμό στην πλήρη έκταση της άρθρωσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πραγματοποιήθηκε ακτινογραφία F/P δεξιού γόνατος η οποία ανέδειξε μια σαφών ορίων σκίαση, οστικής υφής στο έσω οπίσθιο διαμέρισμα της άρθρωσης. Ακολούθησε ΜΤ δεξιού γόνατος. Στις T1,T2 και πυκνότητας πρωτονίων ακολουθίες το μηνισκικό οστάριο (meniscal ossicle) είναι ανάλογο του σήματος του οστικού μυελού, με υψηλό μαγνητικό σήμα σε T1 και χαμηλό σε T2, STIR ακολουθίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μηνισκικό οστάριο χρήζει διαφοροδιάγνωσης από άλλες οντότητες όπως χονδοαποτιτάνωση (CPPD), αποσπαστικές κακώσεις (avulsion injuries) της πρόσφυσης του οπίσθιου χιαστού ή του οπίσθιου κέρατος του μηνίσκου, απόσπαση (avulsion) του τένοντα του ημιμεμβρανώδους και τέλος ελεύθερο σώμα (loose body) με εξέταση επιλογής την ΜΤ.

208. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΥΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΕΤΩΝ

Ι. Μητράκος, Ι. Πούλος, Μ. Μπλάτσου, Α. Νικολόπουλος
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Άργους

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της σημασίας του προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε χρονικό διάστημα 4 ετών στο τμήμα μας.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε διάστημα 4 ετών εξετάστηκαν, σε τακτικό προληπτικό, μαστογραφικό έλεγχο, στο τμήμα μας 4683 γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών. Οι εξεταζόμενες υπεβλήθησαν σε μαστογραφικό έλεγχο με face και profile λήψεις, ενώ σε ορισμένες εξ αυτών διενεργήθησαν συμπληρωματικές λήψεις.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις 4683 που ελέχθησαν προληπτικά με μαστογραφία οι 62 παρουσίασαν ευρήματα ύποπτα κακοήθειας. Σε 36 εξεταζόμενες αναγνωρίστηκαν πολυλοβοτές μάζες ή μάζες με ακτινωτές προσεκβολές, σε 16 εξεταζόμενες ασύμμετρες ακτινοσκιερές μαστογραφικές περιοχές και σε 10 αποτιτανώσεις ύποπτες κακοήθειας. Όλες οι εξεταζόμενες με ύποπτα ευρήματα διερευνήθηκαν περαιτέρω με υπερηχογραφικό έλεγχο, ενώ 29 εξ αυτών διερευνήθηκαν περαιτέρω και με μαγνητική μαστογραφία. Μετά την ολοκλήρωση του απεικονιστικού ελέγχου οι 39 εξεταζόμενες χαρακτηρίστηκαν ως BIRADS V και οι 23 ως BIRADS IV. Από τις εξεταζόμενες με BIRADS V, μετά τον ιστολογικό έλεγχο σε 36 από αυτές αποδεδείχθηκε κακοήθεια, ενώ από τις εξεταζόμενες με BIRADS IV κακοήθεια αναδείχθηκε σε 9. Συνολικά 45 γυναίκες διαγνώστηκαν με κακοήθεια μαστού, 3 σταδίου I, 22 σταδίου II, 12 σταδίου III και 8 σταδίου IV.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στις 1000 γυναίκες που ελέγχονται προληπτικά με μαστογραφία στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται πως τρείς με πέντε θα διαγνωστούν με Ca μαστού. Το ποσοστό που βρέθηκε στο τμήμα μας, είναι 9,6 περιστατικά στις 1000, ποσοστό που υπερβαίνει τα ποσοστά της διεθνής βιβλιογραφίας. Από τις 45 γυναίκες που διαγνώστηκαν με Ca μαστού οι 25 (55%) ήταν σταδίου I και II κατά τη διάγνωση που αντιστοιχεί σε 5ετή επιβίωση έως 93%.

209. ΡΑΓΕΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ – ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ε. Καστή, Ν. Παπαπαναγιώτου, Ν. Γλεντής, Μ. Γεωργανάς, Ε. Τσιομπάνου, Μ. Ζορμπάς, Ε. Σουλούνια, Ε. Δελαπόρτα

Τμήμα Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή των απεικονιστικών χαρακτηριστικών του ανευρύσματος της βασικής αρτηρίας με την χρήση Υπολογιστικής Τομογραφίας (ΥΤ) και Υπολογιστικης Τομογραφίας Αγγειογραφία (CTA). Τα ανευρύσματα κορυφής της βασικής αρτηρίας (basilar tip aneurysm), ανήκουν στα ανευρύσματα οπίσθιας κυκλοφορίας και αποτελούν το 3-5% των ενδοκράνιων ανευρυσμάτων. Τα ανευρύσματα προκαλούνται συνήθως σε σημεία όπου ο μέσος και ο μυϊκός αρτηριακός χιτώνας υπόκειται σε μεγαλύτερο αιμοδυναμικό stress (διχασμοί οπίσθιας/πρόσθιας κυκλοφορίας) προκαλώντας την ανευρυσματική διάταση του αγγείου.
Η ρήξη ενδοκράνιου ανευρύσματος προκαλεί υπαραχνοειδή αιμορραγία, νευρολογικά ελλείμματα ή και θάνατο. Μεγάλα ανευρύσματα χωρίς σημεία ρήξεως μπορούν να προκαλέσουν νεύρο-οφθαλμικά συμπτώματα, συμπτώματα από το εγκεφαλικό στέλεχος, αναπνευστική δυσλειτουργία.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 33ετων, θήλυ, προσήλθε με έντονη κεφαλαλγία που δεν υφήεται με αναλγητικά, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου μας. Πραγματοποιήθηκε σε επείγουσα βάση Υ.Τ εγκεφάλου και στην συνέχεια Υ.Τ. Αγγειογραφία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ΥΤ εγκεφάλου αναγνωρίζεται, υπαραχνοειδής αιμορραγία ιδία στις βασικές δεξαμενές. Μετά την έγχυση i.v σκιαγραφικής ουσίας ελέγχεται σακοειδής αγγειακός σχηματισμός με πλάγιοπλάγια διάμετρο 6χιλ. στην κορυφή της βασικής αρτηρίας, συμβατός με ανεύρυσμα της κορυφής της βασικής αρτηρίας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ραγέντα ανευρύσματα της κορυφής της βασικής αρτηρίας συνοδεύονται από υπαραχνοειδή αιμορραγία και η θνησιμότητα αγγίζει το 23% και πρόκειται για μια επείγουσα κατάσταση.Ανευρύσματα με εύρος μικρότερο των 10 χιλ. και στενό αυχένα αγγείου παραπέμπονται για ενδαγγειακή αποκατάσταση.

210. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΨΕΥΔΟΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Γιουτλάκη, Α. Ζμπόγκο, Ε. Καστή, Σ. Γρέτου, Χ. Καλαμαρά, Π. Λαμπροπούλου, Χ. Δρόσος
Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, Κέντρο Νεότερων Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων, Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ανεύρυσμα της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας αποτελεί το 1,5% του συνόλου των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αρτηρίας και είναι δυνητικά θανατηφόρο όταν συνυπάρχει ρήξη αυτού. Ανάλογα με το μηχανισμό σχηματισμού και την αιτία τα ανευρύσματα διαχωρίζονται σε αληθή και ψευδοανευρύσματα. Συνήθεις αιτίες ανάπτυξης αληθούς ανευρύσματος είναι οι ανωμαλίες στο τοίχωμα των αγγείων, ενώ οι αιτίες εμφάνισης ψευδοανευρύσματος είναι το τραύμα (μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, π.χ. χολοκυστεκτομή) και οι φλεγμονές (π.χ. παγκρεατίτιδα). Το πιο συχνό σύμπτωμα είναι η αιμορραγία πεπτικού (αιματέμεση, μέλαινες κενώσεις), κοιλιακό άλγος, ναυτία και υπογκαιμικό σοκ, ενώ πολλές φορές παραμένει ασυμπτωματικό και ανευρίσκεται σε τυχαίο έλεγχο. Το ποσοστό θνητότητας λόγω ρήξης υπολογίζεται ~40% και εξαρτάται από την σοβαρότητα, την ταχύτητα της απώλειας του αίματος και το ανατομικό σημείο της ρήξης. Το υψηλό ποσοστό θνητότητας ~21% σημειώνεται στην περίπτωση ρήξης του ανευρύσματος εντός του δωδεκαδαχτύλου.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας μας είναι η ανάδειξη της κλινικής σημασίας στην διάγνωση του ψευδοανευρύσματος της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας και της έγκαιρής αντιμετώπισης του μέσω εμβολισμού της συγκεκριμένης αρτηρίας.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής, 85 ετών, προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου, λόγω διάχυτου κοιλιακού άλγους και μέλαινων κενώσεων. Την πρώτη μέρα νοσηλείας της υποβάλλεται σε γαστροσκόπηση, η οποία δεν διενεργείται, λόγω στένωσης του πυλωρού. Στην συνέχεια η ασθενής κάνει μεγάλες αιματηρές κενώσεις και παρουσιάζει υπογκαιμικό σοκ. Πραγματοποιείται επείγουσα αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας, μετά την χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας όπου αναδεικνύεται οζώδης αλλοίωση 6χιλ., η οποία απεικονίζεται στο έξω τοίχωμα του βολβού του δωδεκαδακτύλου, στην πορεία της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας, ως επί πιθανού ανευρύματος/ψευδοανευρύσματος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ασθενή διενεργήθηκε DSA στην οποία αναδεικνύεται εξαγγείωση από το συγκεκριμένο αγγείο και πραγματοποιείται εμβολισμός. Έπειτα η ασθενής κλινικά βελτιούμενη και αιμοδυναμικά σταθερή εξέρχεται από το νοσοκομείο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάγνωση του ανεύρυσματος της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας απαιτεί τη χρήση της υπολογιστικής τομογραφίας και της αγγειογραφίας. Το τελευταίο προσθέτει το πλεονέκτημα ότι αποτελεί θεραπευτική επιλογή για την πρόληψη ή τη διακοπή της αιμορραγίας. Αν αυτή αποτύχει, η χειρουργική επέμβαση εξακολουθεί να θεωρείται η θεραπεία εκλογής.

211. ΚΟΛΛΟΕΙΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΡΙΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ- ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΙΑ, ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ε. Καστή, Μ. Γεωργανάς, Ν. Παπαπαναγιώτου, Ν. Γλεντής, Ε. Τσιομπάνου, Μ. Ζορμπάς, Ε. Σουλούνια, Ε. Δελαπόρτα

Τμήμα Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η κολλοειδής κύστη είναι συγγενής, καλοήθης, επιθηλιακή κυστική αλλοίωση που αποτελεί το 2% των πρωτοπαθών εξεργασιών του εγκεφάλου και το 15-20% των ενδοκοιλιακών μαζών. Προκύπτουν από ανώμαλη αναδίπλωση του νευροεπιθηλίου και περιέχουν βλέννη, χοληστερόλη, αιμορραγικά στοιχεία (αιμοσιδερίνη) και ιόντα. Τυπική θέση τους είναι η οροφή της ΙΙΙ κοιλίας πλησίον του τρήματος του Monro. Συνήθως είναι ασυμπωματικές, αποτελούν τυχαίο εύρημα και σπανιότερα αποφράσσουν το τρήμα του Monro προκαλώντας υδροκεφαλία, ανευρίσκονται δε σε ασθενείς 30-40 ετών αλλά και σε παιδιά σε ποσοστό 8%. Σκοπός μας η παρουσίαση ενός περιστατικού αποφρακτικής υδροκεφαλίας λόγω κολλοειδούς κύστης τρίτης κοιλίας με Υπολογιστική Τομογραφία (ΥΤ).

ΥΛΙΚΟ: Άρρεν, 31 ετών, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, αιτιώμενος έντονη κεφαλαλγία. Πραγματοποιήθηκε ΥΤ εγκεφάλου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναγνωρίζεται υπέρπυκνη μονόχωρη, στρογγυλή αλλοίωση σαφών και ομαλών ορίων, στην οροφή της ΙΙΙ ης κοιλίας ως επί κολλοειδούς κύστεως. Επιπλέον διατεταμένες ελέγχονται οι πλάγιες κοιλίες ως επι αποφρακτικού τύπου υδροκεφαλίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πρόκειται για μία βραδέως εξελισσόμενη καλοήθη αλλοίωση, η οποία όταν αυξηθεί σε μέγεθος ή είναι συμπτωματική αντιμετωπίζεται χειρουργικά. Η Υπολογιστική όπως και η Μαγνητική Τομογραφία αποτελούν αξιόπιστες απεικονιστικές μεθόδους για την διερεύνηση και την διάγνωση της κολλοειδούς κύστεως.

212. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Γιουτλάκη, Α. Ζμπόγκο, Ε. Καστή, Χ. Καλαμαρά, Π. Λαμπροπούλου, Χ. Δρόσος
Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, Κέντρο Νεότερων Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το πρωτοπαθές λέμφωμα των επινεφριδίων είναι μια σπάνια και ιδιαίτερα επιθετική ασθένεια, με λίγες μόνο αναφορές στη βιβλιογραφία. Γενικά, προσβάλλει τα ηλικιωμένα άτομα, ειδικά όταν υπάρχει ιστορικό κακοήθειας, HIV λοίμωξης ή αυτοάνοσα νοσήματα και σε ποσοστό περίπου 50%, παρουσιάζουν συμπτώματα επινεφριδιακής ανεπάρκειας. Ιστολογικά, ο συνηθέστερος τύπος πρωτοπαθούς λεμφώματος επινεφριδίων είναι το διάχυτο λέμφωμα από Β-λεμφοκύτταρα. Η θεραπεία περιλαμβάνει την χειρουργική επέμβαση και την συνδυασμένη χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Η πρόγνωση παραμένει κακή.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού με πρωτοπαθές λέμφωμα επινεφριδίου σε ασθενή με HIV λοίμωξη με την χρήση της αξονικής τομογραφίας.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 65 ετών προσήλθε στην μονάδα λοιμώξεων του νοσοκομείου λόγω αναφερόμενης κοιλιακού άλγους, δεκατική πυρετική κίνηση από εβδομάδων, αδυναμία και καταβολή. Από το ατομικό ιστορικό του ασθενούς προκύπτει HIV λοίμωξη από 35ετίας, υπό αγωγή. Από τον απεικονιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε με αξονική τομογραφία άνω- κάτω κοιλίας, πριν και μετά από την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας, αναδείχτηκε συμπαγές μόρφωμα στην ανατομική θέση του αριστερού επινεφριδίου,το οποίο έρχεται σε άμεση επαφή με τον αριστερό νεφρό και τα αγγεία του σπληνός, διαστάσεων 6,5Χ5,0εκ., με υπόπυκνη περιοχή, κεντρικά στην πυλαία φάση. Ακολούθησε βιοψία του μορφώματος όπου η ιστολογική εξέταση έδειξε non-Hodgkin λέμφωμα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής ακολούθησε το προτεινόμενο χημειοθεραπευτικό σχήμα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το πρωτοπαθές λέμφωμα του επινεφριδίου συνήθως εκδηλώνεται ως μεγάλη, καλά καθοριζόμενη μάζα μαλακού ιστού που αντικαθιστά το επινεφρίδιο με ομοιογενή ή ελαφρώς ανομοιογενή ενίσχυση. Η ανομοιογένεια του όγκου οφείλεται κυρίως σε περιοχές νέκρωσης και αιμορραγίας. Οι μεγάλοι όγκοι τείνουν να διηθούν τις παρακείμενες δομές. Οι παρουσία αποτιτανώσεων είναι σπάνιες.

213. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΣΜΟ

Κ. Κουλία[1], Ι. Τσούτσας[2], Η. Καπερώνης[2], Α. Πενήντα[1], Ν. Ζάννες[1]

[1]Μονάδα Ψηφιακής Αγγειογραφίας, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ», [2]Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ»

ΣΚΟΠΟΣ: Το ανεύρυσμα της σπληνικής αρτηρίας αποτελεί το συνηθέστερο ανεύρυσμα των σπλαγχνικών αγγείων (78%) και η επίπτωσή του στο γενικό πληθυσμό είναι 1% (αν και σε νεκροτομικές μελέτες φτάνει μέχρι και το 10%). Σε περίπτωση ρήξης το ποσοστό θνητότητας είναι ιδιαίτερα υψηλό (25-75%). Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού με ανεύρυσμα σπληνικής αρτηρίας το οποίο αντιμετωπίστηκε με διαδερμικό εμβολισμό.

ΥΛΙΚΟ: Άνδρας, 69 ετών, εισήχθη στο νοσοκομείο μας λόγω αιμορραγικών κενώσεων. Στην αξονική τομογραφία αναδείχθηκε ως τυχαίο εύρημα ατρακτοειδές ανεύρυσμα σπληνικής αρτηρίας μεγίστης διαμέτρου ~3,5εκ. στην πύλη του σπληνός. Λόγω μεγέθους το ανεύρυσμα αυτό έχρηζε αντιμετώπισης και παραπέμφθηκε στο τμήμα μας για εμβολισμό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπό συνθήκες ασηψίας και τοπικής αναισθησίας παρακεντήθηκε η δεξιά κοινή μηριαία αρτηρία και τοποθετήθηκε θηκάρι 5Fr. Με κατάλληλο αγγειογραφικό καθετήρα καθετηριάστηκε εκλεκτικά η κοιλιακή αρτηρία και υπερεκλεκτικά η σπληνικά αρτηρία. Με τη βοήθεια μικροκαθετήρα καθετηριάστηκε κλάδος της σπληνικής που εκφυόταν από το σάκο του ανευρύσματος και εμβολίστηκε με μεταλλικά σπειράματα. Ακολούθησε ο εμβολισμός του σάκου και τέλος ο εμβολισμός της κύριας σπληνικής αρτηρίας. Τα μεταλλικά σπειράματα που χρησιμοποιήθηκαν είχαν διαμέτρους 12-32 mm και μήκη 40-60cm. Ο τελικός αγγειογραφικός έλεγχος ανέδειξε επιτυχή αποκλεισμό του ανευρύσματος από την ενεργό κυκλοφορία με διατήρηση της αγγείωσης τμήματος του σπληνικού παρεγχύματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ρήξη του ανευρύσματος της σπληνικής αρτηρίας έχει εξαιρετικά υψηλά ποσοστά θνητότητας. Ο διαδερμικός εμβολισμός αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική τεχνική για την επιτυχή αντιμετώπισή του που διασφαλίζει τη διατήρηση σπληνικού παρεγχύματος.

214. ΣΥΝΔΡΟΜΟ LERICHE–ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Γιουτλάκη, Α. Ζμπόγκο, Ε. Καστή, Χ. Καλαμαρά, Π. Λαμπροπούλου, Χ. Δρόσος
Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, Κέντρο Νεότερων Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αποφρακτική αορτολαγόνια νόσος (σύνδρομο Leriche) εκδηλώνεται είτε σαν χρόνιο κλινικό σύνδρομο με στένωση ή απόφραξη της υπονεφρικής μοίρας της αορτή είτε/και της λαγονίου αρτηρίας ή σαν οξύ κλινικό σύνδρομο με θρόμβωση ή εμβολική απόφραξη της υπονεφρικής αορτής ή/και της λαγονίου αρτηρίας. Συνήθως εκδηλώνεται με οξεία ισχαιμία των άκρων (υποθερμία, άλγος και νευρολογικά ελλείμματα π.χ πάρεση). Η χρόνια αποφρακτική αορτολαγόνια νόσος εκδηλώνετε με μια τριάδα συμπτωμάτων: άλγος κάτω άκρων, με συνοδό αδυναμία βάδισης και σεξουαλική δυσλειτουργία (50-80%). Οι αιτιολογικοί παράγοντες του συνδρόμου είναι η αθηροσκλήρωση, ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα και η υπερλιπιδαιμία.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσία περιστατικού με σύνδρομο Leriche με την χρήση της αξονικής τομογραφίας.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 65 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου λόγω αναφερόμενης αδυναμία βάδισης από ημερών. Από τον απεικονιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε με αξονική τομογραφία κοιλιακής αορτής και κάτω άκρων, πριν και μετά από την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας, ακολουθώντας αγγειογραφικό πρωτόκολλο αναδείχτηκε πλήρης απουσία σκιαγραφήσεως του απεικονιζόμενου τμήματος της κοιλιακής αορτής, καθώς και των κοινών, έσω και έξω λαγόνιων αρτηριών κατά την αρτηριακή φάση, το πιθανότερο ως επί απόφραξης. Αναγνωρίστηκε ικανοποιητικός εμπλουτισμός των κοινών μηριαίων αρτηριών, οι οποίες φαίνεται να αιματώνονται από παράπλευρο δίκτυο. Σημειώθηκε απουσία σκιαγραφήσεως της αριστερής επιπολής μηριαίας αρτηρίας, στο κατώτερο τριτημόριο αυτής, με συνοδό απουσία αιμάτωσης και της αριστερής ιγνυακής αρτηρίας, η οποία επανασχηματίζεται λεπτοφυώς, λίγο άνωθεν του τριχασμού των αγγείων της γαστροκνημίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με αγγειοπλαστική και τοποθέτηση stent.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάγνωση του συνδρόμου Leriche βασίζεται κυρίως στα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα. Πολλές αγγειακές καταστάσεις μπορούν να μιμηθούν τα συμπτώματα του συνδρόμου Leriche και πρέπει να ληφθούν υπόψη στη διαφορική διάγνωση. Ο διαχωρισμός, των λαγόνιων αρτηριών, μπορεί να προκαλέσει άλγος και απουσία σφύξεων που μιμούνται το προφίλ συμπτωμάτων του συνδρόμου Leriche. Το άλγος κατά την ηρεμία και η χρονική έναρξη των συμπτωμάτων είναι χρήσιμη για τον προσδιορισμό της υποκείμενης παθολογίας σε συνδυασμό με την απεικόνιση. Η κρίσιμη ισχαιμία των κάτω άκρων δεν παρατηρείται συχνά στο σύνδρομο Leriche, καθώς η χρονιότητα του συνδρόμου επιτρέπει την ανάπτυξη παράπλευρων αγγείων. Η χρήση της αξονική τομογραφίας επιτρέπει την άμεση απεικόνιση της θέσης της στένωσης ή της απόφραξης, με την προσβολή ή όχι των σπλαχνικών αρτηριών, και την εκτίμηση της έκταση των προσβεβλημένων αρτηριακών τμημάτων για την σωστή τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης.

215. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΕ ΟΓΚΟ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΙΟΥ

Κ. Κουλία, Α. Πενήντα, Σ. Ράπτη, Ν. Ζάννες

Μονάδα Ψηφιακής Αγγειογραφίας, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο όγκος του καρωτιδικού σωματίου (ή χημειοδέκτωμα ή παραγαγγλίωμα) αποτελεί σπάνιο όγκο αντιπροσωπεύοντας το 0,03% των συνολικών όγκων και το 0,6% των όγκων κεφαλής και τραχήλου. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού όγκου καρωτιδικού σωματίου και η περιγραφή των αγγειογραφικών ευρημάτων.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας, 63 ετών, προσήλθε στο τμήμα μας για αγγειογραφικό έλεγχο καρωτιδικού σωματίου δεξιάς τραχηλικής χώρας. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε υπερηχοτομογραφικός έλεγχος και ακολούθησε η ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία (Digital Subtraction Angiography - DSA). Υπό συνθήκες ασηψίας και τοπικής αναισθησίας παρακεντήθηκε η δεξιά βραχιόνιος αρτηρία και τοποθετήθηκε αρτηριακός εισαγωγέας 5Fr. Κατάλληλος αγγειογραφικός καθετήρας τοποθετήθηκε αρχικά στην ανιούσα θωρακική αορτή και στη συνέχεια στην ανώνυμο και πραγματοποιήθηκαν εγχύσεις με ιωδιούχο σκιαγραφικό μέσο. Μετά το πέρας της εξέτασης ο αρτηριακός εισαγωγέας αφαιρέθηκε και πραγματοποιήθηκε αιμόσταση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος ανέδειξε συμπαγές, σαφώς αφοριζόμενο, ήπια υποηχογενές μόρφωμα στον δεξιό καρωτιδικό διχασμό, το οποίο περιβρογχίζει μερικώς την έσω και την έξω καρωτίδα (τύπος II κατά Shamblin) και το οποίο έχει μέγιστη προσθιοπίσθια διάμετρο ~1,9εκ. Το εύρημα επιβεβαίωσε και η DSA. Συγκεκριμένα, κατά την αρτηριακή φάση των εγχύσεων αναδείχθηκε ετερόπλευρος, μονήρης, αγγειοβριθής όγκος στον καρωτιδικό διχασμό της δεξιάς κοινής καρωτίδας που προκαλεί διάσταση στα αρχικά τμήματα της έσω και έξω καρωτίδας («σημείο της λύρας»). Χαρακτηριστική είναι η παρατεταμένη σκιαγράφηση του όγκου. Η σχολαστικότερη μελέτη των εικόνων αναδεικνύει την σύστοιχη ανιούσα φαρυγγική αρτηρία ως κύριο τροφοφόρο κλάδο του όγκου.
Η εξέταση έγινε καλώς ανεκτή από τον ασθενή και δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η DSA αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική εξέταση και απαραίτητο διαγνωστικό εργαλείο για την χαρτογράφηση της αγγειακής ανατομίας του καρωτιδικού σωματίου, ιδιαίτερα προεγχειρητικά. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να συμβάλλει όχι μόνο στη διάγνωση, αλλά και στον σχεδιασμό της εξαίρεσης του όγκου.

216. ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Θ. Ανδριανόπουλος[1], Κ. Τσόκκου[1], Α. Καραργύρης[1], Δ. Τσακίρη[1], Φ. Γκολέμη[1], Χ. Παπαδήμα[1], Α. Χατζόπουλος[2], Π. Χέρας[1]

[1]Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Άργους, [2]Παθολογική Κλινικη, Γ.Ν. Άργους

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οικονομική κρίση έχει συμβάλλει τα τελευταία στην αύξηση του αριθμού των πολιτών που επισκέπτονται τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ). Αυτό συμβάλει στον συνωστισμό καθώς και τους μεγάλους χρόνους αναμονής και παραμονής των ασθενών στο ΤΕΠ.

ΣΚΟΠΟΣ: της συγκεκριμένης εργασίας ήταν να συμβάλλει στην αναδιοργάνωση του ΤΕΠ ενός Γενικού Νοσοκομείου με στόχο την μείωση των χρόνων αναμονής και παραμονής των ασθενών αλλά και στην υποστήριξη του διευθυντή του τμήματος στη λήψη αποφάσεων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την αναδιοργάνωση του ΤΕΠ χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα που σχετίζονταν με την κίνηση των ασθενών και του προσωπικού στο ΤΕΠ (π.χ. χρόνοι αναμονής για εξέταση, χρόνος λήψης αποτελεσμάτων εξετάσεων)

Για την αναπαράσταση του ΤΕΠ χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό προσομοίωσης SIMUL8 ενώ για την αξιολόγηση των αποφάσεων του διευθυντή του τμήματος χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία stochastic-UTA της πολυκριτήριας ανάλυσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το καλύτερο σενάριο για την αναδιοργάνωση του ΤΕΠ αποτελεί η εισαγωγή μονάδας fast track, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της προσομοίωσης. Λαμβάνοντας υπόψη την ανάλυση των αποφάσεων του διευθυντή, το

πιο σημαντικό κριτήριο για να λάβει απόφαση σχετικά με την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών του ΤΕΠ είναι ο χρόνος συνολικής παραμονής καθώς και ο χρόνος αναμονής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μεθοδολογία που έχει αναπτυχθεί αποτελεί τον ιδανικό συνδυασμό για την διοίκηση του νοσοκομείου να αξιολογήσει τόσο την επίδραση των εναλλακτικών σεναρίων στην λειτουργία του τμήματος όσο και στο να αναλύσει τα κριτήρια που λαμβάνει υπόψη ο διευθυντής προκειμένου να λάβει μία απόφαση.

217. Η ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Π. Χριστοδούλου[1], Μ. Γερασίμου[1], Σ. Μαντζούκης[2], Ν. Βαρσάμης[3], Ν. Ζώτος[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Αγροτικός Ιατρός, Κ.Υ. Πράμαντα, [3]Παθολόγος, ΤΟΜΥ Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι συνθήκες οικονομικής κρίσης διαμορφώνουν ένα διαφορετικό πλαίσιο σε σχέση με τον παιδικό εμβολιασμό. Η αλλαγή αυτή οδηγεί την Ελλάδα από ένα ικανοποιητικό επίπεδο κάλυψης σε σημείο που πλέον υπολογίζεται ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού χωρίς πρόσβαση σε απαραίτητα εμβόλια.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Λόγω του δεδομένου της συνήθους κάλυψης με σχήματα που καλύπτουν την ερυθρά και την πολιομυελίτιδα, ο βασικός υπολογισμός πραγματοποιείται με βάση την κάλυψη της ιλαράς. Στοιχεία όμως των Γιατρών του Κόσμου αναφέρουν ότι 250000 παιδιά είναι αποκλεισμένα από τα προγράμματα εμβολιασμού το 2015, λόγω έλλειψης υποδομών και προσωπικού, αν και προβλέπεται η κάλυψη των ανασφάλιστων. Οι αντίξοες συνθήκες ζωής καθιστούν κάποιες ομάδες του πληθυσμού περισσότερο, όπως οι Ρομά και οι μετανάστες (οι οποίοι διαθέτουν και διαφορετικό ανοσολογικό προφίλ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2008, οι δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης, η συχνή αλλαγή κατοικίας και η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες λοίμωξης με ηπατίτιδα Β σε παιδιά Ρομά, ενώ σε πρόσφατη μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας που έγινε σε 218 παιδιά ηλικίας 2-6,5 ετών από 26 οικισμούς Ρομά, η εμβολιαστική κάλυψη έναντι της ηπατίτιδας Β ήταν μόλις 77% για την πρώτη δόση και 39% για την τρίτη δόση. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 731 παιδιά ανέδειξε ότι η κάλυψη στα βασικά εμβόλια (διφθερίτιδας, τετάνου, πολιομυελίτιδας, ηπατίτιδας Β, ερυθράς, ιλαράς) κινούταν σε ικανοποιητικό ποσοστό 90%. Παρόλα αυτά, παρατηρήθηκε καθυστέρηση στη δεύτερη δόση και ακόμη μικρότερη συμμετοχή στην ολοκλήρωση των σχημάτων κυρίως για τα νεότερα (MenC, PCV 7, varicella, hepatitis A) με ποσοστό συμμετοχής 61%. Η καθυστέρηση παρατηρήθηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό σε παιδιά μεταναστών και σε παιδιά που προέρχονταν από οικογένειες με πολλά μέλη ή χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι μεταδοτικές ασθένειες, αντίθετα με τα πιστεύω πολλών, δεν αποτελούν μια εξαφανισμένη απειλή. Τα συμπεράσματα θα μπορούσαν να συνοψιστούν στην συνέχιση της εμφάνισης λοιμωδών νοσημάτων, τα οποία παρατηρούνται σε μεγαλύτερο βαθμό σε ανεμβολίαστα παιδιά, ρομά και μετανάστες. Στην περίπτωση της ιλαράς από τα 838 κρούσματα της νόσου (2004-2014) τα 527 ήταν ανεμβολίαστα ενώ τα 69 ήταν εμβολιασμένα με μία δόση εμβολίου. Επομένως η τήρηση των εμβολιαστικών σχημάτων παραμένει πιο επίκαιρη από ποτέ.

218. Ο ΙΟΣ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Π. Χριστοδούλου[1], Μ. Γερασίμου[1], Ν. Βαρσάμης[2], Σ. Μαντζούκης[3], Ν. Ζώτος[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Παθολόγος, ΤΟΜΥ Ιωαννίνων, [3]Αγροτικός Ιατρός, Κ.Υ. Πράμαντα

ΣΚΟΠΟΣ: Ο ιός του Δυτικού Νείλου είναι ένας φλαβοιός, μια κατηγορία RNA ιών με μονή έλικα και με λιπιδικό έλυτρο. Συνήθως επηρεάζουν μικρά ζώα (μικρά θηλαστικά, πουλιά) και μεταδίδονται από ζώο σε ζώο μέσω κουνουπιών. Ο ιός αυτός προκαλεί ένα εύρος νευρολογικών διαταραχών, μεταξύ των οποίων εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα και ένα σύνδρομο που ομοιάζει την πολιομυελίτιδα. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο επιρρεπή στη λοίμωξη του ΚΝΣ.

ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ: Ο ιός εισέρχεται στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) μέσω του αίματος. Εντός του εγκεφάλου ο ιός επεκτείνεται από κύτταρο σε κύτταρο, προκαλώντας συμφόρηση, οίδημα, μηνιγγίτιδα και εγκεφαλίτιδα. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο επιρρεπή στη λοίμωξη του ΚΝΣ. Ο ιός εισέρχεται στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) μέσω του αίματος. Εντός του εγκεφάλου ο ιός επεκτείνεται από κύτταρο σε κύτταρο, προκαλώντας συμφόρηση, οίδημα, μηνιγγίτιδα και εγκεφαλίτιδα.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Η πρόληψη η βασίζεται σε δύο άξονες:

• Τη χρήση εμβολιαστικού σχήματος

• Την αντιμετώπιση των οχημάτων του ιού, δηλαδή των κουνουπιών μέσω ψεκασμών σε ελλώδης περιοχές ή σε περιοχές που έχουν παρουσιαστεί κρούσματα και με την ανάπτυξη ειδικών παγίδων για τα αυγά των κουνουπιών.

Η θεραπεία στοχεύει στην αδρανοποίηση του ιού και στη ασυμπτωματική αγωγή για περιορισμό των επιπτώσεων της λοίμωξης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το κράτος, παρά τις υψηλές φορολογίες που επιβάλει στους πολίτες και παρά τη συνταγματική του υποχρέωση για διατήρηση του επιπέδου υγείας, απαρνείται τις ευθύνες του και τις στρέφει στον πολίτη. Το ίδιο και μεγάλος αριθμός περιφερειών και το ΚΕΕΛΠΝΟ. Πλέον η υγεία καταχωρείται ως ατομική υπόθεση, με ευφάνταστα απαρχαιωμένα μέτρα προστασίας. Η ευθύνη για την πρόληψη, την ενημέρωση και την παροχή των μέσων προστασίας δεν ανήκει πλέον στο κράτος, αλλά στον ιδιώτη, παρόλο που δεν έχει πρόσβαση σε ένα ολοκληρωμένο επιστημονικά φυλλάδιο ενημέρωσης, αλλά μόνο σε μια αφίσα.

219. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Π. Χριστοδούλου[1], Μ. Γερασίμου[1], Σ. Μαντζούκης[2], Ν. Βαρσάμης[3], Ν. Ζώτος

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Αγροτικός Ιατρός, Κ.Υ. Πράμαντα, [3]Παθολόγος, ΤΟΜΥ Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Η ενσυναίσθηση αποτελεί μια κεντρική έννοια στο χώρο της ψυχολογίας, της και της ιατρικής επικοινωνίας. Σύμφωνα με τον ψυχολόγο Rogers η ενσυναίσθηση είναι μια διαδικασία που περιλαμβάνει την έκφραση ευαισθησίας στα συναισθήματα ενός άλλου ανθρώπου τα οποία υπόκεινται σε αλλαγή και σε «σύνδεση» με αυτό τον άνθρωπο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μέσω της διαδικασίας ο ιατρός βιώνει την ασθένεια μέσα από τη θέση του ασθενή του. Αυτό προϋποθέτει τη μη άσκηση κριτικής στα συναισθήματα του ασθενή και την προσπάθεια πλήρους κατανόησης όσων ο ασθενής βιώνει μέσα από τη δική του οπτική γωνία. Η ενσυναίσθηση δεν πρόκειται για μια μορφή συμπάθειας καθώς η συμπάθεια αφορά τη συμμετοχή σε μια ψυχική κατάσταση κάποιου που πάσχει ενώ η ενσυναίσθηση απαιτεί τη συναισθηματική ταύτιση και την κατανόηση των συναισθημάτων όπως ο πάσχων τα βιώνει. Για να επιτευχθεί η ενσυναίσθηση χρειάζεται ένας θεραπευτικός δεσμός με συναισθηματική επαφή, ακριβή περιγραφή της κατάστασης, μοίρασμα της γνώσης και δημιουργία του κατάλληλου περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να νιώσει ασφάλεια ώστε να μπορεί να εκφράσει τις βαθύτερες ανησυχίες του. Η διαδικασία αυτή επιφέρει θετικές αλλαγές στη σχέση γιατρού ασθενή. Καταρχήν ο γιατρός καταλήγει πιο εύκολα σε μια πιο ακριβή διάγνωση, καθώς γνωρίζει με λεπτομέρειες τόσο τη συναισθηματική όσο και τη βιολογική κατάσταση του ασθενή, ο οποίος με τη σειρά του νιώθει λιγότερη δυσφορία. Ως αποτέλεσμα ο ασθενής ακολουθεί με μεγαλύτερη συνέπεια τις οδηγίες του γιατρού. Κατά συνέπεια ο ασθενής μένει ικανοποιημένος από τη θεραπευτική σχέση και συνεχίζει να επιλέγει τον ίδιο γιατρό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καλλιέργεια της ενσυναίσθησης μεταξύ ασθενή και γιατρού είναι κομβική για τη βελτίωση της σχέσης τους αλλά και του θεραπευτικού αποτελέσματος, σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι αμιγώς ψυχολογικές προσεγγίσεις όπως η ψυχοθεραπεία. Τρία βήματα προς αυτή την κατεύθυνση είναι η κατανόηση των αναγκών του ασθενή μέσω μιας συνολικής παρατήρησής του, η ενδυνάμωση του στην προσπάθεια κατανόησης της κατάστασής του και η επίλυση των προβλημάτων που θα αντιμετωπίσει.

220. ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Π. Χριστοδούλου[1], Ν. Βαρσάμης[2], Μ. Γερασίμου[1], Σ. Μαντζούκης[3], Ν. Ζώτος[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Παθολόγος, ΤΟΜΥ Ιωαννίνων, [3]Αγροτικός Ιατρός, Κ.Υ. Πράμαντα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο έγκαιρος εμβολιασμός συμβάλει στην πρόληψη λοιμώξεων, την αποφυγή επιπλοκών και ασθενειών που προστατεύουν τόσο το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Ταυτόχρονα μειώνουν το κόστος και το φόρτο εργασίας των νοσοκομειακών μονάδων που θα προέκυπτε από την εμφάνιση ασθενειών και τις επακόλουθες εξετάσεις και θεραπευτικές αγωγές.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το πλαίσιο κάλυψης το οποίο θα προταθεί έχει ως βάση το εξαδύναμο εμβόλιο για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη, πολιομυελίτιδα, τον αιμόφιλο τύπου Β και ηπατίτιδα Β και το μονοδύναμο για μηνιγγίτιδα τύπου C. Η χρήση του παραπάνω σχήματος καλύπτει το φάσμα των βασικών εμβολιασμών (διφθερίτιδα, τέτανος, κοκκύτης, πολιομυελίτιδα) και προσθέτει τη χρήση νέων (αιμόφιλος τύπου Β, ηπατίτιδα Β και μηνιγγίτιδα). Η σημασία του ως σχήμα έγκειται στο ότι καλύπτει ένα ευρύ φάσμα λοιμώξεων με τη χρήση μόλις δύο σκευασμάτων. Ιδιαίτερα η στόχευση στους συγκεκριμένους μικροοργανισμούς προφυλάσσει από ασθένειες με σοβαρές επιπτώσεις όπως η οξεία μηνιγγίτιδα, το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, η αεριογόνος γάγγραινα, η παράλυση.

ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ: Υπεύθυνοι για την εφαρμογή του πλαισίου χορήγησης θα είναι οι παιδίατροι των νοσοκομειακών μονάδων με βάση ένα σύστημα καταγραφής και εποπτείας του συνόλου του πληθυσμού. Η μεγαλύτερη προσέλευση του παιδικού πληθυσμού στα νοσοκομεία δίνει τη δυνατότητα μεγαλύτερης ανταπόκρισης και ελέγχου των ανεμβολίαστων παιδιών. Η χορήγηση και η ρύθμιση λοιπόν των σχημάτων των εμβολίων θα καθορίζονται από τους παιδίατρους και θα χορηγούνται στα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τα αγροτικά ιατρεία με βάση οργανόγραμμα. Η κατανομή των καθηκόντων θα έχει την πραγματοποίηση των εμβολιασμών στα Νοσοκομεία μια φορά την εβδομάδα και την αποστολή ενός παιδίατρου και ενός νοσηλευτή δύο φορές την εβδομάδα σε Κέντρο Υγείας ώστε να διευκολύνεται η κάλυψη και η ενημέρωση πληθυσμών εκτός αστικού ιστού. Σε περιπτώσεις υποπληθυσμών μη καταγεγραμμένων θα υπάρχει συνεργασία με δομές αλληλεγγύης ώστε να μην υπάρχει αλληλοκάλυψη των εξυπηρετούμενων και να διευρύνεται το δίχτυ προστασίας κοινωνικών ομάδων κυρίως στις πύλες εισόδου/εξόδου προσφύγων και στα κέντρα υγείας σε περιοχές με Ρομά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το παραπάνω μοντέλο εξοικονομεί πόρους καθώς βασίζεται στο ήδη υπάρχον προσωπικό, αξιοποιεί πληρέστερα τις δυνατότητες, την εκπαίδευση και την κατανομή των εργαζομένων, διευρύνει το φάσμα εργασίας τους και δίνει πρόσβαση σε απομακρυσμένες περιοχές.

221. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΥΤΟΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ

Δ. Βαγιωνά[1], Β. Αγγελοπούλου[1], Β. Μαρούγκα[1], Ι. Τζίμα[1], Β. Βιλιώτης[1], Χ. Γιαννόπουλος[1], Σ. Ασημόπουλος[1], Ε. Θεοδοσιάδη[1], Α. Ιωάννου[2], Τ. Ταταρίδου[1], Α. Ρέτζιου[3], Α. Φλωράκης[3], Μ. Κουπετώρη[1], Π. Ρουμελιώτη[4], Π. Λιάγγου[4], Ν. Λίγδας[5], Ν. Αλεξίου[1], Ε. Νερούτσος[3], Σ. Συμπάρδη[1]

[1]Α΄Παθολογική κλινική Γ.Ν. «Θριάσιο», [2]Κέντρο Υγείας Αγ. Αναργύρων, [3]Ψυχιατρική κλινική Γ.Ν. «Θριάσιο», [4]Τμήμα κίνησης ασθενών Γ.Ν. Θριάσιο, [5]Τμήμα Πληροφορικής Γ.Ν. Θριάσιο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι φαρμακευτικές δηλητηριάσεις (ΦΔ) –εκούσιες ή ακούσιες– αποτελούν σοβαρό παράγοντα κινδύνου για την υγεία, καθώς ανάλογα με το βαθμό τοξικότητας των ουσιών δηλητηρίασης μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες ή ακόμα και θάνατο. Στις αναπτυγμένες χώρες η θνησιμότητα λόγω ΦΔ είναι περιορισμένη. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες το ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι υψηλό, εξαιτίας των συνθηκών διαβίωσης-νοσηλείας και της απουσίας μέτρων πρόληψης.

ΣΚΟΠΟΣ: Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά ΦΔ, που νοσηλεύτηκαν σε κλινικές του Θριάσιου Νοσοκομείου (Α' Παθ, Παιδιατρική, Ψυχιατρική Κλινική) κατά την περίοδο 2015-2019.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Είναι αναδρομική έρευνα, που βασίστηκε στα αρχεία των παραπάνω κλινικών. Την ανωτέρω περίοδο νοσηλεύτηκαν 405 ασθενείς λόγω ΦΔ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 57,53% του δείγματος ήσαν άνδρες (233) και το 42,47% γυναίκες (172), με καταγραφή 39 παιδιατρικών περιστατικών (9,63%). Η διάμεση ηλικία ήταν 29 (±10) και το 87% ήσαν κάτοικοι Δυτικής Αττικής. Η κύρια οδός δηλητηρίασης ήταν η στοματική. Ο χρόνος των συμβαμάτων: βραδινές ώρες (17:00-07:00) – 215 περιστατικά (53,08%), πρωί (07.00-12.00) – 147 περιστατικά (36,3%), ενώ μεσημβρινές ώρες 43 περιστατικά (10,61%). Κύριες ουσίες δηλητηρίασης ήταν ως επί το πλείστον τα ψυχοτρόπα φάρμακα (158 ασθενείς /39,01%), η κατάχρηση αιθανόλης (79 ασθενείς/19,5%), παρακεταμόλη (40 ασθενείς/9,88%), αντιμικροβιακά /αντιπαρασιτικά (27 ασθενείς/6.67%) και είδη καθαριότητας (2 ασθενείς/ 0,49%). Το 84% των ουσιών δηλητηρίασης ήταν τοξικές και για την αντιμετώπιση της χρησιμοποιήθηκε κυρίως πλύση στομάχου και χορήγηση άνθρακα (70%), μόνο πλύση (5%), παρακολούθηση (9%), ενώ στο 10% χορηγήθηκε αντίδοτο. Η διάρκεια νοσηλείας κυμάνθηκε από 1-5 ημέρες, με 2ήμερη διάρκεια νοσηλείας στη πλειοψηφία αυτών (86,6%). Ποσοστό 9,4% νοσηλεύθηκε για μακρύτερα χρονικά διαστήματα και λόγω συν-νοσηροτήτων. Μικρό ποσοστό (4%), διακομίστηκε στην Ψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου για περαιτέρω ειδική νοσηλεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ΦΔ είναι γενικότερο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας που πρέπει να προβληματίζει. Στο μελετηθέν δείγμα παρατηρείται αριθμητική υπεροχή των ανδρών. Τα περιστατικά, από παθολογικής απόψεως, αντιμετωπίστηκαν με επιτυχία, καθώς δεν καταγράφεται θάνατος. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να υπάρξει εγρήγορση και ανάληψη πρωτοβουλιών με προγράμματα ενημέρωσης-πρόληψης από όλους τους φορείς.

222. Η ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Π. Χριστοδούλου[1], Μ. Γερασίμου[1], Ν. Βαρσάμης[2], Σ. Μαντζούκης[3], Ν. Ζώτος[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Παθολόγος, ΤΟΜΥ Ιωαννίνων, [3]Αγροτικός Ιατρός, Κ.Υ. Πράμαντα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: η ραγδαία εξέλιξη των επιστημών και της ιατρικής όχι μόνο δεν κατάφερε να μειώσει την απόσταση μεταξύ των γιατρών και των ασθενών τους, αλλά ενδεχομένως την επέτεινε.

ΥΛΙΚΟ: οι ασθενείς διαφέρουν μεταξύ τους στο επίπεδο των γνώσεων (και επομένως και των αντιδράσεων): ορισμένοι διαθέτουν κάποιες γνώσεις επί των ιατρικών ζητημάτων και θεωρούν ότι ο γιατρός είναι σημαντική πηγή πληροφοριών και εμπειρίας, άλλοι θεωρούν ότι γνωρίζουν ελάχιστα για την υγεία τους και ενδιαφέρονται να μάθουν ακόμα λιγότερα, μερικοί αρνούνται την ύπαρξη προβλημάτων με την υγεία τους.

ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΧΕΣΗΣ:

- Το μοντέλο της ενεργητικότητας-παθητικότητας στο οποίο ο γιατρός επωμίζεται την ευθύνη για τη ζωή του ασθενή, ο οποίος συνήθως λόγω της ιατρικής του κατάστασης δεν μπορεί να έχει λόγο
- Το μοντέλο της καθοδήγησης συνεργασίας στο οποίο ο γιατρός αναλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για τη διάγνωση και τη θεραπεία
- Το μοντέλο της αμοιβαίας συμμετοχής στο οποίο γιατρός και ασθενής λαμβάνουν από κοινού τις αποφάσεις, από τον προγραμματισμό των διαγνωστικών εξετάσεων έως την εφαρμογή της θεραπείας. Υπάρχει ένα σύστημα διπλής εισαγωγής πληροφοριών και η ευθύνη διαμοιράζεται.

ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

- Ο αμιγώς βιοϊατρικός τύπος επικοινωνίας στον οποίο η συζήτηση επικεντρώνεται στη βιοϊατρική ορολογία (ότι η ασθένεια μπορεί να εξηγηθεί πλήρως βάσει των ατομικών αποκλίσεων από τη νόρμα των βιολογικών μεταβλητών)
- Ο διευρυμένος βιοϊατρικός τύπος στον οποίο λαμβάνονται υπόψιν ψυχοκοινωνικά θέματα
- Ο βιοψυχοκοινωνικός τύπος στον οποίο ο χρόνος της επικοινωνίας κατανέμεται ισόποσα (εκτός από τα σωματικά συμπτώματα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και βιολογικοί παράγοντες)
- Ο ψυχοκοινωνικός στον οποίο η αλληλεπίδραση είναι πρωταρχικά ψυχοκοινωνικής φύσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η κατανόηση του ασθενή δε μπορεί να γίνει βέβαια χωρίς την κατανόηση του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο κινείται. Ο γιατρός οφείλει πλέον να εξελίσσει τις γνώσεις του εντός της κοινωνίας και όχι σε ένα αποστειρωμένο ψηλό πύργο στον οποίο απλά θα παρατηρεί.

223. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ MVQOLI

Α. Πανίδη, Η. Χούσος, Π. Πάτρα, Δ. Δήμου
1η Τ.ΟΜ.Υ. Κέντρου Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: ανάδειξη του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην διερεύνηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών στην κοινότητα.
ΥΛΙΚΟ: χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο missoula-vitas quality of life index (mvqoli) Συγκεντρώθηκαν Πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα ζωής της ασθενούς εστιάζοντας σε πέντε παραμέτρους: συμπτώματα, λειτουργικότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, ευεξία, πνευματικότητα. Η Μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου έγινε από την κα. Θεοφίλου και συν(2012).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: προ της χειρουργικής επέμβασης η μόνη παράμετρος που εμφανίζει θετικό πρόσημο είναι η λειτουργικότητα (+15). Με βάση το mvqoli προφίλ της ασθενούς. Η διεπιστημονική μας ομάδα έκανε στοχευμένες παρεμβάσεις στο χρονικό διάστημα που ακολούθησε της χειρουργικής επέμβασης.
Επεξεργάστηκαν εκ νέου οι απαντήσεις και προέκυψε βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις (+10 από -15),στην πνευματικότητα(0 απο -20),μικρή βελτίωση στην ευεξία (-25 απο -30),η λειτουργικότητα έμεινε ίδια (+15) ενώ με αρνητικό πρόσημο και άρα αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής εμφανίζουν τα συμπτώματα (-15 ενώ ήταν ο).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: η χρήση εργαλείων όπως το mvqoli αποτελεί πολύτιμο εργαλείο στους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας υγείας φροντίδας.

224. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ (ΕΑΝ)

Κ. Τσόκκου[1], Θ. Ανδριανόπουλος[1], Α. Καραργύρης[1], Δ. Τσακίρη[1], Φ. Γκολέμη[1], Χ. Παπαδήμα[1], Α. Χατζόπουλος[2], Π. Χέρας[1]

[1]Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Άργους, [2]Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Άργους

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο καρκίνος αποτελεί ένα από τα κυριότερα προβλήματα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Η ραγδαία αύξηση των περιστατικών τα τελευταία χρόνια, οδήγησε την Ευρωπαϊκή Ένωση να καταστήσει την μάχη εναντίον του καρκίνου προτεραιότητα, εστιάζοντας κυρίως στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την ακριβή αποτύπωση του προβλήματος σε εθνικό επίπεδο μέσω της λειτουργίας των αρχείων νεοπλασιών. Τα αρχεία νεοπλασιών αποτελούν την αφετηρία για τον έλεγχο του καρκίνου σε κάθε χώρα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου, μέσω της συστηματικής συλλογής στοιχείων για:

1. Την συχνότητα της νόσου (επίπτωση και επιπολασμό), το στάδιο διάγνωσης της νόσου, και την αρχική θεραπεία (θεραπεία πρώτης γραμμής) που λαμβάνουν οι ασθενείς και
2. Την αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο για τη χάραξη στοχευμένης αντικαρκινικής πολιτικής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι νέες διαγνώσεις για κακοήθη και ενδοεπιθηλιακά (in situ) νεοπλάσματα όλων των εντοπίσεων και ενδοκρανιακούς όγκους καθώς και όγκους του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, καλοήθεις και οριακής κακοήθειας. Η συλλογή της πληροφορίας γίνεται μέσω των καταγραφέων καρκίνου, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία και αφορά παιδιά, έφηβους και ενήλικες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Τα στοιχεία για το 2017 και 2018, συνέλλεξαν οι καταγραφείς καρκίνου. Συγκριτικά με τις εκτιμήσεις του ΠΟΥ για τη χώρα, τα 3/5 των νέων περιπτώσεων έχει καταγραφεί, γεγονός το οποίο είναι θετικό λαμβάνοντας υπόψη ότι το ΕΑΝ είναι ένα νέο αρχείο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ανάπτυξη του ΕΑΝ αποτελεί πρόκληση για τη χώρα. Παρά τις δυσκολίες που παραμένουν υπαρκτές ολοένα και περισσότεροι επαγγελματίες υγείας συνεισφέρουν στην υλοποίηση του δύσκολου αυτού εγχειρήματος.

225. Η ΜΗ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Π. Χριστοδούλου[1], Μ. Γερασίμου[1], Ν. Βαρσάμης[2], Σ. Μαντζούκης[3], Ν. Ζώτος[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Παθολόγος, ΤΟΜΥ Ιωαννίνων, [3]Αγροτικός Ιατρός, Κ.Υ. Πράμαντα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σε μια ιδεατή κατάσταση, η προληπτική ιατρική έχει στόχο την αποφυγή εμφάνισης ασθενειών, πριν καν χρειαστεί η φαρμακευτική αντιμετώπισή τους. Παρόλα αυτά η σημερινή κατάσταση απέχει πολύ από το να χαρακτηριστεί ιδεατή: η νοοτροπία που έχει αναπτυχθεί βασίζεται κυρίως στο θεραπεύειν και όχι στο προλαμβάνειν. Πολλές φορές μάλιστα το θεραπεύειν εναπόκειται σε άλλη μια λάθος παράδοση: τη λήψη αντιβιοτικών χωρίς τη σύστασή τους από γιατρό. Συνηθίζεται λοιπόν η εμφάνιση πυρετού να συνοδεύεται με τη λήψη αντιβιοτικού σκευάσματος απευθείας από το φαρμακείο.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η πλειοψηφία της εμφάνισης χαμηλού πυρετού (έως 38 βαθμούς κελσίου) οφείλεται σε ιώσεις οι οποίες δεν επηρεάζονται από τη λήψη αντιβιοτικών. Ο οργανισμός διαθέτει φυσιολογική μικροβιακή χλωρίδα. Η μη αναγκαία λήψη αντιβιοτικών ενδέχεται να οδηγήσει σε ανθεκτικότητα την φυσιολογική χλωρίδα και δε περίπτωση μόλυνσης μιας περιοχής από αντίστοιχο μικρόβιο, να είναι δύσκολη η αντιμετώπισή της. Ένα μικρόβιο συνήθως είναι ευαίσθητο σε διαφορετικά ήδη αντιβιώσεων. Η χρήση απευθείας μια πιο ισχυρής αντιβίωσης (δηλαδή μιας πιο ευρέως φάσματος) περιορίζει τις μελλοντικές δυνατότητες χρήσης της.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η Ελλάδα εμφανίζει από τα υψηλότερα ποσοστά αντοχής στα αντιβιοτικά από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αναλυτικά για την περίοδο έως το 2015 προκύπτουν τα ακόλουθα στοιχεία:

- το 61.9% των λοιμώξεων από Klebsiella pneumoniae εμφάνισε αντοχή στις καρβαπενέμες, ένα αντιβιοτικό τελευταίας γραμμής για την αντιμετώπιση ασθενειών
- η Ελλάδα βρίσκεται στις πρώτες χώρες στις οποίες η Pseudomonas Aeruginosa εμφανίζει αντοχή στις κεφαλοσπορίνες τέταρτης γενιάς, τις καρβαπενέμες και την πιπερακιλίνη
- αυξάνονται τα στελέχη Eserichia Coli που είναι ανθεκτικά στις β λακταμάσες και τις φθοριοκινολόνες.
- παρουσιάζονται από τα μεγαλύτερα ποσοστά ανθεκτικών στελεχών Acinetobacter Baumannii, το οποίο ευθύνεται συχνά για ενδονοσοκομιακές λοιμώξεις.
- Υπάρχουν υψηλά ποσοστά στελεχών MRSA Staphylococcus Aureus.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: η χρήση των αντιβιοτικών στην Ελλάδα έχει δημιουργήσει ήδη αρκετά ανθεκτικά στελέχη, ενώ πολλά αντιβιοτικά πρώτης γραμμής, όπως η αμοξικιλίνη, οι κεφαλοσπορίνες πρώτης γενιάς και η αμπικιλίνη, παρακάμπτονται αναίτια στα θεραπευτικά σχήματα, υπέρ πιο ισχυρών σκευασμάτων. Επίσης ένα από τα βασικά προβλήματα είναι ότι λόγο της αντοχής στα αντιβιοτικά αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα ασθενείς στις μονάδες Εντατικής θεραπείας οι οποίοι όντως χρειάζονται ισχυρή αντιβίωση.

226. ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΥΣ

Κ. Τσόκκου[1], Θ. Ανδριανόπουλος[1], Α. Καραργύρης[1], Δ. Τσακίρη[1], Φ. Γκολέμη[1], Χ. Παπαδήμα[1], Α. Χατζόπουλος[2], Π. Χέρας[1]

[1]Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Άργους, [2]Παθολογική Κλινικη, Γ.Ν. Άργους

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επίτευξη των στόχων για συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας βασίζεται στη συλλογή και αξιοποίηση των αντιλήψεων τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης αποτελούν σταθερή προσπάθεια για συνεχή βελτίωση των λειτουργιών των Οργανισμών Υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ: τηςπαρούσης εργασίας είναι: (α) η διερεύνηση της ύπαρξης ή μη χάσματος ανάμεσα στις αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται και λαμβάνονται αντιστοίχως στο Γενικό Νοσοκομείο, (β) η σχεδίαση μέτρων βελτίωσης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 50 νοσηλευτές και 150 ασθενείς που τους έχουν ήδη παρασχεθεί υπηρεσίες από το Γενικό Νοσοκομείο Άργους. Για το νοσηλευτικό προσωπικό, χρησιμοποιήθηκε τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία, κατά κατηγορία προσωπικού και ετών υπηρεσίας. Για τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε η ευκαιριακή μέθοδος δειγματοληψίας. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια με την παρουσία του ατόμου που διενεργούσε την συνέντευξη. Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο μέτρησης ποιότητας HEAL THQUAL.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι νοσηλευτές αναδεικνύουν την ανάγκη συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας του οργανωτικού περιβάλλοντος στην διοικητική, νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα των ασθενών. Αναζητούν καλύτερο προγραμματισμό και οργάνωση στα θέματα διοίκησης. Οι ασθενείς από την πλευρά τους είχαν θετικές αντιλήψεις για όλες τις διαστάσεις της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι σημαντικό να υπάρχει έλεγχος και ανατροφοδότηση τόσο από τους ασθενείς άρα και από τους επαγγελματίες υγείας σε κάθε στάδιο παροχής των υπηρεσιών υγείας.

227. ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΚΑΦΕΤΕΡΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟΥ ΝΟΜΟΥ

Θ. Ανδριανόπουλος, Κ. Τσόκκου, Α. Καραργύρης, Δ. Τσακίρη, Φ. Γκολέμη, Χ. Παπαδήμα, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Άργους

Το κάπνισμα αποτελεί συνήθεια του ανθρώπου με ολέθριες επιπτώσεις στη Δημόσια Υγεία.
ΣΚΟΠΟΣ: της έρευνας ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των εργαζομένων στις καφετέριες του Νομού Αργολίδας σχετικά με την εφαρμογή του Αντικαπνιστικού Νόμου.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 60 εργαζόμενοι από 60 καφετέριες του Νομού Αργολίδας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 1/08/2019 έως 30/11/2019. Χρησιμοποιήσαμε ειδικό ανώνυμο ερωτηματολόγιο που συμπληρώσαμε με τη συναίνεση του εργαζομένου, ένα για κάθε εργαζόμενο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 53,3% (32) ήταν άνδρες, το 46,7% (28) γυναίκες. Το 40% (24) ηλικίας 18-25 ετών, το 31,6%(19) 16-33, το 13,3% (8) 34-41, το 15% (9) 42 και άνω. Το 13,3% (8) ήταν ιδιοκτήτες της επιχείρησης. Το 45% (27) εργαζόταν τα τελευταία πέντε χρόνια. Το 80% (48) ανέφερε ότι μειώθηκε η προσέλευση πελατών μετά την εφαρμογή αντικαπνιστικού νόμου. Το 91,6% (55) δήλωσε ότι οι πελάτες δυσανασχετούν με την απαγόρευση. Το 75% (45) ανέφερε ότι η σύσταση στους πελάτες δεν έχει αποτέλεσμα. Βιβλίο Ελέγχου Καπνίσματος επεδείχθη στο 80% (48). Το 26,6%(16) ανέφερε ότι έχει επιβληθεί πρόστιμο στην επιχείρηση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Απαιτείται τακτική ενημέρωση των εργαζομένων για την αναγκαιότητα της εφαρμογής του Αντικαπνιστικού Νόμου προκειμένου να διασφαλίσουμε τη Δημόσια Υγεία.

228. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΧΥΛΟΜΙΚΡΟΝΑΙΜΙΑΣ.Η ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ ΜΟΡΦΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΔΙΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ(ΤΥΠΟΥ Ι)

Χ. Μπεθάνη[1], Α. Μαραθωνίτης[1], Μ. Καραδήμα[1], Ι. Γουργουλή[2], Α. Κόκας[3], Δ. Γαλάνη[3], Γ. Γεωργακόπουλος[1], Γ. Μαραθωνίτης[1]

[1]Α' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Αμαλία Φλέμιγκ», [2]Οφθαλμολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», [3]Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Αμαλία Φλέμιγκ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η οικογενής χυλομικροναιμία είναι μια σπάνια πρωτοπαθής δυσλιπιδαιμία (1/1.000.000 στον γενικό πληθυσμό) με αριθμό τριγλυκεριδίων>2000mg/dl. Η παρουσίαση αφορά στη διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενούς με οικογενή χυλομικροναιμία που προσήλθε για κοιλιακό άλγος.

ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 50ετών(θήλυ), με γνωστό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη Τ2(ΣΔ), καπνίστρια, με BMI 31,2kg/m2, με κοινωνική κατανάλωση αλκοόλ και χρόνια υποτροπιάζοντα κοιλιακά άλγη. Χωρίς οικογενειακό ιστορικό ΣΔ, με οικογενειακό ιστορικό πρώιμου καρδιαγγειακού θανάτου. Προσήλθε για αναφερόμενο κοιλιακό άλγος. Μακροσκοπικά παρουσίαζε ξανθελάσματα δεξιού βλεφάρου. Στον υπέρηχο άνω/κάτω κοιλίας ανεδείχθη ηπατομεγαλία (22cm) με διάχυτη λιπώδη διηθήση. Αναμένοντας τα αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου ενημερωθήκαμε ότι ο ορός της ασθενούς ήταν βαριά λιπαιμικός (γαλακτωματοποιημένος), σε επίπεδα αδυναμίας υπολογισμού βιοχημικών παραμέτρων. Έπειτα από 24ωρη νηστεία:Τριγλυκερίδια (TGs):11.389mg/dl,(LDL):88mg/dl, (HDL):63mg/dl.

Παρουσίαζε ψευδουπονατριαιμία (Na):120mmol/L. Επίσης, ApoA1:129 (φυσιολογικές τιμές:115-220), ApoB:130 (φ.τ.:60-160), VLDL:311,0mg/dl (φ.τ.:0-30).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την νοσηλεία της η ασθενής αρνήθηκε να υποβληθεί σε αφαίμαξη και ετέθη σε αυστηρή νηστεία,ενδοφλέβια ενυδάτωση και αντιλιπιδαιμική αγωγή με ατορβαστατίνη, φαινοφιβράτη και νιασίνη. Σταδιακά παρουσίασε μια μείωση της τιμής των τριγλυκεριδίων. Η ασθενής εξήλθε με οδηγίες για αυστηρά άλιπο δίαιτα και συνέχιση της αγωγής της. Διενεργήθηκε επανέλεγχος σε δύο εβδομάδες, δύο μήνες και ένα χρόνο, όπου στο ένα έτος: τριγλυκερίδια:1128mg/dl, (LDL):60mg/dl, (HDL):16mg/dl, χοληστερόλη:279mg/dl, Na131mg/dl. Διενεργήθηκε υπέρηχος καρδιάς, όπου εβρέθη ήπια επηρεασμένη συνολική συστολική λειτουργία (Κλάσμα Εξώθησης:45%), με διάταση αριστερού κόλπου. Triplex καρωτίδων και αγγείων άνω/κάτω άκρων χωρίς ιδιαίτερες στενώσεις και βυθοσκόπηση οφθαλμών κατά φύσιν. Συστήθηκε γενετικός έλεγχος και έλεγχος του λιπιδαιμικού προφίλ των απογόνων της ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι δυσλιπιδαιμίες,οικογενείς και επίκτητες,είναι ένας σιωπηλός κίνδυνος για την υγεία του ασθενούς. Η διάγνωση στο εν λόγω περιστατικό στηρίχθηκε στην υπερβολική αύξηση των τριγλυκεριδίων>2000mg/dl, στον λιπαιμικό ορό, στην ψευδουπονατριαιμία (2-4mEq/L για κάθε1000TG), στα χρόνια υποτροπιάζοντα κοιλιακά άλγη και στην ηπατομεγαλία (λόγω εναπόθεσης χυλομικρών). Άλλες επιπλοκές αποτελούν η οξεία παγκρεατίτιδα(η πιο συχνή) χωρίς άνοδο της αμυλάσης ορού(!), που οφείλεται στην φλεγμονή του παγκρεατικού ιστού, η σπληνομεγαλία και η lipaemia retinalis. Δεν υπάρχει θεραπεία, επιτακτική η άλιπος δίαιτα εφ' όρου ζωής.

Εικόνα 1α.

Εικόνα 1Β. Χυλώδες υπερκείμενο,υπόλοιπο διαυγές.

Εικόνα 2. Ξανθελάσματα οφθαλμών.

229. ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΜΗ ΤΟΞΙΝΟΓΟΝΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ΣΕ HIV+ ΧΡΗΣΤΗ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Ε. Καροφυλάκης[1], Θ. Γεωργακοπούλου[2], Δ. Δουγένης[3], Α. Μπακώση[4], Η. Σκοπελίτης[5], Δ. Καββαθά[1]

[1]Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α «Αττικόν», [2]Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης, Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, [3]Καρδιοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [4]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», [5]Β' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα από μη τοξινογόνα στελέχη *C. diphtheriae* έχουν αναφερθεί σπανίως σε βιβλιογραφικές αναφορές, κυρίως σε χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, άτομα με υποκείμενη καρδιακή νόσο ή προσθετική βαλβίδα, προκαλώντας σοβαρή νόσο με ανάγκη χειρουργικής παρέμβασης.

ΥΛΙΚΟ: Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς 43 ετών, με ιστορικό HIV λοίμωξης και χρήσης ενδοφλέβιων ουσιών, ο οποίος εμφάνιζε εμπύρετο, φαρυγγοδυνία και δύσπνοια από τριημέρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επισκόπηση του φάρυγγα δεν ανέδειξε μακροσκοπικά ορατές βλάβες. Σε καλλιέργεια αίματος απομονώθηκε *Corynebacteriumspp*. Περαιτέρω ανάλυση με φασματομετρία μάζας ταυτοποίησε το είδος ως *Corynebacteriumdiphtheriae*, με ανάδειξη μη τοξινογόνου στελέχους (*C. diphtheriaevar gravis*, Elek's test αρνητικό) σε εργαστήριο αναφοράς του Ηνωμένου Βασιλείου. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε πολλαπλά σηπτικά έμβολα, ενώ σε διοισοφάγειο μελέτη ανευρέθη εκβλάστηση αορτικής βαλβίδας με σοβαρή ανεπάρκεια αυτής. Ο ασθενής έλαβε βανκομυκίνη ενδοφλεβίως με αποστείρωση των ακόλουθων αιμοκαλλιεργειών και κλινική βελτίωση. Κατά τη νοσηλεία του εμφάνισε οξεία δύσπνοια με διαπίστωση ρήξης της αορτικής βαλβίδας από νέο υπερηχοκαρδιογράφημα. Υπεβλήθη σε επιτυχή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας, με τις ιστικές καλλιέργειες να είναι στείρες. Μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ για περαιτέρω αντιμετώπιση όπου και κατέληξε τη 2η μετεγχειρητική ημέρα από ταχυαρρυθμία με αιμοδυναμική αστάθεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με την εισαγωγή στα εθνικά προγράμματα εμβολιασμών του τοξοειδούς της διφθερίτιδας και την εμβολιαστική κάλυψη να υπερβαίνει το 80% παγκοσμίως, τα τοξινογόνα στελέχη του C. diphtheriaeαπώλεσαν το πλεονέκτημα του γονιδίου *tox*+ και είναι πλέον λιγότερο επικρατή. Ωστόσο η ασυμπτωματική φορεία με μη τοξινογόνα στελέχη *C. diphtheriae* δε φαίνεται να επηρεάζεται οδηγώντας σε μία «επιδημιολογική μετακίνηση» και αναγνώριση σοβαρών λοιμώξεων από αυτά τα παθογόνα. Το παρόν περιστατικό αποτελεί υπενθύμιση ότι η απομόνωση *Corynebacterium*spp από στείρα βιολογικά υλικά (π.χ. αίμα), θα πρέπει να αξιολογείται ως κλινικά σημαντική, ιδίως σε ασθενείς με συμβατό κλινικό και επιδημιολογικό ιστορικό.

230. ΑΤΥΠΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕ ΟΣΤΙΚΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΤΗΣ ΜΕ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Δ. Παπαβασιλείου[1], Μ. Κυρκασιάδου[1], Δ. Μερμίγκης[1], Γ. Τσιόγκα[1], Μ. Δαιμονάκου[1], Α. Καλαμπόκης[2], Α. Τσάγκας[3], Α. Παπαβασιλείου[4]

[1]Νοσηλευτική Μονάδα «Σισμανόγλειο», Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ», [2]Μονάδα Σπονδυλικής Στήλης, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, [3]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, [4]Αντιφυματικό Τμήμα, Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης, Γ.Π.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού νεαρού ανδρός με δεκατική πυρετική κίνηση, χαμηλή οσφυαλγία, νυκτερινές εφιδρώσεις και διάχυτες άτυπες οστεολυτικές βλάβες.
ΥΛΙΚΟ: Ο ασθενής παρουσιάζεται με την εν λόγω συμπτωματολογία από διμήνου περίπου. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται διάγνωση φυματίωσης προ 15ετίας, για την οποία έχει λάβει θεραπεία με ισονιαζίδη-ριφαμπικίνη επί 3μηνο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον εργαστηριακό έλεγχο προκύπτει ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία και αυξημένη ΤΚΕ και CRP. Από MRI ΘΜΣΣ και ΟΜΣΣ περιγράφονται πολλαπλές εστίες παθολογικής έντασης σήματος στα σώματα των θωρακικών και οσφυϊκών σπονδύλων, τις λαγόνιες πτέρυγες και το ιερό οστό. Από ολόσωμο σπινθηρογράφημα οστών εντοπίζονται και άλλες παθολογικές εστίες στις πλευρές. Έλεγχος για ανάδειξη πιθανής πρωτοπαθούς νεοπλασματικής εστίας απέβη αρνητικός, ενώ στο PET-CT θώρακος-κοιλίας προέκυψαν οστικές μόνο βλάβες, χωρίς παθολογική πρόσληψη στο υπόλοιπο σώμα. Σημειώνεται δερμοαντίδραση Mantoux θετική 10mm. Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση, με lavage για κυτταρολογική και ανίχνευση β-Koch, μυκήτων και νοκάρδιας, με αρνητικά αποτελέσματα. Αρνητικός προέκυψε και ο εργαστηριακός έλεγχος για άλλα λοιμώδη νοσήματα (HBV, HCV, HIV, βρουκέλλωση, σύφιλη, μύκητες). Κατευθυνόμενη βιοψία βλάβης λαγονίου οστού ανέδειξε εικόνα συμβατή με ειδική νεκρωτική κοκκιωματώδη φλεγμονή του τύπου της φυματίωσης. PCR για β-Koch στο ληφθέν ιστοτεμάχιο προέκυψε αρνητική. Καλλιέργεια και PCR για β-Koch σε φρέσκο υλικό ανοικτής βιοψίας θωρακικού σπονδύλου, επίσης αρνητικές. Η ιστολογική εξέταση του οστικού μυελού δεν ανέδειξε πλασματοκυτταρική ή άλλη δυσκρασία.
Ο ασθενής ετέθη εμπειρικά σε αντιφυματική αγωγή, με συνολικά έξι φάρμακα, για περίπου ένα έτος. Κατέστη σύντομα ουσιωδώς ασυμπτωματικός, ενώ ο περιοδικός απεικονιστικός έλεγχος έδειξε προοδευτική υποχώρηση των οστικών βλαβών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά τον επανειλημμένα αρνητικό συμβατικό και μοριακό έλεγχο για φυματίωση, η χορήγηση συνδυασμού πρωτευόντων και δευτερευόντων αντιφυματικών φαρμάκων υπήρξε αποτελεσματική, με κλινικά και απεικονιστικά κριτήρια.

231. ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Ε. Παπαδοκωστάκη, Ι. Σαριδάκης, Κ. Πιτσίλλος, Ε. Φακόντη, Ε. Τζαγκαράκης, Χ. Σκουλούδη, Κ. Κωνσταντίνου

Β' Παθολογική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ερπητική οισοφαγίτιδα είναι συχνότερη σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς υπό χημειοθεραπεία, μεταμόσχευση οργάνων, HIV λοίμωξη και προκαλείται συνήθως από HSV1 και CMV. Περιστασιακά έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ερπητικής οισοφαγίτιδας και σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς. Ελάχιστα περιστατικά οισοφαγίτιδας από Epstein – Barr virus αναφέρονται στη βιβλιογραφία.
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ερπητικής οισοφαγίτιδας από ταυτόχρονη οξεία λοίμωξη HSV1 και EBV.
ΥΛΙΚΟ–ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 25 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε λόγω οδυνοφαγίας και οπισθοστερνικού άλγους κατά την κατάποση από 4ημέρου περίπου.10 μέρες προ της εισαγωγής του είχε επισκεφθεί άλλο νοσοκομείο λόγω πυρετού και φαρυγγαλγίας και είχε διαγνωσθεί με λοιμώδη μονοπυρήνωση με θετικό ορολογικό έλεγχο IgM(+) EBV.Κατά την εισαγωγή ήταν απύρετος ενώ από την κλινική εξέταση παρουσίαζε έλκη άνω και κάτω χείλους και στοματικής κοιλότητας ως επί ερπητικής ουλοστοματίτιδας καθώς και μικρή φυσαλιδώδη δερματική βλάβη στην πρόσθια επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Το υπερηχογράφημα κοιλίας ανέδειξε σπληνομεγαλία 14 εκ. Λόγω οδυνοφαγίας διενεργήθηκε γαστροσκόπηση που ανέδειξε εικόνα ερπητικής οισοφαγίτιδας με εκτεταμένες εξελκώσεις σε όλο το μήκος του αυλού του οισοφάγου και περισσότερο στο άπω τριτημόριο του. Ελήφθησαν βιοψίες από τις οποίες ανιχνεύθηκε με PCR EBV και HSV1 DNA. Εστάλη ορολογικός έλεγχος συμβατός με οξεία HSV1 και EBV λοίμωξη: HSV1 IgM (+) και IgG (-),EBV IgM(+) και IgG(+),HSV2 IgM(-) και IgG(-), CMV IgG (+) και IgM(-), HIV(-). Από τον λοιπό έλεγχο που εστάλη δε διαπιστώθηκε άλλη ανοσοανεπάρκεια. Ο ασθενής έλαβε αγωγή με ακυκλοβίρη αρχικά ενδοφλέβια και εν συνεχεία από του στόματος για συνολικά 14 μέρες και αναστολείς αντλίας πρωτονίων με σταδιακή βελτίωση της συμπτωματολογίας του.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με λοιμώδη μονοπυρήνωση και οδυνοφαγία θα πρέπει να τίθεται η υποψία οισοφαγίτιδας. Η οισοφαγίτιδα από ερπητοϊούς HSV1 και EBV είναι σπάνια σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς και ακόμη πιο σπάνια η συλλοίμωξη από τους ιούς αυτούς.

232. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

233. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΩΝ

Α. Μακίνα-Κούση[1], Γ. Πουλάκου[2], Ε. Λιακοπούλου[1], Α. Αντωνιάδου[3], Α. Παπαδόπουλος[3], Σ. Συμπάρδη[1], Ε. Γιαμαρέλλου[4]

[1]Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν «Θριάσειο», [2]3η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», [3]Δ΄Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [4]ΣΤ' Παθολογική Κλινική, Θεραπευτήριο «Υγεία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υπερκατανάλωση των καρβαπενεμών έχει συνδεθεί άμεσα με την επικράτηση ανθεκτικών στις καρβαπενέμες Gram-αρνητικών παθογόνων, ενώ υπάρχουν κατάλληλες εναλλακτικές εμπειρικές επιλογές, με βάση την αναγνώριση παραγόντων κινδύνου για λοιμώξεις σε ειδικές ομάδες ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των συννοσηροτήτων σε μια ομάδα σοβαρά πασχόντων ασθενών με προδιαθεσικούς παράγοντες για ανάπτυξη λοιμώξεων από πολυανθεκτικά παθογόνα, στους οποίους οι θεράποντες συνταγογράφησαν καρβαπενέμη

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν προοπτικά, κατά τη διάρκεια μελέτης παρατήρησης που διεξήχθη στο Νοσοκομείο «Θριάσιο», από τον Σεπτέμβριο 2013 έως τον Δεκέμβριο 2015. Στα πλαίσια ενός προγράμματος επιμελητείας των αντιμικροβιακών (ΠΕΑ) ειδικά επιφορτισμένη ομάδα αποτελούμενη από Ιατρούς και Νοσηλευτές Λοιμώξεων παρείχε αυτόκλητη συμβουλευτική πρόσωπο με πρόσωπο για κάθε ασθενή που ο θεράπων συνταγογραφούσε καρβαπενέμη, με στόχο τον περιορισμό της συνταγογράφησης αυτών. Η Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων κοινοποίησε συμβουλευτικό φυλλάδιο με εναλλακτικά των καρβαπενεμών αντιβιοτικά. Η εναλλακτική θεραπεία (εμπειρική ή οριστική) προτεινόταν στους θεράποντες με βάση την εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου ή τα μικροβιολογικά δεδομένα αντίστοιχα. Η παρούσα ανάλυση αφορά τη μελέτη των συννοσηροτήτων ως παράγοντα με δυνητική επίδραση στην επιλογή αντιβιοτικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 304 ασθενείς, οι οποίοι ταξινομήθηκαν σε δυο ομάδες:ομάδα Α=ασθενείς που έλαβαν εναλλακτική θεραπεία μετά την συμβουλευτική παρέμβαση του ΠΕΑ (n= 168),ομάδα Β= ασθενείς που παρέμειναν σε καρβαπενέμη με απόφαση των θεραπόντων ιατρών (N=136). Οι συχνότερες συννοσηρότητες που παρατηρήθηκαν στην κοορτή (με μειούμενη συχνότητα) ήταν: Σακχαρώδης Διαβήτης Τ2 (ΣΔΤ2), κακοήθεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και ανοσοκαταστολή. Η παρουσία ΧΑΠ και ΣΔΤ2 ήταν στατιστικά συχνότερη στην ομάδα Β. Οι δύο ομάδες δεν είχαν σημαντική διαφορά ως προς τη βαρύτητα ή την επιβίωση 30ημερών (Πίνακας 1).

	Σύνολο	**Ομάδα Α (n=168)**	**Ομάδα Β (n=136)**	**p < /strong>-value**
ΧΑΠ	53 (18,8%)	19(11,9%)	34(27,9%)	0,001
Ανοσοκαταστολή	51 (18%)	34(21,0%)	17(13,9%)	0,125
Κίρρωση	6 (2,1%)	4(2,5%)	2(1,6%)	0.614
Κακοήθεια	61 (21,6%)	41(25,6%)	20(16,4%)	0.062
Χρόνια νεφρική νόσος	30 (10,5%)	19(11,6%)	11(9,0%)	0,483
Καρδιακή ανεπάρκεια	37(13,2%)	24(15,1%)	13(10,7%)	0,275
Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2	74(26,3%)	33(20,7%)	41(33,6%)	0,015
Θνητότητα 28 ημερών	92 (30,3%)	44 (26,2%)	48 (35,3%)	0,103*
APACHE II, Διάμεσος [διατεταρτημοριακό διάστημα]	20[16 - 24]	19 [15 - 24]	21 [17 - 25]	0,145

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ΣΔΤ2 και η ΧΑΠ ήταν οι στατιστικά συχνότερες συννοσηρότητες στην ομάδα που παρέμεινε σε καρβαπενέμη παρά την συμβουλή της ομάδας διαχείρισης των αντιμικροβιακών. Χρειάζεται περαιτέρω μελέτη της επιδημιολογίας των λοιμώξεων σε αυτούς τους ασθενείς, ώστε να αποσαφηνισθεί εάν και γιατί μπορεί να επιδρούν στην επιλογή αντιβιοτικών και κυρίως καρβαπενεμών με μεγαλύτερο βάρος από τις ισχύουσες διεθνείς συστάσεις.

234. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

235. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΑΚΑΡΕΩΝ DEMODEX FOLLICULLORUM ΚΑΙ BREVIS ΣΤΟ Π.Γ.Ν.ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Χ. Καμινιώτη[1], Χ. Κουσίδης[2], Α. Ιωαννίδης[3], Α. Κουτσούκου[2]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. Τρίπολης, [2]Οφθαλμολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Τρίπολης, [3]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το *Demodexfolliculorum*και το *Demodexbrevis* είναι ακάρεα που κατοικούν στους σμηγματογόνους θύλακες του δέρματος και των τριχών (βλεφαρίδων) όταν η ισορροπία της φυσιολογικής χλωρίδας διαταραχθεί μετατρέπονται σε ευκαιριακά παθογόνα που προκαλούν βλεφαρίτιδα.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της συχνότητας ανίχνευσης των ακάρεων αυτών σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο κατά τη διάρκεια ενός έτους.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στους ασθενείς που διαγνώστηκαν με βλεφαρίτιδα από την Οφθαλμολογική Κλινική, έγινε έλεγχος περίπου 4-5 βλεφαρίδων με μικροσκόπηση με καταδυτικό φακό (x 40) για την παρουσία των *Demodex* ακάρεων. Η διάγνωση της βλεφαρίτιδας πραγματοποιήθηκε με σχισμοειδή λυχνία με βιομικροσκόπηση από τους οφθαλμίατρους όπου έγινε και η λήψη των προσβεβλημένων βλεφαρίδων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επίπτωση της ανίχνευσης του ακάρεος *Demodex* ήταν 88% δηλ. ήταν θετικό στους 22 ασθενείς από τους 25 που ελέχθησαν.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα ακάρεα *Demodex* αποτελούν συχνό αίτιο βλεφαρίτιδας και πρέπει να γίνεται πάντα ο έλεγχος της βλεφαρίδας σε υποψία. Η διάγνωση είναι άμεση και χαμηλού κόστους ενώ η θεραπεία με Tea tree oil αποδεικνύεται αποτελεσματική σε συνδυασμό με ορθούς κανόνες υγιεινής.

236. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

237. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ESCHERICHIA COLI ΠΟΥ ΠΑΡΑΓΟΥΝ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ Β-ΛΑΚΤΑΜΑΣΕΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

Α. Νικολακοπούλου, Χ. Ανθουλάκη, Α. Ιερωνυμάκη, Μ. Δαμαλά, Ε. Πρίφτη, Α. Τερζή
Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός της αντοχής στα αντιβιοτικά απομονωθέντων στελεχών E.coli που παράγουν εκτεταμένου φάσματος β-λακταμάσες (Extended Spectrum B-Lactamases, ESBL) από καλλιέργειες ούρων νοσηλευόμενων στο Γ.Ν.Α.«Αλεξάνδρα» κατά τη διάρκεια ενός έτους.
ΥΛΙΚΟ: Απομονώθηκαν 507 στελέχη E.coli από ουροκαλλιέργειες νοσηλευόμενων ασθενών που εστάλησαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Γ.Ν.Α.«Αλεξάνδρα» από 1/1/2018 έως 31/12/2018. Στα αποσταλθέντα δείγματα έγινε ποσοτική καλλιέργεια σε κοινά θρεπτικά υλικά, αιματούχο και MacConkey άγαρ. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά των στελεχών *E.coli* που αναπτύχθηκαν έγιναν με το σύστημα API (BioMerieux), το αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (Beckman Coulter), τη μέθοδο Kirby-Bauer σύμφωνα με οδηγίες του Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) και ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης αντιβιοτικού E-test (BioMerieux). Για επιβεβαίωση των ύποπτων στελεχών ESBL χρησιμοποιήθηκαν η δοκιμασία συνέργειας των δύο δίσκων (double disk synergy test) και/ή δοκιμασία συνδυασμού δίσκου (combination disk test).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 507 στελέχη *E.coli* που απομονώθηκαν από ουροκαλλιέργειες νοσηλευομένων ασθενών, 81 στελέχη παρήγαγαν ESBL (16%). Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται τα ποσοστά αντοχής (%) στα συνήθη αντιβιοτικά [Amoxicillin/clavulanate (AMC), Piperacillin/tazobactam (TZP), Cephalosporins 3rd generation (3GC), Carbapenems (CARB), Quinolones (QN), Gentamicin (GM), Amikacin (AN), Trimethoprim/sulfamethoxazole (SXT), Nitrofurantoin (NF)] των 81 στελεχών.

AMC	TZP	3GC	CARB	QN	GM	AN	SXT	NF
37%	12,3%	100%	0%	82,7%	33,3%	16%	61,3%	10%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: (α) Ένα σημαντικό ποσοστό *E.coli* ESBL απομονώθηκε από καλλιέργειες ούρων νοσηλευόμενων ασθενών, καθώς επίσης ανιχνεύθηκαν υψηλά ποσοστά αντοχής στα ευρέως χρησιμοποιούμενα φάρμακα (β) Η piperacillin/tazobactam φαίνεται να αποτελεί την πιο ασφαλή επιλογή από τους αναστολείς των β-λακταμασών (γ) Η αντοχή σε φθοριοκινολόνες και κεφαλοσπορίνες 3ης γενιάς στα *E.coli* ESBL είναι υψηλή, γι'αυτό θα πρέπει να αναθεωρηθεί ο ρόλος τους ως εμπειρική θεραπεία ουρολοιμώξεων (δ) Τα ποσοστά αντοχής στις καρβαπενέμες στα *E.coli* ESBL παραμένουν χαμηλά (0%) (ε) Η nitrofurantoin μπορεί να θεωρηθεί ασφαλής θεραπευτική επιλογή στις μη-επιπλεγμένες ουρολοιμώξεις (κυστίτιδα) εξαιτίας της χαμηλής αντοχής της.

238. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΑΠΟ ΕΛΚΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

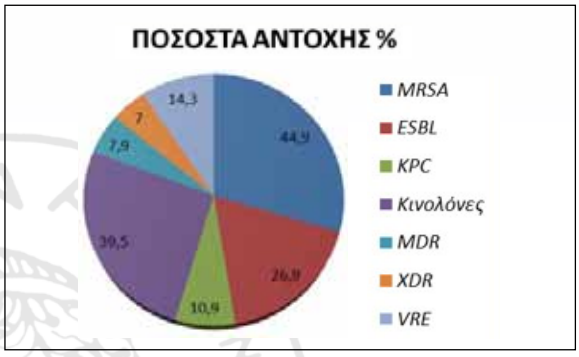
Χ. Καμινιώτη[1], Α. Τσατσαράγκου[1], Α. Ιωαννίδης[2], Μ. Παπαδοπούλου[1]

[1]Μικροβιολογικό Τμήμα, Π.Γ.Ν. Τρίπολης, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα τελευταία χρόνια αυξάνεται το ποσοστό των ασθενών με χρόνια νοσήματα που υποφέρουν από έλκη κατακλίσεως κι αποτελούν ένα μείζον κλινικό πρόβλημα με τεράστιο κοινωνικοοικονομικό κόστος. Πρόκειται για ασθενείς που δέχονται συνήθως νοσηλεία κατ΄οίκον αλλά συχνά απασχολούν το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό δομών υγείας για την περιποίηση των πληγών τους.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης αποτελεί η καταγραφή της αντοχής των μικροβιακών στελεχών που απομονώθηκαν από καλλιέργειες ελκών κατακλίσεων στο Π.Γ.Ν. Τρίπολης και η συχνότητα εμφάνισης πολυανθεκτικών στελεχών που προέρχονται από έλκη κατακλίσεων εξωτερικών ασθενών, διότι αυτά αποτελούν σημαντικές εστίες διασποράς στην κοινότητα.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν 215 θετικές καλλιέργειες από έλκη κατακλίσεως της διετίας 2018-2019, που εστάλησαν στο Μικροβιολογικό Τμήμα του Γ.Ν. Τρίπολης. Από αυτές οι 127 (59%) προέρχονταν από εξωτερικούς ασθενείς ενώ οι 88 (41%) από νοσηλευόμενους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις 215 θετικές καλλιέργειες που εξετάστηκαν, οι 96 (44,7 %) αφορούσαν Gram θετικούς μικροοργανισμούς, ενώ οι 119 (55,3 %) κατά Gram αρνητικούς. Στον ακόλουθο πίνακα αποτυπώνονται τα χαρακτηριστικά των στελεχών που απομονώθηκαν από τις δύο ομάδες ασθενών.

ΕΙΔΟΣ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ	Συνολικός αριθμός απομονώσεων		Εξωτερικοί ασθενείς		Νοσηλευόμενοι ασθενείς	
	N=215	%	N=127	%	N=88	%
Staphylococcus aureus	83	38.6	61	73.5	22	26.5
Enterococcus spp.	14	6.5	5	35.7	9	64.3
b-hemolytic Streptococcus	1	0.5	1	100	0	0
Pseudomonas spp.	33	15.4	19	57.6	14	42.4
Klebsiella spp.	16	7.4	7	43.8	9	56.2
Escherichia coli	19	8.8	12	63.1	7	36.9
Acinetobacter spp.	14	6.5	2	14.3	12	85.7
Proteus spp.	28	13.0	15	53.6	13	46.4
Serratia marcescens	3	1.4	1	33.3	2	66.7
Άλλοι	4	1.9	4	0	0	0

Η πίτα περιγράφει το είδος και την συχνότητα της αντοχής



MRSA= Methicillin resistant S.aureus, ESBL= Extended spectrum beta-lactamases, KPC=Klebsiella pneumoniae Carbapenemase, MDR= Multiple drug resistant bacteria, XDR= Extensively drug resistant bacteria, VRE= Vancomycin resistant Enterococcus

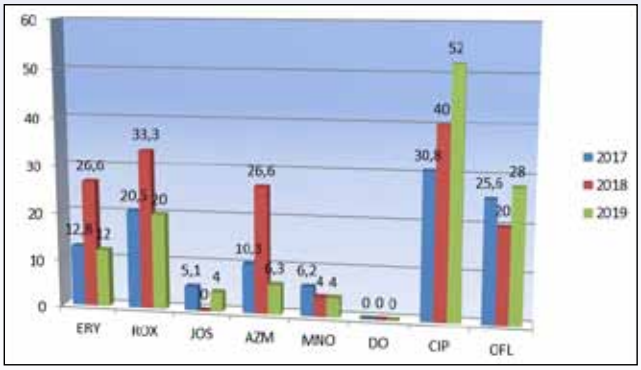
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων φροντίδας ασθενών με έλκη κατακλίσεως απαιτεί σημαντικές επενδύσεις και συνεπώς ο οικονομικός προϋπολογισμός τους πρέπει να επανεξεταστεί. Αποτελεί πρόκληση για το σύστημα υγείας, η πρόληψη και η θεραπεία των ασθενών αυτών λόγω κινδύνου αποικισμού και διασποράς πολυανθεκτικών μικροοργανισμών στην κοινότητα.

239. ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ MYCOPLASMA HOMINIS ΚΑΙ UREOPLASMA UREALYTICUM ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Χ. Καμινιώτη[1], Α. Τσατσαράγκου[1], Μ. Παπαδοπούλου[1], Α. Ιωαννίδης[2]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο Π.Γ.Ν. Τρίπολης, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το *Mycoplasmahominis* και το *Ureoplasmaurealyticum* προκαλούν σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις που μπορεί να είναι ασυμπτωματικές ή να προκαλέσουν ουρηθρίτιδα στους άντρες και φλεγμονώδη πυελική νόσο στις γυναίκες. Αποτελούν μικροοργανισμούς που συχνά διαφεύγουν της διάγνωσης λόγω της απουσίας συμπτωμάτων και τα τελευταία χρόνια ανευρίσκονται στελέχη με αντοχή στα αντιμικροβιακά.
ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της αντοχής των στελεχών *Mycoplasmahominis* και *Ureoplasmaurealyticum* στα αντιβιοτικά από δείγματα κολπικών επιχρισμάτων εξωτερικών ασθενών την τελευταία τριετία.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 82 θετικές καλλιέργειες από κλινικά δείγματα ασθενών που επισκέφτηκαν το τακτικό Γυναικολογικό-Μαιευτικό εξωτερικό ιατρείο τη περίοδο 2017-2019.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις 82 θετικές καλλιέργειες στις 27 (32,9 %) απομονώθηκε *Mycoplasmahominis*, στις 71 (86,6%) *Ureoplasmaurealyticum* ενώ συλοίμωξη και με τα δύο μικρόβια παρατηρήθηκε σε 17 δείγματα (20,7%). Οι αντοχές in vitro των στελεχών στα αντιμικροβιακά παρουσιάζονται στο παρακάτω γράφημα:



ERY= Erythromycin, ROX= Roxythromycin, JOS=Josamycin, AZM=Azithromycin, MNO= Minocycline, DO= Doxycycline, CIP= Ciprofloxacin, OFL=Ofloxacin

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει την επείγουσα ανάγκη παρακολούθησης της αντοχής των αντιμικροβιακών φαρμάκων και την αξία των διαγνωστικών δοκιμασιών που αναφέρουν την παρουσία των δεικτών αντίστασης για τη βελτιστοποίηση της θεραπείας. Οι μεγαλύτερες αντοχές *invitro* παρατηρήθηκαν στις κινολόνες ακολουθούμενες από τις μακρολίδες. Οι τετρακυκλίνες (Doxycycline) θεωρούνται ασφαλή αντιβιοτικά για την εμπειρική αντιμετώπιση των μυκοπλασμάτων και ουρεοπλασμάτων ενώ είναι καιρός να επανεξετάσουμε τις ενδείξεις για την αζιθρομυκίνη, ερυθρομυκίνη και ροξυθρομυκίνη. Αυτές εγείρουν επίσης σοβαρές ανησυχίες για τη διαδοχική χρήση της μονοθεραπείας και την ανάγκη αξιολόγησης των συνδυαστικών θεραπειών καθώς μπαίνουμε σε μια νέα εποχή δύσκολα θεραπευόμενων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων.

240. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ - ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΓΙΔΕΣ

Ι. Μητράκος[1], Ι. Πούλος[1], Α. Στεφανόπουλος[2], Δ. Τσακίρη[3], Χ. Παπαδήμα[3], Α. Νικολόπουλος[1]

[1]Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αργολίδας - Ν.Μ Άργους, [2]Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας Ν.Μ Άργους, [3]Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Αργολίδας - Ν.Μ Άργους

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη των απεικονιστικών ευρημάτων της πρωτοπαθούς φυματίωσης για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

ΥΛΙΚΟ: Τυχαίος απεικονιστικός έλεγχος με ακτινογραφία θώρακος σε 3 αλλοδαπούς εξεταζόμενους ανέδειξε ετερόπλευρη διόγκωση της πνευμονικής πύλης, σε δύο εξ αυτών της δεξιάς πύλης και σε έναν της αριστερής. Ένας εξεταζόμενος παρουσίασε και ήπια διεύρυνση του εύρους του μεσοθωρακίου. Η ηλικία των εξεταζόμενων ήταν από 16 έως 20 ετών και οι περιοχές προέλευσής τους ήταν η Ανατολική Ευρώπη και η Ασία. Οι εξεταζόμενοι ήταν ασυμπτωματικοί, χωρίς ειδικά κλινικά ευρήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι εξεταζόμενοι διερευνήθηκαν περαιτέρω απεικονιστικά με αξονική τομογραφία θώρακος, με ΕΦ έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Όλοι οι εξεταζόμενοι παρουσίασαν ετερόπλευρα διογκωμένους πυλαίους και ενδοπνευμονικούς λεμφαδένες, βραχείας διαμέτρου έως 2,4 εκ, που συνέχονταν με μεσοθωρακικούς λεμφαδένες. Οι μεγαλύτεροι λεμφαδένες παρουσίαζαν κεντρική υπόπυκνη απεικόνιση και περιφερική σκιαγραφική ενίσχυση. Κανένας εξεταζόμενος δεν παρουσίασε έτερα ουσιώδη απεικονιστικά ευρήματα από το πνευμονικό παρέγχυμα. Η δ.δ. μεταξύ άλλων περιελάμβανε τη πρωτοπαθή φυματίωση, το λέμφωμα, τη σαρκοείδωση και τη μεταστατική νόσο. Λόγω των απεικονιστικών ευρημάτων, της ηλικίας των εξεταζομένων και της χώρας προέλευσης τους ως κύρια διάγνωση ετέθη η πρωτοπαθής φυματίωση, η οποία επιβεβαιώθηκε με την παρουσία θετικών για M. tuberculosis πτυέλων σε 2 εξεταζόμενους ενώ στον έτερο εξ' αυτών επιβεβαιώθηκε με ιστολογικό έλεγχο από δείγμα λεμφαδένων μετά από TBNA- EBUS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ένα μεγάλο ποσοστό της πρωτοπαθούς φυματίωσης μπορεί να αναδειχθεί σε ενήλικες ασθενείς και ειδικότερα σε νεαρούς. Το πνευμονικό παρέγχυμα στην ακτινογραφία θώρακος μπορεί να παρουσιάζει φυσιολογικά ευρήματα. Η ετερόπλευρη λεμφαδενοπάθεια στο επίπεδο των πνευμονικών πυλών θα πρέπει να εγείρει την υποψία πρωτοπαθούς φυματίωσης στη διαφορική διάγνωση.

241. Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΜΕΣΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ (MIDLINEC) ΓΙΑ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΤΕΤΑΡΤΟΒΑΘΜΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Α. Διαμαντάκης, Ε. Χρυσανθοπούλου, Π. Σιμιτσής, Μ. Λυγνός, Μ. Θεοδωρακοπούλου, Α. Φρογουδάκη, Α. Αρμαγανίδης, Ι. Οικονομίδης

Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Η χρήση MC σε νοσηλευόμενους ασθενείς έχει συνδυαστεί με μικρότερη συχνότητα λοιμώξεων συγκριτικά με τους κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες. Η τοποθέτηση τους δεν απαιτεί απεικονιστικό έλεγχο και ο χρόνος παραμονής τους είναι πολύ μεγαλύτερος από αυτόν των περιφερικών φλεβικών γραμμών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη αξιολογεί την τοποθέτηση και παραμονή των MC και μελετά την χρήση τους σε νοσηλευόμενους ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη που συμπεριέλαβε όλους τους ασθενείς με MC, που νοσηλεύτηκαν κατά το έτος 2019 στην καρδιολογική κλινική του ΠΓΝ Αττικό. Καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν: το είδος της χορηγούμενης αγωγής, η αιτία απομάκρυνσης και ο χρόνος παραμονής του καθετήρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τοποθετήθηκαν συνολικά 40 MCs σε 27 ασθενείς που στην πλειοψηφία τους ήταν άντρες (76%). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 62 ± 16 έτη. Λοίμωξη και καρδιακή ανεπάρκεια ήταν τα συνηθέστερα αίτια εισαγωγής (37% και 26%) αντίστοιχα. Σε 11 ασθενείς τοποθετήθηκε δεύτερος MC καθετήρας εξυπηρετώντας ωστόσο διαφορετικές ανάγκες (και όχι σε αντικατάσταση προηγούμενου MC).

Σε όλες τις περιπτώσεις η τοποθέτηση πραγματοποιήθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό, χωρίς υπερηχογραφική καθοδήγηση και χωρίς την αναγκαιότητα διορθωτικών χειρισμών. Καμία τοπική επιπλοκή δεν παρατηρήθηκε κατά την τοποθέτηση ή την παραμονή τους. Στο 87% των περιπτώσεων ο καθετήρας παρέμεινε μέχρι την ολοκλήρωση της νοσηλείας ή της θεραπείας των ασθενών (14±8 ημέρες) ενώ μόνο στο 10% των ασθενών (N=4) κρίθηκε απαραίτητη η τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα.

Ο καθετήρας πέραν της χορήγησης κρυσταλλοειδών χρησιμοποιήθηκε και για την χορήγηση αντιβιοτικών (25%) ή αγγειοδραστικών φαρμάκων (10%) ενώ συνηθέστερα (37.5%) χορηγήθηκαν συνδυασμοί αυτών (συμπεριλαμβανομένων και των σκιαστικών μέσων (12.5%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μηδενικές επιπλοκές, η μακρά διάρκεια παραμονής, η ασφάλεια και η αποτελεσματική χορήγηση διαφορετικών παραγόντων ενδοφλεβίως καθιστούν τους MCs μια εναλλακτική φλεβική προσπέλαση.

242. ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ RICKETTSIA CONORII: ΠΥΡΕΤΟΣ, ΚΗΛΙΔΟΒΛΑΤΙΔΩΔΕΣ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΚΑΙ «ΜΑΥΡΗ ΚΗΛΙΔΑ»

Α. Ιωάννου[1], Ν. Αλεξίου[2], Ε. Σάββα[1], Χ. Γιαννόπουλος[2], Σ. Συμπάρδη[2]
[1]Κέντρο Υγείας Αγίων Αναργύρων, [2]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι Ρικέτσιες είναι gram(-) υποχρεωτικά ενδοκυττάρια βακτήρια, που μεταδίδονται με αρθρόποδα (κρότωνες, ψύλλοι). Προκαλούν λοιμώξεις που έχουν εποχιακή κατανομή (άνοιξη-καλοκαίρι) και παγκόσμια διασπορά.Στη χώρα μας συχνότερη ρικετσίωση είναι ο Μεσογειακός κηλιδώδης πυρετός, οφειλόμενος στη *Rickettsia conorii*. Διαβιβαστής είναι ο κρότωνας *Rhiphicephalus sanguineus*. Προσβάλλεται το ενδοθήλιο μικρών-μεσαίων αγγείων προκαλώντας εκτεταμένη αγγειίτιδα, εξάνθημα και οίδημα οργάνων. Οι τυπικές κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν: πυρετό, καταβολή, λεμφαδενοπάθεια, κηλιδοβλατιδώδες/ πετεχειώδες εξάνθημα και παθογνωμονική νεκρωτική εσχάρα (tache noire) στο σημείο δήγματος του κρότωνα. Σπανιότερα: ΟΝΑ, μυοκαρδίτιδα, μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, αμφιβληστροειδοπάθεια, αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο.
ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με Μεσογειακό κηλιδώδη πυρετό.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας 34 ετών με ελεύθερο ιστορικό προσήλθε λόγω εμπυρέτου από 6ημέρου. Ανέφερε δήγμα από άγνωστο έντομο κατά τη διάρκεια αγροτικών εργασιών προ εβδομάδος. Στο σημείο του δήγματος έφερε κεντρική εσχάρα ("μαύρη κηλίδα") και περιμετρική ερυθρότητα στη δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα και κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα στην αριστερή μασχαλιαία χώρα και τον αριστερό μηρό (Εικόνες 1,2). Αντικειμενική εξέταση: ΑΠ: 120/80mmHg, Σφύξεις: 78/min, SpO_2: 98%, θερμ: 37,7°C. Αναπνευστικό Ψιθύρισμα: κ.φ., Κοιλιά: ηπατομεγαλία. Α.Ν.Ε.: κ.φ, Εργαστηριακά: WBC: 7400/μL (πολυμορφ:62%), SGOT:45-SGPT:57IU/L, CPK: 423mg/dL, νεφρική λειτουργία: κ.φ., CRP: 76mg/dL.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λόγω κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος και παρουσίας χαρακτηριστικής εσχάρας στο σημείο του αναφερόμενου δήγματος (Εικόνα 1), ετέθη η υψηλή υποψία ρικετσιακής λοίμωξης. Στην αρχική αντιμικροβιακή αγωγή για κοινά παθογόνα,προστέθηκε δοξυκυκλίνη, εν αναμονή αποτελεσμάτων εργαστηριακού ελέγχου. Ολοσωματική CT: αρνητική, καλλιέργειες αίματος: στείρες, ιολογικός έλεγχος: αρνητικός. Οφθαλμολογική εξέταση: χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η διάγνωση της ρικετσίωσης επιβεβαιώθηκε με την ανεύρεση υψηλού τίτλου IgM-Abs *Rickettsiaconorri*. Εντός 48 ωρών από την έναρξη της αγωγής,ο ασθενής παρουσίασε θεαματική βελτίωση με υποχώρηση του πυρετού, αποδρομή του εξανθήματος και βελτίωση των εργαστηριακών ευρημάτων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ρικετσιώσεις δεν εμφανίζουν ειδικές κλινικές εκδηλώσεις και εντάσσονται στις περιπτώσεις διερεύνησης εμπυρέτου με εξάνθημα, ενώ η παθογνωμονική "μαύρη κηλίδα" συχνά δεν ανευρίσκεται. Η θνητότητα μπορεί να είναι υψηλή ειδικά σε ηλικιωμένους,ανοσοκατεσταλμένους και άτομα με έλλειψη G-6-PD,συνεπώς είναι πολύ σημαντική η έγκαιρη διάγνωση και χορήγηση θεραπείας εκλογής.

Εικόνα 1.

Εικόνα 2.

243. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΨΟΪΤΟΥ ΜΥΟΣ, ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ, ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΣΠΟΝΔΥΛΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ

Ε. Παπαδοκωστάκη, Ι. Σαριδάκης, Ε. Τζαγκαράκης, Ε. Εμμανουηλίδου, Ε. Φακόντη, Κ. Πιτσίλλος, Κ. Κωνσταντίνου

Β' Παθολογική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το απόστημα του ψοΐτου μυός αναπτύσσεται είτε πρωτοπαθώς με αιματογενή διασπορά από απομακρυσμένη εστία λοίμωξης είτε δευτεροπαθώς από επέκταση λοίμωξης από παρακείμενες δομές όπως σε οστεομυελίτιδα της σπονδυλικής στήλης, σηπτική ιερολαγονίτιδα, ενδοκοιλιακή λοίμωξη. Τα ανευρισκόμενα παθογόνα σχετίζονται με την πηγή προέλευσης τους.
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με απόστημα ψοΐτου μυός.
ΥΛΙΚΟ–ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 79 ετών διεκομίσθη λόγω οσφυαλγίας και προοδευτικής αδυναμίας βάδισης από 7ημέρου.Κλινικά διαπιστώθηκε πυρετός, ελαττωμένη μυϊκή ισχύς κάτω άκρων, επίσχεση ούρων και εργαστηριακά αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (WBC 17.000, CRP 39, ΤΚΕ 120). Διενεργήθηκε CT ΟΜΣΣ που ανέδειξε απόστημα αριστερού ψοΐτου μυός και στένωση Ο3-Ο4. Ακολούθως διενεργήθηκε MRI ΟΜΣΣ η οποία ανέδειξε απόστημα αρ. ψοΐτου μυός 5χ3εκ περίπου, σπονδυλοδισκίτιδα Ο3-Ο4, επισκληρίδιο απόστημα Ο3 και πολλαπλά παρασπονδυλικά αποστήματα. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και έγινε έναρξη εμπειρικής αντιμικροβιακής αγωγής με κεφτριαξόνη και βανκομυκίνη Από τις καλλιέργειες του αίματος αναπτύχθηκε st.aureus MSSA και η αγωγή του ασθενούς τροποποιήθηκε σε κλοξακιλλίνη. Κατόπιν νευροχειρουργικής εκτίμησης πραγματοποιήθηκε πεταλεκτομή Ο3 με αποσυμπίεση του νωτιαίου μυελού και καθαρισμός των αποστημάτων παρασπονδυλικά. Λόγω μη ανταπόκρισης του ασθενούς διενεργήθηκε επιπλέον παροχέτευση του αποστήματος του ψοΐτου υπό CT καθοδήγηση. Ο ασθενής έλαβε συνολικά έξι εβδομάδες ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής με κλοξακιλλίνη παρουσιάζοντας σταδιακή βελτίωση. Το διαθωρακικό και διαοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα ήταν αρνητικό για ενδοκαρδίτιδα. Η επαναληπτική MRI ανέδειξε βελτιούμενη ακτινολογική εικόνα. Εξήλθε με ήπια βελτίωση της μυϊκής ισχύος των κάτω άκρων, με οδηγίες για συνέχιση της αγωγής από του στόματος με μοξιφλοξασίνη βάσει αντιβιογράμματος.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η συνύπαρξη οσφυαλγίας, πυρετού και νευρολογικής σημειολογίας από τα κάτω άκρα εγείρει την υποψία φλεγμονώδους διεργασίας στη σπονδυλική στήλη και απαιτεί άμεσο απεικονιστικό έλεγχο με MRI. Επισκληρίδια, παρασπονδυλικά και αποστήματα ψοΐτου μυός μπορούν να αναπτυχθούν ως επιπλοκή σπονδυλοδισκίτιδας κατά συνέχεια ιστών.

244. Η ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Ε. Μουγάκου, Δ. Μάντζος, Μ. Αμπελιώτης, Σ. Φωτιάδου, Β. Τζαβάρα
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη και καταγραφή χαρακτηριστικών και έκβασης των ηλικιωμένων που νοσηλεύονται λόγω λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού.
ΥΛΙΚΟ: Προοπτική μελέτη 1 έτους, ασθενών ηλικίας ≥65 ετών που εισήχθησαν στην Α' Παθολογική Κλινική λόγω πνευμονίας, συλλέγοντας δημογραφικά και κλινικο-εργαστηριακά στοιχεία, με παράλληλη καταγραφή των προγνωστικών δεικτών βαρύτητας CURB-65, qSOFA και της κλίμακας Rankin (MRS) κατά την αρχική εκτίμηση κάθε ασθενούς.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 70 ασθενείς εισήχθησαν λόγω λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού – 7 ήταν παράλληλα θετικοί για ιό γρίπης τύπου Α. Η μέση ηλικία ήταν 80 έτη, 38 άνδρες/32 γυναίκες με μέση διάρκεια νοσηλείας 10,96 ημέρες. 10% διέμεναν σε ΜΦΗ, 23% είχαν πρόσφατη νοσηλεία και 36% πρόσφατη λήψη αντιβιοτικών. Συχνότερη συννοσηρότητα ήταν η αρτηριακή υπέρταση (53%), ακολουθούμενη από σακχαρώδη διαβήτη (31%), άνοια (26%) και ΧΑΠ (24%). 48% των ασθενών είχε εμβολιαστεί για γρίπη, έναντι 26% για πνευμονιόκοκκο. 48,6% παρουσίαζε σοβαρή δυσαυτονομία (MRS≥4). Η μέση βαθμολογία CURB-65 ήταν 2,6, 47% με ≥3. 44% είχε qSOFA ≥2. Συχνότερη επιπλοκή ήταν η απορρύθμιση χρόνιων παθήσεων (51,4%), ακολουθούμενη από οξεία αναπνευστική (35,7%) και νεφρική ανεπάρκεια (30%), με ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας 15,7%. Κατά τον έλεγχο Fisher, η βαθμολογία CURB-65≥3 σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά (p-value 0,019) με την ενδονοσοκομειακή θνητότητα (9/11 ασθενείς που απεβίωσαν είχαν βαθμολογία≥3), ενώ η συσχέτιση qSOFA≥2 με θάνατο ήταν λιγότερο ισχυρή (p-value 0,051). Επιπλέον, η βαθμολογία MRS ≥4 σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά (p-value 0,022) με ενδονοσοκομειακή θνητότητα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο δείκτης CURB-65 φάνηκε ακριβής στην πρόγνωση ενδονοσοκομειακής θνητότητας στους ηλικιωμένους με πνευμονία. Επιπλέον, το επίπεδο πρότερης αυτονομίας, όπως εκφράζεται στη κλίμακα MRS, σχετίστηκε σημαντικά με την έκβαση στη μελέτη μας. Είναι αναγκαίος ο σχεδιασμός περαιτέρω μελετών αξιολόγησης των μεθόδων εκτίμησης κινδύνου ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς.

245. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ 20 ΕΤΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ (251ΓΝΑ)

Α. Κατσαρού, Α. Παπαρίζου, Α. Σακελλαρόπουλος, Κ. Κουνούκλας, Δ. Στάθη, Π. Πετρίκκος, Ν. Συμεωνίδης

Β' Παθολογική Κλινική, 251 ΓΝΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Ανάδειξη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών που διεγνώσθησαν με HIV λοίμωξη και έλαβαν αντιρετροϊκή αγωγή από το ιατρείο λοιμώξεων του 251 ΓΝΑ τα τελευταία 20 χρόνια.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Συγκεντρώθηκαν και καταγράφησαν συνολικά 117 άτομα εκ των οποίων 7 απεβίωσαν. Την τρέχουσα περίοδο παρακολουθούνται 102 άτομα. Πρόκειται για ασθενείς που έλαβαν αντιρετροϊκή αγωγή από το 2000 και μετά, βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών για την εκάστοτε χρονική περίοδο και ακολούθησε ιολογική και ανοσολογική παρακολούθησή τους έως σήμερα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που παρακολουθείται είναι μη ένστολοι άνδρες, μέσης ηλικίας 32 ετών. Τη στιγμή της διάγνωσης η πλειοψηφία ήταν σταδίου Α2, και ακολουθούσαν ομάδες σταδίου Α1, Α3. Το 31,2% των ασθενών είχε 500 τη στιγμή της διάγνωσης. Μεταξύ των πιο συχνών συννοσηροτήτων καταγράφονται σύφιλη, κονδυλώματα πρωκτού, συλλοίμωξη από ηπατίτιδα Β, γονόρροια και ακολούθως σάρκωμα Kaposi, και λοίμωξη από Pneumocystis carinii. Την τρέχουσα περίοδο, 76 ασθενείς λαμβάνουν TDF ή TAF/FTC ως backbone, 25 λαμβάνουν ABC/3TC, 1 λαμβάνει άλλη αγωγή. Ως τρίτος παράγων έχει επιλεχθεί NNRTI σε 16 άτομα, PI σε 11 και IN σε 75 άτομα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ιατρείο αποτελεί τη μοναδική υπηρεσία των Ενόπλων δυνάμεων για τη διαχείριση των HIV οροθετικών ασθενών, ενώ συγχρόνως παρέχει θεραπεία και σε μη ένστολους ασθενείς.

246. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

247. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ MORAXELLA OSLOENSIS ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ CMV ΙΑΙΜΙΑ

Σ. Λόντου[1], Α. Πανταζάτου[2], Ε. Παπαδογεωργάκη[3], Ι. Δεληολάνης[2], Μ. Τριανταφύλλου[1], Γ. Δρύλλης[4], Ε. Βαριάμη[4], Π. Σταμόπουλος[5], Β. Τατάνης[6], Δ. Τζαβέλλας[6], Μ. Σαμάρκος[1], Ε. Γκόγκα[1], Ε. Κουρμπέτη[1]

[1]Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α «Λαϊκό», [2]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», [3]Μικροβιολογικό Τμήμα, Ιδιωτικό Θεραπευτήριο «Υγεία», [4]Αιματολογικό Τμήμα, Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», [5]Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», [6]Α' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

ΣΚΟΠΟΣ: Η Moraxella osloensis είναι παθογόνο που σπανιότατα προκαλεί λοίμωξη σε ανθρώπινο ξενιστή. Παρουσιάζουμε μια σπάνια περίπτωση βακτηριαιμίας σε ασθενή χωρίς συστηματικό υποκείμενο νόσημα.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας ασθενής 38 ετών, με ιστορικό αποψιλωτικής θυλακίτιδας από 7ετίας, φυματίωσης σε παιδική ηλικία και οξείας προστάτιδας από E.coli από 14ημέρου προσήλθε στο εξωτερικό Παθολογικό Ιατρείο λόγω εμφάνισης δύο πυρετικών κυμάτων χωρίς ρίγος (προ 4ημέρου και προ 2ημέρου αντίστοιχα) με συνοδό έντονη καταβολή δυνάμεων από εβδομάδος ενώ ελάμβανε αντιμικροβιακή αγωγή με σιπροφλοξασίνη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στα πλαίσια της εργαστηριακής διερεύνησης διαπιστώθηκε λεμφοκυττάρωση, ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, αυξημένα ηπατικά ένζυμα και CRP. Διαπιστώθηκε CMV ιαιμία και βακτηριαιμία από Moraxella osloensis. Πραγματοποιήθηκε πλήρης εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος και δεν ανευρέθηκε συστηματικό νόσημα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα βακτήρια του γένους Moraxella αποικίζουν συχνά την ανώτερη ανθρώπινη αναπνευστική οδό. Το πιο συχνό παθογόνο είναι η Moraxella catarrhalis, με τα υπόλοιπα είδη (M. jacunata, M. nonliquefaciens, M. osloensis, M. atlantae και M. phenylpyruvica) να μην προκαλούν συχνά λοιμώξεις στον άνθρωπο. Το είδος M. osloensis θεωρείται ευκαιριακό παθογόνο για τον άνθρωπο και έχει βρεθεί, σπανίως, να είναι υπεύθυνος μικροοργανισμός για λοιμώδεις ασθένειες, όπως ενδοκαρδίτιδα, οστεομυελίτιδα, περιτονίτιδα, σηπτική αρθρίτιδα, μηνιγγίτιδα και βακτηριαιμία. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί ελάχιστα περιστατικά και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ανευρίσκεται υποκείμενο νόσημα, συνήθως ανοσολογικής ή κακοήθους αρχής. Είναι το πρώτο περιστατικό βακτηριαιμίας που καταγράφεται στην Ελλάδα.

248. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ CLOSTIRIDIOEIDES (CLOSTRIDIUM) DIFFICILE ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2014-2018

Σ. Δαμιανίδου[1], Χ. Δαμούλαρη[2], Π. Καρακώστα[1,3], Μ. Κωστούλα[3], Π. Βάρδα[3], Δ. Καραγεωργόπουλος[2,3], Κ. Ορλάνδου[1], Δ. Μπούμπας[2], Σ. Πουρνάρας[1,3], Ε. Καλογεροπούλου[1]

[1]Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [2]Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [3]Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λοίμωξη από Clostiridioidesdifficile (CDI) αναδεικνύεται διεθνώς ως μείζον αίτιο πρόκλησης λοιμώδους διάρροιας σχετιζόμενης με τα αντιβιοτικά, με μέση επίπτωση 3-4 περιπτώσεις/10.000 ασθενοημέρες στις Ευρωπαϊκές χώρες.
ΣΚΟΠΟΣ: Επιδημιολογική διερεύνησηπεριστατικών με επιβεβαιωμένηCDIλοίμωξη.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν αναδρομικά (2014-2018) τα αποτελέσματα εργαστηριακού ελέγχου CDI λοίμωξης σε διαδοχικά δείγματα διαρροϊκών κοπράνωνκαι αναλύθηκαν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικάτης. Εφαρμόστηκε ταχείαανοσοενζυμική μέθοδος ανεύρεσης της αφυδρογονάσης του γλουταμικού οξέος και των τοξινών A/B [C.DIFFQUIKCHEKCOMPLETE (Alere / TECHLAB)] και επιβεβαιώθηκε η ανάπτυξη τοξινογόνου στελέχους με αναερόβια καλλιέργεια των κοπράνων. Καταγράφηκαν (με βάση το Surveillanceprotocolversion 2.4, 2019ECDC): 1) τα περιστατικά με CDI λοίμωξη α) σχετιζόμενη με χώρους παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HA-CDI),β) από την κοινότητα(CA-CDI), γ) άγνωστης συσχέτισης (UA-CDI) και δ)με υποτροπή, 2) η ημερομηνία αποστολής, ο αριθμός διαρροϊκών δειγμάτων και τα τοξινογόνα στελέχη που απομονώθηκαν 3) τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξετάστηκαν συνολικά 4734 διαρροϊκά δείγματα,(μέσος ρυθμός 45.8/10 000 ασθενοημέρες).Τοξινογόνο στέλεχος C. Difficileαπομονώθηκε σε 532 (11.2%) από ισάριθμους ασθενείς(μέση ηλικία:70.5, άντρες 46,5%).Από τις CDI λοιμώξεις, 346 (65.0%) θεωρήθηκαν HA-CDI, ενώ 18 (3.4%) χαρακτηρίστηκαν ως υποτροπήCDI. Η επίπτωση εμφάνισης λοίμωξης CDI κατά τη διάρκεια της πενταετίας 2014-2018 ήταν 5.1 περιπτώσεις/10.000 ασθενοημέρες. 407 (78,6%) ασθενείς πήραν εξιτήριο [διάμεση(IQR) διάρκειας νοσηλείας μετά τη διάγνωση CDI: 10 (5-16) ημέρες] και 110(21,2%) ασθενείςαπεβίωσανμετά 12,5 (6-23,5) ημέρες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:
- Η CDI λοίμωξη είναι σε ποσοστό 65% HACDI.
- Η επίπτωση CDI στο Νοσοκομείο μας είναι αυξημένη σε σχέση με τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο, γεγονός που επιβάλει τη συνεχή επιτήρηση, πρόληψη και έλεγχο της λοίμωξης.

249. ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ESKAPE ΑΠΟ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2015-2019

Α. Μαυροειδή, Ε. Πάλλα, Δ. Μάνθου, Κ. Ζούρλα, Μ. Καραγρηγορίου, Ν. Σκρεπετού, Ε. Μερκούρη, Ε. Πλατσούκα

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

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της επίπτωσης και αντοχής στελεχών ESKAPE *(Enterococcus spp., Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter* spp.)από βακτηριαιμίες νοσηλευόμενων ασθενών της ΜΕΘ και άλλων κλινικών κατά την περίοδο Ιανουάριος 2015-Νοέμβριος 2019.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Από 3280 θετικές αιμοκαλλιέργειες (θ.α.) απομονώθηκαν συνολικά 1050 στελέχη ESKAPE με το σύστημα BD Bactec™. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος της ευαισθησίας στα αντιβιοτικά πραγματοποιήθηκε με τα συστήματα MicroScan® (Siemens Healthcare) και Vitek®2 Compact15 (Biomerieux), ενώ ο έλεγχος ευαισθησίας σε ιμιπενέμη, μεροπενέμη, τιγκεκυκλίνη, κολιστίνη και γενταμυκίνη με ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης (MIC Test Strips, Liofilchem® s.r.l). Για την κολιστίνη χρησιμοποιήθηκε επιπλέον η μέθοδος των μικροαραιώσεων MIC–Strip Colistin, MERLIN Diagnostika GmbH.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη ΜΕΘ σε (366 στελέχη/1011 θ.α., 36,2%) επικρατούσαν τα *A.baumannii* (13%), *K.pneumoniae* (9%) και *Enterococcus* spp. (7%), παρατηρήθηκε μείωση στα Gram-αρνητικά, κυρίως *A.baumannii* (2015:12%, 2019:9,5%) και αύξηση στα Gram-θετικά, κυρίως Enterococcus spp. (2015:
4,4%,2019:9,5%) παθογόνα. Στις κλινικές σε (684 στελέχη/2269 θ.α, 30,1%), επικρατούσαν τα *K.pneumoniae* (8%), *S.aureus* (8%) και *Enterococcus* spp. (7%), παρατηρήθηκε μείωση των *A.baumannii* (2015:4,9%, 2019:1,2%), ενώ η επίπτωση των υπόλοιπων παθογόνων ESKAPE παρέμεινε σταθερή. Η αντοχή στις καρβαπενέμες ήταν υψηλή για *K.pneumoniae* ΜΕΘ:83%, Κλινικές:37%, *A.baumanni* ΜΕΘ:99% Κλινικές:95%, *P.aeruginosa* ΜΕΘ: 60% Κλινικές:38%. Η αντοχή στην κολιστίνη ήταν υψηλή για *A.baumannii* ΜΕΘ:37%, Κλινικές:35% και *K.pneumoniae* ΜΕΘ:41%, Κλινικές:20%, καθώς και στην τιγκεκυκλίνη για *A. baumannii* ΜΕΘ:48%, Κλινικές:42% και *K.pneumoniae* ΜΕΘ:12%, Κλινικές:
12,5%. Η επίπτωση των ανθεκτικών στην μεθικιλλίνη *S.aureus* (MRSA) ήταν ΜΕΘ:35%, Κλινικές:42%, ενώ των ανθεκτικών στη βανκομυκίνη εντεροκόκκων (VRE) ΜΕΘ:10%, Κλινικές:9%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στα παθογόνα ESKAPE, παρατηρήθηκε μείωση στην επίπτωση των *A. baumannii*, αύξηση των VRE στη ΜΕΘ και υψηλά ποσοστά αντοχής στις καρβαπενέμες, στην κολιστίνη και στην τιγκεκυκλίνη κατά την πενταετία 2015-2019.

250. ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS AGALACTIAE: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Α. Ιερωνυμάκη[1], Α. Νικολακοπούλου[1], Γ. Τσίμπρης[2], Μ. Δαμάλα[1], Ε. Μπουντανιόζου[1], Ε. Κωστής[3], Κ. Σταματελόπουλος[3], Α. Χαραλαμποπούλου[1], Α. Παπαναγιώτου[1]

[1]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα», [2]Θεραπευτική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών 'Αλεξάνδρα', [3]Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Ο *Streptococcusagalactiae* προκαλεί ολοένα και συχνότερα διεισδυτικές λοιμώξεις σε μη εγκύους, με τη λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα ναείναι ασυνήθης σε κατά τα άλλα υγιείς ενήλικες μέσης ηλικίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αναφορά περίπτωσης ασθενούς με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα από *S.agalactiae* και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 48 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Αλεξάνδρα» αιτιώμενος πυρετό από τετραημέρου, κεφαλαλγία και μη παραγωγικό βήχα. Η κλινική εξέταση ήταν χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Στη γενική αίματος τα λευκά ήταν 8000/mm^3 με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, ενώ υψηλή ήταν η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη. Δύο ζεύγη καλλιεργειών λήφθηκαν από δύο διαφορετικά σημεία σε χρονικό διάστημα 30 λεπτών και έγινε έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής με κεφτριαξόνη ενδοφλεβίως. Τη δεύτερη μέρα νοσηλείας του οι αιμοκαλλιέργειες θετικοποιήθηκαν, υποδεικνύοντας Gram θετικό κόκκο, πιθανότατα στρεπτόκοκκο. Κατά την επανεξέταση του ασθενούς αναγνωρίστηκε συστολικό φύσημα στην εστία ακρόασης της μιτροειδούς βαλβίδας. Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα που διενεργήθηκε ανέδειξε την παρουσία ευμεγέθους κινητού μορφώματος στη μιτροειδή βαλβίδα. Από τις αιμοκαλλιέργειες ταυτοποιήθηκε *S.agalactiae* (συγκολλητινοαντίδραση latex, Api strep – bioMerieux), ενώ ο ασθενής ανέφερε ένα επεισόδιο λοίμωξης δέρματος και μαλακών μορίων προ δεκαπενθημέρου. Η αντιβιοτική αγωγή άλλαξε σε αμπικιλλίνη και γενταμικίνη. Την έκτη μέρα νοσηλείας του, υπόπυκνη περιοχή δεξιά κροταφοϊνιακά, στα πλαίσια πρόσφατης ισχαιμικού τύπου αλλοίωσης, αποκαλύφθηκε σε βάσει πρωτοκόλλου αξονική εγκεφάλου. Τέθηκε η διάγνωση της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας καθώς ένα κύριο και τρία ελάσσονα διαγνωστικά κριτήρια Duke πληρούνταν. Ο ασθενής μεταφέρθηκε σε Καρδιοχειρουργική Κλινική για αντικατάσταση βαλβίδας. Πήρε εξιτήριο σε καλή γενική κατάσταση αφού συμπλήρωσε συνολικά έξι εβδομάδες ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα από *S.agalactiae* απαντάται σπανίως στη βιβλιογραφία σε υγιείς ενήλικες αλλά συνδέεται με ιστική νέκρωση, υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Συνιστάται εγρήγορση καθώς η λοίμωξη μπορεί να εκδηλωθεί χωρίς υποκείμενο καρδιακό νόσημα. Εξαιτίας των σοβαρών επιπλοκών της, η έγκαιρη φαρμακευτική και χειρουργική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη.

251. ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SALMONELLA TYPHI ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Δ. Κατσιφής Νέζης[1], Α. Παπαζαφειροπούλου[1], Φ. Σιτζάνης[1], Η. Γεωργόπουλος[1], Ε. Τζουγανάτου[1], Μ. Ραλλάτου[1], Σ. Παπαντωνίου[1], Α. Καμαράτος[1], Α. Μελιδώνης[2], Σ. Αντωνόπουλος[1]

[1]Α' Παθολογικό Τμήμα και Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», [2]Διαβητολογικό και Καρδιομεταβολικό Κέντρο, Νοσοκομείο Metropolitan

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού διερεύνησης πυρετού αγνώστου αιτιολογίας ο οποίος αποδόθηκε σε τυφοειδή πυρετό.

ΥΛΙΚΟ: Άρρεν 28 ετών, με ταξίδι στο Πακιστάν προ μηνός, προσήλθε στα ΤΕΠ παθολογικού τμήματος λόγω αναφερόμενου εμπύρετου από 10 ήμερου με σύνοδο κεφαλαλγία και δυσουρικά ενοχλήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ της αντικειμενικής εξέτασης ανευρέθη ήπια επιγαστραλγία κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση, θερμοκρασία 38,5oC, και σχετική βραδυκαρδία (HR: 70bpm). Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο βρέθηκαν οι παρακάτω παθολογικές τιμές: CRP:52,7mg/dl και SGOT:136 mg/dl, SGPT:276 mg/dl, γGT:121 mg/dl. Ο ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός για τους ηπατοτρόπους ιούς (HBV, HCV, EBV, CMV) και για αλλά παθογόνα (Mantoux/ ricketsia/echo virus/parvo B19/coxsackie), όπως δίχως παθολογικά ευρήματά απέβησαν ο ανοσολογικός έλεγχος και η εξέταση κοπράνων και ούρων. Το υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας περιέγραψε λιπώδη διήθηση του ήπατος το οποίο παρουσίαζε αυξημένες διαστάσεις. Η αξονική τομογραφία κοιλίας- θώρακος και το υπερηχογράφημα καρδιάς ήταν φυσιολογικά ενώ από τον ενδοσκοπικό έλεγχο του πεπτικού συστήματος διαπιστώθηκαν αφθώδη έλκη στο εγκάρσιο, κατιόν, σιγμοειδές και ορθό με φυσιολογικό ενδιάμεσο βλεννογόνο. Στα πλαίσια διερεύνησης του εμπυρέτου ελήφθησαν 4 καλλιέργειες αίματος, από τις οποίες η τέταρτη ανέδειξε ανάπτυξη του βακτηρίου Salmonella typhi οπότε και ετέθη η διάγνωση του τυφοειδούς πυρετού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο τυφοειδής πυρετός συναντάται σπανίως στην Ευρώπη (επίπτωση <10/1.000.000, Ελλάδα: 0.6/1.000.000) και κυρίως εμφανίζεται σε νεαρούς ενήλικες. Ο άνθρωπος είναι ο μοναδικός ξενιστής, γεγονός που καθιστά το ιστορικό μετακίνησης σε ενδημικές περιοχές και την επαφή με νοσούντα άτομα ιδιαίτερα σημαντικά. Το παρόν περιστατικό διερεύνησης πυρετού αγνώστους αιτιολογίας αναδεικνύει τη σημασία της λήψης επιδημιολογικού ιστορικού πέρα από τον απαιτούμενο κλινικοεργαστηριακό έλεγχο.

252. ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΡΕΤΡΟΪΩΝ (ΕΚΑΡ) 2015-2019: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΓΟΝΟΤΥΠΙΚΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΗ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ, ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ε. Παπαχρήστου, Χ. Ρόκκα, Α. Βασιλάκης, Α. Κατσουλίδου, Μ. Καντζανού

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Ρετροϊών, Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η επιδημιολογική επιτήρηση της HIV λοίμωξης στο ΕΚΑΡ, το μεγαλύτερο Κέντρο Αναφοράς της χώρας, σε περίοδο οικονομικής κρίσης (2015-2019) και η μελέτη του γενετικού προφίλ του HIV-1 σε άτομα που δεν έχουν λάβει θεραπεία (naïve), προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχει μετάδοση ανθεκτικών στελεχών.
ΥΛΙΚΟ: Το σύνολο των βιολογικών δειγμάτων που παρελήφθησαν από όλη την Ελλάδα στο ΕΚΑΡ με παραπομπή για: α) επιβεβαιωτικό έλεγχο HIV λοίμωξης, β) μοριακό έλεγχο HIV-1 RNA και γ) γονοτυπική αντοχή στα αντιρετροϊκά. Επιπλέον, αναλύθηκαν οι αλληλουχίες 438 ατόμων με HIV-1 λοίμωξη, που δεν είχαν λάβει ποτέ θεραπεία (naïve). Η ανάλυση έγινε με τη χρήση της εμπορικά διαθέσιμης μεθόδου Viroseq HIV-1 Genotyping System (Abbott Laboratories, USA) στον αναλυτή ABI 3500 Genetic analyzer (Applied Biosystems, Inc. USA), επιλέγοντας το πρόγραμμα HIV db του Stanford University.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο ΕΚΑΡ, κατά το διάστημα 2015-2019, διενεργήθηκαν: α) 439 εξετάσεις επιβεβαιωτικού ελέγχου, β) 19000 εξετάσεις μοριακού ελέγχου HIV-RNA και γ) 1576 αναλύσεις γονοτυπικής αντοχής. Στα επείγοντα περιστατικά προσδιορίζεται θετικό HIV-RNA (>40copies/ml) σε κατά μέσο όρο ποσοστό >70%. Τα νεοδιαγνωσθέντα άτομα εμφάνισαν αντοχή σε >1 φάρμακα, σε ποσοστό 22%. Υψηλότερο ποσοστό αντοχής (19,2%) παρατηρήθηκε στην κατηγορία των NNRTIs, ενώ δεν παρατηρήθηκε καμία αντοχή στην κατηγορία των PIs. Ποσοστό αντοχής 1,8% αφορούσε στο συνδυασμό των κατηγοριών φαρμάκων NRTIs+NNRTIs (πολυαντοχή).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο ΕΚΑΡ στην περίοδο οικονομικής κρίσης 2015-2019, καλύφθηκαν όλα τα επείγοντα περιστατικά προλαμβάνοντας σοβαρά προβλήματα Δημόσιας Υγείας. Τα αποτελέσματα της γονοτυπικής αντοχής σε naïve ασθενείς επιβεβαιώνουν την ανάγκη ελέγχου πριν την έναρξη της θεραπείας, κυρίως για την πρόληψη μετάδοσης μεταλλαγμένων στελεχών.

253. Ο ΡΙΝΟΪΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Φ. Βασιλαρά[1], Α. Σπυριδάκη[2]

[1]Στ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Υγεία», [2]Τμήμα Προληπτικού Ελέγχου, Νοσοκομείο Υγεία

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άρρεν 89 ετών, προσήλθε στα επείγοντα ιατρεία αιτιώμενος από 24ώρου αναπνευστική δυσχέρεια σταδιακά επιδεινούμενη. Από το ιστορικό του ανέφερε ΣΔ2 υπο αντιδιαβητική αγωγή, δυσλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή και χολοκυστεκτομή.
Από την κλινική εξέταση παρουσίαζε όψη πάσχοντος, ταχύπνοια (40 αναπνοές/min) υποξυγοναιμία (SpO2:77% σε FiO2:21%), ΑΠ:120/80mmHg και σφυγμούς 85/λεπτό, ενώ η ακρόαση πνευμόνων ανέδειξε τρίζοντες και ρεγχάζοντες αμφοτερόπλευρα. Η εξέταση αερίων αίματος ανέδειξε PaO2 62.4mmHg σε χορήγηση οξυγόνου 60% μέσω μάσκας Venturi και ήταν ενδεικτική οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (PaO2/FiO2 ratio=105). Η αξονική θώρακος παρουσίασε εκτεταμένα πυκνωτικά διηθήματα στον δεξιό πνεύμονα και σε μικρότερη έκταση στον αριστερό κάτω λοβό και την γλωσσίδα. Από τα εργαστηριακά ευρήματα παρουσίαζε λευκοκυττάρωση με αριστερή στροφή. Χορηγήθηκε άμεσα εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με κεφτριαξόνη και λεβοφλοξασίνη ενδοφλεβίως, βρογχοδιασταλτικά, ενώ από τη δεύτερη μέρα νοσηλείας του προστέθηκαν κορτικοειδή ενδοφλεβίως και χορήγηση οξυγόνου με ρινικό οξυγόνο υψηλής ροής 60 λιτρα/λεπτό. Η PCR για πολλαπλούς αναπνευστικούς ιούς σε δείγμα από ρινοφαρυγγικό επίχρισμα ήταν θετική για Human Rhinovirus/Enterovirus, αρνητική για: *Adenovirus, Coronavirus HKU1, NL63, 229E, OC43, Human Metapneumovirus, Influenza A, A/H1, A/H1-2009, A/H3, B, Parainfluenza 1, 2, 3, 4, RSV, Bordetella Pertussis, Chlamydophila pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae*. Η κλινική εικόνα του ασθενή επιδεινώθηκε περαιτέρω από την 4η μέρα με διασωλήνωση, εξελίχτηκε σε πολυοργανική ανεπάρκεια και θάνατο, παρά την χορήγηση αγγειοσυσπαστικών και αναβάθμιση της εμπειρικής αντιμικροβιακής αγωγής σε μεροπενέμη, λινεζολίδη και φλουκοναζόλη. Κατά τη διασωλήνωση ελήφθη βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα στο οποίο κατ΄επανάληψη η πολλαπλή PCR ήταν θετική μόνο για Human Rhinovirus/Enterovirus.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ρινοϊοί προκαλούν συνήθως ήπιες λοιμώξεις αναπνευστικού, ενώ σπάνια περιστατικά λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού έχουν περιγραφεί σε ενήλικες, συνήθως με υποκείμενα νοσήματα, μεγαλύτερη ηλικία ή ανοσοκαταστολή. Η ανίχνευση πολλαπλών παθογόνων με FilmArray test ευοδώνει την ταχεία διάγνωση των ρινο/εντεροϊών και αναδεικνύει την αξία τους ως εν δυνάμει παθογόνα, υπεύθυνα για βαριές λοιμώξεις αναπνευστικού, επικίνδυνες για τη ζωή του ασθενούς.

254. ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 3 ΧΡΟΝΙΑ

Ν. Καραμανώλης[1], Μ. Νησωτάκη[1], Β. Καλιαφεντάκη[1], Θ. Πέννα[1], Α. Σαλβαράκη[2], Ε. Ιωαννίδου[1,2]

[1]Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Νοσοκομείο Ρεθύμνου, [2]Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν. Ρεθύμνου

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της κατανάλωσης της αντιβίωσης σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα ως πρώτο βήμα για την αξιόπιστη σύγκριση μεταξύ κλινικών και νοσοκομείων. Στο νοσοκομείο Ρεθύμνου από το 2015 επιτηρείται η κατανάλωση αντιβιοτικών τόσο σε επίπεδο νοσοκομείου όσο και σε επίπεδο τομέων, ενώ από το 2017 επιτηρείται η κατανάλωση και σε κάποια τα τμήματα ξεχωριστά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Δημιουργήθηκε πριν 3 χρόνια ένα πρόγραμμα Excel υπολογισμού της κατανάλωσης αντιβιοτικών. Καταχωρήθηκαν τα δεδομένα κατανάλωσης ανά κλινική ανά κατηγορία αντιβιοτικού και υπολογίστηκαν τα DDDs/100 ασθενοημέρες (Defined Daily Doses/100 patient days) σε επίπεδο 6μήνου. Ως βάση για τον υπολογισμό χρησιμοποιήθηκαν τα DDD από την κωδικοποιημένη κατά ATC λίστα αναφοράς του WHO. Από έτους χρησιμοποιήθηκε το αυτοματοποιημένο πρόγραμμα κατανάλωσης του Φαρμακείου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κατανάλωση αντιβίωσης είναι σχεδόν σταθερή στην Παθολογική κλινική. Η αύξηση της χρήσης κεφτριαξόνης που παρατηρείται αντισταθμίζεται από την αντίστοιχη μείωση της χρήσης των κινολονών και αντίστροφα. Ο λόγος σχετίζεται με τις παρόμοιες ενδείξεις χρήσης τους (λοιμώξεις ουροποιητικού, ενδοκοιλιακές λοιμώξεις). Η χρήση πιο προωθημένων αντιβιοτικών όπως οι καρβαπενέμες η τιγεκυκλίνη και η κολιστίνη παρουσιάζει τάση μείωσης. Υπάρχει μία σταδιακή αύξηση της χρήσης πιπερασσιλίνης/ταζομπακταμης που αποδίδεται στην αλλαγή τακτικής της κλινικής με προτίμηση χρήση της σε σχέση με τις καρβαπενέμες σε λοιμώξεις του ουροποιητικου από ESBL μικρόβια. Σε σχέση με άλλες παθολογικές κλινικές φαίνεται ότι η κατανάλωση των προωθημένων αντιβιοτικών είναι σε καλύτερο επίπεδο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

1. Η επιτήρηση της κατανάλωσης αντιβίωσης αποτελεί υποχρέωση της ΟΕΚΟΧΑ (Ομάδας Επιτήρησης της Κατανάλωσης και της Ορθής Χρήσης των Αντιβιοτικών), η οποία πρέπει να λειτουργεί σε κάθε νοσοκομείο.
2. Αποτελεί το πρώτο βήμα για την πραγματοποίηση στοχευμένων παρεμβάσεων και τη μέτρηση της αποτελεσματικότητά τους.

255. ΕΙΝΑΙ ΟΙ MIDLINE ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ (MCS) ΠΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΓΙΑ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ;

Α. Διαμαντάκης[1], Ε. Χρυσανθοπούλου[2], Π. Σιμιτσής[2], Μ. Λυγνός[2], Μ. Θεοδωρακοπούλου[2], Α. Φρογουδάκη[1], Α. Αρμαγανίδης[2], Ι. Οικονομίδης[1]

[1]Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», [2]Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Η άμεση τοποθέτηση και η μεγάλη διάρκεια παραμονής αποτελούν βασικά πλεονεκτήματα των MCs σε νοσηλευόμενους ασθενείς.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη αξιολογεί την τοποθέτηση και παραμονή των MCs και μελετά την χρήση τους σε νοσηλευόμενους ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη που συμπεριέλαβε όλους τους ασθενείς με MCs, που νοσηλεύτηκαν κατά το έτος 2019 στην καρδιολογική κλινική του ΠΓΝ Αττικόν. Καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν: το ατομικό αναμνηστικό αναφορικά με την παρουσία διαβήτη και χρόνιας νεφρικής νόσου, η λήψη αντιπηκτικής /αντιαιμοπεταλιακής αγωγής, το είδος χορηγούμενης αγωγής και η αιτία απομάκρυνσης του καθετήρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τοποθετήθηκαν συνολικά 40 MCs σε 27 ασθενείς (76% άντρες). Η μέση ηλικία ήταν 60 ±17 και 65±14 (για τους άντρες και τις γυναίκες αντίστοιχα, p=0,096). Ένα μικρό ποσοστό ασθενών (18,5%) ήταν διαβητικοί ενώ στο 1/3 των περιπτώσεων είχαν χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Η παρουσία διαβήτη δεν σχετίστηκε με εργώδη τοποθέτηση ή δυσλειτουργία και ο MC παρέμεινε ως το τέλος της νοσηλείας ή της θεραπείας στο 82% και 80% των μη-διαβητικών και διαβητικών ασθενών αντίστοιχα (p=0.84). Ο καθετήρας παρέμεινε ως το τέλος της νοσηλείας ή της θεραπείας στο 100% των ασθενών με ΧΝΑ επιτρέποντας την αποφυγή πολλαπλών φλεβικών παρακεντήσεων ή τοποθέτηση CVC με σημαντικό όφελος για αυτήν την κατηγορία ασθενών. Κανένα επεισόδιο θρόμβωσης ή τοπικής αιμορραγίας δεν καταγράφτηκε ανεξάρτητα από τη λήψη αντιπηκτικής ή αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. Με εξαίρεση μία περίπτωση άπαξ χορήγησης διαλύματος ηπαρίνης καμία άλλη παρέμβαση, διορθωτικός χειρισμός ή αντικατάσταση δεν κρίθηκε απαραίτητη λόγω δυσλειτουργίας. Ο καθετήρας, συνηθέστερα (37.5%) χρησιμοποιήθηκε για χορήγηση ποικίλων φαρμακευτικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των σκιαστικών μέσων (12.5%) και των αγγειοδραστικών φαρμάκων (επόπροστενόλη, νορ-αδρεναλίνη) (15%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση MCs είναι ασφαλής και αποτελεσματική και μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς όπου η περιφερική φλεβοκέντηση είναι δυσχερής ή επιζήμια.

256. "CERBERUS" T CELLS: CRISPR/CAS9-ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΩΝ ΓΛΥΚΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙΓΟΝΟ-ΕΙΔΙΚΑ Τ-ΚΥΤΤΑΡΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ

Μ. Αλβανού[1,2], Α. Κουϊμτζίδης[1,3], Κ. Κουκουλιάς[1,3], Χ. Πανταζή[1,3], Γ. Τσιόλας[4], Α. Σπυριδωνίδης[5], Α. Μακρής[4], Α. Αναγνωστόπουλος[1], Ε. Γιαννάκη[1], Α. Παπαδοπούλου[1]

[1]Μονάδα Γονιδιακής και Κυτταρικής Θεραπείας, Αιματολογική Κλινική–ΜΜΑΚ, Γ.Ν.Θ. «Γεώργιος Παπανικολάου», [2]Π.Γ.Ν. Πατρών, [3]Τμήμα Βιολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [4]Ινστιτούτο Εφαρμοσμένων Βιοεπιστημών (INEB), ΕΚΕΤΑ, Θεσσαλονίκη, [5]Αιματολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών

ΥΠΟΒΑΘΡΟ-ΣΚΟΠΟΣ: Η ανοσοθεραπεία με παθογονο-ειδικά Τ-λεμφοκύτταρα (pSTs) αποτελεί αποτελεσματική εναλλακτική θεραπεία ευκαιριακών λοιμώξεων μετά από μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων. Ωστόσο, τα Τ-λεμφοκύτταρα υπολειτουργούν παρουσία στεροειδών, στερώντας τους πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση λοιμώξεων ασθενείς, από το θεραπευτικό όφελος. Στοχεύουμε στην ανάπτυξη ενός συστήματος CRISPR/Cas9 για τη γενετική αδρανοποίηση του υποδοχέα των γλυκοκορτικοειδών (GR), αποσκοπώντας στην παραγωγή ανθεκτικών στα στεροειδή pSTs.

ΥΛΙΚΑ: Τ2 κύτταρα διαμολύνθηκαν με λεντι-ιικούς φορείς που εξέφραζαν την Cas9 και 10 διαφορετικά RNA-οδηγούς (gRNAs) στόχευσης του GR (στη θέση έναρξης της μεταγραφής και στα εξώνια 2-5) και καλλιεργήθηκαν παρουσία και απουσία δεξαμεθαζόνης (±DEX). Τα βέλτιστα επιλέχθηκαν για τη δημιουργία CRISPR/Cas9 ριβονουκλεοπρωτεϊνικών σωματίων (RNPs), για τη διαμόλυνση ανθρώπινων παθογονο-ειδικών Τ-κυττάρων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα τροποποιημένα με 7/10 υπό μελέτη gRNAs Τ2-κύτταρα, εμφάνιζαν παρόμοια έκπτυξη ±DEX, υποδηλώνοντας ανθεκτικότητα στη DEX και επιτυχή απαλοιφή του GR. Η εντός-στόχου διάσπαση του GR επιβεβαιώθηκε με δοκιμασία T7 και ανοσοαποτύπωση. Από τα 7 gRNAs που οδηγούν σε αντίσταση στη DEX επιλέχθηκαν τα βέλτιστα βάσει της υψηλότερης αδρανοποίησης του GR και της χαμηλότερης εκτός-στόχου δράσης. Τα gRNAs αυτά χρησιμοποιήθηκαν για τη διαμόλυνση παθογονο-ειδικών Τ-κυττάρων. Στα Τ-κύτταρα αυτά, μετά τη δράση των RNPs, παρατηρήθηκε επιτυχής διάσπαση του υποδοχέα των στεροειδών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Προτείνουμε μία σειρά gRNAs ικανών να διασπάσουν τον GR και την παραγωγή ανθεκτικών στα στεροειδή pSTs για την μελλοντική αξιοποίησή τους ως ανοσοθεραπεία στους πιο ευάλωτους σε λοιμώξεις ασθενείς, δηλαδή εκείνους που λαμβάνουν στεροειδή.

257. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

258. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

259. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

260. STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΕΠΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΓΚΟΛΙΜΟΥΜΑΜΠΗ (ANTI-TNF)

Θ. Μάραντος, Δ. Μπένας, Ε. Καροφυλάκης, Χ. Ψαρράκης, Δ. Καραγεωργόπουλος, Σ. Τσιόδρας
Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αυξανόμενη χρήση αναστολέων του παράγοντα νέκρωσης όγκων (αντι-TNF) σχετίζεται με αύξηση των λοιμώξεων από ειδικά παθογόνα. Ο κίνδυνος ειδικά των βακτηριακών λοιμώξεων δεν έχει επαρκώς διασαφηνιστεί.
ΥΛΙΚΟ: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς, 49 ετών, με βακτηριαιμία από *Stenotrophomonasmaltophilia* λόγω οξείας επί χρονίας προστατίτιδας. Ο ασθενής ελάμβανε Γκολιμουμάμπη για ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παρούσα νόσος άρχεται από 48ώρου με εμπύρετο έως 39°C και δυσουρικά ενοχλήματα. Η κλινική εξέταση δεν ανέδειξε κάποια άλλη εστία λοίμωξης. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώσαμε φλεγμονώδες σύνδρομο, άφθονα πυοσφαίρια και μικροοργανισμούς στην εξέταση ούρων, και αύξηση του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA). Το υπεροχογράφημα νεφρών-κύστης-προστάτη ανέδειξε ήπια διόγκωση του προστάτη αδένα με διάχυτη ετερογένεια της αρχιτεκτονικής. Χορηγήσαμε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με Σιπροφλοξασίνη και Αμικασίνη. Από την καλλιέργεια ούρων απομονώθηκε *Escherichiacoli* ευαίσθητη στο παρόν αντιμικροβιακό σχήμα, το οποίο συνεχίσαμε για 4 μέρες χωρίς όμως ύφεση του εμπυρέτου. Προχωρήσαμε σε έλεγχο με αξονικές τομογραφίες θώρακα και άνω-κάτω κοιλίας με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού που επιβεβαίωσε τη διόγκωση και ετερογένεια του προστάτη αδένα, χωρίς να ανευρεθεί άλλη εστία λοίμωξης. Από δύο ζεύγη καλλιεργειών αίματος που είχαν ληφθεί κατά την εισαγωγή, απομονώθηκε *S. maltophilia*. Προσαρμόσαμε την αντιμικροβιακή αγωγή σε Τριμεθοπρίμη/Σουλφομεθοξαζόλη και Λεβοφλοξασίνη, σύμφωνα με το αντιβιόγραμμα. Ο ασθενής παρουσίασε κλινική βελτίωση εντός 48ώρου και ολοκλήρωσε αγωγή συνολικής διάρκειας 6 εβδομάδων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζουμε την μοναδική, στη διεθνή βιβλιογραφία, περίπτωση βακτηριαιμίας από *S. maltophilia* σε ασθενή με ΡΑ υπό Γκολιμουμάμπη. Ενδεχομένως οι αντι-TNF παράγοντες να μπορούν να οδηγήσουν σε εμφάνιση οξέων συμπτωμάτων επί εδάφους χρόνιας βακτηριακής προστατίτιδας, και κάθε περίπτωση πρέπει να αξιολογείται μεμονωμένα σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη συνέχισης της θεραπείας.

261. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ, ΣΕ ΖΩΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ, ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ Τ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ

Α. Κουιμτζίδης[1,2], Κ. Κουκουλιάς[1,2], Α. Παπαδοπούλου[1], Μ. Αλβάνου[1,3], Π. Παπαγιάννη[1,2], Π. Μέλο[1,2], Μ. Γιάγκου[2], Ε. Αθανασίου[1], Α. Αναγνωστόπουλος[1], Ε. Γιαννάκη[1]

[1]Μονάδα Γονιδιακής και Κυτταρικής Θεραπείας, Αιματολογική Κλινική–ΜΜΑΚ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», [2]Τμήμα Βιολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [3]Π.Γ.Ν. Πατρών

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Η ανοσοθεραπεία με παθογονο-ειδικά Τ-λεμφοκύτταρα αποτελεί πολλά υποσχόμενη θεραπεία λοιμώξεων, σε ασθενείς μετά από αλλογενή μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων.
ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάπτυξη ενός πρωτοκόλλου παραγωγής πολυπαθογονο-ειδικών Τ-λεμφοκυττάρων (mp-STs), ταυτόχρονης στόχευσης ιών [κυτταρομεγαλοϊός (CMV), ιός Epstein-Barr (EBV), ιός BK] και του μύκητα Aspergillus fumigatus, ως ένα πολυδύναμο κυτταρικό προϊόν αντιμετώπισης ιογενών και μυκητιακών λοιμώξεων.
ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ: mp-STs παρήχθησαν με διέγερση μονοπύρηνων κυττάρων αίματος με τα αντιγόνα-στόχους και 10-ήμερη καλλιέργεια. Η ειδικότητά τους ελέγχθηκε με ELISPOT και η ασφάλεια και λειτουργικότητα αντιπροσωπευτικά, σε ζωϊκό μοντέλο EBV-λοίμωξης. mp-STs ή μη ειδικά Τ-λεμφοκύτταρα (DLIs), χορηγήθηκαν ενδοφλέβια σε NSG/NBSGW ποντίκια, με ή χωρίς αυτόλογους EBV-λεμφοβλάστες (EBV-LCLs). Τα ζώα αξιολογούνταν κλινικά και οι ιστοί τους παθολογοανατομικά και με PCR.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα mp-STs εκπτύχθηκαν σε κλινικά μεταφράσιμες δόσεις και ήταν ειδικά κατά των παθογόνων-στόχων [spot forming cells (SFC)/2x105 κύτταρα, Aspergillus: 265±64; CMV:682±206; EBV:937±149; BK:577±87). Ως προς την ασφάλεια, μυελο/ανοσο-κατασταλμένα NSG ποντίκια που έλαβαν DLIs κατέληξαν έως την ημ20 από κλινικά και ιστολογικά επιβεβαιωμένη οξεία νόσο μοσχεύματος κατά ξενιστή (aGvHD), ενώ η mp-ST-ομάδα επιβίωσε χωρίς aGvHD μέχρι τη θυσία. Ως προς την αποτελεσματικότητα, NBSGW ποντίκια που έλαβαν EBV-LCLs και DLIs υπέκυψαν λόγω PCR-επιβεβαιωμένης EBV-λοίμωξης (ημ26), ενώ τα mp-ST-ζώα που έλαβαν EBV-LCLs θυσιάστηκαν στο τέλος του πειράματος (ημ49) εμφανίζοντας έκπτυξη των Τ-λεμφοκυττάρων και πλήρη έλεγχο της EBV-λοίμωξης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα mp-STs μπορούν να αποτελέσουν ένα ισχυρό εργαλείο πολλαπλής στόχευσης για ταυτόχρονη αντιμετώπιση ιικών και μυκητιακών λοιμώξεων ανοσοκατασταλμένων ασθενών.

262. ΠΑΡΕΣΗ ΑΠΑΓΩΓΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΔΟΛΙΧΟΕΚΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Α. Ζιάκκα, Δ. Σούμπουρος, Μ. Ξιφαράς, Φ. Αλούρδα, Έ. Κερεζούδη
Νευρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Παμμακάριστος»

ΣΚΟΠΟΣ: Η δολιχοεκτασία του σπονδυλοβασικού αγγειακού συστήματος είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από σημαντικού βαθμού διεύρυνση και ελίκωση των σπονδυλικών ή/και της βασικής αρτηρίας με αποτέλεσμα την κλινική παρουσία αιμοδυναμικών διαταραχών και συμπτωμάτων πίεσης του εγκεφαλικού στελέχους και των εγκεφαλικών συζυγιών. Η αθηροσκλήρωση, οι λοιμώξεις, τα κληρονομικά νοσήματα ή η ύπαρξη πολλαπλών ανευρυσμάτων είναι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί προκειμένου να εξηγηθεί η παθοφυσιολογία της νόσου. Η διπλωπία ως αποτέλεσμα συμπίεσης της VI εγκεφαλικής συζυγίας λόγω δολιχοεκτασίας της βασικής αρτηρίας είναι επίσης σπάνια.
ΥΛΙΚΟ: Παρουσιάζουμε την περίπτωση άρρενα ασθενή 73 ετών, ο οποίος εισήχθη λόγω διπλωπίας από τετραμήνου, αμετάβλητη, χωρίς διακύμανση κατά τη διάρκεια της ημέρας ή κατά τη διάρκεια του προηγούμενου διαστήματος. Από την νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκε διπλωπία στην δεξιά ενατένιση συνεπεία πάρεσης δεξιού απαγωγού νεύρου. Ατομικό αναμνηστικό υπέρτασης, ΣΔ, στεφανιαίας νόσου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο εργαστηριακός έλεγχος που περιέλαβε HbA1c, B12 και θυρεοειδική λειτουργία δεν παρουσίαζε παθολογικές τιμές. Παρά την ύπαρξη ΣΔ, υπεβλήθη σε απεικονιστικό έλεγχο με MRI εγκεφάλου/MRI κόγχων που δεν ανέδειξε ευρήματα συμβατά με την σημειολογία του. Ο έλεγχος συμπληρώθηκε με MRA εγκεφάλου, όπου απεικονίστηκε ελίκωση και εκτασία της βασικής αρτηρίας στην διαδρομή της οποίας σε στενή σχέση με αυτή βρίσκεται το δεξιό απαγωγό νεύρο κατά την πορεία του στην γεφυροπρομηκική αύλακα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η δολιχοεκτασία της βασικής αρτηρίας είναι μία σπάνια αγγειακή οντότητα. Η κλινική της εικόνα είναι δυνατόν να είναι ήπια (παρέσεις εγκεφαλικών συζυγιών). Ενίοτε όμως οι κλινικές εκδηλώσεις της είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες (ισχαιμικό ΑΕΕ, ενδοκράνια αιμορραγία, αποφρακτικός υδροκέφαλος), οπότε η έγκαιρη διάγνωση είναι ιδιαίτερα σημαντική. Ως εκ τούτου η πλήρης απεικονιστική διερεύνηση της διπλωπίας ακόμη και επί παρουσίας προδιαθεσικών παραγόντων ή προφανούς αιτίας, δύναται να αποβεί χρήσιμη στην ανεύρεση της αιτίας της.

263. ΝΕΥΡΟΣΥΦΙΛΗ ΠΡΩΤΟΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΗΚΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑΧΕΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗ ΝΕΥΡΟ-ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ - ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Μ. Λυτός[1], Ε. Τριανταφύλλου[1], Ι. Λιάπης[1], Φ. Παπακωνσταντίνου[2], Ν. Αρνάς[2], Χ. Μανώλακα[2], Μ. Τζωράκη[2], Α. Χατζηαντωνίου[2], Α. Βολονάκη[2], Χ. Ψέλλας[2], Ε. Βαμαβακά[2], Μ. Σταμπόρη[2], Σ. Καραταπάνης[2]
[1]Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, [2]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η νευροσύφιλη αποτελεί σπανία εκδήλωση προσβολής του ΚΝΣ από το τρεπόνημα pallidum. Η νευροσύφιλη μπορεί να εκδηλωθεί με πολλές μορφές, αρχικά με επινέμηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, των μηνίγγων και των αγγείων (ασυμπτωματική ή συμπτωματική μηνιγγίτιδα και μηνιγγο-αγγειακή νόσος) και αργότερα με προσβολή του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού (γενική παράλυση και tabes-dorsalis). Σκοπός ήταν να παρουσιαστεί η περίπτωση ενός ασθενούς με νευροσύφιλη που είχε ως αρχική εκδήλωση βαρηκοΐα και ταχεία εξέλιξη της προσβολής του ΚΝΣ.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής ηλικίας 56 ετών, εισήχθη στην ΩΡΛ κλινική, λόγω βαρηκοΐας και περιφερικού τύπου πάρεση προσωπικού. Υποβλήθηκε σε μαγνητική εγκεφάλου που ανέδειξε παθολογικό μαγνητικό σήμα στη μεσότητα της γέφυρας (κατά μήκος της γεφυρο-παρεγκεφαλιδικής δεξαμενής) εκτεινόμενη έως το σύστοιχο παρεγκεφαλιδικό σκέλος, με ενίσχυση του σήματος με τη λήψη παραμαγνητικής ουσίας. Αντιμετωπίστηκε με κορτικοειδή, και μετά την έξοδο του δεν επανήλθε για εκτίμηση. Τον 10/18 εισήχθη στη νευρολογική κλινική με δυσαρθρία και ΔΕ ημιπάρεση. Υποβάλλεται σε νέα μαγνητική όπου εμφανίζονται συρρέουσες εστίες παθολογικού σήματος σε αμφότερα τα βασικά γάγγλια, οι οποίες αρχικά θεωρηθήκαν ισχαιμικής αιτιολογίας. Στη διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής άρχισε να εμφανίζει σημεία ταχέως εξελισσόμενης άνοιας και προοδευτική έκπτωση του επιπέδου συνείδησης. Υποβάλλεται σε περαιτέρω έλεγχο συμπεριλαμβανομένης της ΟΝΠ που έδειξε αυξημένα κύτταρα (λεμφοκύτταρα) και αυξημένο λεύκωμα (120mg%). Αντισώματα για τρεπόνημα στον ορό και στο ΕΝΥ απέβησαν θετικά. Χορηγήθηκε κεφτριαξόνη ΕΦ, με προοδευτική του βελτίωση της κλινικής εικόνας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σπανιότητα της σύφιλης ως λοίμωξης τις ημέρες μας, δεν επιτρέπεται να μας διαλάθει στη διαφορική διάγνωση περιστατικών με υπόνοια για συμμετοχή του ΚΝΣ, για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

264. ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΙΚΟ ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Χ. Δημητρακοπούλου[1], Ε. Τριφύλλη[1], Σ. Υφαντής[1], Ε. Πατρικίου[2]

[1]ΚΥ Βασιλικής Λευκάδας, [2]ΠΕ Νοσηλεύτρια

Στην εργασία μας παρουσιάζουμε περιστατικό ασθενούς 69 ετών, ο οποίος προσήλθε στο Κέντρο Υγείας Βασιλικής Λευκάδος, με αναφερόμενη αστάθεια και εμέτους. Κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς διαπιστώθηκε τυπική νευρολογική σημειολογία. Ως εκ τούτου, διεκομίσθη εις Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδος για νευρολογική εκτίμηση. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε παρεγκεφαλιδικό έμφρακτο. Το πόρισμα δικαιολογείται, λόγω ιστορικού γνωστής κολπικής μαρμαρυγής.

265. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΜΕΓΑΛΟΥ ΥΨΟΜΕΤΡΟΥ ΣΕ 23ΧΡΟΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ε. Λιάντη[1], Κ. Τσουμάνη[1], Σ. Νικόπουλος[1], Ι. Πήλιος[2], Ά. Γκότση[3], Ε. Αρβανίτη[1], Η. Λιάππης[1]
[1]Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Φιλιατών, [3]Νευρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το εγκεφαλικό οίδημα μεγάλου υψομέτρου (High altitude cerebral edema-HACE) είναι μια σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρα εκδήλωση της νόσου των ορέων και συνήθως χαρακτηρίζεται από αταξία, καταβολή και έκπτωση επιπέδου συνειδήσεως.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Στην εργασία αυτή θα αναφερθούμε σε έναν 23χρόνο ασθενή ο οποίος διακομίσθηκε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας λόγω κεφαλαλγίας, σύγχυσης, θάμβους οράσεως, ναυτίας-εμέτων και διαταραχής ομιλίας χωρίς την παρουσία σημείων μηνιγγισμού ή άλλης νευρολογικής σημειολογίας. Είχε προηγηθεί αγώνας ποδηλασίας και παραμονή σε μεγάλο υψόμετρο (περίπου 2500 μέτρων) πρό 24ώρου. Λόγω υποψίας αυξημένης ενδοκρανίας πίεσης έγινε αξονική τομογραφία εγκεφάλου που ανέδειξε εικόνα εγκεφαλικού οιδήματος. Ακολούθησε διασωλήνωση του ασθενούς και μεταφορά στη ΜΕΘ του νοσοκομείου μας. Εκεί αντιμετώπισθηκε με αποιδηματική αγωγή (μαννιτόλη, δεξαμεθαζόνη) και ο ασθενής σταδιακά παρουσίασε βελτίωση (υποχώρηση οιδήματος στην MRI τη δεύτερη ημέρα). Αποσωληνώθηκε την τρίτη ημέρα χωρίς την παρουσία νευρολογικών διαταραχών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το εγκεφαλικό οίδημα που σχετίζεται με το μεγάλο υψόμετρο μπορεί να εξελιχθεί σε κώμα και θάνατο εντός 24 ώρου λόγω εγκολεασμού εάν δεν γίνει έγκαιρη διάγνωση. Θα πρέπει να τίθεται άμεσα η υποψία σε άτομα που παρουσιάζουν την σχετική νευρολογική συμπτωματολογία και έχει προηγηθεί παραμονή τους σε μεγάλο υψόμετρο.

266. ΟΠΙΣΘΟΠΛΑΓΙΟ ΠΡΟΜΗΚΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ WALLENBERG) ΜΕ ΠΡΟΪΟΥΣΑ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΝΙΝΑΙΜΙΑ

Κ. Μαυρομουστάκου, Ά. Μακίνα-Κούση, Θ. Ζορμπαλά, Ε. Λουκά, Ι. Κοντόλαιμου, Ζ. Αλεξίου
Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο Wallenberg ή οπισθοπλάγιο προμηκικό σύνδρομο οφείλεται σε ισχαιμία της περιοχής αιμάτωσης του σπονδυλοβασικού συστήματος που οδηγεί σε έμφρακτο στο οπισθοπλάγιο τμήμα του προμήκους, κατανομή οπίσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας. Αναλόγως με την εντόπιση της βλάβης έχουμε συμπτωματολογία ομόπλευρα(σύνδρομο Horner, διχασμός αισθητικότητας στο πρόσωπο,πάρεση μαλθακής υπερώας, δυσκαταποσία, παράλυση φωνητικών χορδών, ημιαταξία) ή/και ετερόπλευρα(διχασμός αισθητικότητας στον κορμό και στα άκρα). Οι συνήθεις παράγοντες κινδύνου είναι Αρτηριακή Υπέρταση, Σακχαρώδης Διαβήτης και κάπνισμα. Η πρόγνωση φαίνεται να είναι καλύτερη σε σύγκριση με τα περισσότερα ισχαιμικά έμφρακτα εγκεφάλου.
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ: Γυναίκα 83 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου προσέρχεται στο ΤΕΠ λόγω αναφερόμενων πολλαπλών εμέτων και κοιλιακού άλγους. Αναφέρει πρόσφατη νοσηλεία προ 7 ημέρου σε καρδιολογική κλινική λόγω τροπονιναιμίας σε έδαφος λοίμωξης ουροποιητικού. Η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή. Αντικειμενική εξέταση: κφ, χωρίς νευρολογικό έλλειμμα. Ήπιοι αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Η ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη λόγω πρόσφατης νοσηλείας και θετικής γενικής ούρων.Την δεύτερη ημέρα νοσηλείας εμφανίζει βράγχος φωνής, ζητείται ΩΡΛ εκτίμηση όπου συστήνεται αρχικά αξονική τραχήλου λόγω μιας φαρυγγικής προβολής. Η CT τραχήλου ανέδειξε: πάχυνση αρυταινοεπιγλωτιδικής πτυχής αριστερά. Την επόμενη μέρα η ασθενής παρουσίασε μείωση αντανακλαστικού εμέτου, παράλυση φωνητικής χορδής αριστερά, μειωμένη αισθητικότητα περιοχής του φάρυγγα και δυσκαταποσία εικόνα συμβατή με σύνδρομο Wallenberg. Η CT εγκεφάλου που ακολούθεισε περιέγραφε: υπόπυκνη αλλοίωση στο στέλεχος αριστερά και στο αριστερό παρεγκεφαλιδικό ημισφαίριο σε υποξεία φάση. Η ασθενής δεν παρουσίασε νέο νευρολογικό έλλειμμα και εξήλθε με οδηγίες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τροπονιναιμία θα πρέπει να διερευνάται πολύπλευρα καθώς μπορεί να προκληθεί απο ένα μεγάλο εύρος παθήσεων όπως στην περίπτωση μας πιθανότατα να έκρυβε ένα παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο που προηγείται σε κάποιες περιπτώσεις του ισχαιμικού εμφράκτου. Τα εγκεφαλικά έμφρακτα μπορεί να εκδηλωθούν με άτυπα συμπτώματα και να έχουν προϊούσα εξέλιξη στο οποίο πρέπει να είμαστε ευαισθητοποιημένοι καθώς η άμεση θεραπευτική παρέμβαση είναι καίρια.

267. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΠΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΔΙΠΛΩΠΙΑΣ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΜΕΓΑΛΗΣ ΔΟΜΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΓΕΦΥΡΟΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΙΚΗΣ ΓΩΝΙΑΣ

Α. Ζιάκκα, Δ. Σούμπουρος, Ο. Τσίκα, Έ. Κερεζούδη
Νευρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Η Παμμακάριστος»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ασθενούς με επεισόδια διπλωπίας ως μόνο σύμπτωμα οφειλόμενο σε πιεστικά φαινόμενα από μηνιγγίωμα στη δεξιά γεφυροπαρεγκεφαλιδική γωνία.
ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για θήλυ ασθενή 56 ετών, η οποία προσήλθε στο Νοσοκομείο μας λόγω αναφερόμενων βραχύλεπτων επεισοδίων κάθετης διπλωπίας από δεκαπενθημέρου τα οποία εμφανιζόταν οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας. Από την νευρολογική εξέταση δεν διαπιστώθηκε εστιακή νευρολογική σημειολογία. Ατομικό αναμνηστικό δυσλιπιδαιμίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο απεικονιστικός έλεγχος με MRI εγκεφάλου ανέδειξε μεγάλη χωροκατακτητική βλάβη με χαρακτήρες μηνιγγιώματος στην δεξιά γεφυροπαρεγκεφαλιδική γωνία, με πιεστικά φαινόμενα επί του δεξιού πλαγίου της γέφυρας. Ο έλεγχος συμπληρώθηκε με MRA εγκεφάλου όπου απεικονίσθηκε η προαναφερθείσα βλάβη, η οποία εφάπτεται τόσο της άνω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας δεξιά όσο και της πρόσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας, καθώς και του σιγμοειδούς κόλπου. Ο έλεγχος για αντισώματα έναντι ακετυλοχολίνης ήταν αρνητικός. Στη συνέχεια η ασθενής εκτιμήθηκε από Νευροχειρουργό και συνεστήθη αντιμετώπιση με Cyberknife radiation.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το σύμπτωμα της διπλωπίας χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, έστω και αν παρουσιάζεται χωρίς τυπικά χαρακτηριστικά από τον ασθενή,γιατί μπορεί να υποκρύπτει πολλές παθολογικές οντότητες. Στην συγκεκριμένη περίπτωση επρόκειτο για ευμεγέθη νεοπλασία με λανθάνουσα εξέλιξη πιθανότατα για ικανό χρονικό διάστημα.

268. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΠΟΔΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ

Π. Βόσκου, Α. Κυρώζης
Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αιγινήτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτες υποστηρίζουν την ύπαρξη διαταραχών στην προσοχή και τις εκτελεστικές λειτουργίες στο σύνδρομο ανήσυχων ποδών (RLS), ενώ άλλες δεν περιγράφουν διαφορές μεταξύ ασθενών με RLS και φυσιολογικών ή περιγράφουν ακόμη και καλύτερη επίδοση ως προς τις νοητικές λειτουργίες. Υπό μελέτη βρίσκονται οι μηχανισμοί που εμπλέκονται στη νοητική έκπτωση σε έδαφος RLS. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης του RLS με νοητική έκπτωση και άνοια.
ΥΛΙΚΟ: Έγινε ανασκόπηση βιβλιογραφίας στη διεθνή βάση δεδομένων Pubmed σχετικά με τη συσχέτιση του RLS με νοητική έκπτωση και άνοια.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παράγοντες που πιθανώς σχετίζονται με τη νοητική δυσλειτουργία στο RLS είναι αγγειακοί παράγοντες κινδύνου, ελαττωμένη προσοχή και συνυπάρχουσες ψυχιατρικές παθήσεις, ενώ τα ευρήματα για την επίδραση της διαταραχής ύπνου και της κατάθλιψης είναι αντικρουόμενα. Η χρόνια στέρηση ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε ελλείμματα στις προμετωπιαίες φλοιικές λειτουργίες, όπως αυτές που σχετίζονται με την οξεία στέρηση ύπνου. Ελλείμματα στη μνήμη εργασίας έχουν βρεθεί σε σοβαρό RLS, ενώ επαναλαμβανόμενα επεισόδια RLS έχουν σχετιστεί με φλοιική δυσλειτουργία. Οι εκτελεστικές και οπτικοχωρικές λειτουργίες μπορεί να είναι επηρεασμένες στο RLS, ενώ η μνήμη είναι σχετικά διατηρημένη.
Το RLS θεωρείται ότι οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη άνοιας λόγω εγκεφαλικής βλάβης σχετιζόμενης με τη στέρηση ύπνου, ενώ η συνυπάρχουσα έλλειψη ντοπαμίνης μπορεί να σχετίζεται με νοητική έκπτωση και εξέλιξη σε άνοια μακροπρόθεσμα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μελλοντικές μελέτες μπορούν να εξετάσουν την επίδραση του RLS σε περισσότερους από έναν νοητικούς τομείς ή στον κίνδυνο ανάπτυξης άνοιας, ιδανικά σε μεγαλύτερα δείγματα πληθυσμού, ενώ η λειτουργική νευροαπεικόνιση είναι επίσης βοηθητική. Οι ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες μπορούν να διερευνήσουν τις νοητικές λειτουργίες στο RLS, πιθανώς σχετιζόμενες με διαταραχή προσοχής ή/και την κατάσταση αφύπνισης.

269. ΠΑΡΑΔΟΞΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΥΜΑΤΙΩΔΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ HIV

Κ. Φόσκα[1], Β. Κότσαλη-Πετεινέλλη[1], Κ. Θωμάς[2], Α. Αντωνιάδου[2], Χ. Αρβανίτη[1], Κ. Βουμβουράκης[1], Σ. Σαλάκου[1]

[1]Β' Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [2]Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η φυματιώδης μηνιγγίτιδα είναι μια εξαιρετικά νοσηρή και συχνά θανατηφόρος ασθένεια. Παράδοξη αντίδραση (PR) ή IRIS είναι η εμφάνιση νέων κλινικών κι απεικονιστικών ευρημάτων σε ασθενή υπό κατάλληλη αντιφυματική αγωγή. Αντιπροσωπεύει μια φλεγμονώδη απάντηση του ανοσοποιητικού συστήματος στα μυκοβακτηριδιακά αντιγόνα και παρατηρείται μετά την αρχική βελτίωση των ασθενών με φυματίωση ή ασθενών με HIV λοιμώξη καθώς και σε συνύπαρξη και των δύο νόσων TB/HIV

ΜΕΘΟΔΟΣ: Διαγνώσαμε με φυματιώδη μηνιγγίτιδα άνδρα 50ετών με ατομικό αναμνηστικό από ετών εξάρτηση με ναρκωτικές ουσίες που παρουσίασε ήπια οσφυαλγία και κεφαλαλγία τάσεως. Επιπλέον διαγνώσαμε με φυματιώδη μηνιγγίτιδα γυναίκα 42 ετών μετά από εμφάνιση πάρεσης προσωπικού νεύρου περιφερικού τύπου αριστερά, δυσχέρεια βάδισης κι έντονης παρεγκεφαλιδικής αταξίας. Στο ατομικό της αναμνηστικό αναφέρεται ενδοκράνια υπόταση που αντιμετωπίστηκε με blood patch.

Ο απεικονιστικός έλεγχος και των δύο ασθενών με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε λεπτομηνιγγική πρόσληψη. Ο κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε πλειοκυττάρωση με αυξημένη πρωτείνη στον έλεγχο του ΕΝΥ καθώς και θετική αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης για τον βάκιλο της φυματίωσης.

Μετά την έναρξη της τετραπλής αντιφυματικής αγωγής και των κορτικοστεροειδών η κλινική εικόνα του πρώτου ασθενούς περιπλέκεται με μεταβολή του επιπέδου συνείδησης, υδροκέφαλο, πολυριζονευροπάθεια και επιληπτικές κρίσεις ενώ και οι νέες απεικονίσεις αναδεικνύουν επιδείνωση με επίταση της λεπτομηνιγγικής ενίσχυσης κι ενδοκαναλικό ιστό στην οσφυική μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Η δεύτερη ασθενής παρουσίαζει επιδείνωση με επιληπτικές κρίσεις και ιππουριδική συνδρομή καθώς και απεικονιστική επιδείνωση. Στην θεραπεία τους προστίθεται κυκλοφωσφαμίδη κατά ώσεις με άλλοτε άλλη ανταπόκριση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Παρά την προαγωγή των ειδικών θεραπειών και των θεραπειών των κορτικοστεροειδών, μόνο η προσθήκη ανοσοκατασταλτικής αγωγής επιτρέπει την επίτευξη ευνοϊκού κλινικού αποτελέσματος σε περιπτώσεις φυματιώδους μηνιγγίτιδας.

270. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

271. ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΪΣΧΑΙΜΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Κ. Παλαιοπάνος[1], Α. Παπαδόπουλος[1], Α. Πρωτογέρου[2,3], Γ. Παρασκευάς[3,4], Γ. Τσιβγούλης[3,5], Μ. Γεωργάκης[6]

[1]Φοιτητής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [2]Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Τμήμα Παθολογικής Φυσιολογίας, [3]Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [4]Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αιγινήτειο», [5]Β' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α «Αττικόν», [6]Ludwig Maximilian-University (LMU), Institute for Stroke and Dementia Research, Germany

ΣΚΟΠΟΣ: Παρότι η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας έχει συσχετιστεί με τον κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και άνοιας ανεξαρτήτως άλλων αγγειακών παραγόντων κινδύνου, αβέβαιη παραμένει η σχέση της με την μικροϊσχαιμική αγγειακή νόσο του εγκεφάλου. Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση επιχειρεί να διευρενήσει αυτό το χάσμα.

ΥΛΙΚΟ: Σύμφωνα με τις κατευθηντήριες οδηγίες MOOSE (PROSPERO πρωτόκολλο: CRD42018110305) πραγματοποιήσαμε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση πάνω σε μελέτες που διερευνούν τη σχέση υπερτροφίας ή μάζας αριστερής κοιλίας και απεικονιστικών δεικτών μικροϊσχαιμικής αγγειακής νόσου (Lacunes, White Matter Hyperintensities, Cerebral Microbleeds, Enlarged Perivascular Spaces). Για την αξιολόγηση των συγκεντρωτικών εκτιμήσεων συσχέτισης διενεργήσαμε μετα-ανάλυση με μοντέλα τυχαίων επιδράσεων, ενώ επίσης αξιολογήσαμε και τον κίνδυνο μεροληψίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συγκεντρώσαμε 31 μελέτες (n=25,562) που πλοιρούν τα κριτήριά μας. Η μετα-ανάλυση έδειξε πως η υπετροφία αριστερής κοιλίας σχετίζεται με lacunes και "extensive WMHs" στις μελέτες γενικού πληθυσμού (ORLacunes: 1.49, 95%CI: 1.12-2.00; ORWMH: 1.73, 95%CI: 1.38-2.17) και σε μελέτες πληθυσμών υψηλού κινδύνου (ORLacunes: 2.39, 95%CI: 1.32-4.32; ORWMH: 2,01, 95%CI: 1.45-2.80). Τα αποτελέσματα παρέμειναν σταθερά στις μελέτες γενικού πληθυσμού κατόπιν διόρθωσης για γνωστούς συγχυτικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο, υπέρταση, άλλοι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου), καθώς και σε υπο-αναλύσεις ως προς τις διαφορετικές μεθόδους μέτρησης της υπερτροφίας (διαθωρακικό υπέρηχογράφημα/ηλεκτροκαρδιογράφημα), το σχεδιασμό (συγχρονικές/προοπτικές) και την ποιότητα των μελετών. Ως προς τα διαφορετικά πρότυπα μορφολογίας αριστερής κοιλίας, εντοπίσαμε προοδευτικά αυξανόμενα ORs για τη συγκεντρικη αναδιαμόρφωση, έκκεντρη υπετροφία και συγκεντρική υπετροφία συγκριτικά με τη φυσιολογική γεωμετρία της. Η υπετροφία αριστερής κοιλίας επιπλέον συνδέθηκε με CMBs σε μελέτες πληθυσμού υψηλού κινδύνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υπετροφία αριστερής κοιλίας σχετίζεται με τους απεικονιστικούς δείκτες μικροϊσχαιμικής αγγειακής νόσου, ανεξαρτήτως υπέρτασης και λοιπών αγγειακών παραγόντων κινδύνου. Τα αποτελέσματά μας αναδεικνύουν την υπερτροφία ως καινοτόμο παράγοντα κινδύνου για μικροϊσχαιμική αγγειακή νόσο, προς επίρρωση της αλληλεπίδρασης υποκλινικής καρδιακής και εγκεφαλικής δυσλειτουργίας.

272. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΣΠΑΣΤΙΚΗ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ: ΜΕΛΕΤΩΝΤΑΣ ΤΟ ΦΑΙΝΟΤΥΠΙΚΟ ΚΑΙ ΓΟΝΟΤΥΠΙΚΟ ΦΑΣΜΑ ΕΝΟΣ ΣΠΑΝΙΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

Μ. Μπρέζα[1], V. Chelban[2,3], Χ. Καρτάνου[1], J. Hirst[4], Θ. Μπουρινάρης[2], J. Vandrovcova[2], C. Lee[2], S. Alikhwan[2], N. Haridd[2], Σ. Ευθυμίου[2], D. Lynch[2], A. Tucci[2], Μ. Πάνας[1], N. Wood[5], Γ. Καραδήμα[1], H. Houlden[5], Γ. Κούτσης[1]

[1]Α' Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αιγινήτειο», [2]Department of Neuromuscular Disease,Institute of Neurology,University College London,UK, [3]Department of Neurology and Neurosurgery,Institute of Emergency Medicine,Republic of Moldova, [4]University of Cambridge,Cambridge Institute for Medical Research,Cambridge,UK, [5]Neurogenetics Laboratory,National Hospital for Neurology and Neurosurgery,Queen Square,UK

ΣΚΟΠΟΣ: Η κληρονομική σπαστική παραπληγία αποτελεί ένα σπάνιο κληρονομικό-εκφυλιστικό νόσημα του νευρικού συστήματος, γνωστή ως HSP (hereditary spastic paraplegia). Χαρακτηρίζεται από σπαστική παραπάρεση με προοδευτική εγκατάσταση και προϊούσα πορεία και ταξινομείται σε «αμιγείς» και «επιπλεγμένες» μορφές. Κληρονομείται με όλους τους τρόπους μεταβίβασης. Έως σήμερα, έχουν περιγραφεί πάνω από 80 διαφορετικά γονίδια που προκαλούν κληρονομική σπαστική παραπληγία. Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να διερευνηθεί η κλινική και γενετική ετερογένεια της κληρονομικής σπαστικής παραπληγίας στην Ελλάδα.
ΥΛΙΚΟ: Συνολικά, αναλύθηκαν τα κλινικά και γενετικά χαρακτηριστικά σε 87 ασθενείς δείκτες που προσήλθαν στη Μονάδα Νευρογενετικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, σε μία περίοδο 22 ετών. Η γενετική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση συνδυασμού τεχνικών νέας γενιάς αλληλούχισης(NGS), MLPA και αλληλούχιση Sanger.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Γενετική διάγνωση τέθηκε σε 53 ασθενείς-δείκτες(60.9%), ανιχνεύοντας 21 νέες μεταλλαγές σε γνωστά γονίδια κληρονομικής σπαστικής παραπληγίας. Παθογόνες μεταλλαγές ανιχνεύθηκαν στα γονίδια *SPAST, SPG11, KIF5A, CYP7B1, ATL1, REEP1, NIPA1, SPG7, PLP1, ABCD1,PSEN1* και *AP5Z1*. Μεταλλαγές στα γονίδια SPAST, KIF5A και ATL1 ήταν οι πιο συχνές για την αυτοσωμική επικρατητική μορφή και μεταλλαγές στα γονίδια *SPG11, CYP7B1* για την αυτοσωμική υπολειπόμενη μορφή κληρονομικής σπαστικής παραπληγίας. Επιπλέον, ανιχνεύθηκαν μεταλλαγές στο γονίδιο *SPG11* σε πέντε ασθενείς – δείκτες, που φαίνεται να είναι μοναδικές για τον ελληνικό πληθυσμό, μια μεταλλαγή στο γονίδιο *PSEN1(T291P)* που εμφανίστηκε αρχικά ως σπαστική παραπάρεση και μια νέα ομόζυγη μεταλλαγή *AP5Z1*.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη παρέχει συνολικά γενετικά και φαινοτυπικά αποτελέσματα για την κλινική οντότητα της κληρονομικής σπαστικής παραπληγίας στην Ελλάδα, επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα άλλων ευρωπαϊκών πληθυσμών, και υποστηρίζοντας τη πρώιμη χρήση της πλήρης αλληλούχισης εξωνίων(WES) ως διαγνωστικό μέσο σε αυτούς τους ασθενείς.

273. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ WERNICKE ΚΑΙ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Μ. Λυτός[1], Φ. Παπακωνσταντίνου[2], Β. Παπαστεργίου[2], Ν. Αρνάς[2], Χ. Μανώλακα[2], Μ. Τζωράκη[2], Α. Χατζηαντωνίου[2], Ε. Βαμβακά[2], Γ. Ψελλάκης[2], Γ. Φρόνας[2], Μ. Σταμπόρη[2], Σ. Καραταπάνης[2]

[1]Νευρολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου, [2]Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανεπάρκεια της βιταμίνης Β1 είναι πολύ σπάνια σήμερα, και απαντάται μόνον σε συνθήκες σημαντικής μείωσης στη λήψη ή την απορρόφηση των βιταμινών του συμπλέγματος Β. Σας παρουσιάζουμε μια ασθενή με εκδηλώσεις συνδρόμου Wernicke και μυοκαρδιοπάθεια, με ιστορικό βαριατρικής επέμβασης.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Πρόκειται για γυναίκα 53 ετών που νοσηλευόταν από εβδομάδος στην ΩΡΛ κλινική με συμπτωματολογία ιλίγγου. Στο ατομικό της αναμνηστικό αναφερόταν τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου προ 10ετιας για παχυσαρκία. Λόγω επιμονής του ιλίγγου, της σημαντικής πτώσης του επιπέδου συνείδησης και της παρουσίας πολυεστιακού νυσταγμού έγινε νευρολογική εκτίμηση και τέθηκε η υπόνοια νόσου Beri-Beri. Στην ασθενή έγινε χορήγηση μεγάλης δόσης Β1, με ταχεία βελτίωση του επιπέδου συνείδησης. Η ασθενής μολονότι κατακλιμένη ένιωθε σημαντική κόπωση και στα πλαίσια του έλεγχου στάλθηκε τροπονίνη που έδωσε πολύ ψηλή τιμή (31). Η ασθενής υπεβλήθη σε υπερηχογραφικό έλεγχο καρδίας και σε στεφανιογραφία που έδωσε σημεία σημαντικής μυοκαρδιοπάθειας. Η ασθενής μεταφέρθηκε στην καρδιολογική μονάδα και ενώ αρχικά εμφάνισε περαιτέρω επιδείνωση της μυοκαρδιοπάθειας στη συνέχεια παρουσίασε προοδευτικά σημαντική βελτίωση. Τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Β1 στον ορό που είχαν σταλεί ενωρίτερα επιβεβαίωσαν την ένδεια της βιταμίνης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με βαριατρική επέμβαση μπορεί να αναπτυχθεί ένδεια της Β1 και να οδηγήσει σε εκδηλώσεις συνδρόμου Wernicke και σπανιότερα σε μυοκαρδιοπάθεια.

274. ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ (ΙΙΗ) ΜΕ ΚΑΝΑΛΟΠΑΘΕΙΑ –ΣΥΝΔΡΟΜΟ GITELMAN

Κ. Φόσκα[1], Β. Κότσαλη-Πετεινέλλη[1], Δ. Μπαχαράκη[2], Σ. Σαλάκου[1], Κ. Βουμβουράκης[1], Χ. Αρβανίτη[1]
[1]Β' Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [2]Νεφρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ιδιοπαθής ενδοκράνια υπέρταση είναι ένα σύνδρομο αγνώστου αιτιολογίας που χαρακτηρίζεται από αυξημένη ενδοκράνια πίεση απουσία χωροκατακτητικής εξεργασίας στον εγκέφαλο. Η παθοφυσιολογία της νόσου είναι σύνθετη και δεν έχει ακόμα αποσαφηνιστεί πλήρως. Οι κυριότερες θεωρίες υποστηρίζουν τη μειωμένη απορρόφηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού(ΕΝΥ), την αυξημένη ενδοκράνια φλεβική πίεση, την υπερπηκτικότητα του αίματος και τις ορμονικές διαταραχές.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Διαγνώσαμε με ιδιοπαθή ενδοκράνια υπέρταση ασθενή 39 ετών, παχύσαρκη, καπνίστρια με αναφερόμενη κεφαλαλγία και επιδείνωση της οπτικής της οξύτητας με οίδημα οπτικών θηλών. Ο απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία ανέδειξε κενό τουρκικό εφίππιο καθώς και διάταση και ελίκωση του ελύτρου του οπτικού νεύρου. Η πίεση εισόδου κατά τον έλεγχο με ΟΝΠ ήταν αυξημένη.
Από το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς προκύπτει σύνδρομο Gitelman. Πρόκειται για αυτοσωμική υπολειπόμενη νόσο με βλάβη στο άπω εσπειραμένο σωληνάριο που προκαλεί υποκαλιαιμία, υπομαγνησιαιμία, υπερενιναιμία και υπεραλδοστερονισμό. Η βιβλιογραφική αναζήτηση ανέδειξε περιπτώσεις συνύπαρξης ΙΙΗ με το σύνδρομο Gitelman στα πλαίσια δευτεροπαθούς υπεραλδοστερονισμού που οδηγεί σε αυξημένη σύνθεση ΕΝΥ στα αραχνοειδή πλέγματα.
Η επιλογή της θερπαείας λόγω της νεφροπάθειας απέκλειε τη χρήση ακεταζολαμίδης ενώ εναλλακτική χορήγηση τοπιαμάτης δεν βοήθησε. Αντίθετα η χορήγηση σπιρονολακτόνης στα πλαίσια δευτεροπαθούς υπεραλδοστερονισμού παραουσιάστηκε ως πιο κατάλληλη
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η συνύπαρξη της ιδιοπαθούς ενδοκράνιας υπέρτασης καιτουσυνδρόμο Gitelman (και Barter) υπαγορεύουν τη χρήση θεραπειών με σκοπό την αντιμετώπιση του δευτεροπαθούς υπεραλδοστερονισμού.

275. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΚΡΟΤΑΦΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Σ. Κορφιάς, Α. Χονδροζουμάκη, Δ. Σκαρμούτσος, Α. Κόσσυβας, Α. Τσιμογιάννης, Δ. Σακάς
Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ασθενούς με ανεύρυσμα επιπολής κροταφικής αρτηρίας μετά από πλήξη κεφαλής.
ΑΣΘΕΝΗΣ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 45 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ για ψηλαφητό σφύζον μόρφωμα, μεγέθους 2 εκ., στη δεξιά μετωπιαία χώρα. Ανέφερε πλήξη κεφαλής τέσσερις εβδομάδες πριν, με κεφαλαιμάτωμα στο ίδιο σημείο. Υποβλήθηκε σε επείγουσα αξονική τομογραφία και αγγειογραφία εγκεφάλου, οι οποίες ανέδειξαν ανεύρυσμα δεξιάς επιπολής κροταφικής αρτηρίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπό γενική αναισθησία, με ευθεία τομή ύπερθεν της βλάβης, πραγματοποιήθηκε παρασκευή και εκτομή του ανευρυσματικού σάκου με ταυτόχρονη απολίνωση δύο προσαγωγών και ενός απαγωγού αρτηριακών κλάδων. Ο ασθενής ανένηψε ομαλά και εξήλθε τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική διάγνωση επιβεβαίωσε το τραυματικό αρτηριακό ανεύρυσμα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα τραυματικά ανευρύσματα της επιπολής κροταφικής αρτηρίας αποτελούν ασυνήθη παθολογία. Η χειρουργική εκτομή τους αποτελεί τη θεραπεία εκλογής, με εξαιρετική έκβαση.

276. ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΕΜΠΥΗΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΠΥΩΔΟΥΣ ΠΑΡΑΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ

Σ. Κορφιάς, Σ. Μπάνος, Α. Χονδροζουμάκη, Χ. Ζουρνατζίδη, Δ. Σκαρμούτσος, Δ. Σακάς
Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ασθενούς με εκτεταμένο υποσκληρίδιο εμπύημα εγκεφάλου συνεπεία παραμεληµένης παραρινοκολπίτιδας.
ΑΣΘΕΝΗΣ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 16 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ για εμπύρετο και σύγχυση και εμφάνισε σταδιακή επιδείνωση του επιπέδου συνείδησης. Η αρχική αξονική τομογραφία εγκεφάλου, πέραν φλεγμονώδους κατάληψης του αριστερού ιγμόρειου και μετωπαιίου κόλπου, δεν έδωσε προφανή εγκεφαλική παθολογία και ακολούθησε ΟΝΠ, η οποία έδωσε ενδείξεις μικροβιακής μηνιγγίτιδας. Ακολούθησε διασωλήνωση, διάνοιξη του ιγμορείου και νοσηλεία σε ΜΕΘ. Επανάληψη αξονικής εγκεφάλου την επομένη ημέρα με σκιαγραφικό και λεπτές τομές έδειξε την παρουσία υποσκληρίδιας συλλογής επεκτεινόμενης σε όλους τους υποσκληρίδιους χώρους μεσοημισφαιρικούς και περιφερικούς του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πραγματοποιήθηκε σε επείγουσα βάση εκτεταμένη αριστερή κρανιοτομία, εκκένωση υποσκληρίδιου εμπυήματος, διάνοιξη, εκκένωση φλεγμονωδών στοιχείων και κρανιοποίηση του αριστερού μετωπιαίου κόλπου και αποσυμπιεστική κρανιεκτομή οιδηματώδους αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου. Η κατάσταση επιπλέχθηκε με ανάπτυξη μετεγχειρητικού οξέος επισκληριδίου αιματώματος για το οποίο απαιτήθηκε άμεση εκκένωση 4 ώρες αργότερα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η πυώδης παραρινοκολπίτιδα μπορεί να προκαλέσει σοβαρή ενδοκράνια φλεγμονή και να αποτελέσει σοβαρή απειλή για τη ζωή. Ο λεπτομερής απεικονιστικός έλεγχος θέτει την υποψία ενδοκράνιας πυώδους συλλογής και συμβάλλει στη λήψη άμεσων νευροχειρουργικών αποφάσεων.

277. ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Κ. Θεοδωρόπουλος

Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: διερεύνηση κόστους ΚΓΚ

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μετά από εκτενή αναζήτηση της βιβλιογραφίας, βρήκαμε κάποιες μελέτες που παρουσιάζουν το τεράστιο κόστος της θεραπείας που απαιτείται.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι πτώσεις ήταν η πιο συνηθισμένη αναφερθείσα αιτία τραυματισμού (40,8%), ακολουθούμενες από συντριβές μηχανοκίνητων οχημάτων (39,3%), χτυπήματα στο κεφάλι (11,3%) και πληγές πυροβολικού (2,4%). Η μέση διάρκεια διαμονής στο νοσοκομείο κυμάνθηκε από 6,7 ημέρες για μέτρια TBI έως 17,5 ημέρες για κρίσιμο TBI. Ο συνολικός ρυθμός θανάτου στο νοσοκομείο ήταν σχετικά χαμηλός μεταξύ των ασθενών με μέτρια (1,3%), σοβαρά (5,7%) και σοβαρά (8,7%) TBI, αλλά πολύ υψηλότερος μεταξύ των πιο σοβαρών τραυματισμένων ασθενών (52,0%). Το κόστος νοσηλείας ήταν κατά μέσο όρο 8,189 δολάρια για μέτρια, 14,603 δολάρια για σοβαρά, 16,788 δολάρια για σοβαρές και 33,537 δολάρια για κρίσιμο TBI. Το κόστος ποικίλλει επίσης ανάλογα με τον τύπο τραυματισμών, κατά μέσο όρο 20.084 δολάρια για τις πληγές πυροβολισμών, 20.522 δολάρια για συγκρούσεις αυτοκινήτων, 15.860 δολάρια για πτώσεις και 19.949 δολάρια για χτυπήματα στο κεφάλι. Τα έξοδα διάρκειας ζωής μιας θεραπείας ασθενούς για τραυματική εγκεφαλική βλάβη εκτιμάται ότι θα κυμανθούν από $ 85.000 έως $ 3 εκατομμύρια. Οι εκτιμήσεις κόστους ζωής κυμάνθηκαν από 279 εκατομμύρια έως 1,22 δισεκατομμύρια δολάρια, ανάλογα με τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τον ορισμό του TBI. Τα αρσενικά εμφάνισαν ποσοστό 53% υψηλότερο του TBI και υπέστησαν διπλάσιο κόστος σε σχέση με τα θηλυκά. Οι πτώσεις, οι τραυματισμοί που σχετίζονται με τον αθλητισμό / τον ποδηλάτη και τα ατυχήματα με αυτοκίνητα αντιπροσώπευαν το 47%, 12% και το 10% του TBI, αντίστοιχα, και αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ποσοστό του κόστους

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η οικονομική επιβάρυνση του TBI στο πλαίσιο της οξείας περίθαλψης είναι σημαντική. τα αποτελέσματα της θεραπείας και το κόστος ποικίλλουν σημαντικά ανάλογα με τη σοβαρότητα και τον μηχανισμό της βλάβης του TBI.

278. ΕΠΑΓΩΜΕΝΗ ΑΠΟ ΔΕΝΟΣΟΥΜΑΜΠΗ ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΣΕ ΝΟΡΜΟΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ν. Σαμπάνης[1], Γ. Ζαγκότσης[1], Μ. Μάρκου[2], Μ. Λαπατσάνη[1], Χ. Διαμαντής[1], Π. Παπανικολάου[1]
[1]Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Λιβαδειάς, [2]Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η δενοσουμάμπη αποτελεί ένα ανθρωποποιημένο μονοκλωνικό αντίσωμα κατά του παράγοντα RANKL (Receptor Activator Nuclear factor κβ Ligand). Η αναστολή της αλληλεπίδρασης RANKL/RANK έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της οστεοκλαστογένεσης, της διαφοροποίησης και της λειτουργίας των οστεοκλαστών. Η αποτελεσματικότητα και το ασφαλές φαρμακολογικό της προφίλ, συγκριτικά με τα διφωσφονικά, την έχουν καταστήσει δημοφιλές αντιοστεοπορωτικό φάρμακο σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενούς υπό αιμοκάθαρση που εμφάνισε δραματική αύξηση των τιμών παραθορμόνης μετά τη χορήγηση δενοσουμάμπης, ενώ παρέμενε νορμοασβεστιαιμικός.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας ασθενής 81 ετών υπό αιμοκάθαρση από 8ετίας λόγω αποφρακτικής ουροπάθειας, έλαβε υποδορίως δενοσουμάμπη λόγω σοβαρής μείωσης της οστικής πυκνότητας και οστεοπορωτικών σπονδυλικών καταγμάτων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά τη χορήγηση δενοσουμάμπης διαπιστώθηκε δραματική αύξηση των επιπέδων της παραθορμόνης (iPTH=4200pg/ml), ενώ τα επίπεδα του διορθωμένου ασβεστίου παρέμειναν φυσιολογικά. Είχε προηγηθεί αναπλήρωση των επιπέδων 25(OH)VitD, ενώ καθ' όλη τη διάρκεια παρακολούθησης ελάμβανε από του στόματος συμπληρώματα ασβεστίου και ενδοφλεβίως παρακαλσιτόλη. Η χορήγηση σινακαλσέτης είχε διακοπεί προ τριμήνου λόγω επίτευξης του στόχου στις τιμές παραθορμόνης (iPTH = 350pg/ml). Οι τιμές παραθορμόνης παρουσίασαν έντονες διακυμάνσεις και τελικά ομαλοποιήθηκαν μετά από τρεις μήνες.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υποδόρια χορήγηση δενοσουμάμπης σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση και σοβαρή οστεοπόρωση ή οστεοπορωτικά κατάγματα αποτελεί μια αποτελεσματική και σχετικά ασφαλή επιλογή αντιοστεοπορωτικής αγωγής. Η υποασβεστιαιμία αποτελεί τη συχνότερη και δυνητικά πιο επικίνδυνη επιπλοκή σε αυτή την υπο-ομάδα ασθενών και έχει συσχετισθεί με συγκεκριμένους προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως την ανεπάρκεια της 25(OH)VitD και τον αυξημένο ρυθμό οστικής ανακατασκευής. Αν και η εμφάνιση υπασβεστιαιμίας έχει συσχετισθεί με τη αύξηση των τιμών της παραθορμόνης, φαίνεται ότι και άλλοι παράγοντες εμπλέκονται σε αυτήν την διαδικασία που πρέπει να αποσαφηνισθούν.

279. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

280. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΥΣΙΑΤΟΥ-ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ

Ν. Μπαλταγιάννης[1], Ε. Νικολαΐδης[1], Α. Λαγουδέλλης[1], Ε. Σούκα[2], Χ. Πεταλά[1], Π. Μπατίκα[2], Ε. Μαζλήμογλου[3], Χ. Ντούβλης[1], Ε. Κωστέτσου[1], Α. Παυλάκου[4], Ν. Καλαντζή[4], Ε. Τσούμα[5], Δ. Αναγνωστόπουλος[1], Ν. Μπολάνος[1], Α. Χατζημιχάλης[1]

[1]Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», [2]Παθολογοανατομικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», [3]Παθολογική - Ογκολογική Κλινική, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», [4]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», [5]Κυτταρολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στις σπάνιες αιτίες ανάπτυξης πνευμοθώρακα περιλαμβάνονται κυρίως η λεμφαγγειολειομυομάτωση και η ιστιοκυττάρωση των κυττάρων του Langerhans. Η συχνότητα του πνευμοθώρακα επί λεμφαγγειολειομυομάτωσης είναι υψηλή και κυμαίνεται από 39-76%. Σε ποσοστό 73% πρόκειται για υποτροπιάζοντα πνευμοθώρακα. Η συχνότητα του αυτόματου πνευμοθώρακα επί ιστιοκυττάρωσης είναι περίπου 10-20% ενώ σε ποσοστό 58% ο πνευμοθώρακας είναι ομόπλευρος.Ο πνευμοθώρακας λόγω τήξης και αποδόμησης νεοπλασματικών βλαβών στη διάρκεια χημειοθεραπείας είναι ασυνήθιστη οντότητα. Η περίπτωση υποτροπιάζοντος και δυσίατου πνευμοθώρακα που παρουσιάζουμε σε αυτή την εργασία οφείλεται σε αυτό το μηχανισμό της υποστροφής και τήξης των αεροπληθών μεταστατικών πνευμονικών εστιών με αποτέλεσμα αέρας να διαφεύγει και να συσσωρεύεται στα ημιθωράκια.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής ηλικίας 40 ετών με ιστορικό σπάνιου περιφερικού αρχέγονου νευροεκτοδερμικού όγκου της δεξιάς παρωτίδας (peripheral primitive neuroectodermal tumor-EWING/PNET) με υψηλό δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού Κ1-67 80%, ο οποίος διαγνώσθηκε πρό 20 μήνου προσέρχεται με αμφοτερόπλευρες πλέον πνευμονικές μεταστάσεις για να υποβληθεί σε χημειοθεραπεία. Αμέσως με την έναρξη της χημειοθεραπευτικής αγωγής ο ασθενής αναπτύσσει αυτόματο πνευμοθώρακα στο δεξιό ημιθωράκιο ο οποίος αντιμετωπίζεται με τη τοποθέτηση σωλήνα θωρακοστομίας – bülau.Ενώ αρχικώς ο πνεύμονας εκπτύσσεται 48 ώρες αργότερα ο πνευμοθώρακας υποτροπιάζει. Με τη βοήθεια φυσιοθεραπευτικών ασκήσεων επιτυγχάνεται πλήρης έκπτυξη του πνεύμονος και εν συνεχεία εφαρμόζεται πλευρόδεση με επιτυχές αποτέλεσμα. Κατά την επανέναρξη της χημειοθεραπευτικής αγωγής ο πνευμοθώρακας υποτροπιάζει αλλα στο αντίθετο ημιθωράκιο. Τοποθετείται νέος σωλήνας θωρακοστομίας και μετά από 96 ώρες με τη βοήθεια έντονης και σχολαστικής φυσιοθεραπείας ο πνεύμονας επανεκπτύσσεται ικανοποιητικά διευκολύνοντας την εφαρμογή πλευρόδεσης και στο άλλο ημιθωράκιο. Ως παθογενετικός μηχανισμός της ανάπτυξης πνευμοθώρακα άμα τη ενάρξει της χημειοθεραπείας ενοχοποιείται η τήξη των πνευμονικών μεταστατικών εστιών ως ανταπόκριση στη θεραπεία και η διαφυγή αέρα στις υπεζωκοτικές κοιλότητες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάπτυξη πνευμοθώρακα ως αποτέλεσμα τήξης πνευμονικών μεταστατικών βλαβών στη διάρκεια χημειοθεραπείας είναι σπάνια κλινική οντότητα. Σπάνιες αιτίες πνευμοθώρακα είναι επίσης η κοκκιωμάτωση Wegener με συχνότητα 5%, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η ρευματοειδής αρθρίτις, το σκληρόδερμα, η δερματομυοσίτις,η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου και το σύνδρομο Birt-Hogg-Dubé.

281. Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ALI (ADVANCED LUNG CANCER INFLAMMATION INDEX) ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Δ. Μπάρτζη[1], Η. Γκούντας[2], Ε. Ζέρβας[3], Σ. Αγγελάκη[4], Α. Νικολαΐδη[5], Χ. Ανδρεάδης[6], Π. Οικονομοπούλου[7], Μ. Πολυχρονίδου[8], Ε. Λιανός[9], Γ. Οικονομόπουλος[10], Ε. Φούντζηλα[11], Ε. Λινάρδου[12], Α. Χριστοπούλου[13], Γ. Λαϊνάκης[14], Ζ. Σαριδάκη[15], Ε. Ραζή[16], Π. Κοσμίδης[17], Η. Αθανασιάδης[18], Κ. Συρίγος[19], Ι. Μούντζιος[20]

[1]Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, Εργαστήριο Μοριακής και Εφαρμοσμένης Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [3]7η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», [4]Ογκολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, [5]Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Μητέρα», Αθήνα, [6]Ογκολογική Κλινική, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, [7]Πανεπιστημιακή Ογκολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [8]Ογκολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», [9]Ογκολογική Κλινική, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», [10]Β΄Ογκολογική Κλινική, Metropolitan Hospital, [11]Ογκολογική Κλινική EUROMEDICA, Θεσσαλονίκη, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη, [12]Ογκολογικό Τμήμα, Metropolitan Hospital, [13]Ογκολογική κλινική, Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας», [14]Γ΄Ογκολογικό Τμήμα, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, [15]Ογκολογικό Τμήμα, «Ασκληπιός», Ηράκλειο Κρήτης, [16]Γ΄Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, [17]Β΄Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, [18]Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο 'Μητέρα', Αθήνα, [19]Γ΄Πανεπιστημιακή Ογκολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», [20]Β΄Ογκολογικό Τμήμα, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανοσοθεραπεία με αναστολείς σημείων ελέγχου (immune checkpoint inhibitors) αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με προχωρημένο (σταδίου 3-4) μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (ΜΜΚΠ), είτε ως μονοθεραπεία, είτε σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία. Ένας δείκτης, που θα χρησιμοποιούσε απλά κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά για την πρόβλεψη της ανταπόκρισης στην ανοσοθεραπεία, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμος στην καθημερινή κλινική πράξη.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Δημιουργήσαμε αναδρομικά μια βάση δεδομένων ασθενών με προχωρημένο ΜΜΚΠ, που έλαβαν ανοσοθεραπεία ως πρώτη ή μεταγενέστερη γραμμή θεραπείας από 12 Ελληνικά Ογκολογικά Κέντρα. Για κάθε ασθενή καταγράφηκαν δημογραφικά, σωματομετρικά και κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά, βασικές εργαστηριακές παράμετροι και κλινικά αποτελέσματα της ανοσοθεραπείας. Ο δείκτης ALI(BMI X αλβουμίνη ορού/NLR) εκτιμήθηκε ως προβλεπτικός δείκτης ανταπόκρισης στην ανοσοθεραπεία, μέσα από στατιστικές δοκιμασίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ανάλυση, συμμετείχαν 453 ασθενείς, εκ των οποίων 76.8% άνδρες, 62.7% με ιστολογία αδενοκαρκινώματος, 81.4% στάδιο 4, 74.5% έλαβαν μόνο ανοσοθεραπεία. Η διάμεση τιμή για την ηλικία ήταν 68 έτη, για το δείκτη μάζας σώματος 25.7kg/m2, για την αλβουμίνη ορού 3.9g/dl και για το NLR 3.3. Λαμβάνοντας ως βιβλιογραφικό όριο το 18 για τον ALI, στο συνολικό πληθυσμό, ο δείκτης δεν αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα ούτε για τη συνολική επιβίωση ούτε για το διάστημα μέχρι την πρόοδο νόσου. Εντούτοις, στους ασθενείς που λάμβαναν πρώτης γραμμής θεραπεία (N=116), οι ασθενείς με ALI score>18 είχαν διάμεσο διάστημα μέχρι την πρόοδο της νόσου 29.0 μήνες έναντι 6.5 μήνες για αυτούς με ALI score<18 (p=0.005). Αντίστοιχα, η διάμεση επιβίωση ήταν not Reached για ασθενείς με ALI>18 vs 23 μήνες για αυτούς με ALI<18 (p=0.083). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση ο δείκτης ALI ήταν προγνωστικός για το διάστημα μέχρι την πρόοδο της νόσου (p=0.032), αλλά όχι για τη συνολική επιβίωση (p=0.228).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σε ασθενείς, που λαμβάνουν θεραπεία πρώτης γραμμής για προχωρημένο ΜΜΚΠ, τιμές δείκτη ALI<18 συνδέονται με διπλάσια πιθανότητα προόδου νόσου ή θανάτου συγκρινόμενοι με ασθενείς με τιμές δείκτη ALI>18.

282. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ CL.DIFFICILE ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ 2019

Κ. Φωλήνας, Ν. Αλεβιζόπουλος, Θ. Τέγος, Β. Νικολαΐδου, Γ. Καρκαλέτσος, Μ. Βασλαματζής
Ογκολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η λοίμωξη από Clostridioides difficile (C.d.) χαρακτηρίζεται από διάρροια, πυρετό, ναυτία και κοιλιακό πόνο. Συνιστά το 20% των περιπτώσεων διαρροικού συνδρόμου κατόπιν λήψης αντιβιωτικών. Οι πλέον επικίνδυνες επιπλοκές συνίστανται σε ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα, τοξικό μεγάκολο, διάτρηση εντέρου και σηψαιμία. Η διάγνωση τίθεται με καλλιέργεια κοπράνων ή/& ανεύρεση του βακτηριδιακού DNA ή των τοξινών. Η νόσος αφορά σε όλο τον κόσμο,με αναλογία θανάτων στις ΗΠΑ 1/15 περιπτώσεις,που μειώνεται κυρίως μετά το 2016. Το ενδεχόμενο θετικών tests σε άτομο χωρίς συμπτώματα αναφέρεται ως μόνον αποικισμός. Η προληπτική πολιτική συνίσταται σε πολύ καλό καθαρισμό των χώρων νοσηλείας & στον περιορισμό της χρήσης αντιβιωτικών, ενώ η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει χρήση metronidazole, vancomycin ή fidaxomicin. Προβιωτικά & μεταμόσχευση του εντερικού μικροβιώματος μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο υποτροπών. Το C.d. ειδικότερα σε Ογκολογικούς ασθενείς συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα αναβολών της προγραμματισμένης θεραπείας, και αυξημένων σηπτικών θανάτων.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της προοπτικής μελέτης είναι η καταγραφή του αριθμού και των χαρακτηριστικών περιστατικών διαρροίας από C.d. στο Ογκολογικό Τμήμα (Ο.Τ.) του Νοσοκομείου Ευαγγελισμός και της αντιμετώπισής τους, μεταξύ 1/1/19 -31/12/2019.

Μεταξύ 6744 νοσηλειών ασθενών στο Ο.Τ., οι 25(0,4%) επί 20 ασθενών, αφορούσαν σε περιπτώσεις λοίμωξης από C.d.. Υπήρχαν θετικά δείγματα κοπράνων για τοξίνη (A+B) και θετικό test για τοξίνη σε όλες τις περιπτώσεις. Η βασική νόσος ήταν καρκίνωμα πνεύμονα, παγκρέατος, παχέος εντέρου, ουροθηλίου, μαστού, ήπατος,προστάτη και κεφαλής–τραχήλου σε 6,3,3,2,2,1,2,1 ασθενείς αντιστοίχως, 13(65%) άνδρες / 7(35%) γυναίκες.Προ της λοίμωξης είχε προηγηθεί χημειοθεραπεία, μόνο συμπτωματική αγωγή και ακτινοθεραπεία πυέλου σε 14(56%), 9(36%) και 2(8%) περιπτώσεις αντιστοίχως. Σε 11 περιπτώσεις(44%) προηγήθηκε αντιβιωτική αγωγή με ταζοβακτάμη, κεφταζιδίμη, κεφτριαξόνη και ιμιπενέμη σε 5,4,1,1 ασθενείς αντιστοίχως.Δεν προηγήθηκε ουδετεροπενία ή ενδονοσοκομειακή λοίμωξη ασθενούς σε καμία περίπτωση. Η λοίμωξη από C.d. αντιμετωπίστηκε με Voncon 125mg x 4/ ημέρα p.o., Flagyl 500mg x 3/ ημέρα p.o. ή Dificlir 200mg x 2/ ημέρα p.o. σε 13, 10 και 2 περιπτώσεις αντιστοίχως για διάμεσο διάστημα 9,8,7 ημέρες. Επαναμόλυνση από C.d. παρατηρήθηκε σε 3 περιπτώσεις μετά θεραπεία με Flagyl για 7,8,8 ημέρες αντίστοιχα και σε 1 περίπτωση μετά λήψη Voncon για 8 ημέρες.Ουδείς απεβίωσε από τη λοίμωξη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ:

1. Τα επεισόδια λοίμωξης από C.d. δεν ήταν σπάνια στους ασθενείς μας ανεξάρτητα της προηγηθείσας θεραπευτικής αγωγής,
2. Εμπύρετη ουδετεροπενία ή ενδονοσοκομειακή λοίμωξη από C.d. δεν προηγήθηκε σε καμία περίπτωση,
3. Καθυστέρηση 5-12 ημερών της προγραμματισμένης επόμενης χημειοθεραπείας παρατηρήθηκε σε 10/14 περιπτώσεις.
4. Αντιβιωτική αγωγή ως αναφέρθηκε αποδείχτηκε επαρκής σε 20/25 (80%) περιπτώσεις,
5. Δεν παρατηρήθηκαν θάνατοι σχετιζόμενοι με λοίμωξη από C.d. στον υπό εξέταση πληθυσμό.

283. ΩΡΙΜΟ ΚΥΣΤΙΚΟ ΤΕΡΑΤΩΜΑ ΩΟΘΗΚΗΣ Ο ΠΙΟ ΣΥΧΝΟΣ ΟΓΚΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ-ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ε. Καστή, Μ. Γεωργανάς, Ν. Παπαπαναγιώτου, Ν. Γλεντής, Ε. Τσιομπάνου, Μ. Ζορμπάς, Ε. Σουλούνια, Ε. Δελαπόρτα

Τμήμα Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας, Γ.Ν. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός μας η ανάδειξη των απεικονιστικών χαρακτηριστικών του ώριμου κυστικού τερατώματος ωοθήκης με την χρήση Υπολογιστικής Τομογραφίας (Υ.Τ). Συνώνυμο του όρου ώριμο κυστικό τερατώμα είναι η δερμοειδής κύστη και αποτελεί τον συχνότερο βραδείας εξέλιξης, καλοήθη όγκο των ωοθηκών που προέρχεται από τα γεννητικά κύτταρα. Αποτελεί το 15% επί του συνόλου όλων των νεοπλασιών της ωοθήκης σε όλες τις ηλικίες. Αφορά συνήθως νεαρές γυναίκες έως 30ετών ενώ είναι το συχνότερο νεόπλασμα ωοθηκών σε έφηβες και γυναίκες έως 20 ετών. Τα κύτταρα προέλευσής του εκπορεύονται και από τα τρία βλαστικά δέρματα (ενδόδερμα, μεσόδερμα, εκτόδερμα) και μπορεί να περιέχει δέρμα, τρίχες, σμηγματογόνους αδένες, σμήγμα, αίμα, λίπος, νύχια, οστό, δόντια, χόνδρο και θυρεοειδικό ιστό.
Τα συμπτώματα εξαρτώνται από το μέγεθος. Συνήθως οι διαστάσεις της δερμοειδούς κύστης είναι έως 10εκ και σπάνια ξεπερνά τα 15 εκ. ενώ στο 10-15% έχει αμφοτερόπλευρη εντόπιση. Η συχνότερη επιπλοκή είναι η συστροφή (3-16%)και σπανιότερα η ρήξη (1-4%) και η κακοήθης εξαλλαγή (1-2%)
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 32 ετών με αναφερόμενο ιστορικό πυελικού άλγους παραπέμπεται για ΥΤ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναγνωρίζεται στην ελάσσονα πύελο μονόχωρη κυστική αλλοίωση σαφών ορίων πλαγιοπλάγιας διαμέτρου 10εκ σε επαφή με τα παραμήτρια που φέρει πυκνότητες λίπους και υγρού (με δημιουργία λίπο-υγρικού επιπέδου) και ωοειδής ανομοιογενούς συμπαγούς υφής τοιχωματική αλλοίωση (Rokitanski nodule). Δεν αναγνωρίζονται αποτιτανώσεις. Τα ανωτέρω είναι ενδεικτικά ώριμου κυστικού τερατώματος ωοθήκης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Υ.Τ έχει μεγάλη ευαισθησία (93-98%) στην αναγνώριση της δερμοειδούς κύστεως λόγω ύπαρξης λίπους και αποτιτανώσεων. Η υπερηχοτομογραφία όμως αποτελεί την πρώτη απεικονιστική μέθοδο για την ανάδειξη του ώριμου κυστικού τερατώματος ωοθήκης αποφεύγοντας την έκθεση του νεαρού γυναίκειου πληθυσμού στην ακτινοβολία.

284. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

285. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

Ι. Μητράκος, Ι. Πούλος, Α. Καραμέτος, Α. Νικολόπουλος
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αργολίδας - Ν.Μ. Άργους

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσία σπάνιας εντόπισης μεταστατικής νόσου στο λεπτό έντερο από κακόηθες μελάνωμα.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 68 ετών με γνωστό ιστορικό κακόηθους μελανώματος δέρματος, στη ΔΕ μασχαλιαία χώρα από διετίας, ο οποίος είχε υποβληθεί σε τοπική εκτομή και χημειοθεραπευτική αγωγή, προσήλθε στο τμήμα μας για τον τακτικό απεικονιστικό έλεγχο. Στον από εξαμήνου προηγούμενο έλεγχο με αξονική τομογραφία ο ασθενής παρουσίασε στο πνευμονικό παρέγχυμα πολλαπλές (n: περίπου 20) δευτεροπαθείς εντοπίσεις.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τον τελευταίο απεικονιστικό έλεγχο ο ασθενής παρουσίασε ολιγάριθμες (n:4) μεταστατικές αλλοιώσεις στο ηπατικό παρέγχυμα, η μεγαλύτερη εξ αυτών διαμέτρου 3εκ. Επίσης αναγνωρίστηκε ασύμμετρη εστιακή πάχυνση του τοιχώματος του λεπτού εντέρου στο επίπεδο του ειλεού, με συνοδό μείωση του εύρους του αυλού ενώ επιχωρίως αναγνωρίστηκε παρουσία λεμφαδενικού block. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε FNAτου λεμφαδενικού block, για αποκλεισμό παρουσίας νέας πρωτοπαθούς εξεργασίας. Ο κυτταρολογικός έλεγχος ανέδειξε παρουσία μεταστατικής νόσου από μελάνωμα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το κακόηθες μελάνωμα παρουσιάζει μία ασυνήθη τάση να παρουσιάζει μεταστατική εντόπιση στο επίπεδο του γαστρεντερικού συστήματος. Συγκεκριμένα για το λεπτό έντερο το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 2-5% των ασθενών με μεταστάσεις. Σε περίπτωση αποφρακτικού ειλεού οι ασθενείς υπόκεινται σε χειρουργική αντιμετώπιση. Η μεταστατική νόσος στο λεπτό έντερο από κακόηθες μελάνωμα δέρματος, είναι μία σπάνια θέση εντόπισης, ωστόσο θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση.

286. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΑΔΕΝΑ: ΕΝΑ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΥΧΝΟ ΑΙΤΙΟ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ VIRCHOW

Μ. Σαργιάνου, Κ. Γιαννικοπούλου, Ε. Μυλωνά, Δ. Μίντζιας
Ε' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πιο συχνή αιτία διόγκωσης αριστερού υπερκλείδιου λεμφαδένα (Virchow) σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι ο καρκίνος στομάχου, ενώ ο καρκίνος πνεύμονα, οισοφάγου ή μαστού έχουν επίσης συσχετισθεί. Πιο σπάνια, μεταστατική νόσος σε νεοπλάσματα ωοθηκών, όρχεων ή προστάτη μπορεί να σχετίζονται με λεμφαδένα Virchow.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 62 ετών προσήλθε αιτιώμενος οσφυαλγία με συνοδά ανώδυνη αιματουρία, δεκατική πυρετική κίνηση, τραχηλική διόγκωση αριστερά και αυτόματες εκχυμώσεις από εβδομάδος. Ατομικό αναμνηστικό: αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή. Κλινική εξέταση: ήπια υποξυγοναιμία (Sp02 92%), 140/80mm Hg, 80bpm, 37°C, ψηλαφητές λεμφαδενικές διογκώσεις σε αριστερή τραχηλική χώρα και μικρότερες σε βουβώνες-μασχαλιαίες χώρες, μακροσκοπική αιματουρία, ανώδυνες εκχυμώσεις οσφύος-μηρών, δακτυλική εξέταση προστάτη: διόγκωση-σκληρία δεξιού λοβού, performance status 0, λοιπή εξέταση χωρίς αξιοσημείωτα ευρήματα. Εργαστηριακός έλεγχος: λευκοκυττάρωση, ορθόχρωμη-ορθοκυτταρική αναιμία, θρομβοπενία, αυξημένη LDH, παράταση INR (1,5), αυξημένα δ-διμερή, χαμηλό ινωδογόνο, PSA>100, αιμοσφαιρίνη και αφθονότατα ερυθρά στη γενική ούρων. Ακτινογραφία θώρακος: διόγκωση πυλών άμφω και μικροοζώδης απεικόνιση του πνευμονικού παρεγχύματος, Διενεργήθηκε χειρουργική βιοψία του τραχηλικού λεμφαδένα και προστάτη, η ιστολογική εξέταση των οποίων έδειξε αδενοκαρκίνωμα προστάτη αδένα χαμηλής διαφοροποίησης. Οι αξονικές θώρακος-κοιλίας και το σπινθηρογράφημα οστών απεκάλυψαν λεμφαγγειακή διασπορά στον πνεύμονα, παθολογικά διογκωμένους λεμφαδένες μεσοθωρακίου και ενδοκοιλιακά, που προκαλούν πιεστικά φαινόμενα επί της αριστερής νεφρικής φλέβας και τον σύστοιχο ουρητήρα με διάταση του υπερκείμενου πυελοκαλυκικού συστήματος, διόγκωση με ασαφοποίηση του προστάτη και ασθενής διάκριση αυτού από την ουροδόχο κύστη και το ορθό, πολλαπλές οστεολυτικές εστίες. Επιπλέον, λόγω των αιματολογικών διαταραχών διενεργήθηκε μυελόγραμμα που επιβεβαίωσε διήθηση μυελού από νεοπλασματικά κύτταρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανεύρεση λεμφαδένα Virchow είναι ύποπτη και θα πρέπει να προσανατολίζει τη διαφορική μας διαγνωστική σε αιματολογικές κακοήθειες ή νεοπλάσματα συμπαγών οργάνων. Το ιστορικό παίζει σημαντικό ρόλο στη διαγνωστική προσέγγιση, αλλά τελικά η χειρουργική βιοψία θέτει τη διάγνωση.

287. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΑΚΡΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑΣ WALDENSTROM ΜΕ ΣΠΑΝΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Ι. Μητράκος[1], Ι. Πούλος[1], Γ. Δημάκης[2], Ι. Τσιβίκης[2], Γ. Μουτζούρης[2], Α. Νικολόπουλος[1]

[1]Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αργολίδας - Ν.Μ Άργους, [2]Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. Αργολίδας - Ν.Μ Άργους

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ασθενούς με μακροσφαιριναιμία Waldenstrom.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής, άνδρας 45 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας, αιτιώμενος άλγος στην ΔΕ πλάγια κοιλιακή χώρα καθώς και στην οσφυϊκή χώρα. Παρατηρήθηκε αύξηση της τιμής της κρεατινίνης (cr:1,7 mg/dl), η τιμή του INR ήταν 1,8 ενώ φυσιολογικός ήταν ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα κοιλίας όπου και αναγνωρίστηκε ευμεγέθης υπόηχη μάζα στο ΔΕ περινεφρικό χώρο, καθώς και μικρού βαθμού διάταση του ΠΚΣ του ΔΕ νεφρού και του σύστοιχου ουρητήρα. Ακολούθως διενεργήθηκε απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία κοιλίας όπου αναδείχτηκε σκιαγραφικά ενισχυόμενη μάζα, που καταλάμβανε το μεγαλύτερο τμήμα του ΔΕ περινεφρικού χώρου και περιβρόγχιζε το ΔΕ νεφρό, τον ΔΕ ουρητήρα και τα σύστοιχα νεφρικά αγγεία. Επίσης παρατηρήθηκε block παραορτικών λεμφαδένων. Διενεργήθηκε παρακέντηση (FNB) για ιστολογική ταυτοποίηση όπου και ανέδειξε μακροσφαιριναιμία Waldenstrom.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μακροσφαιριναιμία Waldenstrom είναι μία νεοπλασματική νόσος, που οφείλεται στην κλωνική υπερπλασία των λεμφοπλασματοκυττάρων και χαρακτηρίζεται από παραγωγή μονοκλωνικής ανοσοσφαιρίνης Μ (IgM) που χαρακτηρίζεται από την διήθηση του μυελού των οστών και των λεμφαδένων. Η περινεφρική εντόπιση της μακροσφαιριναιμίας Waldenstrom είναι σπάνια ωστόσο θα πρέπει να τίθεται στη Δ.Δ. των περινεφρικών όγκων έτσι ώστε ο ασθενής να υποβληθεί στην κατάλληλη θεραπεία αποφεύγοντας άσκοπους χειρουργικούς χειρισμούς.

288. ΕΛΑΣΤΟΪΝΩΜΑ: ΣΠΑΝΙΟΣ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Ν. Μπαλταγιάννης[1], Ε. Νικολαΐδης[1], Π. Μπατίκα[2], Α. Λαγουδέλλης[1], Χ. Ντούβλης[1], Χ. Πεταλά[1], Ε. Λάμπρου[3], Σ. Καλίνογλου[4], Γ. Γαλανόπουλος[2], Ν. Καλαντζή[4], Μ. Γρηγοράτου[4], Ε. Αφουξενίδου[4], Δ. Αναγνωστόπουλος[1], Ν. Μπολάνος[1], Α. Χατζημιχάλης[1]

[1]Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», [2]Παθολογοανατομικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», [3]Μικροβιολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», [4]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ελαστοίνωμα του οπισθίου θωρακικού τοιχώματος είνα καλοήθης όγκος μεσεγχυματογενούς προέλευσης που εντοπίζεται στην κάτω γωνία της ωμοπλάτης μεταξύ του πρόσθιου οδοντωτού και του πλατέος ραχιαίου μυός. Η ανάπτυξή του αποδίδεται στη χρόνια και επαναλαμβανόμενη τριβή της γωνίας της ωμοπλάτης και την παραγωγή ελαστικού ιστού από τους ινοβλάστες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα τελευταία 15 χρόνια αντιμετωπίσαμε χειρουργικά 54 ασθενείς με ελαστοίνωμα ωμοπλάτης 40 άνδρες και 14 γυναίκες, ηλικίας 42-74 ετών. Οι ασθενείς προσήλθαν αναφερόμενοι άλγος κατά την κίνηση της ωμικής ζώνης ενώ ορισμένοι εντόπισαν μάζα μαλακής υφής η οποία εξαφανίζετο με την κίνηση της ωμοπλάτης. Η τυπική εντόπιση της μάζας και η σύσταση αυτής και γενικώτερα η κλινική εικόνα έθετε τη διάγνωση με αποτέλεσμα να μην απαιτείται προεγχειρητική βιοψία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αφαίρεση του όγκου εγένετο enbloc και η μέση νοσηλεία των ασθενών ήταν 6 ημέρες. Μία ασθενής νοσηλεύθηκε επί 17 ημέρες λόγω επιμόλυνσης του τραύματος. Η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών ήταν ανεπίπλεκτη. Ουδείς ασθενής υποτροπίασε. Η κινησιοθεραπεία του σύστοιχου ώμου με εκκρεμοειδείς κινήσεις άμεσα μετά την επέμβαση διασφαλίζει άριστη λειτουργικότητα της κατ΄ώμον αρθρώσεως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ελαστοϊνωμα του ώμου είναι ένας καλοήθης όγκος που σπανιότατα υποτροπιάζει. Ωστόσο η εντόπιση αυτού στη γωνία της ωμοπλάτης και μεταξύ ισχυρών μυϊκών ομάδων του οπισθίου θωρακικού τοιχώματος απαιτεί χειρουργική εμπειρία και enbloc αφαίρεση, ώστε να εξασφαλισθεί το βέλτιστο μετεγχειρητικό λειτουργικό αποτέλεσμα.

289. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΙΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ι. Παπαϊωάννου[1], Γ. Πανταζίδου[2]

[1]Ορθοπεδική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, [2]ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα εργασία αποτυπώνονται με σαφήνεια και αναλυτικά οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο της υγείας των ασθενών, διερευνάται αν οι ανισότητες στην υγεία αυξήθηκαν ή μειώθηκαν και τέλος αναλύεται η διαμόρφωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας μετά τις περικοπές και την δημοσιονομική προσαρμογή των δαπανών της υγείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα γι' αυτή τη μελέτη συλλέχθηκαν κυρίως μέσα από αναζητήσεις από βάσεις δεδομένων όπως google και pubmed, ενώ προτιμήθηκαν πρόσφατες εργασίες τόσο στην αγγλική όσο και στην Ελληνική γλώσσα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αν και είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθούν οι επιπτώσεις της μείωσης των δαπανών υγείας σε σχέση με το επίπεδο της υγείας των Ελλήνων πολιτών υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για την υποβάθμιση αυτού. Ενδεικτικά αναφέρονται οι εξάρσεις των ιώσεων και η αναζωπύρωση των κρουσμάτων φυματίωσης, ενώ οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των Ελλήνων είναι τεράστιες. Η υποχρηματοδότηση της υγείας, η υποστελέχωση των δημόσιων δομών, οι πρόωρες συνταξιοδοτήσεις, οι συγχωνεύσεις δομών υπηρεσιών υγείας, η ανεπάρκεια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και η τεράστια αύξηση της ζήτησης οδήγησε σε μεγάλη δυσλειτουργία του συστήματος υγείας και ειδικότερα στα νοσηλευτικά ιδρύματα που κλήθηκαν να σηκώσουν όλο το φορτίο της ιατρικής φροντίδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η οικονομική κρίση και οι τεράστιες αλλαγές που προκάλεσε στο σύστημα υγείας οδήγησαν σε διόγκωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Έτσι, οι ευπαθείς ομάδες αντιμετώπισαν ιδιαίτερο πρόβλημα στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας και οι ανισότητες αφορούσαν τόσο την ποσότητα όσο και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, σχετικά πρόσφατα έγιναν ορισμένες νομοθετικές ρυθμίσεις με σκοπό την μείωση αυτών των ανισοτήτων και την εδραίωση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό για όλους.

290. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ι. Παπαϊωάννου[1], Γ. Πανταζίδου[2], Ι. Κώστογλου-Αθανασίου[3]

[1]Ορθοπεδική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, [2]ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, [3]Διευθύντρια Ενδοκρινολογικής κλινικής Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα μελέτη προσδιορίζουμε με σαφήνεια τον ορισμό της συμμόρφωσης στην θεραπεία, καταγράφουμε τους τρόπους αξιολόγησής της, αναλύουμε τους παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν και αναφέρουμε τις πιθανές συνέπειες της κακής συμμόρφωσης. Επιπλέον, παρουσιάζουμε ένα πλαίσιο παρεμβάσεων που πιθανόν να συμβάλλει στην συμμόρφωση, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων ασθενών, ενώ ιδιαίτερη μνεία γίνεται στην συμμόρφωση του διαβήτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα για την βιβλιογραφική αυτή ανασκόπηση συλλέχθηκαν μέσα από αναζητήσεις στην ιστοσελιδά "Pubmed" και ως λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν οι εξής: «compliance in chronic disease treatment, importance of compliance in treatment, factors affecting medication adherence in elderly people, interventions to improve medication adherence, compliance in chronic disease treatment, adherence to diabetes treatment, importance of compliance in treatment of diabetes». Προτιμήθηκαν άρθρα με ανασκοπήσεις, μεταναλύσεις καθώς και πρόσφατα δημοσιευμένες εργασίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βρέθηκε ότι η κακή συμμόρφωση στην θεραπεία των χρόνιων ασθενών προκαλεί επιδείνωση της νόσου και πιθανή εισαγωγή σε νοσοκομείο και κατ' επέκταση απώλεια της λειτουργικότητας, ιδίως για τους ηλικιωμένους. Επιπλέον, η μη συμμόρφωση οδηγεί σε πολυφαρμακία και απόσυρση προηγουμένως ασφαλών σκευασμάτων ως αναποτελεσματικά. Όσον αφορά τον διαβήτη, η συμμόρφωση στην θεραπεία με άσκηση, δίαιτα και δισκία κρίνεται ανεπαρκής. Ωστόσο, τα δεδομένα αλλάζουν για την ινσουλίνη που παρουσιάζει αρκετά καλή συμμόρφωση τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Τέλος, από πολλές μελέτες προκύπτει ότι η συμμόρφωση στην θεραπεία του διαβήτη μειώνει την συνολική νοσηρότητα και θνησιμότητα, μειώνοντας επίσης την επισκεψιμότητα στα νοσοκομεία καθώς και τις δαπάνες υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι παράγοντες που επηρεάζουν την συμμόρφωση είναι κοινωνικοοικονομικοί, παράγοντες σχετιζόμενοι με την θεραπεία και την ασθένεια, καθώς και παράγοντες σχετιζόμενοι με τους ασθενείς. Το κόστος της αγωγής πρέπει να λογίζεται ως ανεξάρτητος, ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν χορηγείται θεραπεία, ενώ για τους ηλικιωμένους ασθενείς απλές συμπεριφορικές παρεμβάσεις είναι αρκετές να αυξήσουν την συμμόρφωση.

291. Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Χ. Μπελετσιώτη, Δ. Νιάκας
Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση των τάσεων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας των κατοίκων της Ελλάδας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 6172 και 8223 συμμετέχοντες στις Εθνικές Έρευνες Υγείας, που διεξήγαγε η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) σε άτομα άνω των 15 ετών, το 2009 και το 2014, δηλαδή πριν και μετά την εφαρμογή των μνημονιακών πολιτικών. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με συνέντευξη βάσει δομημένου ερωτηματολογίου και για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν ανωνυμοποιημένα μικροδεδομένα που αποκτήθηκαν από την ΕΛΣΤΑΤ κατόπιν αιτήματος. Το στατιστικό κριτήριο χ2 χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη των κατηγορικών μεταβλητών, το t-test για τη μελέτη των συνεχών μεταβλητών και το Mann-Whitney U test για τη σύγκριση των κατανομών των διακριτών μεταβλητών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 52,9 έτη το 2009 και 53,8 έτη το 2014, ενώ άνδρες ήταν το 39,1% και το 41,3% αντίστοιχα. Συγκρίνοντας συγκεκριμένους δείκτες χρήσης των υπηρεσιών υγείας, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση: στον αριθμό των ημερών που κάποιος εισήχθη στο νοσοκομείο για νοσηλεία ημέρας τους 12 προηγούμενους μήνες (p=0,000), στον αριθμό των επισκέψεων σε ιατρό Γενικής Ιατρικής/Οικογενειακό Ιατρό (p=0,043) και σε Ειδικό Ιατρό (p=0,000) τις προηγούμενες 4 εβδομάδες, ενώ δε σημειώθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή στον αριθμό των ημερών νοσηλείας/διανυκτερεύσεων κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο (p=0,189).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκε μείωση στη χρήση των υπηρεσιών μετά από την εφαρμογή των πολιτικών λιτότητας. Η διερεύνηση των μηχανισμών επίδρασης των μέτρων κοινωνικής πολιτικής στη χρήση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να αναδείξει το βέλτιστο μείγμα κοινωνικο-οικονομικών πολιτικών και τους τρόπους άμβλυνσης των ανισοτήτων.

292. ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Η. Κοντούδης[1], Γ. Τρίμης[1], G. Bencina[2]
[1]MSD Greece, [2]MSD Spain

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο εμβολιασμός είναι αποδεδειγμένα ο πιο αποτελεσματικός τρόπος πρόληψης και με το λιγότερο δυνατό κόστος. Παρόλα αυτά, η δαπάνη για τον εμβολιασμό παραμένει σχετικά χαμηλή στις περισσότερες χώρες. Ο σκοπός αυτής της ανάλυσης είναι να υπολογίσουμε το κόστος εμβολιασμού στην Ελλάδα και τον αντίκτυπο στη δημόσια δαπάνη μίας αυξανόμενης εμβολιαστικής κάλυψης, σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ).
ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο υπολογισμός του κόστους εμβολιασμού για την Ελλάδα έγινε μέσω ενός μοντέλου. Η δαπάνη εμβολιασμού υπολογίστηκε βάση της ανάλυσης δημογραφικών δεδομένων, ποσοστών εμβολιαστικής κάλυψης, των τιμών των εμβολίων και άλλων υγειονομικών δαπανών. Για το ατομικό κόστος δια βίου εμβολιασμού, επιλέχθηκε η θεώρηση ότι κάθε άτομο εμβολιάζεται σε πλήρη συμμόρφωση με το ΕΠΕ. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε για την περίοδο 2019-2023.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το συνολικό κόστος εμβολιασμού στην Ελλάδα για το 2019 υπολογίστηκε στα €123.285.561, ποσό που αντιπροσωπεύει το 0,85% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Το κόστος εμβολιασμού ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της ζωής του σε πλήρη συμμόρφωση με το ΕΠΕ ανέρχεται στα €1.241 για εμβολιασμό έναντι 17 αντιγόνων για τους άνδρες και στα €15.98 για εμβολιασμό έναντι 18 αντιγόνων για της γυναίκες. Μία αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης για συγκεκριμένα εμβόλια μέχρι το 2023 θα είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους στα €138.250.229, αντιπροσωπεύοντας το 0,95% των συνολικών δημόσιων δαπανών για την υγεία.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα αυτής της ανάλυσης καταδεικνύουν ότι ο εμβολιασμός σχετίζεται ακόμα με ένα πολύ μικρό ποσό επένδυσης στην Ελλάδα. Ακόμα και με αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης, το κόστος αυτό θα αντιπροσωπεύει λιγότερο από 1% της δαπάνης για την υγεία. Η βελτίωση της εμβολιαστικής κάλυψης είναι υψίστης σημασίας για το σύστημα υγείας, ιδιαίτερα σε περιόδους όπου οι φορείς προσπαθούν να εντοπίσουν λύσεις για αποδοτικότερη χρήση των χρηματοοικονομικών πόρων του συστήματος, απαιτώντας τη δέσμευση για την επένδυση των απαραίτητων πόρων στην εφαρμογή των εμβολιαστικών προγραμμάτων.

293. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΗΣ 116 ΠΤΕΡΥΓΑΣ ΜΑΧΗΣ

Σ. Ναούμ[1], Θ. Κωνσταντινίδης[2]

[1]Υγειονομική Υπηρεσία, 116 Πτέρυγα Μάχης, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

ΣΚΟΠΟΣ: Δεδομένου ότι η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται σημαντικός δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, διερευνήθηκε η ικανοποίηση των χρηστών/ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας της Υγειονομικής Υπηρεσίας (Υ.Υ.) της 116ΠΜ.

ΥΛΙΚΟ: 126 άτομα του προσωπικού της μονάδας που προσέρχονταν τυχαία στην Υ.Υ. όλο το 24ωρο, το διάστημα Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2019, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο «Μέτρηση της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων νοσοκομείου» των Αλετρά, Ζαχαράκη &Νιάκα. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS 22.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η βαθμολογία ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό είχε μέση τιμή (μ.τ.) 81,8% (SD=17,8%), το ιατρείο-εξεταστήριο 72,9%, (SD=15,8%), το νοσηλευτικό προσωπικό/γραμματειακή υποστήριξη (Ν.Π./Γ.Υ.) 67,7%, (SD=20,2%), το αναρρωτήριο, μ.τ. 35,2%, (SD=31,3%), ενώ η συνολική ικανοποίηση είχε μ.τ. 68,6%, (SD=13,6). Οι συμμετέχοντες ήταν σημαντικά πιο ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό συγκριτικά με το ιατρείο-εξεταστήριο ($p < 0,001$), το Ν.Π./Γ.Υ. ($p < 0,001$) και το αναρρωτήριο ($p < 0,001$). Οι συμμετέχοντες ήταν σημαντικά πιο ικανοποιημένοι από το ιατρείο-εξεταστήριο συγκριτικά με το Ν.Π./Γ.Υ. ($p=0,005$) και το αναρρωτήριο ($p < 0,001$). Η ικανοποίηση από το Ν.Π./Γ.Υ. ήταν σημαντικά μεγαλύτερη συγκριτικά με την ικανοποίηση από το αναρρωτήριο ($p < 0,001$). Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων σχεδόν των βαθμολογιών ικανοποίησης. Υπήρξε σημαντική συσχέτιση της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων με την ικανοποίησή τους ($r=-0,18$, $p=0,048$), ενώ δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες ικανοποίησης ανάλογα με φύλο, εκπαίδευση, συχνότητα επισκέψεων, το λόγο επίσκεψης, την ηλικία και το εισόδημα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκε υψηλός βαθμός ικανοποίησης των χρηστών για τη λειτουργία της Υ.Υ., εκτός από το αναρρωτήριο. Όσο πιο ικανοποιημένοι ήταν οι συμμετέχοντες σε έναν τομέα, τόσο πιο ικανοποιημένοι φαίνεται ότι ήταν και στους υπόλοιπους. Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για τη επισήμανση παραγόντων που θα βελτιώσουν των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε στρατιωτικές μονάδες.

294. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ζ. Μπιτσώρη[1], Δ. Μπαλάσκα[2], Δ. Καραφέρης[3], Γ. Δημογέροντας[4], Ι. Πολλάλης[5], Ε. Αγγελακόπουλος[6]

[1]Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», [2]Οικονομική Διεύθυνση, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [3]Οικονομική Διεύθυνση, 1η ΥΠΕ Αττικής, [4]Νευροχειρουργική Κλινική Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Εγκεφάλου και Σπονδυλικής Στήλης, Metropolitan Hospital, [5]Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, [6]Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη αυτή έχει ως αντικείμενο τη διερεύνηση των διεργασιών παραγωγής και την αποφυγή τυχόν αποκλίσεων καθώς και την εύρεση καλύτερων δυνατοτήτων για την κάλυψη των προδιαγραφών των ασθενών και του προσωπικού που απασχολείται στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας της Π.Φ.Υ. Γενικότερα, στηρίζεται στην άποψη ότι πολλές λειτουργίες και ιεραρχικά επίπεδα θα πρέπει να συμμετέχουν τόσο στην ανάλυση των προβλημάτων όσο και στην επίλυσή τους.
ΥΛΙΚΟ: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και στη διεθνή βιβλιογραφία καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η βάση της βελτίωσης της ποιότητας σύμφωνα με τον Gilbert είναι η πρόληψη των ίδιων λαθών, η πρόληψη της διάδοσης των λαθών στα επόμενα στάδια της παροχής της υπηρεσίας υγείας και η διακοπή της μέχρι να εξακριβωθεί το λάθος που έχει γίνει. Κύρια στοιχεία για τη βελτίωση της ποιότητας και τη λήψη των κατάλληλων μέτρων είναι η λεπτομερής και συστηματική καταγραφή και ανάλυση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων τους, οι δεσμεύσεις του προσωπικού και η υποστήριξη της διοίκησης του οργανισμού.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά κύριο λόγο η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει τους ασθενείς που «καταναλώνουν» τις υπηρεσίες αυτές. Επιπλέον, η ποιότητα ενδιαφέρει και αυτούς που «παράγουν» υπηρεσίες φροντίδας υγείας, δηλαδή τους επαγγελματίες υγείας, τους διοικητικούς, αυτούς που επιβαρύνονται με το κόστος των υπηρεσιών (κράτος και ασφαλιστικοί φορείς) και την κοινωνία εν γένει. Τα οφέλη που προκύπτουν από την ολοένα και καλύτερη ποιότητα μπορεί να είναι είτε υγειονομικά, είτε κοινωνικά ή ακόμα και οικονομικά.

295. ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Δ. Μπαλάσκα[1], Ι. Πολλάλης[2], Δ. Καραφέρης[3], Γ. Δημογέροντας[4], Ζ. Μπιτσώρη[5], Ε. Αγγελακόπουλος[6], Μ. Ζησοπούλου[1]

[1]Οικονομική Διεύθυνση, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [2]Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, [3]Οικονομική Διεύθυνση, 1η ΥΠΕ Αττικής, [4]4 Νευροχειρουργική Κλινική Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Εγκεφάλου και Σπονδυλικής Στήλης, Metropolitan Hospital, [5]Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», [6]Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας

ΣΚΟΠΟΣ: Η υψηλή απόδοση των ιατρών σ΄ ένα Δημόσιο Νοσοκομείο, επιτυγχάνεται μέσω της εκπλήρωσης διαφόρων προϋποθέσεων όπως είναι η επιλογή ικανών ιατρών, η προμήθεια κατάλληλου εξοπλισμού και η επίτευξη σωστής καθοδήγησης. Η βελτίωση της συνολικής απόδοσης του ιατρικού προσωπικού μπορεί να επιτευχθεί με τη βοήθεια της υποκίνησης. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η παρουσίαση των κυριότερων θεωριών υποκίνησης και η κριτική θεώρησή τους κατά την εφαρμογή τους στους Ιατρών των Δημόσιων Νοσοκομείων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η υποκίνηση των ιατρών στα Δημόσια Νοσοκομεία έχει γίνει αντικείμενο μελέτης πολλών σύγχρονων ερευνητών οι οποίοι συμφωνούν πως τα κίνητρα τους κατατάσσονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία αυτή καθ' εαυτή. Η δεύτερη ομάδα κινήτρων είναι αυτή που αφορά τους παράγοντες ανταμοιβής. Στην τρίτη ομάδα κινήτρων περιλαμβάνονται πέντε παράγοντες που αφορούν τους συνεργάτες των ιατρών και τέλος, στην τέταρτη ομάδα κινήτρων ανήκουν τρεις παράγοντες που αφορούν τα επιτεύγματα των ιατρών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διάφορες θεωρίες που έχουν διατυπωθεί γύρω από τις πρακτικές υποκίνησης. Όμως, οι θεωρίες αυτές δεν επιβεβαιώνονται πλήρως στο χώρο των Δημόσιων Νοσοκομείων και ειδικότερα στην ομάδα των Ιατρών που υπηρετούν σ' αυτά. Το φαινόμενο αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι ακόμα και σήμερα οι Ιατροί των Δημόσιων Νοσοκομείων διέπονται από υψηλά ιδανικά και προσπαθούν να φέρουν σε πέρας το λειτούργημά τους, παρ' όλη την οικονομική εξαθλίωση.

296. Ο ΗΓΕΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ

Ζ. Μπιτσώρη[1], Ε. Αγγελακόπουλος[2], Δ. Καραφέρης[3], Γ. Δημογέροντας[4], Ι. Πολλάλης[5], Δ. Μπαλάσκα[6]

[1]Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», [2]Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας, [3]Οικονομική Διεύθυνση, 1η ΥΠΕ Αττικής, [4]Νευροχειρουργική Κλινική Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Εγκεφάλου και Σπονδυλικής Στήλης, Metropolitan Hospital, [5]Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, [6]Οικονομική Διεύθυνση, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καρκίνος απαιτεί ομαδική συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας. Ζωτικής σημασίας είναι ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του καρκίνου καθώς εμπλέκεται σε όλα τα επίπεδα όπως είναι η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία, αλλά και η φροντίδα και η υποστήριξη των καρκινοπαθών και των οικογενειών τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να τονιστεί ο ηγετικός ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση των καρκινοπαθών ασθενών.

ΥΛΙΚΟ: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και στην διεθνή βιβλιογραφία καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξειδικευθεί στην ογκολογία προκειμένου να είναι ικανός να ανταπεξέλθει στον δύσκολο αυτό ρόλο. Ο ογκολογικός νοσηλευτής θα πρέπει να συμβάλλει στην αύξηση της ποιοτητας του ασθενή. Επίσης, θα πρέπει να ικανός να αντιμετωπίσει τον καρκινικό πόνο, να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές διακυμάνσεις, τα ηθικά προβλήματα, την καχεξία και ειδικότερα να φροντίσει τον καρκινοπαθή ολιστικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο, δημιουργώντας την κατάλληλη ατμόσφαιρα. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να στηρίξει τον ασθενή στην πιο δύσκολη μάχη της ζωής του. Οι ασθενείς απο την πλευρά τους απαιτούν από τους νοσηλευτές να έχουν την κατάλληλη συμπεριφορά αλλά και γνώσεις. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν ευαισθησία, ενσυναίσθηση, ικανότητες επικοινωνίας και κατάλληλη εκπαίδευση που να προάγει το περιβάλλον εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

297. Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΕΣΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δ. Μπαλάσκα[1], Ι. Πολλάλης[2], Δ. Καραφέρης[3], Γ. Δημογέροντας[4], Ζ. Μπιτσώρη[5], Ε. Αγγελακόπουλος[6], Μ. Ζησοπούλου[1]

[1]Οικονομική Διεύθυνση, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [2]Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστημίο Πειραιώς, [3]Οικονομική Διεύθυνση, 1η ΥΠΕ Αττικής, [4]Νευροχειρουργική Κλινική Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Εγκεφάλου και Σπονδυλικής Στήλης, Metropolitan Hospital, [5]Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», [6]Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα στο πέρασμα των ετών. Στην Ελλάδα από το 1983 έως και σήμερα λειτουργεί το ΕΣΥ που χαρακτηρίζεται ως ένα μεικτό σύστημα υγείας. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και παρέχουν δωρεάν ή επιδοτούμενη φροντίδα υγείας σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού (γύρω στο 65-70%). Επιπλέον υπάρχει και ο ιδιωτικός τομέας ο οποίος έχει αυξηθεί σημαντικά ως προς το μέγεθος και την παρεχόμενη κάλυψη.
ΥΛΙΚΟ: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και στη διεθνή βιβλιογραφία καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα δεδομένα που υφίστανται στις μέρες μας για την λειτουργία του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, αυτό που αρχικά προκύπτει, είναι πως από τα τέλη της δεκαετίας του 2000 και παρά τον μεγάλο αριθμό νομοθετικών πρωτοβουλιών, ο τομέας της υγείας της Ελλάδας, αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα τα οποία δυστυχώς έως και τις μέρες μας, δεν έχουν αντιμετωπιστί επαρκώς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η απουσία ενός καθολικού και ολοκληρωμένου συστήματος υγείας ή γενικότερα μιας εκσυγχρονισμένης στρατηγικής που να εξασφαλίζει, αφενόςρύθμισής κανόνων πρόσβασης, έλεγχο ποιότητας και μηχανισμούς συνεχούς βελτίωσης των διαδικασιών και αφετέρου παροχή κινήτρων ενθαρρυντικών προς τους λειτουργούς υγείας για άσκηση ορθής ιατρικής περίθαλψης, με όσο το δυνατόν μικρότερη χρήση οικονομικών πόρων, αποτελούν αντιξοότητες που προϋπήρχαν και πριν της οικονομικής κρίσης, δηλαδή το έτος 2012.

298. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δ. Μπαλάσκα[1], Ι. Πολλάλης[2], Δ. Καραφέρης[3], Γ. Δημογέροντας[4], Ζ. Μπιτσώρη[5], Ε. Αγγελακόπουλος[6]
[1]Οικονομική Διεύθυνση, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [2]Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστημίου Πειραιώς, [3]Οικονομική Διεύθυνση, 1η ΥΠΕ Αττικής, [4]Νευροχειρουργική Κλινική Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Εγκεφάλου και Σπονδυλικής Στήλης, Metropolitan Hospital, [5]Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», [6]Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να ερευνήσει το ρόλο του κοινωνικού κεφαλαίου στη διαδικασία της οικονομικής ανάπτυξης στο χώρο της υγείας.
ΥΛΙΚΟ: Το υλικό της παρούσας εργασίας στηρίζεται στην μελέτη έντυπων και ηλεκτρονικών διεθνών βάσεων δεδομένων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η καλή κατάσταση υγείας είναι συνδεδεμένη με την πρόσβαση στο κοινωνικό κεφάλαιο. Το κοινωνικό κεφάλαιο αλληλεπιδρά με τη δημόσια υγεία και για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει οι φορείς να συνεργαστούν με την κυβέρνηση.Οι σύγχρονες ασθένειες όπως είναι τα τροχαία και ο αλκοολισμός αποτελούν παθολογικές συμπεριφορές και μπορούν να αντιμετωπιστούν ή ακόμα καλύτερα να προληφθούν.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί ατομικό αγαθό και πηγάζει από τη συμμετοχή του ατόμου σε οργανωμένα δίκτυα. Ουσιαστικά, το κοινωνικό κεφάλαιο είναι η εμπιστοσύνη των ατόμων στις ανθρώπινες σχέσεις που μετατρέπεται σε δημόσια συμπεριφορά. Η δημόσια υγεία είναι συνισταμένη μιας συλλογικής προσπάθειας, ως εκ τούτου είναι αποτέλεσμα της οργάνωσης στον χώρο της υγείας, του βιοτικού επιπέδου καθώς και της μορφωτικής-πολιτιστικής ανάπτυξης του πληθυσμού. Έτσι, το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μία δυναμική εκπαιδευτική και πολιτισμική συνισταμένη που μπορεί να προάγει την υγεία μέσα από την πρόληψη. Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό της κοινωνίας και προϋποθέτει την κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη. Εθνικοί οργανισμοί καλούνται καθημερινά να συμβάλλουν στην προσπάθεια καταπολέμησης της ανισότητας ως προς την πρόσβαση στην υγεία και να σχεδιάσουν πολιτικές για την προστασία της υγείας των πολιτών.

299. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Δ. Καραφέρης[1], Δ. Μπαλάσκα[2], Γ. Δημογέροντας[3], Ζ. Μπιτσώρη[4], Ε. Αγγελακόπουλος[5]

[1]Οικονομική Διεύθυνση, 1η ΥΠΕ Αττικής, [2]Οικονομική Διεύθυνση, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [3]Νευροχειρουργική Κλινική Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Εγκεφάλου και Σπονδυλικής Στήλης, Metropolitan Hospital, [4]Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», [5]Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης αυτής είναι σύγκριση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας της Ελλάδας σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές Χώρες. Στον τομέα της υγείας είναι πάρα πολύ σημαντική η επαναξιολόγηση στην πορεία της συνεχούς μάθησης και βελτίωσης μέσα από την εφαρμογή διοικητικών πρακτικών σε συστήματα υγείας.
ΥΛΙΚΟ: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και στη διεθνή βιβλιογραφία καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έχει διαπιστωθεί ότι οι Έλληνες έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά στην υγεία τους συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες της Δυτικής Ευρώπης, όπως η Ολλανδία, η Σουηδία και η Μ. Βρετανία. Το Ινστιτούτο και το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με τη Metron Analysis πραγματοποίησαν μια πανελλήνια έρευνα για την υγεία, την ποιότητα ζωής και τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους Έλληνες με συνεντεύξεις σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.000 ατόμων άνω των 18 ετών. Η έρευνα αυτή έδειξε ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής περικλείει πολλές πτυχές της υγείας˙ τη σωματική, τη συναισθηματική, την κοινωνική και την ευημερία.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Ελλάδα μπορεί να κατέχει την πρωτιά σε αριθμό επαγγελματιών υγείας συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, ωστόσο υστερεί κατά πολύ στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Από σχετική έρευνα είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι μεταξύ των 33 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης η Ελλάδα είχε την 23η θέση. Τα πιο φιλικά προς τους ασθενείς συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με την έρευνα, είχαν η Δανία, η Ισλανδία και η Αυστρία.

300. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΙ ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΤΟΥΣ;

Α. Παπαϊωάννου[1,2], Ε. Χατζημανώλης[1,3], Κ. Καρακούλα[4], Γ. Ζέρβας[5], Δ. Γουγουρέλας[1,6], Δ. Καγκελίδης[7], Α. Μποτσκαρίοβα[8], Ζ. Τσίμτσιου[1,4]

[1]Επιτροπή Έρευνας Ελληνικής Εταιρείας Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής, [2]Κέντρο Υγείας (ΚΥ) Ν. Μάκρης, [3]Περιφερικό Ιατρείο (ΠΙ) Αιανής, Κοζάνη, [4]ΚΥ Ευόσμου, Θεσσαλονίκη, [5]ΠΙ Αυλωναρίου, Εύβοια, [6]ΠΙ Γκούρας, Κορινθία, [7]ΠΙ Λαβάρων, Έβρος, [8]ΚΥ Κασσανδρίας, Χαλκιδική

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν η περιγραφή των χαρακτηριστικών των χρηστών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), καθώς και των λόγων προσέλευσής τους, σε μια προσπάθεια καταγραφής των αναγκών και καλύτερης οργάνωσης της ΠΦΥ.

ΥΛΙΚΟ: Συμμετείχαν 23 ιατροί (Νομοί: Αττικής, Θεσσαλονίκης, Πιερίας, Εύβοιας, Καρδίτσας, Κορινθίας, Ηρακλείου, Χαλκιδικής, Ξάνθης και Έβρου). Προσκλήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο της μελέτης τρία άτομα ημερησίως από κάθε ιατρείο, που επιλέχθηκαν με τη βοήθεια γεννήτριας τυχαίων αριθμών, επί 30 συνεχόμενες εργάσιμες ημέρες. Για την καταγραφή των λόγων προσέλευσης χρησιμοποιήθηκε η Παγκόσμια Ταξινόμηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (ICPC-2).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμμετείχαν 1.571 άτομα (ποσοστό ανταπόκρισης 75,9%), μέσης ηλικίας 59,8 ετών (±15,2. ελαχ.18-μεγ.94), 61,4% (965) γυναίκες. Είχαν κατά διάμεσο τιμή 10 έτη εκπαίδευσης (IQR 6), 73,1% (1148) έγγαμοι, 90,5% (1421) με ασφαλιστική κάλυψη. Καπνιστές ήταν 22,2% (348), ενώ παχύσαρκοι (BMI>40) 8,8% (139). Παρουσίαζαν: αρτηριακή υπέρταση 38,5% (604), σακχαρώδη διαβήτη 19,4% (304), βρογχικό άσθμα 5,8% (91), χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια 5% (78), ιστορικό κακοήθειας το 4,5% (70). Φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων με χρόνια προβλήματα υγείας δήλωσαν 16% (251). Το 46,6% (732) προσήλθαν για συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής, ενώ 24,9% (391) για κάποια προληπτική διαδικασία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το κάπνισμα και η παχυσαρκία αποτελούν αντικείμενα στα οποία οι επαγγελματίες της ΠΦΥ οφείλουν να παρεμβαίνουν με κάθε αφορμή επίσκεψης. Η συνταγογράφηση αποτελεί ένα μεγάλο κομμάτι της ΠΦΥ, όμως ένα σημαντικότερο μέρος της είναι η ευκαιρία για πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη και αποτελεσματική ρύθμιση των χρονίων νοσημάτων μέσα από την ανθρωποκεντρική προσέγγιση του κάθε χρήστη της.

301. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΛΦΑΒΗΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ Ν.Θ.Π. Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ

Ν. Διαμαντοπούλου, Ε. Σίμου

Τμήμα Πολίτικων Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθεί η επίδραση που έχει στο χρήστη των υπηρεσιών υγείας του Νοσοκομείου Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος», ο αλφαβητισμός στην υγεία καθώς και πως επηρεάζεται από αυτόν η επικοινωνία και αναπόφευκτα η σχέση ιατρού -ασθενούς.

ΥΛΙΚΟ: Το χρονικό διάστημα Μαρτίου- Ιουλίου 2019, προσεγγίστηκαν με τυχαία δειγματοληψία 220 λήπτες υπηρεσιών υγείας που επισκέφτηκαν τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου. Με τη διενέργεια προσωπικής συνέντευξης κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που εκφράζουν τις απόψεις τους σχετικά με την επικοινωνία και σχέση ιατρού ασθενούς καθώς και σχετικά με τον αλφαβητισμό στην υγεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 80,9% των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσε ότι έχει καλή/πολύ καλή επικοινωνία με τον ιατρό του και το 80% ότι τον εμπιστεύεται απόλυτα. Επίσης, 88,1% των ερωτηθέντων πάντα/συχνά θεωρεί ότι ο ιατρός, τους ακούει με προσοχή και σε ποσοστό 66,8% πάντα/συχνά ότι απαντά στις απορίες και τις ερωτήσεις τους, ενθαρρύνοντας τους να μιλήσουν για τα συναισθήματα και τους φόβους τους. Σε ποσοστό 90% πάντα/συχνά διαβάζουν τα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεων, ενώ μόνο το 8,6% πάντα τα καταλαβαίνει. Ποσοστό 58,2% των ερωτηθέντων ζητάει τηλεφωνικά διευκρινήσεις από το γιατρό του, μετά την επίσκεψη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα άτομα με υψηλό επίπεδο αλφαβητισμού στην υγεία είναι πιο αποτελεσματικά στη διαχείριση της ασθένειας και συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την προάσπιση της υγείας τους. Η ενδυνάμωση και ενίσχυση με δεξιότητες επικοινωνίας είναι σημαντική τόσο για την αποτελεσματική διαχείριση των νοσημάτων όσο και για την προστασία και την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών.

302. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΔΙΑΥΧΕΝΙΚΟΥ ΚΟΧΛΙΑ ΣΕ ΠΩΡΩΘΕΝ ΔΙΑΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ 5 ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΗ ΗΛΩΣΗ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Γιώτης[1], Δ. Οικονόμου[1], Α. Αβδελίδου[2], Π. Παπαδόπουλος[1], Γ. Φειδίας[1], Γ. Δρόσος[1]
[1]Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν. Γρεβενών, [2]Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Γρεβενών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης μετανάστευσης διαυχενικού κοχλία σε διατροχαντήριο κάταγμα μηριαίου, πέντε έτη από την ενδομυελική ήλωση.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 75 ετών, αιμοκαθαιρόμενη που είχε υποβληθεί σε ενδομυελική ήλωση γ-nail προ πενταετίας προσήλθε στο ΤΕΠ με επώδυνη διόγκωση στο ύψος του δεξιού μείζονος τροχαντήρα από 10ημέρου καθώς και ήπια χωλότητα στη βάδιση. Έγινε ακτινολογικός έλεγχος όπου διαπιστώθηκε πλήρης μετανάστευση του διαυχενικού κοχλία από τον ενδομυελικό ήλο με συνυπάρχουσα θραύση του κεντρικού τμήματος του ήλου καθώς και της περιφερικής βίδας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λόγω του ότι η ασθενής δεν ανέφερε μεταβολή στην ικανότητα της βάδισής της καθώς και μετά από συγκριτικό έλεγχο παλαιότερων ακτινογραφιών όπου προϋπήρχε η θραύση των υλικών χωρίς όμως τη μετανάστευση του ήλου, αποφασίστηκε η αφαίρεση του κοχλία με τοπική αναισθησία. Κατά την αφαίρεσή του ανευρέθη μεγάλο έλλειμμα στην περιτονία ενώ παροχετεύτηκαν πάνω από 100 ml οροαιματηρού υγρού το οποίο εστάλη για καλλιέργεια για αποκλεισμό πιθανής λοίμωξης και εδόθη αντιβιοτική αγωγή. Το αποτέλεσμα της καλλιέργειας ήταν αρνητικό ενώ και ο εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε σημεία λοίμωξης. Εντούτοις 10 ημέρες αργότερα παρατηρήθηκε εκροή υγρού από το τραύμα η οποία συνεχίστηκε και μετά την αφαίρεση των ραμμάτων. Ακολούθησε χειρουργικός καθαρισμός και σύγκλειση των κενών χώρων ενώ ελήφθη νέα καλλιέργεια η οποία ήταν πάλι αρνητική. Μία εβδομάδα μετά τη νέα χειρουργική παρέμβαση η εκροή υγρού σταμάτησε οριστικά.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μετανάστευση της διαυχενικής βίδας αποτελεί μια πολύ πιο σπάνια επιπλοκή της ενδομυελικής ήλωσης σε διατροχαντήριο κάταγμα μηριαίου σε σχέση με τη θραύση της. Είναι σημαντικό πάντως σε ανάλογες περιπτώσεις να αποκλειστεί ενδεχόμενη περίπτωση λοίμωξης των υλικών που θα δυσχεράνει τη θεραπευτική προσέγγιση.

303. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΔΙΚΗΝ ΜΑΣΤΙΓΙΟΥ ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

C. Matzaroglou[1], A. Evangelatou[1], E. Tsepis[1], E. Billis[1], B. Habermann[2], S. Mattyazovski[2], J. Gliatis[1], H. Graichen[3], K. Kafchitsas[3]

[1]Department of Orthopaedic Surgery and School of Health Rehabilitation Sciences, Department of Physiotherapy, University of Patras, [2]Department of Orthopaedic Surgery and Muscoloskeletal Disorders, University of Mainz, Germany, [3]Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe, Wirbelsäulenzentrum Oberpfalz, Schwandorf, Germany

ΣΚΟΠΟΣ: Αξιολογήσαμε ποιοτικά και ποσοτικά τον πιθανό κίνδυνο επίδρασης κακώσεων δίκην μαστιγίου αυχενικής μοίρας στις αθλητικές δραστηριότητες και την εμφάνιση του χρόνιου συνδρόμου whiplash (WAD, Whiplash Associated Disorders).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Συγκεντρώσαμε δεδομένα από ατυχήματα τύπου μαστιγίου (WAD, Whiplash Associated Disorders) που συνέβησαν μεταξύ 2013 και 2018 σε τρία ορθοπεδικά κέντρα. Τριακόσιοι είκοσι πέντε ασθενείς (325) με τραυματισμούς WSI καταγράφηκαν στον αθλητισμό στα Ορθοπεδικά Τμήματα και ταξινομήθηκαν σύμφωνα με την Task Force του Κεμπέκ (QTF) ταξινόμηση. Οι περισσότερες από αυτές ταξινομήθηκαν στην κατηγορία 0 σύμφωνα με το QTF (256/325). Όλοι οι άλλοι ασθενείς (69/325) με χρόνιες μυοσκελετικές ενδείξεις επέστρεψαν για το 6μηνο, 1ετή και 2ετή επόμενη επαεξέταση. Όλοι αυτοί οι ασθενείς (μέσης ηλικίας, ηλικίας 27,8 έτη) υποβλήθηκαν σε κλινικές, εργαστηριακές και σχετικές με την υγεία ποιοτικές κλίμακες ποιότητας ζωής (SF 36) και ψυχομετρικές κλίμακες (HADS). Το μέσο μετατραυματικό διάστημα ήταν 22 μήνες. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα Graph Pad Prism 2.01.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι εξήντα εννέα (69) ασθενείς ταξινομούνται στους δευτερεύοντες ελαφρότερης κλινικής εικόνας ταξινόμηση βαθμούς I και II σύμφωνα με την ταξινόμηση QTF. Κανένας ασθενής δεν διαμαρτυρήθηκε για νευρολογικά συμπτώματα μετά από έξι μήνες από τον τραυματισμό. Μόνο 4 ασθενείς 4/325 παραμένουν με πόνο στον αυχένα, ίλιγγο, εμβοές και τοπική ευαισθησία, αλλά χωρίς φυσικά συμπτώματα [βαθμού I] ένα έτος μετά το τραύμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντικός κίνδυνος τραυματισμών τύπου whiplash στον αθλητισμό, ιδιαίτερα στο ποδόσφαιρο 5x5. Αλλά σοβαροί τραυματισμοί με νευρολογικά επακόλουθα και WAD (Whiplash Associated Disorders) παραμένουν πολύ σπάνια και οι περισσότεροι από αυτούς τους τραυματισμούς έχουν μικρή κλιική σοβαρότητα και οι περισσότεροι από τους τραυματισμούς υφίενται με φυσικοθεραπευτικά πρωτόκολλα.

304. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΚΑΙ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΦΟΡΤΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΣΤΗ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΦΥΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΠΕΜΠΤΟΥ ΜΕΤΑΤΑΡΣΙΟΥ

Δ. Μπέγκας, Σ. Χατζόπουλος, Ε. Λυμάξης, Ι. Ηλιάδης, Α. Παπαγεωργίου, Π. Παναγόπουλος, Α. Γιαννακόπουλος, Α. Παστρούδης

ΣΤ΄Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της επίδρασης της εφαρμογής πρώιμης (ΠΦ) και καθυστερημένης (ΚΦ) φόρτισης του άκρους ποδός στη συντηρητική και χειρουργική αντιμετώπιση των καταγμάτων του φύματος του πέμπτου μεταταρσίου (5ου ΜΤΤ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μεταξύ 2012 και 2017, 214 ασθενείς με κάταγμα του φύματος του 5ου ΜΤΤ αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας. Από αυτούς 108 αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά (ακινητοποίηση με βραχύ κνημοποδικό νάρθηκα) και ανάλογα με το αν εφαρμόστηκε ΠΦ (4-5 ημέρες μετά το κάταγμα) ή ΚΦ (4 εβδομάδες μετά το κάταγμα) του άκρου ποδός, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες Α (58 ασθενείς) και Β (50 ασθενείς) αντίστοιχα. Οι υπόλοιποι 106 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά (οστεοσύνθεση με βίδα ή ταινία ελκυσμού) και ανάλογα με το αν εφαρμόστηκε ΠΦ (4-5 ημέρες μετά το κάταγμα) ή ΚΦ (4 εβδομάδες μετά το κάταγμα) του άκρου ποδός, χωρίστηκαν αντίστοιχα στις ομάδες Γ (49 ασθενείς) και Δ (57 ασθενείς). Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν σύμφωνα με κλινικά (Visual Analogue Scale/VAS, American Foot Ankle Society Score/AOFAS) και ακτινολογικά κριτήρια (χρόνος πώρωσης του κατάγματος/ΧΠΚ, τοπική οστική απορρόφηση/ΤΟΑ) και από την εμφάνιση επιπλοκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση διάρκεια follow up ήταν 7,2 (6-24) μήνες. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στις βαθμολογίες AOFAS και VAS. Στις ομάδες ΠΦ (Α και Γ) ο μέσος ΧΠΚ ήταν ελαφρώς συντομότερος από αυτές της ΚΦ (Β και Δ) και υπήρξαν λιγότερες περιπτώσεις ΤΟΑ, παρατηρήθηκαν όμως περισσότερες επιπλοκές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΠΦ των καταγμάτων του φύματος του 5ου ΜΤΤ που αντιμετωπίζονται είτε συντηρητικά είτε χειρουργικά, φαίνεται να υπερισχύει ελαφρώς της ΚΦ όσον αφορά το ΧΠΚ και την ΤΟΑ, είναι όμως πιο επιρρεπής στην εμφάνιση επιπλοκών.

305. ΥΠΟΙΝΩΔΟΓΟΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΑΙΜΑΘΡΟ ΓΟΝΑΤΟΣ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΙΓΕΚΥΚΛΙΝΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σ. Περνιεντάκης, Γ. Κυριακόπουλος, M. Mavilla, Χ. Λάμπρου, Ε. Καραδήμας, Α. Παπανικολάου
Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

ΣΚΟΠΟΣ: Η τιγεκυκλίνη, ένα αντιβιοτικό που πήρε πρόσφατα έγκριση από τον Αμερικάνικο και τον Ευρωπαϊκό οργανισμό φαρμάκων, είναι το πρώτο αντιβιοτικό της τάξης των γλυκυλκυκλινών. Η μοναδική της δομή και ιδιότητες την καθιστούν ένα χρήσιμο όπλο στην αντιμετώπιση λοιμώξεων από πολυανθεκτικά μικρόβια. Διαταραχές πήξης σε ασθενείς που λαμβάνουν τιγεκυκλίνη είναι ιδιαιτέρως ασυνήθεις. Η εμφάνιση υποϊνωδογοναιμίας είναι μια ιδιαίτερα σπάνια επιπλοκή της χρήσης του αντιβιοτικού, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις. Ο ασθενής που παρουσιάζουμε εμφάνισε ένα εντυπωσιακό αυτόματο αίμαρθρο γόνατος.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 82 ετών εξετάσθηκε στα εξωτερικά μας ιατρεία, λόγω μίας παραμελημένης περιπροθετικής λοίμωξης, σε έδαφος ολικής αρθροπλαστικής στο αριστερό γόνατο. Είχε υποβληθεί σε αρθροπλαστική γόνατος προ 11 ετών, ενώ δύο χρόνια αργότερα χρειάστηκε να υποβληθεί σε επέμβαση αναθεώρησης. Κατά την προσέλευση στο ίδρυμα μας, ο ασθενής ανέφερε έντονο πόνο στο άκρο, ήταν απύρετος, ενώ η άρθρωση του αριστερού γόνατος ήταν εξέρυθρη, θερμή και οιδηματώδης. Ο απαραίτητος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος επιβεβαίωσε την περιπροθετική λοίμωξη. Το ινωδογόνο εισαγωγής ήταν φυσιολογικό (398 mg/dL). Οι καλλιέργειες ανέδειξαν ένα πολυανθεκτικό κολοβακτηρίδιο (ESBL- Escherichia coli). Βάση αντιβιογράμματος αποφασίστηκε η χορήγηση ενδοφλέβιου σχήματος που περιλάμβανε την τιγεκυκλίνη.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δύο εβδομάδες μετά την έναρξη της χορήγησης τιγεκυκλίνης, εμφανίστηκε αυτόματο αίμαρθρο αριστερού γόνατος. Το αίμαρθρο επιδεινώθηκε τις επόμενες ημέρες παρά την παγοθεραπεία. Τα επίπεδα ινωδογόνου είχαν μια σταθερά πτωτική πορεία και έφτασαν τα 158 mg/dL την δέκατη όγδοη ημέρα, όταν και έγινε διακοπή του φαρμάκου. Το αίμαρθρο χρειάστηκε να παροχετευτεί στο χειρουργείο. Τα επίπεδα ινωδογόνου επανήλθαν σε φυσιολογικά όρια έξι ημέρες μετά τη διακοπή της τιγεκυκλίνης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υποϊνωδογοναιμία, που προκαλείται από τη τιγεκυκλίνης, μπορεί να οδηγήσει σε δημιουργία αυτόματου αιμάρθρου. Απαραίτητος είναι οεκτενής έλεγχος της πηκτικότητας σε ασθενείς στους οποίους χορηγείται τιγεκυκλίνη. Η διακοπή χορήγησης του αντιβιοτικού οδηγεί στην επάνοδο των επιπέδων του ινωδογόνου σε φυσιολογικά επίπεδα.

306. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΑΣ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΘΙΟ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΟΝΟ ΚΑΙ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Δ. Μπέγκας, Σ. Χατζόπουλος, Ι. Ηλιάδης, Α. Παπαγεωργίου, Π. Παναγόπουλος, Α. Γιαννακόπουλος, Α. Παστρούδης

ΣΤ' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της επίδρασης της απονεύρωσης της επιγονατίδας (ΑΕ) με ηλεκτροκαυτηριασμό στον πρόσθιο μετεγχειρητικό πόνο (ΠΜΠ) και στη λειτουργικότητα του γόνατος (ΛΓ), ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική (ΟΑΓ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μεταξύ Ιανουαρίου 2014 και Δεκεμβρίου 2016, 146 (54 άνδρες και 92 γυναίκες) ασθενείς μέσης ηλικίας 66,8 (58-82) ετών, με πρωτοπαθή εκφυλιστική αρθρίτιδα γόνατος, υποβλήθηκαν σε ΟΑΓ. Διεγχειρητικά σε όλους διενεργήθηκε αφαίρεση οστεοφύτων (ΑΟ) και νεαροποίηση της αρθρικής επιφάνειας της επιγονατίδας (ΝΑΕΕ). Σε 78 περιπτώσεις (ομάδα Α - μελέτης) εφαρμόστηκε επιπλέον περιμετρικά ΑΕ με ηλεκτροκαυτηριασμό. Στους υπόλοιπους 68 ασθενείς (ομάδα Β - ελέγχου) εφαρμόστηκαν μόνο ΑΟ και ΝΑΕΕ. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση έγινε σε χρονικά διαστήματα 1, 3, 6, 12 και 24 μηνών. Η αξιολόγηση των δύο μεθόδων βασίστηκε σε κλινικά κριτήρια (Visual Analogue Scale of pain/VAS, Knee Society System Score/KSS, Patella score/PS) πριν και μετά την επέμβαση και στην εμφάνιση επιπλοκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση διάρκεια Follow-Up ήταν 16,2 (6-24) μήνες. Και οι δύο ομάδες παρουσίασαν μετεγχειρητικά κλινική βελτίωση σε σχέση με την προεγχειρητική τους κατάσταση. Σε όλα τα κλινικά κριτήρια (VAS, KSS, PS) υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά υπέρ της ομάδας Α σε σχέση με τη Β κατά την πρώτη μετεγχειρητική επανεξέταση (πρώτος μήνας), η οποία όμως έπαψε να υπάρχει στις επόμενες επανεξετάσεις (3, 6,12, 24 μήνες μετά). Τρεις ασθενείς της ομάδας Α παρουσίασαν οστεονέκρωση και ένας κάταγμα της επιγονατίδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συμπληρωματική ΑΕ με ηλεκτροκαυτηριασμό σε ΟΑΓ παρουσιάζει μόνο βραχυχρόνια καλά αποτελέσματα στον ΠΜΠ και τη ΛΓ, αλλά και περισσότερες επιπλοκές σε σχέση με την απλή ΑΟ και ΝΑΕΕ.

307. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΧΕΙΡΙΣΤΕΣ ΕΛΙΚΟΠΤΕΡΩΝ ΠΟΛΕΜΙΚΗΣ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σ. Ναούμ, Ι. Παντεκίδης, Ν. Σπαράγγης, Μ. Μπότης
Υγειονομική Υπηρεσία, 116 Πτέρυγα Μάχης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της σύγχρονης παγκόσμιας βιβλιογραφίας σχετικά με τα μυοσκελετικά προβλήματα των χειριστών ελικοπτέρων, δεδομένου ότι το άλγος στην ΑΜΣΣ-ΟΜΣΣ καθώς και οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις στην οσφύ και στον αυχένα είναι συχνές εν λόγω ιπτάμενο προσωπικό.
ΥΛΙΚΟ: Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας από τις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, Ingenta Connect, Scopus, Heal-Link, Research Gate, ΙΑΤΡΟΤΕΚ αναζητώντας με λέξεις κλειδιά «spinal injuries», «spinal disorders», «low back pain», «helicopter pilots», «μυοσκελετικά προβλήματα σε πιλότους» καθώς και από το σύγγραμμα της Αεροπορικής Ιατρικής του Κέντρου Αεροπορικής Ιατρικής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις παραπάνω βάσεις δεδομένων, μόνο 18 άρθρα πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής για την παρούσα ανασκόπηση. Αυχεναλγία παρουσιάζει το 27,97%-57% των χειριστών ελικοπτέρων και οσφυαλγία αναφέρεται σε 32,7%-83% αυτών, 1,22 φορές πιο συχνά από μη χειριστές, με επιβεβαιωμένες κήλες της ΟΜΣΣ σε 8,6/1000 εργατοέτη. Ως παράγοντες κινδύνου έχουν ενοχοποιηθεί σχετικοί με την πτήση (ώρες πτήσης, σχήμα θέσης χειριστή, φορητός εξοπλισμός) και μη σχετικοί (δείκτης μάζας σώματος), με αντικρουόμενα στοιχεία μεταξύ των δημοσιεύσεων και προτεινόμενους τρόπους αντιμετώπισης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι παθήσεις της ΑΜΣΣ και της ΟΜΣΣ αποτελούν συχνές διαταραχές στους χειριστές ελικοπτέρων, συχνότερες από το γενικό πληθυσμό. Στη βιβλιογραφία καταδεικνύονται διάφορα ποσοστά επιπολασμού, πιθανά αίτια και τρόποι αντιμετώπισης, γεγονός που επιδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης μέσω διεκπόνησης μελετών ασθενών-μαρτύρων.

308. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ

Δ. Γιώτης, Δ. Οικονόμου
Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν. Γρεβενών

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός του επιδημιολογικού προφίλ ασθενών με περιτροχαντήριο κάταγμα ισχίου στον ελληνικό πληθυσμό με ιδιαίτερη αναφορά στα αίτια πρόκλησης, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τον τρόπο αντιμετώπισης.
ΥΛΙΚΟ: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν. Γρεβενών που καλύπτει γεωγραφικά μια περιοχή με έναν από τους πιο γηρασμένους ηλικιακά πληθυσμούς στην Ελλάδα, περιλαμβάνοντας ασθενείς που προσήλθαν στο Νοσοκομείο με περιτροχαντήριο κάταγμα ισχίου το 2018. Στους ίδιους τους ασθενείς ή σε στενά συγγενικά τους πρόσωπα εδόθη ερωτηματολόγιο που μεταξύ άλλων περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με το ατομικό ιστορικό το χρόνο αλλά και τον τόπο που συνέβη η κάκωση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 96 ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη με μέσο όρο ηλικίας τα 83,8 έτη, με αναλογία ανδρών προς γυναικών 1:2,25. Η πιο συχνή αιτία κατάγματος ήταν η πτώση εξ ιδίου ύψους με ποσοστό 97.6%. Τα διατροχαντήρια κατάγματα αποτελούσαν το 51,8% των καταγμάτων, τα υποκεφαλικά το 37,6% και τα υποτροχαντήρια το 10,6%. Η πλειοψηφία των καταγμάτων συνέβαινε κυρίως τους θερινούς μήνες (31,2%), μέσα στο σπίτι (60,9%) και ιδιαίτερα πρωινές ώρες (49,8%). Η μέση ετήσια συχνότητα ήταν 670,7 ανά 100.000 κατοίκους (444,5 και 878,4 ανά 100.000 άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα). Η μέση διάρκεια αναμονής μέχρι τη χειρουργική αποκατάσταση ήταν 1,83 ημέρες, ενώ ο μέσος χρόνος παραμονής στο Νοσοκομείο ήταν 7,62 ημέρες χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τον τύπο της επέμβασης, την ηλικία οι άλλες συνοδές καταστάσεις. Η πιο συχνή συνοδός πάθηση των ασθενών ήταν η υπέρταση (85,1%) ακολουθούμενη από την καρδιακή ανεπάρκεια (52,5%) και την κατάθλιψη (33,4%).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το επιδημιολογικό προφίλ των ασθενών που μελετήθηκαν είναι παρόμοιο με αυτό μεγάλων διεθνών κέντρων. Η συχνότητα των καταγμάτων αυτών στην ορεινή περιοχή των Γρεβενών είναι σημαντικά υψηλότερη σε σχέση με άλλες περιοχές όπως η Αθήνα όπου ο πληθυσμός είναι ηλικιακά νεότερος.

309. ΤΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΑΠΟ ΤΟ ΜΗ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΟ ΣΕΙΣΜΟ ΤΟΝ ΙΟΥΛΙΟ ΤΟΥ 2019 ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ: Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΝΙΚΟΥ

Κ. Τσιβελέκας, Μ. Αμπαδιωτάκη, Δ. Πάλλης, Γ. Γουρτζελίδης, Σ. Νικολάου, Σ. Παπαδάκης
Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή και αξιολόγηση του προτύπου και της σοβαρότητας των τραυματισμών, καθώς και το είδος των ορθοπεδικών χειρουργικών επεμβάσεων που διεξήχθησαν, σε συνδυασμό με την επίδραση του πανικού στην εμφάνιση αυτών των τραυματισμών.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Προοπτική μελέτη περιστατικών που πραγματοποιήθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας μετά τον σεισμό του Ιουλίου 2019. Η μελέτη περιελάμβανε 18 ασθενείς που εξετάστηκαν ή υποβλήθηκαν σε θεραπεία από την κλινική μας, οι οποίοι υπέστησαν τραύμα στην προσπάθειά τους να προφυλαχθούν από υλικές καταστροφές τη διάρκεια του σεισμού. Το εύρος ηλικίας ήταν ηλικίας 20 έως 84 ετών (μέσος όρος 54,9 ετών), 61,1% γυναίκες (n = 11) και 38,9% άνδρες (n = 7).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκτιμήθηκαν συνολικά 23 είδη τραυματισμοί. Τα άνω άκρα συμμετείχαν στο 39,13% των περιπτώσεων, τα κάτω άκρα σε 56,52% ενώ 1 ασθενής υπέστη τραύμα στην κεφαλή (4,34%). Οι τραυματισμοί αφορούσαν την περιοχή του αγκώνος (1 κάταγμα ωλεκράνου, 1 θλαστικό τραύμα και μια απλή κάκωση), τον ώμο (2 εξαρθρήματα με συνοδά κατάγματα του μείζονος βραχιονίου ογκώματος, ένα υποκεφαλικό κάταγμα βραχιονίου και ένα ανεπίπλεκτο εξάρθρημα ώμου), την κερκίδα (1 κάταγμα τύπου Colle's), το γόνατο (1 απλή κάκωση), την κνήμη (1 θλαστικό τραύμα, 1 κάταγμα της διάφυσης της κνήμης και 1 κάταγμα του κάτω τριτημορίου της κνήμης τύπου Pilon), την άρθρωση του αστραγάλου (4 κατάγματα έξω σφυρού), τα μετατάρσια οστά (2 κατάγματα περιφερικών φαλάγγων και 1 θλαστικό τραύμα) και ένα κάταγμα πτέρνας. Ένας από τους ασθενείς με το κάταγμα κνήμης παρουσίασε πτώση του άκρου ποδός σύστοιχα, λόγω ενός κατάγματος στην κεφαλή της περόνης. Τέσσερις ασθενείς χρειάστηκαν νοσηλεία στο νοσοκομείο και όλοι τους υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση των τραυματισμών τους. Ανοιχτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση εφαρμόσθηκε σε δύο ασθενείς (1 κάταγμα πτέρνας και 1 κάταγμα ωλεκράνου), 1 ασθενής υποβλήθηκε σε ενδομυελική ήλωση (κάταγμα κνήμης), ενώ σύστημα κυκλικής εξωτερικής οστεοσύνθεσης τοποθετήθηκε στον ασθενή με το κάταγμα Pilon. Έξι από τους ασθενείς (33,3%) ήταν < 40 ετών. Όλοι οι τραυματισμοί προκλήθηκαν κατά τη προσπάθεια των ασθενών να απομακρυνθούν από τα κτίρια στα οποία βρίσκονταν τη στιγμή του σεισμού, ενώ δεν σημειώθηκε τραυματισμος εξαιτίας υλικών καταστροφών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η επίδραση του πανικού ως ένας ανεξάρτητος επιβαρυντικός παράγοντας σε καταστάσεις φυσικών καταστροφών είναι ικανή να οδηγήσει στην εμφάνιση πολύ σοβαρών τραυματισμών. Η εκπαίδευση σε περιπτώσεις σεισμών, η ετοιμότητα και η συνδυασμένη ομαδική προσπάθεια είναι ένα απαραίτητο εργαλείο για τη μείωση αυτών των περιστατικών, διότι ανεξαρτήτως ηλικίας, σημαντικός αριθμός τραυματισμών σε φυσικές καταστροφές οφείλεται στη δράση του πανικού ακόμα και σε περιπτώσεις όπου οι υλικές καταστροφές μπορεί να είναι αμελητέες.

310. ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟΥ ΚΑΙ ΥΠΑΣΤΡΑΓΑΛΙΚΑ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Σ. Μαρής, Σ. Μπονάτσος, Α. Τσιότσιας, Κ. Τζώρτζης, Γ. Ζουμπούλης, Α. Αποστολόπουλος, Ε. Καραδήμας, Α. Παπανικολάου

Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα εξαρθρήματα του αστραγάλου (κατάγματα, εξαρθρήματα,) θεωρούνται σπάνιες κακώσεις και αποτέλεσμα άσκησης ισχυρών δυνάμεων στην περιοχή του άκρου ποδός και της ποδοκνημικής.
ΥΛΙΚΟ: Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε 12 συνολικά περιπτώσεις ασθενών με περιαστραγαλικά κατάγματα εξαρθρήματα αστραγάλου. Πιο συγκεκριμένα, 9 περιπτώσεις ασθενών με υπαστραγαλικά εξαρθρήματα αστραγάλου (εκ των οποίων 3 ήταν επιπλεγμένα- Gultillo III A) και 3 περιπτώσεις ολικών εξαρθρημάτων αστραγάλου (εκ των οποίων 1 ήταν επιπλεγμένο, Gustillo III A, ενώ σε 1 περίπτωση υπήρχε υπαστραγαλικό εξάρθρημα στο άλλο άκρο). Ο μέσος χρόνος ηλικίας των ασθενών ήταν 28.5 έτη (25 έως 34 έτη). Σε 4 περιπτώσεις ασθενών πραγματοποιήθηκε κλειστή ανάταξη και τοποθέτηση γύψου, σε 7 περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ανοικτή ή κλειστή ανάταξη και τοποθέτηση εξωτερικής οστεοσύνθεσης η βελονών Kirshner και σε μια περίπτωση πραγματοποιήθηκε εκτομή και αφαίρεση του αστραγάλου (στην περίπτωση του επιπλεγμένου ολικού εξαρθρήματος αστραγάλου). Ο μέσος χρόνος μέχρι την χειρουργική παρέμβαση ήταν 4.7 ώρες (εύρος 3- 8.5 ωρών)
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 47 μήνες (9-92 μήνες follow up). 4 ασθενείς παρουσίασαν ακτινολογικά ευρήματα μετατραυματικής αρθρίτιδας της υπαστραγαλικής άρθρωσης και πόνο κατά την διάρκεια της άσκησης, 4 ασθενείς είχαν καλό λειτουργικό και ακτινολογικό αποτελέσμα. Ο ασθενής που είχε υποβληθεί σε αφαίρεση του αστραγάλου ήταν ασυμπτωματικός και είχε ένα καλό λειτουργικό αποτέλεσμα. Σε όλες τις περιπτώσεις υπήρχε περιορισμός των κινήσεων της υπαστραγαλικής άρθρωσης, ενώ το μέσο FAOS score ήταν 81%.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα εξαρθρήματα του αστραγάλου είναι σπάνιες και υψηλής ενεργείας κάκωσεις του άκρου ποδός. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση με κλειστή ή ανοικτή ανάταξη και σταθεροποίηση θα πρέπει να πραγματοποιείται το συντομότερο δυνατό ενώ η αντιμετώπιση των ολικών εξαρθρημάτων θα πρέπει να εξατομικεύεται.

311. ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΓΑΓΓΛΙΑΚΗ ΚΥΣΤΗ ΑΚΡΩΜΙΟΚΛΕΙΔΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΧΡΟΝΙΑΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΡΗΞΗΣ ΤΩΝ ΣΤΡΟΦΕΩΝ (GEYSER SIGN)

Σ. Αγγελής, Θ. Μπαλφούσιας, Λ. Κοσμάς, Σ. Μαρής, Α. Τσιότσιας, Α. Αποστολόπουλος, Ε. Καραδήμας, Α. Παπανικολάου

Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

ΣΚΟΠΟΣ: Το σημείο Geyser αποτελεί είναι μια γαγγλιακή κύστη στην περιοχή της ακρωμιοκλειδικής άρθρωσης (ΑΚΑ). Παρατηρείται σε ασθενείς με χρόνιες μαζικές ρήξεις του μυοτενόντιου στροφικού πετάλου με συνοδό αρθροπάθεια.

ΥΛΙΚΟ: Παρουσιάζεται η περίπτωση ενός 70χρονου ανδρός με μια ευμεγέθη γαγγλιακή κύστη (7x8 cm) άνωθεν της δεξιάς ΑΚΑ από 2ετίας με βαρία αρθροπάθεια του ώμου λόγω χρόνιας μαζικής ρήξης του μυοτενόντιου στροφικού πετάλου που είχε επαληθευθεί με απεικονιστικές μεθόδους (XR, MRI). Λόγω παθολογικών προβλημάτων, απουσίας πόνου και ικανοποιητικού εύρους κίνησης, επιχειρήθηκε παρακέντηση της κύστεως από την οποία αφαιρέθηκε μεγάλη ποσότητα παχύρευστου υγρού αντιδραστικής φύσεως. Λόγω υποτροπής της διόγκωσης με τοπικά φλεγμονώδη στοιχεία, έγινε ανοικτός χειρουργικός καθαρισμός και αφαίρεση της κύστης, καθώς και εκτομή του περιφερικού άκρου της κλείδας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οκτώ μήνες μετά την χειρουργική παρέμβαση ο ασθενής επανήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία με υποτροπή της κύστεως και επώδυνο περιορισμό πλέον των κινήσεων του ώμου. Τελικώς ο ασθενής υπεβλήθη επιτυχώς σε ανάστροφη ολική Αρθροπλαστική του ώμου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το σημείο Geyser αποτελεί μια γαγγλιακή κύστη σε χρόνιες μαζικές ρήξεις των στροφέων του ώμου και εφόσον η συμπτωματολογία από τον ώμο είναι έντονη (πόνος, δυσκαμψία) συνιστάται η διενέργεια Ανάστροφης Ολικής Αρθροπλαστικής.

312. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΩΡΩΣΗ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΠΩ ΠΕΡΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ ΤΗΣ ΑΜΕΣΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΩΝ

Δ. Μπέγκας, Σ. Χατζόπουλος, Π. Παναγόπουλος, Α. Παπαγεωργίου, Ε. Λυμάξης, Ι. Ηλιάδης, Α. Γιαννακόπουλος, Α. Παστρούδης

ΣΤ΄Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της επίδρασης της άμεσης μετεγχειρητικής χορήγησης διφωσφονικών στην πώρωση οστεοπορωτικών καταγμάτων της περιφερικής κερκίδας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μεταξύ 2011 και 2017, 120 ασθενείς (87 γυναίκες και 33 άνδρες) μέσης ηλικίας 68,4 (57-82) ετών, με οστεοπορωτικά κατάγματα της περιφερικής κερκίδας, αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην κλινική μας με ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση με πλάκα και βίδες και μετεγχειρητικά έλαβαν αγωγή με διφωσφονικά φάρμακα (Αλενδρονάτη 70mg/εβδομάδα ή Ρισεδρονάτη 35mg/εβδομάδα). Σε 62 ασθενείς (ομάδα Α) η αγωγή χορηγήθηκε άμεσα (εντός 2-3 ημερών μετεγχειρητικά), ενώ στους υπόλοιπους 58 ασθενείς (ομάδα Β) καθυστερημένα (3 μήνες μετεγχειρητικά). Τα αποτελέσματα της θεραπείας στην πώρωση των καταγμάτων για την κάθε ομάδα βασίστηκαν σε κλινικά/λειτουργικά (πόνος ή ευαισθησία, δύναμη δραγμού, εύρος κίνησης πηχεοκαρπικής, Quick DASH Score-QDS) και ακτινολογικά (προσθιοπίσθιες και πλάγιες ακτινογραφίες πηχεοκαρπικής-χρόνος πώρωσης του κατάγματος) κριτήρια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση διάρκεια follow up ήταν 38,4 (24-60) μήνες. Ακτινολογικά ο μέσος χρόνος πώρωσης των καταγμάτων για την ομάδα Α ήταν 3,1 (2,5-4,5) μήνες και για την ομάδα Β 2,9 (2,5-4) μήνες (p=0,07). Μετά τον έκτο μετεγχειρητικό μήνα, δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά τη βελτίωση του πόνου ή της ευαισθησίας στην περιοχή του κατάγματος, της δύναμης δραγμού, του εύρους κίνησης της πηχεοκαρπικής και του QDS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η άμεση χορήγηση διφωσφονικών μετά από χειρουργική επέμβαση οστεοπορωτικών καταγμάτων της περιφερικής κερκίδας δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά το χρόνο πώρωσής τους, όπως επίσης και το τελικό κλινικό/λειτουργικό αποτέλεσμα.

313. Η ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΜΕΤΑΛΛΙΚΩΝ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΦΘΟΡΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ METAL ON METAL (MOM)

Θ. Μπαλφούσιας[1], Λ. Κοσμάς[1], H. Gakhar[2], B. McConnel[2], P. Wardle[3], P. Lewis[2], Γ. Ζαφειρόπουλος[2], Α. Αποστολόπουλος[2]

[1]Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.», [2]Orthopaedic Department, Prince Charles Hospital, NHS Trust, United Kingdom, [3]Radiology Department, Prince Charles Hospital, NHS Trust, United Kingdom

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της ευαισθησίας του Υπερήχου και της Μαγνητικής τομογραφίας στην ανίχνευση ανάπτυξης μετάλλωσης σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση αναθεώρησης ολικής αρθροπλαστικής του ισχίου με μεταλλικές επιφάνειες (MoM). Η μετάλλωση είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από εναπόθεση μεταλλικών προϊόντων φθοράς στους μαλακούς ιστούς πέριξ αρθροπλαστικών, τα οποία χαρακτηριστικά παράγονται από την τριβή μεταξύ μεταλλικών επιφανειών της αρθροπλαστικής. Η κατάσταση αυτή μπορεί να εμφανιστεί κλινικά με πόνο ή να οδηγήσει σε χαλάρωση της πρόθεσης, οδηγώντας έτσι σε επεμβάσεις αναθεώρησης.

ΥΛΙΚΟ: Παρουσιάζουμε μια οπισθοδρομική μελέτη που αφορούσε 37 αναθεωρήσεις ισχίων Metal on Metal (32 ασθενείς). Οι ασθενείς είχαν ηλικία 50 έως 64 έτη (μέση ηλικία 57 έτη). Έντεκα από αυτούς είχαν υποβληθεί σε ολική αρθροπλαστική επιφανείας, δεκαπέντε σε ολική αρθροπλαστική ισχίου και έξι σε Articular Surface Replacement (ASR). Μαγνητική τομογραφία (MARS Metal Artifact Reduction Sequence) πραγματοποιήθηκε σε 27 ασθενείς (33 ισχία), ενώ υπέρηχος πραγματοποιήθηκε σε 28 ασθενείς (34 ισχία). Σε όλους τους ασθενείς εξετάσθηκαν τα επίπεδα ιόντων χρωμίου και κοβαλτίου και τα επίπεδα βρέθηκαν αυξημένα. Τα κριτήρια για να προχωρήσουμε σε επέμβαση αναθεώρησης ήταν ο συνδυασμός παρουσίας συμπτωμάτων καθώς και εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 3 περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε αναθεώρηση και ο υπέρηχος και η μαγνητική ήταν αρνητικά για μετάλλωση, τα ιστοπαθολογικά ευρήματα ήταν συμβατά με την παρουσία μετάλλωσης. Επιπλέον, σε 2 ακόμη περιπτώσεις, που ο υπέρηχος δεν ανέδειξε μετάλλωση, τα ιστοπαθολογικά ευρήματα ήταν συμβατά με την παρουσία μετάλλωσης. Η ευαισθησία του υπερήχου στην ανίχνευση υγρού στις Metal on Metal αρθροπλαστικές υπολογίστηκε στο 75%, ενώ η αντίστοιχη ευαισθησία της Μαγνητικής τομογραφίας έφτασε το 85%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Μαγνητική τομογραφία και ο υπέρηχος αποτελούν απεικονιστικές μεθόδους με υψηλό δείκτη ευαισθησίας στην ανίχνευση μετάλλωσης. Πάραυτα, ιδιαίτερα σημαντική θα πρέπει να αποτελεί και η αξιολόγηση των κλινικών συμπτωμάτων.

314. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΕΥΔΑΡΘΡΩΣΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΥΠΟΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟΥ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΜΗΡΙΑΙΟΥ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Οικονόμου, Δ. Γιώτης, Γ. Φειδίας, Γ. Δρόσος
Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν. Γρεβενών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση του τρόπου αντιμετώπισης ψευδάρθρωσης χειρουργηθέντος παθολογικού υποτροχαντήριου κατάγματος μηριαίου στο Νοσοκομείο μας.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 64 ετών που υπεβλήθη σε ενδομυελική ήλωση με μακρύ ήλο προ 1,5 έτους λόγω παθολογικού υποτροχαντήριου κατάγματος δεξιού μηριαίου προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου μας, αιτιώμενη άλγος από διμήνου στην περιοχή του δεξιού ισχίου ιδιαίτερα κατά τη φόρτιση του σκέλους. Η ασθενής με γνωστές οστικές μεταστάσεις από ετών υπό χημειοθεραπεία, μετά από Ca μαστού, είχε υποβληθεί σε ήλωση με ολισθαίνοντα ήλο λόγω παθολογικού κατάγματος μηριαίου και στο έτερο σκέλος 4 έτη πριν, αλλά 2 χρόνια αργότερα λόγω επανακατάγματος υπεβλήθη σε νέα ήλωση με ολισθαίνοντα πάλι ήλο. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε έντονη ευαισθησία στην περιοχή του υποτροχαντήριου κατάγματος του δεξιού μηριαίου, έντονη χωλότητα με χρήση βακτηρίας καθώς και ανισοσκελία κατά περίπου 2-3 εκατοστά. Διενεργήθηκε ακτινολογικός έλεγχος στον οποίο διαπιστώθηκε ψευδάρθρωση του υποτροχαντήριου κατάγματος με παρουσία ισχνού πώρου, καθώς και θραύση τόσο του ενδομυελικού ήλου στο ύψος του διαυχενικού κοχλία όσο και των περιφερικών βιδών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έγινε αφαίρεση του ενδομυελικού ήλου η οποία επετεύχθη μετά από επιμήκη οστεοτομία του μείζονος τροχαντήρα λόγω ανεπιτυχούς προσπάθειας αφαίρεσης του περιφερικού τμήματος του σπασμένου ήλου με χρήση ειδικού γάντζου. Κατά την αφαίρεση του διαυχενικού κοχλία τοποθετήθηκε διά του καναλιού μείγμα εγχυόμενου υδροξυαπατίτη και οστικού τσιμέντου προκειμένου να γεμίσει το κενό για την πραγματοποίηση νέας ήλωσης. Στη συνέχεια έγινε νέα ενδομυελική ήλωση με μακρύ ήλο ενώ ο μείζονας τροχαντήρας αποκαταστάθηκε με διοστικά ράμματα. 3 μήνες μετεγχειρητικά η ασθενής βάδιζε με πλήρη φόρτιση χωρίς άλγος, με χρήση βακτηριών μασχάλης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδομυελική ήλωση αποτελεί ασφαλή και αξιόπιστη μέθοδο αποκατάστασης ψευδαρθρώσεων σε παθολογικά κατάγματα των μακρών οστών ακόμα και σε περιπτώσεις όπου έχει προηγηθεί αποτυχημένη εφαρμογής της.

315. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΚΝΗΜΗΣ ΜΕ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΑΝΤΙ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΑΝΑΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ Η ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΑΤΟΣ

Δ. Μπέγκας, Π. Παναγόπουλος, Σ. Χατζόπουλος, Ε. Λυμάξης, Ι. Ηλιάδης, Α. Παπαγεωργίου, Α. Γιαννακόπουλος, Α. Παστρούδης

ΣΤ' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της αντιμετώπισης καταγμάτων της εγγύς κνήμης (ΚΕΚ) με άμεση ολική αρθροπλαστική γόνατος (ΑΟΑΓ) αντί ανοικτής ανάταξης και εσωτερικής οστεοσύνθεσης (ORIF), σε ηλικιωμένους ασθενείς με συνοδό οστεοπόρωση ή/και οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) γόνατος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μεταξύ 2008 και 2017, 19 ΚΕΚ ασθενών ηλικίας άνω των 70 ετών με οστεοπόρωση ή και ΟΑ, αντιμετωπίστηκαν με ΑΟΑΓ με τσιμέντο. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση βασίστηκε σε κλινικά κριτήρια (Tegner Lysholm Knee Scoring Scale-TLKSS, Knee Society Score-KSS, Functional Knee Society Score-FKSS, Visual Analog Scale-VAS), στην ακτινολογική εικόνα και στην ύπαρξη επιπλοκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών (17 γυναίκες και 2 άνδρες) ήταν 74,5 (70-82) ετών. Η μέση διάρκεια follow up 46,5 (24-72) μήνες. Σε 4 περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκαν προθέσεις περιοριστικού τύπου (ΠΠΤ). Η μετεγχειρητική TLKSS (3,7±1,4) βελτιώθηκε σημαντικά συγκριτικά με την προεγχειρητική (2,3 ± 1,1) (P <0,001). Το εύρος κάμψης του χειρουργημένου γόνατος ήταν σημαντικά μεγαλύτερο (115º±10º) συγκριτικά με το μη χειρουργημένο (110º±8º) (P <0,001). Οι βαθμολογίες των KSS και FKSS ήταν κατά μέσο όρο 91,6±5,5 και 70,6±7,8 αντίστοιχα. Όλοι οι ασθενείς επέστρεψαν στις προηγούμενες δραστηριότητές τους. Με βάση την VAS η ικανοποίηση και ο πόνος κατά την τελική επίσκεψη τους βαθμολογήθηκαν με 8,2±1 και 1,5±1,2, αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκαν άλλες επιπλοκές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή ΑΟΑΓ σε ΚΕΚ ηλικιωμένων ασθενών με οστεοπόρωση ή/και ΟΑ γόνατος αποτελεί ασφαλή εναλλακτική λύση αντί της ORIF. Η ΑΟΑΓ προσφέρει άμεση φόρτιση του σκέλους, βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης και ικανοποίηση στους ασθενείς. Ωστόσο, τα λειτουργικά αποτελέσματα φαίνεται πως συσχετίζονται με τη γενική κατάσταση της υγείας τους.

316. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΗΣ 116 ΠΤΕΡΥΓΑΣ ΜΑΧΗΣ

Σ. Ναούμ[1], Θ. Κωνσταντινίδης[2]

[1]Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα Μάχης, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

ΣΚΟΠΟΣ: Δεδομένου ότι η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται σημαντικός δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, διερευνήθηκε η ικανοποίηση των χρηστών/ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας της Υγειονομικής Υπηρεσίας (Υ.Υ.) της 116ΠΜ.

ΥΛΙΚΟ: 126 άτομα του προσωπικού της μονάδας που προσέρχονταν τυχαία στην Υ.Υ. όλο το 24ωρο, το διάστημα Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2019, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο «Μέτρηση της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων νοσοκομείου» των Αλετρά, Ζαχαράκη &Νιάκα. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS 22.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η βαθμολογία ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό είχε μέση τιμή (μ.τ.) 81,8% (SD=17,8%), το ιατρείο-εξεταστήριο 72,9%, (SD=15,8%), το νοσηλευτικό προσωπικό/γραμματειακή υποστήριξη (Ν.Π./Γ.Υ.) 67,7%, (SD=20,2%), το αναρρωτήριο, μ.τ. 35,2%, (SD=31,3%), ενώ η συνολική ικανοποίηση είχε μ.τ. 68,6%, (SD=13,6). Οι συμμετέχοντες ήταν σημαντικά πιο ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό συγκριτικά με το ιατρείο-εξεταστήριο ($p<0,001$), το Ν.Π./Γ.Υ. ($p<0,001$) και το αναρρωτήριο ($p<0,001$). Οι συμμετέχοντες ήταν σημαντικά πιο ικανοποιημένοι από το ιατρείο-εξεταστήριο συγκριτικά με το Ν.Π./Γ.Υ. ($p=0,005$) και το αναρρωτήριο ($p<0,001$). Η ικανοποίηση από το Ν.Π./Γ.Υ. ήταν σημαντικά μεγαλύτερη συγκριτικά με την ικανοποίηση από το αναρρωτήριο ($p<0,001$). Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων σχεδόν των βαθμολογιών ικανοποίησης. Υπήρξε σημαντική συσχέτιση της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων με την ικανοποίησή τους ($r=-0,18$, $p=0,048$), ενώ δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες ικανοποίησης ανάλογα με φύλο, εκπαίδευση, συχνότητα επισκέψεων, το λόγο επίσκεψης, την ηλικία και το εισόδημα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκε υψηλός βαθμός ικανοποίησης των χρηστών για τη λειτουργία της Υ.Υ., εκτός από το αναρρωτήριο. Όσο πιο ικανοποιημένοι ήταν οι συμμετέχοντες σε έναν τομέα, τόσο πιο ικανοποιημένοι φαίνεται ότι ήταν και στους υπόλοιπους. Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για τη επισήμανση παραγόντων που θα βελτιώσουν των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε στρατιωτικές μονάδες.

317. ΚΑΤΑΓΜΑ ΤΡΑΜΠΟΛΙΝΟ ΤΗΣ ΕΓΓΥΣ ΜΕΤΑΦΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΝΗΜΗΣ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Γιώτης, Δ. Οικονόμου, Μ. Κότσαπας, Π. Παπαδόπουλος, Γ. Δρόσος, Γ. Φειδίας
Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν. Γρεβενών

ΣΚΟΠΟΣ: Οι κακώσεις σε παιδιά στο τραμπολίνο έχουν αυξηθεί κατακόρυφα τα τελευταία χρόνια. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση ενός κατάγματος εγγύς μετάφυσης κνήμης σε νήπιο μετά από άλματα σε τραμπολίνο χωρίς προηγηθείσα πτώση.
ΥΛΙΚΟ: Νήπιο άρρεν ηλικίας 4 ετών προσεκομίσθη στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου μας με αδυναμία βάδισης μετά από άλματα με έτερο παιδάκι μεγαλύτερης ηλικίας σε τραμπολίνο χωρίς αναφερόμενη κάκωση από τους γονείς. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε πλήρης αδυναμία φόρτισης του δεξιού σκέλους, έντονο άλγος, ευαισθησία και ήπια διόγκωση στο άνω τριτημόριο της κνήμης καθώς και μειωμένο εύρος κίνησης της άρθρωσης του γόνατος. Διενεργήθηκε ακτινολογικός έλεγχος ο οποίος ανέδειξε ρωγμώδες εγκάρσιο κάταγμα της εγγύς μετάφυσης της δεξιάς κνήμης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έγινε αρχικά σταθεροποίηση του κατάγματος με γυψονάρθηκα μηροκνημοποδικό και συστήθηκε στους γονείς πλήρης αποφυγή φόρτισης του σκέλους, ενώ το νήπιο εισήχθη στο Νοσοκομείο για χορήγηση αναλγητικών λόγω έντονου άλγους αλλά και παρακολούθηση για αποφυγή ενδεχόμενου συνδρόμου διαμερίσματος. Τρεις ημέρες αργότερα, με την έξοδο από το Νοσοκομείο αφαιρέθηκε ο γυψονάρθηκας και ετέθη κυκλοτερής μηροκνημοποδικός γύψος σε έκταση και μικρή ραιβότητα. Ένα μήνα αργότερα ο νέος ακτινολογικός έλεγχος έδειξε εικόνα πώρωσης του κατάγματος και επετράπη μερική φόρτιση του σκέλους. Στις 6 εβδομάδες από το κάταγμα αφαιρέθηκε ο κυκλοτερής γύψος, ενώ 2 εβδομάδες μετά συνεστήθη πλήρης φόρτιση. Δέκα εβδομάδες μετατραυματικά, ο ασθενής ήταν ελεύθερος συμπτωμάτων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα κατάγματα τραμπολίνο σταπαιδιά είναι πλέον αρκετά συχνά λόγω της χρήσης τραμπολίνο στους περισσότερους παιδότοπους. Για το λόγω αυτό, νήπια με αδυναμία βάδισης και έντονο άλγος στο γόνατο μετά από άλματα σε τραμπολίνο και μάλιστα μαζί με μεγαλύτερα παιδάκια θα πρέπει να ελέγχονται για πιθανό κάταγμα εγγύς μετάφυσης κνήμης που θα μπορούσε να διαλάθει της διάγνωσης.

318. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΣΤΙΣ ΟΠΙΣΘΙΕΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΕΣ ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΡΑΔΙΟΚΥΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΧΑΜΗΛΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ. ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

C. Matzaroglou[1], A. Evangelatou[1], E. Billis[1], G. Diamantakis[1], H. Graichen[2], P. Megas[1], K. Kafchitsas[2]
[1]School of Health Rehabilitation Sciences and Orthopaedic Surgery, University of Patras, [2]Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe, Wirbelsäulenzentrum Oberpfalz, Schwandorf, Germany

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να ελέγξει την διαφορά δύο θεραπευτικών τεχνικών, που σχετίζονται με την θεραπεία του πόνου σε ασθενείς με εκφυλιστικές αλλοιώσεις οσφυικής μοίρας (Facet syndrome). Συγκρίνεται η χρήση εγχύσεων στεροειδών με την χρήση Ραδιοσυχνότητας (RF). Μία πολυκεντρική μελέτη από τρία ορθοπεδικά κέντρα στην Ελλάδα και στην Γερμανία.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στην μελέτη αυτή συμπεριλήφθηκαν 38 ασθενείς που έλαβαν ως θεραπεία ενδοαρθρική στεροειδή έγχυση στα σπονδυλικά επίπεδα (O3-O4,O5-I1), καθώς και 42 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε RF στα ίδια σπονδυλικά επίπεδα. Τα κριτήρια ένταξης βασίστηκαν στην απεικονιστική εικόνα των Facet με την βοήθεια μαγνητικής ή αξονικής τομογραφίας, δηλαδή σε ασθενείς που απεικονιστικά είχαν υπερτροφικά facet στα σπονδυλικά επίπεδα (O3-O4,O5-I1). Και οι εβδοήντα ασθενείς (70) τυχαιοποιήθηκαν: Τριάντα-οκτώ από τους εβδομήντα (38/70) ηταν η ομάδα που ακολούθησε ως θεραπεία την έγχυση στεροειδών και οι υπόλοιποι 42 (42/70) ασθενείς, ήταν στη ομάδα που ακολούθησε θεραπεία με RF. Οι ασθενείς αυτοί επαναξιολογήθηκαν μετά από έξι μήνες και ένα έτος Τα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: EuroQuol Questionnaire, VAS (Visual Analog Scale) και το ερωτηματολόγιο Oswestry Disability Index (O.D.I), ένα ειδικό ερωτηματολόγιο που εκτιμά τους περιορισμούς των διαφόρων δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Οι επαναξιολογήσεις των ασθενών έγιναν στο εξάμηνο και στον χρόνο μετά την παρέμβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μείωση του πόνου και λειτουργική βελτίωση των ασθενών παρατηρήθηκε και στις δύο ομάδες. Ωστόσο δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων στην πρώτη και στην δεύτερη επαναξιολόγηση όσον αναφορά την κλίμακα VAS και για το ερωτηματολόγιο (O.D.I.) Διαφορές υπήρξαν όνο σε μακροπρόθεσμες επαννεξετάσεις που δεν ήταν στα ερωτήατα αυτής της έρευνας. Δηλαδή φαίνεται η ομάδα με τις ραδιοσυχνότητες να διατηρεί τα καλά αποτελέσματα και πέραν του έτους,που δεν ισχύει αυτό το αποτέλεσμα στην ομάδα της έγχυσης στεροειδών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδοαρθρική έγχυση στεροειδώνν στις οπίσθιες ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης, καθώς και η εφαρμογή ραδιοκυμάτων (Radiofrequency Facet Ablation), είναι πολύ καλές τεχνικές ελέγχου του πόνου σε χαμηλή οσφυαλγία. Πρέπει όμως να λαμβάνεται υπόψιν το κόστος εφαρμογής τους, δεδομένου ότι η εφαρμογή ραδιοκυμάτων RF, είναι δαπανηρή μέθοδος.

319. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΚΝΗΜΙΑΙΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΝ

Δ. Μπέγκας, Π. Παναγόπουλος, Σ. Χατζόπουλος, Ε. Λυμάξης, Α. Παπαγεωργίου, Ι. Ηλιάδης, Α. Γιαννακόπουλος, Α. Παστρούδης

ΣΤ' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση των λειτουργικών αποτελεσμάτων και της συχνότητας εμφάνισης οστεοαρθρίτιδας (ΟΑ) κατόπιν ανοικτής ανάταξης και εσωτερικής οστεοσύνθεσης (ORIF) καταγμάτων κνημιαίων κονδύλων (ΚΚΚ).
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μεταξύ 2008 και 2016, 72 ασθενείς με ΚΚΚ αντιμετωπίστηκαν με ORIF στην κλινική μας. Οι προεγχειρητικές ακτινογραφίες ταξινομήθηκαν σύμφωνα με το σύστημα Schatzker. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση βασίστηκε σε κλινικά (Visual Analog Scale – VAS, Clinical American Knee Society Score – CAKSS) και ακτινολογικά κριτήρια και όλες οι περιπτώσεις αξιολογήθηκαν ως προς το λειτουργικό αποτέλεσμα (Functional American Knee Society Score – FAKSS) και τη συχνότητα ανάπτυξης ΟΑ (Ahlback Classification of Osteoarthritis – ACO).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση διάρκεια follow-up ήταν 70,2 (36-84) μήνες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 44,3 (22-71) χρονών. Σύμφωνα με την ταξινόμηση Schatzker, 9 (12,5%) κατάγματα ήταν τύπου I, 5 (7%) τύπου II, 9 (12,5%) τύπου III, 16 (22,2%) τύπου IV, 15 (20,8%) τύπου V και 18 (25%) τύπου VI. Ο μέσος χρόνος πώρωσης τους ήταν 18.8 (15-29) εβδομάδες. Η μέση βαθμολογία VAS ήταν 1,15 (0-4). Η μέση τιμή του CAKSS ήταν 82/100 και του FAKSS 88/100. Σύμφωνα με την ταξινόμηση Ahlback, 20 (27,8%) ασθενείς παρουσίασαν ΟΑ γόνατος βαθμού I, 8 (11,1%) βαθμού II, 4 (5,6%) βαθμού III και 2 (2,8%) βαθμού IV.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συχνότητα εμφάνισης ΟΑ είναι υψηλότερη με την αύξηση του βαθμού του κατάγματος στην ταξινόμηση Schatzker. Συχνά παρά την ακτινολογική εικόνα αρθρίτιδας, το τελικό κλινικό αποτέλεσμα μπορεί να είναι καλό εάν επιτευχθεί ανατομική ανάταξη του κατάγματος και καλή αρθρική επαλληλία του γόνατος. Επιπλέον στόχοι της χειρουργικής θεραπείας είναι η διατήρηση επαρκούς σταθερότητας του γόνατος και του μηχανικού άξονα του σκέλους και η αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών.

320. ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

Δ. Γιώτης, Δ. Οικονόμου
Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν. Γρεβενών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση του τρόπου αντιμετώπισης των επιπλοκών περιπροθετικού κατάγματος μηριαίου στο Νοσοκομείο μας.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 74 ετών, υπέρβαρη, που είχε υποβληθεί σε ολική αρθροπλαστική δεξιού γόνατος προ 8ετίας προσήλθε στο ΤΕΠ με το δεξί σκέλος σε βράχυνση και γωνίωση ύπερθεν της άρθρωσης του γόνατος. Ακτινολογικά διαπιστώθηκε περιπροθετικό κάταγμα κάτω τριτημορίου μηριαίου χωρίς αστάθεια της πρόθεσης (τύπου ΙΙ κατά Rorabeck).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έγινε ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση του κατάγματος με ανατομική πλάκα και συνεστήθη μετεγχειρητικά αποφυγής φόρτισης του σκέλους μέχρι την πώρωση του κατάγματος. 6 εβδομάδες αργότερα λόγω μη συμμόρφωσης της ασθενούς στην αποφυγή φόρτισης, η ασθενής επανήλθε με θραύση της πλάκας. Ακολούθησε αφαίρεση των υλικών οστεοσύνθεσης και τοποθέτηση ορθόδρομου ενδομυελικού ήλου. 8 εβδομάδες όμως αργότερα, μετά από πτώση εξ ιδίου ύψους, η ασθενής προσήλθε πλέον με το περιφερικό τμήμα του ήλου εκτός του δέρματος. Εν συνεχεία, αφαιρέθηκε ο ήλος, έγινε χειρουργικός καθαρισμός και τοποθετήθηκε σκελετική έλξη Bohler-Braun. Πέντε ημέρες μετά, άρχισε εκροή πυοαιματηρού υγρού από το τραύμα. Έγινε εκτεταμένος χειρουργικός καθαρισμός, ελήφθη καλλιέργεια τραύματος και τοποθετήθηκε VAC ενώ εδόθη και ισχυρή αντιβιοτική αγωγή σύμφωνα με το αντιβιόγραμμα. 20 ημέρες αργότερα, το τραύμα είχε κοκκιωθεί ενώ 10 ημέρες μετά επουλώθηκε πλήρως κατά 2ο σκοπό. Στο νέο ακτινολογικό έλεγχο, μετά την αφαίρεση του VAC, διαπιστώθηκε εικόνα πώρου. Αποφασίστηκε να αφαιρεθεί η σκελετική έλξη και τοποθετήθηκε λειτουργικός νάρθηκας ως οριστική λύση. 7 μήνες αργότερα η ασθενής φόρτιζε πλήρως το σκέλος με χρήση βακτηριών μασχάλης ενώ στο χρόνο το κάταγμα είχε πλήρως πωρωθεί και η ασθενής βάδιζε με χρήση μιας μόνο βακτηρίας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αν και ξεπερασμένη μέθοδος στη σύγχρονη εποχή, η συντηρητική αντιμετώπιση περιπροθετικών καταγμάτων μηριαίου μπορεί να είναι ο έσχατος αλλά αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης, μετά από πολλαπλές επιπλοκές, ανεπιτυχείς χειρουργικές παρεμβάσεις αλλά και ανεπαρκή συνεργασία του ασθενούς.

321. ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΣΦΥΙΚΗ ΔΙΣΚΟΚΗΛΗ. ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

C. Matzaroglou[1], A. Evangelatou[1], E. Billis[1], M. Tsekoura[1], H. Graichen[2], G. Diamantakis[1], K. Kafchitsas[2], P. Megas[1]

[1]Schoolof Health Rehabilitation Sciences and Orthopaedic Surgery, University of Patras, Greece, [2]Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe, Wirbelsäulenzentrum Oberpfalz, Schwandorf, Germany

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να ελέγξει τα κλινικά αποτελέσματα της θεραπευτικής άσκησης σε ασθενείς με οσφυϊκή δισκοκήλη που δεν εμφάνιζαν νευρολογικές επιπλοκές. Η θεραπευτική άσκηση εφαρμόστηκε σαν παρεμβατική μέθοδος η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ευρέως για την βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Διακόσιοι πενήντα πέντε ασθενείς (255) από τρία ορθοπεδικά κέτρα, με κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου στην οσφυϊκή μοίρα, υποβλήθηκαν σε ειδική θεραπευτική άσκηση, για 20 λεπτά την μέρα, 3 φορές την εβδομάδα για 6 μήνες. Τα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν είναι: The keele STar Back screening Tool που στοχεύει στον εντοπισμό προγνωστικών δεικτών (τόσο σωματικών όσο και ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου) για επίμονο, ανασταλτικό πόνο στην ΟΜΣΣ, καθώς και στην κατηγοριοποίηση των ασθενών σε ομάδες κινδύνου και στη θεραπεία καθοδήγησης, το Roland -Morris Disability Index, ερωτηματολόγιο που αφορά τον δείκτη αναπηρίας του κάθε ασθενή, Oswestry Disability Index (O.D.I) ένα ερωτηματολόγιο που εκτιμά περιορισμούς των διαφόρων δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, η κλίμακα HADS (Hospital Anxiety and Depression scale) που αποτελεί μια κλίμακα για την ανίχνευση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Αυτοί οι παράμετροι επαναξιολογήθηκαν στο τρίμηνο και στο εξάμηνο απο την εφαρμογή της ειδικής θεραπευτικής άσκησης

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπήρξε σημαντική βελτίωση σε όλες τις παραμέτρους μετά την παρέμβαση της ειδικής θεραπευτικής άσκησης. Το εργαλείο μέτρησης «The keele STar Back screening Tool» βελτιώθηκε 32%., το Roland-Morris Disability Index βελτιώθηκε 43%, το O.D.I 44%, και η κλίμακα HADS 29%. Διακόσιοι είκοσι ασθενείς από τους διακόσιους πενήντα πέντε (220/255) έμειναν πολύ ικανοποιημένοι απο το πρόγραμμα της θεραπευτικής άσκησης

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το πρόγραμμα ασκήσεων δυναμικής σταθεροποίησης της οσφυϊκής μοίρας, συμπεριλαμβανομένων και κινήσεων της λεκάνης που βοηθούν για τον έλεγχο και την ισορροπία της οσφύος, βελτιώνουν την κινητικότητα και την σταθερότητα της. Αυτού του είδους οι κινήσεις δεν βελτιώνουν μόνο αυτά που προαναφέρθηκαν. Έχουν επίσης θετικά κλινικά αποτελέσματα και στην λειτουργικότητα των ασθενών. Τέλος, να σημειωθεί ότι οι παρεμβάσεις εφαρμόζονται σε ασθενείς που δεν εμφανίζουν νευρολογικά ελλείμματα.

322. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΑ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ

Σ. Χατζόπουλος, Δ. Μπέγκας, Ι. Ηλιάδης, Α. Παπαγεωργίου, Π. Παναγόπουλος, Ε. Λυμάξης, Α. Γιαννακόπουλος, Α. Παστρούδης

ΣΤ΄Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Τα σπονδυλικά κατάγματα είναι μια από τις πιο συνήθεις εκφάνσεις της οστεοπόρωσης, με επίπτωση ένα κάθε 22 δευτερόλεπτα σε ασθενείς άνω των 50 ετών. Σχετίζονται με αύξηση της θνησιμότητας κατά 8 φορές και με εμφάνιση άλλων προβλημάτων όπως: οσφυαλγία, απώλεια ύψους και ελάττωση κινητικότητας. Η έλλειψη βιταμίνης D, έχει χαρακτηριστεί ως ένας από τους παράγοντες κινδύνου για οστεοπορωτικά κατάγματα. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η αξιολόγηση των επιπέδων βιταμίνης D (25-OH-D3) σε ασθενείς με οστεοπορωτικά σπονδυλικά κατάγματα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά το 2017, 56 ασθενείς (37 γυναίκες και 19 άνδρες) με μέσο όρος ηλικίας τα 74 έτη, εισήχθησαν στην κλινική μας λόγω οστεοπορωτικού σπονδυλικού κατάγματος (25 κατάγματα θωρακικών και 31 οσφυϊκών σπονδύλων). Κατά την εισαγωγή τους μετρήθηκαν τα επίπεδα 25-OH-D3, καθώς και αναζητήθηκαν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης υποβιταμίνωσης. Κανένας από τους ασθενείς δεν ελάμβανε συμπληρώματα 25-OH-D3 κατά την εισαγωγή τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δώδεκα (21%) ασθενείς βρέθηκαν με επίπεδα 25-OH-D3 κάτω των 10ng/ml, 33 (59%) μεταξύ 10 και 30 και 9 (16%) άνω των 30ng/ml. Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα 25-OH-D3 μεταξύ γυναικών και ανδρών. Δεν υπήρξε συσχέτιση των επιπέδων 25-OH-D3 και του επιπέδου του κατάγματος στη σπονδυλική στήλη. Σαράντα επτά (83%) ασθενείς είχαν τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου υποβιταμίνωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα της βιταμίνης D σχετίζονται με οστεοπορωτικά σπονδυλικά κατάγματα. Η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου υποβιταμίνωσης καθώς και η χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμίνης D, θα μπορούσε να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης οστεοπορωτικών σπονδυλικών καταγμάτων.

323. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΞΟΝΙΚΟ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΟΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Ι. Μητράκος[1], Ι. Πούλος[1], Γ. Δημάκης[2], Ι. Τσιβίκης[2], Γ. Μουτζούρης[2], Α. Νικολόπουλος[1]

[1]Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Άργους, [2]Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. Άργους

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της σημασίας ως προς την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της μεθόδου της διαδερμικής νεφροστομίας καθοδηγούμενη από αξονικό τομογράφο στο νοσοκομείο μας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε χρονικό διάστημα 24 μηνών διενεργήθηκαν στο νοσοκομείο μας διαδερμικές νεφροστομίες υπό CT καθοδήγηση σε δεκαεννέα ασθενείς της ουρολογικής κλινικής. Οι ασθενείς τοποθετήθηκαν σε πρηνή θέση, πραγματοποιήθηκε αντισηψία, τοπική αναισθησία και τοποθετήθηκε διαδερμικά, με την τεχνική Seldinger, καθετήρας παροχέτευσης pig-tail διαμέτρου 8F. Σε κάθε βήμα της διαδερμικής νεφροστομίας ακολουθούσε απεικονιστικός έλεγχος υπό CT.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η διαδερμική νεφροστομία υπήρξε επιτυχής σε όλους τους ασθενείς και δε χρειάστηκαν περαιτέρω θεραπευτικοί χειρισμοί. Σε δεκαοκτώ ασθενείς δεν παρατηρήθηκαν μείζονες ή ελάσσονες επιπλοκές ενώ ένας ασθενής παρουσίασε μικρής έκτασης υποκάψιο αιμάτωμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η διαδερμική νεφροστομία υπό CT καθοδήγηση, αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης της αποφρακτικής ουροπάθειας.

324. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΑΠΟ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑ 2016-2019

Α. Ιερωνυμάκη, Χ. Ανθουλάκη, Α. Νικολακοπούλου, Ε. Μπουντανιόζου, Δ. Γιούλη, Σ. Βλάχος, Δ. Δανδουλάκης, Α. Τερζή, Α. Χαραλαμποπούλου, Α. Παπαναγιώτου

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της συχνότητας απομόνωσης παθογόνων μικροοργανισμών από κλινικά δείγματα γεννητικού συστήματος ανδρών σε Γενικό Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της τελευταίας τετραετίας.
ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα δείγματα από το γεννητικό σύστημα ανδρών (ουρήθρα, σπέρμα, προστατικό έκκριμα) που στάλθηκαν στο Μικροβιολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Αλεξάνδρα» από 1/1/2016 έως 31/12/12019. Σε όλα τα δείγματα έγινε χρώση Gram (αναζήτηση πυοσφαιρίων, αρνητικών κατά Gram ενδοκυττάριων διπλόκοκκων, μυκήτων), καλλιέργεια σε θρεπτικά υλικά (αιματούχο, MacConkey, Sabouraud, Thayer-Martin, mycoplasma A7) και επώαση σε κατάλληλες συνθήκες (αερόβιες, αναερόβιες, μικροαερόφιλες, στους 37oC) και άμεσος ανοσοφθορισμός.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 335 κλινικά δείγματα που εξετάστηκαν στη διάρκεια των τεσσάρων ετών, μικροοργανισμοί ανευρέθηκαν σε 66 δείγματα, ως εξής: *Escherichiacoli* σε 21/66, *Chlamydiatrachomatis* σε 12/66, *Ureaplasmaurealyticum* σε 7/66, *Proteusmirabilis* σε 7/66, *Neisseriagonorrhoeae* σε 3/66, *Morganellamorganii* σε 2/66, *Enterococcusfaecalis* σε 2/66, *Candidaalbicans* σε 1/66. Σε 9 δείγματα αναπτύχθηκαν άλλα Gram αρνητικά βακτήρια ενώ σε 2 δείγματα απομονώθηκαν 2 μικρόβια (E.coli με M.morganii, E.coli με P.mirabilis).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μη αναμενόμενη χαμηλή συχνότητα απομόνωσης N.gonorrhoeaeενδεχομένως να οφείλεται είτε σε προηγηθείσα λήψη αντιβιοτικών από τον ασθενή είτε σε συνθήκες μεταφοράς του δείγματος που δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη του μικροοργανισμού στην καλλιέργεια. Η ύπαρξη ενδείξεων ενοχοποίησης των Chlamydiatrachomatisως κύριου αίτιου χρόνιας μη μικροβιακής προστατίτιδας υποδεικνύει την ανάγκη αναζήτησής των σε περιπτώσεις κλινικής υποψίας της λοίμωξης. Το Ureaplasma urealyticum μπορεί να αποτελέσει έναν σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα στην ανδρική υπογονιμότητα και ως εκ τούτου πρέπει να αναζητείται μεταξύ άλλων σε διερεύνηση υπογονιμότητας. Παρά την ασυνήθη ανεύρεση περισσοτέρων του ενός παθογόνων στην περιοχή, δε θα πρέπει να αποκλείεται το ενδεχόμενο πολυμικροβιακής λοίμωξης.

325. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΤΑΚΕΡΜΑΤΙΣΜΟ ΤΟΥ DNA ΣΤΗΝ ΑΝΔΡΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Η. Πρίφτη, Α. Αθανασίου, Δ. Αθανασίου, Α. Αθανασίου, Α. Δευτεραίου, Γ. Μπίνας, Δ. Κωστομένος, Β. Αθανασίου, Μ. Σακελλαρίου

Κέντρο Εξωσωματικής Αθηνών

Το οξειδωτικό stress αντικατοπτρίζει τη διαταραχή της ισορροπίας των ελεύθερων ριζών οξυγόνου (ROS) και της ικανότητας αδρανοποίησής τους από τους διαθέσιμους αντιοξειδωτικούς μηχανισμούς του ανδρικού γεννητικού συστήματος. Οι υψηλές τιμές ROS φαίνεται να είναι ο κύριος λόγος κατακερματισμού του DNA στα σπερματοζωάρια.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η συσχέτιση της παρουσίας **ROS** με τον κατακερματισμό του DNA των σπερματοζωαρίων (**DFI**).

Στα πλαίσια του βασικού ανδρολογικού ελέγχου για υπογονιμότητα ανεξαρτήτου αιτιολογίας, **190** άνδρες προσήλθαν στη Μονάδα μας από τον **Ιούλιο του 2018 έως το Νοέμβριο του 2019** και πραγματοποίησαν τις εξετάσεις του κατακερματισμού του DNA (DFI) και του οξειδωτικού stress, με το **HALOSPERMkit** και τη συσκευή **MIOXSYS** αντίστοιχα.

Παρατηρήθηκε ότι η πλειοψηφία των ανδρών που υποβλήθηκαν στις ανωτέρω εξετάσεις, είχε παθολογικά αποτελέσματα και για τις δύο (59%). Διαχωρίζοντας τώρα τον πληθυσμό σε κατηγορίες με βάση τις τιμές του οξειδοαναγωγικού δυναμικού (υψηλά ή μη υψηλά ποσοστά ROS), παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες με φυσιολογικό οξειδοαναγωγικό δυναμικό (ROS εντός φυσιολογικών τιμών) είχαν στο μεγαλύτερο ποσοστό φυσιολογικές τιμές κατακερματισμού του DNA (DFI) (63%). Άνδρες με παθολογικό οξειδοαναγωγικό δυναμικό (ROS εκτός φυσιολογικών τιμών) είχαν στην πλειοψηφία τους (86%) υψηλό βαθμό κατακερματιμού του DNA των σπερματοζωαρίων (DFI). Τέλος, σχετικά χαμηλό ήταν το ποσοστό ανδρών με φυσιολογικό οξεοδοαναγωγικό δυναμικό και παθολογικό κατακερματισμό (37%).

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι η οξειδοαναγωγική ισορροπία στο σπέρμα ενισχύει την ποιότητα των σπερματοζωαρίων που παράγονται στους όρχεις. Το υψηλό οξειδωτικό stress έχει σοβαρή αρνητική επίδραση στη διπλή έλικα του DNA. Ο κατακερματισμός του DNA πιθανότατα σχετίζεται και με άλλους παράγοντες πέραν του οξειδωτικού στρες, όπως για παράδειγμα κακή διατροφή, κάπνισμα, λήψη φαρμάκων, λοιμώξεις, ακτινοβολία ή υψηλές θερμοκρασίες και κιρσοκήλη.

326. ΕΞΙΔΡΩΜΑΤΙΚΗ ΩΧΡΟΠΑΘΕΙΑ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΑΓΓΕΙΟΕΙΔΩΝ ΤΑΙΝΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Λ. Κοντομίχος, Ε. Παροικάκης, Γ. Μπάτσος, Μ. Τσιρώνη, Α. Μπακοπούλου, Β. Πεπονής, Δ. Καραγιάννης
Οφθαλμιατρείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενός περιστατικού εξιδρωματικής εκφύλισης ωχράς κηλίδας επί εδάφους αγγειοειδών ταινιών σε ασθενή με μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής θήλυ ετών 54, προσήλθε αιτιώμενη πτώσης όρασης στον αριστερό οφθαλμό από 10ημέρου. Η καλύτερα διορθωμένη οπτική οξύτητα ήταν Μετρήση Δακτύλων στον δεξιό οφθαλμό και 1/10 στον αριστερό οφθαλμό. Στον δεξιό οφθαλμό εμφάνιζε προχωρηνένο λευκό καταρρακτή ενώ στον αριστερό οφθαλμό κατά τη βυθοσκόπηση αναδείχτηκαν αγγειοειδείς ταινίες Οι αγγειοειδείς ταινίες αποτελούν πάθηση που οφείλεται στην διαταραχή της ελαστικότητας μιας οφθαλμικής δομής του χοριοειδούς χιτώνα, της μεμβράνης του Bruch. Διενεργήθηκε φλουοροαγγειογραφία στον αριστερό οφθαλμό η οποία εκτός των αγγειοειδών ταινίων ανέδειξε χοριοειδική νεοαγγειακή μεβράνη, παθολογική νεοαγγείωση δηλαδή, στην περιοχή του κεντρικού βοθρίου της ωχράς κηλίδας. Η οπτική τομογραφία συνοχής (Optical Coherence Tomography, OCT) στην ωχρά κηλίδα παρουσίασε υποαμφιβληστροειδικό υγρό, εύρημα που επίσης συνηγορεί υπέρ της χοριοειδικής νεοαγγείωσης, δηλαδή της εξιδρωματικής εκφύλισης της ωχράς κηλίδας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής παρουσιάζει βελτίωση της οπτικής οξύτητας στον αριστερό οφθαλμό και μερική υποστροφή της χοριοειδικής νεοαγγείωσης μετα από 2 ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις αντι-αγγειογενετικού παράγοντα ranibizumab.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία αποτελεί σπάνια αιτιολογία των αγγειοειδών ταινιών σε σχέση με άλλες πιο συχνές αιτίες όπως το ελαστικό ψευδοξάνθωμα. Η εξιδρωματική νεοαγγειακή ωχροπάθεια αποτελεί συχνή επιπλοκή και αιτία μείωσης της οπτικής οξύτητας σε ασθενείς με αγγειοειδείς ταινίες.

327. ΟΠΙΣΘΙΑ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΤΥΦΛΩΣΗ ΙΝΙΑΚΟΥ ΛΟΒΟΥ

Σ. Ατζαμόγλου, Ι. Μαρκόπουλος, Α. Αφράτη, Λ. Κοντομίχος, Γ. Μπάτσος, Ε. Παροικάκης, Β. Πεπονής
Οφθαλμιατρείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενός περιστατικού οξείας ινιακής τύφλωσης λόγω συνδρόμου οπίσθιας αναστρέψιμης εγκεφαλοπάθειας (ΣΟΑΕ).
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας ασθενής 77 ετών με οξεία απώλεια όρασης και απώλεια συνείδησης υποβλήθηκε σε διερεύνηση με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου με σκιαγραφικό, Doppler καρωτίδων, οπτική τομογραφία συνοχής ωχράς κηλίδας και νευρικών ινών, οπτικά πεδία, ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο (ΠΔΙΛ, ΗΑΓ) και καταγράφηκαν τα ευρήματα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το Σύνδρομο Οπίσθιας Αναστρέψιμης Εγκεφαλοπάθειας (ΣΟΑΕ) αποτελεί μία συνήθως αναστρέψιμη κλινική οντότητα, η οποία δύναται να εμφανιστεί με κεφαλαλγίες, σπασμούς, ψυχικές και οπτικές διαταραχές. Η απεικόνιση του εγκεφάλου δείχνει εστιακό εγκεφαλικό οίδημα, κυρίως στην περιοχή των κροταφικών και ινιακών λοβών. Το σύνδρομο έχει συνδεθεί με υπερτασικές κρίσεις, εκλαμψία, νεφρική ανεπάρκεια και ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Σκοπός της ανασκόπησης του περιστατικού είναι η παρουσίαση περιπτώσεως οξείας ινιακής τύφλωσης λόγω οπίσθιας αναστρέψιμης εγκεφαλοπάθειας.
Τα κλινικά και εργαστηριακά οφθαλμολογικά και νευρολογικά ευρήματα έθεσαν τη διάγνωση του συνδρόμου. Δύο μήνες μετά και χωρίς θεραπεία, ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση της οπτικής οξύτητας και των γνωσιακών λειτουργιών του.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι οφθαλμίατροι πρέπει είναι εξοικειωμένοι με το ΣΟΑΕ, καθώς μπορεί να εμφανιστεί και μόνο με οπτικές διαταραχές. Μπορεί να εμφανιστεί και σε μεγαλύτερες ηλικίες και η υποχώρηση των συμπτωμάτων να διαρκέσει για αρκετά μεγάλο διάστημα.

328. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΚΛΑΔΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΦΛΕΒΑΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ IGGK ΠΑΡΑΠΡΩΤΕΪΝΑΙΜΙΑ

Ε. Χριστοδούλου[1], Ε. Παροικάκης[2], Γ. Μπάτσος[2], Λ. Κοντομίχος[2], Μ. Τσιρώνη[2], Π. Κουμούτσος[2], Δ. Καραγιάννης[2]

[1]Οφθαλμολογική Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας, [2]Β' Οφθαλμολογική Κλινική, Οφθαλμιατρείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενός περιστατικού υποτροπιάζουσας αμφοτερόπλευρης κλαδικής απόφραξης φλέβας αμφιβληστροειδούς (ΚΑΦΑ) σχετιζόμενης με IgGκ παραπρωτεϊναιμία και η πορεία της νόσου στη πενταετία.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας 56 ετών, παρουσιάστηκε στην κλινική μας με συμπτώματα θολής όρασης στον δεξιό οφθαλμό. Ο ασθενής παλαιότερα είχε διεγνωσθεί με IgGκ μονοκλωνική γαμαπάθεια. Από το οφθαλμολογικό ιστορικό, είχε προσβληθεί με ΚΑΦΑ στον δεξιό οφθαλμό (προ 2ετίας) και στον αριστερό (προ 4ετίας). Σε αμφότερους τους οφθαλμούς είχε πραγματοποιηθεί επιτυχημένη θεραπεία με ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις ρανιμπιζουμάμπης. Κατά την κλινική εξέταση, η καλύτερα διορθούμενη οπτική οξύτητα ήταν 1/10 για τον δεξιό οφθαλμό και 8/10 για τον αριστερό οφθαλμό, ενώ βυθοσκοπικά παρατηρήθηκε οίδημα ωχράς κηλίδας και παρουσία σκληρών εξιδρωμάτων, στο δεξιό οφθαλμό. Ο ασθενής έλαβε τρείς μηνιαίες εγχύσεις ρανιμπιζουμάμπης. Το οίδημα απορροφήθηκε και η οπτική οξύτητα βελτιώθηκε στα 8/10 παραμένοντας σταθερή για 3 μήνες. Εν συνεχεία παρουσιάστηκε υποτροπή του οιδήματος και η οπτική οξύτητα μειώθηκε στα 3/10. Για το λόγο αυτό χορηγήθηκε 4η ένεση χωρίς όμως ιδιαίτερη βελτίωση. Έτσι αποφασίστηκε η αλλαγή της θεραπείας σε ενδοϋαλοειδικό ένθεμα δεξαμεθαζόνης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δύο μήνες μετά τη χορήγηση παρατηρήθηκε βελτίωση του οιδήματος και η οπτική οξύτητα βελτιώθηκε στα 7/10.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι αιματολογικές διαταραχές συχνά μπορεί να συνδέονται με αγγειακές επιπλοκές λόγω υπεργλοιότητας. Η μονοκλωνική γαμαπάθεια απροσδιορίστου σημαντικότητας (MGUS), παλαιότερα θεωρείτω ως καλοήθης. Ωστόσο, οι ασθενείς με την πάθηση αυτή, μπορεί να προσβληθούν από μια κατάσταση αναφερόμενη και ως αμφιβληστροειδοπάθεια σχετιζόμενη με υπεργλοιότητα΄ (slow flow retinopathy). Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να υποβάλλονται σε τακτική οφθαλμολογική εξέταση. Σε περιπτώσεις ΚΑΦΑ, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο κίνδυνος επανεμφάνισης του οιδήματος της ωχράς.

329. ΑΠΟΙΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ

Ε. Κουτσοστάθης, Π. Βασιλείου
ΜΕΘ, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγράφεται περιστατικό γυναίκας ασθενούς με υποσκληρίδιο αιμάτωμα και συμπτωματολογία άποιου διαβήτη.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα ασθενής 84 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και γεροντικής άνοιας διακομίστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω εμπύρετου έως 38,5 'C με βήχα, απόχρεμψη και δύσπνοια ηρεμίας. Από την κλινική εξέταση και τον απεικονιστικό έλεγχο, που ανέδειξε πυκνωτική εστία αριστερού κάτω λοβού, τέθηκε η διάγνωση λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού. Επιπλέον, διαπιστώθηκε η ύπαρξη θλαστικών τραυμάτων θώρακος στο πλαίσιο πιθανού επεισοδίου πτώσης εξ ιδίου ύψους. Η ασθενής ήταν συγχυτικοδιεγερτική. Εισήχθη στην παθολογική κλινική. Τέθηκε αντομικροβιακή αγωγή αρχικά με μοξιφλοξασίνη και εν συνεχεία με μεροπενέμη και λινεζολίδη. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία εγκεφάλου που ανέδειξε εικόνα ατροφίας του φλοιού του εγκεφάλου και οσφυονωτιαία παρακέντηση που ανέδειξε αυξημένες τιμές λευκωματος ΕΝΥ, χωρίς ύπαρξη κυττάρων. Λόγω επεισοδίου αναπνευστικης ανεπάρκειας τύπου ΙΙ η ασθενής διασωληνώθηκε και διακομίστηκε σε ΜΕΘ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη νοσηλεία της στη ΜΕΘ, εμφάνισε ανισοκορία υπέρ δεξιού οφθαλμού και πολυουρία (περίπου 3 lt/ημέρα), με ειδικό βάρος ούρων <1,006 και υπερνατριαιμία (Na ορού >150 mg/dl), που αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια ενυδάτωση. Πραγματοποιήθηκε εκ νέου απεικονιστικός έλεγχος εγκεφάλου (MRI) που ανέδειξε υποσκληρίδιο αιμάτωμα με συνοδο παρεκτόπιση της μέσης γραμμής προς τα αριστερά.Έγινε νευροχειρουργική εκτίμηση και συστήθηκε συντηρητική αντιμετώπιση. Η ασθενής παρέμεινε σε κωματώδη κατάσταση σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής με μοντέλο υποβοηθούμενης πίεσης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο άποιος διαβήτης οφείλεται στην έλλειψη αντιδιουρητικής ορμόνης. Η συνοδός υπερνατριαιμία αντιμετωπίζεται με επαρκή ενυδάτωση. Διακρίνεται στον κεντρικού τύπου και στο νεφρογενή. Συχνά αίτια του κεντρικού τύπου άποιου αποτελούν οι όγκοι του εγκεφάλου, οι εγκεφαλικές αιμορραγίες η εγκεφαλίτιδα, η σαρκοείδωση. Επίσης μπορεί να εκδηλωθεί στο πλάισιο συνδρόμων όπως DIDMOAD και Wolfram's syndrome. Η θεραπεία έγκειται στην απαιτούμενη ενυδάτωση σε ήπιες περιπτώσεις και στη χοήγηση δεσμοπρεσσίνης σε βαρύτερες καταστάσεις.

330. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Κ. Θεοδωρόπουλος

Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στη στοματική υγεία του πληθυσμού της Ευρώπης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη στοματική υγεία των πολιτών της Ευρώπης, αποτέλεσε τη βασική μέθοδο και αποκάλυψε την ύπαρξη 24 επιστημονικών άρθρων, δημοσιευμένων στην Αγγλική γλώσσα από το 1989 έως και το 2019. Η αναζήτηση της ηλεκτρονικής βιβλιογραφίας επιτελέστηκε στις ακόλουθες βάσεις δεδομένων: ProQuest, Springer LINK, ScienceDirect και PubMed.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι μελέτες, που παρουσιάζουν την υπάρχουσα σχέση ανάμεσα στη οικονομική κρίση και στη στοματική υγεία των ανθρώπων, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η δραματική μείωση του εισοδήματος επιδρά σε μεγάλο βαθμό στη στοματική υγεία, αφού οι πολίτες αδυνατούν να καλύψουν τις βασικές οδοντιατρικές τους ανάγκες με αποτέλεσμα να υπάρχει επίπτωση σε δείκτες στοματικής υγείας, όπως είναι ο δείκτης τερηδόνας, ο δείκτης περιοδοντίου και οι δείκτες συνηθειών της στοματικής υγιεινής. Η μείωση του αριθμού των προληπτικών ενεργειών παρατηρήθηκε σε έρευνα που διεξήχθη στην Ισλανδία. Στη Ελλάδα, για παράδειγμα, λιγότεροι οδοντίατροι σε σχέση με την περίοδο προ κρίσης εργάζονται στα δημόσια κέντρα υγείας και η δημόσια οδοντιατρική φροντίδα έχει γίνει λιγότερο προσβάσιμη. Στη Σλοβενία παρατηρήθηκαν μεγάλες λίστες αναμονής για δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες. Σε μερικές χώρες όπως η Εσθονία και η Ιρλανδία, οδοντιατρική θεραπεία έχει περιορισθεί για ορισμένες κοινωνικές ομάδες. Στη Ισλανδία η οικονομική κρίση το 2008 φαίνεται να είχε μικρές επιπτώσεις στη χρήση των υπηρεσιών στοματικής υγείας. Μελέτες από Ισπανία 2007-2011 και Σουηδία 2007-2019 έδειξαν όμως σημαντική αύξηση στην έλλειψη οδοντιατρικής φροντίδας σε χαμηλού εισοδήματος κοινωνικές ομάδες, ενώ παρόμοια ευρήματα υπάρχουν από αναφορές οδοντιάτρων στην Κύπρο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το βασικό συμπέρασμα, που εξάγεται από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, είναι ότι η υφιστάμενη οικονομική κρίση επιδρά με άμεσο τρόπο στη στοματική υγεία και στην οδοντιατρική περίθαλψη.

331. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ, ΠΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΘΗΚΕ ΜΕ NON-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ Τ-ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΑΓΓΕΙΟΑΝΟΣΟΒΛΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ PET-CT SCAN ΚΑΙ ΒΙΟΨΙΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ

Α. Μαραθωνίτης[1], Χ. Μπεθάνη[1], Ρ. Ζακοπούλου[1], Ε. Βενέτης[1], Ε. Μοσχονά[1], Γ. Γεωργακόπουλος[1], Δ. Γαλάνη[2], Α. Κόκας[2], Γ. Μαραθωνίτης[1]

[1]Α' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αμαλία Φλέμιγκ», [2]Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αμαλία Φλέμιγκ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Άρρεν 64 ετών, με ιστορικό καρκίνου προστάτη προ 8ετίας, προσήλθε με αναφερόμενο εμπύρετο >380 C και νυχτερινές εφιδρώσεις από μηνός.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά την κλινική εξέταση, δεν ανευρέθησαν σπληνομεγαλία και ψηλαφητοί λεμφαδένες. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου, ευρέθησαν αναιμία (υπόχρωμη, μικροκυτταρική) και τριψήφια ταχύτητα καθίζησης ερυθρών. Κατά τη νοσηλεία του, ο ασθενής συνέχιζε τα επεισόδια εμπυρέτου. Στα πλαίσια διερεύνησης διενεργήθησαν πλήρης εργαστηριακός έλεγχος για λοιμώδη και αυτοάνοσα νοσήματα, πλήρης ιολογικός έλεγχος, U/S κοιλίας, CT θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας, σπινθηρογράφημα οστών, ενδοσκοπικός έλεγχος ανώτερου και κατώτερου πεπτικού, καθώς επίσης βιοψίες κροταφικής αρτηρίας, ήπατος και μυελού των οστών, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Τελικά, πραγματοποιήθηκε PET-CT scan, το οποίο ανέδειξε ήπιο υπερμεταβολισμό στους μασχαλιαίους λεμφαδένες άμφω. Στη συνέχεια, βασιζόμενοι στο παραπάνω εύρημα προχωρήσαμε στη διενέργεια βιοψίας μασχαλιαίου λεμφαδένα, που ανέδειξε Non-Hodgkin Λέμφωμα Τ-κυτταρικής προέλευσης αγγειοανοσοβλαστικού τύπου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής έλαβε χημειοθεραπεία με κυκλοφωσφαμίδη, βινκριστίνη και μιτοξαντρόνη με ύφεση της νόσου. Μετά από διάστημα 42 μηνών και υποτροπής της νόσου, ο ασθενής κατέληξε, λόγω σηπτικής καταπληξίας επί εδάφους λοίμωξης αναπνευστικού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Επισημαίνεται η συνεισφορά του PET-CT scan στη διάγνωση παρατεινόμενου εμπυρέτου αγνώστου αιτιολογίας. Το συγκεκριμένο περιστατικό είναι ιδιαιτέρως ενδιαφέρον εξαιτίας τόσο της σπανιότητας της νόσου (αποτελεί μόλις το 2-4% όλων των λεμφωμάτων), όσο και της άτυπης εκδήλωσής της (μη ψηλαφητοί λεμφαδένες χωρίς σπληνομεγαλία και δίχως εξάνθημα). Επίσης, σημειώνουμε την επιβίωση του ασθενούς πέραν των 19 μηνών, που αποτελεί το μέσο προσδόκιμο για το συγκεκριμένο τύπο λεμφώματος.

332. ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 79 ΕΤΩΝ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Α. Ρουμπάκη[1], Α. Κατσανδρή[1], Ζ. Μάστορα[2], Ε. Γαβριελάτου[2], Π. Παυλή[1], Α. Παπαποστόλου[1], Α. Παναγόπουλος[1], Ε. Βεργενάκη[1], Α. Καζιάνη[2], Σ. Γκολφινοπούλου[1]

[1]Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [2]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μουκορμύκωση αποτελεί μία ιδιαίτερα επιθετική ευκαιριακή λοίμωξη οφειλόμενη σε μύκητες που ανήκουν στην τάξη των ζυγομυκήτων. Έχουν περιγραφεί 200 περιστατικά από 1948-2017 (50%Ασιάτες, 50%παιδιά). Είναι ευρέως διαδεδομένοι στο έδαφος, χαλασμένα φρούτα-λαχανικά, φυσιολογική χλωρίδα των αεροφόρων οδών, ενώ σημαντικότερη πύλη εισόδου αποτελεί ο βλενογόννος ρινός, παραρρίνιων κόλπων. Συνηθέστερη μορφή, η ρινοεγκεφαλική. Η ηπατική μορφή, σπανίως εμφανίζεται ως αυτόνομη, συνυπάρχει συνήθως με την γαστρεντερική. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται κυρίως ιστολογικά.
ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού μουκορμύκωσης παχέος εντέρου σε ασθενή με εμπύρετο και χειρουργηθέν αδενοκαρκίνωμα ορθού που αντιμετωπίστηκε ανεπιτυχώς με συντηρητικά μέτρα.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 79 ετών προσέρχεται λόγω εμπύρετου από ημερών με συνοδό ρίγος χωρίς άλλη συμπτωματολογία. Πρόκειται για ασθενή με χειρουργηθέν αδενοκαρκίνωμα ορθού μέσης διαφοροποίησης προ έτους. Φέρει φίλτρο κάτω κοίλης φλέβας, ενώ λαμβάνει πρεδνιζολόνη 5mg/d από τριετίας λόγω ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Επίσης αναφέρεται πρωτοπαθές σύμπλεγμα φυματίωσης σε παιδική ηλικία άνευ θεραπείας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο εισαγωγής ανευρέθη σημαντικό φλεγμονώδες σύνδρομο, ενώ οι αξονικές κοιλίας, θώρακος ανέδειξαν μικρές πλευριτικές συλλογές. Από τις καλλιέργειες δεν απομονώθηκε μικρόβιο ενώ ο ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος βρέθηκε αρνητικός. Από τη βιοψία κροταφικής, την παρακέντηση πλευριτικού υγρού, τη βρογχοσκόπηση, το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς δεν σημειώνονται παθολογικά ευρήματα. Η ασθενής λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας διασωληνώθηκε. Τα ευρήματα της νέας αξονικής έδειξαν πολλαπλές υπόπυκνες εστίες ήπατος. Διακομίστηκε στη ΜΕΘ και υπεβλήθη σε κολονοσκόπηση,η οποία ανέδειξε μουκορμύκωση παχέος εντέρου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παράγοντες κινδύνου της μουκορμύκωσης είναι η διαβητική κετοξέωση, η μακρά θεραπεία με κορτικοστεροειδή, τα κακοήθη νεοπλάσματα, οι μεταμοσχευθέντες ασθενείς, η δεφεροξαμίνη,το AIDS. Η αξονική τομογραφία δεν φαίνεται να συμβάλει ουσιαστικά στη διάγνωση της νόσου, παρά μόνο στην αποκάλυψη τυχόν οστικών διαβρώσεων. Σημαντικό απεικονιστικό εύρημα, είναι το σημάδι του φωτοστέφανου (θαμβή ύαλος που περιβάλλει ένα οζίδιο), χαρακτηριστικό σε αγγειοδιηθητικά στελέχη. Θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός χειρουργικού καθαρισμού και αμφοτερικίνης Β.

333. ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑΣ

Β. Αγγελοπούλου[1], Κ. Γκιζελή[1], Λ. Λεκάκκου[1,2], Ν. Αλεξίου[1,3], Τ. Ταταρίδου[1], Α. Παπαδάκη[1], Μ. Κουπετώρη[1], Σ. Συμπάρδη[1]

[1]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», [2]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [3]Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οξεία ραβδομυόλυση προκαλείται από καταστροφή των μυικών κυττάρων με δυνητικό επακόλουθο συσσώρευση των προϊόντων αυτής στα νεφρικά σωληνάρια και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Όλο και πιο συχνά αποδίδεται, εκτός των άλλων αιτιών και σε αλληλεπίδραση/παρενέργεια φαρμάκων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η σημασία του ιστορικού και της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών, όπως επίσης και της γνώσης των παρενεργειών και αλληλεπιδράσεων των νεότερων φαρμακευτικών ουσιών.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Περιγράφεται περίπτωση ανδρός, 80 ετών, προσερχόμενου στο ΤΕΠ λόγω κακουχίας από 20μέρου με συνοδό με υπέρχρωση ούρων, διαταραγμένη ηπατική βιοχημεία, υπερκαλιαιμία επί εδάφους αποδραμούντος οξέος εμπυρέτου, για το οποίο είχε λάβει αυτοβούλως κλαρυθρομυκίνη. Ατομικό αναμνηστικό: Σ. διαβήτης (υπό μετφορμίνη/βιλνταγλιπτίνη), αρτ. υπέρταση (υπό ολμεσαρτάνη/ αμλοδιπίνη/ υδροχλωροθειαζίδη), δυσλιπιδαιμία (υπό συμβαστατίνη), αδενο-ca προστάτη (ΑΚΘ-ΧΜΘ προ 2ετίας). Αντικειμενική εξέταση: κ.φ. Απεικονιστικός έλεγχος χωρίς ειδικά ευρήματα. Εργαστηριακός έλεγχος: ουρία: 112 mg/dl, κρεατινίνη: 1,5 mg/dl), SGOT: 950 U/L, SGPT: 695 U/L, LDH: 2333 U/L, CK: 23.661 U/L, TROP: 255 pg/ml, K+ ορού: 5,9 mmol/lt, CRP: <3mg/dl.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος με ικανοποιητική διούρηση. Η συμβαστατίνη, βιλνταγλιπτίνη, ολμεσαρτάνη και υδροχλωροθειαζίδη διεκόπησαν. Ο έλεγχος για εποχική ιογενή ή βακτηριακή λοίμωξη καθώς και ο έλεγχος για αυτοάνοση μυοσίτιδα και παρανεοπλασματικό σύνδρομο απέβη αρνητικός. Έλαβε ενδοφλέβια ενυδάτωση με αποκατάσταση νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας. Εξ αποκλεισμού η ραβδομυόλυση και διαταραγμένη ηπατική βιοχημεία του ασθενούς αποδόθηκαν σε αλληλεπίδραση των φαρμάκων (συμβαστατίνη, βιλνταγλιπτίνη, κλαριθρομυκίνη).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι στατίνες, οι οποίες μεταβολίζονται στο CYP3A4, σημείο στο οποίο μεταβολίζεται και η κλαρυθρομυκίνη δυνατόν να προκαλέσουν ηπατοτοξικότητα και ραβδομυόλυση ιδιαίτερα όταν προστεθεί και άλλος παράγοντας, όπως η βιλνταγλιπτίνη (κατηγορία DPP-4 inh). Η πολυφαρμακία των ημερών μας απαιτεί άριστη γνώση των πιθανών αλληλεπιδράσεων των φαρμάκων, ώστε να επιλέγονται κατάλληλοι συνδυασμοί, για το βέλτιστο αποτέλεσμα έκβασης των ασθενών μας.

334. ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΑΥΤΟΦΥΗ ΜΑΝΙΤΑΡΙΑ

Ό. Παπαχρήστου, Ξ. Τσαμακίδης, Β. Πετσιμέρη, Χ. Σταφυλίδης, Α. Λυκούδης, Δ. Αραχωβίτη, Φ. Λεβεντάκη, Α. Νικολόπουλος
Β' Παθολογικη Κλινική, Γ.Ν. Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού ηπατικής ανεπάρκειας μετά από βρώση αυτοφυών μανιταριών.
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας 68 ετών εισήχθη στο Κ. Υ. Καρύστου μετά από βρώση αυτοφυών μανιταριών λόγω πολλαπλών εμέτων και διαρροϊκών κενώσεων όπου και αντιμετωπίστηκε με ενυδάτωση και διακομίστηκε για περαιτέρω αντιμετώπιση στο Κωνσταντοπούλεο Νοσοκομείο. Στον εκεί εργαστηριακό έλεγχο ο ασθενής εμφάνιζε φυσιολογική ηπατική και νεφρική λειτουργία. Κατά την προσέλευσή του εμφάνιζε ύφεση των εμέτων και των διαρροϊκών κενώσεων, ενώ διαπιστώθηκαν εργαστηριακά ευρήματα συμβατά με ηπατική ανεπάρκεια με SGOT=4486, SGPT=7919, Tbil=3,3, INR=1,78, αλβουμίνη=2,9, φερριτίνη=1318 και φυσιολογική νεφρική λειτουργία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής ετέθη βάσει οδηγιών του Κέντρου Δηλητηριάσεων σε ενδοφλέβια χορήγηση σιλυμαρίνης και Ν ακέτυλο κυστείνης με αποτέλεσμα προοδευτική βελτίωση της ηπατικής λειτουργίας. Το 6ο 24ωρο νοσηλείας εμφάνισε προοδευτική αύξηση της κρεατινίνης η οποία το 8ο 24ωρο σταθεροποιήθηκε στο 2,08 οπότε και έγινε διακοπή της χορήγησης αντιδότων και ο ασθενής εξήλθε με οδηγίες για παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το πιο συχνό είδος αυτοφυών μανιταριών που προκαλεί δηλητηρίαση στην Ελλάδα είναι το είδος amanita. Τα μανιτάρια που ανήκουν σε αυτό το είδος παράγουν την τοξίνη αματοξίνη που προκαλεί ηπατική ανεπάρκεια και όψιμης ενάρξεως νεφρική ανεπάρκεια. Η έναρξη συμπτώματων έπεται περίπου 24 ώρες από τη βρώση των μανιταριών και το πρώτο σύμπτωμα είναι οι διαρροϊκές κενώσεις που πρέπει να αντιμετωπισθούν με ενυδάτωση. Η χορήγηση ειδικών αντιδότων είναι απαραίτητη και σε μερικές περιπτώσεις είναι αναγκαία η μεταμόσχευση ήπατος. Η νεφρική ανεπάρκεια είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενη, αλλά σπανιότερα μπορεί να χρειαστεί αιμοκάθαρση.

335. ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ

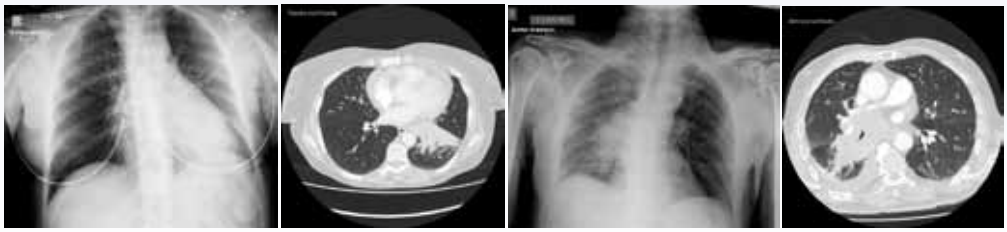
Μ. Παπαδάτου, Κ. Έξαρχος, Π. Βουτσινάς, Γ. Τσίμπρης, Α. Τουλιάτου
Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καρδιακή αμυλοείδωση είναι μια σπάνια νόσος που προκαλείται από εναπόθεση αμυλοειδούς στον εξωκυττάριο χώρο του μυοκαρδίου. Η δυσκολία στη διάγνωση έγκειται στις μη ειδικές κλινικές εκδηλώσεις και στην ανάγκη βιοψίας. Παρακάτω περιγράφεται ένα περιστατικό καρδιακής αμυλοείδωσης ως σπάνια αιτία εμβολικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.
ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για γυναίκα 60 ετών που εισήχθη για διερεύνηση τρανσαμινασαιμίας, υπεζωκοτικής και ασκιτικής συλλογής, ενώ είχε προηγηθεί νοσηλεία για ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο προ εξαμήνου, καθώς και για επεισόδιο βραδυαρρυθμίας. Βρισκόταν υπό αντιαιμοπεταλιακή και διουρητική αγωγή. Κατά τη νοσηλεία της στην κλινική μας εμφάνισε νέα νευρολογική σημειολογία που αποδόθηκε σε οξεία ισχαιμική εγκεφαλική βλάβη. Διενεργήθη κοινός εργαστηριακός, καθώς και ανοσολογικός και θρομβοφιλικός έλεγχος. Επίσης, ολόσωμες αξονικές/αξονική αγγειογραφία εγκεφάλου, triplex αγγείων τραχήλου και διαθωρακικό υπέρηχο καρδιάς, που ανέδειξε sparkling μυοκαρδίου. Τέλος, η παρακέντηση των υπεζωκοτικών συλλογών ανέδειξε διίδρωμα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα κυριότερα ευρήματα του εκτενούς παρακλινικού ελέγχου ήταν: φυσιολογική νεφρική λειτουργία, SGOT:95 IU/L,SGPT:113 IU/L, γGT:301 IU/L, LDH:611 IU/L, TnI:170 pg/ml, BNP:1666. Λιπιδαιμικός έλεγχος: κατά φύσιν. Ανοσολογικός έλεγχος: υπογαμμασφαιριναιμία,μονοκλωνική δέσμη τύπου free k ούρων. IgG4:εφο. Θρομβοφιλικός έλεγχος: αρνητικός. ΗΚΓ: φλεβόκομβος,χαμηλά QRS δυναμικά, πτωχή πρόοδος των R, QS σε V1-3 (εικόνα ψευδοεμφράκτου). Triplex αγγείων τραχήλου:αρνητικό. Λόγω της πιθανής διάγνωσης καρδιακής αμυλοείδωσης διενεργήθη βιοψία ορθού, που ήταν θετική για τη χρώση Congo Red. Κατόπιν, η ασθενής υπεβλήθη σε MRI καρδιάς που ανέδειξε παθολογική καθίζηση του σκιαγραφικού στο μεσοκολπικό διάφραγμα και ανομοιογενή ενίσχυση του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας, χαρακτηριστικά ως επί εναπόθεσης αμυλοειδούς. Θεωρήθηκε σκόπιμη η διενέργεια οστεομυελικής βιοψίας: ποσοστό πλασματοκυττάρων 12%, εικόνα πλασματοκυτταρικής δυσκρασίας, πιθανότατα του τύπου του έρποντος μυελώματος (smoldering myeloma).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συνοψίζοντας, είναι αναγκαία η υψηλή κλινική υποψία καρδιοεμβολικής νόσου ως αιτία ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, ιδιαίτερα σε νεότερους ασθενείς και σε όσους έχουν χαμηλό κίνδυνο αθηρωματικής νόσου.

336. Η ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Α. Παπαθανάσης, Δ. Κυριακοπούλου, Γ. Καραπάτη, Β. Τζαβάρα
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγράφουμε δύο περιπτώσεις ασθενών μας που νοσηλεύθηκαν λόγω συμπτωματικής υπονατριαιμίας και διαγνώσθηκαν με νεόπλασμα πνεύμονος.
ΥΛΙΚΟ: Πρώτη περίπτωση: Γυναίκα, 53 ετών, καπνίστρια, προσέρχεται λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης και πτώσης στο έδαφος. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος αριστερής βάσης, νάτριο(Na) ορού 111 mmol/lt και Na ούρων 117mmol/lt. Από δεκαημέρου λαμβάνει ινδαπαμίδη. Ακτινογραφία θώρακος χωρίς παθολογικά ευρήματα.
Δεύτερη περίπτωση: Ανδρας, 79 ετών, καπνιστής, διακομίζεται λόγω επιδεινούμενης αστάθειας βάδισης, διαταραχών μνήμης, εκφοράς λόγου και ναυτίας από ημερών. Από τον έλεγχο προκύπτουν μουσικοί και μη μουσικοί ρόγχοι δεξιού πνεύμονα, ήπια σύγχυση, αποπροσανατολισμός, Na ορού 109 mmol/lt και Na ούρων 42 mmol/lt. Λαμβάνει υδροχλωροθειαζίδη από μακρόν. Ακτινογραφία θώρακος με διόγκωση της δεξιάς πύλης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Και στις δύο περιπτώσεις η σοβαρή υπονατριαιμία αποδόθηκε σε σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (SIADH), παρά τη χρήση των θειαζιδικών διουρητικών. Οι ασθενείς ήταν ευογκαιμικοί, με Na ούρων>30mmol/lt, ωσμωτικότητα πλάσματος<275mOsm/kg (237 και 233 αντιστοίχως), ειδικό βάρος ούρων>1003 (1016 και 1011 αντιστοίχως), φυσιολογική νεφρική, επινεφριδιακή και θυρεοειδική λειτουργία. Αντιμετωπίστηκαν με διακοπή των θειαζιδικών διουρητικών που ελάμβαναν, στέρηση ύδατος, χορήγηση υπέρτονου φυσιολογικού ορού και φουροσεμίδης με αποτέλεσμα την σταδιακή βελτίωση του νατρίου και της κλινικής τους κατάστασης. Στην πρώτη περίπτωση η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε εξεργασία αριστερής πύλης ενώ στη δεύτερη, εξεργασία στην πύλη του δεξιού πνεύμονα, εικόνες συμβατές με νεοπλασματική νόσο. Οι ασθενείς εξήλθαν με οδηγία για διενέργεια βρογχοσκόπησης και ογκολογική αντιμετώπιση.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υπονατριαιμία είναι συχνή διαταραχή σε ασθενείς με νεοπλασίες-με συχνότερο αίτιο το SIADH-που συνήθως έπεται της διάγνωσης της νόσου. Εντούτοις, στις παραπάνω περιπτώσεις προηγήθηκε αυτής. Θα πρέπει να σκεφτόμαστε τυχόν νεόπλασμα σε υπονατριαιμία, ακόμα κι αν υπάρχει προφανής λόγος για αυτήν, όπως εν προκειμένω τα θειαζιδικά διουρητικά.

337. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΟΘΗΚΩΝ: ΜΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ – ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Π. Κουρουτού[1], Ν. Μαχαιριώτης[2], Σ. Μακρής[1]

[1]Γ' Παθολογική Κλινική, Ιδιωτικό Νοσοκομείο «ΜΗΤΕΡΑ», [2]Obstetrics/Gynaecology Department, Royal Surrey County Hospital, Surrey, UK

ΣΚΟΠΟΣ: Το σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών είναι συστηματική διαταραχή που οφείλεται στην κυκλοφορία αγγειοδραστικών παραγόντων που απελευθερώνονται από τις ωοθήκες μετά από υπερδιέγερση. Χαρακτηρίζεται από αυξημένη τριχοειδική διαπερατότητα με αποτελεσμα μεγάλη εξαγγείωση υγρών στον τρίτο χώρο και υποογκαιμία. Οι σοβαρές εκδηλώσεις του συνδρόμου περιλαμβάνουν θρομβώσεις, νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια και σύνδρομο αναπνευστικής ανεπάρκειας. Οι ήπιες μορφές του OHSS είναι συχνές (33% των κύκλων IVF), ενώ οι μέτριες και σοβαρές μορφές σπανιότερες (3-8%). Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι η υπενθύμιση ενός συνδρόμου που συνδέει την μαιευτική-γυναικολογία με την παθολογία, καθώς αφορά ιατρούς και των δύο ειδικοτήτων και απαιτεί εγρήγορση του κλινικού ιατρού τόσο για την διάγνωση, όσο και για την αντιμετώπιση.

ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα, 29 ετών, προσήλθε με κοιλιακό άλγος, εμέτους και έντονη κεφαλαλγία, πέντε μέρες μετά την λήψη θυλακιοτροπίνης α, χοριακής γοναδοτροπίνης α, λευπρολίδης και καβεργολίνης λόγω IVF. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν οίδημα στα κάτω άκρα, στα αιδοιικά χείλη, ασκίτης και πλευριτικές συλλογές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον εργαστηριακό έλεγχο, διαπιστώθηκε σημαντική υπολευκωματιναιμία και μεγάλη αύξηση του αιματοκρίτη. Από τον απεικονιστικό έλεγχο περιγράφηκε σημαντική διόγκωση των ωοθηκών. Αντιμετωπίστηκε με ενυδάτωση, αλβουμίνη και διουρητική αγωγή. Μετά από επτά ημέρες λεπτομερούς παρακολούθησης και ρύθμισης του ισοζυγίου υγρών, παρουσίασε βελτίωση των κλινικών (οιδήματα) και εργαστηριακών (Hct, Αλβουμίνη) παθολογικών ευρημάτων και εξήλθε σε σταθερή κατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών διαφοροδιαγιγνώσκεται απο τα υπόλοιπα δευτεροπαθή σύνδρομα διαφυγής τριχοειδών, καθώς πρέπει ο μαιευτήρας γυναικολόγος, αλλά και ο παθολόγος που ενδέχεται να το αντιμετωπίσει να διερευνήσουν το ιστορικό της γυναίκας, η οποία ενδεχομένως έχει υποβληθεί σε πρόγραμμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Μετά την διάγνωση, πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα, προς αποφυγή επιπλοκών, ιδιώς του ARDS.

338. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΟΥ ΑΠΟΔΟΘΗΚΕ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΥΡΕΤΟ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Δ. Μάντζος, Κ. Κουκιά, Μ. Δαφνή, Β. Τζαβάρα
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού γυναίκας με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας (Fever of Unknown Origin - FUO) που μετά από ενδελεχή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διεγνώσθη με οικογενή μεσογειακό πυρετό (Familial Mediterranean Fever - FMF) και ρευματοειδή αρθρίτιδα.
ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 45 ετών προσήλθε λόγω επώδυνης τραχηλικής λεμφαδενοπάθειας, εμπυρέτου, κακουχίας, μυαλγιών και κοιλιακού άλγους. Από το ιστορικό αναφέρονται πολλαπλές νοσηλείες για εμπύρετο, κοιλιακό άλγος και πλευρίτιδα για την οποία είχε υποβληθεί σε αποφλοίωση υπεζωκότα. Από την κλινική εξέταση αναδείχθηκε υμενίτιδα μετακαρπιοφαλαγγικών και μεταταρσιοφαλαγγικών αρθρώσεων και από τον εργαστηριακό έλεγχο υψηλοί δείκτες φλεγμονής. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε υπεζωκοτική συλλογή δεξιά, οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν στείρες και ο ανοσολογικός έλεγχος αρνητικός. Με δεδομένα τα ανωτέρω και συνεκτιμώντας το ιστορικό της ασθενούς έγινε έναρξη αγωγής με κολχικίνη, ως επί πιθανής αυτοφλεγμονώδους διεργασίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής δυστυχώς δεν παρουσίασε ύφεση των συμπτωμάτων με την αγωγή με κολχικίνη. Παρόλα αυτά λόγω έντονης κλινικής υπόνοιας εστάλη δείγμα ορού αίματος για πλήρη γονιδιακή ανάλυση η οποία ανέδειξε ομοζυγωτία στη μετάλλαξη p.Met694Val του γονιδίου MEFV που επιβεβαίωσε τη διάγνωση του FMF. Λόγω της μη υποχώρησης της συμμετρικής υμενίτιδας με τη λήψη κολχικίνης, ετέθη η υποψία συνύπαρξης ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Στην αγωγή έγινε προσθήκη κορτιζόνης και στη συνέχεια μεθοτρεξάτης με άμεση κλινική βελτίωση και χωρίς νέα υποτροπή έκτοτε.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο κλινικό αυτό περιστατικό η συνύπαρξη ρευματοειδούς αρθρίτιδας και FMF υποδηλοί διαταραχή τόσο της ειδικής όσο και της μη ειδικής ανοσολογικής απόκρισης, υπενθυμίζοντας πως η ανοσία αποτελεί μια ενιαία διαδικασία. Αναδεικνύεται επιπλέον η σημασία του λεπτομερούς ιστορικού και της έντονης κλινικής υποψίας προς την κατεύθυνση της διάγνωσης και η σημασία των μη λοιμωδών φλεγμονωδών νόσων στη διαφοροδιάγνωση του FUO.

339. ΜΑΣΤΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ΚΟΛΠΟΥ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟ LEMIERRE

Δ. Καραγεώργου[1], Σ. Καλαντζή[1], Δ. Νταϊλιάνας[1], Π. Γαλάνη[2], Χ. Λούπα[1]

[1]Β' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα, [2]Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Ως σύνδρομο Lemierre ορίζεται μια σπάνια και σοβαρή επιπλοκή λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού με αποτέλεσμα θρόμβωση της έσω σφαγίτιδας, σηψαιμία από αναερόβιο, συνήθως, μικροοργανισμό και συχνές μεταστατικές λοιμώξεις. Στο 81.7% οφείλεται στο Fusobacterium necrophorum ενώ στο 12.8% οι καλλιέργειες αίματος είναι αρνητικές. Σπανιότερα, έχουν περιγραφεί ως πρωτοπαθείς εστίες μέση ωτίτιδα, παραρινοκολπίτιδα, μαστοειδίτιδα και οδοντογενείς λοιμώξεις. Στην δεύτερη φάση η βακτηριαιμία είναι το επακόλουθο της σηπτικής θρομβοφλεβίτιδας, η οποία οδηγεί στην ανάπτυξη μεταστατικών σηπτικών εστιών σε διάφορα όργανα. Σηπτικά έμβολα σπάνια προσβάλλουν το νευρικό σύστημα ως μηνιγγίτιδα, αποστήματα σπονδυλικής στήλης, θρόμβωση του σιγμοειδούς και του οβελιαίου κόλπου, παρέσεις κρανιακών νεύρων, σύνδρομο Horner.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 22 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό και καταγωγή από το Πακιστάν, προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω εμπυρέτου έως 41oC από τετραημέρου με συνοδό κεφαλαλγία από ωρών. Από την κλινική εξέταση παρουσίαζε θ=39.8oC χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία. Λόγω φωτοφοβίας και έντονης κεφαλαλγίας πραγματοποιήθηκε CT εγκεφάλου χωρίς οξύ παθολογικό εύρημα και χωρίς εγκεφαλικό οίδημα. Διενεργήθηκε ΟΝΠ, στην οποία δεν παρατηρήθησαν κύτταρα, ούτε άλλα παθολογικά ευρήματα. Εισήχθη στην κλινική με ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με κεφτριαξόνη, βανκομυκίνη και ακυκλοβίρη. Στην πρώτη μέρα νοσηλείας του παρουσίασε πτώση επιπέδου επικοινωνίας με αμφικροταφική ημιανοψία, αποπροσανατολισμό σε πρόσωπα και επιδείνωση της κεφαλαλγίας. Πραγματοποιήθηκε MRI εγκεφάλου στην οποία βρέθηκε θρόμβωση σιγμοειδούς κόλπου σε έδαφος μαστοειδίτιδας. Τα δύο ζεύγη αιμοκαλλιεργειών που λήφθηκαν ήταν στείρα μικροβίων. Τέθηκε η διάγνωση συνδρόμου Lemierre (Τα κριτήρια που πληρούνται είναι η μαστοειδίτιδα, η θρόμβωση του σιγμοειδούς κόλπου με αρνητικές αιμοκαλλιέργιες). Ο ασθενής διακομίσθηκε άμεσα σε νευρολογική κλινική. Από εκεί ο ασθενής εξήλθε λάθρα και η έκβασή του είναι άγνωστη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Το σύνδρομο Lemierre πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενούς με φλεγμονή του περιαμυγδαλικού ιστού και μικροβιαιμία. Στην περίπτωση του ασθενούς μας η εστία του εμπύρετου ήταν στη μαστοειδή απόφυση και το σηπτικό έμβολο στο σιγμοειδή κόλπο. Είναι εξαιρετικά σπάνιο αλλά η πρώιμη διάγνωση συμβάλλει στην καλύτερη πρόγνωση με άμεση έναρξη θεραπείας.

340. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

341. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΔΗΓΜΑΤΑ ΑΠΟ ΟΧΙΑ (MACROVIPERA LEBETINA)

Χ. Κόρτας, Α. Θεοδούλου, Α. Γεωργίου, Μ. Νικολάου, Χ. Κουρίδης, Σ. Φεττά, Γ. Παπούρης, Τ. Δίας, Γ. Στρίκα, Α. Παπασαράντη

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Πάφου

ΣΚΟΠΟΣ: Το Φίδι Macroviperalebetina αποτελεί το μοναδικό είδος φιδιού στην Κύπρο, το δήγμα του οποίου προκαλεί θανατηφόρα αντίδραση από δηλητηρίαση. Το συγκεκριμένο είδος εντοπίζεται στην Ελλάδα, στην Τουρκία, στις χώρες της Ν. Μεσογείου, στη Μέση Ανατολή, μέχρι και στη Ρωσία. Τα κρούσματα δήγματος από το συγκεκριμένο είδος οχιάς πρέπει να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται άμεσα ως ιατρικό επείγον λόγω του κινδύνου σοβαρών επιπλοκών, μέχρι και θνητότητας.

ΥΛΙΚΟ: Καταγράφηκαν όλα τα περιστατικά με επιβεβαιωμένο δήγμα οχιάς που αντιμετωπίστηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφο, για τρία συνεχόμενα ημερολογιακά έτη(2016-2018). Μελετήθηκε η ανάγκη χρήσης αντιοφικού ορού, οι απαιτούμενες μέρες νοσηλείας, η παρουσία διάχυτης ενδαγγειακής πήξης και η θνητότητα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά καταγράφηκαν στο Νοσοκομείο Πάφου 29 κρούσματα από οχιά μέσα σε τρία χρόνια, εκ των οποίων τα 18 κρίθηκαν σοβαρά και έχρηζαν χορήγησης αντιοφικού ορού. Κανένα περιστατικό δεν ήταν θανατηφόρο. Παρατηρήθηκε σε δύο περιπτώσεις κλινική εικόνα διάχυτης ενδαγγειακής πήξης. Ο μέσος χρόνο νοσηλείας ήταν 4,1 μέρες. Από τη μελέτη εξαιρέθηκε ένα περιστατικό, λόγω του γεγονότος ότι ο ασθενήςεγκατέλειψε το νοσοκομείο την πρώτη μέρα νοσηλείας με δική του ευθύνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η άμεση διακομιδή του ασθενούς στο νοσοκομείο και η άμεση έναρξη θεραπείαγια αντιμετώπιση των δηγμάτων όφεως μειώνουν τις επιπλοκές και τη θνητότητα. Πέραν της θεραπείας για άμεση αντίδραση, που αποτελείται από αντισταμινικά και στεροειδή και της αγωγής για μείωση των επιμολύνσεων (αντιβιοτική αγωγή σε επιμολυσμένα τραύματα και αντιτετανικό ορό), πρέπει να χορηγείται αντιοφικός ορός στις σοβαρές περιπτώσεις. Το σκεύασμα που επιλέγεται πρέπει να καλύπτει τα φίδια που ενδημούν στην περιοχή και πρέπει να χορηγείται κάτω από συνθήκες στενής παρακολούθησης λόγω υψηλού ποσοστού αντίδρασης.

342. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

Β. Ζαρκάδα[1], Γ. Καραπάτη[1], Α. Τασσόπουλος[2], Κ. Παπαδόπουλος[2], Β. Τζαβάρα[1]

[1]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο Μπενάκειο-Ε.Ε.Σ.», [2]Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο Μπενάκειο-Ε.Ε.Σ.»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζουμε περιστατικό συμπιεστικής περικαρδίτιδας ως επιπλοκή ιογενούς περικαρδίτιδας (διάγνωση εξ αποκλεισμού).
ΥΛΙΚΟ: Άνδρας 19 ετών,από το Πακιστάν, διεκομίσθη από νοσοκομείο της περιφέρειας, λόγω νεοδιαγνωσθείσας καρδιακής ανεπάρκειας και παρατεινόμενου εμπυρέτου. Αναφέρεται υποτροπιάζον εμπύρετο από οκταμήνου χωρίς συνοδά συμπτώματα. Προ πενταμήνου, λόγω εμφάνισης δύσπνοιας νοσηλεύθηκε ως ιδιοπαθής περικαρδίτιδα και αντιμετωπίσθηκε με ιβοπρουφαίνη και κολχικίνη. Διακομίζεται στην κλινική μας για υποτροπή του εμπυρέτου και εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας με κλάσμα εξώθησης 25%.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον ασθενή ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες, εξετάσεις για EBV, CMV, TOXOPLASMA, HHV-6, COXSACKIE, COXIELLA και ανοσολογικός έλεγχος. Τα ανωτέρω απέβησαν αρνητικά. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας, όπου ανευρέθησαν μικροαποστημάτια στην ρίζα του περικαρδίου και παραορτικά, ενώ το επαναληπτικό υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε εικόνα συμπιεστικής περικαρδίτιδας. Εστάλη έλεγχος Quantiferon που ήταν θετικό (είχε όμως προηγηθεί εξέταση φυματινοαντίδρασης προ δεκαημέρου), ενώ ελήφθησαν τρία δείγματα γαστρικού υγρού για άμεσο παρασκεύασμα και PCR για μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης που ήταν αρνητικά. Ο ασθενής υπεβλήθη σε περικαρδιοτομή από θωρακοχειρουργούς και αφαιρέθηκε γέλη που, από την παθολογοανατομική εξέταση απεδείχθη ιστός με στοιχεία άτυπης φλεγμονής. Με ισχυρή υποψία φυματιώδους περικαρδίτιδας, ετέθη εμπειρικά σε τετραπλή αντιφυματική αγωγή με επιπλέον κορτιζονοθεραπεία και κολχικίνη εν αναμονή των καλλιεργειών της περικαρδιακής γέλης και του γαστρικού υγρού. Οι καλλιέργειες δύο μήνες μετά απέβησαν στείρες, η αντιφυματική αγωγή διακόπηκε και βρίσκεται σήμερα απύρετος, βελτιωμένος, υπό κολχικίνη και σταδιακά μειούμενη κορτιζόνη.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η φυματιώδης περικαρδίτιδα αποτελεί συχνό αίτιο συμπιεστικής περικαρδίτιδας ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες με αυξημένο επιπολασμό φυματίωσης. Η συμπιεστική περικαρδίτιδα αποτελεί σπάνια επιπλοκή ιδιοπαθούς περικαρδίτιδας, ειδικά μετά την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Ο ασθενής μας εμφάνισε αυτή την επιπλοκή παρά τη λήψη αντιφλεγμονωδών και κολχικίνης, οπότε τίθεται το ερώτημα για το αν και πότε θα έπρεπε να προστεθούν στην αρχική αγωγή κορτικοειδή.

343. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΤΙΣΥΝΘΕΤΑΣΗΣ (ASS): ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ILD)

Κ. Γιαννικοπούλου, Χ. Βαδάλα, Σ. Δασκαλοπούλου, Μ. Σαργιάνου, Δ. Μίντζιας
Ε' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ASS είναι σπάνιο αυτοάνοσο νόσημα χαρακτηριζόμενο συνήθως από ILD, φλεγμονώδη μυοπάθεια, φλεγμονώδη πολυαρθρίτιδα, πυρετό, φαινόμενο Raynaud και θετικά αντισώματα έναντι ιστυδυλικής tRNA συνθετάσης (Αντι-Jo-1).
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 81 ετών προσήλθε λόγω εμπυρέτου, βήχα και καταβολής από 15 ημερών. Προηγήθηκε νοσηλεία αλλαχού, όπου αντιμετωπίστηκε ως λοίμωξη αναπνευστικού χωρίς ανταπόκριση. Ατομικό αναμνηστικό: Σακχαρώδης Διαβήτης, νοσηλεία προ έτους λόγω πνευμονίας οπότε διαγνώστηκε ILD, καπνιστής.
Κλινικά διαπιστώθηκαν εμπύρετο έως 38C, υποξυγοναιμία, μη μουσικοί ρόγχοι διαχύτως αμφοτερόπλευρα. Εργαστηριακά: λευκοκυττάρωση, αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (C-αντιδρώσα πρωτεΐνη και ταχύτητα καθίζησης ερυθρών), ήπια τρανσαμινασαιμία, CK: 3560IU/L. Η CT θώρακος απεκάλυψε πνευμονικά διήθηματα κυψελιδικού τύπου με πυκνοατελεκτασίες άμφω. Παρότι ο έλεγχος για λοίμωξη αναπνευστικού απέβη αρνητικός, χορηγήθηκαν αρχικά ευρέως φάσματος αντιμικροβιακά χωρίς κλινική ανταπόκριση και χωρίς πτώση των δεικτών φλεγμονής και της CK. Ακολούθως, ο ασθενής παρουσίασε δυσφαγία, αρθρίτιδα πηχεοκαρπικών και μετακαρπιοφαλαγγικών αρθρώσεων και κεντρομελική αδυναμία άκρων. Λόγω της κλινικής του εικόνας, της μη ανταπόκρισης στην αγωγή και του ιστορικού του εστάλη ανοσολογικός έλεγχος, όπου ανευρέθησαν θετικά anti-Jo-1 αντισώματα. Η βιοψία μυός-αγγείου και το ηλεκτρομυογράφημα δεν τεκμηρίωσαν φλεγμονώδη μυοπάθεια. Εντούτοις, δεδομένων των θετικών αντισωμάτων σε συνδυασμό με την ILD, την πολυαρθρίτιδα, τα κλινικά ευρήματα μυοπάθειας και την αυξημένη CPK τέθηκε η διάγνωση του ASS. Χορηγήθηκε πρεδνιζολόνη και κατόπιν προστέθηκε αζαθειοπρίνη με καλή ανταπόκριση του ασθενούς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ύπαρξη εναλλακτικής διαγνωστικής σκέψης σε περιπτώσεις μη ανταπόκρισης σε αγωγή για λοίμωξη αναπνευστικού είναι μεγάλης σημασίας. Η αναγνώριση του ASS σε πρώιμο στάδιο αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό λόγω της σπανιότητας και της πιθανής άτυπης εκδήλωσής του. Η έγκαιρη διάγνωση είναι ουσιαστική διότι τυχόν καθυστέρηση αυξάνει την θνητότητα της νόσου λόγω προόδου της πνευμονικής προσβολής.

344. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

Κ. Παμπόρης[1], Π. Τσιάμαλος[1], Α. Παπαζαφειροπούλου[1], Π. Κουβάτσος[1], Κ. Ρουσσάκης[1], Π. Λαμπρόπουλος[1], Γ. Λοϊζος[1], Α. Καμαράτος[1], Α. Μελιδώνης[2], Σ. Αντωνόπουλος[1]

[1]Α' Παθολογικό Τμήμα και Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», [2]Διαβητολογικό και Καρδιομεταβολικό Κέντρο, Νοσοκομείο Metropolitan

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού στο οποίο τέθηκε η διάγνωση της πρωτοπαθούς ηπατικής φυματίωσης.

ΥΛΙΚΟ: Ασθενής, 40 ετών Γεωργιανής υπηκοότητας, διεκομίσθη από κατάστημα κράτησης λόγω ανεύρεσης πολλαπλών υπόπυκνων αλλοιώσεων ήπατος σε αξονική τομογραφία κοιλίας. Η αξονική τομογραφία διενεργήθηκε μετά από ευρήματα σε υπέρηχο άνω-κάτω κοιλίας στα πλαίσια διερεύνησης εμπυρέτου που αρχικά είχε αποδοθεί σε πυελονεφρίτιδα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ της κλινικής εξέτασης και του εργαστηριακού ελέγχου δεν ανευρέθησαν αξιόλογα παθολογικά ευρήματα. Το προστατικό αντιγόνο και οι καρκινικοί δείκτες ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Ο ιολογικός έλεγχος ήταν θετικός για ηπατίτιδα C. Η αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε τις ανωτέρω αλλοιώσεις ο χαρακτήρας των οποίων παρέπεμπε σε δευτεροπαθείς εντοπίσεις ενώ δεν βρέθηκαν αλλοιώσεις από τα λοιπά ενδοκοιλιακά όργανα. Η αξονική τομογραφία θώρακος ελέγχθηκε χωρίς παθολογικά ευρήματα. Διενεργήθηκε έλεγχος πεπτικού συστήματος χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στο πλαίσιο αναζήτησης πιθανού μελανώματος διενεργήθηκε δερματοσκόπηση εκ της οποίας δεν ανευρέθη κάποια παθολογία. Λόγω αδυναμίας ανεύρεσης πιθανής εξωηπατικής νεοπλασματικής εστίας διενεργήθηκε βιοψία ήπατος. Η βιοψία περιέγραφε ινώδη ιστό και αθροίσεις λεμφοκυττάρων ευρήματα συμβατά με πιθανή ηπατική προσβολή στο πλαίσιο ηπατίτιδας C. Λόγω ανεύρεσης κοκκιώματος σε ένα ιστολογικό πλακίδιο ζητήθηκε εκτίμηση από το παθολογοανατομικό εργαστήριο του Πανεπιστημίου Αθηνών. Από το πόρισμα αναφέρεται: κοκκίωμα με τυροειδή νέκρωση το οποίο καθιστά πιθανότερη την διάγνωση φυματιώσεως. Ο ασθενής διεκομίσθη σε πνευμονολογική-φυματιολογική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση, δεδομένης της αναγκαιότητας χορήγησης ηπατοτοξικών αντιφυματικών φαρμάκων σε ήπαρ προσβεβλημένο από χρονία ηπατίτιδα C

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πρωτοπαθής φυματίωση του ήπατος αποτελεί διαγνωστική πρόκληση καθώς έχει άτυπη κλινική εικόνα και απεικόνιση. Οφείλει, βέβαια να τίθεται στην διαφορική διάγνωση εστιακών ηπατικών αλλοιώσεων, ειδικά εφόσον έχουν αποκλεισθεί η πρωτοπαθής και μεταστατική κακοήθεια και άλλες αλλοιώσεις του ήπατος και του χοληφόρου δένδρου.

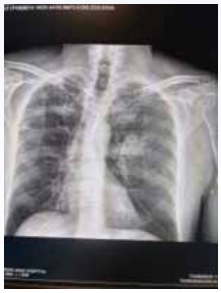
345. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

346. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

347. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΙΘΑΝΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ-ΝΟΣΟΣ WEGENER

Π. Ρούσση, Γ. Αραβανής, Σ. Θεοδωράκη, Β. Καλαντζής, Ε. Παπασταύρου, Ι. Μικελόπουλος
Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αιτωλοακαρνανίας, Νοσηλευτική Μονάδα Αγρινίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κοκκιωμάτωση με πολυαγγειΐτιδα, παλαιότερα γνωστή και ως νόσος Wegener, είναι μια σπάνια πολυσυστηματική αυτοάνοση πάθηση αγνώστου αιτιολογίας. Χαρακτηρίζεται απο νεκρωτική κοκκιωματώδη φλεγμονή, σπειραματονεφρίτιδα και αγγειΐτιδα μικρών και μεγάλων αγγείων.
Κλασσική τριάδα συμπτωμάτων: νόσος ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού και σπειραματονεφρίτιδα.
Γενικά συμπτώματα: πυρετός, νυχτερινή εφίδρωση, καταβολή, λήθαργος, ανορεξία.
Λιγότερο συχνά: μεταναστευτική ολιγοαρθρίτιδα, πορφύρα, αμφιβληστροειδοπάθεια, γαστρεντερικές διαταραχές.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 49 ετών με πρόσφατη έναρξη αντιφυματικής αγωγής για πιθανή διάγνωση φυματίωσης.
Ατομικό αναμνηστικό: προ μηνός σε τυχαία ακτινογραφία θώρακος πολλαπλές πνευμονικές διηθήσεις, διενέργεια PET-CT με εύρεση οζώδων αλλοιώσεων στους άνω πνευμονικούς λοβούς, λήψη βιοψίας απο τη βλάβη: νεκρωτικά κοκκιώματα με πολυπύρηνα γιγαντοκύτταρα, και αιμορραγικά στοιχεία. Πιο πιθανή διάγνωση η φυματίωση,χωρίς να πιστοποιηθεί από καλλιέργια πτυέλων, τέθηκε σε αντιφυματική αγωγή.
Αιτία εισόδου: εμμένουσα επιγαστραλγία, έμετοι, αυξημένοι δείκτες φλεγμονής.
Εργαστηριακός έλεγχος: Ουρία:49 Mg/dl, Cr:1,3, Hct:38%, Hb:11g/dl, Na+:138 mmol/l, K+:4 mmol/l φυσιολογική ηπατική βιοχημεία, CRP: 12.73 WBC εντός φυσιολογικών ορίων με φυσιολογικό τύπο.
Κατα τη νοσηλεία: Mantoux test αρνητικό, γενική ούρων: >300 ερυθρά αιμοσφαίρια, +++ λεύκωμα (νεφριτιδικό τύπο), αγωγή με Tazocin.
CT κοιλίας με σκιαγραφικό: χωρίς αξιοσημείωτα ευρήματα
CT θώρακος: 1) Μετεγχειρητική εικόνα (μετά τη βιοψία) του δεξιού άνω λοβού, με εικόνα ατρακτοειδούς βλάβης διαμέτρου 4cm, 2) Βλάβη διαμέτρου 15 cm με ακτινωτές προσεκβολές στον αριστερό άνω λοβό.



Πορεία νόσου: Εμφάνιση νορμόχρωμης νορμοκυτταρικής αναιμίας, αύξηση δεικτών φλεγμονής,σταδιακή επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας καθημερινά (απο 1,3->6,2) χωρίς ανάλογη μεταβολή στην ουρία, που θα μπορούσε να αποδοθεί στην χορήγηση σκιαγραφικού ή του ενδοφλέβιου αντιβιοτικού. Ωστόσο συνέχιση επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας παρά την απόσυρση των νεφροτοξικών παραγόντων και της επιθετικής ενυδάτωσης.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Υπό αμφισβητηση διάγνωση της ΤΒ λόγω έλλειψης καλλιεργειών για Μ.ΤΒ. Ολιστικά ο ασθενής παρουσιάζει παθολογικη Ro θώρακος, κοκκιώματα από τη βιοψιά των βλαβών, νεφρική βλάβη με νεφριτιδικό τύπο θέτωντας ως πιθανή διάγνωση κοκκιωμάτωση με πολυαγγειΐτιδα (GPA).
Γενικά δεν υπάρχουν διαγνωστικά κριτήρια για την GPA και η διάγνωση βασίζεται στις κλινικές εκδηλώσεις, θετικά ANCA και ιστολογικά ευρήματα νεκρωτικών κοκιωμάτων από πάσχοντα όργανα. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο ώστε να υποβληθεί σε εξετάσεις ανοσολογικές (ANCA) και να πραγματοποιηθεί πιθανή νεφρική βιοψία για επαλήθευση της διάγνωσης.

348. ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΣΠΛΗΝΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΗ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑ

Ξ. Τσαμακίδης, Ό. Παπαχρήστου, Β. Πετσιμέρη, Μ. Γεωργιτσογιαννάκου, Χ. Βερυκόκκου, Δ. Σοφιανόπουλος, Α. Νικολόπουλος

Β' Παθολογικη Κλινική, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση της διερεύνησης και αντιμετώπισης ασθενούς με λοιμώδη μονοπυρήνωση και έμφρακτο σπληνός.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής άνδρας 21 ετών εισήχθη στην κλινική λόγω εμπύρετου από 10ημέρου έως 38oC και άλγους αριστερού υποχονδρίου από 24ώρου. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, λευκωπό φαρυγγικό επίχρισμα και σπληνομεγαλία. Στο εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση με λεμφοκυτταρικό τύπο, επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία, και αντισώματα EBV IgM και IgG θετικά, οπότε και ετέθη η διάγνωση λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Λόγω άλγους αριστερού υποχονδρίου υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία άνω κοιλίας όπου διαπιστώθηκε έμφρακτο 3,5 εκατοστών στο κάτω πόλο του σπληνός.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής υπεβλήθη σε έλεγχο θρομβοφιλίας όπου διαπιστώθηκε Αντίσταση στην Ενεργοποιημένη Πρωτείνη C με αντίστοιχη μετάλλαξη G1691A στον FV (ετεροζυγώτης στον παραγοντα VLeiden) και αυξημένη ομοκυστείνη με ομοζυγωτία στην αντίστοιχη μετάλλαξη MTHFR C677T. Ο έλεγχος για αντιφωσφολιπιδαιμικό σύνδρομο ήταν αρνητικός. Ο ασθενής ετέθη σε αντιπηκτική αγωγή με ενοξαπαρίνη 6000 IU ανά 12ωρο και παραπέμφθηκε σε ιατρείο θρομβοφιλίας. 2,5 μήνες μετά την εισαγωγή του ο ασθενής βρίσκεται υπό την ίδια αντιπηκτική αγωγή, εμφανίζει πλήρη αποδρομή της λοιμώδους μονοπυρήνωσης και της σπληνομεγαλίας και μείωση του μεγέθους του εμφράκτου στα 2,1 εκατοστά.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μετάλλαξη VLeiden συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θρομβώσεων στο φλεβικό δίκτυο και η υπεροκυστειναιμία με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Ωστόσο ο ασθενής εμφάνισε έμφρακτο στο παρέγχυμα του σπληνός σε καθεστώς σπληνομεγαλίας γεγονός που έχει αναφερθεί σε περιπτώσεις λοιμώδους μονοπυρήνωσης και σπληνομεγαλίας χωρίς άλλο προδιαθεσικό παράγοντα.

349. ΧΡΟΝΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ 52 ΕΤΩΝ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΤΙΔΕΣ

Α. Παπαποστόλου, Κ. Αθανασιάδη, Α. Κατσανδρή, Ι. Αλεβιζάκης, Α. Ρουμπάκη, Α. Παναγόπουλος, Π. Παυλή

ΓΝΑ Ευαγγελισμός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χρόνια πνευμονική ασπεργίλλωση οφείλεται στον A.fumigatus, έναν νηματοειδή μύκητα με υφές που έχει παγκόσμια κατανομή και αναπτύσσεται σε φυτικές ύλες που αποσυντίθενται και σε επιστρώσεις οργανικού υλικού. Μόνο η ισχυρή έκθεση στον μύκητα μπορεί να προκαλέσει νόσο σε ανοσοεπαρκή άτομα. Συνήθως οι ασθενείς με χρόνια πνευμονική ασπεργίλλωση έχουν υποκείμενες πνευμονικές παθήσεις (σαρκοείδωση, φυματίωση). Οι ασθενείς αναπτύσσουν σπήλαια που μεγεθύνονται με την πάροδο των ετών και προκαλούν εικόνα συμβατή με πνευμονίτιδα, απώλεια βάρους και κόπωση. Η διάγνωση γίνεται με καλλιέργεια και ιστολογική εξέταση ενώ η διάρκεια της θεραπείας ποικίλλει από μήνες ως έτη.
ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού χρόνιας πνευμονικής ασπεργίλλωσης σε ανοσοεπαρκή ασθενή με επαναλαμβανόμενες πνευμονίτιδες από 7ετίας η οποία είχε ισχυρή έκθεση στον μύκητα (προσωπικό νοσοκομείου).
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 52 ετών με επανειλημμένες πνευμονίτιδες και γνωστής ατελεκτασίας στην γλωσσίδα από 7ετίας η οποία παρακολουθούταν ανά έτος με CT θώρακος προσήλθε για βιοψία της γλωσσίδας λόγω πρόσληψης σε pet-scan. Από τον εργαστηριακό έλεγχο η ασθενής είχε αρνητικό ιολογικό έλεγχο ενώ ο έλεγχο για συνυπάρχουσες πνευμονικές παθήσεις ήταν επίσης αρνητικός. Κατά την θωρακοσκοπική εκτομή της βλάβης υπήρξε εκροή πύου. Στον άνω λοβό ανευρέθη κοιλότητα η οποία και εξαιρέθηκε. Στην καλλιέργεια του πύου αναπτύχθηκε a.fumigatus και έγινε έναρξη αγωγής με αμφοτερικίνη Β αρχικά και στην συνέχεια με ισαβουκοναζόλη βάσει αντιβιογράμματος.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρόνια πνευμονική ασπεργίλλωση σε ανοσοεπαρκή άτομα προϋποθέτει την συχνή έκθεση στον μύκητα ενώ συνήθως συνυπάρχουν πνευμονικές παθήσεις. Ο a.fumigatus είναι υπεύθυνος σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις. Προκαλεί πνευμονίτιδες, απώλεια βάρους και κόπωση. Εάν δεν χορηγηθεί θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονική ίνωση. Μπορεί να χρειαστεί χειρουργική εκτομή των σπηλαίων ενώ πιθανώς να χορηγηθεί ισόβια αντιμυκητιασική θεραπεία.

350. ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ ΜΕ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Π. Πράνταλος[1], Χ. Τσούπης[1], Β. Κοσμάς[1], Μ. Σταμούλη[2], Α. Σκλήρης[2], Α. Μιχοπούλου[2]

[1]Α' Παθολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, [2]Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή περιστατικού λοιμώδους μονοπυρηνώσεως με χολόσταση.

ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 29 ετών προσήλθε λόγω αναφερομένου εμπύρετου ως 39,5ο C από 10 ημέρου με συνοδά αδυναμία, καταβολή, ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκότων, πορτοκαλόχροα ούρα, γενικευμένο κνησμό και άλγος ΔΕ υποχονδρίου. Η ασθενής αναφέρει ταξίδι στη Βουλγαρία με έναρξη των συμπτωμάτων την τελευταία ημέρα. Κατά τη νοσηλεία της διαπιστώθηκε επιδείνωση της κλινικής της εικόνας αρχικά με διογκωμένες εξέρυθρες αμυγδαλές με πυώδη βύσματα άμφω και διογκωμένους τραχηλικούς και υπερκλείδιους λεμφαδένες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε τρανσαμινασαιμία, υπερχολερυθριναιμία με υπεροχή άμεσης χολερυθρίνης, λευκοκυττάρωση και αναιμία υπόχρωμη μικροκυτταρική. Ο έλεγχος περιφερικού αίματος ανέδειξε έντονα ανοσοδιεγερμένα λεμφοκύτταρα, στοχοκύτταρα και ελλειπτοκύτταρα. Ο ανοσοφαινότυπος ανέδειξε απόλυτη Τ8 λεμφοκυττάρωση με έντονη ανοσολογική ενεργοποίηση. Ελήφθησαν συνολικά 3 αιμοκαλλιέργειες επί πυρετού, οι οποίες αναδείχθησαν στείρες μικροβίων. Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός για Τοξόπλασμα, CMV, HSV, VDRL, WIDAL, anti-HEV, anti HAV, παχιά σταγόνα για ελονοσία, PCR για βρουκέλλα, Chlamydia psitacci, λεπτόσπειρα, Coxiella burneti. Ο έλεγχος αυτοαντισωμάτων ήταν αρνητικός και η ανοσοκαθήλωση ορού χωρίς παραπρωτεΐνη. Γενική παρασιτολογική και καλλιέργεια κοπράνων αρνητικά, Strep-test αρνητικό και καλλιέργεια φαρυγγικού επιχρίσματος με φυσιολογική χλωρίδα. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος έδειξε ηπατοσπληνομεγαλία και πεπαχυσμένο τοίχωμα της χοληδόχου κύστης. Το triplex σπληνοπυλαίου άξονα ήταν αρνητικό για θρόμβωση. Η PCR για EBV αναδείχθηκε θετική για λοιμώδη μονοπυρήνωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ασθενής ετέθη σε ενυδάτωση με ενδοφλέβια χορήγηση ορών και ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με κλινδαμυκίνη, με σταδιακή βελτίωση της αμυγδαλίτιδας. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή και παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής της εικόνας με ύφεση του πυρετού και του κοιλιακού άλγους και πτώση της χολερυθρίνης και των τρανσαμινασών.

351. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟ MUTANS

Β. Χριστοπούλου[1], Π. Γιαννακόπουλος, Κ. Ρόκας[1], Ν. Κουτσούλης[1], Φ. Κόντος[3]

[1]Β΄Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», [2]Β΄Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν., [3]Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης συνδυασμού σπονδυλοδισκίτιδας και ενδοκαρδίτιδας από στρεπτόκοκκο mutans με μακρά συμπτωματολογία από τριμήνου.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής ετών 68 άνδρας, προσήλθε στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου λόγω εμπυρέτου υπό 3ημέρου εώς 38οC και άλγους στην ΟΜΣΣ και γι΄αυτό ήταν συνεχώς κατακεκλιμένος, επιπλέον αναφέρει από τριμήνου περιόδους με πυρετικά κύματα και απώλεια βάρους 12kg το τελευταίο δίμηνο. Ατομικό αναμνηστικό: Στεφανιαία νόσος, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, περιφερική αρτηριοπάθεια, κολπική μαρμαρυγή, ορθοπλαστική ισχίου ΑΡ, αθροπλαστική γόνατος ΔΕ. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ΑΠ: 136/57mmHg, σφ 90/min, SO2 97%, θ:39οC. Ο ασθενής παρουσιάζει ωχρότητα δέρματος και επιπεφυκότων, ήπιο συνολικό φύσημα αορτική βαλβίδας, άλγος στην ψηλάφηση της ΟΜΣΣ και αδυναμία ορθοστάτισης. Επιπλέον παρουσιάζει αύξηση των δεικτών φλεγμονής CRP: 122, λευκοκυττάρωση (Λ:13.630), αναιμία (Hct:29,6%, MVC:72) αιμοπετάλια:490.000, κρεατινίνη:1,6, ουρία:30. Οι αιμοκαλλιέργειες που ελήφθησαν κατά την εισαγωγή ήταν θετικές για Streptococcus mutans. Στα πλαίσια της διερεύνησης έγινε ολόσωμη αξονική τομογραφία η οποία ανέδειξε μικρό απόστημα 2 εκ στον ΑΡ λαγονοψοϊτη μυ, και σπονδυλοδισκλίτιδα Ο5-Ι1. Ακολούθως ο ασθενής υποβλήθηκε σε διαθωρακικό u/s καρδίας το οποίο ανέδειξε εκβλάστηση στην ΔΕ στεφανιαία πτυχή της αορτικής βαλβίδας, εύρημα συμβατό με ενδοκαρδίτιδα. Επίσης έγινε σπινθηρογράφημα οστών τριών φάσεων το οποίο ανέδειξε φλεγμονή Ο5-Ι1. Ο ασθενής ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή βάση αντιβιογράματος σε κεφτριαξόνη και δαπτομυκίνη για έξι εβδομάδες και ακολούθως εξήλθε κλινικοεργαστηριακά βελτιωμένος.

ΣΧΟΛΙΑ/ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Streptococcus mutans ανήκει στην φυσιολογική χλωρίδα της στοματικής κοιλότητας και θεωρείται βασική αιτία για την πρόκληση οδοντικής τερηδόνας. Κατατάσσεται στην ομάδα στρεπτοκόκκων Viridans και σπάνια προκαλεί ενδοκαρδίτιδα, οδοντιατρικοί χειρισμοί, κακή στοματική υγιεινή καθώς επίσης το βούρτσισμα και η χρήση νήματος μπορεί να είναι πηγή συνεχούς βακτηριαιμίας. Η σπονδυλοδισκίτιδα σπανίως παρατηρείται σε συνδυασμό με ενδοκαρδίτιδα. Τα συμπτώματα μπορεί να προηγούνται της διάγνωσης από 2 ημέρες εώς 6 μήνες. Ο ασθενής μας παρουσίαζε συμπτωματολογία από τριμήνου με απώλεια βάρους, πυρετικά κύματα και καταβολή, κατάσταση που παραπέμπει σε υποξεία ενδοκαρδίτιδα που οφείλεται σε S. mutans. Ο απεικονιστικός και εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε συνδυασμό ενδοκαρδίτιδας και σπονδυλοδισκίτιδας. Προδιαθεσικοί παράγοντες για τον ασθενή μας ήταν η κακή υγιεινή της στοματικής κοιλότητάς, η ηλικία και ο σακχαρώδης διαβήτης.

352. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

353. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

354. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΠΟΥ ΑΠΟΔΟΘΗΚΕ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΩΜΑΤΟΣ

Κ. Παμπόρης[1], Α. Παπαζαφειροπούλου[1], Π. Κουβάτσος[1], Μ. Ραλλάτου[1], Σ. Παπαντωνίου[1], Η. Γεωργόπουλος[1], Ε. Κορίλη[1], Α. Καμαράτος[1], Α. Μελιδώνης[2], Σ. Αντωνόπουλος[1]

[1]Α' Παθολογικό Τμήμα και Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», [2]Διαβητολογικό και Καρδιομεταβολικό Κέντρο, Νοσοκομείο «Metropolitan»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης ενός ασθενούς με ινσουλίνωμα.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 71 ετών διεκομίσθη στο ΤΕΠ του Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο» λόγω αδυναμίας, ζάλης, εφίδρωσης και αναφερόμενων σπασμών από ώρας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ της κλινικής εξέτασης δεν ανευρέθησαν αξιόλογα ευρήματα. Ανευρέθη υπογλυκαιμία με σάκχαρο:57 mg/dl με την κλινική εικόνα να υφίεται μετά την χορήγηση γλυκόζης. Η ασθενής δεν ανέφερε ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη ή άλλη γνωστή παθολογία εκ των ενδοκρινών αδένων, λήψη αλκοόλ, υπογλυκαιμικών φαρμάκων ή παρατεταμένη νηστεία. Επιπλέον, εκ της κλινικής εξέτασης, του ιστορικού και των εργαστηριακών ευρημάτων δεν προέκυπταν ευρήματα ηπατικής, επινεφριδιακής, υποφυσιακής ή νεφρικής ανεπάρκεια. Η ασθενής ανέφερε ότι αρχικά τα υπογλυκαιμικά συμπτώματα ήταν ανεξάρτητα της λήψης τροφής ενώ παρουσίασε υπογλυκαιμία νηστείας την προηγούμενη ημέρας. Αρχικά τέθηκε σε ορό γλυκόζης, ο οποίος διεκόπη ελεγχόμενα έως την εμφάνιση συμπτωμάτων και σημείων υπογλυκαιμίας (20 min) επί των οποίων μετρήθηκαν γλυκόζη:34 mg/dl, ινσουλίνη:22,8 μIU/ml, C-πεπτίδιο:5,4 ng/ml και αρνητικά αντιινσουλινικά αντισώματα. Με βάση τα ανωτέρω τέθηκε ως πιθανότερη η διάγνωση του ινσουλινώματος. Η αξονική τομογραφία κοιλίας δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Η μαγνητική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε κυστικής υφής αλλοίωσης στο ύψος της παγκρεατική ουράς πιθανώς στο πλαίσιο ορώδους/βλεννώδους κυσταδενικής αλλοίωσης. Η ασθενής αρνήθηκε τον ενδοσκοπικό υπέρηχο ή οιαδήποτε άλλη επεμβατική πράξη. Επιπλέον κατέστη αδύνατη η μέτρηση β-υδροξυβουτυρικού και επιπέδων μεγλινιτιδών και σουλφονυλουριών. Αρχικά αντιμετωπίστηκε με διαζοξείδη με σκοπό την μείωση της ενδογενούς ινσουλίνης, την οποία ανέχθηκε αποτελεσματικά έως του χειρουργείου. Η αλλοίωση απεικονίσθηκε με διεγχειρητικό υπέρηχο και αφαιρέθηκε οδηγώντας σε πλήρη ύφεση της κλινικής εικόνας. Η βιοψία ανέδειξε ινσουλίνωμα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υπογλυκαιμία σε μη διαβητικούς ασθενείς αποτελεί συχνά πρόκληση στην διάγνωση και την αντιμετώπιση της. Το ινσουλίνωμα αποτελεί σπάνια νοσολογική οντότητα η διάγνωση της οποίας τίθεται μετά από εκτεταμένη διερεύνηση και αποκλεισμό άλλων συνηθέστερων αιτιών υπογλυκαιμίας.

355. ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ Ι - IGG4 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΔ 2

Α. Μακίνα-Κουση[1], Σ. Αναστασιάδης[2], Κ. Μαυρομουστάκου[1], Ι. Μπακαούκας[1], Π. Κατσέλη[1], Ε. Ρούλια[1], Ζ. Αλεξίου[1]

[1]Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», [2]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η IgG4 σχετιζόμενη νόσος έχει αναγνωριστεί τα τελευταία 20 χρόνια Πρόκειται για φλεγμονώδη νόσο που προκαλεί σταδιακή ίνωση σε ποικίλα όργανα με αποτέλεσμα την διόγκωση τους ή τη δημιουργία όγκων.

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή περιστατικού ασθενής με χρόνια παγκρεατίτιδα επί εδάφους αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας τύπου Ι –IGG4 σχετιζόμενης παγκρεατίτιδας.

ΥΛΙΚΟ: Περιγραφή περιστατικού: Γυναίκα 78 ετών, με ιστορικό ΣΔ2 από 20 ετίας τα τελευταία χρόνια υπό DPP4 και γλυκλαζίδη με HBA1c μεταξύ 7,4-7,8% το τελευταίο χρόνο. Προσήλθε στα ΤΕΠ του νοσοκομείου με έντονη επιγαστραλγία και ναυτία. ΑΠ φτ κοιλιά κφ εντερικοί ήχοι, ευαισθησία στην ψηλάφηση. Ο βιοχημικός έλεγχος: ήπια αύξηση ηπατικών ενζύμων και γλυκόζης, αμυλάση ορού φτ. US άνω κοιλίας κφ. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Δυο εβδομάδες μετά εισάγεται στην κλινική με εντόνους εμέτους και κοιλιακό άλγος από το εργαστηριακό έλεγχο δεν βρέθηκαν παθολογικά ευρήματα πλην CRP=68mg/L, ΤΚΕ=65 mm. Από την CT άνω-κάτω κοιλίας και MRCP: διόγκωση του παγκρέατος με ασαφοποίηση του περιπαγκρεατικού λίπους χωρίς παθολογικά ευρήματα από τα χοληφόρα, εικόνα συμβατή με χρόνια παγκρεατίτιδα. Γαστροσκόπηση ήπια γαστρίτιδα. Καρκινικοί δείκτες αρνητικοί, θυρεοειδικός έλεγχος, PTH και Ca ορού φτ, ANA, ΑντιDNA(-), Αντι-LKM 1,2(-). Ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών IgG 1850.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής υποβλήθηκε εκ νέου σε MRI άνω κοιλίας –MRCP ένα μήνα μετά: Οιδηματώδης απεικόνιση του παγκρεατικού παρεγχύματος με διαταραχή της φυσιολογικής μορφολογίας. Εξωπαγκρεατικός ιστός στο επίπεδο του σώματος και της ουράς με επέκταση στην πορεία των μεσεντέριων αγγείων που προκαλεί στένωση της πυλαιουμεσεντερίου συμβολής και της σπληνικής φλεβας, παχύνσεις με εναλλαγές στενώσεις στα ενδοηπατικά χοληφόρα. Τα ανώτερα ακτινολογικά ευρήματα σε συνδυασμό με την τιμή της IgG4 =1330mg/dl (3-201), βοήθησαν στη διάγνωση της αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας AIP. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κορτιζόνη per os με καλή ανταπόκριση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η AIP-IgG4 –σχετιζόμενη παγκρεατίτιδα, είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα αυτοανόσου αρχής, μιμείται το παγκρεατικό CA. Παρουσιάζει παγκρεατικές και εξωπαγκρεατικές εκδηλώσεις συνήθως με αύξηση του IgG4. Πρέπει να λαμβάνει μέρος στην διαφορική διάγνωση της χρόνιας παγρεατίτιδας. Καλή απάντηση στα στεροειδή, σε μερικούς ασθενείς είναι απαραίτητη η ανοσοκατασταλτική θεραπεία.

356. ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ MYCOBACTERIUM AFRICANUM

Β. Χριστοπούλου[1], Ν. Κουτσούλης[1], Φ. Κόντος[2], Κ. Ρόκας[1], Π. Γιαννακόπουλος[1], Π. Φούκας[3], Ι. Παναγιωτίδης[3]

[1]Β΄Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [2]Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [3]Β΄Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης φυματιώδους περιτονίτιδας στην Ελλάδα που οφείλεται στο Mycobacterium Africanum (MAF).

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής ετών 38 γυναίκα καταγωγής από τη Νιγηρία προ 10 ετίας ήλθε στην Ελλάδα και έκτοτε δεν αναφέρει ταξίδι στην Αφρική. Προσήλθε στο Νοσοκομείο λόγω απογευματινής πυρετικής κίνησης έως 38,5ο C, άλγους ΔΕ υποχονδρίου από μηνών και ασκιτικής συλλογής. Για τον ίδιο λόγο είχε νοσηλευτεί προ μηνών σε Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης όπου αναφέρει ότι διαγνώστηκε κακοήθεια (γυναικολογικός καρκίνος δεν προσκομίζει στοιχεία) και προ μηνός στο Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα όπου υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροσκόπηση και βιοψίες τοιχωματικού περιτοναίου οι οποίες ανέδειξαν παρουσία επιθηλιοειδών κοκκιωμάτων χωρίς τυροειδή νέκρωση (Ziel Neelsen αρνητική). Ατομικό αναμνηστικό: αιμορροϊδοπάθεια, πρόπτωση όρθου, υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ΑΠ: 120/80 mmHg, σφ 115/min, SO2:95%, Θ:38ο C, ήπια ευαισθησία στο επιγάστριο, μετρίου βαθμού ασκιτική συλλογή. Επιπλέον η ασθενής παρουσίαζε σιδηροπενική αναιμία Ht: 27%, φερριτίνη: 27, λευκοπενία: 2500 Π:59 Λ:36, αύξηση των δεικτών φλεγμονής ΤΚΕ:120, CRP: 70 και αύξηση του CA 125:880. Υποβλήθηκε σε Ro θώρακος, υ/ς κοιλίας και ολόσωμη αξονική τομογραφία και ανεδείχθησαν μικρή υπεζωκοτική συλλογή (δε), χολολιθίαση, μέτριου βαθμού ασκιτική συλλογή και εικόνα συνηγοριτική διήθησης του περιτοναίου. Η δοκημασία Mantoux ήταν (-) και το Quantiferon (+). Η εξέταση του ασκιτικού υγρού ανέδειξε εξίδρωμα λεμφοκυτταρικού τύπου (λευκά:1340, Λ:83%). Αποφασίσθηκε εκ νέου λαπαροσκόπησή και ελήφθη βιοψία μείζονος επιπλόου η οποία ανέδειξε εικόνα κοκκιωματώδους φλεγμονής. Η εξέταση για ανίχνευση DNA μυκοβακτηριδίου στο ιστικό δείγμα ήταν θετική για M. tuberculosis complex. Η ασθενής τέθηκε σε τετραπλή αντιφυματική αγωγή με ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, εθαμβουτόλη και πυριζιναμίδη. Η ασθενής παρουσίασε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και εξήλθε βελτιωμένη. Ακολούθως από την καλλιέργεια του ασκιτικού υγρού απομονώθηκε το M.tubercololis African.

ΣΧΟΛΙΑ/ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το MAF προκαλεί φυματίωση σε χώρες της Δυτικής Αφρικής όπου όμως επικρατεί η φυματίωση από το M. Tuberculosis. Η επικράτηση του MAF κειμένεται από 2.7% στο Cameroon εώς 38% στη Gambia. Προκαλεί πάνω από το 40-50% της πνευμονικής φυματίωσης στη Δ. Αφρική. Εκτός Αφρικής η φυματίωση από το MAF παρατηρείται ως επί το πλείστον σε μετανάστες από τη Δ. Αφρική. Η εξωπνευμονική εντόπιση λοίμωξης από το MAF είναι σπάνια. Το MAF αναπτύσεται αργά στις καλλιέργειες και δίνει μικρό βακτηριδιακό φορτίο. Πιθανώς για αυτό η ασθενής μας χρειάσθηκε να υποβληθεί δύο φορές σε λαπαροσκόπηση για την εντόπιση του μυκοβακτηριδίου. Γενικώς όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία η λοίμωξη από το MAF αντιμετωπίζεται με την ίδια αντιφυματικλή αγωγή όπως το M. Tuberculesis. Το απομονωθέν MAF από την ασθενή μας ήταν πανευαίσθητο γι'αυτό εντός 5 ημερών από την έναρξη της αντιTb αγωγής έμεινε απύρετη και βελτιώθηκαν οι δείκτες φλεγμονής.

357. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

358. ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΑΓΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗ

Ε. Κουτσοστάθης, Γ. Σκάζας, Ε. Νάνου, Β. Ψαλλίδα, Ε. Τσίγκου
ΜΕΘ, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Αγιοι Ανάργυροι»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Περιγράφεται περιστατικό γυναίκας ασθενούς 41 ετών με ατομικό αναμνηστικό ιδιοπαθούς πνευμονικής αιμοσιδήρωσης, η οποία νοσηλεύθηκε σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, λόγω μεικτού τύπου αναπνευστικής ανεπάρκειας σε έδαφος υποξίας κυψελιδικής αιμορραγίας.
ΣΚΟΠΟΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Γυναίκα ασθενής 41 ετών, με ιστορικό ιδιοπαθούς πνευμονικής αιμοσιδήρωσης (διάγνωση προ 4ετίας) εισήχθη σε παθολογική κλινική περιφερειακού νοσοκομείου με αιμόφυρτα πτύελα από διημέρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, διαπιστώθηκαν αυξημένες τιμές δεικτών φλεγμονής, ενώ απεικονιστικα, με CT θώρακος, πνευμονικά διηθήματα άμφω. Εντός 24 ωρών η ασθενής διασωληνώθηκε λόγω μεικτού τύπου αναπνευστικής ανεπάρκειας και τέθηκε σε Μηχανική Υποστήριξη της αναπνοής. Πραγματοποιήθηκε βρογχοσκόπηση και λήφθηκε βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα για περαιτέρω εργαστηριακή εξέταση. Ο μοριακός έλεγχος του BAL ήταν θετικός για μυκόπλασμα. Στην ασθενή τέθηκε αρχικά εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, κοτριμοξαζόλη και βανκομυκίνη, στο πλάισιο αντιμετώπισης ευκαιριακών παθογόνων και στη συνέχεια προστέθηκε μοξιφλοξασίνη. Η ασθενής έλαβε ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης και εν συνεχεία από του στόματος μεθυλπρεδνιζολόνη σε μειούμενη δοσολογία. Δε χρειάστηκε να χοηγηθούν μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών, πλάσμα ή αιμοστατικοί παράγοντες, τρανσαμίνη. Σταδιακά εμφάνισε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση,ενώ παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή κι απύρετη. Υποβλήθηκε σε επιτυχές weaning και αποδιασωληνώθηκε. Εξήλθε απο τη ΜΕΘ για συνέχιση της νοσηλείας της σε πνευμονολογική κλινική.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ιδιοπαθής πνευμονική αιμοσιδήρωση είναι σπάνια πάθηση αγνώστου αιτιολογίας, με επίπτωση περίπου 1/1000000 πληθυσμού. Χαρακτηρίζεται επανειλημμένα επεισόδια διάχυτης κυψελιδικής αιμορραγίας και σιδηροπενικής αναιμίας. Η διάγνωση τίθεται από τη βιοψία πνεύμονος, ενώ χαρακτηριστικό εύρημα αποτελούν τα έμφορτα αιμοσιδηρίνης μακροφάγα. Η θεραπεία περιλαμβάνει συστηματικώς χορηγούμενα κορτικοστεροειδή. Το προσδόκιμο επιβίωσης είναι εξαιρετικα χαμηλό. Τα μυκοπλάσματα είναι ακυτταρικά βακτήρια και ενοχοποιούνται για την πρόκληση πνευμονίας, αλλά και ουρολοιμώξεων. Πνευμονία αναπτύσσει το 3-10% των ασθενών με μυκοπλασματική λοίμωξη, ενώ τα συμπτώματα πειλαμβάνουν κεφαλαλγία, βήχα και εμπύρετο. Δυνατόν να παρατηρηθεί αιμολυτική αναιμία (ψυχροσυγκολλητίνες απαντούν στο 50% των περιπτώσεων). Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση τετρακυκλίνης μακρολίδης ή φλουοροκινολόνης.

359. ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΤΗΛΕΑΓΓΕΙΕΚΤΑΣΙΑ

Ε. Αυγούστου, Ν. Κεραμιδάς, Π. Ανδρουτσόπουλος, Λ. Μούργος, Α. Τουλιάτου
Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η κληρονομική αιμορραγική τηλεαγγειακτασία (ΚΑΤ), γνωστή και ως σύνδρομο Rendu-Osler-Weber, είναι σπάνια κληρονομική διαταραχή αυτοσωματικού επικρατούντος τύπου, που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη τηλεαγγειακτασιών σε δέρμα και βλεννογόνους και αρτηριοφλεβωδών δυσπλασιών (ΑΦΔ) σε εσωτερικά όργανα. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με ΚΑΤ και ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε έδαφος πνευμονικών ΑΦΔ.

ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 53 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων λόγω αθρόας ρινορραγίας. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται ΚΑΤ με γνωστές πνευμονικές ΑΦΔ, υπό αγωγή με bevacizumab, 3 χειρουργηθέντα εγκεφαλικά αποστήματα, αρτηριακή υπέρταση και μεσοκολπική επικοινωνία (σύγκλειση προ 10ετίας).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τέθηκε πρόσθιος επιπωματισμός από τους Ωτορινολαρυγγολόγους και η ασθενής υποστηρίχθηκε αιμοδυναμικά με μεταγγίσεις και ενυδάτωση. Μετά από λίγες ημέρες νοσηλείας, παρουσίασε επεισόδιο σύγχυσης και αριστερής ημιπάρεσης. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε, πέραν των μετεγχειρητικών ευρημάτων (κρανιοτομές) και των γλοιωτικών αλλοιώσεων, αρχόμενη ισχαιμική αλλοίωση στον δεξιό κροταφικό λοβό. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα περιέγραφε επιληπτόμορφη δραστηριότητα εστιακά αριστερά βρεγματικά. Διενεργήθηκαν επίσης διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχογραφήματα καρδιάς που ανέδειξαν ήπια ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας, ενώ το triplex αγγείων τραχήλου δεν είχε παθολογικά ευρήματα. Εκτιμήθηκε από τους Νευρολόγους και τους Καρδιολόγους και, καθώς υπήρχε αντένδειξη χορήγησης αντιαιμοπεταλιακών, τέθηκε μόνο σε αντιεπιληπτική αγωγή (levetiracetam, lacosamide). Η πορεία της υπήρξε ομαλή, με αποκατάσταση της νευρολογικής σημειολογίας της, ενώ δεν παρουσίασε άλλο επεισόδιο ρινορραγίας μετά την αφαίρεση του επιπωματισμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι τηλεαγγειακτασίες, η υποτροπιάζουσα επίσταξη και το θετικό οικογενειακό ιστορικό συνιστούν την κλασική τριάδα της ΚΑΤ. Η πρόγνωση ποικίλλει, καθώς κάποιοι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί, ενώ άλλοι εμφανίζουν αιμορραγίες από το γαστρεντερικό ή εκδηλώσεις από το αναπνευστικό ή το ΚΝΣ λόγω ύπαρξης ΑΦΔ. Οι νευρολογικές επιπλοκές περιλαμβάνουν τα ισχαιμικά ΑΕΕ και τα εγκεφαλικά αποστήματα, που οφείλονται στην κατάργηση της λειτουργίας φίλτρου των κυψελιδικών τριχοειδών με συνέπεια τη διαφυγή θρόμβων και σηπτικών εμβόλων. Η αντιμετώπιση των ΑΦΔ γίνεται με εμβολισμό· προσφάτως χρησιμοποιούνται και φάρμακα, ιδίως το bevazicumab που συνδεόμενο με τον VEGF μειώνει την αγγειοποίηση.

360. Η ITP ΩΣ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ

Ε. Αποστολίδου, Γ. Γερασιμίδης, Γ. Δήμος, Γ. Μπαξεβάνος, Η. Λιάππης
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού μυκοπλασματικής πνευμονίας και μίας εκ των σοβαρών επιπλοκών της. Το μυκόπλασμα (Mycoplasma pneumoniae) αποτελεί ένα από τα συχνά αίτια βακτηριακών λοιμώξεων του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες. Μία από τις σπάνιες και σοβαρές εξωπνευμονικές εκδηλώσεις της λοίμωξης από μυκόπλασμα αποτελεί η ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα (ITP).
ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για μία νεαρή γυναίκα 18 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, που προσήλθε στα έκτακτα εξωτερικά ιατρεία λόγω εμπυρέτου έως 40oC από πενθημέρου. Στον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε πύκνωση δεξιού κάτω λοβού, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίασε αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Η αγωγή που έλαβε κατά τη νοσηλεία της ήταν κεφτριαξόνη και αζιθρομυκίνη με προοδευτική βελτίωση του εμπυρέτου και των εργαστηριακών της εξετάσεων. Κατά την 4η ημέρα νοσηλείας της παρουσίασε αιμορραγικές πετέχειες στα χείλη και στην υπερώα, επίσταξη καθώς και μητρορραγία, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίασε σοβαρή θρομβοπενία (PLTs: 2.000) εντός 24ώρου. Τέθηκε η διάγνωση της ITP στα πλαίσια πιθανής μυκοπλασματικής πνευμονίας και ζητήθηκε η διενέργεια αντισωμάτων έναντι μυκοπλάσματος, τα οποία αναβρέθησαν θετικά με αυξημένο τίτλο IgM αντισωμάτων. Η ασθενής μεταγγίσθηκε άμεσα και τις επόμενες ημέρες με ασκούς αιμοπεταλίων, χορηγήθηκε ενδοφλέβια υπεράνοση γ-σφαιρίνη, ενώ στο θεραπευτικό σχήμα προστέθηκε η κλαριθρομυκίνη. Σταδιακά, σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων και η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή, ενώ εξήλθε τη 12η ημέρα νοσηλείας απύρετη και με φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα (ITP) αποτελεί μία σπάνια αλλά πολύ σοβαρή επιπλοκή της μυκοπλασματικής πνευμονίας, η αντιμετώπιση της οποίας στηρίζεται ουσιαστικά στην καταπολέμηση του μικροβίου με το κατάλληλο αντιβιοτικό σχήμα.

361. ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΟΣ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Λ. Αθανασίου[1], Ε. Σιάρκος[1], Α. Φόρτης[2], Θ. Καλογήρου[2], Π. Αθανασίου[3], Ι. Κώστογλου-Αθανασίου[4]
[1]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο», [2]Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, [3]Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», [4]Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο υποκλινικός υπερθυρεοειδισμός έχει ασαφή κλινικά συμπτώματα. Μπορεί να προκαλεί ταχυκαρδία, απώλεια βάρους ή να μην έχει και καθόλου συμπτώματα. Ο υποκλινικός υπερθυρεοειδισμός μπορεί να παρατηρείται στη μέση ή και στη μεγάλη ηλικία. Μπορεί να σχετίζεται με την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής. Ο υποκλινικός υπερθυρεοειδισμός μπορεί να οφείλεται σε αυτόνομη πολυοζώδη βρογχοκήλη, μπορεί να παρατηρείται κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης σε υποθυρεοειδισμό, καθώς οι ανάγκες σε θεραπεία ποικίλουν κατά τη διάρκεια του χρόνου και ελαττώνονται δραματικά στη μέση και μεγάλη ηλικία και μπορεί να παρατηρείται στα πλαίσια αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας.
ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός ήταν η παρουσίαση ομάδας ασθενών που εμφανίστηκαν με κολπική μαρμαρυγή και στην πορεία τέθηκε η διάγνωση του υποκλινικού υπερθυρεοειδισμού.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Ομάδα 31 ασθενών, 20 ανδρών και 11 γυναικών, ηλικίας 48-72 ετών, εμφανίστηκαν με κολπική μαρμαρυγή. Μετρήθηκαν στο αίμα τα επίπεδα της TSH, freeT_4, freeT_3, anti-TPO αντισωμάτων και anti-Tg αντισωμάτων. Εγινε υπερηχογράφημα θυρεοειδούς.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βρέθηκαν ελαττωμένα επίπεδα TSH, εύρος 0.1-0.4 μIU/ml, ενώ τα επίπεδα των freeT4 and freeT3 ήταν φυσιολογικά. Τα επίπεδα των anti-TPO και anti-Tg αντισωμάτων ήταν θετικά σε 18 και 15 ασθενείς, αντίστοιχα. Σε 20 ασθενείς ο υποθυρεοειδισμός ήταν η υποκειμένη νόσος του θυρεοειδούς. Η θεραπεία τροποποιήθηκε σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών. Σε 7 από τους ασθενείς διαγνώστηκε αυτόνομη πολυοζώδης βρογχοκήλη. Χορηγήθηκαν αντιθυρεοειδικά φάρμακα. Σε 4 από τους ασθενείς διαγνώστηκε αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα. Μετά τροποποίηση της αγωγής στους ασθενείς με υποθυρεοειδισμό τα επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής ελαττώθηκαν σε συχνότητα ενώ σε 2 από την ομάδα σχεδόν εξαλείφθηκαν. Μετά από τη χορήγηση αντιθυρεοειδικών στην ομάδα με αυτόνομη πολυοζώδη βρογχοκήλη τα επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής έγιναν λιγότερο συχνά και ηπιότερα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κολπική μαρμαρυγή μπορεί να είναι το σύμπτωμα με το οποίο εμφανίζονται ασθενείς με υποκλινικό υπερθυρεοειδισμό. Η διάγνωση και κατάλληλη αντιμετώπιση του υποκλινικού υπερθυρεοειδισμού μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση της κολπικής μαρμαρυγής. Ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή είναι σκόπιμο να ελέγχονται για ενδεχόμενη υποκείμενη θυρεοειδική νόσο και να αντιμετωπίζονται κατάλληλα.

362. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

363. ΣΠΛΗΝΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ

Ν. Κεραμιδάς, Λ. Χιούση, Ε. Αυγούστου, Ι. Καραγκούνη, Α. Τουλιάτου
Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Το πρωτοπαθές γαστρικό λέμφωμα, είναι μία σπάνια κακοήθης πάθηση, που αποτελεί ωστόσο, την συχνότερη μορφή γαστρεντερικού λεμφώματος. Περίπου το 80% των γαστρικών λεμφωμάτων, είναι Β-κυτταρικής αρχής. Παράλληλα, το σπληνικό απόστημα αποτελεί επίσης σπάνια οντότητα, οφειλομένη σε ποικίλα παθολογικά αίτια και χαρακτηρίζεται από την καθυστερημένη συνήθως διάγνωση και την υψηλή θνητότητα. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού, με ανάπτυξη σπληνικού αποστήματος, ως αποτέλεσμα τοπικής επέκτασης γαστρικού λεμφώματος.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 80 ετών, προσέρχεται λόγω αδυναμίας-καταβολής από μηνός, με συνοδό ανεύρεση αναιμίας σε εξωτερικό τακτικό εργαστηριακό έλεγχο, με χαρακτήρες σιδηροπενίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής εισήχθη και υπεβλήθη σε ενδοσκοπικό έλεγχο ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού συστήματος, προς διερεύνηση του αιτίου της αναιμίας. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε ελκωτική, διηθητική και αιμάσσουσα νεοεξεργασία στον θόλο και το σώμα του στομάχου, ενώ η κολονοσκόπηση ανέδειξε εκκολπωμάτωση παχέος εντέρου και πολύποδες τυφλού. Οι βιοψίες από τον στόμαχο, ανέδειξαν διάχυτο Β λέμφωμα από μεγάλα κύτταρα. Στο μέσον της νοσηλείας, ο ασθενής εμφάνισε εμπύρετο με συνοδό ήπιο άλγος κατά το αριστερό υποχόνδριο και άλγος αριστερού ώμου. Διενεργήθη αξονική τομογραφία κοιλίας με σκιαγραφικό, που ανέδειξε απόστημα στον άνω πόλο του σπληνός, με συνοδό αλλοίωση μαλακού ιστού, που εξορμάτο από το μείζον τόξο του στομάχου, διηθώσα την πύλη του σπληνός. Ο ασθενής καλύφθηκε με αντιβιοτική αγωγή, ενώ ακολούθησε παρακέντηση του αποστήματος υπό καθοδήγηση αξονικής τομογραφίας, από επεμβατικούς ακτινολόγους. Από τις καλλιέργειες του πύου που παροχετεύθη, ανεπτύχθη Lactobacillous casei. Εν τέλει, ο ασθενής διεκομίσθη προς το αιματολογικό τμήμα, προς έναρξη χημειοθεραπείας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το γαστρικό λέμφωμα, καθώς και το σπληνικό απόστημα, αποτελούν δύο σπάνιες νοσολογικές οντότητες. Ακόμη σπανιότερα ωστόσο, μπορούν να συνυπάρχουν, με το απόστημα να αποτελεί επιπλοκή του λεμφώματος, λόγω επινέμησης γειτνιαζόντων ιστών.

364. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ PARVOB19 ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD ΚΑΙ ΕΤΕΡΟΖΥΓΗ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ι. Λιακόπουλος, Α. Παπαρίζου, Γ. Κοτρώτσιος, Α. Σακελλαρόπουλος, Β. Λαΐνης, Α. Μπρουζιώτης, Ν. Συμεωνίδης

Β΄Παθολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Ο ιός ParvoB19 μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο αιματογενώς ή αερογενώς και η νόσος μπορεί να διαδράμει ασυμπτωματικά, να παρουσιαστεί με ποικίλα συμπτώματα ή και να επιφέρει το θάνατο του ασθενούς ανάλογα με την ηλικία και τη γενική κατάσταση. Στόχος της παρουσίασης αποτελεί η ανάδειξη της λοίμωξης από ParvoB19 τόσο ως διαφοροδιαγνωστική πρόκληση όσο και ως προδιαθετικό παράγοντα επακόλουθων επιπλοκών.

ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για ασθενή ηλικίας 27 ετών που εισήχθη για εμπύρετο από τριημέρου έως 39 C με συνοδό κακουχία χωρίς άλλη συμπτωματολογία. Από το ατομικό αναμνηστικό ετερόζυγη β-θαλασσαιμία και ολική έλλειψη G6PD. Αρχικά αντιμετωπίστηκε ως γρίπη χωρίς όμως ύφεση του εμπυρέτου. Κατά τη νοσηλεία του παρουσίασε αιφνίδια επιγαστραλγία με συνοδό αύξηση των τρανσαμινασών, χολοστατικών ενζύμων, πτώση της αιμοσφαιρίνης (αναιμία), τροπονιναιμία και αύξηση proBNP. Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε ιογενείς λοιμώξεις, αυτοάνοσα και αυτοφλεγμονώδη νοσήματα. Διενεργήθηκε πλήρης ανοσολογικός και λοιμωξιολογικός (αντισώματα και PCR για ιούς στο ολικό αίμα) έλεγχος, CTs θώρακος-κοιλίας και MRI καρδιάς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η διάγνωση στηρίχθηκε στην ανεύρεση θετικής PCR για DNA ParvoB19 καθώς και θετικών τίτλων αντισωμάτων έναντι του EBV στον ορό. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε μεγάλη ηπατομεγαλία, ενδοηπατική χολόσταση και σπληνομεγαλία. Ο ασθενής απυρέτησε την όγδοη ημέρα νοσηλείας με σταδιακή πτώση των δεικτών φλεγμονής, καρδιακών ενζύμων, αποκατάσταση της ηπατικής βιοχημείας και αύξηση της αιμοσφαιρίνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι κλινικές εκδηλώσεις της λοίμωξης από ParvoB19 περιλαμβάνουν λοιμώδες εξάνθημα, εμπύρετο, αναιμία, αρθροπάθεια και ηπατίτιδα. Ο ιός συζεύγνεται με τους ερυθροβλάστες. Η αιμόλυση επιταχύνει τον πολλαπλασιασμό του ιού με αποτέλεσμα βαρύτερη κλινική εικόνα σε ασθενείς με ετερόζυγη β-θαλασσαιμία ή/και έλλειψη G6PD και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση εμπυρέτου σε νεαρά άτομα ειδικά σε όσους έχουν αιμολυτικά στοιχεία.

365. ΕΜΠΥΡΕΤΟΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΛΕΧΩΙΔΑ

Μ. Σαργιάνου, Ε. Μυλωνά, Ε. Χριστοπούλου, Κ. Γιαννικοπούλου, Δ. Μίντζιας
Ε' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) αποτελεί πρότυπη συστηματική αυτοάνοση νόσο, προσβάλλει κυρίως γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και εμφανίζεται με ποικίλες εκδηλώσεις και βαρύτητα.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 30 ετών καταγόμενη από Αίγυπτο προσήλθε λόγω εμπυρέτου με συνοδό γενικευμένο εξάνθημα από 15ημέρου. Πρόκειται για πρωτοτόκο λεχωίδα με ιστορικό αρθραλγιών, πρωινής δυσκαμψίας και συμπτώματα Raynaud από έτους και αυτόματη αποβολή πρώτου τριμήνου. Κλινική εξέταση: 38°C, αναπνευστικά επαρκής, φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ψωριασιόμορφο-κνησμώδες εξάνθημα σε όλο το σώμα, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου, αρθραλγίες στις κατά γόνυ αρθρώσεις και τη δεξιά πηχεοκαρπική. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε πανκυτταροπενία με λεμφοπενία, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών 46, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη ηπίως αυξημένη, υπεργαμμασφαιριναιμία, παράταση aPTT. Οι CT θώρακος-κοιλίας απεκάλυψαν λεμφαδενικά συσσωματώματα άνωθεν και κάτωθεν του διαφράγματος (με επιμήκη διάμετρο του μεγαλύτερου 5εκ), ηπατοσπληνομεγαλία, σπληνικά έμφρακτα, εκτεταμένες θρομβώσεις κάτω κοίλης και λαγονίων αγγείων. Triplex φλεβών κάτω άκρων: αρνητικό. Triplex καρδιάς: φυσιολογικό. Διενεργήθηκε χειρουργική βιοψία μασχαλιαίου λεμφαδένα και οστεομυελική βιοψία προς αποκλεισμό λεμφοϋπερπλαστικού νοσήματος και φυματίωσης, η ιστολογική εξέταση των οποίων έδειξε αντιδραστικό ιστό και μυελό αντίστοιχα, ενώ η καλλιέργεια τους ήταν αρνητική για BKOCH. Διενεργήθηκε βιοψία δερματικής βλάβης που ήταν ενδεικτική λύκου. Από τον ανοσολογικό έλεγχο προέκυψαν ANA θετικά >1/640, θετικό anti-dsDNA, θετικό αντιπηκτικό λύκου. Κατά τη νοσηλεία παρουσιάστηκε ερύθημα παρειών δίκην χρυσαλίδος. Η ασθενής πληρούσε κριτήρια για ΣΕΛ και αντιμετωπίστηκε με ώσεις κορτιζόνης, υδροξυχλωροκίνη και κουμαρινικά, με αποτέλεσμα τόσο την κλινικοεργαστηριακή όσο και την απεικονιστική της βελτίωση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ΣΕΛ θεωρείται ένας από τους μεγαλύτερους «μίμους» της ιατρικής και συχνά η διάγνωσή του αποτελεί πρόκληση για τους κλινικούς. Αν και σχετικά σπάνια νόσημα, ο ΣΕΛ θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση εμπύρετου λεμφαδενοπάθειας, ειδικά σε νέες γυναίκες, καθώς η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι ζωτικής σημασίας για την πρόγνωση της νόσου.

366. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ (ΝΟΣΟ BUERGER)

Σ. Καλαντζή[1], Ν. Κιούλος[1], Α. Δαλακίδης[2], Γ. Αγγελόπουλος[2], Κ. Τσάμης[3], Χ. Λούπα[1]

[1]Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα Αμαλία Φλέμιγκ, Αθήνα, [2]Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα, [3]Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η νόσος Buerger αποτελεί μη-αθηροσκληρωτική, φλεγμονώδη αγγειοπάθεια που χαρακτηρίζεται ως φλεγμονώδης ενδαρτηρίτιδα. Επηρεάζει μικρού και μεσαίου μεγέθους αρτηρίες καθώς και φλέβες του άνω και κάτω άκρου. Σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου διαδραματίζει η χορήγηση προσταγλανδινών. Η διάρκεια αγωγής ανέρχεται στις 28 ημέρες και αποτελεί νοσοκομειακή θεραπεία, γεγονός που καθιστά δύσκολη την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με νόσο Buerger που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς σε νοσοκομείο των Αθηνών.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 65 ετών, βαριά καπνίστρια, με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια (EF=35%), κολπική μαρμαρυγή και μόνιμο βηματοδότη, παρουσίασε έντονο άλγος στα κάτω άκρα και έλκη στην ραχιαία επιφάνεια του ΑΡ άκρου ποδός και στα άκρα των δακτύλων άμφω (εικόνα 1). Υποβλήθηκε σε ψηφιακή αγγειογραφία και τέθηκε η διάγνωση της νόσου Buerger. Παραπέμφθηκε στο ιατρείο μας και αποφασίστηκε η έναρξη της θεραπείας με χορήγηση προσταγλανδινών ενδοφλεβίως. Παρά τις προσπάθειές μας, λόγω της προβλεπόμενης μεγάλης διάρκειας της ανωτέρω θεραπείας δεν κατέστη δυνατόν να νοσηλευτεί σε αγγειοχειρουργική κλινική και εισήχθη στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου μας. Της θεραπείας προηγήθηκε καρδιολογική εκτίμηση, με υπερηχογραφική μελέτη. Η χορήγηση έγινε με αντλία. Αρχικά η δόση τιτλοποιήθηκε με βάση κυρίως την αρτηριακή πίεση της ασθενούς. Την 10η όμως ημέρα χορήγησης, παρουσίασε ανεπιθύμητες ενέργειες από το καρδιαγγειακό και ειδικότερα υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και η ασθενής μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ για 24 ωρη παρακολούθηση (monitoring) και έγινε μείωση της χορηγούμενης δόσης. Για την υπόλοιπη νοσηλεία της η ασθενής παρέμεινε στη ΜΕΘ, αιμοδυναμικά σταθερή και με υποχώρηση των συμπτωμάτων της από το καρδιαγγειακό. Έλαβε εξιτήριο μετά την ολοκλήρωση 4 εβδομάδων θεραπείας, με βελτίωση του άλγους και των ελκών στα κάτω άκρα και έκτοτε παρακολουθείται στο εξωτερικό ιατρείο. Έξι μήνες μετά παραμένει σε πολύ καλή κατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ενδοφλέβια χορήγηση προσταγλανδινών ανακουφίζει από τον πόνο, βελτιώνει την επούλωση του έλκους και μειώνει το ποσοστό ακρωτηριασμού στη νόσο του Buerger. Η διάρκεια όμως νοσηλείας καθιστά δύσκολη την αντιμετώπιση σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία.

367. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ

Ε. Αποστολίδου[1], Β. Μπόλης[1], Γ. Γερασιμίδης[1], Ι. Μητσέλος[2], Κ. Παπαθανασίου[3], Γ. Δήμος[1], Γ. Μπαξεβάνος[1], Η. Λιάππης[1]

[1]Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [2]Γαστρεντερολόγος, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», [3]Αιματολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Με την εργασία αυτή θα παρουσιάσουμε τη διερεύνηση ενός περιστατικού με παρατεινόμενο εμπύρετο χωρίς άλλη σαφή συμπτωματολογία. Στη διαφορική διάγνωση ενός παρατεινόμενου εμπυρέτου θα πρέπει να συμπεριληφθεί μία πληθώρα νοσημάτων, με συχνότερα τις λοιμώξεις, τα νεοπλάσματα και τα μη λοιμώδη φλεγμονώδη νοσήματα.

ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για μία γυναίκα 73 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, που προσήλθε στα έκτακτα εξωτερικά ιατρεία λόγω εμπυρέτου έως 39ο C από μηνός. Από την κλινική εξέταση ανευρέθηκε λεμφαδενοπάθεια στη βουβωνική και τραχηλική χώρα, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε αυξημένη ΤΚΕ και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε εκσεσημασμένη λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου. Στα πλαίσια διερεύνησης της λεμφαδενοπάθειας, διενεργήθηκε έλεγχος του ανωτέρου πεπτικού όπου και διαπιστώθηκαν πολυάριθμα οζίδια στομάχου, από τα οποία ελήφθησαν ιστολογικές, ενώ έγινε χειρουργική βιοψία από το λεμφαδενικό block της αριστερής βουβωνικής χώρας. Εν αναμονή των ιστολογικών εξετάσεων, με στείρες καλλιέργειες αίματος και ούρων καθώς και αρνητική προκαλσιτονίνη ορού, κατά την έξοδό της χορηγήθηκαν αντιφλεγμονώδη. Η ασθενής επανήλθε μετά από 2 εβδομάδες λόγω υποτροπής εμπυρέτου, νυκτερινών εφιδρώσεων και απώλειας σωματικού βάρους, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο επιπλέον παρουσίασε αυξημένη LDH. Με την παραλαβή των ιστολογικών διαπιστώθηκε διήθηση από ALK(+) Τ- αναπλαστικό μεγαλοκυτταρικό λέμφωμα σταδίου IV κατά Ann Arbor. Πρόκειται για ένα non-Hodgkin λέμφωμα CD30(+) για το οποίο η ασθενής έλαβε 6 κύκλους χημειοθεραπείας και πλεόν είναι ελεύθερη νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να εστιάζουν στη λήψη ενός εκτεταμένου ιστορικού και μιας ενδελεχούς κλινικής εξέτασης που θα αποτελέσουν σημαντικούς αρωγούς στην τελική διάγνωση, καθώς ένα παρατεινόμενο εμπύρετο μπορεί να είναι μια άτυπη παρουσίαση μιας κοινής ασθένειας, παρά μιας ασυνήθιστης.

368. ΑΝΔΡΑΣ 86 ΕΤΩΝ ΜΕ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 2ΕΤΗ ΛΗΨΗ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗΣ

Β. Γιαννοπούλου, Α. Παπαποστόλου, Ε. Γριβάκου, Ε. Κρανιδιώτη, Γ. Βαρνάβας, Χ. Μπαλαμπίνης, Κ. Πετρόπουλος, Α. Κατσανδρή, Α. Καζιάνη, Σ. Γκολφινοπούλου

Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Ευαγγελισμός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αμιωδαρόνη είναι ένα αντιαρρυθμικό φάρμακο που χρησιμοποιείται ευρέως για την αντιμετώπιση υπερκοιλιακών και κοιλιακών ταχυαρρυθμιών. Σχετίζεται ωστόσο με πολλαπλές ανεπιθύμητες ενέργειες. Μια από τις συνηθέστερες είναι η τοξικότητα πνεύμονα που μπορεί να εκδηλωθεί ως διάμεση πνευμονοπάθεια, ηωσινοφιλική πνευμονία, κρυπτογενής οργανούμενη πνευμονία, σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας, διάχυτη κυψελιδική αιμορραγία, πνευμονικά οζίδια και σπανιότερα πλευριτική συλλογή. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν σταδιακή εμφάνιση βήχα, δύσπνοιας ενίοτε πυρετού και εμφανίζονται μετά από μακροχρόνια λήψη του φαρμάκου. Η διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα, όταν άλλες συνήθεις αιτίες έχουν αποκλειστεί. Η βρογχοσκόπηση και λήψη βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση όταν ανευρίσκονται αφρώδη μακροφάγα, τα οποία όμως είναι ενισχυτικά, αλλά όχι παθογνωμονικά. Η θεραπεία περιλαμβάνει την διακοπή του φαρμάκου και τη συστηματική χορήγηση γλυκοκορτικοειδών.
ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού με αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου 1 και ακτινολογικά ευρήματα εκτεταμένων αμφοτερόπλευρων κυψελιδικών διηθημάτων που ελάμβανε αμιωδαρόνη για 2 έτη.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 87 ετών εισάγεται στην Παθολογική κλινική λόγω σοβαρής υποξαιμίας, με αμφοτερόπλευρες διάχυτες κυψελιδικές διηθήσεις, χωρίς πυρετό και χωρίς κλινικά σημαντική δύσπνοια ηρεμίας ή ορθόπνοια. Έφερε βηματοδότη λόγω πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού και ελάμβανε αμιωδαρόνη από 2ετίας. Αντιμετωπίστηκε αρχικά ως λοίμωξη αναπνευστικού με αντιμικροβιακή αγωγή. Ο εκτεταμένος μικροβιολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός για βακτηριακή ή ιογενή λοίμωξη, ή λοίμωξη από Pneumocystis jirovecii. Ενώ ο ασθενής δεν ανταποκρινόταν στην εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή, ούτε στην εφαρμογή διουρητικής αγωγής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία θώρακος όπου αναδείχθηκαν εκτεταμένα αμφοτερόπλευρα πυκνωτικά διηθήματα. Εξ αποκλεισμού ετέθη ως πιθανή διάγνωση η πνευμονική τοξικότητα από αμιωδαρόνη. Λόγω επιδείνωσης της υποξαιμίας δεν διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση. Έγινε διακοπή της αμιωδαρόνης και έναρξη πρεδνιζολόνης ενδοφλεβίως.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στους ασθενείς που λαμβάνουν αμιωδαρόνη επί μακρόν και εμφανίζουν ανεξήγητη υποξαιμία με συνοδά ακτινολογικά ευρήματα που δεν ερμηνεύονται από άλλες συνήθεις αιτίες θα πρέπει να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση η τοξικότητα πνεύμονα από αμιωδαρόνη.

369. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Κ. Κουκιά[1], Δ. Μάντζος[1], Μ. Δαφνή[1], Ε. Γκούμας[2], Ε. Παπαευθυμίου[2], Ε. Χατζησπάσου[2], Β. Τζαβάρα[1]
[1]Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Κοργιαλένειο – Μπενάκειο Ε.Ε.Σ., Αθήνα, [2]Οφθαλμολογική Κλινική, Γ.Ν.Α Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η συσχέτιση του γλυκαιμικού φορτίου με διαβητική νεφροπάθεια και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.
ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 51 ασθενείς (26Α, 25 Γ), μέσης ηλικίας 72.1 (+/-13.4) ετών. Σε όλους του συμμετέχοντες έγινε υπολογισμός του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (e-GFR), στους 46 μέτρηση λευκώματους ούρων 24ώρου και 39 υποβλήθηκαν σε βυθοσκόπηση. Έγινε ανάλυση με πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης και ως προγνωστικοί παράγοντες ελέγχθηκαν η ηλικία, το φύλο, ο δείκτης μάζας σώματος(BMI), η αρτηριακή πίεση (συστολική/διαστολική: μετρήσεις κατά τη νοσηλεία/σπίτι), η γλυκόζη, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c, %), η LDL και η HDL.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Επηρεασμένη νεφρική λειτουργία(e-GFR<60ml/min/1.73m2) διαπιστώθηκε στο 35% των συμμετεχόντων ενω λευκωματινουρία(30-300mg/24ώρο) στους 18 από τους 46 (39%). Για τον eGFR (μέση τιμή, ml/min/1.73 m2: 76.9,+/- 39.3) παρατηρήθηκε τάση ($p < 0.10$) θετικής συσχέτισης με τη γλυκόζη και τη HbA1c και αρνητικής με τη συστολική πίεση στο σπίτι. Ως ανεξάρτητος παράγοντας ($p < 0.01$) παρέμεινε η ηλικία κατά τρόπο ώστε για κάθε έτος αύξησής της η αναμενόμενη τιμή του eGFR ελαττώνεται κατά 1.15 ml/min/1.73 m2. Για την UPr (διάμεση τιμή g/24h: 0.22) ανεξάρτητοι παράγοντες αναδείχθηκαν η HbA1c ($p < 0.01$) και η συστολική πίεση στο σπίτι ($p < 0.05$). Με βάση το τελικό μοντέλο,–για σταθερή συστολική πίεση στο σπίτι- αύξηση της HbA1c κατά 10% αυξάνει την UPr κατά 1.21 φορές. Από τους 39 συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν σε βυθοσκόπηση, ανευρέθη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια μόνο σε 5 (13%) και δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το γλυκαιμικό φορτίο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι ευρύτερα γνωστό οτι οι δυο συχνότερες μικροαγγειακές επιπλοκές του ΣΔ είναι η νεφροπάθεια και η αμφιβληστροειδοπάθεια που συνήθως συνυπάρχουν.Στην παραπάνω μελέτη διεπιστώθη συσχέτιση του γλυκαιμικού φορτίου με την νεφροπάθεια και όχι με την αμφιβληστροειδοπάθεια.

370. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κ. Κουκιά, Δ. Μάντζος, Μ. Δαφνή, Β. Τζαβάρα
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της σωστής γλυκαιμικής ρύθμισης και της παρακολούθησης των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ)
ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 51 νοσηλευόμενοι (25 γυναίκες και 26 άνδρες) με ιστορικό ΣΔ μέσης ηλικίας 72 ετών (68 έτη για γυναίκες, 76 έτη για άνδρες) με μέσο όρο δείκτη μάζας σώματος 28 kg/m2 (υπέρβαροι).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από 50 ασθενείς στους οποίους μετρήθηκε γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) μόνο 19 (38%) είχαν επιτύχει τιμή HbA1c≤6,5mg/dl. Συγχρόνως από 47 ασθενείς που υποβληθήκαν σε λιπιδαιμικό έλεγχο μόνο 13 (28%) είχαν τιμή LDL χοληστερόλης ≤70mg/dl, ενώ από 46 που είχε γίνει μέτρηση και HbA1c και LDL μόνο 5 (11%) είχαν επιτύχει τους επιθυμητούς στόχους τόσο για την HbA1c όσο και την LDL. Αν και οι περισσότεροι ασθενείς είχαν αυξημένη LDL, μόνο το 43% των συμμετεχόντων ελάμβανε υπολιπιδαιμική αγωγή. Ως προς τον τακτικό τους έλεγχο, το 43% των συμμετεχόντων ανέφερε οτι παρακολουθείται σε ιατρό εξειδικευμένο στο ΣΔ ή σε κεντρο ΣΔ και το 70% υποβάλλεται σε γενική εξέταση ούρων μια φορά το χρόνο. Σε ετήσια βυθοσκόπηση και εξέταση άκρων ποδών για πιθανή πρώιμη αλλοίωση/διαβητικό έλκος υποβάλλεται μόνο το 37% και το 35% των συμμετεχόντων, αντιστοίχως.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ΣΔ αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας λόγω των μικροαγγειακών (διαβητική νεφροπάθεια, διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, διαβητική νευροπάθεια) και των μακροαγγειακών (καρδιαγγειακή νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) επιπλοκών. Η καλή γλυκαιμική ρύθμιση σε συνδυασμό με τη σωστή ρύθμιση των άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου (υπερλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση) και τον τακτικό έλεγχο για πρώιμη διάγνωση πιθανών επιπλοκών είναι μείζονος σημασίας. Δυστυχώς όμως, όπως προκύπτει από τη παραπάνω μελέτη, ένα μικρό ποσοστό των διαβητικών ασθενών επιτυγχάνει σωστή γλυκαιμική ρύθμιση και έχει κατάλληλη παρακολούθηση.

371. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΜΟΡΦΗ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗΣ ΜΕ ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΠΑΡΩΤΙΔΩΝ ΩΣ 1Η ΕΚΔΗΛΩΣΗ

Π. Κουρουτού, Θ. Μουμούρης, Σ. Μακρής
Γ' Παθολογική Κλινική, Ιδιωτικό Νοσοκομείο «ΜΗΤΕΡΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η σαρκοείδωση είναι μια φλεγμονώδης νόσος άγνωστης αιτιολογίας, που χαρακτηρίζεται από πολυσυστηματική ανάπτυξη μη τυροειδοποιημένων επιθηλιοειδών κοκκιωμάτων σε διάφορα οργανα ή ιστούς. Διόγκωση των παρωτίδων παρατηρείται μόνο στο 4-6% των ασθενών. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή μιας τέτοιας σπάνιας περίπτωσης σαρκοείδωσης και η τακτική που ακολουθήθηκε για την διερεύνηση και αντιμετώπιση του ασθενούς.

ΥΛΙΚΟ: Άνδρας, 44 ετών, ανέφερε άλγος και διόγκωση στις παρωτίδες από μηνός. Κατά την προσέλευση του, παρουσίαζε επιπλέον δεκατική πυρετική κίνηση, αδυναμία, καταβολή και αρθραλγίες. Απο τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο προέκυψαν επίσης, τραχηλική λεμφαδενοπάθεια και υπερσβεστιαιμία. Εισήχθη στην κλινική για διερεύνηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον απεικονιστικό έλεγχο της τραχηλικής χώρας προ μηνός περιγράφηκαν διογκωμένες αμφότερες οι παρωτίδες, ιδίως η αριστερή, με διάχυτη έντονη ανομοιογένεια του παρεγχύματος με οζόμορφες συρρέουσες υποηχογενείς περιοχές. Επίσης, απεικονίζονται σε όλο τον τράχηλο αρκετοί διογκωμένοι αντιδραστικού τύπου λεμφαδένες. Ο έλεγχος συνεχίστηκε με αξονική τομογραφία θώρακος-μεσοθωρακίου, που ανέδειξε πυλαία λεμφαδενοπάθεια, χωρίς προσβολή του παρεγχύματος. Δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα από τον απεικονιστικό έλεγχο της κοιλιακής χώρας, ούτε απο την μαγνητική τομογραφία καρδιάς. Από την κυτταρολογική εξέταση BAL προέκυψε εκσεσημασμένη υπεροχή των T CD4 λεμφοκυττάρων συμβατή με σαρκοείδωση, ενώ και απο την παθολογοανατομική εξέταση τραχηλικού λεμφαδένα διαπιστώθηκε η ύπάρξη (σπάνιων) μη νεκρωτικών κοκκιωμάτωδών στοιχείων.

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ενυδάτωση και αντιφλεγμονώδη (ιβουπροφαίνη) με βάση τη βιβλιογραφία, καθώς πρόκειται για αυτοϊώμενες μορφές με καλή κλινική πρόγνωση. Σταδιακά παρουσίασε βελτίωση και στην παρούσα φάση παραμένει σε κλινική ύφεση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ιστορικό, η λεπτομερής κλινική εξέταση, αλλά και η αυξημένη κλινική υποψία οδήγησαν άμεσα στη διάγνωση του ασθενούς χωρίς περιττές παρακλινικές εξετάσεις. Επίσης, η εφαρμογή των οδηγιών που αναφέρονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία (case reports, case series) είχε ως αποτέλεσμα την ύφεση των συμπτωμάτων του ασθενούς.

372. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ «PERINATAL RISK INVENTORY» ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΣΕ ΠΡΟΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ <36 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΚΥΗΣΗΣ, ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

Α. Καρκάνη[1], Φ. Ανατολίτου[2], Μ. Θεοδωράκη[1]

[1]ΜΕΝΝ, Γ.Ν. Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», [2]Α' ΜΕΝΝ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η εξελικτική πορεία ενός πρόωρου νεογνού και η εμφάνιση ή μη αναπτυξιακών διαταραχών, είναι άμεσα σχετιζόμενη με παράγοντες κινδύνου, όπως, χαμηλό βάρος γέννησης ή παρατεταμένη νοσηλεία, εγκεφαλική αιμορραγία, μηχανικός αερισμός BPD νευροφυσιολογικές ανωμαλίες. Στόχος της έρευνας είναι να αποτελέσει το Perinatal Risk Inventory (Κλίμακα Διερεύνησης Περιγεννητικού Κινδύνου) αξιόπιστο προγνωστικό εργαλείο για τη νευροαναπτυξιακή έκβαση και κλινική αξιολόγηση πρόωρων και/ή πολύ χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών.

ΥΛΙΚΟ: Το Perinatal Risk Inventory (PERI) χρησιμοποιήθηκε στη πρωτότυπη μορφή του με διαβάθμιση 0-51. Αποτελέσματα >=10 υποδεικνύουν κίνδυνο σοβαρών νευροαναπτυξιακών διαταραχών.

Στη παρούσα έρευνα αξιολογήθηκε ως πειραματική ομάδα η πορεία 72 πρόωρων νεογνών σε ΜΕΝΝ N=72 και 25 τελειόμηνα νεογνά N=25 (control group).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής του εργαλείου PERI μετά την εφαρμογή του σε πρόωρα νεογνά ήταν υψηλή (Cronbach alpha=0.90). Διαπιστώνεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των πρόωρων συγκριτικά με τα τελειόμηνα νεογνά (U=14.00, z= -7.362, p=0.000) για εμφάνιση αναπτυξιακών διαταραχών. Η εκατοστιαία αναλογία των πρόωρων νεογνών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αναπτυξιακών διαταραχών ήταν 18.2% (13/72).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προωρότητα φαίνεται ότι αποτελεί παράγοντα αύξησης του κινδύνου εμφάνισης νευροαναπτυξιακών διαταραχών και το PERI μπορεί να χρησιμοποιηθεί ευρύτερα για την πρώιμη ανίχνευση τους.

373. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

374. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

375. ΤΑ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΑ ΣΕ ΜΙΑ ΓΛΩΣΣΑ ΖΩΗΣ!!! ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΤΡΙΑΝΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΒΒ-ΕΛΠΙΔΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

Μ. Κουδούνα

Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών - Ογκολογική Μονάδα Παίδων ΜΒΒ-ΕΛΠΙΔΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Στόχος της εισήγησής μας είναι να παρουσιάσουμε και να αναδείξουμε τη σύνδεση των Μαθηματικών της Ζωής και της ΕΛΠΙΔΑΣ με τη διδασκαλία τους μέσα και έξω από το Νοσοκομείο για το παιδί που νοσηλεύεται. Ιδιαίτερα για τα παιδιά που νοσηλεύονται στη Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών τα Μαθηματικά έχουν σχέση με την ίδια τους τη ζωή τόσο ως προς το αν βρεθεί συμβατός Δότης όσο και με την αύξηση των πιθανοτήτων ευρέσεως του συμβατού δότη, επομένως την αύξηση των ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΔΟΤΩΝ αιμοποιητικών Κυτάρων στο ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ. Η Ίδρυση της ΜΜΜΟ και η δημιουργία της Τράπεζας Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ, στην Παιδοογκολογική Μονάδα «ΜΒΒ –ΕΛΠΙΔΑ αποδεικνύουν τη μεγάλη κοινωνική προσφορά και τις εφαρμογές των Μαθηματικών στην καθημερινότητα του Νοσηλευόμενου παιδιού και τον πολυποίκιλο ρόλο που διαδραματίζουν τόσο στη ζωή του όσο και στην Ελληνική και στη Διεθνή Κοινωνία.

Συμπερασματικά τα μαθηματικά και οι αριθμοί παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματική ίαση των ασθενών της ΜΜΜΟ. Όσο περισσότεροι είναι οι Εθελοντές Δότες τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες του ΣΥΜΒΑΤΟΥ ΔΟΤΗ και της ίασης των Ασθενών. Η επιβίωση χωρίς Νόσο του ασθενούς ανέρχεται σε ποσοστό 95%, δηλαδή τρία στα τέσσερα παιδιά μας γίνονται εντελώς καλά και με τη δημιουργία του Κέντρου Αριστείας που στηρίζεται στις εφαρμογές των Μαθηματικών και των Φουσκών Επιστημών, κατά τους εξειδικευμένους επιστήμονες θα υπάρξει επιτυχία στην ίαση 100% και θα γένονται καλά τέσσερα στα τέσσερα παιδιά μας. Επομένως τα μαθηματικά υπήρξαν από τις κύριες δυνάμεις διαμόρφωσης των κοινωνικών εξελίξεων, έδωσαν υπόσταση σε πολιτικές και οικονομικές θεωρίες, και ως μέθοδος έρευνας βρήκαν εφαρμογή και στο χώρο της Ιατρικής και των μεταμοσχεύσεων. Δεν είναι τυχαίο το ότι η μαθηματική διαδικασία που χρησιμοποιήθηκε για να πείσει, ονομάστηκε "απόδειξη". Εκτός, από μέθοδος είναι τέχνη και γλώσσα, η μόνη οικουμενική γλώσσα που επηρεάζει και τους επαγγελματίες υγείας και τα Ιατρικά ερευνητικά δεδομένα έτσι ώστε έχει διαμορφώσει αναμφισβήτητα και αδιόρατα τις παγκόσμιες εξελίξεις και σε αυτόν τον Τομέα της Ιατρικής. Στις μέρες μας οι επιδράσεις των μαθηματικών αυξήθηκαν σε αριθμό, βάθος και πολυπλοκότητα. Η υγεία απαιτεί γνώση και η γνώση βασίζεται και διευρύνει τις υφιστάμενες σχέσεις ισχύος σε όλα τα επίπεδα στον Πλανήτη. Η πληροφορία χάρη της γοητείας των αριθμών, των μαθηματικών τύπων και της μαζικής χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών είναι διαθέσιμη παντού ταυτόχρονα σε κάθε οικονομικό κέντρο του πλανήτη. Όλες οι ισχυρές χώρες ενωμένες σε ένα ενιαίο δίκτυο με όλα τα επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα διαχέουν την Ιατρική επιστημονική γνώση σε παγκόσμια κλίμακα ανεξαρτήτως γεωγραφικών συνόρων. Οι επαναστατικές εφαρμογές των προϊόντων της μαθηματικής έρευνας έχουν ριζικές συνέπειες στους κοινωνικούς μετασχηματισμούς αλλά και στα αποτελέσματα θεραπειών σε ασθενείς με Νεοπλασματικές ασθένειες.

376. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΒΛΕΦΑΡΩΝ

Μ. Γκατζηρούλη[1], Δ. Μπάκας[2], Θ. Σινάνη[1]

[1]Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν. Καστοριάς, [2]Οφθαλμολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Καστοριάς

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού συγγενούς αμφοτερόπλευρης αναστροφής των άνω βλεφάρων.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Θήλυ νεογνό γεννήθηκε κατόπιν ανεπίπλεκτης κυήσεως, με καισαρική τομή, τελειόμηνο, στο οποίο κατά την παιδιατρική εκτίμηση μετά τον τοκετό, ανευρέθη ανάσπαση των 2 άνω βλεφάρων, με προβολή του ταρσικού επιπεφυκότα. Η αδρή οφθαλμολογική εκτίμηση κατά τα λοιπά ήταν φυσιολογική (διαυγής κερατοειδής, φυσιολογική ερυθρή κορική αντανάκλαση) και η συστηματική παιδιατρική εξέταση ήταν άνευ παθολογικών ευρημάτων και το νεογνό υγιές. Χορηγήθηκε συντηρητική αγωγή με οφθαλμικές σταγόνες τομπραμυκίνης και τεχνητών δακρύων και παρατηρήθηκε υποστροφή του φαινομένου την 3η ημέρα από τη γέννηση.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Το σύνδρομο συγγενούς αναστροφής βλεφάρων είναι μια εξαιρετικά σπάνια κατάσταση, καθώς έχουν υπάρξει πολύ λίγες αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία. Συνήθως είναι παρόν κατά τη γέννηση και αμφοτερόπλευρο, αν και έχουν αναφερθεί περιπτώσεις καθυστερημένης ή ετερόπλευρης εμφάνισης. Η συντηρητική θεραπεία κατά κανόνα είναι επαρκής για την υποστροφή της πάθησης, ενώ η χειρουργική θεραπεία επιφυλάσσεται για επιπεπλεγμένες περιπτώσεις.

377. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

378. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

379. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

380. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ EVENTRATION ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΗΜΙΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γ. Καμπούρογλου[1], Κ. Νίκας[1], Ι. Γεωργόπουλος[1], Χ. Προδρόμου[2], Δ. Αναγνωστόπουλος[3], Ν. Χριστόπουλος[1], Ν. Γαβαλάκης[1]

[1]Παιδοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, [2]Αναισθησιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, [3]Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού eventration αριστερού ημιδιαφράγματος σε έφηβο, η αντιμετώπισή του και η παρουσίαση σχετικών δεδομένων από τη διεθνή βιβλιογραφία.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 14 ετών, ο οποίος σε τυχαίο έλεγχο, βρέθηκε να πάσχει από eventration του αριστερού ημιδιαφράγματος, χειρουργήθηκε στην κλινική μας για πτύχωση του πάσχοντος ημιδιαφράγματος. Χρησιμοποιήθηκε κοιλιακή προσπέλαση, με τομή στο αριστερό υποχόνδριο και ετέθησαν μεμονωμένες ραφές για την πλαστική του ημιδιαφράγματος. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή, πλην της ανακάλυψης πλευριτικής συλλογής αριστερά την 5ημετεγχειρητική ημέρα, για την οποία τοποθετήθηκε σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης, παροχετεύοντας περίπου 600 ml ορώδους υγρού. Ο ασθενής εξήλθε σε άριστη κατάσταση τη 12η μετεγχειρητική ημέρα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το eventration του διαφράγματος χαρακτηρίζεται από σημαντικού βαθμού άνωση του ημιδιαφράγματος, συνήθως δεξιά, σε συνδυασμό με χαρακτηριστική παρεκτόπιση του μεσοθωρακίου, ενώ ο μυϊκός χιτώνας του ημιδιαφράγματος είναι υποπλαστικός. Το παθολογικό ημιδιάφραγμα παρουσιάζει παράδοξη κινητικότητα κατά την εισπνοή, ενώ δεν παρουσιάζει ελλείμματα ή μη φυσιολογικές πλευρικές προσφύσεις. Μπορεί να επιπλακεί με χρόνιες ατελεκτασίες ή/και υποτροπιάζουσες πνευμονικές λοιμώξεις. Η διόρθωση είναι χειρουργική, με θωρακική ή κοιλιακή προσπέλαση, ενώ η χρήση των ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών, όταν υπάρχει σχετική εμπειρία, ενθαρρύνεται από τα βιβλιογραφικά δεδομένα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το eventration του διαφράγματος αποτελεί μια καλοήθη, συνήθως ασυμπτωματική πάθηση, η οποία αντιμετωπίζεται με ασφάλεια με πλαστική αποκατάσταση (πτύχωση), προς αποφυγή σχετικών επιπλοκών.

381. ΕΝΣΦΗΝΩΣΗ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΟΙΣΟΦΑΓΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΡΗΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γ. Καμπούρογλου[1], Κ. Δημάκου[2], Ν. Γαβαλάκης[1], Ν. Χριστόπουλος[1]

[1]Παιδοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, [2]Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση περιστατικού ενσφήνωσης ξένου σώματος στον οισοφάγο, σε ασθενή με ιστορικό αποκατάστασης ατρησίας οισοφάγου, η αντιμετώπισή του και η παρουσίαση σχετικών δεδομένων από τη διεθνή βιβλιογραφία.

ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 5 ετών, χειρουργηθείς για ατρησία οισοφάγου στο νοσοκομείο μας, παρουσιάστηκε στο ΤΕΠ, καθώς κατά τον ακτινολογικό έλεγχο λόγω δυσφαγίας, αναγνωρίσθηκε παρουσία ακτινοσκιερού ξένου σώματος, στρογγύλου σχήματος στο επίπεδο της διενεργηθείσας οισοφαγοοισοφαγικής τελικοτελικής αναστόμωσης. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αφαίρεση του ξένου σώματος (κέρμα 2 λεπτών του ευρώ) με τη χρήση εύκαμπτου γαστροσκοπίου και διενεργήθηκαν διαστολές οισοφάγου στο επίπεδο της αναστόμωσης με τη χρήση ενδοσκοπικού μπαλονιού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το σημείο της αναστόμωσης μετά τη χειρουργική διόρθωση ατρησίας οισοφάγου, αποτελεί σημείο ενσφήνωσης ξένων σωμάτων. Σε μεγάλες σειρές από εξειδικευμένα κέντρα, το ποσοστό των ασθενών αυτών περιλαμβάνει περίπου το 13% των χειρουργημένων ατρησιών οισοφάγου και αφορά συνήθως την ενσφήνωση βλωμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ασθενείς μετά από αποκατάσταση ατρησίας οισοφάγου διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ενσφήνωσης ξένου σώματος στον οισοφάγο. Συμπτώματα δυσφαγίας σε τέτοιους ασθενείς θα πρέπει να διερευνώνται άμεσα με διενέργεια απεικονιστικών εξετάσεων και ενδοσκόπησης προς αφαίρεση του ξένου σώματος και εκτίμηση της ανάγκης διενέργειας διαστολών στο σημείο της αναστόμωσης.

382. ΠΡΟΘΕΜΑΤΑ ΟΡΧΕΩΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΡΧΕΚΤΟΜΗ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕΣΩ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Τ. Πανοπούλου, Ζ. Λαμπρινού, J. Mene, Α. Τζωρτζοπούλου, Ι. Σκόνδρας, Α. Πασσαλίδης
Β' Παιδοχειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

Η απουσία ενός όρχεως αποτελεί μια ψυχολογικά τραυματική εμπειρία για τα παιδιά, αλλά και τους άντρες όλων των ηλικιών. Η ανάγκη για ορχεκτομή μπορεί να οφείλεται σε συστροφή, κρυψορχία, τραύμα, λοίμωξη ή νεοπλασία.
ΣΚΟΠΟΣ: αυτής της μελέτης είναι η αξιολόγηση της ικανοποίησης εφήβων με προθέματα όρχεως καθώς και ο καθορισμός των επιχειρημάτων για την αποδοχή ή όχι του προθέματος.
Από το 2004-2019, 36 παιδιά υπεβλήθησαν σε τοποθέτηση προθέματος όρχεως. Τους ζητήθηκε να απαντήσουν τηλεφωνικά ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 13 ερωτήσεις, καλύπτοντας 2 κυρίως τομείς: την αποδοχή ή μη του προθέματος, καθώς και τον βαθμό ικανοποίησης όσον αφορά το μέγεθος, βάρος, σχήμα, θέση και αίσθηση αυτού. Η επικοινωνία ήταν εφικτή με 25 άτομα. Το 72% πιστεύουν ότι είναι πολύ σημαντικό που είχαν την δυνατότητα να βάλουν το πρόθεμα ενώ 28% είναι γενικά δυσαρεστημένοι και νιώθουν ότι το τελικό αισθητικό αποτέλεσμα είναι μέτριο ή κακό. Παρουσιάζονται οι λόγοι για αυτή την δυσαρέσκεια.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σαν αποτέλεσμα, πέρα από την δυσαρέσκεια, όλοι οι ασθενείς θα τοποθετούσαν πάλι το πρόθεμα. Η βελτίωση του σχήματος των προθεμάτων ώστε να είναι περισσότερο ελλειπτικό, μπορεί να οδηγήσει στην καλύτερη αποδοχή του προθέματος από τους ασθενείς. Επίσης, θα πρέπει να βελτιωθεί η χειρουργική τεχνική ώστε να αποφεύγεται η υψηλή θέση του προθέματος στο όσχεο.

383. ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Κ. Δούλη[1], Ζ. Χιώλου[1], Γ. Οικονόμου[2], Δ. Τσούτσος[1]

[1]Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής- Μικροχειρουργικής – Κέντρο Εγκαυμάτων – Κέντρο αναφοράς Μελανώματος, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», [2]Τμήμα Γυναικολογίας, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση του μελανώματος κατά την κύηση

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συχνότητα εμφάνισης μελανώματος στην κύηση είναι περίπου 1/40.000 κυήσεις στην Αυστραλία και πολύ πιο μικρή σε Ευρώπη και ΗΠΑ.

Η κύηση δεν αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης μελανώματος. Η επιβίωση των εγκύων με μελάνωμα εξαρτάται από τους ίδιους προγνωστικούς παράγοντες όπως και σε μη εγκύους, δηλαδή το πάχος του όγκου, την παρουσία ή μη εξέλκωσης αλλά και την αφαίρεση του λεμφαδένα φρουρού. Στο στάδιο Ι δεν διαφέρει σημαντικά η επιβίωση στις δύο ομάδες ασθενών.

Το μελάνωμα δεν έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει άμεση την κύηση καθώς δεν παρουσιάζει μεταστάσεις στον πλακούντα παρά μόνο σε εκτεταμένη εξάπλωση. Θα πρέπει να γίνεται έλεγχος του πλακούντα και παρακολούθηση του παιδιού έως την ηλικία των 2 ετών. Υποτροπές εμφανίζονται σε ποσοστό 1-3% εντός 5ετίας όταν το πάχος του όγκου είναι 4mm και συστήνεται αποφυγή εγκυμοσύνης για 2 – 5 έτη από την εμφάνιση του μελανώματος.

Η αντιμετώπιση είναι ίδια όπως και σε μη εγκύους σε εντοπισμένη μορφή (χειρουργική αφαίρεση – ευρεία εκτομή και αν >0.8mm με ευρεία εκτομή και αφαίρεση του λεμφαδένα φρουρού μετά εντόπιση με σπινθηρογράφημα με τεχνήτιο και διεγχειρητικά χωρίς τη χρήση κυανού της ισοσουλφάνης).

Σε πιο προχωρημένες περιπτώσεις, απαιτείται αντιμετώπιση σε εξειδικευμένο κέντρο με συνεργασία πλαστικού χειρουργού, μαιευτήρα, νεογνολόγου, ακτινοθεραπευτή και ογκολόγου. Εκλεκτική διακοπή της κύησης γίνεται μόνο σε εγκύους που βρίσκονται σε τελικό στάδιο της νόσου και στο πρώτο 3μηνο της κύησης. Αν χρειαστεί συμπληρωματική ακτινοβολία μετά το χειρουργείο, είναι προτιμότερο να γίνεται μετά τον τοκετό ενώ χημειοθεραπεία καλύτερα μετά το δεύτερο τρίμηνο λόγω αυξημένου ποσοστού αποβολών και συγγενών ανωμαλιών.

384. ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΥΠΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ: ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Ι. Κυριακού, Α. Καββαδά, Α. Τζιάννου, Κ. Τζημόπουλος, Α. Νικολακοπούλου, Α. Φωτεινακόπουλος, Α. Τσαρουχά, Α. Ράπτη

2η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Οι ασθενείς με συμπαγείς όγκους ή αιματολογικούς καρκίνους εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο κίνδυνος αυτός συσχετίζεται άμεσα με το στάδιο της νόσου και είναι αυξημένος στο στάδιο IV. Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς με καρκίνο πνεύμονα και επιπλοκή πνευμοθώρακα μετά από τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα η οποία εμφάνισε εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, τέθηκε σε αντιθρομβωτική αγωγή και εμφάνισε ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα 48 ετών, καπνίστρια υποβλήθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο λόγω ξηρού βήχα από 2μήνου. CXR: σκίαση ΑΡ πύλης. CT θώρακος: μάζα ΑΡ πύλης, οζώδεις σκιάσεις πνευμόνων άμφω, λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου, μόρφωμα ΑΡ μαστού και μικρή υπεζωκοτική συλλογή ΑΡ. Υποβλήθηκε σε EBUS βρογχοσκόπηση και βιοψία λεμφαδένων μεσοθωρακίου από την οποία τεκμηριώθηκε αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα σταδίου IV. Το PET/CT επιβεβαίωσε τη μεταστατική νόσο στο μαστό. CT Εγκεφάλου: αρνητική. Γονιδιακός έλεγχος: αρνητικός για μεταλλάξεις, μέτρια έκφραση PD-L1. Έγινε έναρξη ΧΜΘ/ανοσοθεραπείας και τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα (CVC υποκλειδίου). Εισήχθη λόγω δύσπνοιας, θωρακαλγίας και εκτεταμένου υποδορίου εμφυσήματος λόγω πνευμοθώρακα ΔΕ και πνευμομεσοθωράκιου. Τοποθετήθηκε θωρακικός σωλήνας και τέθηκε σε προφύλαξη με ΧΜΒΗ. Τις επόμενες ημέρες εμφάνισε εμπύρετο με επιδείνωση δύσπνοιας και πυκνώσεις άμφω. Τέθηκε σε αντιβίωση και θεραπευτική δόση ΧΜΒΗ με τινζαπαρίνη λόγω DVT κ. άκρων άμφω ενώ αφαιρέθηκε ο CVC. Η θεραπεία συνεχίστηκε και 15 ημέρες μετά, παρουσίασε δυσαρθρία και αφασία εκπομπής. CT εγκεφάλου: οξεία ισχαιμική αλλοίωση ΑΡ κροταφοβρεγματικά. Έλαβε αποιδηματική αγωγή και λόγω εμέτων, επανέλαβε τον έλεγχο, οπότε διαπιστώθηκε επέκταση της ισχαιμίας. Μετά από αγγειολογική εκτίμηση αποφασίστηκε η προσθήκη ασπιρίνης στην αγωγή. Ακολούθησε κλινική βελτίωση και η ασθενής συνέχισε τη θεραπεία της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: οι επιπλοκές κατά τους θεραπευτικούς χειρισμούς ασθενών με μεγάλο φορτίο νόσου μπορεί να αποβούν μοιραίες. Η συνεργασία ειδικοτήτων, ο ενδελεχής διαγνωστικός έλεγχος και η μη απώλεια της ελπίδας οδηγούν στις περισσότερες περιπτώσεις σε επιτυχή έκβαση.

385. ΕΝΔΟΛΟΒΙΟ ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΑΠΟΛΥΜΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΑ ΤΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ν. Μπαλταγιάννης[1], Ε. Νικολαΐδης[1], Ε. Τριχιά[2], Α. Λαγουδέλλης[1], Χ. Πεταλά[1], Π. Μπατίκα[2], Χ. Ντούβλης[1], Ε. Κωστέτσου[1], Ε. Σούκα[2], Ν. Καλαντζή[3], Ε. Αφουξενίδου[3], Ε. Τσούμα[4], Δ. Αναγνωστόπουλος[1], Ν. Μπολάνος[1], Α. Χατζημιχάλης[1]

[1]Θωρακοχειρουργική κλινική, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», [2]Παθολογοανατομικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», [3]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», [4]Κυτταρολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το πνευμονικό απόλυμα είναι σπάνια συγγενής διαμαρτία του αναπνευστικού συστήματος..Πρόκειται για πνευμονικό ιστό που δεν επικοινωνεί με το τραχειοβρογχικό δέντρο και αιματώνεται με μία ή δύο αρτηρίες από τη συστηματική κυκλοφορία. Στο ενδοπνευμονικό απόλυμα η βλάβη εντοπίζεται μέσα σε ένα φυσιολογικό λοβό και δεν περιβάλλεται από δικό της περισπλάχνιο υπεζωκότα. Στη παρούσα εργασία περιγράφεται η περίπτωση μιάς ασθενούς με ιστορικό υποτροπιαζουσών λοιμώξεων στην οποία τελικώς διεγνώσθη ενδολόβιο βρογχοπνευμονικό απόλυμα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα ηλικίας 57 ετών εισήχθη σε επαρχιακό Νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου και ξηρού βήχα από 10ημέρου. Η ασθενής ελάμβανε αντιμικροβιακή αγωγή με Augmentin 875mg/125mg X2 επί 7ήμερο με ανύπαρκτη ανταπόκριση. Η ασθενής ανέφερε συχνές λοιμώξεις του κατωτέρου αναπνευστικού κατά τους τελευταίους έξη μήνες. Η κλινική εξέταση ανέδειξε μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στη βάση του αριστερού πνεύμονα. Ο κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος δεν απέδειξε αξιόλογα παθολογικά ευρήματα. Η ακτινογραφία θώρακα ανέδειξε πύκνωση του αριστερού κάτω πνευμονικού πεδίου Η υπολογιστική τομογραφία θώρακα ανέδειξε μία συμπαγή ομοιογενή μάζα στον αριστερό κάτω πνευμονικό λοβό, με σύστοιχη μικρής έκτασης υπεζωκοτική συλλογή. Στη βάση αυτών των ευρημάτων η ασθενής μεταφέρθηκε και υποβλήθηκε σε αριστερή κάτω λοβεκτομή. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τα ευρήματα του χειρουργείου ότι δηλαδη η παραπάνω αλλοίωση αιματώνετο από αρτηριακό κλάδο ο οποίος εκφύετο απευθείας από την κατιούσα θωρακική αορτή.Τα ανωτέρω ευρήματα θεωρήθηκαν τυπικά και επιβεβαίωσαν τη διάγνωση του ενδολόβιου βρογχοπνευμονικού απολύματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το βρογχοπνευμονικό απόλυμα αποτελεί εξαιρετικά σπάνια συγγενή ανωμαλία με συχνότητα 0,15-6,4%. Ο ενδολόβιος τύπος εμφανίζεται σε ποσοστό 75 έως 90%. Τα απολύματα συχνότερα εντοπίζονται στους κάτω λοβούς. Η παρουσία υποτροπιαζουσών λοιμώξεων του αναπνευστικού αποτελεί ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση.Η χειρουργική εξαίρεση στα ενδολόβια απολύματα απαιτεί συνήθως λοβεκτομή. Απαιτείται προσεκτική αναγνώριση των αρτηριών που αιματώνουν το απόλυμα προκειμένου αυτές να απολινωθούν με ασφάλεια. Η πρόγνωση των βρογχοπνευμονικών απολυμάτων, είναι κατά κανόνα ευνοϊκή.

386. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

387. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΕΠΟΧΙΚΗΣ ΓΡΙΠΗΣ 2017-2019 ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

Δ. Χατζηδάκη[1], Ε. Μπολομύτη[1], Μ. Κινδύνη[2], Ε. Βλαχίδη[2], Ε. Κοσιώρη[2], Α. Φέρκε[2]
[1]Κ.Υ. Ρόδου, [2]Γ.Ν. Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή του αριθμού του υγειονομικού προσωπικού, οι οποίοι εμβολιάστηκαν το χρονικό διάστημα 2017-2018 και 2018-2019 από την ομάδα ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων (Ε.Ν.Λ.) του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου και από το Τμήμα Εμβολιασμών του Κ.Υ. Ρόδου.
ΥΛΙΚΟ: Αρχικά διεξήχθη εκστρατεία ενημέρωσης για τα μέτρα πρόληψης της εποχικής γρίπης και τα οφέλη του εμβολιασμού. Για την καταγραφή του ποσοστού του αντιγριπικού εμβολιασμού πραγματοποιήθηκε η συλλογή στοιχείων αφού προηγουμένως καταρτίστηκαν κατάλογοι με το προσωπικό ανά ιδιότητα, κλινική, τμήμα. Τα δεδομένα εστάλησαν και στον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας(Ε.Ο.Δ.Υ.).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το έτος 2017-2018 εμβολιάστηκε το 11,76% (65/553) από το σύνολο του προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου. Συγκεκριμένα, από τους 135 ιατρούς εμβολιάστηκε το 29% (31 άνδρες και 8 γυναίκες). Αντίστοιχα στο Κ.Υ. Ρόδου εμβολιάστηκε το 17,6% (6/34) από το σύνολο των εργαζομένων. Αναλυτικά, από τους 15 ιατρούς εμβολιάστηκε το 20% (2 άνδρες και 1 γυναίκα). Το έτος 2018-2019 από το υγειονομικό προσωπικό του Γ.Ν. Ρόδου εμβολιάστηκε το 13,59% (76/559, 39 άνδρες και 37 γυναίκες). Αντίστοιχα, στο Κ.Υ. Ρόδου το έτος 2018-2019 εμβολιάστηκε το 21,6% (8/37, 5 άνδρες και 3 γυναίκες). Από τους ιατρούς εμβολιάστηκε το 27,7% (5/18, 4 άνδρες και 1 γυναίκα).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά τη δωρεάν προμήθεια για εμβολιαστική κάλυψη που παρέχεται στο υγειονομικό προσωπικό, παρατηρείται φτωχή ανταπόκριση. Η συστηματική αξιοποίηση δέσμης μέτρων συμβάλλει αποτελεσματικά στη βελτίωση της εμβολιαστικής κάλυψης, ενώ η αξιολόγηση της προηγούμενης εμπειρίας δίνει δυνατότητα καλύτερου σχεδιασμού της. Απαιτείται αποτελεσματικότερη ενημέρωση του προσωπικού και προτείνεται ετήσιος υποχρεωτικός εμβολιασμός με το εμβόλιο της εποχικής γρίπης. Ο εμβολιασμός του προσωπικού αποτελεί σημαντική προτεραιότητα όχι μόνο για λόγους ατομικής προστασίας, αλλά και για την προστασία των ασθενών υψηλού κινδύνου.

388. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ MANTOUX ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

Ε. Μπολομύτη, Δ. Χατζηδάκη, Α. Βλαχογιώργου, Κ. Μπενετάτου
Κ.Υ. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η φυματινοαντίδραση Mantoux είναι μία δερματική δοκιμασία, με την οποία ελέγχεται η ευαισθησία του δέρματος και αποτελεί τον πιο ευαίσθητο δείκτη για τη διάγνωση της φυματίωσης. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή και αξιολόγηση της δερμοαντίδρασης σε άτομα που προσήλθαν στο Τμήμα Εμβολιασμών του Κ.Υ. Ρόδου από 02/01/2018 έως 31/12/2018.
ΥΛΙΚΟ: Προσήλθαν 50 άτομα ηλικίας από 12 μηνών έως 78 ετών. Χρησιμοποιήθηκε φυματίνη, με ενδοδερμική έγχυση 0,1ml στην καμπτική επιφάνεια του αντιβραχίου με βελόνα 26 ή 27G. Το αποτέλεσμα ορίζεται μέσω της διαμέτρου της σκληρίας σε χιλιοστά (mm),48-72 ώρες μετά την έγχυση. Αντίδραση ≥10mm θεωρείται θετική (εφόσον δεν έχει προηγηθεί αντιφυματικός εμβολιασμός), 5-9mm αμφίβολη και 0-4mm αρνητική. Από τα 50 άτομα τα οποία προσήλθαν, οι 28 (56%) ήταν άνδρες και οι 22 (44%) γυναίκες. Μελετήθηκαν φυματινοαντιδράσεις 6 βρεφών (12%), 10 νηπίων (20%), 5 παιδιών σχολικής ηλικίας (10%), 1 εφήβου (2%), 1 ατόμου 19-26 ετών (2%), 22 ατόμων 27-59 ετών (44%), 2 ατόμων 60-64 ετών (4%) και 3 ατόμων ≥65ετών (6%).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αξιολογήθηκαν 25 φυματινοαντιδράσεις αρνητικές (50%), 6 αμφίβολες (12%) και 10 θετικές (20%). Για τη διενέργεια φυματινοαντίδρασης παραπέμφθηκαν: 21 παιδιά (42%) από Παιδίατρο, 10 άτομα (20%) από Ρευματολόγο,6 άτομα (12%) από Πνευμονολόγο,4 άτομα (8%) από Δερματολόγο και 9 άτομα (18%) από Παθολόγο. Αξιολογήθηκαν 9 (18%) δερμοαντιδράσεις από τους ίδιους τους Ιατρούς από τους οποίους παραπέμφθηκαν.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μεγαλύτερο ποσοστό είχε αρνητική φυματινοαντίδραση και παραπέμφθηκε από Παιδίατρο. Όταν η πηγή παραπομπής ήταν εξωτερικός Ιατρός υπήρχε απώλεια στην καταγραφή του αποτελέσματος. Αυτό επιλύεται μέσω συνεργασίας του Τμήματος Εμβολιασμών και εξωτερικών Ιατρών, καταγράφοντας τα αποτελέσματα ακόμη και όταν αξιολογούνται από τους ίδιους.

389. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ MANTOUX ΣΤΟ Κ.Υ. ΡΟΔΟΥ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2017-2018

Ε. Μπολομύτη, Δ. Χατζηδάκη, Α. Βλαχογιώργου, Κ. Μπενετάτου
Κ.Υ. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Καταγραφή και αξιολόγηση της δερμοαντίδρασης mantoux σε άτομα που προσήλθαν στο Κ.Υ. Ρόδου από 02/01/2017 έως 31/12/2018.
ΥΛΙΚΟ: Για τη διενέργεια των φυματινοαντιδράσεων Mantoux χρησιμοποιείται φυματίνη 0,1ml (Tuberculin PPD RT 23 SSI) μέσω ενδοδερμική έγχυσης στο αντιβράχιο. Αντίδραση ≥10mm, θετική 9εφόσον δεν έχει προηγηθεί εμβολιασμός-BCG). Σε 5-9mm θεωρείται αμφίβολη (πιθανή μόλυνση) και 0-4mm αρνητική. Οι φυματινοαντιδράσεις Mantoux διενεργήθηκαν τα έτη 2017-2018 στο Τμήμα Εμβολιασμών του Κ.Υ. Ρόδου και κατόπιν οδηγίας του θεράποντος ιατρού. Το δείγμα αποτελείται από 119 άτομα ηλικίας από 0 μηνών έως 75 ετών, εκ των οποίων οι 65 (54,62%) ήταν άνδρες και οι 54 (45,38%) γυναίκες. Μελετήθηκαν φυματινοαντιδράσεις 13 βρεφών (10,92%), 24 νηπίων (20,18%),9 παιδιών σχολικής ηλικίας(7,6%),2 εφήβου (1,7%), 5 ατόμων 19-26 ετών (4,3%), 52 ατόμων 27-59 ετών (43,6%), 6 ατόμων 60-64 ετών (5%) και 8 ατόμων ≥65ετών (6,7%).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παραπομπή έγινε:52 παιδιά (43,7%) από Παιδίατρο,22 άτομα (18%) από Ρευματολόγο, 15 άτομα (12,5%) από Πνευμονολόγο,13 άτομα (10,9%) από Δερματολόγο, 11 άτομα (9,3%) από Παθολόγο και 1 άτομο (0,9%) από Αγγειοχειρουργό, 4 άτομα (3,4%) από Γενικό Ιατρό και 1 άτομο από Νευρολόγο (0,9%). Από την αξιολόγηση του αποτελέσματος της φυματινοαντίδρασης Mantoux μετά από 48-72 ώρες προέκυψε ότι 42 αντιδράσεις (35,3%) ήταν αρνητικές,6 ήταν αμφίβολες (5,1%) και 12 αντιδράσεις ήταν θετικές (10%). Δεν αξιολογήθηκαν 59 δερμοαντιδράσεις (49,6%), λόγω μη προσέλευσης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος παραπέμφθηκε από Παιδίατρο. Όταν η πηγή παραπομπής ήταν εξωτερικός Ιατρός υπήρχε απώλεια στην καταγραφή του αποτελέσματος των δερμοαντιδράσεων. Αυτό θα μπορούσε να επιλυθεί με μία καλύτερη συνεργασία του Τμήματος Εμβολιασμών με τους εξωτερικούς Ιατρούς, ώστε να καταγράφονται τα αποτελέσματα ακόμη και αν η αξιολόγησή τους γίνεται από τους ίδιους.

390. ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΡΟΔΟΥ

Ε. Μπολομύτη, Δ. Χατζηδάκη, Α. Βλαχογιώργου, Κ. Μπενετάτου
Κ.Υ. Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η ηπατίτιδα Α αποτελεί λοίμωξη του ήπατος από τον ιό της ηπατίτιδας Α (HAV). Μεταδίδεται με τη στοματοπρωκτική οδό, από άνθρωπο σε άνθρωπο μέσω κατανάλωσης μολυσμένων τροφίμων ή νερού. Τα παιδιά σχολικής ηλικίας αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου και ο εμβολιασμός κατά της Ηπατίτιδας Α κρίνεται απαραίτητος. Κατά την είσοδό τους στο σχολείο θα πρέπει να είναι πλήρως εμβολιασμένα. Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση της εμβολιαστικής κάλυψης έναντι την Ηπατίτιδας Α σε μαθητές Γ'Τάξης Δημοτικών Σχολείων της περιοχής ευθύνης Κέντρου Υγείας Ρόδου για το σχολικό έτος 2017-2018.
ΥΛΙΚΟ: Η μελέτη έγινε με καταγραφή των εμβολιασμών για την Ηπατίτιδα Α από τα Ατομικά Βιβλιάρια Υγείας των Παιδιών της Γ' Τάξης (ηλικίας 8-9 ετών),9 Δημοτικών Σχολείων του Δήμου Ρόδου. Συνολικά οι μαθητές της Γ' Τάξης ήταν 289 παιδιά, εκ των οποίων συμμετείχαν στο πρόγραμμα τα 185 (64%). Το δείγμα μας αποτελείται από 99 κορίτσια (53,5%) και 86 αγόρια (46,5%).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 185 παιδιά των οποίων τα Βιβλιάρια εξετάστηκαν, τα 164(88,6%) είχαν εμβολιασθεί με δύο δόσεις του εμβολίου της Ηπατίτιδας Α, τα 7(3,8%) με μία δόση και τα 14(7,6%) καθόλου. Ωστόσο, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε ότι σημειώθηκε απώλεια 36% στην προσκόμιση Βιβλιαρίων – 104, λόγω ελλιπούς ενημέρωσης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε ότι η εμβολιαστική κάλυψη των μαθητών για την Ηπατίτιδα Α στο σχολικό πληθυσμό που ελέγχθηκε ήταν υψηλή κι ένα μικρό ποσοστό παιδιών ήταν ανεπαρκώς ή καθόλου εμβολιασμένο με περιθώρια βελτίωσης των ποσοστών αυτών μέσω περισσότερων προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου και Αγωγής Υγείας στα σχολεία. Τέλος, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην καλύτερη διασύνδεση μεταξύ Κ.Υ.-σχολείου-γονέων με σκοπό την επίτευξη μεγαλύτερων ποσοστών συμμετοχής μαθητών στα προγράμματα πρόληψης και την εξάλειψη της νόσου.

391. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

392. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

393. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΜΥΟΠΑΘΕΙΕΣ: ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ,ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΟΡΤΗ ΤΟΥ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Σ. Φλούδα, Α. Ντούρου, Α. Χαβατζά, Ν. Καψαλά, Δ. Νικολόπουλος, Ε. Καροφυλάκης, Ν. Τζιώλος, Δ. Τσερώνης, Θ. Καραγέωργας, Μ. Αγγελάκος, Κ. Τόγια, Θ. Γερογιάννη, Π. Ραψωμανίκη, Δ. Μπούμπας, Π. Κατσιμπρή

Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθεί η φυσική ιστορία, η κλινική εικόνα,η διαγνωστική προσέγγιση, η έκβαση και η ανταπόκριση στη θεραπεία των φλεγμονωδών μυοπαθειών.

ΥΛΙΚΟ: Στην κοορτή συμμετείχαν 33ασθενείς της Μονάδας Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας του ΑΤΤΙΚΟΝ με φλεγμονώδεις μυοπάθειες. Πρόκειται για ασθενείς με κλινικοεργαστηριακά ευρήματα συμβατά με δερματομυοσίτιδα, πολυμυοσίτιδα. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 57, 7έτη, ενώ το γυναικείο φύλο υπερτερούσε (n=25/33).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συχνότερη διαταραχή αναδείχθηκε η δερματομυοσίτιδα (n=21/33, 63,6%), ενώ ακολουθεί η πολυμυοσίτιδα (n=12/33, 36,4%). Το 33,3%(n=11/33) των ασθενών παρουσίαζε κατά τη διάγνωση της νόσου προσβολή τόσο του δέρματος όσο και των μυών με χαρακτηριστικό εξάνθημα κορμού-άκρων χειρών και μυική αδυναμία, ενώ το 27,3% είχε μόνο μυική αδυναμία. Μία ασθενής παρουσίαζε μόνο παρατεινόμενο εμπύρετο. Αυξημένη CPK βρέθηκε στο 48,5% (n=16/33) των ασθενών και βιοψία δέρματος-μυός διενεργήθη στο 42,4%(n=14/33). Η πλειονότητα των ασθενών παρουσίαζαν θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα, ενώ μόνο βασθενείς είχαν ειδικά αντισώματα υπέρ μυοσίτιδας. Στο 21,2% (n=7/33) των ασθενών υπήρχε σύνδρομο αλληλεπικάλυψης με άλλα νοσήματα του συνδετικού ιστού και στο 9,1% (n=3/33) υπήρχε υποκείμενη κακοήθεια(κυρίως γυναικολογικός καρκίνος). Προσβολή πνεύμονα διαπιστώθηκε στο 15,1% (n=5/33) και καρδιαγγειακού με πνευμονική υπέρταση στο 9,1%(n=3/33). Σε ό,τι αφορά τη θεραπεία το 93,9% (n=31/33) των ασθενών έλαβαν κορτικοειδή σε ενδοφλέβιες ώσεις είτε από του στόματος. Η μεθοτρεξάτη(69,7%) και η αζαθειοπρίνη (36,4%) αποτελούν τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα ανοσοτροποποιητικά της νόσου με ικανοποιητική ανταπόκριση. Το 24,2% (n=8/33) έλαβε γ-σφαιρίνη, ενώ ακολουθούν το rituximab (12,1%,n=4/33) και η κυκλοφωσφαμίδη (6,06%,n=2/33). Εννέα ασθενείς (27,3%) παρουσίασαν ανθεκτική νόσο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι φλεγμονώδεις μυοπάθειες εμφανίζονται κυρίως ως δερματομυοσίτιδα και λιγότερο συχνά ως πολυμυοσίτιδα. Η αύξηση της CPK και η θετικότητα για αντιπυρηνικά αντισώματα δεν είναι υποχρεωτικές. Ενδοφλέβια γ-σφαιρίνη χρησιμοποιείται στο 25% των περιπτώσεων, ενώ 27% έχουν ανθεκτική νόσο.

394. ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΛΥΚΟΣ Η ΟΧΙ; - Η ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΟΡΤΗ ΤΟΥ ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟ»

Δ. Νικολόπουλος, Α. Πιέτα, Κ. Χαβάτζα, Σ. Φλούδα, Ν. Καψάλα, Θ. Καραγεώργας, Δ. Τσερώνης, Μ. Αγγελάκος, Π. Ραψομανίκη, Θ. Γερογιάννη, Α. Ντούρου, Κ. Τόγια, Π. Κατσιμπρή, Α. Φανουριάκης
Μονάδα Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η απόδοση νευροψυχιατρικών (ΝΨ) εκδηλώσεων στο συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ) ή σε άλλα αίτια που δεν σχετίζονται με τη νόσο (δευτεροπαθης ΝΨΣΕΛ). Μελετήσαμε τις ΝΨ εκδηλώσεις σε μια κοορτή ασθενών με ΣΕΛ για να καθορίσουμε τη συχνότητα τους και τις συχνότερες εκδηλώσεις.
ΥΛΙΚΟ: Αναδρομική μελέτη 603 ασθενών. Οι ΝΨ εκδηλώσεις χωρίστηκαν i) σε αυτές που αποδόθηκαν στη νόσο («πρωτοπαθής ΝΨΣΕΛ»), ii) σε όσες αποδόθηκαν σε άλλα αίτια (π.χ παρενέργειες φαρμάκων κα.) («δευτεροπαθής ΝΨΣΕΛ»), και iii) σε εκδηλώσεις με αβέβαιη απόδοση. Η τελευταία έγινε σύμφωνα με την γνώμη του θεράποντος ιατρού, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα δεδόμενα (ενεργότητα νόσου, νευροαπεικόνιση, αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα κα.).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 229 ασθενείς (38%) εμφάνισαν συνολικά 313 ΝΨ εκδηλώσεις. Από αυτές, οι 131 (41.8%) αποδόθηκαν στον ΣΕΛ, ενώ οι 124 (39.6%) χαρακτηρίστηκαν ως δευτεροπαθής ΝΨΣΕΛ. Σε 58 εκδηλώσεις (18.5%), η απόδοση παρέμεινε αβέβαιη. Μεταξύ των πρωτοπαθών εκδηλώσεων, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) (n=30, 22.9%), οι επιληπτικές κρίσεις (n=22, 16.8%) και οι κρανιακές νευροπάθειες (n=12, 9.2%) ήταν οι συχνότερες, ενώ οι διαταραχές διάθεσης (51.6%) και η κεφαλαλγία (16.9%) ήταν οι εκδηλώσεις που κατηγοριοποιήθηκαν συχνότερα ως δευτεροπαθής ΝΨΣΕΛ. Η μη νευρολογική κλινικοεργαστηριακή εικόνα της νόσου δε διέφερε μεταξύ ασθενών με πρωτοπαθή και δευτεροπαθή ΝΨΣΕΛ. Οι ασθενείς με πρωτοπαθή, σε σύγκριση με τους ασθενείς με δευτεροπαθή ΝΨΣΕΛ, ήταν πιθανότερο να έχουν αναπτύξει μη αναστρέψιμη βλάβη (SDI>0) (OR=2.88, 95%CI 1.67-4.96), καθώς και να εμφανίσουν περισσότερες ΝΨ εκδηλώσεις (OR=3.74, 95%CI 1.98-7.09).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σημαντικό ποσοστό ΝΨ εκδηλώσεων δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής. ΑΕΕ και επιληπτικές κρίσεις ήταν οι συχνότερες πρωτοπαθείς ΝΨ εκδηλώσεις. Ο πρωτοπαθής ΝΨΣΕΛ σχετίζεται με υψηλότερο δείκτη βλάβης και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπρόσθετων ΝΨ εκδηλώσεων.

395. ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΙΑΣ:ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

Μ. Καραμπέλη[1], Κ. Θωμας[2], Δ. Τσερώνης[2], Μ. Αγγελάκος[2], Δ. Κασσάρα[2], Α. Χαβάτζα[2], Σ. Φλούδα[2], Α. Πιέτα[2], Δ. Νικολόπουλος[2], Β. Τζαβάρα[1], Π. Κατσιμπρή[2], Θ. Καράγεωργας[2]

[1]Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ», [2]Τμήμα Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των ασθενών με διάμεση πνευμονοπάθεια και στοιχεία αυτοανοσίας που δεν πληρούν τα κριτήρια για συγκεκριμένο ρευματικό νόσημα αλλά κατατάσσονται σε μια νέα νοσολογική οντότητα που ονομάζεται Διάμεση Πνευμονοπάθεια με Στοιχεία Αυτοανοσίας (Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features, IPAF).

ΥΛΙΚΟ: Προοπτική μελέτη μονοετούς παρακολούθησης 39 ασθενών με IPAF από το εξωτερικό ρευματολογικό ιατρείο του Π.Γ.Ν. «Αττικόν». Καταγράφηκαν κλινικο-εργαστηριακά δεδομένα, συννοσηρότητες, χορηγούμενες θεραπείες και έκβαση της νόσου και επιπλοκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 69,2% των ασθενών είναι γυναίκες και η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση της IPAF ήταν 63,2 (±11) έτη. Οι πιο συχνές κλινικές εκδηλώσεις ήταν η αρθρίτιδα (82%) και το φαινόμενο Raynaud (26%). Σε 54% των ασθενών περιγράφηκε κηλιδοβλατιδώδες ή/και πολύμορφο εξάνθημα σε φωτοεκτεθειμένες περιοχές παρότι δεν περιλαμβάνεται στα κριτήρια της IPAF. Ανευρέθηκαν ANA σε ποσοστό 59% και τα anti-Ro σε 21% των ασθενών. Το επικρατέστερο ακτινολογικό πρότυπο στην HRCT θώρακος ήταν η NSIP (61,5%). Οι ασθενείς έλαβαν συνδυαστική θεραπεία με κορτικοστεροειδή και ανοσοκατασταλτικά, περιλαμβανομένων της υδροξυχλωροκίνης, μεθοτρεξάτης, αζαθειοπρίνης, μυκοφαινολάτης και κυκλοφωσφαμίδης. Σημειώθηκε τάση βελτίωσης των PFTs στους 6 και 12 μήνες παρακολούθησης (p>0,05), ενώ 20,1% των ασθενών παρουσίασε αναπνευστική επιδείνωση και 25% εμφάνισαν κλινικά σημαντική αναπνευστική βελτίωση. Κατά το 1ο και 2ο εξάμηνο παρακολούθησης, 23,1% και 12,8% αντίστοιχα των ασθενών παρουσίασε λοίμωξη. Όλες οι λοιμώξεις αφορούσαν το αναπνευστικό σύστημα, ενώ δύο (5,1%) χρειάστηκαν νοσηλεία. Όλες οι λοιμώξεις εκδηλώθηκαν στους ασθενείς με non-UIP ακτινολογικό πρότυπο (p=0,02) που ίσως να εξηγείται από τις υψηλότερες δόσεις κορτιζόνης που έλαβαν αρχικά οι ασθενείς με non-UIP πρότυπο (μέση αρχική δόση πρεδνιζολόνης = 27 (±18) mg/ημ σε ασθενείς με non-UIP πρότυπο έναντι 17 (±16) mg/ημ σε ασθενείς με UIP πρότυπο, p=0.4).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το εξάνθημα αποτελεί συχνό εύρημα και ίσως θα πρέπει να περιληφθεί στα κριτήρια της νόσου. Παρατηρήθηκε τάση βελτίωσης των PFTs αλλά και σημαντικό ποσοστό λοιμώξεων ειδικά κατά το 1ο εξάμηνο παρακολούθησης και σε ασθενείς με non-UIP πρότυπο.

396. ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ

Κ. Μηλάκη, Κ. Κωνσταντίνου, Ι. Κασσωτάκη, Γ. Παπαθανασίου, Κ. Πίτσιλλος, Ε. Φακοντή, Ε. Τζαγκαράκης
Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σαρκοείδωση αποτελεί μια πολυσυστηματική νόσο κυρίως των νέων με επίπτωση στη χώρα μας 1.07/100.000. Η διάγνωση της αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό γιατρό λόγω της δυνάμενης συμπτωματολογίας από όλα σχεδόν τα όργανα και της κλινικής μίμησης άλλων παθήσεων.
ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση κλινικού περιστατικού με πολυσυστηματική πνευμονική και εξωπνευμονική σαρκοείδωση με ηπατική συμμετοχή.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής 42 ετών BMI=32,ενεργός καπνιστής με οφθαλμική σαρκοείδωση προ 15 έτη για την οποία και έλαβε αγωγή με κορτικοστεροειδή, προσήλθε αιτιώμενος αδυναμία καταβολή από ημερών, αιμόφυρτα πτύελα και δεκατική πυρετική κίνηση. Από τον εργαστηριακό του έλεγχο διαπιστώθηκε παγκυτταροπενία, εργαστηριακό φλεγμονώδες και διαταραχή ηπατικής βιοχημείας με καθ υπεροχήν χολοστατικό πρότυπο. Από απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, μαζική σπληνομεγαλία σημαντική ηπατομεγαλία και από το πνευμονικό παρέγχυμα δικτυοζώδες πρότυπο χωρίς πυλαία λεμφαδενοπάθεια. Στα πλαίσια της διερεύνησης έγιναν οστεομυελική βιοψία, βιοψία μασχαλιαίου λεμφαδένα, ελαστογραφία ήπατος και ακολούθως βιοψία ήπατος. Τα αποτελέσματα των βιοψιών ανέδειξαν κοκκιωματώδεις βλάβες ως επί σαρκοειδικών κοκκιωμάτων τα οποία σε συνδυασμό με τις υψηλές τιμές SACE και το ιστορικό του ασθενούς με την παρελθούσα εξωπνευμονική σαρκοείδωση έθεσαν την διάγνωση της συστηματικής σαρκοείδωσης και σταδιοποιήθηκε σε στάδιο IV. Ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με κορτικοστεροειδή (1mg/kg) με άμεση βελτίωση τόσο της κλινικής όσο και της εργαστηριακής του εικόνας.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η σαρκοείδωση μπορεί δυνητικά να προσβάλλει όλα τα όργανα λόγος για τον οποίο και οι ασθενείς με πρωτοδιαγνωσθείσα νόσο χρήζουν συστηματικής παρακολούθησης. Η χρονική εξέλιξη της νόσου δεν μπορεί να προβλεφθεί, στον ασθενή μας όμως μεσολάβησε ένα μακρύ διάστημα-15 έτη- μέχρι την μετάπτωση της από μονοσυστηματική σε πολυσυστηματική νόσηση. Η συμμετοχή του ήπατος βιβλιογραφικά ανέρχεται στο 20% και συνήθως οι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί με μικρό ποσοστό αυτών να εμφανίζουν διαταραχή ηπατικής βιοχημείας. Η εύρεση σαρκοειδικού κοκκιώματος στη βιοψία ήπατος αποτελεί χρυσό κανόνα στη διάγνωση της ηπατικής συμμετοχής η μη εύρεση του όμως δεν την αποκλείει.

397. ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΟΡΤΗ ΤΟΥ ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Δ. Νικολόπουλος, Μ. Κωστοπούλου, Α. Πιέτα, Σ. Φλούδα, Κ. Χαβάτζα, Ν. Καψαλά, Π. Ραψομανίκη, Κ. Τόγια, Π. Κατσιμπρή, Δ. Μπούμπας, Α. Φανουριάκης

Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η συχνότητα εμφάνισης και πρόγνωση της νεφρίτιδας λύκου (ΝΛ) ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων περιοχών του κόσμου, φυλών και εθνοτήτων. Να μελετηθεί και να περιγραφεί η συχνότητα, το πρότυπο προσβολής, η αντιμετώπιση και η πρόγνωση των ασθενών με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ) που εκδήλωσαν ΛΝ στην κοορτή του ΠΓΝ «Αττικόν», αποτελούμενη από Καυκάσιους ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ: Αναδρομική μελέτη 603 ασθενών. Δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητες, κλινικές εκδηλώσεις, κλινικοεργαστηριακά στοιχεία, αυτοαντισώματα και ληφθείσες θεραπείες καταγράφηκαν. Η διάγνωση της ΝΛ έγινε με βάση τη ιστοπαθολογική εικόνα ή/και τα κριτήρια ταξινόμησης του ΣΕΛ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 21.7% της κοορτής ανέπτυξε ΛΝ (n=128). Η μέση ηλικία διάγνωσης του ΣΕΛ ήταν τα 33.7 έτη και μέση διάρκεια νόσου 9 έτη με αναλογία Θύλη: Άρρεν ~6:1. Οι 65 ασθενείς (49.6%) παρουσιάστηκαν με ΛΝ τη στιγμή της διάγνωσης και οι υπόλοιποι 66 (51.4%) εμφάνισαν ΛΝ κατά την παρακολούθηση. Μεταξύ των ασθενών που διενεργήθηκε βιοψία, τα πρότυπα προσβολής είναι η υπερπλαστική(44.3%), μεμβρανώδης(25%), μεμβρανουπερπλαστική(18.2%), μεσαγγειακή(11.4%) και νόσος ελαχίστων αλλοιώσεων (1.1%). Τη στιγμή της διάγνωσης το 61.5% και το 79.1% των ασθενών είχαν θετικά anti-dsDNA και χαμηλά συμπληρώματα, αντίστοιχα. Θεραπεία επαγωγής με κυκλοφωσφαμίδη έγινε στο 38.2% των ασθενών, ενώ με μυκοφαινολικό οξύ στο 32.1%. Στην τελευταία εκτίμηση, οι 9 ασθενείς είχα αναπτύξει τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια (6.9%), ενώ 19 (14.5%) πάσχουν από χρόνια νεφρική βλάβη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε αυτή την κοορτή ΣΕΛ, η ΛΝ δεν είναι τόσο συχνή όσο παρουσιάζεται στην βιβλιογραφία. Παρότι οι Καυκάσιοι ασθενείς με ΛΝ εμφανίζουν χαμηλή επίπτωση και καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με άλλες φυλές, σημαντικό ποσοστό εμφανίζει μη αναστρέψιμη νεφρική βλάβη.

398. ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Α. Παπακωνσταντίνου[1], Σ. Κραββαρίτης[1], Κ. Ζαχαρής[1], Ε. Παθιάκη[2], Θ. Χαρίτος[1], Ε. Χρυσαφοπούλου[1], Α. Φούκα[1]

[1]Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Λαμίας, [2]Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, Γ.Ν. Λαμίας

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού στο οποίο ετέθη ιστολογική διάγνωση γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας από χειρουργικό παρασκεύασμα μήτρας, έπειτα από κολπική υστερεκτομή λόγω πρόπτωσης μήτρας.
ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 65 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, υπεβλήθη σε κολπική υστερεκτομή και προσθιοπίσθια κολπορραφία, λόγω πρόπτωσης μήτρας. Τα χειρουργικά παρασκευάσματα εστάλησαν για ιστοπαθολογική εξέταση. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε όντας απύρετη και χωρίς δείκτες φλεγμονής από τον εργαστηριακό έλεγχο. Η ασθενής επανεισήχθη μετεγχειρητικά λόγω αναφερόμενης αδυναμίας, καταβολής, δεκατικής πυρετικής κίνησης και συνοδών δυσουρικών συμπτωμάτων με θετική καλλιέργεια ούρων (E.coli<10^4 cfu/mL). Η ασθενής παρουσίαζε καθημερινή δεκατική πυρετική κίνηση μη ανταποκρίσιμη στη χορήγηση, ενδεδειγμένης από το αντιβιόγραμμα, ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής. Ελήφθη πλήρης αιματολογικός και ανοσολογικός έλεγχος. Η ασθενής παρουσίαζε ήπια αναιμία (Ht 34.4 % - Hb 10.9 g/dL), αυξημένη ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων (TKE 99mm/h) και αυξημένη CRP αίματος (157 mg/L). Ο ανοσολογικός έλεγχος δεν είχε παθολογικά ευρήματα.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κλινική υποψία συστηματικής νόσου επιβεβαιώθηκε με τα ευρήματα της παθολογοανατομικής εξέτασης, η οποία ανέδειξε φλεγμονώδη διήθηση μικρών, μεσαίων και μεγάλων αρτηριακών κλάδων της μήτρας, από λεμφοκύτταρα, επιθηλιοειδή ιστιοκύτταρα και σποραδικά πολυπύρηνα γιγαντοκύτταρα, εικόνα συμβατή με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα μήτρας. Η ασθενής παραπέμφθηκε σε ρευματολόγο για έναρξη κορτικοστεροειδούς αγωγής.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα γεννητικού συστήματος είναι σπάνια και αποτελεί συνήθως τυχαίο εύρημα, έπειτα από γυναικολογική χειρουργική επέμβαση. Υπάρχουν λίγες βιβλιογραφικές αναφορές περιστατικών στα οποία διαγιγνώσκεται γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα από παρασκεύασμα μήτρας. Η συνεκτίμηση της κλινικής εικόνας-συμπτωματολογίας και των ευρημάτων από τον εργαστηριακό έλεγχο της ασθενούς, είναι απαραίτητη για τη διάγνωση και περαιτέρω αντιμετώπιση.

399. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

400. ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗΣ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ

J. Dias, Γ. Παπουρής, Χ. Κόρτας, Α. Παπασαράντη, J. Strika, Χ. Κουρίδης, Α. Γεωργίου
Γενικό Νοσοκομείο Πάφου

ΣΚΟΠΟΣ: Η κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (GPA), παλαιότερα γνωστή ως κοκκιωμάτωση Wegener, είναι μια σπάνια αυτοάνοση νόσος αγνώστου αιτιολογίας που προσβάλλει πολλαπλά συστήματα. Αναφέρονται στη βιβλιογραφία εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις κοκκιωμάτωσης με πολυαγγειίτιδα με προσβολή του προστάτη αδένα, ως πρώτη εκδήλωση της νόσου. Σκοπός της κλινικής μας η παρουσίαση περιστατικού με παραταιταμένο εμπύρετο και προστατίτιδα όπου τέθηκε η διάγνωση κοκκιωμάτωσης Wegener.
ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για ασθενή 54 ετών, άρρεν, που προσήθλε στο ΤΑΕΠ με εικόνα εμπύρετου, δυσουρικών ενοχλημάτων και επίσχεσης ούρων. Από τον Ε/Ε εμφάνιζε λευκοκυττάρωση και υψηλούς δείκτες φλεγμονής και ετέθη η διάγνωση ουρολοίμωξης. Εκτιμήθηκε από ουρολόγο λόγω της επίσχεσης ούρων όπου ανευρέθη εικόνα προστατίτιδας με παρουσία αποστήματος το οποίο παρακεντήθηκε και απομονώθηκε Vancomycin-Resistant Enterococcus faecium. Στη συνέχεια ο ασθενής εμφάνισε ρινική καταρροή και άλγος στην περιοχή των παραρρίνιων κόλπων που οδήγησαν στη διάγνωση άτυπης παχυβλεννογονίτιδας. Ο παρατεταμένος πυρετός που δεν ανταποκρινόταν στη θεραπεία, καθώς και η επακόλουθη επιδείνωση παραρρινοκολπίτιδας με παρουσία νεκρώσεων έθεσαν την κλινική υποψία GPA. Ο έλεγχος c-ANCA / anti-PR3 ήταν θετικός και η βιοψία ανέδειξε ευρήματα συμβατά με νεκρωτική ρινίτιδα/ παραρρινοκολπίτιδα. Ο έλεγχος του πνευμονικού παρεγχύματος με CT ανέδειξε μικρές υπεζωκοτικές συλλογές και ατελεκτασίες και η σπιρομέτρηση περιοριστικού τύπου μείωση της ικανότητας αερισμού. Η νεφρική λειτουργία ήταν φυσιολογική. Μετά την αποδρομή της λοίμωξης ο ασθενής παραπέμφθηκε σε ρευματολόγο όπου έλαβε αγωγή με κορτικοστεροειδή και μεθοτρεξάτη με αποτέλεσμα σταθεροποίηση της νόσου.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα είναι μια πολυσυστηματική νόσος με ευρεία κλινική εικόνα. Η χρόνια παραρρινοκολπίτιδα είναι η πιο συχνή εκδήλωση της νόσου με συνοδό αποτυχία ανταπόκρισης στη συμβατική θεραπεία. Έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία συμπτώματα φλεγμονής, νέκρωσης ή και αποστήματος προστάτη αδένα με συνοδά αποφρακτικά σημεία, ως πρώτη εκδήλωση της νόσου. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο περιστατικό μας, πρώτη εκδήλωση αποτέλεσε η επίσχεση ούρων που οδήγησε των ασθενή στο ΤΑΕΠ και σταδιακά ανέπτυξε τυπική εικόνα παραρρινοκολπίτιδας που βοήθησε στην διάγνωση της νόσου. Η προστατίτιδα από Vancomycin-Resistant Enterococcus faecium έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία ως πολύ σπάνιο αίτιο.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι κλινικοί ιατροί, και ειδικότερα ουρολόγοι και λοιμωξιολόγοι, θα πρέπει να γνωρίζουν αυτή τη σπάνια συσχέτιση και να εξετάζουν το ενδεχόμενο GWP σε περιπτώσεις εκδηλώσεων από τον προστάτη αδένα, ειδικά σε μη ανταπόκριση σε συμβατική θεραπεία ή όταν συνυπάρχουν χαρακτηριστικά συμπτώματα από άλλα συστήματα.

401. ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΤΗΣ ΕΜΦΥΤΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ ΕΠΙΤΕΙΝΕΙ ΤΗΝ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΡΧΕΓΟΝΩΝ ΠΡΟΓΟΝΙΚΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΑΠΑΚ) ΠΡΟΣ ΤΗ ΜΥΕΛΙΚΗ ΣΕΙΡΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΕΙ ΤΗΝ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Σ. Δούμας[1], Μ. Γρηγορίου[1], Ι. Μητρούλης[2], Ά. Μπανός[1]

[1]Εργαστήριο Αυτοανοσίας και Φλεγμονής, ΙΙΒΕΑΑ, [2]Τομέας Παθολογίας, ΠΝΑ, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

ΣΚΟΠΟΣ: Η έμφυτη ανοσία, και ειδικότερα η πρόσφατα αναγνωρισμένη της μνήμη (ανοσολογική εκπαίδευση, Trained Immunity), αποτελεί ένα αναδυόμενο πεδίο έρευνας στη μελέτη των αυτοάνοσων νοσημάτων. Πρόσφατα ευρήματα από το εργαστήριο μας ανέδειξαν την επίταση της μυελικής διαφοροποίησης και μεταγραφική υπογραφής δίκην «ανοσολογικής εκπαίδευσης» στα ΑΠΑΚ του ΣΕΛ. Για να τεκμηριώσουμε καλύτερα τον παθογενετικό ρόλο της μνήμης της έμφυτης ανοσίας στο ΣΕΛ, διερευνήσαμε αν η συνεχής διέγερση της έμφυτης ανοσίας στην αιμοποίηση με β-γλυκάνη, ένα φυσικό διεγέρτης της έμφυτης ανοσίας, επιδεινώνει τη νόσο.

ΥΛΙΚΑ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Ενδοπεριτοναϊκή έγχυση β-γλουκάνης (πειραματική ομάδα) και φυσιολογικού διαλύματος (PBS) (ομάδα ελέγχου), από την ηλικία των 3 μηνών (προκλινικό στάδιο), ανά 15 ημέρες σε πειραματικό πρότυπο ΣΕΛ (NZWB/F1 ποντίκια) έως το κλινικό στάδιο (άνω των 6 μηνών). Έγινε προοπτική μέτρηση 1) σωματικού βάρους, 2) πρωτεϊνουρίας, 3) γενικής αίματος, 4) αυτοαντισωμάτων και 5) καμπύλης επιβίωσης. Τα πειραματόζωα θυσιάστηκαν στο κλινικό στάδιο, με παράλληλη συλλογή ιστών (σπλήνα, περιφερικό αίμα, νεφροί, μυελός των οστών) προκειμένου να διεξαχθούν: ιστολογική εξέταση, ανοσοφθορισμός, ανάλυση FACS και αξιολόγηση φαγοκυτταρικής ικανότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στα ποντίκια που χορηγήθηκε β-γλουκάνη παρατηρήθηκε διόγκωση και ωχρότητα των νεφρών. Παθολογοανατομικά, είχαν πρότυπο προχωρημένης νεφρικής προσβολής (αυξημένη κυτταροβρίθεια σπειραμάτων, διάμεσο φλεγμονώδες διήθημα, σωληναριακή ατροφία-»θυρεοειδοποίηση» νεφρικού παρεγχύματος). Ακόμα, παρατηρήθηκε εκσεσημασμένη σπληνομεγαλία, ενώ η ανάλυση με κυτταρομετρία ροής έδειξε αυξημένο ποσοστό ΑΠΑΚ (HSPCs). Στον μυελό των οστών παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα: 1) HSPCs, 2) ουδετερόφιλων, και 3) συμβατικών δενδριτικων κυττάρων (cDCs), ενώ παρατηρήθηκε πτώση των 1) πρόδρομων μορφών των μονοκυττάρων-ουδετεροφίλων (GMPs), και 2) Β-κυττάρων. Στο περιφερικό αίμα παρατηρήθηκε αύξηση των HSPCs και των ουδετερόφιλων, ενώ παρατηρήθηκε πτώση των Τ-κυττάρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο ΣΕΛ η διέγερση της έμφυτης ανοσίας επιτείνει την διαφοροποίηση, προς την μυελική σειρά (myeloid skewing), με εξωμυελική μυελοποίηση, παραγωγή προφλεγμονωδών ουδετερόφιλων κυττάρων και επίταση της νεφρικής βλάβης. Τα ευρήματα αυτά στηρίζουν το ρόλο των ΑΠΑΚ και της έμφυτης ανοσιακής μνήμης στην ιστική βλάβη και στις υποτροπές της νόσου.

402. ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ε. Καροφυλάκης, Θ. Μάραντος, Δ. Μπένας, Γ. Βερύκοκου, Π. Κατσιμπρή, Δ. Καββαθά
Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η λήψη αιμοκαλλιεργειών αποτελεί σημαντικό εργαλείο διάγνωσης της ενδοκαρδίτιδας. Ιδίως σε ρευματολογικούς ασθενείς όπου το υποκείμενο νόσημα και η ανοσοκατασταλτική αγωγή μπορεί να τροποποιούν την κλινική εικόνα.
ΥΛΙΚΟ: Παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και μικτή νόσο συνδετικού ιστού με αρχική διάγνωση έξαρσης του υποκείμενου νοσήματός τους.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Γυναίκα 72 ετών με ρευματοειδή αρθρίτιδα υπό τοσιλιζουμάμπη εμφάνιζε εμπύρετο και διάχυτες αρθραλγίες. Ληφθείσες αιμοκαλλιέργειες απομόνωσαν *Streptococcusagalactiae* με περαιτέρω έλεγχο να αναδεικνύει ενδοκαρδίτιδα μιτροειδούς βαλβίδας. Γυναίκα 57 ετών με μικτή νόσο συνδετικού ιστού υπό πρεδνιζολόνη εμφάνιζε εμπύρετο και μη ειδικά συμπτώματα ναυτίας, διαρροιών και εμέτων. Ληφθείσες αιμοκαλλιέργειες απομόνωσαν *Staphylococcusaureus* (MRSA) με επακόλουθη ανεύρεση ενδοκαρδίτιδας μιτροειδούς βαλβίδας. Αμφότερες οι περιπτώσεις αντιμετωπίστηκαν αρχικά ως έξαρση των νοσημάτων τους, με εντατικοποίηση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής. Οι αιμοκαλλιέργειες αίματος αποτέλεσαν το καθοριστικό διαφοροδιαγνωστικό εργαλείο μεταξύ έξαρσης και λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Οι Shapiro et al[a] ανέπτυξαν έναν κλινικό αλγόριθμο για την ανάγκη λήψης αιμοκαλλιεργειών. Σε αυτόν δε συμπεριλαμβάνονται ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς από οποιαδήποτε αιτιολογία. Εφαρμογή αυτού στις ασθενείς μας θα οδηγούσε στη μη λήψη αιμοκαλλιεργειών και πιθανά ανεπιθύμητες εκβάσεις λόγω καθυστέρησης στη διάγνωση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μη ειδική φύση των μυοσκελετικών και συστηματικών συμπτωμάτων της ενδοκαρδίτιδας προκαλεί διαγνωστικό πρόβλημα, ιδίως σε ασθενείς με υποκείμενα ρευματολογικά νοσήματα. Η ανοσοκαταστολή αλλοιώνει τον τρόπο εμφάνισης του φλεγμονώδους συνδρόμου, οδηγώντας σε αμβλυχρά συμπτώματα. Απαιτείται υψηλή υποψία και συστήνεται χαμηλός ουδός λήψης αιμοκαλλιεργείων σε ρευματολογικούς ασθενείς με εμπύρετο για την αποφυγή καθυστερήσεων στη διάγνωση και εμφάνισης επιπλοκών.

[a] *WHO NEEDS A BLOOD CULTURE? A PROSPECTIVELY DERIVED AND VALIDATED PREDICTION RULE Nathan I. Shapiro, MD, MPH, Richard E. Wolfe, MD, Sharon B. Wright, MD, MPH, Richard Moore, MD, and David W. Bates, MD, MSC.*

403. ΑΥΞΑΝΟΜΕΝΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΜΗΝ) ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΤΩΝ 2016- 2019

Θ. Γερογιάννη, Κ. Τόγια, Α. Ντούρου, Κ. Χαβάτζα, Δ. Τσερώνης, Ν. Καψάλα, Α. Πιέτα, Σ. Φλούδα, Μ. Αγγελάκος, Π. Κατσιμπρή, Π. Ραψομανίκη

Μονάδα Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή της εμπειρίας από την ΜΗΝ της Δ'ΠΠΚ στο ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», κατά το ημερολογιακό έτος 2019 και σύγκριση με τα δεδομένα του έτους 2016.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Καταγραφή των ημερήσιων ενδοφλέβιων θεραπειών και των νοσημάτων, για τα οποία οι τελευταίοι χορηγήθηκαν, κατά το έτος 2019 (01/01/2019 – 09/12/2019) και σύγκριση αυτών με τα αντίστοιχα δεδομένα του έτους 2016 (01/01/2016 - 31/10/2016). Η ΜΗΝ λειτουργεί καθημερινά, με νοσηλευτική και ιατρική επίβλεψη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά χορηγήθηκαν 2.611 ενδοφλέβιες θεραπείες το 2019, σε αντίθεση με το 2016, που χορηγήθηκαν 677 (Πίνακας 1). Δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες στις χορηγηθείσες θεραπείες με εξαίρεση ελαφρές αλλεργικές αντιδράσεις σε μικρό ποσοστό ασθενών. Παρατηρείται αυξανόμενη χρήση της ριτουξιμάμπης και της μπελιμουμάμπης αλλά και παλιότερων ανοσοκατασταλτικών θεραπειών όπως η ενδοφλέβια κυκλοφωσφαμίδη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δεδομένης της ραγδαίας αύξησης των ενδοφλέβιων θεραπειών κατά 3,9 φορές και της βαρύτητας των νοσημάτων που περιθάλπει, τονίζεται η χρησιμότητα της ΜΗΝ τόσο στην αποσυμφόρηση της Δ'ΠΠΚ όσο στην ελαχιστοποίηση του χρόνου παραμονής του ρευματοπαθούς στο Νοσοκομείο.

Πίνακας 1. Συνολικός αριθμός ενδοφλέβιων θεραπειών και νόσοι για τις οποίες χορηγήθηκαν τα έτη 2016 και 2019

	ΩΣΕΙΣ MP		RITUXIMAB		ΩΣΕΙΣ CYC		INFLIXIMAB		TOCILIZUMAB		BELIMUMAB	
Νόσος	**2016**	**2019**	**2016**	**2019**	**2016**	**2019**	**2016**	**2019**	**2016**	**2019**	**2016**	**2019**
ΣΕΛ/ S.Sjogren	106	178	2	68	106	326					70	324
ΡΑ	40	8	131	640			10	270	30	1		
ΨΑ	2	3					3	232				
Αγγειίτιδες	18	92	28	56	20	42			9			
Σκληροδερμία	4	0	3	46	14	36						
uCTD	9	8	1		3							
Σ.IgG4	2		3									
N.Still	1	2										
N.Behcet	1						2	26				
Σπονδυλαρθρίτιδα	4	4					39	199				
Σαρκοείδωση	1							16				
Μυοσίτιδες	4		1	26	7	8						
Πολυαρθρίτιδα	3											
ΣΥΝΟΛΟ	**195**	**295**	**169**	**836**	**150**	**412**	**54**	**743**	**39**	**1**	**70**	**324**

404. ΣΤΟΧΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ (ΣΕΛ)

Κ. Χαβάτζα[1], Κ. Τόγια[1], Σ. Φλούδα[1], Α. Πιέτα[1], Δ. Νικολόπουλος[1], Ο. Γιώτη[2], Α. Ντούρου[1], Θ. Γερογιάννη[1], Π. Κατσιμπρή[1], Μ. Αγγελάκος[1], Δ. Τσερώνης[1], Θ. Καράγεωργας[1], Κ. Θωμάς[1], Α. Φανουριάκης[2]

[1]Μονάδα Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [2]Μονάδα Ρευματολογίας, Γ.Ν.Α. «Ασκληπιείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Προσδιορισμός των στόχων θεραπείας και δεικτών ποιοτικής φροντίδας βάσει των τελευταίων διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών, για τους ασθενείς με ΣΕΛ στο Ρευματολογικό Τμήμα του Γ.Π.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ».
ΥΛΙΚΟ: Επιλέχθηκαν τυχαία 100 διαδοχικοί ασθενείς με ΣΕΛ, με διάρκεια παρακολούθησης τουλάχιστον ένα χρόνο. Έγινε ανασκόπηση των φακέλων και αξιολογήθηκε η εφαρμογή δεικτών ποιοτικής φροντίδας που αφορούν τον εργαστηριακό έλεγχο, την μέτρηση της ενεργότητας/βλάβης της νόσου, των εξάρσεων (με στόχο έως 1 ήπια έξαρση το χρόνο), θεραπευτικούς στόχους (ύφεση ή χαμηλή ενεργότητα νόσου με χαμηλές δόσεις κορτικοειδών≤7.5mg και λήψη υδροξυχλωροκίνης στην επιτρεπόμενη δόση), την εκτίμηση του ασθενούς για το νόσημα, τον περιορισμό της φαρμακευτικής τοξικότητας, την συμβουλευτική για εγκυμοσύνη και την αντιμετώπιση συννοσηροτήτων, όπως λοιμώξεις και καρδιαγγειακά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μέτρηση της ενεργότητας της νόσου επί τη βάσει πιστοποιημένων δεικτών ενεργότητας καταγράφηκε μόνο στο 31%, ενώ μόνο το 58.8% των ασθενών ελέγχθηκαν για αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα στο πρώτο εξάμηνο της διάγνωσης. Ύφεση ή χαμηλή ενεργότητα νόσου στο έτος, επιτεύχθηκε μόνο στο 25% των ασθενών. Αντίθετα, η πλειοψηφία των ασθενών πέτυχε τους άλλους δύο στόχους της θεραπείας δηλαδή μείωση της δόσης των κορτικοειδών (90.2%) και λήψη υδροξυχλωροκίνης (81.8%) με 0-1 ήπιες εξάρσεις στο έτος (85%). Επαρκής ενημέρωση για θέματα αναπαραγωγικής υγείας και εγκυμοσύνης καταγράφηκε στο 40% (12 στις 30 γυναίκες) και 63.3% (19 στις 30) αντίστοιχα, ενώ ετήσιο τεστ Παπανικολάου στο 65.4% των ασθενών. Από τις 32 γυναίκες που όφειλαν να εμβολιαστούν για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων, μόνο 3 είχαν εμβολιαστεί. Μόνο το 43% των ασθενών είχε ετήσιο έλεγχο για λιπίδια, ενώ συστάσεις για διακοπή καπνίσματος είχαν γίνει στο 44.6%. Εμβόλια γρίπης, πνευμονιοκόκκου και έρπητα ζωστήρα έγιναν στο 77%, 32.7% και 2% αντίστοιχα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα δεδομένα δείχνουν χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη και έλεγχο παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου με περιθώρια περαιτέρω βελτίωσης. Η επίτευξη παρατεταμένης ύφεσης ή χαμηλής ενεργότητας νόσου με αποδεκτές δόσης κορτικοστεροειδών και υδροξυχλωροκίνης είναι εφικτή μόνο στο 25% των ασθενών. Τα δεδομένα αναδεικνύουν το θεραπευτικό κενό στη θεραπεία του ΣΕΛ που ελπίζεται ότι θα καλυφθεί από νέες θεραπείες.

**Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Έρευνας (EuropeanResearchCouncil) στο πλαίσιο του προγράμματος έρευνας και καινοτομίας Horizon 2020 της Ευρωπαϊκής Ένωσης (αριθ. 742390)*

405. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΙΣΟΜΟΡΦΩΝ ΤΟΥ IGF-I ΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΠΕΡΜΑ

Μ. Καρβούνη[1], Ε. Μαζιώτης[1], Π. Γιαννέλου[1,2], Α. Παπαδοπετράκη[1], Ν. Νίτσος[2], Κ. Πάντος[2], Α. Φιλίππου[1], Μ. Κουτσιλιέρης[1], Μ. Σιμοπούλου[1]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Ιδιωτική Κλινική «Γένεσις Αθηνών»

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της έκφρασης των ισομορφών του ινσουλινο-μιμητικού αυξητικού παράγοντα IGF-I (IGF-1Ea, IGF-1Eb, IGF-1Ec) στο σπέρμα μεταξύ νορμοζωοσπερμικών ανδρών και εκείνων με μη φυσιολογικές παραμέτρους σπέρματος.

ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη συμμετείχαν 40 άνδρες ηλικίας 32-54 ετών (43,9±4,6 έτη), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε σπερμοδιάγραμμα και κατηγοριοποιήθηκαν σε 4 ομάδες μελέτης, σύμφωνα με τη διάγνωση του σπερμοδιαγράμματος: «Νορμοζωοσπερμικούς», «Μία μη-φυσιολογική παράμετρος», «Δύο μη-φυσιολογικές παραμέτρους» και «Ολιγοασθενοτερατοζωοσπερμικούς (ΟΑΤ)». Τα δείγματα υποβλήθηκαν σε διαδικασία απομόνωσης RNA, σύνθεση cDNA και ποσοτικοποίησή του μέσω Real-time PCR, χρησιμοποιώντας ειδικούς εκκινητές για τις τρεις ισομορφές. Ταυτόχρονα, απομονώθηκε σπερματικό πλάσμα και πρωτεΐνες από τα σπερματοζωάρια και ελέγχθηκε η πρωτεϊνική έκφραση των τριών ισομορφών μέσω Western Blot. Η στατιστική ανάλυση διεξήχθη στο υπολογιστικό περιβάλλον της R.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανίχνευση των ισομορφών IGF-IEa και IGF-IEb δεν ήταν δυνατή σε επίπεδο mRNA και πρωτεΐνης. Αντίθετα, η ισομορφή IGF-IEc ανιχνεύθηκε σε επίπεδο mRNA και στις 4 ομάδες μελέτης, ωστόσο, τα επίπεδα ήταν χαμηλότερα στους «Νορμοζωοσπερμικούς» από τους άνδρες με «Δύο μη-φυσιολογικές παραμέτρους» (5,1±8,5, p-value=0.0117*) και τους «ΟΑΤ» (2,9±2,3, p-value=0.0072*). Επιπλέον, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων του IGF-IEc και του ολικού αριθμού σπερματοζωαρίων (ρ=-0.3895225, p-value=0.01298), της προωθητικής (ρ=-0.4505146, p-value=0.003532) και της ολικής κινητικότητας (ρ =-0.3790446, p-value=0.01586).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι στα σπερματοζωάρια οι δράσεις του IGF-I εκπροσωπούνται κυρίως από την ισομορφή Ec και υπάρχει πιθανή συσχέτιση των επιπέδων της με την ανδρική υπογονιμότητα οφειλόμενη σε 2 ή περισσότερες ανωμαλίες σπερμοδιαγράμματος. Τα υψηλά επίπεδα της Ec πιθανώς επηρεάζουν αρνητικά τη σπερματογένεση και τη διαδικασία ωρίμανσης των σπερματοζωαρίων.

406. ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 46 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΣΕΙΡΑ 764 ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΕΚΤΟΜΩΝ

Χ. Παριανός, Κ. Πατέας, Χ. Αγγέλη, Π. Τόμπολας, Γ. Ζωγράφος
Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της σπανιότητας και της επιθετικότητας του φλοιοεπινεφριδιακού καρκινώματος μέσα από την παρουσίαση των περιπτώσεων της κλιικής μας.
ΥΛΙΚΟ: Από τον Ιούνιο του 1997 μέχρι τον Δεκέμβριο του 2019 πραγματοποιήθηκαν 764 επινεφριδιεκτομές 46 εκ των οποίων αφορούσαν ασθενείς με φλοιοεπινεφριδιακό καρκίνωμα. Επρόκειτο για 27 γυναίκες και 19 άνδρες ηλικίας 19 με 77 ετών. Υπερέκκριση κορτιζόλης παρατηρήθηκε σε 14 ασθενείς ενώ ταυτόχρονη υπερέκκριση κορτιζόλης και ανδρογόνων σημειώθηκε σε 2 ασθενείς. Το μέγεθος των όγκων ήταν από 5 μέχρι 18 εκατοστά στην μεγαλύτερη διάμετρο και το βάρος τους από 18 μέχρι 1400 γραμμάρια.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πραγματοποιήθηκαν 30 ανοιχτές επινεφριδιεκτομές, 12 λαπαροσκοπικές επεμβάσεις ενώ σε 3 λαπαροσκοπικές έγινε μετατροπή σε ανοιχτή επέμβαση. Σε 11 επεμβάσεις κρίθηκε απαραίτητη η συναφαίρεση γειτονικών οργάνων ώστε να διασφαλιστεί η ριζικότητα της χειρουργικής επέμβασης. Δεν υπήρξε άμεση μετεγχειρητική θνητότητα. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν μεγαλύτερη στις ανοιχτές επεμβάσεις σε σχέση με τις λαπαροσκοπικές. Από την ιστολογική έκθεση το Weiss score ήταν από 3 μέχρι 8. ο δείκτης κυτταρικού πολλαπαλσιασμού Ki67 κυμάνθηκε από 1,5% μέχρι>70%, ενώ οι μιτώσεις από <5/50 μέχρι 28/50 ΟΠΙΜ. Από τα 46 φλοιοεπινεφριδιακά καρκινώματα τα 7 ήταν ογκοκυτταρικά. Με βάση την σταδιοποίηση κατά ENSAT, 3 ασθενείς ήταν σταδίου I, 28 σταδίου II, 11 σταδίου III, και 3 σταδίου IV. Εικοσιτρείς ασθενείς είναι σε τακτική παρακολούθηση 1 με 96 μήνες μετά την επέμβαση, 16 ασθενείς έχασαν την ζωή τους από την νόσο 1 με 36 μήνες μετά την επέμβαση ενώ 7 ασθενείς χάθηκαν στο Follow up.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το φλοιοεπινεφριδιακό καρκίνωμα είναι μια σπάνια και επιθετική νόσος. Το στάδιο της νόσου τη στιγμή της διάγνωσης και η ριζικότητα της χειρουργικής επέμβασης αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την πρόγνωση της νόσου.

407. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Θ. Νίκου[1], Ι. Παπαπαναγιώτου[2], Κ. Μίγκλη[3], Γ. Βάκης[4], Ι. Παπανικολάου[1]

[1]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [2]Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», [3]Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [4]Πλαστική Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Μετεγχειρητική λοίμωξη (ΜΛ) ορίζεται ως η φλεγμονώδης απάντηση ενός χειρουργικού τραύματος έως και 30 ημέρες μετά τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ή έως και 1 έτος μετά την τοποθέτηση ξένου σώματος. Έχει εκτιμηθεί ότι η επίπτωση των χειρουργικών λοιμώξεων ανέρχεται στο 2%-5% των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις. Υπολογίζεται ότι η μετεγχειρητική λοίμωξη θα μπορούσε να είχε προληφθεί στο 60% των περιστατικών με την πιστή εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών. Σκοπός της εργασίας αποτέλεσε η ανασκόπηση της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες μέτρων πρόληψης των λοιμώξεων χειρουργικού πεδίου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση, καταγραφή και επεξεργασία δημοσιευμένων μελετών της τελευταίας δεκαετίας (2008-2018) στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar, Pub Med καθώς και στο Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών διατριβών. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: "Care bundles", "Surgical site infections", "site infection guidelines". Συμπεριλάβαμε συνολικά 15 άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική και στην ελληνική γλώσσα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα μέτρα πρόληψης συνίστανται σε προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Τα κυριότερα προεγχειρητικά μέτρα περιλαμβάνουν την χορήγηση κατάλληλης χημειοπροφύλαξης, την περιποίηση του δέρματος, την ορθή προετοιμασία εντέρου, την προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου και την αντισηψία του προσωπικού. Διεγχειρητικά, κρίνεται σκόπιμη η διατήρηση ομοιόστασης του σώματος, της θερμοκρασίας > 36ο και της γλυκόζης αίματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σωστή εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών και των μέτρων πρόληψης εξασφαλίζει την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας στους ασθενείς ενώ συμβάλλει στην σημαντική ελάττωση των ποσοστών εμφάνισης μετεγχειρητικών λοιμώξεων.

408. ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΟΡΘΟΥ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

Ι. Κοτρογιάννης, Ε. Φωτίου, Χ. Χρύσογλου, Ι. Μιχάλης, Ι. Παρασκευόπουλος
Α' Γενική Χειρουργική, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Το μελάνωμα του ορθού είναι μια εξαιρετικά σπάνια και επιθετική νόσος. Αποτελεί το 0,5-4% των ορθοπρωκτικών κακοηθειών και λιγότερο από 1% των συνολικών περιπτώσεων μελανώματος. Η παρούσα εργασία αναφέρεται σε ασθενή με μόρφωμα ορθού, της οποίας η ιστολογική απάντηση ανέδειξε κακόηθες μεταστατικό μελάνωμα.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 61 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναφερόμενη δυσκοιλιότητα από τριμήνου, συνοδευόμενη από άλγος στην περιπρωκτική περιοχή. Υποβλήθηκε σε δακτυλική εξέταση και κολονοσκόπηση, η οποία ανέδειξε ελκωτική βλάβη με ρυπαρό πυθμένα 2 εκατοστά από τον πρωκτικό δακτύλιο. Ελήφθη βιοψία, το αποτέλεσμα της οποίας ήταν συμβατό με μελάνωμα ορθού.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπό γενική αναισθησία,η ασθενής υποβλήθηκε σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και τελική κολοστομία. Με βάση την ιστολογική απάντηση, μακροσκοπικά, πραγματοποιήθηκε εκτομή 27 εκατοστών παχέος εντέρου, ορθού και πρωκτού. Μετά τη διάνοιξη του παρασκευάσματος αναγνωρίσθηκε νεοπλασματικός όγκος διαστάσεων 6χ5χ2,5 εκατοστών στο ύψος της ορθοπρωκτικής συμβολής. Ανευρέθησαν 18 λεμφαδένες. Μικροσκοπικά ο όγκος αφορούσε σε κακόηθες μεταστατικό μελάνωμα ορθού, το οποίο διηθούσε τον μυϊκό χιτώνα του ορθού και 2 εκ των 18 λεμφαδένων. Η ασθενής μετεγχειρητικά εξήλθε από το νοσοκομείο έχουσα καλώς και παραπέμφθηκε για ογκολογική εκτίμηση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το κακόηθες μελάνωμα του ορθού είναι μία σπάνια οντότητα, της οποίας η διάγνωση τίθεται συνήθως μετά την εμφάνιση αποφρακτικών συμπτωμάτων. Είναι μία εξαιρετικά επιθετική νόσος. Τη στιγμή της διάγνωσης εμφανίζεται με διήθηση των περιοχικών λεμφαδένων σε ποσοστό πάνω από 60% και με απομακρυσμένες μεταστάσεις σε ποσοστό 26-38%. Για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση με την εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου και τη διενέργεια κολονοσκόπησης.

409. ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΙΕΡΟΥ ΟΣΤΟΥ, ΚΟΚΚΥΓΑ, ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΠΡΩΚΤΟΥ ΣΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

Κ. Θεοδωρόπουλος

Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το πλακώδες καρκίνωμα του πρωκτού είναι μια σπάνια κακοήθεια και αποτελεί το 75% όλων των καρκίνων του πρωκτού. Μεθίσταται σπανίως, ωστόσο η θεραπεία των τοπικών υποτροπών αποτελούν πρόκληση για τον χειρουργό.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή χειρουργικής τεχνικής για ριζική θεραπεία της υποτροπής πλακώδους καρκινώματος του πρωκτού.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ: Ο προεγχειρητικός έλεγχος περιλαμβάνει MRI πυέλου και κάτω κοιλίας, CT θώρακος καθώς και CT πυέλου για σήμανση με εξωτερικό οδηγό σημείο, PET-CT, scanning οστών καθώς και εισαγωγή pigtails στους ουρητήρες. Με τον ασθενή σε ύπτια θέση και σε θέση χαμηλής λιθοτομής, γίνεται μέση υπομφάλια τομή. Πραγματοποιείται αποκόλληση του κολεού, όπισθεν και πλάγια, με πλήρη διαχωρισμό του από το ορθό. Ακολουθεί παρασκευή και των δυο ουρητήρων και γίνεται διαίρεση του παχέος εντέρου ή του ορθού σε ικανή απόσταση και δημιουργία αριστερής κολοστομίας. Στη συνέχεια ο ασθενής τοποθετείται σε πρηνή θέση με προβολή του πρωκτού και του κόκκυγα. Γίνεται τομή του δέρματος στην οπίσθια μέση γραμμή. Μετα την διαίρεση των σπονδύλων, ακολουθεί διατομή των ιστών γύρω από το ιερό οστό και τον κόκκυγα. Ακολουθεί εκτομή του περιπρωκτικού δέρματος και του πρωκτικού σωλήνα μαζί με τον έξω σφιγκτήρα και ανελκτήρα μυ κυκλοτερώς. Η εκτομή συνεχίζεται μέχρι την συνάντηση των ορίων της εκτομής προς τα άνω. Αν το μυϊκό έλλειμμα είναι μεγάλο μπορεί να μετακινηθεί κρημνός από τον μείζονα γλουτιαίο μυ ή τον ορθό κοιλιακό μυ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε περιπτώσεις υποτροπής του πλακώδους καρκινώματος του πρωκτού, η εκτεταμένη πυελική εκτομή που περιλαμβάνει την σύμπλοκη εκτομή του όγκου και των γειτονικών ανατομικών δομών που διηθούνται από τον όγκο αποτελεί την μοναδική επιλογή για την χειρουργική θεραπεία των ασθενών με υποτροπή καρκίνου το πρωκτού.

Ο προεγχειρητικός έλεγχος περιλαμβάνει MRI πυέλου και κάτω κοιλίας, CT θώρακος καθώς και CT πυέλου για σήμανση με εξωτερικό οδηγό σημείο, PET-CT, scanning οστών καθώς και εισαγωγή pigtails στους ουρητήρες. Με τον ασθενή σε ύπτια θέση και σε θέση χαμηλής λιθοτομής, γίνεται μέση υπομφάλια τομή. Πραγματοποιείται αποκόλληση του κολεού, όπισθεν και πλάγια, με πλήρη διαχωρισμό του από το ορθό. Ακολουθεί παρασκευή και των δυο ουρητήρων και γίνεται διαίρεση του παχέος εντέρου ή του ορθού σε ικανή απόσταση και δημιουργία αριστερής κολοστομίας. Στη συνέχεια ο ασθενής τοποθετείται σε πρηνή θέση με προβολή του πρωκτού και του κόκκυγα. Γίνεται τομή του δέρματος στην οπίσθια μέση γραμμή. Μετα την διαίρεση των σπονδύλων, ακολουθεί διατομή των ιστών γύρω από το ιερό οστό και τον κόκκυγα. Ακολουθεί εκτομή του περιπρωκτικού δέρματος και του πρωκτικού σωλήνα μαζί με τον έξω σφιγκτήρα και ανελκτήρα μυ κυκλοτερώς. Η εκτομή συνεχίζεται μέχρι την συνάντηση των ορίων της εκτομής προς τα άνω. Αν το μυϊκό έλλειμμα είναι μεγάλο μπορεί να μετακινηθεί κρημνός από τον μείζονα γλουτιαίο μυ ή τον ορθό κοιλιακό μυ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε περιπτώσεις υποτροπής του πλακώδους καρκινώματος του πρωκτού, η εκτεταμένη πυελική εκτομή που περιλαμβάνει την σύμπλοκη εκτομή του όγκου και των γειτονικών ανατομικών δομών που διηθούνται από τον όγκο αποτελεί την μοναδική επιλογή για την χειρουργική θεραπεία των ασθενών με υποτροπή καρκίνου το πρωκτού.

410. ΕΡΥΣΙΠΕΛΑΣ: ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Χ. Χρύσογλου, Ι. Κοτρογιάννης, Ε. Φωτίου, Ι. Παρασκευόπουλος
Α' Τμήμα Γενικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Το ερυσίπελας αποτελεί μία συχνή μορφή κυτταρίτιδας με εντόπιση κυρίως στα κάτω άκρα. Προσβάλει την επιδερμίδα και το χόριο του δέρματος και οφείλεται κυρίως στον πυογόνο στρεπτόκοκκο και στον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο. Η παρούσα εργασία αναφέρεται στην αντιμετώπιση ασθενών με ερυσίπελας που προσήλθαν στο ΤΕΠ του Α΄ Γενικού Χειρουργικού Τμήματος.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τα τελευταία 2 έτη (2017-2019) εισήχθησαν για νοσηλεία 115 περιστατικά ερυσιπέλατος (73 άντρες, 42 γυναίκες) με μέση ηλικία 39.5 (23-68) έτη. Η κλινική εικόνα των προσερχομένων ασθενών ήταν η τυπική κλινική εικόνα του ερυσιπέλατος με έντονα ερυθρή επιφανειακή οιδηματώδη βλάβη με περιγεγραμμένα όρια. Στο 80% των ασθενών εντοπίζονταν στα κάτω άκρα, κυρίως μονόπλευρα. Στις περισσότερες περιπτώσεις (75%) συνυπήρχαν συστηματικές εκδηλώσεις όπως εμπύρετο, κακουχία και διόγκωση περιοχικών λεμφαδένων. Παράγοντες κινδύνου ήταν: το λεμφοίδημα, τα οιδήματα κάτω άκρων λόγω φλεβικής ανεπάρκειας, τα έλκη, οι μικροτραυματισμοί, η παχυσαρκία, η ανοσοκαταστολή (όπως επί ΣΔ) και η μυκητίαση άκρου ποδός/μεσοδακτύλιων πτυχών. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε αυξημένες τιμές λευκών αιμοσφαιρίων και δεικτών φλεγμονής (CRP, PCT).
Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν άμεσα με ενδοφλέβια φαρμακευτική αγωγή (Φοσαμιλική Κεφταρολίνη -Zinforo- 600mg x2 και Κλινδαμυκίνη -Dalacin- 300mg x3) με σύγχρονη χορήγηση αναλγητικών, αντιπηκτικής αγωγής και τοποθέτηση του πάσχοντος άκρου σε ανάρροπη θέση. Ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών ήταν 7-14 ημέρες.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν καλή ανταπόκριση από τα πρώτα 24ωρα. Στις περιπτώσεις που υπήρχε προδιαθεσικός παράγοντας (έλκη, μικροτραυματισμοί, παχυσαρκία, μυκητιάσεις) έγινε παράλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτού, ενώ στις υποτροπιάζουσες μορφές ερυσιπέλατος (15% των ασθενών μας), απαιτήθηκε μακροχρόνια παρακολούθηση και θεραπεία συντήρησης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ερυσίπελας θεωρείται μια μη επιπλεγμένη λοίμωξη του δέρματος και του χορίου που χρήζει νοσηλείας σε χειρουργική κλινική, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από εμπύρετο. Η άμεση ενδοφλέβια χορήγηση των κατάλληλων αντιβιοτικών και η θεραπεία των γενεσιουργών παραγόντων κρίνονται αναγκαία προς αποφυγή υποτροπών.

411. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΣΤΟΜΙΑ ΥΠΟ CT ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ι. Μητράκος, Ι. Πούλος, Α. Καραμέτος, Σ. Μουρταράκος, Κ. Παπαδοπούλου, Θ. Ζαρόκωστας
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Άργους

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της διαδερμικής παροχέτευσης της χοληδόχου κύστης υπό CT καθοδήγηση σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε χρονικό διάστημα 36 μηνών διενεργήθηκε διαδερμική χολοκυστοστομία, καθοδηγούμενη από αξονικό τομογράφο, σε δεκαπέντε ασθενείς με χολοκυστίτιδα, λιθιασική ή μη, χωρίς ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή οι οποίοι είχαν αντένδειξη για γενική αναισθησία και χειρουργική επέμβαση, λόγω μεγάλης ηλικίας ή βαριάς γενικής κατάστασης. Διενεργήθηκε σάρωση της περιοχής για το σχεδιασμό της προσπέλασης. Υπό συνθήκες ασηψίας, μετά από τοπική αναισθησία τοποθετήθηκε σωλήνας παροχέτευσης, τύπου pig-tail, εντός της χοληδόχου κύστεως υπό CT καθοδήγηση με διηπατική προσπέλαση. Οι 6 εξ αυτών υπεβλήθησαν σε χολοκυστοστομία με την τεχνική Trocar ενώ οι υπόλοιποι 9 υπεβλήθησαν σε χολοκυστοστομία με την τεχνική Seldinger.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η τοποθέτηση του καθετήρα ήταν επιτυχής και σε όλες τις περιπτώσεις παρατηρήθηκε κλινική και εργαστηριακή βελτίωση εντός 1-2 ημερών, ενώ δεν παρατηρήθηκαν μείζονες ή ελάσσονες επιπλοκές. Έξι ασθενείς υποβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση σε δεύτερο χρόνο μετά την σταθεροποίηση της κατάστασης τους ενώ εννέα ασθενείς δεν χρειάστηκε να υποβληθούν σε χειρουργική προσέγγιση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η υπό CT καθοδηγούμενη διαδερμική χολοκυστοστομία αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδο με εφαρμογή σε ομάδες ασθενών υψηλού κινδύνου λόγω επιβαρυμένης γενικής κατάστασης.

412. ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΜΒΛΥ ΘΩΡΑΚΟΚΟΙΛΙΑΚΟ ΤΡΑΥΜΑ- ΔΥΟ CASE SERIES

Κ. Παπαδόπουλος[1], Κ. Στριγκλής[1], Κ. Κορδένη[1], Π. Ξαπλαντέρη[2], Γ. Ζάχαρης[1]

[1]Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Το επινεφριδικό τραύμα (AGI) αποτελεί σπάνια μορφή τραύματος που δεν διαγιγνώσκεται εύκολα και απαιτεί υψηλό βαθμό κλινικής υποψίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης η διερεύνηση ασθενών με αμβλύ θωρακοκοιλιακό τραύμα και εμμένον κοιλιακό άλγος που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Πρώτο περιστατικό: Άνδρας 33 ετών μεταφέρθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μετά από ένα ατύχημα με μοτοσικλέτα χαμηλής ταχύτητας. Παραπονείτο για επίμονο άλγος στο δεξιό κορμό. Κατά τη φυσική εξέταση ήπια ευαισθησία στην εν τω βάθει ψηλάφηση του δεξιού άνω κοιλιακού τεταρτημορίου. Ζωτικά σημεία χωρίς παθολογικά ευρήματα.
Δεύτερο περιστατικό: Γυναίκα 69 ετών μεταφέρθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μετά από πτώση από ύψος 50cm. Παραπονείτο για έντονο άλγος στο δεξιό κορμό. Κλινική εξέταση: άλγος στην κατώτερη δεξιά θωρακική περιοχή και στο άνω κοιλιακό δεξιό τεταρτημόριο. Αρτηριακή Πίεση: 150/83 mmHg, σφυγμοί: 84 bpm, SpO2: 97%.
Ουδείς ελάμβανε αντιπηκτική αγωγή. Η διάγνωση τέθηκε με contrast-enhanced computed tomography scan (CE-CT). Αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το AGI είναι σπάνιο εύρημα στο αμβλύ τραύμα και τα μεμονωμένα τραύματα επινεφριδίων συνήθως προκύπτουν από ατυχήματα χαμηλής δύναμης. Η θεραπεία είναι συνήθως συντηρητική, αλλά εξαρτάται από την κατάσταση του ασθενούς. Για να τεθεί η διάγνωση απαιτείται υψηλό επίπεδο κλινικής υποψίας. Από όσο γνωρίζουμε είναι τα πρώτα περιστατικά που περιγράφονται στην Ελλάδα σε ενήλικες.

413. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΓΕΝΕΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ε. Καλογερά[1], Δ. Μπαλαλής[2], Ν. Αρκαδόπουλος[3], Χ. Σπηλιοπούλου[4], Δ. Βλαχοδημητρόπουλος[4], Γ. Μπλέτσα[1]

[1]Ερευνητικό και Διαγνωστικό Κέντρο, Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο, Αθήνα, [2]Χειρουργική Ογκολογική Κλινική, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», [3]Δ' Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», [4]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παχυσαρκία προάγει την εξέλιξη του καρκίνου του μαστού μέσω της αύξησης της αγγειογενετικής δραστηριότητας. Πρόκειται για μια παθολογική κατάσταση, κατά την οποία ο λιπώδης ιστός υποβάλλεται σε δυναμική αναδιάταξη, που σχετίζεται με ανώμαλη έκφραση βιομορίων, μεταξύ των οποίων οι αγγειογενετικοί παράγοντες. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της έκφρασης των προ-αγγειογενετικών παραγόντων VEGF και HB-EGF σε γυναίκες με διηθητικό καρκίνο μαστού.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 138 ασθενείς με διηθητικό καρκίνο μαστού και μέσο όρο ηλικίας 58 ± 13 έτη. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε δυο ομάδες με κριτήριο το BMI. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει 58 ασθενείς με BMI<25 kg/m2 και η δεύτερη 80 ασθενείς με BMI≥25 kg/m2. Τα επίπεδα των VEGF και HB-EGF προσδιορίστηκαν στον ορό με ELISA. Οι διαφορές των επιπέδων έκφρασης των βιομορίων μεταξύ των ομάδων ασθενών και πιθανές συσχετίσεις με τα ανθρωπομετρικά, δημογραφικά και ιστολογικά στοιχεία εκτιμήθηκαν στατιστικά.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με διηθητικό καρκίνο μαστού και BMI≥25 kg/m2 εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα έκφρασης VEGF (321,40 ± 215,67 pg/ml) και HB-EGF (148,15 ± 48,66 pg/ml) έναντι των ασθενών με διηθητικό καρκίνο μαστού και BMI<25 kg/m2 (250,46 ± 184,59 pg/ml) και (123,37 ± 46,13 pg/ml) αντίστοιχα, διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$). Επιπλέον, τα επίπεδα του HB-EGF συσχετίστηκαν θετικά με το δείκτη μάζας σώματος και το σακχαρώδη διαβήτη ($p < 0,01$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα σημαντικά αυξημένα επίπεδα έκφρασης των VEGF και HB-EGF επιβεβαιώνουν την αυξημένη αγγειογενετική δραστηριότητα στα πλαίσια των βιολογικών αλλαγών επαγόμενων από την παχυσαρκία στον καρκίνο του μαστού.

414. ΧΟΛΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΛΙΘΙΑΣΗΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ι. Κοτρογιάννης, Ε. Φωτίου, Χ. Χρύσογλου, Ι. Παρασκευόπουλος
Α' Τμήμα Γενικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Το χολοπεριτόναιο (ΧΠ) αποτελεί μία σπάνια επιπλοκή της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής (Λ/Χ) και εμφανίζεται σε ποσοστό 0,27%. Η παρούσα εργασία αναφέρεται σε ασθενή, η οποία υποβλήθηκε σε Λ/Χ για συμπτωματική χολολιθίαση και παρουσίασε ΧΠ την 7η μετεγχειρητική ημέρα.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 83 ετών με ήπια καρδιακή/νεφρική ανεπάρκεια υποβλήθηκε σε Λ/Χ λόγω συμπτωματικής χολολιθίασης. Η άμεση μετεγχειρητική της πορεία υπήρξε ομαλή και η ασθενής εξήλθε την επόμενη ημέρα ασυμπτωματική. Την 5η μετεγχειρητική ημέρα η ασθενής επανεισήχθη με επιγαστρικό κοιλιακό άλγος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν αυξημένες οι τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων, των χολερυθρινών και της αμυλάσης ορού/αίματος, ενώ στο υπερηχογράφημα κοιλίας δεν αναγνωρίσθηκε παθολογική εστία. Από τον κλινικό έλεγχο, η κοιλία ήταν μαλακή με ήπια ευαισθησία στο επιγάστριο. Η ασθενής αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και αντιβιοτικής αγωγής. Την 6η μετεγχειρητική ημέρα ομαλοποιήθηκαν οι ανωτέρω εργαστηριακές τιμές, παρουσιάστηκε όμως αύξηση του γαλακτικού και της κρεατινίνης, ενώ η κλινική εικόνα της κοιλίας παρέμεινε αμετάβλητη. Την 7η μετεγχειρητική ημέρα συνεχίστηκε η αύξηση του γαλακτικού, η δε κλινική εικόνα της ασθενούς επιδεινώθηκε με παρουσία διάχυτου κοιλιακού άλγους και ολιγουρίας. Νέος υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε ελεύθερο υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η ασθενής υποβλήθηκε σε άμεση ερευνητική λαπαροτομία όπου ανευρέθη ΧΠ με διαφυγή χολής από την κοίτη της χοληδόχου κύστης στο ήπαρ. Τα clips στον κυστικό πόρο/αρτηρία ανευρέθηκαν άθικτα. Πραγματοποιήθηκε πλύση της περιτοναϊκής κοιλότητας με N/S και τοποθετήθηκαν παροχετεύσεις υφηπατικά και στον δουγλάσσειο χώρο. Η ασθενής μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ, όπου και κατέληξε μετά από 24 ώρες λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ΧΠ μετά από Λ/Χ αποτελεί μία σπάνια, πλην όμως θανατηφόρα οντότητα, ειδικά σε ασθενείς με συνοσηρότητα, απαιτεί δε έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση.

415. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΞΟΝΙΚΟ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟ ΣΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ι. Μητράκος[1], Ι. Πούλος[1], Θ. Ζαρόκωστας[2], Σ. Μουρταράκος[2], Κ. Παπαδοπούλου[2]

[1]Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Άργους, [2]Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Άργους

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της χρησιμότητας και της αποτελεσματικότητας της διαδερμικής παροχέτευσης καθοδηγούμενη από αξονικό τομογράφο για την αντιμετώπιση ενδοκοιλιακών αποστημάτων, σε μετεγχειρητικούς ογκολογικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε χρονικό διάστημα 36 μηνών διενεργήθηκε διαδερμική παροχέτευση ενδοκοιλιακών αποστημάτων υπό CT σε 17 μετεγχειρητικούς ογκολογικούς ασθενείς. Οι 2 αθενείς λόγω Ca ανιόντος κόλου, 6 λόγω Ca κατιόντος κόλου οι οποίοι και υποβλήθησαν σε μερική κολεκτομή και και 9 λόγω Ca σιγμοειδούς οι οποίοι υποβήθησαν σε σιγμοειδεκτομή. Τα ενδοκοιλιακά αποστήματα, παρουσίαζαν μέγιστη διάμετρο από 5,5 έως 12 εκ. Πραγματοποιήθηκε αντισηψία, τοπική αναισθησία και τοποθετήθηκε διαδερμικά, με την τεχνική Trocar υπό CT καθοδήγηση, καθετήρας παροχέτευσης pig-tail διαμέτρου 8-12F. Σε δύο από τους ασθενείς τοποθετήθηκαν δύο καθετήρες. Ελήφθη υλικό που αποστάλθηκε για καλλιέργεια ενώ συνεστήθη κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση για την εξέλιξη της πορείας των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 15 ασθενείς (88%) είχαμε πλήρη παροχέτευση των κοιλιακών αποστημάτων, ενώ μερική παροχέτευση είχαμε σε δύο ασθενείς (12%). Αμφότεροι αντιμετωπίσθηκαν περαιτέρω χειρουργικά. Ο καθετήρας παρέμεινε στους ασθενείς από 3 έως 10 ημέρες. Δεν παρατηρήθηκαν μείζονες ή ελάσσονες επιπλοκές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η διαδερμική παροχέτευση κοιλιακών αποστημάτων σε μετεγχειρητικούς ογκολογικούς ασθενείς, αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης.

416. ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΜΒΛΥ ΘΩΡΑΚΟΚΟΙΛΙΑΚΟ ΤΡΑΥΜΑ- ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 12 ΜΗΝΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κ. Παπαδόπουλος[1], Κ. Στριγκλής[1], Κ. Κορδένη[1], Π. Ξαπλαντέρη[2], Γ. Ζάχαρης[1]

[1]Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η προοπτική αναζήτηση ασθενών με μεμονωμένα τραύματα επινεφριδίων (AGI) μετά από αμβλύ θωρακοκοιλιακό τραύμα σε περίοδο 12 μηνών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

ΥΛΙΚΟ: Όλοι οι ασθενείς που μεταφέρθηκαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αμβλύ θωρακοκοιλιακό τραύμα από τον Οκτώβριο του 2018 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2019 συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μελέτη. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε με τη συλλογή δεδομένων από τις βάσεις δεδομένων Medline και PubMed.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 4565 ασθενείς μελετήθηκαν προοπτικά. 821 (0,18%) είχαν υποστεί αμβλύ θωρακοκοιλιακό τραύμα. Μόνο δύο περιπτώσεις βλάβης επινεφριδίων (0,04%) ανιχνεύθηκαν. Η συνολική επικράτηση των AGI ήταν 0,43%. Ο πιο συχνά τραυματισμένος αδένας ήταν ο δεξιός. Η αξονική τομογραφία CT ήταν το κύριο διαγνωστικό εργαλείο. Συντηρητική θεραπεία ήταν η κύρια πρακτική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το αιμάτωμα των επινεφριδίων (ΑΗ) είναι μια βλάβη που συχνά παραβλέπεται στα αμβλέα θωρακοκοιλιακά τραύματα και η διάγνωση απαιτεί υψηλού βαθμού κλινική υποψία. Η χειρουργική επέμβαση προορίζεται συνήθως για ασταθείς ασθενείς. Η ακτινολογική αξιολόγηση και παρακολούθηση είναι απαραίτητη για τη σωστή διαχείριση και διαφορική διάγνωση.

417. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Μ. Αντωνίου, Α. Παπαδοπούλου, Χ. Τρομπούκη, Λ. Γρηγοράκης, Α. Καρβούνη, Ι. Παύλου, Ι. Θεοδωρίδου, Α. Δουζένης, Ρ. Γουρνέλλης

Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αποτελεί μείζον ζήτημα για την παγκόσμια υγεία. Για τον λόγο αυτό και κρίνεται σκόπιμη η αναγνώριση των παραγόντων που συνδέονται με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, έννοια η οποία περιλαμβάνει τον αυτοκτονικό ιδεασμό, το σχέδιο αυτοκτονίας, την απόπειρα αυτοκαταστροφής και την ίδια την αυτοκτονία. Έχει βρεθεί ότι η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά τείνει να εμφανίζεται σε οικογένειες, καθώς άτομα με οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να προβούν τα ίδια σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

ΥΛΙΚΟ: Έγινε αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Medline, ScienceDirect και Scopus, με λέξεις κλειδιά: familial, suicide, suicidal behavior, suicide attempt, suicidal ideation.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε μελέτες, με δείγμα υιοθετημένους συμμετέχοντες, διαπιστώνεται μεγαλύτερη συμφωνία με το οικογενειακό ιστορικό των βιολογικών γονέων, γεγονός που ενισχύει την πιθανότητα ύπαρξης γενετικής προδιάθεσης για την αυτοκαταστροφικότητα. Επιπλέον, άτομα με οικογενειακό ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς φαίνεται να διατηρούν στοιχεία παρορμητικότητας και επιθετικότητας, χαρακτηριστικά τα οποία έχουν ερμηνευτεί ως συμπεριφορικοί ενδο-φαινότυποι της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Προκύπτει, ακόμη, ότι άτομα που προβαίνουν σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές τείνουν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε διαπροσωπικό επίπεδο, με αποτέλεσμα η ύπαρξη αυτοκαταστροφικότητας στο οικογενειακό περιβάλλον να γίνεται αντιληπτή ως ψυχολογική επιβάρυνση για τους απογόνους. Τέλος, εντοπίζεται αυξημένη επικινδυνότητα σε συγγενείς ατόμων που απεβίωσαν λόγω αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, εύρημα που μπορεί να γίνει αντιληπτό εν μέρει ως αποτέλεσμα κοινωνικής μάθησης, απορρέουσας από την έκθεση των ατόμων αυτών σε τέτοια γεγονότα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα δεδομένα, η ύπαρξη αυτοκαταστροφικότητας στο οικογενειακό περιβάλλον λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για τους απογόνους σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο.

418. ΚΑΤΑΤΟΝΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝ ΠΛΑΣΜΑΒΛΑΣΤΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ι. Παύλου, Α. Παπαδοπούλου, Λ. Γρηγοράκης, Α. Καρβούνη, Χ. Τρομπούκη, Μ. Αντωνίου, Ι. Θεοδωρίδου, Β. Ευσταθίου, Ρ. Γουρνέλλης, Α. Δουζένης

Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η κατατονία αποτελεί ένα επείγον ψυχιατρικό σύνδρομο, για το οποίο έχουν ενοχοποιηθεί ψυχιατρικές διαταραχές του συναισθηματικού και ψυχωτικού φάσματος, καθώς και άλλες παθολογικές καταστάσεις. Συχνά, παρουσιάζεται δυσκολία στη διάκρισή της από άλλες καταστάσεις και σύνδρομα, ιδίως σε ασθενείς με σοβαρές παθολογικές παθήσεις που λαμβάνουν συστηματική φαρμακευτική αγωγή. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς που εκτιμήθηκε και παρακολουθείται από την διεπιστημονική ομάδα της διασυνδετικής ψυχιατρικής της κλινικής, που διαγνώστηκε με πλασμαβλαστικό λέμφωμα, μια μορφή λεμφώματος προερχόμενου από Β-λεμφοκύτταρα, που σπάνια απαντάται σε μη ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Ο ασθενής εμφάνισε βραχύ ψυχωτικό επεισόδιο με καταθλιπτικά στοιχεία, κατατονία, ενώ προέβη και σε απόπειρα αυτοκαταστροφής. Περιγράφουμε την κλινική πορεία και ανταπόκρισή του στη φαρμακευτική αγωγή, και πραγματοποιούμε βιβλιογραφική ανασκόπηση διερευνώντας την παθοφυσιολογία της κατατονίας και τη συσχέτισή της με υποκείμενα παθολογικά νοσήματα.

ΥΛΙΚΟ: Ελήφθη ιστορικό και ο ασθενής τέθηκε υπό φαρμακευτική αγωγή και παρακολούθηση κατά τη νοσηλεία αλλά και σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Βιβλιογραφική ανασκόπηση και λήψη αναλυτικού ιστορικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε οτι η εμφάνιση κατατονίας σχετίζεται με ποικίλες ψυχιατρικές και παθολογικές καταστάσεις, γεγονός που καταδεικνύεται και από την αλλαγή στον τρόπο ταξινόμησής της στο DSM-V, ενώ περίπου το 70% των κατατονικών συμπτωμάτων αποδίδονται σε παθολογικές καταστάσεις. Η έγκαιρη διάγνωση και η ταυτόχρονη διερεύνηση των πιθανών παθολογικών αιτίων που ενδέχεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου, η κατάλληλη θεραπεία και η τακτική παρακολούθηση του ασθενούς, βελτιώνουν την κλινική της πορεία.

419. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ (ΩΣ ΒΑΣΙΚΟ ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΝΟΗΣΗΣ), ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΛΑΒΗ ΣΤΟΥΣ (ΠΡΟ-)ΜΕΤΩΠΙΑΙΟΥΣ ΦΛΟΙΟΥΣ

Φ. Κυριακάκη[1], Β. Αμπατσίδου[1], Ε. Παυλίδης[1], Π. Σίμος[1,2], Α. Βάκης[1,3], Χ. Τσιτσιπάνης[1,3]

[1]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, [2]Ψυχιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, [3]Νευροχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της υπόθεσης ότι οι (προ-)μετωπιαίοι φλοιοί έχουν κομβικό ρόλο στην ανθρώπινη ικανότητα αναγνώρισης συναισθηματικών συμπεριφορών στο πρόσωπο και στον λόγο άλλων ατόμων.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΥΛΙΚΑ: Αρχικά, έγινε συστηματική ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Στη συνέχεια, ορίστηκαν τα μεθοδολογικά εργαλεία της έρευνας τα οποία αφορούν νευροψυχολογικές δοκιμασίες. Στην ομάδα μελέτης συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με βλάβη (τραυματική, όγκος, αιμάτωμα) στον (προ-)μετωπιαίο φλοιό (13 άτομα). Υπήρξαν δύο ομάδες ελέγχου. Στην πρώτη συμπεριλήφθηκαν υγιείς φοιτητές (30 άτομα) και στη δεύτερη ασθενείς με βλάβη στον βρεγματο-ινιακό φλοιό (12 άτομα). Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε ένα σύνολο νευροψυχολογικών δοκιμασιών κατά τις οποίες, μεταξύ των άλλων, μελετήθηκαν επιτελικές λειτουργίες, η μνήμη, γλωσσικές δεξιότητες και η ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων στο πρόσωπο και στη φωνή άλλων ανθρώπων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της ομάδας μελέτης συγκρίθηκαν στατιστικά με αυτά των δύο ομάδων ελέγχου. Αναδείχθηκε ότι η ικανότητα των ατόμων με βλάβη στον (προ-)μετωπιαίο φλοιό να αναγνωρίζουν συναισθήματα στο πρόσωπο και στη φωνή άλλων ανθρώπων είναι ελαττωμένη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη δείχνει ότι ο (προ-)μετωπιαίος φλοιός συμμετέχει στην αναγνώριση συναισθημάτων στους άλλους ανθρώπους και μία εντοπισμένη βλάβη σε αυτόν οδηγεί σε μείωση της ικανότητας αυτής. Η μελέτη συνεχίζεται, ώστε να επιτευχθεί μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος.

420. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΗΡΑΓΓΩΔΟΥΣ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΣ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ι. Κόμνος, Μ. Μιχάλη

Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Τα σηραγγώδη αιμαγγειώματα αποτελούν καλοήθεις όγκους που απαντούν συχνά στην κεφαλή και τον τράχηλο, τα περισσότερα εκ των οποίων εξαφανίζονται με τη μετάβαση από τη νηπιακή στην παιδική ηλικία. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση μιας περίπτωσης σηραγγώδους αιμαγγειώματος το οποίο μετά από κάκωση εμφάνισε ραγδαία αύξηση του μεγέθους του και αντιμετωπίστηκε χειρουργικά.
ΥΛΙΚΟ: Άρρεν νήπιο 6 ετών προσήλθε στο Νοσοκομείο μας με ανώδυνο μόρφωμα δεξιάς προωτιαίας χώρας σε σημείο ύπαρξης γνωστού αιμαγγειώματος που παρέμενε σταθερό. Προηγήθηκε πλήξη στην περιοχή αυτή προ εξαμήνου και έκτοτε ο όγκος παρουσίαζε διαρκώς αύξηση των διαστάσεών του. Κλινικά διαπιστώθηκε η ύπαρξη σχετικά ευκίνητης μάζας κυανής χροιάς στη δεξιά προωτιαία χώρα. Ακολούθως έγινε αρχικά υπέρηχος με Doppler που επιβεβαίωσε την παρουσία σηραγγώδους αιμαγγειώματος και κατόπιν μαγνητική τομογραφία όπου αναδείχθηκαν η ακριβής εντόπιση και οι διαστάσεις του.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λόγω περαιτέρω αύξησης του μεγέθους του, πραγματοποιήθηκε χειρουργική αφαίρεση του αιμαγγειώματος. Έξι μήνες μετεγχειρητικά, δεν υπήρχαν σημεία υποτροπής του αγγειακού όγκου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αιμαγγειώματα του προσώπου στη βρεφονηπιακή ηλικία δε θα πρέπει να αντιμετωπίζονται χειρουργικά, αφού συνήθως εξαφανίζονται με την ανάπτυξη. Σε τραυματικές όμως καταστάσεις που συνοδεύονται από ξαφνική αύξηση των ορίων τους, ενδείκνυται η επιθετική χειρουργική θεραπεία.

421. ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΚΥΡΙΟ ΒΡΟΓΧΟ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μ. Μιχάλη, Ι. Κόμνος
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Η είσοδος ξένου σώματος εντός των αεραγωγών είναι σπάνια κατάσταση. Αφορά κυρίως παιδιά κάτω των 3 ετών ενώ σε ενήλικες μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα με απώλεια συνείδησης, μετά από κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ, ή σε ασθενείς με νευρολογικά ή ψυχιατρικά νοσήματα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η παρουσίαση μιας περίπτωσης εισόδου ευμεγέθους οδοντιατρικού προθέματος εντός του δεξιού κύριου βρόγχου κατά τη διάρκεια επιληπτικής κρίσης, το οποίο απομακρύνθηκε επιτυχώς με τη βοήθεια άκαμπτου ενδοσκοπίου.
ΥΛΙΚΟ: Άντρας 50 ετών με ιστορικό επιληψίας προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Νοσοκομείου με παραστερνικό άλγος δεξιά, διαλείποντα βήχα, αίσθημα δύσπνοιας αλλά φυσιολογικό κορεσμό. Ο ασθενής ανέφερε απώλεια τμήματος τεχνητής οδοντοστοιχίας μετά από τονικοκλονική κρίση. Έγινε πνευμονολογική εκτίμηση όπου βρέθηκε μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα στο δεξιό πνεύμονα, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Ακτινολογικά διαπιστώθηκε η παρουσία τμήματος τεχνητής οδοντοστοιχίας μήκους 6 cm, επί της τρόπιδας και προς το δεξιό κύριο βρόγχο. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος-πνευμόνων που επιβεβαίωσε την ύπαρξη ακτινοσκιερού ξένου σώματος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έγινε ανεπιτυχής προσπάθεια αφαίρεσης του ξένου σώματος με εύκαμπτο βρογχοσκόπιο από τους πνευμονολόγους και ζητήθηκε εκτίμηση των θωρακοχειρουργών για πιθανή θωρακοτομή. Εν συνεχεία εκλήθη ο εφημερεύων ωτορινολαρυγγολόγος που απομάκρυνε με επιτυχία το ξένο σώμα υπό γενική αναισθησία, με τη χρήση άκαμπτου ενδοσκοπίου. Μετά την αφαίρεση του οδοντιατρικού προθέματος ο ασθενής ήταν ελεύθερος συμπτωμάτων και δύο ημέρες αργότερα εξήλθε του Νοσοκομείου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία ξένου σώματος εντός της αναπνευστικής οδού, πέραν των κινδύνων που εγκυμονεί για τον ίδιο τον ασθενή, αποτελεί συχνά μια τεχνικά δύσκολη κατάσταση για τον θεράποντα ιατρό και συχνά μπορεί να χρειαστεί η συνεργασία ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων.

422. SMART BEAR: ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕΓΑΛΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ε. Ηλιάδου[1], Δ. Κικίδης[1], L. Gallo[2], G. Di Pietro[2], Τ. Ρεντούμης[3], Σ. Καμαρινόπουλος[4], Γ. Σπανουδάκης[5], Α. Μπίμπας[1]

[1]Α' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», [2]Consiglio Nazionale delle Ricerche, Rome, Italy, [3]Δήμος Παλαιού Φαλήρου, [4]Δ/νση Δημόσιας Υγείας Περιφέρεια Πελοποννήσου, [5]SPHYNX Technology Solutions AG, Zug, Switzerland

ΣΚΟΠΟΣ: Από τις βασικότερες αιτίες νοσηρότητας των υπερηλίκων σε Ελλάδα και Ευρώπη είναι τα καρδιαγγειακά προβλήματα, η βαρηκοΐα, τα προβλήματα ισορροπίας, οι γνωσιακές διαταραχές και ψυχικές παθήσεις. Το ερευνητικό πρόγραμμα SmartBear στοχεύει να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της ευάλωτης αυτής ηλικιακής ομάδας ενσωματώνοντας νέες αλλά και υπάρχουσες τεχνολογίες σε μια ενιαία τεχνολογική λύση που θα βοηθά στην διαχείριση των συγκεκριμένων παθήσεων. Το έργο διαχειρίζεται μία κοινοπραξία 27 μελών, υπό την χορηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Horizon 2020).

ΥΛΙΚΟ: Εκτός από την ηλικία τους (>67 ετών) και την επιθυμία να συμμετέχουν στο πρόγραμμα, οι συμμετέχοντες θα πρέπει να εμφανίζουν τουλάχιστον δύο από τις πέντε κλινικές οντότητες που αναφέρονται παραπάνω. Ανάλογα με το εξατομικευμένο προφίλ υγείας και συνηθειών τους, θα τους παρασχεθεί δωρεάν μία σειρά έξυπνων συσκευών και αισθητήρων. Μια ενιαία ηλεκτρονική πλατφόρμα θα συλλέγει και επεξεργάζεται πληροφορίες σχετικές με συνήθειές τους, βιολογικούς δείκτες τους και παραμέτρους του περιβάλλοντος στο οποίο κατοικούν δημιουργώντας εξατομικευμένες προτάσεις υγείας όπως σύσταση για επαφή με ιατρό, παρακίνηση σε φυσική δραστηριότητα, ασκήσεις αποκατάστασης της ισορροπίας, ρύθμιση ακουστικών, διατροφικές συμβουλές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπολογίζεται πως 5000 συμμετέχοντες από 6 Ευρωπαϊκές χώρες θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα, το οποίο θα διαρκέσει 4 χρόνια. Οι εργασίες του στοχεύουν στην διευκόλυνση της καθημερινότητάς τους και την προαγωγή της συνολικής ευημερίας τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η δημιουργία μίας ενιαίας τεχνολογικής λύσης για την ενίσχυση της αυτοδιαχείρισης προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες θα αποτελέσει πολύτιμο βοήθημα στην ανεξάρτητη διαβίωσή τους αλλά και τον σχεδιασμό αποτελεσματικότερων πολιτικών δημόσιας υγείας.

423. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΟΛΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ 3ΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΠΤΩΣΕΩΝ

Χ. Νικήτας, Δ. Κικίδης, M. Pavlou[2], Δ. Γάτσιος[3], Ε. Ιλιάδου, Α. Μπίμπας, Δ. Φωτιάδης[3], D. Bamiou[4]

[1]Α΄ Ω.Ρ.Λ. Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», [2]Centre for Human and Applied Physiological Sciences, School of Basic and Medical Biosciences Faculty of Life Sciences and Medicine, King΄s College London, Shepherd΄s House, Rm 3.5, Guy΄s Campus, London, [3]Μονάδα Ιατρικής Τεχνολογίας και Ευφυών Πληροφοριακών Συστημάτων, Τμήμα Μηχανικών Επιστήμης Υλικών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [4]Hearing and Deafness Biomedical Research Centre, National Institute for Health Research, United Kingdom

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι διαταραχές ισορροπίας στα άτομα 3ης ηλικίας αυξάνουν τη πιθανότητα των πτώσεων, με υψηλό κοινωνικο-οικονομικό κόστος (1-4). Παρόλο που οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες είναι σαφείς όσον αφορά την εξατομικευμένη φυσικοθεραπευτική παρέμβαση και την αποτελεσματικότητα της (6,7), τόσο η εφαρμογή της όσο και η συμμόρφωση του πληθυσμού έχει σχετικά πτωχά αποτελέσματα (8,9). Η χρήση προηγμένης τεχνολογίας οποία πιθανώς να υπερκεράσει τις όποιες δυσκολίες. Στόχος του ερευνητικού προγράμματος που παρουσιάζεται (HoloBalance) είναι να παραδώσει μια πλατφόρμα επαυξημένης πραγματικότητας (augmented reality) που θα αποτελείται από i) ένα ολόγραμμα φυσικοθεραπευτή, ii) από ένα γνωσιακό παιχνίδι και iii) από μια ατζέντα φυσικής δραστηριότητας, με σκοπό την βέλτιστη αποτελεσματικότητα της αποκατάστασης, την κινητοποίηση και την αύξηση της συμμόρφωσης των ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Μια παράλληλη διατομεακή έρευνα για την απόδειξη της βασιμότητας της ιδέας (proof of concept) θα διεξαχθεί σε τέσσερα κλινικά κέντρα σε Αγγλία, Γερμανία και Ελλάδα (Πανεπιστήμιο Αθηνών, UCL, KCL, Πανεπιστήμιο Freiburg). Οι συμμετέχοντες θα τυχαιοποιηθούν σε δύο ομάδες (ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου). Κάθε κλινικό κέντρο θα εντάξει 20 άτομα σε κάθε ομάδα σε 4 διαφορετικές φάσεις (με διάρκεια του θεραπευτικού πρωτοκόλλου 10 εβδομάδων). Πρωτογενή σημεία έκβασης θα είναι η αποδοχή και η σκοπιμότητα εφαρμογής ενός πολυπαραγοντικού προγράμματος αποκατάστασης σε συνθήκες επαυξημένης πραγματικότητας ενώ δευτερευόντως θα αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης, με χρήση ερωτηματολογίων και κλινικών δοκιμασιών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Στόχος του έργου είναι ο συνδυασμός εξατομικευμένων φυσιοθεραπευτικών και γνωσιακών πρωτοκόλλων επανεκπαίδευσης καθώς και του σχεδιασμού ενός προγράμματος σωματικής δραστηριότητας υπό το πρίσμα μιας εικονικής καθοδήγησης (virtual coaching). Η πλατφόρμα θα έχει τη δυνατότητα άμεσης παρακολούθησης της σωστής εκτέλεσης των ασκήσεων, θα παρέχει τροποποιήσεις σε πραγματικό χρόνο, θα δίνει κίνητρα για βελτίωση των επιδόσεων, θα επανατροφοδοτεί τον επαγγελματία υγείας με δεδομένα και θα επιτρέπει την επικοινωνία ανάμεσα στους παρόχους και τους επαγγελματίες υγείας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ: Το έργο χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στα πλαίσια του Horizon 2020, Work Programme 2016 – 2017 (SC1-PM-15–2017).

424. ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΑΕΡΟΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ

Μ. Μιχάλη, Ι. Κόμνος

Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση των συχνότερων αλλεργιογόνων που ανευρέθησαν με δερματικές δοκιμασίες δια νυγμού (skin prick test) σε ασθενείς με συμπτωματολογία αλλεργικής ρινίτιδας στη βορειοδυτική Ελλάδα.
ΥΛΙΚΟ: Ελέγχθηκαν 127 ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας με συμπτωματολογία ρινίτιδας. Μετά από δερματικές δοκιμασίες δια νυγμού, οι 118 βρέθηκαν αλλεργικοί σε τουλάχιστον ένα αεροαλλεργιογόνο. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν με ανεύρεση των ειδικών IgE στο αίμα των ασθενών με τη χρήση RAST test ή τη μέθοδο ImmunoCAP.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα συχνότερα αλλεργιογόνα στα οποία οι ασθενείς που μελετήθηκαν είχαν θετικές δοκιμασίες, ήταν τα αγρωστώδη (14,92%), η αγριάδα (13,22%), τα ακάρεα (12,54%) και το μίγμα ζιζανίων (11,86%), ενώ σε μικρότερο ποσοστό, η ελιά η Ευρωπαϊκή (5,42%), και το περδικάκι (4,75%). Μάλιστα, παρατηρήθηκε ότι το 88,6% των ασθενών που είχαν θετικές τις δοκιμασίες στα αγρωστώδη, είχαν θετικές δοκιμασίες και στην αγριάδα και το 79,5% είχε θετικές δοκιμασίες και στο μίγμα ζιζανίων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ποια είναι τα συχνότερα αεροαλλεργιογόνα σε ασθενείς με αλλεργική ρινίτιδα στη βορειοδυτική Ελλάδα. Αναμένονται ανάλογες μελέτες και σε άλλα γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδος ώστε να προκύψει ένας πανελλαδικός χάρτης με την κατανομή της συχνότητας των αλλεργιογόνων σε ασθενείς με αλλεργική ρινίτιδα που θα αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για τις ιατρικές ειδικότητες που ασχολούνται με τη διάγνωση και αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

425. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ;

Ε. Βαζαίου[1], Α. Βαζαίου[2], Ε. Αθανασίου[1]

[1]Κέντρο Υγείας Δραπετσώνας, Τοπικό Ιατρείο Ευγενείας-Χαραυγής, [2]Ουρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η φαρμακευτική αγωγή για χρόνια νοσήματα αποτελεί το μέσο για την επίτευξη αποκατάστασης καλής υγείας. Τα περισσότερα από αυτά τα σκευάσματα όμως δεν στερούνται ανεπιθύμητων παρενεργειών ακόμη και όταν αυτές είναι ήπιες και αφορούν ωτορινιλαρυγγολογική συμπτωματολογια η οποία ταλαιπωρεί τους ασθενείς και για την οποία θα γίνει αναφορά σε αυτή την εργασία.

ΥΛΙΚΟ: Οι ασθενείς που εξετάστηκαν στο ωτορινολαρυγγολογικό ιατρείο της περιοχής μας με χρόνια ενοχλήματα που πιθανόν οφείλονται στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής για άλλα νοσήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που προσήλθαν στο ιατρείο,στο πλαίσιο ελέγχου πολλαπλών ειδικοτήτων για χρόνιο βήχα, χρόνια ρινική συμφόρηση, ξηροστομία, ζάλη, ίλιγγο, κεφαλαλγία, όπου μετά από διαφοροδιάγνωση κλινική και παρακλινική καταλήξαμε ότι πιθανόν οφείλονται σε φαρμακευτική αγωγή για αρτηριακή υπέρταση, καλοήθη υπερτροφία του προστάτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νευροφυτικές διαταραχές, κατάθλιψη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ερεθιστικός βήχας οφειλόμενος σε λήψη αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης, ρινίτιδα σε λήψη σιλοδοσίνης για την καλοήθη υπερπλασία του προστάτη,στοματική μονυλίαση σε χρήση εισπνεόμενων στεροειδών για χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ξηροστομία, ζάλη, ίλιγγος, εμβοές σε αγωγή για αρτηριακή υπέρταση, καλοήθη υπερπλασία προστάτη και πολλά άλλα οδηγούν τον ασθενή και στο ωτορινολαρυγγολόγο για την ολοκλήρωση ελέγχου και τον αποκλεισμό σοβαρότερων νοσημάτων.

426. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ EVOTION: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΧΡΗΣΗΣ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Α. Δρύλλη[1], Δ. Κικίδης[1], Α. Βαρδονικολάκη[1], Ν. Μαρκάτος[1], Ι. Μπασδέκης[2], Κ. Κολούτσου[2], Ε. Ηλιάδου[1], Α. Μπίμπας[1]

[1]Α' Πανεπιστημιακή Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», [2]City, University of London, London, UK

ΣΚΟΠΟΣ: Η βαρηκοΐα (ΒΑ) εμφανίζεται στο 5,3% του παγκόσμιου πληθυσμού, με το 35% να αφορά άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, ενώ επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητα των πασχόντων και έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης τόσο κατάθλιψης όσο και άνοιας. Σκοπός της μελέτης είναι η ανάλυση των δεδομένων ασθενών τόσο από άποψη ακοολογικών ευρημάτων όσο και από την άποψη της συλλογής δεδομένων σε πραγματικό χρόνο μέσω συσκευής κινητού τηλεφώνου που χορηγήθηκε δωρεάν στους ασθενείς κατά την ένταξή τους στη μελέτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι συμμετέχοντες ήταν πάσχοντες από βαρηκοΐα, που προσήλθαν στο Νευροωτολογικό Ιατρείο της Α' Πανεπιστημιακής Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής, του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, από τις 1-05-2017 έως και τις 30-10-2018 και συμπεριελήφθησαν στη μελέτη EVOTION. Συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν, αναδρομικά και προοπτικά δεδομένα των ασθενών, με βάση το ακοολογικό ιστορικό, την κλινική εξέταση και τη συμπλήρωση προτυποποιημένων ερωτηματολογίων (MoCA, HADS, HUI3, GHABP), πριν και μετά τη λήψη ακουστικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 308 συμμετέχοντες, η πλειονότητα ήταν άνδρες, ηλικίας άνω των 60 ετών, με επίκτητη, αμφοτερόπλευρη ΒΑ. Μόλις το 15% ανέφερε προηγηθείσα ακουστική υποβοήθηση. Ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα σκορ των συμπληρωμένων HADS και HUI3 που ανάγεται σε βελτίωση τόσο της συναισθηματικής κατάστασης όσο και της συνολικής κατάστασης της υγείας μετά από χρήση ΑΒ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή στρατηγικής για τη δημόσια υγεία με γνώμονα την πρόληψη και την πρώιμη διάγνωση της ΒΑ σε συνδυασμό με τη συστηματική αντιμετώπισή της επιτρέπει την έγκαιρη και επαρκή αποκατάστασή της, ενώ είναι πιθανό να περιορίσει τη σχετιζόμενη γνωσιακή έκπτωση και έχει θετική επίδραση στη ποιότητα της υγείας των πασχόντων.

427. ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΥΓΕΝΕΙΑΣ-ΧΑΡΑΥΓΗΣ

Ε. Βαζαίου[1], Α. Βαζαίου[2], Ε. Αθανασίου[1]

[1]Κέντρο Υγείας Δραπετσώνας, Τοπικό Ιατρείο Ευγενείας-Χαραυγής, [2]Ουρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των αιτιών προσέλευσης ασθενών στο πρωτοβάθμιο ιατρείο Ωτορινολαρυγγολογίας.
ΥΛΙΚΟ: Οι ασθενείς που εξετάστηκαν στο Ωτορινολαρυγγολογικό ιατρείο Ευγένειας-Χαραυγής το τελευταίο δίμηνο από την επαναλειτουργία του.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξετάστηκαν συνολικά 167 ασθενείς, 61 άνδρες, 91 γυναίκες, 10 αγόρια και 5 κορίτσια. Οι ενήλικες ασθενείς με σειρά προσέλευσης από τη μεγαλύτερη προς τη μικρότερη συχνότητα, ήρθαν στο ιατρείο ζητώντας ιατρική βοήθεια για τους εξής λόγους: «αίσθημα κόμπου στο λαιμό» (ως δυσκολία προώθησης βλωμού, ξηρό βήχα, ξηροστομία), βράγχος φωνής, εμβοές, μείωση ακουστικής οξύτητας, ρινική συμφόρηση, άλγος κροταφογναθικής διάρθρωσης, άτυπη ζάλη, ωτικό βύσμα. Οι παιδιατρικοί ασθενείς, μικρότεροι των 18 ετών, προσήλθαν με λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ιατρείο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα περίμενε κανείς να συνωστίζεται από ασθενείς με οξεία συμπτωματολογία λοιμώξεων ανώτερου αναπνευστικού, αντιθέτως, το 90% των ενηλίκων ασθενών προσέρχονται αναζητώντας απαντήσεις και λύσεις σε συμπτωματολογία που τους ταλαιπωρεί από εβδομάδες έως χρόνια λόγω συνοδού ή μη υπόβαθρου χρόνιων συστηματικών νοσημάτων για τα οποία συνήθως έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε εκτεταμένο ελέγχο και για αυτή τη συμπτωματολογία τους, αναζητούν «μια δεύτερη γνώμη»!

428. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ε. Βαζαίου[1], Α. Βαζαίου[2], Ε. Αθανασίου[1]

[1]Κέντρο Υγείας Δραπετσώνας, Τοπικό Ιατρείο Ευγενείας-Χαραυγής, [2]Ουρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη των δυσκολιών στη διαχείρηση ασθενών τρίτης ηλικίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

ΥΛΙΚΟ: Οι ασθενείς άνω των 60 ετών που εξετάστηκαν στο Ωτορινιλαρυγγολογικό ιατρείο της Ευγενείας-Χαραυγής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο Ωτορινολαρυγγολογικό ιατρείο προσήλθαν σε ποσοστό άνω του 60% ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών. Τα περιστατικά αυτά αφορούν κατά κύριο λόγω ασθενείς με χρόνια συμπτωματολογία για την οποία έχουν επισκεφτεί ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, παθολόγο, πνευμονολόγο, γενικό ιατρό, αλλεργιολόγο, ουρολόγο και συνήθως παραπέμπονται στον ωτορινολαρυγγολόγο αφού έχουν εξαντληθεί όλες οι πιθανές διαφοροδιαγνώσεις που αφορούν τις παραπάνω ειδικότητες. Κύρια ενοχλήματα αφορούν χρόνιο βήχα, αίσθημα κόμπου στο λαιμό, εμβοές, ίλιγγο, άτυπη ζάλη, ξηροστομία, χρόνια ρινίτιδα, μείωση ακουστικής οξύτητας. Το βασικότερο πρόβλημα στη διαχείριση αυτών των ασθενών αποτελεί η λήψη ιατρικού ιστορικού. Σε ό,τι αφορά χρόνια συστηματικά νοσήματα π.χ. ΑΥ (αρτηριακή υπέρταση), ΣΔ (σακχαρώδη διαβήτη) ΔΛΔ (δυσλιπιδαιμία), ΚΥΠ (καλοήθη υπερπλασία προστάτη), νοσήματα του θυρεοειδούς αδένα, οι ασθενείς όντας καλά ρυθμιζόμενοι με τη φαρμακευτική αγωγή τους, «ξεχνούν» να την αναφέρουν. Λαμβάνοντας υπόψη ότι αρκετά από τα φαρμακευτικά σκευάσματα που λαμβάνουν χρονίως, δεν έχουν υψηλό κόστος και τα προμηθεύονται κατευθείαν από το φαρμακείο, αυτά δύναται να μην εμφανίζονται στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, όντας δύσκολο να καταγραφούν στο ιστορικό. Η αδυναμία ακριβούς περιγραφής της συμπτωματολογίας τους, του χρόνου έναρξης, τη συσχέτιση ή μη με τη φαρμακευτική αγωγή που ήδη λαμβάνουν αποτελεί το δεύτερο σοβαρότερο πρόβλημα. Η άρνηση τους για περαιτέρω διερεύνηση με πιο εξειδικευμένες εξετάσεις όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο (ηλεκτρονυσταγμογράφημα, υπέρηχο, αξονική ή μαγνητική τομογραφία) αποτελεί ένα επιπλέον πρόβλημα. Τέλος δεν πρέπει να ξεχνάει κανείς ότι για τη λήψη ιατρικού ιστορικού, κλινική ιατρική εξέταση (συμπεριλαμβανομένου ακοολογικού και ενδοσκοπικού έλεγχου) σε «δύσκολους» ασθενείς, στο στενό χρονικό πλαίσιο των 15 λεπτών που προβλέπεται για τα ιατρεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γίνεται αντιληπτό ότι η εξέταση των ηλικιωμένων ασθενών αποτελεί μια πρόκληση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επίδειξη υπομονής, ενδιαφέροντος, για τον ηλικιωμένο ασθενή, σε συνδυασμό με την αφιέρωση μεγαλύτερου χρονικού διαστήματος για την εξέταση του από μέρους του ιατρού, ίσως είναι τα σημαντικότερα εφόδια για την ορθότερη προσέγγιση,διαχείρηση ασθενών τρίτης ηλικίας.

429. ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ζ. Μπιτσώρη[1], Δ. Μπαλάσκα[2], Δ. Καφέρης[3], Γ. Δημογέροντας[4], Ι. Πολλάλης[5], Ε. Αγγελακόπουλος[6]

[1]Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», [2]Οικονομική Διεύθυνση, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [3]Οικονομική Διεύθυνση, 1η ΥΠΕ Αττικής, [4]Νευροχειρουργική Κλινική Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Εγκεφάλου και Σπονδυλικής Στήλης, Metropolitan Hospital, [5]Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, [6]Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι μέσα από αναφορές από την διεθνή βιβλιογραφία να τονιστεί η δυσκολία προσβασιμότητας των ατόμων με προβλήματα ακοής στο χώρο της υγείας.
ΥΛΙΚΟ: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και στην διεθνή βιβλιογραφία καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα άτομα με προβλήματα ακοής διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών λόγω της έλλειψης πρόσβασης σε πληροφορίες σχετιζόμενες με τη θεραπεία και τη διατήρηση της υγείας τους. Όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τα κωφά άτομα και τα άτομα με προβλήματα ακοής αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και είναι πιο πιθανό τα άτομα αυτά να αποφεύγουν τους παρόχους των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας των δυσχερειών επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας και της έλλειψης διαθέσιμων διερμηνέων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι περιορισμοί στην επικοινωνία μπορεί να οδηγήσουν σε αποκλεισμό των κωφών ασθενών και των ασθενών με προβλήματα ακοής από τις υπηρεσίες υγείας ή μπορεί να οδηγήσουν στα άτομα αυτά στο να αποφεύγουν και να καθυστερούν την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, είναι δυνατό να επιδεινωθεί η υγεία των ατόμων αυτών λόγω της αδυναμίας κατανόησης των ιατρικών οδηγιών ή ακόμα μπορεί να διασπείρουν μεταδοτικές ασθένειες λόγω της αδυναμίας κατανόησης των μεθόδων προφύλαξης. Συμπερασματικά θα πρέπει να ληφθούν μέτρα για αποδοτικές και προσβάσιμες για άτομα με ειδικές ανάγκες, όπως είναι τα κωφά άτομα, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες των κωφών και των ατόμων με προβλήματα ακοής.