



ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ  
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1835

# 44<sup>ο</sup>

## ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ



9-12  
ΜΑΪΟΥ  
2018

Χορηγούνται 32 μόρια  
Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης  
(C.M.E. - C.P.D. CREDITS)

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ  
DIVANI CARAVEL  
ΑΘΗΝΑ



---

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

---

# ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ  
ΕΤΟΣ ΙΑΡΤΕΥΣ 1835

44°  
ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ  
ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

9-12  
ΜΑΪΟΥ  
2018

Λογιστούνται 24 μέρια Συνεχόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης  
(C.M.E. - C.P.D. CREDITS)

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ  
DIVANI CARAVEL  
ΑΘΗΝΑ

mednet  
www.mednet.gr

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

σε συνεργασία

ΜΕ 30 ΕΙΔΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

## ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Οι περιλήψεις από τον αριθμό 1-246 ανακοινώθηκαν προφορικά και από 247-408 αναρτήθηκαν ως e-posters.

Οι εργασίες 146 και 145 πήραν το Α' και Β' βραβείο αντίστοιχα και η 220 τον Έπαινο στην ενότητα των εργασιών βασικής έρευνας.

Οι εργασίες 1 και 3 πήραν το Α' και Β' βραβείο αντίστοιχα και η 51 τον Έπαινο στην ενότητα των εργασιών της εφαρμοσμένης έρευνας.

Η εργασία 4 πήρε το βραβείο "Αιματοποίηση-Αιματοθεραπεία".

Επίσης βραβεύονται τα τρία καλύτερα posters ανά ημέρα. Στον τόμο περιλήψεων καταχωρήθηκαν μόνο οι περιλήψεις που ανακοινώθηκαν στο Συνέδριο και τα e-posters που αναρτήθηκαν σ' αυτό.

ΑΘΗΝΑ

Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL, ΑΘΗΝΑ

9-12 Μαΐου 2018

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ**  
**ΚΑΙ**  
**ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**  
**44ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

---

*Πρόεδρος* Γρ. ΚΟΥΡΑΚΛΗΣ  
*Αντιπρόεδρος* Σ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ  
*Γεν. Γραμματέας* Ε. ΘΗΡΑΙΟΣ  
*Ειδ. Γραμματέας* Μ. ΚΟΥΤΣΙΛΙΕΡΗΣ  
*Ταμίας* Σ. ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ  
*Μέλη* Ε. ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ  
Θ. ΒΡΑΧΛΙΩΤΗΣ  
Γ. ΜΑΝΤΖΑΡΗΣ  
Δ. ΜΠΟΥΜΠΑΣ

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Θ. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ	Α. ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ	Β. ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Δ. ΑΓΓΟΥΡΑΣ	Σ. ΚΑΡΑΜΑΡΟΥΔΗΣ*	Ι. ΠΑΠΑΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ
Κ. ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ	Σ. ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ	Μ. ΠΑΠΟΥΤΣΑΚΗ
Α. ΑΛΕΥΡΑ	Χ. ΚΑΡΑΝΙΚΑΣ	Π. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ
Γ. ΑΝΤΩΝΑΚΟΣ	Θ. ΚΑΡΑΤΖΑΣ	Κ. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ
Σ. ΑΡΓΕΝΤΟΣ	Β. ΚΑΨΙΜΑΛΗ	Ε. ΠΛΑΤΣΟΥΚΑ
Β. ΒΑΝΤΑΛΗ	Δ. ΚΟΚΚΙΝΟΣ	Γ. ΣΚΑΡΠΑΣ
Α. ΒΑΣΙΛΟΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ	Αικ. ΚΟΡΑΚΙΔΟΥ	Π. ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΣ
Δ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ	Χ. ΚΟΡΟΣ	Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ
Θ. ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗ	ΣΤ. ΚΥΚΑΛΟΣ	Π. ΣΤΡΑΤΗΓΟΠΟΥΛΟΥ
Α. ΒΟΖΙΚΗΣ	Ι. ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ-ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ	Δ. ΣΤΡΑΤΗΓΟΥ
Μ. ΒΟΥΛΓΑΡΕΛΗΣ	Σ. ΛΟΥΚΙΔΗΣ	Α. ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ
Γ. ΒΡΥΩΝΗ	Θ. ΜΑΚΡΗΣ	Μ. ΤΕΚΤΟΝΙΔΟΥ
Β. ΓΕΜΟΥ-ΕΝΓΕΣΑΕΤΗ	Ι. ΜΑΚΡΥΝΙΩΤΟΥ	Ε. ΤΕΡΠΟΣ
Ε. ΓΕΩΡΓΑΚΙΛΑ	Δ. ΜΑΝΤΑΣ	Β. ΤΖΑΒΑΡΑ
Μ. ΓΕΩΡΓΙΑΚΑΚΗ	Π. ΜΑΡΓΟΣ	Μ. ΤΖΟΥΒΑΛΑ
Ε. ΓΙΑΝΝΙΤΣΙΩΤΗ	Γ. ΜΑΡΙΝΟΣ	Σ. ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ
Κ. ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ	Α. ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ	Κ. ΤΣΙΑΜΗΣ
Ρ. ΓΟΥΡΝΕΛΗΣ	Σ. ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΣ	Α. ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ
Γ. ΔΑΪΚΟΣ	Α. ΜΠΕΡΛΕΡ	Γ. ΤΣΟΥΡΟΥΦΛΗΣ
Α. ΔΕΛΙΔΗΣ	Μ. ΜΠΟΖΗ	Ε. ΦΡΑΓΚΟΥΛΗΣ
Δ. ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΗΣ	Σ. ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑΣ	Π. ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ
Γ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ	Μ. ΝΤΑΛΑΜΑΓΚΑ	Γ. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ
Μ. ΖΑΡΙΦΗ	Σ. ΝΤΟΥΡΑΚΗΣ	Ε. ΧΑΡΜΑΝΔΑΡΗ
Λ. ΖΕΛΟΣ	Μ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ	Α. ΧΑΤΖΗΔΑΚΗΣ
Ε. ΖΟΥΡΙΔΑΚΗ	Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ	Ε. ΧΗΝΟΥ
Γ. ΖΩΓΡΑΦΟΣ	Α. ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ	Χ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ
Μ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ	Γ. ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ	
Μ. ΚΑΛΟΕΙΔΑΣ	Ν. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	

\*Εκπρόσωπος Φοιτητών

ΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ ΕΠΙΣ  
45<sup>ο</sup> ΕΠΙΣ 15-18 ΜΑΪΟΥ 2019

Η στοιχειοθεσία του τόμου των περιλήψεων έγινε με εισαγωγή των στοιχείων από τις περιλήψεις που υπέβαλαν οι συμμετέχοντες στη Γραμματεία του 44ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ.

## 1. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΑΓΟΥΝ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ DNA ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΩΝ ΤΗΣ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗΣ ΤΟΥ DNA ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ

Μ. Γκοτζαμάνιδου<sup>1,2</sup>, Ε. Τέρπος<sup>1</sup>, Ν. Μουσιός, Α. Δημόπουλος<sup>3</sup>, Β. Σουλιάτης<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», <sup>2</sup>Τμήμα Αιματολογίας-Ογκολογίας, Jerome Lipper Κέντρο Πολλαπλού Μυελώματος, Dana-Farber Αντικαρκινικό κέντρο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Χάρβαρντ, Βοστώνη, ΗΠΑ, <sup>3</sup>Ινστιτούτο Βιολογίας, Βιοχημείας και Βιοτεχνολογίας, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ικανότητα επιδιόρθωσης του γενετικού υλικού (DNA) των καρκινικών κυττάρων επηρεάζει την θεραπευτική ανταπόκριση και την επίβιωση των ασθενών. Στην παρούσα εργασία, προσεγγίστηκε μηχανιστικά η σύνδεση της επάρκειας των επιδιορθωτικών μηχανισμών του DNA και της ανταπόκρισης των ασθενών με Πολλαπλό Μυελώμα (PM) στην θεραπεία. **ΥΛΙΚΟ:** Μελέτησαμε πλασμακτοκίττα μυελού των οστών (PMO) και μονοκλωνικά κύτταρα περιφερικού αίματος (MPLA) 26 νεοπλασματικών ασθενών με Πολλαπλό Μυελώμα (129/144, μέση ηλικία 60 έτη, εύρος 42-66), εκ των οποίων οι 17 (n=17) ανταποκρίθηκαν στη χημειοθεραπεία (1ης γραμμής θεραπεία) με μελφάλη, ενώ οι υπόλοιποι (n=9) κατηγοριοποιήθηκαν ως μη ανταποκρίθεις. Επιπλέον, MPLA από υγιείς δότες (n=25) εντάχθηκαν στον πληθυσμό της μελέτης. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τα κύτταρα εκτέθηκαν εν vivo σε μελφάλη ως μονοθεραπεία και σε συνδυασμό με άμεσους (SCR7), αναστολέες επιδιόρθωσης DNA, του μη ομολογου ανασυνδυασμού (NHEJ) ή έμμεσους (πανμοινοστατή, αναστολέες της αναοκετυλίωσης ιστονών, HDAC) τροποποιητών της επιδιόρθωσης του DNA, και μελετήθηκε η επιδιορθωτική ικανότητα των κυττάρων, η απόπτωση, και η συμπύκνωση της δομής της χρωματίνης αυτών. Επιπροσθέτως, μελετήθηκε η έκφραση ενός συνόλου 84 γονιδίων ειδικών του μονοπατίου βλάβης-επιδιόρθωσης DNA (σηματοδότηση [ATM/ATR, επιδιόρθωση DNA, ρύθμιση του κυτταρικού κύκλου, απόπτωση]). Για την ανάλυση των πρωτεϊνών της επιδιόρθωσης του DNA χρησιμοποιήθηκε η τεχνική Western blot.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα PMO και MPLA των ανταποκρίθωντων σε θεραπεία με μελφάλη επέδειξαν πιο σημαντική ικανότητα χρωματίνης και μικρότερο βαθμό επιδιόρθωσης DNA ( $P < 0.0022$ ) εν συγκρίσει με τους μη-ανταποκρίθεις. Η κυτταρική απόπτωση των PMO και MPLA βρέθηκε αντιστρόφως ανάλογη της ικανότητας επιδιόρθωσης του DNA, με τους κυτταρικούς πληθυσμούς των ανταποκρίθωντων να εμφανίζουν μεγαλύτερη απόπτωση, συγκρινόμενοι με τους μη ανταποκρίθεις. Τα MPLA των ασθενών με PM εμφάνισαν μεγαλύτερη χαλάρωση της δομής της χρωματίνης, αυξημένη επιδιορθωτική ικανότητα του DNA, και υψηλότερο βαθμό απόπτωσης συγκρινόμενα με τα MPLA των υγιών δότην. Η ανάλυση με μικροσκοπική ανάλυση (microarray analysis) των MPLA έδειξε ότι οι ανταποκρίθεις ασθενείς με PM χαρακτηρίζονται από στατιστικά σημαντική υπέρβαση των γονιδίων ATR, BLM, DDB1, EXO1, FANCA, MRE11A, MSH2, PCNA, RAD50, RAD51, RPA1, XPA, XPC, XRCC1 και TP53, και μειωμένη έκφραση των ATM, CDC25C, CDKN1A, CHEK2, ERCC1, MPG, PINK1 και UNG, σε σύγκριση με τους μη ανταποκρίθεις ( $P < 0.001$ ). Υποδηλώνοντας ότι οι αλλαγές των μορίων-κλειδίων του μονοπατίου της βλάβης-επιδιόρθωσης του DNA διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική δραστηριότητα των γονοτοξικών παραγόντων. Επιπροσθέτως, η συνδυαστική θεραπεία των κυττάρων με μελφάλη και τον SCR7, αναστολέα της επιδιόρθωσης του DNA, οδήγησε σε στατιστικά σημαντική μείωση του βαθμού επιδιόρθωσης του DNA και αύξησε την ευαισθησία στη μελφάλη των PMO και MPLA. Η συγχρόνηση της μελφάλης με τον HDAC αναστολέα πανμοινοστατή σε PMO είχε ως αποτέλεσμα την υπερακετυλίωση της ιστόνης H4, αύξηση του φορτίου βλαβών του DNA, και αύξηση της αποπτωτικής διαδικασίας. Σε αντίθεση, η συνδυαστική θεραπεία μελφάλης-πανμοινοστατής σε MPLA δεν μετέβαλε στατιστικά σημαντικά το φορτίο της βλάβης του DNA επαγόμενης από τη μελφάλη, και την κυτταρική απόπτωση. Ενδοφύερνο εγύρωμα αποτέλεσε η μείωση των επιπέδων των πρωτεϊνών-κλειδιά (Rad50, Mre11, Klf7, Ku86, DNA-PKcs) της επιδιόρθωσης του DNA, εκτιμώμενα με Western blot ανάλυση, μετά από θεραπεία με πανμοινοστατή σε κακοήγη πλασμακτοκίττα μυελού των οστών, ενώ δεν υπήρξε καμία επίδραση στην πρωτεϊνική έκφραση στα MPLA. Τα αποτελέσματα, εξήγησαν εν μέρει, την εικόνητα που επιδεικνύουν οι αναστολέες της αποκετυλίωσης των ιστονών (HDAC) να προκαλούν αύξηση του φορτίου βλαβών του DNA και κυτταρικό θάνατο σε κακοήγη πλασμακτοκίττα σε θεραπευτικές συγκεντρώσεις που δεν επηρεάζουν την βιωσιμότητα των μονοκλωνικών κυττάρων του περιφερικού αίματος των ίδιων ασθενών. Συμπερασματικά, η ενίσχυση της κυτταροτοξικότητας της μελφάλης με τη συγχρόνηση άμεσων (αναστολέες της επιδιόρθωσης DNA) ή έμμεσων (HDAC) τροποποιητών επιδιόρθωσης του DNA αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη στρατηγική για τη θεραπεία του PM και τη βελτίωση των ήδη χρησιμοποιούμενων θεραπευτικών χημειοθεραπευτικών σχημάτων.

## 3. ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑΣ ΜΕ IN VIVO ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΡΧΕΓΟΝΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Α. Γεωργακοπούλου<sup>1,2</sup>, Χ. Καψάλη<sup>1,2</sup>, Ν. Ψαθά<sup>3</sup>, Z. Izsak<sup>4</sup>, M. Γιάγκου<sup>3</sup>, T. Parayanpourolou<sup>3</sup>, A. Αναγνωστόπουλος<sup>3</sup>, A. Lieber<sup>3</sup>, E. Γιαννάκη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Γονιδιακής & Κυτταρικής Θεραπείας, Αιματολογική-Μ.Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», <sup>2</sup>Τμήμα Βιολογίας, Α.Π.Θ., <sup>3</sup>University of Washington, Seattle, USA, <sup>4</sup>Max Delbrück Center for Molecular Medicine, Berlin, Germany

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ex vivo γονιδιακή θεραπεία της θαλασσαιμίας είναι πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί πλήρη μυελοκαταστολή πριν τη χορήγηση των διαμολυσμένων κυττάρων. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Παρουσιάζουμε μία ελάχιστη επεμβατική και απλοποιημένη προσέγγιση in vivo γενετικής τροποποίησης των αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (AAK), χωρίς χρήση λευκαφαίρεσης, μυελοκαταστολής και μεταμόσχευσης, η οποία περιλαμβάνει κινητοποίηση των AAK [G-CSF (250μg/kgX4ημ) + Plerixafor (5mg/ kgX3ημ)] και in vivo διαμόλυση με ενδοφλέβια έγχυση ενός υβριδικού συστήματος φορέων. Το σύστημα αποτελείται από α) έναν εξαρτώμενο αδενοϊό (HDA5/ 35++) που στοχεύει τον υποδοχέα CD46 στα AAK και κωδικοποιεί τη γ-σφαιρίνη καθώς και το γονίδιο mgmtP140K για in vivo επιλογή των διαμολυσμένων AAK μετά από χορήγηση O6BG/ BCNU β) την Sleeping Beauty τρανσποζάση (SB100X) που επιτυγχάνει ενσωμάτωση και μακροχρόνια έκφραση των διαγονιδίων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε μοντέλο ποντικού (hCD46tg/ Hbbth-3) ενδιάμεσης θαλασσαιμίας με υψηλή έκφραση hCD46 στα Lin<sup>scs</sup>-1<sup>c-kit</sup> κύτταρα, έγινε κινητοποίηση των AAK και in vivo διαμόλυση. Τα ποντίκια ελέγχονταν για την έκφραση της ανθρώπινης γ-σφαιρίνης, τη μορφολογία και τους δείκτες των ερυθροκυττάρων και το ποσοστό των δικτυοερυθροκυττάρων. Αν και παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά έκφρασης της γ-σφαιρίνης χωρίς επιλογή (33.6%) στις 8 εβδομάδες μετά την in vivo διαμόλυση, η έκφραση μειώθηκε στις 16 εβδομάδες (11.9%). Η εφαρμογή στη συνέχεια, τριών δόσεων O6BG/BCNU, αύξησε τα επίπεδα έκφρασης στο 62% και μεταφράστηκε σε σημαντική φαινοτυπική βελτίωση (αύξηση του αιματοκρίτη/αιμοσφαιρίνης και του μέσου όγκου ερυθρών, μείωση των δικτυοερυθροκυττάρων,  $p \leq 0.04$ ). Τα δεδομένα μας υποστηρίζουν μία εύκολα μεταφράσιμη και μη επεμβατική μέθοδο γονιδιακής θεραπείας για τη θαλασσαιμία η οποία μπορεί να λειτουργήσει ως μία απλοποιημένη και οικονομικά προσιτή μέθοδος, ειδικότερα στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου μόνο ελάχιστα σύνθετες διαδικασίες μπορούν να υιοθετηθούν.

## 2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΜΥΕΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΤΩΝ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑ

Ν. Μπιζύμη, Α. Δαμιανάκη, Ε. Κουταλά, Β. Καλιαφεντάκη, Μ. Βελεγράκη, Ε. Μαυροδύη, Ε. Παπαδάκη  
 Αιματολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα Μυελικά Κατασταλτικά Κύτταρα (Myeloid Derived Suppressor Cells, MDSCs) καταστέλλουν τις T-κυτταρικές απαντήσεις και διακρίνονται στα πολυμορφονηκικά (polymorphonuclear, PMN-) MDSCs (ανοσοφαινοτυπικά: HLA-DR<sup>low</sup>/CD11b<sup>+</sup>CD33<sup>+</sup>CD15<sup>+</sup>) και μονοκυτταρικά (monocytic, M-) MDSCs (ανοσοφαινοτυπικά: HLA-DR<sup>low</sup>/CD11b<sup>+</sup>CD33<sup>+</sup>CD14<sup>+</sup>) (Bronte et al. 2016). Στην παθογένεια της Χρόνιας Ιδιοπαθούς Ουδετεροπενίας (chronic idiopathic neutropenia, CIN) εμπλέκεται χρόνια φλεγμονή επαγόμενη από ενεργοποιημένα T-λεμφοκύτταρα και προ-φλεγμονώδεις διαμεσολαβητές (Papadaki et al. 2006). Η παρούσα εργασία στοχεύει στη διερεύνηση πιθανής εμπλοκής των υποπληθυσμών των MDSCs και CD16<sup>+</sup> προ-φλεγμονόδων μονοκυττάρων στην παθογένεια της νόσου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε 49 ασθενείς με CIN και 23 υγιείς μάρτυρες. Τα MDSCs από το κλάσμα των μονοπυρήνων κυττάρων της μεσόφρασης στο περιφερικό αίμα (peripheral blood mononuclear cells, PBMCs) σημειώθηκαν με το συνδυασμό αντισωμάτων CD33-PC7/CD15-PC5/DR-ECD/CD14-PE/CD11b-FITC, ενώ τα μονοκύτταρα από ολικό περιφερικό αίμα με CD14-PE/CD16-FITC. Ακολούθησε κυτταρομετρία ροής και στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων με τη δοκιμασία Mann-Whitney.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά μειωμένο ποσοστό M-MDSCs στο κλάσμα των PBMCs (Μάρτυρες: μέση τιμή 2,085±0,521, διάμεση τιμή 1,268, Ασθενείς: μ.τ. 0,495±0,116, δ.τ. 0,230,  $p=0,0018$ ), ενώ τα PMN-MDSCs εμφανίζουν μη στατιστικά σημαντική μείωση ( $p=0,1475$ ). Αυξημένα στους ασθενείς είναι και τα CD14<sup>int</sup>/CD16<sup>+</sup> (Μάρτυρες: 7,05±0,538, Ασθενείς: 15,12±1,564,  $p=0,0002$ ) και CD14<sup>dim</sup>/CD16<sup>int</sup> (Μάρτυρες: 2,73±0,303, Ασθενείς: 4,690±1,564,  $p=0,411$ ) μονοκύτταρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με CIN εμφανίζουν αύξηση των προ-φλεγμονόδων (ενδιάμεσων και μη-κλασικών) μονοκυττάρων στο περιφερικό αίμα που μπορεί να συμβάλει στην εκσεσημασμένη T-κυτταρική ενεργοποίηση και χρόνια φλεγμονή που παρουσιάζουν. Έχουν επίσης μικρότερος πληθυσμός PMN-MDSCs και M-MDSCs συγκριτικά με τους μάρτυρες. Αυτά τα κύτταρα φυσιολογικά προστατεύουν από ανεξέλεγκτες ανοσολογικές αποκρίσεις, έτσι ο μικρός αριθμός τους πιθανώς συμμετέχει στην παρατεταμένη χρόνια φλεγμονή. Τα δεδομένα αυτά συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών που εμπλέκονται στη CIN.

## 4. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΚΠΤΥΞΗ ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΑΡΧΕΓΟΝΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑ SMALL MOLECULES

Ι. Βαλλιάνου<sup>1</sup>, Α. Γεωργακοπούλου<sup>1,2</sup>, Ν. Ψαθά<sup>3</sup>, Π. Χριστοφή<sup>1,2</sup>, Π. Παγιαννίη<sup>1,2</sup>, Α. Αναγνωστόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Γιαννάκη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Γονιδιακής & Κυτταρικής Θεραπείας, Αιματολογική Κλινική-Μ.Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», <sup>2</sup>Τμήμα Βιολογίας, Α.Π.Θ., <sup>3</sup>University of Washington, School of Medicine, Seattle

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ex vivo γονιδιακή θεραπεία αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (HSCs) με λεντι-ϊικούς φορείς, έχει επιδείξει σημαντικές κλινικές επιτυχίες. Ωστόσο, παραμένουν περιορισμοί προς βελτιστοποίηση, όπως τα σχετικά χαμηλά ποσοστά γονιδιακής μεταφοράς και εμφύτευσης των γενετικά τροποποιημένων HSCs, λόγω της αρνητικής επίδρασης των καλλιεργητικών συνθηκών. Η δυνατότητα έκπτυξης και βελτίωσης της ποιότητας των γενετικά τροποποιημένων HSCs παραμένει μη εκπληρωμένη ανάγκη. Πρόσφατα, ανακαλύφθηκαν μικρά μόρια (small molecules-SMs), ικανά να προάγουν την έκπτυξη HSCs ομοφαιλοπλακουντικού ή κινητοποιημένου περιφερικού αίματος (ΚΠΑ). Ωστόσο, η επίδραση των SMs σε γενετικά τροποποιημένα HSCs έχει μελετηθεί ελάχιστα. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Διερευνήσαμε την επίδραση των LY, UM171, SR1, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό, στην έκπτυξη ανοσομαγνητικά διαχωρισμένων CD34+ ΚΠΑ, κατόπιν γενετικής τροποποίησης με λεντι-ϊκό φορέα αναφοράς (Flt3, SCF, TPO), στην αρχή (Συνθήκη-A) ή στο τέλος της διαμόλυσης (Συνθήκη-B). Μελετήθηκε η επίδραση των SMs στην έκπτυξη, στον ανοσοφαινότυπο, στην κλωνογενή ικανότητα και την ικανότητα διαμόλυσης των HSCs.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η συνθήκη-B, συγκριτικά με τη συνθήκη-A, απέδωσε σημαντικά υψηλότερο αριθμό ολικών εμπύρηνων κυττάρων (17.8 vs 4.5 φορές,  $p=0.000000009$ ), αλλά δεν παρατηρήθηκαν διαφορές παρουσία SMs, ως προς την ομάδα ελέγχου. Ωστόσο, το UM171 και ο συνδυασμός LY+UM171+SR1 οδήγησαν σε σημαντικό εμπλουτισμό και έκπτυξη των HSCs αρχέγονου φαινοτύπου (%CD34+CD38-, CD34+CD38-CD90+, CD34+CD45RA-CD133+,  $p \leq 0.02$ ) και κατά συνέπεια σε αυξημένη έκφραση GFP σε αρχέγονους υποπληθυσμούς ( $p \leq 0.01$ ) και σε εμβροειδική υγρή καλλιέργεια. Τα SMs δεν επηρέασαν την κλωνογενή ικανότητα ή την ικανότητα διαμόλυσης. Συνολικά, καταδεικνύουμε σημαντική έκπτυξη αρχέγονων υποπληθυσμών γενετικά τροποποιημένων HSCs. Η δυνατότητα έκπτυξης των διαμολυσμένων HSCs με διατήρηση του αρχέγονου χαρακτήρα τους, αναμένεται να βελτιώσει σημαντικά την κλινική έκβαση της γονιδιακής θεραπείας.

## 5. ΚΟΙΝΗ ΠΟΙΚΙΛΟΥΣΑ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗ ΩΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ- ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ε. Σπανού<sup>1</sup>, Δ. Διακονικόλα<sup>2</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>2</sup>, Γ. Ντέσκα<sup>2</sup>, Φ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Ε. Παπαϊκονόμου<sup>2</sup>, Δ. Κοζικόπουλου<sup>2</sup>, Μ. Σταμπόρη<sup>2</sup>, Χ. Ψέλλας<sup>2</sup>, Α. Χάσιου<sup>2</sup>, Γ. Καρλής<sup>2</sup>, Σ. Καρατάπη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Αιματολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η κοινή ποικίλλουσα ανοσοανεπάρκεια (ΚΠΑΑ) χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα των περισσότερων ή όλων των ανοσοσφαιρινών. Συνήθως υπάρχει μείωση της της IgG και της IgA, αλλά στο 50% συνυπάρχει ένδεια και της IgM και δυσλειτουργία των T-λεμφοκυττάρων. Η νόσος συνήθως εκδηλώνεται με υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, αλλά περίπου 20% των ασθενών με ΚΠΑΑ μπορεί να εμφανίσουν αυτοάνοσο νόσημα. Να παρουσιαστεί η περίπτωση ενός ασθενούς με ποικίλλουσα ανοσοανεπάρκεια που εμφανίστηκε με πρώτη εκδήλωση αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας ασθενής ηλικίας 49 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας με σημαντική πτώση αιματοκρίτη (Ht=15%). Στον έλεγχο που έγινε διαπιστώθηκε εικόνα αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας (αύξηση εμμέσου χολερυθρίνης και LDH, αντίδραση Coombs+). Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε σπληνομεγαλία (δ=17εκ), και ηπατομεγαλία (20εκ). Ο ρευματολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός, ενώ στην οστεομελική βιοψία δεν προέκυψε διήθηση από λεμφοκύτταρα. Η ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων αποκάλυψε σημαντική μείωση της περιοχής της γ-σφαιρίνης και ο ποσοτικός προσδιορισμός των ανοσοσφαιρινών έδειξε σημαντική μείωση των ανοσοσφαιρινών (IgG=624, IgA=27.8, IgM=33.6). Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά με κορτικοειδή χωρίς σημαντική βελτίωση και στη συνέχεια έλαβε αγωγή με rituximab που οδήγησε σε σταθεροποίηση της αιματολογικής του εικόνας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ποικίλλουσα ανοσοανεπάρκεια αποτελεί μια σπάνια αιματολογική πάθηση που ενίοτε μπορεί να έχει ως πρώτη εκδήλωση αυτοάνοσο αιμολυτικό σύνδρομο. Η απάντηση στα κορτικοειδή μπορεί να μην είναι ικανοποιητική και να απαιτηθεί η χορήγηση rituximab.

## 7. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΩΝ ΑΠΟ ΗΠΑΡΙΝΗ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ.

Ε. Ηλιοπούλου, Γ. Σούφα, Σ. Γεωργαντής, Μ. Καταφυγιώτη, Θ. Κανελλοπούλου, Θ. Κωστελίδου

Ονύσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το απειλητικό για τη ζωή σύνδρομο θρομβοπενίας επαγόμενης από ηπαρίνη (Heparin Induced Thrombocytopenia (HIT)) αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της χορήγησης αντιπηκτικής αγωγής. Η ταχεία διάγνωση του συνδρόμου HIT είναι κρίσιμη για τους καρδιοχειρουργικούς ασθενείς οι οποίοι συχνά έχουν επανεκτεθεί στην ηπαρίνη προ του χειρουργείου.

**ΥΛΙΚΑ:** Διερευνήσαμε την καταλληλότητα για την ανίχνευση αντιαιμοπεταλιακών από ηπαρίνη αντισωμάτων (HIT-Abs) σε 24 περιπτώσεις ασθενών που απαιτούσαν επείγουσα διάγνωση: 1) μιας αυτοματοποιημένης ανοσοθολωσιμετρικής μεθόδου για την ημι-ποσοτική ανίχνευση IgG-IgM-IgA αντισωμάτων (Hemosil LHIT-Ab(PF4-H)), και 2) μιας ταχυ-δοκιμασίας με νανοσωματίδια για την ποιοτική ανίχνευση IgG αντισωμάτων (SticExpert) στο πλάσμα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πραγματοποιήθηκε σύγκριση με ELISA(IgG) και με λειτουργικό προσδιορισμό αντισωμάτων Heparin-Induced-Platelet Aggregation assay (HIPA). Παρουσία αντι-PF4/Heparin αντισωμάτων με ELISA και ταυτόχρονα 4Ts σκορ ενδιάμεσο ή υψηλό επιβεβαίωσε το σύνδρομο HIT. Σε 14/24 περιπτώσεις η μέθοδος Hemosil-HIT-Ab ήταν θετική, σε 85.7% συμφωνία με την ELISA(IgG). 9/10 Hemosil-αρνητικά περιστατικά ήταν ELISA(IgG)-θετικά, το 50% των οποίων ήταν HIPA-θετικά. Συνολικά, 8/14 (57%) Hemosil-θετικά περιστατικά ήταν HIPA-θετικά. Εννέα ασθενείς ήταν SticExpert-θετικοί, ενώ 6 αποτελέσματα ήταν αμφίβολα. 7/9 SticExpert-θετικά περιστατικά ήταν επίσης ELISA(IgG)-θετικά και HIPA-θετικά (67%). Πέντε από τα 6 αμφίβολα αποτελέσματα ήταν ELISA(IgG)-θετικά, 4 εκ των οποίων HIPA-θετικά. Και τα 9 SticExpert-αρνητικά περιστατικά βρέθηκαν ELISA (IgG) θετικά, αλλά 7 ήταν HIPA-αρνητικά (77%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μέθοδος HEMOSIL HIT-Ab έδωσε αποτέλεσμα σε κάθε περίπτωση. Το SticExpert έδωσε σαφές αποτέλεσμα μόνο στο 75% των περιπτώσεων ενώ 6 περιστατικά (25%) απαιτούσαν περαιτέρω διερεύνηση (ELISA, HIPA) αυξάνοντας σημαντικά το χρόνο ανάλυσης. Έχοντας την ELISA(IgG) ως βάση σύγκρισης, η μέθοδος Hemosil παρουσίασε μεγαλύτερη θετική προγνωστική αξία. Η εφαρμογή της μεθόδου HIPA έκλινε υπέρ του SticExpert μειονεκτώντας από άποψη χρόνου ανάλυσης. Η εργαστηριακή διερεύνηση του συνδρόμου HIT παραμένει μια πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί ερμηνεία των εργαστηριακών ευρημάτων με κλινική συνεκτίμηση (4T score).

## 6. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΛΟΓΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΑ/ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ/ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΜΕ ΤΙΣ ΚΑΤΑΤΟΠΙΣΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΠΗΞΗΣ ΣΕ ΣΗΠΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Β. Κυριαζή<sup>1</sup>, Κ. Ζαρόκωστας<sup>2</sup>, Ε. Χήνου<sup>2</sup>, Δ. Μαυροδέας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Αιματολογικό Εργαστήριο, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι λόγοι ουδετερόφιλα/λεμφοκύτταρα (NLR) και αιμοπετάλια/λεμφοκύτταρα (PLR) αποτελούν προγνωστικούς δείκτες σε παθολογικές καταστάσεις με υποκείμενη φλεγμονώδη εξεργασία. Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η σχέση των NLR και PLR με τις τιμές των αιμοπεταλίων, των χρόνων προθρομβίνης (PT) και ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης (APTT), του ινωδογόνου και των δ-διμερών σε σηπτικούς ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναλύθηκαν 104 διαδοχικές δοκιμασίες πήξης και γενικές εξετάσεις αίματος, 21 ασθενών (άνδρες/γυναίκες=14/7) διάμεσης ηλικίας 69 (εύρος 21-90) έτη, με θετικές καλλιέργειες βιολογικών υλικών. Η πιθανότητα διάχυτης ενδαγγειακής πήξης (ΔΕΠ) αξιολογήθηκε με τα κριτήρια ISTH (International Society on Thrombosis and Hemostasis). Η περιγραφική στατιστική, ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (ρ) και η καμπύλη χαρακτηριστικού λειτουργικού δείκτη (ROC) χρησιμοποιήθηκαν στη στατιστική επεξεργασία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Θρομβοπενία παρατηρήθηκε σε 25/104 (24,0%) δείγματα με μέση τιμή αιμοπεταλίων 104,37±33,76×10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>, ενώ θρομβοκυττάρωση σε 4/104 (3,8%). Παράταση PT και aPTT παρατηρήθηκε σε 57/104 (54,8%) και 39/104 (37,5%) δείγματα με μέσες τιμές 16,72±2,05sec και 50,23±8,5sec αντίστοιχως. Αύξηση του ινωδογόνου και των δ-διμερών βρέθηκε σε 88/104 (84,6%) και 100/104 (96,1%) δείγματα αντίστοιχως. Πιθανή ΔΕΠ (≥5 βαθμοί) εντοπίστηκε σε 10/104 (9,6%) περιπτώσεις. Οι μέσες τιμές NLR και PLR ήταν 11,78±13,70 και 251,49±156,54 αντίστοιχως. Ασθενής συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των τιμών NLR και PLR με το ινωδογόνο (ρ=0,367 και 0,299 αντίστοιχως) και τα δ-διμερή (ρ=0,323 και 0,278 αντίστοιχως). Η καμπύλη ROC στην υποομάδα με ευρήματα ενδοεπική αιμορραγικής διάθεσης ανέδειξε τιμή εμβαδού AUC 0,57 και 0,42 για τις μεταβλητές NLR και PLR αντίστοιχως.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε σηπτικές καταστάσεις οι αυξημένες τιμές δ-διμερών και ινωδογόνου αποτέλεσαν το συχνότερο παθολογικό εύρημα, με την παράταση των χρόνων PT και APTT να ακολουθούν. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση των NLR και PLR με τις αιμοστατικές παραμέτρους. Οι δείκτες NLR και PLR δε διαθέτουν καμία διαγνωστική αξία στον εντοπισμό σηπτικών ασθενών με αιμορραγική διάθεση.

## 8. ΟΙ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΚΑΙ ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ GREEN-KING ΚΑΙ MATOS-CARVALHO ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΧΡΩΜΩΝ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΑΝΑΙΜΙΩΝ

Β. Κυριαζή, Ε. Πολυχρόνη, Δ. Μαυροδέας

Αιματολογικό Εργαστήριο, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ερυθροκυτταρικές παράμετροι και συνδυαστικοί δείκτες χρησιμοποιούνται στη διάγνωση και κατευθύνουν τον περαιτέρω έλεγχο των υπόχρωμων μικροκυτταρικών αναιμιών. Σκοπός της εργασίας είναι η σύγκριση των ερυθροκυτταρικών παραμέτρων και η αξιολόγηση των δεικτών Green-King (GK) και Matos-Carvalho (MC) στη διαφοροδιάγνωση της σιδηροπενικής αναιμίας έναντι των θαλασαιμιών.

**ΥΛΙΚΟ:** Συμπεριλήφθησαν 66 ασθενείς με Hb≤12gr/dL, MCV≤80fL, MCHC≤33gr/dL και έλεγχο αιματινικών παραγόντων εντός του ίδιου 24ώρου. Αποκλείστηκαν αυτοί με μεικτές ένδειξεις αιματινικών. Υπολογίστηκαν οι δείκτες GK=[MCV2xRDW/100xHb] και MC=[(1,91xRBC)+(0,44xMCHC)]. Χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Mann-Whitney και εξετάστηκε η ευαισθησία και ειδικότητα των GK και MC δεικτών, με κατώφλι διάγνωσης της σιδηροπενικής αναιμίας τιμές >65 και <23,85 αντίστοιχως βάσει της βιβλιογραφίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εντοπίστηκαν 32 ασθενείς (άνδρες/γυναίκες=8:24) με σιδηροπενία και 34 με ιστορικό θαλασαιμίας χωρίς σιδηροπενία (άνδρες/γυναίκες=9:25), διάμεσης ηλικίας 48 (εύρος 22-79) και 50 (εύρος 15-74) έτη αντίστοιχως. Διαπιστώθηκαν στατιστικώς υψηλότερες τιμές ερυθροκυττάρων και αιματοκρίτη στην ομάδα των θαλασαιμιών (5,29 vs 4,44x10<sup>6</sup>/ul και 35,1 vs 33,0% αντίστοιχως). Αντίθετως, οι τιμές MCV, MCHC και MCHC ήταν στατιστικώς υψηλότερες στους σιδηροπενικούς (73,9 vs 66,7fL, 23,6 vs 20,7pg, 31,3 vs 30,9g/dL αντίστοιχως). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις τιμές αιμοσφαιρίνης και RDW. Η ευαισθησία και η ειδικότητα των δεικτών GK και MC ήταν 98% και 75% και 98% και 70% αντίστοιχως στον εντοπισμό των σιδηροπενικών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ερυθροκυτταρικές παράμετροι παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των υπόχρωμων μικροκυτταρικών αναιμιών. Οι δείκτες GK και MC είναι ευαίσθητοι στην ανάδειξη των σιδηροπενικών αναιμιών και μπορούν να κατευθύνουν την αρχική προσέγγιση, χωρίς να επιβεβαιώνουν τη διάγνωση. Δεδομένης της γενετικής και κλινικής ετερογένειας των θαλασαιμικών διαταραχών, το ατομικό ιστορικό δεν μπορεί να αποκλείσει τη συνύπαρξη θαλασαιμίας στην ομάδα των σιδηροπενικών της παρούσας μελέτης.

## 9. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΟΠΩΣ ΜΕΤΡΑΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΓΚΟ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ (MPV)

Σ. Ντελικού<sup>1</sup>, Μ. Καραργυρίου<sup>2</sup>, Ε. Ελντεϊκ<sup>3</sup>, Μ. Κοζανίτου<sup>2</sup>, Α. Βλαχοπούλου<sup>2</sup>, Μ. Τσεκούρα<sup>2</sup>, Κ. Μαραγκός<sup>1</sup>, Ζ. Παλλαντζά<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>Διαβητολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο μέσος όγκος αιμοπεταλίων (MPV) μπορεί να θεωρηθεί ως δείκτης της λειτουργίας τους. Το μέγεθος των αιμοπεταλίων προσδιορίζεται κυρίως στο μυελό των οστών κατά τη διάρκεια της μεγακαρυοκυτταροποίησης, και στη συνέχεια δεν αλλάζει ουσιαστικά. Υπό ειδικές συνθήκες όπως η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και ενδοεμφυσιακή η μυοκαρδιακή και εγκεφαλική ισχαιμία είναι δυνατό να αυξηθούν τις συγκεντρώσεις τους. Σκοπός της εργασίας είναι η συσχέτιση του MPV, του αριθμού των αιμοπεταλίων και του MCV σε ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες και συνυπάρχουσες παθήσεις όπως η κολπική μαρμαρυγή, ο Σακχαρώδης διαβήτης και το Α.Ε.Ε.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 85 ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθεια (43 με θαλασαιμία και 42 με δρεπανοκυτταρική νόσο, μέσης ηλικίας 48 ετών) που διαχωρίστηκαν σε 2 ομάδες: με φυσιολογικό MPV (n1=62) και με αυξημένο MPV (n2=23). Παράλληλα μετρήθηκαν ο αριθμός των αιμοπεταλίων και ο MCV, και η συσχέτιση μεταξύ τους με την Pearson correlation coefficient συγκρίθηκαν με t-test οι παράμετροι των 2 ομάδων και τέλος με το Chi-Square συγκρίθηκε οι παθολογικές καταστάσεις με το MPV.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μεταξύ του MPV και του αριθμού των αιμοπεταλίων και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης στην 2η ομάδα βρέθηκε μέτρια συσχέτιση  $RPLT=0,3543$  και  $RHbglu=0,6084$  ( $p>0,05$ ). Καμία άλλη συσχέτιση δεν βρέθηκε μεταξύ των συγκρινόμενων παραμέτρων. Αντίθετα, συγκρίνοντας t-test βρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά στο MPV και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης μεταξύ των δύο ομάδων ( $p>0,05$ ). Όσον αφορά τις παθολογικές καταστάσεις που συνεκτιμήθηκαν υπήρξε σημαντικά θετική στατιστική συσχέτιση μεταξύ του MPV της κολπικής μαρμαρυγής, του Σ.Δ και Α.Ε.Ε. στην ομάδα των ασθενών με αυξημένο MPV, ενώ δεν υπήρξε αντίστοιχη συσχέτιση στην ομάδα των ασθενών με φυσιολογικό MPV.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος όγκος τους μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα και αδρο δείκτη παρακολούθησης των αγγειακών διαταραχών και του διαβήτη σε ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες.

## 11. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΛΑΣΤΟΜΕΡΙΚΩΝ ΑΝΤΛΙΩΝ

Μ. Αγγελίδη<sup>1</sup>, Α. Αγγελίδη<sup>1</sup>, Χ. Τσαγκαρουσιάνος<sup>2</sup>, Α. Μπάστας<sup>1</sup>, Π. Καψαμπέλης<sup>2</sup>, Ε. Πάλλη<sup>1</sup>, Δ. Στήθος<sup>2</sup>, Ν. Κοσμαδάκης<sup>2</sup>, Π. Καψαμπέλης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ζακύνθου «Ο Άγιος Διονύσιος», <sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Ζακύνθου «Ο Άγιος Διονύσιος»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού άλγους αποτελεί κύριο μέλημα και υποχρέωση των αναισθησιολόγων. Στην παρούσα μελέτη αξιολογήσαμε το μετεγχειρητικό πόνο με τη χρήση ελαστομερικών αντλιών μετά από επεμβάσεις για καρκίνο εντέρου.

**ΥΛΙΚΟ&ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη έλαβαν μέρος 39 ασθενείς, ηλικίας: 52 – 84 ετών. Όλοι οι ασθενείς ακολούθησαν το ίδιο πλάνο γενικής αναισθησίας. Με τυχαίο τρόπο χωρίστηκαν σε 2 ομάδες, την ομάδα Α (n<sub>1</sub>=18) που μετά το πέρας της επέμβασης χορηγήθηκε ενδοφλεβίως διάλυμα 100 mg τραμαδόλης, το οποίο επαναλαμβάνονταν κάθε 6 ώρες και στην ομάδα Β (n<sub>2</sub>=21) όπου μετά το τέλος της επέμβασης τοποθετήθηκε ενδοφλέβια ελαστομερική αντλία χωρητικότητας 100 ml και ροής 2 ml/h με διάλυμα 200 mg πεθιδίνης. Η αξιολόγηση του πόνου πραγματοποιήθηκε με βάση την οπτικοαναλογική κλίμακα VAS (0-10) στις 2, 6, 12, 24, 36 και 48 ώρες μετεγχειρητικά και καταγραφόταν τυχόν επιπρόσθετη χορήγηση οπιοειδούς όταν VAS >5.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα ζωτικά σημεία μεταξύ των δύο ομάδων. Οι ασθενείς της ομάδας Β εμφάνισαν μικρότερη επιπρόσθετη κατανάλωση οπιοειδών συγκριτικά με τους ασθενείς της ομάδας Α στις 2, στις 6, στις 12 ώρες μετεγχειρητικά ( $p < 0.05$ ). Αναφορικά με το επίπεδο μετεγχειρητικής αναλγησίας στατιστικά σημαντική υπεροχή παρατηρήθηκε στην ομάδα Β έναντι της ομάδας Α, τη 2<sup>η</sup> (4.83±2.06 έναντι 6.37±2.43,  $p=0.041$ , αντίστοιχα), 6<sup>η</sup> (3.88±1.84 έναντι 5.86±1.57,  $p=0.036$ , αντίστοιχα) και 12<sup>η</sup> μετεγχειρητική ώρα (2.73±2.24 έναντι 4.15±2.31,  $p=0.045$ , αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας Β έναντι της Α την 24<sup>η</sup> (1.37±1.13 έναντι 2.1±1.25,  $p=0.762$ , αντίστοιχα), 36<sup>η</sup> (1.05±0.74 έναντι 1.65±0.92,  $p=0.812$ , αντίστοιχα) και 48<sup>η</sup> (0.45±0.46 έναντι 0.87±0.52,  $p=0.849$ , αντίστοιχα), μετεγχειρητική ώρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ενδοφλέβια χρήση ελαστομερικών αντλιών αποδεικνύεται ασφαλή και αποτελεσματική για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού άλγους σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μειζονες και πολύωρες χειρουργικές επεμβάσεις.

## 10. Η ΠΡΟΧΟΡΗΓΗΣΗ ΛΟΡΝΟΞΙΚΑΜΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΧΥΣΗ ΠΡΟΠΟΦΟΛΗΣ

Μ. Αγγελίδη, Α. Αγγελίδη, Ν. Άννινος, Α. Μπάστας, Σ. Γιαννούλη, Γ. Φράγκου, Ε. Πάλλη Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ζακύνθου «Ο Άγιος Διονύσιος»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστό ότι κατά την ενδοφλέβια έγχυση προποφύλης προκαλείται έντονος πόνος που οφείλεται πιθανότατα στην ενεργοποίηση του καταρράκτη των κινινών στο τοίχωμα των φλεβών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί αν η ενδοφλέβια προχορήγηση λορνοξικάμης συμβάλλει στη μείωση του πόνου από την έγχυση προποφύλης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη έλαβαν μέρος 43 ασθενείς ηλικίας: 20-58 ετών, ASA: I-II. Με τυχαία επιλογή χωρίστηκαν σε 2 ομάδες. Η ομάδα Α (n<sub>1</sub>=21) έλαβε 2 mg (8 mg) λορνοξικάμης πριν τη χορήγηση προποφύλης και αποκλείστηκε η κυκλοφορία στο αντιβράχιο για 2 min. Η ομάδα Β (n<sub>2</sub>=22) έλαβε 2ml N/S 0.9% πριν τη χορήγηση προποφύλης και αποκλείστηκε η κυκλοφορία στο αντιβράχιο για 2 min. Μετά από 2 min χορηγήθηκε και στις 2 ομάδες το 1/5 της υπολογισθείσας δόσης προποφύλης για την εισαγωγή στην αναισθησία και ερωτήθηκαν οι ασθενείς για την ένταση του πόνου με βάση την κλίμακα 0-3 (0 = καθόλου πόνος, 1 = ήπιος πόνος, 2 = μέτριος πόνος, 3 = έντονος πόνος)

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά ούτε και ως προς τα ζωτικά τους σημεία. Αναφορικά με την ένταση του πόνου από την έγχυση προποφύλης διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική υπεροχή στην ομάδα Α ( $p < 0.05$ ). Συγκεκριμένα στην ομάδα Α 15 ασθενείς δεν εμφάνισαν καθόλου πόνο, ενώ 5 ασθενείς παραπονέθηκαν για ήπιο πόνο και 1 για μέτριο, ενώ στην ομάδα Β, 2 ασθενείς καθόλου πόνο, 5 ασθενείς ήπιο, 7 ασθενείς εμφάνισαν μέτριο πόνο και 8 έντονο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ενδοφλέβια προχορήγηση 2 ml (8 mg) λορνοξικάμης μπορεί να ελαττώσει σε σημαντικό βαθμό τον πόνο που προκαλείται από την ενδοφλέβια έγχυση της προποφύλης.

## 12. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ



### 13. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΙΛΑΡΑΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Σ. Ντελικού<sup>1</sup>, Α. Πετροχειλού<sup>2</sup>, Μ. Πουγιούκα-Μπέη<sup>2</sup>, Ν. Γκουμπίνι<sup>2</sup>, Μ. Λιόση<sup>2</sup>, Κ. Κωτούλα<sup>2</sup>, Χ. Κώση<sup>2</sup>, Κ. Μαραγκός<sup>2</sup>, Μ. Τούτουζα<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας & Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι λοιμώξεις αποτελούν συχνό πρόβλημα των ασθενών με αιμοσφαιρινοπάθειες και αποτελούν 3ο αίτιο θνησιμότητας. Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί η ανοσία των ασθενών με αιμοσφαιρινοπάθειες στην ιλαρά λόγω της πρόσφατης επιδημίας που έχει ξεσπάσει στην Ευρώπη.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 75 άτομα, με αιμοσφαιρινοπάθεια (52 με θαλασσαιμία/23 με δρεπανοκυτταρική νόσο) που μεταγίγονται στη Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας. Μετρήθηκαν τα IgG αντισώματα έναντι ιλαράς για τον προσδιορισμό της ανοσολογικής κατάστασης των ατόμων έναντι του ιού της ιλαράς και για την τεκμηρίωση προηγούμενης λοίμωξης από τον ιό σε άτομα χωρίς προηγούμενο ιστορικό ανοσοποίησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα 75 άτομα, 67 (89,3%) είχαν θετικά αντισώματα και 8 (10,6%) αρνητικά. Οι ασθενείς που είχαν γεννηθεί πριν το 1970 (n=31) που ο εμβολιασμός δεν ήταν υποχρεωτικός οι 30 είχαν θετικά αντισώματα (96,7%). Από τους ασθενείς που γεννήθηκαν μετά το 1970 (n=44), 37(84%) είχαν θετικά αντισώματα και 7(6%) αρνητικά. Σε εμβολιασμό κατά την παιδική ηλικία είχαν υποβληθεί 32 (72,7%). Από τους εμβολιασμένους ασθενείς είχαν χορηγηθεί 2 δόσεις στους 13 (40,6%) και 1 δόση στους 19(59,4%). Από τους 7 ασθενείς που γεννήθηκαν μετά το 1970 και που είχαν αρνητικά αντισώματα οι 5 (71,4%) δεν είχαν υποβληθεί σε εμβολιασμό, ενώ οι άλλοι 2 είχαν εμβολιαστεί ατελώς με 1 δόση εμβολίου και συυπλήρξε βαρεία ανοσοκαταστολή. Από τα άτομα που είχαν θετικά αντισώματα 41/67 (61%) εμφανίσαν πολύ υψηλούς τίτλους αντισωμάτων ενδεικτικό ενδεχομένως της συυπάρχουσας παθητικής ανοσοποίησης μέσω των μεταγίσεων. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθεια ακόμη και με μία δόση εμβολίου έχουν αναπτύξει καλή ανοσοματική απάντηση. Ομοίως οι ασθενείς με αμφίβολο ιστορικό εμβολιασμού και πιθανή έκθεση στον κατά την παιδική ηλικία. Καταστάσεις που συνοδεύονται από περαιτέρω ανοσοκαταστολή επηρεάζουν την ανοσολογική απόκριση μετά τον εμβολιασμό.

### 15. «ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ»: ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σ. Φώτης<sup>1</sup>, Χ. Βαξεβάνης<sup>1</sup>, Λ. Μαχαίρα<sup>1</sup>, Μ. Σοφούπουλος<sup>2</sup>, Α. Ντίνου<sup>3</sup>, Α. Σταυρούλου-Γκιόκα<sup>3</sup>, Δ. Θάνος<sup>4</sup>, Κ. Μπαξεβάνης<sup>1</sup>, Σ. Περέζ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κέντρο Ανοσολογίας και Ανοσοθεραπείας του Καρκίνου, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», <sup>3</sup>Ελληνική Τράπεζα Ομφαλοπλακουντιακού Αίματος, ΙΙΒΕΑΑ, Αθήνα, <sup>4</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Κύρια δράση των microRNAs (miRNAs) είναι η μετα-μεταγραφική ρύθμιση mRNA στόχων. Τα miRNAs παίζουν σημαντικό ρόλο στην ρύθμιση γονιδίων που εμπλέκονται στον καρκίνο αλλά και στο ανοσοποιητικό σύστημα. Στόχος είναι η διερεύνηση μοτίβου έκφρασης σημαντικών miRNAs, που φέρουν τον διπλό αυτό ρόλο, στην κυκλοφορία ασθενών με καρκίνο του μαστού (BCa). Θα επιχειρηθεί συσχέτιση των επιπέδων έκφρασης με παραμέτρους της κυκλοφορίας (κυτταροκίνες/χημεικίνες), τον HLA γονότυπο αλλά και την «ανοσολογική-υπογραφή» διήθησης του όγκου από ανοσοκύτταρα, όπως εγκαθιδρύθηκε στο αναδρομικό τμήμα της ίδιας μελέτης.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Περιφερικό αίμα 48 ασθενών με διηθητικό μη μεταστατικό BCa, χωρίς νέο-επικουρική θεραπεία, συλλέχθηκε μία μέρα πριν το χειρουργείο. Τα επίπεδα των Hs\_miR-21\_2, Hs\_miR-181a\_2, Hs\_miR-146a\_1, Hs\_miR-23a\_2, Hs\_miR-16\_2, Hs\_miR-155\_2 προσδιορίστηκαν στον ορό και σε PBMCs με RT-PCR. Επίσης, στον ορό μετρήθηκαν κυτταροκίνες/χημεικίνες (IL-9, IL-10, IL-1Ra, IL-8, Rantes & TGF-b) με την τεχνολογία LUMINEX ενώ έγινε και τυποποίηση HLA. Η διήθηση του όγκου από CD4+, CD8+ & CD163+ προσδιορίστηκε με ανοσοϊστοχημεία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Για πρώτη φορά δημιουργήσαμε έναν αλγόριθμο που κατηγοριοποιεί ασθενείς σε 3 διακριτές ομάδες, βάσει των επιπέδων έκφρασης των έξι miRNAs του ορού που μελετήθηκαν. Δημιουργήθηκε λοιπόν μια «μοριακή-υπογραφή» που χαρακτηρίζει ασθενείς με διαφορετικά κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά και HLA γονότυπο, και η οποία φαίνεται να συσχετίζεται με το μικροπεριβάλλον του όγκου όπως αυτό περιγράφεται από τη διαφορική ανοσοκυτταρική.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κατηγοριοποίηση των ασθενών με βάση την miRNA «μοριακή-υπογραφή» στον ορό, με τη βοήθεια αλγορίθμου, ανοίγει τον δρόμο για τον μη επεμβατικό, εύκολο και γρήγορο «χαρακτηρισμό» ασθενών με πρώιμο BCa, που μαζί με την «ανοσολογική-υπογραφή» του όγκου μπορούν να αποτελέσουν ισχυρούς βιοδείκτες πρόγνωσης και να συνεισφέρουν ουσιαστικά στην επιλογή έγκαιρης και καταλληλότερης θεραπευτικής αντιμετώπισης μετά την διάγνωση και αποφυγή του φαινομένου της υπερθεραπείας.

### 14. ΒΙΤΑΜΙΝΗ D ΚΑΙ ΝΟΣΟΓΟΝΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Ι. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>2</sup>, Α. Κότελη<sup>3</sup>, Κ. Μαυραγάνη<sup>1</sup>, Π. Αθανασίου<sup>4</sup>, Μ. Κουτσιλιέρης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, <sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, <sup>3</sup>Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, ΓΝ Θεσσαλονίκης 'Άγιος Παύλος', <sup>4</sup>Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης 'Άγιος Παύλος'

**ΣΚΟΠΟΣ:** Έχει παρατηρηθεί ότι η ανεπάρκεια της βιταμίνης D σχετίζεται με πολλά χρόνια νοσήματα, όπως με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, το συστηματικό ερυθματώδη λύκο και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα. Χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D έχουν επίσης παρατηρηθεί σε ασθενείς με παχυσαρκία. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των επιπέδων της βιταμίνης D σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Σε ομάδα 32 ασθενών με νοσογόνο παχυσαρκία, BMI 41.77 ± 1.15 (μέση τιμή ± SEM), εύρος 27.76-51.99, βάρος σώματος 112.05±3.18 kg, εύρος 85 - 150 kg, μετρήθηκαν τα επίπεδα της 25(OH)D<sub>3</sub>. Μετρήσεις έγιναν επίσης σε ομάδα 32 ατόμων φυσιολογικού BMI και βάρους σώματος, ίδιας ηλικίας και φύλου που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Η 25(OH)D<sub>3</sub> μετρήθηκε με ραδιοανοσολογική μέθοδο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην ομάδα των ασθενών με νοσογόνο παχυσαρκία και στην ομάδα ελέγχου τα επίπεδα της 25(OH)D<sub>3</sub> ήταν 10.77±0.51 ng/ml και 24.51±1.35 ng/ml αντίστοιχα (p < 0.001, Student's t test). Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της 25(OH)D<sub>3</sub> και του BMI, standardized beta coefficient -0.87, p=0.001. Παρατηρήθηκε επίσης αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της 25(OH)D<sub>3</sub> και του βάρους σώματος, standardized beta coefficient -0.345, p < 0.001.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πολύ χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D παρατηρήθηκαν σε ομάδα ασθενών με νοσογόνο παχυσαρκία. Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της 25(OH)D<sub>3</sub> του BMI και του βάρους σώματος. Η σχέση αυτή σημαίνει ότι τα χαμηλά επίπεδα της βιταμίνης D σχετίστηκαν με μεγάλο BMI και μεγάλο βάρος σώματος. Έχει παρατηρηθεί ότι η βιταμίνη D είναι αρνητικός δείκτης της οξείας φλεγμονώδους αντίδρασης (Quraishi et al, Curr Opin Clin Nutr 2012). Τα ευρήματα συνηγορούν στο ότι η βιταμίνη D μπορεί να είναι αρνητικός δείκτης του φλεγμονώδους περιβάλλοντος που χαρακτηρίζει τη νοσογόνο παχυσαρκία.

### 16. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΡΠΗΤΟΙΩΝ ΣΕ ΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟ ΚΑΙ ΜΗ ΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Κ. Φρατζή, Μ. Πουγιούκα-Μπέη<sup>2</sup>, Σ. Ντελικού<sup>1</sup>, Μ. Λιόση<sup>2</sup>, Ν. Γκουμπίνι<sup>2</sup>, Χ. Κώση<sup>2</sup>, Κ. Κωτούλα<sup>2</sup>, Α. Πετροχειλού<sup>2</sup>, Μ. Τούτουζα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, Σχολή Επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, ΤΕΙ Αθηνών, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι ανθρώπινοι ερπητοϊοί χαρακτηρίζονται από την ικανότητα να λαμβρβιούν στα κύτταρα του ξενιστή τους κυρίως μέσω μηχανισμών αποφυγής της ανοσιακής του απόκρισης και μπορούν να μεταδοθούν με τη μετώπιση προτόντων αίματος.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συγκρίθηκαν 2 πληθυσμοί (n=76) ηλικιακού εύρους 18-65 ετών, πολυμεταγγιζόμενων ασθενών με αιμοσφαιρινοπάθειες και γενικού πληθυσμού που κατά την χρονική περίοδο (Μάιο-Ιούλιο 2017) υποβλήθηκαν σε έλεγχο αντισωμάτων για HSV και VZV. Τα ευρήματα αναλύθηκαν με το χ<sup>2</sup> και το Mann-Whitney test. Ως στατιστικά σημαντικά θεωρήθηκε το p < 0,05.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αντισώματα που ανιχνεύθηκαν για τον ιό του απλού έρπητα ήταν τα εξής: τα IgM θετικά ανιχνεύθηκαν στα 8/76 (10,5%) άτομα των μεταγγιζόμενων και 11/76 (14,5%) των μη μεταγγιζόμενων. Τα IgG θετικά βρέθηκαν στα 59/67 (88,1%) των μεταγγιζόμενων και στα 60/76 (78,9%) των μη μεταγγιζόμενων. Το χ<sup>2</sup> για τα IgG ήταν μη-στατιστικά σημαντικό. Η ανίχνευση IgG αντισωμάτων για τον ιό VZV ήταν θετική σε 58/76 (77,3%) των μεταγγιζόμενων σε αντίθεση με τους μη μεταγγιζόμενους 73/76 (96,1%). Τα IgM δεν είχαν στατιστική διαφορά. Η ανάλυση για τα IgG αρνητικά ήταν στατιστικά σημαντική (p: 0,09) στην ομάδα των πολυμεταγγιζόμενων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε ότι και οι δυο πληθυσμοί είχαν αντισώματα για τον HSV, χωρίς στατιστική διαφορά ανάμεσα στους μεταγγιζόμενους και στους μη μεταγγιζόμενους, ενδεικτικό μη εξάρτησης της πρωτοπαθούς λοίμωξης από την μετώπιση. Ομοίως για τον VZV η πρωτοπαθής λοίμωξη δεν σχετίζεται με την μετώπιση. Τα IgG αντισώματα όμως υποδεικνύουν διαφορά στην επίπτωση ανάμεσα στους δυο πληθυσμούς.

## 17. ΕΠΙΤΩΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΙΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Ι. Κάκκας<sup>1</sup>, Ι. Οικονομίδου<sup>1</sup>, Σ. Γιγάντζος<sup>2</sup>, Σ. Δεληήμαση<sup>2</sup>, Μ. Μπακίρη<sup>2</sup>, Θ. Καρμίρης<sup>2</sup>, Ε. Γρηγορίου<sup>1</sup>, Α. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ν. Χαρχαλάκης<sup>2</sup>, Α. Στιρογιάννη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Αιματολογική Κλινική και Λεμφωμάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ασθενείς με Πρωτοπαθείς Αντισωματικές Ανοσοανεπάρκειες (ΠΑΑ) αναφέρεται ότι εμφανίζουν σε αυξημένη συχνότητα, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, αυτοάνοσα νοσήματα και κακοήθειες. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανάλυση του φάσματος και της επίπτωσης των κλινικών εκδηλώσεων αυτοανοσίας, σε ενήλικες ασθενείς με ΠΑΑ που διαγνώστηκαν και παρακολουθούνται για χρονικό διάστημα περίπου 30 ετών. **ΑΣΘΕΝΕΙΣ:** Στη μελέτη αυτή συμπεριλήφθηκαν δύο ομάδες ασθενών. Η πρώτη ομάδα περιελάμβανε εξήντα επτά (67) περιπτώσεις με Κοινή Ποικίλη Ανοσοανεπάρκεια (ΚΠΑ) και η δεύτερη ομάδα, πενήντα τρεις (53) με εκλεκτική IgA ανεπάρκεια (IgA-A). Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς νοσηλεύτηκαν κατά διαστήματα με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μεταξύ των 67 ασθενών με ΚΠΑ, 11 (16,4%) παρουσίασαν Ιδιοπαθή Θρομβοπενική Πορφύρα (ΙΘΠ), η οποία σε αρκετές περιπτώσεις (περίπου 40%) προηγήθηκε της τελικής διάγνωσης της ανοσοανεπάρκειας. Τέσσερις από αυτούς παρουσίασαν επιπλέον αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία (ΑΑΑ). Οι ασθενείς με ΙΘΠ παρά τη θεραπεία υποκατάστασης με γ-σφαιρίνη είχαν συχνά υποτροπές και τελικά τρεις από αυτούς υποβλήθηκαν σε σπληνεκτομή. Από τους 53 ασθενείς με IgA-A, η αυτοανοσία εκδηλώθηκε ως εξής: οκτώ περιπτώσεις (16,9%) με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ) με υψηλούς τίτλους αντιπυρηνικών και αντι-dsDNA αυτοαντισωμάτων, μια με Πρωτοπαθή Χολική Κίρρωση (ΠΧΚ) με θετικά αντι-μιτοχονδριακά αντισώματα, μια με νόσο Crohn (NC) με θετικά αντισώματα έναντι λείων μυικών ινών, μια με ΙΘΠ και μία με ΑΑΑ. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η επίπτωση μιας αυτοάνοσης νόσου είναι συχνή σε ενήλικες ασθενείς με ΠΑΑ. Στην IgA-A κατά κύριο λόγο παρουσιάζονται συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα όπου ο ΣΕΛ φαίνεται να εμφανίζεται με τη μεγαλύτερη συχνότητα. Αντίστοιχα, στους ασθενείς με ΚΠΑ σχεδόν κατά αποκλειστικότητα εμφανίζονται αυτοάνοσες κυτταροπενίες με συχνότερη την ΙΘΠ.

## 19. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΤΟ ΑΝΩ ΑΚΡΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΤΕΝΟΤΟΕΛΥΤΡΙΤΙΔΑ DE QUERVAIN

Α. Κοτρώνη, Ο. Νικολαΐδου, Σ. Σιβετίδου, Φ. Ξυπολυτά  
Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο Κλινικής ΦΙΑΠ, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή τυχόν διαταραχών αγωγιμότητας του επιπολής κερκιδικού νεύρου σε ασθενείς με εμμένουσα τενοτοελυτρίτιδα de Quervain, μιας φλεγμονής του ελύτρου που περιβάλλει τον βραχύ εκτεινόμενα και το μακρό απαγωγό του αντίχειρα. Το επιπολής κερκιδικό νεύρο είναι αισθητικός κλάδος για τη ραχιαία επιφάνεια της κερκιδικής μοίρας της άκρας χειρός και τη ραχιαία επιφάνεια των πρώτων φαλάγγων των 3 ½ πρώτων δακτύλων.

**ΥΛΙΚΟ:** 21 ασθενείς (8 άνδρες, 13 γυναίκες), 25-58 ετών, με τενοτρίτιδα τουλάχιστον από 6 μηνών. Αποκλείστηκαν όσοι είχαν υποβληθεί σε εγχύσεις κορτικοστεροειδών, με σακχαρώδη διαβήτη, ημιπληγία, άλλη περιφερική νευροπάθεια, κάταγμα στην ΠΧΚ ή το αντιβράχιο στην πάσχουσα πλευρά.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πάσχον άνω άκρο: δείγμα. Μη πάσχον: μάρτυρας. Δακτυλιοειδή ηλεκτρόδια στον αντίχειρα. Επιφανειακός ηλεκτρικός ερεθισμός 25 mA, λίγο πάνω (~2cm) από τη στυλοειδή απόφυση της κερκίδας, απόσταση ερεθιστή με ενεργό ηλεκτρόδιο  $\geq 10$ cm. Μετρήθηκαν και συγκρίθηκαν η μέση τιμή και ο μέσος όρος 3 μεταβλητών: λανθάνων χρόνος, εύρος αισθητικού δυναμικού, αισθητική ταχύτητα αγωγής (ΑΤΑ). Ο λανθάνων χρόνος θεωρήθηκε παρατεταμένος για τιμές  $\geq 2.7$ msec. Η διαφορά στο εύρος του δυναμικού αξιολογήθηκε όταν ήταν  $\leq 50\%$  σε σχέση με τον μάρτυρα. Η ΑΤΑ μειωμένη για τιμές  $< 50$ m/sec.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μικρός αριθμός δειγμάτων δεν επιτρέπει εφαρμογή test στατιστικής σημαντικότητας. Περιοριζόμαστε στην ποσοστιαία καταγραφή των ευρημάτων. Σε 13 ασθενείς (61,9%) το επιπολής κερκιδικό νεύρο είχε λανθάνοντα χρόνο  $\geq 2.7$ msec. Σε 15 ασθενείς (71,4%) η διαφορά στο εύρος του αισθητικού δυναμικού ήταν  $\leq 50\%$  σε σχέση με το υγιές άκρο. Η ΑΤΑ  $< 50$ m/sec σε 10 ασθενείς (47,6%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υπάρχουν ενδείξεις εστιακής νευροπάθειας του επιπολής κερκιδικού νεύρου σε ασθενείς με εμμένουσα τενοτοελυτρίτιδα de Quervain πιθανότερα οφειλόμενη στη γενικότερη φλεγμονή της περιοχής. Πιθανόν η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της τενοτοελυτρίτιδας να προλαβαίνουν αυτή τη διαταραχή.

## 18. ΘΕΤΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΝΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΚΑΙ ΑΜΦΙΒΟΛΛΑ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΕΝΔΕΙΞΗ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ, ΜΟΛΥΝΣΗ, Η ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ; Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ QUANTIFERON

Σ. Ντελίκου<sup>1</sup>, Μ. Πουγιούκα - Μπέη<sup>2</sup>, Μ. Λιόση<sup>2</sup>, Ν. Γκουμπίνι<sup>2</sup>, Α. Πετροχειλού<sup>2</sup>, Κ. Μαραγκός<sup>1</sup>, Μ. Τούτουζα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η πνευμονική φυματίωση είναι μια ειδική πνευμονική λοίμωξη που αποτελεί συχνή αιτία νοσηρότητας σε άτομα με ανοσοκαταστολή. Η φυματίωση μπορεί να είναι συμπτωματική ή λανθάνουσα. Σκοπός της εργασίας είναι η ανεύρεση λανθάνουσας φυματίωσης σε ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο και αμφίβολα εργαστηριακά και απεικονιστικά ευρήματα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατά την περίοδο Σεπτεμβρίου- Δεκεμβρίου 2017 εξετάστηκαν 12 ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο και ιστορικό προηγηθείσας πνευμονικής συμμετοχής (Π.Ε, οξύ θωρακικό, πνευμονία) που προσήλθαν με κλινική εικόνα εμπύρετου (μέση θερμοκρασία: 38,4C), βήχα, ακροαστικά ευρήματα, και παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία, διάρκειας > 15 ημερών, μη υφέσιμα με εμπειρική αντιβιοτική αγωγή ευρέος φάσματος και χωρίς απομόνωση άλλου παθογόνου. Διενεργήθηκε φυματινοαντίδραση Mantoux, γενική αίματος, CRP, και δοκιμασία Quantiferon. Επίσης οι ασθενείς ερωτήθηκαν για ιστορικό εμβολιασμού ή νόσησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση τιμή λευκών ήταν 7325 με πολυμορφοφυρηνικό τύπο (58,3%). Η CRP ήταν αυξημένη σε όλους τους ασθενείς 67.5. Η δοκιμασία Mantoux είχε μέσο όρο 4,5 mm με 3/12 να εμφανίζουν >7 mm. Στην ακτινογραφία θώρακος 6/12 ασθενείς είχαν άτυπες διηθείσεις, 2/12 λοβίτιδα, 2/12 πύκνωση ΔΚΑ, 1/12 διατραχέως τύπου διάμεσου δικτύου. Ακροαστικώς 7/12 δεν εμφάνιζαν ακροαστικά ευρήματα, 4/12 εμφάνιζαν μείωση α.ψ και 1/12 τριζόντες. Πυώδη πύελα εμφάνιζαν 6/12, χωρίς απομόνωση παθογόνου στις καλλιέργειες. Από το ιστορικό τους 4/12 είχαν εμβολιαστεί στην παιδική ηλικία. Η δοκιμασία Quantiferon ήταν αρνητική σε όλους τους ασθενείς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα εργασία τέθηκε η υπόνοια λανθάνουσας φυματίωσης σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς με άτυπα κλινικά, ακτινολογικά ευρήματα και αμφίβολη Mantoux. Η QFT-TB αποδείχθηκε πιο ειδική εξέταση τόσο στους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς όσο και σε άτομα που έχουν εμβολιαστεί με BCG.

## 20. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ), ΜΕ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FIM)

Α. Ηλιάδης, Π. Βορωνιώτακης, Δ. Πασβάντης, Γ. Γεροντάκης, Π. Βακουφτής, Ε. Μπάκας  
Euromedica-Αρωγή, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο δείκτης Functional Independence Measure (FIM) είναι βασικό εργαλείο που αντικατοπτρίζει τη λειτουργική ικανότητα του ασθενή με ανικανότητα. Χρησιμοποιείται για να ανιχνεύσει τις αλλαγές στη λειτουργική ικανότητα του ασθενή μετά από μια σοβαρή προσβολή (νευρολογικής, ορθοπεδικής ή άλλης παθολογικής φύσης), κυρίως κατά την οξεία, νοσοκομειακή αποκατάσταση. Αξιολογείται κατά την εισαγωγή (72 ώρες μετά το επεισόδιο) και 72 ώρες πριν το εξιτήριο. Η διαφορά τους, ιδίως σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), δείχνει αξιόπιστα το αποτέλεσμα του προγράμματος επανεκπαίδευσης. Σκοπός μας είναι να δείξουμε, με τη χρήση του συγκεκριμένου δείκτη, τις αλλαγές που παρατηρούνται στη λειτουργική ικανότητα του ασθενή με τα προγράμματα αποκατάστασης.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναφερόμαστε σε 156 ασθενείς με ΑΕΕ, μέσης ηλικίας 66,7 έτη, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο Κέντρο "ΑΡΩΓΗ" το 2017. Από αυτούς οι 105 ασθενείς ακολούθησαν ένα σταθερό πρόγραμμα εκπαίδευσης ισορροπίας, βάδισης και αυτουπηρέτησης στις δραστηριότητες της καθημερινής διαβίωσης, ενώ σε 51 άτομα, εκτός από αυτό εφαρμόστηκαν ανάλογα με την δυνατότητά τους και περισσότερο εξειδικευμένα προγράμματα, όπως υδροθεραπεία, ρομποτική βάδιση, εκπαίδευσης των λεπτών κινήσεων των άνω άκρων ή συνδυασμό τους. Σε όλους εκτιμήθηκε ο δείκτης FIM εισαγωγής και εξιτηρίου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με το σταθερό πρόγραμμα είχαν μέση τιμή FIM εισαγωγής=48,5 (min=18, max=116) και εξόδου=81,9 (min=29, max=126), ενώ αυτοί που ακολούθησαν επιπλέον εξειδικευμένες εκπαίδευσεις είχαν μέση τιμή FIM εισαγωγής=52,5 (min=24, max=106) και εξόδου=96,8 (min=39, max=126).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο δείκτης FIM δείχνει καθαρά τις λεπτές διαφορές στην αποκατάσταση των ασθενών με ΑΕΕ, όταν αυτοί ακολουθούν έστω και μια επιπλέον θεραπευτική παρέμβαση πέραν του σταθερού προγράμματος που ακολουθείται σε αυτές τις περιπτώσεις στο Κέντρο "ΑΡΩΓΗ".



## 21. ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ: Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΕΕ.

*Δ. Αρτέμης, Α. Κουρούνης, Ν. Λιακόπουλος, Α. Ηλιάδης, Ε. Μπάκας  
Euromedica-Αρωγή Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, Θεσσαλονίκη*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ως κρυπτογενές αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ορίζεται το ισχαιμικό ΑΕΕ με κλινική σημειολογία που δεν αποδίδεται σε συγκεκριμένο καρδιοεμβολικό συμβάν, νόσο μεγάλων αγγείων ή νόσο μικρών αγγείων έπειτα από εκτενή διαγνωστικό έλεγχο. Τα καρδιοεμβολικά ΑΕΕ ενοχοποιούνται για το 20% του συνόλου των ισχαιμικών ΑΕΕ. Προς το παρόν στους ασθενείς με κρυπτογενή ΑΕΕ χορηγείται αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης. Δεδομένης της ελλιπούς προστασίας που παρέχει η αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στη περίπτωση καρδιοεμβολικών ΑΕΕ η ανίχνευση παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής (ΠΚΜ) είναι κριτικής σημασίας για τον καθορισμό της ενδεδειγμένης δευτερογενούς πρόληψης. Στόχος μας είναι να αναδειχθεί η σημασία της καταγραφής του καρδιακού ρυθμού σε ασθενείς με κρυπτογενή ΑΕΕ κατά τη διαδικασία αποκατάστασης

**ΥΛΙΚΟ:** Σε μια μονοκεντρική προοπτική μελέτη διερευνήσαμε 105 ασθενείς, οι οποίοι είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε λεπτομερή αιτιολογική διερεύνηση, με κρυπτογενές ΑΕΕ που εισήχθησαν στην κλινική μας για αποκατάσταση. Χρησιμοποιήθηκε 24ωρη καταγραφή καρδιακού ρυθμού με Holter ρυθμού κατά τη διάρκεια συνεδριών εντατικής φυσιοθεραπείας. Ανίχνευση ριπών κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) >30\* αξιολογήθηκε ως ΠΚΜ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 78 (εύρος 50-93 έτη: 64υ-ναίκες). ΠΚΜ ανιχνεύθηκε σε 45 ασθενείς (43%) με στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες ( $p < 0,05$ )

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συχνότητα ανίχνευσης ριπών (ΚΜ) στη μελέτη μας ήταν μεγαλύτερη από την αναφερόμενη στη διεθνή βιβλιογραφία. Το αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι η καταγραφή Holter κατά την διάρκεια φυσιοθεραπείας πιθανώς αυξάνει τα ποσοστά ανίχνευσης ΠΚΜ σε ασθενείς με κρυπτογενές ΑΕΕ.

## 23. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ ΣΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΝΥΔΑΤΩΣΗΣ

*Α. Ηλιάδης, Σ. Σοϊπή, Π. Βορυνιώτακης, Α. Κοντός, Ε. Μπάκας  
Euromedica-Αρωγή, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, Θεσσαλονίκη*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η άμεση διάγνωση και η αποτελεσματική διαχείριση της δυσφαγίας, προλαμβάνει σημαντικά τις σοβαρές της συνέπειες, όπως πνευμόνια από εισρόφηση ή αφυδάτωση, ενώ παράλληλα βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας του ασθενή. Οι ασθενείς με σοβαρά νευρολογικά προβλήματα, όπως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ), και άλλα, δεν αντιλαμβάνονται άμεσα τα συμπτώματα της δυσφαγίας, για αυτό είναι επιτακτική η γρήγορη διάγνωση της και η από ενωρίς διαχείριση ακολουθώντας σταθερό θεραπευτικό πρωτόκολλο. Σκοπός μας είναι να αναδειχθεί η σημασία της άμεσης διάγνωσης, της συστηματικής παρακολούθησης και της άμεσης διαχείρισης ασθενών με νευρολογικά ελλείματα.

**ΥΛΙΚΟ:** Σε χρονικό διάστημα 1,5 έτους, εκτιμήθηκαν 94 ασθενείς με ΑΕΕ, ΚΕΚ και άλλες νευρολογικές καταστάσεις, μέσης ηλικίας 68,2 έτη, στους οποίους έγιναν 194 βίντεο-ενδοσκοπήσεις για την εκτίμηση της λειτουργίας της κατάποσης. Η επανεκτίμηση γινόταν κάθε 15 ημέρες (τροποποίηση του πρωτοκόλλου ανάλογα με την εικόνα του ασθενούς) όπου και καθοριζόταν το πρόγραμμα διαχείρισης. Οι παρατηρήσεις αφορούν τη σύσταση των λεπτόρευστων υγρών, των παχύρευστων, αλλά και τις διατροφικές αλλαγές, στρατηγικές κατάποσης, με σκοπό την ασφαλή και επαρκή σίτιση και ενυδάτωση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Και στους 94 ασθενείς μας, επιβεβαιώθηκε στην αρχική μας εκτίμηση η διαταραχή της κατάποσης και σε όλους εφαρμόστηκε συγκεκριμένο πρωτόκολλο σίτισης-ενυδάτωσης. Σε 62 ασθενείς έγινε επανεκτίμηση. Οι παράγοντες που επηρέασαν την έκβαση της διαχείρισης της δυσφαγίας ήταν η βαρύτητα του νευρολογικού ελλείματος, η συννοσηρότητα, η ηλικία, όπως εκφράστηκε και με τον δείκτη Functional Independence Measure (FIM).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η από ενωρίς εκτίμηση της δυσφαγίας σε ασθενείς με σοβαρά νευρολογικά ελλείματα και η κατάλληλη διαχείρισή της, προσφέρει μεγάλα κλινικά πλεονεκτήματα στη συνολική αποκατάσταση των συγκεκριμένων ασθενών.

## 22. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΡΕΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ, ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ Η ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.

*Σ. Φερφέλη, Σ. Σιβετίδου, Δ. Τσιμασφίρου, Φ. Ξυπολυτά  
Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της αποτελεσματικότητας του ιατρικού βελονισμού σε ασθενείς με πάρεση προσωπικού νεύρου περιφερικού τύπου, είτε συμπληρωματικά της φαρμακευτικής αγωγής, είτε ως κύρια μορφή αντιμετώπισης στους ασθενείς με αντένδειξη στη λήψη κορτικοστεροειδών.

**ΥΛΙΚΟ:** Επιλέχθηκαν 6 ασθενείς στους οποίους εφαρμόστηκε βελονισμός 2 φορές εβδομαδιαίως για συνολικά 12 συνεδρίες. 5 από τους ασθενείς αυτούς είχαν ήδη λάβει πλήρες σχήμα φαρμακευτικής αγωγής με μεθυλπρεδνιζολόνη και αντιερεπτικούς παράγοντες, καθώς και τοπική οφθαλμική αγωγή από 2 έως 13 μήνες νωρίτερα. Ο ένας εκ των ασθενών είχε αντένδειξη λήψης κορτικοστεροειδών λόγω ατομικού ιστορικού ΣΔ τύπου Ι και ηπατίτιδας, οπότε αντιμετωπίστηκε στην οξεία φάση με βελονισμό και συνοδό τοπική οφθαλμική αγωγή. Ταυτόχρονα όλοι οι ασθενείς ακολούθησαν ένα κατ'οίκον θεραπευτικό πρόγραμμα μμητικής θεραπείας διάρκειας 6 εβδομάδων, που περιλάμβανε αυτομάλαξη του προσώπου και ασκήσεις συντονισμού και συναισθηματικής έκφρασης. Η αποτελεσματικότητα της παραπάνω παρέμβασης καταγράφηκε με της χρήση της κλίμακας Facial Disability Index (FDI) και, για όσους ασθενείς αιτιώταν πόνο, με την κλίμακα Numeric Pain Rating Scale (NPRS), που χορηγήθηκαν πριν την έναρξη και με το πέρας του πρωτοκόλλου των 6 εβδομάδων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με την ολοκλήρωση των 6 εβδομάδων θεραπευτικής αντιμετώπισης με βελονισμό, όλοι οι ασθενείς ανέφεραν βελτίωση τόσο στη σωματική όσο και στην κοινωνική λειτουργικότητα στην κλίμακα FDI, ενώ όσοι αντιμετώπιζαν πόνο παρουσίασαν μείωση της έντασης αυτού βάσει της NPRS.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο ιατρικός βελονισμός φαίνεται να αποτελεί μία αποτελεσματική μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης στους ασθενείς μας με πάρεση προσωπικού περιφερικού τύπου, είτε συμπληρωματικά της φαρμακευτικής αντιμετώπισης, είτε ως κύρια μορφή θεραπείας, πάντα στο πλαίσιο ενός πολυδιάστατου προγράμματος αποκατάστασης.

## 24. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

*Α. Κουρούνης, Ν. Λιακόπουλος, Α. Ηλιάδης, Ε. Μπάκας  
Euromedica-Αρωγή, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, Θεσσαλονίκη*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καρδιοαναπνευστική αποκατάσταση σε ασθενείς με συννοσηρότητες παρουσιάζει ιδιαίτερες προκλήσεις και εμπόδια, που θα πρέπει να ξεπεραστούν για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν 40 νοσηλεύόμενοι ασθενείς φάσης I-II, ηλικίας 49-88 (m=62,7έτη), τα τρία έτη (2015-2017), που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα καρδιοαναπνευστικής αποκατάστασης, αποκλειστικά ή παράλληλα με το πρόγραμμα αποκατάστασης της βασικής τους νόσου. Κατά την εισαγωγή στο κέντρο αποκατάστασης γίνεται λεπτομερής καταγραφή σε ερωτηματολόγιο ατομικού ιστορικού, κλινικής εξέτασης και φυσιατρικής αξιολόγησης. Στόχος είναι η ταχύτερη δυνατή έναρξη αερόβιας άσκησης, χρησιμοποιώντας τα διαθέσιμα όργανα για συνεχόμενη άσκηση υπό τηλεμετρική παρακολούθηση, στο 40-70% της καρδιακής τους εφεδρείας. Η πρόοδος αξιολογήθηκε με το τεστ 6 λεπτών, την κλίμακα BORG, και τα μεταβολικά ισοδύναμα που επετεύχθηκαν.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι 40 ασθενείς παρουσίασαν: 33 κινητικά ελλείματα, 22 νευρολογικά, 5 υποάθθεια, 4 βαριά οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ), 3 οσφυαλγία, 22 κατακλίσεις, 11 χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), 3 διαλείπουσα χωλότητα και 4 διαγνωσμένη κατάθλιψη. Το 80% των ασθενών δεν μπορούσε να υποβληθεί από την εισαγωγή τους σε συνεχόμενη άσκηση διάρκειας 30 λεπτών, 5 φορές την εβδομάδα. Το 85% των ασθενών χρειάστηκαν τροποποίηση των ασκήσεων προκειμένου να ακολουθήσουν το πρόγραμμα. Ασθενείς με ΧΑΠ, διαλείπουσα χωλότητα, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο παρουσίασαν σταδιακή προσαρμογή σε κλασικές ασκήσεις, όπως κυκλοεργόμετρο με προοδευτικά μεγαλύτερη συμμετοχή του πάσχοντος άκρου και μεγαλύτερη βελτίωση στις δοκιμασίες αξιολόγησης (230μ->297μ) (μ.ο 67μ). Η βελτίωση ήταν λιγότερο εμφανής σε άτομα με βαριά ΟΑ και οσφυαλγία (211->234)(μ.ο 23μ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Όλες οι ομάδες ασθενών αντιλούν όφελος από ένα πρόγραμμα καρδιοαναπνευστικής αποκατάστασης, με το όφελος να γίνεται μεγαλύτερο όσο βελτιώνεται παράλληλα το συνοδό νόσημα. Η καρδιοαναπνευστική αποκατάσταση μπορεί και πρέπει να εντάσσεται στο πλάνο αποκατάστασης ασθενών και να εξατομικεύεται ώστε να παρακάμπνεται οι περιορισμοί των συνοδών παθήσεων.

## 25. ΜΕΙΩΣΗ ΠΤΩΞΕΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΤΩΣΗΣ STRATIFY

Α. Χρυσάφη, Θ. Τολάρης, Ι. Γεωργιάδης, Α. Ηλιάδης, Δ. Πασβάντης, Ε. Μπάκας  
Euromedica-Αρωγή, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι πτώσεις αποτελούν σοβαρή αιτία νοσηρότητας-θνητότητας που οδηγούν σε απώλεια της ποιότητας ζωής και περιορισμό, έχει δε μεγαλύτερη σημασία όταν συμβαίνει στο περιβάλλον νοσηλείας. Στόχος είναι η πρόληψή τους. Η κλίμακα STRATIFY προσφέρει τη δυνατότητα αξιολόγησης του κινδύνου πτώσης, και όταν χρησιμοποιείται κατά την εισαγωγή του ασθενή στο κέντρο αποκατάστασης, προσφέρει τη δυνατότητα λήψης των απαραίτητων μέτρων για την ανάλογη πρόληψη. Σκοπός μας είναι η αξιολόγηση του κινδύνου για πτώση κατά την εισαγωγή τους, μέσω της διαλογής των ασθενών (triage), και η πρόληψη της με τη λήψη των ανάλογων μέτρων.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναφερόμαστε σε 3.060 εισαγωγές, 2018 ορθοπεδικών, 924 νευρολογικών και 118 λοιπών εισαγωγών που έγιναν τα έτη 2016 και 2017 στο Κέντρο "ΑΡΩΓΗ". Στη διλογική (triage) αξιολόγηση του κινδύνου πτώσης με τη χρήση της κλίμακας STRATIFY, καθώς και η αρχική αξιολόγηση FIM, και ανάλογα με τον κίνδυνο τοποθετούνται οι ενδείξεις για περιοριστικά μέτρα. Το 71% αξιολογήθηκαν ως υψηλού, 25% μέτριου και 4% χαμηλού κινδύνου. Παράλληλα χρησιμοποιήθηκε και ειδικό έντυπο που χορηγείται σε όλους του ασθενείς του κέντρου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 2016 είχαμε 148 πτώσεις (από 1554 εισαγωγές) και το 2017, 84 πτώσεις (1506 εισαγωγές), μια μείωση κατά 43%. Αναλυτικά, χωρίς ένδειξη κινδύνου πτώσης κατά την εισαγωγή είναι 19 και 0 τα αντίστοιχα έτη, με μέτρα ασφαλείας 42 και 16, με ύπαρξη συνοδού 11 και 7, από υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων του ασθενή από τον ίδιο 57 και 46, κατά τη βιάση 6 και 11, στο μπάνιο 13 και 4.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αρχική αξιολόγηση στη διαλογή, του κινδύνου για πτώση των νοσηλευόμενων ασθενών, προσφέρει πολύ μεγάλη βοήθεια στον περιορισμό των πτώσεων των ασθενών που νοσηλεύονται.

## 27. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ, ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΗΣ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE

Δ. Πασβάντης, Γ. Μπίκος, Ε. Γεωργιάδου, Ε. Γεωργιάδου, Β. Κατσιγιάννη, Ε. Μπάκας  
Euromedica-Αρωγή, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ουσιαστικός στόχος της Αποκατάστασης στους ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι η βελτίωση της λειτουργικότητας, το οποίο βοηθά στην ταχύτερη επανένταξη τους στην καθημερινότητα. Ο πλέον αξιόπιστος τρόπος αξιολόγησης της λειτουργικότητας του ασθενή μετά από ένα ΑΕΕ είναι ο δείκτης Functional Independence Measure (FIM), ο οποίος αντιπροσωπεύει με ακρίβεια την ικανότητα εκτέλεσης του ατόμου και τις λεπτές αλλαγές που παρουσιάζονται με το πρόγραμμα εκπαίδευσής του. Σκοπός είναι μέσα από τις αλλαγές του δείκτη FIM να εκτιμηθούν οι λεπτές αλλαγές της λειτουργικότητας, χρησιμοποιώντας τα περιβάλλον ρομποτικής εκπαίδευσης (artheo).

**ΥΛΙΚΟ:** Αναφερόμαστε σε 127 ασθενείς με ΑΕΕ, μέσης ηλικίας 66,2 έτη, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο Κέντρο "ΑΡΩΓΗ" το 2017. Από αυτούς οι 105 ακολούθησαν ένα σταθερό πρόγραμμα αποκατάστασης (φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία), ενώ 16 ακολούθησαν επιπλέον και ένα ειδικό πρόγραμμα επανεκπαίδευσης σε ρομποτικό περιβάλλον, για τη βελτίωση των λεπτών κινήσεων του άνω άκρου, και σε 6 ασθενείς, όλα αυτά συνδυάστηκαν με άσκηση στο περιβάλλον του νερού. Στους ασθενείς εκτιμήθηκε ο δείκτης FIM εισαγωγής και εξιτηρίου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς που ακολούθησαν το σταθερό πρόγραμμα είχαν μέση τιμή FIM εισαγωγής = 48,5 (min=18, max=116) και εξόδου = 81,9 (min=29, max=126). Αυτοί που εκπαιδεύτηκαν επιπλέον στο ρομποτικό περιβάλλον είχαν μέση τιμή FIM εισαγωγής = 54,5 (min=25, max=106) και εξόδου = 97 (min=51, max=126), ενώ όσοι υποβλήθηκαν επιπλέον και σε υδροθεραπεία, είχαν μέση τιμή FIM εισαγωγής = 55 (min=34, max=99) και εξόδου = 105 (min=82, max=126).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Φαίνεται ότι ασθενείς που ακολούθησαν προγράμματα αποκατάστασης σε ρομποτικό περιβάλλον για την επανεκπαίδευση των λεπτών κινήσεων του χεριού, είχαν υψηλότερο δείκτη FIM εξιτηρίου, κυρίως στους δείκτες της αυτοπληρέτησης.

## 26. ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ ΣΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Α. Ηλιάδης, Γ. Μπίκος, Κ. Μιχούτ, Γ. Γεωργιάδης, Δ. Πασβάντης, Ε. Μπάκας  
Euromedica-Αρωγή Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ουσιαστικός στόχος της Αποκατάστασης των ασθενών με κάποιο σοβαρό νευρολογικό ή ορθοπεδικό πρόβλημα ή έλλειμμα που προκαλεί κινητικό και λειτουργικό περιορισμό, είναι να αποκτήσει μέσω της εξειδικευμένης επανεκπαίδευσης ένα λειτουργικό επίπεδο που θα του προσφέρει τη μεγαλύτερη δυνατή ανεξαρτησία. Η λειτουργική ικανότητα του ασθενή εκτιμάται με ειδικούς δείκτες, ο πλέον αξιόπιστος των οποίων είναι ο δείκτης λειτουργικής ανεξαρτησίας (Functional Independence Measure-FIM). Σκοπός μας είναι η ποσοστιαία εκτίμηση, της βελτίωσης της λειτουργικής ανεξαρτησίας των ασθενών που παρουσιάζουν σοβαρό περιορισμό και νοσηλεύονται στο κέντρο Αποκατάστασης, με τη βοήθεια του δείκτη FIM.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναφερόμαστε σε 1073 ασθενείς, 751 με ορθοπεδικό πρόβλημα, όπως σοβαρά κατάγματα του ισχίου ή του γόνατος, μέσης ηλικίας 72,6 έτη, και 322 με νευρολογικό έλλειμμα, όπως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή άλλη βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος, μέσης ηλικίας 69,8 έτη, που νοσηλεύτηκαν στο Κέντρο "ΑΡΩΓΗ" τους τελευταίους 9 μήνες (Απρίλιο - Δεκέμβριο 2017).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με ορθοπεδικό πρόβλημα είχαν μέση τιμή του δείκτη FIM εισαγωγής 63,1 και εξιτηρίου 93,25, μια διαφορά δηλαδή 30,15 μονάδες, δηλαδή 47,7%. Οι ασθενείς με νευρολογικό έλλειμμα είχαν μέση τιμή του δείκτη FIM εισαγωγής 44,03 και εξιτηρίου 79,11, μια διαφορά 35,11 μονάδες, δηλαδή ποσοστιαία βελτίωση 79,94%

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Φαίνεται καθαρά ότι ο δείκτης λειτουργικής ανεξαρτησίας FIM προσφέρει ένα ουσιαστικό μέτρο της κατάστασης του ασθενή. Οι ασθενείς με ένα σοβαρό ορθοπεδικό πρόβλημα, αν και είχαν μεγαλύτερη μέση τιμή του δείκτη κατά την εισαγωγή, είχαν δηλαδή μεγαλύτερη λειτουργικότητα, η ποσοστιαία τους βελτίωση ήταν μικρότερη (47,7%) σε σχέση με τους ασθενείς με σοβαρό νευρολογικό έλλειμμα, οι οποίοι ξεκίνησαν μεν με χαμηλότερη μέση τιμή του δείκτη, η τιμή όμως της εξόδου έδειξε μεγαλύτερη ποσοστιαία λειτουργική ικανότητα (79,74%).

## 28. ΑΝΟΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Μ. Σονικιάν<sup>1</sup>, Γ. Τσερκέζης<sup>2</sup>, Ι. Δενδρινού<sup>3</sup>, Ο. Ελληνα<sup>2</sup>, Ο. Σπυρόπουλος-Ζήσης<sup>4</sup>, Ε. Τζιζινη<sup>3</sup>, Β. Τσαγκάρη<sup>3</sup>, Ν. Βγότζα<sup>3</sup>, Χ. Παρίση<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. 'Σισμανόγλειο', <sup>2</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν.Ν. Ιωνίας-Πατησίων, Αθήνα, <sup>3</sup>Ν.Υ. Αιμοδοσίας, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν.Ν. Ιωνίας-Πατησίων, Αθήνα, <sup>4</sup>ειδ. Γεν. Ιατρικής, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν.Ν. Ιωνίας-Πατησίων, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Προσδιορισμός της ανοσιακής κατάστασης αιμοκαθαριζόμενων ασθενών ως προς τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) και της ανταπόκρισης στον εμβολιασμό, καθώς και παρακολούθηση της πορείας του τίτλου των αντισωμάτων έναντι του αντιγόνου επιφανείας του HBV (anti-HBs).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 83 αιμοκαθαριζόμενοι ασθενείς, που παρακολούθησαν για διάστημα 30(3-200) μηνών με καταγραφές του αντιγόνου επιφανείας (HBsAg), των αντισωμάτων έναντι του πυρηνικού αντιγόνου (anti-HBc) και των anti-HBs. Εξετάστηκε ο βαθμός ανταπόκρισης στον εμβολιασμό έναντι του HBV (Fendrix: 20μg σε 4 δόσεις)/επανάληψη εμβολιασμού/αναμνηστικές δόσεις) και η πορεία στο χρόνο των τίτλων anti-HBs των ασθενών τόσο επί τεχνητής όσο και επί φυσικής ανοσίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ουδείς ασθενής είχε HBsAg(+). Εμβολιάστηκαν 56 μη άνοσοι ασθενείς. Παρατηρήθηκε έλλειψη ανταπόκρισης (anti-HBs < 10 IU/L) σε 6/56 (10,7%), πτωχή ανταπόκριση (anti-HBs = 10-100 IU/L) σε 12/56 (21,4%), ικανοποιητική/καλή (anti-HBs = 100-1000 IU/L) σε 15/56 (26,8%) και μεγάλη ανταπόκριση (anti-HBs > 1000 IU/L) σε 8/56 (14,3%) ασθενείς, οι οποίοι διατήρησαν τους υψηλούς τίτλους σε όλη τη διάρκεια παρακολούθησης. Επί ανταπόκρισης στον εμβολιασμό, οι επιτευχθέντες αρχικοί τίτλοι (anti-HBs0: 440±338,4 IU/L) μειώθηκαν στατιστικά σημαντικά τον 1<sup>ο</sup> χρόνο (anti-HBs1: 234,9±303 IU/L-p<0,001) και τον 4<sup>ο</sup> χρόνο μετά τον εμβολιασμό (anti-HBs4: 206,7±299,5 IU/L-p<0,001 έναντι anti-HBs0 και p=0,03 έναντι anti-HBs1), με συνολικό ποσοστό μείωσης 63,4±4,7% έως το τέλος της παρακολούθησης. Στους ασθενείς με φυσική ανοσία οι τίτλοι anti-HBs (109,4±225 IU/L) δεν παρουσίασαν διαφορές στην πορεία των ετών παρακολούθησης και ήσαν χαμηλότεροι από τους αντίστοιχους στα εμβολιασμένα άτομα (p<0,001).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Επί φυσικής ανοσίας των αιμοκαθαριζόμενων ασθενών έναντι του HBV εξασφαλίζεται σταθερή και σχετικά χαμηλή προσοασία στο χρόνο. Ο εμβολιασμός με Fendrix οδηγεί σε συγκριτικά υψηλότερους τίτλους anti-HBs αλλά μειούμενους μετέπειτα. Τα αποτελέσματα του εμβολιασμού έναντι HBV επιδέχονται ενδεχομένως περαιτέρω βελτίωσης με υψηλότερες δόσεις εμβολίου.

### 29. ΞΕΛΙΞΗ ΦΑΙΝΟΤΥΠΩΝ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ S.PNEUMONIAE ΩΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΜΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ

Ε. Στάικου, Μ. Τάταρου, Ε. Παναγιωτάκη, Α. Σουλμιώτης, Α. Μακρή  
Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Παιδών Πεντέλης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο πνευμονιόκοκκος αποτελεί σημαντικό παθογόνο οξείας μέσης ωτίτιδας (ΟΜΩ) ιδιαίτερα σε παιδιά

**ΣΚΟΠΟΣ:** η καταγραφή της αντοχής στελεχών *S.pneumoniae* από ωτικά δείγματα παιδιών την τελευταία δεκαετία.

**ΥΛΙΚΟ:** Εξετάσθηκαν 1571 ωτικά δείγματα την περίοδο 2008-2017. Ο έλεγχος ευαισθησίας έγινε με διάχυση δίσκων(Kirby-Bauer) και αυτοματοποιημένο σύστημα VITEK2.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 9,1% των καλλιιεργειών ανέπτυξε *S.pneumoniae*. Μετά το PCV-13(2011) σημειώθηκε πτώση των ωτικών λοιμώξεων από 13,2%(2008) σε 6%(2011), ενώ χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν το 2015(4,3%). Στο 28,67% αναπτύχθηκε δεύτερο παθογόνο, ενώ πολυμικροβιακές(>3παθογόνα) ήταν το 9%(13/143).

	2008-2010	2011-2013	2014-2017
Penicillin	R:11,76% I:26,47%	R:16,12% I:16,12%	R:9,1% I:13,63%
Erythromycin(R/I)	26,47%	31,25%	20,93%
Cotrimoxazole(R/I)	33,82%	37,5%	20,93%
Tetracycline(R/I)	14,7%	9,37%	6,97%
Clindamycin(R/I)	8,82%	12,5%	6,97%
ΠΟΛΥΑΝΤΟΧΗ(MDR)	22%	18,75%	9,3%

Πολυαντοχή(ελαττωμένη ευαισθησία σε ≥3 τάξεις αντιμικροβιακών) σημείωσε 17,48% των στελεχών, ενώ παρατηρήθηκε πτώση πολυαντοχής από 22%(2008-2010) σε 9,3%(2014-2017). 52% των πολυανθεκτικών στελεχών ήταν Peni:R και 40% Peni:I. Τα ποσοστά των μη ευαίσθητων στην πενικιλίνη στελεχών ελαττώθηκαν από 64,3% το 2008 σε 23,78% το 2017. Η λεβοφλοξασίνη σημείωσε ανθεκτικότητα στο 0,69%.

**Καταγραφή φαινοτύπων αντοχής Πενικιλίνης(%)**

Καταγραφή	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PEN:R	14,28	18,18	6,25	10	22,22	15,38	0	25	8,33	9,5
PEN:I	50	22,72	18,75	40	0	7,69	33,33	0	8,33	14,28

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρά την αυξανόμενη αντοχή στην πενικιλίνη ακόμα και μετά την εφαρμογή συστηματικού εμβολιασμού λόγω νέων ανθεκτικών οροτύπων, στη μελέτη μας παρατηρήθηκε πτώση αντοχής στα εξετασθέντα αντιμικροβιακά. Ωστόσο, η ανθεκτικότητα σε ερυθρομικίνη και κωτριμοξαζόλη παραμένει αυξημένη(20,93%). Η πολυαντοχή συσχετίζεται με την αντοχή στην πενικιλίνη με αποτέλεσμα η πτώση αντοχής στην πενικιλίνη την τελευταία τετραετία να συνοδεύεται από πτώση πολυαντοχής. Για ασφαλές θεραπευτικό αποτέλεσμα απαιτείται γνώση της εξέλιξης των αντοχών συνδυαστικά με ορθολογική χρήση αντιβιοτικών.

### 31. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑΣ(1998-2017)

Β. Μητράι, Ν. Σκαρμούτσου, Π. Ξηροκόστα, Χ. Κανακάρης, Κ. Σταμούλος, Γ. Καντεράκης, Θ. Πούλος, Μ. Μαρτσούκου  
Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σαλμονέλλα αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια βακτηριακής γαστρεντερίτιδας, ενώ δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις εξωεντερικής της εντόπισης. Σκοπός μας ήταν η αναδρομική καταγραφή των περιστατικών απομόνωσης *Salmonellas* στο νοσοκομείο μας, των οροτύπων και της αντοχής τους την τελευταία εικοσαετία.

**ΥΛΙΚΟ:** Το υλικό μας αποτέλεσαν όλα τα δείγματα που έχουν αποσταλεί στο εργαστήριο και καλλιιεργήθηκαν με συμβατικές μεθόδους. Η ταυτοποίηση των ειδών και ο έλεγχος ευαισθησίας διεξήχθησαν με το σύστημα MicroScan (Siemens) σύμφωνα με τα κριτήρια CLSI. Η οροτύπια πραγματοποιήθηκε με πολυδύναμους και μονοδύναμους αντιορούς κατά Kauffmann- White.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη διάρκεια αυτών των χρόνων απομονώθηκαν συνολικά 243 στελέχη, εκ των οποίων τα 224 προέρχονταν από κόπρανα, 11 από ούρα, 7 από αίματα, 2 από πύον και 1 από πτύελα. Από τις 7 περιπτώσεις βακτηριαμίας στις 4 δεν απομονώθηκε *Salmonella* από άλλο κλινικό δείγμα, σε 1 τα ίδια στελέχη απομονώθηκαν σε αίμα, κόπρανα και ούρα, σε 1 σε αίμα και κόπρανα και 1 σε αίμα και ούρα. Στην οροομάδα D ανήκαν 147στελέχη (60.5%), στη Β 48(19.8%) και στη C 37(15.2%). Κανένα στέλεχος δε βρέθηκε ανθεκτικό σε ciprofloxacin και cefotaxime, ενώ και τα ποσοστά αντοχής σε ampicillin και cotrimoxazole ήταν εξαιρετικά χαμηλά (1.2 και 1.6% αντίστοιχα). Την τελευταία πενταετία μειώθηκαν σημαντικά τα περιστατικά απομόνωσης *Salmonella*: 35 μόλις στελέχη εκ των οποίων 14 ομάδας C (40%), 11 D (31.3%), 7 B (20%) και από 1 A, E4 και *S.arizonae* (2.9% έκαστο).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Καταγράφεται η πολύ σημαντική μείωση των περιστατικών σαλμονέλλας στο νοσοκομείο μας που πλησιάζει το 50% με αύξηση αναλογικά των στελεχών της C οροομάδας. Οι πολύ χαμηλές αντοχές υποδεικνύουν την ύπαρξη πολλών εναλλακτικών επιλογών στις περιπτώσεις που απαιτείται θεραπεία.

### 30. IN VITRO ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΣΤΕΛΕΧΩΝ S.PNEUMONIAE ΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΝΙΚΙΛΙΝΗ

Ε. Στάικου, Μ. Τατάρου, Σ. Αριτζάκη, Φ. Τοιμιάδη, Α. Μακρή  
Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παιδών Πεντέλης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο *Str.pneumoniae* αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στα παιδιά, κυρίως <2 ετών η οποία συσχετίζεται με αυξημένη αντοχή στην πενικιλίνη και πολυαντοχή.

**ΣΚΟΠΟΣ:** η καταγραφή των φαινοτύπων αντοχής στελεχών *S.pneumoniae* ανθεκτικών (R) στην πενικιλίνη (MIC≥2) έναντι ερυθρομικίνης (ER), κλινδαμικίνης (CC), κωτριμοξαζόλης (SXT), λεβοφλοξασίνης (LEV), τετρακυκλίνης (TE) και κεφαλοσπορινών 3ης γενιάς (κεφοταξίμη-CTX, κεφτριαζόνη-CRO)

**ΥΛΙΚΟ:** Εξετάσθηκαν 550 στελέχη *S.pneumoniae* από ρινικά εκκρίματα (217), ωτικά (143), αιμοκαλλιέργειες(11), ENY(3), πλευριτικά υγρά(3), αρθρικό(1), lavage (29), οφθαλμικά (67), πτύελα (46), βρογχικά (15) και ανωτ. αναπνευστικό (15) την τελευταία δεκαετία. Ο έλεγχος ευαισθησίας και προσδιορισμός MIC πραγματοποιήθηκαν στο αυτοματοποιημένο σύστημα VITEK2. Μελετήθηκαν τέσσερις ηλικιακές ομάδες 0-2ετών, 2-5ετών, 5-10ετών, >10ετών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καταμετρήθηκαν 67 στελέχη *S.pneumoniae* peni:R(MIC≥2) (ρινικά:19, ωτικά:17, lavage:2, ανώτερο αναπνευστικό:10, βρογχικά:5, πτύελα:8, οφθαλμικά:6).

PEN:R	ER:R	CC:R	LEV:R	SXT:R	TE:R
PINAKA	89,47%	5,26%	0	36,84%	10,52%
OTIKA	82,35%	41,17%	0	52,94%	41,17%
LAVAGE	100%	100%	0	50%	100%
AN ANA	50%	20%	0	70%	40%
BROXKIA	80%	20%	0	75%	40%
PTYLEA	100%	87,5%	0	75%	87,5%
OPΘAΛA	100%	0	0	33,33%	66,66%
%	85%	29,85%	2,98%	49,23%	41,79%

Τα ποσοστά αντοχών όλων των στελεχών *S.pneumoniae* στα μη λακταμικά αντιβιοτικά ήταν:ER:23,81%, CC:9,6%, LEV:0,36%, SXT:19,45%, TE:12%. Μεταξύ των Peni:R στελεχών τα ποσοστά (ενδοίμηση ευαισθησία)/R(αντοχή) σε CTX και CRO ήταν 20,89%/34,32% και 14,92%/26,86% αντίστοιχα.62% των peni:I στελεχών αφορούσε παιδιά<2 ετών και 26% παιδιά 2-5ετών. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικές σημαντικές ηλικιακές διαφορές στην αντοχή των μη λακταμικών αντιβιοτικών. Συνολικά, 27 δείγματα αφορούσαν παιδιά<3μηνών (1η δόση εμβολίου), από τα οποία 5Peni:R(MIC≥2), 6Peni:I(MIC.0,12-1) και 16peni: S(MIC≤0,06). Τα ποσοστά των μη ευαίσθητων στελεχών στα υπόλοιπα αντιμικροβιακά ήταν ER: 29,62%, SXT:33,33%, TE:29,62%, CC:11,11%, LEV:0%. Πολυαντοχή σημειώθηκε στο 25,92% (≥3 τάξεις αντιμικροβιακών).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σημειώθηκε αυξημένη αντοχή σε ερυθρομικίνη (85%) και κωτριμοξαζόλη (49,25%). Η λεβοφλοξασίνη σημείωσε υψηλή in vitro δραστηριότητα έναντι Peni:R στελεχών. Η κεφτριαζόνη υπερτερεί έναντι των Pen:R στελεχών συγκριτικά με την κεφοταξίμη. Απαιτείται επιτήρηση των φαινοτύπων αντοχής με αντιμικροβιακού προκειμένου να διαμορφωθεί το κατάλληλο εμπειρικό θεραπευτικό σχήμα στις σοβαρές λοιμώξεις.

### 32. ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΕΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν.ΠΑΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ 2017.

Χ. Βέρρα, Α. Ντίαζ, Α. Τσιμπουξή, Ε. Οικονομοπούλου  
Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Πατρών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή του είδους των μικροοργανισμών, που αποτέλεσαν αίτια βακτηριαμίας στους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, που εξετάστηκαν στο τμήμα εισιγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) του νοσοκομείου μας κατά το έτος 2017.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 957 αερόβιες και 961 αναερόβιες φιάλες αιμοκαλλιέργειών που εστάλησαν στο εργαστήριό μας από το ΤΕΠ κατά το έτος 2017. Στη μελέτη περιλήφθηκαν συνολικά 914 ασθενείς με εμπύρετο νόσο. Οι αιμοκαλλιέργειες επωάζονταν στο σύστημα Bactec 9120. Η ταυτοποίηση έγινε με το αυτόματο σύστημα Vitek 2 (Biomerieux).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Θετική αιμοκαλλιέργεια ανέπτυξαν 176 ασθενείς (19,3%) ενώ επτά ασθενείς ανέπτυξαν δύο μικροοργανισμούς. Συνολικά απομονώθηκαν 183 μικροβιακά στελέχη. Οι Gram (+) μικροοργανισμοί που αναπτύχθηκαν ήταν: Staphylococci CoN 59 (32.2%), S.aureus 10 (5.5%), Corynebacterium sp 10 (5.5%), Enterococcus spp 9 (4.9%), Streptococcus viridans 8 (4.4%), Streptococcus pneumoniae 4 (2.2%), Streptococcus agalactiae 1, Candida albicans 1, Cryptococcus neoformans 1. Οι Gram (-) μικροοργανισμοί που αναπτύχθηκαν ήταν: E. coli 37 (20,2%), Klebsiella pneumoniae 11 (6%), Proteus mirabilis 6 (3.3%), Brucella melitensis 6 (3.3%), Enterobacter cloacae 5 (2.7%), Acinetobacter baumannii 4 (2.2%), Citrobacter freundii 2, Morganella morganii 1, Pseudomonas aeruginosa 1, Acinetobacter haemolyticus 1, Stenotrophomonas maltophilia 1, Burkholderia cepacia 1 και Francisella tularensis 1. Επίσης αναπτύχθηκαν 3 αναερόβιοι μικροοργανισμοί: Bacteroides fragilis 2 και Clostridium bifermmentans 1. Η πλειονότητα των CoNS και Corynebacterium spp θεωρήθηκαν επιμόλυνση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ένα ευρύ φάσμα μικροβίων απομονώθηκε ως αίτιο βακτηριαμίας της κοινότητας. Κύριο αίτιο βακτηριαμίας αναδείχθηκαν τα Εντεροβακτηριοειδή, με σαφή υπεροχή της E.coli (20,2%). Αξιοσημείωτη ήταν η παρουσία σπάνιων μικροοργανισμών όπως: Cryptococcus neoformans και Francisella tularensis. Το ευρύ φάσμα μικροβίων ως αίτιο βακτηριαμίας της κοινότητας και η απομόνωση σπάνιων μικροοργανισμών, καθιστούν την καλλιέργεια αίματος απαραίτητη για την έγκαιρη ανίχνευση και ταυτοποίηση της βακτηριαμίας και την ειδική χημειοθεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς.

### 33. Η ΙΡΙΣΙΝΗ ΟΡΟΥ ΩΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΟ ΥΠΟΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ

Θ. Στρατηγού<sup>1,2</sup>, Γ. Αντωνάκος<sup>3</sup>, Ι. Μαρίνου<sup>4</sup>, Γ. Χριστοδουλάτος<sup>1</sup>, Ε. Καραμπελά<sup>1</sup>, Ν. Βαλλιάνου<sup>5</sup>, Ε. Βογιατζάκης<sup>6</sup>, Μ. Νταλαμάνγκα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, <sup>2</sup>Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>3</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>4</sup>Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», <sup>5</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Σωτηρία», <sup>6</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ιρισίνη, μία πρόσφατα ανακαλυφθείσα λιπο-μυοκίνη (2012), εμπλέκεται στην μετατροπή του λευκού λιπώδους ιστού σε φαίω λιπώδη ιστό, συμβάλλοντας στην απόκτηση ενός πιο ισορροπημένου μεταβολικού φαινοτύπου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερευνητική μελέτη των συγκεντρώσεων της ιρισίνης του ορού σε ασθενείς με υποκλινικό υποθυρεοειδισμό και οι πιθανές συσχετίσεις της με γνωστούς καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Σε μια αναδρομική συγκριτική μελέτη τύπου ασθενών-μαρτύρων μελετήθηκαν 120 ασθενείς (48 άνδρες, 72 γυναίκες) με υποκλινικό υποθυρεοειδισμό και 120 υγιείς μάρτυρες εξομοιωμένοι ως προς το φύλο, την ηλικία ( $\pm 5$  χρόνια) και το μήνα διάγνωσης. Έγινε πλήρης καταγραφή των κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων των συμμετεχόντων. Η ιρισίνη προσδιορίστηκε με ανοσοενζυμική μέθοδο (EK-067-29, Phoenix Pharmaceuticals, Burlingame, USA). Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBM-SPSS<sup>®</sup>v.23.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 1) Οι ασθενείς εμφάνισαν υψηλότερες συγκεντρώσεις ιρισίνης συγκριτικά με τους μάρτυρες ( $p < 0.001$ ). 2) Η ιρισίνη παρουσίασε ισχυρή θετική συσχέτιση με τις παραμέτρους: θυρεοειδοτρόπος ορμόνη, αντιθυρεοσφαιρινικά αντισώματα, δείκτης ινσουλινοαντίστασης HOMA-IR, C-πεπτιδίο, χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας, δείκτης φλεγμονής, λεπτίνη, υπολογισθέντες αθηρωματικούς δείκτες και Framingham score. 3) Η ιρισίνη αποτέλεσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα καρδιομεταβολικού κινδύνου ( $p=0.02$ ). 4) Ωστόσο, η χορήγηση λεβοθυροξίνης για 6 μήνες σε 16 ασθενείς δεν μείωσε σημαντικά τα επίπεδα ιρισίνης στον ορό ( $p=0.09$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η υπεριοιδοειδία λειτουργεί πιθανώς αντισταθμιστικά στην εμφάνιση δυσλιπιδαιμίας και ινσουλινοαντίστασης σε ασθενείς με υποκλινικό υποθυρεοειδισμό αποτελώντας ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα καρδιομεταβολικού κινδύνου. Απαιτούνται όμως περισσότερες, προοπτικές μελέτες προκειμένου να διερευνηθεί περαιτέρω ο ενδεχόμενος ρόλος της στην παθοφυσιολογία των μεταβολικών και καρδιαγγειακών νοσημάτων.

### 35. ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΜΒΡΥΑ ΠΕΙΡΑΜΑΤΟΖΩΩΝ ΜΕ ΙN VITRO ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Ε. Μάστορα<sup>1,2</sup>, Χ. Κίτσου<sup>1</sup>, Ε. Χατζή<sup>2</sup>, Θ. Ευαγγέλου<sup>2</sup>, Θ. Βρεκούσης<sup>2</sup>, Ι. Γεωργίου<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής στην Κλινική Πράξη, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>2</sup>Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων είναι DNA ιός και προσβάλλει κυρίως το επιθήλιο της πρωκτογεννητικής περιοχής ανδρών και γυναικών. Η προσβολή από ιικά στελέχη χαμηλού και υψηλού κινδύνου μπορεί να προκαλέσει καλοήθεις δερματικές αλλοιώσεις και προκαρκινικές δυσπλασίες, αντίστοιχα. Η μετάδοση του ιού από τη μητέρα φορέα στο έμβρυο θεωρείται σπάνια. Στην παρούσα εργασία μελετάται η μεταφορά του ιού και συγκεκριμένα των στελεχών HPV 16 και HPV 18 στα έμβρυα μύος μετά την επώασή τους με τα σπερματοζωάρια.

**ΥΛΙΚΟ:** Τα πειράματα in vitro γονιμοποίησης πραγματοποιήθηκαν σε μύες στελέχους FVB/N. Τα σπερματοζωάρια επωάστηκαν με πλασμιδιακό φορέα που έφερε κλωνοποιημένο το πλήρες γένωμα των στελεχών 16 και 18 του ιού HPV, σημειωμένο με το γονίδιο της πράσινης φθορίζουσας πρωτεΐνης EGFP. Η εξακρίβωση της ενσωμάτωσης του ιού ελέγχθηκε στα σπερματοζωάρια με PCR και κυτταρομετρία ροής, ενώ στα έμβρυα με PCR και μικροσκοπία φθορισμού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ταυτοποίηση του γενώματος του ιού και η διαπίστωση της έκφρασης της πρωτεΐνης EGFP στα προεμφυτευτικά έμβρυα του μύος επιβεβαίωσε πλήρως τη μεταφορά των στελεχών 16 και 18 του ιού HPV μέσω των σπερματοζωαρίων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το γένωμα των στελεχών 16 και 18 του ιού HPV μεταφέρεται ως εξωγενές DNA μέσω των σπερματοζωαρίων στα έμβρυα μύος με in vitro γονιμοποίηση. Τα σπερματοζωάρια έχουν την ικανότητα να προσδένουν εξωγενές υλικό, να το ενσωματώνουν στο γενετικό τους υλικό και μέσω γονιμοποίησης να το μεταβιβάζουν στα έμβρυα. Φυσιολογικά, ένα τέτοιο συμβάν θεωρείται σχετικά σπάνιο. Θα πρέπει ωστόσο να εξετασθεί περαιτέρω το ενδεχόμενο της μεταφοράς του ιού στο γένωμα των εμβρύων μέσω των σπερματοζωαρίων.

### 34. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΚΘΕΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟΥ ΚΙΝΟΥΜΕΝΟΥ ΜΕΣΟΥ (ΕWΜΑ)

Μ. Σταμούλη

Βιοχημικό Τμήμα, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** της εργασίας είναι η εφαρμογή του διαγράμματος EWMA (Exponentially Weighted Moving Average) στα δείγματα του εσωτερικού ελέγχου ποιότητας βιοχημικού εργαστηρίου.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Ο Εκθετικά Σταθμισμένος Κινούμενος Μέσος κατά το χρονικό σημείο  $t$  ορίζεται από τη σχέση  $Y_t = r\bar{X}_{t-1} + (1-r)Y_{t-1}$ , όπου  $0 < r < 1$  είναι μια σταθερά που ονομάζεται συντελεστής βάρους και  $\bar{X}_{t-1}$  ο πλέον πρόσφατος αριθμητικός μέσος. Το διάγραμμα EWMA κατασκευάστηκε στο πρόγραμμα MINITAB 17, με τιμή του συντελεστή βάρους  $r = 0,25$ . Χρησιμοποιήθηκαν τιμές από τις μετρήσεις LDH από δείγματα ελέγχου με τιμή στόχο 393 IU/L και όρια αποδεκτών τιμών 314-472 IU/L. Επιπλέον έγινε σύγκριση με το διάγραμμα μέσης τιμής-τυπικής απόκλισης, το οποίο είναι το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο στον εσωτερικό έλεγχο ποιότητας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** το διάγραμμα μέσης τιμής-τυπικής απόκλισης εντοπίζει εκτός ελέγχου διεργασία σε 2 περιπτώσεις (μετρήσεις 19 και 24). Αντίθετα το διάγραμμα EWMA εντοπίζει εκτός ελέγχου διεργασία σε περισσότερες περιπτώσεις, καθώς και νωρίτερα χρονικά, λόγω της δυνατότητας που έχει να ανιχνεύει μικρές μεταβολές στη μέση τιμή μιας διεργασίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στο διάγραμμα EWMA δίνεται αυξημένη βαρύτητα στις πλέον πρόσφατες μετρήσεις σε σχέση με τις παλιότερες. Η διαφορετική αυτή βαρύτητα είναι υπεύθυνη για τη μεγαλύτερη ευαισθησία των διαγραμμάτων EWMA στις αλλαγές της διεργασίας και στην ταχύτερη ανάδειξη καταστάσεων εκτός στατιστικού ελέγχου. Πλεονέκτημα συνιστά το γεγονός ότι επειδή σταθμίζουν παρούσες και προηγούμενες μετρήσεις δεν επηρεάζονται πολύ από την λοξότητα της κατανομής της διεργασίας. Για όλα τα παραπάνω το διάγραμμα αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον καθημερινό εσωτερικό έλεγχο ποιότητας του εργαστηρίου. Μειονέκτημα του διαγράμματος EWMA συνιστά το γεγονός ότι δεν είναι κατάλληλα για εφαρμογή σε αναλύσεις με μικρό όγκο εργασίας ρουτίνας ή σε αναλύσεις με διαφορές στις τιμές μεταξύ των φύλων.

### 36. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Μ. Μιχαλούδη, Μ. Χουζούρης, Π. Ξένος, Κ. Πολίτης

Τμήμα Στατιστικής & Ασφαλιστικής Επιστήμης, Σχολή Στατιστικής & Χρηματοοικονομικών, Πανεπιστήμιο Πειραιά

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συγκεκριμένη εργασία έχει ως στόχο τη διερεύνηση της σχέσης των πολυμορφισμών με την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Ειδικότερα, διερευνάται αν κάποια μετάλλαξη μιας βάσης στη σειρά του DNA (πολυμορφισμός) εμφανίζεται περισσότερο σε μία ομάδα πληθυσμού ώστε να επιβεβαιωθεί η συσχέτιση ή όχι με το χαρακτηριστικό αυτό του πληθυσμού.

**ΥΛΙΚΟ:** Χρησιμοποιήθηκε δείγμα 406 ατόμων ανδρών και γυναικών ηλικίας από 22 -63 ετών. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε την περίοδο 2005 με 2016 και χορηγήθηκε από την ερευνητική ομάδα κλινικής φαρμακολογίας και φαρμακογονιδιωματικής του τμήματος Φαρμακευτικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Για την εξέταση των ερευνητικών ερωτημάτων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των Πινάκων Συνάφειας και ο έλεγχος του Pearson (Contingency Tables, Pearson Chi-Square) καθώς και μη παραμετρικοί έλεγχοι (Non-parametric Tests).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρατηρήθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ ενός είδους πολυμορφισμού και της σωματικής κατάστασης βάρους (BMI). Επίσης, διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση του φύλου και της σωματικής κατάστασης βάρους. Τέλος, για τα υπόλοιπα είδη πολυμορφισμού που εξετάστηκαν δεν παρατηρήθηκε κάποια σχέση.

### 37. ΓΕΝΩΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΟΛΟ ΤΟ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΟ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑ: ΕΝΑ ΠΟΛΥΤΙΜΟ ΟΠΛΟ ΣΤΗ ΦΑΡΕΤΡΑ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

Κ. Οικονομάκη<sup>1</sup>, Γ. Χριστοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Σαμαρά<sup>2</sup>, Ε. Αλεξιάδης<sup>2</sup>, Ε. Κατώνης<sup>2</sup>, Π. Κωνσταντουλάκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Science Labs AIE, <sup>2</sup>Βιοαναλυτική-Γενότυπος AIE

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σε πολλές περιπτώσεις, οι έλεγχοι για τη διερεύνηση ενός φαινοτύπου δεν οδηγούν σε μονοσήμαντη ή σαφή διάγνωση. Ορισμένες κλινικές οντότητες έχουν γενετικό υπόβαθρο, ωστόσο, οι συνήθεις μονογονιδιακές προσεγγίσεις ή οι έλεγχοι μικρών ομάδων γονιδίων είτε αδυνατούν να το αποκαλύψουν είτε αποτελούν εξαιρετικά χρονοβόρες και κοστοβόρες διαδικασίες, δυσχεραίνοντας την αποτελεσματική διαχείριση του περιστατικού. Οι γενωμικοί έλεγχοι δύνανται να διευκρινίσουν τη γενετική βάση ενός νοσήματος, ελέγχοντας ταυτόχρονα όλα τα γονίδια, τα οποία είναι γνωστό ότι εμπλέκονται σε μια κλινική οντότητα, ακόμα και αν αυτά δεν έχουν ακόμα συσχετιστεί με τη νόσο.

**ΥΛΙΚΟ:** Για την εφαρμογή του γενωμικού ελέγχου με αλληλούχιση του DNA επόμενης γενιάς (NGS, Next Generation Sequencing), απαιτείται μια απλή αιμολήψια ή λήψη επιθηλιακών κυττάρων παρειάς, από τα οποία απομονώνεται γενετικό υλικό του εξεταζομένου. Ακολουθώντας, επιλέγονται οι μεταφραζόμενες περιοχές 4.900 κλινικά σημαντικών γονιδίων και ορισμένες ρυθμιστικές περιοχές αυτών με τη χρήση >150.000 ανιχνευτών σχεδιασμένων έναντι του ανθρώπινου γονιδιώματος. Μετά την αλληλούχιση ακολουθεί πολύπλοκη βιοπληροφορική ανάλυση και τα ευρήματα ταξινομούνται με βάση την παθολογικότητά τους, κατόπιν αναζήτησης σε βάσεις δεδομένων και τη διεθνή βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατόπιν στενής συνεργασίας των κλινικών με τους εργαστηριακούς επιστήμονες, επιλέχθηκε το φάσμα των γονιδίων προς ανάλυση. Ο αριθμός τους διέφερε ανάλογα με το περιστατικό και τη ζητούμενη διαφοροδιάγνωση. Με τους γενωμικούς ελέγχους, επιτεύχθηκε η διευκρίνιση του γενετικού υποβάθρου σε 30 περιπτώσεις αδιευκρίνιστης υπογονιμότητας, 5 καρδιογενετικά, 2 νεφρολογικού ενδιαφέροντος, 1 παιδοκαρδιολογικό, 1 παιδονευρολογικό και 1 οφθαλμογενετικό περιστατικό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εμπειρία μας από την εφαρμογή γενωμικού ελέγχου καταδεικνύει ότι συμβάλλει σημαντικά στην κλινική πράξη πολλών ειδικοτήτων, αποκάλυπτοντας άγνωστα μέχρι τώρα γενετικά αίτια, σε σύντομο χρόνο και εύλογο κόστος.

### 39. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΠΕΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΟΥ Κ.Υ. ΒΑΡΗΣ

Μ. Δανδουλάκης<sup>1</sup>, Κ. Γιαλεδάκη<sup>1</sup>, Β. Θεοδωσίου<sup>1</sup>, Ε. Μερράκου<sup>1</sup>, Κ. Δανδουλάκη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Κέντρο Υγείας Βάρης, <sup>2</sup>ΤΕΙ Νοσηλευτικής

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να καταγράψει τα αποτελέσματα σπειρομέτρησης των καπνιστών του Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος του Κ.Υ Βάρης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Χρησιμοποιήθηκαν τα αποτελέσματα της σπειρομέτρησης των καπνιστών του Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος. Το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος του Κ.Υ. Βάρης, λειτουργεί συστηματικά από τον Οκτώβριο του 2010. Σε όλους τους καπνιστές συμπληρώνεται ειδικό ερωτηματολόγιο, στο οποίο περιλαμβάνεται και αποτελέσματα σπειρομέτρησης. Η σπειρομέτρηση έγινε με το σπειρόμετρο τσέπης του Κ.Υ.Βάρης. Για την στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το EXCELL 2007.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά εξετάστηκαν 46 άτομα 30 γυναίκες(65,2%) και 16 άνδρες(34,8%). Σπειρομέτρηση με το σπειρόμετρο τσέπης του Κ.Υ.Βάρης είχε γίνει σε 31 καπνιστές

FEV1 ως ποσοστό	ΑΡΑΣΤΕΥΣΗ	%
<=65%	13	41,9%
>65%<=75%	6	19,4%
>75%	12	38,7%

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ένα μεγάλο ποσοστό 61,3% των καπνιστών του Ιατρείου Διακοπής του καπνίσματος έχει τιμές ποσοστού FEV1, <=75%. Το 19,4% από αυτούς δεν έχουν εκδηλώσει ακόμα συμπτώματα ΧΑΠ και δεν ξέρουν για τις βλάβες οι οποίες έχουν αναπτυχθεί στους πνεύμονες τους. Η λειτουργία Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος στα Κ.Υ. είναι απαραίτητη παράλληλα με τις άλλες δράσεις πρόληψης που αυτό επιτελεί.

### 38. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ ΚΑΙ ΕΤΗ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΝΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Μ. Δανδουλάκης<sup>1</sup>, Κ. Γιαλεδάκη<sup>1</sup>, Β. Θεοδωσίου<sup>1</sup>, Ε. Μερράκου<sup>1</sup>, Κ. Δανδουλάκη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Κέντρο Υγείας Βάρης, <sup>2</sup>ΤΕΙ Νοσηλευτικής

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι να αναλυθούν ο χρόνος της καπνιστικής συνήθειας και ο αριθμός των τσιγάρων ανά ημέρα των καπνιστών του Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος του Κ.Υ Βάρης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναλύθηκαν τα στοιχεία από το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος του Κ.Υ.Βάρης. Το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος του Κ.Υ.Βάρης, λειτουργεί συστηματικά από τον Οκτώβριο του 2010. Σε όλους τους καπνιστές συμπληρώνεται ειδικό ερωτηματολόγιο. Για την στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το EXCELL 2007.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά εξετάστηκαν 46 άτομα 30 γυναίκες(65,2%) και 16 άνδρες(34,8%). Ο μέσος αριθμός τσιγάρων την ημέρα ήταν 46,η μέση τιμή των ετών της καπνιστικής συνήθειας ήταν 32 έτη.

Στον πίνακα φαίνονται πιο αναλυτικά ο αριθμός τσιγάρων και τα έτη της καπνιστικής συνήθειας.

ΑΡΤΣΙΓΗΜ.		ΕΤΗ			
10Ε0Σ20	16	34,80%	10Ε0Σ20	21	45,60%
21Ε1Σ40	21	45,60%	21Ε1Σ40	23	50%
>40	9	19,60%	>40	2	4,40%

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ποσοστό 65,2% κάπνιζαν >20 τσιγάρα ημερησίως και ποσοστό 54,4% κάπνιζε για >20 έτη. Υπάρχει επιτακτική ανάγκη για άμεση διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς του Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος του Κ.Υ. Βάρης, προκειμένου να αποφευχθούν οι βλαβερές συνέπειες στην υγεία των ασθενών από την μακροχρόνια έκθεση των προϊόντων καπνού.

### 40. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Γ. Τασσόπουλος, Δ. Άσπρου, Π. Χέρας

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσης μελέτης ήταν να καθορίσουμε τη φύση και τον επιπολασμό ψυχιατρικής νόσου και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθέντα καρκίνο πνεύμονα, καθώς και τη δυνατότητα εφαρμογής σχεδίου υποστηρικτικής φροντίδας.

**ΥΛΙΚΟ:** στη μελέτη μας έλαβαν μέρος 29 ασθενείς με νεοδιαγνωσθέντα καρκίνο πνεύμονα υπό άκτινο και χημειοθεραπεία.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** 26 εκ των 29 αξιολογήθηκαν από ψυχίατρο με τη βοήθεια του Diagnostic Interview Schedule και μιας ημιδομημένης συνέντευξης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** στο 30% των ασθενών διαγνώστηκε προηγούμενη συναισθηματική αγχώδης διαταραχή. Το 5% των ασθενών παρουσίασε προβλήματα στην αποδοχή της διάγνωσης του καρκίνου του πνεύμονα, ενώ 40% παρουσίασε εξάρτηση από το αλκοόλ. Όλοι οι ασθενείς είχαν καπνίσει, έστω και μια φορά, και το 65% ήταν συστηματικοί καπνιστές. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης 2 ασθενείς διαγνώστηκαν με κατάθλιψη και κανένα με αγχώδη διαταραχή. 6 ασθενείς παρουσίασαν διαταραχή προσαρμογής. 7 ήταν πρόσφατα χρήστες αλκοόλ. Συναισθήματα λύπης, φόβου, θυμού, ενοχής, αυτοκτονικό ιδεασμό εξέφρασαν 43%, 28% 5%, 9%, και 30% των ασθενών αντίστοιχα. Αισιοδοξία εξέφρασε το 9%. Αϋπνία το 28%, πτώση της libido το 47%, απώλεια συγκέντρωσης το 18%, μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία τους εξέφρασε το 28% και 8% αντίστοιχα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης καθίσταται αναγκαία η ολιστική φροντίδα των ασθενών με νεοδιαγνωσθέντα καρκίνο πνεύμονα για την πλήρη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και πιθανή αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσής τους.

## 41. ΚΙΝΗΤΡΑ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Μ. Δανδουλακή<sup>1</sup>, Κ. Γαλεδάκη<sup>1</sup>, Β. Θεοδοσιού<sup>1</sup>, Ε. Μερράκου<sup>1</sup>, Κ. Δανδουλακή<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Κέντρο Υγείας Βάρης, <sup>2</sup>ΤΕΙ Νοσηλευτικής

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των κινήτρων και των δυσκολιών στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έγινε καταγραφή των απαντήσεων τις οποίες έδωσαν οι καπνιστές του ιατρείου διακοπής καπνίσματος του Κ.Υ. Βάρης. Το ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Κ.Υ. Βάρης, λειτουργεί συστηματικά από τον Οκτώβριο του 2010. Σε όλους τους καπνιστές συμπληρώνεται ειδικό ερωτηματολόγιο. Για την στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το EXCELL 2007.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 30 (65,2%) καπνιστές είχαν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα στο παρελθόν. Στον Πν Ι φαίνεται ο χρόνος διακοπής του καπνίσματος στις προηγούμενες προσπάθειες και ο αριθμός των καπνιστών που προσπάθησαν.

ΠνΙ

ΧΡ. ΔΙΑΚΟΠΗΣ	ΑΡ. ΚΑΠΝ.
1ΗΜ-1ΜΗΝ	7
2-8ΜΗΝ	9
1-2ΧΡΟΝ	5
6ΧΡΟΝΑ	1
16ΧΡΟΝΑ	1
ΠΡ.ΔΙΑΚ.	ΑΡΑΣΘ.
1 ΦΟΡΑ	24
2 ΦΟΡΕΣ	2
3 ΦΟΡΕΣ	2
5 ΦΟΡΕΣ	2

Στον Πν ΙΙ φαίνονται τα κίνητρα και οι δυσκολίες τις οποίες αντιμετώπισαν οι καπνιστές του ιατρείου διακοπής καπνίσματος του Κ.Υ. Βάρης, σε προηγούμενες προσπάθειες τους να διακόψουν το κάπνισμα.

ΠνΙΙ

ΚΙΝΗΤΡΑ	ΑΡ.ΚΑΠΝ/ΤΩΝ	ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ	ΑΡ.ΚΑΠΝ/ΤΩΝ
1. ΛΟΓΟΙ ΥΓΕΙΑΣ	40	1.ΕΧΑΣΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ	1
2.ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ	2	2.ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΣ ΜΕ 1 ΤΣΙΓΑΡΟ	2
3.ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	1	3. ΕΝΟΙΩΘΕ ΟΤΙ ΉΤΑΝ ΑΛΛΟΣ ΑΝΘΡΩΠΟΣ	1
4.ΟΜΟΡΦΙΑ	1	4. ΝΕΥΡΟΚΟΙΤΙΑ	5
5.ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ	2	5.Ο ΣΥΣΤΥΓΟΣ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ	1
6.ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ	1	6.ΕΞΑΡΤΗΣΗ	1
7.ΗΛΙΚΙΑ	1	7.ΣΤΕΡΗΣΗ	2
8.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ	1	8.ΛΑΙΜΑΡΤΙΑ	1
9.ΜΥΣΤΕΡΙΑ	1		
10.ΚΙΝΔ. ΑΠΕΙΛΗΣ	1		
11.ΛΗΧΟΣ	11		
12.ΘΕΛΗΣΗ	1		
13.ΣΚΟΤΙΣΜΕΤΙΣ ΒΗΤ.			

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το 65,2% των καπνιστών του ιατρείου διακοπής καπνίσματος του Κ.Υ. Βάρης, έχουν ήδη κάνει μια προσπάθεια να διακόψουν το κάπνισμα, με μέση τιμή ημερών διακοπής 505,7 ημέρες. Σκέπτονται πολύ σοβαρά την διακοπή του καπνίσματος, με κύριο κίνητρο την προαγωγή της υγείας των 40(88,8%) και κύρια δυσκολία την νευρικότητα 35,7%. Το ιατρείο διακοπής καπνίσματος με την δοκιμασμένη μεθοδολογία την οποία χρησιμοποιεί θα βοηθήσει ώστε η προσπάθεια αυτή να είναι πιο αποτελεσματική.

## 43. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΜΟΝΑ ΤΟΥΣ ΣΕ ΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ

Ι. Αλεξίου, Β. Παπαεμμανουήλ, Π. Πάντου, Θ. Αλεξίου

Τμήμα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ΠΕΔΥ, Πειραιά

Ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία της γήρανσης του πληθυσμού είναι η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν μόνο τους και που προδιαγράφεται ότι θα αυξηθούν. Τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνο τους έχουν ταυτοποιηθεί ως μια ομάδα κινδύνου για πτωχότερη σωματική και νοητική υγεία, μεγαλύτερη κοινωνική απομόνωση, χαμηλότερη κοινωνική στήριξη και χειρότερη ποιότητα ζωής και ως εκ τούτου χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής καθώς και οι συσχετιζόμενοι παράγοντες σε Έλληνες ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το υλικό της παρούσας μελέτης αποτέλεσε ένα τυχαίο δείγμα 157 ατόμων που ζούσαν μόνο τους, ηλικίας 65-85 ετών και δεν είχαν μόνιμη ή σοβαρή βλάβη της γνωσιακής ικανότητας. Χρησιμοποιήθηκε ένα κατηγοριοποιημένο ερωτηματολόγιο μέσω συνεντεύξεων πρόσωπο με πρόσωπο. Η ποιότητα ζωής μετρήθηκε χρησιμοποιώντας το "Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-35)". Άλλα δεδομένα που συλλέχθηκαν περιλάμβαναν την αυτοαξιολογούμενη υγεία, τη σωματική υγεία, τη γνωσιακή κατάσταση, την κατάθλιψη, τις λειτουργικές ικανότητες, τη μοναχικότητα, την κοινωνική στήριξη, τις φυσικές δραστηριότητες, την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες κοινωνικής περίθαλψης, την ικανοποίηση από τις συνολικές συνθήκες διαβίωσης καθώς και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ηλικιωμένα άτομα που ζούσαν μόνο τους στην Αθήνα και στον Πειραιά αξιολόγησαν τις κοινωνικές σχέσεις και τις οικονομικές συνθήκες σαν πηγές χαμηλής ικανοποίησης. Ανάλυση των μεταβλητών με πολλαπλούς τρόπους, έδειξε ότι η ικανοποίηση όσον αφορά τις συνολικές συνθήκες διαβίωσης, την αυτοαξιολογούμενη κατάσταση της υγείας, τις λειτουργικές ικανότητες, την κατάθλιψη, το οικονομικό επίπεδο, την κοινωνική στήριξη, τη μοναχικότητα, την προηγούμενη εργασιακή κατάσταση και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας, (η οποία και μετρήθηκε ανεξάρτητα στο ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής) αντιστοιχούσαν στο 68,8% των μεταβλητών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα κατέδειξαν:

- 1) Ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι που ζουν μόνοι τους χαρακτηρίσαν τις κοινωνικές σχέσεις και τις οικονομικές καταστάσεις σαν σημαντικά στοιχεία της ποιότητας ζωής.
- 2) Ο έλεγχος της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων μοναχικών ατόμων έχει γίνει ένα σημαντικό θέμα για τη δημόσια υγεία καθώς επίσης και η αιχμή του βέλους στις πολιτικές που προάγουν την υγιή γήρανση.
- 3) Αφορά δε τη δημιουργία και βελτίωση ευκαιριών και δυνατοτήτων για τους ηλικιωμένους για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν καλή ποιότητα ζωής.

## 42. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ ΚΑΙ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΣ ΣΕ ΙΑΤΡΟΥΣ Π.Φ.Υ

Α. Αντωνίου, Μ. Βικέλης, Γ. Βλάχος, Χ. Παπαφράγκος, Α. Σωτηρόπουλος, Ε. Σκληρός  
Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην ΠΦΥ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Σκοπό της μελέτης μας αποτελεί ο καθορισμός του επιπολασμού της κεφαλαλγίας και της ημικρανίας σε δείγμα ιατρών που υπηρετούν στην Π.Φ.Υ. (γενικοί ιατροί – παθολόγοι).

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Από σύνολο 355 ιατρών Π.Φ.Υ που παρακολούθησαν για το έτος 2016 τρία σεμινάρια της Ε.Ε.Ε.Π, ειδικό επιδημιολογικό ανώνυμο ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 182 ιατροί (60,4% άνδρες, 39,6% γυναίκες). Από αυτούς, το 52,2% ήταν γενικοί ιατροί και οι υπόλοιποι παθολόγοι. Το ερωτηματολόγιο περιείχε τα δημογραφικά στοιχεία και ιστορικό ημικρανίας και κεφαλαλγίας. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το S.P.S.S 24.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 46,65 ± 9,12 (άνδρες 51,99 ± 9,82 vs 46,09 ± 6,55 γυναίκες,  $p < 0,001$ ). Τα χρόνια άσκησης επαγγέλματος μετά την ειδικότητα ήταν 13,79 (άνδρες 15,96 ± 10,37 vs 10,64 ± 7,97 γυναίκες,  $p < 0,001$ ). Υπήρξε θετική συσχέτιση της ηλικίας με τα χρόνια άσκησης επαγγέλματος ( $R = 0,874$ ,  $p < 0,001$ ). Το 50% των ιατρών του δείγματος εργαζόταν ιδιωτικά. Από τους 182 ιατρούς, 14 άτομα (7,7%) ανέφεραν επεισόδια ημικρανίας (6 άνδρες, 8 γυναίκες) και 18 άτομα (9,9%) επεισόδια κεφαλαλγίας. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές όσον αφορά στην ηλικία (46,94 ± 8,13 vs 47,00 ± 9,10,  $p < 0,986$ ), τα χρόνια προϋπηρεσίας (9,85 ± 7,03 vs 11,14 ± 8,73,  $p < 0,659$ ) και την άσκηση ιδιωτικού επαγγέλματος ή όχι ( $p < 0,755$ ) μεταξύ ασθενών με ημικρανία και κεφαλαλγία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δείχνουν ότι η ημικρανία στους ιατρούς της Π.Φ.Υ δεν διαφέρει από τον επιπολασμό της ημικρανίας στο γενικό πληθυσμό, σε αντίθεση με ευρωπαϊκές μελέτες, που δείχνουν ότι οι ιατροί στην Π.Φ.Υ. έχουν υψηλότερα ποσοστά από τον γενικό πληθυσμό.

## 44. ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΟΡΘΟΓΝΑΘΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ: ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Δ. Παπαδάκης

Κέντρο Γναθοπροσωπικής Παθολογίας & Χειρουργικής

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των τεχνικών και των μεθόδων που χρησιμοποιούνται στην υπολογιστικά υποβοηθούμενη ορθογναθική χειρουργική και η ανάλυση των πλεονεκτημάτων της σε σχέση με τις παραδοσιακές χειρουργικές μεθόδους.

**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσιάζονται περιπτώσεις ορθογναθικής χειρουργικής οι οποίες προσεγγίστηκαν χειρουργικά με την χρήση της υπολογιστικά υποβοηθούμενης χειρουργικής (CAS - Computer Assisted Surgery)

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναλύεται ο τριδιάστατος χειρουργικός σχεδιασμός μέσω υπολογιστή, η προεγχειρητική πρόβλεψη του αποτελέσματος καθώς και η εκμετάλλευση των τεχνολογιών 3D printing για την αύξηση της χειρουργικής ακρίβειας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο τριδιάστατος χειρουργικός σχεδιασμός και η εξέλιξη των τεχνολογιών τριδιάστατης εκτύπωσης έχουν αλλάξει ριζικά την προεγχειρητική αλλά και την διεγχειρητική προσέγγιση των ασθενών με γναθοπροσωπικές δυσπλασίες, αυξάνοντας την ακρίβεια του αποτελέσματος και μειώνοντας τον χειρουργικό χρόνο.



### 45. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΡΑΧΗΛΟΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κ. Κατομάς, Δ. Αντερριώτης, Μ. Φυργιόλα, Β. Λιανού, Δ. Τριανταφύλλου, Ι. Δημόπουλος

Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Οι τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις οδοντικής αιτιολογίας είναι 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 τραχηλοπροσωπικών λοιμώξεων οδοντικής αιτιολογίας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναλύονται οι βασικές αρχές διάγνωσης και αντιμετώπισης των τραχηλοπροσωπικών λοιμώξεων οδοντικής αιτιολογίας και των κινδύνων από μη επιτυχή θεραπεία τους μέσα από την παρουσίαση περιστατικών που εισήχθησαν για νοσηλεία και θεραπεία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις οδοντικής αιτιολογίας μπορεί να εξελιχθούν σε σοβαρές λοιμώξεις οι οποίες απαιτούν εξειδικευμένη θεραπεία και πολυήμερη νοσηλεία. Τις περισσότερες φορές, στα αρχικά στάδια οι ασθενείς αναζητούν θεραπεία στον οδοντίατρό τους. Παρόλα αυτά, ιδιαίτερα σε πιο προχωρημένα στάδια, καταφεύγουν και σε ΤΕΠ νοσοκομείων όπου συχνά δεν υπάρχει Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργός. Στις περισσότερες των περιπτώσεων οι βασικές αρχές αντιμετώπισης των τραχηλοπροσωπικών λοιμώξεων δεν έχουν εφαρμοστεί πριν την προσέλευση των ασθενών στα ΤΕΠ της ΣΓΠΧ.

### 47. ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΔΙΚΤΥΟ ΜΑΙΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΝΜ ΑΜΑΛΙΑΔΟΣ ΩΣ ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ PAP TEST ΚΑΙ HPV DNA TEST.

Σ. Δημητρακόπουλος, Σ. Κολιαντζάκη, Χ. Θεοφιλοπούλου<sup>3</sup>, Ε. Λιακοπούλου<sup>3</sup>, Μ. Μυλωνά<sup>3</sup>, Γ. Ασημακόπουλος, Α. Πουλιάνη<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας-Ν.Μ. Πύργου, <sup>2</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας, Ν.Μ. Άργους, <sup>3</sup>Δίκτυο Μαιών, Συντονιστικό Κέντρο, Ν.Μ. Αμαλιάδος, <sup>4</sup>Φυσικός-Στατιστικός, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των αποτελεσμάτων του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στο Δίκτυο μαιών ΝΜ Αμαλιάδος ως Πρωτοβάθμιο Φορέας Φροντίδας Υγείας με την συμπλήρωση ενός έτους και εννέα μηνών του «Πιλοτικού Προγράμματος Δράσης για τον Καρκίνο του Τραχήλου της μήτρας 01/04/2016 - 31/12/2017»

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάστηκαν 1749 γυναίκες από τον Απρίλιο 2016 έως τον Δεκέμβριο του 2017 Μέση ηλικία εξέτασης 18 έως 86 έτη. Μέση διάρκεια επανεξέτασης 1 έτος. Έγιναν 56 εξορμήσεις σε 22 διαφορετικές περιοχές και ειδικότερα στις δομές του χωριού της Μυρσίνης που φιλοξενούνται οι πρόσφυγες από την Συρία 17 επισκέψεις. Αρχικά οι γυναίκες πρόσφυγες ένιωθαν άβολα γιατί δεν είχαν συνηθίσει τους άνδρες Γυναικολόγους, με την πάροδο του χρόνου οι Σύριες πρόσφυγες δεχόντουσαν την εξέταση από άνδρες φυσικά παραμένει η επιθυμία για γυναίκες Μαιές κ Γυναικολόγους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το χρονικό διάστημα έτη 2016- 2017 σε σύνολο 1749 τεστ Παπανικολάου που διενεργήθηκαν αναλυτικά τα αποτελέσματα κατά Bethesda: βρέθηκαν 1657 Αρνητικά WNL, 31 ASCUS, 35 LG-SIL, inasquare17, 7 HG-SIL, ca τραχήλου 2 σε σύνολο 1749. Συνοπτικά το 94,79 των αποτελεσμάτων δεν έδειξαν καμία αλλοίωση στον τράχηλο, πλην όμως 75 γυναίκες είχαν μη φυσιολογικό τέστ Παπανικολάου, 4 στις 100 γυναίκες είχαν κυτταρολογικό τέστ μη φυσιολογικό και επιπλέον στο σύνολο του πληθυσμού 0,6% είχε υψηλόβαθμη αλλοίωση (7 HG-SIL και 2 καρκίνους τραχήλου) πρακτικά 6 στις 1000 γυναίκες. Παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των εξεταζόμενων γυναικών σε σχέση με τους αντίστοιχους μήνες του προηγούμενου έτους. Αποτελέσματα τυποποίησης HPV DNA TEST λήψη σε 91 γυναίκες αρνητικό 59. HPV16:5,9, HPV31:3,7 HPV33:2,3 HPV16,31, HPV16,31,33 HPV16,51,59, HPV31,66, HPV51,59, HPV58,70, HPV31,51, HPV51,53, HPV16,45,56. Διαγνώστηκαν 2 γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και 7 γυναίκες με σοβαρές προ καρκινικές αλλοιώσεις HG-SIL στους 21 πρώτους μήνες εφαρμογής του προγράμματος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παρόλο που μπορεί να προληφθεί αποτελεί σήμερα συχνό γυναικολογικό καρκίνο. Οι Μαιές μέσω του Πιλοτικού προγράμματος καθοδηγούν το πληθυσμό των γυναικών απομακρυσμένων περιοχών όπως του νομού Ηλείας και των προσφύγων του χωριού Μυρσίνης φαίνεται να ανταποκρίνεται θετικά στην συμμετοχή σε προγράμματα που στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου.

### 46. ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΝΔΕΙΞΗ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΓΝΑΘΟΥ ΑΠΟ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ

Χ. Γιαπιτάκης, Β. Παπακώστα, Ν. Λεφαντζής, Σ. Διαμαντοπούλου, Ο. Ζωγράφος, Σ. Βασιλείου

Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η χορήγηση διφωσφονικών ως θεραπεία νεοπλασιών έχει ως συχνή παρενέργεια την οστεονέκρωση των γνάθων, ιδίως σε ανθρώπους με υπέρταση και κληρονομική προδιάθεση για θρόμβωση.

Άνδρας 73 εμφάνισε οστεονέκρωση και οστεομυελίτιδα κάτω γνάθου μετά από λήψη διφωσφονικών ως θεραπεία για νεοπλασία προστάτη και μεταστατικών εστιών. Ο ασθενής εμφάνισε αυξημένη πίεση. Είχε εμφανίσει θρομβοφλεβίτιδα και έμφραγμα σε ηλικία 66 ετών, σε έδαφος δυσλιπιδαιμίας. Η λήψη λεπτομερούς οικογενειακού ιστορικού σε τέσσερις γενεές έδειξε άλλα περιστατικά ιδιοπαθούς θρομβώσεως.

Γυναίκα 65 ετών εμφάνισε οστεονέκρωση κάτω γνάθου λόγω θεραπείας με διφωσφονικά για νεοπλασματική νόσο στο μελό των οστών, πιθανόν μεταστατικής από Ca μαστού. Η ασθενής εμφάνισε αυξημένη πίεση. Η λήψη λεπτομερούς οικογενειακού ιστορικού σε τέσσερις γενεές έδειξε κληρονομικό ιστορικό βεβαρημένο με περιστατικά ιδιοπαθούς θρομβώσεως.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από δείγματα αίματος των ασθενών απομονώθηκε ολικό DNA και διερευνήθηκαν οι μεταλλαγές FV Leiden G1691A, FIIIG20210A, και MTHFR C677T, που σχετίζονται με θρομβοφιλία και ACE. I/D, που σχετίζεται με υπέρταση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι δύο ασθενείς δεν είχαν καμία από τις μεταλλαγές που σχετίζονται με θρομβοφιλία, όμως και οι δύο ήταν θετικοί για τη μεταλλαγή D που σχετίζεται με υπέρταση (ο άνδρας ομόζυγος D/D και η γυναίκα ετερόζυγη I/D).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι ασθενείς με ένδειξη για θεραπευτική αγωγή με διφωσφονικά συστήνεται να ελέγχονται για κληρονομική προδιάθεση για υπέρταση και θρομβοφιλία. Αυτή είναι η πρώτη παγκοσμίως αναφορά συσχέτισης κληρονομικής προδιάθεσης για υπέρταση με οστεονέκρωση λόγω διφωσφονικών.

### 48. ΚΥΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 30 ΧΡΟΝΩΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

Σ. Ντελίκου<sup>1</sup>, Μ. Θεοδώρα<sup>2</sup>, Δ. Αραβαντινός<sup>1</sup>, Κ. Μαραγκός<sup>1</sup>, Γ. Δασκαλάκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας & Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η πρόβδος στην θεραπευτική αντιμετώπιση των αιμοσφαιρινοπαθειών (θαλασαιμία και δρεπανοκυτταρική νόσο) έχει οδηγήσει στη βελτίωση του επιπέδου ζωής και στην επιτυχή έκβαση της αναπαραγωγικής ικανότητας και της δημιουργίας οικογένειας. Σκοπός της εργασίας είναι η διαχρονική μελέτη των κυήσεων στην διάρκεια 30 ετών σε κέντρο μεταγίσεων της Αθήνας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Χρησιμοποιήθηκαν αναδρομικά τα στοιχεία από τα ιστορικά των γυναικών ασθενών με αιμοσφαιρινοπάθειες (συνολικά 40 με ομόζυγη θαλασαιμία: 14, EMA:10, MKΔ:12, ΔN:4) σε 2 χρονικές περιόδους: πριν το 2000 και από το 2000-2017. Μελετήθηκαν παράμετροι όπως: βασικό νόσημα, ηλικία κύησης, τύπος κύησης (αυτόματη, εξωσωματική/υποβοηθούμενη), εβδομάδες κύησης, συμβέματα κατά την κύηση, μεταγίσεις προ/μετά, αποσιδήρωση προ /μετά καθώς και συνύπαρξη HCV, ηπατολογικά και καρδιολογικά προβλήματα. Η στατιστική ανάλυση έγινε με t-test/fortwo-tailed Independent Means με σημαντικά στατιστικά P<0,05. (πίνακας)

	Περίοδος προ 2000 n=17	Περίοδος μετά 2000 n=23	P<0,05
Ηλικία κύησης	27,1	33,5652	0,027
Εβδομάδες κύησης	35,6	34,2	0,04
Παιδιά που γεννήθηκαν(συνολικά)	19	26	0,021
Αυτόματη κύηση(συνολικά)	19	12	0,89
IVF(συνολικά)	2	51	(μη συγκρίσιμο)
Φυσιολογικές τοκετάς	11	0	(μη συγκρίσιμο)
Καίσαρική (σύνολο)	9	24	0,04
αποβολές	Μη γνωστά στοιχεία	4	(μη συγκρίσιμο)
αιμορραγία	Μη γνωστά στοιχεία	3	(μη συγκρίσιμο)
Εγκεφαλικό	Μη γνωστά στοιχεία	1	(μη συγκρίσιμο)
Αποκόλληση	Μη γνωστά στοιχεία	1	(μη συγκρίσιμο)
Μεταγίσεις προ κυήσεως(αριθμός ασθενών)	2	11	0,017
Μεταγίσεις κατά την κύηση(αριθμός ασθενών)	8	22	0,062
Αποσίδρωση προ κυήσεως(αριθμός ασθενών)	2	12	0,026
Αποσίδρωση μετά την κύηση(αριθμός ασθενών)	6	14	0,038
Καρδιολογικά προβλήματα	Μη γνωστά στοιχεία	2	-
Ηπατολογικά προβλήματα-HCV	Μη γνωστά στοιχεία	6	-

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα τελευταία 30 χρόνια υπήρξαν πολλές σημαντικές αλλαγές στο επίπεδοπαροχής ιατρικών υπηρεσιών με αποτέλεσμα την επιτυχή έκβαση της αναπαραγωγικής ικανότητας των ασθενών με αιμοσφαιρινοπάθειες. Παρατηρείται σημαντικά στατιστική διαφορά P<0,05 στην ηλικία κύησης (με αύξηση του μέσου όρου ηλικίας 1ης κύησης), αύξηση των παιδιών που γεννήθηκαν συνολικά, ενώ παρατηρήθηκε μείωση των εβδομάδων κύησης. Κατά την περίοδο μετά το 2000 η πρόβδος στην μαιευτική είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των IVF προγραμματισμένων κυήσεων σε ασθενείς με καλύτερη προετοιμασία (συστηματικές μεταγίσεις, αποσιδήρωση), ενώ οι καισαρικές τομές εξασφαλίσαν την ασφαλέστερη περιγεννητική περίοδο και έδωσαν την ευκαιρία τεκνοποίησης σε γυναίκες με συνυπάρχοντα προβλήματα(ηπατολογικά/HCV λοιμωξη/καρδιολογικά). Παρά την αυξημένη φροντίδα, οι επιπλοκές κατά την κύηση δεν ήταν αμελητέες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι σύγχρονες εξελίξεις της παρακολούθησης των κυήσεων των ασθενών με αιμοσφαιρινοπάθειες έχουν δώσει στην ευκαιρία δημιουργίας οικογένειας διασφαλίζοντας το καλό επίπεδο ζωής τους.

## 49. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΕΥΡΕΣΗΣ SARCOPTES SCABIEI ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑ 2014 - 2017 ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Α. Πανοπούλου<sup>1</sup>, Α. Ιερωνυμάκη<sup>1</sup>, Ε. Πιπεράκη<sup>2</sup>, Ε. Πολυθοδωράκη<sup>3</sup>, Χ. Δράκος<sup>4</sup>, Α. Καργαδούρη<sup>1</sup>, Ε. Συκουτέμη<sup>1</sup>, Σ. Χρυσού<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», <sup>2</sup>Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η προσβολή του δέρματος από *Sarcoptes scabiei var. hominis* προκαλεί την ψώρα, μια εξαιρετικά μεταδοτική παρασιτική δερματοπάθεια. Η ψώρα ανήκει στις παραμελημένες τροπικές νόσους και δεν αποτελεί υποχρεωτικής δηλούμενο νόσημα. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι ο επιπολασμός του νοσήματος είναι ανεξάρτητος ηλικίας, φύλου, φυλής ή κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Η μετάδοση ευνοείται ιδιαίτερα σε συνθήκες συγχρωτισμού και πτωχής υγιεινής ενώ προδιαθέτουν μεταξύ άλλων η έλλειψη στέγης, η κακή διατροφή, η άνοια και οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης περιστατικών ασθενών με άκαρι της ψώρας την τετραετία 2014–2017 σε Έλληνες και αλλοδαπούς που εξετάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η αναζήτηση του εκποροσπίτου *Sarcoptes scabiei* σε ασθενείς με κνησμώδες εξάνθημα σε μεσοδακτύλιες πτυχές, γεννητική περιοχή, μηροβουβωνική χώρα και υπομαζική περιοχή (σε γυναίκες), έγινε με άμεση μικροσκοπική εξέταση δερματικών ξεσμάτων από την περιοχή της βλάβης μετά κατεργασία με καυστικό κάλιο (ΚΟΗ) 10%. Η διάγνωση στοιχειοθετήθηκε με μικροσκοπική ανεύρεση ακάρεων, ωαρίων ή περιπτωμάτων τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την τετραετία 2014 – 2017 εξετάστηκαν 4790 ασθενείς για ψώρα στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου μας. Σε 731 εξ αυτών βρέθηκαν ακάρεα ή προϊόντα τους (ποσοστό 15,2 %) [Ελληνες άνδρες: 351(48%), Ελληνίδες γυναίκες: 270 (36,9%), Αλλοδαποί άνδρες: 85 (11,7%), Αλλοδαπές γυναίκες: 25(3,4%)].

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συχνότητα ανίχνευσης *Sarcoptes scabiei* την τετραετία 2014 – 2017 ήταν μεγαλύτερη στον ελληνικό πληθυσμό (85%) συγκριτικά με τους εξετασθέντες αλλοδαπούς (15%). Μια πιθανή εξήγηση για το γεγονός αυτό είναι ότι στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας εξετάζονται συχνότερα Έλληνες.

## 51. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΙΚΗΣ ΛΙΠΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.

Π. Γαβρά<sup>1</sup>, Σ. Ηρακλειανού<sup>1</sup>, Γ. Κολοβού<sup>2</sup>, Α. Παπαζαφειροπούλου<sup>1</sup>, Β. Κολοβού<sup>2</sup>, Α. Ραλλιδής<sup>3</sup>, Ε. Μπουτάτη<sup>4</sup>, Γ. Δημητριάδη<sup>4</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», <sup>2</sup>Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, <sup>3</sup>Β' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>4</sup>Β' Προπαιδευτική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η μεταγευματική υπερτριγλυκεριδαίμια αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Στην μεταγευματική κάθαρση των τριγλυκεριδίων παίζει σημαντικό ρόλο μεταξύ άλλων παραγόντων η ποσότητα της ενεργού λιποπρωτεϊνικής λιπάσης καθώς και ορισμένες γενετικές ιδιαιτερότητες της. Μελετήσαμε την σχέση των αλληλίων X και S του πολυμορφισμού S447X της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης με την μεταγευματική κάθαρση των τριγλυκεριδίων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 51 άνδρες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπό αγωγή με δισκία, καλή γλυκαιμική ρύθμιση (HbA<sub>1c</sub> <7%), BMI2, χωρίς ιστορικό στεφανιαίας νόσου και φυσιολογικά τριγλυκερίδια νηστείας, χωρίς να λαμβάνουν υπολιπιδαιμική αγωγή. Η ομάδα αυτή υποβλήθηκε σε δοκιμασία ανοχής λίπους. Προσδιορίστηκαν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων νηστείας 2,4,6 και 8 ώρες μετά την κατανάλωση λιπαρού γεύματος. Ταυτόχρονα έγινε μοριακή ανίχνευση του πολυμορφισμού S447X της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης στα υπό εξέταση άτομα. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Mann Whitney U και η δοκιμασία πολλαπλής παλινδρόμησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους συμμετέχοντες στην μελέτη 65,3% είχε γονότυπο SS και 34,7% SX. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης με την TG –AUC ως εξαρτημένη μεταβλητή έδειξαν πως τόσο το αλληλίο S όσο και το X δεν σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις τιμές των τριγλυκεριδίων μεταγευματικά στο ολικό δείγμα. (S vs X, συντελεστής συσχέτισης: -0.018, σταθερό σφάλμα: 154.640, p: 0.907). Στην ομάδα των ατόμων με την θετική καμπύλη (μεταγευματική υπερτριγλυκεριδαίμια) υπήρχε μια τάση συσχέτισης του S αλληλόμορφου με την TG-AUC. (S vs X, συντελεστής συσχέτισης: 0.338, σταθερό σφάλμα: 172,165, p: 0.07)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο πολυμορφισμός S447X δεν σχετίζεται με την μεταγευματική κατανομή των τριγλυκεριδίων μετά από την δοκιμασία λιπαρού γεύματος. Φάνηκε μια τάση συσχέτισης του αλληλόμορφου S με την μεταγευματική κατανομή των τριγλυκεριδίων, στην ομάδα των ατόμων με την θετική καμπύλη.

## 50. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ NCSTAT DPNCHECK ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Τρικαλινού<sup>1</sup>, Α. Παπαζαφειροπούλου<sup>1</sup>, Ε. Ξουργιά<sup>1</sup>, Α. Κοκολάκη<sup>1</sup>, Σ. Μπακογιάννη<sup>1</sup>, Κ. Αναγνωστοπούλου<sup>1</sup>, Α. Γανωτοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Παπάνας<sup>2</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», <sup>2</sup>Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η διαβητική νευροπάθεια (ΔΝ) αποτελεί συχνή επιπλοκή που υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Προς το παρόν δεν έχουν καθιερωθεί διεθνή διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΝ. Ωστόσο, ο συνδυασμός των συμπτωμάτων, των σημείων και της ηλεκτροφυσιολογικής εξέτασης, όπως η μελέτη της ταχύτητας αγωγιμότητας των νεύρων, συμβάλλουν στη διάγνωση της ΔΝ. Πρόσφατα, αναπτύχθηκε μια νέα συσκευή μελέτης της ταχύτητας αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου με πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των συσχέτισων μεταξύ κλινικών παραμέτρων και της παρουσίας ΔΝ με τη χρήση της συσκευής NCstat DPNcheck.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 51 ασθενείς (25 άνδρες) με ΣΔ2, ηλικίας (± τυπική απόκλιση) 66,5 ± 6,9 έτη, HbA<sub>1c</sub> 7,1 ± 1,9%, δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 28,7 ± 5,8 Kg/m<sup>2</sup>, διάρκειας ΣΔ2 15,1 ± 6,7. Όλοι οι ασθενείς της μελέτης υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινική εξέταση και μελέτη της ταχύτητας αγωγιμότητας, ενώ ελήφθη δείγμα αίματος σε κατάσταση νηστείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι τιμές της ταχύτητας αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου (sural nerve conduction velocity, SNCV) και το εύρος αισθητικού δυναμικού (amplitude, SNAP) ήταν 3,9 ± 2,1 m/s και 47,4 ± 10,7 μV, αντίστοιχα. Νευροπάθεια, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων νευροπάθειας, διαγνώστηκε στο 63,3% των ατόμων της μελέτης. Το 91,7% των ατόμων της μελέτης ελάμβανε αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία και το 31,3% ινσουλinoθεραπεία. Όσον αφορά τις διαβητικές επιπλοκές 23,5% είχε στεφανιαία νόσο, 6,3% ΑΕΕ, 10,4 ΧΝΝ και 8,3 αμφιβληστροειδοπάθεια. Η πολυπαραγοντική ανάλυση, μετά από προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο, το ΔΜΣ, τη διάρκεια του ΣΔ2, την HbA<sub>1c</sub>, την παρουσία μικρο- και μακροαγγειοπαθικών επιπλοκών, έδειξε ότι το SNCV σχετιζόταν θετικά με την λόγο περιμέτρου μέσης προς περίμετρο ισχύων (beta= 0,13, P = 0,01) και την LDL-χοληστερόλη (beta= 0,09, P = 0,05). Ομοίως, το SNAP, μετά από προσαρμογή για τους ίδιους παράγοντες, σχετιζόταν αρνητικά με τον ΔΜΣ (beta= - 0,15, P = 0,002) και την περίμετρο μέσης (beta= -0,07, P = 0,004). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η ταχύτητα αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου όπως αυτή εκτιμάται με το NCstat DPNcheck σχετίζονται θετικά με την λόγο περιμέτρου μέσης προς περίμετρο ισχύων και την LDL-χοληστερόλη. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ταχύτητας αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου και των μικρο- και μακροαγγειοπαθικών διαβητικών επιπλοκών.

## 52. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΓΟΝΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η. Δουλάμης<sup>1</sup>, Π. Κωνσταντόπουλος<sup>1</sup>, Α. Τζανή<sup>1</sup>, Α. Antoranz<sup>2,3</sup>, Α. Μήνιαν<sup>2</sup>, Α. Δασκαλοπούλου<sup>1</sup>, Α. Χαράλαμποπούλου<sup>4</sup>, Α. Αλεξόπουλος<sup>2,3</sup>, Ε. Μενεγάκος<sup>5</sup>, Δ. Περρέα<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας «Ν.Σ. Χρηστάκης», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Protatonce Ltd, Αθήνα, <sup>3</sup>Τμήμα Μηχανολόγων Μηχανικών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, <sup>4</sup>Γ' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», <sup>5</sup>Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε το ρόλο που διαδραματίζει η φλεγμονή στην παθογένεια της παχυσαρκίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Στο ερευνητικό πρωτόκολλο συμμετείχαν 28 ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία που επρόκειτο να υποβληθούν σε βαριατρικό χειρουργείο, καθώς και 10 υγιείς, νορμοβαρείς εθελοντές αιμοδότες. Δημογραφικά δεδομένα, ατομικό ιστορικό και δείγματα αίματος χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή αποτελεσμάτων. Στον ορό των συμμετεχόντων προσδιορίστηκαν με χρήση πρωτεομικής μεθόδου οι κάτωθι πρωτεΐνες: IL-1a, IL-4, IL-6, IL-8, IL-12, IL-17, IL-20, IL-22 και TNF-α.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση ηλικία ήταν 37,3 έτη και 40,5 έτη, ενώ οι μέσες τιμές δείκτη μάζας σώματος ήταν 48,9kg/m<sup>2</sup> και 24,6 kg/m<sup>2</sup> για τις ομάδες παχυσαρκίας και ελέγχου, αντίστοιχα. Ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης, του σακχαρώδη διαβήτη και της υπερλιπιδαιμίας στους παχύσαρκους ασθενείς ήταν 32%, 18% και 11%, αντίστοιχα. Τα άτομα της ομάδας ελέγχου δεν είχαν καμία συννοσηρότητα. Σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στα επίπεδα όλων των πρωτεομικών δεικτών φλεγμονής (p < 0.01) εκτός από την περίπτωση της IL-6 (p>0.05). Ύστερα από στατιστική διόρθωση για ηλικία, φύλο και συννοσηρότητες, οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων παρέμειναν σημαντικές εκτός από την περίπτωση της IL-20 (p>0.05).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η νοσογόνο παχυσαρκία είναι μια πολυπαραγοντική νόσος που σχετίζεται άρρηκτα με την φλεγμονή. Τα αποτελέσματά μας υποστηρίζουν την υπόθεση για τη συμμετοχή της φλεγμονής στην παθογένεια της παχυσαρκίας. Ωστόσο περισσότερες μελέτες βασικής και μεταφραστικής έρευνας απαιτούνται προκειμένου να διαλευκανθούν οι μηχανισμοί της παχυσαρκίας.

## 53. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 55. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΤΥΠΟΥ 2 ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΟΥΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Σ. Τσοτουλίδης<sup>1</sup>, Α. Τριανταφύλλου<sup>2</sup>, Α. Μποτσκάριοβα<sup>1</sup>, Τ. Μαρσιέσκου-Χωριανοπούλου<sup>3</sup>, Σ. Σιδηροπούλου<sup>1</sup>, Ο. Τσαχουρίδου<sup>3</sup>, Γ. Πετρίδης<sup>1</sup>, Κ. Γρίβου<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Κέντρο Υγείας Κασσανδρείας, Χαλκιδική, <sup>2</sup>Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», <sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί το κύριο αίτιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η εκτίμηση της συχνότητας και της βαρύτητας της χρόνιας νεφρικής νόσου κατά την έναρξη παρακολούθησης των διαβητικών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν τακτικοί ασθενείς του διαβητολογικού ιατρείου του Κ.Υ. Κασσανδρείας. Καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, το ύψος, το βάρος, οι καπνιστικές συνήθειες, η διάρκεια του διαβήτη, η HbA1c, η κρεατινίνη, τα λιπίδια η ύπαρξη μικρολευκωματινουρίας και η ύπαρξη αμφιβληστροειδοπάθειας. Η εκτίμηση της ύπαρξης νεφροπάθειας έγινε με τον υπολογισμό του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, χρησιμοποιώντας τον τύπο CKD-EPI.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 413 ασθενείς (208 άνδρες), μέσης ηλικίας 66,7±11,4 έτη, με μέση διάρκεια νόσου 6,88±7,77 έτη. Επιρρεασμένη νεφρική λειτουργία βρέθηκε στο 33,9%. Συγκεκριμένα στάδιο G2 (GFR 60-89) βρέθηκε στο 26,6%, στάδιο G3a (GFR 45-59) στο 5,1%, στάδιο G3b (GFR 30-44) στο 1,9% και στάδιο G4 (GFR 15-29) στο 0,2%. Αυτοί που είχαν νεφροπάθεια είχαν μεγαλύτερη ηλικία, μεγαλύτερη διάρκεια νόσου και μεγαλύτερο βάρος σώματος σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν την επιπλοκή (p<0,001). Η χρόνια νεφρική νόσος ήταν συχνότερη στις γυναίκες (p<0,029), ενώ φάνηκε να σχετίζεται με τις τιμές των τριγλυκεριδίων και της HDL. Η συσχέτιση με την αμφιβληστροειδοπάθεια ήταν σημαντική (p<0,001). Κανένας άλλος από τους υπό μελέτη παράγοντες δε διαπιστώθηκε να είναι στατιστικά σημαντικός.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υψηλό ποσοστό διαβητικών ασθενών παρουσιάζει χρόνια νεφρική νόσο, από την πρώτη ακόμα επίσκεψη σε ειδικό ιατρείο. Με την έγκαιρη ανίχνευση της επιπλοκής και την επίτευξη θεραπευτικών στόχων του διαβήτη, μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος εξέλιξης σε νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου.

## 54. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΥΠΟΔΟΡΙΑΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΗΒΑ1C: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ 5 ΕΤΩΝ

Α. Αγγελίδη<sup>1</sup>, Α. Παπαζαφειροπούλου<sup>1</sup>, Ε. Ξουργιά<sup>1</sup>, Σ. Μπακογιάννη<sup>1</sup>, Κ. Αναγνωστοπούλου<sup>1</sup>, Π. Φακτσέλη<sup>1</sup>, Β. Λιόση<sup>1</sup>, Α. Καμαράτος<sup>1</sup>, Σ. Ηρακλειανού<sup>2</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α' Παθολογικό Τμήμα, Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», <sup>2</sup>Γ' Παθολογικό Τμήμα, Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αρκετές μελέτες έχουν βρει βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο με τη συνεχή υποδόρια έγχυση ινσουλίνης σε σύγκριση με τις πολλαπλές ενέσεις ινσουλίνης για ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1). Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της 5ετούς επίδρασης της συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης στο γλυκαιμικό έλεγχο σε άτομα με ΣΔ1.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε 26 ασθενείς (13 άνδρες/13 γυναίκες, μέσης ηλικίας ±SD: 51,9±12,3 έτη) οι οποίοι έφεραν συνεχή υποδόρια έγχυση ινσουλίνης και παρακολουθούνται στο Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο». Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή της HbA1c το 2<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> έτος της χρήσης της συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση τιμή της HbA1c (± 1σταθερα απόκλιση) κατά το 5<sup>ο</sup> έτος παρακολούθησης ήταν 7,9±1,8%. Με βάση το φύλο, η τιμή της HbA1c ήταν 7,7±1,9% για τους άνδρες και 8,2±1,7% για τις γυναίκες της μελέτης (P=0,47). Σε σύγκριση με το 2<sup>ο</sup> έτος παρακολούθησης των ατόμων της μελέτης, η μεταβολή της HbA1c το 2<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> έτος, αντίστοιχα, ήταν η εξής: 7,6±1,1% έναντι 7,9±1,8% (P<0,001). Με βάση το φύλο η μεταβολή της HbA1c το 2<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> έτος, αντίστοιχα, για τους άνδρες που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν η εξής: 7,7±1,3% έναντι 7,7±1,9% (P=0,32). Η μεταβολή της HbA1c το 2<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> έτος, αντίστοιχα, για τις γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν η εξής: 7,4±0,8% έναντι 8,2±1,6% (P<0,001). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι ο γλυκαιμικός έλεγχος ατόμων με ΣΔ1 και συνεχή υποδόρια έγχυση ινσουλίνης επιδεινώθηκε μεταξύ 2<sup>ου</sup> και 5<sup>ου</sup> έτους παρακολούθησης. Η επιδείνωση του γλυκαιμικού ελέγχου αφορούσε μόνο τις γυναίκες της μελέτης.

## 56. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ε. Τζουγανάτου, Α. Παπαζαφειροπούλου, Ε. Ευστρατιάδη, Ν. Βόλης, Γ. Λοϊζος, Π. Λαμπρόπουλος, Α. Μελιδώνης  
 Α' Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) και διάφορων τύπων καρκίνου, όπως στο ήπαρ, στο πάγκρεας, στο ενδομήτριο, στο νεφρό, στο μαστό, στον προστάτη, στην ουροδόχο κύστη και στο παχύ έντερο. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των περιστατικών με καρκίνο παγκρέατος και χοληφόρων που νοσηλεύθηκαν σε παθολογική κλινική.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 11 ασθενείς, μέσης ηλικίας (± τυπική απόκλιση) 76,2 ± 11,7 έτη που νοσηλεύτηκαν με καρκίνο παγκρέατος και χοληφόρων στην Α' Παθολογική Κλινική του Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο» το χρονικό διάστημα Ιούλιος 2017-Δεκέμβριος 2017. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών, της αιτίας εισαγωγής, του ιστορικού ΣΔ2 και της έκβασης τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 11 ασθενείς οι 7 είχαν γνωστό ιστορικό ΣΔ2 (HbA1c 10,1 ± 3,9%, διάρκεια ΣΔ2 18,1 ± 6,7). Δύο ασθενείς είχαν καρκίνο χοληφόρων (18,2%) και 9 καρκίνο παγκρέατος (81,8%). Από τους ασθενείς με ΣΔ2, ένας είχε καρκίνο χοληφόρων και 7 καρκίνο παγκρέατος. Τρεις από τους ασθενείς με ΣΔ2 ανέφεραν πρωτοδιάγνωση διαβήτη το τελευταίο έτος η οποία προηγήθηκε της εμφάνισης καρκίνου παγκρέατος. Επιπλέον, 3 από τους ασθενείς με ΣΔ2 και καρκίνο παγκρέατος παρουσίασαν απορρόθμιση του διαβήτη τους ασθενείς το τελευταίο εξάμηνο. Ως προς τα επιμέρους συμπτώματα, ένας ασθενείς εισήχθη λόγω απώλειας σωματικού βάρους, 3 λόγω αδυναμίας-καταβολής, ένας λόγω αναμίας και 6 λόγω ίκτερου. Και οι 11 ασθενείς πέθαναν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι η παρουσία ΣΔ2 και ο φτωχός γλυκαιμικός έλεγχος συνδέονται με συχνότερη εμφάνιση και ταχύτερη επιδείνωση του παγκρεατικού καρκίνου. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες προκειμένου να στοιχειοθετηθεί η συσχέτιση του παγκρεατικού καρκίνου και του ΣΔ2.

## 57. Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ. Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΩΝ ΣΤΟ ΣΥΓΚΡΕΤΙΜΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ.

Ε. Λαδογιάννη<sup>1</sup>, Δ. Χρυσικός<sup>2</sup>, Α. Δρακόπουλος<sup>3</sup>, Ι. Τζανάκης<sup>4</sup>, Ι. Τζαβέζ<sup>5</sup>, Σ. Ηρακλειανού<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Περιφερειακό Ιατρείο Θεσπίων, Βοιωτία, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γ.Ο.Ν. Κηφισιάς Όι Άγιοι Ανάργυροι, <sup>3</sup>Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Λιβαδειάς, <sup>4</sup>Β' Παθολογική Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», <sup>5</sup>Ιδιωτική Ενδοκρινολογική Ιατρεία, Αθήνα, <sup>6</sup>Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αποτύπωση του επιπολασμού του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στη Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Λιβαδειάς και η καταγραφή του μεγέθους των ακρωτηριασμών στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατά το Α' δεκαήμερο του Δεκεμβρίου του 2017 με βάση το αρχείο ασθενών που διατηρεί η Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Λιβαδειάς, διενεργήθηκε η καταμέτρηση όλων των αιμοκαθαίρομένων ασθενών που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη, η αιτία της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου και το ποσοστό των ακρωτηριασμών στον εν λόγω πληθυσμό. Διερευνήθηκαν συνολικά 78 ιστορικά ασθενών σε τακτική εξωσωματική κάθαρση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 78 συνολικά ασθενείς στον τεχνητό νεφρό, απομονώθηκαν 19 ασθενείς που αιμοκαθαίρονται και παράλληλα πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη. Η διαβητική νεφροπάθεια αποτελεί την αιτία για τη Χρόνια Νεφρική Νόσο (Χ.Ν.Ν.) για τους 13 από τους 19 συνολικά αιμοκαθαίρομενους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη. Δύο (2) από τους 19 ασθενείς που είναι στον τεχνητό νεφρό και πάσχουν από ΣΔ έχουν βιώσει ιστορικό ακρωτηριασμού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στο παρόν πόνημα διαφαίνεται πως ένας ανά 4,3 ασθενείς στην αιμοκάθαρση πάσχει από ΣΔ. Η διαβητική νεφροπάθεια αποτελεί την αιτία της Χ.Ν.Ν. για τους 13 από τους 19 ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Οι ακρωτηριασμοί είναι ισότιμα κατανομημένοι τόσο στους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου1 όσο και στους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου2.

## 59. ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΣ ΣΗΨΗ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ACINETOBACTER BAUMANNII ΚΑΙ KLEBSIELLA PNEUMONIAE ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘ

Μ. Κατσιάρη<sup>1</sup>, Α. Μαυροειδή<sup>2</sup>, Κ. Ντόρλη<sup>3</sup>, Ε. Πάλλα<sup>2</sup>, Α. Σακκαλής<sup>1</sup>, Χ. Μαθάς<sup>1</sup>, Χ. Νικολάου<sup>1</sup>, Ζ. Ρούσου<sup>2</sup>, Ε. Πλατσούκα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ΜΕΘ, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας-Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας-Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση κλινικών παραγόντων κινδύνου που μπορεί να προβλέψουν τη θνητότητα και τη κεραυνοβόλο σήψη σε ασθενείς της ΜΕΘ με ανθεκτικά στις καρβαπενέμες στελέχη (CR) *Acinetobacter baumannii* (Aba) και *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) κατά την περίοδο 2011-2016.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Οι ασθενείς με μονομικροβιακή ανάπτυξη στις αιμοκαλλιέργειες CR Aba (87) και Kpn (44) στελεχών διαχωρίστηκαν σε 3 ομάδες για κάθε παθογόνο: οι ασθενείς που επέζησαν στην Ομάδα Α, ενώ οι ασθενείς που απεβίωσαν ≤48 ώρες (κεραυνοβόλος σήψη) και >48 ώρες μετά την εμφάνιση της βακτηριαμίας, στις Ομάδες Β και Γ, αντίστοιχα. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με μέθοδο One-way ANOVA.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με κεραυνοβόλο σήψη σε σχέση με αυτούς που επέζησαν παρουσίασαν: α) για τα CR Aba, υψηλότερα ποσοστά χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ) και σοβαρότερη ανεπάρκεια οργάνων σύμφωνα με το SOFA score (p=0.029 και p=0.013, αντίστοιχα), υψηλότερα ποσοστά ανθεκτικών στελεχών σε κολιστίνη ή/και τριγυκεκυκλίνη χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά, β) για τα CR Kpn, υψηλότερα APACHE II scores κατά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ (p=0.008) και SOFA scores την ημέρα της μικροβιαμίας (p=0.001), συχνότερη υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας (p=0.042) και λήψη κορτικοστεροειδών (p < 0.001), μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας στη ΜΕΘ (p=0.046) πριν τη βακτηριαμία. Η αναλογία στελεχών με την OXA-48 και άλλες καρβαπενεμάσες (KPC, MBLs) καθώς και το ποσοστό ανθεκτικών στην κολιστίνη στελεχών ήταν παρόμοια στις τρεις ομάδες ασθενών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με κεραυνοβόλο σήψη εμφάνιζαν υψηλότερη επίπτωση ΧΝΑ και χρεία νεφρικής υποκατάστασης, είχαν βαρύτερη νόσο στην εισαγωγή τους και σοβαρότερη πολυοργανική ανεπάρκεια την ημέρα της μικροβιαμίας, ενώ δεν διαπιστώθηκαν διαφορές σχετικά με τον φαινότυπο αντοχής των στελεχών ή τον τύπο των καρβαπενεμάσων.

## 58. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΠΛΟΥΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΒΕΣΤΙΟ ΣΤΗΝ ΜΕΣΗ ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Ε. Κότσαλου<sup>1,3</sup>, Γ. Μαντωνανάκης<sup>2</sup>, Φ. Μπαμπάτσικου<sup>3</sup>, Ν. Δημακόπουλος<sup>3</sup>, Χ. Κουτίζ<sup>3</sup>, <sup>1</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, <sup>2</sup>Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>3</sup>Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Υγείας, ΤΕΙ Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Έχει αποδειχθεί ότι η παθολογία της οστεοπόρωσης (ΟΠΩ) σχετίζεται κυρίως με ορμονολογικούς παράγοντες, ωστόσο το διεθνές επιστημονικό ενδιαφέρον τελευταία στρέφεται στο ερώτημα αν η επαρκής πρόσληψη ασβεστίου κατά την παιδική και ενήλικη ζωή δρα προληπτικά στη βαρύτητα της αναμενόμενης απώλειας οστικής μάζας. Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης ήταν η αξιολόγηση του ρόλου της κατανάλωσης γαλακτοκομικών στην επίσχεση της ανάπτυξης ΟΠΩ σε άνδρες και γυναίκες μέσης ηλικίας, χωρίς συννοσήματα σχετιζόμενα με την οστική πυκνότητα (ΟΠ).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε την ΟΠ (Bone Mineral Density, BMD) της ΟΜΣΣ ή/και των μηριαίων οστών, 96 ανδρών και 253 μετεμηνοπαυσιακών γυναικών της λευκής φυλής, μέσης ηλικίας 64,4± 8,7έτη με τη μέθοδο DEXA (διπλή απορροφησιμετρία ακτίνων Χ). Συνολικά, 139 εξεταζόμενοι κατανάλωναν πολλά γαλακτοκομικά (Ομάδα Β, 15% άνδρες και 85% γυναίκες), ενώ 210 κατανάλωναν λίγα έως καθόλου (Ομάδα Α, 36% άνδρες και 64% γυναίκες). Ως κριτήριο χρησιμοποιήθηκαν οι οδηγίες του WHO για άνδρες μέσης ηλικίας, όπου ικανοποιητική θεωρείται η κατανάλωση γαλακτοκομικών ≥ 800 mg/ ημέρα (δηλαδή 2-3 μερίδες). Με τη χρήση του T score, οι μελέτες κατατάχθηκαν σύμφωνα με τα κριτήρια του WHO για τη διάγνωση της Οστεοπόρωσης σε φυσιολογικές (T score > -1), οστεοπενία (T score < -1) και οστεοπόρωση (T score < -2,5). Επίσης, υπολογίστηκε ο σχετικός κίνδυνος (relative risk, RR) για την ανάπτυξη της πάθησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση τιμή της οστικής πυκνότητας διέφερε στατιστικά σημαντικά (p<0,001) μεταξύ ανδρών που κατανάλωναν πολλά γαλακτοκομικά meanT-value: -0,43) και εκείνων που δε λάμβαναν επαρκή ποσά ασβεστίου με την τροφή (meanT-value: -1,99). Η επίπτωση της οστεοπόρωσης και οστεοπενίας στους άνδρες ήταν: α) υπο-ομάδα Α1: 9,5% και 23,8% αντίστοιχα, β) υπο-ομάδα Β1: 23,6% και 50% με υπερδιπλάσιο σχετικό κίνδυνο (RR=2,5%). Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες ήταν: α) υπο-ομάδα Α2 28,8%(n:34) και 43,2%(n:58), β) υπο-ομάδα Β2 29,6%(40) και 50%(68) αντίστοιχως. Οι BMD μελέτες των γυναικών της Ομάδας Α (πολλά γαλακτοκομικά) έδειξαν 28,8%(34) ύπαρξη οστεοπόρωσης, 43,2%(58) οστεοπενία, και 22%(26) ήταν φυσιολογικές, ενώ τα αποτελέσματα για την Ομάδα Β (λίγα- καθόλου γαλακτοκομικά) ήταν 29,6%(40), 50%(68) και 20,4%(27) αντίστοιχως.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η υψηλή επίπτωση της οστεοπόρωσης σε μετεμηνοπαυσιακές γυναίκες αποδίδεται σε ορμονικούς παράγοντες (επίπεδα οιστρογόνων), ηλικία της εμμηνόπαυσης και την οστική ηλικία κατά την δεδομένη χρονική στιγμή, τις διατροφικές συνήθειες, τη λήψη φαρμάκων κλπ. Τα δεδομένα μας αναδεικνύουν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο οστεοπόρωσης για τους άνδρες που δεν κατανάλωναν καθόλου γαλακτοκομικά, σε σχέση με εκείνους που ακολουθούσαν τις οδηγίες του WHO. Επομένως, στους άνδρες η κατανάλωση γαλακτοκομικών στην ενήλικη ζωή, αλλά κυρίως έως και την εφηβική ηλικία δρα προληπτικά στη μείωση της οστικής πυκνότητας.

## 60. ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΕΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΜΕΘ

Ε. Γκριτζάλας, Σ. Κόκκορης, Α. Παρασκευοπούλου, Ε. Πατσάκη, Δ. Παναγίδης, Σ. Νανάς

Α' Κλινικής Εντατικής Θεραπείας, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της έρευνας ήταν να καταγράψει και να ενημερώσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την ύπαρξη πιθανών αλληλεπιδράσεων μεταξύ των χορηγούμενων φαρμάκων (ΑΕΦ), χρησιμοποιώντας τη βάση δεδομένων Lexi-interact®.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν 59 ασθενείς (51% γυναίκες) της ΜΕΘ με μέση ηλικία τα 60±18 έτη και σκορ βαρύτητας APACHE II 21±8 -SOFA 9±4, σε διάστημα 18 εβδομάδων. Ελεγχθήκαν 168 φαρμακολογικά προφίλ για την ύπαρξη πιθανών ΑΕΦ.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για προοπτική μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Αττικής. Διενεργήθηκε έλεγχος των φαρμακολογικών προφίλ για πιθανές ΑΕΦ μέσω του Lexi-interact®. Τα αποτελέσματα γνωστοποιήθηκαν στο προσωπικό με ενημερωτικό φυλλάδιο στο φάκελο των ασθενών, οι οποίοι ερωτήθηκαν για την αξία των πληροφοριών, με μικρό δείγμα ανταπόκρισης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στα 168 φαρμακολογικά προφίλ καταγράφηκαν 1632 φάρμακα (141 φαρμακευτικές ουσίες) και 1279 πιθανές ΑΕΦ. Το 10% των ασθενών δεν παρουσίασε καμία πιθανή ΑΕΦ. Στο σύνολο βρέθηκαν 6 (<1%) πιθανές αλληλεπιδράσεις κατηγορίας Α, 137 (11%) κατηγορίας Β, 875 (68%) κατηγορίας C, 245 (19%) κατηγορίας D και 16 (1%) κατηγορίας Χ. Στα φαρμακολογικά προφίλ ασθενών που ελάμβαναν έως 4 φάρμακα δεν εμφανιζόταν καμία πιθανή ΑΕΦ, ενώ κατά μέσο όρο σε χορηγήσεις από 5 έως 8 φάρμακα αντιστοιχούν 2,2 πιθανές αλληλεπιδράσεις, για φαρμακολογικά προφίλ με >8 φάρμακα καταγράφησαν 10,8 πιθανές αλληλεπιδράσεις.

Από τη στατιστική ανάλυση προκύπτει θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού φαρμάκων και της εμφάνισης πιθανών αλληλεπιδράσεων (P-value<0,001 και R<sup>2</sup>=0,713). Αρνητική ωστόσο είναι η σχέση που συνδέει τη βαρύτητα των ασθενών τόσο με τον αριθμό των φαρμάκων όσο και με των αλληλεπιδράσεων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συχνότητα εμφάνισης δυνητικών ΑΕΦ είναι αυξημένη σε ασθενείς της ΜΕΘ και φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με τον αριθμό των χορηγούμενων φαρμάκων. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η χρήση εργαλείων ελέγχου αλληλεπιδράσεων και η περαιτέρω ευαισθητοποίηση των κλινικών ιατρών με στόχο τη μείωση των επιπλοκών που σχετίζονται με πιθανές ΑΕΦ.

**61. ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΜΕΘ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ Β ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΜΕΘ**

Ε. Χρυσανθοπούλου, Κ. Νταή, Β. Γαλαριώτη, Ε. Καραμπελά, Χ. Διακάκη, Μ. Θεοοδωρακοπούλου, Α. Αρμαγανιδής

*Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν. «Αττικής»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα εργασία ερευνήσε την επίδραση της καθυστερημένης εισαγωγής βαρέως πασχόντων ασθενών στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στη θνητότητα **ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη ΜΕΘ του ΠΓΝ Αττικό. Συνολικά 133 εκτιμήσεις που αφορούσαν σε 85 ασθενείς έλαβαν χώρα μεταξύ Οκτωβρίου 2016 και Ιανουαρίου 2017. Εξαιρέθηκαν οι ανήλικοι (n=1), οι ασθενείς που δεν κρίθηκε απαραίτητη η νοσηλεία τους σε ΜΕΘ (n=3) καθώς και οι ασθενείς που εισήχθησαν ή νοσηλεύονταν στην καρδιολογική μονάδα (n=9). Από τους 72 ασθενείς οι 35 (49%) που εισήχθησαν στη ΜΕΘ αποτέλεσαν το δείγμα της εργασίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς που εισήχθησαν στην ΜΕΘ εντός 24 ωρών από την πρώτη εκτίμησή τους από τους υπεύθυνους ιατρούς του τμήματος, ήταν νεότερης ηλικίας (διάμεσος: 66 έτη, εύρος: 47-72) συγκριτικά με τους ασθενείς που εισήχθησαν με χρόνο αναμονής μεγαλύτερο από 24 ώρες (διάμεσος: 78 έτη, εύρος: 65-84 p<0.05). Καμία άλλη στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς το ατομικό αναμνηστικό, τους δείκτες βαρύτητας, και τον εργαστηριακό έλεγχο. Οι ασθενείς που εισάγονται καθυστερημένα στη ΜΕΘ συγκριτικά με τους ασθενείς που εισάγονται εντός του πρώτου 24ώρου, φάνηκε να έχουν ιδιαίτερα αυξημένη θνητότητα (82% έναντι 33% αντίστοιχα, p= 0.013). Η καθυστερημένη εισαγωγή των ασθενών οχταπλασιάζει τον κίνδυνο για αρνητική έκβαση (OR<sub>95%-adj</sub>: 7,8, CI 95%, 1.52-39.53, p=0.014) με ποσοστό θνητότητας αποδιδόμενο σε αυτή 56%

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι ασθενείς που καθυστερούν να εισαχθούν στη ΜΕΘ είναι συχνότερα μεγαλύτερης ηλικίας. Παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένη θνητότητα η οποία ωστόσο δυνητικά θα υποδιπλασιαζόταν αν η έγκαιρη εισαγωγή τους ήταν εφικτή.

**63. ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΠΟΜΑΚΩΝ ΤΗΣ ΟΡΕΙΝΗΣ ΞΑΝΘΗΣ**

Ε. Νικολακοπούλου<sup>1</sup>, Τ. Μηδιούρα<sup>2</sup>, Ε. Ορφανίδου<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Ανοσολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ξάνθης, <sup>2</sup>Ανοσολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ξάνθης*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο θυρεοειδής αδένας είναι από τους πιο σημαντικούς αδένες του ενδοκρινικού συστήματος. Απαραίτητο στοιχείο για τη σύνθεση των θυρεοειδικών ορμονών είναι το ιώδιο, η έλλειψη του οποίου οδηγεί σε μειωμένη παραγωγή τους. Ένδεια ιωδίου παρουσιάζεται κυρίως σε ορεινές περιοχές.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφή του θυρεοειδικού προφίλ των Πομάκων της ορεινής Ξάνθης και σύγκριση με το θυρεοειδικό προφίλ κατοίκων της πόλης της Ξάνθης.

**ΥΛΙΚΟ:** Στη διάρκεια ενός έτους μετρήθηκε η TSH σε 391 Πομάκους της ορεινής Ξάνθης και σε 390 κατοίκους της πόλης της Ξάνθης. Η μέτρηση έγινε σε ανσοσεζιμικό αναλυτή ADVIA Centaur XP με ημιεμφωταύγεια. Οι εξεταζόμενοι χωρίστηκαν σε αυτούς με φυσιολογική TSH (0.55-4.78 μIU/mL), αυξημένη (>4.78 μIU/mL) και ελαττωμένη (<0,55μIU/mL)

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση ηλικία των Πομάκων ήταν 50.7±17.0 έτη (82.4% γυναίκες, 17.6% άντρες) και των κατοίκων της πόλης της Ξάνθης 48.3±18.1 (72.8% γυναίκες, 27.2% άντρες). Στους Πομάκους, οι τιμές της TSH ήταν φυσιολογικές στο 85.7%, αυξημένες στο 5.9% και μειωμένες στο 8.4%. Στους κατοίκους της Ξάνθης, η TSH ήταν φυσιολογική στο 86.9%, αυξημένη στο 6.9% και μειωμένη στο 6.2%. Τα επίπεδα της TSH μεταξύ των δύο ομάδων ήταν στατιστικά όμοια με τιμή p=0.723.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι Πομάκοι της ορεινής Ξάνθης παρουσίασαν τιμές TSH στατιστικά όμοιες με των κατοίκων της πόλης της Ξάνθης, παρά το γεγονός ότι οι πρώτοι κατοικούν σε απομονωμένη ορεινή περιοχή. Αυτό πιθανά οφείλεται στην ιωδιωση του μαγειρικού αλατιού, κυρίως όμως στο ότι η πρόσβαση σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι ευκολότερη, σε σχέση με παλαιότερα, με αποτέλεσμα να γίνεται έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση των ατόμων με παθήσεις του θυρεοειδούς αδένος.

**62. ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΚΑΙ ΚΥΠΡΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

Ι. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Α. Πρίντζη, Κ. Σταύρου

*<sup>1</sup>Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Ιατρική Σχολή Δ.Π.Θ. <sup>2</sup>Τμήμα Αισθητικής και Κοσμητολογίας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ:** Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μια κατηγορία νοσημάτων που απαντώνται σε όλες τις ενεργές σεξουαλικές ηλικίες. Συνήθως η αντίχρευσή αυτών των νοσημάτων γίνεται με την κλινική εξέταση των εξανθημάτων και των ενανθημάτων των περιοχών όπου υπάρχει σεξουαλική επαφή καθώς και με τον παρακλινικό εργαστηριακό έλεγχο. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία έξαρση των νοσημάτων αυτών για αυτόν τον λόγο κρίθηκε σκόπιμο η διεξαγωγή μιας έρευνας προκειμένου να αποτυπώσει την συμπεριφορά του πληθυσμού Ελλάδος και Κύπρου ως προς αυτά.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε κατά τους θερινούς μήνες του 2017 σε ένα δείγμα 1000 ατόμων εκ των οποίων οι μισοί ήταν άνδρες και οι άλλοι μισοί γυναίκες με την χρήση ερωτηματολογίων. Ένα τμήμα των ερωτηθέντων και συγκεκριμένα 150 άτομα ήταν από την Κύπρο ενώ οι υπόλοιποι 750 προέρχονταν από διάφορες περιοχές της ηπειρωτικής και νησιωτικής Ελλάδος. Οι ηλικίες των ερωτηθέντων κυμάνθηκαν από τα 18 έως τα 60 έτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το πιο γνωστό στην κοινή γνώμη σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα είναι το AIDS με ποσοστό με ποσοστό 73,2% ενώ έπονται τα κονδυλώματα, οι ιογενείς ηπατίτιδες και η σύφιλη. Η χρήση προφύλαξης κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής γίνεται πάντα από το 56,6% των ερωτηθέντων ενώ οι υπόλοιποι ανέφεραν συνήθως περιστασιακή χρήση. Το 12,8% των ερωτηθέντων ανέφερε πως έχει νοσήσει έστω και μια φορά στην ζωή του από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Το 37,9% των ερωτηθέντων δεν γνώριζε καμία επιπλοκή των Σ.Μ.Ν. ενώ η ενημέρωση για τα νοσήματα αυτά γίνεται κυρίως μέσω των ιατρών και του διαδικτύου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υπάρχει έλλειψη στην ενημέρωση όσον αφορά στο σύνολο των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η πιο ενεργή συμμετοχή της οικογένειας και όλων των βαθμίδων της εκπαίδευσης στην ενημέρωση κρίνεται κομβικής σημασίας. Ένα σημαντικό ποσοστό του κοινού λειτουργεί ανεύθυνα ως προς την χρήση της προφύλαξης και αγνοεί τις πιθανές επιπλοκές των Σ.Μ.Ν.

**64. ΣΤΕΑΤΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔ2)**

Α. Μερπίτη<sup>1</sup>, Α. Αθανοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Νούτσου<sup>1</sup>, Ε. Τοιτσόπουλος<sup>2</sup>, Π. Κούσης<sup>3</sup>, Δ. Σαββίδου<sup>3</sup>, Χ. Μοσχογιάννη<sup>4</sup>, Π. Ζουμπούλης<sup>5</sup>, Ι. Κετίκογλου<sup>6</sup>, Σ. Μανωλακόπουλος<sup>6</sup>, Σ. Ντουράκης<sup>6</sup>, Ε. Μάνεσης<sup>7</sup>

*<sup>1</sup>Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Εργαστήριο Μοριακής Γενετικής, Βιοιατρική Αθηνών ΑΕ, <sup>3</sup>Τμήμα MRI-CT, Βιοιατρική Αθηνών ΑΕ, <sup>4</sup>Βιοιατρική Αθηνών ΑΕ, <sup>5</sup>Ηχοδιαγνωστική Τομογραφία ΑΕ (HT) Κηφισιάς, <sup>6</sup>Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>7</sup>Ιατρικό Τμήμα, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μελέτη παραγόντων που επηρεάζουν την ηπατική στεάτωση (ΗΣ) σε ασθενείς με ΣΔ2.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν 100 ασθενείς με ΣΔ2 με κατανάλωση αλκοόλ <10g/d. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο βαθμός ΗΣ μετρήθηκε σαν ποσοστό ολικού ηπατικού λίπους προς τον όγκο ήπατος με λογισμικό MRI-PDFF (Βιοιατρική). Ο πολυμορφισμός του γονιδίου PNPLA3 ελέγχθηκε με τεχνικές Μοριακής Βιολογίας (Βιοιατρική). Η ηπατική σκληρότητα υπολογίστηκε με Shear Wave ελαστογραφία (HT). Μελετήθηκε η πιθανότητα παρουσίας στεάτωσης (Steatotest), φλεγμονής (Actitest) και NASH (NASHTest) με Fibromax (Biopredictive). Υπολογίστηκε το ποσοστό ολικού σωματικού λίπους (ΟΣΛ) με μαθηματικό τύπο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς είχαν ηλικία 60,2±8,5έτη, διάρκεια ΣΔ2 10,3±7,6έτη, HbA1c 6,7%±0,69. Ο πολυμορφισμός του PNPLA3 ήταν CC 60,6%, CG 31,0%, και GG 8,5%. Η διάμεση τιμή του ποσοστού ηπατικής στεάτωσης (MRI-PDFF) ήταν 8,5%, το ΟΣΛ 42,7%, το Steatotest 0,50, το Actitest 0,08 και το NASHTest 0,50. Σε μονοπαραγοντική ανάλυση, η ΗΣ συσχετιζόταν θετικά με Steatotest (r<sup>2</sup>0,323, p < 0,0001), NASHTest (r<sup>2</sup>0,289, p < 0,0001), Actitest (r<sup>2</sup>0,228, p < 0,0001), τριγλυκερίδια (r<sup>2</sup>0,118,p=0,003), BMI (r<sup>2</sup>0,113,p=0,004), διάρκεια ΣΔ2 (r<sup>2</sup>0,098,p=0,008), περιφέρεια μέσης (r<sup>2</sup>0,066,p=0,032) και αρνητικά με την ηλικία (r<sup>2</sup>0,264, p < 0,001). Δεν υπήρχε συσχέτιση με ΟΣΛ, non-HDL, ApoA1, T-CHOL, ουρικό οξύ, HbA1c, TSH. Μεταλλάξεις PNPLA3 συσχετιζόταν με σημαντικά αυξημένη ηπατική στεάτωση, τόσο προ-, όσο και μετά την ενσωμάτωση σε κοινή ομάδα (p=0,018, p=0,031, αντίστοιχα). Στην 2η περίπτωση η συσχέτιση PNPLA3 με Actitest ήταν σημαντική (p=0,044). Σε γραμμική παλινδρόμηση η ηπατική στεάτωση αυξανόταν κατά 5,03% (beta) σε μεταλλάξεις PNPLA3 (p=0,00021), σε γυναίκεςvs.άνδρες (+3,23%,p=0,007), σε αύξηση περιμέτρου μέσης ανά cm (+0,117%, p=0,007) και μειωνόταν με την αύξηση ηλικίας ανά 10-ετία (7,77% p=0,001). Η σκληρότητα του ήπατος αυξανόταν σημαντικά με την πάροδο της ηλικίας (r<sup>2</sup> 0,189, p=0,000165).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε ασθενείς με ΣΔ2, ο πολυμορφισμός του γονιδίου PNPLA3 είναι κύριος παράγον ηπατικής στεάτωσης μαζί με την περίμετρο μέσης και το γυναικείο φύλο και συνδυάζεται με δείκτες ηπατικής φλεγμονής. Με την ηλικία, η ηπατική στεάτωση μειώνεται, ενώ αυξάνεται η σκληρότητα του ήπατος.

## 65. Η ΒΗΤΑ ΝΤΕΦΕΝΣΙΝΗ-1 ΟΡΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΟ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟ ΔΕΙΚΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΕΠΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η. Μάνη<sup>1</sup>, Λ. Βασιλείβα<sup>2</sup>, Α. Αλεξοπούλου<sup>1</sup>, Α. Χατζηγιάννη<sup>1</sup>, Δ. Αγιασωτέλλη<sup>1</sup>, Θ. Αλεξόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Ζαμπέτας<sup>1</sup>, Σ. Ντουράκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η βήτα-ντεφενσίνη-1 (Human-beta-defensin-1/hBD-1) αποτελεί φυσικό αντιμικροβιακό πεπτιδί, που εκφράζεται στα επιθηλιακά κύτταρα. Στη μελέτη μας, οι τιμές των hBD-1 και C-αντιδρώσας-πρωτεΐνης (CRP) μετρήθηκαν σε κίρρωτικούς ασθενείς και εκτιμήθηκε η συσχέτισή τους με τη θνητότητα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Παρακολούθηθηκαν προοπτικά 125 ασθενείς, (39 με Οξεία-Επί-Χρονίας-Ηπατική-Ανεπάρκεια/ΟΕΧΝΑ, 46 με Οξεία-Ρήξη-της-Αντιρρόπησης-χωρίς-ΟΕΧΝΑ /ΟΡΑ και 40 με Μη-Αντιρροπούμενη-Κίρρωση χωρίς οξύ σύμβαμα/ΜΑΚ). Τα επίπεδα hBD-1 στον ορό προσδιορίστηκαν με ανοσοενζυμική μέθοδο. Δεκαπέντε υγιείς μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα επίπεδα hBD-1 ήταν υψηλότερα στην ομάδα ΟΕΧΝΑ συγκριτικά με την ΟΡΑ (P<0.001) καθώς και στην ΟΡΑ συγκριτικά με την ΜΑΚ (P<0.001). Αντίθετως, τα επίπεδα CRP παρουσίαζαν ασθενέστατη συσχέτιση με τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου. Οι υγιείς μάρτυρες είχαν χαμηλότερες τιμές συγκρινόμενοι με τους κίρρωτικούς (P<0.001). Τα επίπεδα hBD-1 δεν συσχετίζονται με τις τιμές της CRP (r=0.224). Στην καμπύλη ROC, η τιμή hBD-1 30.635 ng/ml επιτύχανε την βέλτιστη πρόβλεψη θνητότητας στις 60 ημέρες στην ομάδα ΟΕΧΝΑ (c-statistic=0.931, ευαισθησία=87.5%, ειδικότητα=100%). Η προγνωστική αξία της CRP ήταν ασθενέστερη (c-statistic=0.792, ευαισθησία=87.5%, ειδικότητα=66.7%). Στις ομάδες ΟΡΑ και ΜΑΚ, τόσο η hBD-1 όσο και η CRP παρουσίασαν λιγότερη ακρίβεια στην πρόβλεψη της θνητότητας. Στην ομάδα ΟΕΧΝΑ, ασθενείς με hBD-1>30.635 είχαν δυσμενέστερη πρόγνωση συγκριτικά με εκείνους με χαμηλότερες τιμές (log-rank P=0.001). Στην πολυπαράγοντική ανάλυση, η hBD-1 (1.3.088, 95%CI 1.475-116.101, P=0.021) και το MELD score (1.106 95%CI 1.012-1.120, P=0.027) αποτελούσαν αξιόπιστους δείκτες πρόβλεψης της θνητότητας στην ΟΕΧΝΑ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υψηλά επίπεδα hBD-1 ανιχνεύθηκαν σε ασθενείς με ΟΕΧΝΑ που απεβίωσαν στις 60 ημέρες. Η hBD-1 ορού αποτελεί αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη βραχυπρόθεσμης θνητότητας σε ασθενείς με ΟΕΧΝΑ.

## 67. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΝΤΙΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ. ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η. Μάνη<sup>1</sup>, Σ. Σιασιάκου<sup>1</sup>, Θ. Αλεξόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Ζαμπέτας<sup>1</sup>, Λ. Βασιλείβα<sup>2</sup>, Α. Αλεξοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Ντουράκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Συζητείται ανη μόνιμη ιολογική ανταπόκριση (SVR) που επιτυγχάνεται με τα άμεσα-δρώντα-αντιικά-φάρμακα (DAAs) οδηγεί στη μείωση της επίπτωσης του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (ΗΚΚ) σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗΚ) και προχωρημένη ίνωση/κίρρωση.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Συλλέχθηκαν δεδομένα από διαδοχικούς ασθενείς με ΧΗΚ και προχωρημένη ίνωση/κίρρωση, που έλαβαν αγωγή με DAAs (Ιανουάριος-2014 έως Ιούλιος-2017), με διάμεσο διάστημα παρακολούθησης 24 (15-31) μήνες από την έναρξη θεραπείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 87 ασθενείς, [52.9% επαναθεραπευόμενοι, 52.9% άνδρες, διάμεση ηλικία 57 (52-67) έτη], με αντιρροπούμενη κίρρωση στο 57.5%, μη-αντιρροπούμενη στο 17.2% και προχωρημένη ίνωση στο 25.3%. Το 57.5% είχε G1 (10.3% 1a και 47.1% 1b), 21.8% G3 και 20.7% G4. SVR επετεύχθη στο 98.9%. ΗΚΚ εμφάνισαν 2 άνδρες, 52 και 51 ετών, 6 και 5 μήνες από την έναρξη της αγωγής, G4 και G3, με αντιρροπούμενη και μη-αντιρροπούμενη κίρρωση, αντιστοίχως. Σε υπερηχογράφημα μια κοιλίας πριν την έναρξη θεραπείας, δεν διαπιστώθηκε εστιακή βλάβη. Ο πρώτος ήταν επαναθεραπευόμενος (Sofosbuvir/Ledipasvir/Ribavirin). Έλαβαν αγωγή με Sofosbuvir/Velpatasvir/Ribavirin για 24 και 12 εβδομάδες, αντιστοίχως. Η θεραπεία ήταν επιτυχής για τον πρώτο, ενώ το αποτέλεσμα αναμένεται για τον δεύτερο. Κατά τη διάγνωση, το ΗΚΚ ήταν σταδίου Α (κριτήρια της Βαρκελώνης) και για τους δύο ασθενείς. Η επίπτωση υπολογίστηκε στο 1.2/100 ανθρώπων-έτη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Επιβεβαιώνεται ότι επίπτωση ΗΚΚ σε θεραπευθέντες ασθενείς με DAAs είναι χαμηλή Η πρώιμη εκδήλωση ΗΚΚ μετά τη θεραπεία θέτει την πιθανότητα να προϋπήρχαν σε υποκλινικό στάδιο. Η επιτήρηση για ΗΚΚ πρέπει να συνεχίζεται και μετά την επιτυχία της θεραπείας με DAAs σε ασθενείς με κίρρωση/σοβαρή ίνωση του ήπατος.

## 66. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΗΠΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Σ. Πουρίκη<sup>1</sup>, Α. Αλεξοπούλου<sup>1</sup>, Θ. Αλεξόπουλος<sup>1</sup>, Λ. Βασιλείβα<sup>2</sup>, Φ. Διαμαντέα<sup>3</sup>, Μ. Γκιόκα<sup>3</sup>, Α. Νάκου<sup>1</sup>, Η. Μάνη<sup>1</sup>, Δ. Ζαμπέτας<sup>1</sup>, Σ. Ντουράκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>3</sup>Γ' Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ηπατική νόσος (ΗΝ) αποτελεί την τρίτη κατά σειρά αιτία θνησιμότητας στην κυστική ίνωση (ΚΙ). Στα συμβατικά κριτήρια Debray (DK) περιλήφθηκαν επιπλέον των ιστολογικών ευρημάτων, στοιχεία επί της φυσικής εξέτασης, τον βιοχημικό και τον απεικονιστικό έλεγχο. Πρόσφατα προτάθηκαν τα Νέα Κριτήρια (ΝΚ), στα οποία συμπεριλήφθηκαν μη επεμβατικοί βιοδείκτες ηπατικής ίνωσης (ΜΕΒ) [ελαστογραφία, λόγος AST/ALT (AAR), FIB-4 index, APRI]. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ελαστογραφίας στη διάγνωση της ΗΝ στην ΚΙ στους ενήλικες.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Συλλέχθηκαν δεδομένα από ασθενείς με γενετικά επιβεβαιωμένη ΚΙ. Η ΗΝ διαγνώθηκε με αμφότερα τα DK και ΝΚ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 62 ασθενείς με ΚΙ, [56.5% άνδρες, ηλικία έναρξης 25 (22-31) έτη], παρακολούθηθηκαν προοπτικά για 33 (28-36) μήνες. Ελαστογραφία διενεργήθηκε σε όλους τους ασθενείς. ΗΝ διαγνώθηκε σε 16 (25.8%) και 26 (41.9%) σύμφωνα με τα DK και ΝΚ, αντίστοιχα. Οι ασθενείς με ΗΝ είχαν υψηλότερη ηπατική ακαμψία συγκριτικά με αυτούς χωρίς, σύμφωνα με τα DK και ΝΚ [6.75 (4.50-8.88) vs 5.10 (4.00-6.13), P=0.03 and 7.4 (5.35-8.83) vs 4.80 (4.00-5.63), P<0.001, αντίστοιχα]. Ασθενείς με ηπατική ακαμψία >6.8 kPa είχαν υψηλότερες τιμές AST (P=0.007), γ-GT (P=0.005), ALP (P<0.001), INR (P=0.001), APRI (P=0.04), FIB-4 (P=0.003) συγκριτικά με εκείνους με τιμές ≤6.8 kPa. Η αξιολόγηση των ΜΕΒ για την διάγνωση της ΗΝ παρουσιάζονται στον Πίνακα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ελαστογραφία είναι πιο ακριβής από τα APRI και AAR στην ανίχνευση ΗΝ στην ΚΙ σύμφωνα με τα ΝΚ. Η τιμή ηπατικής ακαμψίας 6.8 kPa είναι αξιόπιστη στην ανίχνευση ΗΝ στην ΚΙ βάσει των ΝΚ αλλά υπολείπεται σε ευαισθησία, ενδεχομένως εξαιτίας του εστιακού προτύπου των ιστολογικών αλλοιώσεων της νόσου. Πίνακας. Σύγκριση της ελαστογραφίας με άλλους μη επεμβατικούς βιοδείκτες ηπατικής ίνωσης στην ανίχνευση ηπατικής νόσου στην ΚΙ

	DEBRAY ΚΡΙΤΗΡΙΑ			
	ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	PPV	NPV
APRI	31	100	100	81
AAR	44	63	29	76
ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	50	87	57	83
	ΝΕΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ			
APRI	19	100	100	63
AAR	58	75	63	71
ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	54	100	100	75

## 68. ΟΙ ΥΨΗΛΕΣ ΤΙΜΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗΣ (PROCALCITONIN, PCT) ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΙΣΧΥΡΟ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΔΙΜΗΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΕΠΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η. Μάνη<sup>1</sup>, Θ. Αλεξόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Αγιασωτέλλη<sup>1</sup>, Λ. Βασιλείβα<sup>2</sup>, Α. Αλεξοπούλου<sup>1</sup>, Α. Χατζηγιάννη<sup>1</sup>, Σ. Ντουράκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Στους ασθενείς με Οξεία-επί-Χρονίας-Ηπατική-Ανεπάρκεια (ΟΕΧΝΑ), ο δείκτης CLIF-C OF θεωρείται ενδεδειγμένος για την εκτίμηση της πρώιμης θνησιμότητας. Η ανθρώπινη προκαλσιτονίνη (Procalcitonin, PCT), αποτελεί πρόδρομο πεπτιδί της ορμόνης καλσιτονίνης που εμπλέκεται στην ομοιόσταση του ασβεστίου. Έχει μελετηθεί στην κίρρωση, αλλά όχι στην ΟΕΧΝΑ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Συσχετίσαμε τα επίπεδα της PCT ορού με την θνησιμότητα σε 2 ομάδες ασθενών με οξεία ρήξη αντιρρόπησης: 1. ΟΕΧΝΑ, 2. Οξεία ρήξη αντιρρόπησης χωρίς ΟΕΧΝΑ (ΟΡΑ) και στην ομάδα ελέγχου ασθενών με μη αντιρροπούμενη κίρρωση χωρίς οξεία ρήξη αντιρρόπησης (ΜΑΚ).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Περιλήφθηκαν 52 διαδοχικοί ασθενείς: 22 ΟΕΧΝΑ, 30 ΟΡΑ. Ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 33 ασθενείς με ΜΑΚ. Η PCT μετρήθηκε (ng/ml) στον ορό με ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA). Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν προοπτικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα επίπεδα ορού PCT ήταν υψηλότερα στο σύνολο των ασθενών με οξεία ρήξη αντιρρόπησης (ΟΕΧΝΑ και ΟΡΑ) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (ΜΑΚ) (0.485 (0.190-1.728) και 0.100 (0.100-0.345), αντίστοιχα, P<0.001). Στην καμπύλη ROC, η τιμή PCT=0.5650 ήταν η βέλτιστη για πρόβλεψη θανάτου στις 60 ημέρες στους ΟΕΧΝΑ (c-statistic=0.889) με ευαισθησία 83.3%, ειδικότητα 88.9%, θετική προγνωστική αξία 90.9% και αρνητική προγνωστική αξία 79.9%. Τα επίπεδα PCT δεν συσχετίζονται με την C-αντιδρώσα-πρωτεΐνη (C-reactive protein-CRP). Στους 22 ασθενείς με ΟΕΧΝΑ, τα υψηλά επίπεδα PCT≥0.5650 συσχετίστηκαν αρνητικά με την έκβαση (log rank P<0.001) των 60-ημερών. Στη μονοπαράγοντική ανάλυση, τα MELD (P=0.014), CLIF-C OF (P=0.003), Na ορού (P=0.029), CRP (P=0.044), και υψηλές τιμές PCT (P=0.04) ήταν προγνωστικοί παράγοντες της θνησιμότητας στην ομάδα ΟΕΧΝΑ. Οστόσο, στην πολυπαράγοντική ανάλυση, μόνο τα υψηλά επίπεδα PCT (P=0.021) [HR (95% CI)=50.481 (1.496-1703.5), P=0.029] ήταν προγνωστικά της θνησιμότητας. Στις ομάδες ΟΡΑ και ΜΑΚ, η PCT δεν αποτελούσε αξιόπιστο δείκτη πρόβλεψης θνησιμότητας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα επίπεδα της PCT ορού αποτελούν ιδιαίτερα ευαίσθητο δείκτη στην πρόβλεψη θνησιμότητας με 50πλάσιο κίνδυνο θανάτου στις 60 ημέρες σε ασθενείς με ΟΕΧΝΑ. Πλεονεκτού του δείκτη CLIF-C OF και πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω ως πρώιμοι δείκτες ένδειξης για άμεση μεταμόσχευση ήπατος.



**69. Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (DAAS), ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΙ ΓΟΝΟΤΥΠΟ 5.**

Γ. Ντέτσκας, Β. Παπαστεργίου, Φ. Παπακωνσταντίνου, Α. Χάσιου, Ο. Κάρικη, Ε. Αναστασίου, Α. Κατσιλή, Μ. Κινδύνη, Χ. Ψέλλας, Ι. Φαμηλιάς, Γ. Καρλής, Ε. Παπαοικονόμου, Σ. Καραπαπάνης  
*Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) και γονότυπο 5 σπανίζουν στην χώρα μας, είναι όμως γνωστό ότι στη περιοχή μας υπάρχει θύλακας ασθενών με ΧΗC που φέρουν αυτό το γονότυπο. Να μελετηθεί η απάντηση στη θεραπεία με τα νεότερα από του στόματος αντικά φάρμακα σε ασθενείς με ΧΗC και γονότυπο 5.

**ΥΛΙΚΟ:** Συμπεριλάβαμε 20 ασθενείς με ΧΗC (Α/Γ=3/17, μέση ηλικία 68,3 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 15/20 κανείς δεν εμφάνισε ρήξη της αντιρρόπησης. Από τους ασθενείς αυτούς 7/20 είχαν λάβει ανεπιτυχή αγωγή στο παρελθόν με συνδυασμό πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης με ριμπαβιρίνη. Δέκα-πέντε ασθενείς έλαβαν αγωγή με sofosbuvir (400mg, 1X1/ημερ) και ριμπαβιρίνη (δόση 1000mg όταν το ΒΣ75kg) για 12 εβδομάδες, και 5 έλαβαν αγωγή με το φάρμακο ledipasvir/sofosbuvir με ριμπαβιρίνη για 12 εβδομάδες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε όλους τους ασθενείς της μελέτης 20/20 επιτεύχθηκε μη ανιχνεύσιμο HCV-RNA στο τέλος της αγωγής (EOT). Μόνιμη ιολογική ανταπόκριση (SVR) παρατηρήθηκε σε 18/18 (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:** Μολονότι ο αριθμός των ασθενών της μελέτης μας είναι μικρός, φαίνεται ότι τα νεότερα αντικά φάρμακα επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά SVR. Ο συνδυασμός sofosbuvir με ριμπαβιρίνη ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικός σε ασθενείς με ΧΗC και προχωρημένη ίνωση που φέρουν το γονότυπο 5.

**71. Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Θ. Καραουλάνη<sup>1</sup>, Σ. Σολωμού<sup>1</sup>, Ε. Ουρανού<sup>1</sup>, Π. Λαμπρόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Λάτση<sup>1</sup>, Α. Κίτνα<sup>1</sup>, Α. Θεοφίλου<sup>1</sup>, Μ. Θεοδοίου<sup>2</sup>, Α. Τολιόπουλος<sup>2</sup>, Μ. Παύλου<sup>1</sup>, Κ. Καραμανλή<sup>1</sup>, Ε. Καραγάλιου<sup>1</sup>, Α. Καπάταη<sup>1</sup>

*1*Α' Παθολογική κλινική, *Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»*, *2*Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, *Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι κίρρωτικοί ηπατοπαθείς ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα μικροβιακών λοιμώξεων η οποία οφείλεται σε ανοσοκατασταλτικούς και ιατρογενείς παράγοντες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της συχνότητας, της εντόπισης και των αιτιολογικών παραγόντων των λοιμώξεων στους κίρρωτικούς ηπατοπαθείς ασθενείς καθώς και η ανίχνευση πιθανών προδιαθεσικών κλινικοεργαστηριακών παραγόντων.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν 64 κίρρωτικοί ηπατοπαθείς ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην παθολογική κλινική 2013-2014, μέσης ηλικίας τα 60,2 έτη (35-85 ετών), 42 άνδρες και 22 γυναίκες.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο καθώς και καλλιέργειες αίματος, ούρων, πτυέλων και ασκτικού υγρού. Στην ταξινόμηση κατά Child-pugh score, 14 ήταν σταδίου Α, 28 σταδίου Β και 22 σταδίου C. Κίρρωση αλκοολικής αιτιολογίας ήταν 32 ασθενείς, 22 ιογενούς αιτιολογίας (CHB-D-CHC λοιμώξη), 6 αυτοάνοσης αιτιολογίας, 4 διάφορα μικτή αιτιολογίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι 27(42,18%) ασθενείς παρουσίασαν κατά την διάρκεια της εισαγωγής και νοσηλείας βακτηριακή λοίμωξη. Η συχνότερη εντόπιση ήταν στο αναπνευστικό σύστημα (11%) και ακολούθησαν σε συχνότητα η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα (9,3%), οι ουρολοιμώξεις (7%), ενώ σε 8(12,5%) ασθενείς διαπιστώθηκε μικροβιαμία. Στις καλλιέργειες αναπτύχθηκαν 13 gram αρνητικά (klebsiella, e.coli, enterobacter, serratia) και 4 gram θετικά βακτήρια (staph. aureus, enterococcus). Σε 2 (3%) ασθενείς διαπιστώθηκε T.B.C. πνευμόνων. Στους κίρρωτικούς ηπατοπαθείς ασθενείς διαπιστώθηκε υψηλή συχνότητα μικροβιακών λοιμώξεων (42,2%), κυρίως από gram αρνητικά βακτήρια. Αυτοί οι ασθενείς χρήζουν άμεση- εντατική και επιθετική αντιμετώπιση.

**70. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ**

Θ. Αλεξόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Πουρική<sup>1</sup>, Α. Αλεξοπούλου<sup>1</sup>, Λ. Βασιλιεβα<sup>2</sup>, Φ. Διαμαντέα<sup>3</sup>, Μ. Γκιόκα<sup>3</sup>, Α. Νάκου<sup>3</sup>, Δ. Ζαμπέτας<sup>1</sup>, Η. Μάνη<sup>1</sup>, Σ. Ντουράκης<sup>1</sup>  
*1*Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, *Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»*, *2*Ασπεντρολογικό Τμήμα, *Γ.Ν.Α. «Ελπίς»*, *3*Γ' Πνευμονολογική Κλινική, *Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ηπατική νόσος (ΗΝ) αποτελεί την τρίτη κατά σειρά αιτία θνητότητας στην κυστική ίνωση (ΚΙ). Στα συμβατικά κριτήρια Debray (DK) περιλήφθηκαν επιπλέον των ιστολογικών ευρημάτων, στοιχεία από τη φυσική εξέταση, τον βιοχημικό και τον απεικονιστικό έλεγχο. Πρόσφατα προτάθηκαν τα Νέα Κριτήρια (NK), στα οποία συμπεριλήφθηκαν μη επεμβατικοί βιοδείκτες ηπατικής ίνωσης [ελαστογραφία, λόγος AST/ALT (AAR), FIB-4 index, APRI]. Ο σκοπός μας ήταν να αξιολογήσουμε τα NK για τη διάγνωση της ΗΝ στην ΚΙ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Συλλέχθηκαν δεδομένα από ασθενείς με γενετικά επιβεβαιωμένη ΚΙ. Η ΗΝ διαγνώστηκε με αμφοτέρως τα DK και NK.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 62 ασθενείς με ΚΙ, [56.5% άνδρες, ηλικία ένταξης 25 (22-31) έτη], παρακολούθησαν προοπτικά για 33 (28-36) μήνες. Δεκαέξι (25.8%) ασθενείς πληρούσαν τα κλασικά DK για ΗΝ. Μεταξύ αυτών με ΗΝ και αυτών χωρίς δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το INR, το AAR και το FIB4. Όμως αυτοί με ΗΝ είχαν υψηλότερες τιμές AST (P=0.012), ALT (P=0.045), ALP (P=0.022), γ-GT (P=0.026), ελαστογραφία ήπατος (P=0.03) και APRI (P=0.032). Σύμφωνα με τα NK, 26 (41.9%) είχαν ΗΝ. Η ομάδα με ΗΝ δεν διέφερε στα δημογραφικά στοιχεία αλλά παρουσίαζε σημαντικά υψηλότερες τιμές AST (P=0.001), ALP (P=0.002), γ-GT (P=0.002), INR (P=0.023), ελαστογραφία (P<0.001), AAR (P=0.035), FIB4 (P<0.001) και APRI (P=0.001), συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς ΗΝ. Το 81% των 26 ασθενών είχαν ισχυρή τεκμηρίωση για ΗΝ σύμφωνα με τα NK.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα Νέα Κριτήρια ανιχνεύουν 16.1% περισσότερους ασθενείς με ΗΝ στη ΚΙ συγκριτικά με τα παλαιότερα. Ενδεχομένως, η βελτίωση της διαγνωστικής ακρίβειας να οφείλεται στη χρήση πολλαπλών μη επεμβατικών βιοδεικτών.

**72. ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ; ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - ΜΕΣΟΠΡΟΞΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Κ. Ροδίτης<sup>1,2</sup>, Ε. Σαμαρά<sup>2,3</sup>, Κ. Λούης<sup>2,4</sup>

*1*Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, *Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ»*, *2*Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας (JDN-Hellas), *Αθήνα*, *3*Αναισθησιολογικό Τμήμα, *Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»*, *4*Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, *Γ.Ν. Ν.Ιωνίας-Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η υγεία και η ευεξία των ιατρών περιλαμβάνει εξίσου σημαντικούς βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες υγείας. Για την διατήρηση ιδανικής ευεξίας και ικανοποίησης από την εργασία, οι ιατροί πρέπει να επιτυγχάνουν μια ισορροπία ανάμεσα στις επαγγελματικές ιατρικές τους υποχρεώσεις και στην προσωπική τους ζωή. Έχουν δικαίωμα να εργάζονται σε υγιείς χώρους εργασίας, απελευθερωμένους από κάθε μορφή βίας και παρενόχλησης και με ασφαλείς συνθήκες εργασίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αποτύπωση της εργασιακής ικανοποίησης των νέων ιατρών στην Ελλάδα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ένα ερωτηματολόγιο 36 ερωτήσεων, βασισμένο στην κλίμακα εργασιακής ικανοποίησης Job Satisfaction Survey (JSS) που ανέπτυξε ο Paul E. Spector το 1985 στις ΗΠΑ δημιουργήθηκε και τέθηκε προς συμπλήρωση στο Διαδίκτυο. Εννέα παράμετροι μελετήθηκαν: Αμοιβές, Εξέλιξη, Επίβλεψη, Πρόσθετες Παροχές, Ενδεχόμενες Ανταμοιβές, Εργασιακή Διαδικασία, Συνεργάτες, Φύση Εργασίας και Επικοινωνία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην έρευνα που ξεκίνησε τον Μάιο 2014 και συνεχίζεται έως σήμερα, απάντησαν 113 νέοι ιατροί, 52 (46%) ήταν άνδρες και 61 (54%) γυναίκες, ηλικίας 20-44 ετών. Το συνολικό JSS Score ήταν 100,4/216 (δυσαρεστημένοι με τις γυναίκες (97,1/216) να εκφράζουν περισσότερη δυσανεξία από τους άνδρες (104,3/216). Δυσανεξία υιόθου, κατά σειρά, κυρίως για τις αμοιβές (7,2/24), τις πρόσθετες παροχές (8,2/24), την εργασιακή διαδικασία (8,5/24), την εξέλιξη (9,7/24) και τις ενδεχόμενες ανταμοιβές (10,1/24). Ουδετερότητα δείχνουν για την επικοινωνία (12,5/24), την επίβλεψη (13,2/24) και τους συνεργάτες (14,1/24), ενώ ικανοποιημένοι αισθάνονται μόνο με τη φύση της εργασίας τους (16,5/24).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νέοι Έλληνες ιατροί σήμερα στην Ελλάδα περιγράφονται στην παρούσα έρευνα με ιδιαίτερα μελανά χρώματα. Εμφανίζονται γενικά δυσαρεστημένοι με το εργασιακό περιβάλλον τους, κυρίως όσον αφορά τις αποδοχές τους, τα προνόμια, τις συνθήκες εργασίας και τις δυνατότητες εξέλιξης που τους παρέχονται. Αν εξαιρέσει κανείς τη συνειδητή επιλογή τους να ασχοληθούν με το ιατρικό λειτούργημα, πλήττονται από τη γραφειοκρατία, ενώ προβληματικές εμφανίζονται οι σχέσεις τους με συναδέλφους και προϊστάμενους.

### 73. ΚΑΡΙΕΡΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΤΙ ΕΠΙΛΕΓΟΥΝ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΟΙ ΙΑΤΡΟΙ;

Κ. Ροδίτης<sup>1,2</sup>, Π. Κοντάρης<sup>3,4</sup>, Ε. Παπαγεωργίου<sup>4,5</sup>, Κ. Λούης<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup>Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, <sup>2</sup>Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας (JDN-Hellas), Αθήνα, <sup>3</sup>Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, <sup>4</sup>Ελληνική Επιτροπή Διεθνών Σχέσεων Φοιτητών Ιατρικής - HELMSIC, Αθήνα, <sup>5</sup>Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, <sup>6</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας-Πατρών «Κωνσταντοπούλειο», <sup>7</sup>Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας - JDN-Hellas, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή τάσεων στις επιλογές σταδιοδρομίας των Ελλήνων φοιτητών ιατρικής και νέων ιατρών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στην έρευνα, που διεξάγεται διαδικτυακά από τις 24 Μαΐου 2015, συμμετείχαν ως τις 9 Ιανουαρίου 2018, 111 άτομα από την Ελλάδα (84,7%) και το εξωτερικό (5,3%), 54,1% γυναίκες και 45,9% άνδρες, ηλικίας 25-44 ετών, 48,6% ειδικούμενοι ιατροί, 23,5% πρόσφατα ειδικευμένοι ιατροί, 18% φοιτητές ιατρικής, 7,2% απόφοιτοι σε αναμονή ειδικότητας, 1,8% αγροτικοί ιατροί και 0,9% ιατροί σε αναμονή για εξετάσεις ειδικότητας, συμπληρώνοντας ερωτηματολόγιο 15 ερωτήσεων, κατόπιν ενημέρωσης του JDN-Hellas.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά 30,6% εμφανίστηκαν πολύ ικανοποιημένοι με την επιλογή τους να σπουδάσουν Ιατρική, 48,6% ικανοποιημένοι, 6,3% ουδέτεροι, 11,7% μη ικανοποιημένοι και 2,7% καθόλου ικανοποιημένοι, ενώ στην πλειοψηφία τους (85,6%) θα ασκήσουν την Ιατρική κλινικά, το 7,2% θα ασχοληθεί με έρευνα, το 4,5% με διοίκηση μονάδων υγείας, το 0,9% σε άλλους φορείς, το 0,9% στην ιατρική εκπαίδευση, ενώ 0,9% με άλλο επάγγελμα αντί της Ιατρικής. Σε 15 χρόνια «βλέπουν» τον εαυτό τους: ως ειδικευμένο/η ιδιώτη ιατρό (34,2%), ως επιμελητή/τρια σε δημόσιο νοσοκομείο (23,4%), ως διευθυντή/τρια κλινικής (12,6%), ως επιμελητή/τρια σε ιδιωτική κλινική (11,7%), ως εθελοντή/τρια σε αποστολή διεθνώς ΜΚΟ (5,4%), ως ερευνητή/τρια σε ερευνητικό κέντρο (3,6%), ως ιατρό δημόσιας υγείας (1,8%), και ακόμη ως ειδικευόμενο/η ιατρό (2,7%). Άλλες παραμέτροι που μελετήθηκαν: ο χώρος άσκησης της Ιατρικής και η ετοιμότητα άσκησης της Ιατρικής μετά την ειδικευση (Γράφημα 1), η γεωγραφική κατανομή τύπου προτίμησης εργασίας και οι λόγοι επιλογής του τύπου εργασίας (Γράφημα 2). Τέλος εκτιμήθηκε ο φόρτος εργασίας και ο λόγος εργασίας/προσωπικής ζωής διαφόρων ειδικοτήτων (Γράφημα 3). Μετά τη λήψη της ειδικότητας, θα εγκαταλείψουν τη χώρα και θα εργαστούν στο εξωτερικό σε ποσοστό 72,1%. Το 33,8% επιλέγει το Ηνωμένο Βασίλειο, το 20% τη Γερμανία, το 12,5% τη Σουηδία, το 7,5% τις ΗΠΑ, το 6,3% τη Γαλλία, ενώ κάποια άλλη χώρα το 19,9%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Φοιτητές ιατρικής και νέοι ιατροί αντιμετωπίζουν σήμερα πολλαπλά διλήμματα στη διαμόρφωση της καριέρας τους. Περισσότεροι από ποτέ άλλοτε είναι πρόθυμοι να εγκαταλείψουν τη χώρα, ενώ όσοι δεν ασκήσουν την ιατρική κλινικά, δηλώνουν πως ίσως επιλέξουν εναλλακτικές διαδρομές.

### 75. ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΒΑΣΗ: ΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΩΣ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Δ. Δημόπουλος<sup>1,2</sup>, Σ. Καραμαρούδης<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Επιστημονική Εταιρεία Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας, <sup>2</sup>Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>3</sup>Τμήμα Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να παρουσιάσουμε στην ιατρική κοινότητα τη δομή και την οργάνωση του προγράμματος «Ιατρική Απόβαση» που διοργανώνεται από την Επιστημονική Εταιρεία Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας από το 1997 και να μελετήσουμε τη συμβολή του προγράμματος τις τρεις τελευταίες χρονιές (2015, 2016, 2017) στην εκπαίδευση των φοιτητών Ιατρικής και στην απόκτηση περισσότερων κλινικών δεξιοτήτων μέσω της συμμετοχής τους. Να διερευνήσουμε πιθανά σημεία του προγράμματος που χρήζουν βελτίωσης και να σχεδιαστεί ένα πρωτόκολλο επαναξιολόγησής του από προηγούμενους συμμετέχοντες, οι οποίοι αυτήν τη στιγμή υπηρετούν το εθνικό σύστημα υγείας ως αγροτικοί ιατροί.

**ΥΛΙΚΟ:** Το πρόγραμμα αφορά την ενίσχυση περιφερειακών Μονάδων Υγείας κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών από φοιτητές Ιατρικής από όλες τις Ιατρικές Σχολές της Ελλάδας, οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει τουλάχιστον το 4ο έτος σπουδών. Κάθε χρόνο μετά τη λήξη του προγράμματος ενθαρρύνουμε τους φοιτητές να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τουλάχιστον 30 ποιοτικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν το πρόγραμμα. Συνολικά, τις τρεις τελευταίες χρονιές έχουμε 549 απαντήσεις (161 το 2015, 211 το 2016, 177 το 2017) από 694 συμμετέχοντες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το εκπαιδευτικό περιεχόμενο βαθμολογήθηκε με 3,99/5 κατα μέσο όρο από το σύνολο των 549 φοιτητών που έκαναν την αξιολόγηση και τις τρεις χρονιές, ενώ στην κλίμακα ΝΑΙ/ΟΧΙ το 79,9% των φοιτητών που συμμετείχαν τις δύο τελευταίες χρονιές στο πρόγραμμα θεωρεί ότι κατέχει περισσότερες κλινικές δεξιότητες μετά τη συμμετοχή του. Συνολικά, οι εκτοετείς που συμμετείχαν για πρώτη φορά αξιολόγησαν με 3,77/5 το εκπαιδευτικό περιεχόμενο, ενώ οι τεταρτοετείς με 4,11/5. Κάθε χρόνο τουλάχιστον το 97% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι θα ξανασυμμετείχε στο πρόγραμμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το πρόγραμμα «Ιατρική Απόβαση» φαίνεται ότι συμβάλλει θετικά στην κλινική εκπαίδευση των φοιτητών που συμμετέχουν. Αναγνωρίζονται συγκεκριμένα σημεία του προγράμματος όπου θα μπορούσαν να βελτιωθούν ώστε το πρόγραμμα να αποτελέσει μία χρήσιμη εμπειρία παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρεια και προετοιμασίας τους για την υπηρεσία υπαίθρου.

### 74. Η ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑ

Σ. Κατελανή, Δ. Μπούνου, Κ. Παναγιωτοπούλου, Α. Σκουλουδάκη, Β. Σπύρου  
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η υγιεινή των χεριών αποτελεί τον αποτελεσματικότερο τρόπο πρόληψης μετάδοσης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της οπτικής των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας, δηλαδή των φοιτητών Ιατρικής και Νοσηλευτικής, αναφορικά με το ζήτημα της υγιεινής χεριών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω διανομής ερωτηματολογίου σε 259 τεταρτοετείς φοιτητές Ιατρικής, 193 εκτοετείς φοιτητές Ιατρικής και 146 τεταρτοετείς φοιτητές Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, κατά το ακαδημαϊκό έτος 2016-2017. Το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις σχετικές με τη γνώση (K-score), την αντίληψη, την πρακτική (P-score) και την εκπαίδευση των φοιτητών αναφορικά με ζητήματα υγιεινής χεριών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι φοιτητές Νοσηλευτικής δήλωσαν πως η εκπαίδευση που έχουν λάβει είναι θεωρητική και πρακτική, ενώ οι φοιτητές Ιατρικής δήλωσαν λήψη μόνο θεωρητικής εκπαίδευσης. Οι φοιτητές Νοσηλευτικής σημείωσαν υψηλότερο K-Score από τους εκτοετείς Ιατρικής ( $p=0,002$ ). Οι εκτοετείς Ιατρικής σημείωσαν υψηλότερο P-Score από τους τεταρτοετείς Ιατρικής ( $p=0,002$ ). Το 20,5% των τεταρτοετών Νοσηλευτικής και το 29,6% των τεταρτοετών Ιατρικής εφαρμόζει την υγιεινή χεριών και στις πέντε ενδεδειγμένες από το ΠΟΥ περιστάσεις στην καθημερινή κλινική πράξη, ποσοστά σημαντικά μικρότερα από το αντίστοιχο των εκτοετών (40,2%). Οι φοιτητές Ιατρικής (14  $p=0,002$ , 16  $p=0,004$ ) που δεν έχουν λάβει κάποιο είδους εκπαίδευση για την Υγιεινή χεριών δηλώνουν υπέρ της ένταξης στο πρόγραμμα σπουδών ενός τέτοιου μαθήματος, σε αντίθεση με τους φοιτητές Νοσηλευτικής που τίθενται κατά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ενώ παρατηρείται μεγαλύτερη συμμόρφωση, το επίπεδο γνώσης των εκτοετών Ιατρικής είναι χαμηλότερο από αυτό των τεταρτοετών Νοσηλευτικής. Από όλα τα δείγματα τα εκτοετείς Ιατρικής εφαρμόζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις «Πέντε στιγμές της υγιεινής χεριών» στην κλινική πράξη. Τέλος, οι φοιτητές Ιατρικής κρίνουν θεμιτή την ένταξη ενός σχετικού μαθήματος στο πρόγραμμα σπουδών.

### 76. ΟΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ

Π. Παπαναστασίου, Α. Παπαταξιάρχου

Τμήμα Κλινικής Έρευνας, ELPEN Pharmaceutical Industry

**ΣΚΟΠΟΣ:** Πρόσφατες εξελίξεις όπως η πρωτεϊνωματική ή γονιδιωματική προσέγγιση καθώς και ο ρόλος των βιοδεικτών επιτρέπουν να κατανοήσουμε τη μοριακή βάση της ασθένειας, της διάγνωσης και της θεραπείας της. Οι σύγχρονες τεχνικές στοχεύουν διαρκώς σε νέες πηγές πληροφοριών από τους ασθενείς, αναγνωρίζοντας τη μοναδικότητα των μεμονωμένων ατόμων και παράγοντας τεράστιες ποσότητες δεδομένων. Η εργαλειοθήκη των κλινικών δοκιμών αυξάνεται και η κανονιστική άδραση ερευνητές και ρυθμιστικούς φορείς να διερευνήσουν νέες μεθοδολογίες αποδίδοντας ταχύτερα, πιο ευέλικτα και πιο στοχευμένα ερευνητικούς σχεδιασμούς.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Οι ερευνητικές ανάγκες και η τεχνολογική πρόοδος οδηγούν τις κλινικές δοκιμές σε ταχείες αλλαγές: (1) ενσωμάτωση και οπτικοποίηση δεδομένων, (2) εξατομικευμένη θεραπεία & εξατομικευμένα δεδομένα, (3) συνδυαστικές κλινικές δοκιμές και (4) κινητή τεχνολογία θα επιφέρουν βαθιές επιπτώσεις τα επόμενα χρόνια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ενσωμάτωση και οπτικοποίηση δεδομένων επιτρέπει τον προσαρμοσμένο σχεδιασμό της δοκιμής, την άμεση διαβίβαση δεδομένων ασφάλειας, τις προσαρμογές δοσολογίας σε πραγματικό χρόνο και την παρακολούθηση βάσει κινδύνου. Η εξατομικευμένη θεραπεία και τα δεδομένα της επιτρέπουν σε πολλές ασθένειες με συγκεκριμένους διαγνωστικούς βιοδείκτες την αποτελεσματικότερη θεραπεία με δυνητικά λιγότερες παρενέργειες, άρα μετατόπιση της ισορροπίας στο όριο κινδύνου-οφέλους. Η εξατομικευμένη αποδίδει νέο σχεδιασμό ερευνητικών πρωτοκόλλων καθώς σε πρόσφατες δοκιμές, κάθε ασθενής δρα και ως 'control' του εαυτού του. Στις συνδυαστικές δοκιμές επιτυγχάνεται αυξημένη ακρίβεια άρα ευέλικτες στρατηγικές στα νέα ιατρικά, κανονιστικά και νομικά περιβάλλοντα. (μικρότεροι πληθυσμοί στόχοι). Οι χορηγούμενες κλινικών δοκιμών κινούνται δυναμικά υιοθετώντας την κινητή τεχνολογία με φιλικές προς τον ασθενή συσκευές (συλλέγονται και μεταφέρονται αυτόματα κρίσιμα δεδομένα μελέτης) με οφέλη το χαμηλότερο κόστος ανάπτυξης, και την αμεσότητα και αξιοπιστία των δεδομένων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το μέλλον της κλινικής έρευνας έγκειται στην επιτυχή ολοκλήρωση σύνθετων κλινικών δοκιμών, με την εξατομικευμένη ιατρική και την σύγχρονη τεχνολογία να υπόσχονται πιο καιρίες απαντήσεις σε ερευνητικά ερωτήματα.

## 77. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ, ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η. Βαμιεδάκης, Ε. Κοτσίκου, Ε. Σίμου

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των επιστημονικών ερευνών και των αποτελεσμάτων, που αναφέρονται στην επίδραση της αποτελεσματικής επικοινωνίας, ως μέσο και διαδικασία ικανοποίησης των ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναζήτηση Ελληνικής και Διεθνούς βιβλιογραφίας σε διαδίκτυακές βάσεις δεδομένων για εύρεση σχετικών επιστημονικών δημοσιεύσεων και μελετών αναφορικά με την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πέρα από τις θεωρητικές και εμπειρικές διαπιστώσεις, υπάρχουν διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα που αποδεικνύουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς βελτιώνει την έκβαση της νόσου. Τα αποτελέσματα της καλής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς μπορεί να κυμαίνονται από την καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία ως τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών. Συγκεκριμένα, η αποτελεσματική επικοινωνία συνδέεται με θετικά αποτελέσματα, όπως αυξημένη συμμόρφωση στη θεραπεία, κατανόηση των κινδύνων μίας θεραπείας και μείωση των ιατρικών σφαλμάτων. Επιπλέον, η επίτευξη συμφωνίας και συναίνεσης μεταξύ γιατρών και ασθενών, αναφορικά με το είδος της θεραπείας συνδέεται σε σημαντικό βαθμό με καλύτερη ανάρρωση, η ανθρωποκεντρική ιατρική επίσκεψη έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη ικανοποίηση των ασθενών και πιο ικανοποιημένοι ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να παραπονιούνται –επίσημα και ανεπίσημα- και να ξεκινούν αντιδικίες και καταγγελίες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πιο συχνή πηγή δυσαρέσκειας των ασθενών, είναι η μειωμένη ενημέρωση και επικοινωνία. Η επιτυχής διαβούλευση και επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας για ασθενείς με χρόνια νοσήματα και ηλικιωμένους. Η αποτελεσματική επικοινωνιακή διαδικασία βελτιστοποιεί τις ευκαιρίες των ασθενών να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις και να χρησιμοποιούν σωστά τα φάρμακα, ώστε να ανταποκριθούν στους θεραπευτικούς στόχους. Επιπλέον παρέχει τη δυνατότητα οικοδόμησης σχέσεων εμπιστοσύνης και σεβασμού και δημιουργίας περιβάλλοντος επίλυσης προβλημάτων, παρακίνησης ασθενών να ανοιχτούν περισσότερο για την ασθένειά τους, μείωσης κινδύνων θεραπείας και ιατρικών λαθών, αύξησης ικανοποίησης από τις παρεχόμενες ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες.

## 79. Ο ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΙΑΤΡΟΣ ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ

Λ. Κουρκούτα<sup>1</sup>, Χ. Κουκουρικός<sup>1</sup>, Χ. Ηλιάδης<sup>1</sup>, Π. Ουζούνακης<sup>2</sup>, Α. Τσαλογίδου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην παρούσα ιστορική ανασκοπική μελέτη προσεγγίζεται ο βίος του Αγίου Λουκά του Ιατρού.

**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των ιατρικών, ιστορικών και πατερικών συγγραμμάτων, με λέξεις κλειδιά: επιστήμων, Άγιος Λουκάς ο ιατρός. Επίσης μελετήθηκε και το συναξάρι του Αγίου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο Άγιος Λουκάς (κοσμικό όνομα, Βαλεντίν Βόϊνο - Γιασενέτσι) είναι άγιος της Ορθόδοξης Ουκρανικής Εκκλησίας και γεννήθηκε στις 14 Απριλίου του 1877 στο Κέρτς της Κριμαίας. Ήταν Αρχιερέας και Καθηγητής - Χειρουργός. Το 1921 χειροτονήθηκε ιερέας και αργότερα το 1923 Επίσκοπος Τασκένδης. Από το 1946 μέχρι το 1961 που πέθανε, ήταν μητροπολίτης της Συμφερούπολης.

Εργαζόταν εντατικά στα εξωτερικά ιατρεία, περιόδευε στα χωριά και ανέλαβε και το χειρουργικό τμήμα. Το 1904, με το ξέσπασμα του Ρωσο – Ιαπωνικού πολέμου, βρέθηκε στην Άνω Ανατολή, όπου εργάστηκε ως χειρουργός.

Το 1920 εξελέγη καθηγητής της ανατομίας και χειρουργικής στο Πανεπιστήμιο της Τασκένδης. Παρέμεινε όμως αρχίατρος του Γενικού Νοσοκομείου Τασκένδης, χειρουργούσε καθημερινά και παρέδιδε μαθήματα στην Ιατρική Σχολή, πάντα με το ράσο και το σταυρό του. Ο Άγιος Λουκάς ως ιατρός δημοσίευσε σαράντα επιστημονικά έργα. Στη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου διηύθυνε το στρατιωτικό νοσοκομείο του Κρανογιάρσκ. Το 1947 του απαγορεύθηκε να μιλά στους φοιτητές, σταμάτησαν να τον καλούν στα ιατρικά συμβούλια και τον απέλυσαν από ιατρικό σύμβουλο, επειδή αρνιόταν να πηγαίνει χωρίς το ράσο και το σταυρό του στην εργασία του και σε αυτές τις εκδηλώσεις. Την Κυριακή 11 Ιουνίου 1961 κοιμήθηκε ο αρχιεπίσκοπος – γιατρός Λουκάς. Τον Νοέμβριο του 1995 ανακηρύχθηκε άγιος με απόφαση της Ουκρανικής Ορθόδοξης Εκκλησίας, αφού πρώτα ειδική επιτροπή ασχολήθηκε με τη ζωή, τα έργα και τα θαύματά του τα οποία καταγράφονταν και μετά τον θάνατό του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο Κύριος στο πρόσωπο του Αγίου Λουκά ευλόγησε και ανύψωσε την επιστήμη της ιατρικής και την έρευνα των ανθρώπων, αρκεί αυτή να μένει πάντα συνδεδεμένη με την πίστη και την γνώση.

## 78. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΟΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΚΑΜΕΡΑΣ ΒΑΘΟΥΣ

Ι. Κουτσουμπός, Ε. Σπύρου, Χ. Καρανίκας

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Στερεάς Ελλάδος

Στην παρούσα εργασία υλοποιείται μια μέθοδος ανίχνευσης οπτικών συμβάντων με χρήση μιας κάμερας βάθους. Στο πλαίσιο της εργασίας, χρησιμοποιήθηκε ως **υλικό** η κάμερα Kinect της Microsoft με **σκοπό** την αναγνώριση κινήσεων μελών του ανθρώπινου σώματος. Η συγκεκριμένη εργασία εντάσσεται στα πλαίσια του Internet of Things και της πληροφορικής με εφαρμογές στην υγεία αφού **σκοπό** έχει σε ένα σπίτι εξοπλισμένο με κάμερες να αναγνωρίζονται βασικές κινήσεις και δραστηριότητες ατόμων τρίτης ηλικίας. Ένα άτομο τρίτης ηλικίας θα μπορεί να διαμένει στο σπίτι χωρίς βοήθεια από τρίτους και μόνο αν διαπιστωθεί αδυναμία εκτέλεσης κάποιων δραστηριότητας τότε θα του χορηγείται βοήθεια. Μέσω της κάμερας εξάγονται σημεία του ανθρώπινου σκελετού και αυτά χρησιμοποιούνται σε διάφορους **μεθόδους** που αναπτύχθηκαν σε γλώσσα προγραμματισμού Python για την αναγνώριση της κίνησης και δραστηριότητας του ανθρώπου. Πιο συγκεκριμένα, αναπτύχθηκε η μέθοδος για την αναγνώριση του καθίσματος.

## 80. ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΜΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΕ ΣΚΕΛΕΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΑΠΟ ΝΕΚΡΟΤΑΦΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΣΤΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ

Α. Συρογιάννη

Ερευνητρια ΕΚΠΑ, Αρχαιολόγος, Εφορεία Αρχαιοτήτων Δυτικής Αττικής, Πειραιώς και Νήσων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μελέτη ανθρώπινων σκελετικών καταλοίπων από νεκροταφείο ελληνιστικών χρόνων (4<sup>ος</sup> αι.πΧ - 2<sup>ος</sup> αι.μΧ) στην ευρύτερη περιοχή του αρχαίου Πειραιά (Νέο Φάληρο), πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, με σκοπό την ένταξη των ανθρωπολογικών δεδομένων στο πολιτισμικό πλαίσιο της εποχής. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν η αρχαία τοπογραφία, το φυσικό αλλά και ανθρωπογενές περιβάλλον, η διατροφή σε σχέση με τις κοινωνικές δομές καθώς και οι δημογραφικές παράμετροι και η κοινωνική ταυτότητα των ανθρώπων του νεκροταφείου.

**ΥΛΙΚΟ:** Από το ανασκαφέν τμήμα του ελληνιστικού νεκροταφείου προέκυψαν 88 σκελετοί η μακροσκοπική μελέτη των οποίων (βάσει διεθνώς αποδεκτών πρωτοκόλλων) απέδειξε ότι οι 12 από αυτούς ήταν ανήλικοι (ποσοστό 13,64%) με ηλικίες κυμαινόμενες από τα 5 έως τα 17-18 έτη ζωής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τη μελέτη των οστών, προέκυψε ότι σε τουλάχιστον 5 άτομα από τα 12, (ποσοστό 41,6%) εντοπίστηκαν δείκτες φυσιολογικού στρες μη ειδικού τύπου με τη μορφή της Πορωτικής υπερόστωσης και της Cribra orbitalia, της Υποπλασίας της αδαμαντίνης και της Περιοστίτιδας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ως άνω δείκτες φυσιολογικού στρες μη ειδικού τύπου, εμφανίζονται όταν ένα άτομο ζει σε συνθήκες ικανές να δημιουργήσουν αυξημένο μεταβολικό στρες στον οργανισμό, όπως το παθογενές περιβάλλον, η διατροφική ασυνέχεια, οι πλημμελείς συνθήκες υγιεινής κτλ. Για τον λόγο αυτό, οι υπό συζήτηση εντοπισμένες σκελετικές και οδοντικές αλλοιώσεις που εν γένει υποδεικνύουν χαμηλό επίπεδο διαβίωσης (και για τις οποίες τον τελευταίο λόγο θα έχει ο ενδελεχής εργαστηριακός έλεγχος), εξηγούνται και ερμηνεύονται πέραν πάσης αμφιβολίας, με βάση όχι μόνο το φυσικό και ανθρωπογενές περιβάλλον του Πειραιά, αλλά και το πολιτισμικό πλαίσιο της εποχής, όπως τα έθιμα θηλασμού, τη μη ενδεδειγμένη φροντίδα των βρεφών, την πρώιμη εργασιακή απασχόληση των παιδιών κτλ.

## 81. ΙΣΤΟΡΙΚΗ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ: ΤΑ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΕΡΟΙΑΣ (1926-1940)

Σ. Μιχαλάς<sup>1,2</sup>, Ε. Τζανάκη<sup>3</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>4</sup>, Θ. Σεργεντάνης<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Ελληνογαλλική Σχολή Πειραιά «Saint-Paul», <sup>2</sup>Τμήμα Ιστορίας και Αρχαιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>3</sup>Τμήμα Ιστορίας και Αρχαιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, <sup>4</sup>Ιστορία της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, <sup>5</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα ιστορική-επιδημιολογική μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση της ελονοσίας που μαστίγισε τους Έλληνες πρόσφυγες κατά το Μεσοπόλεμο στην περιοχή της Ημαθίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Η μελέτη βασίστηκε στο αρχείο του Προσφυγικού Νοσοκομείου Βέροιας, το οποίο ψηφιοποιήθηκε σε προκωδικοποιημένη βάση (15921 άτομα, εισαγωγές από 05/03/1926 έως και 27/10/1940). Εξ αυτών, το 52,8% (8408 άτομα) νοσηλεύθηκε λόγω ελονοσίας. Σχεδιάστηκαν λεπτομερείς χάρτες για την απεικόνιση της συρροής των κρουσμάτων. Τελέστηκε πολυμεταβλητή λογαριθμική παλινδρόμηση, η οποία εξέτασε τη συσχέτιση του κινδύνου νοσηλείας για ελονοσία με το υψόμετρο του τόπου διαμονής, με ταυτόχρονο έλεγχο για τις συγχυτικές επιδράσεις της ηλικίας, του φύλου και του τόπου καταγωγής (επιμέρους περιοχές της Μικράς Ασίας, Πόντος, Καύκασος, Βουλγαρία και άλλες Βαλκανικές χώρες).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ηλικία των νοσούτων ήταν 26,7+/-17,1 έτη, περιλαμβάνοντας το φάσμα από βρέφη έως ηλικιωμένους 98 ετών. Η πολυμεταβλητή ανάλυση κατά υψόμετρο (adjusted OR=0,95, 95%CI: 0,92-0,97, p<0,001). Αναδείχθηκε παράλληλα ο προστατευτικός ρόλος της μεγαλύτερης ηλικίας (adjusted OR ανά 10 έτη= 0,88, 95%CI: 0,86-0,90, p<0,001), του φύλου και των περιοχών καταγωγής. Η ελονοσία καταγραφόταν με πληθώρα διαφορετικών μορφών, όπως: ελώδης καχεξία, αιμοσφαιρινουρική μορφή, σπασμική μορφή, ελώδης τύφος, ελώδης αναιμία, ικτερώδης και χολική μορφή κ.ά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ελονοσία ήταν η πρώτη αιτία εισαγωγής στο Νοσοκομείο. Η συσχέτιση με το υψόμετρο κατοπτρίζει τον επιβαρυντικό ρόλο των ελών της περιοχής πριν την αποξήρανση της λίμνης των Γιαννιτών από την «Foundation Company». Την ελονοσία κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν ο Σύλλογος προς Περιστολή των Ελωδών Νοσημάτων, η Επιτροπή Ανθελονοσιακού Αγώνα και το Υπουργείο Περιβάλλοντος. Τα συμπεράσματα της παρούσης μελέτης συνάδουν με την ομιλία του Ελευθέριου Βενιζέλου στη Θεσσαλονίκη (Ιούλιος 1928), ο οποίος συμπεριέλαβε την ελονοσία ανάμεσα στις «κοινωνικές μάστιγες» της εποχής.

## 83. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN (ΤΡΙΣΩΜΙΑ 21) ΣΕ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΙΑΚΟΥΣ ΠΙΝΑΚΕΣ. Η ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΗΣ ΑΓΝΟΤΗΤΑΣ

Γ. Τσουκαλάς<sup>1</sup>, Σ. Γιάτσιου<sup>2</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>3</sup>, Γ. Ανδρούτσος<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ιστορία της Ιατρικής, Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, <sup>2</sup>Αλεξανδρούπολη, <sup>3</sup>Περιφερικό Ιατρείο Νέας Αγχιάλου, Κέντρο Υγείας Αλμυρού, <sup>4</sup>5η ΔΥΠΕ Θεσσαλίας, <sup>5</sup>Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, <sup>6</sup>Ηράκλειο, <sup>7</sup>Ιστορία της Ιατρικής, Ομότιμος Καθηγητής ΕΚΠΑ

Το σύνδρομο Down, που οφείλεται στην ύπαρξη ενός επιπλέον χρωμοσώματος 21, αποδίδεται κατά τη διάρκεια της περιόδου της Αναγέννησης, σε δαιμονοληψίες, ταυτίζονται με τη φυλετική ατέλεια, αλλά και με την αντίληψη πως οι γεννήτορες των ασθενών έπασχον από κάποια ψυχική νόσο, ή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως η σύφιλη, ή ήταν εθισμένοι στο αλκοόλ. Η γενετική διαταραχή της τρισωμίας 21, αποτέλεσε μία καλά περιθωριοποιημένη αφήγηση στην εκπαίδευση της ιστορίας της τέχνης και της ιατρικής, αλλά μία προσεκτική ματιά σε Αναγεννησιακούς πίνακες, μας πείθει ότι ήταν γνωστή και ότι οι απεικονίσεις της, ήταν κατά κάποιο τρόπο, μία προσπάθεια αποτύπωσης της αθωότητας, της αγαθότητας και της αγνότητας αυτών των ατόμων, από τους ευαίσθητους καλλιτέχνες της εποχής. Η αποτύπωση αφορά ακόμη και στο Θείο βρέφος, ώστε μέσω των ιδεωδών των Χριστιανισμού αυτά τα άτομα να γίνουν συμπαθή. Ο Ιταλός ζωγράφος και τυπογράφος Italian Andrea Mantegna (1431-1506) κατά τη διάρκεια του 15ου αιώνα, ζωγράφισε 3 πίνακες που παρουσιάζουν απεικονίσεις που μοιάζουν με το σύνδρομο Down. Το 1455 τον πίνακα Virgin and Child with Saints Jerome and Louis of Toulouse και το 1460 τους πίνακες Madonna and Child και Virgin and Child. Ακολούθως μία πλειάδα καλλιτεχνών φιλοτεχνούν ζωγραφικά αριστουργήματα παρουσιάζοντας άτομα με τρισωμία 21. Ο πίνακας The Child and the Monkey, του 1505, από άγνωστο καλλιτέχνη που απεικονίζει ένα παιδί με σύνδρομο Down να παίζει με μία μαϊμού, δύο Φλαμανδικό πίνακες της ίδιας εποχής, περίπου του 1515, με τον ίδιο τίτλο The Adoration of the Christ Child, που απεικονίζουν δύο αγγελάκια με το σύνδρομο, ο πίνακας Folkdance Before the Archdukes του 1623 του Φλαμανδού ζωγράφου Jan Brueghel the Elder (1568-1625), που απεικονίζει ένα νεαρό αγόρι ως πάσχον με το σύνδρομο, οι πίνακες The Adoration of the Shepherd και Satyr with Peasants του 1635-1640, από τον Φλαμανδό ζωγράφο Jacob Jordaens (1593-1678) και ο πίνακας Lady Cockburn and her Children του 1773 από τον Άγγλο ζωγράφο Sir Joshua Reynolds (1723-1792), αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα.

## 82. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΜΟΥΠΟΛΗΣ ΣΥΡΟΥ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΤΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 1825

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>, Κ. Σώρρας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, <sup>2</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Αργολίδας, Ν.Μ. Αργούς, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το Νοσοκομείο Ερμούπολης Σύρου είναι το πρώτο οργανωμένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα της Επανάστατης και της Ελεύθερης Ελλάδας από το 1825 που περιελάμβανε καταδιωκόμενους, τραυματίες και πολίτες και το αρχείο του είναι το μοναδικό σωζόμενο της περιόδου 1834-1850. Το οποίο κτίστηκε στη Σύρο το 1825-1826 από τον αείμνηστο Ρόδιο αρχιτέκτονα Γεώργιο Μηλιώνη ο οποίος έθεσε το θεμελίω λίθο και διέθεσε την περιουσία του για το σκοπό αυτό αλλά και με συνεισφορές των κατοίκων του νησιού με πρωτοβουλία των εμπόρων.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ιστορικές πηγές και διδακτορική διατριβή Ν. Λειβαδάρα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Γενικό Νοσοκομείο Σύρου «Βαρδάκειο και Πρώτο» είναι δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα με δύναμη 110 κλινών. Με την έρευνα-μελέτη των αρχείων του Νοσοκομείου της Ερμούπολης της περιόδου 1834-1850 και ειδικότερα με την επεξεργασία και ανάλυση των καταγεγραμμένων νόσων, συσκευασμένων και των άλλων απαραίτητων στοιχείων που σημειώνονται στα Βιβλία Εισερχομένων Ασθενών από το παλαιότερο διασωθέν αρχείο, όπως «Πατρίδα, Διαμονή, Επάγγελμα, Ηλικία, Ημέρες Νοσηλείας, Αποβιώσεις», δόθηκε η Νοσολογία και η Υγιεινή που πρώτου μισαίου του 19ου αιώνα στη Σύρο. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώθηκαν και από τη μελέτη του ιατρού Ι. Βούρου. «Νοσολογική κατάσταση των Κυκλάδων κατά το 1834 έτος». Συγκρινόμενα τα συμπεράσματα που εξήχθησαν, σχετικά με τη Νοσολογική κατάσταση στη Σύρο, με τα διάσπαρα στοιχεία του αρχείου του Νοσοκομείου Ναυπλίου και τα στατιστικά του Στρατιωτικού Νοσοκομείου Αθηνών της ίδιας περιόδου, αποτυπώθηκε όσο το δυνατόν ακριβέστερα, με τις μεθόδους της Στατιστικής Επιστήμης, ο Νοσολογικός Χάρτης της Ελλάδας εκείνης της εποχής. Το 1837 έγινε Δημοτικό Ίδρυμα με την επωνυμία «ΕΑΠΙΣ» με πρόεδρο τον εκάστοτε Δήμαρχο της Ερμούπολης και αδελφό του το οποίο διορίζει το Δημοτικό Συμβούλιο. Το 1885 ο τραπέζιτης Σταμάτιος Πρώιος με τη διαθήκη του όρισε χρηματικό ποσό για τη συντήρησή του. Το παράδειγμα του, μιμήθηκε ο Ιωάννης Βαρδάκας το 1945, ο οποίος με τη διαθήκη του κληροδότησε στο νοσοκομείο μετοχές που του ανήκαν. Το 1958 μεταστεγάστηκε από το ιστορικό αρχικό κτίριο στο νυν νοσοκομείο μας, παρέχοντας πάντα υψηλό επίπεδο περίθαλψης. Ο Σεβασμιώτατος Μητροπολίτης Σύρου κ. Δωρόθεος Β επεσήμανε ότι, αρκεί οι μελετητές της θαυμαστής ιστορίας της Ερμούπολης, μιας νεοκλασικής πόλης του 19ου αιώνα, που γεννήθηκε από πρόσφυγες της Μικράς Ασίας και των νησιών του νοτιοανατολικού Αιγαίου μέσα στα χρόνια της Ελληνικής Επανάστασης, έχουν ανατρέξει στο παρελθόν της, ανακαλύπτοντας στη συλλογική μας μνήμη τα στοιχεία εκείνα που προσέδωσαν πολύ γρήγορα τους χαρακτηρισμούς «μεταλλένιο χρυσού», «αποθήκη του Αιγαίου Πελάγους» και «τροφός της Ελλάδος». Τα πρώτα 7.341 περιστατικά από το 1834 ως το 1850 που έχουν καταγραφεί στο μοναδικό σωζόμενο νοσοκομειακό αρχείο στην Ελλάδα. Διαχρονική παροχή υψηλού επιπέδου περίθαλψης. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το Νοσοκομείο της Ερμούπολης λειτουργήσει αδιαλείπτως από την ίδρυσή του, το 1825, ως νοσηλευτικό ίδρυμα και παρέχει ιατρική περίθαλψη εντελώς δωρεάν χωρίς διακρίσεις ανεξάρτητα από εθνικότητα και θρησκεία.

## 84. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΜΩΝ (ΒΟΡΜΙΑΝΩΝ) ΟΣΤΩΝ ΣΕ ΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΤΗΣ ΜΕΣΑΙΩΝΙΚΗΣ ΡΟΔΟΥ

Α. Πρωτόπαπα<sup>1</sup>, Ν. Βλαχάδης<sup>1</sup>, Κ. Τηλιακού<sup>2</sup>, Μ. Κουλούκουσα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ανθρωπολογικό Μουσείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα εμβόλιμα (Βορμιανά) οστά είναι υπεράριθμα οστά που εντοπίζονται συχνότερα αντίστοιχα προς τις ραφές και τις πηγές του κρανίου και προέρχονται από υπεράριθμους, αυτοτελείς πυρήνες οστέωσης. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των εμβολιμων οστών στα κρανία δύο ανασκαφικών μεσαιωνικών πληθυσμών με διακριτά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και γεωγραφική προέλευση.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το ανθρωπολογικό υλικό που μελετήθηκε προέρχεται από συστηματικές ανασκαφές που πραγματοποιήθηκαν στα μεσαιωνικά νεκροταφεία της οδού Αγησάνδρου (12<sup>ος</sup>-14<sup>ος</sup> αιώνας) και του Αγίου Σπυριδώνα (13<sup>ος</sup>-16<sup>ος</sup> αιώνας) της πόλης της Ρόδου με την συμμετοχή του Ανθρωπολογικού Μουσείου της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν η συχνότητα εμφάνισης, τα ανατομικά χαρακτηριστικά και η εντόπιση των Βορμιανών οστών. Στο νεκροταφείο του Αγίου Σπυριδώνα εντοπίστηκαν συνολικά 72 Βορμιανά οστά σε 22 κρανία με διακύμανση από 1 ως 9 ανά κρανίο και διάμεση τιμή 3. Στο νεκροταφείο της οδού Αγησάνδρου διαπιστώθηκε η παρουσία 112 Βορμιανών οστών σε 19 κρανία με εύρος από 1 ως 16 ανά κρανίο και διάμεση τιμή 4. Το ποσοστό των κρανίων της οδού Αγησάνδρου στα οποία εντοπίστηκαν >6 Βορμιανά οστά ήταν 52,6%, έναντι 9,1% στον Άγιο Σπυριδώνα, p=0,005. Και στα δύο νεκροταφεία η συχνότερη ανατομική εντόπιση ήταν η λαβροειδής ραφή στην οποία εντοπίστηκε περίπου το ήμισυ του συνολικού αριθμού των Βορμιανών οστών (51,4% στον Άγιο Σπυριδώνα και 50% στην οδό Αγησάνδρου) και η σπανιότερη στην μετωπιαία ραφή και το βρέγμα (3,6% και 0,9%, αντίστοιχα, στην οδό Αγησάνδρου, ενώ δεν βρέθηκε κανένα Βορμιανό οστό στις δύο αυτές ανατομικές περιοχές στα κρανία του Αγίου Σπυριδώνα). Το μέγεθος των Βορμιανών οστών της οδού Αγησάνδρου ήταν μεγαλύτερο από αυτό του Αγίου Σπυριδώνα (ποσοστό Βορμιανών οστών με διαστάσεις ≥ 2 cm: 17,0% έναντι 2,8%, αντίστοιχα, p=0,003).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Διαπιστώθηκε ότι τα Βορμιανά οστά διαφοροποιούνται ως προς τη συχνότητα, τις διαστάσεις και την ανατομική εντόπιση αντανάκλωντας αντίστοιχες διαφορές των γενετικών παραγόντων και της σκελετικής παθολογίας ανάμεσα στους δύο Μεσαιωνικούς πληθυσμούς που μελετήθηκαν.

## 85. ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΒΙΒΛΟ

I. Αλεξίου, Κ. Πατσιλινάκου, Β. Παπαεμμανουήλ

Μικροβιολογικό Εργαστήριο Ε.Α.Ν. Πειραιά «Μεταξά»

Είναι γνωστό ότι πολυαριθμα βακτήρια, ιοί, μύκητες, πρωτόζωα μπορούν να μεταδοθούν με ποικίλους τύπους σεξουαλικών επαφών. Οι ασθένειες αυτές χαρακτηρίζονται ως σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις παλαιότερα δε ήταν γνωστά ως Αφροδισία νοσήματα. Τα Αφροδισία ήταν γνωστά στους πληθυσμούς κατά την αρχαιότητα. Σε ορισμένα εδάφια της Βίβλου αναφέρονται αρκετά για την σεξουαλική συμπεριφορά αλλά και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα των αρχαίων Εβραίων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ερωτήματος εάν τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ήταν γνωστά κατά τα βιβλικά έτη.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Με βάσει την Ελληνική και ξένη βιβλιογραφία αλλά και επισημασμένη μελέτη των βιβλίων της Βίβλου εξετάζονται τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που αναφέρονται σε αυτή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η παλαιά διαθήκη είναι μια συλλογή από θρησκευτικά χειρόγραφα τα οποία αναφέρονται σε γεγονότα τα οποία συνέβησαν στο παρελθόν και καταγράφηκαν πραγματικά στις αρχές του 7<sup>ου</sup> με 8<sup>ου</sup> αιώνα π.Χ. Στους αρχαίους Εβραίους γίνεται αναφορά σε συγκεκριμένα αφροδισία νοσήματα στη Βίβλο, καθώς και αναφορά στην γυναικεία και ανδρική πορνεία αλλά και στην Τρεπονιμάτωση. Οι αναφορές για τη Σύφιλη στα βιβλία της Βίβλου είναι υψίστης σημασίας για τους μελετητές γιατρούς των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, τόσο λόγω των διαφωνιών για την καταγωγή της Σύφιλης (Αμερικανική ή Ευρωπαϊκή) όσο και εξαιτίας της εκπεφρασμένης διαφωνίας για το εάν η σύφιλη μεταφέρθηκε στην Ευρώπη ύστερα από την επιστροφή του Κολόμβου στην Ισπανία το 1493 και η οποία στη συνέχεια περιδιάβηκε ολόκληρη την Ευρώπη σαν καταιγίδα. Στο 15<sup>ο</sup> κεφάλαιο του Λευτικού υπάρχει περιγραφή ασθένειας η οποία χαρακτηρίζεται από γεννητικό έκκριμα σε άνδρες και σε γυναίκες, για το οποίο ορισμένοι πιστεύουν ότι ήταν Γονόρροια, θα μπορούσε όμως να είναι και Χλαμυδιακή ουρηθρίτιδα. Από τη Βίβλο επίσης γνωρίζουμε ότι ο πατριάρχης Ιώβ είχε ένα περιεργο εξάνθημα το οποίο αργότερα θεωρήθηκε ότι ήταν Σύφιλης (Ιώβ 16, 13) (Ιώβ 2, 7), και (Ιώβ 7, 5). Ο δε Σολομών στο βιβλίο των Παροιμιών συστήνει στους άνδρες να αποφεύγουν τις γυναίκες ελευθέρων ηθών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από την μελέτη της Βίβλου φαίνεται ότι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ήταν γνωστά. Η ιατρική τους ήταν προληπτική και στο χέρι της Ιερωσύνης. Οι ιερείς ερμηνευτές της Θείας Θέλησης, αναλάμβαναν και το υψηλό λειτουργήμα της επιθεώρησης και της τήρησης της Υγιονομικής νομοθεσίας.

## 87. KARL STELLWAG VON CARION (1823-1904) Ο ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ

E. Λάγιου<sup>1</sup>, Κ. Λάιος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, <sup>2</sup>Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Αν και ο Karl Stellwag von Carion (1823-1904), Καθηγητής οφθαλμολογίας στο Πανεπιστήμιο της Βιέννης, έχει μείνει γνωστός στην παγκόσμια ιστορία της οφθαλμολογίας για το σημείο Stellwag, δηλαδή την ήπια διεύρυνση των μεσοβλεφαρίων σχισμών που παρατηρείται κατά τη νόσο Graves, ο ίδιος έχει να επιδείξει πλουσιότερη προσφορά στην οφθαλμολογία όχι μόνο για τις πρωτοπόρες μελέτες για το γλαύκωμα, την προσαρμογή του φακού, τη διάθλαση του φωτός, όπως και την εισαγωγή του όρου 'ectopia lentis' για την παρεκτόπιση του φακού, αλλά και για το πανεπιστημιακό του ήθος και την εξαιρετική διδασκαλία του. Στο βιβλίο του, *Lehrbuch der praktischen Augenheilkunde* που εκδόθηκε το 1862 θα αναλύσει το θέμα του καρκίνου του οφθαλμού, για το οποίο η βάση της παθολογοανατομικής του διαπραγμάτευσης είχε αναπτυχθεί ήδη στον άτλαντα παθολογοανατομίας του οφθαλμού που είχε εκδώσει το 1861 με τίτλο, *Atlas der pathologischen Histologie des Auges* σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες. Θα επισημάνει ότι αντίθετα με το παρελθόν, ως κακοήθεια δε θα πρέπει να ορίζεται γενικότερα ο όγκος που αναπτύσσεται πολύ είτε αργά ή γρήγορα ή έχει τη δυνατότητα να μεθίσταται σε διαφορετικούς ιστούς λεμφογενώς ή αιματογενώς ή ακόμη έχει δυσκολία στο να εξαιρεθεί και υποτροπιάζει κατά κανόνα μετά την εκτομή. Αντίθετα, θεωρεί ότι το κομβικό στοιχείο στην αναγνώριση της κακοήθειας είναι το κατά πόσο τα καρκινικά κύτταρα μοιάζουν με το μητρικό τους κύτταρο και αν βρίσκονται ανάμεσα σε άλλο ιστό με διαφορετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, όπως για παράδειγμα όταν επιθηλιακά κύτταρα εντοπίζονται σε συνδετικό ή χόνδρινο ιστό. Ενώ υπογραμμίζεται ότι η κακοήθεια είναι πιο βαριά με την παρουσία κυττάρων με βλεννή στο κυτταρόπλασμα ή με εκείνων που εμφανίζουν πολλές μιτώσεις. Αυτά τα γενικά χαρακτηριστικά της κακοήθειας φανερώνουν πλέον ένα τελείως διαφορετικό τρόπο ιατρικής σκέψης και προσέγγισης του καρκίνου, όχι μόνο του οφθαλμού, αλλά γενικότερα.

## 86. ΟΙ ΑΚΤΙΝΕΣ Χ ΣΤΑ ΤΕΛΗ ΤΟΥ 19ΟΥ ΑΙΩΝΑ ΚΑΙ ΤΟ ΙΝΔΙΚΟ ΧΟΙΡΙΔΙΟ Ο ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ

Γ. Τσουκαλάς<sup>1</sup>, Γ. Αποστολινάς<sup>2</sup>, Σ. Γιάτσιου<sup>3</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>4</sup>, Γ. Ανδρούτσος<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Ανατομίας, <sup>2</sup>Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, <sup>3</sup>Τμήμα Ακτινολογίας, Γ.Ν.Ν. Λάρισας, <sup>4</sup>Περιφερικό Ιατρείο Νέας Αγχιάλου, Κέντρο Υγείας Αλμυρού, <sup>5</sup>ΔΥΠΕ Θεσσαλίας, <sup>6</sup>Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, <sup>7</sup>Ιστορία της Ιατρικής, Ομότιμος Καθηγητής ΕΚΠΑ

Ο Γερμανός φυσικός Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923), ανακοίνωσε την ανακάλυψη του των ακτίνων Χ, στις 8 Νοεμβρίου του 1895, αλλά τη δημοσίευσε στις 28 Δεκεμβρίου του 1895. Ο αντίκτυπος ήταν τέτοιος, που στις 7 Ιανουαρίου του 1896, στην Αγγλία, στην εφημερίδα Standard, δημοσιεύεται η πρωτοποριακή εφεύρεση. Το απόγευμα της ίδιας μέρας ο μηχανικός Campbell Swinton (1863-1930) κατασκευάζει τον πρώτο Αγγλικό ραδιογράφο για ιατρικές διαγνωστικές ακτινογραφίες. Οι νέες ακτίνες πιστεύεται εκείνη την εποχή, ότι είναι σχεδόν θαυματουργές, και η ιδέα ότι μπορούν να προκαλέσουν πιθανή βλάβη που ακούστηκε από κάποιους επιφυλακτικούς μηχανικούς και ιατρούς, άγγιζε για όλους τους υπόλοιπους τα όρια της ιεροουσίας. Εντούτοις ο καταξιωμένος μηχανικός Thomas Edison (1847-1931), τον Μάρτιο του 1896, αναφέρει ζηροφθαλμία μετά από εκτεταμένη έκθεση στη φλουροσκοπία. Ένα μήνα μετά, τον Απρίλιο, η έκδοση εφημερίδα The British Medical Journal, αναφέρει την πρώτη δερματική βλάβη μετά από χρήση μηχανήματος ακτίνων Χ. Μέχρι το τέλος του αιώνα, καταγράφονται 44 περιπτώσεις θανάτων προσωπικού στα ακτινολογικά τμήματα, λόγω της χρήσης ακτινογραφικών συσκευών. Ο καθηγητής φυσικής, Sidney Russ (1879-1963), ανακαλύπτει ανωμαλίες στις ερυθρές και λευκές σειρές κυττάρων του αίματος μετά από ακτινοβολήση σε ινδικά χοιρίδια και οι πρώτες σκέψεις για την επικινδυνότητα των ακτίνων Χ θα ριζώσουν στο μυαλό του. Η έρευνα του αντιμετωπίζεται διστακτικά, μέχρι το θάνατο του διευθυντή του ακτινολογικού τμήματος και βοηθού του καθηγητή καρδιολογίας Sir James Mackenzie Davidson (1853-1925), Ironside Bruce (1879-1921) το 1921. Έτσι, την ίδια χρονιά, αποφασίζεται η σύσταση της Βρετανικής Επιτροπής Προστασίας έναντι του Ραδίου και των Ακτίνων Χ. Οι έρευνες της επιτροπής καταδεικνύουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου και ειδικά λευχαιμίας, δερματολογικές βλάβες και βλάβες στην όραση, κατατάσσοντας τις ακτινολογικές συσκευές στην κατηγορία «life-shortening» (αυτές μου μικραίνουν το προσδόκιμο ζωής). Χρειάστηκαν μελέτες μέχρι το 1950, για να γίνει ασφαλές το επάγγελμα των ακτινολόγων. Οι ίδιοι ήταν τελικά τα υποκείμενα της έρευνας, τα «ινδικά χοιρίδια» που απαιτήθηκαν για την έρευνα των ακτίνων Χ.

## 88. ΤΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Δ. Μπαλάσκα<sup>1</sup>, Ι. Πολλάλης<sup>2</sup>, Γ. Δημογέροντας<sup>3</sup>, Ζ. Μπισώρη<sup>4</sup>

<sup>1</sup>1η ΥΠΕ, <sup>2</sup>Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, <sup>3</sup>Νευροχειρουργός, Metropolitan Hospital, <sup>4</sup>Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η επιστημονική γνώση έχει στρέψει το ενδιαφέρον της στο δικαίωμα της υγείας με σκοπό να οριοθετηθούν τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των ιατρών, των ασθενών και των οικείων τους.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να αποδείξει ότι η αλληλεπίδραση της ιατρικής με τη νομική επιστήμη μπορεί να φέρει μόνο οφέλη για το κοινωνικό σύνολο. Ουσιαστικά το δικαίωμα της υγείας αποτελείται από τυπικούς και ουσιαστικούς νόμους που έχουν θεσπιστεί ώστε να ρυθμίζουν την οργάνωση και την δράση των μονάδων υγείας, την εφαρμογή της ιατρικής, την ευθύνη, τα δικαιώματα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η Νομική έχει στόχο τη μετάδοση βασικών γνώσεων και προβληματισμών σε σχέση με τα οικονομικά και της πολιτικές υγείας. Τα ηθικά, δεοντολογικά ή ιατρικά διλήμματα εξετάζονται μέσα από το πρίσμα της ερμηνείας του δικαίου και όχι στην αξιολογική ή στη φιλοσοφική τους διάσταση. Το καθήκον προάσπισης των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ασθενούς αλλά και η έννομη προστασία του ίδιου του ιατρού από αυθαρέτους, προβαλλόμενες και προπετείς αιτιάσεις των ασθενών του είναι πεδία με τα οποία ασχολείται το δικαίωμα της υγείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αρωγό του ιατρού στην προσπάθεια θωράκισής του από τις δυσμενείς συνέπειες που συνεπάγεται η απρόσκοπτη εξέλιξη της έννομης σχέσης μεταξύ αυτού και του ασθενούς του, αποτελεί η νομική επιστήμη, μέσω των πορισμάτων και αρχών που έχουν προταθεί από την ισχύουσα νομοθεσία και θεωρία, αλλά και από την πρακτική άσκηση του νομικού επαγγέλματος.

## 89. Ο ΘΕΜΕΛΙΩΤΗΣ ΤΗΣ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ SAMUEL DAVID GROSS (1805-1884) ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Κ. Λάιος<sup>1</sup>, Ε. Λάγιου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

Ο Καθηγητής Samuel David Gross (1805-1884) αποτελεί την πλέον εξέχουσα μορφή της αμερικανικής χειρουργικής κατά το 19<sup>ο</sup> αι. και δικαίως αναγνωρίζεται ως ο θεμελιωτής της σύγχρονης αμερικανικής χειρουργικής. Αν και την πρώτη φορά που ήρθε σε επαφή με τη χειρουργική λιποθύμησε από τη θέα του αίματος, ο ίδιος εξελίχθηκε άριστος χειρουργός, ο οποίος είχε την ικανότητα να εκτελέσει με περισσή δεξιοτεχνία μια λιθοτομή, έναν ακρωτηριασμό, όπως και μια επέμβαση καταρράκτη. Εισήγαγε πολλές καινούργιες χειρουργικές τεχνικές, ενώ σχεδίασε και κατασκεύασε πλήθος χειρουργικών εργαλείων. Η μελέτη του, *A System of Surgery, Pathological, Diagnostic, Therapeutic and Operative* που εκδόθηκε το 1861 αποτέλεσε το βασικό εγχειρίδιο χειρουργικής στο δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αι. στις ΗΠΑ. Ο ίδιος δεν περιορίστηκε μόνο στη μελέτη και εξέλιξη της χειρουργικής, αλλά δημοσίευσε επίσης μελέτες στην παθολογία, παθολογοανατομία, πειραματική φυσιολογία και φαρμακολογία, οι οποίες διακρίθηκαν για τις πρωτοποριακές τους ιδέες. Έδειξε ακόμη ενδιαφέρον για την ιστορία της χειρουργικής δημοσιεύοντας ξεχωριστή μελέτη στο θέμα. Υπήρξε ένας από τους ιδρυτές της American Medical Association. Τιμήθηκε με πολλά βραβεία και ειδικές διακρίσεις, ενώ παρέμεινε ενεργός χειρουργός έως το θάνατό του.

## 91. ΠΑΝΟΥΚΛΑ ΤΟΥ ΓΑΛΗΝΟΥ Η ΠΑΝΟΥΚΛΑ ΤΟΥ ΑΝΤΩΝΙΝΟΥ Η ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΙΛΑΡΑΣ Η ΕΥΛΟΓΙΑΣ

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>, Γ. Ασημακόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Σώρρας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, <sup>2</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Αργολίδας, Ν.Μ. Άργους, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι στην ερευνά μας να παρουσιάσουμε την πανούκλα του Αντωνίνου που διήρκεσε από το 165 έως το 180 μ.Χ. επίσης γνωστή ως πανούκλα του Γαληνού, ο οποίος και την περιέγραψε, ήταν κατά πάσα πιθανότητα αιτία της ευλογίας ή της ιλαράς.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ελληνική βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθένεια σκότωσε περίπου το ένα τρίτο του πληθυσμού σε ορισμένες περιοχές, και αποδεκάτισε τον ρωμαϊκό στρατό. Οι εκτιμήσεις για τη χρονική στιγμή της εξέλιξης της ιλαράς φαίνεται να υποδηλώνουν πως ο λοιμός ήταν κάτι άλλο και όχι ιλαρά. Η πρώτη επιστημονική περιγραφή της ιλαράς και η διάκρισή της από την ευλογία και την ανεμοβλογιά αποδίδεται στον Πέρση γιατρό, Ζακαρίγια Αρ-Ραζί (860-932), που ήταν γνωστός στη Δύση ως Ραζής (Rhazes), ο οποίος εξέδωσε «Το βιβλίο της Ευλογίας και Ιλαράς» (στα αραβικά: Kitab fi al-jadari WA-al-hasbah) Λαμβάνοντας υπόψη τα όσα είναι σήμερα γνωστά για την εξέλιξη της ιλαράς, αυτή η έκδοση ήταν εξαιρετικά καινοτόμη. Η ιλαρά είναι μια ενδημική ασθένεια, που σημαίνει ότι είναι συνεχώς παρούσα σε μια κοινότητα, και πολλοί άνθρωποι ανοσοποιούνται ενάντια σ' αυτήν. Σε πληθυσμούς που δεν εκτίθενται σε ιλαρά, η ξαφνική έκθεσή τους στον ιό μπορεί να είναι καταστροφική. Το 1529, μία επιδημία ιλαράς στην Κούβα σκότωσε τα δύο τρίτα των κατοίκων που είχαν επιζηήσει προηγούμενες ευλογιά. Δύο χρόνια αργότερα, η ιλαρά ήταν υπεύθυνη για το θάνατο του μισού πληθυσμού της Ονδούρας, και είχε ρημάξει το Μεξικό, την Κεντρική Αμερική και τον πολιτισμό των Ίνκας. Στα τελευταία 150 χρόνια, έχει υπολογιστεί ότι η ιλαρά έχει σκοτώσει περίπου 200 εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1850, η ιλαρά σκότωσε το ένα πέμπτο των κατοίκων της Χαβάης. Το 1875, η ιλαρά σκότωσε πάνω από 40.000 κατοίκους των Φίτζι, περίπου το ένα τρίτο του πληθυσμού. Τον 19ο αιώνα, η ασθένεια αποδεκάτισε τον πληθυσμό των νησιών Ανταμών. Το 1954, ο ιός που προκαλεί τη ασθένεια απομονώθηκε από ένα εντεκάχρονο αγόρι από τις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Ντέιβιντ Έντμονστο, και μεταφέρθηκε σε ιστοκαλλιέργεια εμβρύου όρνιθας. Μέχρι σήμερα έχουν εντοπιστεί 21 στελέχη του ιού της ιλαράς. Όταν εργαζόταν στην φαρμακευτική εταιρία Merck, ο Μόρις Χίλμαν ανέπτυξε το πρώτο επιτυχημένο εμβόλιο. Άδεια εμβολιασμού για την πρόληψη της ασθένειας άρχισε να διατίθεται το 1963. Ομάδες υψηλού κινδύνου είναι η ιατρονοσηλευτική, οι Αθίγγανοι (Ρωμά) και οι μετανάστες και πρόσφυγες από τα Αραβικά κράτη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πρόληψη επιτυγχάνεται με μια μαζική εκστρατεία εμβολιασμού για την πρόληψη της περαιτέρω εξάπλωσης της ασθένειας.

## 90. ΙΔΡΥΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΑ ΞΕΝΩΝΣ ΤΟΥ ΣΑΜΨΩΝ ΤΟΥ ΡΩΜΑΝΟΥ ΤΟΥ ΛΕΚΑΠΗΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΝΤΟΚΡΑΤΟΡΟΣ ΛΟΧΟΚΟΜΕΙΩΝ

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>, Γ. Ασημακόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Σώρρας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, <sup>2</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Αργολίδας, Ν.Μ. Άργους, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Όσον αφορά την Ιατρική, το Βυζάντιο βασίστηκε ιδιαίτερα στις επιδόσεις και τις Έρευνες των Αρχαίων Ελλήνων Ιατρών (Ιπποκράτη - Γαληνού κ.α.) τις οποίες διέσωσε, διέδωσε, συχνότατα χρησιμοποίησε και πολλές φορές τελειοποίησε.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανατρέξαμε σε βιβλιογραφικές πηγές Ελληνικές αλλά και ξένες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ίδρυση στην Καππαδοκία του περίφημου Νοσοκομείου και Άσουλου γνωστού ως «Βασιλειάδα». Για πρώτη φορά εμφανίζεται ένα συγκρότημα που περιλαμβάνει πλήρως οργανωμένο νοσοκομείο, λεπροκομείο, φαρμακείο, ίδρυμα χρονίως ασθενών, γηροκομείο κλπ.

Επί πλέον λόγω της βαθειάς θρησκευτικότητας που επικρατεί, ανθεί η κοινωνική πρόνοια και η κοινωνική Ιατρική, ονομαστού ήταν οι Ξενοίους του Σαμψών, του Ρωμανού του Λοχοκομίου και του Παντοκράτορα. Αυτός ο τελευταίος ήταν ασφαλώς το τελειότερο Νοσοκομείο του Μεσαίωνα αφού διέθετε 80 κλίνες με τμήματα παθολογικό, χειρουργικό, γυναικολογικό, οφθαλμολογικό και περίπου 40 ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων συγκροτημένες σε σώμα και με διάταξη παρόμοια με την σημερινή: Διευθυντής ονομαζόμενος πριμικύριος επιμελητής, βοηθοί. Ο ξενώνας διέθετε ακόμη φαρμακείο, βιβλιοθήκη και εξωτερικά ιατρεία. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι ο Ιωάννης ο Ελεήμων, Πατριάρχης Αλεξανδρείας είχε ιδρύσει 7 λοχοκομεία (μαιευτήρια) στην περιοχή της επισκοπής του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** το Βυζάντιο λειτούργησε σαν «κίβωτός» διαφύλαξης του Αρχαίου Ελληνικού πνεύματος.

## 92. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>, Α. Χρονοπούλου<sup>2</sup>, Α. Δεσποτιδίη<sup>1</sup>, Γ. Ασημακόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Σώρρας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, <sup>2</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Αργολίδας, Ν.Μ. Άργους, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η Ωμοφαγία και άσκηση αποτελούν δύο βασικές φυσικές μεθόδους πρόληψης της Φυσιοθεραπευτικής. Γράφει ο Αριστοτέλης για την σχέση «Η ψυχή και το σώμα αλληλοσπηρεάζονται. Και η ψυχική κατάσταση, όταν μεταβάλλεται, μεταβάλλει μαζί και την σωματική αποτελεί ένα κομμάτι της σύγχρονης Κλασικής Ιατρικής.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η Αρχαία Αφάρμακη Ιατρική

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η Φυσιοθεραπευτική εμφανίζεται αρχικά στις Πελασγικές κοινότητες της Μεσογείου, τουλάχιστον από τις αρχές της 3ης π.Χ. χιλιετίας, κατά την περίοδο του Τρωικού Πολέμου, στις Ορφικές κοινότητες, για ναποτελέσει στα Αμφικραία, στα Ασκληπεία και στις κοινότητες των Πυθαγορείων την κύρια και φυσική θεραπευτική μέθοδο. Οι Κινέζοι, οι Ινδοί, οι Ιάπωνες, οι Φοίνικες, οι Αιγύπτιοι, οι Ίνκας και άλλοι λαοί την ασκούσαν. Όλες σχεδόν οι φιλοσοφικές κοινότητες του Κλασικού και του Ελληνιστικού κόσμου οικειοποιήθηκαν τις ήπιες θεραπευτικές ενώ χιλιάδες ιατροφιλόσοφοι είχαν με αυτή θαυμαστά αποτελέσματα.

Πρόκειται για μέθοδο θεραπείας, που φροντίζει για την επανάκτηση της ανθρώπινης υγείας χρησιμοποιώντας μόνον φυσικά μέσα, χωρίς να μεταχειρίζεται σε καμία περίπτωση φάρμακα, ηλεκτρισμό, ακτινοβολίες, μηχανικά και ηλεκτρονικά μέσα και χειρουργεία. Η Φυσιοθεραπευτική βασίζεται αποκλειστικά στις σύμφυτες εσωτερικές θεραπευτικές δυνάμεις του ανθρώπινου οργανισμού ή Φύση. Η Φυσιοθεραπευτική έχει πολλούς κλάδους και χρησιμοποιεί μόνο ήπιες και φυσικές μεθόδους θεραπείας, όπως η υγιεινή διατροφή και η νησιοθεραπεία, η οστεοπαθητική (επανοφορά των οστών στην οωστή τους θέση με ειδικές κινήσεις), η ψλοθεραπεία, η υδροθεραπεία, τα ατμόλουτρα και τα κλύσματα, η αεροθεραπεία, οι μαλάξεις (μασάζ-ρεφλεξολογία), οι αναπνευστικές ασκήσεις, η ελαφρά γυμναστική (π.χ. περπάτημα, κολύμβηση), η μουσικοθεραπεία, το θέατρο κ.ά. Δύο βασικά και αλληλοεξαρτώμενα κομμάτια της Φυσιοθεραπευτικής είναι η θεραπεία μέσω των τροφών σε συνδυασμό με την καθημερινή ελαφρά γυμναστική. Επίσης η ομοιοπαθητική και ο βελονισμός (φλεβοτομία τον αποκαλούσε ο Ιπποκράτης) αποτελούν δύο ήπιες και φυσικές μεθόδους θεραπείας, που εντάσσονται και αυτές στη σφαίρα της Φυσιοθεραπευτικής. Η πρώτη καταγεγραμμένη περίπτωση προληπτικής θεραπείας μέσω δύο βασικών φυσιοθεραπευτικών μεθόδων (διατροφή με ωμοφαγία και άσκηση) εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του Τρωικού Πολέμου, όπου ο σοφός ήρωας και στρατηγός των Αρχαίων Παλαμίδης ο Ναυπλιεύς, λόγω του λοιμού που πλησίαζε στο στρατόπεδό του άλλαξε τη διατροφή των στρατιωτών του με αποτέλεσμα την κατάσταση ανοσίας. Φρόντισε δε οι στρατιώτες να τρέφονται με ξηρούς καρπούς, άγρια φρούτα και λαχανικά και όλοι υπάκουσαν. Πράγματι η επιδημία που προέβλεπε παρουσιάστηκε πρωτίστως στις πόλεις του Ελληνιστικού, καθώς λένε, και μετά ενέσκηψε και στο Ιών.

Οι αρχαίοι ιατροφιλόσοφοι, που εφήρμοζαν την Ολιστική Ιατρική (η μέθοδος, που θεραπεύει το όλον και όχι το μέρος), θεωρούσαν τις ασθένειες ψυχοσωματικές, ψυχή-σώματος. Δύο απ' τις βασικότερες φυσιοθεραπευτικές μεθόδους της κλασικής εποχής ήταν το θέατρο και η συχνή μελέτη της φιλοσοφίας. Η φιλοσοφία γαληνεία και ηρεμεί την ψυχή δημιουργώντας τις συνθήκες εκείνες, που αποτελούν τη βάση της ψυχικής υγείας. Το μέτρο και η εγκράτεια ήταν δύο βασικά κομμάτια της κοινής φιλοσοφίας και ιατρικής διδασκαλίας με σκοπό την υγιεινή διαβίωση και την πρόληψη των ασθενειών. Πλούταρχος, «Υγιεινή Παραγγέλματα», παρ. 7). Παρομοίως διαβάζουμε και στα «Χρυσά Έπη» των Πυθαγορείων. Ιατρογενής Ιατρική είναι σύγχρονη θεραπευτική μέθοδο, που θεραπεύει ασθένειες που προέκυψαν απ' τις παρενέργειες των φαρμάκων. Ο Αμερικανός φυσιοθεραπευτής Ντόναλντ Λόου στο έργο του «Είμαστε όπως Τρώες».

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η Φυσιοθεραπευτική εξελίχθηκε με την ονομασία Φυσική Υγιεινή ή Naturography και περιέχει αρκετά στοιχεία της Ιπποκρατικής ιατρικής τέχνης.



### 93. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>, Α. Χρονοπούλου<sup>2</sup>, Α. Δεσποτιδίη<sup>1</sup>, Γ. Ασημακόπουλος<sup>3</sup>, Κ. Σώρρας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, <sup>2</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Αργολίδας, Ν.Μ. Αργους, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αντίληψη των αρχαίων Ελλήνων να επιλέγουν μόνοι τους τον γιατρό, αναπτύχθηκε σε ορισμένες πόλεις η αντίληψη ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό. Η πολιτική τοποθέτηση ότι είναι υποχρέωση της πολιτείας να καλύπτει τη δαπάνη της διάγνωσης και θεραπείας των αρρώστων πολιτών οδήγησε στην ανάπτυξη και στη διαχρονική εξέλιξη του θεσμού του «δημόσιου γιατρού»

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Οι πόλεις που παρείχαν το κοινωνικό αξίωμα του «δημόσιου γιατρού» προσλάμβαναν έναν γιατρό ήταν η φήμη του, η οποία προπορευόταν της εμπερίας και της αξίας του, που διέθετε υψηλά επιστημονικά προσόντα, ικανότητα θεραπευτική και εντιμότητα. Για να εξακριβώσουν τα προσόντα και την επιμέλεια του γιατρού ρωτούσαν τους δασκάλους του.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τον 6ο π.Χ. αιώνα η επιστημονική ιατρική, που με τη συμβολή Ιώνων και Πυθαγορείων φιλοσόφων, βασίζεται στις παρατηρήσεις, στην εμπειρία και στη λογική του ανθρώπινου νου. Ο Ιπποκράτης έζησε στο τέλος του 5ου και στις αρχές του 4ου αιώνα π.Χ. Στα συγγράμματά του Ιπποκράτη και ορισμένων άλλων προγενεστέρων ή μεταγενεστέρων απ' αυτόν γιατρών που απαρτίζουν τη λεγόμενη «Ιπποκρατική Συλλογή». Σταδιακά ο θεσμός και το κοινωνικό αξίωμα του «δημόσιου γιατρού». Σε επιδημία (επί του δήμου), μολυσματική ασθένεια καλούνταν κάποιος διάσημος γιατρός για να συνδράμει στην αντιμετώπιση και αναχαίση της. Στον λοιμό των Αθηνών που άρχισε το 430 π.Χ. κατά τη διάρκεια του Πελοποννησιακού Πολέμου, λέγεται ότι κλήθηκε από τον δήμο των Αθηναίων ο Ιπποκράτης. Η φημισμένη για τα νομικά της κρίσης πόλη της Γόρτυνας στην Κρήτη, στράφηκε στο Ασκληπιείο της Κω υπέδειξε κάποιο γιατρό ονόματι Ερμία από την Κω για 5 χρόνια. Στην αρχαία Ελλάδα ήταν συνηθισμένες οι τιμητικές επιγραφές για τους γιατρούς, όπως έκαναν οι κάτοικοι της Τήνου τον 2ο αιώνα π.Χ. για τον γιατρό Απολλώνιο τον Μιλήσιο. Ο διορισμός του Δημοκρίδη ως «δημόσιου γιατρού» στην Αίγινα αποτελεί ίσως την πρωιμότερη μαρτυρία γι' αυτό τον θεσμό. Ο Δημοκρίδης από τον Κρότωνα της Ιταλίας ήταν φημισμένος γιατρός που έζησε στο μεταίχμιο του 6ου προς τον 5ο αιώνα π.Χ. Όπως αναφέρει ο Ηρόδοτος<sup>3</sup> Ετήσια αμοιβή ενός τάλαντου (60 μνας ή 6.000 δραχμές). Η Αθήνα προσέφερε 100 μνας ο τύραννος της Σάμου Πολυκράτης, που πρόσφερε δύο τάλαντα. Στον βασιλιά των Περσών Δαρείο και στη σύζυγο του Ατοσσα, την οποία θέρραψε από ένα χρόνο έλκος του μαστού. Ο δημόσιος γιατρός δεν είχε την υποχρέωση να θεραπεύει πάντα δωρεάν τους κατοίκους της πόλη άλλες παροχές ή προνόμια. Οι «δημόσιοι γιατροί» απαλλάσσονταν από την υποχρέωση να εκλέγονται σε αξιώματα-λειτουργίες. Τα χρήματα για τον μισθό του γιατρού δεν προέρχονταν πάντα από το ταμείο της πόλης αλλά και από ιδιωματικές χορηγίες. Μ' έναν έκτακτο φόρο, το ιατρικόν. Στην ελληνιστική Αίγυπτο οι Πτολεμαίοι να πληρώνεται σε αγροτικά προϊόντα. καυσότερησης της πληρωμής έπρεπε να καταβληθεί στον γιατρό μια επιπλέον ποσότητα σίτου ως πρόστιμο. Οι έρανοι οι ερασιίται, συνεισέφεραν χρήματα τα οποία συγκεντρώνονταν σε ένα κοινό ταμείο. Κατά την ελληνιστική εποχή εμφανίζονται οι αρχίατροι, που είναι οι προσωπικοί γιατροί των βασιλιάδων των ελληνιστικών κρατών. Οι αλλικοί αρχίατροι και εκείνοι του λαού γίνονται φορείς δημοσίων λειτουργημάτων και διαδέχονται τους παλιούς «δημόσιους γιατρούς» κυρίως κατά την αυτοκρατορική ρωμαϊκή εποχή. Οι αρχίατροι επιβίωσαν στην αυλή των πρώτων βυζαντινών αυτοκρατόρων. Οι αρχίατροι ήταν κατά βάση οι προσωπικοί γιατροί των ηγεμόνων των ελληνιστικών κρατών και κυρίως των Σελευκιδών

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από τη ιστορική διαδρομή ότι ο θεσμός του «δημόσιου γιατρού» στην αρχαιότητα άρχισε να εφαρμόζεται σε ορισμένες ελληνικές πόλεις κατά τον 6ο αιώνα π.Χ.

### 95. Ο ESPRIT-CLAUDE-FRANÇOIS CALVET (1728-1810) ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΑΠΟΛΕΩΝ ΒΟΝΑΠΑΡΤΗ ΣΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ 19ΟΥ ΑΙΩΝΑ

Γ. Τσουκαλάς<sup>1</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>2</sup>, Γ. Ανδρούτσος<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, <sup>3</sup>Ιστορία της Ιατρικής, Ομότιμος Καθηγητής ΕΚΠΑ

Ο Esprit Calvet γεννήθηκε στην πόλη του Αβινιόν και μαθήτευσε στο Κολέγιο των Ισουιτών της πόλης. Σπούδασε ιατρική στη γενέτειρά του μέχρι το 1745, για να συνεχίσει στο Μοντεπλιέ και το Παρίσι μέχρι το 1750. Με το πέρας της μαθητείας του επέστρεψε στην Αβινιόν, όπου και εκλέχθηκε καθηγητής ανατομίας στο τοπικό πανεπιστήμιο. Μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα έγινε ο πρώτος καθηγητής ιατρικής και αρχίατρος στα Νοσοκομεία Sainte-Marte και Saint-Bénézet. Υπήρξε λάτρης της φυσικής ιστορίας, έμπειρος φυσιοδίφης, ποιητής, συλλέκτης και φιλόσοφος. Εντυπωσιάζει το γεγονός ότι μετά από ανάλυση των αρχείων του Calvet, το 55% των ασθενών που παρακολούθησε ήταν ευγενείς και εύποροι άρρενες, ενώ το 11% κληρικοί. Καταδεικνύεται έτσι η ανάγκη συγκέντρωσης οικονομικών πόρων από τον Calvet, ώστε να εξασφαλισθούν οι έξω-ιατρικές δραστηριότητες του. Σώζονται 6 τόμοι με τα έργα του στην ιατρική, την αρχαιολογία και τη φυσική ιστορία. Τα γνωστότερα εξ αυτών αφορούν στην αρχαιολογία και συγκεκριμένα στα αρχαία Ελληνικά και Ρωμαϊκά νομίσματα, αλλά και αναθήματα και μπρούτζινα αγαλματίδια. Στη διαθήκη του χάρισε στην πόλη του Αβινιόν τη Συλλογή των περιέργων αντικειμένων του και τη βιβλιοθήκη του, αποτελούμενη από 14000 βιβλία. Ο Ναπολέων Βοναπάρτης αποδέχθηκε τη δωρεά του Calvet με ευχαριστήριο διάταγμα ένα χρόνο μετά το θάνατό του, στις 9 Απριλίου του 1811. Ο δρόμος της πατρικής του οικίας από Pugelle μετονομάστηκε σε Calvet, ενώ ιδρύθηκε και το ίδρυμα Calvet με το ομώνυμο μουσείο του.

### 94. ΜΥΘΟΠΟΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΣΩΡΑΝΟ ΤΟΝ ΕΦΕΣΙΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΑ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

Τ. Νικολοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Κανακάρη<sup>2</sup>, Ρ. Χατζηκυριάκου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς», <sup>2</sup>Αιματολογικό Τμήμα Εργαστηριακού Τομέα, Γ.Ν.Α «Σισμανόγλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανεύρεση βιογραφικών στοιχείων που μετέχουν στη διαμόρφωση ενός μύθου γύρω από το πρόσωπο του μεγάλου Έλληνα ιατρού της αρχαιότητας Ιπποκράτη του Κώου.

**ΥΛΙΚΟ:** Πηγή μελέτης αποτέλεσε το αποδιδόμενο στον Εφέσιο ιατρό Σωρανό έργο με τίτλο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΓΕΝΟΣ ΚΑΙ ΒΙΟΣ» το οποίο φέρει ενδιαφέρουσες πληροφορίες για τον βίο του Ιπποκράτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τη μελέτη του αρχαίου κειμένου διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα μυθολογικά βιογραφικά στοιχεία τα οποία είτε στηρίζονται στην ελληνική μυθολογία είτε κινούνται γενικότερα στο χώρο του εξωπραγματικού:

Α) Ο Ιπποκράτης καταγόταν από τον Ηρακλή και τον Ασκληπιό. Από τον πρώτο απέιχε 20 γενεές και από τον δεύτερο 19 γενεές.

Β) Οι Αθηναίοι μύησαν τον Ιπποκράτη δημοσίως στα Ελευσίνια μυστήρια, δεύτερον αυτόν μετά τον Ηρακλή.

Γ) Στον τάφο του Ιπποκράτη υπήρχε για μεγάλο χρονικό διάστημα σμήνος μελισσών που παρήγε μέλι με το οποίο οι παραμάννες επέλεφαν, εκεί δίπλα στον τάφο, τα μικρά παιδιά που φέραν άφθες και τα θεράπευαν εύκολα.

Δ) Κάποιοι υποστηρίζουν ότι καπέλο φοράει ο Ιπποκράτης όταν σε πολλές απεικονίσεις του παριστάνεται με καλυμμένη την κεφαλή του και αυτό αποτελεί σύμβολο της ευγενικής καταγωγής του όπως ακριβώς συμβαίνει και με τον Οδυσσέα.

Ε) Έσωσε όλες τις πόλεις από λοιμούς.

Στο αρχαίο κείμενο παρατίθενται και άλλες πληροφορίες των οποίων η αξιοπιστία δεν είναι ιστορικά δυνατόν ούτε να επιβεβαιωθεί, ούτε να καταρριφθεί. Το ενδεχόμενο πολλές από αυτές τις πληροφορίες να είναι εορασμένες τις καθιστά μυθολογικές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η βιογραφία του Ιπποκράτη από τον Σωρανό εμπεριέχει ορισμένες πληροφορίες που πλάθουν έναν μυθικό Ιπποκράτη. Πρόκειται για στοιχεία που γέννησε, αποδέχτηκε και διέδωσε, κατά το μακρινό παρελθόν, η συλλογική συνείδηση επιχερώντας να εξιμνηθεί την προσωπικότητά και το έργο του Ιπποκράτη.

### 96. ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΛΑΤΩΝΑ (427-348 ΠΧ) ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ «ΠΕΡΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΗΣ» ΣΤΟ ΤΡΙΑΔΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ PAUL D MACLEAN (1913-2007).

Γ. Τσουκαλάς<sup>1</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>2</sup>, Γ. Ανδρούτσος<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, <sup>3</sup>Ιστορία της Ιατρικής, Ομότιμος Καθηγητής ΕΚΠΑ

Ο Πλάτων, σύγχρονος του Ιπποκράτους (460-370 π.Χ.), στην εποχή της Κλασικής Αθήνας, φαίνεται πως είναι ο πρώτος, ο οποίος απέδειξε τη σπουδαιότητα του νωτιαίου μυελού. Κατά τον Πλάτωνα ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός συνίστανται από την ίδια ουσία και αποτελούν ένα μόνο όργανο, τον μυελογέφαλο, που περιβάλλεται από στενωδές περίβλημα (κρανίο και σπόνδυλοι), γύρω από το οποίο σχηματίστηκε το ανθρώπινο σώμα. Ο μυελογέφαλος αποτελείται από δύο μέρη: α) από τον εγκέφαλο, το σπουδαιότερο μέρος, προορισμένο να δέχεται, όπως μια γη καλλιεργημένη «τον θείον σπόρον», δηλαδή τη «βαρείαν ψυχή» και β) από τον νωτιαίο μυελό, που διαιρείται σε στρογγυλά και επιμήκη μέρη. Με τον νωτιαίο συνδέονται «νεύρα», τα οποία έτσι συνδέουν έμμεσα με τον εγκέφαλο την καρδιά και το ήπαρ, που ορίζονται, αντίστοιχα, ως αμοιβαία έδρα της «θυμοειδούς ή αρσενικής ψυχής» και της «επιθυμητικής ή θηλυκής ψυχής». Έτσι, η θηλυκή ψυχή συνδέεται με το κατώτερο μέρος, η δε αρσενική ψυχή με το ανώτερο μέρος του νωτιαίου μυελού. Η θεωρία αυτή θα απέδιδε αρκετά το νευρικό σύστημα, εάν τα εν λόγω νεύρα δε συγγέρονταν με τους συνδέσμους. Συνεπώς, ο Πλάτων αγνοεί τα κυρίως λεγόμενα νεύρα. Ο Πλάτων στα Έργα του «Πολιτεία» «Φαίδων» και «Τίμαιος» αναφέρεται στο τριμερές της ψυχής το οποίο αποτελείται από α) το επιθυμητικό, β) το θυμικό και γ) το λογικό (ή λογιστικό). Το παραπάνω μοντέλο, υιοθετήθηκε στην συνέχεια και από τον Αριστοτέλη, ενδεχομένως με ελαφρές διαφοροποιήσεις, αλλά και τους Πατέρες της Εκκλησίας, όπως από τον Άγιο Μάξιμο τον Ομολογητή (580-622 μ.Χ.). Γράφει ο Άγιος Μάξιμος «Το θυμικόν της ψυχής αγάπη χαλίνωσον, το επιθυμητικόν αυτής εγκρατεία καταμάρανον και το λογιστικόν αυτής προσευχή πέτρων και το φως του νου ουκ αμαυρούται ποτέ». Το τριαδικό μοντέλο ακολούθησε, σε σύγχρονη εκδοχή φυσικά και ο πρωτοπόρος νευρολόγος Paul D MacLean (1913-2007).

## 97. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ

Μ. Ταβλαντά<sup>1</sup>, Π. Ταβλαντάς<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Οφθαλμολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ.Π. «Η Παμμακάριστος», <sup>2</sup>Παιδίατρος

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο κερατοειδής χιτώνας βρίσκεται μπροστά από την ίριδα και την κόρη του ματιού, είναι μια καθαρή επιφάνεια, έχει σχήμα θόλου και αν καταστραφεί ο πάσχος μπορεί να μείνει τυφλός.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της έρευνάς μας είναι να περιγράψουμε τις προσπάθειες των οφθαλμολόγων από το 1900 και μετά για την μεταμόσχευση κερατοειδούς, ώστε σε όλον τον κόσμο χιλιάδες άνθρωποι να μπορούν να βλέπουν.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 1905 ο Αυστριακός οφθαλμολόγος Έντουαρντ Ζίρμ πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση κερατοειδούς από άνθρωπο σε άνθρωπο, σε μία εργάτρια που είχε τυφλωθεί ενώ δούλευε με ασβέστη. Το μόσχευμα το πήρε από ένα αγόρι 11 χρονών, το οποίο είχε τυφλωθεί από σοβαρό τραυματισμό στα μάτια του. Επειδή δεν υπήρχαν λεπτά ράμματα τότε, ο γιατρός για να ράψει τον κερατοειδή του ματιού χρησιμοποίησε τμήματα από τον επιπεφυκότα για να συγκρατήσουν τον κερατοειδή μέχρι να επουλωθεί το τραύμα. Η απόρριψη που συμβαίνει συχνά στις μεταμοσχεύσεις έχει μειωθεί στην περίπτωση του κερατοειδούς. Αυτό οφείλεται κυρίως στο μερικό ανοσοποιητικό πλεονέκτημα που αφορά στην ανατομία του κερατοειδούς, καθώς και στην ύπαρξη ηχημικών ενώσεων που έχουν ανοσοκατασταλτικές ιδιότητες, οι οποίες προέρχονται με φυσικό τρόπο στην υγρή ουσία μεταξύ φακού και κερατοειδούς χιτώνα. Ένα χρόνο μετά την επέμβαση το 90% των μεταμοσχεύσεων του κερατοειδούς είναι επιτυχής. Σήμερα χρησιμοποιείται στην τεχνική μεταμόσχευσης Laser και η έρευνα συνεχίζεται για τη χρήση βλαστοκυττάρων και τεχνητών υλικών για την αντικατάσταση κερατοειδούς. Οι κερατοειδοπλαστικές μπορούν να αποκαταστήσουν την όραση και έχουν γίνει οι πιο συνηθισμένες και πιο πετυχημένες μορφές μεταμοσχεύσεων στερεού ιστού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μεταμόσχευση κερατοειδούς ήταν μια πραγματική τότε αλλά και σήμερα, επανάσταση στην οφθαλμολογία, γιατί το να μείνει κάποιος τυφλός λόγω καταστροφής του κερατοειδούς, ενώ το υπόλοιπο μάτι είναι υγιές ήταν λυπηρό και οδυνηρό.

## 99. ΟΙ ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΕΡΙ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΗΡΟΦΙΛΟΥ ΤΟΥ ΧΑΛΚΗΔΟΝΙΟΥ (405-305 ΑΙΩΝΑΣ Π.Χ.) ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΡΑΣΙΣΤΡΑΤΟΥ ΤΟΥ ΚΕΙΟΥ (305-240 Π.Χ.)

Γ. Τσουκαλάς, Β. Θωμαΐδης, Α. Φίσκα

Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Ο Ηρόφιλος, μετά τον Ιπποκράτη, έγραψε επιμελώς «ανατομή» περί νεύρων. Όσον αφορά στον εγκέφαλο, πρώτος αυτός, παρατήρησε τις έλικες, τις περιέγραψε και διέκρινε τις μήνιγγες, τα χοριοειδή πλέγματα (συστρέμματα), τους φλεβώδεις κόλπους, το δικτυοειδές πλέγμα των αγγείων του εγκεφάλου και τον ληνόν, που φέρει το όνομά του (ληνός του Ηροφίλου). Ανατομικά αναγνώρισε, ξεχώρισε και διαχώρισε την τέταρτη κοιλία και τον γραφικών κάλαμον στο έδαφος της τέταρτης κοιλίας, την παρεγκεφαλίδα από τον εγκέφαλο, τον οποίο θεωρεί, ορθά, ως το κεντρικό όργανο του νευρικού συστήματος και το κέντρο της διανοήσης και έδρα του ηγεμονικού. Ακόμη, μελέτησε τους οφθαλμούς (αμφιβληστροειδή και χοριοειδή χιτώνα), το οπτικό νεύρο και τα αισθητικά τους νεύρα. Α αποδέχεται ότι, «μια φυσική κίνηση στα έμβρυα, αλλά όχι αυτή που έχει σχέση με την αναπνοή, τα νεύρα είναι αυτά που προκαλούν την κίνηση, δε γίνονται ζωντανά όντα παρά μόνο όταν δεχτούν αέρα μετά τη γέννηση». Ο Ερασίστρατος ο Κείος, κατά τη διάρκεια των ανατομικών του ερευνών, θαυμάσια είναι η σχετική με τον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα. Αυτός καθόρισε πρώτος (άλλοι αναφέρουν πως ήταν ο Ηρόφιλος) ότι τα νεύρα έχουν την αρχή τους στον εγκέφαλο και τα διέκρινε σε αισθητικά και κινητικά. Ιδιαίτερα μελέτησε τα κρανιακά νεύρα και ανακάλυψε την ύπαρξη του ακουστικού και του προσωπικού νεύρου. Έγραψε το έργο «Περί Παραλύσεως ή Περί Παρέσεως, στο οποίο ομιλεί περί παθών κεφαλής, επιληψίας, εστιακής επιληψίας, αποπληξίας και αιτίων της, ληθαργίου και αιτίων του, παραλύσεως και αιτίων της και παραπληξίας. Τόσο ο Ηρόφιλος, όσο και ο Ερασίστρατος είχαν εκτελέσει πάμπολλες νεκροτομές, ζώνων και ανθρώπων, προκειμένου να αποκτήσουν τις ανατομικές γνώσεις τους.

## 98. ΤΟ ΓΥΑΛΙΝΟ ΜΑΤΙ

Μ. Ταβλαντά<sup>1</sup>, Π. Ταβλαντάς<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Οφθαλμολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ.Π. «Η Παμμακάριστος», <sup>2</sup>Παιδίατρος

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι τεχνητοί οφθαλμοί δεν αποκαθιστούν την όραση του ατόμου, αλλά μπορούν να καλύψουν τον οφθαλμικό κόγχο, ακόμα και να προσκολληθούν στους μυς, δίνοντας την αίσθηση φυσιολογικών κινήσεων του ματιού. Αναφέρονται ως γυάλινα μάτια λόγω κατασκευής, ενώ αργότερα τα τεχνητά μάτια κατασκευάζονται από πλαστικά υλικά.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της έρευνάς μας είναι η περιγραφή του τεχνητού ματιού, ο σκοπός της χρήσης τους και η αναφορά στην εξέλιξή τους διαμέσου του χρόνου.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο παλαιότερος τεχνητός οφθαλμός είναι περίπου 5000 ετών και ανακαλύφθηκε σε έναν γυναικείο σκελετό στο Ιράν, στα ερείπια της Καμμένης Πόλης. Ο οφθαλμός είναι ημισφαιρικός και αποτελείται από σύσφιξη πίσσα αναμειγμένη με ζωικό λίπος. Η επιφάνειά του είναι καλυμμένη με λεπτή στρώση χρυσού επάνω στην οποία είναι χαραγμένη μία κυκλική ίριδα και χρυσές γραμμές σαν ηλιακές ακτίνες. Στις δύο πλευρές του ματιού υπήρχαν τρύπες που πιθανόν να συγκρατούσαν τον οφθαλμικό βολβό στη θέση του. Από μελέτη που έγινε, έδειξε ότι η γυναικα αυτή φορούσε τον τεχνητό οφθαλμικό βολβό σε όλη της τη ζωή. Το 1579, Βενετοί ανακάλυψαν τα πρώτα τεχνητά μάτια, τα οποία φορούσαν πίσω από τα βλέφαρα και αποτελούνταν από λεπτά κομμάτια γυαλιού. Το 1884 εμφυτεύονταν στον κενό οφθαλμικό κόγχο μια γυάλινη σφαίρα για να αντικαταστήσει τον χαμένο όγκο και να επιτρέψει την κίνηση του ματιού. Αργότερα, Γερμανοί τεχνίτες περιόδευαν στις Η.Π.Α. και πωλούσαν γυάλινα μάτια, κατά παραγγελία, που είχαν σαν υλικό κατασκευής τον κρυσθίλιο. Στον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, το 1943 τεχνικοί του στρατού των Η.Π.Α. προμήθευαν με πλαστικά μάτια τον στρατό τους. Σήμερα οι ερευνητές αναπτύσσουν διάφορα εμφυτεύματα που προσαρτώνται στον αμφιβληστροειδή χιτώνα με στόχο να βοηθήσουν την όραση μέσω της χρήσης προηγμένων μικροηλεκτρονικής η οποία επικοινωνεί με το οπτικό νεύρο και τον εγκεφαλικό φλοιό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πραγματικά, η απώλεια ενός ματιού επηρεάζει βαθιά το πάσχος άτομο από συναισθηματική άποψη για λόγους αισθητικούς, κοινωνικούς και λειτουργικούς. Κάποτε ο Κάρολος Ντίκενς είπε για κάποιον «ήταν μονόφθαλμος και όλοι οι άνθρωποι τον έβλεπαν με προκατάληψη». Αυτό το γεγονός, η ανάπτυξη της ιατρικής οφθαλμολογίας είχε σκοπό να το εξαλείψει με τις νέες τεχνικές μεθόδους και να στηρίξει την ψυχολογία του πάσχοντος.

## 100. ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΕΦΑΛΗΣ-ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΕ ΑΓΑΛΜΑΤΙΔΙΑ ΤΕΡΑΚΟΤΑΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ

Γ. Τσουκαλάς, Β. Θωμαΐδης, Α. Φίσκα

Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Ο καρκίνος ως πάθηση ήταν γνωστός από την αρχαιότητα. Πολλά κεραμικά (τεράκοτα, ψημένος πηλός) αγαλματίδια και νομίσματα του παρελθόντος απεικονίζουν όγκους στις ανατομικές περιοχές της κεφαλής και του τραχήλου. Η χρονολογική τους κατανομή διαχέεται από τους προϊστορικούς χρόνους μέχρι και τον 18ο αιώνα. Συνήθως αποτελούσαν αναθήματα προς τους θεούς, σε μία προσπάθεια επίκλησης με σκοπό τη θεραπεία, ή απλά την απεικόνιση μίας ασθένειας για διδακτικούς σκοπούς σε διάφορες σχολές της αρχαιότητας, ή απεικόνιση ενός χαρακτηριστικού κάποιου σπουδαίου ανδρός. Εθρυσκοικά, αρχαιοελληνικά, Ελληνορωμαϊκά και Γαλλορωμαϊκά αγαλματίδια, αλλά και Tumaco-La Tolita (Κολομβία και Εκουαδόρ) και Κινεζικά, παρουσιάζουν καρκινικούς όγκους θυρεοειδούς, παρειάς, οφθαλμού, οφθαλμικού κόγχου, τραχήλου και κυρίως κρανίου. Χαρακτηριστικά δείγματα, το Εθρυσκοικό κεραμικό αγαλματίδιο που αναπαριστά καρκίνο θυρεοειδούς, που ανακαλύφθηκε από τον Alexander Haddow το 1936 και η κεραμική Ελληνιστική κεφαλή που παρουσιάζει οφθαλμικό όγκο και φυλάσσεται στο Εθνικό Μουσείο του Ταράντο. Χαρακτηριστικό είναι επίσης το αγαλματίδιο που φυλάσσεται στο Μουσείο του Λούβρου και παρουσιάζει άνδρα με επίκτητο ραϊβόκρονο, μετά από νέκρωση και βράχυνση ιστών στην ανατομική περιοχή του στεφανοειδούς αγγείου, πιθανώς μετά από καυτηριασμό (γνωστή θεραπευτική αντιμετώπιση σκίρρου κατά την αρχαιότητα). Δύο κέρματα που φυλάσσονται στο Βρετανικό Αρχαιολογικό Μουσείο του Πάρθου αυτοκράτορα Ορόδη του 2ου (57-38 π.Χ.) και του επίσης Πάρθου αυτοκράτορα Φραάτη του 4ου (37-2 π.Χ.), απεικονίζουν ογκίδια στην ανατομική περιοχή του μετωπιαίου οστού.

**101. Η ΜΕΞΙΚΑΝΑ ΖΩΓΡΑΦΟΣ MAGDALENA DEL CARMEN FRIDA KAHLO Y CALDERON (1907-1954) ΚΑΙ Η ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΕΡΡΕΑΛΙΣΜΟ**

Γ. Τσουκαλάς<sup>1</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Ιστορία της Ιατρικής, Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Το ενδιαφέρον του νου είναι μοναδικό σε κάθε άνθρωπο. Ο νους της Φρίντα περιπλανήθηκε μία ζωή μεταξύ της ευέλπιδος φαντασίας και της σκοτεινής απελπισίας. Η Φρίντα αποφόισε να περιδιαβεί τα κατώφλια της ψυχικής διαταραχής της, προσπαθώντας να βρει όχι μόνο μία ελπιδοφόρο διέξοδο αλλά και μια ισορροπιστική αρμονία. Είναι εξόχως δύσκολο να τοποθετήσει κανείς το ιατρικό ιστορικό της Φρίντα μέσα σε κάποιο συγκεκριμένο θεραπευτικό περίγραμμα της εποχής της. Οι υποκειμενικές της εμπειρίες θα μετατραπούν γρήγορα σε αντικειμενικές θεωρήσεις μιας άλλης σύγκλισης με τα ιατρικά δεδομένα. Η απαρχή της καταγραφής των ιατρικών προβλημάτων της Φρίντα, ξεκινά από την τρυφερή ηλικία των έξι ετών, όταν και προσβάλλεται από πολιομυελίτιδα, με αποτέλεσμα το ένα της πόδι να είναι μικρότερο από το άλλο και μη ικανό να περπατά. Η Φρίντα παρακολούθησε την Escuela Preparatoria, ένα κορίτσι από τα συνολικά 35 ανάμεσα σε 2000 μαθητές. Το 1925, στα 18 της χρόνια, ένα τραμ συγκρούστηκε με το λεωφορείο στο οποίο επέβαινε. Υποβλήθηκε σε μεγάλο αριθμό χειρουργείων και έκτοτε η ζωή της σημαδεύτηκε από πόνο και θλίψη. Η αδυναμία της να τεκνοποιήσει αποδίδεται στον τραυματισμό της κοιλιακής της χώρας κατά τη διάρκεια του τροχαίου ατυχήματος (Asherman's Syndrome). Ο πόνος και ο φόβος, αλλά και η ταυτόχρονη αγάπη για ζωή και δημιουργία την οδήγησαν σε ένα κόσμο μίας αλλόκοτης εικολογίας, σε ένα κόσμο δαιμονικών και ανιμιστικών πνευμάτων. Είναι τα πνεύματα που ως καλοί συνοδοιπόροι της συμπαραστέκονται ή και της καταπραίνουν το άλγος, αλλά και τα δαιμόνια που την περιμένουν στην απέναντι όχθη. Μεταφέρει, πολλές φορές επί κλίνης, τα ενδοψυχα βιώματα της πάνω στον καμβά, χρησιμοποιώντας στο έπακρο τον άκρτο υπερρεαλισμό, παραμένοντας όμως πιστή στην τάση της mexicanidad. Τελικά όμως, η συμπεριφορική καθημερινότητα της, απέταξε τον μανδύα της αναπηρικής ανικανότητας και σκιαγράφησε την έναρξη της διάδοσης παγκοσμίας, μίας άλλης καινοτόμου μορφής προνοιακής ιατρικής προσέγγισης, της εργασιοθεραπείας, εντός του πλαισίου μίας ευρύτερης ολιστικής ανακουφιστικής ιατρικής, ουμανιστικής ψυχολογίας και δυναμικής ψυχιατρικής.

**103. Η ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΙΟΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΖΩΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ**

B. Ανδρουτσόπουλου<sup>1,2</sup>, Η. Δουλλάκης<sup>2</sup>, Α. Τζάννη<sup>2</sup>, Δ. Περρέα<sup>2</sup>, Δ. Ηλιόπουλος<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Β' Καρδιολογική Κλινική, Θεραπευτική, <sup>2</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής & Χειρουργικής Ερεύνης, ΕΚΠΑ

**ΣΤΟΧΟΣ:** Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της δημιουργίας ανευρυσμάτων στην κατιούσα θωρακική αορτή δεν είναι πλήρως κατανοητοί και βρίσκονται ακόμα υπό διερεύνηση. Ένας από τους μηχανισμούς δράσης των στατινών είναι η ομαλοποίηση της λειτουργίας του ενδοθηλίου του αορτικού τοιχώματος. Σκοπός της πειραματικής αυτής εργασίας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της συμβαστατίνης στην φλεγμονώδη αντίδραση του τοιχώματος της κατιούσας θωρακικής αορτής σε κόνικλους.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** 20 αρσενικοί ενήλικες κόνικλοι White New Zealand χωρίστηκαν σε 3 ομάδες: α) Ομάδα Control (n=4): Τα πειραματόζωα υποβλήθηκαν με γενική ενδοτραχειακή αναισθησία σε αριστερή οπισθοπλάγια θωρακοτομή και εφαρμογή περιεορτικά διαλύτος NaCl 0,9%. Δεν ακολούθησε άλλη παρέμβαση και έγινε ευθανασία μετά παρέλευση 5 εβδομάδων. β) Ομάδα CaCl<sub>2</sub> (n=8): Τα πειραματόζωα υποβλήθηκαν σε αριστερή οπισθοπλάγια θωρακοτομή και τοποθέτηση διαλύματος 0.5 mol /L CaCl<sub>2</sub> στην εξωτερική επιφάνεια της κατιούσας θωρακικής αορτής επί 15 λεπτά. Δεν ακολούθησε άλλη παρέμβαση και έγινε ευθανασία μετά παρέλευση 5 εβδομάδων. γ) Ομάδα Στατινής (n=8): Τα πειραματόζωα έλαβαν επί μία εβδομάδα από του στόματος συμβαστατίνη σε δόση 2,5 mg/kg/day. Κατόπιν υποβλήθηκαν σε αριστερή οπισθοπλάγια θωρακοτομή και περιεορτική εφαρμογή διαλύματος CaCl<sub>2</sub>. Τα ζώα της τελευταίας ομάδας έλαβαν συμβαστατίνη για άλλες 12 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Κατόπιν ακολούθησε η ευθανασία των πειραματοζώων. Η κατιούσα θωρακική αορτή των κόνικλων υποβλήθηκε σε παθολογοανατομική εξέταση (υπολογισμός της διαμέτρου και του πάχους της αορτής) και σε ανοσοιστοχημική εξέταση (υπολογισμός της έντασης και της έκτασης έκφρασης της Ιντερλευκίνης -6 στο αορτικό τοίχωμα).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η περιεορτική εφαρμογή CaCl<sub>2</sub> στα πειραματόζωα της δεύτερης ομάδας είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση της διαμέτρου του αγγείου κατά 21% (p=0.022) και την μείωση του πάχους του τοιχώματος του αγγείου (276±61 μm στην ομάδα CaCl<sub>2</sub> vs 368±63 μm στην ομάδα control, p=0.036). Η χορήγηση στατινών συνοδεύεται με βελτίωση τόσο των παθολογοανατομικών δεδομένων (μικρότερη διάμετρος αγγείου, φυσιολογικό πάχος τοιχώματος) όσο και των ανοσοιστοχημικών δεδομένων (μειωμένη ένταση και έκταση της έκφρασης της Ιντερλευκίνης -6 στο τοίχωμα της θωρακικής αορτής συγκριτικά με την ομάδα του CaCl<sub>2</sub>). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χορήγηση συμβαστατίνης περιορίζει την τοπική φλεγμονή του αορτικού τοιχώματος σε πειραματικό μοντέλο δημιουργίας θωρακικού ανευρύσματος, μειώνοντας την ένταση και την έκταση έκφρασης της Ιντερλευκίνης -6. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται ώστε να διερευνηθεί ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός σχηματισμού των ανευρυσμάτων και ο ακριβής μηχανισμός της ευεργετικής επίδρασης της συμβαστατίνης.

**102. Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ, ΦΑΡΟΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

Γ. Τσουκαλάς<sup>1</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Στις 11 Αυγούστου του 1895, προσέρχεται στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ουψάλα, ένας άνδρας ο οποίος και έφερε κρανιοεγκεφαλική κάκωση μετά από εξ επαφής τραυματισμό με πυροβόλο όπλο. Η πύλη εισόδου προσδιορίστηκε στον δεξί οφθαλμικό κόγχη, ενώ δεν υπήρχε πύλη εξόδου, καθώς η σφαίρα σταμάτησε στον ινιακό λοβό. Ο ασθενής επιζεί, παρουσιάζοντας νευρολογικές φύσεως προβλήματα. Στις 10 Σεπτεμβρίου του 1896, ο ασθενής υποβάλλεται σε ακτινολογική εξέταση, η οποία και καταδεικνύει την ακριβή ανατομική θέση του ενσφηνωμένου βλήματος. Κατά τη χειρουργική επέμβαση, η οποία πραγματοποιείται στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ουψάλα, στις 2 Φεβρουαρίου του 1897, από τον γενικό χειρουργό και γυναικολόγο, καθηγητή Karl Gustaf Lennander (1889-1907), έγινε αφαίρεση της σφαίρας χωρίς επιπλοκές. Στη επέμβαση συμμετείχαν και οι ειδικοί του ιατρού Salomon Eberhard Henschen (1847-1930) και Thor Stenbeck (1864-1914). Αναφέρεται, ότι ιστορικά, αυτή η περίπτωση ήταν η πρώτη φορά που χρησιμοποιήθηκε ακτινογραφία κρανίου για την αφαίρεση σφαίρας από τον εγκέφαλο. Το γεγονός λαμβάνει εκτεταμένη δημοσιότητα και στη Σουηδία σπείρει ο σπόρος της ανάγκης για την ανάπτυξη ενός νέου κλάδου της χειρουργικής, της νευροχειρουργικής. Η νευροχειρουργική στη Σουηδία εξελίχθηκε μέσα στα επόμενα 30 χρόνια και ήχησε στις αρχές της δεκαετίας του 1920 στο Serafimerlasarettet (Νοσοκομείο Σεραφίμ) στη Στοκχόλμη, με προεξέχον τον καθηγητή νευρολογίας και επίδεξιο εγκεφαλοχειρουργό, Axel Herbert Olivecrona (1891-1980). Από τις αμιγώς επεμβάσεις γενικής χειρουργικής, η νευροχειρουργική μεταλλάχθηκε σε μια προηγμένη σύγχρονη ειδικότητα, κυρίως χάρη στον Olivecrona, ο οποίος υπήρξε πρωτοπόρος στην καθιέρωση ειδικών χειρουργικών τεχνικών για ορισμένα είδη εγκεφαλικών βλαβών, για τα ακουστικά νευρίνωμα, για τις αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες και για τα ανευρύσματα. Ο Olivecrona καθιερώθηκε ως ένας από τους βασικούς εκπαιδευτές νευροχειρουργικής στην Ευρώπη. Έτσι ξεκίνησε η ανάπτυξη εξειδικευμένων κλινικών νευροχειρουργικής στη χώρα υπό την ηγεσία των μαθητών του, αλλά και ένα πανευρωπαϊκό ιατρικό κίνημα για εξειδίκευση σε αυτό τον κλάδο της νευρολογίας.

**104. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΓΙΑ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ**

Δ. Κρικίδης<sup>1</sup>, Α. Σκορδάς<sup>2</sup>, Ε. Αλεξόπουλος<sup>2</sup>, Ι. Στυλιάδης<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Β' Καρδιολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Α.Π.Θ. Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», <sup>3</sup>Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στόχος της μελέτης αυτής, είναι να εξεταστεί η πιθανή επίδραση της οικονομικής κρίσης, στη συχνότητα εμφάνισης του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου, σε άτομα που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου, τόσο πριν, όσο και μετά την οικονομική κρίση

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ:** Στη μελέτη, συμμετείχαν συνολικά 202 ασθενείς παραγωγικής ηλικίας, που νοσηλεύθηκαν για Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (ΟΕΜ) σε ένα μεγάλο τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης (Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου) τις περιόδους από 1/6/2008 έως 31/5/2009 και από 1/6/2014 έως 31/5/2017. Στοιχεία συλλέχθηκαν τόσο από τους φακέλους των ασθενών, όσο και μέσω χρήσης ερωτηματολογίου, που απαντήθηκε από τους ίδιους, είτε κατά την νοσηλεία τους, είτε τηλεφωνικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα αποτελέσματα που αντλήθηκαν μετά την ολοκλήρωση της έρευνας, προκύπτει, πως πριν από την κρίση οι ηλικίες εμφάνισης (ΟΕΜ) ήταν μεταξύ 48 και 60 ετών με μέσο όρο τα 54 έτη, ενώ μετά την κρίση οι ηλικίες εμφάνισης (ΟΕΜ) φαίνεται να διευρύνθηκαν, αφού καταγράφηκαν κυρίως σε ηλικίες από 43 έως 63 ετών, ενώ ο μέσος όρος παρέμεινε σταθερός. Μετά από την οικονομική κρίση, μεγάλωσαν κατά πολύ τα ποσοστά εμφάνισης (ΟΕΜ) σε ανέργους, ιδιοκτήτες επιχείρησης, και δημοσίου υπαλλήλους. Το ποσοστό των ανέργων μεταξύ των όσων εμφάνισαν ΟΕΜ διπλασιάστηκε μετά την κρίση και επίσης, σημαντικά αυξήθηκε και το ποσοστό των όσων, είχαν ολοκληρώσει ανώτερο κύκλο σπουδών. Παρατηρήθηκε επίσης, μείωση της φυσικής δραστηριότητας καθώς και αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ και τσιγάρων. Μετά την οικονομική κρίση, οι ασθενείς διακατέχονται σε μεγαλύτερο ποσοστό, από κατάθλιψη και άγχος, ενώ σημειώνεται περιορισμός στη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα τελευταία χρόνια η χώρα μας διανύει μια περίοδο οικονομικής κρίσης, που έχει επηρεάσει, την καθημερινότητα, τις συνήθειες και την ζωή του Ελληνικού πληθυσμού. Στα πλαίσια των αλλαγών που παρουσιάστηκαν, αυξήθηκαν οι προ-διαθετικοί παράγοντες στεφανιαίας νόσου και παρατηρείται μια αύξηση στην επίπτωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Προβάλλει νέα άτομα στην πιο παραγωγική τους ηλικία, με σοβαρές ψυχοκοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Γεγονός, που πρέπει να μας προβληματίσει και να μας οδηγήσει στην ανάληψη, αναλογων μέτρων.

## 105. ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.

Σ. Παπάζογλου<sup>1</sup>, Μ. Aslam<sup>1</sup>, U. Jaffer<sup>1</sup>, Δ. Ρίχτερ<sup>2</sup>, Κ. Πάντος<sup>3</sup>, Χ. Στεφανιάδης<sup>3</sup>, Κ. Τούτουζας<sup>3</sup>, Δ. Τούσουλης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Vascular Surgery, Hammersmith Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK, <sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική Αθηνών, <sup>3</sup>Α' Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αρτηριοσκλήρωση και ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι πλέον συνυφασμένες κλινικές εκδηλώσεις σύμφωνα με την κλινική ιατρική βασισμένη σε δεδομένα. Οι ξαφνικοί θάνατοι από καρδιακή αιτιολογία καταλογίζονται ως επί το πλείστον σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και στεφανιαία νόσο στη πλειοψηφία των διαβητικών ασθενών. Σκοπός αυτή της μελέτης είναι η διαπίστωση των αιμοδυναμικών παραγόντων που προδιαθέτουν σε οξεία ισχαιμικά επεισόδια σε συνάρτηση με τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε ασθενείς με ΣΔΤ2.

**ΥΛΙΚΟ:** 403 ασθενείς (257 άνδρες, 146 γυναίκες) με διαβήτη τύπου 2 με στεφανιαία νόσο συμμετείχαν σε αυτή την μελέτη. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 39-74 έτη. Η εκτίμηση της κλινικής κατάστασης των ασθενών βασίστηκε σε αποτελέσματα στεφανιογραφίας και κοιλιογραφίας. Η Στεφανιαία νόσος προσδιορίστηκε βασισμένη στο ποσοστό στένωσης των στεφανιαίων αρτηριών > 50% για το κύριο στέλεχος και >70% για όλα τα υπόλοιπα στεφανιαία αγγεία. Εργαστηριακές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν για την HbA1c. Λογιστική Ανάλυση Παλινδρόμησης για την αξιολόγηση των αιμοδυναμικών χαρακτηριστικών του μυοκαρδίου συμπεριλαμβανομένων των τιμών Πίεσης Στεφανιαίας Αιμάτωσης και Πίεσης Αριστερού Κόλπου σε mmHg. Για την ανάλυση του συνόλου των τιμών χρησιμοποιήθηκε πολυπαραγοντική MANOVA. Τα στοιχεία παρουσιάζονται ως μέσος τιμές ± SD και οι τιμές των έγκριστων αποτελεσμάτων όταν  $p < 0.05$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα κλινικά δεδομένα αναλύθηκαν σε 403 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και στεφανιαία νόσο και έδειξαν σε 73 (18.1%) ασθενείς ΠΣΑ 49.2 ± 2.8 mmHg, ΠΑΚ 11.9 ± 0.6 και τιμές HbA1c 8.6 ± 0.7% και στένωση σε 1 αγγείο. 154 (38.2%) ασθενείς παρουσίασαν ΠΣΑ 56.1 ± 2.7 mmHg ΠΑΚ 12.4 ± 0.6 mmHg και HbA1c 9.7 ± 1.1%. και στενωσή σε 2 αγγεία. 176 (43.7%) ασθενείς παρουσίασαν ΠΣΑ 59.7 ± 4.1 mmHg με τιμές ΠΑΚ 12.9 ± 0.9 mmHg HbA1c 10.2 ± 0.6% και στενωσή σε 3 στεφανιαία αγγεία. Τα αυξημένα επίπεδα HbA1c συσχετίζονται με την αύξηση της Πίεσεως Στεφανιαίας αιμάτωσης ( $p < 0,001$ ) καθώς και με υψηλότερα επίπεδα Πίεσεων στον αριστερό κόλπο ( $p < 0,001$ ) σε συνάρτηση με τον αριθμό των στενώσεων στεφανιαίων αρτηριών  $p=0,024$ .

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και στεφανιαία νόσο με κλινικώς σημαντική στένωση αυλού, σύμφωνα με τις τιμές HbA1c αναπτύσσουν αυξημένες πιέσεις τόσο στην στεφανιαία κυκλοφορία όσο και στον αριστερό κόλπο.

## 107. ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΝΕΥΡΟΡΜΟΝΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Γ. Χαριτάκης

Ιδιωτικό Ιατρείο Εξέτασης Πιλότων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το άγχος χωρίς εξισορρόπηση, οδηγεί σε μειωμένη απόδοση, λάθη, εξάντληση και προβλήματα στην υγεία. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη μη φαρμακευτικής μεθόδου διαχείρισης του άγχους και αύξησης της ανοχής σε αγχώδη ερεθίσματα.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκε η μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού (Heart Rate Variability), πριν και μετά από ασκήσεις βιο-ανάδρασης, ως μέσο εκτίμησης της ελάττωσης της δράσης του συμπαθητικού και αύξησης της δράσης του παρασυμπαθητικού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αύξηση των αγχωδών ερεθισμάτων και η έλλειψη ικανότητας πολλών ανθρώπων να διαχειριστούν με καθημερινά αγχώδη ερεθίσματα που ξεπερνάει τα όρια τους για σχετικά μεγάλες χρονικές περιόδους οδηγούν σε παρατεταμένη ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, το οποίο, με τη σειρά του, μπορεί να οδηγήσει σε μια ποικιλία παθολογικών καταστάσεων. Συχνές αγχώδεις καταστάσεις μειώνουν την ικανότητα λήψης αποφάσεων, αλλοιώνουν την καρδιακή λειτουργία με διάφορες κλινικές εκδηλώσεις από απλές έως πολύπλοκες αρρυθμίες, υπέρταση, ισχαιμική καρδιοπάθεια και ορισμένες φορές σε αιφνίδιο θάνατο. Η σημασία του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι κύρια, γιατί ρυθμίζει τις αντιδράσεις σε αγχώδη ερεθίσματα μέσω του συμπαθητικού και παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος. Η αντικειμενική εκτίμηση του αποτελέσματος των ασκήσεων βιοανάδρασης μπορεί να επιτευχθεί με την παρακολούθηση την μεταβλητότητας του καρδιακού ρυθμού (Heart Rate Variability), τόσο με την ανάλυση του κλασσικού ηλεκτροκαρδιογραφήματος, όσο και με απλές συσκευές που ανέπτυξε το Heartmath institute, μαζί με σειρά τεχνικών ελέγχου του άγχους (Heart-Focused Breathing® Technique, Quick-Coherence® Technique, Freeze Frame® Technique, Coherent Communication® Technique, Heart Lock-In® Technique).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα συναισθήματα είναι ταχύτερα από την λογική σκέψη και μπορούν να δημιουργήσουν διαφορετικά αξιολόγηση των αγχωτικών καταστάσεων και να πυροδοτήσουν αντιδράσεις από το νευρικό σύστημα σε σωματικό και σε ψυχικό επίπεδο. Η εξισορρόπηση αυτών των καταστάσεων μπορεί να ελεγχθεί σημαντικά με ασκήσεις βιο-ανάδρασης.

## 106. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ- ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Ε. Κότσαλου<sup>1</sup>, Χ. Κότσαλος<sup>2</sup>, Α. Κότσαλος<sup>2</sup>, Γ. Καραδάς<sup>3</sup>, Ν. Δημακόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, <sup>2</sup>Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, <sup>3</sup>Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η φαρμακευτική δοκιμασία κόπωσης (ΦΔΚ) στο πλαίσιο του σπινθηρογραφήματος αιμάτωσης μυοκαρδίου (ΣΑΜ) είναι μια από τις διεθνώς εφαρμοζόμενες φαρμακευτικές δοκιμασίες κόπωσης (ΦΔΚ) σε ασθενείς με αντένδειξη κόπωσης σε τάπητα (χωλότητα, LBBB, στένωση αορτής, συμφορητική καρδιοπάθεια, πρόσφατο ΟΕΜ). Κατά τη διάρκεια της χορήγησης της διπυριδαμόλης (ΔΠ) ή της αδενοσίνης (ΑΔ) συχνά παρατηρούνται ΗΚΓ μεταβολές ή/και συμπτώματα, που η συσχέτισή τους με την συνυπάρχουσα Στεφανιαία Νόσο (ΣΝ) αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε αναδρομικά 215 διαγνωστικά ΣΑΜ υπό κόπωση με ΔΠ (101) και ΑΔ (114). Οι μελέτες χωρίστηκαν σε τέσσερις υπο-ομάδες με κριτήριο την εμφάνιση προκάρδιου άλγους (Ομάδα Α: n=21), άλλου συμπτώματος (Ομάδα Β: n=72), ΗΚΓ διαταραχής (Ομάδα Γ: n=55) ή όχι (Ομάδα Δ: n=67) κατά τη διάρκεια της ΦΔΚ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την εφαρμογή δοκιμασίας συσχέτισης των ΗΚΓ/Κς θετικών ΦΔΚ με τα ΣΑΜ ευρήματα, προέκυψε μια ασθενώς θετική συσχέτιση ( $r: 1,2$  και  $p 0,10$ ), κάτι που αποδείχθηκε και στις περιπτώσεις με τυπικό προκάρδιο άλγος ( $p: 0,03$ ). Αντιθέτως, διαπιστώθηκε απουσία συσχέτισης μεταξύ ΣΑΜ ευρημάτων και μη τυπικών στηθαγικών ενοχλημάτων (κεφαλαλγία, γαστρική δυσφορία, ζάλη, βήχας) ( $p: 0,81$ ), συνεπώς τα τελευταία αποδόθηκαν σε παρενέργειες από την περιφερική δράση της ΔΠ. Στην περίπτωση της ΑΔ η συσχέτιση ακόμα και με τα άτυπα στηθαγικά ενοχλήματα ήταν πιο ισχυρή ( $p: 0,21$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε στην κλινική πράξη την υψηλή θετική προγνωστική αξία της ΗΚΓ θετικής ΦΔΚ σε συσχέτιση με τα ΣΑΜ ευρήματα. Από την άλλη πλευρά η άτυπη συμπτωματολογία στις δοκιμασίες αυτές δεν σχετίζεται με ασφάλεια με την ύπαρξη ΣΝ.

## 108. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Α. Παναγόπουλος, Α. Αγγελόπουλος, Ι. Νέλλος, Α. Σακαλίδης, Ε. Παπανικολάου, Π. Ντόλιου, Ν. Κούβελας

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ασθενείς που νοσηλεύονται με καρδιακή ανεπάρκεια συχνά πάσχουν από νοσήματα που επιβαρύνουν την πρόγνωση και την θνητότητά τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιοριστούν οι συννοσηρότητες των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και να συγκριθεί η συχνότητα εμφάνισής τους σε ασθενείς με χαμηλό και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν συνολικά 64 ασθενείς εκ των οποίων 18 γυναίκες και 46 άνδρες ηλικίας 76.2 ± 11.1 ετών με καρδιακή ανεπάρκεια που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα συμπεριλήφθηκαν 44 ασθενείς με χαμηλό κλάσμα εξώθησης (HFIEF) EF: 27.3% ± 6.7 και στην δεύτερη 20 ασθενείς με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF) EF: 50% ± 6.4. Οι ασθενείς των δύο ομάδων ελέγχθηκαν για την ύπαρξη συνόδων νοσημάτων που ακολούθησε στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την ανάλυση παρατηρήθηκαν τα εξής: 1) Στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση της χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής (ΧΚΜ) ( $p=0,029$ ) και της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) ( $p=0,058$ ) ανάμεσα στις δύο ομάδες, με υψηλότερη επίπτωση στους ασθενείς με HFpEF. 2) Αυξημένη επίπτωση της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) στους ασθενείς με HFIEF ( $p=0,086$ ). 3) Η συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔΙΙ) εμφανίστηκε αυξημένη στους ασθενείς με HFpEF χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά. 4) Η συχνότητα της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) ανήλθε στο 90%, της αναιμίας στο 10% και της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) στο 20% και στις δύο ομάδες. Η ΧΚΜ και η ΧΑΠ έχουν υψηλότερη επίπτωση στους ασθενείς με HFpEF. Η ΣΝ έχει υψηλότερη επίπτωση στους ασθενείς με HFIEF. Η ΑΥ έχει υψηλή επίπτωση και στις δύο κατηγορίες καρδιακής ανεπάρκειας. Η αναιμία και η νεφρική νόσος εμφανίζονται με συχνότητα 10% και 20% αντίστοιχα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

**109. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Χ. Τσακλιάδου, Α. Σακαλίδης, Ι. Μιχελής, Χ. Βερβερέλη, Π. Ντόλιου, Ε. Κωνσταντάκης, Ν. Κούβελας

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ασθενείς που εμφανίζονται με κλινική υποψία μυοκαρδίτιδας, υποβάλλονται άμεσα σε κατάλληλο παρακλινικό έλεγχο για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της νόσου. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των παρακάτω παρακλινικών εξετάσεων.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμπεριελήφθησαν 45 ασθενείς με υποψία μυοκαρδίτιδας ηλικίας μ.ο. 27,77 ετών (+/-8,74), οι οποίοι υποβλήθηκαν στις παρακάτω παρακλινικές εξετάσεις:

- Μέτρηση καρδιακής τροπονίνης (cTNI) > 0.056ng/ml
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ)
- Υπηρεχοκαρδιογράφημα (tripleX) καρδιάς
- Μαγνητική τομογραφία καρδιάς (MRI) εντός 15 ημερών

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους ασθενείς με μυοκαρδίτιδα που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη, προκάρδιο άλγος παρουσίασε το 56%. Από τους συγκεκριμένους ασθενείς:

- Το 79% παρουσίασε ισχυαμικές αλλοιώσεις στο ΗΚΓ
- Το 74% αύξηση τροπονίνης
- Το 21% παθολογικό tripleX καρδιάς
- Το 79% ανέδειξε ευρήματα συμβατά με μυοκαρδίτιδα στην MRI καρδιάς

Ασθενείς με προκάρδιο άλγος και ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, σε ποσοστό 67% παρουσίασαν αύξηση της τροπονίνης.

Από τους ασθενείς με προκάρδιο άλγος και ευρήματα μυοκαρδίτιδας στην MRI καρδιάς, παθολογικό tripleX καρδιάς παρουσίασε το 27% των ασθενών.

Από το σύνολο των ασθενών με μυοκαρδίτιδα, η MRI καρδιάς ανέδειξε βλάβη του πλάγιου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας σε ποσοστό 54%, του κατωτερο-οπίσθιου τοιχώματος σε ποσοστό 24% και του πρόσθιοδιαφραγματικού τοιχώματος σε ποσοστό 22%. Αντίστοιχα επιβεβαιώθηκαν ηλεκτροκαρδιογραφικά οι βλάβες στα ανωτέρω τοιχώματα ως εξής:

- I,AVL,V5-V6 σε ποσοστό 50%
- II,III,AVF σε ποσοστό 31%
- V1-V4 σε ποσοστό 19%

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συμπερασματικά, σε ασθενείς με προκάρδιο άλγος, η MRI καρδιάς αυξάνει την πιθανότητα διάγνωσης μυοκαρδίτιδας κατά 12% συγκριτικά με τη χρήση μόνο της τροπονίνης και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος. Η ειδικότητα του tripleX καρδιάς για τη διάγνωση της μυοκαρδίτιδας εμφανίζεται υψηλή, ενώ η ευαισθησία του αντίθετα χαμηλή. Σε ασθενείς με προκάρδιο άλγος, το πλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας προσβάλλεται σε μεγαλύτερο ποσοστό. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις συνδέονται με τις βλάβες των αντίστοιχων τοιχωμάτων στην MRI καρδιάς.

**111. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΥΠΕΡΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2;**

Σ. Πατάζογλου<sup>1</sup>, Μ. Aslam<sup>1</sup>, U. Jaffer<sup>1</sup>, Δ. Ρίχτερ<sup>2</sup>, Κ. Πάντος<sup>3</sup>, Χ. Στεφανάδης<sup>3</sup>, Κ. Τούτουζας<sup>3</sup>, Δ. Τούσουλης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Vascular Surgery, Hammersmith Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK, <sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική Αθηνών, <sup>3</sup>Α' Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Πποκράτειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι κλινικός δεδραωμένο στην σύγχρονη Ιατρική βασισμένη σε δεδομένα πως ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί μια πολυπαραγοντική ασθένεια η οποία συνοδεύεται από ποικίλα κλινικά σύνδρομα. Η Νεφρική δυσλειτουργία των διαβητικών ασθενών με Σ.Δ τύπου 2 δεν οφείλεται αμιγώς στην υπεργλυκαιμία ή ακόμα και την υπερινσοφαιμία στα πρώτα στάδια του. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να συνεκτιμήσει την βαρύτητα της υπερτριγλυκεριδαίμιας σε συνάρτηση με μετρήσεις που διαπιστώνουν Νεφραγγειακή Υπέρταση (ΝΥ) σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2).

**ΥΛΙΚΟ:** 437 ασθενείς (241 άνδρες, 196 γυναίκες) με ΣΔΤ2 συμμετείχαν σε αυτή την μελέτη. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 37-74 έτη. Η οζύτητα της Νεφραγγειακής Υπέρτασης εκτιμήθηκε βάσει της στενωσέως στη νεφρική αρτηρία (ΣΝΚ) διαγνωσμένη με Νεφρική Αγγειογραφία και θεωρήθηκε κλινικός σημαντική όταν η διάμετρος της ήταν 7% (>53 mmol/mol) στον ορό του αίματος. Τα επίπεδα της HbA1c και των τριγλυκεριδίων στον ορό του αίματος εκτιμούνται σε μονάδες SI. Λογιστική Ανάλυση Παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των τιμών, και ANOVA για τα τριγλυκερίδια ως ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου. Τα στοιχεία παρουσιάζονται ως μεσες τιμές ± SD και οι τιμές έγιναν αποδεκτές όταν p < 0.05.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα δεδομένα αναλύθηκαν σε 437 ασθενείς με ΣΔΤ2 και έδειξαν σε 92 (21%) ασθενείς ΣΝΚ με διάμετρο 4.6 ± 0.3 mm τριγλυκερίδια 2.97 ± 0.82 mmol/l και HbA1c 7.4 ± 0.7%. 104 (23.8%) ασθενείς παρουσίασαν ΣΝΚ 4.2 ± 0.9 mm τριγλυκερίδια 3.22 ± 0.47 mmol/l και HbA1c 7.9 ± 0.4%. 142 (32.5%) ασθενείς είχαν ΣΝΚ 3.9 ± 0.5 mm τριγλυκερίδια 3.48 ± 0.73 mmol/l και HbA1c 8.2 ± 0.6%. 99 (22.6%) ασθενείς παρουσίασαν ΣΝΚ 3.1 ± 0.3 mm τριγλυκερίδια 3.91 ± 0.67 mmol/l και HbA1c 8.6 ± 0.3. Η ΣΝΚ είναι κλινικός σημαντική p < 0,001 όταν παράλληλα τα επίπεδα των υπερτριγλυκεριδίων p < 0,011 και της HbA1c p < 0,017 είναι σημαντικός υψηλά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε ασθενείς με ΣΔΤ2 όπου δεν ελέγχεται επαρκώς η HbA1c και εμφανίζουν κλινικός σημαντική υπερτριγλυκεριδαίμια παρουσιάζεται Νεφραγγειακή Υπέρταση.

**110. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΙΑΜΕΣΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ**

Μ. Πιταροκοιλής, Ε. Ρογδάκης, Γ. Γιαννιάς, Μ. Καραβελάκης, Σ. Σταυράκης, Γ. Γαρίδας, Π. Καφαράκης, Ε. Λαμπρογιαννάκης, Α. Παπουτσάκης, Ε. Κουρουπάκης, Ε. Φουκαράκης

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλιο»

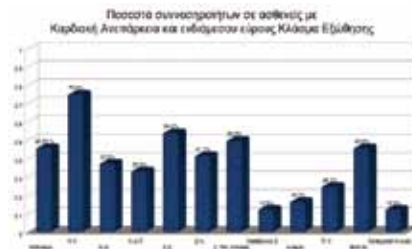
**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Στις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες εισάγεται ο όρος της Καρδιακής Ανεπάρκειας με ενδιάμεσου εύρους κλάσμα εξώθησης. Τεκμηριώνεται όταν το κλάσμα εξώθησης (LVEF) είναι 40-49%, υπάρχουν σημεία ± συμπτώματα Καρδιακής Ανεπάρκειας, τα νατριουρητικά πεπτιδία είναι αυξημένα και υπάρχει δομική καρδιοπάθεια (υπερτροφία αριστερής κοιλίας/ διάταση αριστερού κόλπου) ή διαστολική δυσλειτουργία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των χαρακτηριστικών ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια και ενδιάμεσου εύρους κλάσμα εξώθησης που παρακολουθούνται στο τακτικό ιατρείο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια και ενδιάμεσου εύρους κλάσμα εξώθησης που παρακολουθούνται στο τακτικό ιατρείο. Καταγράφηκε η ηλικία, το φύλο, ο δείκτης μάζας/σώματος (BMI), η παρουσία κολπικής μαρμαρυγής, η κατάχρηση αλκοόλ και συννοσήματα (Αρτηριακή Υπέρταση, Σακχαρώδης Διαβήτης, Στεφανιαία Νόσος, Χ.Α.Π., σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας, Πνευμονική Υπέρταση, Μεταβολικό Σύνδρομο, Αναμμία).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 24 ασθενείς, 11 άνδρες (46%) και 13 γυναίκες (54%). Το σύνολο ήταν λειτουργικού σταδίου I-II κατά NYHA. 18 ασθενείς (75%) ήταν υπερτασικοί ενώ 13 διαβητικοί (54,2%). 11 ασθενείς παχυσαρκοί (45,8) ενώ 12 (50%) εμφάνιζαν σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας. Ακόμη, 6 ασθενείς (25%) εμφάνιζαν Πνευμονική Υπέρταση και 8 (33,3%) Χ.Α.Π. 9 ασθενείς (37,5%) είχαν ρυθμό κολπική μαρμαρυγή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια και ενδιάμεσου εύρους κλάσμα εξώθησης διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία είναι άνω των 70 ετών, οι γυναίκες είναι οριακά περισσότερες, ενώ ιδιαίτερα συχνή είναι η Αρτηριακή Υπέρταση και ο Σακχαρώδης Διαβήτης. Οι μισοί ασθενείς (45,8) ανήκουν από σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας ενώ η παχυσαρκία (BMI>30) είναι συχνή. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά είναι συμβατά με καταγραφές μεγαλύτερων δειγμάτων της βιβλιογραφίας. Η παρακολούθηση σε βάθος χρόνου είναι δυνατό να αποκαλύψει τον προγνωστικό ρόλο των συννοσημάτων και της δυνατότητας δευτερογενούς πρόληψης για τη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας.



**112. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΤΙΜΗΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΜΕ ΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ**

Ε. Κωνσταντάκης, Χ. Βερβερέλη, Α. Σακαλίδης, Α. Θανασιά, Ι. Κοντονασάκης, Χ. Τσακλιάδου, Ν. Κούβελας

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για τη καρδιαγγειακή νόσο. Ο προκλινικός διαβήτης ενδέχεται να εξελιχθεί σε σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Ο ετήσιος κίνδυνος μετάπτωσης σε ΣΔ πενταπλασιάζεται, όταν ο ασθενής μεταβεί στην προδιαβητική κατάσταση. Με βάση τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η διάγνωση του διαβήτη απαιτεί τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) μεγαλύτερη του 6,4%. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ HbA1c και στεφανιαίας νόσου (ΣΝ), καθώς επίσης και η σχέση της HbA1c με τους υπερηχογραφικούς δείκτες της καρδιάς.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκαν 54 συμμετέχοντες (25% γυναίκες, 75% άνδρες), ηλικίας από 22 έως 89 ετών χωρίς διάγνωση ΣΔ με βάση μετρήσεις γλυκόζης νηστείας, οι οποίοι δεν ελάμβαναν αντιδιαβητική φαρμακευτική αγωγή. Οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν σε 2 ομάδες. Η πρώτη ομάδα (n=32) με τιμή HbA1c από 5,6% έως 6,4%. Η δεύτερη ομάδα (n=22) με τιμή HbA1c<5,5%. Οι συμμετέχοντες διερευνήθηκαν για ΣΝ είτε με στεφανιογραφία είτε με λειτουργική δοκιμασία κοπώσεως. Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε διαχωρικό υπερηχοκαρδιογράφημα. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση-σύγκριση των 2 ομάδων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι μεταβλητές HbA1c και ΣΝ παρουσίαζαν οριακή εξάρτηση (p-value=0.077) σε επίπεδο σημαντικότητας 10%. Στην πρώτη ομάδα με HbA1c>5,5%, ΣΝ βρέθηκε σε ποσοστό 56,25%, ενώ στη δεύτερη ομάδα το αντίστοιχο ποσοστό της ΣΝ βρέθηκε 31,82% με στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στους υπερηχογραφικούς δείκτες των δύο ομάδων της μελέτης [mean κλάσμα εξώθησης (KE) 51,5% vs 50,43%, τελοδιαστολική διάμετρος αριστερής κοιλίας (ΤΔΔΑΚ) 48,69 mm vs 48,15mm, mean διάμετρος αριστερού κόλπου (ΔΑΚ) 39,2mm vs 38,6mm].

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συμπερασματικά η ομάδα με τιμές HbA1c 5,5%-6,4% εμφάνισε ΣΝ σε ποσοστό κατά 25% μεγαλύτερο συγκριτικά με την ομάδα με HbA1c <5,5%, ενώ οι υπερηχογραφικοί δείκτες KE, ΤΔΔΑΚ και ΔΑΚ δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά στις δύο ομάδες της μελέτης.

### 113. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ-ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΗΛΙΚΟΙ ΜΕ ΕΙΣΑΓΓΕΛΙΚΗ ΕΝΤΟΛΗ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

*Μ. Κουδούνα*

*Ογκολογική Μονάδα Παιδών, Ίδρυμα Μαριάννα Β. Βαρδινογιάννη «ΕΛΠΙΔΑ», Γ.Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία»*

**ΣΤΟΧΟΣ** της εισήγησής μας είναι να παρουσιάσουμε και να αναδείξουμε τις εμπειρίες, τις απόψεις, τα διδακτικά μας εργαλεία και τις παιδαγωγικές μας προσεγγίσεις για τα παιδιά που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» με «εισαγγελική εντολή». «Η κατοποίηση ή κατομεταχείριση του παιδιού περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά τη ζωή και την ανάπτυξη του παιδιού, στο πλαίσιο μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης» (W.H.O., 1999). Τα παιδιά αυτά βιώνουν παλαιά και νέες μορφές κοινωνικών διακρίσεων και ανισοτήτων, βιώνουν κατοποίηση και μοναξιά και γενικά είναι φορείς ιδεολογικού συσχετισμού διαφοροποιημένης συμπεριφοράς και κοινωνικού αποκλεισμού. Εμείς ζήσαμε το πρόβλημα, το αντιμετωπίσαμε και καταλήξαμε ότι όσο περισσότερο συνάνθρωποι μας έρχονται αντιμετώπιση με τη φτώχεια και την ανέχεια, τόσο περισσότερα άτομα και κοινωνικές ομάδες θα αποκλείονται και από την εκπαίδευση, ενώ η μια ομάδα θα στρέφεται εναντίον της άλλης οδύνη του φαινομένου της κοινωνικής βίας.

**ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΜΑΣ:** Κατά το Ακαδημαϊκό έτος 2016-2017 και στη διάρκεια των δυο εξαμήνων (Σεπτέμβριος 2016 – Ιούνιος 2017), είχαμε να αντιμετωπίσουμε εμείς για εκπαίδευση και το Νοσοκομείο για την κοινωνική μέριμνα και νοσηλεία παιδιά σχολικής ηλικίας μόνο, περίπου εκατόν δέκα τρεις (113) περιπτώσεις μαθητών με «εισαγγελική εντολή». Από αυτούς οι οσάντα οχτώ (48) ήταν Ελληνικής καταγωγής, εκ των οποίων οι επτά (7) διπλής, Ελληνικής και Ρωμ. Οι υπόλοιποι εγγίντα πέντε (65) κατάγονταν από χώρες του εξωτερικού. Ήταν Αφγανικής καταγωγής, Συριακής καταγωγής, Ιρανικής καταγωγής, Ρουμανικής καταγωγής, Αλβανικής καταγωγής Βουλγαρικής καταγωγής, από Φιλιππίνες και Μαρόκο.

**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αξιοποιήσαμε κριτικά, ως γνώμονα τις τέσσερις βασικές αρχές, οι οποίες αναφέρονται στα άρθρα 2, 3, 6 και 12 της Συνθήκης των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού. Συγκεκριμένα, την αρχή της μη διάκρισης, την αρχή της διασφάλισης του συμφέροντος του παιδιού, την αρχή του γεννηούς δικαιώματος στη ζωή και την αρχή του σεβασμού της γνώσης του παιδιού για θέματα που το αφορούν, στο βαθμό που το επιτρέπουν η ηλικία και το νοητικό του επίπεδο Αξιοποιήσαμε ακόμη τη θεωρία του Gardner (1999), που προσδιορίζει οκτώ διαφορετικές «νοημοσύνες» και τις χρησιμοποιήσαμε για την εκπαίδευση των παιδιών αυτών. Ο πολιτισμός του κάθε παιδιού έχει αντίκτυπο και στις νοητικές του λειτουργίες. Διαπροσωπική επικοινωνία, επικοινωνιακές σχέσεις, πρωτοβουλία, δημιουργικότητα, διαχείριση συναισθημάτων, συναισθηματική αντίληψη και ενσυναίσθηση, είναι στοιχεία με τα οποία αξιολογήσαμε τη σχολική μας αποτελεσματικότητα στα παιδιά της μοναξιάς. Στα παιδιά με «εισαγγελική εντολή». Αναζητήσαμε τα όρια ανάμεσα στη γνώση και την πληροφορία, ανάμεσα στη βασική και στη χρηστική γνώση, ανάμεσα στη μόρφωση και την εκπαίδευση και ανάμεσα στο άτομο και το πρόσωπο, προσπαθώντας να δημιουργήσουμε τον αυριανό πολίτη και με ποια ταυτότητα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην προσπάθειά μας να εκπαιδεύσουμε παιδιά με «εισαγγελική εντολή» κατά το διάστημα της Νοσηλείας τους διαπιστώσαμε ότι πέραν της επίσημης, πρέπει να χρησιμοποιούμε την ευελιξία και την καινοτομία. Υπάρχει η ανάγκη σχεδιασμού και υλοποίησης εκπαιδευτικών πολιτισμικών και κοινωνικών πολιτικών και η αναγκαιότητα ερευνητικής αξιοποίησης των δεδομένων από την επιστημονική κοινότητα που πρόσταξή μας είναι να λειτουργούν συμπληρωματικά. Τα οποία θα μπορούσε να αξιοποιήσει ένα ειδικός φορέας συγκεκριμένων σε βάση δεδομένων, ώστε η σύνδεση της έρευνας με τις κοινωνικές ανάγκες και η μεταφορά γνώσης από άλλα ερευνητικά πεδία να είναι αναγκαία, χρηστική και αποτελεσματική.

### 115. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ: ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 1968-2016

*Ν. Βλαχάδης<sup>1</sup>, Α. Πρωτόπαπα<sup>2</sup>, Ε. Κορνάρου<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, <sup>2</sup>Ανθρωπολογικό Μουσείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση των δημογραφικών τάσεων του Ελληνικού πληθυσμού την τελευταία 50ετία με έμφαση στην κατά ηλικία κατανομή του.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έγινε συλλογή και στατιστική επεξεργασία των επίσημων πληθυσμιακών δεδομένων της χώρας στο μέσο του έτους κατά φύλο και 5ετείς ηλικιακές ομάδες από την Ελληνική Στατιστική Αρχή για την περίοδο 1968-2016. Για καθένα από τα 49 έτη κατασκευάστηκε πληθυσμιακή ηλικιακή πυραμίδα και παρουσιάζεται η επικρατούσα ηλικιακή ομάδα κατά φύλο, δηλαδή αυτή στην οποία ανήκει ηλικιακά το μεγαλύτερο ποσοστό του Ελληνικού πληθυσμού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η περίοδος 1968-2016 χαρακτηρίζεται από συνεχή μετατόπιση της επικρατούσας ηλικιακής ομάδας προς μεγαλύτερες ηλικίες και στα δύο φύλα. Το 1968 σε άρρενες και θήλειες η επικρατούσα ηλικιακή ομάδα ήταν η νεότερη (<5 ετών) με ποσοστά επί του συνολικού πληθυσμού 4,44% και 4,16%, αντίστοιχα, ενώ το 2016 ήταν η ηλικιακή ομάδα 35-39 ετών στους άνδρες (3,72%) και η 45-49 ετών στις γυναίκες (3,94%). Η μετατόπιση της επικρατούσας ηλικιακής ομάδας προς τις μεγαλύτερες ηλικίες είναι συνεχής και εντονότερη στις γυναίκες: 1968-1971: 0-4 ετών, 1972-1976: 5-9 ετών, 1977-1981: 10-14 ετών, 1982-1988: 15-19 ετών, 1989-1992: 20-24 ετών, 1993-1999: 25-29 ετών, 2000-2003: 30-34 ετών, 2004-2009: 35-39 ετών, 2010-2014: 40-44 ετών, 2015-2016: 45-49 ετών. Η αντίστοιχη διαχρονική εξέλιξη της επικρατούσας ηλικιακής ομάδας στους άνδρες ήταν: 1968-1972: 0-4 ετών, 1973-1977: 5-9 ετών, 1978-1981: 10-14 ετών, 1982-1989: 15-19 ετών, 1990-1995: 20-24 ετών, 1996-2001: 25-29 ετών, 2002: 30-34 ετών, 2003-2007: 25-29 ετών, 2008: 35-39 ετών, 2009-2011: 30-34 ετών, 2012-2013: 40-44 ετών, 2014-2016: 35-39 ετών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η δημογραφική γήρανση αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα Δημοσίας υγείας στην Ελλάδα. Η ανάλυση των πληθυσμιακών στοιχείων της περιόδου 1968-2016 αναδεικνύει την μετατόπιση της επικρατούσας ηλικιακής ομάδας από την παιδική στην μέση ηλικία, ιδίως στις γυναίκες. Το 2016 η επικρατούσα ηλικιακή ομάδα στους άνδρες ήταν η 35-39 ετών ενώ η πλειοψηφία των γυναικών στην Ελλάδα ήταν ηλικίας 45-49 ετών.

### 114. ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΓΧΟΥΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΑΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ – ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

*Σ. Τριανταφυλλίδου, Σ. Ντέμσια, Κ. Ρούσου*

*Κοινωνική-Συμβουλευτική Υπηρεσία, ΤΕΙ Αθήνας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εργασία παρουσιάζει τα αποτελέσματα έρευνας με σκοπό την ανίχνευση του επιπέδου αυτοεκτίμησης και του βαθμού άγχους που βιώνουν οι φοιτητές του Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος της Αθήνας, καθώς και των πιθανών συσχετίσεων των δύο αυτών παραμέτρων μεταξύ τους, αλλά και με άλλες κοινωνικές - δημογραφικές μεταβλητές.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2015-2016, σε δείγμα 763 φοιτητών από όλες τις Σχολές και τα Τμήματα του Ιδρύματος, με τη χρήση ερωτηματολογίου που περιελάμβανε: (α) την Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (1968), (β) το ερωτηματολόγιο State Trait Anxiety Inventory (STAI), (Spielberger, 1972, 1984), για την εκτίμηση του επιπέδου άγχους των φοιτητών και (γ) μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ακαδημαϊκή επίδοση των συμμετεχόντων. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS v. 21.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι φοιτήτριες του ιδρύματος παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους και χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης απ' ό,τι οι φοιτητές, ενώ και για τα δύο φύλα εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συνάφεια ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και τον αριθμό των χρωστούμενων μαθημάτων (όσο περισσότερα τα χρωστούμενα μαθήματα, τόσο χαμηλότερο το σκορ στην κλίμακα αυτοεκτίμησης). Προέκυψε επίσης στατιστικά σημαντική αρνητική συνάφεια ανάμεσα στα επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης, με τους φοιτητές με υψηλότερο σκορ άγχους, να τείνουν να παρουσιάζουν και χαμηλότερο σκορ αυτοεκτίμησης. Επιπλέον, τα αποτελέσματα βρέθηκαν να διαφέρουν σημαντικά ανά σχολή φοίτησης, με τους φοιτητές της Σχολής Καλλιτεχνικών Σπουδών να εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα σκορ αυτοεκτίμησης και υψηλότερα επίπεδα άγχους, σε σύγκριση με τους φοιτητές άλλων Σχολών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ερευνητικά ευρήματα καταδεικνύουν την αναγκαιότητα σχεδιασμού παρεμβάσεων που θα βοηθήσουν τους φοιτητές να καλλιεργήσουν υγιή αυτοεκτίμηση, να αποκτήσουν έλεγχο στα εκπαιδευτικά τους επιτεύγματα και να κατακτήσουν τεχνικές διαχείρισης του άγχους, προκειμένου να προχωρήσουν με μεγαλύτερη άνεση προς την εδραίωση της ψυχοκοινωνικής τους ταυτότητας.

### 116. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΠΡΩΡΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ (ΗΛΙΚΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ <65 ΕΤΩΝ) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 1951-2016

*Ν. Βλαχάδης, Ε. Κορνάρου*

*Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση των διαχρονικών εξελίξεων της πρόωρης θνησιμότητας (ηλικία θανάτου <65ετών) στον Ελληνικό πληθυσμό.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έγινε συλλογή και στατιστική επεξεργασία των επίσημων πληθυσμιακών δεδομένων της χώρας στο μέσο του έτους και του αριθμού των θανάτων κατά φύλο και 5ετείς ηλικιακές ομάδες από την Ελληνική Στατιστική Αρχή από το παλαιότερο ως το νεότερο έτος με διαθέσιμα στοιχεία, δηλαδή για την περίοδο 1951-2016. Για καθένα από τα 66 έτη υπολογίστηκε ο κατά ηλικία προτυπωμένος δείκτης πρόωρης θνησιμότητας (<65 ετών) (ανά 100.000) συνολικά και κατά φύλο με βάση την κατά ηλικία σύνθεση του Ευρωπαϊκού πρότυπου πληθυσμού, καθώς και το ηλικίο των φυλών (Sex Ratio) της πρόωρης θνησιμότητας των ανδρών προς αυτή των γυναικών. Η ανάλυση των διαχρονικών τάσεων έγινε με jointpoint regression και υπολογίστηκαν ο ετήσιος (%) ρυθμός μεταβολής (annual percentage change, APC) για κάθε χρονική περίοδο και ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής (average annual percentage change, AAPC) συνολικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την περίοδο 1951-2016 η πρόωρη θνησιμότητα (<65 ετών) στον πληθυσμό της χώρας μειώθηκε συνολικά κατά 2,7 φορές (-63%, AAPC=-1,5, 95%CI: -1,7 ως -1,3). Η πτώση ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες (AAPC = -2,0, 95% CI: -2,3 ως -1,7) από τους άνδρες (AAPC = -1,2, 95% CI: -1,5 ως -0,9). Το 1951 ήταν το έτος με την ιστορικά υψηλότερη πρόωρη θνησιμότητα και για τα δύο φύλα, ενώ η χαμηλότερη πρόωρη θνησιμότητα καταγράφεται το 2015 για τις γυναίκες και το 2016 για τους άνδρες. Η πτώση της πρόωρης θνησιμότητας των ανδρών γίνεται με σταθερό ρυθμό τις τελευταίες 6 δεκαετίες (1957-2016: APC=-1,0. 95% CI: -1,0 ως -1,0, P<0,001). Αντίθετα, στις γυναίκες η βελτίωση της πρόωρης θνησιμότητας ήταν ταχύτερη στην περίοδο 1957-2000 (APC=-2,2, 95% CI: -2,2 ως -2,1, p<0,001) και επιβραδύνεται μετά το 2000 (2000-2016: APC=-0,8, 95% CI: -1,0 ως -0,6, p<0,001). Η πρόωρη θνησιμότητα των ανδρών είναι σταθερά υψηλότερη των γυναικών με το Sex Ratio να εμφανίζει σταθερά ανοδικές τάσεις ως το 2001 (1954-2001: APC=1,2, 95% CI: 1,1 ως 1,2, p<0,001) και πτωτικές τάσεις έκτοτε (2001-2016: APC=0,2, 95% CI: 0-0,4 ως 0,0, p=0,104).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πρόωρη θνησιμότητα στην Ελλάδα υποχώρησε σημαντικά την περίοδο 1951-2016 και συνεχίζει να βελτιώνεται σταθερά και στην περίοδο της οικονομικής κρίσης. Ενώ κατά την πρώτη 50ετία της υπό εξέταση περιόδου η πτώση της πρόωρης θνησιμότητας ήταν ταχύτερη στις γυναίκες, μετά το 2000 η βελτίωση της πρόωρης θνησιμότητας είναι μεγαλύτερη στους άνδρες στους οποίους το 2016 καταγράφηκε η ιστορικά χαμηλότερη τιμή.



## 117. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΟΛΕΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΜΕΓΑΡΩΝ

G. Georgieva<sup>1</sup>, Δ. Γκολέμης<sup>1</sup>, Ν. Κυριακού<sup>2</sup>, Β. Τσανάκας<sup>3</sup>, Α. Κορακίδου<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Ειδ. Γεν. Ιατρικής, Γ.Ν.Ε. 'Θριάσιο', <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια, Γ.Ν.Ε. 'Θριάσιο', <sup>3</sup>Συντονίστρια Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Γενικής Ιατρικής, Γ.Ν.Ε. 'Θριάσιο'

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων του προληπτικού ελέγχου μυοσκελετικού συστήματος που έγινε σε σχολεία των Μεγάρων στα πλαίσια Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας κατά το σχολικό έτος 2016-17.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Υλικό της μελέτης αποτελούν τα παιδιά 2 (δύο) σχολείων των Μεγάρων τα οποία ελέγχθηκαν για διαταραχές του μυοσκελετικού τους συστήματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 2<sup>ο</sup> Γυμνάσιο: Εξετάστηκαν 103 από τα 180 παιδιά του σχολείου (ποσοστό 57,2%). Τα υπόλοιπα παιδιά δεν ελέγχθηκαν καθώς δεν υπήρχε γραπτή συναίνεση των γονέων. Εξ αυτών σε 3 (τρία) (ποσοστό 2,9%) διαπιστώθηκε υποψία σκολίωσης και παραπέμφθηκαν για περαιτέρω ορθοπαιδική εκτίμηση. Σε 5 (πέντε) (ποσοστό 4,85%) διαπιστώθηκαν τυχαία ευρήματα χρήζοντα περαιτέρω εκτίμησης (π.χ. γυναικομαστία, σπίλοι στην πλάτη κλπ).

3<sup>ο</sup> Γυμνάσιο: Εξετάστηκαν 83 από τα 231 παιδιά του σχολείου (ποσοστό 36%). Τα υπόλοιπα παιδιά δεν ελέγχθηκαν καθώς δεν υπήρχε γραπτή συναίνεση των γονέων. Εξ αυτών σε 10 (δέκα) (ποσοστό 12%) διαπιστώθηκε υποψία σκολίωσης και παραπέμφθηκαν για περαιτέρω ορθοπαιδική εκτίμηση. Σε 2 (δύο) (ποσοστό 2,4%) διαπιστώθηκαν τυχαία ευρήματα χρήζοντα περαιτέρω εκτίμησης (π.χ. γυναικομαστία, σπίλοι στην πλάτη κλπ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** 1. Εξαιρετικά δυσάρεστο κρίνεται το γεγονός ΜΗ συναίνεσης των γονέων σε Προληπτικό Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στα σχολεία σε μεγάλο ποσοστό (42,8% στο ένα σχολείο και 64% στο άλλο).

2. Το ποσοστό ευρημάτων σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να κριθεί αμελητέο, ειδικά σε περιοχές που υπάρχει εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

3. Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας είναι πολύ σημαντικά για την ευαισθητοποίηση των πληθυσμών και το screening νοσημάτων.

## 119. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΩΝ ΜΕΓΑΡΩΝ ΚΑΙ ΝΕΑΣ ΠΕΡΑΜΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ

Β. Μανιάτη<sup>1</sup>, Δ. Μιχαλιού<sup>2</sup>, Μ. Παπαμελέτη<sup>2</sup>, Α. Κορακίδου<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, Γ.Ν.Ε. 'Θριάσιο', <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια, Γ.Ν.Ε. 'Θριάσιο', <sup>3</sup>Συντονίστρια Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Γενικής Ιατρικής, Γ.Ν.Ε. 'Θριάσιο'

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των διατροφικών συνθηκών παιδιών και εφήβων 10-15 ετών της περιοχής Μεγάρων.

**ΥΛΙΚΟ:** Συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τα παιδιά της πέμπτης και έκτης τάξης δύο δημοτικών σχολείων του Δήμου Μεγάρων και από τα παιδιά του Γυμνασίου Νέας Περάμου, στα πλαίσια Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας κατά το σχολικό έτος 2016-17. Τα παιδιά ερωτήθηκαν, μέσα από 13 ερωτήσεις, σχετικά με τη συχνότητα ημερήσιας ή εβδομαδιαίας κατανάλωσης των διαφόρων ομάδων τροφίμων (λαχανικών, φρούτων, κρέατος, ψαριών, γαλακτοκομικών, οσπρίων, φυσικού χυμού), για τη λήψη πρωινού γεύματος και γευματιδίου στο σχολείο και για φυσική δραστηριότητα εκτός σχολείου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπληρώθηκαν 289 ερωτηματολόγια.

Το 56% των παιδιών τρώνε καθημερινά πρωινό, το 70% καταναλώνουν γλυκά 2-3 φορές την εβδομάδα, ενώ σχεδόν καθημερινά το 5%, το 31% συνοδεύουν πάντα το φαγητό με σαλάτα, το 48% τρώνε 2 φορές την εβδομάδα όσπρια, το 65% τρώνε 1-2 φορές την εβδομάδα κρέας, το 87% τρώνε τουλάχιστον ένα φρούτο την ημέρα, το 71% τρώνε τουλάχιστον 2 μερίδες γαλακτοκομικών την ημέρα, το 62% τρώνε ψάρια 1 φορά την εβδομάδα, το 69% πίνουν φυσικό χυμό τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα, το 26% δεν πίνουν αναψυκτικά, το 25% δεν τρώνε ποτέ fast-food, το 43% στα διαλείμματα τρώνε συνήθως κολατσιό από το σπίτι, το 75% γυμνάζονται και εκτός σχολείου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Φαίνεται ότι οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών είναι προς τη σωστή κατεύθυνση. Χρειάζονται έγκυρη και συχνή ενημέρωση από δασκάλους, γονείς, ΜΜΕ και επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ., παροχή προτύπων και ενθάρρυνση για την υιοθέτηση της μεσογειακής διατροφής, το όφελος της οποίας στην υγεία είναι αδιμφισβήτητο.

## 118. ΒΙΟΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

Α. Μποζίνη, Κ. Μικέλης

Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η φιλελεύθερη παγκοσμιοποίηση ως μια διαδικασία ενοποίησης των εθνικών οικονομιών και έντονης αλληλεξάρτησης των κρατών και των κοινωνιών, έχει ως αποτέλεσμα την ανάδυση νέων απειλών και κινδύνων για το διεθνές σύστημα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας, είναι να αναλύσει τους νέους βιολογικούς κινδύνους και απειλές (νέες ασθένειες-επιδημίες-βιοτρομοκρατία), όπου συσχετίζονται άμεσα με την παγκοσμιοποίηση. Παράλληλα, η εργασία προτείνει βέλτιστες λύσεις (πολιτικές για την βιοασφάλεια), με σκοπό την αποτελεσματική αποτροπή και αντιμετώπιση των βιολογικών απειλών. Έμφαση θα δοθεί στην «Διεθνή Συνεργασία», με σκοπό την μείωση της παγκόσμιας ανισότητας σε θέματα υγείας, αλλά και την αποτροπή χρήσης βιολογικών όπλων.

**ΥΛΙΚΟ:** Η επιστημονική προσέγγιση της εργασίας θα στηριχθεί στην κριτική ανάλυση της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας και της σύγχρονης ειδησεογραφίας με χρήση διεθνών περιπτωσιολογικών μελετών (Case study), ενώ ως «μεθοδολογικό εργαλείο» θα χρησιμοποιήσουμε την «Σύγχρονη Περιγραφική», στα πλαίσια μιας αποτελεσματικής προσέγγισης της «Βιοασφάλειας» (Biosecurity) υπό την οπτική των «Διεθνών Σχέσεων» (International Relations).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μόλυνση του περιβάλλοντος λόγω της διεθνοποιημένης παραγωγικής διαδικασίας, οι νέες διατροφικές συνήθειες λόγω υπερ - πλυσθισμού, η έντονη αστυφιλία λόγω της οικονομικής κρίσης, η παγκοσμιοποίηση της επιστημονικής γνώσης, οι μετακινήσεις επιστημόνων και ανθρώπων, η αδυναμία των κρατών να αντιμετωπίσουν τα σύγχρονα προβλήματα, οι νέες μορφές τρομοκρατίας και οι περιφερειακές στρατιωτικές συγκρούσεις, έχουν ως αποτέλεσμα την ανάδυση νέων βιολογικών κινδύνων και απειλών σε διεθνές επίπεδο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι πολιτικές ασφάλειας έναντι βιολογικών απειλών των κρατών (Βιοασφάλεια), στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης, πρέπει να ενσωματώσουν νέα αποτελεσματικά μοντέλα διαχείρισης κρίσεων και στρατηγικές αποτροπής, που θα ενδυναμώνονται από την διεθνή συνεργασία των κρατών με τους «Διεθνείς Οργανισμούς» και με την «Διεθνή Κοινωνία Πολιτών».

## 120. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ



**125. Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ (OCCULT) ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΣΕ ΑΙΜΟΔΟΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

Ε. Βαμβακά<sup>1</sup>, Ε. Αγγέλου<sup>1</sup>, Γ. Ντέσκα<sup>2</sup>, Β. Παπαστεργίου<sup>2</sup>, Μ. Κινδύνη<sup>1</sup>, Φ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Α. Χάσιου<sup>3</sup>, Ο. Καρίκη<sup>3</sup>, Σ. Καραπαπάνης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή της συχνότητας της λανθάνουσας ηπατίτιδας Β (Occult Hepatitis B Infection–OBI) στον αιμοδοτικό πληθυσμό του νοσοκομείου μας κατά το χρονικό διάστημα μιας πενταετίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Ελέγχθηκαν 34.959 δείγματα αίματος από 6.850 εθελοντές και 14.605 αιμοδότες αναπλήρωσης από 01/01/2012 έως 31/12/2016. Ο ορολογικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε στην υπηρεσία μας με μικροσωματιδιακή ανοσοτεχνική χημειοφωταύγεια (CMIA-Architect). Η δοκιμασία NAT/discriminatory NAT πραγματοποιήθηκε στο Γ.Π.Ν.Α με PCR, (Cobas-TaqScreen MPX και από το 2014 στο Ε.ΚΕ.Α με TMA, Procleix-Ultrio-Plus (ευαισθησία για το HBV-DNA 2.3 και 2.1 mIU/mL αντίστοιχα). Σε όλα τα αρνητικά αποτελέσματα για HBsAg, anti-HCV και HIV Ag/Ab με θετική NAT και αρνητική δοκιμασία διάκρισης, έγινε έλεγχος για HBV-δείκτες (anti-HBc, IgM-anti-HBc, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο σύνολο των 34.959 δειγμάτων ανευρέθηκαν 60 (0.17%) με HBsAg(+). Τα 37/60 ήταν NAT(+) με δοκιμασία διάκρισης για HBV-DNA (dHBV) θετική και 23/60 NAT(-). Περαιτέρω ανευρέθηκαν 29 δείγματα με HBsAg(-) και NAT(+). Τα 10/29 ήταν dHBV(+) ενώ τα 2/10 ήταν ταυτόχρονα dHCV(+). Από τα υπόλοιπα 19, τα 9 ήταν HBV-δείκτες θετικά και θεωρήθηκαν πιθανές OBI με τα εξής ορολογικά προφίλ: 1 anti-HBc(+), anti-HBs(+), anti-HBe(+), 7 anti-HBc(+), anti-HBs(+), anti-HBe(+), 1 anti-HBc(+), anti-HBe(+). Η μέση ηλικία των αιμοδοτών με OBI ήταν τα 48 έτη, στην πλειοψηφία άνδρες, αιμοδότες αναπλήρωσης, ελληνικής καταγωγής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συχνότητα της λανθάνουσας ηπατίτιδας Β ανευρέθηκε σε χαμηλό ποσοστό (0.02%) που όμως δεν θα πρέπει να διαλάθει της προσοχής. Η έγκαιρη ανίχνευσή της με τη συμβολή του μοριακού ελέγχου είναι απαραίτητη διότι παρόλο που η μετάδοση του HBV μέσω μετάγγισης στις περιπτώσεις OBI εξαρτάται από το ιικό φορτίο και την ανοσολογική κατάσταση του λήπτη έχει παρατηρηθεί ακόμη και παρουσία anti-HBs σε ανοσοϊκανούς λήπτες.

**126. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΔΟΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ**

Ε. Βαμβακά<sup>1</sup>, Θ. Χατζηδάκη<sup>2</sup>, Μ. Κινδύνη<sup>2</sup>, Α. Φέρκε<sup>2</sup>, Ε. Αγγέλου<sup>1</sup>, Γ. Ντέσκα<sup>3</sup>, Β. Παπαστεργίου<sup>3</sup>, Δ. Κοζικοπούλου<sup>3</sup>, Χάσιου<sup>3</sup>, Ν. Κατσιλή<sup>3</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>3</sup>, Φ. Παπακωνσταντίνου<sup>3</sup>, Σ. Καραπαπάνης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο υποχρεωτικός έλεγχος των μονάδων αίματος είναι απαραίτητος προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μετάδοσης αιματογενούς μεταδιδόμενων λοιμώξεων και αποτελεί πρωτόκολλο για τα μεταγγίσεις. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού των αιματογενώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων συμπεριλαμβανομένων της ηπατίτιδας Β και C, του HIV και της σύφιλης, στο διάστημα της τελευταίας πενταετίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Έγινε έλεγχος 34982 ατόμων στο διάστημα από 1/1/2013 μέχρι και 31/12/2017. Έγινε έλεγχος για HBsAg, anti-HCV, HIV και για αντισώματα έναντι της σύφιλης. Ως μέθοδος χρησιμοποιήθηκε η μικροσωματική ανοσοτεχνική χημειοφωταύγεια (CMIA-ARCHITECT). Όλα τα θετικά δείγματα στέλλονταν για επιβεβαιωτικό τεστ σε κέντρο αναφοράς. Επιπλέον γινόταν έλεγχος με NAT.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με την αρχική μέθοδο (CMIA) διαπιστώθηκαν 94 (0,26%) άτομα με HBsAg(+), 92 (0,26%) με anti-HCV(+), 20 (0,05%) με HIV(+) και 91 (0,25%) θετικά για σύφιλη. Από τα άτομα με HBsAg(+) 51/94 είχαν HBV-DNA(+) στον ορό. Από τα άτομα με anti-HCV(+) 15/92 θετική RIBA, ενώ από τα άτομα με HIV(+) μόνον 4/20 είχαν θετικοί western-blot.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα δεδομένα της μελέτης μας δείχνουν ότι ο επιπολασμός των ηπατίτιδων Β και C αλλά και του HIV είναι χαμηλός στον αιμοδοτικό πληθυσμό τα περιοχών μας. Παρά τα χαμηλά ποσοστά η αυστηρότητα και η σχολαστικότητα στην επιλογή των αιμοδοτών πρέπει να συνεχίζεται αδιαλείπτως για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μετάδοσης των λοιμώξεων στους μεταγγιζόμενους.

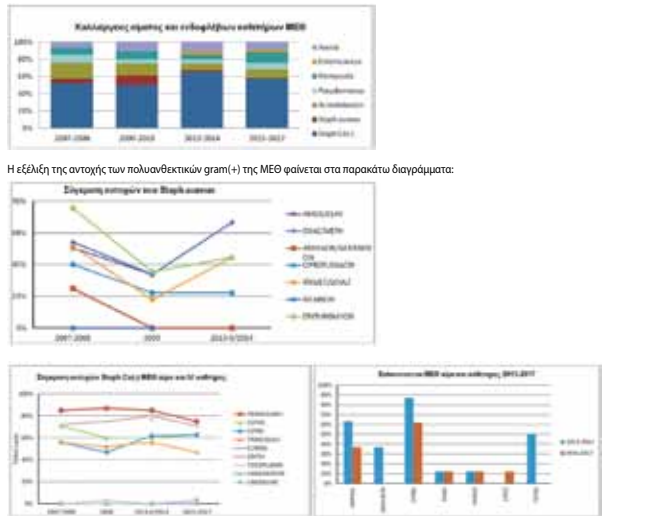
**127. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΤΩΝ GRAM (+) ΣΤΗ ΜΕΘ ΓΙΑ 11 ΧΡΟΝΙΑ**

Α. Σαλβαράκη<sup>1</sup>, Ε. Βρέντζος<sup>2</sup>, Χ. Κούλια<sup>3</sup>, Μ. Μπαχλιτζανάκη<sup>3</sup>, Ε. Μαρολαχάκη<sup>2</sup>, Κ. Διακάκη<sup>3</sup>, Ν. Κατεχάκης<sup>3</sup>, Ε. Ιωαννίδου<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Νοσοκομείο Ρεθύμνου, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου, <sup>3</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Ρεθύμνου, <sup>4</sup>ΜΕΘ νοσοκομείου Ρεθύμνου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η επιτήρηση και οι παρεμβάσεις με στόχο τη μείωση της αντοχής των πολυανθεκτικών gram(+) **ΥΛΙΚΟ:** Καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων της access όλες οι θετικές καλλιέργειες και οι ευαισθησίες (δίσκοι ευαισθησίας) των μικροβίων της ΜΕΘ, σε αίμα και ενδοφθάλμιους καθετήρες για τέσσερις περιόδους: 2007-2008, 2009-2010, 2013-2014 και 2015-2017. Από το 2010 έγιναν συγκεκριμένες παρεμβάσεις που αφορούσαν στην απομύκνωση των ασθενών και στην υγιεινή των χεριών

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κατανομή των μικροβίων στις καλλιέργειες αίματος και ενδοφθάλμιων καθετηρίων της ΜΕΘ φαίνεται στα παρακάτω διαγράμματα:



**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σημειώνεται η σταδιακή μείωση της απομύκνωσης του staph aureus από τις αιμοκαλλιέργειες και τους ενδοφθάλμιους καθετήρες της ΜΕΘ. Την τριετία 2015-2017 απομύκνωση μόνο ένα στελέχος. Ο staph cox(+) αποτελούν το κύριο μικρόβιο που απομύκνωση από τις αιμοκαλλιέργειες και τους ενδοφθάλμιους καθετήρες της ΜΕΘ. Η αντοχή του στην κεφορίνη είναι περίπου 60%. Δυστυχώς έχουν απομυκνωθεί τα τελευταία χρόνια στελέχη ανθεκτικά στα γλυκοπεπτιδία και τη λινεζολίδα. Όσον αφορά στον εντερικόκοκο το ποσοστό των VRE αυξήσε το 12% ενώ οι αντοχές στην αμικιλίνη και τη σιπροφλοξασίνη αν και υψηλές παρουσιάζουν πτωτική τάση. Με δεδομένα τα αποτελέσματα σχεδιάζονται αλλαγή τρόπου καθαριότητας και απολύμανσης του περιβάλλοντος και εντατικοποίηση των μέτρων υγιεινής.

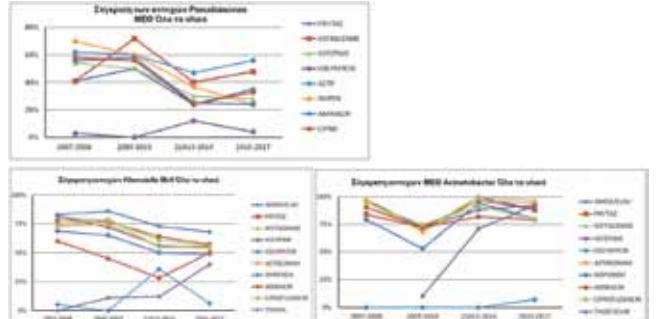
**128. ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΤΩΝ GRAM (-) ΣΤΗ ΜΕΘ ΓΙΑ 11 ΧΡΟΝΙΑ**

Α. Σαλβαράκη<sup>1</sup>, Ε. Βρέντζος<sup>2</sup>, Μ. Μπαχλιτζανάκη<sup>2</sup>, Ε. Μαγιορκίνης<sup>3</sup>, Α. Καλυκάκη<sup>3</sup>, Ε. Βαλυράκη-Βαλιρή<sup>2</sup>, Α. Κονιδάρη<sup>4</sup>, Ε. Ιωαννίδου<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Νοσοκομείο Ρεθύμνου, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου, <sup>3</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Ρεθύμνου, <sup>4</sup>ΜΕΘ, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η επιτήρηση και οι παρεμβάσεις με στόχο τη μείωση της αντοχής των πολυανθεκτικών gram(-) **ΥΛΙΚΟ:** Καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων της access όλες οι θετικές καλλιέργειες (682) και οι ευαισθησίες (δίσκοι ευαισθησίας) των gram(-) μικροβίων της ΜΕΘ, δηλαδή klebsiella, pseudomonas, acinetobacter σε όλα τα υλικά για τέσσερις περιόδους: 2007-2008, 2009-2010, 2013-2014 και 2015-2017. Από το 2010 έγιναν συγκεκριμένες παρεμβάσεις που αφορούσαν στην απομύκνωση των ασθενών και στην υγιεινή των χεριών

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η εξέλιξη της αντοχής της ΜΕΘ φαίνεται στα παρακάτω διαγράμματα:



Σημειώνεται η σταδιακή μείωση της αντοχής της klebsiella σε όλες τις κατηγορίες αντιψευδομοναδικών αντιβιοτικών πλην της κολυμκίνης και της τιγεκυκλίνης όπου εμφανίζεται σημαντική αύξηση της αντοχής. Σημειώνεται η αντοχή του acinetobacter σε όλα τα αντιβιοτικά πλην της κολυμκίνης. Δυστυχώς τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκε αντοχή και σε αυτήν. Η αντοχή της τιγεκυκλίνης έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια φτάνοντας το 90% στη ΜΕΘ Ρεθύμνου. Σημειώνεται μείωση της αντοχής της pseudomonas σε όλες τις κατηγορίες αντιψευδομοναδικών αντιβιοτικών πλην της κολυμκίνης όπου εμφανίζεται αύξηση της αντοχής. Δυστυχώς στην τριετία 2015-2017 παρατηρούμε αύξηση της αντοχής. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Καταγράφεται σημαντική μείωση της αντοχής των klebsiella, pseudomonas στην οποία εκτιμάται ότι συντελέσαν οι παρεμβάσεις που έγιναν στη ΜΕΘ με την παρέμβαση της επιτροπής νοσοκομειακών λοιμώξεων. Δυστυχώς τα τελευταία χρόνια φαίνεται τάση αύξησης των αντοχών στην pseudomonas. Καταγράφεται αύξηση της αντοχής του acinetobacter που αποδίδεται στις διατερότητες του μικροβίου και σε αδυναμία εκρίζωσης του αποικισμού του στο άψυχο περιβάλλον της ΜΕΘ. Με δεδομένα τα αποτελέσματα σχεδιάζονται αλλαγή τρόπου καθαριότητας και απολύμανσης του περιβάλλοντος και εντατικοποίηση των μέτρων υγιεινής.

## 129. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 131. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΛΚΩΝ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χ. Δημητρακοπούλου<sup>3</sup>, Α. Κοντογεώργη<sup>3</sup>, Α. Καραγιάννη<sup>3</sup>, Ε. Πατρικίου<sup>1</sup>, Χ. Αναγνωστόπουλος<sup>3</sup>, Α. Σπηλιωτοπούλου<sup>2</sup>, Χ. Αραβανή<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Κέντρο Υγείας Βασιλικής, <sup>3</sup>Ιατρικός Σύλλογος Λευκάδος

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η αναζήτηση και μελέτη πιθανών μικροβιακών επιπλοκών σε θεραπευόμενα έλκη και τραύματα, ασθενών που νοσηλεύτηκαν, ή προσήλθαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδος αναφερόμενοι το αντίστοιχο πρόβλημα.

**ΥΛΙΚΟ:** Για την διεκπεραίωση της έρευνας, πραγματοποιήθηκε λεπτομερής συλλογή, καταγραφή και ανάλυση όλων των καλλιέργειών τραύματος και αντιβιογραμμάτων που ελήφθησαν από 10/1/2006 έως 12/5/2017, στην Παθολογική, την Χειρουργική κλινική και τα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Λευκάδος. Η πλειοψηφία των δειγμάτων ανήκει σε κατοίκους της τοπικής κοινωνίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Επειτα από ανάλυση και μελέτη των δεδομένων, προέκυψαν ορισμένα αποτελέσματα. Τα σημαντικότερα εξ' αυτών είναι: Ανάμεσα στις 383 διαφορετικές καταγεγραμμένες καλλιέργειες, εμφανίστηκαν 9 διαφορετικά πολυανθεκτικά μικρόβια, με ορισμένα από αυτά να συναντώνται πολλές φορές, ανά τις καλλιέργειες. Επιπροσθέτως, το μικρόβιο *staphylococcus* είναι αυτό που εμφανίστηκε στις περισσότερες καλλιέργειες, ενώ το επόμενο στη σειρά είναι το *escherichia coli*. Τέλος, καταγράφηκε η πιθανή αντίσταση που παρουσίαζαν καθένα από τα μικρόβια, πολυανθεκτικά ή μη, σε απλές ουσίες αντιβίωσης όπως η αμοξικιλίνη, ή σε πιο ισχυρές ουσίες όπως η σιπροφλοξασίνη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αξιολογώντας όλα τα αποτελέσματα της έρευνας και συνεργαζόμενοι με τους ιατρούς του Νοσοκομείου, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς που εμφάνισαν πολυανθεκτικό μικρόβιο, ήταν νοσηλευόμενοι σε κάποια από τις κλινικές του νοσοκομείου, συνεπώς, το μικρόβιο σήμαινε ενδονοσοκομειακή λοίμωξη. Όσο αφορά τους ασθενείς που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία, η εμφάνιση πολυανθεκτικού μικροβίου, σήμαινε ότι, η κατ' οίκον θεραπεία δεν είχε πραγματοποιηθεί σωστά. Τέλος, όσο αφορά την ανθεκτικότητα στις δύο προαναφερόμενες ουσίες, αξίζει να αναφερθεί ότι, κάποια μικρόβια, πολυανθεκτικά ή μη, εμφάνισαν ευαισθησία στην αμοξικιλίνη και αντίσταση στην σιπροφλοξασίνη, ενώ το αναμενόμενο ήταν το αντίθετο, αντίσταση και στις δύο ουσίες, ή ευαισθησία σε αυτές, όπως έγινε στις περισσότερες περιπτώσεις.

## 130. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΥ ΣΕ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ

Μ. Κινδύνη<sup>1</sup>, Α. Φέρκε<sup>1</sup>, Ε. Βαμβακά<sup>1</sup>, Γ. Ντέτσκα<sup>2</sup>, Ι. Κρεμετής<sup>1</sup>, Γ. Καρλής<sup>2</sup>, Δ. Κοζικοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Παπαικονόμου<sup>2</sup>, Φ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Χάσιου<sup>2</sup>, Ο. Καρίκη<sup>2</sup>, Κ. Πετρονικολός<sup>2</sup>, Σ. Καραταπάνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν μια από τις πιο κοινές ιατρικές επιπλοκές που επηρεάζουν τους ασθενείς της ΜΕΘ. Επιπλέον ο χώρος κεντρικής αποστείρωσης αποτελεί χώρο αυστηρής επιτήρησης των κανόνων υγιεινής των χεριών και των ιατροτεχνολογικών προϊόντων. Ως εκ τούτου η καταγραφή και αξιολόγηση της εφαρμογής των οδηγιών αυτών τόσο στη ΜΕΘ όσο και στην κεντρική αποστείρωση επιβάλλεται για την υγεία των ασθενών του προσωπικού και της σωστής επιδημιολογικής επιτήρησης.

**ΥΛΙΚΟ:** Από το χρονικό διάστημα 01/01/2017 μέχρι 31/12/2017 διεξήχθη δειγματοληψία από χέρια ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ΜΕΘ και κεντρικής αποστείρωσης πριν και μετά την εφαρμογή υγιεινής χεριών με πλύσιμο με σαπούνι και χρήση αλκοολούχου διαλύματος. Πραγματοποιήθηκαν 210 καλλιέργειες στα κλασικά καλλιεργητικά υλικά και αφού επωάστηκαν σε κλίβανο 37°C για 24-48 ώρες έγινε ταυτοποίηση και έλεγχος ευαισθησίας αντιβιοτικών με τη μέθοδο διάχυσης δισκίων Kirby-Bauer.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα 70 δείγματα που εξεταστήκαν προ εφαρμογής μέτρων υγιεινής τα 22 (31,5%) ήταν αρνητικά με καμία ανάπτυξη Gram(-) αρνητικών μικροβίων ή μυκήτων και *Staphylococcus aureus*. Στο προσωπικό της στη ΜΕΘ 14 στους 18 ανέπτυξαν *Staphylococcus Coagulase-Negative CNS* (φυσιολογική χλωρίδα δέρματος), 3/18 ανέπτυξαν *Staphylococcus aureus* και 1 *Staphylococcus aureus* Methicillin Resistance MRSA. Στη Κεντρική Αποστείρωση 6 στους 6 ανέπτυξαν CNS στις καλλιέργειές τους. Μετά τη χρήση μέτρων υγιεινής όλες οι καλλιέργειες απέβησαν αρνητικές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας προκύπτει η σημαντικότητα της σωστής εφαρμογής των μέτρων υγιεινής των χεριών τόσο στη ΜΕΘ όσο και στην Κεντρική Αποστείρωση.

## 132. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΚΑΝΤΙΝΤΑΙΜΙΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Μ. Κινδύνη<sup>1</sup>, Α. Φέρκε<sup>1</sup>, Ε. Βαμβακά<sup>1</sup>, Γ. Ντέτσκα<sup>2</sup>, Γ. Καρλής<sup>2</sup>, Δ. Κοζικοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Παπαικονόμου<sup>2</sup>, Φ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Α. Χάσιου<sup>2</sup>, Ο. Καρίκη<sup>2</sup>, Κ. Πετρονικολός<sup>2</sup>, Σ. Καραταπάνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή της συχνότητας και της πορείας εμφάνισης καντινταϊμίων στη διάρκεια 3ετών στο νοσοκομείο μας, και η επαγρύπνηση για τον επερχόμενο αυξημένο κίνδυνο σφηαιμίων από *Candida spp*.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν όλες οι αιμοκαλλιέργειες από την 01/01/2015-31/12/2017 με την αυτοματοποιημένη μέθοδο ΒΑCΤΕC. Στη συνέχεια όλες οι αιμοκαλλιέργειες καλλιεργήθηκαν σε αιματούχο, MacConkey 3 και Sabouraud άγαρ και αφέθηκαν σε κλίβανο αερόβιων συνθηκών για 24 ώρες στους 37°C. Οι καλλιέργειες σε Sabouraud άγαρ **αφέθηκαν σε θερμοκρασία δωματίου για 7 ημέρες για περαιτέρω έλεγχο.**

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά εξετάστηκαν 1307 αιμοκαλλιέργειες, εκ των οποίων οι 982 (75,13%) απέβησαν αρνητικές. Από τις θετικές η *Candida spp* αναλογούσε στο 1,87% (2 στις 107) για το 2015, στο 5% (4 στις 79) για το έτος 2016 και στο 8,63% (12 στις 139) για το έτος 2017. Επιπλέον παρατηρήθηκε στις περισσότερες περιπτώσεις συνύπαρξη καντινταϊμίων με σφηαιμίες από *Klebsiella pneumoniae* και *Acinetobacter baumannii* καθώς επίσης και από άλλα εντεροβακτηριακά που παρήγαγαν ΚΡC.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η καντινταϊμία αποτελεί πλέον μεγάλο ποσοστό στις σφηαιμίες και κυρίως στους ασθενείς της ΜΕΘ. Επιβάλλεται η σωστή επιδημιολογική επιτήρησή της καθώς αυξάνεται λιγγωδώς η επίπτωση της, ακόμη σε νοσοκομεία της περιφέρειας. Ο κίνδυνος πλέον είναι υπαρκτός και τείνει να προσομοιάσει στην πορεία των πολυανθεκτικών μικροβιακών στελεχών.

**133. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΕ ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ**

Μ. Κινδύνη<sup>1</sup>, Α. Φέρκε<sup>1</sup>, Ε. Βαμβακά<sup>1</sup>, Γ. Ντέτσκας<sup>2</sup>, Γ. Καρλής<sup>2</sup>, Δ. Κοζικόπουλου<sup>2</sup>, Ε. Παπαϊκονόμου<sup>2</sup>, Φ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Α. Χάσιου<sup>2</sup>, Ο. Καρίκη<sup>2</sup>, Κ. Πετρονικόλ<sup>2</sup>, Σ. Καραπαπάνη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ουρολοιμώξεις αποτελούν σοβαρές λοιμώξεις που χρειάζονται έγκαιρη αντιμετώπιση για τον περιορισμό τους με κατάλληλη εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή και τροποποίηση της ή όχι με βάση το αντιβιογράμμα. Σκοπός μας η ανάδειξη κινδύνου εμφάνισης σηψαιμιών από ουροπαθόγωνα μικροβιακά στελέχη που ανιχνεύθηκαν σε καλλιέργεια ούρων νοσηλευόμενων ασθενών που δεν θεραπεύτηκαν άμεσα με κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή.

**ΥΛΙΚΟ:** Για τις αιμοκαλλιέργειες εφαρμόστηκε η αυτοματοποιημένη μέθοδος Bactec και η ευαισθησία στα αντιβιοτικά ελέγχθηκε με τη μέθοδο διάχυσης δίσκων αντιβιοτικών κατά Kirby-Bauer. Σε όλους τους ασθενείς είχε ήδη γίνει εμβολιασμός ούρων σε MacConkey 3, αιματοχου και Sabouraud agar και επωάστηκαν σε κλίβανο 370C για ένα 24ωρο. Στη συνέχεια επι εμφάνισης αποικιών ουροπαθόγων στελεχών (>10<sup>5</sup> cfu/ml) έγινε ανίχνευση ανθεκτικότητας αντιβιοτικών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τις 1395 αιμοκαλλιέργειες που εξετάστηκαν οι 321 ήταν θετικές και από αυτές οι 14 (4,36%) συσχετιζόνταν με ουρολοιμώξη. Πιο αναλυτικά 6 ασθενείς εμφάνισαν στα ούρα και στο αίμα *Klebsiella pneumoniae* ποσοστό 5,5% των GRAM(-) θετικών αιμοκαλλιεργιών, 3 (2,7%) *E.coli*, 1 (0,9%) *Pseudomonas aeruginosa*, 1 (0,9%) *Proteus mirabilis*, 1 (0,9%) *Acinetobacter* spp, 1 *Enterococcus faecalis* ποσοστό 0,6% των GRAM(+) θετικών αιμοκαλλιεργιών, και 1 *Candida albicans* ποσοστό 4,5% των θετικών αιμοκαλλιεργιών με μύκητες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο κίνδυνος σηψαιμίας από μη έγκαιρη αντιμετώπιση ουρολοιμώξεων είναι υπαρκτός, ιδιαίτερα σε άτομα με συνοδά προβλήματα υγείας. Επιπροσθέτως η *Klebsiella pneumoniae* αποτελεί το κυριότερο παθογόνο σε αυτές τις περιπτώσεις με δεύτερο το *E.coli*. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι ο *Enterococcus faecalis* αποτελεί το κυριότερο ουροπαθόγωνα που συσχετίζεται με σηψαιμία από τα GRAM(+).

**135. ΑΡΧΕΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ**

Α. Καστελιανού<sup>1</sup>, Α. Σαλβαράκη<sup>1</sup>, Μ. Λουκά<sup>2</sup>, Α. Παπαναγιώτου<sup>2</sup>, Ε. Ασκοζυλάκης<sup>2</sup>, Ε. Ιωαννίδου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Νοσοκομείο Ρεθύμνου, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο έλεγχος της εμβολιαστικής κάλυψης όλου του προσωπικού του νοσοκομείου για 4 νοσήματα. Η καταχώρηση όλων των εργαζομένων σε μία βάση δεδομένων ως πρώτο βήμα στην παρέμβαση με σκοπό την καθολική κάλυψη του προσωπικού.

**ΥΛΙΚΟ:** Το 2015 δημιουργήθηκε μία βάση δεδομένων της Access και στη συνέχεια καταχωρήθηκαν τα δεδομένα εμβολιαστικής κάλυψης όλου του προσωπικού. Με επιθετική πολιτική της Επιτροπής Λοιμώξεων έγινε αντιγριπικός εμβολιασμός και εμβολιασμός για την ιλαρά καθώς και έλεγχος της ανοσιακής απάντησης στον εμβολιασμό για την ηπατίτιδα Β.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο αρχείο εμβολιασμών είναι καταγεγραμμένα 595 άτομα. Από αυτούς 531 είναι εν ενεργεία εργαζόμενοι, 124 ιατρικό προσωπικό, 196 νοσηλευτικό και 211 λοιπό προσωπικό. Παρακάτω φαίνεται η εμβολιαστική κάλυψη τον Ιανουάριο του 2018.

Εμβολιαστική κάλυψη προσωπικού για 4 νοσήματα				
531 άτομα	Γρίπη	Ιλαρά	Ηπατίτιδα Β	Τέτανος
Γαστροί	66%		22%	
Νοσηλευτές	47%		46%	
Σύνολο προσωπικού	51%	62%	33%	22%

Ανοσία στην Ιλαρά				
283 άτομα	Ιλαρά φυσική ανοσία	Ιλαρά 2 δόσεις εμβολίου	Ιλαρά 1 δόση εμβολίου	Σύνολο άνοσων
Σύνολο προσωπικού Γεννημένοι μετά το 1970	25%	29%	8%	62%

Ανοσία στην Ηπατίτιδα Β				
531 άτομα	1 δόση εμβολίου	2 δόσεις εμβολίου	3 δόσεις εμβολίου	Θετικά αντιδρώμενα για ηπατίτιδα Β
Σύνολο προσωπικού	2%	3,5%	28%	33%

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης για τη γρίπη και την ιλαρά αν και δεν είναι ικανοποιητικά ξεπερνούν κατά πολύ το μέσο όρο πανελληνίως που κινείται στο 20%. Η Επιτροπή Λοιμώξεων πολλές φορές παίζει το ρόλο του γιατρού εργασίας όπου αυτός δεν υπάρχει. Το αρχείο καταγραφής είναι το πρώτο βήμα για μία αποτελεσματική παρέμβαση στους εμβολιασμούς στο χώρο εργασίας.

**134. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2017 ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ**

Μ. Κινδύνη<sup>1</sup>, Α. Φέρκε<sup>1</sup>, Ε. Βαμβακά<sup>1</sup>, Χ. Ταμπάκης<sup>1</sup>, Γ. Ντέτσκας<sup>2</sup>, Γ. Καρλής<sup>2</sup>, Δ. Κοζικόπουλου<sup>2</sup>, Ε. Παπαϊκονόμου<sup>2</sup>, Φ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Α. Χάσιου<sup>2</sup>, Ο. Καρίκη<sup>2</sup>, Κ. Πετρονικόλ<sup>2</sup>, Δ. Βουλγαρόπουλος<sup>2</sup>, Σ. Καραπαπάνη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αυξανόμενη τάση ανθεκτικότητας της *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* και *S.aureus* MRSA δυσχεραίνει την διαχείριση λοιμώξεων τόσο στην ΜΕΘ όσο και σε σοβαρά περιστατικά των κλινικών. Παρουσιάζουμε τα δεδομένα συμμετοχής μας στο σχέδιο «Προκρούστης» για την επιτήρηση τέτοιων πολυανθεκτικών στελεχών.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήσαμε όλα τα πολυανθεκτικά παθογόνα που απομονώσαμε στο διάστημα 01/01/2017 έως και 31/12/2017. Στις αιμοκαλλιέργειες εφαρμόστηκε η αυτοματοποιημένη μέθοδος BACTEC. Η ευαισθησία στα αντιβιοτικά ελέγχθηκε με τη μέθοδο διάχυσης δίσκων αντιβιοτικών κατά Kirby-Bauer, ενώ ο έλεγχος γονιδίων αντοχής έγινε με τη μέθοδο αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) σε εργαστήριο αναφοράς για τις β-λακταμάσες KPC, VIM, NDM και bla OXA-48.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τις 643 καλλιέργειες αίματος που μελετήθηκαν οι θετικές ήταν 137 (21,3%) εκ των οποίων απομονώθηκαν Gram(+) κόκκοι στις 71 (51,8%) και Gram(-) βακτηρίδια στις 52 (38%) και μύκητες (10,2%). Από τους Gram(+) κόκκους οι 19 (26,7%) ταυτοποιήθηκαν σαν *S.aureus*, από τους οποίους 1 (5,2%) ήταν MRSA. Από τα Gram(-) βακτηρίδια σε 14 (27%) καλλιέργειες ταυτοποιήθηκε *Pseudomonas aeruginosa*, από τις οποίες μια εμφάνισε αντοχή έναντι των καρβαπεμενών, 14 (27%) *Klebsiella pneumoniae*, από τις οποίες 5 εμφάνιζαν αντοχή έναντι των καρβαπεμενών και 7 (13,46%) *Acinetobacter baumannii* από τα οποία 4 εμφάνιζαν αντοχή στις καρβαπενέμες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συγκριτικά με παλαιότερα στο νοσοκομείο μας παρατηρείται αυξημένη τάση απομόνωσης Gram(-) βακτηρίων και μυκήτων σε θετικές αιμοκαλλιέργειες. Επίσης παρατηρείται μια υπεροχή του *Acinetobacter baumannii* κυρίως και της *Klebsiella pneumoniae* όσον αφορά την ανθεκτικότητα τους στις καρβαπενέμες, έναντι της *Pseudomonas aeruginosa*. Η σωστή επιτήρηση και η έγκυρη ενημέρωση των κλινικών ιατρών βοηθάει πολύ στην ταχύτερη και ορθολογικότερη αντιμετώπιση των λοιμώξεων.

**136. IN VITRO ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ CEFTOLOZAN/TAZOBACTAM ΣΕ ΕΝΤΕΡΟΒΑΚΤΗΡΙΑΚΑ ΚΑΙ PSEUDOMONAS AERUGINOSA ΑΠΟ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ**

Α. Μαυροειδή<sup>1</sup>, Ε. Πάλλα, Κ. Ζούρλα, Ν. Σκρεπετού, Ε. Πλατσούκα  
Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας-Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της *in vitro* δραστηριότητας του νέου αντιβιοτικού ceftolozan/tazobactam σε εντεροβακτηριακά και *Pseudomonas aeruginosa* στελέχη με επιλογή, αντοχή στην κεφταζιδίμη από βακτηριαμίες κατά την περίοδο Ιανουάριος- Νοέμβριος 2017.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν ταυχυνότερα είδη εντεροβακτηριακών πλην της *Klebsiellapneumoniae*, και στελέχη *P. aeruginosa* από αιμοκαλλιέργειες, που επωάστηκαν στο σύστημα BACTEC™ 9240 (Becton Dickinson, USA). Τα στελέχη προέρχονταν από ασθενείς της ΜΕΘ (11,2%), των παθολογικών κλινικών (81,3%) και της χειρουργικής κλινικής (7,5%). Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος της ευαισθησίας στα αντιβιοτικά των στελεχών πραγματοποιήθηκε με Vitek-2-Compact Cards (Biomerieux, Marcy l'Etoile, France), ενώ ο έλεγχος ευαισθησίας στο ceftolozan/tazobactam (Zerboxa®) με ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης (MIC Test Strips, Liofilchem® s.r.l.). Ο φαινοτυπικός έλεγχος για την παραγωγή καρβαπενεμασών έγινε με συνδυασμό βορονικού οξέος/EDTA και δίσκο μεροπενέμης ή ιμιπενέμης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα ανθεκτικά στην κεφταζιδίμη (CAZ-R)ESBL-θετικά αποτελούσαν το 12% των *E. coli* στελεχών, ενώ η αντοχή στην κεφταζιδίμη ήταν: *P. mirabilis* (35,3%), *P. stuartii* (80%), *K. oxytoca* (75%) και *P. aeruginosa* (17%). Σύμφωνα με τα κριτήρια του CLSI για το ceftolozan/tazobactam, τα CAZ-R εντεροβακτηριακά(23) και CAZ-R ή/και ανθεκτικά καρβαπενέμες *P. aeruginosa* στελέχη(5) χαρακτηρίστηκαν:α) ευαίσθητα (14): 11 ESBL-θετικά *E. coli*, 2 *P. mirabilis*, 1 *P. aeruginosa*, β) μετριώς ευαίσθητα: 2 *P. mirabilis*, γ) ανθεκτικά (12): 3 *P. stuartii*, 2 *P. mirabilis*, 3 MBL-θετικά *K. oxytoca* και 4 MBL-θετικά *P. aeruginosa* στελέχη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το νέο αντιβιοτικό ceftolozan/tazobactam δύναται να χρησιμοποιηθεί για την θεραπεία βακτηριακών από ανθεκτικά στην κεφταζιδίμη εντεροβακτηριακά (κυρίως *E. coli*)και *P. aeruginosa* στελέχη, πλην αυτών που παράγουν καρβαπενεμάσες.

### 136Α. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΤΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΧΩΡΟ

Ε. Νιρίκος

Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: «Διεθνής Ιατρική-Διαχείριση Κρίσεων Υγείας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της κλιματικής αλλαγής στην επέκταση της ελονοσίας στον Ευρωπαϊκό χώρο. Διερευνήθηκαν διαφορετικά μοντέλα πρόβλεψης μεταβολών κλιματικής αλλαγής, η πλειοψηφία των οποίων επικεντρώνεται στην καταγραφή των μεταβολών στην τιμή της μέσης θερμοκρασίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Η μεθοδολογία εύρεσης βιβλιογραφικών αναφορών βασίστηκε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Αναζητήθηκαν άρθρα ανασκόπησης και μεμονωμένες κλινικές μελέτες, για την περίοδο των τελευταίων 10 ετών, στις οποίες περιλαμβάνονταν συγκεκριμένες λέξεις-κλειδιά (climate change, malaria, vector-borne diseases). Επιλέχθηκε ως κύρια γλώσσα συγγραφής η αγγλική και επιπρόσθετα η γαλλική λόγω συνάφειας του αντικείμενου στην διεθνή βιβλιογραφία. Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), του Τομέα Παρασιτολογίας, Εντομολογίας & Τροπικών Νόσων της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) και του Κέντρου Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΑ.Π.ΝΟ.).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα παρόντα βιβλιογραφικά ευρήματα αναφορικά με την επίδραση της κλιματικής αλλαγής στην διάδοση της ελονοσίας στον Ευρωπαϊκό χώρο κριθηκαν ως περιορισμένα και τα συμπεράσματα που εξήχθησαν ήταν διφορούμενα. Καταγράφηκαν περιπτώσεις θετικής ή αρνητικής επίδρασης της κλιματικής αλλαγής στην επέκταση της ελονοσίας, γεγονός που συνάδει προς την κατεύθυνση της βελτιστοποίησης συνδυαστικών μηχανιστικών και στατιστικών μοντέλων διερεύνησης κλιματικών μεταβλητών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι εγγενείς κλιματικές συνθήκες που επικρατούν στον Ευρωπαϊκό χώρο φαίνεται να σχετίζονται με μειωμένο βαθμό δεκτικότητα του νοσήματος της ελονοσίας. Οστόσο, η αύξηση της μέσης θερμοκρασίας συνεπάγεται την πιθανή διεύρυνση του πεδίου δράσης διαφόρων διαβιβατών εντός των Ευρωπαϊκών ορίων, καθώς νέα είδη θα εισάγονται από ενδημικές για την ελονοσία τροπικές χώρες. Ο άπωτερος στόχος θα πρέπει να είναι η διαμόρφωση ρεαλιστικών σεναρίων πρόληψης των μακροπρόθεσμων συνεπειών της κλιματικής αλλαγής.

### 138. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΝΔΡΩΝ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ

Ε. Κότσαλου<sup>1,2</sup>, Φ. Μπαμπάτσικου<sup>2</sup>, Α. Κότσαλος<sup>2</sup>, Ν. Δημακόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Κουτρί<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, <sup>2</sup>Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Υγείας, ΤΕΙ Αθηνών, <sup>3</sup>Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εμφάνιση οστεοπόρωσης (ΟΠΩ) στους άνδρες σχετίζεται με αρκετούς προδιαθεσικούς και ορμονολογικούς παράγοντες, ενώ ο ρόλος της ψυχικής τους υγείας στην οστική πυκνότητα (ΟΠ) του πληθυσμού αυτού δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Διεθνείς μελέτες ενοχοποιούν διάφορους μηχανισμούς για τη μείωση της ΟΠ στην κατάθλιψη (Κ), όπως η ενεργοποίηση υποθαλαμο-υποφυσιακού-επινεφριδιακού και συμπαθητικο-αδρενεργικού άξονα, η καταστολή του γοναδικού και σωματοτροπικού άξονα, τα υψηλά επίπεδα ιντερλευκίνης-6 και χαμηλά επίπεδα λεπτίνης. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της επίπτωσης της ΟΠΩ σε μεσήλικες άνδρες με Κ, σε σχέση με ψυχικά υγιείς άνδρες.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Με τη μέθοδο DEXA (διπλή απορροφησιμετρία ακτίνων Χ) μελετήσαμε την ΟΠ (Bone Mineral Density, BMD) της ΟΜΣΣ ή/και των μηριαίων οστών, 96 ανδρών της λευκής φυλής (μέσης ηλικίας 66±9έτη και body mass index (BMI): 30,2 ± 5,3). Οι εξεταζόμενοι χωρίστηκαν σε 2 ομάδες με κριτήριο τη συνύπαρξη (Ομάδα Α: n=43) ή όχι ιστορικού ψυχικής νόσου (Ομάδα Β: n= 54).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην ομάδα των ανδρών με ιστορικό ψυχικής νόσου (Ομάδα Α) η επίπτωση της ΟΠΩ ήταν 35% και της οστεοπενίας 39,5%, ενώ στην Ομάδα Β (ψυχικά υγιείς άνδρες) τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 9,3% και 48%. Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή ΟΠ μεταξύ Κ (m1: -1,72) και μη-Κ ανδρών (m2: -1,06) με p=0,02 και regression coefficient: -0,665.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε την βιβλιογραφικά αναφερόμενη στατιστικώς σημαντική μικρότερη μέση τιμή ΟΠ και την συνοδό αύξηση της επίπτωσης της ΟΠΩ στους άνδρες με Κ, συγκριτικά με ψυχικά υγιείς μάρτυρες. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ενδεχομένως υποκείμενες νευροορμονικές αλλαγές και ενισχύουν την άποψη ότι η ψυχική υγεία δρα προληπτικά στην εξέλιξη της μείωσης της ΟΠ.

### 137. ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗΣ ΕΚΦΥΛΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.

Χ. Κορός<sup>1</sup>, Ε. Ramos<sup>2</sup>, Χ. Κρούπης<sup>3</sup>, Χ. Φλώρου-Χατζηγιαννίδου<sup>3</sup>, Β. Παπαστεφανοπούλου<sup>2</sup>, Ν. Ανδρονάς<sup>1</sup>, Σ. Μάστη<sup>1</sup>, Ι. Μπεράτης<sup>1</sup>, D. Dokuru<sup>2</sup>, V. Van Berlo<sup>2</sup>, K. Wojta<sup>2</sup>, Q. Wang<sup>2</sup>, Α. Μπανάκης<sup>1</sup>, Β. Miller<sup>4</sup>, S. Lee<sup>4</sup>, Μ. Σταμέλου<sup>1,5</sup>, Α. Στεφανής<sup>1,6</sup>, Ι. Παπατριανταφύλλου<sup>1</sup>, G. Coppola<sup>2</sup>, Σ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Ανοιών & Γνωστικών Λειτουργιών, Β' Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>2</sup>Department of Psychiatry and Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, David Geffen School of Medicine, University of California Los Angeles, Los Angeles, CA, USA., <sup>3</sup>Εργαστήριο Βιοχημείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>4</sup>Memory and Aging Center, Department of Neurology, University of California, San Francisco, CA, USA., <sup>5</sup>Μονάδα Κινητικών Διαταραχών, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα, <sup>6</sup>Α' Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μετωποκροταφική εκφύλιση (FTD) αποτελεί μια ετερογενή ομάδα νευροεκφυλιστικών νοσημάτων που έχουν συσχετιστεί με αρκετά παθολογικά γονίδια. Παρά το γεγονός αυτό, δεν έχουν πραγματοποιηθεί μεγάλης κλίμακας μελέτες σχετικά με το γενετικό υπόβαθρο της μετωποκροταφικής εκφύλισης στον ελληνικό πληθυσμό. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο καθορισμός της συχνότητας των παθολογικών γονιδίων σε μια σειρά 118 Ελλήνων ασθενών με παθήσεις του φάσματος της μετωποκροταφικής εκφύλισης.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 118 ασθενείς με παθήσεις του φάσματος της FTD [μετωπιαία παραλλαγή FTD (bvFTD), σημασιολογική άνοια (svFTD), πρωτοπαθής μη ρέουσα αφασία (PNFA), μετωποκροταφική άνοια με νόσο του κινητικού νεύρου (FTD-ALS), προοδευτική υπερπυρηνική πάρεση (PSP), φλοιοβασικό σύνδρομο (CBS)]. Όλοι οι ασθενείς ελέγχθηκαν τόσο για τον αριθμό επαναλήψεων στο γονίδιο C9orf72 όσο και για μεταλλάξεις σε συνηθισμένα παθολογικά γονίδια (MAPT, GRN, TARDBP, FUS, and APP, PSEN1, PSEN2). Επίσης εξετάστηκαν για νέες παραλλαγές με πιθανή παθολογική δράση σε 21 επιπρόσθετα γονίδια τα οποία έχουν συσχετιστεί με FTD ή και ALS.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παθολογικές ή πιθανά παθολογικές παραλλαγές βρέθηκαν σε 16 περιπτώσεις, με συχνότητα που αντιστοιχεί στο 13.6% των ελεγχθέντων σε αυτή τη σειρά. Παθολογική επέκταση στο γονίδιο C9orf72 ανευρέθησαν σε 6 ασθενείς, μεταλλάξεις στο γονίδιο της προγραμωλίνης (GRN) με απώλεια λειτουργικότητας σε 5 ασθενείς ενώ πιθανά παθολογικές μεταλλάξεις στο γονίδιο TARDBP σε 3 ασθενείς και για καθένα από τα γονίδια MAPT και PSEN1 σε 1 ασθενή αντίστοιχα. Επίσης ανιχνεύθηκαν 14 παραλλαγές άγνωστης σημασίας σε σπάνια γονίδια που σχετίζονται με FTD ή/και ALS για να καθοριστεί η σημασία των οποίων απαιτείται περαιτέρω ανάλυση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο γενετικός έλεγχος για το υπόβαθρο της μετωποκροταφικής άνοιας απεκάλυψε ένα υψηλό φορτίο σε ασθενείς με θετικό οικογενειακό ιστορικό (30.4%), ενώ μόνο 2 από τις ποσοδικές περιπτώσεις (ποσοστό 3.5%) έφερε κάποιο πιθανό παθολογικό γονίδιο. Όπως προκύπτει από παρόμοιες μελέτες, σε ένα σημαντικό ποσοστό οικογενών δεν είναι δυνατή η ανεύρεση κάποιας παθολογικής μετάλλαξης, γεγονός που υποδεικνύει την ύπαρξη επιπρόσθετων άγνωστων ακόμη γονιδίων που εμπλέκονται στην μετωποκροταφική εκφύλιση.

### 139. ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΕΙΔΙΚΥΜΕΝΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΔΙΑΘΗΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

Π. Βοσκού<sup>1</sup>, Α. Δουζένης<sup>2</sup>, Ι. Μπεράτης<sup>3</sup>, Α. Οικονόμου<sup>4</sup>, Σ. Παπαγεωργίου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Α' Νευρολογική Κλινική, 'Αιγινήτειο' Νοσοκομείο, <sup>2</sup>Β' Ψυχιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. 'Αττικόν', <sup>3</sup>Β' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. 'Αττικόν', <sup>4</sup>Τμήμα Φιλοσοφικής, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην καθημερινή πρακτική, είναι πλέον συχνό για τον κλινικό να προβαίνει σε αξιολόγηση της ικανότητας σύνταξης διαθήκης ενός ατόμου και να πραγματοποιεί πραγματογνωμοσύνες, ιδίως σε περιπτώσεις προσβολής διαθήκης. Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η δημιουργία ενός σύνταμο, εξειδικευμένου εργαλείου για την αξιολόγηση της ικανότητας σύνταξης διαθήκης σε ασθενείς με άνοια.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναπτύξαμε ένα εργαλείο σύνταμο, αποτελούμενο από 4 μέρη που αξιολογούν τις κύριες λειτουργίες του ατόμου που απαιτούνται για την ικανότητα σύνταξης διαθήκης: μνήμη (προσανατολισμός, αυτοβιογραφική και ρεαλιστική αντίληψη των δικαιούχων/ωφελούμενων), έλλειψη οξείας ψυχοπαθολογίας, γνώση οικονομικών παραμέτρων (αξία προϊόντων και περιουσιακών στοιχείων, λογαριασμών) και πρόθεση/κρίση (βινέτες/σενάρια, παράδειγμα θεωρίας του von).

Για την στάθμιση του, εξετάσαμε 64 ασθενείς από το Ιατρείο Συμπεριφορικής Νευρολογίας και Νευροψυχολογίας της Β' Νευρολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η εκτίμηση των ασθενών από τον Ειδικό Ψυχιατροδικαστή χρησιμοποιήθηκε ως το gold standard για την αξιολόγηση της ικανότητας σύνταξης διαθήκης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 64 συμμετέχοντες, οι 39 κριθηκαν από τον Ειδικό ως ικανοί για σύνταξη διαθήκης, ενώ οι 25 ως μη ικανοί. Για τη συνολική κλίμακα (μέγιστο σκορ το 48), ο καλύτερος συνδυασμός ευαισθησίας (82.6%) και ειδικότητας (100%) προέκυψε από ένα cut-off score 32/33. Η Cronbach alpha ανάλυση κατέδειξε υψηλά επίπεδα εσωτερικής συνοχής για την κλίμακα (α=0.86), ενώ οι point-biserial συντελεστές συσχέτισης κατέδειξαν υψηλά επίπεδα criterion-related εγκυρότητας (r<sub>s</sub>=0.797, p<0.001).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το νέο εργαλείο είναι μία αξιόπιστη, σύντομη μέθοδος για την εκτίμηση της ικανότητας σύνταξης διαθήκης, δεν απαιτεί ειδική εκπαίδευση για τη χορήγηση του και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο από ειδικούς όσο και από μη ειδικούς στην κλινική πρακτική.



### 140. ΤΑΧΕΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗ ΑΝΟΙΑ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ 5 ΕΤΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ

Π. Σταματέλος<sup>1</sup>, Π. Τσαγκλή<sup>1</sup>, Χ. Λιαντινιώτη<sup>1</sup>, Ι. Φίλης<sup>1</sup>, Χ. Γιαβάση<sup>1</sup>, Μ. Μπρέγιαννη<sup>1</sup>, Α. Φόσκα<sup>1</sup>, Ρ. Αντωνέλου<sup>1</sup>, Μ. Παπαθανασίου<sup>2</sup>, Α. Μπανάκης<sup>1</sup>, Χ. Αρβανίτη<sup>1</sup>, Γ. Τσιβούλης<sup>3</sup>, Λ. Στεφανής<sup>3</sup>, Κ. Βουμβουράκης<sup>1</sup>, Σ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Β' Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>2</sup>Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>3</sup>Α' Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αιγινήτειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ως ταχέως εξελισσόμενη άνοια (ΤΕΑ) ορίζεται κάθε ανοϊκή συνδρομή που εξελίχθηκε σε λιγότερο από 1 με 2 χρόνια (βιβλιογραφικά το όριο παραμένει ασαφές). Η διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών αυτών είναι ιδιαίτερη, διότι περιλαμβάνει ποικίλα δυνητικά θεραπεύσιμα αίτια.

**ΥΛΙΚΟ:** Εντοπίσαμε 63 ασθενείς που εισήχθησαν στην κλινική μας κατά τα έτη 2012-2017 με ένδειξη «ΤΕΑ». Με όριο του 18 μήνες μελετήσαμε 49 ασθενείς (Μέση Ηλικία 63 έτη, Γυναίκες 29-Άνδρες: 20).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στα αίτια περιλαμβάνονται (Ν.%):

- Εκφυλιστικά νοσήματα (23, 47%: Άνοιες με παρκινσονισμό- 10, Μετωποκρατική Άνοια- 7, Νόσος Αλτσχάιμερ- 6)
- Σπογγώδης Εγκεφαλοπάθεια (9, 18%)
- Αγγειακές Άνοιες (6, 12%)
- Φλεγμονώδεις-Αυτοάνοσες Εγκεφαλοπάθειες (6, 12%: Μη νεοπλασματικές- 3, Νεοπλασματική- 1, Μεταλοιδώδης- 1, Λοιμώδης- 1)
- Υδροκέφαλος Φυσιολογικής Πίσης (2, 4%)
- Καταθλιψη (1, 2%)
- Λέμφωμα με προσβολή Κ.Ν.Σ. (1, 2%)
- Κατάχρηση βενζοδιαζεπινών (1, 2%)

Εως την εκδήλωση άνοιας μεσολάβησαν 10 μήνες στις εκφυλιστικές παθήσεις και 5 στις μη εκφυλιστικές. Στην κλινική εικόνα προεξήρχαν διαταραχές μνήμης (47%), διαταραχές συμπεριφοράς-συναίσθηματος (43%), ασαφείς διαταραχές (20%), οξεία συχνητή κατάσταση (18%) και απραξία (10%). Ιδιαίτερα χρήσιμες διαγνωστικές εξετάσεις ήταν το Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, η Μαγνητική Τομογραφία Εγκεφάλου, η Οσφυονωτιαία Παρακέντηση (μέτρηση δεικτών νευροεκφύλισης, πρωτεΐνης 14-3-3) και ο προσδιορισμός αντινευρωνικών αυτοαντισωμάτων στον ορό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:**

- ΤΕΑ εμφανίστηκε κυρίως σε μικρή ηλικία (προγεροντική άνοια)
- Διαταραχές συμπεριφοράς και μνήμης εμφάνισαν παρόμοια συχνότητα και κυριαρχούσαν στην κλινική εικόνα.
- Εκφυλιστικές παθήσεις ήταν συχνό αίτιο ΤΕΑ με βραδύτερη εξέλιξη συγκριτικά με μη εκφυλιστικές.
- Τα δευτεροπαθή αίτια παρουσίασαν σημαντική συχνότητα (η διάγνωση τους έχει διευκολυνθεί με τη χρήση νέων τεχνικών).
- Απουσιάζουν δευτεροπαθή αίτια (όγκοι, αιματώματα κ.α.) που διαπιστώνονται πλέον σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια κέντρα.

### 142. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΔΙΕΘΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Μ. Κούκου<sup>1</sup>, Β. Σμυρνιώτη<sup>2</sup>, Ν. Αρκαδόπουλος<sup>2</sup>, Ε. Γράψα<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Δ' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>3</sup>Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αρεταίειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι η αποτίμηση του κόστους Αιμοκάθαρσης στην περίοδο της οικονομικής κρίσης σε σχέση με τα διεθνή δεδομένα.

**ΥΛΙΚΟ:** Καταγράψαμε τα χαρακτηριστικά καθώς και το συνολικό κόστος θεραπείας ενός δείγματος 2.586 ατόμων που υποβάλλονται σε Αιμοκάθαρση. Το συνολικό κόστος περιλαμβάνει τη διαδικασία, τα αναλώσιμα, τα φάρμακα, τις εργαστηριακές ή μη εξετάσεις, το επίδομα σίτισης και το κόστος μεταφοράς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος όρος ηλικίας προσδιορίστηκε στα 68,7±14,1 έτη (63,7% άνδρες), και 66,3±13,2 έτη (49,4% άνδρες) για την Τσεχία έως 68,9±15 έτη (58,8% άνδρες) για τη Γαλλία. Στην Ελλάδα η πιο κοινή αιτία νεφρικής νόσου τελικού σταδίου για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε Τεχνητό Νεφρό είναι η «άγνωστη αιτία» με 33,02%. Παρόμοια είναι η κατάσταση στην Ισπανία (30,3%), Ιταλία (30,3%), Ουγγαρία (41,7%), Πολωνία (25,8%) και Πορτογαλία (28,1%). Το μέσο ετήσιο κόστος Αιμοκάθαρσης ανά ασθενή βασιζόμενοι στα στοιχεία των μονάδων από το Βέλγιο, τη Γερμανία, την Ολλανδία, την Αγγλία και τη Γαλλία, υπολογίστηκε ότι ανέρχεται στα 66.212€, 44.575€, 65.739€, 29.322€ και 53.758€ αντίστοιχα, ενώ στην Ελλάδα υπολογίστηκε στα 39.800€ για τα δημόσια νοσοκομεία. Στο Βέλγιο και τη Γερμανία, υπάρχει όριο στον αριθμό των εξετάσεων που μπορούν να εκτελεστούν ανά μήνα, ενώ σε καμία από τις προηγούμενες χώρες δεν περιλαμβάνεται το ετήσιο κόστος των φαρμάκων, τα οποία χορηγούνται από το στόμα, με εξαίρεση τις ΗΠΑ, όπου τα φάρμακα περιλαμβάνονται στο κόστος αιμοκάθαρσης, ξεκινώντας από το 2014.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο πληθυσμός των ασθενών σε Αιμοκάθαρση στη χώρα μας παρουσιάζει κοινά χαρακτηριστικά με τους ασθενείς άλλων χωρών όσον αφορά την ηλικία το φύλο και τη βασική αιτία τελικού σταδίου, όμως το κόστος θεραπείας φαίνεται να είναι πολύ χαμηλότερο γεγονός που συμβαδίζει με την οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα των τελευταίων ετών.

### 141. Η ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΔΗΓΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ Η ΝΟΣΟ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ

Π. Σταματέλος<sup>1</sup>, Ι. Μπεράτης<sup>1</sup>, Δ. Παύλου<sup>2</sup>, Σ. Φραγκιαδάκη<sup>1</sup>, Δ. Κονταξοπούλου<sup>1</sup>, Α. Οικονόμου<sup>3</sup>, Λ. Στεφανής<sup>4</sup>, Γ. Γιαννής<sup>2</sup>, Σ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Μονάδα Νοητικών Διαταραχών/Ανοιών, Β' Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>2</sup>Τομέας Μεταφορών και Συγκοινωνιακής Υποδομής, Ε.Μ.Π., <sup>3</sup>Τμήμα Ψυχολογίας ΕΚΠΑ, <sup>4</sup>Α' Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αιγινήτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η οδηγική ικανότητα των ασθενών με νευροεκφυλιστικές παθήσεις επηρεάζει την αυτονομία των ατόμων και αποτελεί ζήτημα δημόσιας υγείας. Εξετάσαμε την αντίληψη των ίδιων των ασθενών ως προς την οδηγική τους ικανότητα και τις οδηγικές τους συνθήκες, μέσα από τις απαντήσεις σε ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε τις απαντήσεις 78 ασθενών με νευροεκφυλιστικές παθήσεις: 58 με Ήπια Γνωσιακή Έκπτωση- MCI (38 Άνδρες -20 Γυναίκες, Μέση ηλικία 69 έτη), 20 με ήπια Άνοια της Νόσου Αλτσχάιμερ- AD (20 Άνδρες, Μέση ηλικία 74 έτη) και 84 υγιών ατόμων (43 Άνδρες-41 Γυναίκες, Μέση ηλικία 50 έτη). Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν εξετάζουν τις εξής παραμέτρους: οδηγικές δεξιότητες, οδήγηση υπό συγκεκριμένες συνθήκες και μεταβολή κατά την τελευταία πενταετία, οδήγηση με απόσπαση προσοχής και συμπεριφορά κατά την οδήγηση.

**ΕΥΡΗΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς και των δύο ομάδων (AD, MCI) αναγνωρίζουν αυξημένη δυσκολία (συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου) κατά την τελευταία πενταετία στην οδήγηση υπό συγκεκριμένες συνθήκες (νύχτα, βροχή, άγνωστες διαδρομές, αυτοκινητόδρομοι, μεγάλες αποστάσεις). Οι ασθενείς με AD οδηγούν σπανιότερα υπό τις προαναφερθείσες συνθήκες εν συγκρίσει με τους υγιείς συμμετέχοντες, ενώ η συχνότητα οδήγησης των ατόμων με MCI δεν διαφέρει από αυτή των μαρτύρων. Όμως, δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ υγιών και ασθενών ως προς την υποκειμενική αντίληψη των οδηγικών τους δεξιοτήτων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι ασθενείς, αν και δεν παραδέχονται έκπτωση των οδηγικών δεξιοτήτων τους, φαίνεται ότι αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες τους υπό απαιτητικές συνθήκες και αντισταθμιστικά αποφεύγουν να οδηγούν υπό αυτές τις συνθήκες. Αυτό είναι σημαντικό και υποδεικνύει την ανάγκη αντικειμενικής αξιολόγησης της οδηγικής ικανότητας των ασθενών με διαταραχές μνήμης (έστω και ήπιες) και αναπροσαρμογής των ερωτηματολογίων αυτοαξιολόγησης.

### 143. ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΜΑΚΡΟΥ ΜΗ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΟΥ RNA 01187 ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

Θ. Μανωλάκου<sup>1</sup>, Β. Καλτεζιώτη<sup>1</sup>, Ε. Αρβανίτη<sup>1</sup>, Χ. Γακιοπούλου<sup>2</sup>, Π. Καββαδάς<sup>3</sup>, Χ. Χατζηαντωνίου<sup>3</sup>, Μ. Banas<sup>4</sup>, S. Reichert-Wurm<sup>4</sup>, M. Lindenmeyer<sup>5</sup>, C. Cohen<sup>5</sup>, P. Boor<sup>6</sup>, S. Djundjaj<sup>6</sup>, Α. Χαρώνης<sup>1</sup>, Π. Πολίτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ιδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, <sup>2</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΕΚΠΑ, <sup>3</sup>INSERM UMRS 1155, Tenon Hospital, Paris, <sup>4</sup>Department of Nephrology, University Hospital of Regensburg, Regensburg, <sup>5</sup>Nephrology Center, Medical Clinic and Polyclinic IV, University of Munich, Munich, <sup>6</sup>Institute of Pathology, RWTH, Aachen

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τεχνικές αλληλούχισης νέας γενιάς αποκάλυψαν ότι η πλειονότητα του ανθρώπινου γονιδιώματος (>80%) μεταγράφεται και δεν μεταφράζεται, μέρος δε των μεταγράφων ανήκουν στην κατηγορία μακρών μη κωδικοποιών RNAs (lncRNAs), που έχουν σημαντικό παθοφυσιολογικό ρόλο. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο εντοπισμός lncRNAs με σημαντικό ρόλο σε νεφροπάθειες.

**ΥΛΙΚΟ:** Απομονώθηκε DNA και RNA από πειραματικά μοντέλα νεφροπαθειών. Απομονώθηκε RNA από ασθενείς με νεφροπάθειες και από υγιείς. Χρησιμοποιήθηκε υλικό από νεφροκτομίες και τεχνικές PCR και υβριδισμού in situ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με βάση δημοσιευμένες μας μελέτες σχετικά με lncRNAs σε μοντέλα νεφροπάθειας ποντικού έγινε σύγκριση των γονιδίων lncRNAs μεταξύ ποντικού και ανθρώπου, επιλέχθηκαν για μελέτη όσα συνδύαζαν νεφρο-ιστοειδική έκφραση και συντήρηση στον υποκινητή, και επικεντρώθηκε η μελέτη στο linc01187, για το οποίο αποτελέσματα σε νεφροπάθειες ποντικού έδειχναν σημαντική μείωση της έκφρασης. Το linc01187 βρέθηκε με μειωμένη έκφραση σε ανθρώπινα δείγματα από νεφροπαθείς και σε δεδομένα της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Νεφρικού Ιστού (Μόναχο, Γερμανία). Μελέτες υβριδοποίησης in situ, χρησιμοποιώντας υγιή και παρακείμενο καρκινικό νεφρικό ιστό, έδειξαν έκφραση του linc01187 σε επιμήκη περι-σπειραματικά, και περι-σπληνικά κύτταρα και σε ορισμένα σπειραματικά κύτταρα στον υγιή ιστό, αλλά πλήρης έλλειψη έκφρασης στο γειτονικό παθολογικό ιστό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μείωση της έκφρασης του linc01187 σε παθολογικές καταστάσεις στο νεφρό πιθανόν υποδηλώνει ένα σημαντικό ρόλο του μορίου αυτού στην παθοφυσιολογία του νεφρού και το καθιστά υποψήφιο διαγνωστικού δείκτη.



## 144. ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΟ ΝΕΦΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

Ε. Κότσαλου<sup>1</sup>, Α. Κότσαλο<sup>2</sup>, Χ. Κότσαλο<sup>2</sup>, Γ. Μπαζιγός<sup>2</sup>, Ν. Δημακόπουλος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, <sup>2</sup>Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η κριτική στένωση των νεφρικών αρτηριών (ΝΑ) ευθύνεται για την εμφάνιση ανθεκτικής υπέρτασης νεφρογενούς αιτιολογίας, με την τελευταία να αποτελεί περίπου το 1-3% των αιτιών υπέρτασης. Μη έγκαιρη αντιμετώπιση της μπορεί να οδηγήσει και σε σοβαρή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και νεφρική ανεπάρκεια.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε 21 περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική ΝΑ κατόπιν παθολογικού διαγνωστικού δυναμικού σπινθηρογραφήματος νεφρών με 99m-TcDTPA. Μετά 6 μήνες από την ενδοαυλική αντιμετώπιση της στένωσης όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν εκ νέου σε σπινθηρογραφικό έλεγχο προκειμένου να αξιολογηθούν και λειτουργικά τα αποτελέσματα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατόπιν σύγκρισης της φάσης αιματικής ροής πριν και μετά την αγγειοπλαστική παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της αιματικής ροής στις πάσχουσες ΝΑ (mean 257 counts/pixel vs 546 counts/pixel). Η σχετική συμμετοχή στην υπάρχουσα νεφρική λειτουργία του πάσχοντος νεφρού παρουσίασε στατιστικά ενδεικτική βελτίωση κατά 14% (p<0.10) στο 63% των περιπτώσεων, πιθανώς ενδεικτική της σταδιακής και κατά περίπτωση αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε την ανάγκη άμεσης αποκατάστασης της στένωσης της ΝΑ προς αποφυγή μόνιμης νεφρογενούς βλάβης, καθώς και την αξία του ραδιενεργού νεφρογράμματος για τον λειτουργικό έλεγχο του επεμβατικού αποτελέσματος.

## 146. Η ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΠΡΟΑΠΑΙΤΕΙ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΟΛΟΔΥΝΑΜΩΝ ΒΛΑΣΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Κ. Παπα<sup>1,2</sup>, Α. Πολύζος<sup>3</sup>, Μ. Θεοδωροπούλου<sup>4</sup>, Π. Μπάγκος<sup>4</sup>, Σ. Μωραϊτή<sup>5</sup>, Δ. Λουτράδης<sup>1</sup>, Ν. Ανάγνου<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, <sup>3</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, <sup>4</sup>Κέντρο Βασικής Έρευνας, Ελληνικό Κέντρο Γονιδιακής, <sup>5</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, <sup>6</sup>Τμήμα Επιστήμης Υπολογιστών και Βιοιατρικής Πληροφορικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λαμία, <sup>7</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα., <sup>8</sup>Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Όλοι οι τύποι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είτε παρουσία (+), είτε απουσία (-) του ιού HPV, συνοδεύονται από διαταραχές του κυτταρικού κύκλου. Εντούτοις, οι ακριβείς κυτταρικές διεργασίες που επηρεάζονται, και η χρονική αλληλουχία των μοριακών γεγονότων που επισυμβαίνουν, παραμένουν αδιευκρίνιστοι. Προς τον σκοπό αυτό, χρησιμοποιήσαμε in vitro και in vivo μοντέλα καρκίνου τραχήλου μήτρας, για να 1) διερευνήσουμε τη γονιδιακή και μεταγραφική επίπτωση της παρουσίας ή της απουσίας του HPV, σε τρεις καρκινικές κυτταρικές σειρές, σε σύγκριση με μία φυσιολογική σειρά, και να 2) επιβεβαιώσουμε περαιτέρω τις επιπτώσεις αυτές σε κληκικά δείγματα φυσιολογικών, προκαρκινικών (CIN3) και καρκινικών σταδίων.

**ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Πραγματοποιήθηκε επιηλούση DNA επόμενης γενιάς (NGS), τόσο του συνόλου των εξωνίων (Whole genome sequencing-WGS) του γενομικού DNA, όσο και ολόκληρο του μιτοχondριακού DNA, καθώς και πλήρης αλληλούχηση του κυτταροπλασματικού και μιτοχondριακού RNA (RNA-seq) σε μία φυσιολογική κυτταρική σειρά τραχήλου μήτρας (HCKIT1), σε μία HPV (-) σειρά C3A, και σε δύο HPV (+) κυτταρικές σειρές HeLa [HPV18+] και SiHa [HPV16+], και σε 12 κληκικά δείγματα φυσιολογικών, προκαρκινικών (CIN3) και καρκινικών σταδίων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αλληλούχηση των εξωνίων τεκμηρίωσε εκτεταμένες μεταβολές κέρδους (gain) ή απώλειας (loss) στον αριθμό των αντιγράφων των γονιδίων, με χαρακτηριστική υπογραφή για κάθε καρκινική σειρά. Ειδικότερα, η σειρά SiHa ενέφαινε ηυξημένο αριθμό αντιγράφων (496), ενώ η C3A και η HeLa περιείχαν κυρίως απώλειες αντιγράφων σε πολυάριθμα γονίδια (434 και 230, αντίστοιχα). Η ολοκληρωμένη ανάλυση των δεδομένων της αλληλούχησης του RNA με χρήση προηγμένων βιοπληροφορικών μεθοδολογιών, ανέδειξε ένα σύνολο 2,122 διαφορικά εκφραζόμενων γονιδίων και στις τρεις καρκινικές σειρές, με 46 κοινά γονίδια με αύξηση ή μείωση (upregulation) και 124 κοινά γονίδια με μείωση ή απουσία (downregulation). Περαιτέρω, το ποσοστό και το είδος των απορρυθμιμένων κοινών βιολογικών διεργασιών και των οδών σηματοδότησης και για τις HPV (-) και HPV (+) σειρές, υπέρθε κανό. Οι κύριοι απορρυθμιμένοι οδοί σηματοδότησης, περιλάμβαναν τις αλληλεπιδράσεις υποδοχών με εκκυττάρια θέλμια ούρα (ECM), ενώ όσον αφορά τις βιολογικές διεργασίες, περιλάμβαναν την κυτταρική προκώληση και την ανάπτυξη της επιδερμίδας. Η αλληλούχηση RNA τεκμηρίωσε επίσης τις κρίσιμες ενσωμάτωσής του ιού HPV18 και HPV16 στο χρωμόσωμα 8 και 13, αντίστοιχα. Περαιτέρω, η διερεύνηση των προτύπων αυτών έκφρασης με εκείνα των τριών τύπων γυναικολογικού καρκίνου προηγούμενης μελέτης μας (PLOSone 10:e0142229, 2015), ανέδειξε μία σημαντική συσχέτιση, και ειδικότερα με εκείνη της σειράς C3A. Προκειμένου να αποκτισσουμε καλύτερη γνώση για τα διαδοχικά γεγονότα της καρκινογένεσης, θέλησαμε να επιβεβαιώσουμε τα ανωτέρω δεδομένα σε κληκικά δείγματα φυσιολογικών, προκαρκινικών (CIN3) και καρκινικών σταδίων. Ο καθορισμός των προτύπων έκφρασης των CIN3 και καρκινικών σταδίων, έδειξε ότι κατά την εξέλιξη της επιδερμίδας. Η αλληλούχηση RNA τεκμηρίωσε επίσης τις κρίσιμες ενσωμάτωσής του ιού HPV18 και HPV16 στο χρωμόσωμα 8 και 13, αντίστοιχα. Περαιτέρω, τα δεδομένα της ανάλυσης των μεταγραφικών παραγόντων που εφεζόνται στην καρκινογένεση, τεκμηρίωσαν ότι τα δύο στάδια εμφανίζουν ελάχιστες ομοιότητες. Ειδικότερα, η σύγκριση ενός ομάδος μεταγραφικών ρυθμιστών που συνδέονται με την ολοδυναμία (pluripotency) των βλαστικών κυττάρων (SOX2, POUI5F1), μεταξύ CIN3 και καρκίνου, ανέδειξε εμπλουτισμό 116 γονιδίων ολοδυναμίας με αύξηση στο στάδιο CIN3, σε αντίθεση με μόνον 5 στο καρκινικό στάδιο, υποδηλώνοντας την εγκιβότωση ενός φαινοτύπου βλαστικού κυττάρου, στο προκαρκινικό στάδιο, το οποίο δυνητικά οδηγεί στο καρκινικό στάδιο. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ανωτέρω συνδυαστικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η παρουσία του ιού HPV στα επιθηλιακά κύτταρα του τραχήλου της μήτρας, αρχικά οδηγεί στην απορύθμιση γονιδίων τα οποία ελέγχουν την διακυττάρια επικοινωνία και την κυτταρική προκώληση, ενώ η μεταγραφική ανάλυση του προκαρκινικού σταδίου ανέδειξε για πρώτη φορά την εγκιβότωση ενός φαινοτύπου βλαστικού κυττάρου, πριν την εξέλιξη του σε καρκινικό κύτταρο. Τα δεδομένα αυτά προσφέρουν την δυνατότητα σχεδιασμού νέων πρώιμων στοχευμένων θεραπευτικών στρατηγικών.

## 145. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΙΔΙΟΤΗΤΩΝ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΕΧΙΝΗΣ-ΛΥΣΙΝΗΣ ΣΕ ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥ

Η. Κατσουλιέρη<sup>1</sup>, Α. Canas-Rodriguez<sup>1</sup>, J. Krzytyniak<sup>1</sup>, H. May<sup>2</sup>, P. Niebes<sup>2</sup>, P. Sonveaux<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Louvain (UCL Medical School, Brussels, Belgium), <sup>2</sup>VALORE SA, Senefle, Belgium

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το μιτοχondριακά παραγόμενο υπεροξειδίο ανιών πρόσφατα αναγνωρίστηκε ως υπεύθυνο για την εφόρμηση δευτερογενών εστιών καρκινικών όγκων, τις μεταστάσεις. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η αξιολόγηση των προστατευτικών ιδιοτήτων ενός νεο-πατενταρισμένου αντιοξειδωτικού συμπλέγματος κατεχίνης-λυσίνης [(+)-Cat:lys], κατά του μεταστατικού φαινοτύπου καρκινικών κυττάρων.

**ΥΛΙΚΟ:** Τα επίπεδα κυτταροτοξικότητας προσδιορίστηκαν με άμεσες μετρήσεις κυτταρικού πληθυσμού (Spectramax). Η in vitro μεταστατική ικανότητα προσδιορίστηκε χρησιμοποιώντας δοκιμές μετανάστευσης (migration) και εισβολής (invasion) καρκινικών κυττάρων σε βιομεμβράνες. Οι υποκείμενοι μοριακοί μηχανισμοί προσδιορίστηκαν με τεχνικές ανοσοασπίωσης κατά γνωστών μεταστατικών βιοδεικτών και δεικτών κυτταρικού πολλαπλασιασμού. Η δράση της (+)-Cat:lys έναντι της μεταστατικής ικανότητας in vivo αξιολογήθηκε με διεξαγωγή πειραμάτων ορθοπνευμονικής έγχυσης ανθρώπινων καρκινικών κυττάρων μαστού (GFP-tagged) στους μαστικούς αδένες ανοσοκατασταμένων μυών και ακόλουθη βιοφωταυειακή ανάλυση δευτερογενών καρκινικών εστιών σε πνεύμονες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η δράση του συμπλέγματος (+)-Cat:lys στις καρκινικές σειρές είναι χρόνο- και δόσο- εξαρτώμενη, με μέση μέγιστη ανεκτή συγκέντρωση την 100 μmol/L για 24-72h. Σε αυτή τη συγκέντρωση, το συμπλέγμα μειώνει τη μετανόσωση και εισβολή των κυττάρων σε βιομεμβράνες κατά 50%. Οι επηρεαζόμενοι μοριακοί μηχανισμοί αφορούν μονοπάτια υπεύθυνα για πολλαπλασιασμό (αυξημένη ενεργότητα των p38 και p53), στρες ενδοπλασματικού δικτύου (αυξημένα επίπεδα GRP78) και μετάσταση (μειωμένα επίπεδα ryk2 και SNAIL). Παρόμοιες μοριακές αλλαγές παρατηρούνται και στους πρωτογενείς όγκους που αναπτύχθηκαν στους αδένες των πειραματοζώων που έλαβαν (+)-Cat:lys, όπου επιπλέον παρατηρούνται αυξημένοι οι αποπτωτικοί δείκτες οξείσης PARP και Casp-3. Οι μύες στους οποίους χορηγήθηκε το σύμπλεγμα, παρουσίαζαν μειωμένα ποσοστά πνευμονικών μεταστάσεων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ανωτέρω αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η αντιοξειδωτική δράση του συμπλέγματος (+)-Cat:lys συντελεί στην αναστολή της ανάπτυξης και της μεταστατικής ικανότητας των καρκινικών κυττάρων.

## 147. ΑΝΟΣΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ 2ΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Μ. Παυλάκης<sup>1</sup>, Θ. Τέγος<sup>1</sup>, Ν. Αλεβιζόπουλος<sup>1</sup>, Α. Δημητριάδου<sup>1</sup>, Ε. Βασιλή<sup>1</sup>, Α. Γιώτη<sup>1</sup>, Χ. Ζουμπλιός<sup>1</sup>, Χ. Ζήσης<sup>2</sup>, Δ. Έξαρχος<sup>3</sup>, Μ. Βαλαματζής<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>3</sup>Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της αποτελεσματικότητας και τοξικότητας της ανοσοθεραπείας στη 2<sup>η</sup> γραμμή αντιμετώπισης Μη Μικροκυτταρικού Καρκίνωματος Πνεύμονα (ΜΜΚΠ), μετά πρώτη θεραπεία με πλατινούχους συνδυασμούς (ΠΣ). **ΥΛΙΚΟ:** Στη μελέτη περιλαμβάνονται 22 ασθενείς, 19 (86%) άνδρες, 3(14%) γυναίκες, διαμέσου ECOG 1(0-3), διάμεσης ηλικίας 68 (47-86) έτη, σταδίου IIIB 5(23%) και IV 17(77%), πλακώδους 7(32%) και μη πλακώδους 15(68%) ΜΜΚΠ, που αντιμετώπιζαν με 1ης γραμμής ΠΣ και νοσηλεύθηκαν συνεχώς μεταξύ 1/6/2015 - 15/12/2017 στο Ογκολογικό Τμήμα του ΠΓΝΑ Ευαγγελισμός. Σε όλους τους ασθενείς, γινόταν προσδιορισμός έκφρασης του PD-L1 προ της θεραπείας 1<sup>ης</sup> γραμμής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η διάμεση τιμή PD-L1 των ασθενών ήταν 60%(15-100%). Όλοι έλαβαν Nivolumab, 3mg/kg q2weeks, για 11 (3-36) κύκλους. Τεκμηριώθηκε: Πλήρης ύφεση (Π.Υ.): 1/22(9%), Μερική Ύφεση (Μ.Υ.): 4/22 (18%), Σταθερή Νόσος: 9/22 (41%), με Διάστημα Ελεύθερο Υποτροπής (Δ.Ε.Υ) 7 (1+28+) μήνες. Πρόδος Νόσου (Π.Ν): 8/22(36%) ασθενείς. Η Π.Υ. αφορούσε σε γυναίκα, με αδενοκαρκίνωμα μη-καπνίστρια, ECOG: 0, σταδίου IV, PD-L1 60%, που έλαβε 6 κύκλους ΠΣ. Εμφάνισε Μ.Υ. 8 μήνες, και υποτροπίασε με πνευμονικές και λεμφαδενικές μεταστάσεις. Έλαβε 2<sup>ης</sup> γραμμής 8 κύκλους Nivolumab και παρουσίασε Π.Υ. Ολοκλήρωσε 18 κύκλους με PET scan, CEA, CA-125 φυσιολογικά. Παραμένει χωρίς θεραπεία για 16 μήνες και σε συνεχιζόμενη Π.Υ. για 28 μήνες. Οι ασθενείς με Μ.Υ. είχαν προθεραπευτικά επίπεδα PD-L1 40% (30-75%) και Δ.Ε.Υ. 6 (1-36) μήνες, μετά ΠΣ και όσοι εμφάνισαν Π.Ν. 20% (15%-30%).

Ανοσολογική τοξικότητα Grade 2-3 εμφάνισαν 10(45%) ασθενείς. Υποφυσιτίδα: 1(5%), Πνευμονίτιδα: 7(32%), Δερματίτιδα: 2(9%), Εντερίτιδα: 2 (9%), Βιοχημική Ηπατίτιδα: 10(45%). Μετά διακοπή θεραπείας, για 1 μήνα(15 - 40 ημέρες), οι ασθενείς συνέχισαν ανοσοθεραπεία, χωρίς πρόβλημα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Χορήγηση 2<sup>ης</sup> γραμμής Nivolumab στους ασθενείς της σειράς μας, ανέδειξε:

- 1) Ικανοποιητικά θεραπευτικά αποτελέσματα: Συνολικά Ανταπόκριση 23%, μία, μακρά Π.Υ.
- 2) Συσχέτιση κλινικού οφέλους με προθεραπευτικά επίπεδα PD-L1.
- 3) Απουσία συσχέτισης προηγούμενης ανταπόκρισης σε ΠΣ με έκβαση στην ανοσοθεραπεία.
- 4) Εύκολα διαχειρίσιμη τοξικότητα.

### 148. ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΓΝΑΘΩΝ: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Σ. Βασιλείου, Β. Παπακάστα, Ν. Λεφαντζής, Α. Μπαλάκας, Ο. Ζωγράφος, Σ. Διαμαντοπούλου, Χ. Γιαπιτζάκης, Ε. Βαϊρακτάρης  
Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Οστεονέκρωση των Γνάθων έχει αναδειχθεί παγκόσμια σε μείζον πρόβλημα υγείας, λόγω της ευρείας εφαρμογής της ακτινοθεραπείας στους καρκίνους κεφαλής και τραχήλου, καθώς και της λήψης αντιοστεολυτικών φαρμάκων για κακοήθειες ή οστεοπόρωση. Η πρόληψη, η διάγνωση και η αντιμετώπιση της οστεονέκρωσης των γνάθων αποτελεί πρόκληση τόσο για το Γναθοπροσωπικό Χειρουργό, όσο και για τον Ογκολόγο, τον Ακτινοθεραπευτή και τον Οδοντίατρο που ασχολούνται με τον ασθενή. Σκοπός είναι να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας και να τονίσουμε την ανάγκη για πρόληψη και πρώιμη αντιμετώπιση αυτής της νοσολογικής οντότητας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αφορά 36 ασθενείς με οστεονέκρωση των γνάθων που νοσηλεύθηκαν και αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική μας το διάστημα 2012-2017. Πραγματοποιούνταν σχολαστική λήψη ιστορικού, πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος, βιοψία των βλαβών και ακολουθούσε η συντηρητική ή χειρουργική αντιμετώπιση. Οι ασθενείς επανεξετάζονταν σε τακτική βάση για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους. Περιγράφονται οι τύποι της οστεονέκρωσης, καταγράφονται οι παράγοντες κινδύνου, η κλινική και η απεικονιστική τους εικόνα και συζητούνται η αντιμετώπιση και η έκβαση τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο 99% των ασθενών δεν είχε προηγηθεί καταγραφή των παραγόντων κινδύνου και εφαρμογή προληπτικών μέτρων. Παρατηρήθηκε υψηλότερη επίπτωση της οστεονέκρωσης από φάρμακα σε σύγκριση με την οστεοακτινονέκρωση. Η πιο συνήθης εντόπιση ήταν η οπίσθια κάτω γνάθος. Η αντιμετώπιση ήταν κυρίως χειρουργική (94.8%) και στην οστεοακτινονέκρωση πιο επιθετική λόγω της σοβαρότητας των βλαβών. Στο 96% των ασθενών η έκβαση ήταν επιτυχής. Μετεγχειρητικές επιπλοκές και υποτροπή παρουσιάστηκε μόνο σε περιπτώσεις οστεοακτινονέκρωσης σε ποσοστό 1.2%, με δυσκολίες στη διαχείρισή τους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Είναι σημαντικό όλες οι εμπλεκόμενες Ειδικότητες να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν την οστεονέκρωση των γνάθων και να συνεργάζονται με στόχο την πρόληψη και την κατάλληλη παραπομπή για έγκαιρη και ενδεδειγμένη αντιμετώπιση.

### 150. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΜΠΑΓΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ

Γ. Τασσόπουλος, Δ. Άσπρου, Π. Χέρας

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση της εμφάνισης σεξουαλικής δυσλειτουργίας στους καρκινοπαθείς.

**ΥΛΙΚΟ:** στη μελέτη μας έλαβαν μέρος 69 ασθενείς (42 γυναίκες και 27 άντρες) με συμπαγείς όγκους και 33 με αιματολογικές μη κακοήθεις παθήσεις, οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Δημογραφικά δεδομένα σχετικά με τη νόσο και θεραπεία καταγράφηκαν. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το Memorial Symptom Assessment Scale - Short Form (MSAS-SF), σταθμισμένο στα ελληνικά δεδομένα, από το οποίο ειδικές ενότητες σχετικά με τη σεξουαλικότητα επελέγησαν και χρησιμοποιήθηκαν για περαιτέρω ανάλυση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 50 (72,5%) από τους 69 ασθενείς με συμπαγείς όγκους και 14 (42,5%) από τους 33 αιματολογικούς ασθενείς παρουσίασαν σεξουαλική δυσλειτουργία. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην επίπτωση και τον τύπο της σεξουαλικής δυσλειτουργίας των ασθενών με καρκίνο μαστού, συγκριτικά με ασθενείς με άλλες κακοήθειες. Ασθενείς με μαστεκτομή, χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία δεν φαίνεται να είχαν διαφορετική επίπτωση στον τύπο της σεξουαλικής δυσλειτουργίας, συγκρινόμενοι με τους άλλους ασθενείς με συμπαγείς όγκους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** η επίπτωση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στους ασθενείς με συμπαγείς όγκους, κυμαίνεται σε υψηλά ποσοστά (72,5%). Όλοι οι καρκινοπαθείς θα πρέπει να αξιολογούνται για το ενδεχόμενο εμφάνισης σεξουαλικής δυσλειτουργίας, καθότι αποτελεί μη ειδικό χαρακτηριστικό με υψηλή επίπτωση.

### 149. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

Χ. Σιώτος<sup>1</sup>, Μ. McColl<sup>1</sup>, Κ. Psoter<sup>1</sup>, G. Rosson<sup>2</sup>, Μ. Habibi<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Department of Surgery, Johns Hopkins University, <sup>2</sup>Department of Plastic & Reconstruction of Surgery, Johns Hopkins University

**ΣΚΟΠΟΣ:** Πολλαπλοί παράγοντες επηρεάζουν την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού. Παρόλα αυτά, λίγες πληροφορίες υπάρχουν για την συσχέτιση πρόγνωσης και τεταρτημρίου πρωτοπαθούς εστίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να συγκρίνει την επιβίωση και τα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με καρκίνο του μαστού με βάση το τεταρτημύριο προέλευσης της πρωτοπαθούς εστίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Ανάλυσαμε δεδομένα από την προοπτική βάση ασθενών με καρκίνο του μαστού στο νοσηλευτικό μας ίδρυμα. Χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για να πραγματοποιήσουμε τις αναλύσεις και τους ασθενείς με καρκίνο στο άνω-έξω τεταρτημύριο ως ομάδα αναφοράς.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Την περίοδο 2003-2015, 5.295 ασθενείς με καρκίνο του μαστού προσήλθαν στο νοσηλευτικό μας ίδρυμα. Εξ αυτών με όγκο ευρισκόμενο στο άνω-έξω τεταρτημύριο (36.2%), άνω-έσω (13.1%), κάτω-έξω (9.8%), κάτω-έσω (7.6%), θηλή (1.2%), ουρά μασχάλης (0.3%) ή από πολλαπλά σημεία (24.7%). Όγκοι από πολλαπλά σημεία είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά θετικών μασχαλιαίων λεμφαδένων (Odds Ratio=1.58; 95%CI [1.36-1.83]), σε αντίθεση με όγκους από το άνω-έσω (OR=0.68; 95%CI [0.56-0.84]) και κάτω-έσω (OR=0.72; 95%CI [0.56-0.93]) που είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά. Όγκοι από το κάτω-έξω τεταρτημύριο είχαν στατιστικά σημαντική χαμηλότερη θνησιμότητα (Hazard Ratio=0.64; 95%CI [0.46-0.88]) κατά 36%, ενώ όγκοι από πολλαπλά σημεία 28% υψηλότερη (HR=1.28; 95%CI [1.05-1.55]).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η προέλευση του πρωτοπαθούς όγκου επηρεάζει την πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Μελλοντικές εργασίες οφείλουν να εξετάσουν πιθανόν βιολογικές ή γενετικές διαφορές των όγκων του μαστού με βάση την προέλευσή τους.

### 151. ΠΡΩΤΕΩΜΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΕ ΙΣΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Α. Μάντισιου, Α. Βλάχου, Ι. Ζωιάδης

Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο καρκίνος του προστάτη είναι από τις κύριες αιτίες θανάτου στον πληθυσμό των ανδρών παγκοσμίως. Διάφορα κλινικά δείγματα όπως ούρα, ορός και προστατικό υγρό έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως για την αναγνώριση μορίων που σχετίζονται με τον καρκίνο του προστάτη. Όμως αυξάνονται σταδιακά οι μελέτες που επικεντρώνονται στην πρωτεωμική ανάλυση ιστών προστάτη με στόχο την ανακάλυψη νέων βιοδεικτών και θεραπευτικών στόχων. Στα πλαίσια του ερευνητικού προγράμματος TRANSPOT (The Translational Research Network for Prostate Cancer), που σκοπεύει στον εκτενή μοριακό χαρακτηρισμό του καρκίνου του προστάτη, καταγράφηκαν συστηματικά τα σημαντικότερα αποτελέσματα των πρόσφατων πρωτεωμικών αναλύσεων προστατικού ιστού.

**ΥΛΙΚΟ:** Έγινε έρευνα στη βάση βιβλιογραφικών δεδομένων PubMed για την αποδελτίωση δημοσιεύσεων που επικεντρώνονται στην πρωτεωμική ανάλυση κλινικών δειγμάτων ιστού προστάτη από το 2007 μέχρι το 2017.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έχουν πραγματοποιηθεί 35 μελέτες πρωτεωμικής ιστού προστάτη σε ανθρώπινα δείγματα τα τελευταία 10 χρόνια με επίκεντρο την διάγνωση και σταδιοποίηση της νόσου. Ο αριθμός των πρωτεϊνών που έχουν επιβεβαιωθεί σε δύο ή περισσότερες μελέτες είναι εξαιρετικά μικρός, μόλις επτά: Peroxiredoxin-3, Peroxiredoxin-4, Methylcrotonoyl-CoA Carboxylase 2, Alpha-Methylacyl-CoA Racemase, Prohibitin, Periostin, Ezrin και Vinculin. Οι περισσότερες μελέτες δεν είχαν επαρκή επικύρωση των ευρημάτων και βασίστηκαν σε τεχνικές πρωτεωμικής σχετικά χαμηλής ανάλυσης σε σύγκριση με τις διαθέσιμες τεχνολογίες αιχμής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ευρεία χρήση τεχνικών πρωτεωμικής υψηλής ανάλυσης αναμένεται στο άμεσο μέλλον να αποδώσει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των μεταβολών που σχετίζονται με την κακοήθεια του προστάτη και ειδικότερα με τις επιθετικές μορφές της νόσου. Επίσης, αναμένεται η πρωτεωμική να ενισχύσει τις τρέχουσες προσπάθειες για τον καθορισμό μοριακών υποτύπων της νόσου ώστε να καταστεί δυνατή η εξατομικευμένη ιατρική αντιμετώπιση τους. Ο στόχος αυτός εντάσσεται πλήρως στα πλαίσια του TRANSPOT όπου πέραν δεδομένων πρωτεωμικής συλλέγονται και άλλα μοριακά χαρακτηριστικά της νόσου.

## 152. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΥΠΕΡΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΧΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΕΓΧΕΙΡΗΤΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Θ. Τέγος<sup>1</sup>, Θ. Μπαμπούρη<sup>2</sup>, Ν. Αλεβιζόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Vasilis<sup>1</sup>, Α. Γιώτη<sup>1</sup>, Μ. Παυλάκης<sup>1</sup>, Χ. Ζουμπλιός<sup>1</sup>, Χ. Σταθοπούλος<sup>1</sup>, Δ. Πρωτονοτάριος<sup>1</sup>, Μ. Βασλαματζής<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Ογκολογικό Τμήμα ΓΝΑ ο Ευαγγελισμός, <sup>2</sup>Τμήμα Δημόσιας Υγείας Νοσοκομείο Σαντορίνης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι γνωστές παρενέργειες της χημειοθεραπείας (ΧΘΠ) σε ασθενείς με ανεγχείρητο καρκίνιο παγκρέατος (ΑΚΠ) όπως απώλεια βάρους, νευροπάθεια, αιματολογική/γαστρεντερική τοξικότητα μπορεί να επάνουν καθυστέρηση της προγραμματισμένης θεραπείας και μείωση της εντατικότητας της.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο έλεγχος του ρόλου της ρ.ο. χορήγησης του πρωτεϊνούχου σκευάσματος Pentasur/HP σε ασθενείς με ΑΚΠ που λαμβάνουν επιθετική ΧΘΠ (FOLFIRINOX).

**ΥΛΙΚΟ:** Σαράντα δύο ασθενείς, 27 άνδρες (Α), 15 γυναίκες (Γ) με διάμεσο σωματικό βάρος (ΔΣΒ) 63 (39-88) kg, A/G 64 (39-88)/60,5 (54-78), ECOG 1 (0-3), διάμεση απώλεια βάρους 4 (0-12) kg/τελευταίο τρίμηνο με ΑΚΠ (18 σώματος, 13 κεφαλής, 11 ουράς), νοσηλεύθηκαν συνεχόμενα στην Κλινική μας μεταξύ 11/2014-10/2017. Η διάμεση τιμή λευκοκυττάρων ορού (ΔΤΛΟ) προ θεραπείας ήταν 3,5 (2,5-4,6) gr/dl, A/G 3,5 (3,6-4,1)/3,4 (3,4-3,9)gr/dl.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Όλοι οι ασθενείς έλαβαν 6 κύκλους FOLFIRINOX, q15d, πρωτογενή προφύλαξη με G-CSF και Pentasur/HP 60gr/ημερησίως ρ.ο. και επανεκτιμήθηκαν.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πλήρης Ύφεση (ΠΥ), Μερική Ύφεση (ΜΥ), Στάσιμη νόσος (ΣΝ) και προϊούσα νόσο (ΠΝ) τεκμηριώθηκε σε 5(12%), 11(26%), 15(36%) και 11(26%) ασθενείς αντίστοιχα. Μετά την ΧΘΠ το ΔΣΒ του συνόλου των ασθενών ήταν 62,5(37-88)kg, A/G 64 (37-88)/60 (54-79) kg, η ΔΤΛΟ 3,9 (2,6-4,7) A/G 3,9 (2,6-4,7)/4 (2,7-4,4)gr/dl. Η ΔΤΛΟ για τις υποσάβδες ασθενών με ΠΥ, ΜΥ, ΣΝ και ΠΝ ήταν αντίστοιχα: 3,6 (3,1-4,3), 3,5 (3-4,1), 3,6 (2,6-4), 3,1 (2,5-4,1) gr/dl πριν και 4 (3,8-4,7), 4 (3,5-4,7), 3,7 (3-4,2), 3,4 (2,7-4) gr/dl, μετά τη ΧΜΘ. Τοξικότητα grade (gr) III παρατηρήθηκε σε 9/27 (33%) Α, 5/15 (33%) Γ, σε 58/252 (23%) κύκλους ΧΘΠ, και αφορούσε σε αιματολογική τοξικότητα σε 13/42 (33%) και γαστρεντερική 11/42 (26%) ασθενείς. Νευροπάθεια grII εμφάνισαν 7/42 (17%) ασθενείς. Η διάμεση καθυστέρηση της προγραμματισμένης ΧΘΠ ήταν 4 (0-7) ημέρες. Δεν υπήρξαν τοξικοί θάνατοι.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην μελέτη μας, οι ασθενείς με ΑΚΠ που αντιμετωπίστηκαν με FOLFIRINOX/G-CSF και Pentasur/HP:

- 1) Δεν φαίνεται να μετέβαλαν αξιόλογα το ΣΒ ή/και την αλβουμίνη ορού.
- 2) Έλαβαν την προγραμματισμένη ΧΘΠ χωρίς μεγάλες καθυστερήσεις.
- 3) Παρουσίασαν μικρότερη τοξικότητα του αναμενόμενου.
- 4) Εμφάνισαν Συνολική Ανταπόκριση 38% και ΣΝ 26%.

## 154. Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΕΙ ΑΠΟ ΣΟΒΑΡΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ ΣΕ ΤΡΟΧΑΙΟ ΣΥΜΒΑΝ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΔΙΚΥΚΛΙΣΤΕΣ ΑΠΟ ΤΡΕΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ

Μ. Παπαδακάκη<sup>1</sup>, Α. Morandi<sup>2</sup>, D. Otte<sup>3</sup>, Ι. Χλιαουτάκης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Εργαστήριο Μελέτης Συμπεριφορών Υγείας και Οδικής Ασφάλειας (LaHeRS), Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Κρήτης, <sup>2</sup>Centre of Study and Research on Road Safety, Medical School, University of Pavia, Italy, <sup>3</sup>Hannover Medical University, Hannover, Germany

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη είχε σκοπό να εκτιμήσει τη σωματική, ψυχολογική και οικονομική επιβάρυνση δικυκλιστών από την Ελλάδα, τη Γερμανία και την Ιταλία που υφίστανται σοβαρό τραυματισμό σε τροχαιο συμβάν καθώς και του κόστους που προκύπτει για το σύστημα υγείας από τη νοσηλεία τους.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Οι συμμετέχοντες στρατολογήθηκαν κατά τη διάρκεια 12 μηνών με έναρξη τον Απρίλιο του 2013. Κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν: α) τραυματισμός σε τροχαιο συμβάν, β) νοσηλεία τουλάχιστον μιας ημέρας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ή σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, και γ) ηλικία 18 και άνω. Οι συμμετέχοντες συμμετείχαν σε προσωπική συνέντευξη κατά τους μήνες 1, 6, 12 από την εισαγωγή τους στις ΜΕΘ. Η μελέτη αξιοποίησε ευρέως διαδεδομένες ταξινομήσεις της βαρύτητας του τραύματος (AIS, MAIS) και άλλα σταθμισμένα εργαλεία όπως το Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS 2.0), το "Impact of Event Scale" (IES-R), και το Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D Scale). Το κόστος για τη φροντίδα υγείας εκτιμήθηκε στη βάση του μοντέλου MUARC, το οποίο περιλαμβάνει υπολογισμό του "έμμεσου" και "άμεσου" κόστους. Τα κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ) χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση του κόστους νοσηλείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 54 δικυκλιστές εντάχθηκαν στη μελέτη (32 συμμετείχαν σε όλα τα στάδια). Η σωματική ανικανότητα αυξήθηκε κατά τη διάρκεια των 12 μηνών που ακολούθησαν τον τραυματισμό. Τα συμπτώματα αποφυγής του Μετατραυματικού Στρες (ΜΔΣ) παρέμειναν σε υψηλά επίπεδα κατά την ίδια περίοδο ενώ τα συμπτώματα αναβίωσης βελτιώθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια των 6-12 μηνών μετά από τον τραυματισμό. Το συνολικό ετήσιο κόστος από τον τραυματισμό για τους δικυκλιστές εκτιμήθηκε στα €714,491 αποτελούμενο από €123,457 άμεσες και €591,034 έμμεσες δαπάνες. Οι άνδρες, ηλικίας 50-64 ετών και αυτοί που είχαν ελαφριάς βαρύτητας τραύμα κυρίως στα κάτω άκρα παρουσίασαν το υψηλότερο μέσο κατά κεφαλή έμμεσο κόστος. Συνολικά €1,032.092 δαπανήθηκαν για τη νοσηλεία των συμμετεχόντων. Οι γυναίκες, ηλικίας 65+ και αυτές με σοβαρής βαρύτητας τραυματισμό στο κεντρικό μέρος του σώματος παρουσίασαν το υψηλότερο μέσο κατά κεφαλή άμεσο κόστος. Οι γυναίκες, ηλικίας 50-64 ετών, και αυτές με σοβαρής βαρύτητας τραυματισμό στο κεντρικό μέρος και στο άνω μέρος (κεφάλι, πρόσωπο, αυχένες) παρουσίασαν το υψηλότερο μέσο κατά κεφαλή κόστος νοσηλείας.

## 153. ΠΡΟΣΟΜΙΩΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μ. Γκέκα, Ε. Παππά, Σ. Ιωάννου, Ν. Κιούλος, Α. Πρωτογέρου, Κ. Χριστόπουλος  
 Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Μελισίων «Αμαλία Φλέμιγκ»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από υψηλή διείσδυση νέων σκευασμάτων με αμφιλεγόμενη σχέση κόστους/οφέλους. Μελετήσαμε τη σκοπιμότητα εφαρμογής ενός μοντέλου εξορθολογισμού της συνταγογράφησης για κοινά νοσήματα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ως πρότυπο ορθολογικής συνταγογράφησης χρησιμοποιήθηκε η «Σοφή Λίστα» της Επιτροπής Φαρμάκων και Θεραπευτικής της Στοκχόλμης, ένας κατάλογος δραστικών ουσιών και συνδυασμών τους για χρήση σε συνήθη νοσήματα, ο οποίος ανανεώνεται ετησίως και είναι βασισμένος σε ανεξάρτητη ανάλυση ασφάλειας, αποτελεσματικότητας και σχέσης κόστους/οφέλους. Για το έτος 2017, ο κατάλογος περιλαμβάνει 326 φάρμακα. Τα στοιχεία για την κατανάλωση φαρμάκων στην Ελλάδα αντλήθηκαν από τα δελτία της IMS Health.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Την περίοδο Ιανουαρίου-Οκτωβρίου 2017, η δαπάνη για τα 50 κορυφαία σε αξία πωλήσεων συνταγογραφούμενα σκευάσματα (πλην εμβολίων) της ελληνικής αγοράς ήταν 679.961.714 €, αντιπροσωπεύοντας το 30% της συνολικής εξο-νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης. Τα μισά περίπου (26/50) σκευάσματα, αξίας 319.303.433 €, δεν περιλαμβάνονται στη «Σοφή Λίστα» παρότι έχουν άδεια κυκλοφορίας στη Σουηδία. Πρόκειται κυρίως για σχετικά πρόσφατης κυκλοφορίας φάρμακα για συνήθη νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η οστεοπόρωση και η υπερλιπιδαιμία. Κατά την προσομοίωση συμμόρφωσης με τις συστάσεις της «Σοφής Λίστας», αντικατάσταση των 26 εκτός Λίστας σκευασμάτων με αυτά που περιλαμβάνονται στη Λίστα για τις ίδιες θεραπευτικές ενδείξεις είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της δαπάνης κατά 176.314.930 €. Ειδικά στην περίπτωση του διαβήτη, όπου τα 17 (κόστος 140.984.900 €) από τα 30 κορυφαία σε πωλήσεις αντιδιαβητικά σκευάσματα είναι εκτός Λίστας, η εφαρμογή του μοντέλου ορθολογικής συνταγογράφησης οδήγησε σε μείωση δαπάνης κατά 107.091.642 €.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εφαρμογή του μοντέλου της Στοκχόλμης για εξορθολογισμό της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των Ελλήνων γιατρών θα μπορούσε να απελευθερώσει πολύτιμους οικονομικούς πόρους για τη δημόσια υγεία.

## 155. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΚΟΣΤΟΥΣ (COST-EFFICIENCY) ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2012-2016

Π. Ξένος<sup>1</sup>, Α. Κωνσταντόπουλος<sup>2</sup>, Μ. Χουζούρης<sup>1</sup>, Κ. Πουλάκης<sup>3</sup>, Μ. Νεκτάριος<sup>1</sup>, Ι. Υφαντόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, <sup>2</sup>Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>3</sup>Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet, Sweden

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια προσπάθεια να εξεταστεί η δυναμική της αποδοτικότητας-κόστους των Ελληνικών Δημοσίων Νοσοκομείων κατά τα έτη 2012-2016. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από το Υπουργείο Υγείας μετά από αρκετές ελέγχους ποιότητας που εξασφαλίζουν τη συγκρισιμότητα και την εγκυρότητα των εισόδων και εξόδων νοσοκομείων. Η μεθοδολογία που ακολουθείται είναι η στοχαστική ανάλυση συνόρων (Stochastic frontier Analysis-SFA).

**ΥΛΙΚΟ:** Το δείγμα αποτελείται από 80 Γενικά Δημόσια Νοσοκομεία σε όλη την χώρα. Για κάθε νοσοκομείο οι μεταβλητές που εξετάζονται είναι λειτουργικής φύσεως όπως ο αριθμός των κλινών, των νοσηλευθέντων ασθενών, και των κλινοκρετών, και στοιχείο κόστους όπως κάθε είδους δαπάνης εφοδιασμού και μισθοδοσίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα ευρήματα αποκαλύπτουν σημαντικές διαφορές στην αποδοτικότητα κόστους των νοσοκομείων κατά την περίοδο 2012-2016 τόσο μεταξύ των νοσοκομείων όσο και μεταξύ των διαφορετικών χρονικών περιόδων. Η πρώτη διετία παρουσιάζει σταθεροποίηση της αποδοτικότητας ενώ ουσιώδης αύξηση παρατηρείται μεταξύ του 2014 και του 2015. Η τελευταία περίοδος (2015-2016) έχει δείξει μείωση της αποδοτικότητας κόστους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να πληροφορήσει σχετικά με την αποδοτικότητα και την ορθότερη διαχείριση της χρηματοοικονομικής λειτουργίας των δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το μέσο νοσοκομείο παρουσίασε σημαντική αύξηση της αποδοτικότητας μεταξύ των ετών 2014-2015. Τα νοσοκομεία που λειτουργούν με μειωμένες αποδόσεις κλιμακας θα μπορούσε να επιτύχουν υψηλότερα ποσοστά απόδοσης μειώνοντας την παραγωγική τους ικανότητα. Ωστόσο, ορισμένες κοινωνικές παράμετροι θα πρέπει επίσης να εξεταστούν. Η έμφαση ίσως πρέπει να δοθεί στην προώθηση των διοικητικών και οργανωτικών μεταρρυθμίσεων.

## 156. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΣΤΗΝ ΖΗΤΗΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΙΑ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Μ. Χουζούρης<sup>1</sup>, Σ. Γαδ<sup>2</sup>, Π. Ξένος<sup>1</sup>, Μ. Μιχαλούδη<sup>1</sup>, Π. Τήνιος<sup>1</sup>, Μ. Νεκτάριος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Πανεπιστήμιο Πειραιώς, <sup>2</sup>Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα έρευνα στοχεύει στην διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης ανάμεσα στην αξιολόγηση της υγείας των ερωτηθέντων από τους ίδιους (self-report) σε σχέση με οικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Επίσης, γίνεται προσπάθεια σύνδεσης της επίδρασης του επιπέδου της κοινωνικοποίησης των ερωτηθέντων, μέσω διαμορφωμένων κοινωνικών δικτύων (social networks), στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας τους και στην ζήτηση ιατρικής βοήθειας. Τέλος, δημιουργήθηκε μοντέλο πρόβλεψης της συμπεριφοράς του δείγματος σε σχέση με την ζήτηση παροχών υγείας σε Ευρώπη και Ελλάδα.

**ΥΛΙΚΟ:** Το δείγμα αποτελείται από δεδομένα του 6<sup>ου</sup> κύματος του "SHARE", ενός ευρωπαϊκού προγράμματος για την μελέτη της υγείας, της γήρανσης και της συνταξιοδότησης σε άτομα άνω των 50 ετών. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκαν 68.231 παρατηρήσεις κατά το έτος 2015 καθώς και Πανευρωπαϊκά στοιχεία για τις ιατρικές δαπάνες.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με χρήση του προγράμματος SPSS 23, και χρησιμοποιήθηκαν μέτρα συνάφειας και μοντέλα διωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης. Για την ποσοτικοποίηση των στοιχείων αξιοποιήθηκαν τα μέτρα: CASP για την ποιότητα της ζωής, ο δείκτης EURO-D για την κατάθλιψη, οικονομικά στοιχεία και δεδομένα ζήτησης ιατρικών παροχών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρατηρήθηκε η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας και τους οικονομικούς δείκτες. Επίσης, η ύπαρξη ισχυρών κοινωνικών σχέσεων βρέθηκε να επιδρά θετικά στην εξαρτημένη μεταβλητή όπως επίσης και η ύπαρξη συμπληρωματικών προγραμμάτων ιατρικής ασφάλισης. Τέλος, το διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα φάνηκε να έχει ασθενή επίδραση στην συμπεριφορά του δείγματος. Τα παραπάνω αποτελέσματα μπορούν να συμβάλουν στην καλύτερη κατανομή οικονομικών πόρων και την κατανόηση της συμπεριφοράς των ασφαλισμένων.

## 158. ΤΡΟΧΑΙΑ: ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ

Σ. Κτενιαδάκης, Μ. Καραβιτάκη, Ν. Ξημέρης, Ε. Σφακιανάκης, Ο. Φραιδάκης  
 Γ.Π.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ασθενείς τροχαίων ατυχημάτων αποτελούν περίπου το 10% των εξορισθέντων ασθενών στο Χειρουργικό Τμήμα Επείγοντων, και ο παρακλινικός τους έλεγχος δεν αποζημιώνεται μέχρι στιγμής λόγω έλλειψης διασύνδεσης συστήματος χρέωσης. Το κόστος αυτό επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου και βαίνει διογκούμενο ειδικά τα τελευταία χρόνια

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ελέγχθηκε το Μητρώο ασθενών του Χειρουργικού Ιατρείου του Βενιζελείου Νοσοκομείου για 3 μήνες (Οκτ-Δεκ 2017), συνολικά εξεταστήκαν 3148 ασθενείς όπου καταγράφηκαν 315 τροχαία ατυχήματα κάθε βαρύτητας βάση ηλικίας, φύλου, μέσο ατυχήματος, εισαγωγής στο νοσοκομείο, και υπολογίστηκαν μέσω του καταγραφικού συστήματος απεικονιστικός και εργαστηριακός έλεγχος που έγινε σε αυτό το διάστημα

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καταγράφηκαν 144 εργαστηριακοί έλεγχοι (γεν. αίματος, βιοχημικός έλεγχος) 98 Υπερηχογραφήματα, 74 αξονικές τομογραφίες, 1080 ακτινογραφίες με συνολικό κόστος 24,088,19 ευρώ με μέσο κόστος 76,47 ευρώ/ασθενή. Σημειώνεται ότι το Νοσοκομείο εφμερεύει ως Περιφερειακό Νοσοκομείο τις μισές ημέρες του μηνά. Με αναγωγή και για τα δυο νοσοκομεία του Νομού ανά έτος το κόστος φτάνει τα 192705,5 ευρώ. Δεν υπολογίστηκαν πάγια έξοδα λειτουργίας ενώ δεν μπόρεσε να καταγραφεί η απώλεια εργατομερών από άδειες ασθενείας

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το κόστος του βασικού ελέγχου σε θύματα τροχαίων ατυχημάτων επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου. Κρίνεται απαραίτητη η σύνδεση του συστήματος για άμεση χρέωση ανά ασθενή. Σημειώνεται ότι είναι απαραίτητη η ύπαρξη Εθνικού Μητρώου Τροχαίων ατυχημάτων καθώς ο αριθμός τροχαίων που δηλώνεται στην ΕΛΣΤΑΤ για το συγκεκριμένο διάστημα είναι περίπου στο ένα τρίτο με συνέπεια τον ελλιπή σχεδιασμό ασφαλιστικών συστημάτων αλλά και παρεμβάσεων για ίωση του αριθμού των τροχαίων ατυχημάτων.

## 157. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Κ. Ανδρέου<sup>1</sup>, Φ. Ιωάννου<sup>2</sup>, Α. Σισσούρας<sup>3</sup>, Γ. Χαράλαμπος<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Ογκολογική Κλινική, Γ.Ν. Λεμεσού, <sup>2</sup>Παιδοπνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Αρχιεπίσκοπος Μακάριος Γ'», Λευκωσία, <sup>3</sup>Μονάδα Σχεδιασμού και Πολιτικής Υγείας, Τομέας Διοίκησης και Επιχειρησιακής Έρευνας, Πανεπιστήμιο Πατρών, <sup>4</sup>Χειρουργός, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>5</sup>Πανεπιστήμιο Frederick, Κύπρος

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να διερευνηθεί τους λόγους για τους οποίους ο ιατρικός τουρισμός μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στη γενικότερη ανάπτυξη, αφού αποτελεί μια νέα, ραγδαία, εξελισσόμενη μορφή τουρισμού και παροχή υπηρεσιών υγείας, ειδικά μέσα στα πλαίσια μιας γενικευμένης οικονομικής κρίσης, όπου ζητούνται συνεχώς νέοι πόροι, για αύξηση των εσόδων.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Χρησιμοποιήθηκε η τεχνική Delphi, η οποία περιλαμβάνει δύο ερευνητικές φάσεις και είναι κατάλληλη ως μέθοδος για την επίτευξη συναίνεσης χρησιμοποιώντας μια σειρά από ερωτηματολόγια, με πολλαπλές επαναλήψεις. Επελέγησαν εμπειρογνώμονες, βάσει των γνώσεων και εμπειριών τους στο υπό διερεύνηση θέμα και προέρχονται από το χώρο της υγείας και του τουρισμού. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν ποιοτικά εργαλεία ανάλυσης με ημιδομημένες συνεντεύξεις, ενώ οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο, αναλύθηκαν με ποσοτικά κριτήρια και με τη χρήση του στατιστικού πακέτου spss. Έγινε υπολογισμός ποσοστών, μέσων τιμών και τυπικής απόκλισης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Προβάλλεται σε μεγάλο ποσοστό (96%) η πολιτική βούληση, για ανάπτυξη αυτού του τομέα στα πλαίσια ενός συγκροτημένου σχεδιασμού. Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα (100%), συναινούν στη συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων, οι οποίοι καλούνται να εμπλακούν ως συντονιστές, στην οργάνωση στρατηγικών μάρκετινγκ, στη διαπίστευση νοσηλευτηρίων και στην αναβάθμιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αναδεικνύονται σημαντικά οφέλη ενίσχυσης της οικονομίας, η ανάγκη για παραγωγή ενός αναβαθμισμένου προϊόντος σε ανταγωνιστική τιμή, η υιοθέτηση παραμέτρων για διαπίστευση της ποιότητας των νοσηλευτηρίων καθώς επίσης και η χάραξη στρατηγικής, για ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού.

## 159. ΟΙΚΟΝΟΜΟΤΕΧΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΡΒΟΞΥΜΑΛΤΟΖΙΚΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΑΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΓΙΑ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Κ. Σουλιώτης<sup>1</sup>, Ν. Κωστόπουλος<sup>2</sup>, Ν. Αντωνακόπουλος<sup>3</sup>, Γ. Καραχάλιος<sup>3</sup>, Φ. Στυλιανίδης<sup>3</sup>, Ρ. Γουργιήτς<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Αν. Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, <sup>2</sup>Health Policy Institute, <sup>3</sup>Ιατρικό Τμήμα, Genesis Pharma

Η Σιδηροπενική Αναμία αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Ο καρβοξυμαλτοζικός σίδηρος αποτελεί ένα αντιαναιμικό σκεύασμα που χρησιμοποιείται στη θεραπεία ασθενών με ανεπάρκεια σιδήρου, όταν τα από του στόματος χορηγούμενα σκευάσματα είναι αναποτελεσματικά ή δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο πρωταρχικός στόχος της μελέτης είναι η ανάδειξη του καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου ως ευνοϊκότερης επιλογής για το Σύστημα Υγείας μέσω της ανάδειξης τόσο των οικονομικών όσο και των κοινωνικών οφελών για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η Σιδηροπενική Αναμία θεωρείται συχνή και σημαντική συννοσηρότητα σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια. Ο επιπολασμός της Σιδηροπενικής Αναμίας σε ασθενείς με Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια κυμαίνεται μεταξύ 30-50% και συνδέεται με χαμηλή ποιότητα ζωής και αυξημένη πιθανότητα νοσηλείας και θνητότητας.

**ΥΛΙΚΟ:** Συνολικά, η πιθανότητα νοσηλείας των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία για την Σιδηροπενική Αναμία ανέρχεται σε 3,60% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ασθενών που δεν λαμβάνουν θεραπεία για την Σιδηροπενική Αναμία ανέρχεται σε 14,00%. Επίσης η θνητότητα, στο σύνολο, σε ασθενείς της συγκεκριμένης κατηγορίας που λαμβάνουν ενδοφλέβια θεραπεία σιδήρου ανέρχεται σε 3,50% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε ασθενείς που δεν λαμβάνουν θεραπεία για την Σιδηροπενική Αναμία ανέρχεται σε 5,40%.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα προοπτικής μελέτης με εμπειρικά δεδομένα από επιτροπή ειδικών, το εκτιμώμενο βραχυρόνιο και μακρορόνιο κόστος νοσηλείας των ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια και συνυπάρχουσες παθήσεις υπολογίζεται σε 1.868,00€ και 4.100,00€ αντίστοιχα. Η εξοικονόμηση ανά ασθενή με Καρδιακή Ανεπάρκεια και συνυπάρχουσα Σιδηροπενική Αναμία που λαμβάνει ενδοφλέβια θεραπεία σιδήρου ανέρχεται σε 620,67€ (620.676,23€/1000 ασθενείς). Οι αποφευχθέντες θάνατοι ανά 1000 ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια και συνυπάρχουσα Σιδηροπενική Αναμία που λαμβάνουν ενδοφλέβια θεραπεία σιδήρου υπολογίζονται σε 19.

Παράλληλα, η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών με Καρκίνο του Παχέου Εντέρου και συνυπάρχουσα Σιδηροπενική Αναμία που λαμβάνουν καρβοξυμαλτοζικό σίδηρο υπολογίζεται στις 8 ημέρες περίπου. Σε ασθενείς που δεν λαμβάνουν ενδοφλέβια θεραπεία σιδήρου οι ανάγκες για μεταγγιση αίματος είναι αυξημένες και η μέση διάρκεια νοσηλείας ανέρχεται σε 11 ημέρες περίπου.

Στην Ελλάδα, λαμβάνοντας υπ' όψιν (α) το κόστος ανά μονάδα αίματος το οποίο υπολογίζεται στα 165,49€ και (β) το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας το οποίο υπολογίζεται στα 374,75€, η εξοικονόμηση από τις μεταγγίσεις αίματος ανά ασθενή με Καρκίνο του Παχέου Εντέρου και συνυπάρχουσα Σιδηροπενική Αναμία που λαμβάνει καρβοξυμαλτοζικό σίδηρο ανέρχεται σε 38,13€ (38.130,00€/1000 ασθενείς). Η αντίστοιχη εξοικονόμηση από νοσηλεία ανά ασθενή ανέρχεται σε 936,87€ (936.870,00/1000 ασθενείς).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπερασματικά, η χρήση του ενδοφλέβια χορηγούμενου καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου στη θεραπεία της Σιδηροπενικής Αναμίας σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια και καρκίνο του παχέος εντέρου επιφέρει εξοικονόμηση της χρήσης των πόρων του νοσοκομείου οδηγώντας σε σημαντικά οφέλη στο σύστημα υγείας.

## 160. ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΥΠΕΡΗΧΗΣΗΣ (SONICATION) ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΚΑΤ»

Σ. Καμαριώτης<sup>1</sup>, Ν. Τούση<sup>1</sup>, Φ. Πούλιου<sup>1</sup>, Α. Αδαμόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Χριστοδουλάτος<sup>1</sup>, Π. Τρεμπέλας<sup>2</sup>, Δ. Γιαμαλίδης<sup>3</sup>, Π. Ανδρέου<sup>4</sup>, Π. Λεπέτσος<sup>5</sup>, Π. Μουζακίτης<sup>6</sup>, Α. Στυλιανάκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», <sup>2</sup>Φαρμακευτικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», <sup>3</sup>Τμήμα Μισθοδοσίας, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», <sup>4</sup>Τμήμα Κεντρικής Αποστείρωσης, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», <sup>5</sup>Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», <sup>6</sup>Τεχνική Υπηρεσία, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

Η μέθοδος της υπερήχησης (sonication) χειρουργικά εξαχθέντων εμφυτευμάτων (ορθοπαιδικών ή μη) εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 2011 στη χώρα μας στο Νοσοκομείο «ΚΑΤ». Προσφέρει την πιο αξιόπιστη έως σήμερα εργαστηριακή μέθοδο διάγνωσης λοιμώξεων σχετιζόμενων με εμφυτεύματα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της εργασίας αυτής είναι ο υπολογισμός του κόστους της ανωτέρω μεθόδου πέραν της καλλιέργειας, ταυτοποίησης και ελέγχου ευαισθησίας στα αντιβιοτικά των παθογόνων που προκαλούν τις σχετιζόμενες με εμφυτεύματα λοιμώξεις.

Κατωτέρω αναφέρεται αναλυτικά το κόστος σε ευρώ/υπερήχηση στο Νοσοκομείο μας: Water for injection & Tickorim/υπερήχηση: 0,922 Ringer solution/υπερήχηση: 0,842

Εργατώρες/υπερήχηση: 0,39

Κόστος δοχείου υπερήχησης/υπερήχηση: 0,45

Αποστείρωση δοχείου υπερήχησης: 0,98

Κόστος ηλεκτρικού ρεύματος/υπερήχηση: 0,0003

Service υδατόλουτρου υπερήχησης/υπερήχηση: 0,02

Κόστος υδατόλουτρου υπερήχησης/υπερήχηση: 0 (ιδιωτική δωρεά), [εκτιμώμενο κόστος: 2 ευρώ/υπερήχηση]

Σύνολο: 3,6043 ευρώ/υπερήχηση

Αν επιλεγεί από το Εργαστήριο και η εκτέλεση τροποποιημένης καλλιεργητικής μεθόδου της υπερήχησης με εννοφθαλμισμό του υγρού υπερήχησης και σε φιάλη αιμοκαλλιέργειας (sonication fluid vial culture), όπως π.χ. σε υποψία χαμηλής έντασης προθετικής λοίμωξης (low grade infection) τότε το ανωτέρω κόστος της υπερήχησης προσαυξάνεται κατά 4,79 ευρώ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ανωτέρω μελέτη κόστους του sonication γίνεται για πρώτη φορά στη χώρα μας και καταδεικνύει ότι η μέθοδος αυτή, πέραν των προφανέστατων πλεονεκτημάτων της που τεκμηριώνονται από τη διεθνή βιβλιογραφία στην εργαστηριακή διάγνωση των λοιμώξεων που σχετίζονται με εμφυτεύματα, είναι μια φθηνή-οικονομική μέθοδος ταιριάζοντας απόλυτα στην ιατρική κατεύθυνση του Νοσοκομείου μας, στις ανάγκες των ασθενών, στις διαγνωστικές απαιτήσεις των θεραπόντων ιατρών τους και στις παρούσες οικονομικές συγκυρίες.

## 162. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ EHEALTH ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Ε. Κουκουράκης<sup>1</sup>, Μ. Χουζούρης<sup>2</sup>, Δ. Καρδαράς<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>2</sup>Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη και η ιεράρχηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υιοθέτηση εφαρμογών του eHealth από τους ιατρούς στο χώρο της υγείας. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει την ύπαρξη πολλών παραγόντων οι οποίοι συνυπολογίζονται και διαμορφώνουν τη στάση των ειδικών απέναντι στις νέες τεχνολογίες.

**ΥΛΙΚΟ:** Διενεργήθηκε δειγματοληψία σε δείγμα ιατρών του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2017. Προκειμένου να είναι αντιπροσωπευτικό το δείγμα επελέγησαν ιατροί ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία και την ειδικότητά τους. Για τον έλεγχο της ομοιογένειας του δείγματος και για την καλύτερη κατανόηση των ερωτήσεων επιλέχθηκε το δείγμα να είναι λογοκριμένο, δηλαδή ο ιατρός να γνωρίζει είτε ορισμένες πληροφορίες για το αντικείμενο μελέτης είτε να χρησιμοποιεί ορισμένες εφαρμογές του είτε να έχει κάποια εκπαίδευση σε αυτό.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Βασίζόμενοι στη διεθνή βιβλιογραφία, η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση του μοντέλου της ιεραρχικής ανάλυσης αποφάσεων (Analytical Hierarchy Process).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι συμπεριφορικοί παράγοντες, δηλαδή στοιχεία της συμπεριφοράς καθώς και οι απόψεις του ατόμου, επηρεάζουν περισσότερο την απόφασή του σε σχέση με άλλους γνωστικούς, οικονομικούς και νομοθετικούς παράγοντες. Επίσης, μέσα από την υποδιαίρεση και κατηγοριοποίηση των παραγόντων αναδείχθηκαν πτυχές διοικητικού χαρακτήρα που μπορούν βοηθήσουν στην βελτίωση της εφαρμογής του συστήματος eHealth. Τέλος, αναδεικνύονται ζητήματα εξοικείωσης και χρηστικότητας που σχετίζονται άμεσα με τη σημασία των τεχνολογικών καινοτομιών στο σύστημα υγείας.

## 161. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ «VALUE BASED» ΙΑΤΡΙΚΗ

Χ. Σιώτος<sup>1,2</sup>, Κ. Σιώτου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Plastic & Reconstructive Surgery, Johns Hopkins University, <sup>2</sup>High Value Practice Academic Alliance, Johns Hopkins University, <sup>3</sup>Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εισαγάγει την έννοια της “value-based” ιατρικής στα ελληνικά δεδομένα. Διάφορα συστήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένου αυτών των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής και της Μεγάλης Βρετανίας, στρέφονται προς την επιβράβευση νοσηλευτικών ιδρυμάτων που εφαρμόζουν value-based ιατρική. Ο όρος σημαίνει παροχή ίδιας ή ανώτερης ιατρικής φροντίδας με παράλληλη μείωση του κόστους.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήσαμε έρευνα στην διεθνή βιβλιογραφία, τις οδηγίες άσκησης ιατρικής από διαφορές διεθνείς και ελληνικές ιατρικές εταιρίες, και τα πρακτικά του High Value Practice Academic Alliance.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα μελέτη εξηγούνται οι έννοιες της value-based ιατρικής, εκτίμησης και ανάπτυξης της ποιότητας (quality assessment-improvement), και «απορρίμματα» ιατρικής (waste). Περιγράφονται τρόποι και κατάλληλες δομές για την εξεύρεση value-based πρακτικών για κάθε υπο-ειδικότητα και νοσηλευτικό ίδρυμα. Τέλος αναλύονται παραδείγματα τέτοιων πρακτικών στη χειρουργική μαστού που αφορούν εκτός άλλων την εισαγωγή fast-track χειρουργείων, κατάλληλη χρήση προεγχειρητικών εξετάσεων, παροχετεύσεων και αντιβιοτικών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εφαρμογή της value-based ιατρικής στην ελληνική πραγματικότητα θα αποφέρει διττό όφελος. Από την μία, θα καταστήσει δυνατή τη παροχή ανώτερης ιατρικής φροντίδας, σύμφωνα με τις οδηγίες των διεθνών εταιρειών, και από την άλλη να μετριάσει το οικονομικό βάρος της ιατρικής, γεγονός υψίστης σημασίας σε περίοδο οικονομικής λιτότητας.

## 163. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ

Σ. Κτενιαδάκης, Δ. Ιντζεπογάζογλου, Ε. Βασιλογιαννάκης, Μ. Καραβιτάκη, Ο. Φραδακίς

Βενιζέλιο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αυξημένη προσέλευση ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων τα καθιστά ως το πλέον νευραλγικό χώρο του Νοσοκομείου ενώ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς. Η μέτρηση ικανοποίησης των χρηστών Υγείας είναι απαραίτητη για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών με τελικό αποτέλεσμα τη προαγωγή υγείας του πληθυσμού

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Με μορφή ερωτηματολογίου ερωτήθηκαν ασθενείς και συνοδοί που επισκέφθηκαν το Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου σε διάστημα 5 εφημεριών για την ικανοποίηση από Νοσηλευτικό, Ιατρικό Διοικητικό προσωπικό, ικανοποίηση από υποδομές προσβασιμότητα, ασφάλεια ενώ ερωτήθηκαν για ποσό ετήσιας ιδιωτικής υγειονομικής δαπάνης, προηγούμενες επισκέψεις και συσχέτιση με φύλο, ηλικία. Με προσωπικό ερωτηματολόγιο ερωτήθηκαν για το εκτιμώμενο χρόνο αναμονής σε σχέση με τον πραγματικό χρόνο όπως καταγράφεται από τις ηλεκτρονικές καταγραφές παρακλητικού έλεγχου. Από 150 ερωτηματολόγια συνελέχθησαν 113 και συμπληρώθηκαν ολοκληρωμένα 89 ερωτηματολόγια

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ικανοποίηση των ασθενών κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα για το Νοσοκομείο μας συνολικά στο 88%, ενώ υψηλότερος βαθμός ικανοποίησης καταγράφεται για το Νοσηλευτικό προσωπικό 92%, κατόπιν ιατρικό 87%, Διοικητικό 84%. Η ικανοποίηση όσον αφορά τους χώρους είναι χαμηλή στο 66%, και την ασφάλεια του χώρου 62% ενώ είναι υψηλή η ικανοποίησης προσβασιμότητας 97%. Υψηλότερη ικανοποίηση εμφανίζεται στους ασθενείς με υψηλή ιδιωτική υγειονομική δαπάνη και στις μεγαλύτερες ηλικίες και των δυο φύλων. Η πραγματική απόκλιση του υποκειμενικού αισθήματος χρόνου αναμονής σε σχέση με τον πραγματικό χρόνο ήταν περίπου 1 προς 2,2 και διαφέρει ανάλογα με το ιατρείο καθώς στο Χειρουργικό Ιατρείο ο χρόνος αναμονής μετά τη διαλογή ήταν 6,5 λεπτά σε σχέση με 95 λεπτά για το Παθολογικό Ιατρείο. Σημειώνεται ότι το Τμήμα Επειγόντων έχει πιστοποιηθεί δυο συνεχόμενες χρονιές με σύστημα ISO 9005

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε ένα Νοσοκομείο όπως το Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου με αριθμό εξεταζόμενων 116.000 το χρόνο, αριθμός που προσαυξάνεται κάθε χρόνο είναι κρίσιμη η άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού αλλά και του μεγάλου αριθμού επισκεπτών ιδίως τους καλοκαιρινούς μήνες. Η καταγραφή της ικανοποίησης, με τους περιωρισμούς που έχει, επιτρέπει τη βελτίωση στους τομείς που υστερούν.

**164. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΟΡΘΗΣ ΑΡΧΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΟΥ ΤΕΠ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Γ. Ίντας, Α. Δρίτσα, Ν. Ελ-Φελλάχ, Π. Δερμάτης, Η. Σκοπελίτης, Α. Φούτρης, Ε. Κακλαμάνου, Δ. Τσίφτσος  
Γ.Ν.Ν.ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ - Γ.Ν.Δ.Α. Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί ο βαθμός της συμφωνίας μεταξύ διαγνώσεων εισόδου και εξιτηρίου των ασθενών και της επίδρασης της διαφωνίας των διαγνώσεων στη θνητότητα και νοσηρότητα των ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για μία αναδρομική ερευνητική μελέτη, η οποία διεξήχθη στο ΤΕΠ μεγάλου νοσοκομείου του Ν.Αττικής. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω του πληροφοριακού συστήματος του νοσοκομείου (ΗΔΙΚΑ) και περιελάμβανε το φύλο, την ηλικία, την ημέρα (αργία έναντι καθημερινής), τη διάγνωση εισόδου κατά ICD-10, τη διάγνωση εξιτηρίου κατά ICD-10, την έκβαση (θάνατος έναντι επιβίωσης), εάν διακομίστηκε σε άλλη κλινική (ναι έναντι όχι) και τη συνολική διάρκεια νοσηλείας. Η διάγνωση εισόδου ορίστηκε ως διάγνωση που τέθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και εισήχθη ο ασθενής στην κλινική. Η διάγνωση εξόδου ορίστηκε ως η διάγνωση που αναγράφεται στο εξιτήριο του ασθενή. Διαφωνία στη διάγνωση θεωρήθηκε όταν διέφερε οποιοδήποτε από τα τρία ψηφία του κωδικού ICD-10. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS v.21.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 500 ασθενείς, εκ των οποίων 248 (49,6%) ήταν άνδρες και 252 (50,4%) γυναίκες. Βρέθηκαν 125 κωδικοί ICD-10 εισόδου και 242 κωδικοί ICD εξόδου. Συμφωνία στις διαγνώσεις υπήρχε σε 352 (70,4%) ασθενείς και διαφωνία σε 148 (29,6%). Οι ασθενείς των οποίων η διάγνωση εισόδου διαφωνούσε με τη διάγνωση εξόδου είχαν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να διακομίστουν σε άλλη κλινική (8,1% έναντι 2,6%,  $p < 0,05$ ). Η διαφωνία στις διαγνώσεις σχετίστηκε με σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας (6,1±8,7 έναντι 4,2±4,1,  $p < 0,05$ ) και με σημαντικά μικρότερο ποσοστό εξόδου από την κλινική (80,4% έναντι 88,4%,  $p < 0,05$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το ποσοστό συμφωνίας διαγνώσεων στο υπό μελέτη νοσοκομείο είναι μεγαλύτερο από εκείνο των διεθνών μελετών, κυρίως οφειλόμενο στο εύρος των πιθανών διαγνώσεων. Χρειάζονται στοχευμένες παρεμβάσεις για τη μείωση του, όπως εφαρμογή οργανωμένου συστήματος διαλογής στο ΤΕΠ, εκπαίδευση των ιατρών στα επείγοντα περιστατικά και στελέχωση του ΤΕΠ με εξειδικευμένο προσωπικό.

**165. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΠ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΟΥ Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΕΣΙ**

Δ. Τσίφτσος, Γ. Ίντας, Α. Δρίτσα, Ν. Ελ-Φελλάχ, Π. Δερμάτης, Γ. Παπαδόπουλος, Ε. Κωνσταντινίδου, Ε. Κακλαμάνου  
Γ.Ν.Ν. Άγιος Παντελεήμων - Γ.Ν.Δ.Α. Η Αγία Βαρβάρα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας για τη διαλογή των ασθενών στο ΤΕΠ σύμφωνα με το διεθνές σύστημα ταξινόμησης ΕΣΙ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη που περιελάμβανε 16 επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στο ΤΕΠ μεγάλου νοσοκομείου του Ν.Αττικής. Χρησιμοποιήθηκαν 60 τυποποιημένα σενάρια διαλογής από το εγχειρίδιο του ΕΣΙ. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν εκπαιδευτεί στο ΕΣΙ κατά την πρώτη του εφαρμογή στο νοσοκομείο. Σε κάθε σενάριο χωριστά υπολογίστηκε ο απόλυτος αριθμός και το ποσοστό των σωστών απαντήσεων, της υποδιαλογής και της υπερδιαλογής. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS Statistics for Windows, Version 17.0. Chicago: SPSS Inc.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά συμμετείχαν 8 νοσηλευτές και 8 ιατροί, οι οποίοι απάντησαν σε 60 σενάρια, δηλαδή σύνολο 960 περιπτώσεις. Το μέσο ποσοστό σωστών απαντήσεων στο σύνολο των σεναρίων ήταν 63,1% (95% CI 55,2% - 68,4%). Στα υπόλοιπα σενάρια έγινε είτε υπερδιαλογή (13,3%) ή υποδιαλογή (23,6%). Η ακρίβεια στη βαθμολογία ήταν σημαντικά υψηλότερη στα σενάρια ενηλίκων σε σχέση με τα παιδιατρικά (64,4% έναντι 56,8%,  $p < 0,001$ ) και στα σενάρια μη τραύματος σε σχέση με τα τραύματα (63,2% έναντι 62,5%,  $p < 0,001$ ). Οι συμμετέχοντες απάντησαν με μεγαλύτερη ακρίβεια στα σενάρια χαμηλής οξύτητας (ΕΣΙ 5) (81,6, 95% CI: 61,1% - 78,7%) και υψηλής οξύτητας (ΕΣΙ 1) (76,6, 95% CI: 67,3% - 85,8%), ακολουθούμενα από τα σενάρια ΕΣΙ 4 (63,1, 95% CI: 55,3% - 72,8%), τα σενάρια ΕΣΙ 3 (54,3, 95% CI: 40,7% - 62,4%) και τα σενάρια ΕΣΙ 2 (51,8, 95% CI: 39,6% - 60,2%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας στο σύστημα διαλογής ΕΣΙ στο υπό εξέταση νοσοκομείο είναι σε μέτρια επίπεδα, αλλά σε συγκρίσιμα επίπεδα σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Προτείνεται η τροποποίηση του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών των επαγγελματιών υγείας, ιατρών και νοσηλευτών, ώστε να περιλαμβάνεται μάθημα διαλογής στα πλαίσια της εντατικοποίησης.

**166. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

Γ. Μαϊκαντής<sup>1</sup>, Μ. Αδαμοπούλου<sup>2</sup>, Μ. Κουπετώρη<sup>1</sup>, Β. Βιγκλή<sup>2</sup>, Σ. Ευαγγελάτος<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», <sup>2</sup>Τομέας Υγειονομικού Φαρμακευτικού Ελέγχου του Σ.Ε.Υ.Υ.Π., <sup>3</sup>Σ.Ε.Υ.Υ.Π.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της εργασίας είναι η παρουσίαση μετά από έρευνα του ΣΕΥΥΠ, σχετικά με τη νομιμότητα άσκησης ιδιωτικού έργου από τους Πανεπιστημιακούς Ιατρούς, οι οποίοι εργάζονται σε Νοσοκομεία του ΕΣΥ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Για την εξέταση των ανωτέρω, αναφορικά με τη νομιμότητα άσκησης της ιατρικής επιστήμης από Πανεπιστημιακό Ιατρό σε Ιδιωτική Κλινική, εκτός του δημόσιου Νοσοκομείου, όπου νομίμως εργάζεται, συγκεντρώθηκαν στοιχεία από το οικείο Πανεπιστήμιο, το δημόσιο νοσοκομείο και την ιδιωτική κλινική, αναφορικά με το προβλεπόμενο ωράριο εργασίας του για το πανεπιστημιακό ίδρυμα, καθώς και για την ενασχόληση του τόσο στο δημόσιο νοσοκομείο, όσο και στην ιδιωτική κλινική. Σύμφωνα με τις διατάξεις των νόμων 2889/2001, 3868/2010, 4009/2011 και 4025/2011, ο πανεπιστημιακός Ιατρός, αν συμμετέχει στην ολόημερη λειτουργία του νοσοκομείου και έχει προβεί στην σχετική ενημέρωση του κοσμήτορα της ιατρικής σχολής, δύναται να διατηρεί ιδιωτικό ιατρείο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την εξέταση των παραπάνω στοιχείων, προέκυψε η κατ' επανάληψη ενασχόληση του καταγγελλόμενου Ιατρού σε ιδιωτική κλινική και επιπλέον κατά το πρωινό ωράριο λειτουργίας του νοσοκομείου, χωρίς να λάβει καμία μορφή άδειας από τους προϊστάμενους του, ώστε να αποχωρήσει. Οι αιτιάσεις των Πανεπιστημιακών Ιατρών, ήταν ότι δεν προσδιορίζεται από την κείμενη νομοθεσία, το ωράριο εργασίας των Πανεπιστημιακών Ιατρών, προκειμένου να τους παρέχεται το δικαίωμα αποχώρησης από το δημόσιο νοσοκομείο, για να εκτελέσουν τα Ακαδημαϊκά τους καθήκοντα. Η παραχώρηση αυτή όμως της πολιτείας προς την πανεπιστημιακή κοινότητα, δεν εδόθη για την εξυπηρέτηση ιδιωτικών τους υποθέσεων και μάλιστα κατά τη διάρκεια του πρωινού - τακτικού ωραρίου λειτουργίας του Νοσοκομείου και της εργασίας τους σε αυτό, αλλά για την άσκηση των ακαδημαϊκών τους υποχρεώσεων. Οποιαδήποτε αναφερόμενη προσαρμογή του ωραρίου των εν λόγω Ιατρών, η οποία δεν προβλέπεται, δεν καθίσταται νόμιμη. Οι δε ισχυρισμοί, ότι εφόσον δεν υπάρχει μισθωτή εξαρτημένη εργασία, οι πανεπιστημιακοί Ιατροί μπορούν να χειροφυρούν σε ιδιωτικές Κλινικές, είναι εκ διαμέτρου αντίθετη με την ισχύουσα παρ. 4 του άρθρ. 11 του Ν. 2889/2001, καθώς το παραγόμενο από αυτούς έργο, δημιουργεί αλληλοεξαρτώμενες οικονομικές συγκαυρίες και οφέλη, ωθώντας τους σε μία αφανή, αλλά όχι αδρανή σχέση εργασίας, εφόσον και οι δύο πλευρές αναπτύσσουν αλληλοεξαρτώμενες οικονομικές δραστηριότητες. Η ακολουθούμενη προαναφερμένη τακτική, έρχεται αντιμέτωπη, τόσο με το φαινόμενο της σύγκρουσης συμφερόντων των πανεπιστημιακών Ιατρών, εξαιτίας δεοντολογικά αντίθετων παραμέτρων, προκαλώντας μεταξύ των άλλων και ανισότητα στην πρόσβαση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και συνθήκες αθέμιτου ανταγωνισμού μεταξύ ιδιωτών Ιατρών και Ιατρών κρατικών - λειτουργιών, όσο και πρακτικά προβλήματα, τα οποία ανακύπτουν λόγω των πολυάριθμων ενασχολήσεων τους, υποβαθμίζοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η άσκηση του ιατρικού έργου, εξισώνεται με την υψηλή αποστολή των Ιατρών, η οποία είναι η πρόσπιση της δημόσιας υγείας και συμφέροντος, καθώς και των δικαιωμάτων του ασθενούς, ασπαζόμενοι τον νομικο-δεοντολογικό Κώδικα της Ιατρικής Επιστήμης, συνυφασμένο με το ελληνικό και διεθνές δίκαιο.

**167. ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΙ ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΟΥ**

Γ. Μαϊκαντής<sup>1</sup>, Μ. Αδαμοπούλου<sup>2</sup>, Χ. Λαμπρή<sup>2</sup>, Μ. Κουπετώρη<sup>1</sup>, Σ. Ευαγγελάτος<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», <sup>2</sup>Τομέας Υγειονομικού Φαρμακευτικού Ελέγχου, Σ.Ε.Υ.Υ.Π., <sup>3</sup>Σ.Ε.Υ.Υ.Π.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της εργασίας είναι η ανάδειξη των λόγων που οδηγούν τους πολίτες στην επιλογή ιδιωτικού φορέα για την διεξαγωγή του τοκετού και του ποσοστού γεννήσεων σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικά μαιευτήρια στην Αττική.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εκτιμήθηκε ο αριθμός των γεννήσεων από το 2014 ως και το 2016 για τον νομό Αττικής, καθώς στην εν λόγω περιοχή πραγματοποιούνται οι περισσότεροι τοκετοί της επικράτειας. Τα στοιχεία, αντλήθηκαν από ολοκληρωμένο έλεγχο του ΣΕΥΥΠ, σε συνδυασμό με την συμπλήρωση 306 ερωτηματολογίων από επίτοκες, οι οποίες επέλεξαν ιδιωτικό μαιευτήριο για να γεννήσουν, σχετικά με τους λόγους, οι οποίοι συνέβαλλαν στην επιλογή του ιδιωτικού ή δημόσιου μαιευτηρίου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την επεξεργασία των συγκεντρωθέντων στοιχείων προέκυψε ο ακόλουθος πίνακας:

Έτη	Σύνολο τοκετών στην Αττική	Αρ. και ποσοστό τοκετών εκτός μαιευτηρίου	Αρ. και ποσοστό τοκετών σε δημόσια μαιευτήρια	Αρ. και ποσοστό τοκετών σε ιδιωτικά μαιευτήρια
2014	40.569	151 (2,68%)	11.883 (29,2%)	28.581 (70,7%)
2015	40.329	124 (3,25%)	11.879 (29,4%)	28.326 (70,4%)
2016	40.677	164 (3,91%)	12.759 (31,3%)	27.814 (68,5%)

Κάθε χρόνο το ποσοστό των γυναικών που γεννούν εκτός οργανωμένων δομών και εκείνες που επιλέγουν να γεννήσουν σε δημόσια ή ιδιωτικά μαιευτήρια, παραμένει σχεδόν σταθερό. Από την επεξεργασία των ανωτέρω ερωτηματολογίων, εξήχθησαν ως οι περισσότερες κοινές απαντήσεις στο ερώτημα για ποιο λόγο επέλεξαν ιδιωτικό φορέα για τη γέννηση του παιδιού τους, το γεγονός ότι ακολούθησαν το νοσηλευτικό ίδρυμα, όπου ασκεί ο θεράπων Ιατρός τους και για τις αναβαθμισμένες συνθήκες παραμονής τους (την καλή ξενοδοχειακή υποδομή και καθαριότητα του). Οι γυναίκες που επέλεξαν ιδιωτικό μαιευτήριο, ανέφεραν ως προερχόμενο λόγο, το ότι είναι πιο εύκολα προσβάσιμος, σε σχέση με αυτό του ΕΣΥ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Κάθε χρόνο το δημόσιο νοσοκομείο, χάνει έσοδα από τη μη αξιοποίηση των κλινών και των λοιπών υποδομών των μαιευτικών κλινικών από τις μη πραγματοποιηθείσες σε αυτό γεννήσεις, καθώς θεωρείται ότι προσφέρει υποβαθμισμένες υπηρεσίες (ξενοδοχειακή υποδομή και συνθήκες υγιεινής) και δυσχέρειες στην προσέγγιση του μαιευτήρα, ενταγμένου στο ΕΣΥ.

**168. ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΚΑΒ ΠΡΟΣ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΚΟΜΙΔΩΝ (ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΜΕΛΕΤΗ)**  
 Σ. Κτενιάδακης, Μ. Καραβιτάκη, Ι. Γκίωνης, Ε. Τσαγκατάκη, Α. Τσαγκαράκη, Ο. Φραι-  
 δακης

Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλιου»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η επιβάρυνση με άσκοπες διακομιδές του ΕΚΑΒ προς τα Νοσοκομεία αποτελεί κοινή αίσθηση των εργαζομένων σε ΕΚΑΒ και Νοσοκομεία και αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης της ανταπόκρισης σε επείγοντα περιστατικά με σημαντικό κόστιμο για τη Δημόσια Υγεία

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε διάστημα ενός χρόνου Απρίλιος 2017 ως Μάρτιος 2018 (στοιχεία περιλήψης Απρίλιος 2017) καταγράφονται οι διακομιδές προς το Βενιζέλιο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο και η έκβαση τους (εισαγωγή, έξοδος με οδηγίες, παραπομπή σε τακτικό ιατρείο). Στο διάστημα αυτό καταγράφηκαν 440 μεταφορές στις 15 εφημερίες του μήνα. Από αυτές εισήχθησαν για περαιτέρω έλεγχο 116 περιστατικά (26,36%), 269 (61,13%) δόθηκαν οδηγίες και εξήλθαν και 55 (12,5%) παραπέμφθηκαν για τακτικό έλεγχο με την πλειοψηφία αυτών να επιστρέφουν με ασθενοφόρο στην οικία τους. Καταγράφηκε ο αριθμός ανά ιατρείο με σύγκριση καρτών διακομιδής με τις καρτέλες εξέτασης για φυλο, ηλικία, προελευση γεωγραφική. Ιδιαίτερα για τις διακομιδές που δεν νοσηλεύτηκαν έγινε δειγματοληπτική καταγραφή των λόγων κλήσης ασθενοφόρου.  
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι κλήσεις ασθενοφόρου, πέρα από τα τροχαία στα οποία υπάρχουν τραυματισμοί και συντρέχουν και νομικοί λόγοι, αυξάνονται ειδικά σε περίοδο οικονομικής κρίσης αλλά και ανασφάλειας σε σχέση με τον προβλεπόμενο χρόνο αναμονής. Ο πεπερασμένος αριθμός οχημάτων και πληρωμάτων καθιστά τις άσκοπες κλήσεις τροχόεδη στην ευρυθημική ασφαλή λειτουργία του ΕΚΑΒ και του Νοσοκομείου. Ο τελικός στόχος της ετήσιας καταγραφής είναι η δημιουργία ενός πρότυπου συστήματος που θα περιορίσει τον αριθμό των άσκοπων διακομιδών με βελτίωση του χρόνου αλλά και της μείωσης ταλαιπωρίας των ασθενών.

**170. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**

Α. Καραγκιούλη<sup>1</sup>, Κ. Μιλορόδα<sup>1</sup>, Ε. Νόβα<sup>1</sup>, Μ. Δαούση<sup>1</sup>, Ν. Κοτσάτος<sup>1</sup>, Σ. Ντελί-  
 μου<sup>1</sup>, Β. Κοντού<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν.Α. «Ιπποκρά-  
 τειο», <sup>2</sup>Υπεύθυνη Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Ειδικότητας, Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η συνεχώς βελτιούμενη παροχή θεραπευτικών παροχών στους ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες έχει οδηγήσει σε μεγαλύτερη επίβραση και καλύτερη ποιότητα ζωής. Ο ρόλος του νοσηλέτη στους αιμοσφαιρινοπαθείς είναι καθοριστικός για την προαγωγή της υγείας. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των διαπεριπτώσεων της νοσηλευτικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και οι παρεμβάσεις που γίνονται.  
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 12 ασθενείς μέσης ηλικίας 66,2 ετών (62-80), 9 γυναίκες-3 άνδρες, 7 με Δρεπανοκυτταρική νόσο, 5 με Θαλασσαιμία που επισκέπτονται ανα 15ήμερο την Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας. Αρχικά καταγράφησαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (πίνακας 1) και εν συνεχεία οι ιδιαίτερες στην νοσηλευτική φροντίδα που χαρακτηρίστηκαν ως πάντα (σε κάθε επίσκεψη), συχνά (τουλάχιστον στις μισές επισκέψεις) και ποτέ (πίνακας 2).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:**

	Έγχαμος	Άγχαμος	Χήρος/α	Διαγεννητική
Κατάσταση	6	2	1	3
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	Μέτρια	Κακή	άλλο
Συνθήκες διαβίωσης	Στέμιος	Μικρογένεια	Σε ίδρυμα	άλλο
Κινητικότητα αυτοεμπνεύσιμη	αυτοεμπνεύσιμη	Χρειάζεται βοήθεια σε βασικά πεδία	Δεν αυτοεμπνεύσιμη	Χρησιμοποιεί βοηθητικά μέσα (καροτσάκι, πατερίτσες)
Φροντίδα υγείας	11	11	5	2
Συνυπάρχοντα Προβλήματα	Οκονομικός ιατρός	Προσκόμιση	Αποκλειστική νοσοκομεία	4
Ψυχολογική κατάσταση ασθενούς	3	12	0	2
	Σακχαρώδης διαβήτης	Καρδιολογικά προβλήματα	Αναπνευστικά προβλήματα	Νευρολογικά προβλήματα
	4	6	4	2
	7	3	0	1

Πίνακας 1

	Προ μετάγγισης (δυσαιμία)	Στην αρχή της μετάγγισης	Στο ενδιάμεσο	Στο τέλος
Ζωτικά σημεία	συχνά	Πάντα	συχνά	Πάντα
Ταυτοποίηση στοιχείων ασθενούς για μετάγγιση	πάντα	πάντα	πάντα	Πάντα
Μέτρηση σφαιρών αίματος	συχνά	συχνά	συχνά	Σπάνια
Αιμολιμίες	πάντα	πάντα	ποτέ	ποτέ
Αντιπηκτική εμβολιασμού	συχνά	Δεν εφαρμόζεται	Δεν εφαρμόζεται	Δεν εφαρμόζεται
Ευαιμοσίτωση (αντιπηκτικές, ηγροαινοφραξία)	συχνά	συχνά	Δεν εφαρμόζεται	συχνά
Έλεγχος φαρμακευτικής αγωγής και προετοιμασία φαρμακευτικού κελύ	συχνά	πάντα	συχνά	συχνά
Ανακοίνωση του ασθενούς από τον πληρ. Ηλικία και φυσιολογική υποστήριξη	συχνά	πάντα	πάντα	πάντα
Πρόληψη επιπλοκών	πάντα	πάντα	πάντα	πάντα
Σύγχρονα ασθενών	Δεν εφαρμόζεται	συχνά	πάντα	Πάντα
Βοήθεια σε διοικητικά θέματα (ιστορία/παρακτιικά κελύ	Δεν εφαρμόζεται	Δεν εφαρμόζεται	Δεν εφαρμόζεται	Συχνά
Οργάνωση και προγραμματισμός επισκέψεων/τηλεφωνικά επικοινωνία	Συχνά	Δεν εφαρμόζεται	Δεν εφαρμόζεται	Δεν εφαρμόζεται

Πίνακας 2

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η δύναμη της νοσηλευτικής πρακτικής έγκειται στηνολοκληρ, εξατομικευμένη προσέγγιση των στόμων σε επίπεδο πρόληψης, προαγωγής της υγείας, θεραπευσιακή αποκατάσταση. Ο νοσηλέτης που ασχολείται με τους ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες οφείλει να γνωρίζει τις ιδιαίτερες της βασικής νόσου και των επιπλοκών της και να βρίσκεται σε συνεχή εγρήγορση για την παροχή της ορθής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι γνηριακοί ασθενείς χρήζουν εντατικότερης νοσηλευτικής φροντίδας λόγω αυξημένων αναγκών από τις επιπλοκές του βασικού νοσήματος.

**169. Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΥΨΗΛΟΒΑΘΜΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ΤΟΥ ΠΑΝ/ΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΒΡΟΥ**

Χ. Νταφοπούλου, Ν. Πολύζος

Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Η λειτουργία του οργανισμού του νοσοκομείου και η ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, επηρεάζονται τόσο από εξωτερικούς όσο και από εσωτερικούς παράγοντες. Το ερώτημα που γεννάει είναι πως ένας εργαζόμενος στο χώρο της υγείας μπορεί να αποδώσει το μέγιστο στο εργασιακό του περιβάλλον χωρίς να έχει επιπτώσεις στη ψυχική του υγεία, και ποια η συμβολή του προϊστάμενου του σε αυτό. Ξεφεύγοντας από τα κλασικά μοτίβα διοίκησης η πρόταση στο παραπάνω ερώτημα είναι η γνεσία βασισμένη στις αρχές της συναισθηματικής νοημοσύνης και της ενσυνειδητότητας. Η παρούσα εργασία αποτελεί μελέτη περίπτωσης βασισμένη σε υψηλόβαθμα στελέχη του παν/κου νοσοκομείου Εβρου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης της συναισθηματικής νοημοσύνης με την ενσυνειδητότητα και τη συσχέτιση τους με το φύλο και την επαγγελματική κατηγορία. Η έρευνα απευθύνθηκε αποκλειστικά σε γνετικά στελέχη του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού στοχεύοντας έτσι στον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ γνετικών στελεχών και υψηλής συναισθηματικής νοημοσύνης.

**ΥΛΙΚΟ:** Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 126 υψηλόβαθμα στελέχη και η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια εξειδικευμένου ερωτηματολογίου μέτρησης συναισθηματικής νοημοσύνης και ενσυνειδητότητας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Βρέθηκε ότι το 88,62% του δείγματος διαθέτει αρκετά υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη, ενώ το 11,38% βρίσκεται σε μεσαία επίπεδα. Οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη μέση τιμή συναισθηματικής νοημοσύνης και ενσυνειδητότητας από τις γυναίκες, ενώ το ιατρικό προσωπικό έχει μεγαλύτερη μέση τιμή συναισθηματικής νοημοσύνης και ενσυνειδητότητας συγκριτικά με το διοικητικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και ενσυνειδητότητας και ότι το φύλο και η επαγγελματική κατηγορία επηρεάζουν τα επίπεδα. Τέλος, βρέθηκε ότι τα υψηλόβαθμα στελέχη εμφανίζουν υψηλά ποσοστά συναισθηματικής νοημοσύνης.

**171. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΘΕΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΠΑΡΑΔΟΞΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ**

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>, Α. Χρονοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Σώρρας<sup>3</sup>, Γ. Ασημακόπουλος<sup>1</sup>, Α. Μπόννας<sup>3</sup>, Π. Πεύκος<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, <sup>2</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Αργολίδας, Ν.Μ. Αργούς, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας», <sup>4</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας, Νομού Αγρινίου, <sup>5</sup>ΚΕΠΕΚ Δυτικής Ελλάδας, Ηλείου Ιονίων Νήσων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των παραδόξων που συμβαίνουν στους χώρους εργασίας των Νοσοκομείων της Δυτικής Ελλάδας, Πελοποννήσου και Ιονίων Νήσων σχετικά με την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων και των ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Υγιεινή και Ασφάλεια στους χώρους εργασίας των Νοσοκομείων. Επανασχεδιασμός του υγειονομικού χάρτη της χώρας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έχει κατασκευασθεί σύγχρονο νοσοκομείο σε βάλο ευάλωτο σε πλημμύρες χωρίς τα αποτελεσματικά αντιπλημμυρικά μέτρα προστασίας. Σε μέτριας παλαιότητας νοσοκομείο που κάλυπτε τις υγειονομικές ανάγκες ενός Νομού όταν έπεσε η τάση της ΔΕΗ δεν λειτουργήσε ούτε η μοναδική γεννήτρια του νοσοκομείου ούτε ήταν φορτισμένες οι μπαταρίες τριώρης διάρκειας με αποτέλεσμα να είναι εκτός λειτουργίας για λίγες ώρες. Έχει παρατηρηθεί σε Νοσοκομείο να είναι φραγμένες με υλική ή κλειδωμένες οι έξοδοι κινδύνου σε κλινικές ή εργαστήρια με διευθυντές υψηλού μορφωτικού επιπέδου δυστυχώς οι απλές και λογικές σκέψεις ασφαλείας απαιτούν εκπαίδευση και παιδεία. Ολοσθρότητα δαπέδων. Έλλειψη μέσων ατομικής προστασίας κατά χρονικές περιόδους. Έλλειψη ή μη ολοκληρωμένων γραπτής εκτίμησης επαγγελματικού Κινδύνου Μη ολοκληρωμένων προγραμμάτων εμβολιασμού των εργαζομένων. Καταγραφή επαγγελματικών ασθενειών και εργατικών ατυχημάτων από το ΣΕΠΕ. Αλλαγή θέσης εργασίας σε 3 από 2007 έως τέλος 2015 οι δύο παραπέμφθηκαν από τη διοίκηση σε α, β επιτροπές υγείας για γνωμοδότηση και σε 8 από τους 12 οι 4 από τους 8 παραπέμφθηκαν από την διοίκηση αρχές 2016 έως τέλος 2017. 5 εργατικά ατυχήματα δεν δηλωθήκαν εγκαίρως το πρώτο 24ώρο. Παρατηρήθηκε μείωση προσωπικού αύξηση της εργασίας λόγω στροφής στο δημόσιο τομέα λόγω οικονομικής κρίσης. Επιβεώρηση ενημέρωση για φυσικούς, βιολογικούς, χημικούς παράγοντες από τους αντίστοιχους υπεύθυνους επιστημονικούς ανεξάρτητους κρατικούς φορείς. Έλεγχος ποιότητας τροφίμων. Εφαρμογή μεσογειακής διαίτας. Στους Νομούς Αιτωλοακαρνανίας, Αργολίδας, Κεφαλληνίας, Μεσσηνίας, Λακωνίας υπάρχουν δύο Νοσοκομεία ενώ στην Ηλεία τρία Νοσοκομεία ενώ θα μπορούσε οι υγειονομικές ανάγκες να καλύπτονταν με ένα άρτια και πληρέστερο δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο ανά Νομό με την αναδιάρθρωση και σχεδιασμό ενός νέου υγειονομικού χάρτη στην χώρα τόσο για τα Νοσοκομεία όσο και για τα Κέντρα Υγείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε εθνικό επίπεδο είναι επιτακτική ανάγκη η δημιουργία ενός νέου υγειονομικού χάρτη και η πρόληψη επιτυγχάνεται με τη εφαρμογή της Ευρωπαϊκής και Εθνικής Νομοθεσίας για την Υγιεινή και Ασφάλεια στους χώρους εργασίας.



**172. ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ: ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑΚΗ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΤΕΝΟΝΤΙΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ ΕΠΙΜΗΚΥΝΣΗΣ ΤΗΣ ΩΛΕΝΗΣ**

Δ. Μπέγκας, Α. Κοντούλης, Χ. Μήρτσιος, Μ. Ψηφής, Κ. Θεοδωρίδης, Χ. Απέργης, Χ. Κοντός, Κ. Βαρβαρούσης, Ι. Μιχελάρáκης  
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. Παιδών «Π.&Α. Κυριακού»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας του συνδυασμού χρήσης συνθετικού τενόντιου μοσχεύματος και οστεοτομίας επιμήκυνσης ωλένης, στην αντιμετώπιση παραμελημένων τραυματικών εξαρθρημάτων κεφαλής κερκίδας (ΠΤΕΚΚ) σε παιδιά.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μεταξύ Ιανουαρίου 2011 και Δεκεμβρίου 2014, 11 παιδιά (μέσος όρος ηλικίας 11,5 ετών) με ΠΤΕΚΚ, λόγω παλαιών καταγμάτων Monteggia (9 Bado I και 2 Bado III), αντιμετώπιστηκαν με συνδυασμό οστεοτομίας επιμήκυνσης ωλένης και σταθεροποίησης της με εξωτερική οστεοσύνθεση και ανακατασκευής δακτυλοειδούς συνδέσμου με συνθετικό τενόντιο μόσχευμα και σταθεροποίησης της κεφαλής της κερκίδας στον έξω βραχιόνιο κόνδυλο με μία βελόνα Kirschner. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση περιλάμβανε κλινικές και ακτινολογικές εξετάσεις, έλεγχο επιπλοκών και αξιολόγηση των ασθενών με το συντελεστή Mayo Elbow Performance Index (MEPI) σε σύγκριση με την προεγχειρητική τους αξιολόγηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση διάρκεια μετεγχειρητικής παρακολούθησης ήταν 26 μήνες (24-29 μήνες). Σε όλες τις περιπτώσεις η οστεοτομία της ωλένης πωρώθηκε σε διάστημα 6-8 εβδομάδων. Η μέση μετεγχειρητική αύξηση του MEPI ήταν κατά 35 βαθμούς (μέση συνολική τιμή 98). Κανένας ασθενής δεν παρουσίαζε πόνο ή αστάθεια αγκώνα. Το τελικό εύρος κίνησης αγκώνα (μέση τιμή έκτασης-κάμψης 0°/140°) και αντιβραχίου (μέση τιμή πρηνισιό-υπτιασμός 65°/80°) ήταν εξαιρετικό. Δεν υπήρξαν περιπτώσεις μετεγχειρητικών λοιμώξεων ή πάρεσης οπισθίου μεσόστεου νεύρου. Όλα τα παιδιά ήταν σε θέση να επιστρέψουν στις καθημερινές και αθλητικές τους δραστηριότητες. Μέχρι σήμερα δεν υπήρξε καμία περίπτωση υποτροπής του εξαρθρήματος και ανάγκης νέας χειρουργικής επέμβασης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αντιμετώπιση του ΠΤΕΚΚ σε παιδιά με συνθετικό τενόντιο μόσχευμα και οστεοτομία επιμήκυνσης ωλένης, αποτελεί μια πρωτοποριακή ελάχιστα επεμβατική χειρουργική μέθοδο με άριστα λειτουργικά αποτελέσματα, ταχεία αποκατάσταση και μηδαμινό ποσοστό επιπλοκών.

**174. ΕΞΩ ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑΣ ΑΓΚΩΝΑ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Γ. Καρατζάς, Γ. Τουνιασίδης, Π. Πεντάζος, Σ. Χατζόπουλος, Α. Κοτσιλίνη, Α. Παστρουδής  
*Στ' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παράθεση της κλινικής εικόνας, διάγνωσης και θεραπευτικής προσέγγισης της εξω επικονδυλίτιδας του αγκώνα (tennis elbow), καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της αντιμετώπισής της.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αντιμετώπισθησαν 68 περιπτώσεις εξω επικονδυλίτιδας αγκώνα (tennis elbow) σε ασθενείς ηλικίας 23-54 ετών (μ.ο. 37,3 ετη). Απ' αυτούς οι 38 ήταν άνδρες και οι 30 γυναίκες. Το 84% των περιπτώσεων εντοπιζόταν στον αγκώνα του κυρίαρχου ανω άκρου. Ο πόνος ήταν το συχνότερο σύμπτωμα ακολουθούμενο από αδυναμία, ιδιαίτερα στην ανύψωση αντικειμένων. Η κλινική εκτίμηση συμπληρωνόταν από τον ενδεικνυμένο απεικονιστικό έλεγχο του αγκώνα (ακτινογραφία(f/p), ενίοτε μαγνητική τομογραφία). Οι ασθενείς παρακολούθησαν για διάστημα 6-14 μήνες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αντιμετώπιση της ήταν κυρίως συντηρητική και περιελάμβανε φαρμακευτική αγωγή με αναλγητικά, ή/και αντιφλεγμονώδη σκευάσματα, strapping ή φυσιοθεραπεία. Στο 78% των περιπτώσεων παρουσιάστηκε σαφή βελτίωση/ίση. Στο 22% εμφανίστηκε υποτροπή των συμπτωμάτων. Στο 15% χρειάστηκε τοπική έγχυση κορτικοστεροειδών / ξυλοκαίνης είτε λόγω υποτροπών, είτε λόγω εμμονής των ενόχλημάτων. Σε δυο περιπτώσεις χρειάστηκε χειρουργική επέμβαση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η εξω επικονδυλίτιδας του αγκώνα (tennis elbow) αποτελεί νοσολογική οντότητα η οποία διαγιγνώσκεται κλινικά και αντιμετωπίζεται κυρίως συντηρητικά με πολύ καλά αποτελέσματα.

**173. ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΕΠΙΜΗΚΥΝΣΗ ΜΗΡΩΝ ΚΑΙ ΚΝΗΜΩΝ ΣΕ ΑΧΟΝΔΡΟΠΛΑΣΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΙΛΙΖΑΡΟΝ.**

Δ. Μπέγκας, Μ. Ψηφής, Χ. Μήρτσιος, Χ. Απέργης, Κ. Θεοδωρίδης, Χ. Κοντός, Α. Κοντούλης, Κ. Βαρβαρούσης, Ι. Μιχελάρáκης  
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Παιδών «Π.&Α. Κυριακού»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας της μεθόδου Ilizaron στην αμφοτερόπλευρη επιμήκυνση μηρών και κνημών (ΑΕΜΚ) αχονδροπλαστικών ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μεταξύ Ιανουαρίου 2010 και Δεκεμβρίου 2015, 48 αχονδροπλαστικά παιδιά (30 αγόρια, 18 κορίτσια), μέσου όρου ηλικίας 13,4 (8-16) ετών, υπεβλήθησαν σε ΑΕΜΚ με τη μέθοδο Ilizaron και ταυτόχρονη τενοντοτομή καμπτήρων ισχίων και Αχιλλείων τενόντων. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση περιλάμβανε κλινικές και ακτινολογικές εξετάσεις, έλεγχο επιπλοκών και αξιολόγηση με το Paley's Functional Scoring System (PFSS).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση διάρκεια εφαρμογής της μεθόδου ήταν 6,4 (5,5-7) μήνες και ο μέσος χρόνος μετεγχειρητικής παρακολούθησης 42 (25-64) μήνες. Στους μηρούς η μέση τιμή επιμήκυνσης ήταν 8,02 εκατοστά (εκ.), στις κνήμες 7,92 εκατοστά, ενώ η μέση αύξηση του ύψους (μαζί με τη φυσιολογική ανάπτυξη) ήταν 17,1 εκατοστά. Ο μέσος συντελεστής πώρωσης ήταν 0,69 μήνες/εκ. στους μηρούς και 0,72 μήνες/εκ. στις κνήμες. Επιμόλυνση βελονών παρουσιάστηκε και αντιμετωπίστηκε σε 3 μηρούς και 4 κνήμες. Σύγκραψη εμφανίστηκε σε 4 γόνατα. Δεν υπήρξαν άλλες επιπλοκές. Τα τελικά λειτουργικά αποτελέσματα σύμφωνα με το PFSS ήταν άριστα σε 82 κάτω άκρα, καλά σε 3 και μέτρια σε 1.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μέθοδος Ilizaron αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο όταν εφαρμόζεται για την αμφοτερόπλευρη επιμήκυνση μηρών και κνημών σε αχονδροπλαστικούς ασθενείς.

**175. ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΗ ΗΛΩΣΗ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΛΟΓΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΔΙΑΦΥΣΗΣ ΜΑΚΡΩΝ ΟΣΤΩΝ (ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΚΑΙ ΚΝΗΜΗΣ)**

Γ. Καρατζάς, Ε. Λυμάξης, Π. Παναγόπουλος, Γ. Δημητριάδης, Α. Γιαννακόπουλος, Α. Παστρουδής  
*Στ' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής της μεθόδου της ενδομυελικής ήλωσης στην αντιμετώπιση των κλειστών καταγμάτων των μακρών οστών (μυρταίου+κνήμη)

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πενήντα (50) ασθενείς με ισόριθμο κλειστό κατάγματα διάφυσης μυρταίου ή κνήμης αντιμετώπισθησαν με ενδομυελική ήλωση. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 19-52 ετών (μ.ο 34,1 έτη). Τριάντα δυο (32) ασθενείς ήταν άνδρες και δέκα οκτώ ήταν (18) γυναίκες. Τριάντα (30) κατάγματα εντοπιζόνταν στο μυρταίο (17 στο δεξί και 13 στο αριστερό) και είκοσι πέντε (20) στην κνήμη (12 στη δεξιά και 8 στην αριστερή). Το 84% αυτών των καταγμάτων ήταν συνέπεια τροχαίου ατυχήματος. Τα ανωτέρω κατάγματα ταξινομήθηκαν ως εγκάρσια, λοξά, σπειροειδή, με 'συντριβή', διπολικά και με 'πεταλούδα'. Το 70% των καταγμάτων εντοπιζόνταν στο μέσο τριτημόριο της διάφυσης (μυρταίου ή κνήμης). Μόνο σε έξι περιπτώσεις η ενδομυελική ήλωση δεν ήταν 'αμιγώς' κλειστή. (χρειάστηκε 'mini-open' η εστία του κατάγματος). Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν από την ίδια χειρουργική ομάδα και παρακολούθησαν (κλινικά & ακτινολογικά) για διάστημα 10-32 μηνών (μ.ο 25,6 μήνες)

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 90% των καταγμάτων πωρώθησαν εντός 18-25 εβδομάδων (μ.ο 20,3 εβδομάδες, -ταχύτερη η εμφάνιση πώρου στα κατάγματα μυρταίου-) χωρίς την εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών, πλήν τριών περιπτώσεων επιπολής φλεγμονής του τραύματος που αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς. Διαπιστώθηκαν δυο περιπτώσεις καθυστερημένης πώρωσης και μια περίπτωση ψευδάρθρωσης. Το 85% των ασθενών άρχισε να ανακτά την κοινωνική του δραστηριότητα περί την 4<sup>η</sup> μετεγχ. εβδομάδα, ενώ επέστρεψε στην εργασία του μεταξύ 3<sup>ου</sup> και 5<sup>ου</sup> μετεγχ. μήνα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης συνεπικουρούν την άποψη ότι η ενδομυελική ήλωση αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση των κλειστών καταγμάτων των μακρών οστών (μυρταίου,κνήμη).

## 176. ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΡΙΚΗ ΜΗΝΙΣΚΕΚΤΟΜΗ ΣΕ 'ΝΕΟΥΣ' ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γ. Καρατζας, Α. Παπαγεωργίου, Ι. Ηλιάδης, Γ. Μπαρδής, Ε. Μαργαρίτης, Α. Παστρούδης

Στ' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση των βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων της εφαρμογής της μεθόδου της αρθροσκοπικής μερικής μηνισκεκτομής στην αντιμετώπιση μεμονωμένων τραυματικών ρήξεων μηνίσκου σε νέα άτομα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σαράντα τέσσερις (44) ασθενείς ηλικίας 21-45 ετών (μ.ο.32,4 έτη) με μεμονωμένες ρήξεις μηνίσκου τραυματικής αιτιολογίας αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά, υποβαλλόμενοι σε αρθροσκοπική μερική μηνισκεκτομή. Εκοσι οκτώ (28) ασθενείς ήταν άνδρες και δέκα έξι (16) ήταν γυναίκες. Η ρήξη αφορούσε τον εσω μηνίσκο στις τριάντα πέντε (35) περιπτώσεις και τον εξω στις υπόλοιπες εννέα (9), και έγινε κατά τη διάρκεια αθλητικής δραστηριότητας στο 2/3 των περιπτώσεων. Η διάγνωση ετέθη κλινικά κι επιβεβαιώθηκε στην MRI-γόνατος. Τα κυριότερα προεγχειρητικά ενοχλήματα ήταν άλγος στο γόνατο, τοπική ευαισθησία στο μεσάρθριο (73%) ύγραρθρο (68%), blockage (16%). Μετεγχειρητικά ακολούθηθηκε standard φυσιοθεραπεία και οι ασθενείς παρακολούθησαν κλινικά για διάστημα 7-12 μηνών (μ.ο 9,3 μήνες).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε ποσοστό 93% τα αποτελέσματα κρίνονται πολύ καλά – άριστα. Οι ασθενείς επέστρεψαν στις προ της επέμβασης δραστηριότητές τους εντός λίγων εβδομάδων και στα σπορ σε διάστημα λιγότερο των τριών μηνών. Δύο (2) ασθενείς παραπονήθηκαν για διαλλείπον άλγος στο γόνατο, ενώ σε έναν (1) ασθενή εμφανίστηκε κάποιου βαθμού ύδραρθρο μετεγχειρητικά. Δεν παρατηρήθηκε καμμία φλεγμονή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η αρθροσκοπική μερική μηνισκεκτομή φαίνεται να αποτελεί αξιόπιστη μέθοδο αντιμετώπισης τραυματικών ρήξεων μηνίσκου.

## 178. Η ΧΡΗΣΗ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΠΛΕΓΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΚΟΛΠΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΩΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Γ. Φραγκούλης, Γ. Κολλαίτης, Γ. Θεοδωρόπουλος, Π. Βουρίκης, Χ. Κατσακιώρης, Ι. Χριστοδουλίδης, Γ. Τόμπρος, Ε. Τσαγκατάκης, Δ. Καρανασάσης

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ελπίς»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η πρόπτωση των οργάνων της πυέλου αποτελεί συχνό πρόβλημα μεταξύ των γυναικών μετά την ηλικία των 50 ετών. Η παρούσα εργασία αποτελεί μια αναδρομική μελέτη των επιπλοκών και των περιεγχειρητικών και λειτουργικών παραμέτρων της αποκατάστασης της πρόπτωσης του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος με χρήση συνθετικών πλεγμάτων στη κλινική μας κατά τη περίοδο μίας 10ετίας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από τον Μάρτιο του 2006 έως και τον Ιούνιο του 2016, 401 γυναίκες υπεβλήθησαν σε αποκατάσταση πρόπτωσης του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος με χρήση συνθετικών πλεγμάτων, από τις οποίες σε 242 τοποθετήθηκε πλέγμα ελεύθερης τάσης και σε 159 αυτοσυγκρατούμενο πλέγμα. Γυναίκες που υπεβλήθησαν σε ταυτόχρονη διόρθωση και πρόπτωσης του οπισθίου κοιλιακού τοιχώματος αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Ταυτόχρονη αποκατάσταση ακράτειας ούρων εκ προσπαθείας πραγματοποιήθηκε σε 106 ασθενείς. Η μέση ηλικία και BMI ήταν 65,7 έτη και 26,6kg/m<sup>2</sup> αντίστοιχα. Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν προεγχειρητικά και κατά τον 3<sup>ο</sup>, 6<sup>ο</sup> και 12<sup>ο</sup> μήνα μετεγχειρητικά με λήψη ιστορικού σχετικά με τη συμπτωματολογία πρόπτωσης, κολπική εξέταση και τέστ βήχα. Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας τις μεθόδους t-test και  $\chi^2$ -test.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος χειρουργικός χρόνος, η διάρκεια της νοσηλείας και ο χρόνος παραμονής του καθετήρα ήταν 25,9 λεπτά, 2,01 ημέρες και 1,95 ημέρες αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκαν μείζονες διεγχειρητικές επιπλοκές και δεν υπήρξε απώλεια αίματος πάνω από 100 cc. Επίσχεση ούρων παρουσιάστηκε σε 7 περιπτώσεις όλες εκ των οποίων είχαν υποβληθεί σε αποκατάσταση ακράτειας ούρων. Ανατομική επιτυχία οριζόμενη ως η απουσία ή η ελάχιστη προπέτεια του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος επιτεύχθηκε σε 383 (95,5%), 378 (94,3%), και 372 (92,7%) κατά τον 3<sup>ο</sup>, 6<sup>ο</sup> και 12<sup>ο</sup> μήνα αντίστοιχα. De novo ακράτεια εκ προσπαθείας και εξ επείξεως παρουσιάστηκε σε 18 και 25 περιπτώσεις. Διάβρωση του πλέγματος προς τον κόλπο και την ουροδόχο κύστη συνέβη σε 11 και 2 περιπτώσεις αντίστοιχα, ενώ έναρξη ή επιδείνωση δυσπαρευνίας και χρόνιου πυελικού άλγους παρατηρήθηκε σε 29 και 15 περιπτώσεις.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χειρουργική διόρθωση της πρόπτωσης του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος με χρήση συνθετικών πλεγμάτων αποτελεί μια απλή, ασφαλή και αποτελεσματική επιλογή με υψηλά ποσοστά ανατομικής επιτυχίας και ευνοϊκό προφίλ ασφαλείας.

## 177. ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΧΑΜΗΛΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΚΡΟΥΣΤΙΚΩΝ ΚΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΥΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Γ. Φραγκούλης, Γ. Κολλαίτης, Γ. Θεοδωρόπουλος, Π. Βουρίκης, Χ. Κατσακιώρης, Ι. Χριστοδουλίδης, Γ. Τόμπρος, Ε. Τσαγκατάκης, Δ. Καρανασάσης

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ελπίς»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Τα κρουστικά κύματα αποτελούν μια νέα επιλογή στη διαχείριση ασθενών με στυτική δυσλειτουργία αγγειακής αιτιολογίας. Τα χαμηλής έντασης κρουστικά κύματα επάγουν νεοαγγειογένεση και αύξηση της αιματικής ροής στα σηραγγώδη σώματα του πέους προκαλώντας βελτίωση των συμπτωμάτων στυτικής δυσλειτουργίας λόγω της απελευθέρωσης παραγόντων όπως το NO, ο VEGF και ο PCNA (proliferating cell nuclear antigen). Σκοπός αυτής της προοπτικής μελέτης είναι η αξιολόγηση της μεσοπρόθεσμης αποτελεσματικότητας των χαμηλής έντασης κρουστικών κυμάτων στη θεραπεία επιλεγμένων ασθενών με στυτική δυσλειτουργία.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το 2015 έως το 2017, 48 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας και BMI 53,38(24-80) έτη και 28,64 (21,7-30,4) kg/m<sup>2</sup> αντίστοιχα και μέσο score στο ερωτηματολόγιο International Index of Erectile Dysfunction (IIEF) 17,67 περιελίφθησαν στη μελέτη. Χρησιμοποιήθηκε η γεννήτρια κρουστικών κυμάτων Omnispec™ Model ED1000 (Medispec LTD). Τα κριτήρια εισόδου των ασθενών στη μελέτη ήταν στυτική δυσλειτουργία δευτεροπαθής λόγω σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, καπνίσματος ή δυσλιπιδαιμίας, θετική ανταπόκριση σε ενδοσηραγγώδη έγχυση αγγειοδραστικού παράγοντα εκτιμώμενη με χρήση Duplex υπερηχογραφήματος και απουσία οποιασδήποτε ορμονικής, ψυχολογικής ή νευρολογικής αιτίας στυτικής δυσλειτουργίας. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν η προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση στον προστάτη για καλοήθεις ή κακοήθεις παθήσεις, ανατομικές ανωμαλίες του πέους και η ύπαρξη οποιασδήποτε αιτίας στυτικής δυσλειτουργίας πέραν των αγγειακών νόσων. Το πρωτόκολλο θεραπείας περιελάμβανε 2 συνεδρίες ανα εβδομάδα για 3 συνεχείς εβδομάδες, διακοπή για 20 ημέρες και επανάληψη του κύκλου. Χαμηλής έντασης κρουστικά κύματα έντασης 0,05mJoule εφαρμόστηκαν σε 5 διαφορετικά σημεία του πέους (σώμα και σκέλη) με 300 κρούσεις σε έκαστο σημείο. Το ερωτηματολόγιο IIEF συμπληρώθηκε από τους ασθενείς πριν την έναρξη της θεραπείας, 30 ημέρες και 6 μήνες μετά το πέρας αυτής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά το follow up στον 1<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα οι ασθενείς ανέφεραν μια μέση αύξηση στο IIEF score της τάξεως του 5,45 και 4,39 αντίστοιχα. Επιπλοκές δεν παρουσιάστηκαν. Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση με τη μέθοδο του Wilcoxon.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας αγγειακής αιτιολογίας με χαμηλής έντασης κρουστικά κύματα πραγματοποιείται στη κλινική μας από το 2015 και κατά την εμπειρία μας αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη και ασφαλή επιλογή.

## 179. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

**180. Ο ΕΜΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ**

Κ. Σταματίου, Δ. Ζαβραδίνος, Σ. Τζαμαριάς, Κ. Φωκάς, Γ. Χριστόπουλος, Ι. Μοσχούρης  
Γ.Ν.Π. «Τζάειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη (BPH) μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού. Τα συμπτώματα αυτά είναι ενοχλητικά και προοδευτικά και μπορούν να οδηγήσουν σε οξεία επίσχεση ούρων που καταλήγει σε θεραπεία μέσω χειρουργείου (TUR –is η ανοιχτή προστατεκτομή). Προσφατά έχει προταθεί ο εμβολισμός των αγγείων του προστάτη ως εναλλακτική του χειρουργείου σε μη χειρουργήσιμους ασθενείς. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει τα βραχυχρόνια αποτελέσματα του εμβολισμού του προστάτη σε ηλικιωμένους ασθενείς με αυξημένο χειρουργικό κίνδυνο και επαναλαμβανόμενα επεισόδια επίσχεσης ούρων με αποτυχημένες απόπειρες αφαίρεσης καθετήρα.

**ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σαν κριτήρια ένταξης στη μελέτη καθορίστηκαν τα εξής: ηλικία >75 χρονών, υψηλό χειρουργικό ρίσκο (ASAScore iii/iv) ιστορικό πρόσφατης επίσχεσης ούρων, ολικός όγκος προστάτη >40 ml, και ειδικό προστατικό αντιγόνο PSA.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν την 16η ημέρα και τρεις μήνες μετά τον εμβολισμό. Συνολικά υποβλήθηκαν σε εμβολισμό 20 ασθενείς εκ των οποίων οι 8 σε μονόπλευρο και 12 σε αμφοτερόπλευρο. Σε δυο ασθενείς δεν επετεύχθη ούρηση ενώ στους υπόλοιπους επετεύχθηκε επάνοδος της ούρησης ή βελτιώθηκε το υπόλειμμα των ούρων, η διορθική μέτρηση του όγκου του προστάτη και το IPSS score. Ήπιες επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε 13 ασθενείς και ιάθηκαν αυτόματα.

**181. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Θ. Καραουλάνη<sup>2</sup>, Π. Λαμπρόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Σολωμού<sup>1</sup>, Ε. Ουρανού<sup>1</sup>, Μ. Λάτση<sup>1</sup>, Μ. Θεοδώρου<sup>2</sup>, Α. Τολιόπουλος<sup>2</sup>, Μ. Παύλου<sup>1</sup>, Κ. Καραμανλή<sup>1</sup>, Ε. Καραχάλιου<sup>1</sup>, Α. Καπάτας<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α' Παθολογική κλινική, Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>2</sup>Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»- Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση της συχνότητας του μεταβολικού συνδρόμου (ΜΣ), των χαρακτηριστικών του, της σχέσης με την παρουσία καρδιαγγειακού κινδύνου-κάπνισμα σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναλύθηκαν δεδομένα 315 ασθενών (άνδρες 53,4%, μέσης ηλικίας 72 έτη, εύρος 27-92) που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας σε διάστημα 6 (έξι) μηνών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έγινε η καταγραφή των παραμέτρων του ΜΣ (αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), περίμετρος μέσης, γλυκόζη νηστείας (ΓΝ), τριγλυκερίδια, HDL), ιστορικό καρδιαγγειακών νόσων και καπνίσματος. Η διάγνωση έγινε με τον ορισμό (NCEP-ATP) του National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η συχνότητα του ΜΣ ήταν 49%. Διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν υπάρχει. Ασθενείς με ΜΣ είχαν μεγαλύτερη ηλικία 71,4±12,4 έτη έναντι 64,8±11,5(P=0,002). Οι παράμετροι ήταν: ↑ΑΠ 87,4%, ↑ΓΝ 88,2%, ↓HDL 82,4%, ↑τριγλυκερίδια 34,7%, ↑περίμετρος μέσης 84,5%.(αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), περίμετρος μέσης, γλυκόζη νηστείας(ΓΝ), τριγλυκερίδια, HDL). Οι ασθενείς με ΜΣ είχαν μεγαλύτερη ΓΝ (P<0,0001), ΑΠ (P<0,0001), ολική χοληστερόλη (P=0,0001). Η συχνότητα του καπνίσματος δε διέφερε ανάμεσα στους ασθενείς με ή χωρίς ΜΣ. Η ΣΝ και το ιστορικό εγκεφαλικών επεισοδίων σχετίστηκαν με την ηλικία (P=0,0001), το ΣΔ (P<0,0001), ΑΥ (P<0,0001), και υπερλιπιδαιμία (P<0,0001), ενώ δε συσχετίστηκε με τη συχνότητα καπνίσματος (P=0,025). Στους ασθενείς χωρίς ΜΣ, το κάπνισμα σχετίστηκε με τη συχνότητα ΣΝ και ΑΕΕ (P=0,001). Η εμφάνιση του ΜΣ εξαρτάται σημαντικά από την ηλικία. Η παρουσία διαβήτη και αρτηριακής υπέρτασης σχετίστηκε ισχυρότερα με τη ΣΝ και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια από το κάπνισμα. Καλός έλεγχος τόσο κλινικός όσο και εργαστηριακός στους ηλικιωμένους ασθενείς, συμβάλλει στην μείωση καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

**182. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ**

Ε. Ουρανού<sup>1</sup>, Θ. Καραουλάνη<sup>2</sup>, Σ. Σολωμού<sup>1</sup>, Π. Λαμπρόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Λάτση<sup>1</sup>, Μ. Θεοδώρου<sup>2</sup>, Α. Τολιόπουλος<sup>2</sup>, Μ. Παύλου<sup>1</sup>, Κ. Καραμανλή<sup>1</sup>, Ε. Καραχάλιου<sup>1</sup>, Α. Καπάτας<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α' Παθολογική κλινική, Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>2</sup>Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»- Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα ΑΕΕ στο δυτικό κόσμο είναι σημαντικό αίτιο νοσηρότητας, θνητότητας και αναπηρίας με αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός ασθενών να νοσηλεύεται στις παθολογικές κλινικές καταλαμβάνοντας 20%-30% των κλινών των νοσοκομείων.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν 240 φάκελλοι ασθενών με συμπτωματολογία ΑΕΕ.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε όλους τους ασθενείς έγινε CT εγκεφάλου. Μελετήθηκαν οι εξής παράγοντες: 1) υπερλιπιδαιμία, 2) ηλικία και φύλο, 3)ατομικό αναμνηστικό για ύπαρξη παλαιού ΑΕΕ, ΣΔ, ΑΥ, ΣΝ, κολπική μαρμαρυγή και κάπνισμα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 240 ασθενείς που μελετήσαμε, οι 102 (42,5%) ήταν άνδρες και 138 (57,5%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν 75,2 έτη. Η συχνότητα ανεύρεσης των παραγόντων κινδύνου ήταν: ΑΥ: 145 (60,4%), ΣΔ: 68 (28,3%), ΣΝ: 78 (32,5%), κολπική μαρμαρυγή: 68 (28,3%), υπερχοληστεριναιμία: 62 (25,8%), κάπνισμα: 8 (3,3%) και χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες 18 (7,5%). Τα ευρήματα από την CT ήταν: ισχαιμικό έμφρακτο: 89,7%, αιμορραγία: 7,7%, αιμορραγικό έμφρακτο: 2,6%. Η νευρολογική σημειολογία περιελάμβανε: 1) ημιπληγία 78%, 2) δυσαρθρία 31%, 3) αταξία 3%, 4) κεντρική πάρεση του προσωπικού νεύρου 7,8%, 5) αφασικές διαταραχές 16,4%, 5) οφθαλμοπληγία 6%. Η συχνότητα των προδιαθεσικών παραγόντων στην υποομάδα των ασθενών με δυσμενή έκβαση ήταν: ΑΥ: 50%, ΣΝ: 16,7%, κολπική μαρμαρυγή: 33,3%, ΣΔ: 10,7%, υπερχοληστεριναιμία: 9%, κάπνισμα 3%. Οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά ΑΕΕ σε σχέση με τους άνδρες. Η πλειονότητα των επεισοδίων είναι μη αιμορραγικά, ενώ ο συχνότερος προδιαθεσικός παράγοντας είναι η ΑΥ. Η συχνότητα των ΑΕΕ αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία, ενώ οι σημαντικοί παράγοντες δυσμενούς εξέλιξης των ΑΕΕ είναι η ΑΥ, ΣΝ, ΣΔ και η κολπική μαρμαρυγή.

**183. ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Π. Βασιλειάδης<sup>1</sup>, Γ. Μαυρίδης<sup>1</sup>, Γ. Παπαναστασίου<sup>1</sup>, Α. Τσινάρη<sup>1</sup>, Α. Τσαγγαλέας<sup>1</sup>, Α. Γιαννακοπούλου<sup>2</sup>, Χ. Χαράλαμπος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η δυσλειτουργία του νεφρού αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Σκοπός της μελέτης είναι διερεύνηση της επίπτωσης της νεφρικής νόσου σε ασθενείς του Εξωτερικού Διαβητολογικού Ιατρείου (ΕΔΙ) του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ) και η συσχέτιση της με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών του ΕΔΙ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται συνολικά για 214 ασθενείς, 86 άνδρες (40,2%) και 128 γυναίκες (59,8%) με μ.ο. ηλικίας 63,4±10 έτη και μ.ο HbA1C 7,06±1%.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ως προς τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης e-GFR, σε στάδιο G1 (e-GFR≥90ml/min/1,73m<sup>2</sup>) ήταν το 39% των ασθενών, σε στάδιο G2 (e-GFR:60-89ml/min/1,73m<sup>2</sup>) το 47%, σε στάδιο G3a (e-GFR:45-59ml/min/1,73m<sup>2</sup>) το 8%, σε στάδιο G3b (e-GFR: 30-44ml/min/1,73m<sup>2</sup>) το 6% ενώ δεν υπήρχε κανένας ασθενής σε στάδια G4 ή G5. Ως προς την αλβουμινουρία, οι ασθενείς της μελέτης βρέθηκαν στα εξής στάδια: A1 (ACR <30mg/g) το 80% των ασθενών, A2 (ACR =30-300mg/g) το 17% και A3 (ACR >300mg/g) μόνο το 3%. Ο e-GFR παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με την ηλικία (r=-0,554, p=0,001), το BMI (r=-0,217, p=0,002) και τα έτη ύπαρξης του ΣΔ2 (r=-0,217, p=0,002) ενώ δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα έτη ύπαρξης ΑΥ, τη ρύθμιση του ΣΔ2 και τα λιπίδια. Διαπιστώθηκε διαφορά ως προς τον e-GFR ανάμεσα σε ασθενείς με ή χωρίς ΑΥ (78/88ml/min, p=0.002) και ΣΝ (76/82ml/min, p=0.036).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς του ΕΔΙ εμφανίζοντας σχετικά καλή ρύθμιση ΣΔ2 παρουσιάζουν ικανοποιητικά επίπεδα νεφρικής λειτουργίας με ποσοστό ασθενών πάνω από 80% με e-GFR≥60ml/min ενώ παράγοντες που την επηρεάζουν αρνητικά, διαπιστώθηκε ότι ήταν η ηλικία, η παχυσαρκία, η ΑΥ και η ΣΝ.

## 184. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Μ. Αδαμοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Μαϊκάντης<sup>2</sup>, Κ. Κιζιρίδης<sup>3</sup>, Μ. Κουπετώρη<sup>4</sup>, Χ. Δασκαλάκη<sup>4</sup>, Σ. Ευαγγελάτος<sup>5</sup>, Β. Αποστολόπουλος<sup>2</sup>, Τ. Ταταρίδου<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Σύμμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θράσισο», <sup>3</sup>Ιδιώτης παθολόγος, <sup>4</sup>Γενικός Ιατρός ΠΙ Ρεθύμνης Κρήτης

**ΣΚΟΠΟΣ:** της εργασίας είναι η περιγραφή της πορείας της υγείας ασθενών σε σχέση με την καθυστέρηση εμφάνισης αρτηριακής πίεσης, μετά από χρόνια λήψη δυσλιπιδαιμικών σκευασμάτων.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 42 ασθενείς, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε 8ετή παρακολούθηση. Τα δύο τρίτα εξ' αυτών είχαν τόσο στο οικογενειακό όσο και στο ατομικό τους ιστορικό παράγοντες κινδύνου (σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, μέσος όρος ΔΜΣ: 27, θυρεοειδοπάθειες) για καρδιαγγειακές παθήσεις. Στο σύνολό τους ελάμβαναν αγωγή για σακχαρώδη διαβήτη, υποθυρεοειδισμό και υπερλιπιδαιμία, ενώ το 1/6 εξ' αυτών για βρογχικό άσθμα. Κανείς ασθενής δεν ήταν καπνιστής. Όλοι ετέθησαν σε ετήσια παρακολούθηση και από Καρδιολόγο και ελάμβαναν για 12 χρόνια κατά μέσο όρο, αγωγή για ΣΔ (διγουανίδια ή/και σουλφονουριές), για υποθυρεοειδισμό (λεβοθυροξίνη) και για υπερλιπιδαιμία (ατορβαστατίνη 10-20 mg ημερησίως). Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης των ασθενών την στιγμή της ένταξής τους στην εν λόγω μελέτη, ήταν κατά μέσο όρο 126,3+/-3,4 και 83,2+/-4,1, συστολική και διαστολική αντίστοιχα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ανωτέρω ασθενείς καθ' όλη την οκταετή παρακολούθηση, ελάμβαναν την προαναφερόμενη αγωγή, περπατούσαν περίπου 1000μ ημερησίως, έχασαν πέντε κιλά σωματικού βάρους και οι τιμές του λιπιδαιμικού προφίλ κυμάνθηκαν κατά μέσο όρο ως ακολούθως: tot chol: 169,3 mg/dl, LDL: 92,2 mg/dl, HDL: 62 mg/dl και TG: 104,2mg/dl. Στο τέλος της μελέτης, οι μετρήσεις της ΑΠ, κατέδειξαν μια αύξηση του 2,3%, σε αντίθεση με αντίστοιχων χαρακτηριστικών ομάδας πληθυσμού, οι οποίοι ρύθμιζαν την χοληστερίνη με δίαιτα άσκηση και τη μη τακτική λήψη 10 mg/dl ημερησίως άλλων σκευασμάτων πλην ατορβαστατίνης. Η δεύτερη ομάδα ελέγχου στην αρχή της μελέτης είχε αρτηριακή συστολική και διαστολική πίεση κατά Μ.Ο. 127,2+/-2,3 και 81,4+/-3,3, ενώ στο πέρας της οκταετίας η αύξηση της ΑΠ, ήταν της τάξης του 6,2%, με επίσης αύξηση κατά 13% των λιπιδαιμικών παραμέτρων, συνολικά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συνεχής χορήγηση αντιυπερλιπιδαιμικής αγωγής με ατορβαστατίνη, κατάφερε στο συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού ασθενών της 1ης ομάδας να διατηρήσει σε χαμηλές τιμές την Α.Π., επιβραδύνοντας ουσιαστικά τη λήψη αντι-υπερτασικής αγωγής και παρέχοντας ταυτόχρονα καρδιοπροστατευτική δράση.

## 186. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

## 185. Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΥΝΔΕΤΑΙ ΜΕ ΒΑΡΥΤΕΡΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΚΑΙ ΔΥΣΜΕΝΕΣΤΕΡΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ Η ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ ΕΚΒΑΣΗ

Α. Αγγελίδη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Ε. Τζουγαντού, Ε. Ξουργιά, Ε. Ευστρατιάδη, Ν. Βόλης, Π. Τσιάμαλος, Γ. Κρανιδιώτης, Α. Μελιδιώνης  
 Α' Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) αποτελεί έναν βασικό παράγοντα κινδύνου καρδιακής νόσου και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Το ΑΕΕ αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου στα άτομα με ΣΔτ2, μάλιστα τα ποσοστά καρδιαγγειακού θανάτου μεταξύ των ενηλίκων με ΣΔ είναι 2-4 φορές υψηλότερα συγκριτικά με τα αντίστοιχα ποσοστά των ατόμων δίχως ΣΔ. Σκοπός της μελέτης αποτελεί η συγκριτική αξιολόγηση της βαρύτητας εκδήλωσης ή/και έκβασης ΑΕΕ καθώς με τη χρήση διαφόρων μοντέλων πρόγνωσης ή νευρολογικής εκτίμησης σε άτομα με ΣΔ και μη.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη, συμπεριλήφθηκαν 94συνολικά ασθενείς (40άνδρες, 46 με ΣΔτ2), με διάγνωση εισαγωγής ΑΕΕ, που νοσηλεύτηκαν στην Α' Παθολογική Κλινική του ΓΝΠ «Τζάνειο» το χρονικό διάστημα Ιουνίου -Δεκεμβρίου 2016. Σε κάθε συμμετέχοντα προσδιορίστηκαν διάφοροι ανθρωπομετρικοί, κλινικοεργαστηριακοί και καρδιομεταβολικοί παράγοντες κινδύνου, καθώς και τα μοντέλα ESRs (Essen Stroke Risk Score), SPI-II (Stroke Prognosis Instrument II), και οι κλίμακες NIHSS (NIH Stroke Scale) και GCS (Glasgow Coma Scale) στην εισαγωγή και έξοδο των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ήταν 6.78±4.05 μέρες, και η μέση διάρκεια ΣΔ 10.8±12.31 έτη. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια νοσηλείας ανάμεσα στους ασθενείς με και χωρίς ΣΔτ2 (6,7±4,2 έναντι 6,8±3,7 μέρες, P=0,86). Στην υποομάδα των ασθενών με ΑΕΕ και ΣΔτ2, παρατηρήθηκε μείωση της μέσης τιμής της κλίμακας NIHSS μεταξύ εισαγωγής και εξόδου (8,4±1,6 έναντι 6,5±1,8, P=0,003) ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα GCS (12,8±3,2 έναντι 12,5±3,4, P=0,62). Στην υπο-ομάδα των ασθενών με ΑΕΕ χωρίς ΣΔτ2 παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες NIHSS (7,2±1,5 έναντι 5,1±1,5, P=0,001) και GCS (13,2±2,5 έναντι 14,3±1,4, P=0,003) μεταξύ εισαγωγής και εξόδου. Η επίμετρου σύγκριση των κλιμάκων μεταξύ ασθενών με ΣΔτ2 έναντι αυτών χωρίς ΣΔτ2 έδειξε ότι η κλίμακα NIHSS δεν διέφερε τόσο κατά την εισαγωγή (9,04±7,89 έναντι 7,5±6,8, P=0,39) όσο και κατά την έξοδο (6,5±7,8 έναντι 4,1±5,5, P=0,18), η κλίμακα GCS εισαγωγής δεν διέφερε ανάμεσα στις δύο ομάδες (12,7±3,2 έναντι 12,9±2,6, P=0,74) ενώ διέφερε κατά την έξοδο (12,5±4,2 έναντι 14,2±1,5, P=0,02), σημαντική επίσης διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ των υποομάδων για τα μοντέλα ESRs (4.38±0.92 έναντι 2.97±1.01, P<0.001) και SPI-II (7.83±2.22 έναντι 4.18±1.98, P<0.001).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η παρουσία ΣΔτ2 σε νοσηλεύοντα άτομα λόγω ΑΕΕ συνδέεται με δυσμενέστερη κλινική εικόνα και πρόγνωση για μελλοντικό ΑΕΕ ή θανατηφόρο έκβαση.

## 187. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΠΤΙΚΗ Η/ΚΑΙ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Α. Μασγάλα<sup>1</sup>, Ν. Μάθου<sup>2</sup>, Ν. Ζιμπουνούμη<sup>1</sup>, Κ. Κανελλοπούλου<sup>1</sup>, Θ. Αθανασοπούλου<sup>1</sup>, Α. Ευγενίδη<sup>2</sup>, Ι. Ιωαννίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των ενδοσκοπικών ευρημάτων πεπτικού σε ασθενείς υπό αντιπηκτική ή/και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.

**ΥΛΙΚΟ:** Καταγράφηκαν αναδρομικά οι ασθενείς που ελάμβαναν αντιπηκτική ή/και αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία και υπεβλήθησαν σε ενδοσκοπικό έλεγχο ανώτερου και κατώτερου πεπτικού στη διάρκεια ενός έτους. Χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες με πρώτη τους λήπτες ανταγωνιστών βιταμίνης Κ (VKA), δεύτερη τους λήπτες νεώτερων αντιπηκτικών (DOACs) τρίτη τους λήπτες αντιαιμοπεταλικών και τέταρτη τους λήπτες συνδυασμών (αντιπηκτικά και αντιαιμοπεταλιακά ή διπλά αντιαιμοπεταλιακά). Μελετήθηκαν και καταγράφηκαν τα ενδοσκοπικά ευρήματα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 138 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 70.5 έτη. Από αυτούς, 76 ήταν γυναίκες και 62 άνδρες. Στην ομάδα VKA συμμετείχαν 12 ασθενείς με αιτία ενδοσκόπησης: 8% αιμορραγία πεπτικού, 16% διερεύνηση αναιμίας και 76% δυσπεπτικά ενοχλήματα. Καταγράφηκαν: 8% διαβρωτική γαστρίτις και 92% γαστρίτιδα. Στην ομάδα DOACs συμμετείχαν 19 ασθενείς με αιτία ενδοσκόπησης: 7% αιμορραγία πεπτικού, 36% διερεύνηση αναιμίας και 57% δυσπεπτικά ενοχλήματα. Καταγράφηκαν: 5% προπυλωρικό έλκος, 10% διαβρωτική γαστρίτις και 85% γαστρίτιδα. Στην ομάδα των αντιαιμοπεταλικών συμμετείχαν 102 ασθενείς με αιτία ενδοσκόπησης: 7% αιμορραγία πεπτικού, 34% διερεύνηση αναιμίας, 2% προληπτικά και 57% δυσπεπτικά ενοχλήματα. Ανευρέθησαν: 3% έλκος, 5% διαβρωτική γαστρίτις, 2% αγγειοδυσπλασίες στομάχου και 90% γαστρίτιδα. Στην ομάδα των συνδυασμών συμμετείχαν 5 ασθενείς, τρεις εκ των οποίων προσήλθαν για διερεύνηση αναιμίας. Σε μια γυναίκα βρέθηκαν αγγειοδυσπλασίες στομάχου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ενδοσκοπικά ευρήματα πεπτικού που θα μπορούσαν να αποδοθούν στην χρήση αντιπηκτικής ή/και αντιαιμοπεταλιακής αγωγής βρέθηκαν σε 8%, 15%, 10% και 20% για τις ομάδες των VKA, DOACs, αντιαιμοπεταλικών και συνδυασμών αντίστοιχα. Η αυξητική τάση που καταγράφεται στην ομάδα των DOACs και συνδυασμών σε σχέση με τις άλλες ομάδες αξίζει περαιτέρω μελέτης σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

**188. ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ**

Σ. Κολαντζή, Β. Σπηλιοπούλου, Ε. Παπά, Μ. Γκέκα, Σ. Ιωάννου, Ν. Κιούλος, Ο. Ρακίτζης, Γ. Ελευθεριώτης, Α. Λαμπράκη, Α. Πρωτογέρου, Χ. Λούπα, Κ. Χριστόπουλος  
*Παθολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Μελισίων «Αμαλία Φλέμινγκ»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των τάσεων της πολυφαρμακίας την τελευταία επταετία και η αξιολόγηση ενός προγράμματος ασφαλούς διακοπής των μη αναγκαίων φαρμάκων (αποσυνταγογράφηση) σε ηλικιωμένους παθολογικούς ασθενείς.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκε η φαρμακευτική αγωγή 95 διαδοχικών εισαγμένων ασθενών >60 ετών (μέση ηλικία 81,2, διάμεση 82, 39% άρρενες) το 2017. Την ομάδα ελέγχου αποτελούσαν 95 ασθενείς με αντίστοιχα δημογραφικά χαρακτηριστικά που είχαν νοσηλευθεί στο ίδιο τμήμα το 2010). Τα φαρμακευτικά σκευάσματα κατατάχθηκαν σε 16 κατηγορίες. Στους εισαχθέντες το 2017 πραγματοποιήθηκε αποσυνταγογράφηση, όπου αυτό ήταν ενδεδειγμένο και εφικτό, σύμφωνα με προκαθορισμένα πρωτόκολλα και παρακολούθηθηκε η συμμόρφωσή τους στον 1 μήνα μετά την παρέμβαση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος αριθμός φαρμάκων ανά ασθενή το 2017 ήταν 5,54, μη διαφέροντας σημαντικά από αυτόν του 2010 (5,44). Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στο ποσοστό των ασθενών που ελάμβαναν τουλάχιστον 5 (61,0% το 2017 έναντι 54,7% το 2010) ή τουλάχιστον 10 (10,5% έναντι 12,6%) φάρμακα. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε δύο κατηγορίες φαρμάκων: τα αντιψυχωσικά, τα οποία ελάμβανε το 8,4% των ασθενών το 2010 έναντι 20% το 2017 (p=0.036), κυρίως λόγω αύξησης της χορήγησης κουετιαπίνης, και στα φάρμακα για άνοια, τα οποία ελάμβανε το 4.2% των ασθενών το 2010, έναντι 23% το 2017 (p<0.001). Στις υπόλοιπες κατηγορίες δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αποσυνταγογράφηση πραγματοποιήθηκε σε 26 ασθενείς (27,4%) και συνολικά διεκόπησαν 35 φάρμακα. Οι κύριες κατηγορίες των φαρμάκων που διεκόπησαν ήταν αντιυπερτασικά, αντιδιαβητικά και βενζοδιαζεπίνες. Το ποσοστό συμμόρφωσης στην τροποποιημένη φαρμακευτική αγωγή στον 1 μήνα ήταν 85%, ενώ δεν σημειώθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη διακοπή των φαρμάκων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Δεν παρατηρούνται σημαντικές ποσοτικές μεταβολές στην πολυφαρμακία των ηλικιωμένων κατά την 7ετία της οικονομικής κρίσης. Σημειώνεται αύξηση της χρήσης αντιψυχωσικών και αντιανοϊκών φαρμάκων, παρά το αμφισβητούμενο όφελος από τη μακροχρόνια λήψη τους. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα του προγράμματος συστηματικής αποσυνταγογράφησης είναι ενθαρρυντικά.

**190. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Ε. Τζουγανάτου, Α. Παπαζαφειροπούλου, Ε. Ευστρατιάδη, Π. Λαμπρόπουλος, Γ. Λοΐζος, Σ. Παπαντωνίου, Ν. Βόλης, Η. Γεωργόπουλος, Γ. Κρανιδιώτης, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

*Α' Παθολογικό Τμήμα, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστό ότι οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος επηρεάζουν περίπου 4 εκατομμύρια άτομα ετησίως και, σε συνδυασμό με τη γρίπη, αποτελούν την όγδοο κύρια αιτία θανάτου. Παρόλα αυτά, λίγες είναι οι υπάρχουσες μελέτες που έχουν διερευνήσει τις κύριες αιτίες θανάτου σε ασθενείς που νοσηλεύονται με λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων της ενδονοσοκομειακής θνητότητας σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε 59 ασθενείς (31 άνδρες/28 γυναίκες, μέση ηλικία±SD: 79,1±12,8 έτη) που νοσηλεύτηκαν για λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος στο Α' Παθολογικό Τμήμα του Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο» το χρονικό διάστημα Ιούνιος 2017-Δεκέμβριος 2017. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών, του ατομικού ιστορικού, του εργαστηριακού ελέγχου εισαγωγής και της έκβασης τους. Επιπλέον υπολογίστηκαν το pneumonia severity score και το CURB-65.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά παρατηρήθηκαν 18 (31%) θάνατοι και η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 8,6±6,2 ημέρες. Αντιγριππικό εμβολισμό είχε κάνει το 31,7% των ατόμων της μελέτης, ενώ εμβόλιο έναντι του πνευμονιοκόκκου είχε κάνει το 26,8%. Από τα άτομα της μελέτης, το 27,1% είχε ιστορικό στεφανιαίας νόσου, το 52,5% αρτηριακής υπέρτασης, το 25,4% καρδιακής ανεπάρκειας, το 30,5% κοιλιακής μαρμαρυγής, το 11,9% αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, το 11,9% ιστορικό κακοήθειας, το 8,5% χρόνιας νεφρικής νόσου, το 22% νευροεγκεφαλικών παθήσεων και το 23,7% σακχαρώδη διαβήτη. Η ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η ενδονοσοκομειακή θνητότητα σχετιζόταν θετικά (σχετικός κίνδυνος: 1,05, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,02-1,09) με το pneumonia severity score και αρνητικά με το ιστορικό αντιγριππικού εμβολισμού (σχετικός κίνδυνος: 0,11, 95% όρια αξιοπιστίας: 0,01-0,19). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν τα την αξία του αντιγριππικού εμβολισμού και αναδεικνύουν τον προστατευτικό ρόλο τους στη μείωση της θνητότητας σε νοσηλεύομενους ασθενείς με λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. Τέλος, επιβεβαιώθηκε ο προγνωστικός ρόλος του pneumonia severity score.

**189. ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Π. Βασιλειάδης<sup>1</sup>, Γ. Μαυρίδης<sup>1</sup>, Γ. Παπαναστασίου<sup>1</sup>, Α. Τσαγγαλάς<sup>1</sup>, Α. Τσιανήρ<sup>1</sup>, Α. Γιαννακοπούλου<sup>2</sup>, Χ. Χαραλάμπους<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές έχουν προσδόκιμο ζωής ελαττωμένο σε σύγκριση με τους ψυχικά υγιείς. Αυτό αποδίδεται σε αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακών επιπλοκών. Η νεφρική νόσος αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά. Ο σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης της νεφρικής νόσου σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές που νοσηλεύθηκαν στη Παθολογική Κλινική του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και η πιθανές συσχετίσεις της.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάσθηκαν αναδρομικά τα δεδομένα που έχουν καταχωρηθεί τα τελευταία δύο έτη στο ηλεκτρονικό αρχείο της Κλινικής. Πρόκειται συνολικά για 498 ασθενείς, 310 άνδρες (62,2%) και 188 γυναίκες (37,8%) με μ.ο ηλικίας 56,2±15 έτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ως προς τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης e-GFR οι ασθενείς κατατάχθηκαν στα εξής στάδια: στάδιο G1 (e-GFR≥90ml/min/1,73m<sup>2</sup>) 50% των ασθενών, στάδιο G2 (e-GFR:60-89ml/min/1,73m<sup>2</sup>) 35%, στάδιο G3a (e-GFR:45-59ml/min/1,73m<sup>2</sup>) 8%, στάδιο G3b (e-GFR:30-44ml/min/1,73m<sup>2</sup>) 5% ενώ 2% των ασθενών ήταν σε στάδιο G4(e-GFR:15-29ml/min/1,73m<sup>2</sup>). Από τους ασθενείς της μελέτης 40% είχαν υπέρταση, 23,6% ΣΔ2, 11,4% ΣΝ, 37,4% Δυσλιπιδαιμία και 52,3% Μεταβολικό Σύνδρομο. Κυριότερες αιτίες εισαγωγής των ασθενών ήταν: Αρτησιμός 13%, Λοίμωξη Αναπνευστικού 11%, Αλκοολισμός 9% και Υπονατρίαμια 9%. Ο e-GFR συσχετίστηκε αρνητικά με την ηλικία και τα έτη της ψυχικής νόσου. Μειωμένες τιμές e-GFR διαπιστώθηκαν στους ασθενείς που είχαν ΑΥ (73/94ml/min, p=0,000), ΣΔ2 (77/89ml/min, p=0,000), ΣΝ (73/88ml/min, p=0,001), Μεταβολικό σύνδρομο (78/91ml/min, p=0,003) και Δυσλιπιδαιμία (81/87ml/min, p=0,04) σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι επιβαρυντικοί μεταβολικοί δείκτες των ασθενών με ψυχική νόσο που προέρχονται από την κοινότητα συνδυάζονται με τη παρουσία επηρεασμένης νεφρικής λειτουργίας χωρίς όμως αυτή να είναι σε επίπεδα βαριάς νεφρικής ανεπάρκειας.

**191. Η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ**

Γ. Μαϊκαντίς<sup>1</sup>, Μ. Αδαμοπούλου<sup>2</sup>, Μ. Κουπετώρη<sup>1</sup>, Κ. Κιζιρίδης<sup>3</sup>, Σ. Ευαγγελάτος<sup>4</sup>  
*<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», <sup>2</sup>Τομέας Υγειονομικού Φαρμακευτικού Ελέγχου, <sup>3</sup>Ε.Υ.Υ.Π., <sup>4</sup>Ιδιώτης Παθολόγος, <sup>5</sup>Σ.Ε.Υ.Υ.Π.*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της τροποποίησης του διαιτολογίου και της συμβολής τροφών πλούσιων σε βιταμίνη C και Β12, στην αποκατάσταση της σιδηροπενικής αναιμίας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατά τη πενταετία 2012-2017, μελετήθηκαν οι περιπτώσεις 52 ασθενών πασχόντων από σιδηροπενική αναιμία. Από αυτούς, οι 34 ήταν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας (Μ.Ο.Η.) 37,3+/-2,2 έτη και δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 24,3 και οι υπόλοιποι 12 άντρες με Μ.Ο.Η. 44,2 έτη και με ΔΜΣ 25,2. Κανένας ασθενής δεν έπασχε από ετερόζυγη β μεσογειακή αναιμία, ή άλλη χρόνια νόσο. Εννέα από αυτούς, κάπνιζαν 13 τσιγάρα το 24ωρο για δέκα χρόνια τουλάχιστον κατά μέσο όρο. Η κύρια αιτιολογία της σιδηροπενικής αναιμίας για τις γυναίκες, ήταν η παρατεταμένη έμμηνου ρήση και για το σύνολο του πληθυσμού μελέτης, οι κακές διατροφικές συνήθειες. Ο Μ.Ο των τιμών αιματοκρίτη, σιδήρου και φερριτίνης επί του συνόλου των ασθενών, ήταν 33,2%, 37,2 και 16,5 αντίστοιχα. Εξ' αρχής, έλαβαν φαρμακευτική αγωγή με χορήγηση σιδήρου per os, αλλά μετά από πάροδο σχετικού χρονικού διαστήματος, υποτροπίαζε η κλινική συμπτωματολογία της αναιμίας, με αντίστοιχες χαμηλές αιματολογικές τιμές των παραφερομένων παραμέτρων. Εν συνεχεία, στους ασθενείς αυτούς τροποποιήθηκαν οι διατροφικές συνήθειες, υιοθετώντας πρόγραμμα μεσογειακής διατροφής, εντάσσοντας δε στο διαιτολόγιο τους, τρόφιμα που περιείχαν βιταμίνη C και Β12, τα οποία και καταναλώνονταν σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα σε συνδυασμό με τη λήψη τροφών με αιμικό σίδηρο και απομακρύνοντας από τα γεύματα αυτά, τρόφιμα πλούσια σε ασβέστιο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μετά από παρακολούθηση 2,5 ετών των ανωτέρω ασθενών, οι οποίοι εντάχθηκαν στην διατροφή τους τις παραπάνω οδηγίες, προέκυψε σημαντική αύξηση των τιμών του σιδήρου, φερριτίνης και αιματοκρίτη, σε βαθμό που μόνο 5 από τις 34 γυναίκες, χρειάστηκε να επαναλάβουν την αγωγή με σίδηρο, σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο σίδηρος που προσλαμβάνεται με την τροφή κυμαίνεται σε 10-15mg και από αυτό, απορροφάται το 10-15%. Η βιταμίνη C αυξάνει την απορρόφηση του διαιτητικού σιδήρου και συμβάλλει στην μετατροπή του τρισθενούς σιδήρου σε διθενή, ενώ το ασβέστιο ανταγωνίζεται την απορρόφηση του. Μια διατροφή με ποικιλία επιλογών, όπως η μεσογειακή, η οποία είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικά, είναι προτιμότερη και αποτελεσματική από την απλή λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων ή συμπληρωμάτων.

## 192. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ - Η ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Π. Δούκας<sup>1</sup>, Μ. Υφαντή<sup>1</sup>, Μ. Δούκα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>2</sup>Νοσηλευτική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη του ρόλου της Παθολογίας στο συντονισμό και στη θεραπεία ασθενών χωρίς τη χρήση αλλογενούς αίματος.

**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσιάζουμε την πρόσφατη εμπειρία της Κλινικής μας στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών αναφορικά με την Διαχείριση Αίματος Ασθενούς (PBM, Patient Blood Management).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Διαχειριστήκαμε 181 περιστατικά τα οποία αντιμετωπίστηκαν, χωρίς την χρήση αλλογενούς αίματος και των κυρίων παραγόνων αυτού, κατά το διάστημα Σεπτεμβρίου 2016 - Δεκεμβρίου 2017. Τα εν λόγω περιστατικά παρουσίασαν ευρεία ποικιλία παθολογικών και χειρουργικών προβλημάτων και έτυχαν διαχείρισης σε συνεργασία με τις συναφείς ειδικότητες. Ακολούθησαμε τις αρχές της PBM βελτιστοποιώντας την αιμοποιία, διαχειριζόμενοι την αναιμία, ελαχιστοποιώντας την αιμορραγία και την ιατρογενή απώλεια αίματος και επάγοντας τη φυσιολογική ανοχή στην αναιμία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Είχαμε την κύρια ευθύνη ή συμμετείχαμε στην αντιμετώπιση 95 παθολογικών περιστατικών, 30 γενικής χειρουργικής, 15 γαστρεντερολογικών, 11 ουρολογικών, 11 ογκολογικών, 6 ορθοπαιδικών, 5 αιματολογικών, 3 νευροχειρουργικών, 3 καρδιολογικών και 3 γυναικολογικών. Η θνητότητα στις 30 ημέρες υπολογίστηκε στο 2,2%. Η στεφανιαία νόσος συνεχίζει να αποτελεί τον κύριο αρνητικό προγνωστικό παράγοντα για την ευνοϊκή έκβαση στην διαχείριση αίματος ασθενούς. Παρ'όλα αυτά, η γενικά θετική ανταπόκριση των ασθενών που αντιμετωπίζονται με τις αρχές της PBM μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως αυτού του είδους η διαχείριση θα αποτελέσει την καθιερωμένη μέθοδο αντιμετώπισης των ασθενών στο εγγύς μέλλον.

## 194. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΠΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΤΗΚΑΝ ΣΕ ΕΝΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Β. Λαϊνής, Κ. Σουβατζή, Δ. Στεφανή, Ε. Καλαφάτης, Ο. Αλεξανδρή, Ε. Πούλιου, Μ. Λελέκης

Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) είναι μια κατάσταση με δυνητικά πολύ σοβαρές επιπτώσεις, που επισυμβαίνει σε νοσηλευόμενους κυρίως ασθενείς, αλλά όχι μόνο. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των ασθενών που διαγνώστηκαν με ΠΕ σε διάστημα ενός έτους.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν όλοι οι ασθενείς με ΠΕ που διαγνώστηκαν κατά την εισαγωγή ή την νοσηλεία τους στο Παθολογικό Τμήμα του ΓΝΑ «ΚΑΤ» από 1/1/17 – 31/12/17.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στη μελέτη περιλήφθηκαν 13 ασθενείς (5 άνδρες και 8 γυναίκες) με μέση ηλικία 78,5 έτη (57 -93). Σε 4 περιπτώσεις η ΠΕ διαγνώστηκε κατά την εισαγωγή, ενώ στις υπόλοιπες 9 κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, κατά μέσο όρο την 6η ημέρα. Στους πλείστους ασθενείς (10/13) αναγνωρίστηκαν περισσότεροι του ενός παράγοντες κινδύνου για ΠΕ. Κατά σειρά συχνότητας αυτοί ήταν: παρατεταμένη ακινητοποίηση (7/13 περιπτώσεις), καρδιοαναπνευστική νόσος (6/13), κάπνισμα (3/13), κακόηθες νόσημα (2/13) και παχυσαρκία (2/13). Από τα συμπτώματα, σημεία και εργαστηριακές εξετάσεις που έθεταν την υποψία της ΠΕ υπήρχαν: αυξημένα d-dimers (12/13), φλεβοκομβική ταχυκαρδία (10/13), οξεία δύσπνοια/διαταραχές αερίων (5/13), σημεία εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης (2/13). Οι 5/13 των ασθενών ελάμβαναν προ του επεισοδίου της ΠΕ κάποιο είδους αντιπηκτική ή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (4 ακετυλοσαλικυλικό οξύ, 1 ενοξαπαρίνη). Η πιθανότητα ΠΕ εκτιμήθηκε με βάση το revised Geneva score. Η μέση τιμή των ασθενών ήταν 5,66, με διάμεση τιμή 6 (ομάδα με μέτριο βαθμό κινδύνου). Οι 12/13 ασθενείς νοσηλεύτηκαν στο Παθολογικό Τμήμα και ένας στο Καρδιολογικό. Όλοι αντιμετωπίστηκαν με αντιπηκτικά πλην ενός που έπασχε από αιμορραγικό ΑΕΕ. Στις 4 εβδομάδες η επιβίωση των ασθενών ήταν 69,2% (9/13).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σημαντικό ποσοστό των ασθενών εμφάνισαν ΠΕ εκτός νοσοκομείου. Οι ασθενείς είχαν συνήθως πολλαπλούς προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για ΠΕ. Τα αυξημένα d-dimers υπήρχαν σε όλους τους ασθενείς πλην ενός. Η θνητότητα των ασθενών στις 4 εβδομάδες ήταν σημαντική (περίπου 30%) χωρίς να μπορεί όμως να αποδοθεί μόνο στην ΠΕ.

## 193. ΚΡΥΨΙΓΕΝΗ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ - Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Π. Δούκας, Μ. Υφαντή

Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αναγνώριση και διάγνωση κρυψιγενών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, δηλαδή εγκεφαλικών εμφράκτων που η καθιερωμένη αγγειακή, καρδιακή και ορολογική μελέτη δεν ανέδειξε το αίτιό τους.

**ΥΛΙΚΟ:** Κατά το διάστημα 2016-2017 η Παθολογική μας Κλινική στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών νοσήλευσε πέντε κρυψιγενή ΑΕΕ:

- 1) Διαχωρισμός δεξιάς έσω καρωτίδος.
- 2) Διαχωρισμός δεξιάς σπονδυλικής αρτηρίας.
- 3) Ανοικτό ωοειδές τρήμα.
- 4) Αθηρωμάτωση αορτικού τόξου.
- 5) Κρυψιγενής κολπική μαρμαρυγή.

Αφορούσαν δύο άνδρες και τρεις γυναίκες, με μέση ηλικία ανδρών 69,5 έτη και γυναικών 39,6 έτη. Θνητότητα τριάντα ημερών 0%.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ειδική μελέτη, πέραν της καθιερωμένης, απαιτήθηκε για τη διάγνωση των ανωτέρω ΑΕΕ. Πιο συγκεκριμένα για το πρώτο μαγνητική αγγειογραφία τραχήλου, για το δεύτερο ψηφιακή αγγειογραφία εγκεφάλου, για το τρίτο και το τέταρτο διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς και για το πέμπτο μόνιμος καταγραφέας καρδιακού ρυθμού (εμφυτεύσιμο Holter).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Απαιτείται περαιτέρω έλεγχος για την ταυτοποίηση των κρυψιγενών ΑΕΕ. Το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών διαθέτει εξειδικευμένα Νευρολογικά, Καρδιολογικά και Ακτινολογικά Τμήματα αιχμής (Τμήμα Θρομβόλυσης, Αρρυθμιολογικό Τμήμα, Τμήμα Ηχοκαρδιολογίας, Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου, Τμήμα Νευροακτινολογίας) που υποστηρίζουν άμεσα, διαγνωστικά και θεραπευτικά απαιτητικής διαχείρισης ΑΕΕ.

## 195. Η ΠΡΩΤΕΪΝΗ S100B ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΙΣΧΥΡΟ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟ ΔΕΙΚΤΗ ΓΙΑ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ III - IV ΤΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Δ. Καρονίδης<sup>1</sup>, Γ. Καραπίερης<sup>1</sup>, Μ. Μαντζουράνη<sup>2</sup>, Ε. Γκόγκα<sup>2</sup>, Ι. Ζάγκος<sup>1</sup>, Δ. Τσούτσος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδας Εγκυμμάτων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι η αξιολόγηση της πρωτεΐνης S100B ως δείκτης μελανώματος και συσχετισμών της με χαρακτηριστικά του μελανώματος.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το 2012 έως και το 2015, σε 107 ασθενείς με μελάνωμα σταδίου I - IV, πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις της S100B και της γαλακτικής δεϋδρογενέσης (LDH) στο περιφερικό αίμα περιεχειρητικά και κατά την τακτική παρακολούθηση. Η προγνωστική αξία της S100B στην επιβίωση και την εξέλιξη της νόσου ερευνήθηκε με τις καμπύλες επιβίωσης Kaplan-Meier και τις αναλύσεις μεταβλητών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στα στάδια I και II οι συγκεντρώσεις της S100B ήταν 'φυσιολογικές', ενώ στο στάδιο III ήταν συνήθως ανεβασμένες και ανωτέρω των 'φυσιολογικών' ορίων. Στο στάδιο IV ήταν πολύ ανεβασμένες από τα 'φυσιολογικά' όρια, αλλά και σε σχέση με όλα τα άλλα στάδια. Η επιβίωση ήταν σημαντικά χαμηλότερη για τους ασθενείς με τιμές S100B>0,11 μg/l και στο στάδιο IV, ενώ τιμές S100B>0,5 μg/l, σχετιζόνταν με στάδιο IV και αυξημένο ποσοστό θανάτου (Pearson Chi Square p < 0,001). Στο στάδιο III, από την ανάλυση των πολλαπλών συγκρίσεων, οι τιμές της S100B ήταν σημαντικά μεγαλύτερες για τα στάδια N3 (p=0,009) και N2 (p=0,012) συγκριτικά με το στάδιο N1, ενώ δεν καταγράφηκε διαφορά μεταξύ των σταδίων III και II (p=1,000). Δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την LDH (p=0,323).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι συγκεντρώσεις της S100B αντανακλούν το 'φορτίο' της νόσου του μελανώματος, αποτελούν ένα αξιόπιστο δείκτη όγκου για την ανταπόκριση στη θεραπεία, την πρόγνωση, και την επιβίωση. Αυξημένες τιμές της S100B σχετίζονται με προχωρημένα στάδια μελανώματος III και IV, κακή πρόγνωση και χαμηλά ποσοστά επιβίωσης.

## 196. ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΡΙΧΩΤΟΥ ΚΕΦΑΛΗΣ

Α. Καρανίδης, Χ. Λαμπρόπουλος, Μ. Αλμπαν, Μ. Θεοδωρακοπούλου, Θ. Πατεδάκης, Δ. Τσούτσος

*Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδα Εγκαυμάτων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα ελλείμματα του τριχωτού της κεφαλής είναι δυνατό να αποκατασταθούν με δερματικά μοσχεύματα μερικού πάχους, ενώ μεγάλα και σύνθετα ελλείμματα απαιτούν αποκατάσταση με μεταθετούς ή ελεύθερους κρημνούς. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάλυση παραμέτρων που αφορούν την επιλογή της επανορθωτικής μεθόδου και κλινικά περιστατικά.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το 2011 έως το 2017 ασθενείς με ελλείμματα του τριχωτού της κεφαλής που προέκυψαν από ογκολογικές εκτομές μετά αφαίρεση δερματικών καρκίνων αποκαταστάθηκαν με δερματικά μοσχεύματα μερικού πάχους. 7 ασθενείς με μεγάλα ελλείμματα του τριχωτού της κεφαλής αντιμετώπισθηκαν με μεταθετούς κρημνούς, αλλά και ελεύθερους κρημνούς. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 60,75 έτη. Τα 6 ελλείμματα προέκυψαν μετά ογκολογικές επεμβάσεις με νευροχειρουργική παρέμβαση, όπου χρειάστηκε, με ή χωρίς τοποθέτηση τεχνητού μοσχεύματος μετά κρανιοεκτομή και το 1 περιστατικό ήταν τραυματιολογικό. Τα 4 περιστατικά αποκαταστάθηκαν με μεταθετούς δερμοπεριτονιακούς κρημνούς του τριχωτού της κεφαλής και τα 3 περιστατικά με ελεύθερους κρημνούς (προσθιοπλάγιος κρημνός του μηρού, πλατύς ραχιαίος). Η επιλογή του κρημνού έγινε με βάση τα χαρακτηριστικά του ελλείμματος, την εντόπιση, τις τοπικές συνθήκες, τη γενική κατάσταση του ασθενούς και την προτίμηση του χειρουργού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα στην πλειονότητά τους, ενώ οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι ή και πολύ ικανοποιημένοι. Σε ένα ασθενή παρουσιάστηκε υποτροπή του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος (SCC) με δευτεροπαθείς εγκεφαλικές εντοπίσεις και ακολουθήθηκε περαιτέρω ογκολογική αντιμετώπιση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ελλείμματα του τριχωτού της κεφαλής είναι δυνατό να αποκατασταθούν με δερματικά μοσχεύματα. Η αποκατάσταση μεγάλων ελλειμμάτων απαιτεί την επιλογή του κατάλληλου κρημνού για την επίτευξη ικανοποιητικού λειτουργικού και αισθητικού αποτελέσματος. Η επιλογή του κρημνού βασίζεται στα χαρακτηριστικά του ελλείμματος, τη γενική κατάσταση του ασθενούς και την προτίμηση του χειρουργού.

## 197. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

## 198. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΕ ΘΩΡΑΚΟΔΕΛΤΟΕΙΔΗ ΚΡΗΜΝΟ

Α. Καρανίδης, Ι. Ζάγκος, Δ. Μελάς, Μ. Αλμπαν, Χ. Χαρίτος, Κ. Δούλη, Λ. Τσελώνη, Δ. Τσούτσος

*Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδα Εγκαυμάτων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα ελλείμματα της κεφαλής & τραχήλου είναι δυνατό να αποκατασταθούν με θωρακοδελτοειδή δερμοπεριτονιακό κρημνό. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάλυση παραμέτρων που αφορούν την επιλογή αυτής της επανορθωτικής μεθόδου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το 2012 έως το 2017, 7 ασθενείς με δερματικά ελλείμματα της κεφαλής & τραχήλου που προέκυψαν από ογκολογικές εκτομές μετά αφαίρεση κακοήθων όγκων παρωτίδας, καθώς και μεταστατικών τραχηλικών λεμφαδενικών όγκων με δερματική διήθηση, αποκαταστάθηκαν με θωρακοδελτοειδή δερμοπεριτονιακό κρημνό. Το μέγεθος του ελλείμματος ήταν κατά μέσο όρο 5-7x8-10 εκ. Η αποκατάσταση του ελλείμματος της δότριας χώρας πραγματοποιήθηκε με δερματικά μοσχεύματα μερικού πάχους. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 71,5 έτη (60, 69, 80, 78, 72, 68, 74). Η επιλογή του κρημνού έγινε με βάση τα χαρακτηριστικά του ελλείμματος, την εντόπιση, τις τοπικές συνθήκες (προηγηθείσα ακτινοθεραπεία), την πτωχή γενική κατάσταση του ασθενούς και την προτίμηση του χειρουργού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, με ικανοποιητικά αποτελέσματα και επούλωση των ελλειμμάτων, ενώ οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι ή και πολύ ικανοποιημένοι. Ο μέσος όρος ενδονοσοκομειακής νοσηλείας των ασθενών ήταν 8 ημέρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ελλείμματα του τριχωτού της κεφαλής & τραχήλου είναι δυνατό να αποκατασταθούν με θωρακοδελτοειδή δερμοπεριτονιακό κρημνό σε ασθενείς με πτωχή γενική κατάσταση. Ο θωρακοδελτοειδής κρημνός αποτελεί αξιόπιστη επιλογή και παρέχει αποκατάσταση με ιστό καλής ποιότητας που επιτρέπει τη γρήγορη κινητοποίηση του ασθενούς και μειωμένο χρόνο νοσηλείας. Μειονέκτημα του κρημνού αποτελεί η νοσηρότητα και το μέτριο αισθητικό αποτέλεσμα της δότριας χώρας.

## 199. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ



## 200. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΟΜΑΣΤΙΑΣ

A. Καρονίδης, Δ. Τσούτσος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδας Εγκαυμάτων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η γυναικομαστία αποτελεί μια μη φυσιολογική υπερ-ανάπτυξη του ανδρικού μαστού. Η επίπτωση ποικίλλει με την ηλικία. 75% των αγοριών παρουσιάζουν βαθμό γυναικομαστίας στην εφηβεία και 75% αυτών υποχωρεί μέσα σε 2 έτη. 7% των αγοριών 17 ετών έχει σημαντικό βαθμό γυναικομαστία. Η αιτιολογία οφείλεται σε αίτια φυσιολογικά, φαρμακευτικά και παθολογικά. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μεθόδου αντιμετώπισης κλινικών περιστατικών γυναικομαστίας με πλαστική χειρουργική αποκατάσταση που περιλάμβανε εκτομή αδενικού-υποδόριου ιστού αμφοτέρων των μαστών και λιποαναρρόφηση.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το 2013 έως 2017, 8 άρρενες ασθενείς ηλικίας από 17 έως 26 ετών νοσηλεύθηκαν στην κλινική πλαστικής χειρουργικής για γυναικομαστία και αντιμετώπιση χειρουργικά. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν στον απαραίτητο κλινικό, ενδοκρινολογικό και εργαστηριακό έλεγχο. Κλινικά όλοι οι ασθενείς είχαν γυναικομαστία βαθμού 2b (6 ασθενείς) και 3 (2 ασθενείς) σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Simon, που χαρακτηρίζεται από μέτρια ή σημαντική αύξηση του όγκου των μαστών με περίσσεια δέρματος αντίστοιχα. Η χειρουργική αποκατάσταση περιλάμβανε εκτομή αδενικού-υποδόριου ιστού αμφοτέρων των μαστών και λιποαναρρόφηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Όλοι οι ασθενείς ανέχθηκαν την επέμβαση καλά, η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και εξήλθαν την 1<sup>η</sup> ημέρα ή τη 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα (οι 2 ασθενείς με βαθμό 3 γυναικομαστίας). Όλοι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από την έκβαση της επέμβασης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η γυναικομαστία αποτελεί μια διάφορου βαθμού βαρύτητας παθολογική κατάσταση με οργανικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. Η αποκατάσταση που περιλαμβάνει συνδυασμένη επέμβαση εκτομής και λιποαναρρόφησης, αποτελεί μια ασφαλή τεχνική που επιτυγχάνει εξαιρετικά αισθητικά αποτελέσματα και υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών, βελτιώνοντας σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους.

## 202. ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΠΑΡΕΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

K. Γαστεράτος<sup>1</sup>, I. Κατσιάφας<sup>2</sup>, Γ. Κορδύσης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας, <sup>2</sup>Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας, <sup>3</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή της ανατομικής πορείας του προσωπικού νεύρου (ενδοκράνια, ενδοκροταφική, εξωκροταφική), τα αίτια περιφερικής παράλυσης (έμφαση σε τραυματικά/ιατρογενή μετεγχειρητικά, νεοπλασματικά, ιδιοπαθή παράλυση Bell), συμπτωματολογία, παρουσίαση περιστατικών και οι τρόποι αποκατάστασης λειτουργίας του προσωπικού νεύρου, η παρουσίαση σχετικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναζήτηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας σχετικής με το θέμα, μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων Medline, Google Scholar και του Συνδέσμου Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL-Link) με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: πάρεση / παράλυση προσωπικού νεύρου, νευροραφική, κλίμακα House-Brackmann, ταρσοραφική, σύνδρομο Möbius.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατηγοριοποίηση βαθμού παράλυσης προσωπικού νεύρου σύμφωνα με κλίμακα House-Brackmann. Παρακολούθηση μετεγχειρητικής πορείας ασθενών και έλεγχος για τυχόν νευρολογικά ή λειτουργικά ελλείμματα. Συνέχιση φυσιοθεραπείας για απόκτηση πλήρους εύρους κίνησης των μυών του προσώπου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η δυσλειτουργία του προκαλεί σημαντική αναπηρία, επηρεάζοντας σημαντικά την ομιλία, την όραση, τη σίτιση, αλλά και την κοινωνική συμπεριφορά του ασθενούς. Η διάγνωση της ιδιοπαθούς παράλυσης περιλαμβάνει τα κριτήρια κατά Tavener, ενώ η κλινική αξιολόγηση γίνεται με τοπογραφικές δοκιμασίες, ηλεκτροφυσιολογικές και απεικονιστικές μεθόδους. Η συντηρητική αντιμετώπιση των παραλύσεων του προσωπικού νεύρου αφορά στη χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής: αντιμικροβιακή, πρεδνιζολόνη, τοξίνες του Botulinum τύπου Α (Botox), τεχνητά δάκρυα. Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει ποικιλία τεχνικών: νευροραφική με ή χωρίς μόσχευμα μείζονος ωτιαίου ή γαστροκνήμιου νεύρου, μεταθέσεις νεύρων (υπογλώσσιο, παραπληρωματικό, αντίπλευρο προσωπικό, μαστήριο [V3]), ταρσοραφική, εμφύτευση τεμαχίων χρυσού στο άνω βλέφαρο, ελεύθερος κρημόνος ισχυρού προσαγωγού, τοπικός κρημόνος κροταφίτη μυός, στατικές τεχνικές αποκατάστασης χαμόγελου, αυχενοπροσωπική ρυτιδεκτομή. Νεότερη χειρουργική μέθοδος αποκατάστασης του χαμόγελου σε παιδιά με πάρεση προσωπικού νεύρου αποτελεί η μυοπλαστική επιμήκυνσης του κροταφίτη μυός με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Στόχος είναι η αποκατάσταση του συμπλέγματος μυών οφθαλμού και στόματος. Σε κάθε περίπτωση, ο ασθενής πρέπει να εκπαιδεύεται ώστε η χρήση του νεύρου να κινεί τους μύς του προσώπου.

## 201. ΣΥΓΚΡΙΣΗ PLATES ΚΑΙ MINIPLATES ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΟΣΤΙΚΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

K. Σιώτου<sup>1</sup>, X. Σιώτος<sup>2</sup>, G. Rosson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Department of Plastic & Reconstructive Surgery, Johns Hopkins University

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αποκατάσταση ελλειμμάτων κάτω γνάθου πραγματοποιείται συνήθως μέσω συστημάτων πλακών-plates, αντί για ινώδη σύρματα ή εμφυτεύματα. Διαφορετικά συστήματα περιλαμβάνουν plates με διάμετρο >2.0mm ή miniplates με διάμετρο **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η έρευνα διεξήχθη σύμφωνα με τις οδηγίες PRIMSA (Cochrane). Ερευνήθηκαν συστηματικά οι βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, Embase, Web of Science and Cochrane για εργασίες δημοσιευμένες έως τον Ιούνιο του 2016. Πραγματοποιήσαμε μετά-ανάλυση χρησιμοποιώντας το μοντέλο τυποποίησης στο RevMan.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ελέγξαμε 916 μελέτες, από τις οποίες πέντε θεωρήθηκαν σχετικές με τα κριτήρια μελέτης μας και συμπεριλάβαμε στην μετά-ανάλυση. Ο καρκίνος αποτελούσε το συχνότερο αίτιο (>60%) ολικής ή τμηματικής αφαίρεσης της κάτω γνάθου. Το συνολικό ποσοστό επιπλοκών (Odds Ratio=1.15, 95%CI [0.69-1.94], p=0.59) δεν διέφερε μεταξύ της χρήσης plates ή miniplates. Επίσης δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στην αποκάλυψη των πλακών (OR=1.09, 95%CI [0.38-3.08], p=0.88), θραύση των πλακών (OR=0.91, 95%CI [0.11-7.29], p=0.93), μη σωστή διαχείριση (OR=1.49, 95%CI [0.38-5.88], p=0.57), πτώση του περυγίου (OR=1.14, 95%CI [0.49-2.67], p=0.77) ή στα ποσοστά οστεονέκρωσης (OR=2.11, 95%CI [0.30-14.77], p=0.45).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μετά-ανάλυση αυτή αποτελεί την πρώτη που συγκρίνει τα ποσοστά επιπλοκών από τη χρήση πλακών και μίνι-πλακών κατά την αποκατάσταση της κάτω γνάθου. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο τεχνικών. Μελλοντικές μελέτες απαιτούνται για την ανάλυση του κόστους των δύο διαφορετικών τεχνικών.

## 203. ΤΟΠΙΚΟΣ ΠΡΩΘΗΤΙΚΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ

A. Καρονίδης<sup>1,2</sup>, Γ. Καραπιτέρης<sup>1,2</sup>, Μ. Θεοδορακοπούλου<sup>1,2</sup>, Σ. Παπουλιάκος<sup>3</sup>, E. Ζαχαριουδάκης<sup>3</sup>, K. Δούλη<sup>1,2</sup>, Δ. Τσούτσος<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Εγκαυμάτων, Μικροχειρουργικής και Άκρας Χείρας, Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», <sup>2</sup>#, <sup>3</sup>Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η στένωση της τραχειοστομίας σχετίζεται με φλεγμονές, προηγηθείσες επεμβάσεις, ακτινοθεραπεία, εργώδη παρασκευή, δυσχέρεια αναπνοής και αποτελεί ένδειξη χειρουργικής αποκατάστασης. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση τοπικού προωθητικού κρημόνου για την αποκατάσταση στένωσης τραχειοστομίας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το 2013 έως το 2017, 8 ασθενείς νοσηλεύθηκαν στην Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική με στένωση τραχειοστομίας, μετά λαρυγγεκτομή. Το χρονικό διάστημα μετά τη λαρυγγεκτομή ήταν από 6 έως 18 μήνες. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν υπό γενική αναισθησία σε αποκατάσταση της στένωσης με τοπικό προωθητικό κρημόνο. Διεγχειρητικά η παρασκευή του τραχειοστόματος γίνεται προσεκτικά για την αποφυγή διάτρησης του προσθιοπλάγιου τοιχώματος του τραχηλικού οισοφάγου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και όλοι οι ασθενείς εξήλθαν τη 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα, με άριστα αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα. Σε έναν ασθενή με εργώδη παρασκευή λόγω εκτεταμένων φλεγμονών και την προηγηθείσα ακτινοβολία, παρατηρήθηκε διαφυγή μικρής ποσότητας σιέλου, πιθανώς λόγω μικρής διάνοιξης του οισοφάγου, η οποία επισυλήθη συντηρητικά σε 4 ημέρες. Όλοι οι ασθενείς ήταν πολύ ευχαριστημένοι από την έκβαση της επέμβασης με σημαντική βελτίωση της αναπνοής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η στένωση της τραχειοστομίας αποτελεί μία συχνή επιπλοκή που απαιτεί αποκατάσταση, προκειμένου να αποφευχθούν περαιτέρω επιπλοκές. Η αποκατάσταση με τοπικό προωθητικό κρημόνο αποτελεί μία απλή και αξιόπιστη επιλογή με άριστα αισθητικά αλλά κυρίως λειτουργικά αποτελέσματα, βελτιώνοντας δραματικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

## 204. Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΒΡΟΧΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΟ ΕΙΣΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΕΓΚΑΥΜΑ

Κ. Παππάς, Γ. Ζορμπάς, Ι. Ζάγκος, Γ. Καραπιπέρης, Κ. Πατεδάκης, Ε. Κυριοπούλου, Δ. Τσούτσος

*Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, Μονάδα Εγκαυμάτων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το εισπνευστικό έγκαυμα αποτελεί μείζονα προγνωστικό δείκτη επιβίωσης στον εγκαυματία ασθενή και επιπλέκει το 20-30% των ασθενών που χρήζουν νοσηλείας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογηθεί ο διαγνωστικός και θεραπευτικός ρόλος της βροχοσκόπησης στο εισπνευστικό έγκαυμα.

**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσιάζεται η πρόσφατη εμπειρία από τη διενέργεια βροχοσκόπησης σε διασωληνωμένους εγκαυματίες ασθενείς με εισπνευστικό έγκαυμα στη νέα Μονάδα Εγκαυμάτων του ΓΝΑ "Γ. Γεννηματάς" από τον Αύγουστο του 2016 έως σήμερα και επιχειρείται μία συσχέτιση των βροχοσκοπικών ευρημάτων με τη βαρύτητα της εγκαυματικής νόσου και την έκβαση των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το φάσμα της βαρύτητας του εισπνευστικού εγκαυματος συνίσταται κυρίως στην υπεργλωττιδική θερμική βλάβη, το χημικό ερεθισμό της αναπνευστικής οδού, τις συστηματικές επιδράσεις από τις εισπνεόμενες τοξικές ουσίες και τη δευτεροπαθή φλεγμονώδη απάντηση και προδιάθεση για εμφάνιση πνευμονίας. Δεδομένου ότι είναι δύσκολη η διάγνωση και ακριβής σταδιοποίηση του εισπνευστικού εγκαυματος από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τον απεικονιστικό έλεγχο, η ινοπτική βροχοσκόπηση παρέχει τη δυνατότητα για πρώιμη ανίχνευση βλάβης του ανώτερου αεραγωγού και για την επισκόπηση και παρακολούθηση των φλεγμονωδών βλαβών του τραχειοβρογχικού δέντρου. Επιτρέπει, επίσης, την ενδοτραχειακή διασωλήνωση του δύσκολου αεραγωγού υπό άμεση καθοδήγηση. Η θεραπευτική αξία της βροχοσκόπησης συνίσταται στη διενέργεια πνευμονικής τουαλέτας για την αφαίρεση κολυδών εκκρίσεων και νεκρωτικών ιστών που αποφράσσουν τον αυλό των αεραγωγών, λόγω της παραβλαφθεϊσας βλεννοκροσσωτής κάθαρσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα συστήματα διαβόθμισης της εισπνευστικής βλάβης με τη βροχοσκόπηση φαίνεται να παρουσιάζουν συσχέτιση με σημαντικές κλινικές παραμέτρους (οξυγόνωση ασθενούς, ημέρες παραμονής σε μηχανικό αερισμό και πιθανότητα εμφάνισης πνευμονίας). Επιπλέον, το βροχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL) μπορεί να χρησιμοποιηθεί όχι μόνο για τη διάγνωση αλλά και την αξιολόγηση της βαρύτητας και την παρακολούθηση του εισπνευστικού εγκαυματος.

## 206. ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΜΥΘΟΣ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ;

Δ. Αμπαζής, Ν. Τράντζας, Ε. Κουφόπουλος, Ι. Βρυώνη, Α. Χανιώτου  
*Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

Εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως, νοσοούν κάθε χρόνο από γρίπη, εκατοντάδες χιλιάδες χρειάζονται νοσηλεία και δεκάδες χιλιάδες πεθαίνουν από επιπλοκές. Παρ όλα αυτά, οι άνθρωποι συχνά αποφεύγουν να εμβολιασθούν εξαιτίας του φόβου των παρενεργειών. Τα διεθνή συστήματα φαρμακοεπαγρύπνησης, δεν έχουν καταγράψει σοβαρές συστηματικές παρενέργειες του αντιγριπικού εμβολίου παρά σε σπάνιες περιπτώσεις νευρολογικές διαταραχές. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν τοπική ευαισθησία και χαμηλό πυρετό που συνήθως υποχωρούν σύντομα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της αναδρομικής αυτής μελέτης είναι η καταγραφή των παρενεργειών που εμφάνισαν οι ασθενείς με ιστορικό ΧΑΠ ή Άσθματος, μετά από την χορήγηση του αντιγριπικού εμβολίου και συσχέτιση τυχόν παρενεργειών με τα υποκείμενα νοσήματα, το φύλο και την καπνιστική συνήθεια.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** μελετήθηκαν ασθενείς του τακτικού πνευμονολογικού ιατρείου, οι οποίοι υποβλήθηκαν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό και έπασχαν από ΧΑΠ ή Άσθμα. Αξιολογήθηκαν 120 ασθενείς ηλικίας 40-85 ετών, 70 άνδρες και 50 γυναίκες. Καπνιστές ήταν οι 80 (53 άνδρες, 27 γυναίκες) και 40 ήταν μη καπνιστές (23 γυναίκες, 17 άνδρες). Συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου όπου είχαν καταγραφεί οι εξής παρενέργειες: α) Πόνος, ερυθρότητα ή και οίδημα τοπικά β) Πονοκέφαλος γ) Πυρετός δ) Ναυτία ε) Μυαλγίες/αρθραλγίες. Επίσης, αξιολογήθηκε η ένταση των συμπτωμάτων σε ήπιες, μέτριες ή σοβαρές. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τοπικά ήπια συμπτωματολογία εμφάνισαν 16 ασθενείς (13,3%), πονοκέφαλο 12 (10%), μυαλγίες 8 ασθενείς (6,5%) και 3 (2,5%) εμπύρετο για μία ημέρα. Δεν βρέθηκε συσχέτιση με τα υποκείμενα νοσήματα, το φύλο ή την καπνιστική συνήθεια.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** το αντιγριπικό εμβόλιο είναι ασφαλές για τους χρόνια αναπνευστικούς ασθενείς οι οποίοι μόνον όφελος έχουν από τη λήψη του και επομένως πρέπει συστηματικά να συστήνεται η χρήση του από τους ιατρούς εκτός φυσικά από ιδιαίτερες περιπτώσεις προϋπάρχουσας αλλεργίας.

## 205. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 207. ΠΟΣΟ ΣΟΒΑΡΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΝΤΙΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ;

Α. Πανδής, Α. Παλαιολόγος, Ε. Αντωνάκα, Χ. Γιαννακοπούλου, Α. Χανιώτου  
*Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

Τα εμβόλια έναντι του πνευμονιόκοκκου συμβάλλουν στην αποτροπή εκδήλωσης σημαντικού αριθμού περιστατικών πνευμονίας και γι' αυτό ο ΠΟΥ συνιστά τον εμβολιασμό των ενηλίκων. Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ η πιθανότητα για διεισδυτική πνευμονιοκοκκική νόσο στις ηλικίες 18-49 είναι 8/100.000 πληθυσμού, στις ηλικίες 50-64 αυξάνεται κατά 2,5 φορές, στις ηλικίες 65-69 κατά 3,5 φορές, ενώ στις ηλικίες 80-84 βπλασιάζεται. Συνήθως η συμπτωματολογία από τις παρενέργειες είναι ήπια. Αναφέρονται αρθραλγίες, μυαλγίες, πονοκέφαλος, πυρετός έως 38°C σε ποσοστό μικρότερο του 1%, ενώ οι σοβαρές είναι σπάνιες 1/1εκ. πληθυσμού.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της μελέτης είναι η καταγραφή του ποσοστού εμφάνισης παρενεργειών στον εμβολιασθέντα πληθυσμό και συσχέτισή τους με τα υποκείμενα νοσήματα, την καπνιστική συνήθεια και το φύλο.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** πρόκειται για αναδρομική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 60 ασθενείς του τακτικού πνευμονολογικού ιατρείου, 35 άνδρες και 25 γυναίκες, οι οποίοι είχαν εμβολιασθεί για πνευμονιόκοκκο κατά το έτος 2017, ηλικίας 40-80 ετών πάσχοντες από ΧΑΠ ή Άσθμα. Από τους άνδρες οι 29 ήταν καπνιστές και από τις γυναίκες 15. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ομάδες άνδρες, γυναίκες, καπνιστές, μη καπνιστές. Συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου στο οποίο υπήρχε κατηγοριοποίηση των παρενεργειών σε 4 μεταβλητές: αρθραλγίες/μυαλγίες, πονοκέφαλος, εμπύρετο, ερυθρότητα/οίδημα τοπικά, της δε συμπτωματολογίας σε τρεις: ήπια, μέτρια, σοβαρή. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με πολυπαραγοντική μέθοδο ANOVA.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** βρέθηκε ότι σε ποσοστό 70% δεν παρουσίασαν καμία παρενέργεια. Αρθραλγίες/μυαλγίες εμφάνισε το 6% των ασθενών, πονοκέφαλο 12%, ενώ εμπύρετο 1,5%. Ποσοστό 9,5% εμφάνισε μόνο τοπικά ερυθρότητα/οίδημα. Δεν βρέθηκε συσχέτιση με υποκείμενη νόσο, το φύλο ή την καπνιστική συνήθεια.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** ο εμβολιασμός έναντι του πνευμονιόκοκκου είναι ασφαλής για τους ενήλικες ασθενείς με ΧΑΠ ή Άσθμα με ελάχιστες και ήπιες παρενέργειες που δεν σχετίζονται με τα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα.

## 208. ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑ

Σ. Μιχαηλίδης<sup>1</sup>, Γ. Μπαμπλέκος<sup>2</sup>, Α. Μιχαηλίδης<sup>2</sup>, Β. Σκόπας<sup>3</sup>, Χ. Μερκούρη<sup>3</sup>, Δ. Παπαδόπουλος<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Επαγγελματικών Νόσων και Φυματίωσης, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», <sup>2</sup>Τμήμα Επιστημών Υγείας, ΤΕΙ Αθήνας, <sup>3</sup>Β' Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Γνωστού όντος του γεγονότος ότι η σημειολογία της διανοητικής σύγχυσης (ΔΣ) και του περυνοειδούς τρόμου (ΠΤ) χαρακτηρίζουν την ηπατική ανεπάρκεια συνεπεία κίρρωσης του ήπατος, αποδιδόμενα στα ψηλά επίπεδα Αμμωνίας στο αίμα, διερευνήσαμε την σχέση μεταξύ της εμφάνισης της ως άνω σημειολογίας και των τιμών της Αμμωνίας αίματος σε ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια με ή χωρίς πνευμονική καρδιά (ΠΚ).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε 42 ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ (FEV1=41±6% προβλ.) ηλικίας 69,2±5.1 έτη (μέση±SD), 30 άντρες & 12 γυναίκες, από τους οποίους οι 13 εμφάνιζαν πνευμονική καρδιά (ΠΚ) και κλινικά είχαν υπερκαπνία και ΠΤ. Σε όλους τους ασθενείς προσδιορίστηκαν τα επίπεδα Αμμωνίας αίματος καθώς και οι βασικές βιοχημικές εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας. Για την μέτρηση της Αμμωνίας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της μικροδιαχύσεως κατά Conway. Λόγω των διακυμαινόμενων τιμών που παρέχει η εν λόγω μέθοδος, πραγματοποιήθηκαν πολλαπλοί προσδιορισμοί και ελήφθησαν οι μέσες τιμές των μετρήσεων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι τιμές της Αμμωνίας στην ομάδα των 13 ασθενών με ΠΚ ήταν 76,5 ± 15.7 μg/dl ενώ στην ομάδα των 29 ασθενών χωρίς CP ήταν 37,6 ± 9.2 μg/dl. Η ομάδα με CP παρουσίαζε αυξημένη μέση τιμή Αμμωνίας αίματος κατά 38,9 μg (περίπου διπλάσια τιμή από την ομάδα χωρίς CP). Η διαφορά αυτή ήταν στατιστικά λίαν σημαντική (p < 0.001).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συμπεραίνεται ότι στους ασθενείς με σοβαρή ΧΑΠ και πνευμονική καρδιά παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα Αμμωνίας στο περιφερικό αίμα και τα εμφανιζόμενα σε αυτούς ΔΣ και ΠΚ δύνανται να αποδοθούν στην εν λόγω βιοχημική διαταραχή. Τα φαινόμενα αυτά ταυτίζονται με εκείνα των ασθενών με ηπατική κίρρωση και ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

## 210. ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ): ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΞΥΝΣΕΙΣ

Κ. Αποστολίδου, Μ. Μπερτόλη, Δ. Σημαντηράκη  
Τμήμα Κλινικής Έρευνας, ELPEN Pharmaceutical Industry

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σύμφωνα με την Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease-GOLD η διαχείριση της ΧΑΠ θα πρέπει να στοχεύει τόσο στη μείωση των συμπτωμάτων όσο και στη μείωση του κινδύνου των παροξύνσεων. Ο κίνδυνος των παροξύνσεων αυξάνεται καθώς επιδεινώνεται η απόφραξη των αεραγωγών. Οι συννοσηρότητες επηρεάζουν την πρόγνωση της ΧΑΠ και τις υποτροπές των παροξύνσεων.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Σχεδιάστηκε μια μη παρεμβατική κλινική μελέτη διερεύνησης των συννοσηρότητων σε σχέση με τις παροξύνσεις (ιστορικό >1 παρόξυνση/έτος διάρκειας >2 ημερών) σε ασθενείς με σοβαρή έως πολύ σοβαρή ΧΑΠ (στάδιο C&D, FEV<sub>1</sub>/FVC

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα μελέτη διάρκειας 1 έτους (0-6-12 μήνες) εντάχθηκαν 796 ασθενείς με ΧΑΠ. 688 ασθενείς ηλικίας 69.7 ± 9.6 ετών εκ των οποίων 539 άνδρες (78,3%), κατηγοριοποιήθηκαν κατά GOLD σε ομάδα σοβαρής ΧΑΠ C:386 (48,5%) και ομάδα πολύ σοβαρής ΧΑΠ D:302 (37,9%). 397 (57,7%) ήταν πρώην, 249 (36,2%) νυν και 42 (6,1%) μη καπνιστές. Ως προς τα συμπτώματα 641 (93,2%) είχαν δύσπνοια, 553 (80,4%) χρόνιο βήχα και 440 (64,0%) παραγωγή πτυέλων. 660 ασθενείς (95,9%) ανέφεραν ιστορικό παροξύνσεων το τελευταίο έτος με μέσο αριθμό παροξύνσεων 2.1 (min:1-max:8), 617 (89,7%) ασθενείς ανέφεραν επιδείνωση της δύσπνοιας, 541 (78,6%) αύξηση όγκου πτυέλων και 503 (73,1%) βήχα. Οι συννοσηρότητες που καταγράφηκαν ήταν 1,2 (min:0-max:3), με 309 (44,9%) ασθενείς να εμφανίζουν μία συννοσηρότητα. 488 (70,9%) ανέφεραν καρδιαγγειακά, 177 (25,7%) μεταβολικά και 209 (30,4%) άλλα νοσήματα. Κατά τη διάρκεια της μελέτης καταγράφηκαν κατά μέσο όρο 0,41 παροξύνσεις (min:0-max:4) και 479 (69,6%) ασθενείς χωρίς καμία παρόξυνση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με σοβαρή - πολύ σοβαρή ΧΑΠ κατηγορίας C & D εμφανίζονται με αυξημένο αριθμό συννοσηρότητων οι οποίες συμβάλλουν στην διαμόρφωση της βαρύτητας της νόσου και επηρεάζουν τόσο τα ειδικά συμπτώματα της νόσου όσο και τον αριθμό των παροξύνσεων της.

## 209. ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΥΠΟΘΡΕΨΙΑΣ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΓΝΩΣΤΗ ΠΑΛΑΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΔΗ ΛΟΙΜΩΞΗ.

Σ. Μιχαηλίδης<sup>1</sup>, Γ. Μπαμπλέκος<sup>2</sup>, Α. Μιχαηλίδης<sup>2</sup>, Θ. Γκιόζαρη<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Επαγγελματικών Νόσων και Φυματίωσης, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», <sup>2</sup>Τμήμα Επιστημών Υγείας, ΤΕΙ Αθήνας, <sup>3</sup>Β' Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστό ότι τα άτομα με υποθρεψία και χαμηλά επίπεδα λευκοκυττάρων στο αίμα είναι πιθανότερο να εμφανίζουν κάποια μορφή κυτταρικής ανεργίας στις δοκιμασίες κυτταρικής υπερευαισθησίας όπως η αντίδραση στην Φυματίνη (Bhave GG et al. J Postgrad Med 1989;35:24-29). Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η αναζήτηση συσχέτισης μεταξύ της παρουσίας υποθρεψίας και κρίσιμου επιπέδου των λευκοκυττάρων του ορού αφ' ενός, και φυματινικής ανεργίας (Mantoux < 5mm) αφ' ετέρου, σε ασθενείς με επιβεβαιωμένη παλαιά πνευμονική Φυματίωση (ΠΦ)

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 45 ασθενείς (37 άντρες & 18 γυναίκες) ηλικίας 53±9,4 ετών (μέση τιμή ± SD) με βεβαιωμένη από το ιστορικό ΠΦ καταγράφοντας την εγκάρσια διάμετρο της δερματικής σκληρίας στη δερμοαντίδραση Mantoux 48 ώρες μετά από ενδοδερμική ένεση φυματίνης (5TU PPD) ενώ παράλληλα προσδιορίστηκε σε όλους ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) και η τιμή του επιπέδου των λευκοκυττάρων του ορού (ALB-level).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 45 ασθενείς της μελέτης οι 33 (ομάδα Α) είχαν μέσο ΔΜΣ=23,7 ±3,9 και μέση διάμετρο Mantoux = 17,2±3,9 mm) ενώ οι υπόλοιποι 12 (ομάδα Β) είχαν ΔΜΣ= 17,6±3,1 και Mantoux αρνητική (<5mm-μέση τιμή 3,1±1,4 mm (p < 0,001).

Στην ομάδα Α η προσδιορισθείσα τιμή των λευκοκυττάρων ορού ήταν 4,85±0,89 mg στην ομάδα Β ήταν 2,35±0,41 mg/dL και η διαφορά αυτή ήταν στατιστικά σημαντική (p < 0,001). Παρατηρήθηκε παράλληλα ότι οι ασθενείς της ομάδας Β με υποθρεψία και φυματινική ανεργία εμφάνιζαν περισσότερα και πλέον εκτεταμένα ακτινολογικά ευρήματα παλαιάς (ιαθείας) νόσου στους πνεύμονες από ότι οι ασθενείς της ομάδας Α.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συμπεραίνεται ότι ασθενείς με πλέον εκτεταμένη παλαιά πνευμονική Φυματίωση υπολευκοκυταϊαία και υποθρεψία εμφανίζουν κατά κανόνα υπολειπόμενη κυτταρική υπερευαισθησία στη φυματίνη.

## 211. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ & ΝΕΟΙ ΙΑΤΡΟΙ: ΓΝΩΣΕΙΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Κ. Ροδίτης<sup>1,2</sup>, Β. Βελισσάρη<sup>2,3</sup>, Κ. Λούης<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Αγγοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, <sup>2</sup>Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας (JDN-Hellas), Αθήνα, <sup>3</sup>Παθολογικό Τμήμα, Mediterranean Hospital, <sup>4</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας-Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η Μικροβιακή Αντοχή (ΜΑ), ή η αντοχή των μικροβίων στα αντιβιοτικά, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας παγκοσμίως σήμερα. Ευθύνεται για τα υψηλά ενδονοσοκομειακά ποσοστά θνησιμότητας, ιδίως στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, όπου ενδημούν πολυανθεκτικά βακτήρια με αντοχή στα περισσότερα κυκλοφορούντα σκευάσματα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αποτίμηση των αντιλήψεων και των γνώσεων των νέων ιατρών της χώρας μας, στην οποία συναντά κανείς από τα υψηλότερα ποσοστά ΜΑ στην Ε.Ε., για το μέτρον αυτό πρόβλημα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Εβδομάδας Ενημέρωσης για την Ορθή Χρήση των Αντιβιοτικών 13-19 Νοεμβρίου 2017 που διοργάνωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), το Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας διερεύνησε τη στάση των νέων ιατρών απέναντι στο πρόβλημα της ΜΑ μέσω σχετικού ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε σε δείγμα νέων ιατρών διαδικτυακά, μέσω της ιστοσελίδας του, αλλά και μέσω της επίσημης σελίδας του στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, Twitter, LinkedIn). Το ερωτηματολόγιο δομήθηκε ως εξής: α) Γενικές πληροφορίες β) Λήψη αποφάσεων, γ) Αντίληψη της σοβαρότητας του προβλήματος της ΜΑ, δ) Συνατογράφηση αντιβιοτικών, ε) Στάσεις και συμπεριφορές απέναντι σε υπάρχουσες και πιθανά μελλοντικές παρεμβάσεις για την αξιολόγηση του προβλήματος της υπερσυνατογράφησης αντιβιοτικών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην έρευνα συμμετείχαν 16 νέοι ιατροί (έως 15 έτη μετά το πτυχίο ιατρικής), 62,5% γυναίκες και 37,5% άνδρες, ηλικίας 20-45 ετών. Το 50% ήταν ειδικευμένοι ιατροί, το 25% ελεύθεροεπαγγελματίες ιατροί, 18,8% επιμελητές σε δημόσιο νοσοκομείο και 6,3% επιμελητές σε ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική. Το 25% ασκούσαν Γενική Ιατρική, 18,8% Παιδιατρική, 18,8% Παθολογία και το 37,7% άλλη ειδικότητα, ενώ η πλειοψηφία τους (87,5%) δεν έχουν εργαστεί ποτέ σε πτέρυγα/τμήμα λοιμωδών νοσημάτων. Σε γενικές γραμμές, οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως νιώθουν σιγουριά όταν συνταγογραφούν αντιβιοτικά και πως η κρίση τους καθοδηγείται από τη χρήση οδηγίων/εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών/πολιτικών/πρωτοκόλλων (100%), από προηγούμενη εμπειρία/γνώσεις/εκπαίδευση (81,3%) και από αναζήτηση συμβουλής από ειδικό λοιμωξιολόγο (68,8%). Όλοι (100%) θεωρούν πως η ΜΑ αποτελεί εθνικό ζήτημα υγείας, ενώ το 93,8% πιστεύει πως πλήττει το χώρο εργασίας του και το 87,5% σε καθημερινή βάση. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απόψεις για το ποιοι λόγοι δημιουργούν τη ΜΑ, καθώς και οι προτάσεις για την καταπολέμηση του φαινομένου. Τέλος, δυστυχώς, το 62,5% δηλώνει πως δεν έλαβε καμία εκπαίδευση για την ορθή συνταγογράφηση αντιβιοτικών κατά το περασμένο έτος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι νέοι ιατροί στην Ελλάδα του 2018 δηλώνουν γνώστες της σημασίας του προβλήματος της ΜΑ, παρά τις επιμέρους ελλείψεις στην εκπαίδευσή τους. Προτείνουν, μεταξύ άλλων τη βελτίωση των υπάρχοντων δεδομένων και οδηγιών για την ΜΑ σε εθνικό επίπεδο, περισσότερη εκπαίδευση για τη ΜΑ, τη συνεργασία μεταξύ θεραπόντων ιατρών και ειδικών λοιμωξιολόγων και/ή μικροβιολόγων στη λήψη αποφάσεων για την έναρξη ή διακοπή αντιβιοτικής αγωγής για την καταπολέμησή της.

## 212. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 214. ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΗ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗ ΜΕ <sup>99m</sup>Tc ΟΣΧ ΙΧΝΗΘΕΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ - ΠΡΟΚΛΗΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μ. Παπαχρίστου<sup>1</sup>, Π. Μπουζιώτη<sup>2</sup>, Γ. Καστή<sup>2,3</sup>, Ι. Δατσέρης<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Παρασκευής Ραδιοφαρμάκων, Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και PET/CT, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Εργαστήρια Ραδιοχημικών/Ραδιοφαρμακολογικών Μελετών, Ινστιτούτο Πυρηνικών και Ραδιολογικών Επιστημών, Τεχνολογίας, Έρευνας και Ασφάλειας, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», <sup>3</sup>Κέντρο Ερευνών Θεωρητικών και Εφαρμοσμένων Μαθηματικών, Ακαδημία Αθηνών, <sup>4</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και PET/CT, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μεθοτρεξάτη είναι δομικό ανάλογο του φυλλικού οξέος και χρησιμοποιείται ως αντιμεταβολίτης και ανταγωνιστής του. Οι θεραπευτικές ενδείξεις της περιλαμβάνουν νεοπλασματικές νόσους και τον συμπτωματικό έλεγχο αυτοάνοσων φλεγμονωδών ασθενειών. Η επισήμασμένη μεθοτρεξάτη έχει μελετηθεί ως ιχνηθέτης κακοηθειών σε αρκετές δημοσιεύσεις. Στην παρούσα εργασία ερευνάται η πιθανή χρήση της επισήμασμένης μεθοτρεξάτη στον εντοπισμό φλεγμονών σχετιζόμενων με ρευματοειδή και όχι μόνο αρθρίτιδα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η επισήμανση της μεθοτρεξάτης έγινε μέσω <sup>99m</sup>Tc – γλυκονικού ως πρόδρομο μόριο. Οι μελέτες αξιολόγησης περιλαμβάνουν σταθερότητα *in vitro*, πρόσδεση με της πρωτεΐνες του αίματος, μέτρηση λιποφιλικότητας, πρόσδεση με υδροξυαπατίτη, απεικόνιση *in vivo* και *ex vivo* πειράματα σε πειραματόζωα με μοντέλο φλεγμονής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μεθοτρεξάτη επισήμανθηκε επιτυχώς με <sup>99m</sup>Tc με καθαρότητα > 95%. Κατά 85% μετά από 4 ώρες επίωσσης είναι σταθερή στο πλάσμα, ενώ η πρωτεϊνική σύνδεση του ιχνηθέτη παρατηρείται στο ~ 50% στις 4 ώρες. Η σύνδεση με τον υδροξυαπατίτη είναι στο ~ 45% στα 10 λεπτά μετά την επίωσση. Οι προκλινικές *ex vivo* και *in vivo* μελέτες δείχνουν ότι η τεχνητωμένη μεθοτρεξάτη συγκεντρώνεται στη φλεγμονή, καθώς και στην σπονδυλική στήλη, στις αρθρώσεις και στα οστά, στις περιοχές δηλαδή όπου υπάρχει αναπλαστική δραστηριότητα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά και θέτουν τις βάσεις για περαιτέρω ανάπτυξη της <sup>99m</sup>Tc –MTX ως ιχνηθέτη φλεγμονών οι οποίες σχετίζονται με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

## 213. ΔΙΑΛΟΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΛΟΙΠΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ε. Κότσαλου<sup>1</sup>, Α. Κότσαλος<sup>2</sup>, Ν. Ζακόπουλος<sup>3</sup>, Ν. Δημακόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Κούτης<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, <sup>2</sup>Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, <sup>3</sup>Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», <sup>4</sup>Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Υγείας, ΤΕΙ Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διεθνώς οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) κατατάσσονται στις ομάδες πληθυσμού υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Στην παρούσα μελέτη μελετήσαμε την δυνατότητα εφαρμογής προγράμματος διαλογής των ασθενών αυτών μέσω σπινθηρογράφηματος μυοκαρδίου (ΣΜ) ανάλογα με τη συνύπαρξη λοιπών επιβαρυντικών παραγόντων κινδύνου (ΠΚ) για στεφανιαία νόσο (ΣΝ), όπως το κάπνισμα, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, η κληρονομικότητα και η παχυσαρκία.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 117 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, εκ των οποίων 92 ήταν άνδρες (78,6%) και 25 γυναίκες (21,3%) μέσης ηλικίας 62 έτη, ΗbA1c ≤ 7,0 %, LDL <2,6mmol/L (100mg/dl) και Α.Π. ≤ 40/80 mmHg. Οι 78 (66,6%) από αυτούς, δεν είχαν προηγούμενο ιστορικό ή υποψία ΣΝ. Από τους 117 εξεταζόμενους, οι 71 (61%-Ομάδα Α) είχαν > 2 επιβαρυντικούς ΠΚ, ενώ 39% του συνόλου είχαν μόνο ΣΔ (Ομάδα Β) και 40% της Ομάδας Α είχαν επιπλέον Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ – Ομάδα Γ). Όλοι υποβλήθηκαν σε ΣΜ μετά από κόπωση (Πρωτόκολλο Bruce ή φαρμακευτική) και μετά από ηρεμία με ενδοφλέβια χορήγηση <sup>99m</sup>Tc- tetrofosmin.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Για 26% της Ομάδας Β, οι μελέτες ήταν αρνητικές για ισχαιμία, ενώ το 74% είχαν ευρήματα ΣΝ, ενώ παρόμοια ποσοστά παρατηρήθηκαν στην Ομάδα Α (21 vs 79%). Τέλος, στην ομάδα Γ τα ποσοστά ήταν 18% και 82%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο ΣΔ αποτελεί ισχυρό ανεξάρτητο προδιαθεσικό παράγοντα ΣΝ και θεωρείται διεθνώς ισοδύναμο ΣΝ. Σύμφωνα δε με την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία η διενέργεια ΣΜ στο πλαίσιο προγράμματος διαλογής σε ΣΔ ασθενείς ανεξαρτήτως συνύπαρξης γνωστών προδιαθεσικών παραγόντων μπορεί να εφαρμοστεί ως μη επεμβατική προγνωστική μέθοδος έγκαιρης – προσυμπτωματικής αξιολόγησης της βλάβης στα όργανα στόχος.

## 215. ΡΕΤ/CT ΜΕ FDG ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

Δ. Πριφτάκης<sup>1</sup>, Α. Παπανικολοπούλου<sup>2</sup>, Μ. Παπαχρίστου<sup>1</sup>, Ι. Δατσέρης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και PET/CT, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Τμήμα Φαρμακολογίας, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συσχέτιση μεταξύ αυτοανοσίας και καρκίνου είναι ένα διαπιστωμένο φαινόμενο που βασίζεται στο κοινό υπόβαθρο της διαταραγμένης ανοσιακής απόκρισης. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή της συχνότητας και της επίδρασης του ιστορικού αυτοανοσίας σε ογκολογικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε εξέταση PET/CT με FDG.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν τα ιστορικά και οι εξετάσεις των ασθενών που υποβλήθηκαν σε PET/CT με FDG στο τμήμα το 2017. Καταγράφηκαν οι συνδυασμοί αυτοανοσίας και κακοήθειας, το ιστορικό των θεραπειών και τα απεικονιστικά ευρήματα στην PET/CT.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 3175 ασθενείς, βρέθηκαν 32, δηλαδή ποσοστό 1%, με γνωστό ιστορικό αυτοάνοσου νοσήματος πριν την εμφάνιση του καρκίνου. Μόνο σε 2 ασθενείς αναφέρθηκαν παθολογικές προσλήψεις της FDG που σχετιζόνταν με το αυτοάνοσο νόσημα και αφορούσαν σε ρευματοειδή αρθρίτιδα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συνύπαρξη αυτοάνοσου νοσήματος και κακοήθειας μπορεί να είναι τυχαία, να οφείλεται στην χρόνια φλεγμονή που προκαλεί το αυτοάνοσο νόσημα ή να είναι απότοκο της φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπισή του.

Στην βιβλιογραφία έχουν τεκμηριωθεί οι επιδημιολογικές συσχετίσεις μεταξύ κάποιων αυτοάνοσων νοσημάτων με διάφορους τύπους καρκίνων, ενώ για άλλα, τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα.

Σε σχέση με την επίδραση των θεραπευτικών φαρμάκων στην αύξηση του κινδύνου για καρκίνο, έχουν διερευνηθεί συσχετίσεις χρόνιας λήψης ανοσοκατασταλτικών και αντι-TNF παραγόντων καθώς και μονοκλωνικών αντισωμάτων με την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου.

Ο πυρηνικός ιατρός οφείλει να είναι ενημερωμένος για αυτά τα δεδομένα και να αναζητά σημεία ενδεικτικά ενεργού αυτοάνοσου στις εξετάσεις που γνωματεύει.

Λόγω της διστακτικότητας για έναρξη ανοσοθεραπείας σε ασθενείς με ιστορικό αυτοάνοσου νοσήματος, πρέπει να διερευνηθεί η πιθανή συμβολή της PET/CT με FDG στην επιλογή των ασθενών αυτών, ώστε να μπορούν να επωφεληθούν από τα υποσχόμενα αποτελέσματα της ανοσοθεραπείας.

## 216. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 218. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Χ. Παριανός, Χ. Αγγέλη, Α. Θανασιά, Α. Μ.Νίξον, Χ. Τσερκέζης, Σ. Ροδίτης, Γ. Ν.Ζωγράφος  
Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή σπάνια έχει ένδειξη στην αντιμετώπιση των όγκων των επινεφριδίων. Αποτελεί επέμβαση εκλογής σε επιλεγμένους ασθενείς με Νόσο Cushing μετά από μη αποτελεσματική επέμβαση στην υπόφυση ή σε ασθενείς με έκτοπη παραγωγή ΑΣΤΗ. Άλλες ενδείξεις αποτελούν το αμφοτερόπλευρο φαιοχρωμοκύττωμα σε κληρονομικά σύνδρομα, η συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων, τα αμφοτερόπλευρα αδενώματα του φλοιού καθώς και οι αμφοτερόπλευρες μεταστάσεις των επινεφριδίων. Τις τελευταίες δεκαετίες η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή καθιερώθηκε ως η επέμβαση εκλογής στους όγκους των επινεφριδίων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης μας είναι ο καθορισμός των ενδείξεων της αμφοτερόπλευρης επινεφριδεκτομής στα περιστατικά της κλινικής μας καθώς και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων αυτής.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Από τον Ιανουάριο του 1997 μέχρι τον Δεκέμβριο του 2017, 593 ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για όγκους επινεφριδίων. Από τους ασθενείς αυτούς 24 υποβλήθηκαν σε αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή. Δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή σε ένα χρόνο ενώ 22 ασθενείς χειρουργήθηκαν σε δυο χρόνους με μεσοδιάστημα 3 έως 12 μηνών. Η αντιμετώπιση σε δυο χρόνους επιλέχθηκε στους ασθενείς με συνοδά νοσήματα όπως και στους ασθενείς με αμφοτερόπλευρους καλοήθεις όγκους υπό παρακολούθηση μετά από ετερόπλευρη επινεφριδεκτομή. Η πλάγια διακοιλιακή λαπαροσκοπική προσέλαση εφαρμόστηκε σε όλους τους ασθενείς με δυο μετατροπές σε ανοιχτή επέμβαση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι αμφοτερόπλευρες επινεφριδεκτομές αφορούσαν 11 ασθενείς με νόσο Cushing, 1 ασθενή με υποκλινικό σύνδρομο Cushing, 1 με σύνδρομο Carney, 3 ασθενείς με σύνδρομο MEN II, 3 με μεταστάσεις επινεφριδίων, 1 ασθενή με αδένωμα φλοιού και καρκίνωμα και 1 ασθενή με αμφοτερόπλευρο καρκίνωμα φλοιού. Η διάρκεια νοσηλείας ήταν 2 μέρες για τις λαπαροσκοπικές επινεφριδεκτομές ενώ για τις ανοιχτές επεμβάσεις ήταν 5 ημέρες. Δεν υπήρξε θνητότητα για τις πρώτες 30 ημέρες μετεγχειρητικά ούτε κάποια σοβαρή θνησιμότητα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η λαπαροσκοπική προσέγγιση είναι εφικτή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή. Η επιλογή της επέμβασης σε έναν ή δύο χρόνους γίνεται με βάση τη νόσο και τα συνοδά νοσήματα του ασθενούς.

## 217. ΤΙ ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΟΥΝ ΟΙ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ι. Κωστάκης<sup>1</sup>, Α. Βαϊόπουλος<sup>1</sup>, Ζ. Γαρουφαλιά<sup>1</sup>, Α. Παπαβασιλείου<sup>2</sup>, Σ. Κύκαλος<sup>1</sup>, Γ. Κουράκης<sup>1</sup>, Γ. Τσουρούφλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», <sup>2</sup>Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Σκοπός μας είναι η μελέτη του διαγνωστικού και προγνωστικού ρόλου των προεγχειρητικών εξετάσεων αίματος στον καρκίνο παχέος εντέρου.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Οι προεγχειρητικές γενικές αίματος και τα προεγχειρητικά επίπεδα της γαλακτικής αφυδρογονάσης (LDH) 167 ασθενών με αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου συσχετίστηκαν με διάφορες κλινικές και παθολογοανατομικές παραμέτρους, καθώς και με την ειδική για τη νόσο επιβίωση και την επιβίωση χωρίς υποτροπή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ακόλουθες παράμετροι έδειξαν υψηλές ευαισθησίες (≥85%) για την ανίχνευση των εξής χαρακτηριστικών: ο λόγος αιμοπεταλίων προς λεμφοκύτταρα (PLR) για T4 όγκο, ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) και ο αριθμός των ουδετεροφίλων (NC) για απομακρυσμένες μεταστάσεις και ο αριθμός των λεμφοκυττάρων (LC) για υψηλής κακοήθειας νεόπλασμα. Οι ακόλουθες παράμετροι έδειξαν υψηλές ειδικότητες (≥85%) για τον αποκλεισμό των εξής χαρακτηριστικών: το ποσοστό των λεμφοκυττάρων (LP) για όγκους μεγαλύτερους από 5 cm, το LP, ο λόγος ουδετεροφίλων προς λεμφοκύτταρα (NLR), ο λόγος ουδετεροφίλων προς μονοκύτταρα (NMR), ο λόγος λεμφοκυττάρων προς μονοκύτταρα (LMR) και η LDH για T4 όγκο, ο λόγος αιμοπεταλίων προς μονοκύτταρα (PMR) για T2-T4 όγκο, η LDH για παρουσία περισσότερων από 3 διηθημένων λεμφαδένων και απομακρυσμένων μεταστάσεων, ο LMR για υψηλής κακοήθειας νεόπλασμα και το ποσοστό ουδετεροφίλων (NP) για αγγειακή/λεμφαγγειακή διήθηση. Ο WBC και ο NLR ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της ειδικής για τη νόσο επιβίωση, ενώ ο WBC, το LP, το NP και ο NLR ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για την επιβίωση χωρίς υποτροπή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι προεγχειρητικές γενικές αίματος και τα προεγχειρητικά επίπεδα της LDH παρέχουν χρήσιμες διαγνωστικές και προγνωστικές πληροφορίες στον καρκίνο του παχέος εντέρου.

## 219. ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΝΑ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ι. Δασκαλάκης, Κ. Αννούσης, Χ. Ματαλλιωτάκη, Χ. Καραγιάννη, Ε. Δέτσης, Ι. Προκοπάκης, Φ. Ψαράκης, Ε. Κουμντάκης, Θ. Κούνουνας, Ν. Μουδατσάκης  
Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα εργασία έχει σκοπό την παρουσίαση της αντιμετώπισης ασθενών οι οποίοι ενεπλάκησαν σε τροχαία ατυχήματα σε ένα δευτεροβάθμιο νοσοκομείο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Χειρουργική κλινική του Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου λόγω τροχαίου ατυχήματος από το 2012 έως το 2016.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο συνολικός αριθμός ασθενών που νοσηλεύτηκαν ήταν 487, των οποίων η πλειοψηφία αντιμετώπιστηκε συντηρητικά. Το 13,27% χρειάστηκε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση. Το 3,37% χρειάστηκε εισαγωγή στη ΜΕΘ, ενώ 45 ασθενείς μεταφέρθηκαν στην ορθοπαιδική κλινική για αντιμετώπιση μυοσκελετικών κακώσεων. 63 ασθενείς χρειάστηκε να διακομισθούν σε τριτοβάθμιο κέντρο για περαιτέρω αντιμετώπιση, καθώς κάποιες ειδικότητες δεν είναι διαθέσιμες στο ΓΝΑΝ (νευροχειρουργός, θωρακοχειρουργός). Η θνητότητα μεταξύ των ασθενών στη χειρουργική κλινική ήταν 2,08%, με κύρια αιτία θανάτου να είναι ΚΕΚ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αντιμετώπιση του πολυτραυματία σε ένα δευτεροβάθμιο κέντρο απαιτεί πλήρη στελέχωση με ιατρούς πρώτης γραμμής. Η αρμονική συνεργασία μεταξύ τους, με βάση τις αρχές του ATLS, οδηγεί σε μείωση της θνητότητας, ενώ μειώνεται και ο αριθμός των διακομιδών, με αποτέλεσμα να μην χάνεται πολύτιμος χρόνος στην αντιμετώπιση του περιστατικού και να μην οδηγούνται σε συμφορήση τα τριτοβάθμια κέντρα.

## 220. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΝ FASCIN ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Α. Ταμπάκης<sup>1</sup>, Α. Ταμπάκης<sup>1,2,3</sup>, Α. Νόννη<sup>4</sup>, Κ. Κόντζογλου<sup>1</sup>, Ε. Πατσούρης<sup>4</sup>, Γ. Κουράκλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», <sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βασιλείας, Ελβετία, <sup>3</sup>Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Χαϊδελβέργης, Γερμανία, <sup>4</sup>Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο δείκτης Fascin εκφράζεται σε καρκινικά βλαστικά κύτταρα σε διαφορετικούς τύπους καρκίνων. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η κατανόηση της έκφρασης του δείκτη Fascin σε διαφορετικούς ιστολογικούς τύπους και μοριακούς υπότυπους στον καρκίνο του μαστού.

**ΥΛΙΚΟ:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 141 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού τα έτη 2000 έως 2014, από τον φυσιολογικό ιστό των οποίων προήλθε και η ομάδα ελέγχου και μελετήθηκε η ανοσοϊστοχημική έκφραση του δείκτη Fascin σε ιστολογικά παρασκευάσματα μαζικού αδένου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η έκφραση του δείκτη παρατηρήθηκε αυξημένη στον ιστό των ασθενών με τριπλά αρνητικούς όγκους και όγκους βασικού τύπου και λιγότερο σε ασθενείς με λιγότερο επιθετικούς μοριακούς υπότυπους. Μεταξύ των παραμέτρων που μελετήθηκαν συμπεριλαμβάνονται ο ιστολογικός βαθμός κακοήθειας, οι δείκτες p53 και Ki-67, το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου, το στάδιο νόσου, η ηλικία των ασθενών, η λεμφαδενική διήθηση και η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων. Αναλύθηκαν οι συσχετισμοί μεταξύ της έκφρασης του δείκτη και των κλινικοπαθολογικών χαρακτηριστικών, της συνολικής επιβίωσης και της ελεύθερα νόσου επιβίωσης των ασθενών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η έκφραση του δείκτη Fascin σχετίζεται με όγκους επιθετικής κλινικής συμπεριφοράς με κακή πρόγνωση και αποτελεί αναπτυξιακό δυναμικό θεραπευτικό στόχο ιδιαίτερα στα τριπλά αρνητικά καρκινώματα του μαστού.

## 221. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΝ L1CAM, NECTIN-1, FASCIN, UBR5 ΚΑΙ MAP17 ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Α. Ταμπάκης<sup>1,2,3</sup>, Α. Ταμπάκης<sup>1</sup>, Α. Νόννη<sup>4</sup>, Γ. Τσουρούφλης<sup>1</sup>, Κ. Κόντζογλου<sup>1</sup>, Ε. Πατσούρης<sup>4</sup>, Γ. Κουράκλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», <sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βασιλείας, Ελβετία, <sup>3</sup>Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Χαϊδελβέργης, Γερμανία, <sup>4</sup>Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι δείκτες L1CAM, Nectin-1, Fascin, UBR5 και MAP17 εκφράζονται σε καρκινικά βλαστικά κύτταρα σε διάφορα είδη καρκίνων. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η κατανόηση της έκφρασης των L1CAM, Nectin-1, Fascin, UBR5 και MAP17 σε καρκίνους παχέος εντέρου και ορθού με διαφορετικά κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά.

**ΥΛΙΚΟ:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 111 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο παχέος εντέρου και ορθού τα έτη 2008 έως 2011, από τον φυσιολογικό ιστό των οποίων προήλθε και η ομάδα ελέγχου και μελετήθηκε η ανοσοϊστοχημική έκφραση των δεικτών L1CAM, Nectin-1, Fascin, UBR5 και MAP17 στα ιστολογικά παρασκευάσματα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η έκφραση των δεικτών παρατηρήθηκε αυξημένη στον ιστό των ασθενών με μεταστατικούς όγκους και όγκους πιο επιθετικής κλινικής συμπεριφοράς. Μεταξύ των παραμέτρων που μελετήθηκαν συμπεριλαμβάνονται το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου, η ανατομική θέση των όγκων, το στάδιο νόσου, ο ιστολογικός βαθμός κακοήθειας, οι δείκτες p53 και Ki-67, η λεμφαδενική διήθηση και η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων. Αναλύθηκαν οι συσχετισμοί μεταξύ της έκφρασης αυτών των δεικτών και των κλινικοπαθολογικών χαρακτηριστικών, της συνολικής επιβίωσης και της ελεύθερα νόσου επιβίωσης των ασθενών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η έκφραση των L1CAM, Nectin-1, Fascin, UBR5 και MAP17 σχετίζεται με όγκους επιθετικής κλινικής συμπεριφοράς με κακή πρόγνωση και αποτελούν πιθανό αναπτυξιακό δυναμικό θεραπευτικό στόχο.

## 222. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 223. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Α. Σταματιάδης, Ν. Δαλαβούρας, Η. Καλλιώρας  
Χειρουργικό Ιατρείο Πρωκτού, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο καρκίνος του πρωκτού είναι συχνότερος σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες (ομοφυλόφιλοι, οροθετικοί, ανοσοκατεσταλμένοι κλπ.) λόγω της HPV μόλυνσης και της πιθανής ανοσοκαταστολής. Η πρωκτοσκόπηση υψηλής ευκρίνειας (HRA) αποτελεί την κατάλληλη διαγνωστική επιλογή για την έγκαιρη ανίχνευση των προκαρκινωματικών αλλοιώσεων HSIL, καθώς η ευαισθησία της κυτταρολογικής εξέτασης του πρωκτού είναι χαμηλή. Σε αυτή την εργασία διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα της πρωκτοσκόπησης υψηλής ευκρίνειας ως διαγνωστικό εργαλείο για την πρόληψη του καρκίνου του πρωκτού σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

**ΥΛΙΚΟ:** Η πρωκτοσκόπηση υψηλής ευκρίνειας πραγματοποιήθηκε σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο πρωκτού (κονδυλώματα πρωκτού, πρωκτικές σεξουαλικές επαφές, υψηλόβαθμη δυσπλασία του γυναικείου γεννητικού συστήματος, ανοσοκαταστολή, μόλυνση από τον ιό HIV, ιστορικό πρωκτικού καρκίνου). Δεν πραγματοποιήθηκε προηγούμενη κυτταρολογική εξέταση. Ο πρωκτός και το περιπρωκτικό δέρμα ελέγχθηκαν με κολποσκόπιο μετά από εμποτισμό των περιοχών αυτών με οξικό οξύ. Από τις εντοπιζόμενες αλλοιώσεις με κολποσκοπικά χαρακτηριστικά προκαρκινωματικών αλλοιώσεων HSIL, ελήφθησαν βιοψίες. Στις θετικές βιοψίες έγινε καυτηριασμός των προκαρκινωματικών βλαβών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο χρονικό διάστημα 2011-2017 εξετάστηκαν 1013 άτομα με την πρωκτοσκόπηση υψηλής ευκρίνειας. Οι βιοψίες έδειξαν υψηλού βαθμού αλλοιώσεις (HSIL και διηθητικός καρκίνος) σε 219 από αυτούς (21,6%). Στον αριθμό αυτό συμπεριλαμβάνονται 85/175 (48,6%) οροθετικοί ασθενείς, 12/37 (32,4%) γυναίκες ασθενείς με υψηλόβαθμες βλάβες στο γεννητικό σύστημα, 5/20 ασθενείς υπό ιατρική παρακολούθηση για καρκίνο του πρωκτού και 7/17 ασθενείς με ανοσοκαταστολή. Υπήρξε αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των παραπάνω ομάδων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο τακτικός προληπτικός έλεγχος στις ομάδες υψηλού κινδύνου δύναται να διαγνώσει έγκαιρα την παρουσία δυσπλαστικών αλλοιώσεων στην περιοχή του πρωκτού. Η άμεση λήψη βιοψιών υπό την καθοδήγηση της πρωκτοσκόπησης υψηλής ευκρίνειας συμβάλλει αποτελεσματικά στην προκλινική ανίχνευση των υψηλόβαθμων HPV αλλοιώσεων του πρωκτού. Ταυτόχρονα, η έγκαιρη αντιμετώπιση αυτών των αλλοιώσεων προλαμβάνει την εξαλλαγή τους σε διηθητική νεοπλασία του πρωκτού.



## 224. ΡΟΛΟΣ ΕΚΠΛΥΣΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗΣ ΣΚΛΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Χ. Σιώτος<sup>1,2</sup>, Κ. Στέργιος<sup>2,3</sup>, S. Seal<sup>4</sup>, M. Habibi<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Department of Surgery, Johns Hopkins University, <sup>2</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, «Ν.Σ.Χρηστέας», <sup>3</sup>Department of General Surgery, The Princess Alexandra Hospital NHS Trust, <sup>4</sup>Welch Medical Library, Johns Hopkins University, <sup>5</sup>Department of Surgery, Johns Hopkins University

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο ρόλος της έκπλυσης της κοιλιακής κοιλότητας με φυσιολογικό ορό κατά την διάρκεια λαπαροσκοπικής σκλωληκοειδεκτομής δεν είναι σαφής. Ορισμένοι χειρουργοί υποστηρίζουν ότι η τεχνική αυτή μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ενδο-κοιλιακών αποστημάτων (ΕΚΑ). Παρόλα αυτά υπάρχουν και χειρουργοί που υποστηρίζουν την ακριβώς αντίθετη γνώμη και αποφεύγουν την χρήση της τεχνικής. Στόχος της έρευνας είναι η συστηματική έρευνα και μετα-ανάλυση επιμέρους εργασιών που εξέτασαν τον ρόλο της τεχνικής αυτής σε σύγκριση με παροχέτευση μόνο της κοιλιακής κοιλότητας.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναζητήσαμε εργασίες μέχρι τον Νοέμβριο του 2017, στις παρακάτω βάσεις: PubMed, Scopus, Embase, Web of Science. σύμφωνα με τις οδηγίες PRIMSA. Καταγράψαμε τα δεδομένα ενδιαφέροντος και εκτελέσαμε μετα-ανάλυση και ανάλυση ευαισθησίας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανιχνεύσαμε 5 εργασίες με 2.511 ασθενείς. Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης υποστηρίζουν ότι η έκπλυση οδήγησε σε μη στατιστικά σημαντικά περισσότερα ΕΚΑ (OR=2.39, 95% CI [0.49, 11.74], p=0.28, Εικόνα 1). Εντούτοις, η ανάλυση ευαισθησίας ανέδειξε ότι για ενήλικες ασθενείς συγκεκριμένα, η τεχνική έτεινε να προκαλεί λιγότερα ΕΚΑ (OR=0.42, 95% CI [0.15, 1.16], p>0.05). Επίσης, εφαρμογή της τεχνικής προσέθεσε 7 επιπλέον λεπτά στην διάρκεια του χειρουργείου (MD=7.16, 95% CI [3.23, 11.09], p < 0.001) αλλά δεν επηρέασε σημαντικά την διάρκεια νοσηλείας (MD=-0.80, 95% CI [-2.30, 0.69], p>0.05).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την παρούσα ανάλυση δεν προκύπτει όφελος από την εφαρμογή έκπλυσης ειδικά για τη χειρουργική αντιμετώπιση παιδιατρικών ασθενών, καθώς μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο ενδο-κοιλιακών αποστημάτων.

## 226. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

I. Παρασκευόπουλος, I. Κοτρογιάννης, I. Γκέγκες, Φ. Κωνσταντάρα, Σ. Σταμπούλου, Ε. Φωτίου, Ν. Χονδρόπουλος, I. Μιχάλης, I. Παπαζαχαρίας, Χ. Παπαζαχαρίας  
Α' Γενική Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ΕΣΥ αποτελούν την κύρια πύλη εισόδου για εκτίμηση και περαιτέρω αντιμετώπιση ασθενών με χειρουργικές παθήσεις. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η ανάλυση των ασθενών που προσήλθαν στα ΤΕΙ του Α' Τμήματος Γενικής Χειρουργικής του ΓΝΑ «ΚΑΤ» κατά τα τελευταία 8 χρόνια.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Όπως προκύπτει από τα αρχεία του νοσοκομείου, κατά το χρονικό διάστημα 2010-2017, εξετάστηκαν στα ΤΕΙ συνολικά 7530 (3950 άνδρες, 3580 γυναίκες) ασθενείς με μέση ηλικία 39.3 (18-92) έτη με αμιγώς χειρουργικά προβλήματα. Τα ραντεβού είχαν προγραμματιστεί μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και γραμματείς των ΤΕΙ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ετήσια ανάλυση του αριθμού των εξετασθέντων ασθενών έδειξε μία σταδιακή επί % αύξηση, με εξαίρεση το 2011, των προσερχομένων ασθενών, η οποία για τα έτη 2015 και 2016 ήταν 100% (διπλάσια) και για το 2017 200% (τριπλάσια), αντίστοιχα, σε σύγκριση με το 2010. Ένα σημαντικό ποσοστό (55%) των εξετασθέντων ασθενών αντιμετωπίστηκε χειρουργικά σε προγραμματισμένη βάση, 22% υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση υπό τοπική αναισθησία στο χειρουργείο των ΤΕΙ, ενώ σε 23% δόθηκε οδηγίες για συντηρητική αντιμετώπιση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο ετήσιος αριθμός χειρουργικών ασθενών που προσήλθε στα ΤΕΙ παρουσιάζει εντυπωσιακή αύξηση κατά την τελευταία οκταετία, γεγονός που τονίζει τη μεγάλη σημασία του ΕΣΥ στην παροχή υψηλού επιπέδου δωρεάν υπηρεσιών υγείας.

## 225. ΕΛΚΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ

Κ. Γαστεράτος, Κ. Νερούτσος, Κ. Χριστοδούλου  
Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Κατευθυντήριες οδηγίες σταδιοποίησης ελκών κατάκλισης (ΕΚ) σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Κατάκλισεων των ΗΠΑ (National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP), παθογένεση, διαφορική διάγνωση, περιγραφή χειρουργικής ανατομίας πύελου και μηρού, περιγραφή μεθόδων πρόληψης και τεχνικών χειρουργικής αποκατάστασης με κρημνούς.

**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ελληνικής - ξένης βιβλιογραφίας με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: έλκος κατάκλισης, μυοδερματικός κρημνός μείζονος γλουτιαίου (gluteus maximus myocutaneous flap), κρημνός ισχνού προσαγωγού μύος (gracilis flap), κρημνός του τείνοντα την πλατεία περιτονία (tensor fascia lata, TFL), V-Y προωθητικός κρημνός ιγνυακών μύων (Hamstring advancement flap).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ικανοποιητικά αποτελέσματα επώλωσης ελκών κατάκλισης σε 421 ηλικιωμένους ασθενείς με συντηρητικές μεθόδους με τη χρήση επιθεμάτων και εφαρμογή τεχνικών πρόληψης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το έλκος κατάκλισης είναι ένας εντοπισμένος τραυματισμός στο δέρμα και στους υποκείμενους μαλακού ιστούς συνήθως πάνω σε ένα οστό ή σχετιζόμενος με ιατρική ή άλλη συσκευή. Η βλάβη προκύπτει ως αποτέλεσμα έντονης και παρατεταμένης πίεσης ή πίεσης σε συνδυασμό με τάση και τριβή κυρίως σε ασθενείς με κακώσεις σπονδυλικού σωλήνα, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και σε τρόφιμοις γηροκομείων, όπου το 10-15% υποφέρουν από ΕΚ. Οι επιπλοκές των κατακλίσεων περιλαμβάνουν τηλοϊμωξη του τραύματος, αποστηματοποίηση, οστεομυελίτιδα, σήψη, ακόμη και θάνατο. Πρόκειται για ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας. Η πρόληψη αποτελεί τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης. Η κλίμακα Braden βοηθά στη διαβάθμιση κινδύνου ανάπτυξης ΕΚ, ενώ η σωστή σταδιοποίηση κρίνεται απαραίτητη. Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει την αναγνώριση και έγκαιρη τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, καθώς και τη βελτιστοποίηση διατροφής και σίτισης από ειδικό διαιτολόγο με συμπληρώματα διατροφής και μέτρηση αλβουμίνης. Η πλαστική επανορθωτική αποκατάσταση ΕΚ στην ιεροκοκκυγική χώρα περιλαμβάνει ένα από τα εξής: μυοδερματικός κρημνός μείζονος γλουτιαίου, κρημνός ισχνού προσαγωγού μύος, κρημνός του τείνοντα την πλατεία περιτονία, V-Y προωθητικός κρημνός ιγνυακών μύων.

## 227. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑΣ

Χ. Καραγιάννη, I. Δασκαλάκης, Κ. Αννούσης, Χ. Ματαλιωτάκη, Ε. Δέτσης, I. Προκοπάκης, Φ. Ψαράκης, Ε. Κουμντάκης, Θ. Κουνούνας, Ν. Μουδατσάκης  
Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Αγίου Νικολάου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφική και σύγκριση των ποσοστών των ασθενών με οξεία εκκολπωματίτιδα που υποβάλλονται σε συντηρητική θεραπεία σε αντίθεση με ασθενείς που αντιμετωπίζονται χειρουργικά

**ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη 5 ετών. Καταγράφηκαν οι περιπτώσεις ασθενών που νοσηλεύθηκαν λόγω οξείας εκκολπωματίτιδας στην κλινική μας. Οι ασθενείς κατατάχθηκαν σε αυτούς που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά και σε αυτούς που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Καταγράφηκαν επίσης και τα επιδημιολογικά στοιχεία του κάθε ασθενούς όπως ηλικία, φύλο, παράγοντες κινδύνου όπως επίσης και τα κλινικά στοιχεία και απεικονιστικά ευρήματα στην CT και το U/S κοιλίας, το είδος θεραπείας, επιπλοκές και η διάρκεια νοσηλείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 27 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν λόγω εκκολπωματίτιδας. Οι 16 ήταν άνδρες και οι ήταν 11 γυναίκες. 5 από τους ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργείο στο πρώτο επεισόδιο επιπλεγμένης οξείας εκκολπωματίτιδας (18%). Ένας ασθενής χειρουργήθηκε λόγω υποτροπιάζουσας εκκολπωματίτιδας (3.70 %). Οι υπόλοιποι 21 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με ενδοφλέβια αγωγή και ανάπαυση του εντέρου (77.8%)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Θεραπευτική προσέγγιση της οξείας εκκολπωματίτιδας αποτελεί μείζον πρόβλημα για τους σύγχρονους χειρουργούς. Η έναρξη συντηρητικής θεραπείας, η αντιβιοτική κάλυψη, το είδος της χειρουργικής επέμβασης, οι ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης και η χρονική στιγμή που θα πραγματοποιηθεί αυτής αποτελούν θέματα που δεν είναι επαρκώς σαφή και μένει να ερευνηθούν περαιτέρω.

**228. ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ: ΜΙΑ ΑΣΦΑΛΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΜΕ ΜΙΚΡΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΞΑΕΤΙΑ**

Α. Θανασιά, Χ. Παριανός, Χ. Αγγέλη, Α. Μ.Νίζου, Γ. Ντόκος, Η. Τσίπρας, Γ. Ν.Ζωγράφος Γ' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η θυρεοειδεκτομή είναι μία αρκετά συχνή χειρουργική επέμβαση λόγω της αυξημένης επίπτωσης των παθήσεων του θυρεοειδούς αδένου στον γενικό πληθυσμό. Σοβαρές επιπλοκές όπως η αμφοτερόπλευρη κάκωση των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων, η μετεγχειρητική αιμορραγία ή ο μόνιμος υποπαραθυρεοειδισμός είναι πλέον εξαιρετικά σπάνιες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της ασφάλειας εκτέλεσης της θυρεοειδεκτομής σε κέντρα με ικανοποιητικό αριθμό θυρεοειδεκτομών μέσα από την παρουσίαση των περιστατικών της κλινικής μας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Από τον Ιανουάριο του 2012 μέχρι τον Δεκέμβριο του 2017, 673 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή με ή χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό τραχήλου. Επρόκειτο για 175 άντρες και 498 γυναίκες, ηλικίας 17 έως 79 ετών. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε με χρήση πηγών ενέργειας (ligasure ή ultracision). Σε όλους τους ασθενείς έγινε μέτρηση παραθορμόνης και ασβεστίου όραση μετεγχειρητικά για τον καθορισμό της ανάγκης χορήγησης ασβεστίου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή με ή χωρίς κεντρικό ή πλάγιο λεμφαδενικό καθαρισμό. Στον μεγαλύτερο αριθμό των ασθενών έγινε τοποθέτηση μιας ή δυο παροχτεύσεων τύπου Redon οι οποίες εξαιρέθηκαν την 1η μετεγχειρητική ημέρα ενώ σε μικρό αριθμό ασθενών (11) δεν κρίθηκε απαραίτητη η τοποθέτηση παροχτεύσεως. Η διάρκεια νοσηλείας ήταν μια με δυο ημέρες μετεγχειρητικά, με εξαίρεση τους ασθενείς στους οποίους κρίθηκε απαραίτητη η ενδοφλέβια χορήγηση ασβεστίου οπότε είχαμε παράταση νοσηλείας για μια με δυο ημέρες επιπλέον.

Είχαμε μηδενική θνητότητα, καμία μετεγχειρητική αιμορραγία καθώς και καμία αμφοτερόπλευρη κάκωση των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων. Μετεγχειρητική υποασβεστιαμία για την οποία χρειάστηκε ενδοφλέβια χορήγηση ασβεστίου σημειώθηκε σε 28 ασθενείς ενώ διαπίστωση χειρουργικού τραύματος σε 15 ασθενείς. Η ετερόπλευρη πάρεση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου δεν ήταν εφικτό να εκτιμηθεί αξιόπιστα καθώς οι ασθενείς δεν υποβλήθηκαν σε μετεγχειρητική λαρυγγοσκόπηση.

Η ιστολογική έκθεση των παρασκευασμάτων ανέδειξε την παρουσία 365 περιπτώσεων πολυαξονικών βρογχοκήλης, 198 μικροβλαδών καρκινωμάτων (<1εκ), 85 θηλωδών καρκίνων, 12 περιπτώσεων θυλακώδους καρκινώματος, 10 μυελοειδών καρκίνων, 2 αδιαφοροποίητων καρκινωμάτων και μια περίπτωση μετάστασης στον θυρεοειδή αδένά από καρκίνο νεφρού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ολική θυρεοειδεκτομή είναι μία ασφαλής επέμβαση σε κέντρα με εμπειρία στην χειρουργική των ενδοκρινών αδένων.

**230. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΥΠΕΡΘΕΡΜΗ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΩΘΗΚΩΝ**

Ι. Κυριαζάνος, Β. Καλλές, Δ. Παπαγεωργίου, Ε. Φραδέλος, Μ. Ζουλάμογλου, Ι. Παπαναγιώτου, Ν. Στάμος, Ν. Ξίρος  
Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η υπέρθερμη ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία αποτελεί μία μέθοδο τοπικοπεριοχικής αντιμετώπισης της νόσου που έχει εφαρμοσθεί τελευταία σε επιλεγμένους ασθενείς με καρκίνο ωθηκών. Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει την εμπειρία της κλινικής μας στην αντιμετώπιση της νόσου εφαρμόζοντας κυτταρομειωτική χειρουργική σε συνδυασμό με υπέρθερμη ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία (HIPEC).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατά το διάστημα 2009 – 2017, 16 ασθενείς με μέση ηλικία 59,5 έτη (37 – 78 έτη) υπεβλήθησαν σε επέμβαση κυτταρομείωσης και υπέρθερμη ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία για καρκίνο ωθηκών. Στις 7 περιπτώσεις, η κυτταρομείωση διενεργήθηκε σε πρώτο χρόνο (interval CRS) ενώ σε 9 περιπτώσεις διενεργήθηκε για υποτροπή της κακοήθειας. Καταγράφηκαν οι επιπλοκές και η θνητότητα της μεθόδου, καθώς και το διάστημα ελεύθερο νόσου και η συνολική επιβίωση των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το μέσο διεγχειρητικό PCI score ήταν 18 (2-29). Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 327 λεπτά (180 – 490 λεπτά). Επαρκής κυτταρομείωση (CC-0/1) επιτεύχθηκε στο 100% των περιπτώσεων. Η μέση διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν 1,8 ημέρες (1-7 ημέρες), ενώ η μέση διάρκεια συνολικής νοσηλείας ήταν 22 ημέρες (9-43 ημέρες). Επιπλοκές καταγράφηκαν σε 4 περιπτώσεις (26%), ενώ 2 ασθενείς υπεβλήθησαν σε επανεπέμβαση λόγω ενδοκοιλιακής συλλογής και ενδοκοιλιακής αιμορραγίας αντίστοιχα. Δεν καταγράφηκε περίπτωση θανάτου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. 1 ασθενής εμφάνισε χημική περιτονίτιδα εντός 90 ημερών από την επέμβαση. Το μέσο διάστημα ελεύθερο νόσου ανέρχεται στους 19,9 μήνες, ενώ η μέση επιβίωση στους 51,5 μήνες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εφαρμογή κυτταρομείωσης και Υπέρθερμης Ενδοπεριτοναϊκής Χημειοθεραπείας αποτελεί μία ασφαλή επιλογή σε εξειδικευμένο τμήμα χειρουργικής ογκολογίας. Το όφελος όσον αφορά στο διάστημα ελεύθερης νόσου και συνολικής επιβίωσης ασθενών χρειάζεται να αξιολογηθεί περαιτέρω.

**229. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

Β. Κάραμπας<sup>1</sup>, Γ.Κοττάκης<sup>1</sup>, Ε. Δήμου<sup>1</sup>, Δ. Ζαφειροπούλου<sup>2</sup>, Ε. Μαυρομάτης<sup>1</sup>, Μ. Τζεφεράκος<sup>1</sup>, Μ. Σιούλα<sup>1</sup>, Γ. Κότσαλη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», <sup>2</sup>Αιματολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π «Μεταξά»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διασπορά των πολυανθεκτικών μικροβίων και η ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής επιμένουν ως μείζον κλινικό πρόβλημα με απειλητικές διαστάσεις για την δημόσια υγεία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση του μεγέθους του προβλήματος στα δεδομένα ενός χειρουργικού τμήματος και η αποτίμηση των οριζοντίων μέτρων πρόσπασης από την μικροβιακή αντοχή στο ίδιο πλαίσιο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν τα δεδομένα που προέκυψαν με τη χρήση πρόδρομης συγκεντρωτικής καταγραφής των επιδημιολογικών, δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, για συγκριμένο χρονικό διάστημα των ασθενών υπόπτων ή αποδεδειγμένα φορέων των μικροβιακών αντοχών ΚΡC, ESBL, VRE και MRSA όπως και των νοσηλευόμενων με χειρουργικές λοιμώξεις με απομόνωση πολυανθεκτικών μικροβίων σε καλλιέργειες οποιονδήποτε υλικών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε χρονικό διάστημα 12 μηνών (έτος 2017), κατά το οποίο εφαρμόστηκε εντατική επιτήρηση των λοιμώξεων με πολυανθεκτικά μικρόβια ακολουθήθηκε διαχωρισμός- απομόνωση ή ομαδοποίηση των ασθενών με διακριτό προσωπικό σε 3 επίπεδα: Η πρώτη ομάδα περιλάμβανε ασθενείς με γνωστή λοίμωξη από πολυανθεκτικά μικρόβια ή φορεία αυτών, η δεύτερη ομάδα υπόπτους για φορεία στη βάση καθορισμένων επιδημιολογικών κριτηρίων και τέλος μια τρίτη ομάδα ασθενών με μακρά νοσηλεία, πολλαπλές επεμβατικές πράξεις και θεραπεία με προωθημένα αντιμικροβιακά μέσα. Η δεύτερη και η τρίτη ομάδα ελεγχτήκαν μέσω ορθικών επιχρισμάτων για φορείς ΚΡC, ESBL, VRE, MRSA. Οι δύο αυτές ομάδες περιλάμβαναν 52 ασθενείς (επίγυοσες και μη εισαγωγές). Συνολικά σε 53 δείγματα ήταν θετικά για τις παραπάνω φορείς σε 20 διαφορετικούς ασθενείς και διαχωρισμός συνεχίστηκε με συμφώνια με το είδος της αντοχής ή διακόπηκε.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Καθορίζεται ως ικανοποιητική η εφαρμοσιμότητα των παραπάνω μέτρων. Αξιολογείται θετικά η προβλεπτικότητα των παραγόντων κινδύνου για την φορεία πολυανθεκτικών μικροοργανισμών.

**231. ΕΜΠΟΔΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΟΥΝ ΤΟΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ**

Δ. Σταματιάδης, Ν. Δαλαβούρας, Η. Καλλιώρας  
Χειρουργικό Ιατρείο Πρωκτού, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που δυσχεραίνουν την πρόληψη του καρκίνου του πρωκτού σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Ο καρκίνος του πρωκτού είναι πολύ συχνότερος στους οροθετικούς και τους ομοφυλόφιλους εξαιτίας της συχνής μόλυνσης με τον ιό HPV και της ανοσοκαταστολής (στους οροθετικούς). Παρακάτω, παρουσιάζονται οι παράγοντες που σύμφωνα με την εμπειρία μας και την υπάρχουσα βιβλιογραφία δυσχεραίνουν τις προσπάθειες επιτυχούς πρόληψης.

**ΥΛΙΚΟ:** Υψηλός αριθμός ομοφυλόφιλων και οροθετικών επιλέγει να μην αναζητήσει ιατρική βοήθεια λόγω κοινωνικών φραγμών, προκαταλήψεων, απροθυμίας, οικονομικών προβλημάτων, ελλιπούς ενημέρωσης και πιθανής ακατάλληλης μεταχείρισης από το ιατρικό προσωπικό. Ταυτόχρονα, μέρος του ιατρικού προσωπικού αμελεί να παραπέμψει τα άτομα αυτά σε εξειδικευμένα κέντρα. Στο χειρουργικό ιατρείο πρωκτού προσήλθαν και εξετάσθηκαν την τελευταία πενταετία 1013 άτομα, ανάμεσα στους οποίους περιλαμβάνονται και 175 HIV οροθετικοί. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν σχετικά με την αξία και τα μέσα της επιτυχούς πρόληψης, ενώ έγινε συστηματική προσπάθεια πληροφόρησης των επαγγελματιών υγείας, διαδικτυακή ενημέρωση του πληθυσμού και ανακαινώσεις σε ιατρικά και επιστημονικά συνέδρια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πρόληψη του καρκίνου του πρωκτού στην Ελλάδα βρίσκεται σε εμβρυϊκό στάδιο. Παρά την ύπαρξη εξειδικευμένων διαγνωστικών εξετάσεων (τεστ Παπανικολάου και πρωκτοσκόπηση υψηλής ευκρίνειας), παράγοντες όπως η άγνοια και η καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας συντελούν στην εμφάνιση νέων περιστατικών με κακοήθεια στον πρωκτό. Αντίθετα, ο πρώιμος και τακτικός διαγνωστικός έλεγχος και η ολοκληρωμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας μειώνει τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του πρωκτού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον πρωκτικό καρκίνο καθίσταται θεωρητικά δύσκολος για τις ομάδες υψηλού κινδύνου, όμως με τα κατάλληλα μέσα και παρεμβάσεις γίνεται εφικτός ο στόχος της μείωσης των νέων περιστατικών κακοήθειας στον πρωκτό.

## 232. ΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

Σ. Χατζηβασιλείου<sup>1</sup>, Β. Δαφνομήλη<sup>2</sup>, Π. Μυριανθεύς<sup>3</sup>, Θ. Μαρτιόλης Σπασάκος<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Φοιτήτρια Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, <sup>3</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των περιστατικών που διακομίστηκαν στη Θωρακοχειρουργική Κλινική του Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» με τραύμα και η ανάλυση του είδους των κακώσεων.

**ΥΛΙΚΟ:** Καταγράφηκαν οι ασθενείς που διακομίστηκαν στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου με ταξί Ιανουαρίου - Νοεμβρίου 2013.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καταγράφηκαν 317 περιστατικά ηλικίας από 5-85 ετών (204 άντρες, 64,4%). Το κυριότερο αίτιο επίσκεψης στο ΤΕΠ ήταν οι πτώσεις (33,12%) και τα τροχαία (31,54%). Αξιοσημείωτη η προσέλευση περιστατικών από πυροβόλα όπλα ή νύσσοντα και τέμνοντα όργανα στις ηλικίες κάτω των 40 ετών (3,8%). Οι διακομιδές από επαρχιακά νοσοκομεία ήταν 36 (11,35%). Στον πίνακα φαίνεται η κατανομή των ασθενών ανάλογα με το αίτιο και την ηλικιακή ομάδα.

Αίτια	Ηλικία (έτη)	41-60 (%)	>60 (%)
Πτώση από Δίκυκλο	15 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Πτώση από Κλίμακα, Ύψος	11 (10,5)	17 (18,5)	20 (21,5)
Πτώση εξ' εδίου ύψους	3 (2,9)	20 (21,7)	29 (31,2)
Συμμετακτά τραύματα, τραύματα σύνδεσμων	6 (5,7)	0 (0,0)	3 (3,2)
Τραυματισμοί ποδηλάτων	1 (1,0)	1 (1,1)	0 (0,0)
Τροχαίο αγνώστου αιτιολογίας	17 (16,2)	14 (15,2)	9 (9,7)
Τροχαίο με μηχανή	15 (14,3)	15 (16,3)	4 (4,3)
Τροχαίο με ΙΧ	9 (8,6)	4 (4,3)	4 (4,3)
Τροχαίο ως πεζός	3 (2,9)	1 (1,1)	3 (3,2)
Τραυματισμοί σε αθλοπαίξις	0 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)
Άλλοι τραυματισμοί	18 (17,1)	8 (8,7)	19 (20,4)
Πνευμοθώρακας	2 (1,9)	2 (2,2)	2 (2,2)
Αυτοραυματισμοί, απόπειρες αυτοκτονίας	1 (1,0)	1 (1,1)	0 (0,0)
Ευλοδαρμιοί	10 (9,5)	7 (7,6)	0 (0,0)
Τραυματισμοί από πυροβόλα όπλα ή από νύσσοντα και τέμνοντα όργανο	4 (3,8)	1 (1,1)	0 (0,0)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι πτώσεις και τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν το κύριο αίτιο προσέλευσης στην Θωρακοχειρουργική κλινική με διαφοροποιήσεις ως προς την ηλικιακή ομάδα.

## 233. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Ι. Κοτρογιάννης<sup>1</sup>, Ε. Φωτίου<sup>1</sup>, Ι. Γκέγκες<sup>1</sup>, Φ. Κωνσταντάρα<sup>1</sup>, Κ. Διαμαντοπούλου<sup>2</sup>, Γ. Καραμάνης<sup>2</sup>, Ν. Χονδρόπουλος<sup>1</sup>, Ι. Μιχάλης<sup>1</sup>, Ι. Παπαχαρίας<sup>1</sup>, Σ. Σταμπούλου<sup>1</sup>, Χ. Παπαχαρίας<sup>1</sup>, Ι. Παρασκευόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Γενική Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο καρκίνος της χοληδόχου κύστης αποτελεί τη συχνότερη κακοήθεια των εξωηπατικών χοληφόρων (80-95%) και τον 6<sup>ο</sup> συχνότερο καρκίνο του πεπτικού συστήματος. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η ανάδειξη της επίπτωσης του καρκίνου χοληδόχου κύστης μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή για χολολιθίαση.

**ΥΛΙΚΟ:** Σε διάστημα 8 (2010-2018) ετών υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή 1704 ασθενείς, εκ των οποίων 1090 (64%) ήταν γυναίκες και 614 (37%) άντρες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 60 (24-90) έτη. Όλοι οι ασθενείς προεγχειρητικά υποβλήθηκαν σε υπερηχοτομογραφικό έλεγχο. Οι 1105 περιπτώσεις αφορούσαν συμπτωματική χολολιθίαση, ενώ 599 ασθενείς νοσηλεύθηκαν με εικόνα οξείας λιθιασικής χολοκυστετίτιδας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την παθολογοανατομική έκθεση ανευρέθηκε κακοήθεια της χοληδόχου κύστης σε 7 (0,4%) ασθενείς. Συγκεκριμένα, σε δύο ασθενείς η κακοήθεια αφορούσε βλενωδές αδενοκαρκίνωμα χοληδόχου κύστεως βαθμού grade III (3/3), δύο ασθενείς διεννώθηκαν με αδενοκαρκίνωμα χοληδόχου κύστης βαθμού κακοήθειας grade II (2/3) T1,N1,M0 και σε δύο ασθενείς η διάγνωση αφορούσε αδιαφοροποίητο καρκίνωμα χοληδόχου κύστης με σαρκωματοειδή φαινότυπο. Σε μία ασθενή η ιστολογική απάντηση ανέδειξε χοληδόχο κύστη με παρουσία υψηλόβαθμης χολοκυστεϊκής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (Bil IN II-III) και αδένια με μετάπτωση προς διηθητικό καρκίνωμα καλής διαφοροποίησης. Η μέση ηλικία εμφάνισης καρκίνου χοληδόχου κύστης ήταν τα 72 (52-90) έτη, ενώ οι 5 ασθενείς ήταν γυναίκες και οι 2 άντρες. Όλοι οι ασθενείς παραπέμφθηκαν για ογκολογική εκτίμηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο καρκίνος της χοληδόχου κύστης εμφανίζεται σε ποσοστό (0,3-3%) και κυρίως σε ασθενείς με χολολιθίαση. Είναι συχνότερος στο γυναικείο φύλο, σε ηλικίες μεγαλύτερες των 50 ετών και 90% των περιπτώσεων αφορούν αδενοκαρκίνωμα προχωρημένου σταδίου τη στιγμή της διάγνωσης.

## 234. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

## 235. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Ε. Ε. Τσερμπίνι<sup>1</sup>, Μ. Σκώκου<sup>2</sup>, Κ. Καραϊβάζου<sup>2</sup>, Π. Φερεντίνος<sup>3</sup>, Μ. Καλογεροπούλου<sup>1</sup>, Π. Κολιός<sup>1</sup>, Χ. Γερασίου<sup>3</sup>, Π. Μπαλή<sup>3</sup>, Σ. Παγιάτη<sup>1</sup>, Α. Δουζενής<sup>3</sup>, Φ. Γουρτζής<sup>2</sup>, Κ. Ασημακόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Π. Πατρινός<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Φαρμακευτικής, Εργαστήριο Φαρμακογονιδιωματικής και Εξατομικευμένης Θεραπείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, <sup>2</sup>Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Πατρών, <sup>3</sup>Β' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικής»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ως Προληπτική Φαρμακογονιδιωματική ορίζεται η εκ των προτέρων γενετική ανάλυση φαρμακογονιδιωματικών βιοδεικτών για την στοχευμένη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με σκοπό την αποφυγή ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Η κλινική μελέτη «PREemptive Pharmacogenomic testing for Preventing Adverse drug REactions (PREPARE)» είναι μια πολυκεντρική, ανοικτή, διασταυρούμενη μελέτη τυχαιοποιημένης ομαδοποίησης, και η πρώτη Πανερωπαϊκή πρόδρομη μελέτη Προληπτικής Φαρμακογονιδιωματικής στην Ευρώπη η οποία διεξάγεται σε επτά χώρες και ανήκει στο πρόγραμμα Horizon 2020. Σκοπός της μελέτης είναι να καθοδηγήσει την δόση και την επιλογή του φαρμάκου, βασιζόμενο στην σχέση φαρμάκου-γονότυπου, στοχεύοντας στην συνολική μείωση των ανεπιθύμητων παρενεργειών και επικεντρώνεται σε φάρμακα για τα οποία υπάρχουν συστάσεις για την φαρμακογονιδιωματικά-καθοδηγούμενη επιλογή θεραπευτικής δόσης και φαρμάκου και οι οποίες έχουν εγκριθεί από την Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Φαρμάκων.

**ΥΛΙΚΟ:** Το Εργαστήριο Φαρμακογονιδιωματικής και Εξατομικευμένης Θεραπείας του Τμήματος Φαρμακευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών, το οποίο εκπροσωπεί την Ελλάδα στην κλινική αυτή μελέτη επικεντρώνεται στη συλλογή ασθενών με ψυχιατρικά νοσήματα και για τον λόγο αυτό, επιστρατεύονται ασθενείς από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών (ΠΓΝΠ) καθώς και από τη Β' Ψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και το Αττικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατά τη διάρκεια της μελέτης, θα συλλεγούν 1500 ψυχιατρικά περιστατικά, από τα οποία 750 στον βραχίονα με φαρμακογονιδιωματική παρέμβαση (intervention arm), όπου η χορήγηση της κατάλληλης δόσης του φαρμάκου θα είναι γενετικά καθοδηγούμενη και 750 στον βραχίονα χωρίς φαρμακογονιδιωματική παρέμβαση (control arm), όπου η δόση του φαρμάκου θα δίνεται σύμφωνα με την συνήθη κλινική πράξη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μέχρι σήμερα, έχουν συλλεγεί 269 περιστατικά, ο δε αριθμός των ανεπιθύμητων ενεργειών που έχουν αναφερθεί είναι 52, όπως εξωπυραμικά συμπτώματα (14), καταστολή (6), ναυτία (5), αύξηση βάρους (4), σεξουαλική δυσλειτουργία (4), ξηροστομία (3), αύξηση CRP (2), αιμορραγικές εκδηλώσεις (2), δυσαρθρία (2) θολή όραση (2), σύγχυση (2) και άλλες (6). Δεδομένου ότι η φαρμακογονιδιωματική παρέμβαση έχει σαν συνέπεια συχνά την μείωση των δόσεων των εμπλεκόμενων φαρμάκων, αναμένεται ότι ο αριθμός των παρενεργειών, στον βραχίονα της μελέτης χωρίς την φαρμακογονιδιωματική παρέμβαση θα είναι σημαντικά μεγαλύτερος.

Η συγκεκριμένη μελέτη αναμένεται να επιβεβαιώσει ότι η γονοτύπωση των κλινικά σημαντικών φαρμακογονιδιωματικών δεικτών μειώνει τον αριθμό των ανεπιθύμητων ενεργειών που συνδέονται με την σχέση φαρμάκου-γονότυπου αλλά και ότι είναι αποδοτικότερη από το τρέχον πρότυπο φροντίδας. Τέλος, τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής αναμένεται να οδηγήσουν σε ασφαλέστερες και πιο αποδοτικές φαρμακοθεραπείες, συμβάλλοντας έτσι στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των φροντιστών τους και τη μείωση του κόστους της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης.

### 236. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΒΑΛΠΡΟΪΚΟ ΟΞΥ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΡΟΥ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12 ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΥΛΛΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ε. Λάσκος<sup>1</sup>, Ι. Δανιήλ<sup>1</sup>, Τ. Πίτσια<sup>1</sup>, Α. Κοσμά<sup>2</sup>, Θ. Ζαχαρής<sup>3</sup>, Α. Δημητριάδης<sup>4</sup>, Μ. Δημούτσος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό-Βιοχημικό Εργαστήριο, Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαϊτείο», <sup>2</sup>Νευρολογικό Τμήμα, Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαϊτείο», <sup>3</sup>Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κερατσινίου, <sup>4</sup>Ψυχιατρικό Τμήμα «Αγία Μαρκέλλα», Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαϊτείο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μείωση της βιταμίνης (B12) και του φυλλικού οξέος (FA) έχει συχνά συσχετισθεί με μειωμένη γνωστική επίδοση, αλλά και με επιμονή των αρνητικών συμπτωμάτων σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Η χρήση του βαλπροϊκού οξέος (VA) ως σταθεροποιητή του συναισθήματος αποτελεί συχνή θεραπευτική επιλογή. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της αγωγής με VA στις τιμές της B12 και του FA στον ορό ψυχιατρικών ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ:** Τα επίπεδα ορού της B12 και του FA μετρήθηκαν σε 168 ψυχιατρικούς ασθενείς του Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαϊτείου» (102 άνδρες/66 γυναίκες, μέσης ηλικίας 50,8±14,5 έτη). 50 εξ αυτών ήταν σε αγωγή με VA (30 άνδρες/20 γυναίκες, ηλικίας 48,8±14,3 έτη). Την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 119 υγιή άτομα (75 άνδρες/44 γυναίκες, ηλικίας 52,9±14,8 έτη). Για τη μέτρηση των επιπέδων της B12 και του FA χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος μικροσωματιδιακής ανοσοεξέτασης χημιοφωταύγειας (CMIA, Architect i1000SR, Abbott). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics v.22.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι μέσες τιμές της B12 (pg/ml) και του FA (ng/ml) στην ομάδα ελέγχου ήταν 370,92±7,49 και 7,49±3,34, στους ψυχιατρικούς ασθενείς υπό αγωγή με VA ήταν 414,22±168,27 και 4,35±2,24, και στους ψυχιατρικούς ασθενείς χωρίς αγωγή με VA 360,61±155,83 και 5,57±3,35, αντίστοιχα. Οι τιμές της B12 στους ψυχιατρικούς ασθενείς τόσο υπό VA όσο και χωρίς VA σε σύγκριση με τους υγιείς δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά (p= 0,116 και p=0,203, αντίστοιχα), ενώ του FA ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες (p < 0,01), με τους ασθενείς υπό VA να εμφανίζουν μεγαλύτερη μείωση. Επίσης, τόσο τα επίπεδα ορού της B12 όσο και του FA διέφεραν στατιστικά σημαντικά (p < 0,05) μεταξύ των ψυχιατρικών ασθενών υπό και χωρίς αγωγή με VA.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ευρήματα της μελέτης συμφωνούν με αυτά παρόμοιων μελετών επιβεβαιώνοντας την εμπλοκή του VA στο μεταβολισμό των B12 και FA. Η παράμετρος αυτή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη θεραπευτική επιλογή του VA σε ειδικές ομάδες ασθενών.

### 237. Η ΟΛΑΝΖΑΠΙΝΗ ΣΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ. VIOLET STUDY - ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΙΕΡΩΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Α. Παπαταξιάρχου, Ν. Γραϊκάς, Α. Αθανασίου  
Τμήμα Κλινικής Έρευνας, ELPEN Pharmaceutical Industry, Ερευνητική Ομάδα VIOLET

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η Διπολική Διαταραχή (ΔΔ) είναι μια χρόνια νόσος και οι ασθενείς έχουν ανάγκη από μακροχρόνια πολυεπίπεδη αντιμετώπιση. Ακόμη και η παρουσία υποκλινικής συμπτωματολογίας αποτελεί παράγοντα υποτροπής. Μετά την αποδρομή ενός οξέος διπολικού επεισοδίου, απαιτείται θεραπεία συντήρησης, ώστε να καθυστερήσει ή να προληφθεί ένα επόμενο επεισόδιο. Η τυπική αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου αφορά στη χορήγηση φαρμακοθεραπείας και συμπληρωματικής ψυχοθεραπείας. Σύμφωνα με τις Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες του Υπ. Υγείας (Νοέμβριος 2014) συνιστάται η θεραπεία με άτυπα αντιψυχωτικά όπως η ολανζαπίνη, ως θεραπεία πρώτης γραμμής.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Σχεδιάστηκε μια μη παρεμβατική, προοπτική, κλινική μελέτη παρατήρησης για την αξιολόγηση της θεραπείας με ολανζαπίνη σε ασθενείς με ΔΔ (ClinicalTrials.gov, Identifier NCT02006862) διάρκειας 6 μηνών και 3 επισκέψεων σε 17 κέντρα πανελλαδικά. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το λογισμικό SPSS 21.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εντάχθηκαν 164 ασθενείς (67 άνδρες, ηλικίας 48,0±13,5 ετών με μέσο δείκτη μάζας σώματος (BMI) 27,0kg/m<sup>2</sup>). Η διάγνωση ετέθη κατά Young Mania Rating Scale (Y-MRS): 17,9±14,8 και Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D): 16,6±16, ενώ 116 ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε ΔΔ τύπου I (74 μανιακό-24 μεικτό-15 μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο), 39 ΔΔ τύπου II (16 υπομανιακό-25 μείζον καταθλιπτικό) και 9 με κυκλοθυμική διαταραχή. Η διάρκεια νόσου ήταν 11,3±10 έτη, 23 ασθενείς με 1<sup>ο</sup> επεισόδιο και 134 με υποτροπή. Η δοσολογία ολανζαπίνης κυμάνθηκε από 14±6mg/day έως 11±8mg/day. 73(44,5%) ασθενείς ελάμβαναν και σταθεροποιητή συναισθήματος. Μετά την εξάμηνη θεραπεία παρατηρήθηκε βελτίωση της κλίμακας Y-MRS 13,3±10,5 (p < 0,001) και της κλίμακας CES-D 10,6±12,5 (p < 0,001). Έξι (4%) ασθενείς εμφάνισαν αύξηση βάρους, ένας ξηροστομία και ένας υπνηλία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ολανζαπίνη σε ασθενείς με ΔΔ αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική όταν χορηγείται σύμφωνα με τις κατευθυντήριες θεραπευτικές οδηγίες για τη νόσο αυτή.

### 238. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

### 239. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΦΙΑΠ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΜΕΧΡΙ ΤΟ ΕΞΙΤΗΡΙΟ

Θ. Αγγελόπουλος<sup>1</sup>, Α. Κασιόλα<sup>1</sup>, Σ. Σιβετιδίου<sup>2</sup>, Α. Κοτρώνη<sup>2</sup>, Α. Αναμορλίδης<sup>2</sup>, Α. Ταξιλδάρης<sup>2</sup>, Φ. Ξυπολυτά<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ψυχολόγος, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>2</sup>Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Με την συγκεκριμένη μακρόχρονη έρευνα, θέλαμε να ερευνησουμε την διάθεση και την ποιότητα ζωής των ασθενών από την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα αποκατάστασης (ΦΙΑΠ) Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, μέχρι το εξιτήριο. Οι ερευνητικές υποθέσεις βασίστηκαν σε διαφορές της διάθεσης και της ποιότητας της ζωής των ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ:** Η συλλογή του δείγματος έγινε κατά τα έτη 2016 και 2017. Οι ιατρικές καταστάσεις των ασθενών αφορούσαν Κάκωση Νωτιαίου Μυελού, Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις κ.α. Οι συμμετέχοντες (N=115, mean age =53) πήραν μέρος στην έρευνα εθελοντικά και ήταν όλοι ασθενείς στην κλινική (ΦΙΑΠ) Γ.Ν.Α.ΚΑΤ. Ειδικό ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε για την συγκεκριμένη έρευνα και οι ασθενείς απάντησαν μέσω συνεντεύξεων. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν σε δυο χρόνους T1: κατά την έναξή τους στο πρόγραμμα και T2: κατά το εξιτήριο και η ανάλυση ήταν ποσοτική.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η αισιοδοξία/επίδα από 7%(T1) αυξήθηκε 60,9%(T2), η θλίψη από 45,2%(T1) μειώθηκε 13,9%(T2) και το άγχος από 41,7%(T1) μειώθηκε 17,4%(T2). Οι υπόλοιπες μεταβλητές παραμένουν σε παρόμοια ποσοστά. Η μεταβλητή της αυτοεξυπηρέτησης, στην απουσία αυτονομίας, αλλάζει από 92,2%(T1) σε 4,3%(T2), η μερική αυτονομία από 7%(T1) σε 72,2%(T2) και τέλος η πλήρης αυτονομία από 0,9%(T1) σε 23,5%(T2).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν τόσο στην διάθεση όσο και στην αυτοεξυπηρέτηση/ ποιότητα ζωής των ασθενών, από την εισαγωγή τους στην Κλινική της ΦΙΑΠ μέχρι το Εξιτήριο που αφορούν στην θετική σωματική και ψυχική εξέλιξη της υγείας των ασθενών. Τέλος, η βιοψυχοκοινωνική ματιά της κλινικής ΦΙΑΠ επιτρέπει εξατομικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στις ανάγκες του κάθε ασθενή με σκοπό την βελτίωση της υγείας του.

## 240. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΑΙΘΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΜΙΚΡΑΝΙΚΟ ΙΛΙΓΓΟ

Χ. Νικήτας, Δ. Κικίδης, Α. Μπίμπας

Α' Ω.Ρ.Λ. Πανεπιστημιακή Κλινική, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο ημικρανικός ίλιγγος αποτελεί μια διακυμαίνουσα παθολογική οντότητα που περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενα επεισόδια ίλιγγου και επηρεάζει το 1% του γενικού πληθυσμού με τις γυναίκες να επηρεάζονται περισσότερο. Θεωρείται η δεύτερη πιο συχνή διάγνωση ασθενών που προσέρχονται στο οτολογικό ιατρείο. Τα διαγνωστικά κριτήρια είναι επαρκώς καθορισμένα και περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την αίσθηση της αστάθειας και τη δυσανεξία στη κίνηση της κεφαλής. Η θεραπεία περιλαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή τόσο επί συμπτωμάτων όσο και προληπτικά, τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία καθώς και ασκήσεις αιθουσαίας αποκατάστασης. Οι ασκήσεις αιθουσαίας αποκατάστασης φαίνεται να συμβάλλουν στη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην παρούσα μελέτη εξετάζεται η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής ενός εξατομικευμένου πρωτοκόλλου αιθουσαίας αποκατάστασης σε ασθενείς με ημικρανικό ίλιγγο.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Στο ωτολογικό ιατρείο της Α Ω.Ρ.Λ. Παν/κής Κλινικής του Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο» από 1.01.2016 έως 3.11.2017 παρατέμφθηκαν και ολοκληρώσαν ένα πρόγραμμα αιθουσαίας αποκατάστασης διάρκειας 8 εβδομάδων, 34 άτομα με διάγνωση ημικρανικού ίλιγγου (87.1% γυναίκες; μέση ηλικία 46,5 +/- 2.21 έτη; διάρκεια συμπτωμάτων 6,86 +/- 1.22 μήνες). Τα σημεία έκβασης της μελέτης ήταν ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής της αιθουσαίας συμπτωματολογίας (Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Μειοεκκρήματος Ζάλης - ΚΜΖ) και μια δοκιμασία δυναμικής ισορροπίας (Αξιολόγηση Λειτουργικής Βάδισης - ΑΛΔ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς παρουσίασαν μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην αρχή και στο τέλος του προγράμματος αποκατάστασης τόσο για το ερωτηματολόγιο καταγραφής (ΚΜΖ<sub>ΡΧ</sub> = 51.27 +/- 17.18, ΚΜΖ<sub>ΤΕΛ</sub> = 25.45 +/- 19.69, p<0.0001) όσο και για δοκιμασία βάδισης (ΑΛΔ<sub>ΡΧ</sub> = 23.07 +/- 2.78, ΑΛΔ<sub>ΤΕΛ</sub> = 26.93 +/- 3.28, p<0.0001).

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Οι ασκήσεις αιθουσαίας αποκατάστασης βελτιώνουν τη λειτουργικότητα και τη ποιότητα ζωής ασθενών με ημικρανικό ίλιγγο στατιστικά και κλινικά σημαντικά.

## 242. ΚΡΥΦΗ ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΚΟΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΧΛΙΑΚΗΣ ΣΥΝΑΠΤΟΠΛΑΘΕΙΑΣ

Δ. Κικίδης, Α. Βαρδονικολάκη, Α. Ράζου, Α. Μπίμπας

Α' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική, ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο όρος κρυφή βαρηκοΐα/κοχλιακή συναπτοπάθεια προτάθηκε για πρώτη φορά το 2011, για άτομα με φυσιολογικό ακοόγραμμα αλλά με δυσκολίες στην κατανόηση της ομιλίας, ειδικά σε θορυβώδες περιβάλλον και άλλα προβλήματα στην κατανόηση. Παρότι τα έξω τριχωτά κύτταρα θεωρούνται το βασικό ανατομικό στοιχείο που παραβλάπεται από την ηλικία και την έκθεση σε θόρυβο κατά την ανάπτυξη νευροαισθητήριου βαρηκοΐας, έχει ανευρεθεί ότι έως και 80% των νευρικών συνάψεων μπορεί να παραβλαφθεί χωρίς να διαπιστώνεται βλάβη στο τονικό ακοόγραμμα, τονίζοντας τη σημασία της κοχλιακής συναπτοπάθειας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των διαγνωστικών κριτηρίων αλλά και των βέλτιστων διαγνωστικών μεθόδων για την οντότητα αυτή.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν δύο ομάδες ατόμων (μουσικοί, ηχολήπτες) με χρόνια έκθεση σε θόρυβο και φυσιολογικό ακοόγραμμα, μία με και μία χωρίς αναφερόμενα συμπτώματα (εμβοές, υπερακουσία, διπλακουσία, δυσχέρεια στην κατανόηση). Όλοι οι συμμετέχοντες υπεβλήθησαν σε διεξοδικό ακοολογικό έλεγχο με κύριο μέτρο έκβασης τα προκλητά δυναμικά εγκεφαλικά στελέχους. Συνεκρίθησαν τόσο το εύρος όσο και ο χρόνος εμφάνισης της κυματομορφής που καταγράφηκε όσο και ο λόγος τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεν ανευρέθησαν διαφορές στην ηλικία, το φύλο και το τονικό ακοόγραμμα τόσο ανάμεσα στις δύο ομάδες όσο και ανάμεσα στα αυτά των συμμετεχόντων. Το κύριο εύρημα είναι η στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο στο εύρος του κύματος V (0.46μV vs 0.26μV, p=0.014) όσο και στο λόγο του εύρους του κύματος V προς το λόγο του κύματος I (2.1 vs 1.5, p=0.015, Mann-Whitney U) ανάμεσα στις δύο ομάδες, για το αριστερό αυτί.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Παρότι απαιτείται η συλλογή περισσότερων δεδομένων το εύρημα των παθολογικών ευρημάτων σε άτομα στα οποία η ακοή θεωρείται φυσιολογική μπορεί να θεωρηθεί ενδεικτική της ύπαρξης κοχλιακής συναπτοπάθειας.

## 241. ΑΝΑΣΥΝΘΕΣΗ ΡΙΝΙΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΜΟΝΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΣΤΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ

Α. Κυπραίου, Σ. Παπαηλιάδης

Τμήμα Λειτουργικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής Ρινός, Νοσοκομείο «Μητέρα»

Το ρινικό διάφραγμα έχει χόνδρινη και οστέινη μοίρα.

Σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού το ρινικό διάφραγμα είναι στραβό κλείνοντας τη μία ή και τις δύο αναπνευστικές οδούς, προκαλώντας έτσι σοβαρά προβλήματα κεφαλαλγίας, μείωση της διάρκειας και της αντοχής σε δραστηριότητες, ροχαλιτό και σύνδρομο υπνικής άπνοιας.

Η κλασική μέθοδος ευθειαςμού ρινικού διαφράγματος έχει κυρίως αφαιρετικό χαρακτήρα, αφαιρούνται οι οστέινες προεξοχές καθώς και τμήματα του χόνδρου έτσι ώστε να ευθείαστεί το ρινικό διάφραγμα. Σε περιστατικά με πολύ λοξό ρινικό διάφραγμα μετατραυματικά ή εκ κατασκευής ο χειρουργός αναγκάζεται να αφαιρέσει μεγάλα τμήματα ώστε να ανοίξει η διόδος, βάζοντας σε κίνδυνο τη στήριξη της μύτης και ιδιαίτερα κορυφής και μέσου τμήματος ρινός.

Παρουσιάζουμε την πλέον σύγχρονη και αποτελεσματική μέθοδο σύνθεσης ρινικού διαφράγματος κατά την οποία όλα τα τμήματα χόνδρου αφαιρέθηκαν ξαναμπαίνουμε με ειδική τεχνική μέσα στη μύτη ώστε να είναι συμπαγής.

Η σύνθεση ρινικού διαφράγματος εφαρμόζεται και στις επανορθωτικές επεμβάσεις όπου όμως λείπουν τμήματα από προηγούμενη επέμβαση ή χρειάζεται να συμπληρωθούν με ωτικού ή πλευρικού χόνδρου του ίδιου ασθενή.

Το διάφραγμα με τον τρόπο αυτό αναγεννιέται από τα ίδια του τα συστατικά και τα αποτελέσματα είναι μόνιμα.

## 243. ΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΕΣ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ. ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ;

Β. Μανέττας<sup>1</sup>, Ε. Βαζαίου<sup>1</sup>, Α. Βαζαίου<sup>2</sup>, Γ. Γάτσιος<sup>3</sup>, Γ. Καραγεώργος<sup>4</sup>, Δ. Λυτρίβης<sup>3</sup>, Σ. Βάλβη<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>2</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>Νοσηλευτικό Τμήμα, 251 ΓΝΑ, <sup>4</sup>Νοσηλευτικό Τμήμα, Γ.Ν. Θήρας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ρινοκολπίτιδα περιγράφει τη φλεγμονή του βλεννογόνου της ρινός και των παραρρινίων κόλπων. Από πλευράς διάρκειας, η νόσος χαρακτηρίζεται ως οξεία ή υποξεία όταν τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο από 12 εβδομάδες, ενώ η παραμονή τους για περισσότερο χρονικό διάστημα χωρίς ύφεση των συμπτωμάτων χαρακτηρίζεται ως χρόνια. Είναι η συχνότερη νόσος και το ποσοστό των ασθενών που θα νοσήσουν μια φορά το χρόνο με κάποια μορφή της μπορεί να φτάσει σε ορισμένες χώρες μέχρι και 14%. Πλήν ελαχίστων περιπτώσεων, το μεγαλύτερο ποσοστό θεραπεύεται με πλύσεις, ρινικό εκνέφωμα και αντιβιοτική αγωγή.

**ΥΛΙΚΟ:** Έγινε ανασκόπηση της συμπτωματολογίας και της διάγνωσης από το pubmed, το medscape και από βιβλιογραφικές αναφορές.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, η αλλεργική και μη αλλεργική ρινίτιδα, δυσλειτουργία των κροσσών (κυστική ίνωση), ανοσοκαταστολή, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) και οι ανατομικές ανωμαλίες της ρινός είναι οι αιτίες που οδηγούν σε συχνότερη εμφάνιση ρινοκολπίτιδων. Διαφορική διάγνωση: όγκοι παραρρινίων, αλλεργική ρινίτιδα, σύνδρομο κροταφογοναθικής άρθρωσης, πονοκέφαλος-ημικρανία, οδονταλγία, νευραλγία τριδύμου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ιογενής ρινοκολπίτιδα είναι μια ήπια αυτοπεριοριζόμενη νόσος, διάρκειας μικρότερης των επτά ημερών. Παραμονή των συμπτωμάτων άνω των επτά ημερών είναι ενδεικτική μικροβιακής ρινοκολπίτιδας. Η διάγνωση της ρινοκολπίτιδας είναι κλινική και στηρίζεται σε μείζονα και ελάσσονα κριτήρια, σε ενδοσκόπηση ρινός και ως τελευταία επιλογή ο απεικονιστικός έλεγχος. Οι επιπλοκές της ρινοκολπίτιδας διακρίνονται σε οφθαλμικές (κυρίως οξεία ηθμοειδίτιδα-περιοφθαλμική κυτταρίτιδα, κυτταρίτιδα του κόγχου, υποπεριστικό απόστημα, κοχχικό απόστημα ή φλέγμονας και θρόμβωση του σφραγγώδους κόλπου), οστικές (κυρίως μετωπιαία κολπίτιδα-όγκος του Ρott) και ενδοκρανιακές (κυρίως οξεία ηθμοειδίτιδα, μετωπιαία κολπίτιδα-μηνιγγίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα, θρόμβωση σφραγγώδους κόλπου).

**244. ΠΟΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΧΡΗΣΟΥΝ ΕΚΤΕΝΕΣΤΕΡΟΥ ΑΚΟΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ; ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΙΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ;**

Ε. Βαζαίου<sup>1</sup>, Β. Μανέττας<sup>1</sup>, Α. Βαζαίου<sup>2</sup>, Γ. Καραγεώργος<sup>1</sup>, Γ. Γάτσιος<sup>1</sup>, Σ. Βάλβη<sup>3</sup>, Δ. Λυτρίβη<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>2</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>Νοσηλευτικό Τμήμα, Γ.Ν. Θήρας, <sup>4</sup>Νοσηλευτικό Τμήμα, 251 ΓΝΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ακοολογική προσέγγιση στο παιδιατρικό πληθυσμό εξαρτάται από την ηλικία, τη νοητική ανάπτυξη και την ακεραιότητα του νευρικού συστήματος. Ο σκοπός του ακοολογικού ελέγχου έγκειται στην εκτίμηση του βαθμού της ακουστικής οξύτητας, την ακεραιότητα του ακουστικού συστήματος και της συνολικής ακουστικής λειτουργίας, ενώ στις περιπτώσεις βαρηκοΐας στο καθορισμό της θεραπευτικής παρέμβασης.

**ΥΛΙΚΟ:** Έγινε ανασκόπηση μελετών που αφορούν μεθόδους ακοολογικού ελέγχου, σε δεθθενείς βάσεις δεδομένων καθώς και στην πρόσφατη βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΣΜΑ:** Αντικειμενικές μέθοδοι:

- α) Μετρήσεις ακουστικής αντίστασης (αναδεικνύουν παθολογία στο μέσο ούς), παρουσία ή μη αντανάκλαστικών του αναβολέα, λειτουργία του προσωπικού νεύρου.
- β) Ωτοακουστικές εκπομπές (ΩΑΕ): Ελέγχουν τη λειτουργία των έξω τριχωτών κυττάρων. Χωρίζονται σε αυτόματες και προκλητές. Οι ΩΑΕ εκλύονται όταν ο ακουστικός ουδός είναι κάτω από 20dB και δεν εκλύονται σχεδόν ποτέ όταν ο ουδός είναι πάνω από 40db.
- γ) Ακουστικά προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους (ABR): Διεγείρεται κυρίως η βασική έλικα του κοχλία. Χωρίζονται σε πέντε κύματα με σημαντικότερο το κύμα V. Όταν ο χρόνος αγωγής των ώσεων μεταξύ κύματος I – V είναι άνω των 4.4sec, τότε πιθανολογείται οπισθοκοχλιακή βλάβη.

Υποκειμενικές μέθοδοι:

- α) 0 – 6 μηνών: Παρατήρηση της συμπεριφοράς.
  - β) 6 μηνών – 2,5 ετών: Ακοομετρία οπτικής ενίσχυσης.
  - γ) 2,5 – 4 ετών: Παιγνιδιοακοομετρία.
- Ομιλητική ακοομετρία: Συμβάλλει στη διασαύρωση της ορθότητας των αποτελεσμάτων των άλλων δοκιμασιών, στην αξιολόγηση της ανάπτυξης της γλώσσας και της ομιλίας και στην εκτίμηση της εφαρμογής των ακουστικών βαρηκοΐας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η επιλογή των ακοολογικών μεθόδων εξέτασης πρέπει να γίνονται βάση της γνώσης των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων καθεμιάς ξεχωριστά και την εφαρμογή σε νεογνά ή παιδιά. Η τελική διάγνωση τίθεται από το σύνολο των εξετάσεων, παρέχοντας κατάλληλες και σημαντικές πληροφορίες για την ακριβή περιγραφή της ακοής.

**246. ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΤΩΝ ΤΡΙΧΩΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΟΥ ΕΣΩ ΩΤΟΣ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ Γ-ΣΕΚΡΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΚΟΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΟ ΒΑΡΗΚΟΪΑ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ REGAIN**

Α. Βαρδονικολάκη<sup>1</sup>, Δ. Κικιδίη<sup>1</sup>, Α. Schilder<sup>2</sup>, H. van Es<sup>3</sup>, S. Saeed<sup>2</sup>, L. Middelink<sup>4</sup>, J. Palmer<sup>2</sup>, H. Blackshaw<sup>2</sup>, S. Wolpert<sup>3</sup>, A. Μπίμπας<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>UCL Ear Institute, UK, <sup>3</sup>Tubingen University, Germany, <sup>4</sup>Audion Therapeutics, Netherlands

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η τοπική χορήγηση αναστολέα της γάμμα-σεκρετάσης μέσω ενδοτυμπανικής ένεσης για την αποκατάσταση της νευροαισθητήριας βαρηκοΐας σε ανθρώπους καθώς και ο έλεγχος της ασφάλειας του παραγόντα αυτού σε διαφορετικές δόσολογίες. Η βαρηκοΐα επηρεάζει πάνω από το 5% του παγκόσμιου πληθυσμού και είναι η 5<sup>η</sup> συχνότερη αιτία Ετών Ζωής με Αναπηρία. Ωστόσο, μέχρι στιγμής δεν υπάρχει καμία αποτελεσματική θεραπεία για την αντιμετώπιση της νευροαισθητήριας βαρηκοΐας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο συγκεκριμένος τύπος βαρηκοΐας θεωρείται μη αναστρέψιμος και συνδυάζεται με καταστροφή των τριχωτών κυττάρων τα οποία δεν αναγεννώνται. Σχετικά πρόσφατα διαπιστώθηκε σε μελέτες σε πειραματόζωα ότι η ακοή τους μπορούσε να βελτιωθεί με τη χορήγηση αναστολέα της γάμμα-σεκρετάσης. Πιο συγκεκριμένα νέα και λειτουργικά κύτταρα μπορούν να αναπτυχθούν στον κοχλία μέσω της συγκεκριμένης θεραπείας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για μια πολυκεντρική μελέτη και συγκεκριμένα κλινική δοκιμή που θα εφαρμοστεί σε 3 χώρες της Ευρώπης (Ελλάδα, Αγγλία, Γερμανία). Το φάρμακο θα χορηγηθεί, ενδοτυμπανικά, σε άτομα ηλικίας 18-80 ετών τα οποία πάσχουν από μέτριο και μεγάλο βαθμού βαρηκοΐα με μέγιστο μέσο όρο ουδός τα 60dBHL καθώς επίσης η έναρξη της βαρηκοΐας τους δεν πρέπει να ξεπερνάει τη δεκαετία.

**ΑΠΟΤΕΛΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη βρίσκεται στη Φάση 1 και οι μέχρι στιγμής προκλινικές μελέτες δεν κατέδειξαν ούτε συστηματική ούτε τοπική τοξικότητα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πιθανή αποτελεσματικότητα της γάμμα-σεκρετάσης θα σημάνει μία εξαιρετικά σημαντική πρόοδο στην αντιμετώπιση της μη αναστρέψιμης νευροαισθητήριακού τύπου βαρηκοΐας.

**245. ΟΞΕΙΑ ΜΕΣΗ ΩΤΙΤΙΔΑ (ΟΜΩ): ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ; ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Β. Μανέττας<sup>1</sup>, Ε. Βαζαίου<sup>1</sup>, Α. Βαζαίου<sup>2</sup>, Γ. Καραγεώργος<sup>1</sup>, Γ. Γάτσιος<sup>1</sup>, Δ. Λυτρίβη<sup>3</sup>, Σ. Βάλβη<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>2</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>Νοσηλευτικό Τμήμα, 251 ΓΝΑ, <sup>4</sup>Νοσηλευτικό Τμήμα, Γ.Ν. Θήρας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ΟΜΩ αναφέρεται στην ιογενή ή βακτηριακή φλεγμονή του βλεννογόνου της κοιλότητας του μέσου ωτός καθώς και των κυψελών της μαστοειδούς κοιλότητας. Συνήθως αναπτύσσεται πίσω από μια άθικτη τυμπανική μεμβράνη ή σε προϋπάρχουσα διάτρησή της. Η υποτροπιάζουσα ΟΜΩ χαρακτηρίζεται από τρία ή περισσότερα επεισόδια σε 6 μήνες ή τέσσερα επεισόδια σε 1 έτος. Είναι πιο συχνή στη παιδική ηλικία και σχετίζεται με λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού.

**ΥΛΙΚΟ:** Έγινε ανασκόπηση της συμπτωματολογίας και της διάγνωσης από το medline, το medscape και από βιβλιογραφίες.

**ΑΠΟΤΕΛΣΜΑ:** Τα κλινικά στάδια της ΟΜΩ είναι:

- 1) Στάδιο της υπεραϊμίας.
  - 2) Στάδιο της εξιδρώσεως.
  - 3) Στάδιο της διαπύσης.
  - 4) Στάδιο των επιπλοκών/μαστοειδίτιδας.
  - 5) Στάδιο της ίασης.
- Η διάγνωση γίνεται με τη κλινική εξέταση, τον εργαστηριακό έλεγχο και πιο σπάνια με τη βοήθεια των απεικονιστικού ελέγχου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ανακάλυψη των αντιβιοτικών συνέβαλλε σε σημαντική μείωση των επιπλοκών. Αυτές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες.

- Εξωκρανιακές επιπλοκές:
- 1) Διάτρηση τυμπανικής μεμβράνης (<10%).
  - 2) Οξεία μαστοειδίτιδα (πόνος, ευαισθησία στη περιοχή της μαστοειδούς).
  - 3) Υποξεία μαστοειδίτιδα (οστεΐτιδα της μαστοειδούς).
  - 4) Απόστημα του Bezold (κατά μήκος του στεφανοκλειδομαστοειδούς).
  - 5) Λιθοειδίτιδα (τριάδα Gradenico).
  - 6) Πάρεση/Παράλυση προσωπικού νεύρου(κυρίως σε μικροβιακές μολύνσεις).
  - 7) Λαβυρινθίτιδα (χωρίζεται σε ορώδη/πυώδη).
- Ενδοκρανιακές επιπλοκές:
- 1) Μηνιγγίτιδα (συχνότερη ενδοκρανιακή επιπλοκή).
  - 2) Επισκληρίδιο (ή εξωμηνιγικό) απόστημα (κυρίως μέσο κρανιακό βόθρο).
  - 3) Υποσκληρίδιο απόστημα (Άμεση επέκταση φλεγμονής ή θρομβοφλεβίτιδα).
  - 4) Εγκεφαλικό απόστημα (κυρίως στον κροταφικό λοβό και την παρεγκεφαλίδα).
  - 5) Θρόμβωση σιγμοειδούς κόλπου (σηπτικός πυρετός, πιθανόν θετικό σημείο Griesinger).
  - 6) Εστιακή εγκεφαλίτιδα.
  - 7) Οπτικός υδροκέφαλος (λόγω φλεγμονής, μειωμένη απορρόφηση ΕΝΥ).
- Η θεραπεία συνήθως περιορίζεται στην αποσυμφόρηση και στην αντιβιοτική αγωγή και σε ελάττωστες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.

**247. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΟΡΤΗ**

Δ. Μανωλέσου<sup>1</sup>, Θ. Παπαϊωάννου<sup>1</sup>, Δ. Σχιζας<sup>2</sup>, Α. Λάζαρης<sup>3</sup>, Θ. Λιακάκος<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Α' Καρδιολογική Κλινική, Μονάδα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», <sup>3</sup>Αγγειοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αναστόμωση στο χέρι κατά τις επεμβάσεις ανακατασκευής της αορτής συνδεύεται από επιπλοκές για την αντιμετώπιση των οποίων ερευνητές επιχειρήσαν την ανάπτυξη αορτικών αναστομωτικών συσκευών. Παρόλα αυτά καμία συσκευή δεν είναι αποδεκτή στην κλινική πράξη, λόγω τεχνικών και κλινικών περιορισμών, οι οποίοι δεν έχουν μελετηθεί συστηματικά. Σκοπός της μελέτης ήταν η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκειμένου να καταγραφούν όλες οι κλινικές μελέτες που εφάρμοσαν εμπορικά διαθέσιμες συσκευές αναστόμωσης της αορτής.

**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας (βάσεις δεδομένων MEDLINE, Scopus, Science Direct και Cochrane Library).

**ΑΠΟΤΕΛΣΜΑΤΑ:** Συνολικά, εντοπίστηκαν 4099 μελέτες και εξετάστηκαν 40, οι οποίες μελέτησαν αορτικές αναστομωτικές συσκευές σε 1183 ασθενείς. Ο τύπος συσκευής που χρησιμοποιήθηκε περισσότερο ήταν ο τύπος Intraluminal Ringed Graft, σε 1114 ασθενείς. Ο τύπος αυτός εντοπίζεται σε τέσσερις διαφορετικές εκδοχές: (α) της εταιρείας C.R.Bard (365 ασθενείς), (β) της εταιρείας Meadox Medicals (39 ασθενείς), (γ) της εταιρείας Sunwei Technology (189 ασθενείς), και (δ) των ερευνητών Bernades et al (452 ασθενείς). Η θνησιμότητα για κάθε υποκατηγορία κυμάνθηκε από: (α) 0% έως 36.3%, (β) 0% έως 40%, (γ) 0% έως 5.4%, και (δ) 0% έως 33.3%. Το ποσοστό των σχετιζόμενων με την αγγειοχειρουργική επέμβαση επιπλοκών κυμάνθηκε από: (α) 0% έως 100%, (β) 0% έως 40%, (γ) 0% έως 100%, και (δ) 0% έως 3.2%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από την πρώτη αυτή καταγραφή προκύπτει ότι η υπάρχουσα βιβλιογραφία έχει πολύ μεγάλη ετερογένεια στη μεθοδολογία μελέτης. Περαιτέρω μετα-ανάλυση δύναται να αποσαφηνίσει τους λόγους που δεν έχουν εφαρμοστεί οι συσκευές αυτές ευρέως στην κλινική πράξη.

## 248. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ)

Σ. Σιβητίδου<sup>1</sup>, Σ. Μπακατσά<sup>2</sup>, Ε. Μιχαηλίδου<sup>2</sup>, Σ. Μίγκου<sup>1</sup>, Φ. Ξυπολυτά<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>2</sup>Τμήμα Εργοθεραπείας, Γ.Ν.Α ΚΑΤ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της σημασίας της χρήσης του προσβεβλημένου άνω άκρου σε ασθενείς μετά από ΑΕΕ, στις καθημερινές λειτουργικές δραστηριότητες μέσω της επαγγελματικής εκπαίδευσης της κίνησης του προσβεβλημένου άνω άκρου.

**ΥΛΙΚΟ:** Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 12 ασθενείς με αριστερή ημιπληγία (7 άνδρες και 5 γυναίκες). Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με την έναρξη του προγράμματος παρέμβασης με τη χρήση της κλίμακας ARAT. Αποκλείστηκαν οι ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν λειτουργική κίνηση ώστε να αξιολογηθούν από την κλίμακα ARAT. Οργανώθηκε πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης με λειτουργικές δραστηριότητες αμφίπλευρης χρήσης. Το πρόγραμμα είχε χρονική διάρκεια 10 εβδομάδων, με συνεδρίες της μιας ώρας 5 φορές την εβδομάδα. Η επαναξιολόγηση γινόταν κάθε δύο εβδομάδες και στο τέλος του προγράμματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τις επαναξιολογήσεις παρατηρήθηκε βελτίωση στους επιμέρους τομείς της κλίμακας αξιολόγησης, ενώ η τελική αξιολόγηση των ασθενών έδειξε σημαντική βελτίωση στην λειτουργική χρήση του αριστερού άνω άκρου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με ΑΕΕ που έχουν την δυνατότητα συμμετοχής σε λειτουργική επανεκπαίδευση του αριστερού άνω άκρου παρουσίασαν βελτίωση της ενεργητικής κίνησης του άνω άκρου καθώς και στη λειτουργική χρήση του στις καθημερινές δραστηριότητες.

## 250. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΓΧΥΣΗΣ ΒΟΤΟΥΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΞΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΣΥΜΜΕΤΡΟ ΤΟΝΙΚΟ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΟ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Π. Βορνωϊτάκης, Α. Ηλιάδης, Γ. Γεροντάκη, Φ. Κολικόπουλος, Δ. Πασβάντης, Ε. Μπάκας

*Euromedica-Αρωγή Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, Θεσσαλονίκη*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι σοβαρές βλάβες του εγκεφάλου πυροδοτούν συγκεκριμένα κινητικά πρότυπα που επηρεάζουν το πρόγραμμα αποκατάστασης, όπως το ασύμμετρο τονικό αντανακλαστικό του αυχένα (θέση ξιφομάχου) που δυσκολεύει την εκπαίδευση τη ισορροπίας και του συντονισμού των κινήσεων. Το αντανακλαστικό εκλύεται κατά την στροφή της κεφαλής προς την μία πλευρά και έχει ως αποτέλεσμα την έκταση του άνω και κάτω άκρου της πλευράς που είναι στραμμένο το κεφάλι, ενώ το άνω και το κάτω άκρο της άλλης πλευράς είναι σε κάμψη. Σκοπός της μελέτης είναι η μελέτη της αναχαίτισης του αντανακλαστικού, ελέγχοντας νευροφυσιολογικά την κίνηση της κεφαλής.

**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας ασθενής 34 ετών προσήλθε στο κέντρο μετά από κρανιοτομία και εξαίρεση αστροκυττώματος δεξιού μετωπιαίου λοβού. Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του παρουσίαζε αμφοτερόπλευρη πυραμιδική σημειολογία με μόνιμη στροφή κεφαλής η οποία πυροδοτούσε την έκλυση του ασύμμετρου τονικού αντανακλαστικού του αυχένα. Για την αντιμετώπιση του ξεκίνησε η αναχαίτιση της σπαστικότητας του αυχένα και των άκρων. Καθώς όμως η σπαστικότητα με την κλίμακα Ashworth ήταν υψηλή (Modified Ashworth scale 4/4) αποφασίστηκε η έγχυση βουτουλινικής τοξίνης στους μύς που ελέγχουν τις στροφικές κινήσεις της κεφαλής και των άκρων. Εγχύθηκαν συνολικά 300 u.i. στους μύς του αυχένα που με την στροφή της κεφαλής δημιουργούσαν το συγκεκριμένο πρότυπο. Μετά την παρέμβαση η προσπάθεια επικεντρώθηκε στην αναχαίτιση της σπαστικότητας, χρησιμοποιώντας το περιβάλλον του νερού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο συνδυασμός έγχυσης βουτουλινικής τοξίνης και χειρισμών αναχαίτισης της σπαστικότητας σε περιβάλλον πισίνας οδήγησε στη βελτίωση του παθολογικού προτύπου, διευκολύνοντας τον κινητικό έλεγχο του ασθενούς

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η νευροφυσιολογικά στοχευμένη χρήση των θεραπευτικών μεθόδων αποτελεί ουσιαστικό εργαλείο στην αντιμετώπιση δύσκολων κλινικών περιστατικών αποκατάστασης.

## 249. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΟΜΙΚΗΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΠΟΝΟΥ

Α. Χρηστάκου  
 Φυσικοθεραπεύτρια, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Επιστημονική Συνεργάτιδα, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Αθήνας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εξέταση της αξιοπιστίας και της εννοιολογικής δομικής εγκυρότητας του Ερωτηματολογίου Αντιλήψεων και Ερμηνείας Πόνου σε ελληνικό κλινικό πληθυσμό.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 174 ασθενείς ιδιωτικών φυσικοθεραπευτηρίων της Αθήνας (57 άντρες και 117 γυναίκες) κυρίως με μυοσκελετικό χρόνιο πόνο αυχένα, οσφύος ή/και κάτω άκρων. Ο μέσος όρος ηλικίας και διάρκειας πόνου του δείγματος ήταν 45.52 έτη ( $SD=14.18$ ) και 34.35 μήνες ( $SD=39.37$ ) αντίστοιχα. Το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων και Ερμηνείας Πόνου (PainBeliefsandPerceptionsInventory - PBPI; Williams & Thorn, 1989) αποτελείται από 16 ερωτήσεις που μετρούν τέσσερις παράγοντες: Μυστήριο, Αυτό-κατηγορία, Διάρκεια και Σταθερότητα/Μονιμότητα. Για το σκοπό της έρευνας πραγματοποιήθηκαν οι διαδικασίες στάθμισης του οργάνου, όπως μετάφραση και αντίστροφη μετάφραση των ερωτήσεων, χορήγηση προκαταρκτικής μορφής του ερωτηματολογίου σε δείγμα 20 ασθενών με χρόνιο πόνο και τελική χορήγηση του ερωτηματολογίου σε δείγμα 174 ασθενών με χρόνιο πόνο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν υψηλούς δείκτες αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων και Cronbach α των παραγόντων του Ερωτηματολογίου Αντιλήψεων και Ερμηνείας Πόνου (Μυστήριο .93 και .81, Διάρκεια .92 και .90, Αυτό-κατηγορία .91 και .90 και Σταθερότητα/Μονιμότητα .98 και .90, αντίστοιχα). Η παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου έδειξε τετραπαραγοντική δομή. Συγκεκριμένα, η διερευνητική παραγοντική ανάλυση (PrincipalAxisFactoring με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων) εμφάνισε τέσσερις παράγοντες με ιδιοτιμές από 1.70 έως 4.21, φορτίσεις από .62 έως .88 με συνολική ερμηνευμένη διακύμανση 66.35%. Τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι οι φορτίσεις των ερωτήσεων ήταν απόλυτα ικανοποιητικές, άνω από .60. Οι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου των τεσσάρων παραγόντων στηρίζουν την ύπαρξη αποδεκτής δομής, αφού οι δείκτες NNFI (.915) και CFI (.925) ξεπέρασαν το όριο .90. Οι δείκτες SRMR (.092) και RMSEA (.088) στηρίζουν την καλή προσαρμογή του τετραβάθμιου μοντέλου.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι το όργανο αυτό είναι ψυχομετρικά αποδεκτό στην Ελλάδα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ευρέως για κλινικούς και ερευνητικούς λόγους. Μελλοντικές έρευνες απαιτείται να μελετήσουν τις αντιλήψεις πόνου ασθενών με νευρολογικό ή ρευματοειδές νόσημα και να σταθμίσουν όργανα αξιολόγησης τρόπων αντιμετώπισης πόνου σε ελληνικό πληθυσμό.

## 251. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ, ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE, ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Δ. Πασβάντης, Μιχούτ, Ονταμπάσογλου, Α. Κωστικίδου, Γ. Μαλακώζης, Ε. Μπάκας

*Euromedica-Αρωγή, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, Θεσσαλονίκη*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η οξεία αποκατάσταση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) περιλαμβάνει την ταχύτερη δυνατή κινητοποίηση του ασθενή, με στόχο τη βελτίωση της κινητικότητας και λειτουργικότητας. Το πλέον αξιόπιστο εργαλείο εκτίμησης της λειτουργικής ικανότητας του ασθενή μετά από ένα ΑΕΕ είναι η κλίμακα αξιολόγησης Functional Independence Measure (FIM) που αντανακλά όλες τις λεπτές αλλαγές στο πρόγραμμα αποκατάστασής του. Σκοπός είναι να εκτιμηθούν οι λεπτές αυτές αλλαγές με την εφαρμογή εξειδικευμένων προγραμμάτων όπως υδροθεραπείας, εφαρμογής ρομποτικής βάδισης (Locomat) ή συνδυασμού τους.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναφερόμαστε σε 135 ασθενείς με ΑΕΕ, μέσης ηλικίας 68,2 έτη, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο Κέντρο "ΑΡΩΓΗ" το 2017. Από αυτούς οι 105 ασθενείς ακολούθησαν το πρωτοπονημένο πρόγραμμα αποκατάστασης, με ομαδική θεραπεία, πρόγραμμα εκπαίδευσης ισορροπίας και βάδισης και δραστηριότητες επανένταξης, ενώ 30 άτομα ακολούθησαν εξειδικευμένα προγράμματα με υδροθεραπεία (n=9), ρομποτικής βάδισης (n=9) ή συνδυασμό (n=12). Εκτιμήθηκε ο δείκτης FIM εισαγωγής και εξιτηρίου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με το σταθερό πρόγραμμα είχαν μέση τιμή FIM εισαγωγής = 48,5 (min=18, max=116) και εξόδου = 81,9 (min=29, max=126). Οι ασθενείς που επιπλέον ακολούθησαν και προγράμματα υδροθεραπείας είχαν μέση τιμή FIM εισαγωγής = 56 (min=32, max=79) και εξόδου = 109 (min=65, max=122). Αυτοί που ακολούθησαν εκπαίδευση με ρομποτική βάδιση είχαν μέση τιμή FIM εισαγωγής = 52,3 (min=24, max=91) και εξόδου = 82,8 (min=39, max=120) και αυτοί που ακολούθησαν συνδυασμό άσκησης στο περιβάλλον του νερού και ρομποτική βάδιση είχαν μέση τιμή FIM εισαγωγής = 47,9 (min=24, max=74) και εξόδου = 97,1 (min=57, max=126)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Φαίνεται καθαρά ότι ασθενείς που ακολούθησαν εξειδικευμένα προγράμματα αποκατάστασης είχαν υψηλότερο δείκτη FIM εξιτηρίου, γεγονός που αντανακλά μεγαλύτερη βελτίωση της κινητικής ικανότητας του ασθενή με ΑΕΕ.



## 252. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΑΦΑΣΙΑΣ ΛΟΓΩ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σ. Σιβετίδου<sup>1</sup>, Σ. Μίγκου<sup>1</sup>, Α. Κοτρώνη<sup>1</sup>, Ο. Νικολαΐδου<sup>1</sup>, Σ. Μπακατσά<sup>2</sup>, Φ. Ξυπολητά<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α ΚΑΤ, <sup>2</sup>Εργοθεραπεία, Τμήμα ΦΙΑΠ, Γ.Ν.Α ΚΑΤ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σφαιρική αφασία είναι σύνδρομο που περιλαμβάνει διαταραχές έκφρασης και κατανόησης του λόγου. Το πρωτόκολλο θεραπείας είναι εξατομικευμένο. Στο περιστατικό που παρουσιάζεται βραχυπρόθεσμοι στόχοι ήταν η βελτίωση των γνωσιακών ελλειμμάτων έκφρασης, κατανόησης και οπτικής αντίληψης ενώ οι μακροπρόθεσμοι στόχοι ήταν η αυτονομία του ασθενούς στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής με ενίσχυση της μνήμης και της κριτικής ικανότητας.

**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 23 ετών με σφαιρική αφασία λόγω τραυματικής εγκεφαλικής βλάβης νοσηλεύτηκε στο τμήμα μας 3 μήνες μετά το ατύχημά του. Η αρχική αξιολόγηση έδειξε διαταραχές προσοχής, αντίληψης χώρου, υπολογισμών και μνήμης. Εφαρμόστηκε θεραπευτικό πρωτόκολλο διάρκειας δυο ωρών, 5 φορές την εβδομάδα, το οποίο περιελάμβανε παιχνίδια με κάρτες, επιτραπέζια παιχνίδια, σχεδίαση και επεξεργασία με βάση τον υπολογιστή. Η αξιολόγηση γινόταν κάθε τέσσερις εβδομάδες με το MINI MENTAL STATE (MMS) TEST για τις γνωσιακές λειτουργίες και με το MODIFIED BARTHEL INDEX (MBI) για την λειτουργικότητα και την ανεξαρτησία του ασθενούς. Το πρόγραμμα διήρκεσε τρεις μήνες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πρώτη αξιολόγηση MMS ήταν 4/30, η δεύτερη 16/30, η τρίτη 18/30 κι η τελευταία 24/30. Το πρώτο MBI ήταν 10, το δεύτερο 37 και το τελευταίο 81.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ειδικό θεραπευτικό πρωτόκολλο αποκατάστασης που να οδηγεί σε πλήρη αποκατάσταση της σφαιρικής αφασίας δεν υπάρχει. Στο συγκεκριμένο περιστατικό η θεραπεία επικεντρώθηκε κυρίως στη βελτίωση της μνήμης και της προσοχής παράλληλα με το υπόλοιπο πρόγραμμα αποκατάστασης. Τα αποτελέσματα δείχνουν βελτίωση των γνωσιακών λειτουργιών και της ανεξαρτησίας του ασθενή στις απλές δραστηριότητες της καθημερινότητας.

## 254. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CAMURATI-ENGLMANN

Κ. Κατουμάς, Μ. Φυργιόλα, Β. Λιανού, Ι. Δημόπουλος  
Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** είναι να παρουσιαστούν τα κλινικά και ακτινογραφικά χαρακτηριστικά του προσώπου σε ασθενή με νόσο Camurati-Engelmann (CED).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 46 ετών προσήλθε στα τακτικά ιατρεία της κλινικής μας λόγω της παρουσίας πολλαπλών εξωστώσεων στην φατνιακή απόφυση της άνω γνάθου και στην υπερώα. Η ασθενής είχε διαγνωστεί με CED προ δεκαετίας και είχε λάβει in ζολεδρονικό οξύ, πρεδνιζολόνη και αλφακαλιδοόλη. Είχε αναπτύξει πρεσβυωπία, απώλεια της ακοής, διαταραχές βάδισης, προοδευτική μείωση της διάνοιξης του στόματος και αλλαγές των χαρακτηριστικών του προσώπου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην κλινική εξέταση παρατηρήθηκε υπερτελωρισμός, αμφοτερόπλευρος εξώφθαλμος και ασυμμετρία του προσώπου με παρεκτόπιση της μέσης γραμμής. Το άνοιγμα του στόματος ήταν μειωμένο. Υπήρχαν πολλαπλές εξωστώσεις στην φατνιακή απόφυση της άνω γνάθου και στην υπερώα. Η ακτινογραφική εξέταση επιβεβαίωσε την διάγνωση CED. Παρατηρήθηκε διόγκωση και σκληροτική εικόνα των γνάθων, ενώ επιβεβαιώθηκαν και ακτινογραφικά οι εξωστώσεις της άνω γνάθου και της υπερώας καθώς και μικρότερη εξώστωση παρειάκι της κάτω γνάθου δεξιά.

## 253. ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ-ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Γουτλάκη, Θ. Αναστασιάδη, Α. Κουτσιμπέλης, Α. Νομικό  
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το χολαγγειοκαρκίνωμα αποτελεί ένα αρκετά σπάνιο νεόπλασμα, αφορά δε το 2% του συνόλου των κακοήθων νεοπλασμάτων και το 3% των κακοήθων νεοπλασμάτων του γαστρεντερικού (ΓΕΣ). Οι κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου είναι η κίρρωση του ήπατος και η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα (PSC). Το χολαγγειοκαρκίνωμα αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή της πρωτοπαθούς σκληρυντικής χολαγγειίτιδας με συχνότητα 6% με 15% μεταξύ των πασχόντων. Η συμπτωματολογία του χολαγγειοκαρκινώματος χαρακτηρίζεται ως μη ειδική. Περίπου στο 90% των περιπτώσεων των ασθενών με περιπυλαία ή περιφερική εντόπιση του όγκου το προεξάρχον κλινικό εύρημα είναι ο ανώδυνος αποφρακτικός ίκτερος. Λιγότερο συνήθη συμπτώματα αποτελούν ο κνησμός, το ήπιο κοιλιακό άλγος, η καταβολή, η ανορεξία, η απώλεια βάρους και σπάνια η εμπύρετος συνδρομή.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσία περιστατικού με χολαγγειοκαρκίνωμα με την χρήση των απεικονιστικών μεθόδων.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 58 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου λόγω αναφερόμενου ίκτερου, καταβολή, αδυναμία, απώλεια βάρους > 10 κιλά το τελευταίο τρίμηνο. Από το ιστορικό της ασθενούς αναφέρεται χολοκυστεκτομή. Από τον βιοχημικό έλεγχο προέκυψε: αυξημένη ολική χολερυθρίνη και επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία. Από την κλινική εξέταση ανευρέθη ίκτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκότων. Από τον απεικονιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε με αξονική τομογραφία μετά από την χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας αναδείχτηκε παθολογική εξεργασία στην συμβολή του δεξιού και αριστερού ηπατικού πόρου και στον κοινό χοληδόχο πόρο με διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην ασθενή τοποθετήθηκαν δυο stent ένα στον κοινό χοληδόχο πόρο και ένα στον κοινό ηπατικό πόρο. Ακολούθησαν κύκλοι με χημειοθεραπείες. Η βιοψία ανέδειξε την παρουσία χολαγγειοκαρκινώματος. Έγινε επανέλεγχος μετά από τρεις μήνες με μαγνητική τομογραφία με χρήση παραμαγνητικής ουσίας στην οποία επανελέγχθηκε η παθολογική εξεργασία η οποία διηθεί τον κοινό χοληδόχο πόρο και η οποία επεκτείνεται στην συμβολή του δεξιού και αριστερού ηπατικού πόρου διηθώντας αυτήν. Επανελέγχεται η διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων και η διήθηση του αριστερού κλάδου της πυλαίας φλέβας. Τέλος, παρουσιάζεται μικρή περιηπατική συλλογή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διάγνωση του χολαγγειοκαρκινώματος βασίζεται κυρίως σε κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα. Από τους ασθενείς που παρουσίασαν κλινική και απεικονιστική εικόνα συμβατή με χολαγγειοκαρκίνωμα των πυλών του ήπατος και υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση, σε ποσοστό 10–15% ανευρέθηκε καλοήγησ πάθηση (π.χ. χρόνια ίνωση ή φλεγμονή, σκληρυντική χολαγγειίτιδα, καλοήθεις όγκοι) στη μετεγχειρητική ιστολογική εξέταση. Παρόμοιο ποσοστό (13%) ανεύρεσης καλοήθους πάθησης παρουσιάστηκε στους ασθενείς που χειρουργήθηκαν για υποψία χολαγγειοκαρκινώματος του τελικού άκρου του χοληδόχου πόρου. Η χειρουργική θεραπεία των όγκων των πυλών του ήπατος εξαρτάται από τον τύπο του χολαγγειοκαρκινώματος. Συνήθως θεραπεύονται με γενικευμένη εκτομή των εξωηπατικών χοληφόρων και της χοληδόχου κύστης, ενώ στη συνέχεια εφαρμόζεται τοπικός λεμφαδενικός καθαρισμός και ηπατο-ελαιοαναστόμωση κατά Roux-Y.

## 255. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΟΠΙΣΘΟΒΟΛΒΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ-Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Β. Παπακώστα, Σ. Διαμαντοπούλου, Ο. Ζωγράφος, Σ. Βασιλείου  
Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το οπισθοβολβικό αιμάτωμα αποτελεί μια ασυνήθη επειγούσα κατάσταση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση. Στο τραυματικό οπισθοβολβικό αιμάτωμα που σχετίζεται με κατάγματα του κόγχου, παρατηρείται απώλεια της όρασης στο 0.3% των ασθενών. Η ισχαιμία του οπτικού νεύρου είναι η κύρια υποκείμενη παθολογική αιτία και απαιτείται επειγούσα αποσυμπίεση του κόγχου, συνήθως με πλάγια κανθοτομή και κανθόλυση.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα 58 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ του ΠΓΝ Αττικόν λόγω αναφερόμενου ξυλοδαρμού, όπου εκτιμήθηκε αρχικά από τους Χειρουργούς και παραπέμφθηκε στο Τμήμα μας και τους Οφθαλμάτρους λόγω έντονου άλγους και οιδήματος-αιματώματος περιοφθάλμια δεξιά και της αναφοράς για κατάγματα του οφθαλμικού κόγχου με παγίδευση μυών στην αξονική τομογραφία. Κλινικά η ασθενής εμφάνιζε σοβαρή πρόπτωση του βολβού, έντονο υπόσφραγμα και ύφαιμα, σκληρά και ευαίσθητα βλέφαρα και μείωση της οπτικής οξύτητας. Στάλθηκε επειγούσα οφθαλμολογική εξέταση, όπου ανευρέθη υψηλή ενδοφθάλμια πίεση, σοβαρή μείωση της όρασης, οφθαλμοπληγία και κατάρρηση του κορικού ανταναικλαστικού αριστερά. Από την έντονη κλινική σημειολογία και τα απεικονιστικά δεδομένα τέθηκε η διάγνωση οπισθοβολβικού αιματώματος. Άμεσα η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, 2 ώρες μετά τον τραυματισμό, όπου έγινε χειρουργική παροχέτευση του αιματώματος μέσω υποβλεφαριδικής τομής για πιο ουσιαστική αποσυμπίεση του κόγχου. Η ασθενής εμφάνισε σταδιακή βελτίωση της όρασης και της κινητικότητας του οφθαλμού εντός λίγων ημερών. Παραματοποιείται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με το οπισθοβολβικό αιμάτωμα και τις συνέπειές του, την κλινική του εικόνα, την πορεία και την ενδεδειγμένη επειγούσα θεραπευτική του αντιμετώπιση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση του οπισθοβολβικού αιματώματος είναι ζωτικής σημασίας και ο Ιατρός στα Επείγοντα θα πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τη σημειολογία του για να υπάρξει έγκαιρος συντονισμός των εμπλεκόμενων Οφθαλμιάτρων και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών.

## 256. ΟΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ 7 ΕΤΩΝ

I. Παπαδόχος<sup>1</sup>, Π. Στράντζιζας<sup>1</sup>, Γ. Μητσόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Παππά<sup>2</sup>, Κ. Μελάκη<sup>1</sup>, Ν. Παπαδογεωργάκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Barking, Havering and Redbridge University Hospitals NHS Trust

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αν και σπάνιοι στην συχνότητα εμφάνισης, οι τραυματισμοί του παρωτιδικού πόρου μπορεί να αυξήσουν σημαντικά τη νοσηρότητα σε ασθενείς που έχουν υποστεί γναθοπροσωπικές κακώσεις ή έχουν υποβληθεί σε επεμβάσεις στην περιοχή του προσώπου. Σκοπός της παρούσας ανακοίνωσης είναι η παρουσίαση της 7-ετους εμπειρίας της κλινικής ΣΓΠΧ του ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός» σε ό, τι αφορά τη διαχείριση ασθενών με τραύμα του παρωτιδικού πόρου.

**ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 2011 έως και τις 31 Δεκεμβρίου του 2017, στην κλινική της ΣΓΠΧ του «ΓΝΑ ο Ευαγγελισμός» αντιμετωπίστηκαν 8 περιπτώσεις τραυματισμών του παρωτιδικού πόρου. Πρόκειται για άνδρες με μέσο όρο ηλικία 48,4 ετών (26-82), ως συνέπεια διατριπαινομένων τραυμάτων (n=4), αυτοπυροβολισμού (n=1) και ιατρογενούς κάκωσης (n=3). Σε 1 μόνο περίπτωση η αποκατάσταση διενεργήθηκε άμεσα, εντός 24 ωρών μετά από τον τραυματισμό. Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνολικά περιλάμβανε: τελικο-τελική αναστόμωση του πόρου (n=1), χρήση φλεβικών μοσχευμάτων (n=2), ενδοστοματική παροχέτευση της σιελοκλήρης με τοποθέτηση αγωγού (n=3), απολίνωση του κεντρικού κολοβώματος του πόρου (n=1) και αναρροφήσεις με πιεστικά επιθέματα (n=1).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε 6 περιπτώσεις δεν υπήρξαν επιπλοκές ή υποτροπές μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση. Ένας ασθενής απεβίωσε λόγω σοβαρών επιπλοκών από συνυπάρχουσες σοβαρές κακώσεις και σε 1 περίπτωση υπήρξε αποτυχία και υποτροπή στο σχηματισμό σιελοκλήρης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι πιθανοί τραυματισμοί του παρωτιδικού πόρου πρέπει να πάντοτε να διερευνώνται σε περιπτώσεις γναθοπροσωπικών κακώσεων και να αποκαθίστανται άμεσα, εφόσον διαγιγνώσκονται. Οι θεραπευτικές επιλογές είναι αρκετές και η εφαρμογή τους καθορίζεται από την εντόπιση και το μέγεθος της κάκωσης. Η χρήση φλεβικού μοσχεύματος στην περίπτωση ελλειμμάτων του πόρου αποτελεί μία αξιόπιστη θεραπευτική λύση.

## 258. ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΔΙΚΤΥΟ ΜΑΙΩΝ ΚΥ ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ ΩΣ ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ. ΧΩΡΙΟ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΟΙ ΔΟΜΕΣ ΜΥΡΣΙΝΗΣ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ PAP TEST

Σ. Δημητράκοπούλου, Σ. Κολιαντζάκη, Α. Τσερεμέζ, Σ. Γκαμάρη<sup>3</sup>, Γ. Ασημακόπουλος, Α. Πουλιάρη<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας-Ν.Μ. Πύργου, <sup>2</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας, Ν.Μ. Αργους, <sup>3</sup>Δίκτυο Μαιών, Κ.Υ. Γαστούνης, <sup>4</sup>Φυσικός-Στατιστικός, Π.Γ.Ν. «Αττικών»

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των αποτελεσμάτων του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στο Δίκτυο μαιών ΚΥ Γαστούνης ως Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας με την συμπλήρωση δύο έτη του «Πιλοτικού Προγράμματος Δράσης για τον Καρκίνο του Τραχήλου 01/01/2016 - 31/12/2017»

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάστηκαν 2380 γυναίκες από το Ιανουάριο 2016 έως τον Δεκέμβριο του 2017 Μέση ηλικία εξέτασης 18 έως 86 έτη. Μέση διάρκεια επανεξέτασης 1 έτος. Έγιναν 48 εξορμήσεις σε 19 διαφορετικές περιοχές και ειδικότερα στις δομές του χωριού της Μυρσίνης που φιλοξενούνται οι πρόσφυγες από την Συρία 19 επισκέψεις. Αρχικά οι γυναίκες πρόσφυγες ένιωθαν άβολα γιατί δεν είχαν συνηθίσει τους άνδρες Γυναικολόγους, με την πάροδο του χρόνου οι Σύριες πρόσφυγες δεχόντουσαν την εξέταση από άνδρες φυσικά παραμένει η επιθυμία για γυναίκες Μαιές και Γυναικολόγους. Οι γυναίκες πρόσφυγες από το Αιμανιστάν δύσκολα προσαρμόζονται. Οι δομές ανήκουν στο δήμο Λιοσίων για τους εργαζόμενους του και για τους δημότες του για τους καλοκαιρινούς μήνες παραχωρήθηκαν για τους Άραβες πρόσφυγες κυρίως Σύριοι.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το χρονικό διάστημα έτη 2016-2017 σε σύνολο 2380 τεστ Παπανικολάου που διενεργήθηκαν αναλυτικά τα αποτελέσματα κατά Bethesda: βρέθηκαν 2231 Αρνητικά, φλεγμονή 142, Μύκητες 39, Κόκκους 87 Garderela vaginalis 13, Τριχομονάδες 2, Ακτινομύκητες 1, Παρακεράτωση 1, ASCUS 2, LG-SIL 2, HG-SIL1, 1 ca Τραχήλου μήτρας σε σύνολο 2380. Παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των εξεταζόμενων γυναικών σε σχέση με τους αντίστοιχους μήνες του προηγούμενου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παρόλο που μπορεί να προληφθεί αποτελεί σήμερα συχνό γυναικολογικό καρκίνο. Οι Μαιές μέσω του Πιλοτικού προγράμματος καθοδηγούν το πληθυσμό των γυναικών όπως του νομού Ηλείας και των προσφύγων του χωριού Μυρσίνης φαίνεται να ανταποκρίνεται θετικά στην συμμετοχή σε προγράμματα που στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου.

## 257. Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΩΝ ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Δ. Παπαδάκης, Σ. Διαμαντή

Κέντρο Γναθοπροσωπικής Παθολογίας & Χειρουργικής

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της χρήσης των αυτόλογων αιμοπεταλιακών συμπυκνωμάτων στην χειρουργική αντιμετώπιση της σχετιζόμενης με φάρμακα οστεονέκρωσης των γνάθων (Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws - MRONJ).

**ΥΛΙΚΟ:** Αναφορά δύο περιπτώσεων οστεονέκρωσης σχετιζόμενης με φάρμακα, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αμφότερες οι περιπτώσεις αφορούσαν στάδιο II οστεονέκρωση της κάτω γνάθου, σχετιζόμενη με λήψη διφωσφονικών. Γίνεται αναφορά στο ατομικό αναμνηστικό, στην εξέλιξη της νόσου, στην χειρουργική αντιμετώπιση των δύο περιπτώσεων και την διεγχειρητική χρήση των αυτόλογων αιμοπεταλιακών συμπυκνωμάτων ως επικουρικό μέσο για την ομαλή επούλωση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Και στις δύο περιπτώσεις υπήρξε ανεπιπλεκτική επούλωση και μετάπτωση της νόσου σε στάδιο 0. Η χρήση των αυτόλογων αιμοπεταλιακών συμπυκνωμάτων φαίνεται να βοηθά την κατά πρώτο σκοπό επούλωση και να μειώνει τον κίνδυνο έκθεσης του οστού των γνάθων λόγω διάσπασης του τραύματος.

## 259. ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΛΕΧΩΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΚΑΙ ΡΑΧΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σ. Δημητράκοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>, Α. Χρονοπούλου<sup>2</sup>, Α. Δεσποτίδη<sup>1</sup>, Φ. Μαρκάτος<sup>1</sup>, Γ. Ασημακόπουλος<sup>1</sup>, Α. Λιάσκος<sup>1</sup>, Β. Τσιτσής<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηλείας, Ν.Μ. Πύργου, <sup>2</sup>Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Αργολίδας, Ν.Μ. Αργους

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περίπτωσης λεχωϊδας με υπαρχνοειδή αιμορραγία η οποία διαγνώσθηκε μετά το τοκετό με καισαρική τομή και με συνδυασμένη επισκληρίδιο και ραχιαία τοπιοπεριτοχική αναισθησία που πραγματοποιήθηκε στη Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική του Νοσοκομείου Ηλείας Νοσηλευτική μονάδα Πύργου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Περίπτωση πρωτοτόκου ηλικίας 28 ετών, με σφύξεις 70/min και ΑΠ:110/70 mmHg την οποία παρακολουθούσαν στην Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πρωτότοκος υπεβλήθη σε καισαρική τομή λόγω Κεφαλοπελίκης δυσαναλογίας, και μη εξέλιξη τοκετού και ωδίνες στις 40 εβδομάδες κύησης. Συνδυασμένη επισκληρίδιο και ραχιαία πειοχική αναισθησία. Έτεκε θήλυ 2840gr ζων και αρτιμελές. Παρουσίασε η λεχωϊδα την Τρίτη μετεγχειρητική ημέρα αυτόματα αντιρροπούμενη φλεβοκομβική βραδυκαρδία 48/min με καρδιοκή πορεία έως 36/ min. Μετά από καρδιολογική εκτίμηση χορηγήσαμε ατροπίνη παρέμεινε η φλεβοκομβική βραδυκαρδία παρουσίασε κεφαλαλγία και νευρολογική, σημειολογία και συμπτωματολογία. Υπεβλήθη σε αζονική τομογραφία εγκεφάλου χωρίς εμφανή παθολογικά ευρήματα μετά από 14ώρες σε 2η ct/scan όπου διαγνώστηκε η υπαρχνοειδή αιμορραγία. Νευροχειρουργική και Νευρολογική εκτίμηση συνεστήθει συντηρητική αντιμετώπιση. Μετά από την άρνηση της ουστήριξης της Καρδιολογικής Κλινικής-ΜΕΘ μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ της Νοσηλευτικής μονάδας Πύργου. Η Φλεβοκομβική βραδυκαρδία αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια στάθην χορήγηση Ισοπρεναλίνης αφού υπεβλήθη σε 3<sup>η</sup> ct/scan μετά από μια εβδομάδα νοσηλείας, επέστρεψε ασυμπτωματική στην Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική μας.

Το νωτιαίο αμάτωμα μπορεί να αναπτυχθεί στον επισκληρίδιο, τον υποσκληρίδιο ή τον υπαρχνοειδή χώρο. Η τελευταία εντόπιση είναι και η σπανιότερη εξ αιτίας των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του υπαρχνοειδούς χώρου που είναι 1) περιορισμένη παρουσία αγγείων και η αραιωτική δράση του ΕΝΥ. Πρόσφατη αναδρομική μελέτη μεγάλου αριθμού περιστατικών αναφέρει συχνότητες 1 αιματώματος 1/150.000 και 1 αιματώματος 1/220.000 περιστατικά μετά επισκληρίδιο και υπαρχνοειδή αποκλεισμό αντίστοιχα. Για τη διάγνωση της επιπλοκής είναι ιδιαίτερα χρήσιμος ο συνδυασμός αξονικής τομογραφίας και μυελογραφίας καθώς και η μαγνητική τομογραφία. Η αντιμετώπιση του αιματώματος γίνεται με επείγουσα αποσυμπίεστική πεταλεκτομή και κένωση της συλλογής. Ο βαθμός νευρολογικής αποκατάστασης εξαρτάται από την ταχύτητα ανάπτυξης του αιματώματος, τη σοβαρότητα της προεγχειρητικής νευρολογικής εικόνας, το μέγεθος και την εντόπιση του και βασικά από το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της εμφάνισης της παραπληγίας και της επέμβασης. Όταν η χειρουργική επέμβαση γίνει μέσα στο πρώτο 8ωρο μπορεί να παρατηρηθεί πλήρης νευρολογική αποκατάσταση σε ποσοστό πάνω από 50%, ενώ συνήθως τα αποτελέσματα είναι περιορισμένα σε επ' όσον η παρέμβαση γίνεται μετά το πρώτο 24ωρο (10% πλήρης αποκατάσταση, 30% μερική με σημαντικές υπολειμματικές διαταραχές)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η υπαρχνοειδή αιμορραγία σε λεχωϊδα είναι σπάνια επιπλοκή συνδυασμένης επισκληρίδιο και ραχιαίας αναισθησίας συνήθως έχει συντηρητική αντιμετώπιση.

## 260. ΜΗΤΡΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ: ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ (ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ)

Π. Κουρούτου<sup>1</sup>, Ν. Μαχαριώτης<sup>2</sup>, Ε. Ηλιάδης<sup>3</sup>, Μ. Κουπετώρη<sup>1</sup>, Σ. Συμπάρδη<sup>1</sup>, Χ. Μαχαριώτης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», <sup>2</sup>Α' Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», <sup>3</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παχυσαρκία αποτελεί μια σύγχρονη μάστιγα, για την οποία ευθύνονται δυο φαινομενικά αντίθετοι παράγοντες: αφενός η κοινωνικοοικονομική κρίση και αφετέρου η αφθονία και η ποικιλία των αγαθών. Πρόκειται για νόσο που αφορά όλες τις ομάδες πληθυσμού, μεταξύ των οποίων οι έγκυες, καθώς και οι δυνητικά έγκυες γυναίκες. Σε αυτή την ομάδα πληθυσμού οι επιπτώσεις ενδέχεται να είναι κρίσιμες, καθώς αφορούν τόσο τη μητέρα όσο και το έμβryo, το νεογνό ή το παιδί. Είναι αναγκαία η ύπαρξη σαφών οδηγιών για την πρόληψη και την αντιμετώπιση αυτών των ατόμων

**ΥΛΙΚΟ:** Αναζητήθηκε και παρουσιάζεται η σύγχρονη βιβλιογραφία, που αφορά την μητρική παχυσαρκία και τη σχέση της με την εγκυμοσύνη, την νοσηρότητα της μητέρας και του εμβρύου-νεογνού-παιδιού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψαν συστάσεις: 1) Για τη διαχείριση του σωματικού βάρους της εγκύου πριν και κατά την κύηση, 2) Για την παρακολούθηση της ΑΠ και πιθανή ανάπτυξη ΣΔ, 3) Για την παρακολούθηση του εμβρύου, 4) Για την χορήγηση βιταμινών και προφυλακτικής αντιπηκτικής αγωγής και κυρίως 5) Την εξατομικευμένη παρακολούθηση καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παχυσαρκία κατά την κύηση επιφυλάσσει σημαντικούς κινδύνους για την υγεία της μητέρας και του νεογνού. Οι συνέπειες μπορεί να είναι άμεσες για την κύηση και το έμβryo, ωστόσο οι επιπτώσεις τόσο για τη μητέρα όσο και το νεογνό στο μέλλον είναι εξίσου επικίνδυνες. Ακρογωνιαίος λίθος της αντιμετώπισης είναι η πρόληψη της παχυσαρκίας σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.

## 262. ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΦΛΕΒΙΚΟ ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΔΡΕΠΑΝΟΥ

Σ. Κορφιάς, Α. Χονδροζουμμάκη, Κ. Μποβιάτσης, Κ. Θεμιστοκλής, Σ. Μπάνος, Δ. Σακάς

Α' Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ασθενούς που εμφάνισε εκτεταμένο φλεβικό έμφρακτο εγκεφάλου μετά από κρανιοτομία για εξαίρεση μετωπιαίου μηνιγγιώματος.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής θήλυ 69 ετών, σακχαροδιαβητική, με μηνιγγίωμα εγκεφάλου 3 εκ δεξιά μετωπία παρά το δρέπανο υποβλήθηκε σε δεξιά μετωπιαία κρανιοτομία και ολική εξαίρεση του όγκου. Διεγχειρητικά κρίθηκε απαραίτητη η απολίνωση φλεβικού στελέχους υπέρθεν του μηνιγγιώματος που συμμετείχε στην φλεβική απορροή από την περιοχή του δεξιού μετωπιαίου λοβού προς το πρόσθιο τριτημόριο του άνω οβελιαίου κόλπου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Την δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα παρουσίασε αριστερή ημιπάρεση και σύγχυση και η αξονική εγκεφάλου έδειξε οίδημα δεξιού μετωπιαίου λοβού με αιμορραγικές πετέχειες πέριξ της περιοχής εξαίρεσης του όγκου. Την 3<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα η ασθενής εμφάνισε περαιτέρω επιδείνωση του επιπέδου συνείδησης και η αξονική εγκεφάλου έδειξε επιδείνωση του οιδήματος με παρεκτόπιση της μέσης γραμμής και εικόνα συμβατή με μετεγχειρητικό φλεβικό έμφρακτο. Υποβλήθηκε επείγοντως σε δεξιά αποσυμπίεστική κρανιεκτομή. Μετά από 20ήμερη παραμονή σε ΜΕΘ παρουσίασε βαθμιαία νευρολογική βελτίωση με πλήρη ανάκτηση επικοινωνίας. Διακομίσθηκε σε κέντρο φυσικής αποκατάστασης, όπου υφίσταται περαιτέρω βελτίωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το μετεγχειρητικό φλεβικό έμφρακτο με χωροκατακτητικά φαινόμενα αποτελεί μια ασυνήθη επιπλοκή σε κρανιοτομίες για μηνιγγιώματα εγκεφάλου. Η αποσυμπίεστική κρανιεκτομή αποδείχθηκε σωτήρια για τη ζωή της συγκεκριμένης ασθενούς. Μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται για την κατά το δυνατό προστασία των παραπλευρών του όγκου φλεβικών αγγείων του εγκεφάλου.

## 261. ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΑΝΤΛΙΑΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΒΑΚΛΟΦΑΙΝΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΘΕΙΣΑ ΜΕ ΣΥΝΕΧΗ ΕΝΔΟΡΡΑΧΙΑΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟΥ

Α. Ρόβλιας, Δ. Παπουτσάκης, Μ. Σιακαβέλλα

Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ενδορραχιαία έγχυση βακλοφαίνης κερδίζει παγκοσμίως διαρκώς έδαφος για την αντιμετώπιση της φαρμακοανθεκτικής σπαστικής. Μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές αυτής της μεθόδου είναι η ανάπτυξη φλεγμονής. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων απαιτείται αφαίρεση της συσκευής και όλων των ξένων σωμάτων, παρά την ενδοφλέβια έγχυση αντιβιοτικών. Περιγράψουμε μία ασυνήθιστη εξαίρεση αυτού του κανόνα, σε ένα νεαρό ασθενή του οποίου η εμφανισθείσα φλεγμονή αντιμετωπίστηκε *in situ* χωρίς να απαιτηθεί ούτε αφαίρεση της αντλίας ούτε διακοπή της χορήγησης βακλοφαίνης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας, 34 ετών, με ιστορικό εγκεφαλικής παράλυσης και σπαστικές τετραπάρεσης, υπεβλήθη σε τοποθέτηση προγραμματιζόμενης αντλίας ενδορραχιαίας έγχυσης βακλοφαίνης χωρητικότητας 20 ml, προ διατίας. Τρεις εβδομάδες προ της εισαγωγής του είχε υποβληθεί σε μία τυπική επαναπλήρωση της αντλίας με φάρμακο, προγραμματίζοντας μία απελευθέρωση 250 μg βακλοφαίνης ημερησίως. Ο ασθενής προσήλθε λόγω εμπυρέτου και κεφαλαλγίας, με καλό όμως επίπεδο συνειδήσεως, χωρίς μηνιγγισμό και χωρίς σαφή εστία λοιμώξεως. Ετέθη σε διπλό αντιβιοτικό σχήμα και ελήφθη καλλιέργεια υγρού και από την δεκαήμερη της αντλίας και από τον καθετήρα, που ανέδειξαν *staphylococcus epidermidis*.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Επειδή η πυρετική κίνηση συνεχιζόταν αλλά ο ασθενής παρέμενε σε καλή κλινική εικόνα, επροτάθη και προέβημεν σε συνδυασμένη συνεχή έγχυση βακλοφαίνης (250 μg/ημέρα) και τεικοπλανίνης (20 mg/ημέρα) ενδορραχιαίως μέσω της αντλίας. Την 11η ημέρα συνδυασμένης εγχύσεως οι καλλιέργειες έγιναν στειρές υπό σύγχρονη βελτίωση της βιοχημείας του ENY. Επιπλέον προσετέθη και ριφαμπικίνη *per os* για ένα μήνα. Ένα και πλέον χρόνο μετά, ο ασθενής παραμένει απαλλαγμένος από την φλεγμονή και εξακολουθεί να απολαμβάνει την ικανοποιητική θεραπευτική ελάττωση της σπαστικότητάς του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε επιλεγμένους ασθενείς με ήπια κλινική συμπτωματολογία, η αφαίρεση της αντλίας δεν είναι απαραίτητη άμεση προτεραιότητα ούτε η μόνη θεραπευτική λύση της λοίμωξης. Δεδομένου δέ του υψηλού κόστους αυτών των συσκευών, η διάσωσή τους υπό προϋποθέσεις μπορεί να δοκιμασθεί σε έμπειρα κέντρα σε ορισμένες περιπτώσεις. Η επιτυχία στον συγκεκριμένο ασθενή, που επιμολύνθηκε κατά την επαναπλήρωση με φάρμακο, ήταν η αποστέρωση του όλου συστήματος αντλίας - καθετήρα έγχυσης, χωρίς όμως διακοπή της ενδορραχιαίας έγχυσης βακλοφαίνης.

## 263. ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑ ΛΟΓΩ ΑΙΜΟΡΡΑΓΗΣΑΝΤΟΣ ΟΓΚΟΥ ΘΜΣΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Α. Ρόβλιας<sup>1</sup>, Δ. Παπουτσάκης<sup>1</sup>, Θ. Καλογήρου<sup>2</sup>, Μ. Σιακαβέλλα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας, <sup>2</sup>Β' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα Νευρινώματα της ΣΣ είναι καλοήθεις νευρογενείς όγκοι οι οποίοι προέρχονται από τα κύτταρα Schwann του νευρικού ελύτρου. Είναι οι πιο κοινοί ενδοσκληρίδιοι εξωμυελικοί όγκοι της ΣΣ, και αντιπροσωπεύουν το 30% αυτών των βλαβών. Συνήθως αναπτύσσονται αργά, αλλά ορισμένες φορές η συμπτωματολογία τους μπορεί να είναι δραματική. Παρουσιάζουμε μία σπάνια περίπτωση αιφνίδιας εγκατάστασης παραπληγίας σε ασθενή με αιμορραγήσαν μονήρες νευρίνωμα ΘΜΣΣ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα ηλικίας 79 ετών, με ιστορικό λήψεως αντιπηκτικών φαρμάκων λόγω κοιλιακής μαρμαρυγής, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων λόγω προοδευτικής εγκατάστασης βαριάς παραπάρεσης (4/5) με συμμετοχή των σφιγκτήρων, αισθητικού επιπέδου Θ10, από ολίγων ημερών. Η επείγουσα MRI ΘΜΣΣ ανέδειξε ενδοσκληρίδιο εξωμυελικό χωροκατακτητικό εξεργασία Θ9 - Θ11 με στοιχεία πρόσφατης αιμορραγίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής υποβλήθηκε σε πεταλεκτομή Θ10 και Θ11 και ολική αφαίρεση της εξεργασίας. Διεγχειρητικά, ιδιαίτερο ενδιαφέρον είχαν τα ευρήματα της πολυεστιακής αιμορραγικής διηθήσεως του όγκου και της εκτεταμένης αποπιτανώσεως των λεπτομηνίγγων, ευρήματα τα οποία και επιβεβαιώθηκαν παθολογοανατομικά. Μετεγχειρητικά, η ασθενής σημείωσε μικρή νευρολογική βελτίωση και διεκομίσθη στο Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα νευρινώματα της ΣΣ εκδηλώνονται συνήθως με νυχτερινό πόνο ή με πρόοισα νευρολογική έκπτωση όταν ο όγκος αναπτύξει ικανό μέγεθος. Στην συγκεκριμένη ασθενή διαφαίνεται ότι η αιφνίδια επιδείνωση της νευρολογικής σημειολογίας σχετίζεται και με την τοπική μικροαιμορραγία πιθανότατα λόγω της λήψεως αντιπηκτικών σκευασμάτων.

## 264. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ: ΜΙΑ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κ. Braeutigam<sup>1</sup>, Χ. Τσιτσιπάνης<sup>2</sup>, Α. Βάκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Pathology, Charité Universitätsmedizin, Berlin, Germany, <sup>2</sup>Τμήμα Νευροχειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Κρήτης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο Υδροκέφαλος Φυσιολογικής Πίεσης (NPH) αποτελεί μια νευροψυχιατρική οντότητα πρόκληση. Η συχνότερη κλινική συμπτωματολογία με την οποία εμφανίζεται είναι διαταραχές βάδισης, ακράτεια και άνοια, γνωστή ως τριάδα του Hakim. Ενώ ο δευτεροπαθής NPH εξηγείται από την υποκείμενη κύρια παθολογία (π.χ. τραύμα ή αιμορραγία), η ακριβής παθοφυσιολογία του πρωτοπαθούς ή ιδιοπαθούς Υδροκέφαλου (iNPH) παραμένει ακόμη αιγνιματική. Η επικρατούσα υπόθεση είναι μηχανική και συμπεριλαμβάνει την ιδέα ότι χρόνιες διακυμάνσεις στη ροή του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) μαζί με διαταραγμένη δυναμική του, οδηγεί σε διάταση του κοιλιακού συστήματος, προκαλώντας την τυπική συμπτωματολογία. Ωστόσο, υπάρχουν θεωρίες που προσπαθούν να εξηγήσουν τον iNPH μέσω μηχανισμών φλεγμονωδών, αγγειακών και μεταβολικών. Ο σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι να καταγράψει τις κύριες προσεγγίσεις.

**ΥΛΙΚΟ:** Έγινε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed/MEDLINE και Cochrane. Αναγνωρίστηκαν περισσότερα από 50 σχετικά άρθρα, που δημοσιεύθηκαν μεταξύ του Νοεμβρίου του 2007 και του Νοεμβρίου του 2017, χρησιμοποιώντας τους MeSH terms «Hydrocephalus, Normal Pressure» and «Hydrocephalus, Normal Pressure/physiopathology». Περίπου 40 άρθρα πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής για αυτήν την ανασκόπηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι περισσότεροι συγγραφείς υιοθετούν την άποψη ότι ο iNPH είναι αποτέλεσμα μη φυσιολογικής δυναμικής του ENY και διαταραχών της απορρόφησης του. Αιχμές ενδοκράνιας πίεσης υποθετικά οδηγούν σε διάταση του κοιλιακού συστήματος και απορρέουσα διαπίδυση ENY με περικολιακό οίδημα ή, τελικά, ισχαιμία. Αυτή η θεωρία δεν αποκλείει άλλες, καθώς η περικολιακή ισχαιμία μπορεί να οδηγήσει σε διαταραγμένη ενδοκράνια αιμοδυναμική, τοπικό υπομεταβολισμό και συσσώρευση νευροτοξικών ουσιών. Η νευροφλεγμονή δεν έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με τον iNPH. Επιπρόσθετα, η Νόσος του Alzheimer (AD) συχνά συνυπάρχει, αν και αποτελεί αυτόνομη νοσολογική οντότητα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παθοφυσιολογία του iNPH φαίνεται να αποτελεί μια σύνθεση μηχανικών, αγγειακών και μεταβολικών παραγόντων. Ωστόσο, υπάρχουν περισσότερα στοιχεία για διαταραχές της δυναμικής του ENY.

## 266. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΣΤΗΛΗ

Δ. Μπαλάσκα<sup>1</sup>, Ι. Πολλάλης<sup>2</sup>, Γ. Δημογιάννης<sup>3</sup>, Ζ. Μπισώρη<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα ΥΠΕ, <sup>2</sup>Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, <sup>3</sup>Νευροχειρουργός, Metropolitan Hospital, <sup>4</sup>Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να τονιστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν στην επιλογή του ιατρού με σκοπό την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης σπονδυλικής στήλης.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι χειρουργικές επεμβάσεις της σπονδυλικής στήλης είναι ζωτικής σημασίας και οι ασθενείς θα πρέπει να είναι απόλυτα προσεκτικοί στην επιλογή ενός κατάλληλου εξειδικευμένου χειρουργού. Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του ιατρού είναι το κόστος της επέμβασης που εξαρτάται από το είδος, τη βαρύτητα του χειρουργείου, τη χειρουργική τεχνική, τη χρήση ή όχι ειδικών υλικών και εργαλείων, τη διάρκεια νοσηλείας, την αμοιβή του χειρουργού και των συνεργατών του αλλά και την ασφαλιστική κάλυψη του ασθενούς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε κάθε ασθενή με πρόβλημα σπονδυλικής στήλης απαιτείται εξατομικευμένη χειρουργική αντιμετώπιση. Ένας έμπειρος χειρουργός σπονδυλικής στήλης, που γνωρίζει όλες τις σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές και μεθόδους, είναι ικανός να εκτιμήσει τις ενδείξεις και να εφαρμόσει κάθε φορά εξειδικευμένη χειρουργική τεχνική, ώστε να δοθεί λύση στο πρόβλημα του ασθενούς. Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης οι ασθενείς προκρίνουν την επιλογή του γιατρού, το κόστος της επέμβασης αλλά και το αν ο γιατρός τους μπορεί να πραγματοποιήσει την επέμβαση σε ιδιωτικό ή κρατικό νοσοκομείο, όπου τα έξοδα της νοσηλείας θα καλυφθούν κατά περίπτωση, είτε από την ιδιωτική είτε από την δημόσια ασφάλεια. Συμπερασματικά ο ασθενής αποφασίζει να χειρουργηθεί στη σπονδυλική στήλη, λαμβάνοντας υπόψη τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, τα οφέλη και τους κινδύνους, αλλά φυσικά και το κόστος της επέμβασης.

## 265. ΤΗΛΕΜΕΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΟΥ ΠΙΕΣΗΣ

Σ. Μπάνος, Σ. Κορφιάς, Ε. Βλαχάκης, Κ. Θεμιστικλής, Α. Χονδροζουμάκη, Δ. Σακάς  
Α' Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση της πορείας εφαρμογής του πρωτοκόλλου σύγχρονης τηλεμετρικής μεθόδου καταγραφής και παρακολούθησης της ενδοκράνιας πίεσης (ICP) σε 8 ασθενείς.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έγινε χρησιμοποίηση τηλεμετρικής συσκευής της Raumedic (NEUROVENT P-tel) σε 8 ασθενείς (6 γυναίκες, 2 άνδρες) ηλικίας 21 έως 63 ετών με πιθανές παθολογίες: α) ιδιοπαθή ενδοκράνια υπέρταση, β) στένωση του υδραγωγού και γ) υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης. Η τηλεμετρική συσκευή εμφυτεύθηκε δεξιά μετωπιαία ενδοπαραεγκευματικά, μέσω κρανιοσάνδρασης. Η χειρουργική τεχνική πραγματοποιήθηκε υπό γενική αναισθησία ή υπό νευροληπτο-αναισθησία. Η ενδοκράνια συσκευή έρχεται τηλεμετρικά σε επαφή, μέσω υποδοχέα που τοποθετείται στο τριχωτό της κεφαλής, με εξωτερική συσκευή – monitor, το οποίο καταγράφει τα δεδομένα. Τα δεδομένα αυτά μεταφέρονται με τη χρήση ειδικού λογισμικού σε υπολογιστή, όπου γίνεται η ανάλυση και η αξιολόγησή τους. Η μετεγχειρητική περίοδος ήταν ομαλή και στους 8 ασθενείς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αρχικά οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 3 ημέρες συνεχόμενης καταγραφής της ICP εντός της νοσηλευτικής μονάδας. Ακολούθησαν δύο καταγραφές σε διάστημα δύο, τεσσάρων και έξι μηνών μετά την επέμβαση κατ'όικον για 48 ώρες. Μετά την ανάλυση των δεδομένων δεν επιβεβαιώθηκε ενδοκράνια υπέρταση σε τρεις ασθενείς. Αντιθέτως στους πέντε ασθενείς καταγράφηκε αυξημένη ICP και τελικά υποβλήθηκαν οι τρεις σε εμφύτευση κοιλο-περιτοναϊκής παράκαμψης (VP shunt), οι δύο σε τοποθέτηση σφυο-περιτοναϊκής παράκαμψης (L-P shunt) και η μία αρνήθηκε περαιτέρω νευροχειρουργική αντιμετώπιση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η τηλεμετρική μέθοδος καταγραφής της ICP σε επιλεγμένους ασθενείς επιτρέπει την παρακολούθησή τους για μακρό διάστημα, ακόμη και κατ'όικον. Είναι εξαιρετικά ασφαλής, ελαττώνει τις ημέρες νοσηλείας και προσφέρει χρόνο για ασφαλή συμπεράσματα και λήψη των ενδεδειγμένων χειρουργικών αποφάσεων

## 267. ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΒΛΑΙΣΟΠΛΑΤΥΠΟΔΙΑ ΕΝΗΛΙΚΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΛΑΣΤΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΠΕΛΜΑΤΟΣ

Δ. Γεωργίου, Μ. Παραφόρου, Δ. Πάλλης, Κ. Ράζης, Α. Κάλλιας, Σ. Παπαδάκης  
Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού με θλαστικό τραύμα και παρουσία ξένου σώματος πέλματος, που παρουσίασε επιδεινούμενη βλαισοπλατυποδία.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας 32 ετών προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας με άλγος μέσου και οπίσθιου ποδός καθώς και εμφανή προοδευτικά επιδεινούμενη, βλαισοπλατυποδία. Το ιστορικό περιλάμβανε, θλαστικό τραύμα πέλματος με συρραφή προ 25 ετών και αρθροσκοπική σύστοιχη ποδοκνημικής προ 5 ετών λόγω των προαναφερόμενων συμπτωμάτων. Στην κλινική εξέταση παρουσίαζε το σημείο πολλών δακτύλων και αδυναμία έγερσης στο αριστερό κάτω άκρο. Η δε παραμόρφωση ήταν ευκαμπτή (Στάδιο IIb). Στον ακτινολογικό έλεγχο κατέστη εμφανής η κατάρρευση του έσω στοίχου του άκρου ποδός, η παρουσία ξένου σώματος σύστοιχα με την πτέρνα και η μετατραυματική αρθρίτιδα της αστράγαλο-σκαφοειδούς άρθρωσης. Σε περαιτέρω έλεγχο με MRI επιβεβαιώθηκε η παρουσία ξένου σώματος (πιθανώς γυαλί) στα μαλακά μέρη επί τα εντός της πτέρνας, το οποίο έτεμε τον πτέρνο-σκαφοειδή σύνδεσμο. Ο τένοντας του οπίσθιου κνημιαίου ήταν χαλαρός και εκφυλισμένος. Διενεργήθηκε αρθρόδεση αστράγαλο-σκαφοειδούς με δύο αυλοφόρους κοχλίες. Από άλλη τομή αφαιρέθηκε ξένο σώμα, γυαλί διαστάσεων 2.5 x 1.5 cm. Δείγμα ιστού από την περιοχή ανέδειξε την παρουσία τοπικής κοκκιωματώσεως και αιμοσιδήρωσης λόγω της μακροχρόνιας παρουσίας του ξένου σώματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Εξί μήνες αργότερα το score στην κλίμακα AOFAS midfoot ήταν 63, ενώ στο ένα έτος ήταν 83.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κύρια αιτία επίκτητης βλαισοπλατυποδίας ενήλικου είναι η ανεπάρκεια του τένοντα του οπίσθιου κνημιαίου. Στην προκειμένη ασυνήθη περίπτωση η παραμόρφωση οφείλεται στην ανοικτή τραυματική διατομή του περνοσκαφοειδούς συνδέσμου με την ανεπάρκεια του οπίσθιου κνημιαίου μύου να είναι δευτεροπαθής. Ακόμη οφείλουμε να διατηρούμε υψηλό δείκτη υποψίας για την ταυτόχρονη παρουσία ξένου σώματος όταν αντιμετωπίζουμε θλαστικά τραύματα του πέλματος.

**268. ΚΑΤΑΓΜΑ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ LISFRANC ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Δ. Πάλλης, Μ. Παραφόρου, Δ. Γεωργίου, Κ. Ρόζης, Α. Κάλλιας, Σ. Παπαδάκης  
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού της κλινικής μας με κάταγμα εξάρθρωμα Lisfranc που εμφάνισε σύνδρομο διαμερίσματος λίγες ώρες μετά την κάκωση.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας 17 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, προσέρχεται στα ΤΕΠ μετά από τροχαίο. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε οίδημα μαλακών μορίων άκρου ποδός, έντονη ευαισθησία σε όλη την περιοχή, αδυναμία φόρτισης και εκτέλεσης ενεργητικών ασκήσεων, ενώ υπήρχε φυσιολογική τριχοειδική επαναπλήρωση και η ραχιαία του άκρου ποδός και η οπίσθια κνημιαία αρτηρία ήταν ψηλαφητές. Ακτινολογικά διαπιστώθηκε τριπλή κάκωση του άκρου ποδός που περιλάμβανε κάταγμα – εξάρθρωμα Lisfranc, κάταγμα – εξάρθρωμα σκαφοειδούς και κεντρικό - έσω εξάρθρωμα μέσω και έσω σφηνοειδούς. Λίγες ώρες αργότερα ο ασθενής παρουσίασε κλινική εικόνα συνδρόμου διαμερίσματος. Σε έλεγχο Doppler διαπιστώθηκε απώλεια των τριφασικών κυμάτων ροής σε πρόσθια και οπίσθια κνημιαία αρτηρία. Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου έγινε διάνοιξη όλων των διαμερισμάτων του άκρου ποδός μέσω δύο ραχιαίων τομών. Η τριπλή κάκωση του άκρου ποδός αντιμετωπίστηκε με εσωτερική οστεοσύνθεση με K-W και βίδες, ενώ από τις δύο ραχιαίες τομές η σύγκλειση της έσω έγινε σε δεύτερο χρόνο με δερματικό αυτομόσχευμα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μετεχειρητική πορεία του ασθενούς εξελίχθηκε ομαλά και έξι μήνες μετά τη χειρουργική αντιμετώπιση στη κλίμακα AOFAS midfoot ο ασθενής είχε score 83. Ένα χρόνο μετά κατέγραψε score 100 και είχε επανέλθει πλήρως στις δραστηριότητες του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κάκωση Lisfranc είναι μια σπάνια κάκωση που χωρίς υψηλό δείκτη υποψίας κατά την αρχική εκτίμηση, μπορεί να γίνει ακόμη πιο σπάνια. Ενέχει τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών όπως το σύνδρομο διαμερίσματος με σοβαρότατες απώτερες συνέπειες για τη λειτουργικότητα και την ακεραιότητα του άκρου ποδός. Πρόκειται για χειρουργική κατ' εξοχήν κάκωση και ιδίως όταν συνοδεύεται από κάταγμα – εξάρθρωμα του σκαφοειδούς και εξάρθρωμα των σφηνοειδών, απαιτείται όσο το δυνατόν καλύτερη ανατομική ανάταξη αφού τα ποσοστά μετατραυματικής αρθρίτιδας είναι υψηλά.

**270. ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΗΡΟΒΟΥΒΩΝΙΚΗΣ ΙΔΡΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ**

Α. Καρονίδης, Δ. Τσούτσος  
*Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδας Εγκαυμάτων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ιδραδενίτιδα εμφανίζεται συνήθως στις μασχαλιαίες και μηροβουβωνικές χώρες θήλων ασθενών και σχετίζεται με επανειλημμένα επεισόδια λοίμωξης, σχηματισμό αποστημάτων, υποτροπές, επανειλημμένες εισαγωγές στο νοσοκομείο, επηρεάζοντας τον ψυχισμό και την κοινωνικότητα του ασθενούς. Η θεραπεία είναι αρχικά συντηρητική με τοπική αγωγή και αντιβιοτική αγωγή βάση καλλιέργειας, παρακολούθηση από λοιμωξιολόγους. Σε περιπτώσεις που ανθίσταται και παραμένει, η χειρουργική αντιμετώπιση που περιλαμβάνει το χειρουργικό καθαρισμό και την αποκατάσταση αποτελεί την θεραπευτική αντιμετώπιση εκλογής. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού με αμφωτερόπλευρη μηροβουβωνική ιδραδενίτιδα που αποκαταστάθηκε με ανόρθωση μηρών (thigh lift).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής θήλυ 28 ετών, με αμφωτερόπλευρη μηροβουβωνική ιδραδενίτιδα, παραπέμφθηκε από τους λοιμωξιολόγους όπου ελάμβανε επί μακρόν αντιβιοτική αγωγή, για χειρουργική αντιμετώπιση. Η ασθενής είχε υποβληθεί στο παρελθόν σε αποκατάσταση αμφωτερόπλευρης μασχαλιαίας ιδραδενίτιδας. Η ασθενής υποβλήθηκε υπό γενική αναισθησία σε εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό της φλεγμονώδους πάσχουσας περιοχής αμφωτερόπλευρων των μηροβουβωνικών περιοχών, με αφαίρεση των αποστημάτων και του παθολογικού ουλώδους υποδόριου ιστού, από όπου προέκυψαν ελλείμματα δέρματος και μαλακών μορίων 15x9 εκ στον αριστερό μηρό και 15x7 εκ στον δεξιό μηρό. Για την επίτευξη καλύτερου αισθητικού αποτελέσματος αποφασίστηκε η αποκατάσταση των ελλειμμάτων με επέμβαση ανόρθωσης προσθιο-έσω επιφάνειας των μηρών (thigh lift).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μετεχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή, με επώλυση των μηροβουβωνικών τομών και εξαιρετικό αισθητικό αποτέλεσμα. Η ασθενής ήταν πολύ ευχαριστημένη από το τελικό αισθητικό, αλλά κυρίως το λειτουργικό αποτέλεσμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ιδραδενίτιδα αποτελεί μία δυσάρεστη για τον ασθενή παθολογική κατάσταση. Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι συχνά η τελική έκβαση. Ο επαρκής χειρουργικός καθαρισμός είναι η απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή αποκατάσταση. Η αποκατάσταση των μηροβουβωνικών ελλειμμάτων με thigh lift αποτελεί εξαιρετική επιλογή, καθώς επιτυγχάνει άριστα λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα.

**269. ΑΜΦΩΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΣΕ ΔΟΤΡΙΑ ΩΑΡΙΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Δ. Πάλλης, Δ. Γεωργίου, Κ. Ρόζης, Γ. Γέμονας, Μ. Παραφόρου, Α. Μητσόκαλης, Α. Μισαηλίδης

*Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού σε δότρια ωαρίων με αμφωτερόπλευρη οστεονέκρωση μηριαίας κεφαλής.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 31 ετών με προοδευτικό επιδεινωμένο αμφωτερόπλευρο άλγος ισχίου, με ελεύθερο ιστορικό, χωρίς τραυματισμό και με ελεγχόμενη διέγερση ωοθηκών προ 9μήνου. Διενεργήθηκε MRI ισχίων όπου διαπιστώθηκε αμφωτερόπλευρη οστεονέκρωση μηριαίων κεφαλών. Ακολούθηθηκε περαιτέρω παρακλινικός έλεγχος όπου ήταν αρνητικός για φλεγμονή, δυσλιπιδαιμία, αιμοσφαιρινοπάθειες, αυτοάνοσα νοσήματα, μεταβολικά νοσήματα, χρόνια ηπατική νόσο, διαταραχές πήξεως κ.α..

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αρχική αντιμετώπιση ήταν συντηρητική με αποφόρτιση και απλά παυσίπονα. Η ασθενής 17 μήνες μετά υποβάλλεται σε αμφωτερόπλευρη ολική αρθροπλαστική ισχίου λόγω επιδεινούμενης κλινικής εικόνας.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Σε οστεονέκρωση μηριαίας κεφαλής η αμφωτερόπλευρη εντόπιση μπορεί να φτάσει ως το 75% των περιπτώσεων. Η πρώτη διάγνωση απαιτεί υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας και εγρήγορσης, λόγω των άτυπων συμπτωμάτων και της χαμηλής ευαισθησίας της ακτινογραφίας. Η τεχνική της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών, με αποτέλεσμα συνήκεις αυξημένης πηκτικότητας και με πιθανό επακόλουθο την οστεονέκρωση.

**271. ΥΠΟΠΛΑΣΙΑ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ROLAND: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Κ. Γαστεράτος<sup>1</sup>, Θ. Κούκουρας<sup>2</sup>, Δ. Τρούσας<sup>3</sup>  
*<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας, <sup>2</sup>Άγροτικός Ιατρός, Φυλακές Κέρκυρας, <sup>3</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή ενός σπάνιου συνδρόμου, το παθογένεση της νόσου, η παρουσίαση περιστατικών, η ανάδειξη του τρόπου συστηματικής διερεύνησης για ανίχνευση επιμέρους συνοδών ανωμαλιών, οι χειρουργικές μέθοδοι και τεχνικές αποκατάστασης της συμμετρίας του μαστού.

**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας σχετικής με το θέμα, μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων Medline, Google Scholar και του Συνδέσμου Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL-Link) με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: σύνδρομο Roland, απλασία / υποπλασία μαστού, μμοδερματικός κρημνός πλατέος ραχιαίου, ένθεμα σιλικόνης, σύνδρομο Klippel-Feil, σύνδρομο Moebius, σύνδρομο Sprengel  
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ενδελεχής εξέταση ασθενούς με σύνδρομο Roland στο τακτικό ιατρείο, η ενημέρωση και εκπαίδευσή του για το σύνδρομο και τις διαθέσιμες επιλογές αντιμετώπισης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το σύνδρομο Roland είναι μία σπάνια συγγενής δυσπλασία του θωρακικού τοιχώματος που απαντάται σε συχνότητα από 1:7.000 έως 1:100.000 γεννήσεις. Οφείλεται στη διακοπή της αιματικής ροής στην υποκλείδιο αρτηρία κατά την εμβρυογένεση. Χαρακτηρίζεται από υποπλασία ή απλασία του μαστού και/ή της θηλής, υποπλασία του υποδόριου λίπους στο θωρακικό τοίχωμα, υποπλασία ή απλασία του μείζονος και/ή ελάσσονος θωρακικού μύος, ανωμαλίες των πλευρών (ταξινόμηση βαρπάρτας κατά Foucras). Ενίοτε συνυπάρχει βραχυσυνδασκτυλία, ενώ σπανιότερα καρκίνου του μαστού, δεξιοκαρδία, νεφρικές ανωμαλίες, σύνδρομο Moebius, σύνδρομο Klippel-Feil και σύνδρομο Sprengel. Η πλαστική αποκατάσταση περιλαμβάνει ποικιλία μεθόδων: μμοδερματικό κρημνμό πλατέος ραχιαίου μύος με ή χωρίς πρόθεση σιλικόνης και με τη χρήση δερματοστιξίας (tattoo) για τη δημιουργία του συμπλέγματος θηλής – άλω αποτελεί τη συχνότερη επιλογή κυρίως για γυναίκες με απλασία του μαστού. Επίσης, χρησιμοποιούνται: διατατήρες ιστών τύπου Becker, εγκάρσιος μμοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μύος (TRAM flap), ελεύθερος κρημνός εν τω βάθει επιγαστρικών αγγείων (DIEP flap), θωρακοπλαστική με οστικά μοσχεύματα πλευρών, αυτόλογη μεταμόσχευση λίπους / βλαστοκυττάρων (fat grafting / lipomodelling / lipofilling).

## 272. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Κ. Παππάς, Δ. Μελάς, Μ. Θεοδωρακοπούλου, Κ. Δούλη, Ε. Κυριοπούλου, Δ. Τσούτσος  
Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, Μονάδα Εγκαυμάτων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σχετιζόμενη με το έγκαυμα οξεία νεφρική βλάβη (ONB) παραδοσιακά ταξινομείται σε πρώιμη (κατά την αρχική φάση αναζωογόνησης) λόγω υπογκαιμίας, μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας και αύξησης των φλεγμονωδών μεσολαβητών και όψιμη (μετά τις 4 πρώτες ημέρες) λόγω σήψης, υπερφόρτωσης με υγρά ή νεφροτοξικών φαρμάκων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση των τεχνικών θεραπείας νεφρικής υποκατάστασης (ΘΝΥ) σε εγκαυματίες με ONB ως προς τη διαχείριση και έκβαση τους.

**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσιάζεται η πρόσφατη εμπειρία από την εφαρμογή τεχνικών ΘΝΥ σε εγκαυματίες με βαριά ONB στη Μονάδα Εγκαυμάτων του ΓΝΑ "Γ. Γεννηματάς" από τον Αύγουστο του 2016 έως σήμερα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ONB αποτελεί συχνή και πολύ σοβαρή επιπλοκή των εγκαυμάτων. Η θνητότητα των εγκαυματιών αυξάνεται με την εμφάνιση της ONB και βαίνει αυξανόμενη σχεδόν γραμμικά ανάλογα με τη βαρύτητα αυτής. Πάντως, η τεχνική συνεχούς νεφρικής υποκατάστασης (συνεχής φλεβο-φλεβική αιμοδιαδιήθηση) παρέχει αρκετά πλεονεκτήματα, όπως τη σταδιακή απομάκρυνση υγρών και διαλυτών ουσιών (η οποία παρέχει μεγαλύτερη αιμοδυναμική σταθερότητα) και τη συνεχή και ακριβή τιτλοποίηση υγρών και μεταβολιτών χωρίς περιορισμό της θρεπτικής υποστήριξης. Επίσης, επιτρέπει την αποβολή επιβλαβών κυτταροκινών επί σήψης και της μυσσφαιρίνης επί ραβδομυόλυσης μέσω της αιμοδιήθησης καθώς και την απομάκρυνση του ιωδίου που θρομβίζεται λόγω της τοπικής θεραπείας, ουσίες που παραδοσιακά δεν καθαίρονται με την κλασική διαλείπουσα αιμοκάθαρση. Μειονεκτεί έναντι της διαλείπουσας αιμοκάθαρσης στην ανάγκη χορήγησης αντιπηξίας (αυξημένη αιμορραγική διάθεση των εγκαυματικών τραυμάτων) και συνεχούς ιατρο-νοσηλευτικής παρακολούθησης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τη βέλτιστη τεχνική ΘΝΥ, το χρόνο έναρξης ή τη δόση θεραπείας, πάντως η συνεχής ΘΝΥ φαίνεται να υπερφέρει στους βαρέως πάσχοντες εγκαυματίες λόγω συχνής συνύπαρξης αιμοδυναμικής αστάθειας, εξελισσόμενη μεταβολικής οξέωσης και ανάγκης μεγάλης αφαίρεσης υγρών.

## 273. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΜΕΛΑΝΩΤΙΚΟΥΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥΣ ΚΕΦΑΛΗΣ-ΤΡΑΧΗΛΟΥ: ΤΡΙΕΤΗΣ ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Κ. Γαστεράτος, Ε. Δουίτσης

Γ.Ν. Κέρκυρας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση των χειρουργικών αποτελεσμάτων μίας σειράς ασθενών με μη μελανωτικούς καρκίνους του δέρματος της κεφαλής και τραχήλου, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε πλαστική αποκατάσταση με δερματικά μοσχεύματα ολικού πάχους (ΔΜΟΠ). Η δότρια περιοχή ήταν ο υπερκλείδιος βόθρος.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη ήταν αναδρομική μεταξύ των ετών 2015 και 2018. Πραγματοποιήθηκε στατική ανάλυση των ασθενών με το λογισμικό SPSS και κατηγοριοποίηση τους σε ομάδες ανάλογα με τους δημογραφικούς παράγοντες, τον τύπο του δερματικής βλάβης (ακτινική κεράτωση, βασικοκυτταρικός, ακανθοκυτταρικός καρκίνος, μελαγχρωματικό σπίλοι, κτλ), εντόπιση της βλάβης, μακροσκοπικά χαρακτηριστικά της βλάβης (ασυμμετρία, όρια, χρώμα, διάμετρος), συνοδές παθήσεις, λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα βάσει αντικειμενικών κριτηρίων. Χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια ασθενών: δείκτης δερματικού καρκίνου (Skin Cancer Index, SCI), κλίμακα Rosenberg για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης, δείκτης ποιότητας ζωής (Dermatology Life Quality Index, DLQI), κλίμακα Derriford DAS24/59 για την εμφάνιση. Επίσης, πραγματοποιήθηκε έλεγχος των ιστολογικών πορισμάτων για το αν η βλάβη αφαιρέθηκε επί υγιών ή μη οριών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν άνδρες από 60 έως 75 ετών. Οι ασθενείς έκριναν τα αποτελέσματα της λειτουργικής και αισθητικής αποκατάστασης ικανοποιητικά έως πολύ καλά. Μόνο ένα ΔΜΟΠ εμφάνισε μερική νέκρωση, η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Στη μελέτη μας, η χρησιμοποίηση ΔΜΟΠ από την υπερκλείδια χώρα ως δότρια περιοχή ήταν ασφαλής μέθοδος επανόρθωσης των δερματικών ελλειμμάτων και πραγματοποιήθηκε με τοπική αναισθησία χωρίς διεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά συμβλήματα. Η χρήση ερωτηματολογίων ασθενών καθιστά την αξιολόγηση των χειρουργικών αποτελεσμάτων αντικειμενική και συγκρίσιμη με άλλες μελέτες.

## 274. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΓΚΑΥΜΑ

Χ. Χαρίτος, Μ. Θεοδωρακοπούλου, Ε. Κυριοπούλου, Κ. Παππάς, Κ. Δούλη, Λ. Τσελώνη, Δ. Τσούτσος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής, Κέντρο Αναφοράς Μελανωμάτων και Εγκαυμάτων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στις ΗΠΑ υπολογίζονται περίπου 45 θάνατοι το χρόνο, από έγκαυμα, ανά 1.000.000 κατοίκους. Παρά την πρόοδο στην αντιμετώπιση των ασθενών με έγκαυμα τα τελευταία χρόνια, σε εξειδικευμένες μονάδες, τα μεγάλης έκτασης εγκαύματα συνεχίζουν να έχουν υψηλή θνητότητα. Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι να παρουσιαστούν οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου καθώς και τα μοντέλα πρόγνωσης της θνητότητας των ασθενών με έγκαυμα, που χρησιμοποιούνται στη λήψη αποφάσεων από τους θεράποντες, καθώς και να αναδειχθεί η προγνωστική αξία της τιμής της αλβουμίνης πλάσματος, την πρώτη και την έβδομη μέρα μετά το έγκαυμα.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήσαμε σε 47 εγκαυματίες που νοσηλεύτηκαν στη νέα μονάδα εγκαυμάτων του νοσοκομείου μας, τα επίπεδα αλβουμίνης, κατά την εισαγωγή τους (μέρα: πρώτη) και την πρώτη εβδομάδα (μέρα: τρίτη και έβδομη) στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών και προσπαθήσαμε να τα συσχετίσουμε την πρόγνωση τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διαπιστώσαμε ότι σε όσους το επίπεδο της αλβουμίνης ήταν κατά την εισαγωγή πάνω από 3 g/dL ή έφτανε σε αυτό το επίπεδο εντός μίας εβδομάδος, η πρόγνωση ήταν στατιστικά καλύτερη από όσους ήταν κάτω από 3 g/dL.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υπάρχει μια πληθώρα παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την τελική έκβαση της εγκαυματικής νόσου, όπως το ατομικό ιστορικό, η ύπαρξη εισπνευστικού εγκαύματος, η έκταση και το είδος του εγκαύματος, καθώς και η ύπαρξη συνοδών κακώσεων και τραυματισμών. Ένας από τους δείκτες που δεν έχει ευρέως μελετηθεί έως σήμερα είναι το επίπεδο της αλβουμίνης στην πρώτη μέρα και την πρώτη εβδομάδα μετά το έγκαυμα. Θα παρουσιαστεί και θα συζητηθεί με λεπτομέρεια η επίδραση καθενός από αυτούς τους παράγοντες στην πρόγνωση των ασθενών με έγκαυμα και η ιδιαίτερη σημασία των επιπέδων αλβουμίνης στην επιβίωση των εγκαυματιών.

## 275. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

**276. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΙΝΩΔΟΛΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΙΣ ΚΡΑΝΙΟΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΡΘΟΓΝΑΘΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ**

Κ. Σιώτου<sup>1</sup>, Χ. Σιώτος<sup>2</sup>, G. Rosson<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Department of Plastic & Reconstructive Surgery, Johns Hopkins University

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η χρήση ινωδολυτικών φαρμάκων σε κρανιοπροσωπικές και ορθογναθικές επεμβάσεις τυγχάνει ευρείας υποστήριξης. Παρόλα αυτά τα στοιχεία είναι αμφιλεγόμενα και περιορισμένα λόγω του μειωμένου δείγματος δημοσιευμένων ερευνών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση των δεδομένων σχετικά με το ρόλο της χορήγησης, ινωδολυτικών φαρμάκων (π.χ. τρανεξαμικού οξέος, απρωτινίνης, αμινοκαπροικού οξέος) προεγχειρητικά και διεγχειρητικά, στην κρανιοπροσωπική και ορθογναθική χειρουργική.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ερευνήσαμε συστηματικά τις παρακάτω βάσεις ως τον Ιανουάριο του 2018: PubMed, Scopus, Google Scholar, σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA. Εξαγάγαμε πληροφορίες που μας ενδιέφεραν, συμπεριλαμβανομένων της διεγχειρητικής απώλειας αίματος, όγκου μεταγγίσεων, της χρονικής διάρκειας της επέμβασης, και της μετεγχειρητικής παραμονής στο νοσοκομείο. Έπειτα πραγματοποιήσαμε μετά-ανάλυση και ανάλυση ευαισθησίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ανχνεύσαμε 15 εργασίες περισσότερες από 780 ασθενείς συνολικά. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η χρήση ινωδολυτικών φαρμάκων οδήγησε με στατιστικά σημαντική μικρότερη απώλεια αίματος (MD=-67.57 ml/kg, 95% CI[-92.38, -42.76], p < 0.001) και μεταγγίσεων αίματος (MD=-36.43 ml/kg, 95% CI[-54.95, -17.91], p < 0.001). Επίσης, συνέβαλαν, αν και με μη στατιστικά σημαντική διαφορά, στη μείωση της διάρκειας των χειρουργείων (MD=-3.10 min, 95% CI [-9.99, 3.78], p=0.38) καθώς και του χρόνου μετεγχειρητικής παραμονής (MD=-0.4 days, 95% CI [-0.93, 0.13], p=0.14).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα υπάρχοντα στοιχεία υποστηρίζουν την χρήση ινωδολυτικών φαρμάκων με στόχο τη μείωση απώλειας αίματος και ανάγκης μεταγγίσεων. Η χρήση τους μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα και θεωρητικά να μειώσει το κόστος του χειρουργείου και της νοσηλείας.

**278. ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑ ΜΕΣΚΕΛ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.**

Σ. Ταξίμη<sup>1</sup>, Π. Πατιάς<sup>1</sup>, Κ. Κατσαρός<sup>1</sup>, Ι. Μασσαλής<sup>1</sup>, Γ. Κωνσταντουδάκης<sup>1</sup>, Γ. Ευθυμίου<sup>1</sup>, Μ. Βώσσου<sup>2</sup>, Π. Γκανάς<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Αργολίδας - Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Αργολίδας - Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκκολπμάτωση Meckel, αποτελεί νοσολογική οντότητα όχι ιδιαίτερα συχνή στους υπερήλικες με επίπτωση στο γενικό πληθυσμό 2%. Σκοπός της εργασίας μας είναι η αναδρομική παρουσίαση δυο περιστατικών εκκολπμάτωσης Meckel με διαφορετική κλινική εικόνα που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας.

**ΥΛΙΚΟ:** Δύο υπερήλικες γυναίκες, 91 και 74 ετών, νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας με μεκκέλιο απόφωση, η μία ανευρέθη ως τυχαίο εύρημα σε λαπαροτομία και η δεύτερη με συμπτώματα ατελούς απόφραξης λεπτού εντέρου.

**Περίστατικό Ι:** Ασθενής 91 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ Χ/Κ λόγω αναστολής αερίων και κοπράνων από 10ημέρου με εικόνα ειλεού παχέος εντέρου οφειλόμενο σε σα σημοειδούς κόλου, περιστατικό που χειρουργήθηκε επειγόντως. Η μεκκέλιος ήταν τυχαίο εύρημα στην λαπαροτομία για την κύρια νόσο.

**Περίστατικό ΙΙ:** Ασθενής 74 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ Χ/Κ λόγω χρόνιου κολλοειδούς άλγους κάτω κοιλίας, συνοδευόμενο από αιμορραγία κατώτερου πεπτικού από 7 ημέρου με πτώση του Ht κατά 10 μονάδες και εικόνα ατελούς ειλεού στον απεικονιστικό έλεγχο. Χειρουργήθηκε με την ένδειξη: ειλεός λεπτού εντέρου. Η ασθενής υπεβλήθη σε προεγχειρητικό CT SCAN κοιλίας που δεν ανέδειξε το υποκείμενο αίτιο του ειλεού (μεκκελίτιδα).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Αμφότερες οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε εκτομή του εκκολπώματος ακολουθούμενη από συρραφή του ειλεού κατά Heine- Miculitz σε ένα στρώμα με PDS 3/0. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν άριστη κι εξήλθαν του Νοσοκομείου την 5η Μετεγχειρητική ημέρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το εκκόλπωμα Meckel δεν είναι συχνό εύρημα στους υπερήλικες Σε συμπτωματικούς ασθενείς όμως θα πρέπει να μπαίνει στη διαφοροδιάγνωση και να αναζητάται από τους χειρουργούς ως αίτιο ειλεών ή αιμορραγιών στις ερευνητικές λαπαροτομίες.

**277. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΤΡΗΘΕΝΤΟΣ ΕΛΚΟΥΣ 12/ΛΟΥ**

Ι. Δασκαλάκης, Κ. Αννούσης, Χ. Ματαλλιωτάκη, Χ. Καραγιάννη, Ι. Προκοπάκης, Ε. Δέσης, Φ. Ψαράκης, Ε. Κουμντάκης, Θ. Κούνουνας, Ν. Μουδατσάκης  
 Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διάτρηση πεπτικού έλκους αποτελεί επείγον στη γενική χειρουργική. Η επιπλοκή της διάτρησης συμβαίνει στο 5-10% των περιπτώσεων έλκους 12/λου, και 2-5% των περιπτώσεων έλκους στομάχου. Υπάρχει δυνατότητα συντηρητικής αντιμετώπισης, ωστόσο η θεραπεία εκλογής είναι χειρουργική, με λαπαροσκοπική ή ανοικτή μέθοδο. Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να παρουσιάσει την εμπειρία μας στην χειρουργική αντιμετώπιση διατρηθέντων ελκών στο πρόσθιο τμήμα του δωδεκαδακτύλου με λαπαροσκοπική μέθοδο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τα τελευταία 3 έτη, 5 ασθενείς άνδρες νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας λόγω διάτρησης πρόσθιου τοιχώματος 12/λου. Όλοι οι ασθενείς οδηγήθηκαν στο χειρουργείο όπου έγινε λαπαροσκοπική συρραφή της διάτρησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Όλοι οι ασθενείς είχαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Παρατηρήθηκε μηδενική μετεγχειρητική θνητότητα. Ο μέσος όρος νοσηλείας ήταν 8 ημέρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ενώ μελέτες δείχνουν ότι όσον αφορά την λαπαροσκοπική έναντι της ανοικτής συρραφής δεν υπάρχουν διαφορές στην θνητότητα και στις επιπλοκές από το αναπνευστικό, φαίνεται ότι η λαπαροσκοπική συρραφή μειώνει το μετεγχειρητικό άλγος και την διάρκεια της νοσηλείας. Πάντως για την ασφαλή αντιμετώπιση των ασθενών είναι απαραίτητη η λαπαροσκοπική χειρουργική εμπειρία.

**279. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ FOURNIER**

Γ. Ζάχαρης<sup>1</sup>, Π. Δημητρίου<sup>1</sup>, Ν. Ζάχαρη<sup>2</sup>, Χ. Πότσιος<sup>3</sup>, Π. Ξαπλαντέρη<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, <sup>2</sup>Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο, <sup>3</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ανατολικής Αχαΐας, <sup>4</sup>Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η γάγγραινα Fournier ή κεραυνοβόλος γάγγραινα είναι νεκρωτική απονευρωσίτιδα των έξω γεννητικών οργάνων που οφείλεται σε φλεγμονή του ουρογεννητικού συστήματος και της ορθοπρωκτικής περιοχής. Σκοπός της παρούσας μελέτης η καταγραφή ασθενών με ψυχιατρικά νοσήματα και γάγγραινα Fournier που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και αντιμετωπίστηκαν στη Χειρουργική Κλινική το έτος 2017.

**ΥΛΙΚΟ:** Το 2017 αντιμετωπίστηκαν δύο ασθενείς με γάγγραινα Fournier, ηλικίας 49 και 87 ετών αντίστοιχα. Και οι δύο με ιστορικό ψυχωσικής συνδρομής, ενώ ο πρώτος έπασχε ταυτόχρονα και από σακχαρώδη διαβήτη. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο και αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό και λήψη ciprofloxacin και metronidazole.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την προσέλευση στο ΤΕΠ οι ασθενείς παρουσίαζαν έντονη φλεγμονώδη αντίδραση περιπρωκτικά με εικόνα αποστήματος, νέκρωσης του δέρματος και κρηγμό που επεκτεινόταν ως το περίνεο. Εργαστηριακά ευρήματα: λευκοκυττάρωση, υψηλή CRP. Διενεργήθηκε επείγουρας χειρουργικός καθαρισμός. Ο δεύτερος ασθενής κατά τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα παρουσίασε δύσπνοια αναπνευστικής αιτιολογίας που αντιμετωπίστηκε με ipratropium bromide, budesonide και bromhexine.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η νόσος απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση με αντιβιοτική αγωγή και εκτενή χειρουργικό καθαρισμό, ώστε να μειωθεί σημαντικά η θνητότητά της. Στις μέρες μας η γάγγραινα Fournier θεωρείται ότι αφορά ηλικιωμένους και εξασθενημένους ασθενείς και δεν είναι ιδιοπαθής. Στη δική μας μελέτη και οι δύο ήταν ασθενείς με ψυχιατρικά νοσήματα και ο ένας έπασχε επιπλέον από σακχαρώδη διαβήτη. Η πηγή της λοίμωξης ήταν και στους δύο περιεδρικό απόστημα. Η πρόγνωση εξαρτάται από την ηλικία, την έκταση της βλάβης, τις υποκείμενες παθήσεις, την αιτιολογία.



## 280. ΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

Σ. Χατζηβασιλείου<sup>1</sup>, Β. Δαρνομήλη<sup>2</sup>, Π. Μυριανθεύς<sup>3</sup>, Θ. Μαριόλης-Σπασάκος<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Φοιτήτρια Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, <sup>3</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των περιστατικών που διακομίστηκαν στη Χειρουργική Κλινική του Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» με τραύμα και η ανάλυση του είδους των κακώσεων.

**ΥΛΙΚΟ:** Καταγράφηκαν οι ασθενείς που διακομίστηκαν στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου μεταξύ Ιανουαρίου - Νοεμβρίου 2013.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καταγράφηκαν 858 περιστατικά ηλικίας από 5-85 έτη (524 άνδρες, 61,1%). Το κυριότερο αίτιο επίσκεψης στο ΤΕΠ είναι οι πτώσεις και τροχαία ατυχήματα (>60%). Η πλειονότητα των βαρέων περιστατικών διακομίστηκαν από το ΕΚΑΒ (39%) και γεωγραφικά αφορούσε τη Δυτική Αττική, την νησιωτική και το Νότιο τμήμα της Ελλάδας (22%). Στον πίνακα φαίνεται η κατανομή των ασθενών ανάλογα με το αίτιο και την ηλικιακή ομάδα.

Αίτια	Ηλικία (έτη)		
	15-40 (%)	41-60 (%)	>60 (%)
Πτώση από δίκυκλο	17 (5,3)	14 (5,6)	2 (0,8)
Πτώση από κλίμακα, ύψος	31 (9,6)	43 (17,3)	57 (23,3)
Πτώση εξ' εδίου ύψους	21 (6,5)	51 (20,5)	99 (40,4)
Συμμετακτά τραύματα, τραύματα σύνθλιψης	6 (1,9)	0 (0)	2 (0,8)
Τραυματισμοί ποδηλατών	3 (0,9)	2 (0,8)	1 (0,4)
Τροχαία αγνώστου αιτιολογίας	17 (5,3)	29 (9)	9 (3,7)
Τροχαία με μηχανή	72 (22,3)	34 (13,7)	12 (4,9)
Τροχαία με ΙΧ	30 (9,3)	25 (10)	7 (2,9)
Τροχαία ως πεζός	10 (3,1)	12 (4,8)	12 (4,9)
Τραυματισμοί σε αθλοπαίδες	10 (3,1)	1 (0,4)	0 (0)
Άλλα τραυματισμοί	14 (4,3)	15 (6)	9 (3,7)
Πνευμοθώρακας	9 (2,8)	0 (0)	4 (1,6)
Αυτοραυματισμοί, απόπειρες αυτοκτονίας	1 (0,3)	2 (0,8)	1 (0,4)
Ξυλοδαρμοί	49 (15,2)	14 (5,6)	12 (4,9)
Τραυματισμός από πυροβόλα όπλα ή από νύσσον και τέμνον όργανο	4 (1,2)	1 (0,4)	0 (0)
Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις	6 (1,9)	2 (0,8)	9 (3,7)
Δείγμα κυνός	5 (1,5)	1 (0,4)	1 (0,4)
Κακώσεις άνω άκρων	9 (2,8)	5 (2)	4 (1,6)
Μη κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις κεφαλής	8 (2,5)	5 (2)	2 (0,8)
Εγκαύματα	0 (0)	2 (0,8)	0 (0)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι πτώσεις και τροχαία αποτελούν το κύριο αίτιο προσέλευσης στην χειρουργική κλινική του Νοσοκομείου με διαφοροποιήσεις ως προς την ηλικιακή ομάδα.

## 282. ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΚΑΙ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΛΑ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ, ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χ. Τζιουβάρας, Θ. Λιγωμένου, Κ. Γαρέφης, Α. Τζήκας, Γ. Σκούμης, Χ. Χριστοφοράκης, Χ. Δεμερτζίδης

Χειρουργική κλινική Γ.Ν. Ημαθίας – Υ.Μ. Βέροιας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο πνευμοθώρακας έχει συσχετισθεί στενά με μια ποικιλία ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλαγών, οι οποίες παρουσιάζονται και σε ισχαιμία του μυοκαρδίου. Υπάρχουν αρκετές αναφορές στην διεθνή βιβλιογραφία για ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές, οφειλόμενες σε πνευμοθώρακα, που εκλήφθηκαν και αντιμετωπίστηκαν αρχικά ως ισχαιμία του μυοκαρδίου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μιας σπάνιας και εξαιρετικά επείγουσας κατάστασης παράλληλης συνπαρήξης πνευμοθώρακα και εμφράγματος του μυοκαρδίου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας 55 ετών προήρθε στα Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου, αιτώμενος δύσπνοια και θωρακικό άλγος. Κλινικά παρουσίαζε μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα στο αριστερό ημιθώρακιο. Ο ασθενής είχε ελεύθερο ιστορικό. Από τον ακτινογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε πνευμοθώρακας αριστερά. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα παρουσίαζε ανύψωση του διαστήματος ST στις V1 -V6, εξάλειψη των R και block αριστερού σκέλους. Οι αλλοιώσεις αυτές του ΗΚΓ αποδόθηκαν αρχικά στην ύπαρξη πνευμοθώρακα. Από τον βιοχημικό έλεγχο διαπιστώθηκε η ύπαρξη αυξημένων τιμών στα καρδιακά ένζυμα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής οδηγήθηκε στο Χειρουργείο όπου τοποθετήθηκε θωρακοσωλήνας (Bullau). Παρά την έκπτυξη του πνεύμονα οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις συνέχισαν να υφίστανται. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές στον πνευμοθώρακα παρομοιάζουν με αυτές της ισχαιμίας του μυοκαρδίου, αλλά εξαλείφονται όταν αρθεί το αίτιο που τις προκάλεσε (πνευμοθώρακας). Συνεπεία των παραπάνω ο ασθενής κατέληξε στην Στεφανιαία Μονάδα όπου αντιμετωπίστηκε ως οξύ εμφράγμα του μυοκαρδίου. Ο θωρακοσωλήνας αφαιρέθηκε την 5η ημέρα και ο ασθενής εξήρθε από τη στεφανιαία μονάδα μετά από στεφανιογραφία και τοποθέτηση stend στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας και νοσηλεύτηκε για 3 ακόμα ημέρες σε θάλαμο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παράλληλη συνπαρήξη πνευμοθώρακα και εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι μια ενδιαφέρουσα και σπάνια συναντώμενη επείγουσα κατάσταση, κατά την οποία ο κλινικός ιατρός μπορεί εύκολα να παραπλανηθεί και να χαθεί πολύτιμος χρόνος.

## 281. ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΚΤΙΝΙΚΗΣ ΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑΣ

Κ. Αννούσης, Ι. Δασκαλάκης, Χ. Ματαλλιωτάκη, Χ. Καραγιάννη, Ι. Προκοπάκης, Ε. Δέτσας, Φ. Ψαράκης, Ε. Κουμεντάκης, Θ. Κούνουνας, Ν. Μουδατσάκης

Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Αγίου Νικολάου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι περισσότερες περιπτώσεις ακτινικής εντερίτιδας είναι αποτέλεσμα θεραπευτικής ακτινοβολήσης της κοιλίας. Σήμερα με τις υπάρχουσες τεχνικές έχει περιοριστεί η βλάβη του δέρματος αλλά έχει αυξηθεί η βλάβη των εν τω βάθει ιστών και του γαστρεντερολογικού συστήματος. Ο ειλεός συνεπεία ακτινικής εντερίτιδας ταλαιπωρεί όχι μόνο τον άρρωστο αλλά και τον χειρουργό που θα κληθεί να τον αντιμετωπίσει.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Την τελευταία 3ετία νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας 8 ασθενείς (6 γυναίκες και 2 άνδρες) λόγω αποφρακτικού ειλεού λεπτού εντέρου. Οι γυναίκες είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία και ακτινοβολία μετά από γυναικολογική επέμβαση για κακοήθεια έσω γεννητικών οργάνων ενώ οι άνδρες είχαν υποβληθεί σε ακτινοβολία μετά από χειρουργηθέν Ca προστάτου. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε αξονική τομογραφία που ανέδειξε ειλεό και ακτινική εντερίτιδα. Σε 1 γυναίκα διαπιστώθηκε υποτροπή της νόσου, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς διεγνώσθησαν ελεύθεροι νόσου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς αρχικά αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με τοποθέτηση Lewin, διακοπή σίτισης, ενυδάτωση με υγρά και ηλεκτρολύτες και αντιβιοτική αγωγή. 5 ασθενείς (4 γυναίκες και 1 άνδρας) πήραν εξιτήριο μετά από 10 ημέρες περίπου σε καλή γενική κατάσταση, ενώ οι υπόλοιποι 3 λόγω επιδείνωσης των συμπτωμάτων χειρουργήθηκαν. Σε 2 από αυτούς έγινε εργώδης συμφοροσίωση, και πήραν εξιτήριο μετά από 15 ημέρες ενώ στη γυναίκα με υποτροπή της νόσου έγινε εντερεκτομή. Η ασθενής απεβίωσε την 3<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο αποφρακτικός ειλεός συνεπεία ακτινικής εντερίτιδος είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζεται συντηρητικά και μόνο επί επιδείνωσης να οδηγούνται οι ασθενείς στο χειρουργείο.

## 283. ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ Η ΕΝΔΕΔΙΓΜΕΝΗ ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΛΙΘΙΑΣΙΑΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ;

Β. Καράμπας<sup>1</sup>, Μ. Καρδαρά<sup>1</sup>, Γ. Κοττάκης<sup>1</sup>, Δ. Δαφειροπούλου<sup>2</sup>, Ε. Δήμου<sup>1</sup>, Α. Πάντος<sup>1</sup>, Μ. Τζεφεράκος<sup>1</sup>, Γ. Κωστούλας<sup>1</sup>, Π. Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Γ. Κότσαλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», <sup>2</sup>Αιματολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π «Μεταξά»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η (λαπαροσκοπική) χολοκυστεκτομή και εναλλακτικά η ERCP ακριβώς κατά την αποδρομή των οξέων συμπτωμάτων της οξείας λιθιασικής παγκρεατίτιδας, έχει καταδειχθεί ως η επιθυμητή θεραπευτική προσέγγιση στην διαδικασία αντιμετώπισης της νόσου με ξεκάθαρα πλεονεκτήματα έναντι άλλων τακτικών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση του εύρους εφαρμογής αυτής της στρατηγικής και η αναγνώριση αιτιών που την δυσχεραίνουν.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναλύθηκαν τα δεδομένα των ηλεκτρονικών καταγραφών των νοσηλευθέντων στο τμήμα μας για περίοδο 24 μηνών με τη χρήση των λέξεων κλειδιών: παγκρεατίτιδα, χολοκυστεκτομή και ERCP στις κλινικές διαγνώσεις εισαγωγής, στη βάση αναδρομικής μελέτης. Εξαιρέθηκαν οι μετά από ERCP παγκρεατίτιδες, οι παγκρεατίτιδες διαφορετικής αιτιολογίας από την λιθίαση, οι σοβαρές λιθιασικές παγκρεατίτιδες καθώς και όλες οι παγκρεατίτιδες όπου διαγνώστηκε καρκίνος παγκρέατος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο χρονικό διάστημα των 2 ετών (2016-2018), νοσηλεύτηκαν στο τμήμα συνολικά 92 περιπτώσεις ήπιας, μη νεκρωτικής οξείας λιθιασικής οξείας παγκρεατίτιδας. Εφαρμόστηκε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή (καμία μετατροπή σε ανοικτή) σε 13 περιπτώσεις και σε άλλες 13 διενεργήθηκε σφιγκτηροτομή του φύματος Vater. Το ποσοστό της εν λόγω και ιδανικής προσέγγισης ήταν 28,2%. Ένας αριθμός 13(28,2%) ασθενών παρουσιάζουν μία ή και περισσότερες επανεισαγωγές με υποτροπή της παγκρεατίτιδας, αποφρακτικό ίκτερο ή οξεία χολοκυστίτιδα. Παράλληλα 8 (8,6%) ασθενείς παρουσιάζονται να έχουν υποβληθεί σε χολοκυστεκτομή σε χρονικό διάστημα πέρα των 2 μηνών από την αποδρομή του επεισοδίου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εφαρμογή των δύο ενδεδειγμένων θεραπευτικών λύσεων κατά ένα μέρος μόνο εφαρμόστηκε. Συγκριμένοι λόγοι, οι οποίοι εντοπίστηκαν απέτρεψαν από την τελική επίτευξη της κατάλληλης διαχείρισης.

**284. ΕΙΛΕΟΕΙΛΕΪΚΟΣ ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ ΑΠΟΤΟΚΟΣ ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΩ- ΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΑ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**

Χ. Τζιουβάρας, Κ. Γαρέφης, Θ. Λιγυμένου, Α. Τζήκας, Ν. Μήτσιος, Χ. Χριστοφοράκης, Α. Καρακλάς, Χ. Δεμερτζίδης  
Χειρουργική κλινική Γ.Ν. Ημαθίας – Υ.Μ. Βέροιας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι αμαρτωματώδεις πολύποδες στο λεπτό έντερο είναι σπάνιο εύρημα. Τα σύνδρομα της αμαρτωματώδους πολυποδίας περιλαμβάνουν το σύνδρομο Peutz-Jeghers και τη νεανική πολυποδίαση. Επίσης συναντώνται σε ασθενείς με την νόσο του Cowden, στα σύνδρομα Cronchite-Canada, Bannayan-Riley-Ruvulcaba και στο σύνδρομο των βασικοκυτταρικών σπύλων. Η συμπτωματολογία που συνοδεύει την ύπαρξη τους είναι οι διαταραχές του γαστρεντερικού (αύξηση των εντερικών κενώσεων, έμετοι), η αναιμία, η αιμορραγία από το ορθό και ο εγκολεασμός. Τα συμπτώματα αυτά κάνουν την εμφάνιση τους κυρίως σε νεαρή ηλικία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού ειλεο-ειλεϊκού εγκολεασμού απότοκου αμαρτωματώδους πολύποδα, σε μεσήλικα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 57 ετών, άνδρας, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σκληροειδεκτομής και πολυπεκτομής πολυπόδων παχέος εντέρου προ τετραετίας. Προσήρθε στα Τ.Ε.Π. αιτιώμενος διάχυτο κοιλιακό άλγος από 20ημέρου, σταδιακά επιδεινούμενο, με ανορεξία και επεισόδια αιματοχυσίας προ 10ημέρου. Είχε πραγματοποιήσει κολονοσκόπηση προ 5ημέρου, η οποία δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Στον ασθενή τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας που απέδωσε εντερικό περιεχόμενο. Διενεργήθηκε CT κοιλίας, από όπου προέκυψε εγκολεασμός λεπτού εντέρου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε ειλεο-ειλεϊκός εγκολεασμός οφειλόμενος σε μονήρη ενδοαυλικό πολύποδα. Εκτελέστηκε τμηματική εντερεκτομή του πάσχοντος λεπτού εντέρου μετά του πολυποειδούς μορφώματος και τελικο-τελική αναστόμωση. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή και εξήρθε την 7η μετεγχειρητική μέρα. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε ευμεγέθη αμαρτωματώδη πολύποδα του λεπτού εντέρου με ευρεία βάση, ο οποίος είχε εξαιρεθεί πλήρως.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο μονήρης αμαρτωματώδης πολύποδας στο λεπτό έντερο μεσήλικα ασθενούς, που δεν έπαχε από κανένα σύνδρομο αμαρτωματώδους πολυποδίας, συναντάται σπάνια στην διεθνή βιβλιογραφία. Θεραπεία εκλογής αποτελεί μόνο η χειρουργική εκτομή του, αφού οι αμαρτωματώδεις πολύποδες έχουν πολύ μικρό δυναμικό κακοήθους εξαλλαγής.

**285. ΠΝΕΥΜΟΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟ ΑΠΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΣΤΗΝ ΔΕΞΙΑ ΣΦΑΓΙΤΙΔΑ**

Χ. Τζιουβάρας, Κ. Γαρέφης, Θ. Λιγυμένου, Γ. Σκούμης, Χ. Χριστοφοράκης, Χ. Τσαχουρίδης, Α. Καρακλάς, Χ. Δεμερτζίδης  
Χειρουργική κλινική Γ.Ν. Ημαθίας – Υ.Μ. Βέροιας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι σφαγιτίδες φλέβες αποτελούν το δεύτερο συχνότερο σημείο καθετηριασμού και τοποθέτησης κεντρικής φλεβικής γραμμής μετά από την υποκλείδιο φλέβα. Προσφέρουν εύκολη πρόσβαση στην κεντρική κυκλοφορία και έχουν μικρότερο ποσοστό δημιουργίας πνευμοθώρακα, από ότι ο καθετηριασμός της υποκλείδιου. Εν τούτοις, συνοδεύονται από μεγαλύτερο ποσοστό μολύνσεων του καθετήρα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μιας σπάνιας επιπλοκής από την τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα στην σφαγιτίδα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα 72 ετών, προσήλθε στα Τ.Ε.Π. με κλινική εικόνα ατελούς ειλεού. Κατά την εισαγωγή της διενεργήθηκε CTκοιλίας. Διαπιστώθηκε διάταση ελικών λεπτού εντέρου και παρουσία γαστρογραφίνης μόνο στο λεπτό έντερο. Οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου διενεργήθηκε ερευνητική λαπαροτομία, συμφυσιόλυση, εντερεκτομή λόγω νέκρωσης τμήματος ειλεού εγκλωβισμένου σε εσωτερική κήλη και ειλεοειλεϊκή αναστόμωση. Διεγχειρητικά τοποθετήθηκε κεντρικός φλεβικός καθετήρας στην δεξιά σφαγιτίδα. Κατά την αποδιασωλήνωση η ασθενής παρουσίασε αιμοδυναμική αστάθεια και ταχεία κολπική μαρμαρυγή. Έγινε ανεπιτυχής προσπάθεια ανάρτησης της ταχυκαρδίας. Διενεργήθηκε αζονική θώρακα η οποία ανέδειξε την ύπαρξη πνευμοπερικάρδιου χωρίς να συνοδεύεται από πνευμοθώρακα. Εσπευσμένα η ασθενής οδηγήθηκε εκ νέου στο χειρουργείο όπου και διενεργήθηκε αριστερή πλάγια θωρακοτομή και διάνοιξη του περικαρδίου (περικαρδιακό παράθυρο). Αφαιρέθηκε ο φλεβικός καθετήρας από την σφαγιτίδα και τοποθετήθηκε θωρακοσωλήνας (Bullau). Στη συνέχεια οδηγήθηκε στην Μ.Ε.Θ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής παρέμεινε για νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. για 3 ημέρες. Η νοσηλεία της συνεχίστηκε στην Χειρουργική Κλινική, όπου την πέμπτη ημέρα αφαιρέθηκε ο θωρακοσωλήνας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το πνευμοπερικάρδιο, ως επιπλοκή από την τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα στις σφαγιτίδες και χωρίς την παράλληλη ύπαρξη πνευμοθώρακα ή αιμοθώρακα είναι μια πολύ σπάνια επιπλοκή και δεν συναντάται ευρέως στην Διεθνή βιβλιογραφία. Η αντιμετώπιση του πρέπει να είναι άμεση (περικαρδιακό παράθυρο) λόγω του καρδιακού επιπωματισμού που επιφέρει.

**286. ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ**

Κ. Μπουχανιέρ, Ε. Σολάκης, Α. Παντελής, Σ. Κλημόπουλος  
Β' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή θεωρείται η θεραπεία εκλογής για τις παθήσεις της χοληδόχου κύστης. Βλάβη του διαφράγματος μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι μια εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή και απαιτείται υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας για τη διάγνωση αυτής της κατάστασης που έχει ποικίλες κλινικές εικόνες και μπορεί να είναι απειλητική για τη ζωή.

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:** Μια γυναίκα 58 ετών, εισήχθη στο τμήμα επείγοντων περιστατικών του νοσοκομείου με οξεία δύσπνοια, πολλαπλά επεισόδια εμέτων, παραγωγικό βήχα και εμπύρετο από 3μέρου. Κατά την εισαγωγή η ασθενής ευρέθη εμπύρετη, χωρίς, δύσπνοια με έντονη κοιλιακή διάταση. Κατά την κλινική εξέταση, ο δεξιός πνεύμονας παρουσίαζε μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα κατά την εισπνοή ενώ η κοιλιά ήταν διατεταμένη με μειωμένους εντερικούς ήχους και περιτοναϊσμό. Από το παρελθόν ιστορικό αξίζει να αναφερθεί ότι η ασθενής είχε υποβληθεί σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή για χολολιθίαση προ 8 μηνών. Οι εξετάσεις αίματος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, ενώ τα αέρια αρτηριακού αίματος κατέδειξαν αυξημένα επίπεδα γαλακτικού οξέος και επηρεασμένη τιμή pO2. Η ακτινογραφία θώρακος αποκάλυψε ότι το δεξίο ημιθώρακιο ήταν πλήρως κατελυμένο από έντερο. (Εικ.1). Από την αζονική τομογραφία θώρακα, κοιλίας ευρέθη έλλειμμα στο δεξίο ημιδιάφραγμα με σημαντικό μέρος του εντέρου να προπίπτει δια του ελλείματος και να καλύπτει την δεξιά θωρακική κοιλότητα ενώ τα εγρήματα αυτά ήταν καινούρια μετά από σύγκριση με προσκομιζόμενη παλαιά αζονική τομογραφία.(Εικ.2). Η ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία η οποία αποκάλυψε ένα έλλειμμα στο διάφραγμα 10x2 cm εκτεινόμενο από την πρόσθια πλευρά του δεξιού ημιδιαφράγματος έως την πλαγιοπίσθια πλευρά. Σχεδόν όλο το λεπτό έντερο και μέρος του εγκάρσιου κόλου επεκτείνονταν στη δεξιά θωρακική κοιλότητα μέσω του ελλείματος ενώ το συνολό του προπίπτοντος εντέρου ήταν ισχυαμικό λόγω φλεβικής στάσης. Το τμήμα του λεπτού εντέρου και του εγκάρσιου κόλου που περιέχονταν στην κήλη παρασκευάστηκαν από τον πνεύμονα και τραβήχτηκαν στην περιτοναϊκή κοιλότητα ενώ έγινε συρραφή του διαφράγματος με ράμια Prolene 2-0 σε δύο στρώματα. Στη συνέχεια δύο συστήματα παροξέτευσης κενού τοποθετήθηκαν στη δεξιά θωρακική κοιλότητα και στη δεξιά υποδιαφραγματική περιοχή. Το κοιλιακό τοίχωμα συνεκλείσθη την επόμενη ημέρα αφού επιβεβαιώθηκε η βιωσιμότητα του εντέρου. Η ασθενής νοσηλεύτηκε στη ΜΕΘ για 11 ημέρες και εξήλθε από το νοσοκομείο 20 ημέρες μετά την επέμβαση σε καλή κλινική κατάσταση. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διαφραγματοκήλη μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι σπάνια και κλινικά μπορεί να εκδηλωθεί με περιτονίτιδα σε συνδυασμό με συμπτώματα αναπνευστικής δυσχέρειας.

**287. Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΤΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ**

Β. Μέγας<sup>1</sup>, Π. Αρεταίου<sup>2</sup>, Τ. Πολάτου<sup>3</sup>, Λ. Μέγας<sup>4</sup>, Ν. Ζωταλής<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Ν. Ιωνίας-Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο», <sup>2</sup>Τμήμα Μικροχειρουργικής-Άκρας Χειρός, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», <sup>3</sup>Οδοντιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν. Ιωνίας-Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο», <sup>4</sup>Φοιτητής

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το παραπληρωματικό νεύρο αποτελεί την XI εγκεφαλική συζυγία και δίνει νύδρωση στον τραπέζοειδή και στον στερνοκλειδομαστοειδή μυ, όπως επίσης στους μύες του λάρυγγα και φάρυγγα και τα θωρακικά και κοιλιακά σπλάχνα, διαμέσου του πνευμονογαστρικού νεύρου (x).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της εργασίας είναι η αναφορά στην αναγνώριση και προστασία του παραπληρωματικού νεύρου σε χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή του τραχήλου με την παρουσίαση δύο περιστατικών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατά την περίοδο 2001-2013 αντιμετώπιστηκαν στην Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γ.Ν. Νέας Ιωνίας 80 ασθενείς με χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή του τραχήλου, με ταυτόχρονη αναγνώριση και προστασία των κινητικών νεύρων της περιοχής, όπως το παραπληρωματικό και το υπογλώσσιο νεύρο. Από το υλικό αυτό επιλέχθηκαν για παρουσίαση δύο περιστατικά, εκ των οποίων το ένα αφορούσε άνδρα με κύστη τραχήλου και το άλλο γυναίκα με συγγενή δυσμορφία του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στο περιστατικό της κύστης του τραχήλου μετεγχειρητικά παρατηρήθηκε συμπτωματολογία νευροπραξίας του παραπληρωματικού νεύρου. Τα συμπτώματα παρήλθαν μετά 45 ημέρες. Στο δεύτερο περιστατικό δεν υπήρξε μετεγχειρητική επιπλοκή. Η χρήση του νευροδιεγέρτη έχει βοηθήσει σημαντικά στην αναγνώριση και προστασία των νεύρων της περιοχής, ενώ ταυτόχρονα έχει μειώσει τον χειρουργικό χρόνο.



**Εικόνα 1.** Ακτινογραφία θώρακος κατά την εισαγωγή στο ΤΕΠ. Ένα μεγάλο τμήμα του εντέρου έχει μεταφερθεί στο δεξίο ημιθώρακιο. **Εικόνα 2.** Αζονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας. Το δεξίο ημιδιάφραγμα παρουσιάζει μεγάλο χάσμα και ένα μεγάλο μέρος του λεπτού και του παχέος εντέρου έχει μεταφερθεί στο δεξίο ημιθώρακιο.

## 288. ΕΥΜΕΓΕΘΗ ΛΙΠΩΜΑΤΑ ΜΕΣΟΜΥΪΚΩΝ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ-ΤΡΑΧΗΛΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Κ. Γαστεράτος<sup>1</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>1</sup>, Γ. Κορδούσης<sup>2</sup>, Κ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας, <sup>2</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση σπάνιων περιστατικών εν τω βάθει λιπωμάτων τραχήλου, ανάδειξη του τρόπου ολοκληρωμένης προσέγγισης, διαφορικής διάγνωσης, αντιμετώπισης του ασθενούς, περιγραφή της χειρουργικής ανατομικής τραχήλου, της τεχνικής και παρουσίαση σχετικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ελληνικής - ξένης βιβλιογραφίας, μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων Medline, Google Scholar και του Συνδέσμου Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL-Link) με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: λιπώμα τραχήλου, νόσος Madelung ή καλοήγησ/πολλαπλή συμμετρική λιπωμάτωση ή σύνδρομο Launois-Bensaude.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε λιπώμα κεφαλής-τραχήλου και η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών ήταν ομαλή χωρίς άμεσες ή όψιμες επιπλοκές μετά από επανέλεγχο στους τέσσερις μήνες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα εν τω βάθει λιπώματα τραχήλου είναι σπάνια στη βιβλιογραφία με τα λιπώματα μεταξύ μυϊκών διαστημάτων να υπολογίζονται σε λιγότερο από 2% όλων των λιπωμάτων. Περιστατικά λιπωμάτων στο οπίσθιο τραχηλικό τρίγωνο περιγράφονται με έμφαση στον προεγχειρητικό έλεγχο των ογκιδίων τραχήλου με πλήρη κλινικο-εργαστηριακή και απεικονιστική διερεύνηση. Η χειρουργική προσέγγιση ξεκινά με τη γνώση των επιπολής και εν τω βάθει μυοαπονευρωτικών και νευραγγειακών δομών του πρόσθιου - οπίσθιου τραχηλικού τριγώνου. Η επιμελής παρασκευή των στιβάδων της τραχηλικής περιτονίας, η αναγνώριση και η διατήρηση των ακόλουθων στοιχείων κρίνεται σημαντική: φρενικό νεύρο, παραπληρωματικό, επιπολής αισθητική υπερκλείδια νεύρα, υποκλείδιος και έξω σφαγιτίδα φλέβα, καρωτιδική θήκη, βραχιόνιο πλέγμα, υπεζωκότας. Η υποψία ύπαρξης λιπώσκαρκώματος πρέπει να θεθεί σε περιπτώσεις διαογκώσεων μεσομυϊκών διαστημάτων τραχήλου. Είναι σημαντική η μετεγχειρητική παρακολούθηση του ασθενούς, ο έλεγχος για τυχόν νευρολογικό έλλειμα ή υπαισθησία στην κατανομή των κινητικών και αισθητικών νευρών, αντίστοιχα. Τέλος, σημαντική η συσχέτιση λιπωμάτων τραχήλου με τον ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και τη νόσο Madelung.

## 290. ΠΟΛΥΘΗΛΙΑ. ΜΙΑ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ.

Ν. Μπαταγιάννης<sup>1</sup>, Δ. Αναγνωστόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Μπλόνας<sup>1</sup>, Α. Κεμπάπης<sup>1</sup>, Ε. Νικολαΐδης<sup>1</sup>, Ε. Ιγνατιάδου<sup>2</sup>, Ε. Γρουμολάκη<sup>1</sup>, Η. Σκαλιώτης<sup>1</sup>, Α. Λαγουδέλλης<sup>1</sup>, Δ. Πέτσης<sup>3</sup>, Ο. Καλαϊδοπούλου<sup>4</sup>, Α. Παπατόκκου<sup>4</sup>, Χ. Μιχαλολιάκος<sup>4</sup>, Α. Χατζημιάλης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Θωρακοχειρουργική Κλινική Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», <sup>2</sup>Τμήμα Μαστού Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», <sup>3</sup>Ουρολογικό Τμήμα Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», <sup>4</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Πρώτος ο Leichtenstern το 1878 περιέγραψε το σπάνιο φαινόμενο της πολυθηλίας. Οι υπεράριθμες θηλές θεωρούνται «σπάνια ασθένεια» σύμφωνα με το Γραφείο Σπάνιων Ασθενειών (Office of Rare Diseases- ORD-) των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας (National Institutes of Health-NIH). Ο επιπολασμός των υπεράριθμων θηλών κυμαίνεται από 0,22% έως και 5,6%. Φαίνεται ότι υπερέχουν σε συχνότητα εμφάνισης πολυθηλίας οι άνδρες με αναλογία 1,7: 1 ως προς τις γυναίκες. Συνήθως, η υπεράριθμη θηλή δεν προκαλεί συμπτώματα και αποκαλύπτεται όταν οι ορμονικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της εφηβείας, της εμμήνου ρύσεως ή της εγκυμοσύνης αυξάνουν την ευαισθησία της περιοχής, προάγουν τη τοπική υπέρχρωση του δέρματος και παρουσιάζουν οίδημα ή και εκροή γάλακτος.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής ηλικία 69 ετών με ιστορικό νεφρεκτομής, ερευνητικής λαπαροτομίας λόγω πολύποδος παχέος εντέρου προσήλθε στη θωρακοχειρουργική κλινική λόγω οζιδίου του πνεύμονος. Κατά τη κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ότι είχε επιπρόσθετες θηλές στον θώρακα και τη κοιλία. Η γενική αντικειμενική εξέταση αποκάλυψε συνολικά έξι θηλές, δύο φυσιολογικές και τέσσερις υπεράριθμες οι οποίες αναπτύσσονται κατά μήκος της "γαλακτικής γραμμής" (milk line).

**ΠΡΟΣΖΗΤΗΣΗ:** Εκ των υπεράριθμων θηλών ένα ποσοστό που προσεγγίζει το 5% είναι έκτοπες, δηλαδή ευρίσκονται επί τα εκτός της γραμμής γάλακτος. Εντοπίζονται στην οπίσθια επιφάνεια του κορμού, τον ώμο, τα άκρα, το πρόσωπο, αλλά και στο αιδείο και στο περίνεο. Οι περισσότερες υπεράριθμες θηλές απαντώνται κάτωθεν της κανονικής θηλής, ενώ περίπου 13% εμφανίζονται πάνω από αυτήν αλλά συνήθως κατά μήκος της γραμμής γάλακτος. Επί πολυθηλίας συχνά απαντώνται τρεις θηλές σπάνια περισσότερες. Η περίπτωση που περιγράφουμε με έξι θηλές είναι σπανιότητα. Έχουν περιγραφεί δυο περιπτώσεις με επτά θηλές και μόνον μία με οκτώ.

## 289. Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΗΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΑΣ

Ι. Αλεξίου, Π. Πάντου, Θ. Αλεξίου

Τμήμα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ΠΕΔΥ, Πειραιά

Η ποιότητα των κινήσεων στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τη λειτουργία της άκρας χείρας. Το χέρι πρέπει να ανταπεξέλθει σε εξαιρετικά λεπτές και ευαίσθητες κινήσεις καθώς επίσης και να πραγματοποιήσει δραστηριότητες που απαιτούν αξιοσημείωτη δύναμη. Οι λειτουργίες της άκρας χειρός περιορίζονται με την ηλικία τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 65 ετών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των ανατομικών και φυσιολογικών αλλαγών κατά την γήρανση της άκρας χείρας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Με βάση την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία εξετάζονται αρκετοί ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που ευθύνονται για την σχετιζόμενη με την ηλικία ελάττωση της λειτουργικής ικανότητας της άκρας χείρας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι αλλαγές που σχετίζονται με την γήρανση οσον αφορά τα κινητικά πρότυπα της άκρας χείρας είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτες (όπως αυτά αξιολογούνται με την δύναμη λαβής και την δύναμη σύλληψης των δακτύλων). Η εκφύλιση των λειτουργιών της άκρας χείρας στους ηλικιωμένους είναι σε μεγάλο βαθμό απόρροια των σχετιζόμενων εκφυλιστικών αλλαγών με την ηλικία στο μυοσκελετικό, αγγειακό και το νευρικό σύστημα. Ουσιαστικά είναι ένας συνδυασμός τοπικών δομικών αλλαγών (στις αρθρώσεις, στους μύες, στους τενόντες, στα οστά, στα νεύρα και τους υποδοχείς τους, στην κυκλοφορία του αίματος, στο δέρμα και τα νυχία) καθώς και πιο απομακρυσμένες μεταβολές στο νευρικό σύστημα. Οι αλλαγές αυτές συχνά συνοδεύονται από παθολογικές καταστάσεις όπως (οστεοπόρωση, οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα, νόσος του Parkinson). Η αξιολόγηση των λειτουργιών της άκρας χείρας και των κινητικών προτύπων αυτής είναι ιδιαίτερα απαραίτητη για την εφαρμογή εξειδικευμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Εξειδικευμένες ασκήσεις για τα δακτυλα μπορούν να βελτιώσουν τις λειτουργίες της άκρας χειρός στους ηλικιωμένους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η γήρανση δημιουργεί εκφυλιστικά αποτελέσματα στη λειτουργία της άκρας χείρας και προκαλεί μείωση της δυναμής των δακτύλων της άκρας χείρας, μείωση της δυναμής αντίταξης και απώλεια της διατήρησης της θέσης αντίταξης. Εξαιτίας της σημαντικότητας της λειτουργίας της άκρας χείρας στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, ο περιορισμός των λειτουργιών αυτής μειώνει την ποιότητα ζωής και την ανεξαρτησία.

## 291. ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΩΣ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ι. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Καρσοφυλλίδου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακό Υπότροφος, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Ιατρική Σχολή Δ.Π.Θ., <sup>2</sup>Γενική Ιατρός, ΠΕΔΥ Μ.Υ. Θεσσαλονίκης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα νεοπλασμάτα των εσωτερικών οργάνων έχουν την τάση να μεθίστανται στο δέρμα κατά ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 0,7% και 10%, μέσω αιματογενούς και λεμφογενούς διασποράς. Το 70% περίπου των μεταστάσεων στο δέρμα των γυναικών οφείλεται σε κακοήθεια του μαστού.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Γυναίκα 75 ετών προσήλθε με εξάνθημα στην (ΑΡ) πλάγια κοιλιακή χώρα δίχως πομφών χωρίς κνησμό από τριμήνου. Από το ατομικό αναμνηστικό προκύπτει ολική μαστεκτομή του (ΑΡ) μαστού προ 8τίας με παράλληλη λήψη χημειοθεραπείας. Το εξάνθημα ήταν πολλαπλές ερυθριματώδεις πλάκες εντοπιζόμενες μόνο στην (ΑΡ) πλάγια κοιλιακή χώρα. Κατά την ψηλάφηση παρουσιάζε διήθηση ενώ μία πλάκα είχε κεντρική κοίλωση χωρίς στοιχεία έλκωσης. Το περιβάλλον υγιές δέρμα παρουσίαζε και αυτό μία αίσθηση σκληρίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ιστολογική έκθεση ανέφερε πως η επιδερμίδα δεν εμφάνιζε αξιόλογες αλλοιώσεις ενώ το χόριο παρουσίαζε διάχυτη διήθηση από νεοπλασματικά κύτταρα για τα οποία ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος έδειξε θετικότητα για την κυτοκερατίνη 7 και *cerb-2* που δηλώνουν αδενοκαρκίνωμα του μαστού. Ακολούθησε σπινθηρογράφημα οστών και αξονική τομογραφία χωρίς να δείξουν παθολογικά ευρήματα. Έγινε επανέλεγχος ενός ηπιότερου σχήματος χημειοθεραπείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Είθισται το δέρμα να μην είναι από τα πρώτα όργανα που εμφανίζεται μια μετάσταση εσωτερικού καρκίνου. Εντούτοις στην προκειμένη περίπτωση η υποτροπή μετά από χρόνια ενός παλαιότερου θεραπευθέντος αδενοκαρκινώματος του μαστού χωρίς να έχει άλλη συμπτωματολογία από κάποιο άλλο όργανο ή σύστημα έγινε κατευθείαν στο δέρμα. Σημειώτεον ότι και ο λοιπός παρακλινικός εργαστηριακός έλεγχος ήταν ελεύθερος παθολογικών ευρημάτων με εξαίρεση την βιοψία του πάσχοντος δέρματος που καθόρισε την ογκολογική θεραπευτική γραμμή. Η συμβολή της Δερματολογίας μπορεί να είναι εξαιρετικά σημαντική στην διερεύνηση της πορείας ενός καρκίνου εσωτερικού οργάνου προσθέντας στις ήδη σημαντικές λειτουργίες του δέρματος εκείνου του διαγνωστικού μέσου για την εσωτερική παθολογία.

## 292. ΗΜΙΚΡΑΝΙΕΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Δ. Μπαλάσκα<sup>1</sup>, Ζ. Μπιτσώρη<sup>2</sup>, Γ. Δημογιόργας<sup>3</sup>, Α. Κωνσταντινοπούλου<sup>4</sup>

<sup>1</sup>1η ΥΠΕ, <sup>2</sup>Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>3</sup>Νευροχειρουργός, Metropolitan Hospital, <sup>4</sup>Κ.Υ. ΣΠΑΤΩΝ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ημικρανία είναι μία χρόνια νευρολογική πάθηση με κύριο σύμπτωμα έναν έντονο ποнокέφαλο επηρεάζοντας συνήθως το μισό μέρος του κεφαλιού με διάρκεια από 2 έως 72 ώρες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να αναδειχθεί η συσχέτιση της διατροφής με την εμφάνιση ημικρανίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και στην διεθνή βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ακριβείς μηχανισμοί που προκαλούν τις ημικρανίες δεν είναι γνωστοί αλλά πιστεύεται ότι σφειλονται σε ένα μίγμα περιβατολογικών και κληρονομικών παραγόντων. Οι διακυμάνσεις στα επίπεδα των ορμονών μπορεί να παίξουν κάποιο ρόλο καθώς οι γυναίκες εμφανίζουν δύο έως τρεις φορές περισσότερο ημικρανίες σε σχέση με τους άντρες. Τα συσχετιζόμενα συμπτώματα είναι ναυτία, έμετος, φωτοφοβία και φωνοφοβία. Η δυσανοχή σε ορισμένα τρόφιμα, η ανεπάρκεια συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών και το στρες μπορεί να προκαλέσουν κρίσεις ημικρανίας. Τρόφιμα με αγγειοσπαστικές ιδιότητες μπορούν να επιφέρουν ημικρανίες σε ευπαθείς ασθενείς. Τέτοια τρόφιμα είναι το κόκκινο κρασί, η μπύρα, το γιαούρτι, το γάλα, το τσάι, ο καφές, τα λουκάνικα, τα αναψυκτικά, η σοκολάτα, η ασαρτάμη και το γλουταμινικό μονοένυμιο που είναι ενισχυτικό γεύσης στα κινέζικα εστιατόρια. Ένα ακόμα πρόσδομο της ημικρανίας μπορεί να είναι η υπογλυκαιμία. Επιπλέον, η ανεπάρκεια της ριβοφλαβίνης (βιταμίνη Β2) και του μαγνησίου φαίνεται να συσχετίζεται με την εμφάνιση των ημικρανιών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ωστόσο όλα τα τρόφιμα που προκαλούν ημικρανίες σε ένα άτομο μπορεί να μην επιφέρουν κρίσεις σε κάποιο άλλο, ενώ τα όρια δυσανοχής των τροφίμων μπορεί να ποικίλλουν από καιρό σε καιρό, ακόμα και στο ίδιο το άτομο. Γι' αυτό το λόγο δεν υπάρχουν γενικές οδηγίες όσον αφορά την αποφυγή συγκεκριμένων τροφίμων αλλά η αξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται για κάθε ασθενή ξεχωριστά ώστε να αποφεύγεται η κατανάλωση τους ως μέσο προφύλαξης από τις κρίσεις αυτές. Συμπερασματικά η εμφάνιση κρίσεων ημικρανίας σχετίζεται άμεσα με τη διατροφή, με αποτέλεσμα ο ρόλος και του διαιτολόγου, εκτός του ιατρού, να είναι σημαντικός στην πρόληψη και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων ημικρανίας.

## 294. ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΗΜΕΡΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΜΙΑ 12ΕΤΙΑ

Α. Φωτίου, Ε. Καναβού, Ι. Σιάμου, Α. Κοκκέβη

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εξέταση της εξέλιξης της κατανάλωσης αλκοόλ από το γενικό πληθυσμό στη χώρα μας την τελευταία δωδεκαετία και των πιθανών επιδράσεων σε αυτήν της οικονομικής ύφεσης.

**ΥΛΙΚΟ:** Συλλέχθηκαν, στο πλαίσιο των πανελλήνιων ερευνών του ΕΠΙΨΥ, συγκριτικά στοιχεία για την κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ 2004 και 2015 από αντιπροσωπευτικά πιθανοθεωρητικά δείγματα του γενικού πληθυσμού. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των προσωπικών συνεντεύξεων στα νοικοκυριά (2004, N=3817) και των τηλεφωνικών συνεντεύξεων (2015, N=1519).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συγκρίθηκαν μεταξύ των δύο ετών (Pearson's  $\chi^2$ ) ο επιπολασμός: α) της συχνής (εβδομαδιαίας) κατανάλωσης, β) της πρόσφατης μέθης ( $\geq 1$  φορά τον τελευταίο χρόνο) και γ) της συχνής υπερβολικής κατανάλωσης (εβδομαδιαία κατανάλωση  $\geq 5$  ποτών στη σειρά), για το σύνολο του δείγματος, και ξεχωριστά ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα (18-34, 35-49 και 50+), και γεωγραφικό στρώμα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη και λοιπές περιοχές).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συγκριτικά με πριν από μια 12ετία (2004), το 2015 παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στον επιπολασμό της συχνής κατανάλωσης αλκοόλ (από 32,7% στο 44,0%) και της πρόσφατης μέθης (από 12,9% στο 20,1%), και σημαντική μείωση στον επιπολασμό της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ (από 5,3% στο 2,5%), όλα,  $p < 0,001$ . Οι παραπάνω τάσεις χαρακτηρίζουν εξίσου τα δύο φύλα, τις τρεις ηλικιακές ομάδες και τα τρία γεωγραφικά στρώματα. Εξαιρέση αποτελούν οι μεσήλικες και οι κάτοικοι Θεσσαλονίκης στην περίπτωση της μέθης καθώς και οι γυναίκες, οι νεαροί ενήλικες και οι κάτοικοι Θεσσαλονίκης στην υπερβολική κατανάλωση, όπου δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Διαπιστώνεται γενικά αυξητική τάση μέσα στην 12ετία, διαφόρων μορφών κατανάλωσης αλκοόλ στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Εξαιρέση αποτελεί η παρατηρούμενη μείωση της υπερβολικής χρήσης. Συζητούνται περαιτέρω οι πιθανές επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στα ευρήματα καθώς και η σημασία τους στην ανάπτυξη πολιτικών μείωσης της βλάβης.

## 293. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Δ. Μπαλάσκα<sup>1</sup>, Ζ. Μπιτσώρη<sup>2</sup>, Γ. Δημογιόργας<sup>3</sup>, Μ. Μουστάκη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>1η ΥΠΕ, <sup>2</sup>Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>3</sup>Νευροχειρουργός, Metropolitan Hospital

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα καρδιαγγειακά νοσήματα περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, τα οποία προσβάλλουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία. Η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Μόνο στην Ελλάδα κάθε χρόνο χάνουν τη ζωή τους, λόγω κάποιας νοσήματος του καρδιαγγειακού συστήματος περίπου 50.000 άτομα. Παρά το γεγονός ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα συχνά εμφανίζονται αιφνίδια με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία των πασχόντων, στην πραγματικότητα έχουν μια μακροχρόνια υποκλινική πορεία χωρίς συμπτώματα μέχρι να εκδηλωθούν κλινικά. Αυτό το στοιχείο είναι εξαιρετικά σημαντικό για την πρόληψη της εμφάνισης τέτοιων νοσημάτων στον πληθυσμό.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι μέσω της πρόσφατης βιβλιογραφικής ανασκόπησης να αναδειχθεί η σημαντικότητα της διατροφής στην πρόληψη των αγγειακών νοσημάτων.

**ΥΛΙΚΟ:** Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και στην διεθνή βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα διάφορα καρδιαγγειακά προβλήματα ξεκινούν να εμφανίζονται καθώς τα χρόνια περνούν. Αρχίζουν συνήθως από τη δεύτερη δεκαετία της ζωής και είναι πιο συχνά στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Ωστόσο οι παράγοντες κινδύνου που μπορούν να αντιμετωπιστούν ή να προληφθούν είναι η παχυσαρκία ιδίως ανδρικού ή αλλιώς κοιλιακού τύπου, η υπερλιπιδαιμία, η υπέρταση και το κάπνισμα. Πολλοί από αυτούς τους παράγοντες κινδύνου συνδέονται στενά με τον καθημερινό τρόπο ζωής και είναι απαραίτητη η γνώση τους για τον σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Είναι γνωστό ότι διατροφή πλούσια σε λιπαρά, αλάτι, ζάχαρη και φτωχή σε φρούτα και λαχανικά αποτελεί παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Η συστηματική άσκηση, η μείωση πρόσληψης λιπαρών, η απώλεια βάρους καθώς και η διακοπή του καπνίσματος δείχνουν να βοηθούν στην πρόληψη των αγγειακών νοσημάτων. Η υιοθέτηση μιας σωστής Μεσογειακής Διατροφής έχει ως αποτέλεσμα αφενός χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά και χοληστερόλη και αφετέρου υψηλή περιεκτικότητα σε σύμπλοκου υδατάνθρακες, αντιοξειδωτικές ουσίες και ω-3 λιπαρά οξέα που είναι γνωστά ότι βοηθούν στην καλύτερη λειτουργία της καρδιάς και των αγγείων. Τέλος η ευεργετικές ιδιότητες του κόκκινου κρασιού λόγω των υψηλών επιπέδων αντιοξειδωτικών μειώνουν σημαντικά την καταστροφή του ενδοθηλίου καθώς αυξάνουν τα επίπεδα της HDL και μειώνουν την οξειδωση της LDL χοληστερίνης και μειώνουν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων.

## 295. ΟΙ ΕΓΧΑΡΑΚΤΕΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΚΟΣΜΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΕΤΡΩΝ ΙΣΑ ΑΠΟ ΑΔΕΝΣΙΤΗ ΤΟΥ ΠΕΡΟΥ

Θ. Παπαϊωάννου<sup>1</sup>, Γ. Τσουκαλάς<sup>2</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Βιοϊατρικής Μηχανικής, <sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, <sup>4</sup>Αλεξανδρούπολη, <sup>5</sup>Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Χιλιάδες χρόνια πριν, ένας αρχαίος πολιτισμός στη γεωγραφική περιοχή του Περού και συγκεκριμένα στην Ισα, δημιούργησε μία τεράστια συλλογή από εγγάρκτες πέτρες αδενίτη. Ο αδενίτης είναι ένα εκρηξιγενές ηφαιστειακό πέτρωμα το οποίο δεν περιέχει οργανικά υλικά και δεν μπορεί να ταυτοποιηθεί ηλικιακά. Αν και Γερμανικά εργαστήρια μελετώντας τη δομή και τη τεχνική της χάραξης θεώρησαν τις πέτρες αυτές ως αυθεντικές, πολλοί μελετητές όπως ο Vicente Paris το 1998 θεώρησαν ότι επρόκειτο για τεχνουργήματα νεότερης εποχής και επομένως πλαστές. Η διαμάχη των επιστημόνων μέχρι στιγμής δεν έχει δώσει μία τελική κρίση για το αίνιγμα της προέλευσης και χρονολόγησής τους. Η τεράστια συλλογή αποτελείται από 15.000 χιλιάδες απεικονίσεις φανταστικής τεχνολογίας, δεινοσαύρων, ζώων και ιατρικών τεχνικών και συμβόλων. Στις ιατρικές απεικονίσεις ξεχωρίζουν το φίδι που τυλιγεται γύρω από το δέντρο της ζωής ως ένα αρχαίο σύμβολο της αναγέννησης διαδεδομένο σε όλο τον κόσμο, ο φαλλός και το σπέρμα ως σύμβολο της διαίτησης του είδους, η καισαρική τομή, η χειρουργική της κοιλιακής χώρας και η τραχειοτομή. Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η απεικόνιση της καρδιάς διαμέσου μία επέμβασης σε γυναίκα ασθενή, καθώς απεικονίζονται τα μεγάλα αγγεία, αλλά και οι στεφανιαίες αρτηρίες. Σε μία δεύτερη απεικόνιση επέμβασης σε άνδρα ασθενή η εικόνα της καρδιάς είναι λιγότερο περιγραφική, αλλά μπορεί κανείς να παρατηρήσει την άμεση διαστερική προσέλαση έως τα τοιχώματα της. Η καρδιά απεικονίζεται και σε τρίτη πέτρα, όταν μετά από μεγάλο χειρουργείο, πιθανότατα μετά από νεκροτομή, έχουν αφαιρεθεί όλα τα εσωτερικά όργανα από τον οισοφάγο έως το ορθό, με αδρά όμως χαρακτηριστικά. Τέλος υπάρχει μία πέτρα πάνω στην οποία είναι χαραγμένη μόνο η καρδιά ως όλο, παρουσιάζοντας πληθώρα μεγάλων και μικρών αγγείων.

## 296. ΑΡΧΑΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ

Μ. Ταβλαντά<sup>1</sup>, Π. Ταβλαντάς<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Οφθαλμολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ.Π. «Η Παμμακάριστος», <sup>2</sup>Παιδίατρος

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Μετά τον Ιπποκράτη η πιο σημαντική ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης έγινε στην Αλεξάνδρεια της Αιγύπτου γιατί ο Μέγας Αλέξανδρος την κατέστησε νέο πολιτιστικό και επιστημονικό κέντρο της οικουμένης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της έρευνάς μας είναι να αποτυπώσουμε τη μεγάλη ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης εκείνης της εποχής στην Αλεξάνδρεια της Αιγύπτου και να αναφέρουμε την επίδραση που είχε τότε σε όλους τους λαούς της περιοχής.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μετά τον θάνατο του Μεγάλου Αλεξάνδρου οι διάδοχοί του βασιλείς επέδειξαν μεγάλο ενδιαφέρον μεταξύ τους για την ανάπτυξη των γραμμάτων, των τεχνών και της επιστήμης γενικά. Ο Σαλένκα Νικάτωρ στη Συρία, ο Ατταλος ο Φιλομήτωρ στην Πέργαμο, ο Πτολεμαίος ο Λάγου και οι διάδοχοί του ίδρυσαν μεγάλες βιβλιοθήκες στις οποίες συγκεντρώθηκαν όλα τα συγγράμματα του τότε γνωστού επιστημονικού κόσμου, προστάτευαν τους επιστήμονες, κυρίως του Έλληνες και για πρώτη φορά ίσως έχουμε πανεπιστημιακές σχολές στις οποίες η έρευνα, η μελέτη και η λειτουργία τους επιδοτείτο από τους τότε βασιλείς. Το Μουσείο και το Σερατείο ήταν τα σπουδαιότερα κέντρα έρευνας και μελέτης της οικουμένης. Η βιβλιοθήκη του Μουσείου είχε 40.000 βιβλία. Ο Σενέκας αναφέρει ότι όταν κάηκε η Βιβλιοθήκη χάθηκαν 400.000 βιβλία. Η καταστροφή έγινε από τους Ρωμαίους το 47μ.Χ.. Η ιατρική σχολή που λειτούργησε στην Αλεξάνδρεια εκπαίδευε άριστους γιατρούς και ταυτόχρονα δημιουργήθηκαν κι άλλες σχολές κι έτσι προμήθευε όλη την οικουμένη με τους κατάλληλους γιατρούς. Δύο σπουδαιότεροι Αλεξανδρινοί γιατροί ήταν ο Ηρόφιλος και ο Ερασίστρατος, οι οποίοι ήταν μαθητές του περίφημου γιατρού Χρυσίππου. Η περίφημη ιατρική της Κνύδου είχε μια αρχή, την προσεκτική παρατήρηση κάθε ειδικής περίπτωσης και αυτό έγινε με την επίδραση του φιλόσοφου Πύρωνα, που θεμελίωσε τον σκεπτικισμό από τους οπαδούς του που οι περισσότεροι ήταν γιατροί.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανάπτυξη της ιατρικής στην Αλεξάνδρεια ήταν τεράστια σε όλους τους κλάδους. Τέθηκε η βάση για την ανατομία του ανθρώπινου σώματος. Όλη η ανάπτυξη οφείλεται στην αμέριστη βοήθεια των Πτολεμαίων βασιλέων.

## 298. ΠΕΡΙΟΔΕΥΟΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Γ. Τσουκαλάς<sup>1</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Με το όρο περιοδευόντες, ονομάστηκαν οι ιατροί εκείνοι που πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους μετακινούμενοι από πόλη σε πόλη. Οι μικρές πόλεις, είχαν μεγάλη δυσκολία στο να βρουν έναν καταξιωμένο περιοδευόντα ιατρό, ο οποίος θα ήταν πρόθυμος έναντι κάποιας οικονομικής αμοιβής, ή αμοιβής σε αγροτικό είδος να εγκατασταθεί στον τόπο τους. Ο φόβος της αρρώστιας και η ελπίδα για την ίαση της, προκάλούσε τον θαυμασμό για τον περιοδευόντα ιατρό. Οι περιοδευτές, όπως αλλιώς ονομάστηκαν, δημιουργούσαν «Σχολεία», όπου δίδασκαν την ιατρική τέχνη και μερικοί απ' αυτούς, οι επονομαζόμενοι «σοφοί», επισκέπτονταν τους ασθενείς και στα σπίτια τους, συνταγογραφούσαν γι' αυτούς φάρμακα και τα παρασκεύαζαν από τις βοτάνες που οι ίδιοι είχαν συλλέξει ή είχαν προμηθευτεί από ριζοτόμους και πληρώνονταν από τον ασθενή. Μερικές φορές τα φάρμακα τα έφτιαχναν οι χειρώναντες που είχαν ως βοηθούς. Στη συνέχεια, οι χειρώναντες εκτελούσαν τις εντολές, των περιοδευτών, θεράπευαν τις πληγές και ενεργούσαν τις αφαιμάξεις. Η πρώτη μαρτυρία για τους «περιοδευόντες» (δημιοεργούς) ιατρούς υπάρχει στον Όμηρο. Κατά το τελευταίο τέταρτο του ΣΤ' αιώνα π.Χ., ο Δημοκίδης ο Κρωτωνιάτης, ταξιδεύει από τη Μεγάλη Ελλάδα στην κυρίως Ελλάδα (την Αίγινα, την Αθήνα και τη Σάμο), ως δημοτικός ιατρός. Ο πατέρας του ήταν ο Καλλιφών, ιερέας στην υπηρεσία του Ασκληπιού. Ο Δημοκίδης (περίπου 560-495 π.Χ.), υπήρξε ένας από τους πρώτους ιατρούς που περιόδευσαν στις πόλεις, δηλαδή υπήρξε ο πρώτος περιοδευτής ιατρός. Ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) συμβουλεύει τις περιοδείες των ιατρών αν και πολλοί απ' αυτούς είχαν κατηγορηθεί για αχυρτεία. Εκτός από τον Δημοκίδη, στην ίδια κατηγορία γνωρίζουμε ότι ανήκουν ο Ηρόδικος ο Σηλημβριανός (6ος-5ος αιώνας π.Χ.) από τα Μέγαρα, αδελφός του Γοργία, σύμφωνα με τη μαρτυρία του Ηροδότου, αλλά και του Πλάτωνος, ο οποίος έδρασε στην Ανατολική Θράκη και ο Μάγνος ο ιατροσοφιστής, για τον οποίο γράφει ο Γαληνός.

## 297. FERDINAND VON HEBRA: Ο «ΠΑΤΕΡΑΣ» ΤΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Α. Ιερωνυμάκη, Α. Πανοπούλου, Σ. Χρυσού

Μικροβιολογικό Εργαστήριο Νοσοκομείου Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η προβολή της προσφοράς του Ferdinand von Hebra (1816 – 1880) στην Ιατρική και ειδικότερα στον τομέα της Δερματολογίας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πηγές της μελέτης μας αποτέλεσαν συγγράμματα ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο Ferdinand von Hebra γεννήθηκε το 1816 στη Βοημία και σπούδασε ιατρική στη Βιέννη. Στη συνέχεια διορίστηκε στο Κρατικό Νοσοκομείο της Βιέννης, όπου υπό την καθοδήγηση του διευθυντή της κλινικής του Joseph Skoda στράφηκε με ιδιαίτερο ενδιαφέρον προς τις παθήσεις του δέρματος. Επηρεασμένος από το μεγάλο παθολογοανατόμο της Νέας Βιεννέζικης Σχολής Carl Freiherr von Rokitansky, έγραψε το πρώτο όλων των εποχών βιβλίο δερματολογίας, το οποίο περιελάμβανε κατάταξη των δερματικών νοσημάτων σύμφωνα με τις παθολογοανατομικές βλάβες. Έγινε καθηγητής δερματολογίας το 1869 και ιδρυτής της μεγάλης δερματολογικής σχολής της Βιέννης, μίας σημαντικής ομάδας ιατρών που έθεσαν τα θεμέλια της σύγχρονης δερματολογίας, η οποία απέκτησε τεράστια φήμη καθώς φοιτητές από όλο τον κόσμο έφταναν για να σπουδάσουν την ειδικότητα εκεί. Το μνημειώδες σύγγραμμά του με τίτλο «Atlas der Dermatologie» («Atlas der Hautkrankheiten», Βιέννη 1856-1876) συμπλήρωσε ο γαμπρός του και μαθητής του Moritz Kaposi.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο Ferdinand von Hebra θεωρείται ο ιδρυτής του κλάδου της δερματολογίας καθώς και ο σπουδαιότερος δερματολόγος του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Περιέγραψε πολλά νέα δερματολογικά νοσήματα, ενώ η ψωρίαση πήρε την τελική της ονομασία από εκείνον το 1840.

## 299. ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΓΝΩΣΤΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΣΤΗΝ ΑΙΩΝΙΑ ΠΟΛΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΜΗ ΤΗΣ ΡΩΜΑΪΚΗΣ ΑΥΤΟΚΡΑΤΟΡΙΑΣ (1ΟΣ-3ΟΣ ΑΙΩΝΑΣ ΜΧ)

Γ. Τσουκαλάς

Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Αρχικά στη Ρώμη (περίοδος δημοκρατίας), η ιατρική εκπαίδευση ήταν μάλλον ερασιτεχνική. Οι σπουδαστές διδάσκονταν την Ιατρική στα πλαίσια της φιλοσοφίας, μαζί με την ποίηση και την πολιτική. Το χρονικό διάστημα των σπουδών δεν ήταν καθορισμένο. Οι σπουδαστές παρακολουθούσαν τις εργασίες γνωστών ιατρών της εποχής, τους ακολούθουσαν στις επισκέψεις και τους βοηθούσαν στο καθημερινό τους έργο. Στη συνέχεια (περίοδος αυτοκρατορικών) δημιουργήθηκαν σχολές, απαιτήθηκε ειδική άδεια, θεσπίστηκε νομοθεσία, εμφανίστηκαν οι ιατρικές συντεχνίες, λειτούργησαν τα πρώτα ιατρεία. Έτσι διαμορφώθηκε η Ρωμαϊκή ιατρική επιστήμη, πάντοτε με βάση την Ελληνική και με τη μετοίκηση πολλών ιατρών Ελληνικής καταγωγής. Μερικοί από τους λιγότερους γνωστούς ιατρούς της εποχής ήταν: α) Ο Πλίνιος Γάιος Κακίλιος Σκουόνδος ο Νεώτερος (1ος-2ος αιώνας μ.Χ.), πολιτικός και ρήτορας, έγραψε το έργο «Φυσική Ιστορία», β) Οι χειρουργοί Γοργίας (3ος αιώνας π.Χ.), Χέρων (3ος αιώνας π.Χ.) και ο Μήνης (1ος αιώνας μ.Χ.), που χειρουργούσαν τις ομφαλοκήλες, τις υδροκήλες, έκαναν καθετηριασμούς κύστεως σε άνδρες και γυναίκες και αφαιρούσαν λίθους κύστεως, κυρίως από παιδιά. Ο Μήνης, πρώτος επινόησε μηχανήμα για την «τομή του δέρματος και του λίθου κατά την αυτή φορά», γ) Ο Αμμώνιος ο Αλεξανδρεύς (1ος αιώνας π.Χ.-1ος αιώνας μ.Χ.), ο πρώτος που είχε την ιδέα της διαίρεσης του λίθου και για τον λόγο αυτόν ονομάστηκε και λιθοτόμος. Την επέμβαση του αυτή εκτέλεσε αιώνας αργότερα ο περιοδευών λιθοτόμος Frégre Jacques Beaulieu (1651-1720), δ) Ο οφθαλμίατρος Ατίμετρος, Αντίοχος Πάκιος (1ος αιώνας μ.Χ.), Ερμείας (2ος αιώνας μ.Χ.) και ε) Ο Βιντικιανός (1ος αιώνας μ.Χ.), κόμης των αρχιάτρων, χωρίς να προσφέρει τίποτε νέο στην ιατρική της εποχής του.

### 300. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ

Ε. Κοτσίκου, Η. Βαμιεδάκης, Ε. Σίμου  
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των επιστημονικών ερευνών και των αποτελεσμάτων, που αναφέρονται στις βασικές αρχές και στις σημαντικότερες πρακτικές που ακολουθούνται κατά τη διάρκεια της επικοινωνιακής διαδικασίας μεταξύ γιατρού- ασθενούς.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναζήτηση Ελληνικής και Διεθνούς βιβλιογραφίας σε διαδικτυακές βάσεις δεδομένων για εύρεση σχετικών επιστημονικών δημοσιεύσεων και μελετών, αναφορικά με την επικοινωνία γιατρού- ασθενούς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Βιβλιογραφικά αρκετοί ερευνητές έχουν προσδιορίσει βασικές επικοινωνιακές αρχές και πρακτικές που θέτουν στο επίκεντρο τον ασθενή, όπως: δόμη-ση καλών διαπροσωπικών σχέσεων, ανταλλαγή πληροφοριών, διαχείριση της αβεβαιότητας, εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση της ασθένειας, προώθηση της συμμετοχικής λήψης απόφασης, θέσπιση διαρκούς σχέσης γιατρού-ασθενή, και παροχή αμοιβαίας ανταλλαγής πληροφοριών. Βασικές δεξιότητες αποτελούν: η εκμείωση των σημαντικότερων προβλημάτων του ασθενή και οι αντιλήψεις του για αυτά, καθώς και η επιθυμία του τρόπου διαχείρισής τους, η προσαρμογή της παροχής πληροφοριών σε όσα θέλει να κατανοήσει ο ασθενής για την ασθένειά του, ο συνυπολογισμός της αντίδρασης του ασθενή από την παρεχόμενη πληροφόρηση, ο καθορισμός του επιπέδου συμμετοχής του ασθενή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, και τέλος η διεξοδική συζήτηση αναφορικά με τις θεραπευτικές επιλογές και τις συνέπειές τους. Επιπλέον στο πλαίσιο της αποτελεσματικής επικοινωνίας απαιτείται η βαθύτερη κατανόηση των διαδρομών της επικοινωνιακής διαδικασίας και της επίδρασης ευρότερων παραγόντων, εντός και εκτός του κλινικού περιβάλλοντος, όπως είναι το οικογενειακό περιβάλλον και οι κοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι διαμεσολαβούν μέτρια ή πολύ στην επικοινωνιακή διαδικασία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η καλή επικοινωνία και η εν-συναίσθηση στις σχέσεις γιατρού-ασθενούς είναι το πρώτο βήμα στη θεραπευτική σχέση, βρίσκεται στην καρδιά της ιατρικής τέχνης και πρακτικής, και αποτελεί τη βάση για παροχή ποιοτικής ιατρικής φροντίδας, ενώ η μη λεκτική επικοινωνία, όπως είναι η οπτική επαφή, συνυπολογίζεται ως εξίσου σημαντική στη θεραπευτική έκβαση, καθώς υποδεικνύει προσοχή και εμπλοκή του γιατρού στη διαπροσωπική επικοινωνία με τον ασθενή. Επιπλέον η αποτελεσματική επικοινωνιακή διαδικασία μεταξύ γιατρού- ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη το ευρύτερο πλαίσιο των ψυχολογικών, κοινωνικών και ατομικών χαρακτηριστικών και προσδιορισμών οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία.

### 302. ΑΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μ. Γκέκα<sup>1</sup>, Γ. Ελευθεριώτης<sup>1</sup>, Σ. Καλαντζή<sup>1</sup>, Α. Κόκας<sup>2</sup>, Γ. Δημητρακοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Χριστόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Λούπα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», <sup>2</sup>Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η αλιθιασική χολοκυστίτιδα είναι φλεγμονή της χοληδόχου κύστης χωρίς ενδείξεις χολόλιθου ή απόφραξης χοληφόρων. Αποτελεί σοβαρή επιπλοκή διαφόρων παθήσεων. Έχει αναφερθεί σε λοιμώξεις από *Salmonella typhi*, *Streptococcus pyogenes*, HAV, αιμολυτική αναμία, εγκαύματα και μετά από μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις. Αποτελεί το 5-10% όλων των περιπτώσεων οξείας χολοκυστίτιδας και συσχετίζεται με μεγαλύτερη νοσηρότητα και υψηλότερη θνητότητα. Η λείσμανιαση είναι ζωονόσος μεταδιδόμενη με δήγμα φλεβοτόμου, με εισβολή οξεία ή ύπουλη, με πυρετό, ρίγη, εφιδρώσεις, αδυναμία, ανορεξία, απώλεια βάρους, βήχα, διάρροια. Οι ασθενείς εμφανίζουν διογκωμένο, συμπυκνωμένο, ηπατομεγαλία και σπανίως γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Παρουσιάζεται περιστατικό αλιθιασικής χολοκυστίτιδας σε ασθενή με σπλαχνική λείσμανιαση.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ:** Γυναίκα 62 ετών, κάτοικος Νέας Μάκρης, προσκομίστηκε λόγω εμπυρέτου ως 38° C από εβδομάδος, αδυναμία, καταβολής, ανορεξίας και απώλειας βάρους από μηνός. Αναμνηστικό: ΣΔ2, υποθυρεοειδισμός, ελονοσία προ εικοσαετίας. Κλινική εξέταση: θερμοκρασία 38.1° C, όψη πασχούσης και σπληνομεγαλία (επιβεβαιώθηκε και υπερηχογραφικά), χωρίς άλλα κλινικά ευρήματα. Εργαστηριακά: πανκυτταροπενία (WBC: 2.250/μL, RBC: 3.690.000/μL, PLT: 68.000/μL), φυσιολογικός βιοχημικός έλεγχος, αυξημένες τιμές CRP (93,8 mg/L, φ.τ.<3,03) και TKE: 60mm. Στο πλαίσιο διερεύνησης εμπυρέτου, πανκυτταροπενίας και σπληνομεγαλίας έγινε ανοσολογικός & ιολογικός έλεγχος, εστάλησαν καλλιέργειες αίματος, ούρων και πτυέλων, έγινε οστεομελική βιοψία και εστάλη μοριακός έλεγχος και αντισώματα για ελονοσία, λείσμανια, βρουκέλλα και αντι-K39. Ανευρέθηκαν υπερανοσφαιραιμία, αυξημένες τιμές αντι-K39 και θετικός μοριακός έλεγχος για λείσμανία. Εν αναμονή αποτελεσμάτων, η ασθενής ετέθη σε κεφαζιόλη, αμικισίνη και οσeltaμιβίρη, ενώ την 4<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας εμφάνισε εμέτους, άλγος δεξιού υποχονδρίου, σημείο Murphy και υπερηχογραφική εικόνα αλιθιασικής χολοκυστίτιδας. Μόλις τέθηκε η διάγνωση της σπλαχνικής λείσμανιασης έγινε έναρξη αγωγής με λιπασωμική αμφοτερικίνη Β, με την οποία εμφάνισε σταδιακή βελτίωση. Μαζί με την κλινική και εργαστηριακή βελτίωση υπήρξε και βελτίωση της σημειολογίας από το πεπτικό, σιτίστηκε ομαλώς, ενώ υπερηχογραφικά υποχώρησε το οίδημα και η φλεγμονή της χοληδόχου κύστης, ούτως ώστε η αλιθιασική χολοκυστίτιδα αποδόθηκε σε επιπλοκή της σπλαχνικής λείσμανιασης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρουσιάζεται μια σπάνια επιπλοκή της σπλαχνικής λείσμανιασης, η αλιθιασική χολοκυστίτιδα, διάγνωση που τέθηκε με θεραπευτικό κριτήριο τη βελτίωση της ασθενούς μετά την έναρξη αγωγής με λιπασωμική αμφοτερικίνη Β. Η αλιθιασική χολοκυστίτιδα αποτελεί σπάνια επιπλοκή της σπλαχνικής λείσμανιασης, με ελάχιστη αναφορά περιστατικών στη βιβλιογραφία.

### 301. ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΣΠΑΝΙΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ FUSOBACTERIUM ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ LEMIERRE

Ε. Κουλλιάς<sup>1</sup>, Γ. Λιάτσος<sup>1</sup>, Π. Αποστολοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Θωμόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Μανιουδάκη<sup>1</sup>, Θ. Αλεξόπουλος<sup>1</sup>, Β. Παπαδημητρόπουλος<sup>1</sup>, M. Deutch<sup>1</sup>, Α. Τσιρίγγα<sup>2</sup>, Ε. Σαμπατάκου<sup>1</sup>, Μ. Πηρουνακή<sup>1</sup>, Σ. Ντουράκη<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή 3 λοιμώξεων από *Fusobacterium* (δύο συνδρομές Lemierre), που νοσηλεύσαμε εντός 6μήνου, που εγείρουν το ερώτημα της αύξησης επίπτωσης. Η συνδρομή Lemierre αποτελεί μετακανναχική σήψη με θρόμβωση έσω σφαγιτίδας, αποστήματα πνεύμονα και μικροβαιμία από το αναερόβιο *Fusobacterium*.

1ος ΑΣΘΕΝΗΣ: Άνδρας, 58 ετών, με πυρετό και φαρυγγαλγία από 4ημέρου υπό κλαριθρομυκίνη, θρόμβωση δεξιάς έσω σφαγιτίδος και πνευμονικά έμφρακτα συμβατά με κλινική συνδρομή Lemierre. Δεν απομονώθηκε *Fusobacterium*.

2ος ΑΣΘΕΝΗΣ: Γυναίκα, 50 ετών, με πυρετό από εβδομάδος και φαρυγγοαμυγδαλίτιδα υπό κινολόνη, εκδήλωσε σοβαρή σήψη, αποστήματα πνευμόνων και δεξιού λαγονίου μυός. Οι αιμοκαλλιέργειες ανέδειξαν *F. necrophorum*.

3ος ΑΣΘΕΝΗΣ: Άνδρας, 44 ετών, με πυρετό από 24ώρου. Οι αιμοκαλλιέργειες ανέδειξαν *F. nucleatum*. Διαπιστώθηκαν αποστήματα ήπατος. Θεωρήθηκαν εκδήλωση μικροβαιμίας και σηπτικών εμβόλων. Δεν τεκμηριώθηκε πύλη εισόδου. Δεν προηγήθηκε φαρυγγοαμυγδαλίτιδα.

Θεραπεία: μετρονιδαζόλη σε συνδυασμό με μεροπενέμη (στους δύο) και πιπερακιλλίνη-ταζοπακτάμη (στον τρίτο). Ολοκλήρωση με αμοξυκιλλίνη κλαβουλανικό+μετρονιδαζόλη *po* επί μακρόν.

Στο νοσοκομείο μας από 01/2006 έως 01/2017, παρατηρήθηκαν 2 μικροβαιμίες από *F. nucleatum* και καμία από *F. necrophorum* σε σύνολο 110 απομονωθέντων αναερόβιων 11ετίας, (μέσος όρος θετικών αιμοκαλλιεργιών 850/έτος-αναερόβιες 1,2%), ενώ μόνο το 2017 διαπιστώθηκαν 2 μικροβαιμίες με *Fusobacterium* από 18 απομονωθέντα αναερόβια, (σύνολο 840 θετικές αιμοκαλλιέργειες-αναερόβιες 2,1%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Βιβλιογραφικός, η επίπτωση της ξεχασμένης σπάνιας συνδρομής Lemierre αυξάνει. Αποδίδεται στην επιρροπή στη χορήγηση αντιβιοτικών, στην κατάταξη επεισοδίων φαρυγγοαμυγδαλίτιδας ως ιογενών, με αποτέλεσμα να διαλάθουν λοιμώξεις οφειλόμενες σε *Fusobacterium* και στη μείωση των αμυγδαλεκτομών. Ενίοτε φαρυγγοαμυγδαλίτιδα εξελίσσεται σε συνδρομή Lemierre. Η λοιμώξη από *Fusobacterium* θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν κατά την αντιμικροβιακή αγωγή φαρυγγοαμυγδαλίτιδας ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν συστηματικές εκδηλώσεις, χωρίς τυπική κλινική εικόνα.

### 303. ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΟΜΣΣ ΜΕ ΣΥΝΟΔΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS ANGINOSUS

Ι. Χατζιδάκης, Π. Πετρίκκος, Α. Παναγιωτοπούλου, Κ. Κουνούκλας, Ε. Καταντώνη, Ι. Νέμτζας, Δ. Στάθης, Σ. Καλιάμπου, Φ. Γεωργιοπούλου, Ν. Συμεωνίδη  
Β' Παθολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής 21 ετών εισήχθη για διερεύνηση εμπυρέτου με οσφυαλγία, ακτινολογική εικόνα άμφω πνευμονίας καθώς και ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναμία. Προηγήθηκε πρόσφατη νοσηλεία σε νοσοκομείο επαρχίας για εμπύρετο και οσφυαλγία. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε παρουσία φυσημάτος και μεσοστομικός ήχος εξώθησης μετροειδούς (ιστορικό γνωστής πρόπτωσης) ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση, αύξηση δεικτών φλεγμονής και ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναμία. Η διάγνωση εργασίας ήταν ενδοκαρδίτιδα μετά από οδοντιατρικές εργασίες ή λοιμώξη από ανθεκτικό σταφυλόκοκο κοινότητας (CA-MRSA) λόγω ενδομυϊκών ενέσεων στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου λόγω οσφυαλγίας. Ακολούθησε άμεσα διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς και την επομένη μέρα διοισοφαγίο προς αποκλεισμό ενδοκαρδίτιδας, τα οποία ήταν αρνητικά για εκβλαστήσεις. Η ασθενής ελάμβανε λινεζολίδη από το προηγούμενο νοσοκομείο, αγωγή που συνεχίστηκε. Παρά την απυρεξία, η οσφυαλγία επιδεινώθηκε και παρουσιάστηκε αδυναμία βάδισης. Μετά από νευροχειρουργική εκτίμηση ακολούθησε MRI ΟΜΣΣ όπου διαπιστώθηκε επισκληρίδιο απόστημα Ο1-Ο6 σπονδύλων. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε σηπτικές κοιλότητες πνευμόνων άμφω. Ακολούθησε επείγουσα επέμβαση πεταλεκτομής Ο1-Ο2 και Ο2-Ο3 και καθαρισμός της περιοχής. Ελήφθησαν καλλιέργειες πύου. Η ασθενής παρουσίασε σημαντική κλινική βελτίωση υπό λινεζολίδη λόγω αλληργίας στην βανκομυκίνη. Οι αιμοκαλλιέργειες και καλλιέργειες πύου ανέδειξαν *Streptococcus anginosus* με ευαισθησία σε Πενικιλίνη (αλλεργική), Βανκομυκίνη (αλλεργική) και στην λινεζολίδη. Την έκτη μέρα νοσηλείας ελήφθη λεπτομερέστερο ιστορικό απουσία γονέων που κατέδειξε πρώτη σεξουαλική επαφή έξι ημέρες προ της νόσησης. Η ασθενής εξήλθε ασυμπτωματική μετά από τέσσερις εβδομάδες αγωγής.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η σπουδαιότητα του περιστατικού έγκειται στην συνήθη εντόπιση του *Streptococcus anginosus* στον στοματοφάρυγγα και σπανιότητα στον κόλπο. Η εμφάνιση επισκληρίδιου αποστήματος και σηπτικών εμβόλων πνεύμονα μέσω φλεβικού δικτύου είναι σπάνια. Η λήψη λεπτομερέστερου ιστορικού κατά την νοσηλεία δυσπερίλυτων κλινικών περιπτώσεων είναι μείζονος σημασίας.



### 304. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΣΗΡΑΓΓΩΔΟΥΣ ΚΟΛΠΟΥ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΟΞΕΙΑΣ ΣΦΗΝΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ

Ε. Κρανιδιώτη, Σ. Κατσίδα, Α. Παναγόπουλος, Ι. Σταματάκης, Χ. Δολαφάκης, Α. Ναζάκη, Σ. Γκολφινούπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο-Πολυκλινική»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η σπηκτική θρόμβωση σηραγγώδους κόλπου αποτελεί επιπλοκή λοίμωξης των παραρρινίων κόλπων, του σφραγματικού κόγχου ή του προσώπου και συνοδεύεται από θνητότητα έως και 30% παρά την χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής. Χαρακτηρίζεται από εμπύρετο, κεφαλαλγία, πάρεση γκεφαλικών συζυγίων και εξόφθαλμο. Η συνύπαρξη οξείας σφηνοειδίτιδας απαιτεί επιπλέον χειρουργική παροχέτευση και έχει έως και 50% θνητότητα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού θρόμβωσης σηραγγώδους κόλπου ως επιπλοκή οξείας σφηνοειδίτιδας σε ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη, με εμφάνιση υπαραχνοειδούς αιμορραγίας ως επιπλοκή της αντιπηκτικής θεραπείας.

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:** Γυναίκα ασθενής 78 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη εισήχθη λόγω υπερωσμωτικής υπεργλυκαιμικής κατάστασης και τέθηκε σε ενδοφλέβια ενυδάτωση και χορήγηση ινσουλίνης. Την 4<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας εμφάνισε κεφαλαλγία, εμπύρετο, αιφνίδια εγκατάσταση εξόφθαλμου αριστερά με ομόπλευρη πάρεση των σφραγμακιοκινητικών μύων, μυδρίαση, περιφερική πάρεση προσωπικού νεύρου και προσβολή του σφραγματικού κλάδου του τριδύμου. Τέθηκε σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με βανκομικίνη, μετρονιδαζόλη και μεροπενέμη. Η εξέταση του γκεφαλονωτιαίου υγρού ανέδειξε πολυμορφοπυρηνική πλειοκύτωση, ενώ ο έλεγχος με αξονική και μαγνητική τομογραφία ανέδειξε οξεία σφηνοειδίτιδα και ευρήματα συνηγορούντα υπέρ θρόμβωσης του σηραγγώδους κόλπου. Η ασθενής τέθηκε σε αντιπηκτική αγωγή με ενοξαπαρίνη και αποφασίστηκε η διενέργεια χειρουργικής παροχέτευσης του σφηνοειδούς κόλπου. 36 ώρες μετά την έναρξη της αντιπηκτικής αγωγής εμφανίσε αιφνίδια πτώση του επιπέδου συνείδησης, αμφοτερόπλευρη μυδρίαση και διασωληνώθηκε λόγω καρδιακής ανακοπής. Η αξονική τομογραφία γκεφαλού ανέδειξε υπαραχνοειδή αιμορραγία και η ασθενής κατέληξε την 14<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η διάγνωση της θρόμβωσης σηραγγώδους κόλπου απαιτεί αυξημένη κλινική υποψία και άμεση χορήγηση εμπειρικής αντιμικροβιακής αγωγής. Τα απεικονιστικά ευρήματα μπορεί να είναι μη ειδικά ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη επί οξείας σφηνοειδίτιδας. Η χορήγηση αντιπηκτικής θεραπείας, αν και δόκιμη, παραμένει αμφιλεγόμενη ανεξαρτήτως του χρόνου εγκατάστασης της θρόμβωσης.



### 306. ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ *BACILLUS CEREBUS* ΣΕ ΑΝΟΣΟΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ: ΕΝΑΣ ΕΧΘΡΟΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Ε. Κούρτη, Π. Κοντραφούρη, Α. Κοψαυτοπούλου, Κ. Ρέππας, Κ. Ευθυμίου, Α. Τόσας, Μ. Μυλωνά

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο *Bacillus cereus* συνιστά αερόβιο, δυναμικά αναερόβιο, Gram-ποικίλο μικροοργανισμό, που δύναται να ανευρεθεί στο έδαφος όπως και δίπλα σε υδάτινες πηγές. Μέχρι την ανάδειξή του ως κλινικά σημαντικό παθογόνο, θεωρούνταν ως επιμόλυνση των καλλιέργειών. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων βακτηριαμίας συνήθως σχετίζεται με ανοσοκατασταλμένους ασθενείς ή με την παρουσία ξένου σώματος. Τελευταία αναγνωρίζεται ως αιτιολογικός παράγοντας τόσο σε εντοπισμένες όσο και σε συστηματικές λοιμώξεις. Στην παρούσα, αναδεικνύεται ενδιαφέρουσα περίπτωση εμμένουσας βακτηριαμίας από *B. cereus* σε ανοσοπαρκή ασθενή, με σκοπό να αποδοθεί η πρόποση σημασία αναγνώρισής του ως δυναμικά σοβαρού παθογόνου ακόμη και σε ανοσοπαρκής ασθενείς με ανάγκη για πρόωμη χρήση συνδυαστικής αντιβιοτικής θεραπείας.

**ΥΛΙΚΟ:** 85χρονη ασθενής, με ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου, διεκομίσθη στην κλινική μας λόγω εμπύρετου, προοδευτικά επιδεινούμενου γενικευμένου οιδήματος, ολιγουρίας και υπότασης. Απομονώθηκε *B. cereus* σε τρεις αιμοκαλλιέργειες οπότε έγινε έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής με σιπροφλοξασίνη και βανκομικίνη. Πραγματοποιήθηκαν εντατικοποιημένες συνεδρίες αιμοκάθαρσης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μία εβδομάδα μετά την έναρξη αντιβιοτικής αγωγής έγινε αλλαγή της κεντρικής φλεβικής γραμμής λόγω εμμένουσας βακτηριαμίας και προστέθηκε κλινδαμικίνη IV. Πραγματοποιήθηκε διαθωρακικό και έπειτα διοισοφαγίο υπερηχογράφημα, στα οποία δεν αναδείχθηκαν εκβλαστήσεις, καθώς και ολοσώμια αξονική τομογραφία, με την οποία αποκλείσθηκε παρουσία αποστήματος. Το σπινθηρογράφημα σεσημασμένων λευκών ανέδειξε πρόκληση στο περικάρδιο. Λόγω εμμένουσας βακτηριαμίας 20 ημέρες αργότερα, έγινε αλλαγή της αντιβιοτικής αγωγής σε συνδυασμό γενταμικίνης, μεροπενέμης και βανκομικίνης IV. Τρεις ημέρες μετά την τελευταία αλλαγή της αντιβιοτικής αγωγής αρνητικοποιήθηκαν οι αιμοκαλλιέργειες της ασθενούς και η ίδια βελτιώθηκε σημαντικά κλινικοεργαστηριακά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η βακτηριαμία από *Bacillus cereus* αποτελεί μια σοβαρή κλινική κατάσταση και ενίοτε η πρώτη γραμμική αντιβιοτική θεραπεία είναι αναποτελεσματική. Παρά τη στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή, σε εμμένουσα βακτηριαμία συστήνεται ενεργά έγκαιρη συνδυασμένη αντιβιοτική θεραπεία.

### 305. ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΠΑΡΕΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ *IO ERSTEIN-BARR*: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Β. Παπακώστα, Ό. Ζωγράφος, Α. Μπαλάκας, Σ. Βασιλείου

Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η πάρεση του προσωπικού νεύρου μπορεί να οφείλεται σε ποικίλες υποκείμενες νόσους, όπως για παράδειγμα λοιμώδεις, νεοπλασματικές και τραυματικές, οπότε και αποτελεί διαγνωστική πρόκληση. Η οφειλόμενη σε ιογενή λοίμωξη πάρεση του προσωπικού νεύρου έχει συνδεθεί συνηθέστερα με τους ερπητοϊούς. Ο ιός Epstein-barr μπορεί σπάνια να προκαλέσει νευρολογικές εκδηλώσεις (0.37-7.3%) και έχει συσχετισθεί με πάρεση προσωπικού νεύρου, ως μία σπάνια επιπλοκή (0.9%) που συνήθως είναι αμφοτερόπλευρη και εμφανίζεται σε παιδιατρικούς ασθενείς.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Άνδρας ηλικίας 55 ετών προσήλθε στο Νευρολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου μας στα ΤΕΠ με ετερόπλευρη πάρεση του προσωπικού νεύρου αριστερά, αιφνίδια έναρξης από 2ημέρου. Αφού εξετάστηκε κλινικοεργαστηριακά και δεν υπήρχε σαφής διάγνωση παραπέμφθηκε στη Γναθοπροσωπική Χειρουργική λόγω έναρξης πρόσφατης οδοντοαλγίας στην άνω γνάθο αριστερά. Από το ιστορικό αναφέρθηκε πυρετός και άλγος στο λαιμό προ 15 ημερών, τα οποία συμπτώματα ο ασθενής απέδωσε σε αμυγδαλίτιδα και πριν μία εβδομάδα ξεκίνησε αντιβίωση. Ο ασθενής εισήχθη στην Κλινική μας και έγινε εξονυχιστικός απεικονιστικός και σχολαστικός βιοχημικός και ανοσολογικός έλεγχος σε συνεννόηση με το Λοιμωξιολογικό Τμήμα. Ανευρέθηκαν τυχαία όγκοι Warthin στις παρωτίδες αμφοτερόπλευρα, οι οποίοι ωστόσο δεν επηρέαζαν τη λειτουργία του νεύρου και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Από τον ανοσολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε πρόσφατη λοίμωξη ή επανενεργοποίηση από *io Epstein-barr*. Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός για άλλους ιούς. Ο ασθενής αντιμετώπιστηκε με ενδοφλέβια θεραπεία με κορτικοστεροειδή και εμφάνισε σταδιακή βελτίωση. Η πάρεση υποχώρησε πλήρως σε διάστημα ενός μηνός.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο ιός Epstein-barr θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως μία από τις αιτίες της πάρεσης του προσωπικού και να πραγματοποιείται ο κατάλληλος διαγνωστικός έλεγχος, ώστε ο ασθενής να έχει και την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση και ενημέρωσή.

### 307. ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΠΛΗΝΟΣ

Ι. Πολυπαθέλλη, Β. Τσαούσης, Ε. Μάντζου, Ε. Ματσαρίδου, Κ. Ιωακείμ, Κ. Καρατζίδου, Γ. Τζατζάγου

Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού εξωπνευμονικής φυματίωσης το οποίο αρχικά θεωρήθηκε λεμφωμα σπληνος. Η φυματίωση είναι λοίμωδες μεταδοτικό νοσημα το οποίο προκαλείται στις περισσότερες περιπτώσεις από το μικροοργανισμό *Mycobacterium tuberculosis*. Συχνά η μόλυνση παραμένει λανθάνουσα έως οτου εξελιχθεί σε ενεργητική φυματίωση οπότε εντοπίζεται κυρίως στους πνευμονες αλλά δυνατόν και σε οποιοδήποτε όργανο του σώματος, συμπεριλαμβανομένου του Δ.Ε.Σ. Όταν εντοπιστεί σε οποιοδήποτε άλλο όργανο πλην του πνευμονα τότε καλείται εξωπνευμονική φυματίωση.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής ετών 38 προσήλθε λόγω εμπύρετου ως 39C από 3 εβδομάδων με συνοδο κόπωση, μη παραγωγικό βήχα και χωρίς υφεση παρα τη λήψη αντιβίωσης. Η εξέταση Mantoux ήταν αρνητική, η Ro θωρακος με φυσιολογικά ευρήματα, αυξημένη CRP και λευκοκυττάρωση. Από το ιστορικό, φυμίστιωση προ 20ετίας θεραπευθείσα επιτυχώς με φαρμακευτική αγωγή ετους.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η αξονική τομογραφία ανέδειξε ινωδή στοιχεία του Δ.Α.Λ και η μαγνητική τομογραφία αύξησε διαστάσεων σπληνος (10.9cm \*12cm 86.5cm) με πολλαπλές διηθητικές εστίες, εικόνα συμβατή με σπληνικό λεμφωμα. Μυελογράμμα και οστεομελική βιοψία χωρίς παθολογικά ευρήματα και ακολούθησε σπληνεκτομή. Η βιοψία σπληνος ανέδειξε πολλαριθμα κοκκίωμα με κεντρική τυροειδή νεκρωση ενώ η PCR δεν πετυχε την ταυτοποίηση του μυκοβακτηριδίου. Η ασθενής τέθηκε σε τετραπλή αντιφυματική αγωγή με πυραζιναμίδη - δεξαμεθοζόλη - ριφαμικίνη - ισονιαζίδη με αποτέλεσμα την κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Η ασθενής παραμένει άπυρετη μετά από ένα ετος παρακολούθησης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εξωπνευμονική φυματίωση είναι σπανιότερη από τη φυματίωση του πνευμονα αλλά είναι δυνατόν να διαλαθεί της διαφορικής διάγνωσης καθώς και να εμφανίζεται με πολλαπλάσια κλινικών εικονων μη συμβατών με την τυπική κλινική εικόνα της νόσου.



### 308. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΟΥ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΑΕΡΑ ΤΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ

Μ. Κινδύνη<sup>1</sup>, Α. Φέρκε<sup>1</sup>, Ε. Βαμβακά<sup>1</sup>, Ι. Κρεμετής<sup>1</sup>, Γ. Ντέτσκα<sup>2</sup>, Γ. Καρλής<sup>2</sup>, Δ. Κοζικοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Παπαϊκονόμου<sup>2</sup>, Φ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Α. Χάσιου<sup>2</sup>, Ο. Καρική<sup>2</sup>, Σ. Καραπαπάνη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση του αριθμού των ατόμων που εργάζονται στην Κεντρική αποστείρωση (NSP) με το μικροβιακό φορτίο που ανευρίσκεται στον αέρα (ABL) κατά το διάστημα 10 εβδομάδων από τον Μάιο-Ιούλιο 2017.

**ΥΛΙΚΟ:** Πάρθηκαν δείγματα από τον αέρα της Κεντρικής Αποστείρωσης δύο φορές την εβδομάδα. Η δειγματοληψία έγινε με τη μέθοδο της αυτόματης λήψεως, αφήνοντας αιματούχο άγαρ ανοικτό 1m πάνω από το πάτωμα και > 1m απομακρυσμένο από οποιοδήποτε αντικείμενο. Το αιματούχο αφέθηκε ανοικτό 4 ώρες στη διάρκεια της ημέρας. Μετά από 24ωρη επώαση στους 37°C μετρήθηκαν οι αποικίες και έγινε η ταυτοποίηση του είδους του μικροβίου. Ο συντελεστής Spearman's rho χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογησουμε το βαθμό συσχέτισης μεταξύ NSP και ABL.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο αριθμός εργαζομένων της Κεντρικής Αποστείρωσης του νοσοκομείου μας ποικίλει από 3-7 άτομα. Το βακτηριακό φορτίο του αέρα ποικίλει από 4-44 CFU/4h (ανώτατο ΦΤ=100CFU/4h), αποτελούμενο από Staphylococcus-Coagulase-Negative(CNS) (ενδεικτικό επαρκούς αποστείρωσης). Δεν ανεπτύχθησαν Gram(-) βακτηρία, Staphylococcus-aureus ή μύκητες. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ NSP και ABL [rs=-0.8233, p < 0.005]. Το βακτηριακό φορτίο του αέρα αυξανόταν όταν περισσότερα άτομα ήταν παρόντα στο τμήμα, παρά τη σωστή εφαρμογή μέτρων υγιεινής. Πιθανώς λόγω της κατανομής της ροής του αέρα από το αυξημένο προσωπικό αλλά και από κινήσεις των ιατροτεχνολογικών εργαλείων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο έλεγχος του βακτηριακού φορτίου με τον έλεγχο των αποικιών που αναπτύσσονται σε ένα 4ωρο στον αέρα απεδείχθη εντός φυσιολογικών ορίων πράγμα που δηλώνει την καταλληλότητα του περιβάλλοντος της αποστείρωσης. Η πρόβλεψη με ακρίβεια του απαιτούμενου αριθμού του προσωπικού σε χώρους Κεντρικής αποστείρωσης και η θέση καθορισμένων αρμοδιοτήτων θα μειώσει τις αλληλεπιδράσεις αυτές και επομένως θα αυξήσει και την επάρκεια της αποστείρωσης.

### 310. ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΡΙΝΙΚΟΥ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Μ. Κινδύνη<sup>1</sup>, Α. Φέρκε<sup>1</sup>, Ε. Βαμβακά<sup>1</sup>, Γ. Ντέτσκα<sup>2</sup>, Γ. Καρλής<sup>2</sup>, Δ. Κοζικοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Παπαϊκονόμου<sup>2</sup>, Φ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Α. Χάσιου<sup>2</sup>, Ο. Καρική<sup>2</sup>, Δ. Βουλγαρόπουλος<sup>2</sup>, Σ. Καραπαπάνη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μικροβιακή φορεία του προσωπικού των νοσοκομείων θεωρείται μειζονος σημασίας, τόσο για τη διατήρηση της υγείας του προσωπικού όσο και για την αποφυγή λοιμώξεων στους ασθενείς. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος όλου του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού με λήψη εκκρίματος από την πρόσθια ρινική κοιλότητα σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), Παθολογικά Τμήματα και Κεντρική Αποστείρωση.

**ΥΛΙΚΟ:** Διεξήχθησαν δύο έλεγχοι το τελευταίο εξάμηνο (1/6/2017-30/11/2017) και στο σύνολο εξετάστηκαν 60 άτομα για ρινική φορεία. Οι βαμβάκοφοροι στυλεοί από δεξιά και αριστερό ρώθωνα καλλιεργήθηκαν σε: αιματούχα άγαρ, Mac Conkey 3 και Sabouraud agar και επωαστήκαν για 24-48ώρες στους 37°C. Έγινε ταυτοποίηση μικροβιακών στελεχών και έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά και ιδίως σε οξακιλίνη και κεφοζιτίνη με τη μέθοδο της διάχυσης δισκίων Kirby-Bauer.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά διαπιστώθηκαν τα εξής: σε 48/60 άτομα (80%) αναπτύχθηκε Coagulase Negative Staphylococci (CNS) (φυσιολογική χλωρίδα), σε 4/60 (6,6%) Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA), σε 6/60 (10%) Klebsiella pneumoniae με καλή ευαισθησία στα αντιβιοτικά και σε 2/60 (3,3%) αναπτύχθηκαν επιπλέον μύκητες. Τα στελέχη Klebsiella pneumoniae άνηκαν μόνο στο προσωπικό της ΜΕΘ και δεν ήταν πολυανθεκτικά, οπότε δεν θέτουν σε κίνδυνο ούτε τους ίδιους ούτε τους νοσηλευόμενους, καθότι θεωρήθηκε διαλείπουσα η φορεία τους. Πέραν των δειγμάτων με τη φυσιολογική χλωρίδα όλα τα υπόλοιπα δείγματα επαναληφθήκαν.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Για τα 4 άτομα που είναι αποικισμένα με MRSA και μύκητες δοθήκαν οδηγίες για εξάλειψη της φορείας τους. Για να βεβαιωθείμο ότι ο αποικισμός των ατόμων είναι παροδικός και ότι οι υπόλοιποι 48 παραμένουν αποικισμένοι με CNS, θεωρούμε απαραίτητη την επανάληψη της εξέτασης σε τακτικά χρονικά διαστήματα και την αυστηρή επιβολή μέτρων ατομικής προστασίας (γάντια, μάσκες, υγιεινή των χεριών).

### 309. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗ

Μ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Α. Παπασταύρου<sup>1</sup>, Μ. Μωυσεώς<sup>1</sup>, Π. Γεωργιάδης<sup>1</sup>, Μ. Νικολάου<sup>1</sup>, Γ. Γεωργίου<sup>1</sup>, Β. Χριστοδούλου<sup>2</sup>, Ι. Μιχαήλ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πάφου, Κύπρος, <sup>2</sup>Κτηνιατρικές Υπηρεσίες Κύπρος, <sup>3</sup>American medical center, Κύπρος

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού σπλαχνικής λείσμανιασης σε γυναίκα ασθενή χωρίς τυπική εξέλιξη της νόσου σε περιοχή με χαμηλό επιπολασμό. Η λείσμανιαση προκαλείται από ένα ενδοκυττάριο παράσιτο που μεταδίδεται στον άνθρωπο από νύγμα μολυσμένων θηλυκών φλεβοτόμων. Η λείσμανιαση είναι ενδημική στην Ασία, την Αφρική, την Αμερική και σε μεμονωμένες περιοχές της Μεσογείου. Οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλουν από τοπικές δερματικές αλλοιώσεις μέχρι τη δυνητικά θανατηφόροσπλαχνική μορφή, ειδικά σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.

**ΥΛΙΚΟ:** 71χρονη ασθενής χωρίς ανοσοανεπάρκεια, η οποία διαγινώσθηκε με ιστολογική εξέταση μυελού των οστών μετά από οχτώ ημέρες νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσηλευτήριο. Άμεσα τέθηκε σε αγωγή υπό ενδοφλέβια λιποσωματική αμφοτερικίνη Β και μεταφέρθηκε στην Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας(ΜΑΦ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής ανέπτυξε σύνδρομο πολύοργανικής ανεπάρκειας (αναπνευστική ανεπάρκεια, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, οξεία ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια) και απεβίωσε την 10ημέρα νοσηλείας της, εκ των οποίων μία στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας(ΜΑΦ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η σπλαχνική λείσμανιαση παραμένει μια νόσος στο προσκήνιο, η οποία χρήζει άμεσης διάγνωσης, θεραπείας και παρακολούθησης. Παρά την συνολικά καλή πρόγνωση, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η αργοπορημένη διάγνωση μπορεί να αυξήσει κατακόρυφα την νοσηρότητα και θνησιμότητα.

### 311. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΩΒ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ν. Σαμπάνης<sup>1</sup>, Ε. Πάσχου<sup>2</sup>, Γ. Ζαγκότσης<sup>1</sup>, Π. Παπανικολάου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς, <sup>2</sup>Μονάδα Υγείας Βύρωνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση Συνδρόμου Μωβ Ουροσυλλέκτη (ΣΜΟ) σε ασθενή υπό αιμοκάθαρση και βιβλιογραφική ανασκόπηση.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα ασθενής 86 ετών, υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση λόγω διαβητικής νεφροπάθειας από εξαμήνου και με ικανοποιητική υπολειπόμενη διούρηση παρουσίασε χαρακτηριστική μωβ δυσχρωμία των ούρων. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται αγγειακή άνοια με σημαντικά γνωσιακά ελλείμματα, καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια δυσκοιλιότητα και παρουσία εκτεταμένων κατακλίσεων στο κόκκυγα και τα κάτω άκρα. Η ασθενής έφερε μόνιμο διουρηθρικό καθετήρα ο οποίος άλλαζε σε μηνιαία βάση. Κατά την προσέλευσή της ήταν απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λοίμωξη του ουροποιητικού από *E.Coli* με αλκαλικό pH ούρων συνοδευόμενη από λευκοκυττάρωση και ηπίως αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Η ασθενής τέθηκε σε φαρμακευτική αγωγή με σπροφλοξασίνη βάσει αντιβιογράμματος και σταδιακά το χρώμα των ούρων αποκαταστάθηκε.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το ΣΜΟ συνιστά μία σπάνια κλινική οντότητα που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1978. Σχετίζεται με τον μεταβολισμό της τρυπτοφάνης, ενός αμινοξέος που απορροφάται από την τροφή και μεταβολίζεται στο παχύ έντερο σε ινδόλη, υπό την επίδραση του εντερικού μικροβιώματος. Η ινδόλη μεταφέρεται μέσω της πυλαίας κυκλοφορίας στο ήπαρ, όπου μετατρέπεται σε ινδικάνη. Η ινδικάνη αποβάλλεται στα ούρα όπου μετατρέπεται σε ινδικο και ινδερυθρίνη υπό την επίδραση ενζύμων που παράγονται από μικρόβια που αποικίζουν το ουροποιητικό. Αυτοί οι δύο μεταβολίτες είναι υπεύθυνοι για την μετατροπή του χρώματος των ούρων σε ιώδες. Το γυναικείο φύλο, η ηλικία, η δυσκοιλιότητα, η χρόνια ακινητοποίηση, η άνοια, οι λοιμώξεις ουροποιητικού και η χρόνια νεφρική νόσος αποτελούν αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης του ΣΜΟ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αναγνώριση του ΣΜΟ και της υποκείμενης παθολογίας του οδηγεί σε επιτυχή αντιμετώπιση του από τους κλινικούς ιατρούς οι οποίοι πρέπει να είναι σε επαγρύπνηση, καθιστώντας τους ασθενείς για την καλοήγη πορεία του.

### 312. ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΤΟΧΗΣ ΤΟΥ E.COLI ΣΤΟΥΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Ε. Βρέντζος<sup>1</sup>, Μ. Λουκάς<sup>1</sup>, Α. Σαλβαράκης<sup>2</sup>, Α. Καλυκάκη<sup>3</sup>, Μ. Νησωτάκη<sup>1</sup>, Α. Αλιφιέρη<sup>1</sup>, Ε. Ιωαννίδου<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, <sup>2</sup>Νοσοκομείο Ρεθύμνου, <sup>3</sup>Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, <sup>4</sup>Νοσοκομείο Ρεθύμνου, <sup>5</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, <sup>6</sup>Νοσοκομείο Ρεθύμνου

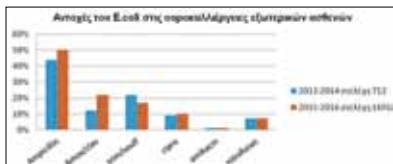
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της εξέλιξης της αντοχής του E.coli στην κοινότητα με σκοπό τη δημιουργία τοπικής κατευθυντήριας οδηγίας εμπειρικής αντιβίωσης.

**ΥΛΙΚΟ:** Καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων της access όλες οι θετικές καλλιέργειες ούρων και οι ευαισθησίες (δίσκοι ευαισθησίας) των μικροβίων εξωτερικών ασθενών σε δύο περιόδους στο διάστημα μίας πενταετίας 2013-2017.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κατανομή των μικροβίων στις καλλιέργειες ούρων των εξωτερικών ασθενών φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα:



Η εξέλιξη της αντοχής του E.coli του συχνότερα απομονούμενου μικροοργανισμού φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα:



**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αντοχή του E.coli στην αμοξισυλλίνη/κλαβουλανικό έχει αυξηθεί πολύ με αποτέλεσμα αυτό το αντιβιοτικό να μην προσφέρεται για εμπειρική θεραπεία. Παρά τις σχετικά χαμηλές αντοχές της σιπροφλοξασίνης υπάρχει μία τάση αύξησης της αντοχής, ενώ παρατηρείται μία μείωση της αντοχής στην τριμεθ/σουλφρα πιθανόν λόγω της περιορισμένης χρήσης της. Φάρμακο εκλογής στις κυστίτιδες της κοινότητας παραμένει η νιτροφουραντοίνη με πολύ καλά ποσοστά ευαισθησίας.

### 314. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Δ. Μπαλάσκα<sup>1</sup>, Ι. Πολλάλης<sup>2</sup>, Γ. Δημογέροντας<sup>3</sup>, Ζ. Μπιτσώρη<sup>4</sup>

<sup>1</sup>1η ΥΠΕ, <sup>2</sup>Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, <sup>3</sup>Νευροχειρουργός, Metropolitan Hospital, <sup>4</sup>Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η τεχνολογική επανάσταση της εποχής μας, οι κατακτήσεις της ιατρικής επιστήμης, αλλά και η άριστη κατάρτιση των σύγχρονων χειρουργών σπονδυλικής στήλης, προσδίδουν αίσθημα σιγουριάς στους ασθενείς, οι οποίοι πλέον προβαίνουν ευκολότερα σε αυτήν την -κάποτε απαγορευτική- χειρουργική επέμβαση, με στόχο να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Οι παθήσεις σπονδυλικής στήλης, ως μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας αλλά και ως κύριος παράγοντας επιβάρυνσης των υγειονομικών προϋπολογισμών δε θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση από την οικονομική αξιολόγηση. Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι η οικονομική αξιολόγηση των μεθόδων θεραπείας των παθήσεων στη σπονδυλική στήλη.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών στην Ελλάδα, είχε ως αποτέλεσμα των περιορισμό των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων γενικά. Η οικονομική αξιολόγηση, ως ένα εργαλείο των οικονομικών της υγείας, επιτρέπει τη βελτιστοποίηση του επιπέδου υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι παθήσεις σπονδυλικής στήλης, ως μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας αλλά και ως κύριος παράγοντας επιβάρυνσης των υγειονομικών προϋπολογισμών δε θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση από την οικονομική αξιολόγηση. Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας είναι η βασική μέθοδος της οικονομικής επιστήμης που περιγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία και δίνει τη δυνατότητα στους ερευνητές να εξάγουν συμπεράσματα ικανά να οδηγήσουν σε ένα πιο αποτελεσματικό και πιο αποδοτικό σύστημα υγείας, με κύριο γνώμονα την καλύτερη κατανομή των πόρων.

### 313. ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ MYCOBACTERIUM ABSCESSUS-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ι. Παννέζη, Χ. Πάνος, Ν. Χριστοφορίδης, Ν. Νικολάου, Γ. Ερωτοκρίτου  
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να περιγραφεί μια περίπτωση μικροβιαμίας από Mycobacterium abscessus σε έναν ασθενή που έφερε κεντρικό καθετήρα αιμοκάθαρσης

**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για έναν ασθενή που νοσηλεύτηκε στην κλινική μας για διερεύνηση εμπύρετου. Στο ατομικό του αναμνηστικό είχε προηγούμενες νοσηλίες λόγω στεφανιαίας νόσου και χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, ενώ έφερε κεντρικό καθετήρα αιμοκάθαρσης. Στα πλαίσια διερεύνησης ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος από τις οποίες απομονώθηκε ένα ταχύτατα αναπτυσσόμενο μυκοβακτηρίδιο, στέλεχος Mycobacterium abscessus.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση στις λοιμώξεις οι οποίες προκαλούνται από στελέχη μυκοβακτηρίων non-tuberculosis, τα οποία παλαιότερα ονομάζονταν άτυπα ή του περιβάλλοντος. Κυρίως αφορούν ανοσοκατασταλμένους, μεταμοσχευμένους ή οροθετικούς ασθενείς. Πιο συχνές είναι οι λοιμώξεις του αναπνευστικού, δέρματος και μαλακών μορίων. Πολύ πιο σπάνιες είναι η ενδοκαρδίτιδα και η βακτηριαμία η οποία σχετίζεται με την χρήση των ενδοαγγειακών καθετήρων. Η δε θεραπεία διαφέρει από αυτού των υπόλοιπων μυκοβακτηριακών λοιμώξεων, καθώς δεν χρησιμοποιούνται τα κλασικά αντι-μυκοβακτηριακά φάρμακα, αλλά αντι-μικροβιακά σχήματα με βάση την κλαριθρομυκίνη σε συνδυασμό με αμικασίνη συνότερα ή κεφαλοσπορίνες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα άτυπα μυκοβακτηρίδια αποτελούν μια εν δυνάμει αιτία ευκαιρικής λοίμωξης σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς αλλά και ιατρογενούς λοιμώξεως σε άτομα που φέρουν ενδοαγγειακού καθετήρες. Η εξέλιξη είναι ταχύτατη και απαιτεί στοχευμένη θεραπεία.

### 315. ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δ. Μπαλάσκα<sup>1</sup>, Ι. Πολλάλης, Ζ. Μπιτσώρη<sup>2</sup>, Γ. Δημογέροντας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>1η ΥΠΕ, <sup>2</sup>Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, <sup>3</sup>Νευροχειρουργός, Metropolitan Hospital

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διαφήμιση είναι η δομημένη και σύνθετη μη προσωπική επικοινωνία πληροφοριών, συνήθως πειστική, σε σχέση με αγαθά, υπηρεσίες και ιδέες μέσω διαφόρων μέσων. Ρόλος της είναι να πληροφορεί, να πείθει, και να υπενθυμίζει την αξία των υπηρεσιών που διαφημίζονται.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης αυτής είναι, μέσα από αναφορές από την διεθνή βιβλιογραφία, να τονιστεί η αναγκαιότητα καθώς και ο ρόλος της διαφήμισης στην πρόληψη και ενημέρωση των πολιτών για την αντιμετώπιση και την πρόληψη διαφόρων ασθενειών.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην εποχή μας, ο ρόλος της διαφήμισης είναι καθοριστικός για τη διαμόρφωση κοινωνικών στάσεων και καταναλωτικών προτύπων. Προκείμενο να πετύχει το στόχο της καταφεύγει, άλλοτε στην επίκληση των συναισθημάτων που συνδέουν τον καταναλωτή με την αγορά ή την χρήση της υπηρεσίας και άλλοτε στην επίκληση της λογικής, αναλύοντας τεχνικά χαρακτηριστικά και πλεονεκτήματα της υπηρεσίας σε σχέση με τις ανταγωνιστικές υπηρεσίες. Υπάρχουν διάφορες κατηγορίες διαφήμισεων, αλλά στον χώρο της υγείας βρίσκουν απήχηση οι κοινωνικές διαφημίσεις που προωθούν μηνύματα κοινωνικού περιεχομένου προκειμένου να ενημερωθεί ο δέκτης, να ευαισθητοποιηθεί ή και να αναλάβει δράση. Χαρακτηριστικές περιπτώσεις αποτελούν οι καμπάνιες που γίνονται για θέματα πρόληψης του καρκίνου του μαστού, κοινωνικής προσφοράς, διαχείρισης των ψυχολογικών επιπτώσεων, ενημέρωση οργανώσεων για γυναίκες με καρκίνο μαστού, διαφημίσεις για τις επιπτώσεις από την χρήση του αλκοόλ, των ναρκωτικών ουσιών, του καπνίσματος όπως και διαφημίσεις για την πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων, την πρόληψη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μία διαφήμιση για να είναι επιτυχημένη πρέπει να έχει σαφείς και καθορισμένους στόχους. Η στρατηγική μιας επιτυχημένης διαφήμισης αποτελείται από τέσσερα βασικά στοιχεία, το στοχευόμενο ακροατήριο, την αντίληψη για την υπηρεσία, τα μέσα επικοινωνιών και το διαφημιστικό μήνυμα. Ωστόσο ένας σημαντικός παράγοντας μιας επιτυχημένης διαφήμισης είναι η δημιουργικότητα. Η δημιουργικότητα βοηθά τη διαφήμιση να ενημερώσει, να πείσει, να υπενθυμίσει και βάζει την έκρηξη στην διαφήμιση. Συμπερασματικά μια διαφήμιση θεωρείται επιτυχημένη όταν αυτή είναι εξυπνη, στοχευμένη και κυρίως μπορεί να τη θυμάται ο ενδιαφερόμενος.

### 316. ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ;

Ζ. Μπιτσώρη<sup>1</sup>, Δ. Μπαλάσκα<sup>2</sup>, Α. Κωνσταντινοπούλου<sup>3</sup>, Μ. Μουστάκη<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>2</sup>1η ΥΠΕ, <sup>3</sup>Κ.Υ. Σπάτων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο χώρος του νοσοκομείου αποτελεί ένα πλαίσιο στο οποίο ο κάθε άνθρωπος δίνει σημαντικό μέρος του χρόνου και της ενέργειάς του, εναποθέτοντας πολλές προσδοκίες και βιώνοντας έντονα συναισθήματα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης να αναδειχθεί το φαινόμενο του εργασιακού εκφοβισμού καθώς και οι αρνητικές συνέπειες τόσο στο ίδιο το θύμα όσο και στον οργανισμό.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η σύγχρονη κοινωνία καλλιεργεί το συναίσθημα του ανταγωνισμού παρά της συνεργασίας και της αλληλεγγύης. Όταν ο ανταγωνισμός αυτός δεν διέπεται από κανόνες, στην ουσία καλλιεργεί άτομα με αρνητικά στοιχεία της προσωπικότητάς τους που είναι ο εγωκεντρικός ατομισμός και η εξυπηρέτηση των ατομικών τους συμφερόντων. Η συμπεριφορά του «Θύτη» στο Mobbing χαρακτηρίζεται από την συστηματική και στοχευμένη ύπουλη επιθετικότητα προς ένα συγκεκριμένο θύμα, ενώ προς τους άλλους συναδέλφους είναι τελείως διαφορετική, και κυρίως στους ανωτέρους του ιεραρχικά, υποτακτική μέχρι δουλοπρεπής. Οι επιπτώσεις στον εργαζόμενο είναι η συχνή απουσία από την εργασία, η σωματική δυσφορία, οι διαταραχές στον ύπνο, η αλλαγή της συμπεριφοράς με επιθετικά στοιχεία, η κατάθλιψη. Ωστόσο συνέπειες έχει ο εκφοβισμός και για τον ίδιο τον οργανισμό, όπως αυξημένες απουσίες του προσωπικού, συνεχείς αλλαγές προσωπικού, μειωμένη παραγωγικότητα, απώλεια εμπιστοσύνης εξυπηρετούμενων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο εργασιακός εκφοβισμός προκαλεί καταστροφικά αποτελέσματα στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζόμενων και κατ' επέκταση, των οικογενειών τους. Συμπερασματικά, ο εκφοβισμός στον εργασιακό χώρο αποτελεί απειλή τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε οργανωτικό. Η εποπτεία οργανισμών αποτελεί ένα καλό εργαλείο προφύλαξης ή επανόρθωσης, καθώς φέρνει στο φως άλυτες συγκρούσεις που μπορεί να παράγουν τέτοιου είδους φαινόμενα.

### 318. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ζ. Μπιτσώρη<sup>1</sup>, Α. Κωνσταντινοπούλου<sup>2</sup>, Δ. Μπαλάσκα<sup>3</sup>, Κ. Καρκουλιάς<sup>4</sup>, Γ. Δημογέροντας<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>2</sup>Κ.Υ. ΣΠΑΤΩΝ, <sup>3</sup>1η ΥΠΕ, <sup>4</sup>Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., <sup>5</sup>Νευροχειρουργός, Metropolitan Hospital

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι συνεχείς εξελίξεις στο χώρο της υγείας έχουν ως στόχο την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας καθώς και την ικανοποίηση των ασθενών, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες να χρειάζεται να εκσυγχρονίζουν συνεχώς τις γνώσεις και δεξιότητές τους για να προσαρμόζονται στις νέες απαιτήσεις του επαγγέλματός τους.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να τονιστεί η σπουδαιότητα της αξιολόγησης των επαγγελματιών υγείας για την επίτευξη ποιοτικότερης παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Το υλικό της ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αξιολόγηση αποτελεί μια πολύπλοκη και σύνθετη διαδικασία. Για την αποτελεσματικότητα της θα πρέπει να γίνεται τουλάχιστον μία φορά το χρόνο και να κοινοποιείται στους επαγγελματίες υγείας παρέχοντάς τους την δυνατότητα ενστάσεων. Επίσης η αξιολόγηση θα πρέπει να εστιάζεται στην συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας και στα αποτελέσματα, παρά στα προσωπικά χαρακτηριστικά. Ωστόσο παράγοντες αξιολόγησης των επαγγελματιών υγείας τους οποίους θα πρέπει να λαμβάνει ο αξιολογητής θα πρέπει να είναι ο επαγγελματισμός, η ασφάλεια καθώς η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η πρωτοβουλία των επαγγελματιών υγείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συμπερασματικά η αξιολόγηση της απόδοσης του έργου των επαγγελματιών υγείας, βάσει της οποίας προσδιορίζονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία των επαγγελματιών υγείας μέσα στον οργανισμό, αλλά και τα κίνητρά τους προς την επίτευξη υψηλότερης απόδοσης αποτελεί μια διαδικασία ζωτικής σημασίας για την στελέχωση των υπηρεσιών υγείας. Επίσης βοηθάει στο να καθοριστούν και να αναπτυχθούν ο μελλοντικός ρόλος ενός επαγγελματία υγείας και να παρέχει μια βάση για την λήψη πολλών διοικητικών αποφάσεων. Επίσης για να είναι μια αξιολόγηση ακριβής θα πρέπει ο αξιολογητής να καταγράφει τα σημαντικά γεγονότα σε όλη την περίοδο της αξιολόγησης και να είναι ελεύθερος από προκαταλήψεις και συναισθηματισμούς. Για την επίτευξη όλων αυτών σημαντικού ρόλο παίζει η εκπαίδευση του αξιολογητή για την βελτίωση των δεξιοτήτων παρατήρησης και συμπλήρωσης των εντύπων αξιολόγησης.

### 317. Η ΤΕΧΝΗ ΤΟΥ ΗΓΕΤΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ζ. Μπιτσώρη<sup>1</sup>, Μ. Μουστάκη<sup>1</sup>, Δ. Μπαλάσκα<sup>2</sup>, Γ. Δραχτιδής<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>2</sup>1η ΥΠΕ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Μέσα στον εργασιακό χώρο η αποτελεσματική ηγεσία αποτελεί ένα από τα πιο κρίσιμα ζητήματα στις σύγχρονες κοινωνίες, και κυρίως στις μέρες μας που οι συνθήκες κρίσης δημιουργούν ανταγωνιστικές και ραγδαία μεταβαλλόμενες καταστάσεις στους οργανισμούς.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να τονιστούν τα χαρακτηριστικά του σύγχρονου ηγέτη μέσα στο χώρο της υγείας.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Είναι γνωστό ότι η έννοια της ηγεσίας δεν είναι ταυτοσημή με τις έννοιες της δύναμης και της εξουσίας. Η σπουδαιότητα των ηγετών κυρίως σε έναν οργανισμό είναι γενικώς αναγνωρισμένη, είναι αυτός που διαθέτει τις γνώσεις, την πείρα, αποφασίζει τα μέσα για την πραγματοποίηση ενός στόχου. Επιπλέον ασχολείται με τη διαχείριση των υλικών μέσων και τη σωστή επιλογή και χρησιμοποίηση του ανθρώπινου εργατικού δυναμικού. Ένας ηγέτης δεν θα πρέπει να χάνει την αισιοδοξία του, θα πρέπει να κατευθύνει τα υπόλοιπα στελέχη για την σωστή εκτέλεση του πλάνου του. Για να καταφέρει αυτό, αρχικά θα πρέπει να εμπνεύσει τα μέλη και μετά να μπορεί να τα πείσει, ότι το πλάνο του θα έχει αποτέλεσμα εάν ακολουθηθεί από όλους πιστά. Επίσης ο ηγέτης πρέπει να είναι σίγουρος ότι έχει εξασφαλισμένους πόρους, τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό όσο και σε χρηματικούς πόρους. Ωστόσο για να είναι ένας ηγέτης αποτελεσματικός θα πρέπει να ξέρει να ακούει όλα τα στελέχη του, να ψάχνει την επαναστροφодότηση, ώστε να μελετάει τα επόμενα βήματα του σχεδίου του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στους σύγχρονους οργανισμούς υγείας, καθημερινά οι νοσηλεύτες καλούνται να διατηρήσουν λεπτή ισορροπία, καλύπτοντας τις ανάγκες και ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών, των συγγενών καθώς και των άλλων επαγγελματιών υγείας, με αποτέλεσμα τα διοικητικά καθήκοντα να αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του έργου τους. Η αποτελεσματική ηγεσία συμβάλλει σημαντικά στην κοινωνική συνοχή και επιφέρει ενότητα στις μαζικές προσπάθειες των διαφόρων ομάδων μέσα σε έναν οργανισμό. Συμπερασματικά η διδασκαλία δεξιοτήτων ηγεσίας είναι απαραίτητη για κάθε επαγγελματία υγείας που επιθυμεί να είναι αποτελεσματικός και αποδοτικός. Ας μην ξεχνάμε ότι η ηγεσία δεν είναι κάτι στατικό, αλλά αντίθετα ακολουθεί και αυτή την πορεία όλων των πραγμάτων γύρω μας, τα οποία συνεχώς μεταβάλλονται. Έτσι ο ηγέτης πρέπει να προσαρμόζεται σε αυτές τις συνεχείς εξελίξεις και να κατευθύνει τους γύρω του σε μια συνεχή ανοδική πορεία και φυσικά στους ανάλογους στόχους του οργανισμού.

### 319. ΤΑ SOCIAL MEDIA ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Δ. Μπαλάσκα<sup>1</sup>, Ι. Πολλάλης<sup>2</sup>, Γ. Δημογέροντας<sup>3</sup>, Ζ. Μπιτσώρη<sup>4</sup>

<sup>1</sup>1η ΥΠΕ, <sup>2</sup>Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, <sup>3</sup>Νευροχειρουργός, Metropolitan Hospital, <sup>4</sup>Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (social media) αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας των πολιτών και η χρήση του δεν θα μπορούσε να μην επηρεάσει και τον τομέα της υγείας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να επιστημονήσει την προσοχή καθώς τα social media παίζουν καθοριστικό ρόλο πλέον και στον κλάδο της υγείας. Η νέα γενιά είναι πιο πιθανό να ψάξει πρώτα στο Ίντερνετ για πληροφορίες σχετικά με την υγεία, να ρωτήσει πληροφορίες για τον γιατρό, το κόστος των παροχών υπηρεσιών υγείας κα.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα social media αποτελούν τη νέα μορφή επικοινωνίας και οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να δημιουργούν εκπαιδευτικό περιεχόμενο με σκοπό να μοιράζονται πληροφορίες σχετικά με την υγεία για να προστατεύσουν τους ενδιαφερόμενους από παραπληθητικές πληροφορίες. Η μη συμμετοχή τους στα social media σημαίνει ότι έχουν υψηλές πιθανότητες να χάσουν ένα σημαντικό ποσοστό των ενδιαφερόμενων που θα βρεθούν στο επίκεντρο της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η νέα γενιά δηλώνει σε έρευνες ότι εμπιστεύεται τις ιατρικές πληροφορίες που διαβάζουν στα social media και η πληροφορία αυτή θα πρέπει να αντιμετωπιστεί σα μια νέα ευκαιρία από τους επαγγελματίες υγείας. Τα social media ενός οργανισμού θα πρέπει να έχουν σε ισχύ, μια ξεκάθαρη και μοναδική στρατηγική. Εάν το πλαίσιο της ψηφιακής κοινότητας διαθέτει υψηλή ποιότητα και επιμέλεια τότε θα ενισχύεται η εμπιστοσύνη του κοινού στην προμήθεια των πληροφοριών. Οι πολίτες χρησιμοποιούν πλέον τα social media για να συζητήσουν τα πάντα για τη ζωή τους, συμπεριλαμβανόμενης της υγείας και εναπόκεινται στους Επαγγελματίες Υγείας να επιλέξουν αν ήρθε η ώρα να συντονιστούν.

## 320. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 322. ΣΥΜΠΑΓΟΜΟΡΦΕΣ ΟΞΩΔΕΙΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΑΧΕΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Θ. Κατσαρού, Α. Κορομηλιάς, Χ. Κυρίτης, Μ. Σοφία  
9η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση πολλαπλών οξόμορφων αλλοιώσεων πνεύμονα.  
**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 55 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσέρχεται λόγω αναφερόμενου πυρετού, μη παραγωγικού βήχα και θωρακαλγίας δεξιά.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στην αξονική τομογραφία θώρακα απεικονίστηκαν πολλαπλές συμπαγείς οξώδεις αλλοιώσεις άμφω με ακτινωτές προσεκβολές και εικόνα θαμβής υάλου περιφερικά. Κατά την εισαγωγή του ο ασθενής ήταν απύρετος και αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς αναπνευστική ανεπάρκεια και με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση με ανάδειξη διήθησης του βλεννογόνου στο δεξιό στελεχιαίο, απ' όπου ελήφθησαν βιοψίες. Η ιστολογική εξέταση και η κυτταρολογική εξέταση του βρογχικού εκπλύματος ήταν αρνητικές για κακοήθεια. Στα πλαίσια περαιτέρω διερεύνησης διενεργήθηκε αξονική τομογραφία άνω κοιλίας και εγκεφάλου, χωρίς ανάδειξη βλαβών συμβατών με δευτεροπαθείς εντοπίσεις ή άλλων παθολογικών ευρημάτων. Στον υπέρηχο καρδιάς διαπιστώθηκε μέτριου βαθμού περικαρδιακή συλλογή. Τη δέκατη ημέρα νοσηλείας παρουσίασε υπεζωκοτική συλλογή δεξιά, η οποία παρακεντήθηκε διαγνωστικά (λεμφοκυτταρικό εξίδρωμα) με αρνητική κυτταρολογική. Τις επόμενες ημέρες η ακτινολογική εικόνα του ασθενούς επιδεινώθηκε ταχέως (με κυψελιδικού τύπου διηθήματα άμφω) με συνοδό επιδείνωση της αναπνευστικής και νεφρικής λειτουργίας. Η μικροσκόπηση ιζήματος ούρων ανέδειξε δύσμορφα ερυθρά (ακανθοκύτταρα και δακτυλιοειδή). Παράλληλα ο ασθενής εμφάνισε αιμόπτυση, ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία (μεταγίστηκε με 1 Μονάδα Συμπυκνωμένων Ερυθρών), καθώς και πορφυρικό εξάνθημα κάτω άκρων. Από τον ανοσολογικό έλεγχο προέκυψαν θετικά c-ANCA. Διενεργήθηκε επείγουσα ρευματολογική εκτίμηση και χορηγήθηκε όση κορτιζόνης (1000mg μεθυλπρεδνιζολόνης). Συνεκτιμώντας τις κλινικές εκδηλώσεις και τον ανοσολογικό έλεγχο ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ως αγγειίτιδα Wegener και μεταφέρεται σε νεφρολογικό τμήμα για θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης, όπου και διασωληνώθηκε. Αποσωληνώθηκε επιτυχώς και έκτοτε παρακολουθείται ως εξωτερικός ασθενής σε τακτικό ρευματολογικό ιατρείο δημόσιου νοσοκομείου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κοκκιωμάτωση Wegener, αίτιο πνευμονονεφρικού συνδρόμου, μπορεί να εμφανιστεί ως πολλαπλές οξόμορφες αλλοιώσεις (με κοιλοποίηση σε κάποιες περιπτώσεις) με περιφερικά διηθήματα θαμβής υάλου (αποτέλεσμα κυψελιδικής αιμορραγίας).

## 321. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Ο. Γκόλφη  
Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη του κινδύνου ανάπτυξης παγκρεατίτιδας σε παιδί μετά από τραύμα σαν υπαρκτό πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης σε άλγος κοιλιακής χώρας.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ:** Άρρεν παιδί 13 ετών προσήλθε περιπατητικό λόγω πολλαπλών γαστρικών εμέτων και συνεχούς έντονου άλγους αριστερής κοιλιακής χώρας. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρει νοσηλεία προ ενός έτους σε νοσοκομείο της πρωτεύουσας λόγω παγκρεατίτιδας τραυματικής αιτιολογίας. Κατά την αντικειμενική εξέταση ανευρέθησαν: ΣΒ 68 kg, θερμοκρασία 35,9 βαθμούς κελσίου, κορεσμός οξυγόνου 100%, 110 σφύξεις/λεπτό, εξέρυθρα παράσθια, χωρίς ρινική καταρροή, χωρίς παθολογικά ακροαστικά ευρήματα από τους πνεύμονες, ψηλαφητές μηριαίες αρτηρίες, χρόνος τριχοειδικής επαναπλήρωσης <2sec, κοιλία: μαλακή, ευπίεστη με συνεχές έντονο κοιλιακό άλγος στην αριστερή κοιλιακή χώρα αντανάκλαση στην οσφυϊκή μοίρα, αναπνευστική ευαισθησία +/-, εντερικοί ήχοι παράγοντες, ήπαρ-, σπλην-, κλιμακα γλασκώβης 15/15, μυοσκελετικό σύστημα κατα φύσιν και χωρίς δυσουρικά ενοχλήματα. Η Μαγνητική ακτινογραφία (MRI) που προσεκόμισαν οι γονείς μετά την προ ενός έτους νοσηλείας του παιδιού τους ανέγραφε μικρού βαθμού αλλοίωση του παγκρεατικού πόρου. Από τα εργαστηριακά ευρήματα σημειωτικά ήταν η αμυλάση ορού 671 U/L και η αμυλάση ούρων: 3604 U/L και φυσιολογικές χολερυθρίνες και τρανσαμινάσες. Υπερηχογράφημα ήπατος-χοληφόρων-παγκρέατος και ακτινογραφία κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μετά από παρέλευση 3 ημερών και με συντηρητική θεραπεία και αναλγησία επί πόνου το παιδί εξήλθε με αμυλάση ορού: 346 U/L, ολική χολερυθρίνη 1,83 mg/dl, άμεση χολερυθρίνη 0,76 mg/dl και υπερηχογράφημα ήπατος-χοληφόρων-παγκρέατος φυσιολογικό. Το περιστατικό εξήλθε βελτιωμένο με οδηγίες ελαφράς σίτισης και επανεξέταση με εργαστηριακό έλεγχο μετά το πέρας των επτά ημερών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Πιστεύουμε ότι είναι πιθανό αυτό το περιστατικό να αποτελείσε μία υποτροπή παλαιάς οξείας παγκρεατίτιδας που είχε παρουσιαστεί προ ενός έτους τραυματικής αιτιολογίας, η οποία και κατέλειψε κάποια μικρού βαθμού ανατομική αλλοίωση στον παγκρεατικό πόρο (ευρήματα MRI).

## 323. ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΔΙΗΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗ

Α. Κορομηλιάς, Θ. Κατσαρού, Χ. Κυρίτης, Β. Γκόλφος  
9η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση αμφοτερόπλευρων πνευμονικών διηθημάτων σε ασθενή με αρχική συμπτωματολογία λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 81 ετών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, στεφανιαία νόσο, αρτηριακή υπέρταση και χρόνια κολπική μαρμαρυγή προσέρχεται λόγω πυρετού, δύσπνοιας και παραγωγικού βήχα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής και υποξυγοναιμική αναπνευστική ανεπάρκεια. Στην ακτινογραφία θώρακα αναδείχθηκε πύκνωση με αεροβρογχογράμμα στον δεξιό άνω λοβό.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε καταρχήν ως πνευμονία κοινότητας. Τα αντιγόνα ούρων ήταν αρνητικά, ενώ οι καλλιέργειες βιολογικών υλικών ήταν στείρες. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία (CT) θώρακα, αρνητική για πνευμονική εμβολή, με ανάδειξη πυκνώσεων και περιοχών θολής υάλου άμφω με μικρή υπεζωκοτική συλλογή δεξιά. Λόγω επιμονής του πυρετού και περαιτέρω ακτινολογικής επιδείνωσης αναβαθμίστηκε η αντιμικροβιακή αγωγή, με ακόλουθη σχετική κλινική βελτίωση και αρνητικοποίηση της προκαλοπιτόνης, ωστόσο, σε επαναληπτική CT θώρακα επανελέγχθηκαν σχετικά αμετάβλητα τα εκτεταμένα πυκνωτικά διηθήματα δεξιά με αύξηση της πλευριτικής συλλογής σύστοιχα. Η διαγνωστική παρακέντηση ανέδειξε ηωσινοφιλική πλευριτίδα, με ταυτόχρονη εμφάνιση ήπιας περιφερικής ηωσινοφιλίας. Ο περαιτέρω έλεγχος (έλεγχος για φυματίωση, παράσιτα και μύκητες, κολλαγονικός έλεγχος) ήταν αρνητικός, χωρίς κλινική διαταραχή των ηωσινοφίλων. Έγινε διακοπή της αμιωδαρόνης (που ελάμβανε από 6 ετών). Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση με BAL με 5% ηωσινόφιλα και αφρώδη μακροφάγα θετικά στη χρώση oil-red 0 για φωσφολιπίδια, εύρημα συμβατό με πιθανή τοξικότητα από αμιωδαρόνη. Η διαβρογχική βιοψία ανέδειξε φλεγμονώδη διήθηση του χορίου με αρκετά ηωσινόφιλα, χωρίς στοιχεία ειδικής κοκκιωματώδους φλεγμονής ή κακοήθειας. Έγινε έναρξη κορτικοστεροειδών. Ο ασθενής παρέμεινε απύρετος με σταδιακή βελτίωση της αναπνευστικής του λειτουργίας. Στον επανέλεγχο μετά από 1 μήνα παρατηρήθηκε πλήρης υποχώρηση των πνευμονικών διηθημάτων και φυσιολογικός αριθμός περιφερικών ηωσινοφίλων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πνευμονική τοξικότητα από αμιωδαρόνη μπορεί να εκδηλωθεί με εικόνα ηωσινοφιλικής πνευμονίας με ανταπόκριση στη διακοπή του φαρμάκου και στα κορτικοστεροειδή.

**324. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΟ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ**

*Β. Γόγγολας, Α. Μακίνας, Π. Κατσέλη, Ε. Κούτρα, Ι. Σκουρή, Ε. Λουκά, Κ. Ηλιοπούλου, Ι. Κοντόλαιμου, Ε. Ρούλια, Ζ. Αλεξίου*  
*Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού καταστροφικού αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου σε ασθενή με σοβαρή θρομβοπενία.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 33 ετών, προσήλθε στο ΤΕΠ αιτώμενη εμπύρετο έως 39οC και επεισόδια εμέτου από εικοσιτετράωρο. Ατομικό Αναμνηστικό: θρομβοπενία από ετών υπό παρακολούθηση. Κλινική Εξέταση: όψη/θρέψη: καλή, καρδιακοί τόνοι: ευκρινείς-ρυθμικοί, αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο αμφοτερόπλευρα, κοιλία δίχως οξεία παθολογία. Ζωτικά Σημεία: ΑΠ:125/65mmHg, ΣΦ:80/min, SatO2:98%,θ:36,8. Από τον ΗΚΓ έλεγχος: φλεβοκομβικός ρυθμός. Εργαστηριακός Έλεγχος: WBCs:6,700/μL(NEUTRO:88,8%), Hct:36,2%, Hgb:12,1gr/dL, **PLTs:57,000/μL**. Urea:20mg/dL, Cr:0,6mg/dl, Glu:110 mg/dL, Na:141 mmol/l, K:3,9mmol/l, INR:1,18,aPTT:32,9, PT:14,5sec

Η ασθενής εισήχθη για παρακολούθηση και τέθηκε σε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με Κεφτριαζόνη/Αζιθρομυκίνη καθώς και σε πρεδνιζολόνη ενδοφλεβίως. Λόγω κοιλιακού άλγους επιδεινούμενου πραγματοποιήθηκε CT-άνα/κάτω κοιλίας: περιοχές μειωμένης πρόσληψης σκιαγραφικού κατά το δεξιό νεφρό διάστάσεων 3,4 cm και 1 cm αντίστοιχα στον άνω πόλο και τη μεσότητα αυτού(έμφρακτα). Επίσης, σπλην διογκωμένος με διάχυτα ανομοιογενή πρόσληψη(πολλαπλά έμφρακτα). Απεστάλη έλεγχος ανοσολογικός,για αντισώματα έναντι αιμοπεταλίων, άμεση/έμμεση Coombs, κρουσφαίρινες, ρευματοειδή παράγοντα: αρνητικός. Ήγνε στερνική παρακέντηση εκ της οποίας το μυελόγραμμα ανέδειξε αυξημένα μεγακαρουκύτταρα. Επιπλέον, εστάλη έλεγχος θρομβοφιλίας. Λόγω επιδείνωσης της θρομβοπενίας(22,000/μL), ζητήθηκε ξανά έλεγχος αιμόστασης:INR:1,20, ινωδογόνο:277mg/dL, **d-dimers(33,87mg/L)**. Βάσει αυτού χορηγήθηκε άμεση ΗΧΜΒ. Η ασθενής, κατά την πρώτη ημέρα νοσηλείας, ούσα απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή,παρουσίασε αιφνίδιας πτώσης επιπέδου συνείδησης, αρρασία και ΔΕ ημιπάρεση, εικόνα συμβατή με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ. Πραγματοποιήθηκε άμεσα CT εγκεφάλου: έλεγχος αρνητικός για αίμα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο θρομβοφιλικός έλεγχος απέβη θετικός για αντιπηκτικά του λύκου(1,76 με φ.τ<1,3), ισχυροποιώντας τη διάγνωση του καταστροφικού αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου, βάσει του οξέος νευρολογικού συμβάματος, των απεικονιστικών και εργαστηριακών ευρημάτων. Κατόπιν αυτού διεκομίσθη σε εξειδικευμένο κέντρο για περαιτέρω αντιμετώπιση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το καταστροφικό Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο αποτελεί σπανιότατη κλινική οντότητα(1% των περιπτώσεων Αντιφωσφολιπιδικού Συνδρόμου) με πτωχή πρόγνωση και ταχεία εξέλιξη. Στο ήμισυ των περιπτώσεων, αποτελεί την πρώτη εκδήλωση αυτού. Σπανίως συνοδεύεται από σοβαρή θρομβοπενία (PLTs <50,000/μL) οπότε και η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής αποτελεί πεδίο προβληματισμού λόγω του αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου.

**326. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΨΕΥΔΟΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΚΑΙ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΕ ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ**

*Α. Ιωάννου<sup>1</sup>, Γ. Μαϊκαντή<sup>1</sup>, Χ. Γιαννούπουλος<sup>1</sup>, Ο. Τσατόβι<sup>1</sup>, Θ. Λάμπρου<sup>1</sup>, Β. Αποστολόπουλος<sup>1</sup>, Ζ. Τσαντικίδη<sup>1</sup>, Π. Κουρούτσι<sup>1</sup>, Κ. Γκιζέλη<sup>1</sup>, Ε. Σκούρα<sup>1</sup>, Α. Λεκκάκου<sup>1</sup>, Σ. Αθανασιάδης<sup>2</sup>, Τ. Ταταρίδου<sup>1</sup>, Ν. Αλεξίου<sup>1</sup>, Δ. Παπαδέλη<sup>2</sup>, Μ. Κουπετώρη<sup>1</sup>, Σ. Συμπάρδη<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σκληρόδερμα,σπάνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από ίνωση του δέρματος, εσωτερικών οργάνων.Τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως την 3-5<sup>η</sup> δεκαετία ζωής, ενώ οι γυναίκες προσβάλλονται 2-3 φορές συχνότερα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφική περίπτωση ασθενούς με άτυπη συμπτωματολογία από το γαστρεντερικό σύστημα από διέτας και πρωτοδιάγνωση συστηματικού σκληροδερμάτος στην κλινική μας. **ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα 79 ετών προσήλθε λόγω επεισοδίου πτώσης εξ' ίδιου ύψους. Χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο από ζετίας (πολλαπλές νοσηλείες λόγω εμετών- διαρροιών, σοβαρών ηλεκτρολυτικών διαταραχών) και απώλεια βάρους >25kg σε αυτό το διάστημα. Αντικειμενικά:χέρια δίκην «μαιοτήτρα», σημείο Trousseau θετικό. Εργαστηριακά: υποκαλιαιμία (K:2,0mmol/l), υπομαγνησιαιμία (Mg:0,80mg/dl), υποσβεστιάμια (Ca:5,49 mg/dl).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής νοσηλεύθηκε για αποκατάσταση ηλεκτρολυτών καιπεραιτέρω διερεύνηση. Απεικονιστικά: CT άνω - κάτω κοιλίας: υδραερικά επίπεδα παχέος εντέρου ως επί παραλυτικού ελείου χωρίς σημείο μετάπτωσης, CT θώρακος: ασβεστοποίησης παχυπλευρίτιδα. Μαιπου: αρνητική,καλλιέργεια και παραστολογικές κοπράνων αρνητικές. Λόγω εικόνας παραλυτικού ελείου και δύσαπορρόφησης (παρουσία λίπους στα κόπρανα), στη διαφορική διάγνωση του χρόνιου διαρροϊκού συνδρόμου τέθηκε και το σύνδρομο εντερικής ψευδούς - απόφραξης. Διενεργήθηκε έλεγχος προς αποκλεισμό νόσων που μπορεί να προκαλέσουν ανάλογη εικόνα (νόσο συνδετικού ιστού, ενδοκρινολογικές, παρανεοπλασματικές σύνδρομα): Θυρεοειδικός έλεγχος, νεφρολογικοί δείκτες: κφ. ANA(+)(1:320), anti-ENA(+), anti-SCL-70(+), anti-RNP(+), anti-Ro(+), anti-Sm(+). Γλυκαγόνη, VIP, Καλιτονίνη, θυρεοσφαίρινη, γαστρίνη:κφ. Abs έναντι ενδομυϊού και ιστικής τρανσγλουταμίνης: αρνητικά. Γαστροσκόπηση:ατροφία γαστρικού βλεννογόνου, εντερικών πτυχών 2<sup>ης</sup> μοίρας 12δακτύλου (ιστολογική: ατροφία λαχνών, υπερπλασία κρυπτών, πυκνή διήθηση χορίου από λεμφοκύτταρα). Κολοσκόπηση(-). Μανομετρία οισοφάγου: «ατελής χάλασα κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα». Ψηφιογραφική μελέτη καρδιάς χωρίς ευρήματα πνευμονικής υπερτάσης. Η ασθενής τέθηκε σε ριφαξιμίνη και προκινητικά, το διαρροϊκό σύνδρομο παρουσίασε μερική ύφεση και παραπέμφθηκε σε Ρευματολόγο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι διαταραχές κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα που προκαλούνται στο σκληρόδερμα (ίνωση του οισοφάγου και διαταραχή της κινητικότητάς του, υποκινητικότητα του λεπτού και παχέος εντέρου), οδηγούν σε σύνδρομο «ψευδο-απόφραξης» και βακτηριακή υπερανάπτυξη με επακόλουθη δύσαπορρόφηση. Η διάγνωση τέθηκε σε συνδυασμό με τον θετικό ανοσολογικό έλεγχο της ασθενούς, ενώ απουσίαζαν άλλες τυπικές κλινικές εκδηλώσεις της νόσου όπως σκληροδακτυλία, έλκη δακτύλων, πνευμονική ίνωση, χαρακτηριστικό προσωπείο.

**325. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΠΟΡΦΥΡΑ ΗΝΟΧ - SCHONLEIN ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΑΣΕΝΟΚΟΥΜΑΡΟΛΗΣ**

*Δ. Στάθη<sup>1</sup>, Ε. Καραντώνη<sup>1</sup>, Κ. Κουνούκλας<sup>1</sup>, Ι. Χατζηδάκης<sup>1</sup>, Σ. Καλιάμπου<sup>1</sup>, Α. Παναγιωτοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Θεοδώρου<sup>2</sup>, Ν. Συμεωνίδης<sup>1</sup>*  
*<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, <sup>2</sup>Ρευματολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού πορφύρας Henoch - Schonlein σε ασθενή μέσης ηλικίας με διάχυτο αγγειϊτιδικό εξάνθημα και νεφριτιδικό σύνδρομο.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής 64 ετών με ατομικό αναμνηστικό παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής και αντικατάστασης μιτροειδούς βαλβίδας με μεταλλική προ μηνός, εισήχθη λόγω διάχυτου αγγειϊτιδικού εξανθήματος το οποίο εμφανίστηκε 5 ημέρες μετά την έναρξη ασενοκουμαρόλης και δεν βελτιώθηκε μετά την αλλαγή της αντιπηκτικής αγωγής σε βαρφαρίνη, παρά τη χορήγηση αντισταμινικής αγωγής για δύο εβδομάδες. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, μικροσκοπική αιματουρία, λευκωματουρία (0.7 gr/24h) καθώς και σημαντική αύξηση της IgA. Στη Δ/Δ συμπεριελήφθησαν η μη ειδική αντιδραστική δερματίτιδα, το σύνδρομο Dress, η αλλεργική αντίδραση σε κουμαρινικά, η κρουσφαίριαιμία,η οξεία αλλεργική διάμεση νεφρίτιδα και η πορφύρα Henoch - Schonlein (λευκοκυτταροκλαστική αγγειϊτιδα). Ακολούθησε βιοψία δέρματος και ανοσοφθορισμός. Η ασθενής τέθηκε σε κορτιζονοθεραπεία (50 mgr πρεδνιζόνης) κατόπιν ρευματολογικής και νεφρολογικής εκτίμησης εν αναμονή βιοψιών και παρουσίας σημαντικής βελτίωσης κλινικής εικόνας και εξανθήματος. Η βιοψία ανέδειξε εναποθέσεις IgA και C3 σε ελάχιστα μικρά αγγεία του θηλώδους χορίου και περιαγγειακές διηθήσεις από λεμφοκύτταρα, ιστιοκύτταρα, λίγα ηωσινόφιλα και πολυμορφοπύρρηνα, ευρήματα συμβατά με λευκοκυτταροκλαστική αγγειϊτιδα σε αποδρομή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η σπουδαιότητα του περιστατικού έγκειται στην εμφάνιση πορφύρας Henoch - Schonlein σε ασθενή μέσης ηλικίας και όχι νεαρής όπως συνηθίζεται και μάλιστα μετά από πρόσφατη έναρξη κουμαρινικών. Η εμφάνιση λευκοκυτταροκλαστικής αγγειϊτιδας μετά την έναρξη κουμαρινικών είναι πολύ σπάνια στη βιβλιογραφία. Η εμφάνιση της ποικίλει από ημέρες έως έτη. Η διαγνωστική αξία της βιοψίας δέρματος με ανοσοφθορισμό θέτει με βεβαιότητα τη διάγνωση της πορφύρας Henoch - Schonlein.

**327. ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΘΗΡΙΤΙΔΑ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΛΟΓΩ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΤΟΣΙΛΙΤΣΟΥΜΑΜΠΗ**

*Π. Αθανασίου<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>2</sup>, Χ. Κατσαβούνη<sup>1</sup>, Θ. Μπαντή<sup>1</sup>, Α. Τζαναβάρη<sup>1</sup>, Ι. Κώστωλου-Αθανασίου<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης 'Άγιος Παύλος', <sup>2</sup>1η Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα συνοδεύεται από πολλαπλές συννοσηρότητες οι οποίες επιδεινώνονται λόγω της λήψης υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών. Σκοπός της εργασίας ήταν η παρουσίαση περιστατικών με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα και πολλαπλές συννοσηρότητες, όπως οστεοπόρωση, σακχαρώδη διαβήτης και καταρράκτη λόγω των υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών, που αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με το βιολογικό παράγοντα τοσιλιτσουμάμπη.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Περιγράφονται 2 ασθενείς γυναίκες με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα. Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα εμφανίστηκε με κεφαλαλγία, πυρετό, θλώση όρασης, άλγος κροταφογναθικών αρθρώσεων και ψηλαφητές κροταφικές αρτηρίες. Η διάγνωση τέθηκε με θετική βιοψία κροταφικής αρτηρίας. Στη μια εκ των ασθενών έγινε MRI αγγειογραφία που έδειξε φλεγμονώδη αορτίτιδα. Μετά τη διάγνωση οι ασθενείς τέθηκαν σε αγωγή με κορτικοστεροειδή. Η χορήγηση των κορτικοστεροειδών συνοδεύτηκε από βελτίωση της νόσου, αλλά και από εμφάνιση καταρράκτου σε αμφότερες τις ασθενείς και σακχαρώδους διαβήτη στη μια εκ των ασθενών. Ήγνε προσάθεια σταδιακής μείωσης των κορτικοστεροειδών, αλλά λόγω υποτροπής της νόσου με αύξηση CRP και ΤΚΕ, χορηγήθηκε μεθοτρεξάτη sc 25 mg/wk. Ακολούθως λόγω περαιτέρω εμμονής της νόσου προστέθηκε και αζαθειοπρίνη. Ωστόσο, λόγω επιμονής της νόσου αλλά και εμφάνισης αγγειοσπάθειας ως επιπλοκής του σακχαρώδους διαβήτη χορηγήθηκε τοσιλιτσουμάμπη sc 162 mg/wk.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η χορήγηση της τοσιλιτσουμάμπης είχε σαν αποτέλεσμα ύφεση της νόσου. Οι δείκτες φλεγμονής CRP και ΤΚΕ επανήλθαν στα φυσιολογικά επίπεδα και κατέστη δυνατή η σταδιακή μείωση των χορηγούμενων κορτικοστεροειδών. Οι ασθενείς είναι υπό αγωγή με τοσιλιτσουμάμπη sc 162 mg/wk και μεθυλπρεδνιζολόνη 4 mg/day με προοπτική περαιτέρω μείωσης των κορτικοστεροειδών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα αποτελεί σοβαρό πρόβλημα υγείας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται δυσμενώς από τη νόσο καθεαυτή, αλλά και από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής με κορτικοστεροειδή, που μέχρι και σήμερα, αποτελούσαν την κύρια θεραπευτική αγωγή για τη νόσο. Σήμερα, ο βιολογικός παράγοντας τοσιλιτσουμάμπη, αναστολέας του υποδοχέα της IL-6, συμβάλλει στην αντιμετώπιση του νοσήματος, δίδει τη δυνατότητα σημαντικής μείωσης των κορτικοστεροειδών και επάγει βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

### 328. ΟΞΕΙΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑΣ ΑΠΟ ΗΠΑΡΙΝΗ ΧΑΜΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ (HIT II, HEPARIN-INDUCED THROMBOCYTOPENIA TYPE II)

Α. Πεταλά<sup>1</sup>, Α. Χριστοφορίδου<sup>2</sup>, Φ. Μαρκάτου<sup>3</sup>, Γ. Τσακαλίδης<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, <sup>2</sup>Αιματολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, <sup>3</sup>Παθολογική Κλινική Ε.Σ.Υ., Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ανοσολογική αιτιολογία θρομβοκυτοπενία λόγω χορήγησης ηπαρίνης (Heparin-Induced Thrombocytopenia, HIT II), οφείλεται στη δημιουργία αντισωμάτων έναντι του συμπλέγματος της ηπαρίνης με τον παράγοντα 4 των αιμοπεταλίων (PF4/H-αντισώματα), που οδηγούν σε ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων και υψηλό ποσοστό θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Εμφανίζεται 4-14 μέρες μετά τη χορήγηση ηπαρίνης. Η συχνότητα της ανέρχεται σε 2-5% για την κλασική ηπαρίνη (UFH), ενώ είναι χαμηλότερη για τις χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνες (LMWHs). Η HIT II θα μπορούσε να εξηγήσει σχεδόν το 5% των περιπτώσεων οξείας επινεφριδιακής ανεπάρκειας λόγω αμφοτερόπλευρου αιμορραγικού εμφράκτου.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Σε γυναίκα, 66 ετών, χορηγήθηκε προφυλακτική δόση LMWH, μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος. Την 7η μετεγχειρητική μέρα προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτώμενη έντονη οσφυαλγία, ανορεξία, ναυτία, έμετο. Υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου και διαπιστώθηκαν: οξεία επινεφριδιακή αιμορραγία άμφω, θρόμβωση αριστερής νεφρικής φλέβας, θρομβώσεις περιφερικών ηπαιτικών φλεβών. Βάσει των κλινικών συμπτωμάτων, των απεικονιστικών ευρημάτων, την πτώση των αιμοπεταλίων >50% των φυσιολογικών τιμών και τον αποκλεισμό άλλων αιτίων θρομβοπενίας, θεωρήθηκε ως πιθανή διάγνωση η HIT II. Ακολούθησε η άμεση διακοπή της LMWH και έναρξη θεραπείας με fondaparinux 7,5mg/d (για συνολικό διάστημα 6 μηνών) και κορτικοστεροειδών. Η εργαστηριακή επιβεβαίωση των PF4/H-αντισωμάτων έγινε με μέθοδο ELISA. Σε επαναληπτική αξονική τομογραφία διαπιστώθηκε βελτίωση των θρομβώσεων αλλά παρέμειναν τα αιματώματα των επινεφριδίων. Η ασθενής εγκατέστησε φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια και χορηγήθηκε θεραπεία υποκατάστασης με υδροκορτιζόνη 30mg/d και φθοριούδροκορτιζόνη 50mg/d ΡΟ

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η HIT II είναι δυναμική θανατηφόρα επιπλοκή. Η πρώιμη διάγνωση συνεπάγεται καλύτερη έκβαση. Το fondaparinux αποδείχθηκε αποτελεσματική θεραπεία, αλλά παρέμεινε ο προβληματισμός για την ανάκτηση της λειτουργίας των επινεφριδίων και τη διακοπή των κορτικοστεροειδών.

### 330. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΛΥΣΗΣ ΣΤΙΣ ΚΑΤΑΤΟΠΙΣΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΠΗΞΗΣ ΜΕ ΑΝΑΛΥΤΗ ΟΠΤΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ

Β. Κυριαζή, Ε. Φιλίππου, Ε. Κουτσόκαρα, Ε. Γκίκα, Γ. Πετρούλια, Δ. Μαυρουδέας  
 Αιματολογικό Εργαστήριο, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η απόρριψη των αιμολυμένων δειγμάτων πήξης αποτελεί συνήθη πρακτική και συστέγεται από τις εταιρείες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Στην παρούσα προοπτική μελέτη εξετάζονται οι μεταβολές των χρόνων προθρομβίνης (PT), ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστικής (APTT) και του ινωδογόνου σε αιμολυμένα δείγματα και η κλινική σημασία αυτών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάστηκαν ανά ζεύγη Α) παραληφθέντα αιμολυμένα δείγματα 26 ασθενών και επαναλήψεις αυτών εντός τετραώρου και Β) μη-αιμολυμένα δείγματα 26 ασθενών που υποβλήθηκαν σε μηχανική αιμόλυση και επανεξετάστηκαν (αναλυτής Siemens BCS XP). Απερρίφθησαν ηπαρινωμένα, ικτερικά, λιπαιμικά και ανεπαρκούς ποσότητας δείγματα. Η αξιολόγηση της αιμόλυσης στηρίχθηκε στην οπτική κλίμακα των Mayo Medical Laboratories. Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα περιγραφικής στατιστικής, η δοκιμασία t ανά ζεύγη και ο συντελεστής Pearson.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στις ομάδες Α και Β η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν 73 (εύρος 21-90) και 70 (εύρος 21-88) έτη αντιστοίχως με διάμεση τιμή αιμοσφαιρίνης υπερκείμενου πλάσματος 100 (εύρος 20-1000) mg/dl και στις δύο περιπτώσεις. Παρατηρήθηκε μη σημαντική βράχυνση των PT, APTT και ινωδογόνου στα 26 παραληφθέντα αιμολυμένα δείγματα ανεξαρτήτως βαθμού αιμόλυσης. Η επιμέρους ανάλυση των 22/26 αιμολυμένων δειγμάτων με αιμοσφαιρίνη >100mg/dl ανέδειξε σημαντική βράχυνση του APTT (32,09 vs 34,19sec, p=0,003). Στα μηχανικώς αιμολυθέντα δείγματα παρατηρήθηκε σημαντική βράχυνση του PT (12,66 vs 13,30sec, p=0,000) και παράταση του APTT (31,29 vs 30,54sec, p=0,046) ανεξαρτήτως βαθμού. Δε διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ του βαθμού αιμόλυσης και των μεταβολών της πήξης στις δύο ομάδες της μελέτης (-0,3<r<+0,3).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αιμοσφαιρίνη per se δεν επηρεάζει τις δοκιμασίες πήξης. Οι παρατηρούμενες διαφορές δεικνύουν την πολυπαραγοντική επίδραση της αιμόλυσης στα εργαστηριακά ευρήματα. Η μέση βράχυνση του APTT κατά 2,10 sec παρουσία αιμοσφαιρίνης >100 gr/dl στα παραληφθέντα αιμολυμένα δείγματα, αν και στατιστικώς σημαντική, είναι αμφίβολης κλινικής σπουδαιότητας.

### 329. ΗΠΑΤΟΜΕΓΑΛΙΑ ΩΣ ΜΟΝΑΔΙΚΟ ΕΥΡΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Ε. Δουκά<sup>1</sup>, Α. Μακίνα<sup>1</sup>, Ι. Σκουρή<sup>1</sup>, Β. Γόγολας<sup>1</sup>, Ε. Κούτρα<sup>1</sup>, Ι. Κοντόλαιμου<sup>1</sup>, Ε. Ρούλια<sup>1</sup>, Π. Γεωργίουτσου<sup>2</sup>, Ζ. Αλεξίου<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», <sup>2</sup>Αιματολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Παρουσίαση περιστατικού με επώδυνη οργανομεγαλία ως πρώτο εύρημα μυελοπερπλαστικού συνδρόμου.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 65 ετών, προσήλθε στο ΤΕΠ αιτώμενη άλγος δεξιού υποχονδρίου και στις κατώτερες πλευρές δεξιά από 150ημέρου. Πριν μερικές μέρες εξετάστηκε σε άλλο νοσοκομείο για το ίδιο σύμπτωμα, και έλαβε αγωγή ως μυϊκό άλγος. Δεν ανέφερε πυρετική κίνηση, αρθραλγίες πλην διαρροϊκές κενώσεις τις δύο τελευταίες μέρες. Ατομικό Αναμνηστικό: ΣΔΙΙ, αρτηριακή υπέρταση, οστεοπόρωση, χολοκυστεκτομή. Κλινική Εξέταση: όψη πάσχον, S1, S2: ευκρινείς-ρυθμικοί, αναπνευστικοί ψιθύρισμα μειωμένο δεξιού κάτω λοβού, κοιλία ψηλαφητό ήπαρ 4-5 δάκτυλα κάτω από το πλευρικό τόξο με έντονη ευαισθησία στη βαθία ψηλάφηση αυξημένοι εντερικοί ήχοι. Ζωτικά Σημεία: ΑΠ:130/75mmHg, ΣΦ:75/min, SatO2:98%, θ:36,8°C.

Από τον ΗΚΓ έλεγχος: φλεβοκομβικός ρυθμός. Εργαστηριακός Έλεγχος: WBCs:5700/μL, πολυ: 50.7%, λεμφοκύτταρα 41.4%, Hct:32.3%, Hgb:13.6gr/dL, PLTs: 217,000/μL. Urea: 35mg/dL, Cr:0.9%, Glu:146 mg/dL, SGOT:24IU/L, SGPT: 19IU/L, γGT:36, Αλκ.φωσφ:45IU/L, Na:141mmol/L, K:4.2mmol/L, Ca:10.94 mg/dL,LDH:218IU/L,INR:1.02, aPTT:29.1, PT:12.7sec,CRP

Η ασθενής εισήχθη στην κλινική μας, λόγω του έντονου κοιλιακού άλγους εκτιμήθηκε πρώτα από την χειρουργική ειδικότητα για πιθανή ρήξη. Η επείγουσα CT άνω-κάτω κοιλίας ανέδειξε: ήπαρ με μέγεθος=21cm, χωρίς ωστόσο εμφανείς εστιακές αλλοιώσεις ενδεικτικά κάκωσης, από τον έλεγχο των λοιπών παρεγχυματικών οργάνων της κοιλίας δεν παρατηρούνται αξιόλογα παθολογικά ευρήματα. Από τον πλήρη βιοχημικό έλεγχο ολικά λευκώματα 9,50, αλβουμίνη 3,63, σφαιρίνες 5,87 gr/dl. Ο έλεγχος για HBV, HCV, EBV, HSV1,2 (-). Από την στερική παρακέντηση παρατηρήθηκε διήθηση μυελού από λεμφοπλασματοκύτταρα και πλασματοκύτταρα (μεγάλο κυρίως μεγέθους με αιραχωματικό ευμεγέθη πυρήνα ευδιάκριτα διαφανή πυρήνια, βασειόφιλο πρωτόπλασμα και περιπυρηνική άλω) σε ποσοστό 35% και κατά τόπους 60%

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τον ποσοτικό προσδιορισμό των ανοσοσφαιρινών με εξεσημασμένη αύξηση της IgM: 4650 mg/dl (φτ 40-235) ενώ IgG:422 (800-1700) και IgA 45 (70-400) mg/dl. Η βιοψία του ήπατος ανέδειξε διήθηση από πλασματοκύτταρα με την διάγνωση της πλασματοκυτταρικής δυσκρασίας η ασθενής διακομίστηκε σε αιματολογική κλινική. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι κλινικές εκδηλώσεις στο πολλαπλούν μυέλωμα ποικίλουν. Η ηπατομεγαλία δεν είναι σπάνια με ή χωρίς διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, πολλές φορές για να επιβεβαιωθεί η εξωμυελική εκδήλωση του μυελώματος χρειάζεται βιοψία του ήπατος.

### 331. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ STEVENS-JOHNSON ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΛΗΨΗΣ ΚΑΡΒΑΜΑΖΕΠΙΝΗΣ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΑΠΟ ΙΛΑΡΑ.

Χ. Γιαννόπουλος, Τ. Ταταρίδου, Ε. Σκούρα, Θ. Λάμπρου, Β. Αποστολόπουλος, Γ. Μακίνας, Α. Λεκάκου, Ν. Αλεξίου, Μ. Κουπετέρη, Σ. Συμπάρδη  
 Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύνδρομο Stevens-Johnson είναι σοβαρός τύπος βλεννογονο-δερματικού πολύμορφου ερυθήματος συνοδευόμενου από συστηματικές εκδηλώσεις. Αποτελεί αντίδραση υπερευαισθησίας σε ανοσολογικά ερεθίσματα όπως φάρμακα και λοιμώδεις παράγοντες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η έγκαιρη διάγνωση είναι κεφαλαίωδους σημασίας για την πρόγνωση του ασθενούς.

**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 37 ετών, Αραβικής καταγωγής, εισήχθη λόγω εμπύρετου, καουχικής, συρρέοντος κηλιδοβλατιδώδους εξάνθηματος κορμού-άκρων, εκσεσημασμένου οιδήματος ανά σάρκα. Ατομικό αναμνηστικό: καταθλιπτική συνδρομή υπό ολανζαπίνη, σιταλοπράμη και καρβαμαζεπίνη. Εργαστηριακός έλεγχος: πρωτεΐνες οξείας φάσης αυξημένες, ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία. Ορολογικός έλεγχος για ιλαρά: (IgM / IgG)= αρνητικός, PCR αίματος για τον ιό (+). Ορολογικός έλεγχος για HBV, HCV, HIV, EBV, CMV, *Leptospira i*, *Toxoplasma g*, *Rickettsiae spp*, *Coxiella b*, *Leishmania sp* </em>: αρνητικός. Αιμοκαλλιέργειες, ουροκαλλιέργειες: στείρες. Απεικονιστικός έλεγχος: Αξονική τομογραφία θώρακος, άνω- κάτω κοιλίας:ήπια μασχαλαία λεμφαδενοπάθεια, ηπατοσπληνομεγαλία, ήπια βουβωνική λεμφαδενοπάθεια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η διάγνωση του συνδρόμου Stevens-Johnson τέθηκε με βάση το ιστορικό, την κλινική εικόνα καθώς και τον εκτεταμένο αρνητικό διαφοροδιαγνωστικό έλεγχο. Όμως η ανεύρεση PCR(+) για τον ιό της Ιλαράς στο αίμα εν μέσω επιδημικής έξαρσης στη κοινότητα, έθεσε την υπόνοια ανοσολογικής τροποποίησης για την εκδήλωση βαριάς αντίδρασης σε φάρμακο με χρόνια λήψη. Μετά τη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση ενδοφλέβιας μεθυλ-πρεδνιζολόνης παρουσιάσε άμεση υποχώρηση των ευρημάτων και πλήρη κλινική αποκατάσταση εντός 7ημέρου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το σύνδρομο Stevens-Jonson είναι μια βαριά αντίδραση υπερευαισθησίας σε συγκεκριμένα φάρμακα (αντιεπιληπτικά, αλλοπουρινόλη κ.ά.), αλλά σπάνια εκδηλώνεται και σε οξείες λοιμώξεις όπως από HSV και *Mycoplasma pn*. Ο ιός της ιλαράς δεν έχει αναφερθεί ως αυτοδύναμο αίτιο πρόκλησης Stevens-Jonson, αλλά η ανοσολογική εκτροπή από την ταυτόχρονη παρουσία του στο αίμα, δεν μπορεί να αποκλειστεί.



**332. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΕΣ, ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΡΙΕΤΙΑΣ**

Α. Τσιλιγιάννη, Α. Ξανθάκη, Β. Σκανδάμη, Α. Τσιρίγγα, Ι. Νταρούς, Π. Καραμπέλα, Μ. Τούτουζα

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην παρούσα μελέτη έγινε καταγραφή των μικροβιακών αιτιών, της ευαισθησίας τους στα αντιβιοτικά καθώς και της πιθανής ύπαρξης βακτηριαμίας ή/και ενδοκαρδίτιδας οι οποίες συντελούν στην αύξηση της νοσοκομειακής θνησιμότητας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Κατά την τελευταία τριετία εστάλησαν στο εργαστήριο του Νοσοκομείου μας 109 άκρα βηματοδότη. Οι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί ταυτοποιήθηκαν με το σύστημα VITEK II (BIOMERIEUX). Ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε κατά Kirby-Bauer και συμπληρώθηκε με μεθόδους breakpoints και MIC (VITEK II & E-test αντίστοιχα). Ελέγχθηκαν οι αιμοκαλλιέργειες των ασθενών καθώς και πιθανή συνύπαρξη ενδοκαρδίτιδας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εκ των δειγμάτων, 72,5% (79/109) ήταν θετικά. Μικροοργανισμοί κατά σειρά συχνότητας: 58% (46/79) Coagulase-Negative Staphylococci (39 S. epidermidis, 2 S. capitis, 2 S. haemolyticus, 1 S. lugdunensis, 1 S. sciuri, 1 S. warneri). 12% (10/79) Εντεροβακτηριακά (3 Enterobacter sp., 2 Escherichia coli, 2 Klebsiella pneumoniae, 2 Serratia marcescens, 1 Pantoea sp.). 11% (9/79) Staphylococcus aureus. 9% (7/79) αζιμωτικά Gram-αρνητικά βακτηρίδια (5 Pseudomonas aeruginosa, 1 Stenotrophomonas maltophilia, 1 Acinetobacter baumannii). 6% (5/79) άλλοι Gram-θετικοί κόκκοι. 4% (3/79) μύκητες (1 Candida albicans, 1 Aspergillus niger, 1 Aspergillus flavus). 43% των CNS & 11% των S. aureus ήταν MRSE και MRSA αντίστοιχα. 42% (3/7) των αζιμωτικών ήταν πολυανθεκτικά (1 P. aeruginosa, 1 S. maltophilia, 1 A. baumannii) και 1 στελέχος K. pneumoniae παράγγαε καρβαπενεμικές KPC. 8% των λοιμώξεων ήταν πολυμικροβιακές. Σε πέντε περιπτώσεις ο υπεύθυνος μικροοργανισμός απομονώθηκε και από αιμοκαλλιέργεια. Σε 3 περιπτώσεις υπήρχε η διάγνωση οξείας και υποξείας ενδοκαρδίτιδας (1 S. capitis, 1 S. epidermidis, 1 Candida albicans). Σε μία περίπτωση είχαμε αρνητική καλλιέργεια βηματοδότη, θετικές αιμοκαλλιέργειες με Aggregatibacter actinomycetemcomitans και διάγνωση ενδοκαρδίτιδας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα μικροβιακά αίτια και η συχνότητα τους είναι σε συμφωνία με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα. Παρατηρήθηκε υψηλό ποσοστό απομόνωσης Gram-αρνητικών βακτηριδίων με σημαντικό ποσοστό των αζιμωτικών να είναι και πολυανθεκτικά. Στην πλειοψηφία τα πολυανθεκτικά στελέχη προέρχονταν από πολυμικροβιακή λοίμωξη. Σε αντίθεση με τα στελέχη S. aureus, οι CNS είχαν ψηλό ποσοστό αντοχής στη μεθικιλίνη. Είναι αναγκαία η λήψη μέτρων ελέγχου λοιμώξεων και η συνεργασία για την αντιμετώπιση των λοιμώξεων αυτών.

**334. ΒΑΚΤΗΡΙΑΜΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ SALMONELLA ARIZONAE ΣΕ ΑΝΔΡΑ 16 ΕΤΩΝ ΜΕ ΣΗΡΑΓΓΩΔΕΣ ΑΓΓΕΙΩΜΑ-ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ**

Π. Ξαπλαντέρη<sup>1</sup>, Ο. Δημητράκοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Μπονάνος<sup>2</sup>, Φ. Τζωρτζίδης<sup>2</sup>, Α. Λέκκου<sup>3</sup>, Φ. Παληγογιάννη<sup>1</sup>, Φ. Κολονίτσιου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. Πατρών, <sup>2</sup>Νευροχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, <sup>3</sup>Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η *Salmonella Arizonae* ανήκει στην οικογένεια Enterobacteriaceae. Η απομόνωσή της από λοιμώξεις στον άνθρωπο είναι σπάνια και αφορά κυρίως ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας 16 ετών, ελληνικής καταγωγής, με ελεύθερο ιστορικό μεταφέρθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω έντονης κεφαλαλγίας, ζάλης, υπνηλίας, εμετών. Τα συμπτώματα είχαν αρχίσει από ωρών, ενώ ανέφερε ήπια διάρροια επί δεκαπενθήμερο. CTscan, MRI εγκεφάλου: βλάβη αριστερού βρεγματικού λοβού συμβατή με σηραγγώδες αγγείωμα. Ο ασθενής υπέστη κρανιοτομή και αφαίρεση της βλάβης. Κατά τη νοσηλεία έλαβε dexamethasone 8mg x4/ ημέρα ως αιοιδηματική αγωγή. Μετεγχειρητικά εμφάνισε εμπύρετο έως 38,5°C και ελήφθησαν 2 σετ καλλιέργειων αίματος που ήταν θετικές για *Salmonella Arizonae*. Ο ασθενής μας ανέφερε άμεση επαφή με χελώνες, ως ζώα συντροφιάς, δύο μήνες πριν τη λοίμωξη. Ο ασθενής αρχικά έλαβε εμπειρικά vancomycin και meropenem και, σύμφωνα με τον έλεγχο ευαισθησίας, ακολούθησε αποκλιμάκωση της αγωγής σε ceftriaxone. Μετά ενδοφλέβια αγωγή 10 ημερών εξήλθε με ciprofloxacin per.os. 500 mg 1x2/d για 10 ακόμη ημέρες και ανεπιπλεκτή πορεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η *Salmonella Arizonae* προκαλεί λοιμώξεις στα ερπετά, πτηνά, αρθρούρια. Στον άνθρωπο προκαλεί λοιμώξεις σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς μέσω κατάποσης μολυσμένου τροφής μετά ποικίλα διαστήματα επώσεως (από 3 μήνες έως 6 έτη). Στον ασθενή μας φαίνεται ότι προηγήθηκε αποικισμός και λόγω της ανοσοκαταστολής (dexamethasone), εκδηλώθηκε ως μικροβιαμία. Από όσο γνωρίζουμε είναι η πρώτη αναφορά βακτηριαμίας από S. Arizonae μετά κρανιοτομή λόγω σηραγγώδους αγγείωματος.

**333. ΒΑΚΤΗΡΙΑΜΙΑ ΑΠΟ ΑΝΑΕΡΟΒΙΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Α. Τσιρίγγα, Α. Τσιλιγιάννη, Ξ. Τρελογιάννη, Τ. Μηλιώτη, Β. Σκανδάμη, Α. Ξανθάκη, Μ. Τούτουζα

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

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι λοιμώξεις που οφείλονται σε αναερόβια βακτήρια και ιδιαίτερα οι βακτηριαμίες είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες για τους ασθενείς.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της συχνότητας, των ειδών και της ευαισθησίας στα αντιβιοτικά των αναερόβιων βακτηρίων, που απομονώθηκαν από τις θετικές αιμοκαλλιέργειες την τελευταία τριετία στο εργαστήριό μας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναλύθηκαν τα αποτελέσματα των θετικών αιμοκαλλιέργειών τα τελευταία τρία χρόνια. Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα αιμ/ών BACTEC 9240 (Becton-Dickinson) και οι φιάλες Plus Anaerobic/F. Η α/α της θετικής φιάλης έγινε σε brucella blood agar, εμπλουτισμένο με αιμίνη και βιταμίνη K (BBA). Η ταυτοποίηση έγινε με την μορφολογία των αποικιών, την άμεση χρώση Gram, τους ταυτοποιητικούς δίσκους αντιβιοτικών AN-IDENT (OXOID) και στο VITEK2 με την κάρτα ANC. Ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με την μέτρηση της MIC με MIC test Strip (Liofilchem).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Απομονώθηκαν 42 αναερόβιες λοιμώξεις (1,7% των θετικών αιμοκαλλιέργειών).

Είχαμε 10 στελέχη το 2015 (1,19%), 14 στελέχη το 2016 (1,7%) και 18 στελέχη το 2017 (2,14%).

Ταυτοποιήθηκαν: Bacteroides s.p.p 45,1%, Clostridium s.p.p 40,5%, Prevotella s.p.p 4,8%, Fusobacterium s.p.p 4,8%, Eubacterium s.p.p 2,4%, Peptostreptococcus s.p.p 2,4%. Όλα τα στελέχη ήταν ευαίσθητα στην μετρονιδαζόλη, εκτός από ένα που ήταν μέτρια ευαίσθητο και όλα στην μεροπενέμη, εκτός από δυο που ήταν ανθεκτικά.

ΒΑΚΤΗΡΙΔΕΣ 19	CLOSTRIDIUM 19	PREVOTELLA 2	FUSOBACTERIUM 2	PEPTOSTREPTOCOCCUS 1	EUBACTERIUM 1
B.stercoris 7	C.perfringens 7	P.intermedia	F.necrophorum	Peptostreptococcus spp 1	E.jimosum 1
B.fragilis 6	C.babyricus 5	P.oralis	F.nucleatum		
B.theataotaomicron 1	C.bifermentans 2				
Bacteroides spp 5	C.subterminal 1				
	C.ramosum 1				
	C.sordelli 1				
	C.innocum 1				
	C.parapatrificum 3				
	C.septicum 1				
	Clostridium spp 1				

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Πρώτα σε απομόνωση αναερόβια ήταν τα Clostridium s.p.p. Επιστημονικά την αύξηση αναερόβιων βακτηριαμίων το 2017 και την πρώτη απομόνωση στο εργαστήριό μας Fusobacterium necrophorum. Η μετρονιδαζόλη συνεχίζει να είναι άριστο αντιβιοτικό για τις αναερόβιες λοιμώξεις.

**335. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΥΠΟΨΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑΜΙΑΣ**

Π. Ξαπλαντέρη, Μ. Πλώτα, Α. Σπυροπούλου, Ε. Παπαδήμα, Κ. Δουμανάς, Φ. Κολονίτσιου, Ι. Σπηλιοπούλου

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μικροβιαμία σχετίζεται με μεγάλη νοσηρότητα και θνησιμότητα και αναφέρεται στην ανάπτυξη και απομόνωση ενός μικροοργανισμού σε αιματοκαλλιέργεια ασθενούς με κλινικά σημεία λοίμωξης. Σκοπός της παρούσας εργασίας η καταγραφή των περιστατικών μικροβιαμίας που εστάλησαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών (ΠΓΝΠ) το έτος 2016.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το 2016 παραγγέλθηκαν 13.798 αιματοκαλλιέργειες που αφορούσαν 21.272 φιάλες από 5.458 ασθενείς. Οι αιματοκαλλιέργειες επώασταν σύμφωνα με το σύστημα BAC/Alert 3D (bioMerieux, Marcy-l'Étoile, France). Οι θετικές φιάλες ανακαλλιεργήθηκαν σε αιματούχο, McConkey, σοκολατόχρωμο άγαρ, GN/NS για αναερόβια βακτηρίδια και Sabouraud άγαρ για μύκητες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τις 21.272 φιάλες ήταν θετικές 3.348 (15,7%) και αφορούσαν 1.628 ασθενείς. Συνολικά απεμονώθηκαν: 575 Πηκτίνη Αρνητικοί Σταφυλόκοκκοι-CNS, 86 S. aureus (11 MRSA), 60 Enterococcus sp p </em>. (11 VRE), 18 S. viridans, 14 Micrococcus sp p </em>, 4 S. pneumoniae, 1 S. pyogenes. Επίσης, 562 Gram αρνητικά βακτηρίδια εκ των οποίων 310 Εντεροβακτηριοειδή (126 K. pneumoniae, 102 E. coli), 98 Pseudomonas sp p </em>., 16 B. melitensis, 58 Candida sp p </em>. και 119 Gram θετικά βακτηρίδια.

Το 50% των CNS (287) προέρχονταν από την Παθολογική Κλινική (160) και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (127) (TEΠ). Από τα 160 CNS που απομονώθηκαν τη χρηματολογική Κλινική τα 45/160 (28%) αντιστοιχούσαν σε αληθή μικροβιαμία, ενώ από το TEΠ τα 3/127 (2,3%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αιματοκαλλιέργεια είναι απαραίτητη για την αιτιολογική διάγνωση της σήψης. Ψευδώς θετικά αποτελέσματα λόγω επιμόλυνσεων περιορίζουν τη χρησιμότητά της. Στη διεθνή βιβλιογραφία τα ποσοστά επιμόλυνσης αναφέρονται 0,6%-6%. Στη δική μας μελέτη το υψηλό ποσοστό CNS από το TEΠ και την Παθολογική Κλινική περιπλέκει την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Η αιματοκαλλιέργεια παραμένει μέθοδος αναφοράς ανίχνευσης της βακτηριαμίας παρέχοντας πολύτιμες πληροφορίες για το ενδονοσοκομειακό περιβάλλον και την κοινότητα.



### 336. ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΡΑΧΕΙΑΣ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ *CORYNEBACTERIUM STRIATUM*

Π. Ξαπλαντέρη<sup>1</sup>, Χ. Στρούμπος<sup>2</sup>, Μ. Μαργαρίτης<sup>2</sup>, Δ. Δουγένης<sup>2</sup>, Ε. Κωλέτσος<sup>2</sup>, Κ. Δουμανάς<sup>1</sup>, Ί. Σηλιοπούλου<sup>1</sup>, Φ. Κολονίτσιου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Ν. Πατρών, <sup>2</sup>Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Π.Ν. Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το *Corynebacterium striatum* ανήκει στα *non-diphtherial Corynebacteria*. Αποτελεί φυσιολογική χλωρίδα δέρματος και βλεννογόνων. Σήμερα θεωρείται αναδυόμενο ευκαιριακό ενδονοσοκομειακό παθογόνο, ιδίως σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Γυναίκα ασθενής 62 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη, πολυοζώδους βρογχοκήλης, αληθούς πολυκυτταραιμίας, με νοσηλεία προ εξαμήνου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενη δύσπνοια και εκπνευστικό ρόγχο που έβαινε επιδεινούμενος από διήνυο. **CT τραχήλου:** Καταδύομενη οζώδης βρογχοκήλη πέρι της τραχείας και στένωση αυτής. Ο ιστός που περιβάλλει την τραχεία εμφανίζει ανάλογο ενίσχυση και σχετίζεται με το θυροειδή αδένος και πιθανόν οφείλεται σε παλαιότερη τραχειοστομία κατά την νοσηλεία της ασθενούς στη ΜΕΘ. **CT Pulmonary Angiography:** Χωρίς εικόνα πνευμονικού εμφράκτου. **Βρογχοσκόπηση:** Συγκεντρική στένωση εξωθωρακικού τμήματος τραχείας, τριγωνική παραμόρφωση του αυλού, υπεραμία του βλεννογόνου. **Σπινθηρογράφημα θυροειδούς:** Εκτοπος-καταδύομενος αδένος. **Μακροσκοπικά ευρήματα κατά το χειρουργείο:** Τραχεία στενωμένη 2cm περιφερικότερα του κρικοειδούς χόνδρου σε μήκος 2-2.5cm. Πεπαχυσμένο τοίχωμα τραχείας με κοκκιωματώδη εμφάνιση και ρυπαρό υγρό εντός αυτού. Ελήφθησαν καλλιέργειες. **Καλλιέργεια υγρού:** Απομονώθηκε πολυανθεκτικό στέλεχος *C. striatum* ευαίσθητο σε tigecycline, linezolid, daptomycin και ανθεκτικό σε penicillin, clindamycin, tetracycline, rifampicin, ciprofloxacin, vancomycin. Πραγματοποιήθηκε εκτομή της τραχείας με τελικο-τελική αναστόμωση και υφολική θυροειδεκτομή. Η ασθενής έλαβε tigecycline και είχε ανεπιπλεκτή πορεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πολυανθεκτικά στέλεχη *C. striatum* έχει αποδειχθεί ότι αποικίζουν προσθετικά υλικά, καθετήρες και αναπνευστήρες, ενώ έχει αναφερθεί και μετάδοση μεταξύ ασθενών. Η συγκεκριμένη ασθενής θεωρήθηκε ότι αποικίστηκε από το μικροοργανισμό κατά την παραμονή της στη ΜΕΘ. Η επακόλουθη επούλωση της τομής σε συνδυασμό με την καταδύομενη βρογχοκήλη προκάλεσαν πίεση και φλεγμονή της τραχείας. Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμικροβιακή θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με ανάλογες σπάνιες λοιμώξεις.

### 338. ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ - ΟΥΡΕΑΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΗΛΙΚΙΑΣ

Γ. Κακούρης

Τμήμα Ιατρικής Βιοπαθολογίας, Ιατρικό Διαγνωστικό Εργαστήριο-Πολυϊατρείο «Φροντίδα Υγείας», Πάτρα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας μας είναι η μελέτη της συχνότητας απομόνωσης των μικροβίων *Mycoplasma hominis* και *Ureaplasma ureolyticum* στο γεννητικό σύστημα γυναικών αναπαραγωγικής και μη ηλικίας που προσήλθαν στο Ιατρικό Διαγνωστικό Εργαστήριό μας την τελευταία 5ετία. Οι λοιμώξεις από *Mycoplasma hominis* - *Ureaplasma ureolyticum* απομονώνονται από φυσιολογικά ή παθολογικά εκκρίματα του ουρογεννητικού σωλήνα. Αποτελούν αίτιο οξείας πνευμονοφρίτιδας, μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας, κολπίτιδας, προστατίτιδας, επιδιδυμιτίδας, στειρότητας ενώ δύνανται να προκαλέσουν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης.

**ΥΛΙΚΟ:** Σε διάρκεια 5 ετών μελετήθηκαν 194 κολπικά-τραχηλικά δείγματα. Η καλλιέργεια, η ταυτοποίηση και το test ευαισθησίας έγινε με το σύστημα Myconview (Zea Diagnostics). Τα δείγματα ενοφθαλμίστηκαν σε θρεπτικό υλικό, επώαστηκαν στους 37°C, σε αναερόβιες συνθήκες και για 48h.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα 194 δείγματα που εξετάστηκαν βρέθηκε σε 102 (52.6%) *Ureaplasma ureolyticum*, ενώ σε 30 (15.5%) *Mycoplasma hominis*, σε συγκεντρώσεις >10.000 ccu/ml.

Τα ποσοστά αντοχής στα αντιβιοτικά που χρησιμοποιήθηκαν έχουν ως εξής:

*Ureaplasma ureolyticum* *Mycoplasma hominis*

Roxythromycin: 15% 20%

Azythromycin: 10% 20%

Erythromycin: 5% 0%

Josamycin: 5% 0%

Ofloxacin: 3% 0%

Minocycline: 2% 0%

Doxicycline: 2% 0%

Ciprofloxacin: 2% 0%

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εργασίας συχνότερα απομονώθηκε το *Ureaplasma ureolyticum* σε σχέση με το *Mycoplasma hominis*. Αρκετά στέλεχη παρουσίασαν μικρή αντοχή στις μακρολίδες ενώ παρουσίασαν ικανοποιητική ευαισθησία στα υπόλοιπα αντιβιοτικά.

### 337. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ Β-ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟΥ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Π. Μπολάνης

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΠΕΔΥ Νέας Ιωνίας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να καταγράψει την συχνότητα ανεύρεσης πυογόνου στρεπτοκόκκου, σε κλινικά δείγματα πασχόντων από φαρυγγίτιδα, αναφορικά με δύο περιόδους, μια περίοδο όπου η κύρια ταυτοποιητική μέθοδος ήταν η ορολογική και σε μια δεύτερη περίοδο, όπου η κύρια ταυτοποιητική μέθοδος είναι μέσω αυτόματου αναλυτή.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Εξετάστηκαν 236 αρρενα και 229 θήλεα άτομα σε εξωτερικά ιατρεία ή στη κλινική από το 2005 ως το 2017. Από τα μέσα του 2015 η μέθοδος ταυτοποίησης άλλαξε και από την χρήση της ορολογικής ταυτοποίησης των β-αιμολυτικών καταλάση αρνητικών στρεπτοκοκκίων, τα δεδομένα αφορούν πλέον χρήση του συστήματος VITEK-2.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη χρήση της μεθόδου ορολογικής ταυτοποίησης η συχνότητα ανεύρεσης β-αιμολυτικού στρεπτοκόκκου ομάδος Α ήταν 14,6%, η συχνότητα β-αιμολυτικού των άλλων υποομάδων Β, C, F, G, ανερχόταν στο 4,6%, οι άλλες διαγνώσεις (αποκλειστική ή κύρια ανάπτυξη χρυσίζοντος σταφυλοκόκκου, Ψευδομόναδος, Ιδιού Λευκάζοντος) ήταν στο 7,1% και η φυσιολογική χλωρίδα ανωτέρου αναπνευστικού στο 72,8%.

Κατά την χρήση του αυτοματοποιημένου συστήματος η συχνότητα ανεύρεσης *Streptococcus pyogenes* ήταν 22,7%, η συχνότητα άλλων διαγνώσεων ήταν <1% και η ανεύρεση φυσιολογικής χλωρίδας ανήλθε στο 76,4%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρήση συστήματος ταυτοποίησης πιθανώς αύξησε την συχνότητα απομόνωσης *Streptococcus pyogenes* και ελάττωσε τις λοιπές διαγνώσεις. Αυτό ίσως οφείλεται στην ευχερέστερη διάκριση και χειρισμό των προς απομόνωση βακτηριακών υλικών μέσω του αυτόματου συστήματος.

### 339. FUSOBACTERIUM NECROFORUM: ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΟΞΕΙΑΣ ΜΕΣΗΣ ΟΤΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ

Ε. Στάικου<sup>1</sup>, Δ. Φλεβοτόμος<sup>1</sup>, Ι. Παπαστυλιανού<sup>1</sup>, Π. Βρεττάκος<sup>2</sup>, Ε. Καραμαντζάνη<sup>2</sup>, Α. Μακρή<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Παίδων Πεντέλης, <sup>2</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το *F.necroforum* είναι αναερόβιο, ακίνητο Gram(-) βακτηρίδιο, μέλος της χλωρίδας του στοματοφάρυγγα, γαστρεντερικού και γυναικείου ουρογεννητικού συστήματος. Η σοβαρότητα των λοιμώξεων που προκαλεί ποικίλλει από ήπιες, εντοπισμένες λοιμώξεις έως το σύνδρομο Lemierre, μία απειλητική για τη ζωή, διάσπαρτη λοίμωξη με μεταστατικά αποστήματα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** η περιγραφή περίπτωσης οξείας μέσης ωτίτιδας σε βρέφος χωρίς επιπλοκές.

**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσίαση περιστατικού: Θήλυ 18 μηνών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της ωτορινολαρυγγολογικής κλινικής με εμπύρετο και ωτόρροια στο δεξί αυτί. Στο ιστορικό αναφέρονται 2-3 επεισόδια υποτροπιάζουσας μέσης ωτίτιδας. Η κλινική εξέταση απεκάλυψε ερυθρότητα-ωτόρροια με ρήξη τυμπανικού υμένα. Ελήφθη καλλιέργεια ωτικού εκκρίματος και στο παιδί χορηγήθηκε ampicillin/clavulanic. Η άμεση κατά Gram μικροσκόπηση του δείγματος ανέδειξε άφθονα πύοσφαιρα. Στην καλλιέργεια απομονώθηκε *F.necroforum*. Η ταυτοποίηση βασίστηκε στη μορφολογία των αποικιών (κιτρινωπές, στρογγυλές, αιμολυτικές αποικίες με δαντελωτή παρυφή και κεντρικό σφαιρό), στη Gram χρώση (νηματοειδή ποικιλόμορφα βακτηρίδια με οξύαιχμα άκρα και κυρτές μορφές), τις βιοχημικές δοκιμασίες (ινδόλη(+), καταλάση(-), εσכולίνη(-)) και την ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά (ευαίσθητο καναμικίνη(1000μg), κολιστίνη(10μg), πενικιλίνη(2U), ριφαμικίνη(15μg) και αντοχή βανκομικίνη(5μg)). Η ταυτοποίηση επιβεβαιώθηκε στο ημιαυτοποιημένο σύστημα BBL-Crystal.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ενημερώθηκε άμεσα η κλινική και το παιδί εκλήθη για επανεξέταση όπου διαπιστώθηκε πλήρης ίαση με εξαίεψη της συμπτωματολογίας και αποκατάσταση του τυμπανικού υμένα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η θνητότητα των λοιμώξεων από *F.necroforum* κυμαίνεται από 9-47,4%. Τελευταία αναφέρεται αυξημένη συχνότητα ωτικών λοιμώξεων από *F.necroforum*. Βρέφη με μέση ωτίτιδα και μαστοειδίτιδα έχουν αυξημένο κίνδυνο συνδρόμου Lemierre. Το *F.necroforum* είναι συνήθως ευαίσθητο πενικιλίνη, κλινδαμικίνη, μετρονιδαζόλη, αμοξυσιλλίνη-κλαβουλανικό, ενώ η δράση ερυθρομικίνης και τετρακυκλίνης ποικίλλει. Σπάνια κάποια στέλεχη παράγουν β-λακταμάση. Η ασθενής μας έλαβε εμπειρική θεραπεία με αμοξυσιλλίνη-κλαβουλανικό με άριστη έκβαση. Θεδομένο της σοβαρότητας και των επιπλοκών των λοιμώξεων με *F.necroforum*, η έγκαιρη χρήση κατάλληλης αντιμικροβιακής θεραπείας σε συνδυασμό με λήψη αναερόβιας καλλιέργειας και κλινική συνεκτίμηση οδηγούν σε επιτυχές θεραπευτικό αποτέλεσμα.

### 340. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΑΠΟ PSEUDOMONAS AERUGINOSA ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2016 – 2017

A. Ιερωνυμάκη, Α. Πανοπούλου, Ε. Κάσπαρη, Α. Μπλικά, Σ. Χρυσού  
Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων «Ανδρέας Συγγρός»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των ποσοστών ευαισθησίας και αντοχής των στελεχών *Pseudomonas aeruginosa* που απομονώθηκαν στη διετία 2016 – 2017 από λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων (ΛΔΜΜ) σε ασθενείς του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» και η σύγκριση αυτής μεταξύ εξωτερικών και νοσηλεύσιμων ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Τη διετία 2016-2017 απομονώθηκαν 416 στελέχη *Pseudomonas aeruginosa* από ασθενείς που νοσηλεύτηκαν ή προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου λόγω ΛΔΜΜ. Τα 114 εξ αυτών προέρχονταν από νοσηλεύσιμους και τα 302 από εξωτερικούς ασθενείς. Τα εξετασθέντα δείγματα ήταν υλικό πύου από έλκη, φλυκταινώδη εξανθήματα και αποστήματα. Τα δείγματα καλλιεργήθηκαν σε στερεά θρεπτικά υλικά και για την ταυτοποίηση και τον έλεγχο ευαισθησίας χρησιμοποιήθηκε το αυτόματο σύστημα ταυτοποίησης Vitek 2 (BioMérieux).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ευαισθησία των απομονωθέντων στελεχών *Pseudomonas aeruginosa* στα αντιβιοτικά ήταν η εξής:

	Σύνολο	Νοσηλεύσιμοι Ασθενείς	Εξωτερικοί Ασθενείς
Amikacin	95,9% (399/416)	93,8% (107/114)	96,7% (292/302)
Ceftazidime	94% (391/416)	93% (106/114)	94,4% (285/302)
Ciprofloxacin	88% (366/416)	87,7% (100/114)	88,1% (266/302)
Gentamicin	92,5% (385/416)	87,7% (100/114)	94,4% (285/302)
Imipenem	97,6% (406/416)	95,6% (109/114)	98,3% (297/302)
Piperacillin-tazobactam	88,9% (370/416)	88,6% (101/114)	89,1% (269/302)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από την παραπάνω καταγραφή προκύπτει ότι το ποσοστό απομόνωσης πολυανθεκτικών στελεχών *Pseudomonas aeruginosa* από ΛΔΜΜ στο Νοσοκομείο μας παραμένει χαμηλό. Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά των ποσοστών ευαισθησίας και αντοχής στα στελέχη *Pseudomonas aeruginosa* που απομονώθηκαν από τους εξωτερικούς και τους νοσηλεύσιμους ασθενείς, γεγονός που πιθανόν να οφείλεται στη βραχεία νοσηλεία των ασθενών με ΛΔΜΜ.

### 342. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΝΗ

I. Μπινάκας<sup>1</sup>, Α. Ντόκου<sup>2</sup>, Ε. Στάγκου<sup>1</sup>, Α. Σπανού<sup>3</sup>, Α. Πετρούλακη<sup>4</sup>, Ν. Γκιούλος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Κέντρο Υγείας Αγίου Νικολάου, <sup>2</sup>Κέντρο Υγείας Αγίου Νικολάου, Γ.Ν. Μεσσηνίας, <sup>3</sup>Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, <sup>4</sup>Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Καλαμάτας «Διάλπαση»

Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συχνές νόσους παγκοσμίως, με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της συχνότητας της καταθλιπτικής διαταραχής στο γενικό πληθυσμό που προσέρχεται στο Κέντρο Υγείας Αγίου Νικολάου. Στη μελέτη συμμετείχαν 854 άτομα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Patient Health Questionnaire (PHQ-2) που περιλαμβάνει δύο ερωτήσεις διαλογής και το ερωτηματολόγιο Patient Health Questionnaire (PHQ-9) που χρησιμεύει για τη διάγνωση της κατάθλιψης καθώς και την επιλογή και παρακολούθηση της θεραπείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στις ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν αρχικά (PHQ-2) θετικά απάντησαν 199 άτομα (23%) και στη συνέχεια με το PHQ-9 κατάθλιψη βρέθηκε στο 28% του δείγματος και συγκεκριμένα ήπια κατάθλιψη στο 18%, μέτρια στο 8% και σοβαρή κατάθλιψη στο 2%. Κατάθλιψη βρέθηκε στο 61% των γυναικών, ενώ στους άντρες στο 39%. Στα άτομα με κατάθλιψη το 60% μένει μόνο του, το 88% έχει μηνιαίο εισόδημα μικρότερο από 700 € και το 62% του δείγματος έχει χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Η συχνότητα της κατάθλιψης βρέθηκε να αυξάνεται με την ηλικία (12% στην ηλικία έως 40 χρόνων, 47% στην ηλικία άνω των 60 χρόνων). Κοινωνικοί παράγοντες, όπως χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ανεργία ή χαμηλό εισόδημα και διάφορα κοινωνικά γεγονότα φαίνεται ότι συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση της συχνότητας της κατάθλιψης στην κοινότητα. Με απλές ερωτήσεις στην ΠΦΥ ο γιατρός μπορεί να προβεί στην πρώιμη ανίχνευση των καταθλιπτικών διαταραχών καθώς και στην έγκαιρη αντιμετώπιση αυτών.

### 341. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ SIX SIGMA ΣΤΗΝ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

Ε. Μπίσια, Π. Καρκαλούσος  
Τμήμα Τεχνολογίας Ιατρικών Εργαστηρίων, ΤΕΙ Αθήνας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ποιότητα σε ένα κλινικό εργαστήριο είναι εξαρτώμενη από πολλούς παράγοντες, όπως ο εξοπλισμός, οι αναλυτικές μέθοδοι, τα υλικά ελέγχου, η βιολογική μεταβλητότητα και το προσωπικό. Η μεθοδολογία Six Sigma και τα στατιστικά εργαλεία που παρέχει αποτελούν έναν αξιόλογο τρόπο για τον έλεγχο, την παρακολούθηση και την διασφάλιση της ποιότητας σε ένα κλινικό εργαστήριο.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εφαρμογή της μεθόδου Six Sigma στα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν από επτάμηνη έρευνα σε ιδιωτικό κλινικό εργαστήριο της Αθήνας.

**ΥΛΙΚΟ:** Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία και δείκτες που καταγράφηκαν κατά την διάρκεια επτά μηνών σε ιδιωτικό κλινικό εργαστήριο.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η καταγραφή έγινε είτε χειρονακτικά (δεδομένα για το προαναλυτικό στάδιο), είτε με το εργαστηριακό λογισμικό που χρησιμοποιεί το εργαστήριο. Η τελική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και η εύρεση της τιμής σίγμα (σ) έγινε με την εφαρμογή Six Sigma Calculator ([www.westgard.com](http://www.westgard.com)). Αποτελέσματα μικρότερα του 3-σίγμα θεωρούνται μη ικανοποιητικά, μεγαλύτερα του 3-σίγμα θεωρούνται ικανοποιητικά και ίσα ή μεγαλύτερα του 6-σίγμα θεωρούνται άριστα

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** (ενδεικτικά):

Αναλυτής	ΤΕα (%)	Bias (%)	CV (%)	Sigma metrics
Γλυκόζη	10,0	1,58	2,02	4,2
Ουρία	9,0	3,56	1,05	5,2
Χοληστερίνη	10,0	3,94	1,54	3,9
Τριγλυκερίδια	25,0	-2,57	4,32	6,4
Κρεατίνη	15,0	1,54	1,78	7,6
ΤSH	15,0	2,33	3,45	3,7

Δείκτης ποιότητας	Σύνολο προβληματικών δειγμάτων	Σύνολο δειγμάτων	Defects Per Million Opportunities (DPMO)	Sigma metrics
Αιμολυμένα δείγματα	1432	51950	27565	3,5
Λησιμικά δείγματα	537	51950	10337	3,9
Ανεπαρκής ποσότητα δειγμάτων	112	51950	2156	4,4
Ακατάλληλο δείγμα για την εξέταση	23	51950	443	4,9
Αδεια σωληνάρια	15	51950	289	5,0
Λάθος δείγμα ούρων	45	6250	7200	4,0

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο δείκτης σίγμα προβλέπεται από το ISO 15189 ως δείκτης ποιότητας δραστηριοτήτων των κλινικών εργαστηρίων και γι' αυτό η χρήση του προτείνεται να εφαρμοστεί στα κλινικά εργαστήρια ως χρήσιμο εργαλείο για την εσωτερική και εξωτερική αξιολόγηση του συστήματος ποιότητας.

### 343. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΟΥ Κ Υ ΒΑΡΗΣ

Μ. Δανδουλάκης<sup>1</sup>, Κ. Γιαλεδάκη<sup>1</sup>, Β. Θεοδοσιου<sup>1</sup>, Ε. Μεράκου<sup>1</sup>, Κ. Δανδουλάκη<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Κέντρο Υγείας Βάρης, <sup>2</sup>ΤΕΙ Νοσηλευτικής

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να καταγράψει τα αίτια για τα οποία κάπνιζαν οι καπνιστές του ιατρείου διακοπής καπνίσματος του Κ Υ Βάρης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Προκειμένου η προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος να είναι όσο το δυνατό πιο επιτυχής, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τους λόγους για τους οποίους ο καπνιστής καπνίζει. Οι εναλλακτικές λύσεις τις οποίες θα εφαρμόσει στην θέση του καπνίσματος εξαρτάται από την γνώση αυτή. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο διερεύνησης των αιτίων της καπνιστικής συνήθειας. Το Ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Κ.Υ. Βάρης, λειτουργεί συστηματικά από τον Οκτώβριο του 2010. Σε όλους τους καπνιστές συμπληρώνεται ειδικό ερωτηματολόγιο. Για την στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το EXCELL 2007.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά εξετάστηκαν 46 άτομα 30 γυναίκες(65,2%) και 16 άνδρες(34,8%).

Γιατί καπνίζετε:

A-ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΤΟΝΟΣΗ	1	3,3%
B-ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ	0	0%
Γ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ ΧΑΛΑΡΩΣΗ	7	23,3%
Δ-ΜΕΙΩΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ	23	76,6%
Ε-ΠΟΘΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	9	30%
ΣΤ-ΣΥΝΘΕΙΑ	0	0%
Γ&Δ	4	8,9%
A&Δ	1	2,2%
Δ&Ε	2	4,4%
Γ&Δ&Ε	1	2,2%

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ένα μεγάλο ποσοστό των καπνιστών του ιατρείου διακοπής καπνίσματος καπνίζουν για μείωση της ψυχικής έντασης. Οι εναλλακτικές λύσεις που θα εφαρμόσουν θα είναι οι προτεινόμενες για την κατηγορία αυτή. Η λειτουργία ιατρείων διακοπής καπνίσματος στα Κ.Υ. είναι απαραίτητη παράλληλα με τις άλλες δράσεις πρόληψης που αυτό επιτελεί.

### 344. ΣΗΜΕΙΟ ΤΩΝ ΑΣΠΡΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΠΥΡΑΜΙΔΩΝ ΣΤΗΝ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ε. Καπνίση, Μ. Καλοκαιρινού, Π. Μάργαρη, Θ. Βαγδατλής, Ε. Τριανταφυλλου, Α. Νατσιπούλου, Α. Παπαευαγγέλου

ΓΝΕ Θριάσιο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή του σημείου των άσπρων νεφρικών πυραμίδων (white pyramid sign) στην αξονική τομογραφία (ΥΤ) και υπολογισμό της συχνότητας του σε νεαρά άτομα (ηλικίας έως 30 ετών)

**ΥΛΙΚΟ:** Από το σύνολο των ΥΤ κοιλίας οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στην διάρκεια 6 μηνών (Ιούνιος 2017 – Δεκέμβριος 2017) στο νοσοκομείο μας, επιλέξαμε μόνο ΥΤ σε άτομα νεαρής ηλικίας (έως 30 ετών), χωρίς γνωστή νεφρική νόσο. Το δείγμα μας αποτελείται από 174 ΥΤ κοιλίας οι οποίες εκτελέστηκαν για διαφορετικούς λόγους (ατύχημα, κοιλιακό άλγος κτλ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το σημείο των άσπρων νεφρικών πυραμίδων ή υπερπύκνωση των νεφρικών πυραμίδων (white pyramid sign or hyperattenuation of renal pyramid) περιγράφεται ως αύξηση της πυκνότητας του μυελού σε σύγκριση με του φλοιού. Παρατηρείται σε περιπτώσεις με αύξηση της όσμωσης των ούρων (αφυδάτωση, υπερνατριαιμία, διαίτα πολύ πλούσια σε πρωτεΐνες, γλυκοζουρία, ανεπάρκεια επινεφριδίων), οξεία ουρητηρική απόφραξη, μεγάλη δόση αντιβίωσης, μεγάλη δόση καφεΐνης, υπερπαραθυρεοειδισμό, νεφρική φυματίωση, ουραιμία, σπογγιοειδή νεφρό, δρεπανοκυτταρική αναιμία, νεκρωτική θηλίτιδα, υπερουριχαιμία. Υπέρπυκνες νεφρικές πυραμίδες μπορεί να παρατηρούνται τυχαία σε άτομα χωρίς νεφρική νόσο. Υπέρπυκνες νεφρικές πυραμίδες μόνο σε ένα νεφρό μπορεί να υποδηλώνουν αποφρακτικά φαινόμενα στον άλλο νεφρό. Είναι πολύ σημαντικό να γίνει διαφορική διάγνωση με την μυελική νεφροασβέστωση. Από το σύνολο των 174 ΥΤ κοιλίας σε άτομα χωρίς γνωστή νεφρική νόσο, μόλις 8 περιστατικά παρουσίασαν σημείο των άσπρων νεφρικών πυραμίδων αμφοτερόπλευρα, δηλαδή ένα ποσοστό 4,6%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το σημείο των άσπρων νεφρικών πυραμίδων αμφοτερόπλευρα σε νεαρά άτομα με ελεύθερο κλινικό ιστορικό είναι σπάνιο και αποτελεί τυχαίο εύρημα χωρίς κλινική σημασία.

### 346. ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΘΩΡΑΚΙΟ

Α. Παππά<sup>1</sup>, Σ. Τσίγας<sup>1</sup>, Β. Τζέλιου<sup>1</sup>, Κ. Μπούγιας<sup>1</sup>, Β. Γκέτσος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», <sup>2</sup>Παιδιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση τελειόμηνου νεογνού με πνευμομεσθωράκιο.

**ΥΛΙΚΟ:** Άρρην τελειόμηνου νεογνό με ΒΣ=3680gr που αμέσως μετά τη γέννηση παρουσίασε αναπνευστική δυσχέρεια με εισολκές επιγαστρίου, γογγυσμό και κωθρότητα

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έγινε ακτινογραφία θώρακος όπου παρατηρείται αέρας στο μεσθωράκιο. Ο αέρας μετατοπίζει το λοβό του θύμου αδένος προς τα πάνω, δίνοντας το χαρακτηριστικό «σημείο φτερών αγγέλου» (spleenaker sail sign-angel wing sign). Επίσης παρατηρείται και μικρός πνευμοθώρακας αριστερά. Έγινε u/s καρδιάς φυσιολογικός. Χορηγήθηκε οξυγόνο με Hood (FIO<sub>2</sub>=100%). Η ακτινολογική και η κλινική εικόνα παρουσίασε θεαματική βελτίωση ήδη από το πρώτο 24ωρο και αποκαταστήθηκε πλήρως το 4<sup>ο</sup> 24ωρο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** το πνευμομεσθωράκιο είναι μια σπάνια κατάσταση, με συχνότητα 25:10.000 ζώντα νεογνά και με συνηθισμένη κλινική εικόνα. Θεωρείται καλοήθης κατάσταση και αρκετές φορές αυτοϊάται. Απαιτείται αφενός προσεκτική εκτίμηση της ακτινογραφίας θώρακος ώστε να θεθεί άμεσα η διάγνωση και αφετέρου ακτινολογική παρακολούθηση επειδή σε ορισμένες περιπτώσεις είναι απειλητική για τη ζωή κατάστασης και μπορεί να χρειαστεί ειδική αντιμετώπιση.



### 345. ΚΩΛΙΚΟΕΙΔΕΣ ΑΛΓΟΣ – ΡΗΞΗ ΑΓΓΕΙΟΜΥΟΛΙΠΩΜΑΤΟΣ

Α. Παππά, Σ. Τσίγας, Β. Τζέλιου, Κ. Μπούγιας

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση γυναίκας 58 ετών με ρήξη αγγειομυολιπώματος.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα 58 ετών προσέρχεται στα επείγοντα ιατρεία του νοσοκομείου μας με κωλικοειδές άλγος αριστερής νεφρικής χώρας, χωρίς να αναφέρει ιστορικό κάκωσης ή γνωστή λιθίασης. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός και ζητήθηκε υπερηχογραφική εκτίμηση για πιθανή λιθίαση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο αναδεικνύεται υπερηχοϊκός σχηματισμός σαφών ορίων μεγίστης διαμέτρου 3,5cm στη μεσότητα του αριστερού νεφρού, εικόνα συμβατή με αγγειομυολίωμα. Περινεφρικό σύστοιχα αναδεικνύεται συλλογή υγρού μεγίστου πάχους 1,6cm, εύρημα που συνηγορεί υπέρ περινεφρικού αιματώματος. Τα εν λόγω ευρήματα είναι συμβατά με ρήξη του αγγειομυολιπώματος και επιβεβαιώθηκαν με CT κοιλίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** το αγγειομυολίωμα είναι ο πιο συχνός καλοήθης όγκος των νεφρών με προτίμηση στις γυναίκες (4:1). Είναι ασυμπτωματικά και αναδεικνύονται συνήθως τυχαία σε υπερηχογραφική εξέταση. Συμπτωματολογία εμφανίζεται σε ρήξη αυτών με συνήθη συμπτώματα όπως κοιλιακό άλγος, οσφαλγία, αιματοουρία και πιο σπάνια ναυτία, εμετοί, πυρετός, αναιμία και υποογκαιμική καταπληξία (20%).

Ο κίνδυνος ρήξης αυξάνεται ανάλογα με το μέγεθος της μάζας. Συνήθως αιμορραγούν μάζες μεγαλύτερες των 4cm.

### 347. ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κ. Κουλίδα, Η. Κάσσοσ, Ε. Μάρκου, Μ. Τογκονίτζε, Β. Παπαδάκη, Κ. Ρούμπης

Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού με απουσία συμμετοχής της ωλένιας αρτηρίας στην αιμάτωση της άκρας χειρός αμφοτερόπλευρα.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα ασθενής, 52ετών, προσέρχεται στο νοσοκομείο μας για σύνδρομο Raynaud βαθμιαία επιδεινούμενο κατά την τελευταία τριετία. Αναφέρει συμπτωματολογία από την παιδική της ηλικία και εντονότερα συμπτώματα στο δεξί χέρι. Από το ατομικό της ιστορικό αναφέρει νόσο Graves και είναι βαριά καπνίστρια. Τέθηκε η υποψία νόσου Buerger και παραπέμφθηκε στο τμήμα μας για αγγειογραφία άνω άκρων.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μετά από την τοποθέτηση θηκαρίου 5Fr στη δεξιά κοινή μηριαία αρτηρία, καθιετήρησθη εκλεκτικά η δεξιά υποκλειδίου αρτηρία και ο αγγειογραφικός καθετήρας προωθήθηκε αρχικά στη μασχαλιαία και στη συνέχεια στη βραχιόνιο αρτηρία. Ο αγγειογραφικός έλεγχος ανέδειξε υψηλή έκφυση ωλενίου αρτηρίας στο πλαίσιο ανατομικής παραλλαγής. Το αγγείο απεικονίστηκε με προοδευτικά μειούμενη διάμετρο και τριχασμό σε τρία βραχέα και λεπτοφυή αγγεία κεντρικότερα από το επίπεδο του καρπού. Δεν αναδείχθηκε συμμετοχή της ωλενίου αρτηρίας ή κλάδων της στην αιμάτωση της παλάμης και των δακτύλων (σπάνια ανατομική παραλλαγή). Σημειώνεται ότι ο λοιπός αγγειογραφικός έλεγχος του δεξιού άνω άκρου ήταν φυσιολογικός. Ακολούθησε αγγειογραφικός έλεγχος του αριστερού άνω άκρου που επίσης ανέδειξε υψηλή έκφυση της ωλενίου αρτηρίας και απεικόνισή της μόνο μέχρι το κατώτερο τριτομόριο της ωλένης. Σε αντίθεση όμως με το αντίπλευρο μέλος απεικονίστηκε εμμένουσα μέση αρτηρία, καθώς η μεσόστεος αρτηρία συμμετείχε στο σχηματισμό του επιπολής παλαμιαίου τόξου. Η παρουσία του αγγείου αυτού δικαιολογεί την ηπιότερη συμπτωματολογία του αριστερού άνω άκρου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα ανωτέρω ευρήματα αποτελούν εξαιρετικά σπάνια παραλλαγή της αιμάτωσης της άκρας χειρός. Η γνώση των ανατομικών παραλλαγών αποκτά ιδιαίτερη σημασία με την ανάπτυξη της μικροχειρουργικής της άκρας χειρός και την χρήση της κερκιδικής αρτηρίας για διάφορες ιατρικές πράξεις (π.χ. στεφανιογραφία).

### 348. ΙΝΟΜΥΪΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κ. Κουλιάνη, Η. Κάσσο, Ε. Μάρκου, Ι. Φερνάντινι, Π. Βασιλείου, Κ. Ρούμπης  
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού με ενδομυϊκή δυσπλασία έσω καρωτίδας.  
**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα ασθενής, 66 ετών, μετά από μια εβδομάδα ισχυρής κεφαλαλγίας μετωπιαία δεξιά, επισκέφθηκε το Νευρολόγο της ο οποίος της σύστησε να κάνει αξονική τομογραφία εγκεφάλου. Η εξέταση ανέδειξε την παρουσία ευμεγέθους αιματώματος μετωπιαία δεξιά. Ακολούθησε εισαγωγή στη Νευροχειρουργική κλινική του νοσοκομείου μας. Την επόμενη μέρα διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και μαγνητική αγγειογραφία εγκεφαλικών αγγείων η οποία έθεσε την υποψία ανευρύσματος στη δεξιά μέση εγκεφαλική αρτηρία. Είκοσι εννέα μέρες αργότερα πραγματοποιήθηκε στο τμήμα μας ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία (DSA) εγκεφάλου. Σημειώνεται ότι η ασθενής στο ιστορικό της ανέφερε μόνο αρχόμενη άνοια υπό φαρμακευτική αγωγή.  
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκαν εκλεκτικοί καθετηριασμοί της δεξιάς κοινής και έσω καρωτίδας, της αριστερής κοινής και έσω καρωτίδας και της αριστερής σπονδυλικής αρτηρίας. Κατά την αρτηριακή, παρεγχυματική και φλεβική φάση του αγγειογραφικού ελέγχου δεν αναδείχθηκε ανεύρυσμα, αρτηριοφλεβική επικοινωνία ή άλλο τυπου αγγειακή βλάβη στα ελεγχθέντα ενδοκράνια αγγεία. Αναδείχθηκε όμως κομβολογιοειδής απεικόνιση του τελικού τμήματος της αυχενικής μοίρας (C1 τμήμα) της δεξιάς έσω καρωτίδας συμβατή με ινομυϊκή δυσπλασία. Λόγω αυτού του ευρήματος έγινε αγγειογραφικός έλεγχος των νεφρικών αρτηριών ο οποίος δεν ανέδειξε παθολογικά αγγειογραφικά ευρήματα.  
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ινομυϊκή δυσπλασία αποτελεί ιδιοπαθή, εστιακή, μη φλεγμονώδη και μη αθηροσκληρωτική νόσο που αφορά μικρά και μεσαίου μεγέθους αγγεία. Μπορεί να επηρεάζει μόνο τις καρωτίδες (ή και μόνο τη μια). Όταν έχει τραχηλοεγκεφαλική εντόπιση είναι δυνητικά επικίνδυνη, γιατί μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή στένωση, διαχωρισμό, ανεύρυσμα, υπαρχονοειδή αιμορραγία και αρτηριακή απόφραξη.

### 350. ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΤΑΧΕΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗ ΠΛΑΓΙΑ ΜΥΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ (ALS) – ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Α. Σπύρου<sup>1</sup>, Ι. Λιάπης<sup>1</sup>, Φ. Αλούρδα<sup>1</sup>, Γ. Ντέσκα<sup>2</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>2</sup>, Ο. Καρική<sup>2</sup>, Α. Καλλιτσιζόγλου<sup>1</sup>, Δ. Κοζικόπουλου<sup>2</sup>, Ε. Παπαϊκονομού<sup>2</sup>, Α. Χάσιου<sup>2</sup>, Σ. Καραπαπάνης<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Νευρολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μυατροφική πλάγια σκλήρυνση είναι η πιο κοινή εκφυλιστική ασθένεια του κινητικού νευρώνα. Δεν υπάρχει κάποιο ειδικό τεστ που να μπορεί επιβεβαιώσει ή να αποκλείσει τη διάγνωση της νόσου του κινητικού νευρώνα. Οι κλινικοί γιατροί θέτουν τη διάγνωση του ALS με βάση το ιστορικό και τη φυσική εξέταση υποστηριζόμενα από ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες. Ο μέσος χρόνος επιβίωσης είναι τα 3 έτη. Παρουσιάζουμε τη περίπτωση μιας γυναίκας με εξαιρετικά ταχέως εξελισσόμενη πλάγια μυατροφική σκλήρυνση.  
**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Γυναίκα 66 ετών προσήλθε στο νευρολογικό ιατρείο με αναφερόμενη αδυναμία δεξιού κάτω άκρου. Αρχικά παρατήρησε αδυναμία στο δεξιό άκρο πόδα, η οποία επεκτάθηκε σε ολόκληρο το δεξιό κάτω άκρο εντός 3 μηνών. Στη συνέχεια εμφάνισε προοδευτική μείωση της μυϊκής δύναμης στο αριστερό κάτω άκρο και στα άνω άκρα. Εντός 20-25 ημερών εμφάνισε δυσαρθρία και δυσχέρεια στη κατάποση και μερικές μέρες αργότερα οδηγήθηκε σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και γαστροστομία. Τόσο η φυσική εξέταση όσο και οι ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες έδειξαν γενικευμένη προσβολή του κατώτερου κινητικού νευρώνα. Η ασθενής υπεβλήθη σε έλεγχο για αυτοάνοσα νοσήματα, για κακοήθεια και για παρουσία λοίμωξης που απέβη αρνητικός. Συνοπτικά 4 μήνες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων η ασθενής είναι τετραπληγική με την διάγνωση της ALS ως την πλέον πιθανή.  
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Είναι αξιοσημείωτη η ραγδαία επιδείνωση της ασθενούς με δεδομένο ότι το 50% των ασθενών με ALS καταλήγει σε τετραπληγία εντός 3 ετών και το 90% εντός 6 ετών από την έναρξη της νόσου. Πρέπει να σημειωθεί η απουσία προμηκικών συμπτωμάτων στην έναρξη της νόσου που θα αποτελούσε δυσμενή προγνωστικό παράγοντα.

### 349. ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ JAK2-V617F ΘΕΤΙΚΗ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΜΥΕΛΟΙΝΩΣΗ

Φ. Αλούρδα, Γ. Λιμπιτάκη, Χ. Αργυροπούλου, Δ. Χούσος, Μ. Ξιφάρας, Ε. Κερεζούδη  
Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Παμμακάριστος»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ασθενούς με πολλαπλά επεισόδια θρομβώσεως και θετικό JAK2 γονίδιο στον οποίο διεγνώσθη πρωτοπαθής μυελοϊνώση (ΠΜ).  
**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για ασθενή 55 ετών ο οποίος προσήλθε στο Νοσοκομείο μας λόγω αδυναμίας αριστερών άκρων. Ατομικό αναμνηστικό ΑΥ, υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, ισχαιμικού ΑΕΕ προ ενός έτους χωρίς υπόλλεμμα. Από την ANE διεπιστώθη αριστερή ημιπάρεση χωρίς έτερη σημειολογία. Ο ασθενής εισήχθη για περαιτέρω διερεύνηση.  
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Διενεργήθη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου η οποία ανέδειξε πολλαπλά ισχαιμικά έμφρακτα. Ενώ η αδυναμία του αριστερού άνω άκρου παρήλθε εντός εικοσιπενταώρου το αριστερό κάτω άκρο έγινε οιδηματώδες και ερυθρό και διεπιστώθη υπερηχογραφικά θρόμβωση σε όλο το μήκος της (αρ) επιπολής μηριαίας φλέβας. Ο ασθενής ετέθη σε αντιπηκτική αγωγή με σταδιακή βελτίωση της συμπτωματολογίας του. Λόγω των πολλαπλών επεισοδίων θρομβώσεων εστάλη μοριακός έλεγχος για το γονίδιο JAK2 ο οποίος και απέβη θετικός. Παράλληλα παρουσιάξε εμμένονσα αναιμία για την οποία διενεργήθη διεξοδικός έλεγχος που απέβη αρνητικός για παθολογικά ευρήματα (γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση, αξονική θώρακος και άνω κάτω κοιλίας). Κατόπιν αιματολογικής εκτίμησης ο ασθενής υπεβλήθη σε οστεομυελική βιοψία με ανάδειξη πρωτοπαθούς μυελοϊνώσεως βαθμού 3. Συνεστήθη αιματολογική παρακολούθηση.  
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ΠΜ είναι ένα σπάνιο αιματολογικό νόσημα και η μετάλλαξη στο JAK2 γονίδιο ένα χρήσιμο εργαλείο στην πρώιμη διάγνωση της καθώς περίπου το 50% των ασθενών με ΠΜ διαθέτουν την μετάλλαξη αυτή. Συμπερασματικά σε ασθενείς με ιστορικό πολλαπλών θρομβώσεων η ανίχνευση της ανωτέρω μετάλλαξης μπορεί να οδηγήσει σε έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση σοβαρών αιματολογικών νοσημάτων.

### 351. ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ

Η. Μαυροειδή  
Περιφερειακό Ιατρείο Μπασιού, Κέντρο Υγείας Άνδρου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εργασία αποτελεί μία βιβλιογραφική αναφορά των νεότερων τρόπων αντιμετώπισης του αιμορραγικού εγκεφαλικού και της ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας βάσει μελετών που βρίσκονται τώρα σε εξέλιξη.  
**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες Pubmed και Google Scholar με λέξεις-κλειδιά «albumin, hemorrhagic stroke», «minocyclin, hemorrhagic stroke», «surgical treatment, hemorrhagic stroke», «hypothermia, hemorrhagic stroke». Στη συνέχεια τέθηκαν φίλτρα ώστε να κρατηθούν μόνο κλινικές μελέτες σε ανθρώπους που διενεργήθηκαν τα τελευταία 5 έτη.  
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε μια πρώτη μελέτη των αποτελεσμάτων ώστε να αποκλειστούν όσα δεν ικανοποιούσαν τα προεπιλεγμένα κριτήρια και σε δεύτερο χρόνο διαβάστηκαν ολόκληρα τα άρθρα, ενώ έγινε και αναζήτηση των αντίστοιχων κλινικών μελετών που θα αναφερθούν και που βρίσκονταν σε εξέλιξη κατά την συγγραφή των μελετών  
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο πεδίο της χειρουργικής αντιμετώπισης της ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας, φαίνεται ότι η στερεοτακτική αναρρόφηση της αιμορραγίας ή η τοποθέτηση ενδοκοιλιακά εξωτερικού καθετήρα μαζί με την ταυτόχρονη τοπική έγχυση θρομβολιτικού παράγοντα συχνά και με τη βοήθεια υπερήχου ή ενδοσκοπίου για την ακριβή οριοθέτηση της αιμορραγίας συνιστούν τις νεότερες και πιο υποσχόμενες τεχνικές για την επείγουσα αντιμετώπιση της αιμορραγίας. Στην συνέχεια για την πρόληψη της δευτερογενούς βλάβης, πέρα από τον έλεγχο της πίεσης, της θερμοκρασίας, του σακχάρου και τυχόν σπασμών, γίνεται έρευνα προς παράγοντες με νευροπροστατευτική-αντιφλεγμονώδη δράση. Θετικά αποτελέσματα δίνει η χορήγηση μινοκυκλίνης, η υποθερμία όψιμης έναρξης με διάρκεια 8-10 ημερών καθώς και η χορήγηση αλβουμίνης, που φαίνεται να δρα προστατευτικά για τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Οστόσο τα αποτελέσματα αυτά στηρίζονται σε πρόσφατες μελέτες και σε μικρό αριθμό ατόμων, οπότε είναι ανάγκη να διερευνηθούν σε μεγαλύτερα δείγματα καθώς και να αποσαφηνιστεί ο μηχανισμός δράσης τους.

### 352. ΧΟΡΕΙΑ-ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΔΥΝΑΜΕΩΝ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΜΥΙΚΩΝ ΕΝΖΥΜΩΝ – ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Δ. Διακονικόλα<sup>1</sup>, Α. Σπύρου<sup>2</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>2</sup>, Ι. Λιάπης<sup>2</sup>, Γ. Ντέτσκας<sup>2</sup>, Α. Χάσιου<sup>2</sup>, Δ. Κοζικοπούλου<sup>2</sup>, Α. Καλλιτζόγλου<sup>2</sup>, Φ. Αλούρδα<sup>2</sup>, Γ. Καρλής<sup>2</sup>, Σ. Καραταπάνης<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η χορεία-ακανθοκυττάρωση αποτελεί σπάνια συγγενή διαταραχή που προκαλείται από μεταλλαγή στο γονίδιο που κωδικοποιεί για τις δομικές πρωτεΐνες των ερυθροκυττάρων. Η πάθηση αυτή ανήκει σε μια ομάδα τεσσάρων νόσων με το όνομα νευρο-ακάνθωση. Το χαρακτηριστικό της νόσου είναι η παρουσία ερυθρών αιμοσφαιρίων με μορφή ακανθοκυττάρων στη περιφερική εξέταση του αίματος. Οι νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν επιληψία, διαταραχές συμπεριφοράς, εκφύλιση μυών και νευρικές εκφυλίσεις παρόμοιες με αυτές της νόσου Huntington. Να παρουσιαστεί η περίπτωση ενός ασθενούς με καταβολή δυνάμεων, σημαντική αύξηση μυϊκών ενζύμων και επεισοδίων επιληψίας που διαγνώστηκε τελικά ως χορεία-ακανθοκυττάρωση.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για άνδρα 37 ετών που από έτους εμφάνισε καταβολή δυνάμεων και κόπωση, σημαντική αύξηση της CRP (έως 6000 μον), δύο επιληπτικά επεισόδια, και πρόσφατα προμηκική ομιλία και δυσκαταποσία. Στη νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκαν πάρεση υπογλωσσίου (ΔΕ), δυσαρθρία, προμηκική ομιλία, μείωση γλωσσοφαρυγγικού αντανάκλαστικού άμφω και δυσκαταποσία στα στερεά, ενώ τα τενόντια αντανάκλαστικά ήταν νωθρά. Ο ασθενής υπεβλήθη σε εκτεταμένο έλεγχο που περιελάμβανε ανοσολογικό έλεγχο (-), οσφουονταία παρακέντηση (κφ), ολοσωμική αζονική τομογραφία (κφ), ΗΕΓ (κφ), και ΗΜΓ (κφ). Ο ασθενής υπεβλήθη επίσης σε MRI-εγκεφάλου και σε βιοψία ΔΕ δελτοειδούς. Τα ευρήματα από τον εγκέφαλο ήταν συμβατά με την νόσο χορεία-ακανθοκυττάρωση, ενώ και οι βιοψία μύος αποκάλυψε εκφυλιστικές αλλοιώσεις συμβατές με την ίδια νόσο. Η μικροσκοπική εξέταση του περιφερικού αίματος αποκάλυψε την παρουσία των χαρακτηριστικών ακανθοκυττάρων της νόσου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χορεία-ακανθοκυττάρωση αποτελεί πολύ σπάνια συγγενή διαταραχή που πρέπει να αναζητείται σε κάθε ασθενή με καταβολή δυνάμεων, σημαντική αύξηση μυϊκών ενζύμων στον ορό, επιληπτικά επεισόδια και προμηκική συμμετοχή.

### 354. Η ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ

Φ. Αλούρδα, Γ. Λιμπιτάκη, Χ. Αργυροπούλου, Μ. Ξιφάρας, Ε. Κερεζούδη  
Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Παμμακάριστος»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η πολλαπλή σκλήρυνση (ΠΣ) είναι μια απομυελινωτική νόσος που προσβάλλει τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό. Είναι πιο συχνή στη Β. Ευρώπη. Οι γυναίκες έχουν διπλάσια πιθανότητα να εκδηλώσουν τη νόσο. Η ΠΣ συνήθως προσβάλλει άτομα 20-50 ετών με μέση ηλικία έναρξης τα 34 έτη.

**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσιάζουμε ασθενή 69 ετών ο οποίος προσήλθε στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου μας λόγω διάχυτων αιμωδιών σε άνω και κάτω άκρα από μηνών. Αναφέρει επεισόδια αιμωδιών και στο παρελθόν. Ιστορικό καταθλιπτικής συνδρομής υπό αγωγή.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Διενεργήθη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και ΑΜΣΣ με ανάδειξη απομυελινωτικών εστιών σε χρόνια φάση. Βάσει των ανωτέρω ευρημάτων διενεργήθη οσφουονταία παρακέντηση με παρουσία ολιγοκλωνικών ζώνων στο ΕΝΥ. Ο λοιπός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε ιδιαίτερα ευρήματα. Βάσει των ανωτέρων τέθηκε η διάγνωση της ΠΣ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σπάνιες περιπτώσεις η ΠΣ μπορεί να προσβάλλει ανθρώπους ηλικίας πάνω από 50 ετών και η διάγνωση της να γίνει ιδιαίτερα δελεαστική. Στους ασθενείς αυτούς ο κλινικός ιατρός πρέπει να είναι προσεχτικός στην ενημέρωση του ασθενούς όσο και του περιβάλλοντος του. Τίθεται επίσης σε πολλές περιπτώσεις το δίλημμα έναρξης ή όχι ανοσοτροποποιητικής αγωγής.

### 353. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ WERNICKE-KORSAKOF ΣΕ ΕΓΚΥΟ ΜΕ ΥΠΕΡΕΜΕΣΗ ΚΥΗΣΕΩΣ- ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Α. Σπύρου<sup>1</sup>, Ι. Λιάπης<sup>1</sup>, Α. Καλλιτζόγλου<sup>1</sup>, Γ. Ντέτσκας<sup>2</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>2</sup>, Μ. Σταμπόρη<sup>2</sup>, Ν. Κοσίλης<sup>2</sup>, Χ. Ψέλλας<sup>2</sup>, Φ. Αλούρδα<sup>1</sup>, Φ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Δ. Κοζικοπούλου<sup>2</sup>, Α. Χάσιου<sup>2</sup>, Δ. Βουλγαρόπουλος<sup>2</sup>, Σ. Καραταπάνης<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να παρουσιαστεί η περίπτωση μιας εγκύου γυναίκας με υπερέμεση της κύησης που εμφάνισε σύνδρομο Wernicke-Korsakof δύο μήνες μετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων της υπερέμεσης.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για γυναίκα 25 ετών που εμφάνισε υπερέμεση της κύησης την 9<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης. Λόγω προοδευτικής επιδείνωσης συμπτωμάτων από το πεπτικό τέθηκε σε παρεντερική διατροφή την 14<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης. Λίγες μέρες μετά την έναρξη της παρεντερικής σίτισης η ασθενής εμφάνισε διαταραχές της μνήμης, αδυναμία βάδισης και μεταπτώσεις στο συναίσθημα. Η ασθενής υπεβλήθη σε ψυχιατρική εξέταση και τέθηκε σε αντιψυχωτική αγωγή. Δύο μέρες μετά την έναρξη της αντιψυχωτικής αγωγής η ασθενής μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο μας λόγω απάθειας και βραδυψυχισμού. Στην αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκαν αδυναμία σε όλα τα άκρα, απάθεια και νυσταγμός σε όλες τις θέσεις των οφθαλμών. Η ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο περιλαμβανομένης της MRI-εγκεφάλου, που έδειξε αλλοιώσεις συμβατές με σύνδρομο Wernicke. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με υψηλές δόσεις βιταμίνης Β1 και από τη 3<sup>η</sup> μέρα εμφάνισε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων της. Τα επίπεδα βιταμίνης Β1 που είχαν ληφθεί ήταν χαμηλά. Η ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου 10 ημέρες μετά την εισαγωγή της σαφώς βελτιωμένη, αλλά με υπολειμματική συνδρομή συνδρόμου Korsakof (διαταραχές μνήμης και κορμική αταξία). Η κορμική αταξία υποχώρησε ένα μήνα μετά την έξοδο της ασθενούς, παρέμεναν όμως οι διαταραχές της μνήμης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το σύνδρομο Wernicke-Korsakof αποτελεί σπάνια επιπλοκή της υπερέμεσης της κύησης και πρέπει να υπάγεται στη διαφορική διάγνωση κάθε ασθενούς με υπερέμεση που εκδηλώνει διαταραχές της συμπεριφοράς και/ή του συναίσθηματος, ώστε να τίθεται έγκαιρα η διάγνωση και να χορηγείται η ορθή αγωγή.

### 355. ΥΠΟΕΠΕΝΔΥΜΑΤΙΚΟ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΑΣΤΡΟΚΥΤΤΩΜΑ ΣΤΟ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΟΖΩΔΟΥΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ

Ε. Γιουτλάκη, Θ. Αναστασιάδη, Α. Κουτσιμπέλης, Α. Νομικού  
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η οζώδης σκλήρυνση κληρονομείται με επικρατούντα αυτοσωμικό χαρακτηριστήρα, έχει μεγάλη διεισδυτικότητα, ωστόσο έχει σημαντική ποικιλία στη βαρύτητα της. Χαρακτηρίζεται από αμαρτώματα και καλοήθεις εξεργασίες που εμφανίζονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα και σε άλλους ιστούς του σώματος. Το υποεπενδυματικό γιγαντοκυτταρικό αστροκύτωμα (ΥΓΑ) είναι καλοήθης όγκος με αργή ανάπτυξη, που εμφανίζεται στο τοίχωμα των πλάγιων κοιλιών, κυρίως σε ασθενείς με οζώδη σκλήρυνση. Αποτελείται από μεγάλα γαγγλιοειδή κύτταρα αστροκυτταρικής διαφοροποίησης. Συνήθως προκαλεί αποφρακτικό υδροκέφαλο με αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης μειώνοντας το εύρος του τρήματος του Monro. Στην καρδιά σχηματίζονται ραβδομύματα, στους νεφρούς αγγειομυολιπώματα και στους πνεύμονες λεμφοαγγειομυώματα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσία περιστατικού με ιστορικό οζώδους σκλήρυνσης που εμφανίζει όζο στο κοιλιακό σύστημα του εγκεφάλου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 15 ετών με ιστορικό οζώδους σκλήρυνσης, υπό αγωγή με αντιεπιληπτικά φάρμακα, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου λόγω επιληπτικών κρίσεων. Από τον απεικονιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε με μαγνητική τομογραφία με χρήση παραμαγνητικής ουσίας αναδείχθηκε οζώμορφη εστία σκιαγραφικής ενίσχυσης στο ύψος του αριστερού τρήματος του Monro, εύρημα που εγείρει υπόνοια υποεπενδυματικού γιγαντοκυτταρικού αστροκυττώματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στον ασθενή συστήθηκε παρακολούθηση και επανέλεγχος με μαγνητική τομογραφία ανάλογα με την κλινική εικόνα του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πρόγνωση της οζώδους σκλήρυνσης εξαρτάται από τις επιπλοκές που εμφανίζει, όπως είναι οι επιληπτικές κρίσεις και ο αποφρακτικός υδροκέφαλος από ενδοκοιλιακούς όγκους εγκεφάλου. Χορηγείται έγκαιρα φαρμακευτική αγωγή για την επιληψία. Η πρόγνωση για την διανοητική ανάπτυξη εξαρτάται κυρίως από τον έλεγχο της επιληψίας. Σε μερικούς ασθενείς με φαρμακοανθεκτική επιληψία εξετάζεται η δυνατότητα της χειρουργικής αντιμετώπισης. Η εξαίρεση των όγκων γίνεται με διαφλοιική προσέλαση στο πρόσθιο κέρας της πλάγιας κοιλίας. Ο αποφρακτικός υδροκέφαλος απαιτεί της παροχέτευση του ΕΝΥ με την τοποθέτηση παροχετευτικού καθετήρα.

**356. ΝΕΦΡΟΓΕΝΗΣ ΥΠΟΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΚΗ ΟΣΤΕΟΜΑΛΑΚΙΑ ΕΠΑΓΩΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΔΕΦΟΒΙΡΗ**

Ν. Σαμπάνης<sup>1</sup>, Ε. Πάσχου<sup>2</sup>, Γ. Ζαγκότσης<sup>1</sup>, Β. Μαμάκου<sup>3</sup>, Π. Παπανικολάου<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς, <sup>2</sup>Μονάδα Υγείας Βύρωνα, <sup>3</sup>Παθολογική Κλινική, Δρομοκαϊτείο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση ασθενούς με νεφρογενή-υποφωσφαταιμική οστεομαλακία επαγώμενη από μακροχρόνια θεραπεία με αδεφοβίρη-διπιβοξίλη και ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα ασθενής, 72 ετών, με ιστορικό χρόνιας ηπατίτιδας Β υπό αγωγή από δεκαετίας με αδεφοβίρη-διπιβοξίλη, προσήλθε αιτώμενη άλγος δεξιάς νεφρικής χώρας, καταβολή δυνάμεων, διάχυτα οστικά άλγη και αρθραλγίες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τη καταγραφή του ατομικού ιστορικού αναφέρθηκε εκτός της μακροχρόνιας μονοθεραπείας με αδεφοβίρη εξαιτίας χρόνιας ηπατίτιδας Β επιβεβαιωμένης ιστολογικά (staging ίνωσης:4), ιστορικό επαναλαμβανόμενων επεισοδίων νεφρολιθίασης από την ηλικία των 30 ετών και υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις. Η ασθενής ελάμβανε αντι-οστεοπορωτική αγωγή με νατριούχο αλενδρονάτη, ασβέστιο και βιταμίνη D. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αποκαλύφθηκαν ευρήματα χαρακτηριστικά συνδρόμου Fanconi (υποφωσφαταιμία, υποκαλιαιμία, υποουριχαιμία, γλυκοζουρία, υπερασβεστιουρία, φωσφατουρία, ουρικόζουρία και λευκωματουρία) και έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (eGFR: 36,5ml/min/1,73m<sup>2</sup>). Ο έλεγχος για υποκείμενη λεμφοϋπερπλαστική διαταραχή καθώς και ο ανοσολογικός έλεγχος για πιθανή νεφρική προσβολή μέσω ανοσολογικού μηχανισμού στα πλαίσια χρόνιας ηπατίτιδας Β απέβη αρνητικός. Εξάλλου, σε επαναλαμβανόμενες μικροσκοπικές εξετάσεις ιζηματος ούρων δεν διαπιστώθηκε παρουσία δύσμορφων ερυθροκυττάρων. Η μέτρηση οστικής πυκνότητας ανέδειξε οστεοπενία ενώ ο σπινθηρογραφικός έλεγχος με Tc 99m αποκάλυψε εστιακά αυξημένη συγκέντρωση ραδιοφαρμάκου στη μεσότητα των μηριαίων, τις αρθρώσεις των γονάτων και τις ποδοκνημικές ενώ δεν σκιαγραφήθηκε ο δεξιός νεφρός, εύρημα συμβατό με τα υπερηχογραφικά ευρήματα ρικνίου νεφρού με πολλαπλούς νεφρικούς λίθους.  
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αδεφοβίρη αποτελεί αντικό παράγοντα της κατηγορίας των νουκλεοσιδικών αναλόγων, ο οποίος παρεμβαίνει στην δράση της ιικής DNA πολυμεράσης επιβραδύνοντας αποτελεσματικά την εξέλιξη της ηπατικής νόσου. Κατά την μακροχρόνια χορήγησή της πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη ενδεχόμενη εμφάνιση νεφροτοξικότητας που απαιτεί τροποποίηση της δόσολογίας ή διακοπή του φαρμάκου. Παρουσία άτυπης συμπτωματολογίας που υποκρύπτει την εμφάνιση νεφρογενούς υποφωσφαταιμικής οστεομαλακίας επιβάλλει την επαγρύπνηση του κλινικού ιατρού.

**358. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΓΛΟΙΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΔΗ ΘΕΡΑΠΕΥΘΕΝ ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΣΚΕΛΟΥΣ**

Δ. Στάθη<sup>1</sup>, Ι. Λιανός<sup>1</sup>, Π. Πετρίκος<sup>1</sup>, Κ. Κουνούκλας<sup>1</sup>, Ι. Χατζηδάκης<sup>1</sup>, Α. Παναγιωτοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Μοστράτου<sup>2</sup>, Ν. Συμεωνίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, <sup>2</sup>251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, <sup>2</sup>251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού γλοιοβλαστώματος εγκεφάλου σε ασθενή με ιστορικό δύο ήδη εξαιρεθέντων και θεραπευθέντων νεοπλασμάτων.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής 73 ετών εισήχθη για διερεύνηση μορφώματος εγκεφάλου δεξιάς βρεγματικής χώρας που ανευρέθη σε αξονική τομογραφία που διενεργήθηκε λόγω δυσδιαδοχοκινησίας (ΑΡ) άνω άκρου. Από το ατομικό αναμνηστικό: χειρουργηθέν και χημειοθεραπευθέν μελάνωμα (ΑΡ) κάτω σκέλους προ 10ετίας με απότομο λεμφοίδημα και εξαιρεθέν θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς προ 6μήνου εν αναμονή λήψης I<sup>131</sup>, κολπική μαρμαρυγή υπό κουμαρινικά και παρουσία απινιδωτή. Στην ασθενή προσεξήρχε κλινικά η ως άνω νευρολογική σημειολογία, η ουλή θυρεοειδεκτομής και το λεμφοίδημα αριστερού σκέλους λόγω του μελανώματος. Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε τη μεταστατική νόσο εκ θηλώδους καρκινώματος θυρεοειδούς, τις δευτεροπαθείς εντοπίσεις στα πλαίσια υποτροπής του μελανώματος και τα πρωτοπαθή νεοπλασμάτα του ΚΝΣ. Η ασθενής υπεβλήθη σε σπινθηρογράφημα με I<sup>123</sup> που κατέδειξε πρόσληψη ιδιού από το μόρφωμα εγκεφάλου εύρημα συμβατό με πιθανή μεταστατική νόσο εκ του CA θυρεοειδή, όπως αποφάνθηκε και το διενεργηθέν ογκολογικό συμβούλιο του νοσοκομείου, το οποίο σύστησε διενέργεια Pet Scan καθώς και στερεοτακτική βιοψία εγκεφάλου εν αναμονή σχεδιασμού περαιτέρω θεραπείας. Ακολούθησε Pet Scan που κατέδειξε μόρφωμα εγκεφάλου με SUVmax 16.2 συμβατό με κακοήθεια προερχόμενη είτε από καρκίνωμα θυρεοειδή λόγω και της γνωμάτευσης του I<sup>123</sup> είτε δευτεροπαθή κακοήθεια άλλης εστίας είτε πρωτοπαθή κακοήθεια. Συστήθηκε ιστολογική εξέταση. Διενεργήθηκε στερεοτακτική βιοψία εγκεφάλου, η οποία δεν κατέδειξε μεταστατική νόσο εκ του θυρεοειδούς αλλά νευρογλοιοβλάστημα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η σπουδαιότητα του περιστατικού έγκειται στην εμφάνιση τρίτου πρωτοπαθούς νεοπλασμάτος σε ασθενή με ιστορικό δύο ήδη θεραπευθέντων νεοπλασμάτων και πιθανότερη κλινική διάγνωση τη μεταστατική νόσο και επισήμανει τη σημασία της πληρέστερης διερεύνησης ανάλογων περιστατικών με ιστολογική εξέταση από τους κλινικούς ιατρούς εφόσον είναι δυνατόν.

**357. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΓΕΡΜΙΝΩΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΚΩΝΑΡΙΟΥ-ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΥ**

Π. Σιδερής<sup>1</sup>, Κ. Λέτσας<sup>1</sup>, Κ. Φιλιώτη<sup>1</sup>, Π. Πατρινός<sup>1</sup>, Ι. Οικονομού<sup>1</sup>, Η. Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Βοϊδήλα<sup>2</sup>, Γ. Κατσούλας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ανατ. Αχαΐας, <sup>2</sup>Ακτινοδιαγνώστης, Γ.Ν. Ανατ. Αχαΐας, <sup>3</sup>Νευρολόγος, Γ.Ν. Ανατ. Αχαΐας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενδιαφέροντος, σπάνιου περιστατικού γερμινώματος του κωναρίου-υποθαλάμου και η πορεία του ασθενούς μετά 20ετία.

**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας ηλικίας 47 ετών προσήλθε για επανεξέταση στα πλαίσια ρύθμισης της θεραπευτικής δόσης που λαμβάνει για άπαιο διαβήτη.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο ασθενής νοσηλεύτηκε σε ηλικία 20 ετών στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, με κλινική εικόνα υποφυσιακής ανεπάρκειας και θάμβος οράσεως. Το πόρισμα της CT τουρκικού επιπίου ήταν: μη σαφής απεικόνιση του αδένα. Η MRI περιόρισε την διαφορική διάγνωση μεταξύ δυσγερμινώματος του κωναρίου-υποθαλάμου και ηωσινόφιλου κοκκιώματος. Η οφθαλμολογική εκτίμηση ανέδειξε σκότωμα κάτω κροταφικά με αλλοιώσεις στα προκλιτρά δυναμικά. Εδόθη θεραπεία υποκατάστασης της υποφυσιακής ανεπάρκειας και ο ασθενής παραπέμφθηκε στο ΝΙΜΤΣ για Νευροχειρουργική εκτίμηση, όπου έγινε έλεγχος με αξονική και μαγνητική τομογραφία και αρτηριογραφία και διαπιστώθηκε η ύπαρξη δύο νεοπλασμάτων. Ο πρώτος όγκος εντοπιζόταν στην περιοχή του υποθαλάμου, στην μέση γραμμή, διηθούσε το έδαφος της τρίτης κοιλίας προς τα άνω και το οπτικό χίασμα προς τα κάτω. Ο δεύτερος όγκος ευρισκόταν στην επίφυση. Ο ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση (δεξιά περριονική κρανιοτομία) στην οποία διενεργήθηκε μερική αφαίρεση του όγκου του υποθαλάμου. Η ιστολογική εξέταση έδειξε ότι επρόκειτο για γερμίνωμα. Ακολούθησε ακτινοθεραπεία και συνεστήθη χημειοθεραπεία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής παραμένει ελεύθερος νόσου 20 χρόνια μετά λαμβάνοντας ορμονική θεραπεία υποκατάστασης. Πρόσφατο εύρημα αποτελεί, διαπιστωθεί με MRI, νευρογενής όγκος της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (σβάνουμα).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το γερμίνωμα της περιοχής του υποθαλάμου-κωναρίου αποτελεί σπάνιο νεοπλασμα του ΚΝΣ, με ιδιαίτερα ικανοποιητικά ποσοστά επιβίωσης όταν συνδυάζεται η χειρουργική θεραπεία με την ακτινοθεραπεία και την χημειοθεραπεία.

**359. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ NON-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΤΥΠΟΥ MALT ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΔΙΧΩΣ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ Η. PYLORI**

Π. Κατσέλη<sup>1</sup>, Β. Γόγολας<sup>1</sup>, Ε. Κούτρα<sup>1</sup>, Δ. Παπαδέλη<sup>2</sup>, Ε. Ρουλιώ<sup>1</sup>, Ζ. Αλεξίου<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** παρουσίαση περιστατικού πρωτοπαθούς Non-Hodgkin λεμφώματος τύπου MALT σε ασθενή χωρίς προσβολή του στομάχου από H.pylori.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ:** Ασθενής 59 ετών προσκομίσθη στο ΤΕΠ λόγω διάχυτου κοιλιακού άλγους και ανορεξίας από δεκαήμερο. Ατομικό αναμνηστικό: ελεύθερο. Κλινική εξέταση: Οψη/θρέψη: επηρεασμένη, καρδιακοί τόνοι: ευκρινείς-ρυθμικοί, αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο αμφοτερόπλευρα. Κοιλία: μετεωρισμένη, με ευαισθησία κυρίως στο επιγάστριο και με μειωμένους εντερικούς ήχους κατά την ακρόαση. Ζωτικά σημεία: ΑΠ: 136/86mmHg, ΣΦ: 86/min, SatO2: 97%, Θ: 36.8. ΗΚΓ: φλεβοκομβικός ρυθμός.

Εργαστηριακός έλεγχος: WBCs: 5.300/μL (NEUTRO: 63,7%), HCT: 33.2%, HGB: 10.7gr/dL (MCV: 77fl, MCH: 25pg), PLTs: 150.000/μL. Urea: 44mg/dl, Cr: 0.9mg/dl, Glu: 128mg/dl, LDH: 681IU/L, Na: 138mmol/L, K: 3.9mmol/L, INR: 1.01, APTT: 26.6, PT: 12.3sec, ινωδογόνο: 532mg/L.

Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική για περαιτέρω διερεύνηση. Υπεβλήθη άμεσα σε CT άνω-κάτω κοιλίας: πάχυνση του τοιχώματος του στομάχου με παρουσία περιγαστρικών λεμφαδένων, καθώς και στον ηπατογαστρικό χώρο και περιπαγκρεατικά (block λεμφαδένων). Κατόπιν αυτού εστάλη έλεγχος για νεοπλασματικούς δείκτες (CEA: 1,48ng/mL, α-FP3: 5,67ng/mL, CA 125: 500.6U/ml) και πραγματοποιήθηκε γαστροσκόπηση. Ανεδείχθη κατά το περιφερικό έλασσον τόξο οζώδης υπέρταση του βλεννογόνου, με εξέρυθρη και διαβρωμένη επιφάνεια (εληγήθησαν βιοψίες). Από την παθολογοανατομική έκθεση: 1. διήθηση του γαστρικού βλεννογόνου από B-Non-Hodgkin λέμφωμα από το κύτταρο της οριακής ζωής του λεμφικού ιστού των βλεννογόνων, τύπου MALT, με στοιχεία πλασμακυτταρικής διαφοροποίησης. 2. Έλεγχος για H.pylori: αρνητικός. Στο πλαίσιο σταδιοποίησης της νόσου διενεργήθη CT θώρακος/εγκεφάλου: χωρίς παθολογικά ευρήματα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το κοιλιακό άλγος και η ανορεξία αποδόθηκαν στην κακοήγη εξεργασία του στομάχου. Ο ασθενής καθ'όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του λόγω εμμένουσας ναυτίας και δυσκοιλιότητας ελάμβανε μετοκλοπραμίδη και λακτουλόζη. Με την ολοκλήρωση του δυνατού ελέγχου, διεκομίσθη σε εξειδικευμένο κέντρο για περαιτέρω σταδιοποίηση της νόσου και θεραπεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το λέμφωμα από τα κύτταρα της οριακής ζώνης του λεμφικού ιστού των βλεννογόνων τύπου MALT αντιστοιχεί στο 7% των περιπτώσεων Non-Hodgkin λεμφώματος, με πιο συχνή εντόπιση στον στομάχο. Το 90% των ασθενών παρουσιάζει χρόνια λοίμωξη από H.pylori το οποίο ενέχεται στην παθογένεια, ωστόσο για ένα μόλις 10% ο έλεγχος είναι αρνητικός.

### 360. ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΣΕ ΑΝΔΡΑ 43 ΕΤΩΝ

Ι. Καραμηνάς, Α. Παναγόπουλος, Χ. Δολαφάκης, Σ. Γκολφινούπουλος  
Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο-Πολυκλινική»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το αδενοκαρκίνωμα του προστάτη θεωρείται νόσος των ηλικιωμένων ανδρών, παρόλα αυτά σήμερα το 10% των νέων περιπτώσεων αφορά άνδρες <55 ετών και συνήθως πρόκειται για αδενοκαρκινώματα χαμηλού κινδύνου. Οι περιπτώσεις μεταστατικού αδενοκαρκινώματος υψηλού κινδύνου σε άνδρες <45 ετών είναι εξαιρετικά σπάνιες, χαρακτηρίζονται από υψηλότερη θνητότητα και απαιτούν διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού μεταστατικού αδενοκαρκινώματος προστάτη υψηλού κινδύνου σε νέο άνδρα 43 ετών και η συζήτηση της θεραπευτικής του προσέγγισης.

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:** Άνδρας ασθενής 43 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και αρνητικό οικογενειακό ιστορικό κακοήθειας, εισήχθη λόγω επιδεινούμενης οσφυαλγίας από διμήνου παρά τη λήψη αναλγητικών. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ορθόχρωμη αναιμία, θρομβοπενία και νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη ορού 2.5 mg/dl). Ο ακτινολογικός έλεγχος αποκάλυψε εκτεταμένες οστεοβλαστικές μεταστάσεις στα οστά της λεκάνης και της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Η αξονική τομογραφία κοιλιάς επιβεβαίωσε τις ανωτέρω βλάβες, αναδεικνύοντας παθολογικά διογκωμένους ενδοκοιλιακούς, οπισθοπεριτοναϊκούς και λαγόνιους λεμφαδένες με συνοδά πιαστικά φαινόμενα επί των ουρητήρων και αμφοτερόπλευρη πυελοκαλυκτική διάταση. Η τιμή του PSA ήταν 1203 ng/ml. Η βιοψία προστάτη ανέδειξε καλώς διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα, βαθμού Gleason 8 (5+3), με διήθηση των περινευριδιακών χώρων, χωρίς νευροενδοκρινές συστατικό, ενώ η τιμή του NSE στον ορό ήταν φυσιολογική. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ορμονοθεραπεία (GnRH ανάλογο), ενώ λόγω της μεταστατικής νόσου υψηλού κινδύνου θα τεθεί συνδυασμός με χημειοθεραπεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο συνδυασμός ορμονοθεραπείας και χημειοθεραπείας έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την επιβίωση σε πρωτοδιαγνωσθέντα μεταστατικά αδενοκαρκινώματα προστάτη υψηλού κινδύνου. Η επιλογή αυτή πρέπει να είναι ο κανόνας σε νέους ασθενείς, όπου η νόσος είναι κατά κανόνα πιο επιθετική και παρουσιάζει μεγαλύτερη θνητότητα σε σχέση με τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας.

### 362. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΩΜΑ

Θ. Τέγος<sup>1</sup>, Θ. Μπαμπούρης<sup>2</sup>, Ν. Αλεβιζόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Vasilis<sup>1</sup>, Α. Δημητριάδου<sup>1</sup>, Α. Γιώτη<sup>1</sup>, Μ. Παυλάκης<sup>1</sup>, Χ. Ζουμπλιός<sup>1</sup>, Χ. Σταθόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Ζουμπλιός<sup>1</sup>, Μ. Βασιλαμάτσης<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Όγκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Τμήμα Δημόσιας Υγείας, Νοσοκομείο Σαντορίνης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Μολονότι σπάνια (1-2% του συνόλου των παγκρεατικών όγκων), τα ινσουλινώματα αποτελούν τον συχνότερο λειτουργικό παγκρεατικό νευροενδοκρινικό όγκο (pNET). Η διάγνωση τίθεται με την τεκμηρίωση υψηλών τιμών ινσουλίνης ορού, κατά την διάρκεια αυτομάτων ή επαγόμενων επεισοδίων υπογλυκαιμίας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού γυναίκας με κακόηθες ινσουλινώμα.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα 73 ετών με επιμένοντα κοιλιακό πόνο και επεισόδια αυτόματης υπογλυκαιμίας, PS: 2, διαγνώθηκε με καλά διαφοροποιημένο G2 παγκρεατικό νευροενδοκρινικό νεόπλασμα (NEN) (Ki67:15%,Syn+:100%, Chr+:-10%,Isl-1+:100%,PDX-1+:100%,ATRX retained,Ins- NESP55-SSTR2a+:sc.+3) μετά από βιοψία μιας των πολλών ηπατικών μεταστάσεων. Το C-πεπτιδίου ηστέας & η ινσουλίνη ήταν αυξημένα, 5.6ng/ml και 33μU/ml, αντιστοίχως. Το Octreoscan έδειξε παθολογική καθήλωση στις ηπατικές μεταστάσεις. Το περιστατικό ήταν το πρώτο μεταξύ 386 με παγκρεατικά καρκινώματα, που νοσηλεύθηκαν συνεχόμενα στην κλινική μας μεταξύ 1/1/2006-31/8/2017. Η ασθενής ξεκίνησε θεραπεία με temozolomide + capecitabine + Somatulin autogel. Μετά 3 κύκλους θεραπείας, τεκμηριώθηκε προοδόν νόσος (PN) στο ήπαρ, με παράλληλα, σοβαρά υπογλυκαιμικά επεισόδια και χωρίς βελτίωση του PS. Έλαβε 2ης γραμμής 5FU + Oxaliplatin + diazoxide & μετά 6 σχήματα υπήρχε ακτινολογική σταθεροποίηση της νόσου (ΣΝ), αλλά, πάλι, χωρίς βελτίωση της κλινικής εικόνας, εκτός της διακοπής των υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Οι τιμές C-πεπτιδίου & ινσουλίνης ήταν: 11 ng/ml & 23μU/ml. Η ασθενής ξεκίνησε Everolimus(E) 10mg/ημερησίως.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μετά θεραπεία 6 μηνών με E, υπήρξε βελτίωση του PS(1), με ΣΝ στο ήπαρ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το κακόηθες ινσουλινώμα είναι πολύ σπάνιος παγκρεατικός όγκος με χαρακτηριστικές, σοβαρές υπογλυκαιμίες. Η τελευταία ιστολογική ταξινόμηση μπορεί να είναι χρήσιμη στην πιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Σε ασθενείς με ανεγγείρητη νόσο υπάρχουν πολλές θεραπευτικές προοπτικές (octreotide,diazoxide,χημειοθεραπεία) για την αντιμετώπιση της νόσου, των συμπτωμάτων της και την βελτίωση του PS των ασθενών.

### 361. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Η. Μαυροειδί

Περιφερειακό Ιατρείο Μπαταίου, Κέντρο Υγείας Άνδρου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εργασία αυτή αποτελεί μία βιβλιογραφική ανασκόπηση ενός νεοερευνηθέντος πεδίου στην καρκινογένεση, της συμμετοχής του λιπώδους ιστού μέσω μηχανισμών φλεγμονής κυρίως και κατ'επέκταση και αντίστασης στην ινσουλίνη στα διάφορα στάδια της καρκινογένεσης.

**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες PubMed και Google Scholar με λέξεις κλειδιά «adipose tissue and cancer», «adipose tissue, inflammation, cancer» και τέθησαν φίλτρα ώστε τα αποτελέσματα να αφορούν μελέτες σε ανθρώπους και να χρονολογούνται τα τελευταία 5 έτη.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αρχικά έγινε μια πρώτη επισκόπηση των αποτελεσμάτων ώστε να αποκλειστούν μέσω των τίτλων και των περιλήψεων όσα δεν σχετίζονταν απόλυτα με το θέμα και στην συνέχεια διαβάστηκαν ολόκληρα τα άρθρα ώστε να επιλεγθούν όσα περιγράφουν επακριβώς τους μηχανισμούς της αλληλεπίδρασης του λιπώδους ιστού και του μικροπεριβάλλοντος του όγκου με τον όγκο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο λιπώδης ιστός αποτελεί ένα όργανο με πολύπλοκες μεταβολικές και ενδοκρινικές λειτουργίες. Πρόσφατα διακρίνεται ότι ο υπερτροφικός λιπώδης ιστός περιέχει σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό φλεγμονώδη κύτταρα όπως μακροφάγα, τα οποία μάλιστα ανάλογα με τα μόρια που τα εστρατεύουν και τους παράγοντες που εκκρίνουν διακρίνονται σε 2 ομάδες, τα M1 με φλεγμονώδη δράση και τα M2 με αντιφλεγμονώδη δράση. Τα νεκρά λιποκύτταρα, η κατάσταση υποξίας και ινσουλινοαντίστασης που επικρατούν στον υπερτροφικό λιπώδη ιστό και οι διάφορες κυτταροκίνες και χημειοκίνες που εκκρίνονται από το λιπώδη ιστό τα οποία διερευνούνται κατευθύνουν τα μακροφάγα να διαφοροποιηθούν προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση. Αυτά από την πλευρά τους τότε ανάλογα με τους παράγοντες που εκκρίνουν μπορούν να αποδιαφοροποιήσουν τα λιποκύτταρα σε προγενέστερο στάδιο τους, ώστε να μοιάζουν με τους σχετιζόμενους με όγκο ινοβλάστες προωθώντας μεγαλύτερη μεταστατική ισχύ και επιθετικότητα σε διάφορους όγκους. Αυτό φαίνεται να εξηγεί και την ύπαρξη σημαντικού δεσμοπλαστικού ιστού γύρω από όγκους καθώς και τις προτιμώμενες θέσεις μετάστασης μιας πληθώρας καρκίνων. Συχνόρως ανοίγει νέα πεδία έρευνας, μιας και αντιδιαβητικά φάρμακα όπως οι θειαζολιδινεδιόνες και οι αντιαγγειογενετικοί παράγοντες θα μπορούσαν να στοχεύσουν σε κομβικά μονοπάτια της αποδιαφοροποίησης των λιποκυττάρων και της δράσης των μακροφάγων αντίστοιχα δίνοντας νέες δυνατότητες στην αντικαρκινική θεραπεία.

### 363. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ: ΜΙΑ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

Ν. Μπαλατιανώνης<sup>1</sup>, Δ. Αναγνωστόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Μπλόδος<sup>1</sup>, Α. Κεμπάτης<sup>1</sup>, Ε. Νικολαΐδης<sup>1</sup>, Ε. Γρυσπολάκη<sup>1</sup>, Η. Σκαλισιώτης<sup>1</sup>, Ο. Τζάϊδα<sup>2</sup>, Ν. Νόβοκοβιτς<sup>2</sup>, Α. Λαγουδέλλης<sup>1</sup>, Χ. Κατσέλης<sup>1</sup>, Α. Παυλάκος<sup>3</sup>, Α. Χατζημιχάλης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Θωρακοχειρουργική Κλινική Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», <sup>3</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκοι του θωρακικού τοιχώματος εκδηλώνονται συνήθως ως μεγάλες, ψηλαφητές, ταχέως αναπτυσσόμενες μάζες. Τα πρωτοπαθή κακοήγη λεμφώματα του θωρακικού τοιχώματος αντιπροσωπεύουν μόλις το 2% εκ των όγκων των μαλακών μοριών. Το εξωλεμφαδενικό διάχυτο λεμφώμα από μεγάλα β-κύτταρα είναι ο κύριος τύπος λεμφώματος που απαντάται συχνότερα στο θωρακικό τοίχωμα. Η ασθένεια επηρεάζει κυρίως άτομα που έχουν υποβληθεί είτε σε ορθοπεδική χειρουργική επέμβαση με μεταλλικά εμφυτεύματα είτε σε μεταμόσχευση οργάνων με ανοσοκατασταλτική θεραπεία και σε ασθενείς με AIDS.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα ασθενής ηλικίας 81 ετών με ιστορικό υπέρτασης υπό αγωγή προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της Θωρακοχειρουργικής κλινικής του Ε.Α.Ν.Π. "Μεταξά" λόγω άλγους στο πρόσθιο τοίχωμα του αριστερού ημιθώρακιου. Δεν παρουσίαζε νυχτερινές επιδρώσεις μήτε εμπύρετο. Είχε απώλεια βάρους περίπου 4 Kg και ανορεξία. Στην αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε μάζα του προσθίου θωρακικού τοιχώματος του αριστερού ημιθώρακιου μεγέθους 4X4 cm. Δεν ανευρέθησαν ψηλαφητοί λεμφαδένες ή άλλα αξιοσημείωτα ευρήματα. Η γενική εξέταση αίματος και η παρακέντηση του μαστού των οστών απέβησαν αρνητικές. Η LDH ήταν αυξημένη (322 IU/L). Η υπολογιστική τομογραφία του θώρακος ανέδειξε μάζα του προσθίου θωρακικού τοιχώματος κάτωθεν του μείζονος θωρακικού μούς Η FNA και η FNB της νεοεξεργασίας δεν ήσαν διαγνωστικές, η ανοιχτή βιοψία, η ιστολογική εξέταση του δείγματος και η ανοσοιστοχημεία απέδειξαν ότι η ασθενής έπασχε από non Hodgkin B-λεμφώμα από μικρά λεμφοκύτταρα. Η ασθενής υποβλήθηκε σε χημειοθεραπεία προσαρμοσμένης δόσολογίας με την ηλικία της και παρουσίασε πλήρη ύφεση.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Το πρωτοπαθές κακόηθες λεμφώμα που προέρχεται από το θωρακικό τοίχωμα αντιπροσωπεύει περίπου το 0,3-1,0% των εξωλεμφαδενικών λεμφωμάτων. Το λεμφώμα του θωρακικού τοιχώματος σχετίζεται κυρίως με τις υποκαίμενες ασθένειες, όπως η φυματίωση ή ο πυοθώραξ, μετά από τεχνητό πνευμοθώρακα, και θεωρείται ότι προκαλείται από χρόνια φλεγμονή του υπεζωκότα. Ταξινομείται ως διάχυτο λεμφώμα εκ β-λεμφοκυττάρων που σχετίζεται με χρόνια φλεγμονή σύμφωνα με την ταξινόμηση της ΠΟΥ για το 2008. Ωστόσο, η παρούσα περίπτωση δεν εμφανίζει τέτοια χαρακτηριστικά και επομένως έχουμε το δικαίωμα να θεωρήσουμε ότι δεν πρόκειται για λεμφώμα που έχει σχέση με χρόνια φλεγμονή της υπεζωκοτικής κοιλότητας.



**364. Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΝΔΟΠΡΙΛΗΣ ΣΤΗΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΙΟΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ, ΣΕ ΖΩΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΜΕ ΠΕΡΙΑΟΡΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΧΛΩΡΙΟΥΧΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ**

**Β. Ανδρουτσόπουλου<sup>1,2</sup>, Η. Δουλάμη<sup>2</sup>, Α. Τζανή<sup>2</sup>, Δ. Περρέα<sup>2</sup>, Δ. Ηλιόπουλος<sup>1,2</sup>**  
<sup>1</sup>Δ' Καρδιοχειρουργική Κλινική, <sup>2</sup>Θεραπευτήριο «Υγεία», <sup>2</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής & Χειρουργικής Έρευνας, ΕΚΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Σκοπός της πειραματικής αυτής εργασίας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της περινδοπρίλης στην φλεγμονώδη αντίδραση του τοιχώματος της κατιούσας θωρακικής αορτής κόνιλλων.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Χρησιμοποιήθηκαν 20 αρσενικοί ενήλικες κόνιλλοι White New Zealand, οι οποίοι χωρίστηκαν σε 3 ομάδες ως εξής:

- A) Ομάδα Control (n=4): Τα πειραματόζωα υποβλήθηκαν σε αριστερή οπισθοπλάγια θωρακοτομή και τοποθέτηση διαλύματος 0.9 % NaCl στην εξωτερική επιφάνεια της κατιούσας θωρακικής αορτής επί 15 λεπτά. Δεν ακολούθησε άλλη παρέμβαση και έγινε ευθανασία μετά παρέλευση 5 εβδομάδων για την λήψη της κατιούσης θωρακικής αορτής.
- B) Ομάδα CaCl<sub>2</sub> (n=8): Τα πειραματόζωα υποβλήθηκαν σε αριστερή οπισθοπλάγια θωρακοτομή και τοποθέτηση διαλύματος 0.5 mol/L CaCl<sub>2</sub> στην εξωτερική επιφάνεια της κατιούσας θωρακικής αορτής επί 15 λεπτά. Δεν ακολούθησε άλλη παρέμβαση και έγινε ευθανασία μετά παρέλευση 5 εβδομάδων για την λήψη της κατιούσης θωρακικής αορτής.
- Γ) Ομάδα Περινδοπρίλη (n=8): Τα πειραματόζωα έλαβαν επί μία εβδομάδα από του στόματος περινδοπρίλη σε δόση 0,3 mg/kg/day προεγχειρητικά. Κατόπιν υποβλήθηκαν σε αριστερή οπισθοπλάγια θωρακοτομή και περιεορτική εφαρμογή διαλύματος CaCl<sub>2</sub>. Έλαβαν περινδοπρίλη για άλλες 12 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Κατόπιν ακολούθησε η ευθανασία των πειραματόζωων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η περιεορτική εφαρμογή CaCl<sub>2</sub> στα πειραματόζωα της δεύτερης ομάδας είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση της διαμέτρου του αγγείου κατά 21% (p=0.022) και την μείωση του πάχους του τοιχώματος του αγγείου (276±61 μm στην ομάδα CaCl<sub>2</sub> vs 368±63 μm στην ομάδα control, p=0.036). Η χορήγηση περινδοπρίλης συνοδευόταν τόσο με βελτίωση των παθολογοανατομικών δεδομένων (διάμετρος αορτής: 487.5 μm vs 420.9 μm p=0.032, πάχος τοιχώματος αορτής: 365 μm vs 254 μm p=0.025, για τις ομάδες CaCl<sub>2</sub> και περινδοπρίλης, αντίστοιχα), όσο και με μειωμένη ένταση και έκταση της έκφρασης της Ιντερλευκίνης -6 στο τοίχωμα της θωρακικής αορτής συγκριτικά με την ομάδα του CaCl<sub>2</sub> (p=0.002 και p < 0.001 αντίστοιχα).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χορήγηση περινδοπρίλης περιορίζει την τοπική φλεγμονή του αορτικού τοιχώματος, (μειώνοντας την ένταση και την έκφραση της Ιντερλευκίνης -6) σε πειραματικό μοντέλο δημιουργίας θωρακικού ανeurύσματος.

**366. ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΜΟΝΟ ΘΕΜΑ ΓΟΝΙΔΙΩΝ: ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑ ΑΝΕΥ ΑΓΩΓΗΣ**

Π. Κοντραφούρη, Ε. Κούρτη, Α. Κοψαυτοπούλου, Κ. Ρέππας, Χ. Ευφραίμη, Μ. Μυλωνά

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η οικογενής υπερχοληστερολαίμια (ΟΥ) συνιστά γενετική διαταραχή κληρονομούμενη με τον αυτοσωματικό επικρατούσα χαρακτήρα. Χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα LDL-C και πρώιμες εκδηλώσεις αθηρωματικής νόσου. Διακρίνεται στην ετερόζυγη και την ομόζυγη μορφή. Στους άνδρες, επιπολικές εμφανίζονται συνήθως κατά τη διάρκεια της 4<sup>ης</sup>-5<sup>ης</sup> δεκαετίας της ζωής, ενώ στις γυναίκες, μία δεκαετία νωρίτερα. Στόχος της παρούσας είναι η ανάδειξη ενδιαφέροντος περιστατικού με ΟΥ με πρώτη εκδήλωση νόσου ένα παροδικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε ηλικία αρκετά προχωρημένη.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής ελληνικής καταγωγής 84 ετών, σε πολύ καλή φυσική κατάσταση, αθλούμενος καθημερινά επί 50ετία, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης υπό αγωγή και οικογενούς υπερχοληστερολαίμιας άνευ αγωγής, προσήλθε στην κλινική μας λόγω υπαισθησίας και αιμωδιών δεξιού άνω και κάτω άκρου διάρκειας περίπου 20λεπτών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν ανέδειξε οξεί ισχαιμικό ή αιμορραγικό σύμψαμα. Ουδέν ανεδείχθη στην κλινική εξέταση, ενώ ανερείθησαν αυξημένες τιμές ολικής χοληστερόλης και LDL-C (270mg/dl και 220mg/dl αντίστοιχα). Το Doppler καρωτίδων-σπονδυλοβασιικών αρτηριών ανέδειξε στένωση (ΔΕ) καρωτίδας (~45%), ενώ δεν αναγνωρίστηκε αρρυθμία στο 24ωρο Holter ρυθμού. Έγινε έναρξη αγωγής με ροσουβαστατίνη 20mg και salospir 100mg με συνέχιση της αντιπυρεταστικής αγωγής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η οικογενής υπερχοληστερολαίμια οφείλεται κυρίως σε μεταλλάξεις του γονιδίου, που κωδικοποιεί τον υποδοχέα της LDL-C, αλλά και σε έτερες αφορούσες το γονίδιο της apo-B ή της PCSK9. Η διάγνωση της δεν απαιτεί γονιδιακό έλεγχο, αρκεί η ανεύρεση αυξημένων τιμών LDL-C στον ορό σε συνδυασμό με τη διαπίστωση παρόμοιου λιπιδαιμικού προφίλ σε συγγενείς 1<sup>ου</sup> βαθμού είτε οικογενειακού ιστορικού πρώιμης αθηρωματικής νόσου, ωστόσο απόλυτα απαραίτητη είναι η θεραπεία της προς αποφυγή αναπηρίας και θανάτου. Σπάνια αναγνωρίζονται ασθενείς σε προχωρημένη ηλικία χωρίς προηγούμενη ως τότε εκδήλωση της αθηρωματικής τους νόσου.

**365. ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΛΟΓΩ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΧΥΛΟΝΙΚΡΟΝΑΙΜΙΑΣ**

Π. Κοντραφούρη, Ε. Κούρτη, Α. Κοψαυτοπούλου, Κ. Ρέππας, Χ. Ευφραίμη, Μ. Μυλωνά

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η οξεία παγκρεατίτιδα (Ο.Π.) συνιστά οξεία φλεγμονή του παγκρέατος, η οποία χαρακτηρίζεται από κοιλιακό άλγος και αυξημένες τιμές παγκρεατικών ενζύμων. Η αιτιοπαθογένεια της Ο.Π. ποικίλλει, η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ ωστόσο αποτελεί ένα από τα αίτια τόσο της οξείας όσο και της χρόνιας παγκρεατίτιδας, όπως επίσης και αίτιο επίκτητης υπερτριγλυκεριδαίμιας.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής, 48 ετών, ελληνικής καταγωγής, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, με χρόνια ωστόσο κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης (>50g/d), προσήλθε στο εξωτερικό παθολογικό ιατρείο λόγω σταδιακά επιδεινούμενης επιγαστραλγίας αντανακλούμενης στη ράχη και την οσφύ από 24ώρου με συνοδά δύο επεισόδια εμέτων (αναφορά παρόμοιας συμπτωματολογίας και στο εγγύς παρελθόν).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τον εργαστηριακό έλεγχο, ανευρέθηκε σοβαρή υπερτριγλυκεριδαίμια της τάξης των 3500 mg/dl και επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία με φυσιολογική τιμή αμυλάσης ορού. Διενεργήθηκε υπερηχογράφημα ήπατος-χοληφόρων-παγκρέατος, στο οποίο ανεδείχθη σημαντικό βαθμού ηπατομεγαλία και λιπώδης διήθηση ήπατος, ενώ η αξονική τομογραφία κοιλίας είχε ευρήματα συμβατά με εικόνα χρόνιας παγκρεατίτιδας (αβεστοποίηση παγκρεατικού πόρου). Ο λοιπός έλεγχος θυρεοειδικής και νεφρικής λειτουργίας, όπως και ο ιολογικός ήταν άνευ παθολογικών ευρημάτων. Ο ασθενής τέθηκε σε ουδέν ροσ αρχικά και έπειτα σε σταδιακή έναρξη σίτισης ηπατοπαθούς, όπως και σε λιπιδαιμική αγωγή με φαινοφιβράτη 145mg και ω3 λιπαρά οξέα 4gr/ημέρα. Η ασθενής παρουσίασε σημαντική κλινικοεργαστηριακή βελτίωση, εξήλθε με τιμή τριγλυκεριδίων ορού 405 mg/dl και σύσταση για διακοπή αλκοόλης, συνέχιση λιπιδαιμικής αγωγής και διαίτας ηπατοπαθούς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κατανάλωση αλκοόλης δύναται να προκαλέσει υπερτριγλυκεριδαμική αιτιολογία οξείας παγκρεατίτιδας. Παθοφυσιολογικά αναγνωρίζεται μεν δοσοεξαρτώμενη σχέση κατανάλωσης αλκοόλ και τιμές τριγλυκεριδίων ορού, με αποτέλεσμα να προκαλείται εν τέλει οξεία παγκρεατίτιδα, όπως και πρόκληση υπερτριγλυκεριδαμίας από τη χρήση αλκοόλης (επίκτητη χυλομικροναίμια), επιδεινώνοντας μία ήδη υπάρχουσα γενετική υπερλιπιδαιμία (μετάπτωση υπερλιπιδαιμίας τύπου IV σε υπερλιπιδαιμία τύπου V/επίκτητη χυλομικροναίμια κατά Fredrickson).

**367. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ STAPHYLOCOCCUS HOMINIS ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟ ΜΕΤΑ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑΣ. ΣΥΝΔΙΑΣΜΟΣ ΔΑΠΤΟΜΥΚΙΝΗΣ ΚΑΙ ΛΙΝΕΖΟΛΙΔΗΣ**

Α. Κουτσή, Θ. Λούφα, Α. Παπαγεωργίου, Ν. Λουτσιδου, Α. Κωνσταντίνου, Γ. Νικολαΐδης, Α. Φόρτης, Θ. Καλογήρου

Β' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αναφορά περίπτωσης ασθενούς με ΣΔτ2 ινσουλινοθεραπεύμενος με μηνιγγίτιδα από staphylococcus hominis μετά σπονδυλοδισκίτιδας: αποστήματα ψοιτών μυών και η θεραπεία του.

**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 67 ετών προσεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων με εμπύρετο, κεφαλαλγία, διαταραχή επιπέδου συνείδησης, άλγος στην οσφύ. Ενεφάνιζε αυχενική δυσκαμψία, Kernig (+), Brudzinski (+), εκχυμώσεις περιχορικών. Οσφουοντωπία παρακέντησης (ONP): κύτταρα= 15200, πολ., 87%, λεμφ., 10% MM.3%. Χορήγηση εμπειρικά αντιβιοτικής αγωγής. Αξονική (CT) εγκεφάλου: Μικροϊσχαιμικό τύπου λευκοεγκεφαλοπάθεια. CT Οσφυϊκής μοίρας: Σπονδυλοδισκίτιδα Ο<sub>4</sub> Αποστήματα ψοιτών. Καλλιέργεια εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY): Staphylococcus hominis. Υπεβλήθη σε χειρουργική παροχέτευση αποστήματων. Εξήλθε σε σταθερή κατάσταση. Μετά 10/ημέρου επανήλθε με υποτροπή των συμπτωμάτων. 2<sup>η</sup> ONP: κύτταρα 88, πολ., 60% Λεμφ., 35%, MM.5%. Καλλιέργεια ENY: Staph coagulase-negative πολυανθεκτικός. Χορηγήθηκαν διάφορα αντιβιοτικά σχήματα χωρίς βελτίωση με περαιτέρω επιδείνωση (σπονδυλοδισκίτιδα επιδεινούμενη, αποστήματα ψοιτών άμφω, αριστερού νεφρού-σπληνός). Ο ασθενής απυρέτησε και βελτιώθηκε με συνδυασμό Δαπτομυκίνης-Λινεζολιδής.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρά την σταθερά αύξηση των λοιμώξεων, η Σταφυλοκοκκική Μηνιγγίτιδα είναι σχετικά σπάνια. Ο Staph. Hominis είναι κοαγκουλαση-αρνητικό στέλεχος, δυναμικά ευκαιριακά παθογόνο και δύναται αιματογενώς να προκαλέσει λοιμώξεις (ενδοκαρδίτιδα, περιτονίτιδα, οστεομυελίτιδα, σηπτική αρθρίτιδα). Από την τρέχουσα βιβλιογραφία αναφέρεται και περίπτωση μηνιγγίτιδας. Ανευρίσκεται στη φυσιολογική χλωρίδα του δέρματος και δύναται να απομονωθεί σε μασγάλη, περίεο, βουβωνική περιοχή. Συνήθως εμφανίζει πολυανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά και αποτελεί ένα δυναμική απειλή για τα παγκόσμια συστήματα υγείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο διαβητικός ασθενής είναι επιρρεπής σε λοιμώξεις με επιπολικές που απαιτούν τεράστιο οικονομικό κόστος από τα συστήματα υγείας. Έγκαιρη διάγνωση και ορθή αντιμετώπιση των διαβητικών είναι ιδιαίτερα επιτακτική. Οι λοιμώξεις από Staphylococcus Hominis είναι γενικευμένες με υψηλό ποσοστό θνητότητας. Πρέπει να δίδεται η δέουσα σημασία στην πολυανθεκτικότητα και να λαμβάνεται υπ' όψιν ο συνδυασμός των αντιβιοτικών. Από βιβλιογραφία δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τον συνδυασμό της Δαπτομυκίνης -Λινεζολιδής. Στον ασθενή μας όμως είχαμε αποτελεσματικότητα και καλή ανεκτικότητα με καλή έκβαση.

### 368. ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΚΑΙ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΩΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΝΤΨΥΧΩΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

I. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>2</sup>, Α. Φώρτης<sup>3</sup>, I. Μυριοκεφαλιάκης<sup>4</sup>, Θ. Καλογήρου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, <sup>3</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, <sup>4</sup>Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας γίνεται με φάρμακα που αναστέλλουν τους υποδοχείς της ντοπαμίνης. Τα φάρμακα έχουν ως αποτέλεσμα έλεγχο της νόσου. Ωστόσο, έχουν επίδραση στην έκκριση της προλακτίνης, καθώς διεγείρουν την έκκριση της προλακτίνης και προκαλούν αμηνόρροια. Τα φάρμακα αυτά προκαλούν επίσης μεταβολικό σύνδρομο και ως αποτέλεσμα της επαγωγής παχυσαρκίας μπορεί να προκαλέσουν καλοήγη ενδοκράνιο υπέρταση. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς ηλικίας 21 ετών που εμφάνισε σχιζοφρένεια και ακολούθως μετά τη θεραπεία με αντιψυχωσικά φάρμακα καλοήγη ενδοκράνιο υπέρταση και αμηνόρροια.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής, γυναίκα 21 ετών, εμφάνισε σχιζοφρένεια. Μετά τη διάγνωση της νόσου τέθηκε σε θεραπεία με αντιψυχωσικά φάρμακα. Η αντιψυχωσική θεραπεία προκάλεσε την εμφάνιση παχυσαρκίας και καλοήγη ενδοκράνιο υπέρταση. Η καλοήγη ενδοκράνιο υπέρταση προκάλεσε ελάττωση της οπτικής οξύτητας και μετά 1 έτος ελάττωση της ακουστικής ικανότητας. Χορηγήθηκε ακεταζολαμίδη για τον έλεγχο της ενδοκράνιο υπέρτασης. Παράλληλα η ασθενής εμφάνισε αμηνόρροια. Έγινε έλεγχος της προλακτίνης που βρέθηκε 150 ng/dl. Χορηγήθηκε καβεργολίνη με σκοπό την επανεμφάνιση της εμμήνου ρύσεως.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αντιψυχωσική αγωγή για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας μπορεί να συνοδεύεται από την εμφάνιση παχυσαρκίας και αυτή να προκαλεί ενδοκράνιο υπέρταση. Η καλοήγη ενδοκράνιο υπέρταση, παρά το όνομά της, μπορεί να συνοδεύεται από σοβαρές επιπτώσεις στην οπτική αλλά και ακουστική ικανότητα, ενώ είναι, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία «not so benign». Η αμηνόρροια επηρεάζει επίσης τη γενικότερη υγεία του νέου θήλεος ατόμου. Προτείνεται η χορήγηση των νέων άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας με σκοπό την πρόληψη των σοβαρών ανεπιθύμητων επιδράσεων της αντιψυχωσικής αγωγής, ήτοι την πρόληψη εμφάνισης ενδοκράνιο υπέρτασης και αμηνόρροιας.

### 370. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΕΠΙ ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΑ

Χ. Σαμαράς<sup>1</sup>, Σ. Γερακάρη<sup>1</sup>, Α. Φάμπρη<sup>1</sup>, Π. Μπούρας<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Δ. Φασφαλή<sup>1</sup>, Ε. Σιάρκος<sup>1</sup>, I. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>2</sup>, Π. Ποταμούση<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, <sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας έχει επιφέρει επανάσταση στη θεραπεία της νόσου, καθώς έχει αποτελέσματα και όσο αφορά τη ρύθμιση του βάρους του ασθενούς αλλά και όσο αφορά την πρόληψη και θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη του τύπου 2 και του μεταβολικού συνδρόμου. Ωστόσο, η χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας μπορεί να συνοδεύεται από σοβαρές ανεπιθύμητες επιδράσεις, ιδιαίτερα, όταν ο ασθενής δεν συμμορφώνεται με τις διατροφικές οδηγίες μετά την επέμβαση. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς που υπέστη επιμήκη γαστρεκτομή για την αντιμετώπιση βαριάς νοσογόνου παχυσαρκίας και λόγω μη συμμόρφωσης στις διατροφικές οδηγίες εμφάνισε σοβαρή δυσαπορρόφηση και βαριά ανεπάρκεια της βιταμίνης D. **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς ηλικίας 50 ετών που έπασχε από βαριά νοσογόνο παχυσαρκία, BMI 91.83, βάρος σώματος 250 kg. Η ασθενής υποβλήθηκε σε επιμήκη γαστρεκτομή με αποτέλεσμα απώλεια του πλεονάζοντος βάρους σώματος. Ωστόσο, στην πορεία εμφάνισε σοβαρή δυσαπορρόφηση με αποτέλεσμα βαριά ανεπάρκεια της βιταμίνης D και την εμφάνιση καταγμάτων ευθραυστότητας στις πλευρές του θωρακικού κύτους. Η ασθενής δεν συμμορφώθηκε με τις διατροφικές οδηγίες και εμφάνισε σύνδρομο διαρροιών και πυώδη ιδρωταδενίτιδα. Η βιοψία εντέρου έδειξε μη ειδική φλεγμονή του εντέρου. Ωστόσο, το διαρροϊκό σύνδρομο ήταν τόσο βαρύ και μη αντιμετωπίσιμο που χορηγήθηκε μεσαλαζίνη με αποτέλεσμα την μερική ύφεση των διαρροιών. Προ μηνός η ασθενής προσήλθε με γενικευμένα οστικά και μυϊκά άλγη, καρδιακή ανεπάρκεια και αναπνευστική ανεπάρκεια. Η 25(OH)D<sub>3</sub> αίματος ήταν 3 ng/ml, η PTH αίματος ήταν 280 pg/ml και το ασβέστιο αίματος ήταν 8,4 mg/dl. Χορηγήθηκε χοληκαλιφερόλη σε δόση φόρτισης με αποτέλεσμα ύφεση των γενικευμένων αλγών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η νοσογόνου παχυσαρκία μπορεί να είναι αποτέλεσμα βαριάς κατάθλιψης που επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά και οδηγεί στη βουλιμία. Η χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας βελτιώνει τη νοσογόνο παχυσαρκία, ωστόσο δεν επηρεάζει την κατάθλιψη, με αποτέλεσμα επιμονή της διατροφικής συμπεριφοράς και καταστροφικές συνέπειες για το πεπτικό και τον ασθενή, όπως πρόωρη γήρανση, διαρροϊκό σύνδρομο και ανεπάρκειες βιταμινών και ιχνοστοιχείων, από τις οποίες ανεπάρκειες, η ανεπάρκεια της βιταμίνης D επηρεάζει το σκελετό και επάγει την εμφάνιση γενικευμένων αλγών. Στην περιγραφείσα περίπτωση, η ασθενής εμφάνισε και πυώδη ιδρωταδενίτιδα, νόσημα αυτοανόσου αιτιολογίας, στην εμφάνιση της οποίας μπορεί να συμμετείχε η ανεπάρκεια της βιταμίνης D.

### 369. ΘΥΡΕΟΤΟΞΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΠΥΡΕΤΟΥ ΚΑΙ ΣΗΨΗΣ

Μ. Χρυσανθακοπούλου, Ν. Κουτσουμπός, I. Κοντόλαιμος, Ε. Ρούλια, Ζ. Αλεξίου  
Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** παρουσίαση περιστατικού με εμπύρετο και εικόνα σήψης που αποδόθηκε σε θυρεοτοξική κρίση.

**ΥΛΙΚΟ:** ασθενής ετών 59 διεκομίσθει, από τις φυλακές Κορυδαλλού, στα ΤΕΠ λόγω αναφερόμενου εμπύρετου από πενθημέρου, πτώσης επιπέδου συνείδησης και ταχυκαρδίας από ωρών.

Ατομικό Αναμνηστικό: καπνιστής, χοληλιθίαση, στεφανιαία νόσος, β-ετερόζυγο μεσογειακή αναιμία.

Δεν αναφέρεται ιστορικό θυρεοειδοπάθειας.

Κλινική εξέταση: όψη/θρέψη πάσχοντος, GC5:13, AP:135/68mmHg, Σφ:127bpm, SatO<sub>2</sub>:96%, Θ<sup>ο</sup>: 38,6<sup>ο</sup>C, αναπνευστικό ψιθύρισμα:φυσιολογικό ομότιμα, κοιλιά:χωρίς ευρήματα, χωρίς σημεία μηνιγγισμού.

ABG's: pH:7.387, pO<sub>2</sub>:132, pCO<sub>2</sub>:30.5, HCO<sub>3</sub>:18.3, BE:-5.1.

ΗΚΓ: φλεβοκομβική ταχυκαρδία

Εργαστηριακά ευρήματα: WBC:13700 (poly:82%, lymf:7.7%), RBC:4.17, Hct:35%, Hb:10.1g/dl, MCV:79.1fl, PLT:175000, Glu:106, Ur:149, Cr:1.5, Na:143, K:5.0, Ca:9.97, LDH:241, φυσιολογική ηπατική βιολογία, CRP 61.4.

Λοιμώδη-ιολογικός έλεγχος-ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών-νεοδεϊκτες: χωρίς παθολογία.

Καλλιέργειες αίματος/ούρων:στείρες μικροβίων.

Αξονική τομογραφία εγκεφάλου: φλοιώδης ατροφία

Λόγω εμμονής του εμπύρετου και της λευκοκυττάρωσης, παρά την αντιβιοτική αγωγή που ελάμβανε με πιπερακιλλίνη-ταζοπακτάμης ενδοφλέβιας, διενεργήθηκαν οσφυονωτιαία παρακέντηση και αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από τον έλεγχο του θυρεοειδούς αδένος: **TSH:<0.00387μIU/mL, FT3:4.38pg/mL, FT4:2.33ng/dl.**

U/S θυρεοειδούς αδένος: απεικονίζεται διογκωμένος, διάχυτα ανομοιογενής και καταδύμενος με διαστάσεις (ΔΕ) λοβού: 22.69mm και (ΑΡ) λοβού: 27.55mm.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** από τον εργαστηριακό έλεγχο του θυρεοειδούς αδένος, το εμπύρετο και η εικόνα σήψης αποδόθηκε στην θυρεοτοξική κρίση στα πλαίσια αδιάγνωστου υπερθυρεοειδισμού.

Έγινε ενδοκρινολογική εκτίμηση και άμεσα χορηγήθηκε θειαμαζόλη 20 mg τρεις φορές ημερησίως per os.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** η θυρεοτοξική κρίση είναι η υπερμεταβολική κατάσταση που προκαλείται από την αυξημένη διαθεσιμότητα και δράση των θυρεοειδικών ορμονών. Συχνότερες αιτίες αποτελούν η νόσος Graves, το τοξικό αδένωμα και η τοξική πολυζωδής βρογχική. Τέλος, στη διερεύνηση του εμπύρετου θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και η θυρεοτοξική κρίση.

### 371. ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ

Ο. Σπυροπούλου<sup>1</sup>, Μ. Ντάλιου<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Π. Μπούρας<sup>1</sup>, Α. Φάμπρη<sup>1</sup>, Δ. Φασφαλή<sup>1</sup>, Ε. Σιάρκος<sup>1</sup>, I. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>2</sup>, Π. Ποταμούση<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, <sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η επινεφριδική ανεπάρκεια μπορεί να οφείλεται σε καταστροφή των επινεφριδίων αυτοανόσου αιτιολογίας είτε σε αιμορραγία των επινεφριδίων στα πλαίσια γενικευμένης νόσου, όπως η σηπτική καταπληξία οφειλόμενη σε λοίμωξη. Έχει επίσης αναφερθεί επινεφριδική ανεπάρκεια λόγω συστηματικής χρόνιας λήψης αντιπηκτικών. Ωστόσο, η επινεφριδική ανεπάρκεια μετά αυτόματη αιμορραγία ενός εκ των επινεφριδίων είναι ιδιαίτερα σπάνια. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς που εμφάνισε επινεφριδική ανεπάρκεια λόγω αιμορραγίας ενός εκ των επινεφριδίων.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Περιγράφεται περίπτωσης γυναίκας ηλικίας 84 ετών, που προσήλθε με άλγος στο δεξιό υποχόνδριο επεκτεινόμενο στην οσφή. Ο έλεγχος με MRI έδειξε αιμορραγία εντός του δεξιού επινεφριδίου. Σταδιακά η ασθενής άρχισε να εμφανίζει υπνηλία και αυξημένη κόπωση. Ο έλεγχος έδειξε κορτιζόλη 5 μg/dl (ΦΤ 7-28 μg/dl) και ACTH 160 pg/ml (ΦΤ 5-27 pg/ml). Χορηγήθηκε υδροκορτιζόνη σε μεγάλες δόσεις για την αντιμετώπιση της οξείας κατάστασης και κατόπιν υδροκορτιζόνη σε δόση υποκατάστασης 20 mg πρωί, 5 mg μεσημέρι και 5 mg απόγευμα. Η ασθενής ανέρρωσε και έχει καλώς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συμπερασματικά, περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με οξεία επινεφριδική ανεπάρκεια οφειλόμενη σε αιμορραγία του ενός επινεφριδίου. Έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία η εμφάνιση απώλειας συνείδησης λόγω οξείας επινεφριδικής ανεπάρκειας μετά αιμορραγία επινεφριδίων άμφω λόγω λήψης αντιπηκτικών. Έχει επίσης αναφερθεί επινεφριδική ανεπάρκεια μετά αυτόματη αιμορραγία επινεφριδίων. Ωστόσο, η εμφάνιση επινεφριδικής ανεπάρκειας λόγω αυτόματης αιμορραγίας ενός εκ των επινεφριδίων είναι ιδιαίτερα σπάνια. Στην περιγραφόμενη ασθενή η επινεφριδική ανεπάρκεια εμφανίστηκε χωρίς να υπάρχει υποκείμενη γνωστή παθολογική οντότητα που να προδιαθέτει στην εμφάνιση αιμορραγίας των επινεφριδίων.

**372. ΜΕΤΑΒΑΛΒΙΔΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΡΟΥΤΙΝΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ GRAVES**

Ε. Ρογδάκης<sup>1</sup>, Μ. Πιτταροκόιλης<sup>1</sup>, Γ. Γιαννιάς<sup>1</sup>, Σ. Σταυράκης<sup>1</sup>, Α. Παπουτσάκης<sup>1</sup>, Ε. Κουρουπάκης<sup>1</sup>, Δ. Αγιαννιωτάκης<sup>2</sup>, Μ. Καραβελάκης<sup>2</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο», <sup>2</sup>Ίδιωτικό Ιατρείο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα νοσήματα της πνευμονικής είναι συγγενή στις περισσότερες περιπτώσεις και εμφανίζονται μεμονωμένα ή συνδυάζονται με άλλες καρδιακές ανατομικές ανωμαλίες. Σπανιότατα είναι επίκτητα σε περιπτώσεις ρευματικής προσβολής της βαλβίδας ή καρκινοειδούς.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση πρωτοδιαγνωσθείσας μεταβαλβιδικής στένωσης πνευμονικής αρτηρίας κατά τον υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο ρουτίνας ασθενούς με νόσο Graves.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα 38 ετών με αρνητικό ατομικό και κληρονομικό αναμνηστικό καρδιαγγειακής νόσου παραπέμφθηκε λόγω αισθήματος παλμών και εύκολης κόπωσης από εβδομάδος. Τα ζωτικά σημεία ήταν φυσιολογικά. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) καταγράφηκε εικόνα φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας με συχνότητα 120 bpm. Ακολούθησε αιματολογικός έλεγχος με μέτρηση αιμοσφαιρίνης, καρδιακών ενζύμων, D-Dimers χωρίς παθολογικά ευρήματα. Κατόπιν, έλεγχος θυρεοειδών ορμονών με τιμή TSH 0,0090 μU/MI και φυσιολογική περιφέρεια. Επιπλέον, το σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς αδένα με Tc – 99m ανέδειξε εικόνα συμβατή με νόσο Graves. Ζητήθηκε Καρδιολογική εκτίμηση και υποβλήθηκε σε υπερηχοκαρδιογράφημα πριν την έναρξη θεραπείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το υπερηχοκαρδιογράφημα (υπό καθεστώς ταχυκαρδίας) έδειξε φυσιολογική συστολική λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας, περικαρδιακή κοιλότητα ελεύθερη υγρού, τρίπτυχη αορτική βαλβίδα με μέγιστη ταχύτητα 1,5 m/sec και ήπια μεταβαλβιδική στένωση πνευμονικής βαλβίδας με μέγιστη ταχύτητα 2,2 m/sec, χωρίς διάταση δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων και υπολογιζόμενη συστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας 25 mmHg.

Ξεκίνησε θεραπεία με καρβιμαζόλη υπό Ενδοκρινολογική παρακολούθηση με προοδευτική αποκατάσταση των τιμών θυρεοειδών ορμονών.

Στον τακτικό επανέλεγχο του εξαμήνου, η ασθενής βρέθηκε ευθυρεοειδική, με φυσιολογική καρδιακή συχνότητα (80 bpm). Έγινε νέο υπερηχοκαρδιογράφημα και διαπιστώθηκε μείωση της μέγιστης διαβαλβιδικής ταχύτητας ροής δια της αορτικής βαλβίδας (1,2 m/sec) αλλά παραμονή της μέγιστης διαβαλβιδικής ταχύτητας ροής δια της πνευμονικής βαλβίδας (2.2 m/sec). Επομένως επαληθεύτηκε η αρχικώς διαγνωσθείσα μεταβαλβιδική στένωση της πνευμονικής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η μεταβαλβιδική στένωση της πνευμονικής είναι σπάνια στην ενήλικη ζωή. Διαγιγνώσκεται τυχαία στα πλαίσια διερεύνησης για άλλους λόγους. Όταν είναι ήπιας βαρύτητας δεν προκαλεί συμπτώματα και δε χρήζει παρέμβασης παρά μόνο τακτικού υπερηχοκαρδιογραφικού ελέγχου.

**374. ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ**

Ε. Ρογδάκης<sup>1</sup>, Μ. Πιτταροκόιλης<sup>1</sup>, Μ. Καβουσάκης<sup>2</sup>, Γ. Γιαννιάς<sup>1</sup>, Α. Παπουτσάκης<sup>1</sup>, Σ. Σταυράκης<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>, Π. Καφαράκης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο», <sup>2</sup>Β Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η οξεία μυοκαρδίτιδα είναι φλεγμονώδης μυοκαρδιακή προσβολή, αποτέλεσμα λοιμώδων, τοξικών και ανοσολογικών παραγόντων. Η κλινική εικόνα έχει ευρύ φάσμα, από ασυμπτωματική προσβολή, έως κεραυνοβόλο μυοκαρδίτιδα με εικόνα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού οξείας μυοκαρδίτιδας ως πρώτη εκδήλωση Συστηματικού Ερυθηματώδους Λύκου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα 30 ετών με ατομικό αναμνηστικό εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης, και προεκλαμψίας, μεταφέρθηκε με εικόνα Οξείας Πνευμονικού Οιδήματος. Ο Αιματολογικός έλεγχος έδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής και ενζυμική μυοκαρδιακή κίνηση. Το υπερηχοκαρδιογράφημα αποκάλυψε μετρίως επηρεασμένη συστολική λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας και μέτριες ανεπάρκειες κολποκοιλιακών βαλβίδων. Η στεφανιογραφία ανέδειξε φυσιολογικά αγγεία.

Ακολούθησε μαγνητική τομογραφία καρδιάς με αύξηση ενδομυοκαρδιακού σήματος στις T2 ακολουθίες και παρουσία ενδοουχιαμιατικής κατακράτησης γαδολίνιου στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα και το κατώτερο τοίχωμα στις καθυστερημένες λήψεις, εικόνα συμβατή με οξεία – υποξεία μυοκαρδίτιδα. Έλαβε βέλτιστη αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας, με προοδευτική αποκατάσταση της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη νοσηλεία εμφάνισε παρατεταμένο εμπύρετο και πανκυταροπενία. Ειδικότερα, διαπιστώθηκαν λευκά αιμοσφαίρια 2200/μL, μικροκυτταρική αναιμία με αιμοσφαιρίνη 7 gr/dl, αιμοπετάλια 120.000, TKE 68, AST 168, ALT 152, καλλιέργειες αίματος, ούρων στειρές, ιολογικός έλεγχος αρνητικός, Mantoux αρνητική. Ακολούθησε υπερηχογράφημα με ηπατοσπληνομεγαλία, ελάχιστη συλλογή στον υπεζωκότα, υποσπληνικά και στο δωδεκάστοιχο χώρο. Διαπιστώθηκε επίσης θρόμβωση στη θέση παρακέντησης της δεξιάς κερκιδικής αρτηρίας και έλαβε αντιπηκτικά. Έγινε Ρευματολογική εκτίμηση, μετρήθηκαν επιπλέον ANA θετικά, anti RNP, anti Sm και ENA μετρίως θετικά, χαμηλό C<sub>3</sub>, C<sub>4</sub> και θετική αντίδραση Coombs. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας ήταν θετικός για αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο. Ξεκίνησε θεραπεία με κορτικοστεροειδή ως επί συστηματικού ερυθηματώδους λύκου, με προοδευτική ύφεση του εμπύρετου. Εξήλθε βελτιωμένη με διάγνωση οξείας μυοκαρδίτιδας, Συστηματικού Ερυθηματώδους Λύκου και αντιφωσfolιπιδικού συνδρόμου.  
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Καρδιακές εκδηλώσεις ως πρώτη παρουσίαση Συστηματικού Ερυθηματώδους Λύκου είναι ασυνήθεις. Πρόκειται για περικαρδίτιδα, μυοκαρδιακό έμφρακτο ή αγγεία στεφανιαίων αγγείων. Η μυοκαρδίτιδα είναι σπανιότερη, ωστόσο στη διερεύνηση των αιτιών θα πρέπει να περιλαμβάνεται ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος.

**373. ΠΡΩΤΗ ΕΓΧΩΡΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΤΡΙΓΛΩΧΙΝΑΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΝΤΕΡΟΚΟΚΚΟ GALLINARUM**

Α. Τσίτση, Ν. Σκανδαλάκης, Ν. Κανακάκης, Ν. Πιλάτης, Ε. Πετροπούλου  
 Β' Καρδιολογική Κλινική, ΙΑΣΩ «General»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι εντερόκοκκοι μπορούν να προκαλέσουν διάφορους τύπους λοιμώξεων όπως εκκολπωματίτιδα, βακτηριαία, ουρολοίμωξη και ενδοκαρδίτιδα. Οι πιο συχνόι τύποι εντερόκοκκων είναι οι faecalis και faecium, ενώ βιβλιογραφικά αναφέρονται παγκοσμίως μόλις έξι περιπτώσεις ενδοκαρδίτιδας από εντερόκοκκο gallinarum. Οι εντερόκοκκοι παρουσιάζουν πολυανθεκτικότητα στα παραδοσιακά αντιβιοτικά και θεωρούνται σημαντικής βαρύτητας παθογόνα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Παρουσιάζεται η πρώτη περίπτωση στην Ελλάδα, ενδοκαρδίτιδας της τριγλώχινας βαλβίδας από τον εντερόκοκκο gallinarum σε ασθενή με επαναλαμβανόμενα και υποτροπιάζοντα επεισόδια λοιμώξεων του ουροποιητικού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η υπερηχογραφική μελέτη (διαθωρακική και διοισοφάγεια) αποτέλεσε μια αποτελεσματική διαγνωστική μέθοδο για την ανάδειξη της εκβάστησης στην τριγλώχινα βαλβίδα. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με συνδυαστικό θεραπευτικό σχήμα κεφτριαξόνης και αμπικιλίνης και εμφάνισε αρνητικές αιμοκαλλιέργειες, φυσιολογικούς δείκτες φλεγμονής και μείωση του μεγέθους των εκπλαστήσεων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ασθενείς με πολλαπλά επεισόδια και υποτροπές ουρολοίμωξης είναι πιθανό να προσβάλλονται από σπάνιους και άτυπους αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες με δυνατότητα να αποίκισουν ημ κοινές δομές της καρδιάς. Η υψηλή υποψία και η ενδεδειγμένη υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διαγνωστικής προσέγγισης.

**375. ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ-ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ Η ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΟΥΝΙΣ**

Μ. Πιταροκόιλης<sup>1</sup>, Σ. Σταυράκης<sup>1</sup>, Α. Παπουτσάκης<sup>1</sup>, Μ. Καραβελάκης<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>, Δ. Αγιαννιωτάκης<sup>2</sup>, Γ. Γιαννιάς<sup>1</sup>, Γ. Μαθιοπούλου<sup>3</sup>, Γ. Γκούβελος<sup>4</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο», <sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο», <sup>3</sup>Ίδιωτικό Ιατρείο, <sup>4</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο ως αποτέλεσμα ενεργοποίησης μαστοκυττάρων επί αλλεργίας ή αναφυλακτικής αντίδρασης περιγράφηκε το 1991 από τους Ν. Κούνη και Γ. Ζαβρά. Ονομάζεται «αλλεργική στηθάγχη» ή «αλλεργικό έμφραγμα μυοκαρδίου».

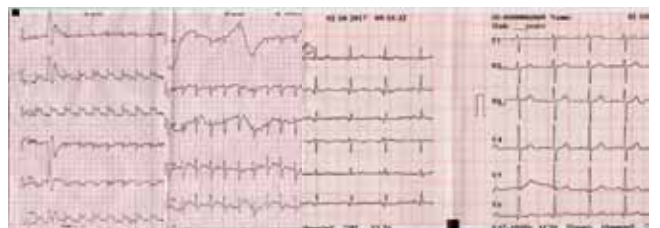
**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση ασυνήθιστης εκδήλωσης Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου επί αλλεργικής αντίδρασης.  
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 64 ετών χωρίς προδιαθετικούς παράγοντες για Στεφανιαία Νόσο έλαβε εσομπεραζόλη λόγω γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Εμφάνισε αλλεργικό εξάνθημα, οίδημα προσώπου, αιμοδυναμική αστάθεια (Α.Π. 80/40 mmHg, 110 bpm, SatO<sub>2</sub>:89%). Χορηγήθηκαν μεθυλπρεδνιζολόνη, αντιισταμινικά, υγρά. Έγινε ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), μέτρηση καρδιακών ενζύμων και στεφανιογραφία λόγω εικόνας οξέος διατοχυματικού κατώτερου εμφράγματος του μυοκαρδίου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αρχικό ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ). Εικόνα οξέος κατώτερου εμφράγματος μυοκαρδίου.

Αύξηση τροπονίνης, συμβατή με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο. Ακολούθησε στεφανιογραφία που έδειξε οριακή, μη σημαντική βλάβη προθίου κατόπια. εμφράγμα μυοκαρδίου.

Υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη: Καλή συστολική λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας, χωρίς τμηματικές υποκινήσεις. Δύο ημέρες μετά, το ηλεκτροκαρδιογράφημα (Η.Κ.Γ) αποκαταστάθηκε πλήρως.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το σύνδρομο Κουνίς ή σύνδρομο αλλεργικής στηθάγχης είναι Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο στα πλαίσια αλλεργικής αντίδρασης. Κυρίαρχο ρόλο στην παθοφυσιολογία του παίζει η ενεργοποίηση των μαστοκυττάρων που απελευθερώνουν μεσοαβηθές φλεγμονής. Τα μαστοκύτταρα υπάρχουν στην αθηρωματική πλάκα. Η ισταμίνη, οι λευκοτριένες και η θρομβοξάνη προκαλούν σπασμό των στεφανιαίων, η τρυπτάση συμβάλλει στη διάβρωση και ρήξη της αθηρωματικής πλάκας ενώ ρόλο έχει και ο παράγοντας ενεργοποίησης αιμοπεταλίων. Υπάρχουν 3 μορφές Κουνίς. Η πρώτη αφορά ασθενείς με φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία, η δεύτερη ασθενείς με αθηρωματικές αλλοιώσεις και η τρίτη ασθενείς που εμφανίζουν θρόμβωση ενδοστεφανιαίας πρόθεσης. Η συνύπαρξη συμπτωμάτων αλλεργίας με στηθάγχη θέτει υποψία της διάγνωσης. Θεραπευτικά, αποφεύγεται η χορήγηση μορφίνης καθώς συμβάλλει στην περαιτέρω αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων. Επί αγγειοπλαστικής προτιμούνται γυμνές ενδοστεφανιαίες πρόθεσεις.



### 376. ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΟΝΟΝΕΦΡΟ ΜΕ ΣΤΕΝΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Γ. Τουρνάς

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 31 ετών, θήλυ προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενη αίσθημα παλμών από 1 ώρας και ευρεθείσα τιμή αρτηριακής πίεσης 220/120 mm Hg. Κατά τη λήψη ζωτικών σημείων διαπιστώνεται καρδιακή συχνότητα 160 σφ/λεπτό και το ΗΚΓ ανέδειξε ισόχρονη υπερκοιλιακή ταχυκαρδία με επανείσοδο στον κολλοκοιλιακό κόμβο AVNRT. Μετρήθηκε ΑΠ 210/130 mm Hg. Ύστερα από μάλωση καρωτιδικού πυματίου αποκαταστάθηκε ο καρδιακός ρυθμός σε φλεβοκομβικό ενώ η αρτηριακή υπέρταση επέμενε στα ίδια επίπεδα. Ετέθη ενδοφλεβίως διάλυμα νιτρογλυκερίνης 1 mg/ml με ρυθμό έγχυσης 15 ml/h. Μετά παρέλευση μίας ώρας η αρτηριακή πίεση διαμορφώθηκε 175/70 mmHg και διεκόπη η χορήγηση νιτρογλυκερίνης. Κατά τη λήψη του ατομικού ιστορικού η ασθενής ανέφερε ότι είναι μόνονεφρος και σε ηλικία 25 ετών είχε προβεί σε αγγειοπλαστική νεφρικής αρτηρίας λόγω στένωσης αυτής η οποία διαγνώστηκε στα πλαίσια διερεύνησης ανθεκτικής αρτηριακής υπέρτασης. Έκτοτε ελάμβανε νιφεδιπίνη βραδείας αποδέσμευσης 60mgx2 και μοξονιδίνη 0,4x3 με επίπεδα αρτηριακής πίεσης έως 160/80 mmHg. Εστάλησαν εργαστηριακές εξετάσεις που ανέδειξαν κρεατινίνη ορού 1,8mg/dl και τροπονίνη ορού 50 pg/ml η οποία μετά από τρεις ώρες αυξήθηκε σε 130 pg/ml. Η ασθενής εισήχθη στο Καρδιολογικό τμήμα του Νοσοκομείου μας. Η τρίτη τιμή τροπονίνης ορού μετά από 5 ώρες ήταν στα φυσιολογικά όρια.

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος καρδιάς ανέδειξε έντονη συγκεντρική υπερτροφία, 16 mm πάχος μεσοκοιλιακό διάγραμμα και 17 mm οπίσθιο τοίχωμα χωρίς απόφραξη του χώρου εξόδου αριστερής κοιλίας. Εμφανίζει μέτρια ανεπάρκεια μιτροειδούς με κεντρικό πλάσμα ανεπάρκειας και μεγάλου βαθμού αμφικολπική διάταση με ταχύτητα ανεπάρκειας τριγώνιας 3,2 m/s. Ετέθη η διάγνωση της διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας grade III. Η ασθενής εξήλθε την επόμενη μέρα σταθερή, ασυμπτωματική.

### 378. ΛΙΠΟΪΚΟ ΟΞΥ: ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ, ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΧΡΗΣΕΙΣ

Σ. Δημητράκοπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζακή<sup>2</sup>, Α. Τρκα<sup>3</sup>, Ι. Χαλιμού<sup>3</sup>, Α. Καραλλά<sup>3</sup>, Α. Αγγελίδου<sup>3</sup>, Γ. Ασημακοπούλου<sup>4</sup>, Κ. Σωρρά<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας Νμ Πυργου Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, <sup>2</sup>Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας Νμ Αργούς Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, <sup>3</sup>Γενικό Νοσοκομείο Πατρων Αγίου Ανδρέα Παθολογική Κλινική, <sup>4</sup>Γενικό Νοσοκομείο Πατρων Αγίου Ανδρέα Ενδοκρινολογικό Ιατρείο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να περιγραφεί ο μεταβολισμός του λιποϊκού οξέος, οι βιολογικές δράσεις και οι θεραπευτικές χρήσεις.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανασκόπηση σχετικής βιβλιογραφίας

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το λιποϊκό οξύ (lipoic acid) συντίθενται ενδογενώς αν και προσλαμβάνεται από τροφές (κόκκινο κρέας κυρίως ήπαρ, καρδιά, σπανάκι, μπρόκολο, μαγιά της μπύρας). Είναι ισχυρό αντιοξειδωτικό ύδατο και λιποδιαλυτό. Συμμετέχει σε πολλά στάδια του μεταβολισμού όπως στο μεταβολισμό των μιτοχονδρίων (στον κύκλο του Krebs) και στο μεταβολισμό υδατανθράκων. Επάγει την σύνθεση γλουταθειόνης και αποκαθιστά τα επίπεδα των βιταμινών C και E. Ελαττώνει τα επίπεδα του NF-Kb που ρυθμίζει την παραγωγή φλεγμονωδών κυτοκινών. Σε διαβητικούς ασθενείς ελαττώνει την γλυκοζυλίωση της αλβουμίνης και περιορίζει την παραγωγή προϊόντων γλυκοζυλίωσης (AGES). Θεραπευτικά έχει χρησιμοποιηθεί με σχετική επιτυχία σε ασθενείς με διαβήτη (χορήγηση per os ή iv) για τη βελτίωση τιμών σακχάρου αλλά κυρίως σε ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια. Άλλες αναφερόμενες θεραπευτικές χρήσεις 1. Ηπατική νόσος που προκλήθηκε από μανιτάρια amanita, δηλητηρίαση από βαρέα μέταλλα αλκοολική ηπατοπάθεια. 2. Σε καρκινοπαθείς (αντιοξειδωτική δράση). 3. Σε ασθενείς με καρδιαγγειακές νόσους. 4. Σε ασθενείς με HIV. Παρενέργειες από την χορήγηση: υπογλυκαιμία (κυρίως σε διαβητικούς υπό ινσουλίνη), αλλεργικές αντιδράσεις, εξανθήματα, ναυτία. Σε ασθενείς με λοίμωξη από *Listeria monocytogenes* χορήγηση λιποϊκού οξέος κυρίως σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα και εγκύους δυνατό να προκαλέσει επιδείνωση της νόσου (χρησιμοποίηση από τον παθογόνο μικροοργανισμό που λιποϊκού οξέος για πολλαπλασιασμό). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το λιποϊκό οξύ είναι ευρέως συχνά χωρίς συνταγή χορηγούμενο συμπλήρωμα διατροφής/ αντιοξειδωτικό με ποικίλες βιολογικές δράσεις. Πληρώς τεκμηριωμένες και σαφείς θεραπευτικές ενδείξεις προς το παρόν δεν υπάρχουν.

### 377. ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΛΕΓΕΩΝΕΛΛΑ

Ε. Καρέλη, Ο. Σπυροπούλου, Σ. Γερακάρη, Ι. Γιατζόγλου, Ε. Σιάρκος, Δ. Φασφάλη, Α. Φάμπρη, Χ. Σαμαράς, Π. Ποταμούσης, Μ. Ντάλιου  
Γ.Ν. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού βακτηριακής πνευμονίας από *Legionella* σε ασθενή μετά από την χρήση θερμών λουτρών. Η νόσος των Λεγεωναρίων αποτελεί βαριά άτυπη πνευμονία, δυνητικά θανατηφόρο στο 5-30% των κρουσμάτων, για την οποία ευθύνονται τα βακτήρια του γένους *Legionella*. Βρίσκεται στα περισσότερα συστήματα νερού τα οποία και αποικίζει. Τρόπος μετάδοσης αερογενής με εισπνοή του βακτηριδίου, όταν νερό που είναι μολυσμένο διασκορπίζεται στον αέρα υπό μορφή σταγονιδίων (αεροζόλ, ντους).

**ΥΛΙΚΟ:** Άρρεν ασθενής 74 ετών, παχύσαρκος, με Στεφανιαία Νόσο, Καρδιακή Ανεπάρκεια, Βηματοδότη, καπνιστής, προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω εμπυρέτου έως 39,5 από 5 ημέρου με συνοδό πτώση επί του εδάφους, χωρίς απώλεια συνείδησης. Αναφέρεται επίσκεψη στη Βόρεια Ελλάδα σε ξενοδοχειακή μονάδα και χρήση θερμών λουτρών προ 15 ημερών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την παραμονή του στα ΤΕΠ έγινε επείγουσα CT εγκεφάλου χωρίς ευρήματα. Διαπιστώθηκαν μη μουσικοί ΔΕ πνευμονικού πεδίου και εκπνευστικός συριγγός, υποξυγοναιμία, ταχύπνοια, από τα εργαστηριακά λευκοκυττάρωση, αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, διαταραχή ηπατικής βιοχημείας. Πραγματοποιήθηκαν ακτινογραφία και αξονική θώρακα, που ανέδειξαν κυψελιδικού τύπου διηθήματα στον δεξιό κάτω λοβό και στο οπίσθιο τμήμα του δεξιού άνω λοβού. Υπέρχος άνω-κάτω κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες και εστάλη ορολογικός έλεγχος για *Mycoplasma Pneumoniae*, *Streptococcus Pneumoniae*, καθώς και Ag για *Legionella P.* στα ούρα που ήταν θετικό. Ο ασθενής έλαβε μοξιφλοζασίνη, κεφεπίμη για 14 ημέρες. Η κλινική του εικόνα βελτιώθηκε μετά από το πρώτο 24ωρο λήψης της αγωγής του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η Πνευμονία από *L. Pneumophila* αποτελεί παγκοσμίως το 2-15% των πνευμονιών που χρειάζονται νοσηλεία. Πρέπει να υπάρχει υψηλή υποψία, ιδιαίτερα εάν αναφέρεται από το ιστορικό πρόσφατη χρήση κλειστών συστημάτων ύδατος. Είναι αναγκαία η ύπαρξη σχεδιασμού για τον τακτικό έλεγχο και τη συντήρηση των συστημάτων αυτών, ώστε να αποφευχθεί πιθανός αποικισμός από *Legionella* και διασπορά του στους χρήστες.

### 379. IGG4 ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Ν. Γαργάικας, Ε. Παπαγγελή, Α. Κουντούρη, Χ. Καλογερόπουλος, Λ. Νησιώτη, Ν. Κουτσούλης, Δ. Χαρίτος, Γ. Γιαννόπουλος, Ε. Μπουτάτη, Γ. Δημητριάδης  
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Έρευνας ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ασθενής με άτυπη επιγαστραλγία, γενικευμένο κνησμό και πρωτοδιάγνωση σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) σε έδαφος IgG4 αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας (ΑΠ).

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 49 ετών νοσηλεύτηκε λόγω κοιλιακού άλγους, γενικευμένου κνησμού από 3μήνου και τρανσαμινασαιμίας (>1000 μονάδες). Ατομικό αναμνηστικό: άτυπο κοιλιακό άλγος από 7μήνου. Η γαστροσκόπηση έδειξε οισοφαγίτιδα και μικροεξελκώσεις βολβού 12δακτύλου, χορηγήθηκε ομπραζόλη με ανεπαρκή ανταπόκριση.

Αντικειμενικός: καλή γενική κατάσταση, γενικευμένες δρυφάδες κνησμού, υπίκτηρος ΑΠ: 130/80mmHg, σφύξεις: 80/λεπτό, Θ: 37°C.

Εργαστηριακός έλεγχος: ηωανοφιλία (13-15%), αυξημένα χολοστατικά ένζυμα, αυξημένη χολερυθρίνη (ολική 1.5-3.38 mg/dL καθ' υπεροχήν έμμεσος), τρανσαμινασαιμία (ιδιαίτερα SGPT 300-1000 μονάδες), τίτλος IgG4 1320mg/dL (φ.τ 8-140mg/dL), γλυκόζη ορού 340mg/dL, HbA1C 13.1%.

Αρνητικός έλεγχος για ηπατίτιδες, HIV, CMV, EBV. Αμύληση αίματος-ούρων, νεοπλασματικοί δείκτες: κφ.

U/S, CT κοιλίας και MRCP: διόγκωση παγκρέατος ως επί (ΑΠ).

Χορηγήθηκαν κορτικοειδή (40mg πρεδολόνης/ημέρα για 3 εβδομάδες με σταδιακή μείωση) με αποτέλεσμα βελτίωση. Ο ΣΔ ρυθμίστηκε με χορήγηση μετφορμίνης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η IgG4 σχετιζόμενη νόσος περιλαμβάνει διαταραχές με κοινά παθολογικά-βιοχημικά-κλινικά χαρακτηριστικά. Εμφανίζεται συχνότερα σε άνδρες μέσης ηλικίας. Παθογένεια: συνδυασμός αυτοανοσίας και αλλεργικής απόκρισης.

Κλινικές εκδηλώσεις: ανώδυνος ίκτερος, υποτροπιάζουσα χρόνια παγκρεατίτιδα, ΣΔ, λεμφαδενοπάθεια, άσθμα και αλλεργίες. Συχνά μιμείται άλλα αυτοάνοσα νοσήματα (ΣΕΛ, σ.Sjogren, αγγειίτιδες).

Σχετιζόμενα IgG4 νοσήματα: αυτοάνοση παγκρεατίτιδα, σκληρυντική χολαγγειίτιδα, ψευδογύκος οφθαλμικού κόγχου, Ν. Milkilicz, οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση, πνευμονίτιδα, διάμεση νεφρίτιδα, αορτίτιδα, θυρεοειδίτιδα Reidel, ανεπάρκεια υπόφυσης.

Διάγνωση: βιοψία πάσχοντος οργάνου, αυξημένος τίτλος IgG4 (δεν είναι διαγνωστικό) και θεραπευτικό κριτήριο μετά χορήγηση κορτικοειδών.

Σε CT-κοιλίας: διάχυτη διόγκωση του παγκρέατος (χαρακτηριστική εικόνα).

Θεραπεία: χορήγηση πρεδολόνης 40mg/ημέρα για 2-4 εβδομάδες, σταδιακή μείωση εντός 2 μηνών (στόχος δόση συντήρησης <5mg/ημέρα). Σε υποτροπή χορηγείται rituximab, ή αζαθειοπρίνη, ή mycophenolate mofetil. Ο τίτλος IgG4 ορού και ο βαθμός ηωανοφιλίας αποτελούν δείκτες υποτροπής της νόσου.

**380. ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ, ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΓΑΛΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ, ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗ ΚΑΙ ΚΡΥΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ**

Ι. Σαμαρά<sup>1</sup>, Ι. Κοροβέση<sup>1</sup>, Χ. Νοικοκύρης<sup>2</sup>, Σ. Μπλιλιού<sup>1</sup>, Α. Καϊκής<sup>1</sup>, Λ. Πανταζή<sup>3</sup>, Κ. Μποκή<sup>3</sup>, Θ. Μοντσενίγιος<sup>1</sup>, Ι. Σαφιλιάνη<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», <sup>2</sup>Α' Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», <sup>3</sup>Ρευματολογική Μονάδα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι αιτίες προσφάτου ενάρξεως πανκυτταροπενίας είναι ποικίλλες προκαλώντας συνήθως διαγνωστικό δίλημμα, ειδικά όταν η πανκυτταροπενία συνοδεύεται από εμπύρετο και εξάνθημα. Παρουσιάζεται η περίπτωση ενός ασθενούς με πανκυτταροπενία που αποδόθηκε στη συνύπαρξη μεγαλοβλαστικής αναιμίας και σπλαχνικής λεισμανίασης και επεπλάκη με κρυσφαιριναιμία.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 52ετών με ιστορικό χειρουργηθέντος έλκους στομάχου και κατάχρησης αιθανόλης προσήλθε αιτώμενος αδυναμία, ανορεξία, απώλεια ΣΒ και επεισόδια ρινορραγίας από μηνός. Η κλινική εξέταση ανέδειξε όψη πάσχοντος, εμπύρετο(38,3°C), οργανομεγαλία, αιμορραγικό εξάνθημα στην πρόσθια επιφάνεια κνημών. Από εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε πανκυτταροπενία (Hct:21%, MCV:102fl, WBC:2.9k/μl, PLT:62k/μl), αυξημένες LDH, CRP και σπληνομεγαλία (18,5cm). Αφού ελήφθησαν πανκαλλιέργειες και ετέθη σε αντιβιοτικά, εστάλη έλεγχος που έδειξε: 1)χαμηλά B12/φυλλικό οξύ και υπερκατατάγματα ουδετερόφιλα περιφερικού αίματος ως επί μεγαλοβλαστικής αναιμίας 2)αυξημένα ΔΕΚ, χαμηλές αποσφαιρίνες, (+)άμεση Coombs ως επί αιμολυτικής αναιμίας 3)υπεργαμμασφαιριναιμία (IgG σφαιρίνες), αυξημένη ΤΚΕ και φερριτίνη. Διενεργήθηκε μυελόγραμμα, που ανέδειξε μεγαλοβλαστική αναιμία και λεισμανίαση (η τελευταία επιβεβαιώθηκε επίσης PCR μυελού/ορού). Ο ασθενής ξεκίνησε θεραπεία υποκατάστασης με B12/φυλλικό και αγωγή με αμφοτερικίνη-β (20mg/kg συνολική δόση). Την 5ημέρα αγωγής, ο ασθενής εμφάνισε έντονο οίδημα, καύσο/κνησμό και εξάνθημα αγγειοιδικού τύπου στις κνήμες με λευκωματούρα. Εστάλη ιολογικός, ανοσολογικός έλεγχος και ελήφθη βιοψία δέρματος από τα οποία προέκυψαν ANA(+), χαμηλό C4, RF(+), θετικές κρυσφαιρίνες (τύπος G,A,M,κ,λ) και εικόνα λευκοκυτταροκλαστικής αγγειίτιδας, ευρήματα που επιβεβαίωσαν την κρυσφαιριναιμία τύπου III. Ο ασθενής σταδιακά απυρέτησε, με υποχώρηση σπληνομεγαλίας και εξανθήματος και εργαστηριακή βελτίωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η διάγνωση της πανκυτταροπενίας αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό και προϋποθέτει λεπτομερές ιστορικό και κλινική εξέταση και στοχευμένη εργαστηριακή προσέγγιση. Στόχος των τελευταίων η εύρεση όλων των πιθανών αιτιών – ορισμένων και δυνητικά θανατηφόρων πχ. λεισμανίασης και η άμεση αντιμετώπισή τους.

**382. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΥ (ZN) ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΚΑΙ ΣΕ ΝΟΣΟΥΣ ΟΠΟΥ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ**

Σ. Δημητράκοπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζακή<sup>2</sup>, Α. Καρέλλα<sup>2</sup>, Α. Τριγκά<sup>3</sup>, Ι. Χαλιμού<sup>3</sup>, Α. Αγγελίδου<sup>3</sup>, Γ. Ασημακοπούλου<sup>4</sup>, Κ. Σωρρά<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας Νμ Πυργου Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, <sup>2</sup>Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας Νμ Αργούς Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, <sup>3</sup>Γενικό Νοσοκομείο Πατρων Άγιος Ανδρέας Παθολογική Κλινική, <sup>4</sup>Γενικό Νοσοκομείο Πατρων Άγιος Ανδρέας Ενδοκρινολογικό Ιατρείο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να γίνει αναφορά στο μεταβολισμό ψευδαργύρου Ζn σε υγείς, καταστάσεις όπου υπάρχει έλλειψη Ζn, ασθένειες όπου διαταράσσεται ο μεταβολισμός του Ζn και θεραπευτική χρήση Ζn σε ποικίλες νόσους.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανασκόπηση σχετικής βιβλιογραφίας

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο Ζn είναι το πλέον άφθονο ενδοκυττάριο ιχνοστοιχείο, συμμετέχει σε τουλάχιστον 300 ενζυμικές δραστηριότητες (εκ των οποίων σε 60 είναι εντελώς απαραίτητος) που αφορούν το μεταβολισμό υδατανθράκων, πρωτεϊνών, λιπιδίων. Παρουσία Ζn οι πρωτεΐνες-ένζυμα αναδιπλώνονται αποκτώντας τρισδιάστατη δομή απαραίτητη για βιολογική δραστηριότητα. Ο Ζn ευρίσκεται σε όλους τους ιστούς και σωματικά υγρά. Πρόσληψη Ζn από τροφές (οστρακοειδή, κόκκινο και λευκό κρέας, δημητριακά ολικής αλέσεως). Παρουσία φυτικών (phytates) και ασβεστίου παρεμποδίζουν την απορρόφηση του από το έντερο. Μέτρηση Ζn στο πλάσμα σε εξειδικευμένα εργαστήρια. Σε καταστάσεις όπως stress και λοιμώξεις οι μετρήσεις πιθανόν να μεταβάλλονται. Συμπτώματα έλλειψης ψευδαργύρου μη ειδικά: δερματίτις, αλωπεκία, καθυστέρηση επούλωσης τραυμάτων, απάθεια, στα παιδιά καθυστέρηση ανάπτυξης, διαταραχές στην ανοσία, γνωστικές διαταραχές. Στην διατροφή σύγχρονων κοινωνιών γενικά δεν υπάρχει έλλειψη Ζn εκτός από υποομάδες όπως χορτοφάγοι, αλκοολικοί, συστηματική χρήση σαλικυλικού οξέως, σε πολυτραυματίες (απώλεια Ζn από την αποδόμηση ιστών). Απώλεια Ζn από το γαστρεντερικό σε φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου και σε κίρρωση. Θεραπευτικά έχει χρησιμοποιηθεί στο κοινό κρυολόγημα (ελαττώνει την διάρκεια νόσου), τα κλινικά οφέλη σε ασθενείς με HIV δεν είναι σαφή σε όλες τις μελέτες, βελτιώνει οριακά τις τιμές σακχάρου σε διαβητικούς ασθενείς, σε προεφηβικά παιδιά με δρεπανοκυτταρική νόσο έχει χρησιμοποιηθεί επικουρικά για την αύξηση του ύψους, ενώ στη νόσο Wilson θεωρείται εναλλακτική θεραπεία για απομάκρυνση του Cu.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Γενικά στην διατροφή σύγχρονων κοινωνιών δεν υπάρχει έλλειψη Ζn. Έχει χρησιμοποιηθεί όχι πάντοτε με επιτυχία σε ποικίλες νόσους. Τα συμπτώματα έλλειψης ψευδαργύρου είναι μη ειδικά. Μπορεί να χορηγηθεί προσεκτικά λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω όπου θεωρείται ότι υπάρχει έλλειψη, αν και εργαστηριακή επιβεβαίωση θεωρείται επιθυμητή.

**381. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΦΥΜΑΤΙΩΔΟΥΣ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑΣ**

Α. Κουντούρη, Ν. Γαρδικας, Χ. Καλογερόπουλος, Π. Μίχα, Λ. Νησιώτη, Ν. Κουτσούλης, Δ. Χαρίτος, Γ. Γιαννόπουλος, Ε. Μπουτάτη, Γ. Δημητριάδης  
 Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Έρευνας ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ασθενής με οσφυαλγία από 6μήνου και σταδιακή επιδείνωση στον οποίο διεγνώσθη φυματιώδης σπονδυλοδισκίτιδα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ασθενής 63 ετών εισήχθη λόγω οσφυαλγίας από 6μήνου με σταδιακή επιδείνωση, η οποία τον κατόρθωσε κλινική από μηνός. Ατομικό ιστορικό: β-ομόζυγος μεσοσθαιική αναιμία, χολοκυστεκτομή-σπληνεκτομή (1982), αρχόμενη πνευμονική υπέρταση.

Ο ασθενής προ 4μήνου είχε υποβληθεί σε MRI ΟΜΣΣ όπου διαπιστώθηκαν ευρήματα συμβατά υποκείμενης συστηματικής νόσου και υπερλασίας του ερυθρού μυελού. Ακολούθησε βιοψία της πάσχουσας περιοχής, χωρίς να καταστεί δυνατή σαφής τεκμηρίωση νόσου (υλικό ανεπαρκές). Η οσφυαλγία αποδόθηκε σε εξωμυελική αιμοποίηση. Χορηγήθηκε αναλγητική αγωγή. Αντικειμενικός: ωχρότητα δέρματος και επιπεφυκότων, δυσχέρεια κατά την έγερση, χωρίς νευρολογική σημειολογία ΑΠ:119/60mmHg, σφ.:75/λεπτό, Θ:36,5°C, Εργαστηριακός έλεγχος: αναιμία ορθόχρωμη ορθοκυτταρική (Hb:9g/dl, HCT:28%), λευκοκυττάρωση (WBC:14.880 K/ml), θρομβοκυττάρωση (PLT:625.000 K/ml), μικρή αύξηση της CRP:16mg/L. Κατά την εισαγωγή του επαναλήφθηκε MRI ΟΜΣΣ. Ανεδείχθησαν εκτεταμένες αλλοιώσεις των Ο5 και Ι1 σπονδύλων με επισκληρίδια συλλογή, συμμετοχή των οπισθίων στοιχείων και της αριστερής εγκάρσιας απόφυσης με μικρά αποστήματα (επίδειξη συγκριτικά με τις προηγηθείσες απεικονίσεις). Πραγματοποιήθηκε νέα βιοψία στην περιοχή (Ο5). Ανεδείχθησαν οξεία τομχα μυκοβακτηρίδια στην καλλιέργεια του δείγματος. Χορηγήθηκε συνδυασμένη αντιφυματική αγωγή (πενταπλό σχήμα) με αποτέλεσμα κλινικο-εργαστηριακή βελτίωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η φυματίωση των οστών αποτελεί το 10%της εξώπνευμονικής φυματίωσης. Είναι αποτέλεσμα λεμφοαιματογενούς διασποράς στα οστά και αναζωπύρωσης πρωτογενούς λοίμωξης. Η φυματιώδης σπονδυλοδισκίτιδα, που αποτελεί το 50% της οστεοαρθρικής εντόπισης της φυματίωσης, προκαλεί διάβρωση των σπονδύλων και καταστροφή των μεσοσπονδύλων δίσκων. Τα συνήθη συμπτώματα είναι άλγος της περιοχής, πυρετός και νευρολογική σημειολογία 40-70%. Η διάγνωση τίθεται δυσχερώς λόγω των άτυπων συμπτωμάτων και της υποξείας κλινικής εικόνας. Η κατευθυνόμενη βιοψία οστού και η καλλιέργεια του δείγματος για μυκοβακτηρίδια θέτουν διάγνωση στα 2/3 των περιπτώσεων.

**383. ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΚΕΧΡΟΕΙΔΟΥΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ**

Γ. Μαϊκωνίτης<sup>1</sup>, Ε. Χριστοπούλου<sup>2</sup>, Α. Ιωάννου<sup>1</sup>, Χ. Γιαννόπουλος<sup>1</sup>, Ο. Τσαοβ<sup>1</sup>, Θ. Λάμπρου<sup>1</sup>, Β. Αποστολόπουλος<sup>1</sup>, Ζ. Τσαντικίδη<sup>1</sup>, Π. Κουρούτου<sup>1</sup>, Κ. Γκιζέλη<sup>1</sup>, Ι. Γκίνη<sup>3</sup>, Ε. Σκούρα<sup>1</sup>, Λ. Λεκάκου<sup>1</sup>, Τ. Ταταρίδου<sup>1</sup>, Ν. Αλεξίου<sup>1</sup>, Μ. Κουπετώρη<sup>1</sup>, Μ. Κόμη<sup>3</sup>, Σ. Συμπάρδη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», <sup>2</sup>Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν. 'Θριάσιο', <sup>3</sup>Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο (ΑΣ) οφείλεται σε πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή ανοσολογική διαταραχή, που οδηγεί σε ενεργοποίηση της κυτταρικής άμυνας των Τ-λεμφοκυττάρων και των μακροφάγων, καθώς και σε απελευθέρωση φλεγμονωδών κυτοκινών. Μπορεί να είναι πρωτοπαθές, με κακοήγη οικογενή μορφή, ή δευτεροπαθές που σπάνια μπορεί να εμφανιστεί σε έδαφος κεχροειδούς φυματίωσης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να δείξει ότι η επιθετική αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς νοσήματος είναι αποτελεσματική και επαρκής για την αποδρομή του δευτεροπαθούς ΑΣ.

**ΥΛΙΚΟ:** Περιγράφομε την περίπτωση ασθενούς με δευτεροπαθές ΑΣ και πνευμονική φυματίωση. Άνδρας 42 ετών με εμπύρετο από ημερών,πανκυτταροπενία και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Ατομικό αναμνηστικό ελεύθερο. Ιολογικός έλεγχος για HBV, HCV, HIV και για ελονοσία, λεισμανίαση αρνητικός Ακτινολογική εικόνα συμβατή με κεχροειδή φυματίωση, ενώ εργαστηριακά καταγράφηκε βαριά θρομβοπενία,αναιμία, υποινωδογοναιμία, αυξημένα επίπεδα φερριτίνης. Η ΗRCT θώρακος ανέδειξε εικόνα κεχροειδούς φυματίωσης. Λοιπός έλεγχος κοιλίας-εγκεφάλου αρνητικός για εξωπνευμονική εντόπιση της νόσου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η διάγνωση τέθηκε από βιοψία μυελού οστών και στερνική παρακέντηση. Στην ασθενή άμεσα, μετά τη λήψη γαστρικού υγρού,πτεύλων για β.Koch, χορηγήθηκε τετραπλή αντιφυματική αγωγή με Ισονιαζίδη(Ι), Ριφαμπικίνη(Ρ), Εθαμβουτόλη(Ε), Πυραζιναμίδη(Ζ), (σχήμα ΗRZE), και πρεδνιζόνη (35mg/ημέρα), λόγω σοβαρής κλινικής εικόνας και αναπνευστικής ανεπάρκειας. Το αποτέλεσμα η σταδιακή και αισθητή αναπόκλιση του ασθενούς, βελτίωση κλινικής εικόνας από την 3<sup>η</sup> ημέρα αντιφυματικής αγωγής, αποκατάσταση αναιμίας, θρομβοπενίας και ύφεση του ΑΣ από την 1<sup>η</sup> εβδομάδα θεραπείας. Από το γαστρικό υγρό απομονώθηκε M.tuberculosis, με αρνητικά πτύελα. Η βακτηριολογική πορεία των καλλιέργειών ελεγχόταν μηνιαία. Από μοριακό και συμβατικό έλεγχο ευαισθησίας στα αντιφυματικά φάρμακα δεν καταγράφηκε αντοχή. Διάρκεια αντιφυματικής αγωγής 9 μήνες, λόγω έκτασης της νόσου, κινδύνου αναζωπύρωσης και ανοσολογικής κατάστασης του ασθενούς, (2μήνες ΗRZE αρχική φάση θεραπείας και 7 μήνες ΗR συνεχιζόμενη φάση θεραπείας).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το δευτεροπαθές ΑΣ είναι μία σπάνια, δυνητικά θανατηφόρα κλινικο-παθολογιοανατομική οντότητα. Έχει κακή πρόγνωση, δημιουργεί γρήγορα μη αναστρέψιμες ιστικές επιπλοκές. Η έγκαιρη διάγνωση και άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση ανδέχεται, να βελτιώσουν την έκβαση. Η επιθετική θεραπεία του πρωτοπαθούς νοσήματος είναι επαρκής για την αντιμετώπιση της επιπλοκής (ΑΣ), χωρίς να χρειαστεί το διεθνώς συνηθισμένο πρωτόκολλο θεραπείας για το πρωτοπαθές ΑΣ.



### 384. ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΛΙΣΤΕΡΙΑ

Μ. Ντάλιου, Ο. Σπυροπούλου, Ε. Σιάρκος, Π. Χριστοφόρου, Α. Φάμπρη, Χ. Σαμαράς, Π. Ποταμούση  
Γ.Ν. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού βακτηριακής μηνιγγίτιδας από *Listeria monocytogenes* σε ανοσοεπαρκή ασθενή και η περιγραφή της θεραπευτικής της προσέγγισης. Η λιστερίωση είναι σχετικά σπάνια βακτηριακή λοίμωξη που προκαλείται από το gram-θετικό βακτήριο *Listeria monocytogenes*. Προσβάλλει κυρίως νεογέννητα βρέφη, ηλικιωμένους και ανοσοκατασταλμένα άτομα. Στην Ευρώπη, η νόσος ευθύνεται για το 4% των νοσηλείων και το 28% των θανάτων από τροφιμογενή νοσήματα. Αν η λοίμωξη επεκταθεί στο νευρικό σύστημα εμφανίζονται συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία, σύγχυση, έλλειψη ισορροπίας, σπασμοί.

**ΥΛΙΚΟ:** Άρρεν ασθενής 27 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου μας λόγω εμπυρέτου έως 38,4 οC με συνοδό μεγάλη ένταση κεφαλαλγία και φωτοφοβία. Αναφέρει βρώση μαλακού νωπού τυριού προ 10ημέρου όπως και η μητέρα του η οποία είχε συμπτώματα γαστρεντερίτιδας. Η νευρολογική σημειολογία ανέδειξε αυχενική δυσκαμψία (+), Brudzinski (+), Kernig (+)

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη παραμονή του στα ΤΕΠ έγινε επείγουσα CT εγκεφάλου και πραγματοποιήθηκε Οσφουονταϊά παρακέντηση κατά την οποία παρατηρήθηκε από το άμεσο παρασκεύασμα ΕΝΥ 2800 κκχ Τύπος Κυττάρων: Πολύμ. (85%) Λεμφοκ. (12%) Μονοκύτ. (3%), Γλυκόζη: 27mg/dl, Ολικό Λεύκωμα: 88mg/dl). Αρχικά χορηγήθηκε εμπειρική αγωγή με Κεφτριαξόνη, Βανκομυκίνη και επί Βακτηριακής Μηνιγγίτιδας. Η gram χρώση ανέδειξε gram + βακτήριο (πιθανό διφθεροειδές) και προστέθηκε αμπικιλίνη. Στις καλλιέργειες αίματος-ΕΝΥ αναπτύχθηκε *Listeria Monocytogenes* (PCR: *Listeria monocytogenes* οροομάδα 1/2 α, 3 α) έγινε τροποποίηση της αγωγής σε Αμπικιλίνη και Γενταμικίνη για 21 και 14 ημέρες αντίστοιχα. Η MRI εγκεφάλου ήταν αρνητική για αποστήματα ή εγκεφαλίτιδα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η μηνιγγίτιδα από λιστέρια αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα σε άτομα νεαρής ηλικίας. Η πιθανότητα η λιστέρια να είναι ο αιτιολογικός παράγων βακτηριακής μηνιγγίτιδας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε νεαρούς ανοσοεπαρκείς ασθενείς με αντίστοιχη σημειολογία οι οποίοι αναφέρουν πρόσφατη κατανάλωση υπόπτων τροφίμων ειδικά εάν έχουν προηγηθεί και συμπτώματα γαστρεντερίτιδας. Στην περίπτωση αυτή η εμπειρική χορήγηση αμπικιλίνης κρίνεται σκόπιμη ειδικά εάν η gram χρώση αναδεικνύει την πιθανή παρουσία διφθεροειδών.

### 386. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΚΩΜΑΤΩΔΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΟΓΩ ΥΠΕΡΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ

Π. Γεωργιάδης<sup>1</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>1</sup>, Μ. Μεταξά<sup>1</sup>, Σ. Φέττα<sup>2</sup>, Α. Γεωργίου<sup>1</sup>, Χ. Ματσεντίδου-Τιμηλιώτου<sup>3</sup>, Α. Λοΐζου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Παφου, <sup>2</sup>Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παφου, <sup>3</sup>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Λεμεσού

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάλυση περιστατικού σοβαρής υπερνατρίαμίας και η κατανόηση της σοβαρότητας των επιπτώσεων στις περιπτώσεις διαταραχών νατρίου καθώς και η άμεση λήψη θεραπευτικών μέτρων σε κρίσιμες καταστάσεις μπορεί να αποβεί σωτήρια.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής, 30 ετών, άρρεν, προσκομίστηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου, σε κωματώδη κατάσταση όπου βρέθηκε σε παραλία της περιοχής έπειτα από πιθανολογούμενο πνιγμό. Από τις πρώτες βιοχημικές εξετάσεις, βρέθηκε νάτριο τιμής 197mmol/L. Ο ασθενής έπειτα από την έναρξη θεραπευτικής αγωγής, στο πρώτο 24ωρο, παρουσίασε πτώση κλίμακας Γλασκώβης από 12/15 σε 5/15, επιδείνωση κλινικών σημείων και κρίθηκε απαραίτητο να γίνει μεταφορά στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Στα δυο νοσοκομεία, λήφθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για σταθεροποίηση της κατάστασης του με την βοήθεια μηχανικού αερισμού-τραχειοστομίας και γαστροστομίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής σαφώς βελτιωμένος, σήμερα, έπειτα από ένα χρόνο εντατικής παρακολούθησης και θεραπείας παρουσιάζει τετραπάρηση, ανικανότητα βάδισης και δυσαρθρία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η σοβαρή υπερνατρίαμια είναι ταυτόσημη της κακής πρόγνωσης, με συνεπακόλουθη την αυξημένη θνησιμότητα. Η άμεση παρέμβαση, η αναγνώριση κρισιμότητας της κατάστασης σε συσχετισμό με την αντίληψη της επακριβή παθογένεσης της υπερνατρίαμίας και τα σωστά θεραπευτικά διαβήματα από καταρτισμένους ιατρικούς λειτουργούς, καθιστούν τα αδύνατα ως δυνατά.

### 385. ΟΞΕΙΑ ΑΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗΣ (ΕΡΣΤΕΙΝ ΒΑΡΡ ΛΟΙΜΩΣΗ)

Δ. Μαζαράκης<sup>1</sup>, Α. Σαπουντζής<sup>2</sup>, Θ. Μαραγκουλιά<sup>1</sup>, Ι. Γιωτοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Παλυβού<sup>1</sup>, Σ. Σφήκας<sup>1</sup>, Α. Σταυριανού<sup>3</sup>, Ι. Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Ξυδιά<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας, <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Καλαμάτας, <sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η πιο κοινή αιτία της οξείας χολοκυστίτιδας είναι η χολολιθίαση. Η οξεία αλιθιασική χολοκυστίτιδα συνήθως είναι αποτέλεσμα βακτηριακής λοίμωξης από στρεπτόκοκκο, σταφυλόκοκκο, αναερόβια και Gram (-) βακτήρια, αλλά και ιογενών λοιμώξεων (EBV, CMV). Σκοπός αυτής της παρουσίσεως είναι να θυμηθεί σε όλη την ιστορική κοινότητα αυτή την σπάνια εκδήλωση της λοιμώδους μονοπυρήνωσης με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 15 ετών, θήλυ προσκομίστηκε από τους οικείους της στο ΤΕΠ του ΓΝ Καλαμάτας, λόγω εμπυρέτου (έως 38,5°C), διάχυτου κοιλιακού άλγους και φαρυγγαλγίας από τετραήμερο. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε πυώδη αμυγδαλίτιδα, λεμφαδενίτιδα τραχηλικής και μασχαλιαίας περιοχής (άμφω) καθώς και έντονο άλγος επιγοστίριου. Στάλθηκε εργαστηριακός έλεγχος όπου παρατηρήθηκε ήπια λευκοκυττάρωση (11,3 x 10<sup>3</sup> /μL) με λεμφοκυτταρικό τύπο (66,7%). Από τον αιματολογικό έλεγχο δεν διαπιστώθηκε άλλη παθολογία. Από τον βιοχημικό έλεγχο διαπιστώθηκε, τρανσαμινασαιμία (AST 106 IU/L, ALT 217 IU/L, γGT 177 IU/L, ALP 421 IU/L), CRP 0.82 mg/dL και ΤΚΕ 10. Διενεργήθηκε υπέρηχος κοιλίας όπου ανεδείχθη ήπια αυξημένων διαστάσεων και φυσιολογικής ηχοδομής χωρίς εστιακές αλλοιώσεις, χοληδόχος κύστη με πάχυνση και οίδημα του τοιχώματος (ευρήματα συμβατά με χολοκυστίτιδα) καθώς και σπληνομεγαλία. Η ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική για περαιτέρω διερεύνηση. Από τον ιολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε λοίμωξη από EBV. Αντιμετωπίστηκε με χορήγηση υγρών και αντιβιοτικής αγωγής, απυρέτησε την 7<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας και εξήλθε την 9<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας ασυμπτωματική.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στη διερεύνηση της οξείας αλιθιασικής χολοκυστίτιδος θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και η λοίμωξη από EBV. Η εμφάνιση επιπλοκών είναι σπάνια και η αντιμετώπιση είναι συντηρητική.

### 387. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ, ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΩ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΣΥΜΒΑΤΑ ΜΕ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Φ. Ματθαίολαμπάκη<sup>1</sup>, Ι. Μάλιος<sup>1</sup>, Α. Παπακυριάκου<sup>1</sup>, Δ. Γαλόπουλος<sup>1</sup>, Α. Δούναβης<sup>2</sup>, Ι. Καρατζάς<sup>3</sup>, Α. Κόκκας<sup>4</sup>, Λ. Κοσμά<sup>4</sup>, Ε. Βενετή<sup>1</sup>, Γ. Μαραθωνίτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», <sup>2</sup>Χειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», <sup>3</sup>Βιοχημικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», <sup>4</sup>Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς που εμφάνισε θρόμβωση πυλαίας, σπληνικής και άνω μεσεντερίου φλέβας με ανάδειξη αντισωμάτων συμβατά με αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο.

**ΥΛΙΚΟ:** Σωτηρία Π. 83 χρόνων με υπέρταση, στεφανιαία νόσο, ΣΔ II υπό δισκία, ΧΑΠ, λήψη Clopidogrel και αντιυπερτασική αγωγή. Παρουσίασε εικόνα αδυναμίας με δύο λιποθυμικά επεισόδια. Από ε/ε αυξημένοι καρκινικοί δείκτες Ca-125 (71,48) Ca-15-3 (40,05). Μαστογραφία αρνητική, άμεσα σταδιοποίηση με αξονική τομογραφία. 24 ώρες αργότερα κοιλιακό άλγος προοδευτικά επιδεινούμενο. Rectal: αρνητική. Όμως διαρροϊκή κένωση με πρόσμιξη ζωηρού κόκκινου αίματος, WBC 18,89, CRP 65,9 D-Dimers 14,64. Από αξονική τομογραφία κοιλιάς: χωρίς οικιαγράφηση πυλαίας φλέβας, ενδοηπατικού κλάδοι και η άνω μεσεντερικός φλέβα εικόνα συμβατή με θρόμβωση. Επιπλέον συμφορημένες έλικες του λεπτού εντέρου πιθανή εικόνα αρχόμενης ισχαιμίας. Από χειρουργική εκτίμηση σύσταση για συντηρητική αντιμετώπιση (λόγω υψηλού κινδύνου ασθενούς). Ίδια αντιμετώπιση προτίμησε και το οικογενειακό περιβάλλον. Επιβεβαίωση θρόμβωσης με MRI αγγειογραφία και triplex σπληνοπυλαίου άξονα. Έναρξη Heparine 30000 IU/24h/5 d. όταν επιτεύχθη APTT 2,5 φορές ανώτερο του φυσιολογικού, διακοπή και έναρξη Enoxaparine 0,6X2/5d. Τη 10<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας έναρξη παρεντερικής διατροφής και «γέφυρα» με αδενοκουμαρόλη με στόχο INR 2-3. Από Triplex σπληνοπυλαίου πιθανή εικόνα επανασυραγγοποίησης. Pet-Scan αρνητικό για ενδεχόμενη κακοήθεια. Από έλεγχο δεικτών ηπκτικότητας ανάδειξη θετικό αντιπηκτικό του λύκου, αντισώματα καρδιολιπίνης και β2-μικροσφαιρίνης. Εικόνα συμβατή με αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, με αρνητικό έλεγχο για ερυθματώδη λύκο ή ρευματοειδή αρθρίτιδα και άγνωστο μαιευτικό ιστορικό. Τρεις μήνες μετά συνεχίζει αδενοκουμαρόλη, στο Triplex πυλαία φλέβα φυσιολογικού εύρους με θρόμβο, πλούσιο παράπλευρο δίκτυο και καλή ροή σπληνικής φλέβας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** η συντηρητική και όχι χειρουργική αντιμετώπιση κατέστη σωτήρια για την ασθενή μας.

**388. ΣΚΟΡΒΟΥΤΟ ΤΟ 2017: ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ε. Τζουγανάτου, Η. Γεωργόπουλος, Α. Μπούμη, Γ. Κρανιδιώτης, Α. Μελιδωνής  
*Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Ζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διατροφική έλλειψη βιταμινών απαντάται κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ ανευρίσκεται σπάνια στον αναπτυγμένο κόσμο, ιδίως σε συγκεκριμένους πληθυσμούς, όπως οι αλκοολικοί ή άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου. Το παρακάτω περιστατικό αφορά μια νεαρή ασθενή που διαγνώστηκε με σοβαρή έλλειψη βιταμίνης C.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 33 ετών προσήλθε λόγω αναφερόμενου θωρακικού άλγους με επίταση στην ύπτια θέση από 5ήμερου. Αναφέρεται, επίσης, από 6μηνου επώδυνο, σταδιακώς επιδεινούμενο, πετεχειώδες εξανθήμα και αυτόματες εκχυμώσεις κάτω άκρων. Επιπλέον, από 3ετίας αναφέρεται περιοδοντιτίδα, σταδιακώς επιδεινούμενη. Από το ατομικό αναμνηστικό προκύπτει παλαιά ενδοφλέβια και per os χρήση ναρκωτικών ουσιών, καθώς και αλκοολισμός (αναφέρει ότι έχει διακόψει τη χρήση ναρκωτικών και οιονοπέυματος από 10ετίας). Αναφέρει, επίσης, ότι λόγω της περιοδοντιτίδας η σίτιση είναι ιδιαίτερα επώδυνη και αναγκάζεται να τρέφεται με μικρές ποσότητες πολτοποιημένης τροφής. Δεν αναφέρει πυρετό. Από την επισκόπηση, η ασθενής είχε όψη πάσχοντος, ήταν απισχνασμένη, με παρουσία πολλαπλών εκχυμώσεων στα κάτω άκρα καθώς και πετεχειώδους εξανθήματος. Από την λοιπή αντικειμενική εξέταση, διαπιστώθηκαν περικαρδιακός ήχος τριβής, καθώς και ευαισθησία στην ψηλάφηση του αριστερού λαγονίου βόθρου χωρίς σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού. Από την εξέταση της στοματικής κοιλότητας διαπιστώθηκε πολλαπλός τερηδονισμός όλων των οδόντων, διαπηγμένα ούλα και φλεγμονή της υπερώας. Υπερηχογραφικά, ανευρέθη μικρή περικαρδιακή συλλογή. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, διαπιστώθηκαν αναιμία ορθόχρωμη-ορθοκυτταρική, υπολευκωματιναιμία, ήπια παράταση INR, φυσιολογικοί δείκτες φλεγμονής, αρνητικά ANA, c-ANCA, p-ANCA, RA test, αρνητικός ιολογικός έλεγχος, αρνητικά αντισώματα για κοιλιοκάκη, φυσιολογικοί παράγοντες πήξης. Λόγω του κοιλιακού άλγους έγινε CT άνω/κάτω κοιλίας η οποία ανέδειξε την παρουσία ελεύθερου υγρού στην κοιλία. Την 4<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας, ανευρέθησαν πολύ χαμηλά επίπεδα ασκορβικού οξέως στον ορό της ασθενούς και τέθηκε η διάγνωση της διατροφικής έλλειψης βιταμίνης C. Η ασθενής τέθηκε σε per os βιταμίνη C με εντυπωσιακή βελτίωση της κλινικής εικόνας, υποχώρηση των εκχυμώσεων και του πετεχειώδους εξανθήματος, βελτίωση της φλεγμονής της στοματικής κοιλότητας και διόρθωση της αναιμίας.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Κατά την εισαγωγή του συγκεκριμένου περιστατικού, η υπόθεση εργασίας ήταν πώς αυτή η κλινική εικόνα θα μπορούσε να αποδοθεί σε κάποιο συστηματικό νόσημα, πιθανότατα μια αγγειίτιδα ή μια ιογενή λοίμωξη. Μετά από προσεκτική μελέτη του ατομικού αναμνηστικού της ασθενούς και ιδίως της αναφερόμενης μειωμένης πρόσληψης τροφής, της παλαιάς κατάχρησης αλκοόλ και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, η διαγνωστική σκέψη προσανατολίστηκε προς μια διατροφική έλλειψη βιταμίνης. Το κλινικό σύνδρομο που προκαλείται από την έλλειψη βιταμίνης C περιλαμβάνει πλήθωρα σημείων και συμπτωμάτων από διάφορα συστήματα με πιο χαρακτηριστικό τις αυτόματες εκχυμώσεις και την φλεγμονή της στοματικής κοιλότητας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το παρόν περιστατικό υπογραμμίζει την ανάγκη προσθήκης των αβιταμινώσεων στην διαφορική διάγνωση, καθώς η κλινική τους συμπτωματολογία μπορεί να μιμείται κάποιο πολυσυστηματικό νόσημα.

**390. ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

Α. Αρναούτης, Δ. Πλιούτα, Ε. Καλογηράτου, Π. Γιαννακόπουλος, Δ. Χαρίτος, Γ. Γιαννόπουλος, Γ. Δημητριάδης

*Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Έρευνας ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η φυματίωση έχει επανέλθει δραματικά στην καθημερινή κλινική πράξη λόγω κυρίως της μετανάστευσης και της χορήγησης ανοσοκατασταλτικής θεραπείας. Το περιτόναιο είναι μία από τις πλέον συχνές εξωπνευμονικές εστίες φυματίωσης. Η φυματιώδης περιτονίτιδα εκδηλώνεται υποδύμενη άλλα νοσήματα με αποτέλεσμα συχνά να καθυστερεί η έγκαιρη διάγνωση της οδηγώντας σε αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού φυματιώδους περιτονίτιδας που εκδηλώθηκε με κλινική εικόνα οξείας κοιλίας

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 29 ετών, ασιατικής καταγωγής, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών της χειρουργικής κλινικής λόγω έντονου κοιλιακού άλγους, εμέτων και υψηλού πυρετού από 5ήμερου. Αντικειμενική εξέταση: διάχυτη κοιλιακή ευαισθησία, παλινδρομη ευαισθησία, αραιοί εντερικοί ήχοι. Η γενόμενη CT κοιλίας ανέδειξε πάχυνση του περιτοναίου και ασκτική συλλογή και ο ασθενής παραπέμφθηκε στην παθολογική κλινική.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Ο ασθενής υπεβλήθη σε βιοψία περιτοναίου υπό CT, η οποία ανέδειξε εικόνα κοκκιωματώδους νεκρωτικής φλεγμονής. Η δοκιμασία Quantiferon ήταν θετική και η PCR του δείγματος ήταν θετική για *Mycobacterium tuberculosis complex*. Ετέθη σε τετραπλή αντιφυματική αγωγή με αποτέλεσμα την κλινική βελτίωσή του, με πτώση του πυρετού και σημαντική υποχώρηση του ασκτικού υγρού. Ο ασθενής επανελέγχθηκε μετά ένα μήνα με πλήρη υποχώρηση του ασκτικού υγρού σε άριστη κλινική κατάσταση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η φυματίωση περιτοναίου πρέπει να είναι στη διαγνωστική σκέψη του κλινικού ιατρού για την έγκαιρη διάγνωση και την αποφυγή άσκοπων χειρουργικών επεμβάσεων.

**389. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**

Ε. Αναστασία<sup>1</sup>, Α. Παπασταύρου<sup>1</sup>, Σ. Φέττα<sup>1</sup>, Α. Γεωργίου<sup>1</sup>, Β. Ζηνιέρη<sup>2</sup>  
*<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Πάφου, <sup>2</sup>Μικροβιολόγος, Γ.Ν. Πάφου*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάλυση περιστατικού με ελονοσία στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου και η πρόσθεση της, στην διαφορική διάγνωση περιστατικών με συμπτώματα τα οποία πληρούν τα επιδημιολογικά στοιχεία καθώς και την συμπτωματολογία αντιλαμβανόμενου την παθόγνεση της ασθένειας.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής, 30 ετών, μόνιμη κάτοικος Αφρικής, εισαγωγή στην παθολογική κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πάφου με εμπύρετο διαρκείας 3 ημερών και πρόσθετα συμπτώματα γαστρεντερικού συστήματος (διαρροϊκές κενώσεις, ναυτία, μετεωρισμό κοιλίας).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διάγνωση της ασθένους με ελονοσία από την κλινική εικόνα, τις σωστές διαγνωστικές μεθόδους, προσθήκη θεραπειάς και τελική ίαση της ασθενούς προ εξιτηρίου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ελονοσία ως μια απομακρυσμένη ασθένεια από τις Ευρωπαϊκές χώρες, αποτελεί μία σημαντική ασθένεια καθώς λόγω της εύκολης διακίνησης μεταξύ των υψηλό (ενδημικές) και χαμηλό κινδύνου χωρών, κρούσματα εμφανίζονται σε μη αναμενόμενες χώρες. Το σημαντικό είναι μέσα από την γνώση, την εμπειρία και την σωστή πορεία θεραπείας τέτοιες ασθένειες να εκρίζονται ή το ελάχιστο να θεραπεύονται.

**391. ΣΥΝΔΡΟΜΟ SWEET ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΣΙΠΡΟΦΛΟΞΑΣΙΝΗ**

Β. Χριστοπούλου<sup>1</sup>, Β. Αναγνώστη<sup>1</sup>, Κ. Ρόκας<sup>1</sup>, Ι. Παναγιωτίδης<sup>2</sup>, Ε. Παπαδαυίδ<sup>3</sup>  
*<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>2</sup>Β' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>3</sup>Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης ασθενούς πάσχοντος από σύνδρομο Sweet μετά από θεραπευτική αγωγή με σιπροφλοξασίνη λόγω ουρολοιμώξης.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής ετών 50 προσήλθε στο τμήμα των επειγόντων του Νοσοκομείου λόγω πυρετού έως 39°C από εβδομάδος και επώδυνου εξανθήματος. Ο ασθενής ανέφερε ότι λόγω προστατίτιδας έλαβε σιπροφλοξασίνη για 25 ημέρες και α-δρενεργικό αποκλειστή. Έγινε διακοπή της λήψης σιπροφλοξασίνης για 5 ημέρες αλλά λόγω επανεμφάνισης δυσουρικών ενочλημάτων έγινε επανέναρξη της αγωγής με σιπροφλοξασίνη και την 4<sup>η</sup> ημέρα ο ασθενής αναφέρει την εμφάνιση του εξανθήματος και πυρετού έως 39°C. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε APL: 131/92 mmHg, σφύξεις: 84/min, SO2: 97% στον αέρα, θ: 37.7°C, αντικειμενική εξέταση: σημειολογία αφυδάτωσης κακουχία, επώδυνο εξανθήματα στα άνω και κάτω άκρα στον τράχηλο και στη μετωποβρεγματική περιοχή. Από την λοιπή αντικειμενική εξέταση χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση Λ:11.350, ουδετερόφιλα: 70%, AMPL: 42000, αύξηση δεικτών φλεγμονής, ΤΚΕ: 90, CRP: 97, ουρία:50, κρ:1.4. Χωρίς άλλα ευρήματα από τον υπόλοιπο βιοχημικό έλεγχο, εσάλλη έλεγχο για λοιμώξεις, καρκινικοί δείκτες, ανοσολογικός έλεγχος που ήταν αρνητικός. CT θώρακος, άνω/κάτω κοιλίας: χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα πλην διόγκωση προσάτιου αδένου. Ο ασθενής προσκομίζει γενική και καλλιέργεια ούρων όπου απομονώθηκε *E.Coli* 70.000 cfu/ml και αντιβιογραμμά. Εκτιμήθηκε από το δερματολογικό τμήμα και έγινε βιοψία του εξανθήματος. Διεκόπη η φαρμακευτική αγωγή με σιπροφλοξασίνη. Έγινε έναρξη αγωγής με δοξυκυκλίνη 100:1x2 και κεφτριαξόνη 2gx1, τοπικά χορηγήθηκαν κορτικοειδή. Η βιοψία δέρματος ανέδειξε στο χόριο μεικτές στρογγυλοκυτταρικές και ουδετεροφιλικές διηθήσεις. Ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση μετά την διακοπή της χορήγησης σιπροφλοξασίνης με ύφεση του πυρετού και σταδιακή υποχώρηση του εξανθήματος. Με βάση τα ανωτέρω κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα στον ασθενή ετέθη η διάγνωση του συνδρόμου Sweet.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ:** Το σύνδρομο Sweet ή οξεία εμπύρετος ουδετεροφιλική δερματοπάθεια, είναι οξεία, συχνά υποτροπιάζουσα δερματική νόσο, η οποία χαρακτηρίζεται από πυρετό, ξαφνική εμφάνιση επώδυνων, οίδηματωνών πλακών και λευκοκυττάρωση. Οι πλάκες με ερυθρό ή ερυθροϊώδες χρώμα, πολλές φορές στο κεντρικό τους τμήμα έχουν λευκοκίτρινο χρώμα. Οι βλάβες εντοπίζονται στο πρόσωπο, τον αυχένα, τα άνω άκρα. Ο ασθενής μας παρουσίασε τέτοιες βλάβες μετωποβρεγματικά και άνω άκρα. Το 12-30% εμφανίζει βλάβες στα κάτω άκρα οι οποίες κλινικά και ιστολογικά προσομοιάζουν με εκείνες του οζώδους ερυθήματος. Ο ασθενής μας παρουσίασε επώδυνες βλάβες στις κνήμες τύπου οζώδους ερυθήματος. Η αιτιολογία του συνδρόμου δεν είναι γνωστή, στην βιβλιογραφία αναφέρονται φαρμακευτικές ουσίες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνισή του. Η σιπροφλοξασίνη φαίνεται να έχει ενοχοποιηθεί επίσης σε ελάχιστες περιπτώσεις. Με βάση τα ανωτέρω ο ασθενής παρουσίασε σύνδρομο Sweet μετά την επαναχορήγηση σιπροφλοξασίνης και με την διακοπή της χορήγησης της ο ασθενής παρουσίασε θεαματική βελτίωση.



### 392. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΑ ΜΕ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ FITZ-HUGH-CURTIS

Σ. Γρηγοροπούλου<sup>1</sup>, Ε. Αγγέλου<sup>1</sup>, Σ. Θεοδώρου<sup>2</sup>, Ν. Οικονομόπουλος<sup>3</sup>, Α. Αντωνιάδου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>2</sup>Γ' Πανεπιστημιακή Γυναικολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>3</sup>Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύνδρομο Fitz – Hugh – Curtis αποτελεί σπάνια (3-10%) επιπλοκή της Φλεγμονώδους νόσου της πυέλου και αποτελεί αίτιο οξέος κοιλιακού άλγους. Η Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου οφείλεται σε λοίμωξη των έσω γεννητικών οργάνων κατά κανόνα του θήλεος συνήθως από χλαμύδια (*Chlamydia trachomatis*) ή γονόκοκκο (*Neisseria gonorrhoeae*), ενώ έχουν περιγραφεί και περιπτώσεις που οφείλονται σε λοίμωξη από *Gardnerella*, *Bacteroides*, *E.coli* και *Streptococcus*.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μελέτη περίπτωσης ασθενούς με σύνδρομο Fitz – Hugh – Curtis σε έδαφος Φλεγμονώδους νόσου της πυέλου οφειλόμενης σε επιβεβαιωμένη λοίμωξη από *Trichomonas Vaginalis*.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα, 21 ετών, με έντονη ευαισθησία σε δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα, από το επιγάστριο έως το δεξί υποχόνδριο, και επέκταση στη ράχη σύστοιχα, αρχόμενη από τετραμήρου, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε εκσεμασμένη αύξηση των δεικτών φλεγμονής, χωρίς λευκοκυττάρωση. Ο υπερηχογραμφικός έλεγχος της κοιλίας ανέδειξε συλλογή υγρού περιηπατικά και μεταξύ των εντερικών ελίκων του δεξιού λαγόνιου βόθρου. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε ηπατομεγαλία, ανομοιογένεια του ηπατικού παρεγχύματος και φλεγμονή της ηπατικής κάψας. Η καλλιέργεια ενδοτραχηλικού εκκρίματος απέβη θετική για *Trichomonas Vaginalis*.

**ΑΠΟΤΕΛΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής αντιμετωπίστηκε ως Περιηπατίτιδα (Fitz – Hugh – Curtis) από ενδοπυελική φλεγμονή και έλαβε αντιμικροβιακή αγωγή, αρχικά, εμπειρικά με κεφτριαζόνη, μετρονιδαζόλη και δοξκυκλίνη και, ακολούθως, στοχευμένη έναντι τριχομονάδας με μετρονιδαζόλη, με αποτέλεσμα άμεση και ταχεία βελτίωση της κλινικής της εικόνας, χωρίς ανάπτυξη επιπλοκών. Κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή εδότη και στο σύντροφο αυτής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** (1) Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση του οξέος κοιλιακού άλγους, ιδίως, στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. (2) Η λοίμωξη από τριχομονάδα σπάνια μπορεί να προκαλέσει φλεγμονώδη νόσο της πυέλου. (3) Η περιηπατίτιδα συχνά συνοδεύει την ενδοπυελική φλεγμονή και πρέπει να αναζητάται η διάγνωση της στις επιβεβαιωμένες περιπτώσεις προκειμένου να παρακολουθούνται τυχόν επιπλοκές.

### 394. ΣΤΑΓΟΝΟΕΙΔΕΣ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΣΕ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Χ. Λιάκου<sup>1</sup>, Α. Λιάκου<sup>2</sup>, Γ. Πολυχρονόπουλος<sup>3</sup>, Π. Σκανδαλάκης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Γενική, Μαιευτική, Γυναικολογική Κλινική «Μητέρα», <sup>2</sup>Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», <sup>3</sup>Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενός σταγονοειδούς εξανθήματος σε οροθετικό ασθενή.

**ΥΛΙΚΟ:** Κλινικό περιστατικό

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής άρρεν ετών 31 με καταγωγή από την Γκάνα, με γνωστό ιστορικό HIV, προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία με κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, το οποίο αρχικά εμφανίστηκε προ διμήνου στον κορμό. Ο ασθενής αναφέρει ότι το εξάνθημα συνέχισε να εξαπλώνεται στις παλάμες και τα πόδια, ενώ δεν αναφέρει συμμετοχή βλεννογόνων ή στην περιοχή των γεννητικών οργάνων ή της πυέλου. Από το ατομικό αναμνηστικό είχε διαγνωσθεί με σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας προ δεκαετίας και λαμβάνει abacavir/zidovudine/lamivudine, nevirapine, πολυβιταμίνες και αντιφλεγμονώδη για μυοσκελετικά άλγη. Κλινικά το εξάνθημα έχει κηλίδες βλατίδες μικρότερες του ενός εκατοστού, ανώδυνες, ξηρές, χωρίς αίσθημα καύσου ή κνησμού. Αρχικά το εξάνθημα θεωρήθηκε λοιμώδες, και συγκεκριμένα συστηματική μυκητίαση. Καλλιέργειες αίματος, αντιγόνο ασπεργίλλου, βίτα γλυκάνη τα οποία εστάλησαν, ήταν αρνητικά, εξέταση για σύφιλη αρνητική. CD4+ T-cell: 278 cells/μl. Έγινε οσφουονταία παρακέντηση η οποία περιείχε 5 κύτταρα, ενώ τα αντιγόνα για κρυπτόκοκκο και εξέταση για φυματίωση ήταν αρνητικά. Μετά την απόκλιση του λοιμώδους αίτιου, ένας δερματολόγος κλήθηκε και ο ασθενής διεγνώσθη με σταγονοειδή ψωρίαση.

**ΑΠΟΤΕΛΣΜΑΤΑ:** Η σταγονοειδής ψωρίαση είναι μια οξεία εξάνθημα σε νεαρούς ενήλικες χωρίς ιστορικό. Συνήθως ακολουθεί λοιμώξεις όπως σταφυλοκοκκική φαρυγγίτιδα. Οι αλλοιώσεις της σταγονοειδούς ψωρίασης είναι μικρότερες του ενός εκατοστού δίκην σταγόνες. Για την παράδοση εμφάνιση σταγονοειδούς ψωρίασης σε ασθενείς με HIV έχουν προταθεί πολλοί μηχανισμοί όπως η αύξηση κυτοκινών που επάγουν την αύξηση της επιδερμίδας, αυξημένη αποίκηση από χρυσίζων σταφυλόκοκκο και μείωση των κυτάρων Langerhans στο δέρμα. Η διάγνωση είναι κλινική και επιβεβαιώνεται με βιοψία.

### 393. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΟΘΡΟΜΒΩΣΗ

Σ. Βασιλειάδη, Π. Μακρυνικόλα, Π. Ασλανίδη, Α. Τζουμάνη, Β. Τζαβάρα  
Γ' Παθολογική Κλινική, 'Κοργιαλένιο-Μπενάκειο' Ν.Ε.Ε.Σ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή περιστατικού με κοιλιοκάκη η οποία διέλεθε της διάγνωσης οπότε και ο ασθενής εκδήλωσε εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση ως εκδήλωση της νόσου Άνδρας 33 χρόνων προσέρχεται στα επείγοντα ιατρεία λόγω εμφάνισης οιδήματος αριστερού άνω άκρου από τριήμερου με συνοδό εμπύρετο.

Από δεκαήμερου εμφανίζει άλγος στον τράχηλο με επέκταση προοδευτικά στο αριστερό άνω άκρο. Αναφέρει απώλεια βάρους (περίπου δεκαπέντε κιλά) το τελευταίο δίμηνο και χρόνια διαρροϊκό σύνδρομο από δύο έτη. Στο διάστημα αυτό είχε υποβληθεί σε πολλαπλούς εργαστηριακούς ελέγχους, σε αξονική τομογραφία κοιλίας και σε κολονοσκόπηση χωρίς να ανευρεθεί κάποιο παθολογικό αίτιο παρά μια ήπια αναμία. Υποβλήθηκε σε αξονικής τομογραφίας τραχήλου και θώρακος όπου αναδείχθηκε εικόνα θρόμβωσης έσω/έξω σφαγίτιδας και υποκλειδίου φλέβας αριστερά, οπότε και τέθηκε σε αντιπηκτική αγωγή

Στα πλαίσια της διερεύνησης της απώλειας βάρους και του χρόνιου διαρροϊκού συνδρόμου, υπεβλήθη σε γαστροσκόπηση όπου αναδείχθηκε εικόνα συμβατή με κοιλιοκάκη που επιβεβαιώθηκε από τον έλεγχο των αντισωμάτων (αντισώματα έναντι ιστικής τρανσγλουταμίνωσης, γλοιοανδίνης και ενδομυϊκού IgA και IgG θετικά). Ο ασθενής ετέθη σε δίαιτα ελεύθερης γλουτένης και σε αντιπηκτική αγωγή με σημαντική βελτίωση της συμπτωματολογίας και της κλινικής εικόνας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα θρομβωτικά επεισόδια αποτελούν μια ασυνήθη εκδήλωση της κοιλιοκάκης και πιθανόν συσχετίζονται με αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης ή άλλων θρομβωτικών παραγόντων. Προφανώς στο περιστατικό αυτό η νόσος διέλαθε τουλάχιστον δύο χρόνια με αποτέλεσμα να κινητοποιηθούν μηχανισμοί που οδήγησαν σε αυτή την εκδήλωση

### 395. ΒΑΡΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΜΕΤΑΦΟΡΜΙΝΗΣ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Τζουγανάτου, Η. Γεωργόπουλος, Ν. Βόλης, Λ. Μπούμη, Γ. Κρανιδιώτης, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η γαλακτική οξέωση είναι μια συχνή κατηγορία μεταβολικής οξέωσης με αυξημένο χάρσμα ανιόντων. Συνήθως απαντάται σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, με υπόταση, οξεία παγκρεατίτιδα, εντερική ισχαιμία ή σπητική καταπληξία, ενώ σπανιότερα είναι φαρμακευτικής αιτιολογίας. Από τα σκευάσματα που έχουν ενοχοποιηθεί, κλασική κατηγορία θεωρούνται τα διγουανίδια. Παράκατω περιγράφεται ένα περιστατικό με γαλακτική οξέωση σε ασθενή που ελάμβανε μετοφορμίνη.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 60 ετών προσήλθε λόγω ανεύρεσης αυξημένων τιμών ουρίας-κρεατινίνης σε εξωτερικό έλεγχο. Από 15ήμερου αναφέρει 5-6 διαρροϊκές κενώσεις/ημέρα χωρίς πρόσμιξη αίματος πύου ή βλέννης. Από 3ημέρου αναφέρονται έμετοι, αδυναμία per os ενυδάτωσης και ένα μεμονωμένο πυρετικό κύμα έως 38C, ενώ από 2ωρου αναφέρει έντονη δύσπνοια. Από το ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς προκύπτει σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 υπό αγωγή με συνδυασμό μετοφορμίνης/βιταγλιπτίνης. Στο ΤΕΠ ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, είχε όμως έντονη ταχύπνοια και όψη πάσχοντος. Από την κλινική εξέταση δεν προέκυψε κάποιο παθολογικό εύρημα. Από τα αέρια αίματος και τον εργαστηριακό έλεγχο εισαγωγής ανευρέθη βαρύτητα μεταβολική οξέωση με pH: 6.9, Lac: 15, HCO3: 5 οξεία νεφρική ανεπάρκεια και εκσεμασμένη λευκοκυττάρωση. Από τον υπέρηχο νεφρών-ουρητήρων-κύστεως απεκλείστη η μετανεφρική αιτιολογία της ΟΝΑ. Ο ασθενής υπεβλήθη επείγοντως σε συνεδρία τεχνητού νεφρού η οποία δεν βελτίωσε την κλινική και αεριομετρική εικόνα και λόγω επαπειλούμενου καρδιοαναπνευστικού arrest κρίθηκε απαραίτητη η ενδοτραχειακή διασωλήνωση του και η μεταφορά του στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όπου τέθηκε αμέσως σε συνεχή φλεβοφλεβική αιμοδιαδιήθηση. Ο ασθενής σταδιακά εμφάνισε βελτίωση της οξέωσης και αποκατέστησε νεφρική λειτουργία, γεγονός που επέτρεψε την διακοπή της συνεχούς φλεβοφλεβικής αιμοδιαδιήθησης και τον σταδιακό απογαλακτισμό του από τον αναπνευστήρα. Σημειώνεται ότι από τον απεικονιστικό έλεγχο και τις καλλιέργειες βιολογικών υλικών δεν διαπιστώθηκε εστία λοίμωξης, ούτε παθολογικός μικροοργανισμός. Το διαρροϊκό σύνδρομο υπέθη πλήρως κατά την νοσηλεία και μετά από ενδοσκοπικό έλεγχο δεν ανευρέθη προφανής αιτία αυτού. Ο ασθενής εξήλθε με φυσιολογική νεφρική λειτουργία και φυσιολογικά επίπεδα γαλακτικού οξέος και παραμένει ελεύθερος συμπτωμάτων και νόσου έως σήμερα.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η διάγνωση εισόδου ήταν σοβαρή γαλακτική οξέωση και οξεία νεφρική ανεπάρκεια σε έδαφος διαρροϊκών και εμέτων και παράλληλης λήψης μετοφορμίνης. Από το ιστορικό απεδείχθη ότι ο ασθενής είχε λάβει τα αντιδιαβητικά του δισκία παρά τα γαστρεντερικά συμπτώματα ακόμα και την ημέρα της προσέλευσής του στο νοσοκομείο, δηλαδή σε έδαφος προφανώς επηρεασμένης νεφρικής λειτουργίας. Αρχικά, δεν μπορούσε να αποκλειστεί η πιθανότητα συνύπαρξης σοβαρής σήψης η οποία όμως δεν επιβεβαιώθηκε παρά τον εκτενή έλεγχο, ενώ το αυξημένο γαλακτικό οξύ δεν μπόρεσε να αποδοθεί ούτε σε πιθανή υπόταση καθώς ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το παραπάνω περιστατικό καταδεικνύει ότι ακόμα και ένα πολύ αποτελεσματικό και ασφαλές φάρμακο όπως η μετοφορμίνη, εάν δοθεί σε συνθήκες οξείας νεφρικής ανεπάρκειας και ιστικής υποξίας μπορεί να οδηγήσει σε απειλητική για την ζωή γαλακτική οξέωση.

**396. ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ: ΕΠΙΠΛΟΙΚΗ ΑΠΟΦΥΣΙΤΙΔΑ**

Χ. Νίχλος<sup>1</sup>, Χ. Βαδάλα<sup>1</sup>, Ε. Αντύπα<sup>2</sup>, Σ. Τσολάκη<sup>2</sup>, Ι. Θάνου<sup>2</sup>, Σ. Τσιπιλής<sup>1</sup>, Α. Σκουτέλης<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Ε' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι επιπλοϊκές αποφύσεις είναι περιτοναϊκές προσεκβολές που περιέχουν λίπος και αγγεία και βρίσκονται κατά μήκος των κοιλικών ταινιών του παχέος εντέρου. Η φλεγμονή τους αποτελεί σπάνιο αίτιο οξέος κοιλιακού άλγους που μιμείται οξείες χειρουργικές παθήσεις ενώ έχει αυτοπεριοριζόμενη πορεία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή περίπτωσης επιπλοϊκής αποφυσίτιδας με έμφραση στη σημασία της σωστής διάγνωσης για τους περαιτέρω χειρισμούς.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας 60 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω οξέος κοιλιακού άλγους στη δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα από 4ημέρου, με σταδιακή επιδείνωση. Το περιστατικό ξεκίνησε μετά από σωματική κόπωση, ενώ δεν συνοδεύεται από πυρετό, ναυτία, εμέτους ή διαταραχές κενώσεων. Κλινικά παρατηρήθηκε αναπηδώσα ευαισθησία στο δεξιό λαγόνιο βόθρο χωρίς κοιλιακή σύσπαση, με φυσιολογικούς εντερικούς ήχους. Η γενική αίματος ήταν φυσιολογική και οι δείκτες φλεγμονής χαμηλοί. Η CT κοιλίας απεικόνισε ασαφιοποίηση του μεσεντερίου κυτταρολιπώδους ιστού με μη ειδικούς χαρακτήρες δεξιά παρακολικά. Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος ανέδειξε στην περιοχή του μεγίστου άλγους μια μη συμπίεσιμη υπερηχοηγή μάζα ανομοιογενούς σύστασης με ηχογένεια λιπώδους ιστού, η οποία, κατόπιν χορηγήσεων ενισχυτή ηχογένειας, παρουσίασε αυξημένη πρόσληψη με μικρή ταινιοειδή έλλειψη πρόσληψης στην κεντρική μοίρα. Με βάση τα υπερηχογραφικά, κλινικά και παρακλινικά ευρήματα τέθηκε η διάγνωση της επιπλοϊκής αποφυσίτιδας και ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ΜΣΑΦ. Η συμπτωματολογία του υποχώρησε σε δύο ημέρες, ενώ ένα μήνα μετά υποχώρησαν τα υπερηχοτομογραφικά ευρήματα. Έξι μήνες αργότερα δεν ανέφερε υποτροπή των συμπτωμάτων του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διάγνωση της επιπλοϊκής αποφυσίτιδας μπορεί να διαφύγει λόγω της σπανιότητας της, της έλλειψης ειδικών κλινικών χαρακτηριστικών και της μη υποψίας της από τους επαγγελματίες υγείας. Εντούτοις είναι απαραίτητο να τίθεται στη διαφορική διάγνωση οξέος κοιλιακού άλγους προς αποφυγή χρήσης αντιβιοτικών και μη απαραίτητων απεικονιστικών μεθόδων ή χειρουργικών επεμβάσεων.

**398. ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ, ΩΣ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΕΥΡΗΜΑ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

Χ. Γιαννόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Αλεξίου<sup>1</sup>, Γ. Μαϊκάντης<sup>1</sup>, Α. Ιωάννου<sup>1</sup>, Ο. Τασοβί<sup>1</sup>, Θ. Λάμπρου<sup>1</sup>, Μ. Κουπετέρη<sup>1</sup>, Ε. Σκούρα<sup>1</sup>, Δ. Παπαδέλη<sup>2</sup>, Σ. Συμπάρδη<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ως περιφερική ηωσινοφιλία ορίζεται η παρουσία >500/cm<sup>3</sup> ηωσινοφίλων στο περιφερικό αίμα και ταξινομείται: 1) Ποσοτικά σε: ήπια (ηωσινοφιλα 500-1500/cm<sup>3</sup>), μέτρια (1500-5000/cm<sup>3</sup>) και σοβαρή (>5000/cm<sup>3</sup>) 2) Παθοφυσιολογικά σε μη κλωνική (αντιδραστική) και σε κλωνική. Αίτια περιφερικής ηωσινοφιλίας αποτελούν αλλεργικές και φαρμακευτικές αντιδράσεις, παρασιτώσεις, κολλαγνώσεις και αιματολογικές κακοήθειες. Σπάνια παρατηρείται αντιδραστική ηωσινοφιλία στα πλαίσια νεοπλασματικής νόσου συμπλεγούς οργάνου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης μετρίου βαθμού ηωσινοφιλίας σε ασθενή με μετασταστικό αδενοκαρκίνωμα στομάχου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας 79 ετών νοσηλεύθηκε λόγω άτυπων ενοχλημάτων, ανορεξίας από εξαμήνου και περιφερικής ηωσινοφιλίας. Ατομικό αναμνηστικό: αρτηριακή υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή, γαστρεκτομή (Billroth II) προ 40 ετίας λόγω γαστρικού έλκους. Κλινικά: ευαισθησία δεξιού υποχονδρίου, ηπατομεγαλία. Εργαστηριακός έλεγχος: ήπια ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, ηωσινοφιλία (2600/cm<sup>3</sup>), ήπια επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία. Απεικονιστικός έλεγχος: Υπερηχογράφημα άνω κοιλίας: πολλαπλές υπόηχες αλλοιώσεις στο ηπατικό παρέγχυμα. Αξονική τομογραφία θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας: ήπια λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου, πολλαπλές υπόηχες αλλοιώσεις ηπατικού παρέγχυματος, ήπια πυλαία λεμφαδενοπάθεια. Ενδοσκοπικός έλεγχος: Γαστροσκόπηση: ελκωτική βλάβη στα γείλη της αναστόμωσης. Κολonosκόπηση: χωρίς μείζονα βλάβη. Ποσοτικός προσδιορισμός IgE εντός φυσιολογικού εύρους, παρασιτολογικές κοπράνων αρνητικές, mantoux αρνητική, αντιχονοκκικά και αντιαιμοβιδικά Ab =αρνητικά, ανοσολογικός έλεγχος=αρνητικός. Μυελόγραμμα: φυσιολογική ωρίμανση και των τριών σειρών. Ιστολογική εξέταση ελκωτικής βλάβης στομάχου: αδενοκαρκίνωμα μέτριας διαφοροποίησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ηωσινοφιλία παρέμεινε σταθερή παρά την χορηγηθείσα κορτιζονοθεραπεία. Λόγω του ανεγχείρητου της νόσου ο ασθενής παραπέμφθηκε σε ογκολογική κλινική.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ηωσινοφιλία στο περιφερικό αίμα αποτελεί ένα σχετικά σπάνιο εύρημα στην καθημερινή κλινική πράξη, αλλά είναι στοιχείο που χρήζει ενδελεχούς διερεύνησης. Η άμεση αναζήτηση του αιτιολογικού παράγοντα και ο περιορισμός αυτής πριν εγκατασταθούν ιστικές βλάβες αποτελούν βασικά βήματα στη θεραπευτική παρέμβαση.

**397. ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΥΡΟΣΥΦΙΛΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ν. Παπανικόλα, Σ. Μιχαλέα, Μ. Καραμπέλη, Γ. Τσεκές, Β. Τζαβάρα  
*Γ' Παθολογική Κλινική, 'Κοργιαλένιο-Μπενάκειο' Ν.Ε.Ε.Σ.*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή ασθενή με νευροσύφιλη, στον οποίο η διάγνωση ετέθη με σημαντική καθυστέρηση.

Άνδρας 47 ετών, πρώην ναυτικός, διακομίσθηκε λόγω πυρετικής κίνησης από ωρών. Παράλληλα αναφέρονται, από αρκετών εβδομάδων, προοδευτικά επιδεινούμενη σύγχυση, ακατάληπτη ομιλία, έντονος τρόμος και αδυναμία βάδισης.

Ατομικό αναμνηστικό: σταδιακά επιδεινούμενες διαταραχές λόγου από 4ετίας, απόπειρες αυτοκαταστροφής από 15μήνου και έκτοτε έντονες ψευδαισθήσεις και ψυχοκινητική διέγερση. Έχει νοσηλευτεί σε Νευρολογική και Ψυχιατρική Κλινική και αντιμετωπίζεται με αντιψυχωσικά φάρμακα. Παρά την αγωγή η κατάσταση επιδεινώνεται, ενώ από μνημών έχει εμφανιστεί προοδευτικά επιδεινούμενος τρόμος που αποδόθηκε σε φαρμακευτικό παρκινσονισμό, αλλά δεν βελτιώθηκε με την ενδεικνυόμενη αγωγή. Κλινική εξέταση: θ=37,4°C, σύγχυση, διέγερση, κόρες ισομεγέθεις – αντιδρώσες, εγκεφαλικές συζυγίες κ.φ., αυξημένα οστεοτενόντια, έκδηλη εξωπυραμιδική σημειολογία (έντονη γενικευμένη υπερτονία, τρόμος, οδοντωτός τροχός), τετρακινητικός αλλά με αδυναμία βάδισης λόγω της εξωπυραμιδικής συνδρομής.

Έγινε ΟΝΠ όπου διαπιστώθηκε λεμφοκυτταρική μηνιγγίτιδα (κύτταρα 54 /μL – 80% λεμφοκύτταρα, λεύκωμα 53 mg/dL, σάκχαρο φυσιολογικό). Ο ορολογικός έλεγχος στον ορό και το ΕΝΥ ήταν θετικός για σύφιλη . Η MRI εγκεφάλου ανέδειξε εγκεφαλική ατροφία. Ετέθη η διάγνωση όψιμης νευροσύφιλης και χορηγήθηκε κρυσταλλική πενικιλίνη για 21 ημέρες. Παρά την αποκατάσταση του ΕΝΥ (φυσιολογικά κύτταρα και λεύκωμα) και την ορολογική ανταπόκριση, παρατηρήθηκε μικρή μόνο κλινική βελτίωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η σπανιότητα της νόσου και η ατυπία των εκδηλώσεων μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρημένη διάγνωση με επακόλουθη δυσμενή πρόγνωση. Σε ανεμνηστού νευροψυχιατρική συμπτωματολογία θα πρέπει να γίνεται έλεγχος για νευροσύφιλη.

**399. ΣΥΝΔΡΟΜΟ MILK-ALKALI ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗ ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ**

Μ. Μπαχλιτζανάκη, Κ. Διακάκη, Μ. Νησωτάκη, Ε. Μαρολαχάκη, Γ. Ανδρουλάκη  
*Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρεθύμνου*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού με εκσεσημασμένη υπερασβεστιαμία και οξεία εγκατάσταση νευρολογικής σημειολογίας μετά από πρόσφατη θυρεοειδεκτομή (διατηρήθηκαν παραθυρεοειδείς) και θεραπεία υποκατάστασης με ασβέστιο.

**ΑΣΘΕΝΗΣ:** Ασθενής 64 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, Αρτηριακής Υπέρτασης, λέμφωμα Hodgκίντρο 18ετίας και θυρεοειδεκτομής προ 15μήνου, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιώμενη αίσθηση αδυναμίας και ζάλης-αστάθειας από ωρών. Προσκομίζει πρόσφατο εργαστηριακό έλεγχο με φυσιολογική τιμή ασβεστίου ορού. Από τη φυσική εξέταση διαπιστώνεται αδυναμία στήριξης σε καθιστή και όρθια θέση και βραδυψυχισμός χωρίς παθολογική σημειολογία από τα λοιπά συστήματα. Ο βασικός εργαστηριακός έλεγχος που διενεργήθηκε ανέδειξε ήπια υπονατρίαμία και φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Από την αξονική τομογραφία εγκεφάλου διαπιστώθηκε ήπια διάταση του κοιλιακού συστήματος καθώς και ατροφία παρεγκεφαλίδας, ευρήματα που προϋπήρχαν και διενεργήθηκε οσφουοντιαία παρακέντηση (φυσιολογικές τιμές εγκεφαλονωτιαίου υγρού).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Λίγες ώρες μετά την εισαγωγή της η ασθενής εμφάνισε επιδείνωση της νευρολογικής σημειολογίας, οξεία νεφρική βλάβη και μεταβολική αλκάλωση ενώ διαπιστώθηκε υπερβολικά αυξημένη τιμή ασβεστίου ορού (18mg/dl). Στα πλαίσια της διερεύνησης ανευρέθη χαμηλή βιταμίνη Dκαι μηδενική παραθορμόνη. Αποκλείστηκαν οστικές μεταστάσεις, υποκείμενη κακοήθεια, λήψη θειαζιδικών διουρητικών και θυρεοτοξίκωση. Έγινε διακοπή λήψης συμπληρώματος ασβεστίου και η ασθενής έλαβε ενυδάτωση και διουρηση με άμεση κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κλινικοεργαστηριακή εικόνα, το ιστορικό και η πορεία της ασθενούς συνάδει με την κλασική τριάδα του συνδρόμου milk-alkali (υπερασβεστιαμία, νεφρική ανεπάρκεια και μεταβολική αλκάλωση) που αποτελεί σήμερα την 3<sup>η</sup> αιτία εμφάνισης υπερασβεστιαμίας μετά τον υπερπαραθυρεοειδισμό και τις κακοήθειες. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου περιστατικού αφορούν την οξεία εγκατάσταση του συνδρόμου, την υπερβολικά υψηλή τιμή του ασβεστίου ορού καθώς και τη μηδενική τιμή παραθορμόνης.

## 400. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Μ. Λουκά, Α. Ιωάννου, Β. Κουτσουρούμπη, Μ. Μπαχλιτζανάκη, Μ. Ζενιώδη  
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ρεθύμνου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης νέας γυναίκας με λευκωματουρία νεφρωσικού επιπέδου και φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

**ΑΣΘΕΝΗΣ:** Πρόκειται για γυναίκα 44 ετών χωρίς αξιοσημείωτο ιστορικό που νοσηλεύτηκε για διερεύνηση γαστρεντερικών ενοχλημάτων από διμήνου με συνοδό λευκωματουρία 5g/24ωρο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην αρχική εκτίμηση παρουσιάζε καλή γενική κατάσταση και από την κλινική εξέταση εμφανίζει μόνο ηπατομεγαλία. Εκτός από την λευκωματουρία, ο αρχικός έλεγχος ανέδειξε υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία Hb:11.3g/dl, θρομβοκυττάρωση, αυξημένη ΤΚΕ, αύξηση ηπατικών ενζύμων χολοστατικού τύπου και υπογαμμασφαιριναιμία. Η νεφρική λειτουργία ήταν φυσιολογική.

Η κυρία είχε υποβληθεί πριν την εισαγωγή της σε υπερηχογράφημα κοιλίας το οποίο ανέδειξε εκσεσημασμένη διόγκωση του ήπατος με υπερηχογενείς εστίες ύποπτες για δευτεροπαθείς εντοπίσεις. Η διερεύνηση της λευκωματουρίας και ηπατομεγαλίας κατευθύνθηκε αρχικά προς τον αποκλεισμό νεοεξεργασίας συμπαγούς οργάνου με συνοδό σπειραματονεφρίτιδα. Ωστόσο, ο έλεγχος του πεπτικού, πνευμόνων, μαστών και γεννητικού συστήματος δεν ανέδειξε νεοεξεργασία. Επίσης δεν επιβεβαιώθηκε η υποψία σπειραματονεφρίτιδας. Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Η ηπατομεγαλία με διάχυτη προσβολή του ήπατος επιβεβαιώθηκε με αξονική και μαγνητική τομογραφία. Λόγω της αναιμίας, λευκωματουρίας νεφρωσικού επιπέδου και ηπατικής προσβολής, ετέθη η υποψία της αμυλοειδώσεως. Αναζητήθηκε η ύπαρξη παραπροτεϊνικού κλάσματος και αναδείχθηκε η παρουσία ελεύθερων αλυσών στα ούρα. Ο λόγος κ/λ αλυσών ήταν παθολογικός. Επιπλέον, έγινε υπερηχογράφημα καρδιάς που ανέδειξε πάχυνση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος.

Έγινε προσπάθεια τεκμηρίωσης της διάγνωσης με βιοψία λιπώδους ιστού που ήταν μη διαγνωστική. Λόγω του υψηλού κινδύνου αιμορραγίας η ασθενής δεν υπεβλήθη σε βιοψία ήπατος ή νεφρού.

Η βιοψία του μυελού των οστών ανέδειξε την παρουσία εξωκυττάρου υλικού που ήταν θετικό στη χρώση Congo-Red και επιβεβαίωσε τη διάγνωση της πρωτοπαθούς αμυλοειδώσεως με ηπατική, νεφρική, καρδιακή προσβολή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πρωτοπαθής αμυλοειδωση μπορεί να εμφανιστεί σε μικρότερη ηλικία από τις αναμενόμενες. Η νεφρική λειτουργία μπορεί να παραμείνει φυσιολογική παρά την προσβολή του νεφρού.

## 402. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΜΕ ΜΟΝΑΔΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΟ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ

Μ. Παππά, Θ. Τζίμας, Ε. Θεοδώρου, Γ. Γερασιμίδης, Η. Λιάππη  
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστό ότι για τη διάγνωση της πνευμονικής εμβολής τα κλινικά σημεία δεν βοηθούν ιδιαίτερα, ενώ δεν υπάρχουν συμπτώματα με ευαισθησία πάνω από 80%. Περιγράφουμε την περίπτωση ενός ασθενούς που προσήλθε στο νοσοκομείο μας με υψηλό πυρετό από δεκαήμερο χωρίς άλλα κλινικά σημεία και συμπτώματα.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ένας 67χρονος ασθενής προσέρχεται στο νοσοκομείο για υψηλό πυρετό από δεκαήμερο. Προηγούμενος νοσηλεύθηκε για 2 ημέρες σε άλλο νοσοκομείο από το οποίο εξήλθε οικειοθελώς. Στο προηγούμενο ιστορικό του αναφερόταν ΣΔ τύπου 2 και αρτηριακή υπέρταση από 10ετίας, δυσλιπιδαιμία, υπερουριαιμία και υποθυρεοειδισμός. Η γενική του κλινική κατάσταση ήταν καλή, ενώ εμφανίζε πυρετό 38,6C, χωρίς δύσπνοια, βήχα, ταχύπνοια ή άλλα συμπτώματα. Παρουσίαζε ταχυκαρδία (100σφ/λεπτό), αρρυθμία με έκτακτες κολπικές συστολές και LBB(προϋπάρχον). Η ακτινογραφία θώρακος δε παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα ενώ η καλλιέργεια ούρων και αίματος από το προηγούμενο νοσοκομείο δεν είχαν θετικοποιηθεί. Από τα αέρια αίματος διαπιστώθηκαν υποξυγοναιμία (PO<sub>2</sub>=64%), υποκαπνία (PCO<sub>2</sub>=22%) και αλκάλωση με Ph=7,544 και HCO<sub>3</sub>=19,3. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένα D-DIMERS. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε CTA των πνευμονικών αρτηριών που ανέδειξε ελλείμματα πλήρωσης στο τελικό τμήμα της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας και σε κεντρικούς της κλάδους για τον δεξιό κάτω λοβό συμβατά με παρουσία ενδοαυλικών θρόμβων.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Συζητούνται η σημασία της κλινικής εικόνας, της αξιολόγησης της κλινικής πιθανότητας, του ρόλου των d-dimers και του απεικονιστικού ελέγχου για τη διάγνωση της πνευμονικής εμβολής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πνευμονική εμβολή μπορεί να εμφανιστεί χωρίς σοβαρά συμπτώματα και σημεία, όπως πχ μόνο με πυρετό. Ο αλγόριθμος της διαγνωστικής προσέλασης δεν πρέπει να αμελεί τις εξετάσεις εκείνες που παρά την ύπαρξη χαμηλής πιθανότητας μπορούν να κατευθύνουν στη διάγνωση και τη θεραπεία.

## 401. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΤΥΠΟΥ MALT ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑΣ

Β. Χριστοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Κ. Μητσόκαλης<sup>1</sup>, Χ. Μάλλη<sup>1</sup>, Π. Κατσιμπιρί<sup>2</sup>, Ι. Παναγιωτίδης<sup>3</sup>, Π. Φούκας<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>2</sup> Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>3</sup> Β' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με σύνδρομο Sjogren (SS) και ανάπτυξη γαστρικού λεμφώματος τύπου MALT και αυτοάνοσης γαστρίτιδας.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής ετών 63 προσήλθε σε ημέρα γενικής εφημερίας του Νοσοκομείου λόγω κοιλιακού άλγους από 10μήνου. Προσκομίζει εργαστηριακό έλεγχο καθώς και μεσολόγραμμα, οστεμελική βιοψία, CT θώρακος και κοιλίας, γαστροσκόπηση και βιοψία στομάχου, εκ των οποίων αναδεικνύονται σαν κύρια ευρήματα λεμφαδένες μεσεντερίου και γαστρίτιδα. Ατομικό αναμνηστικό: αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή ολμεσαρτάνη και υπερλιπιδαιμία υπό εζετιμίπη/σιμβαστατίνη. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ΑΠ: 120/70 mmHg, So<sub>2</sub>: 98%, σφύξεις 85/min, θ:36,6°C, χωρίς ανεύρεση παθολογικών ευρημάτων από την εξέταση της κοιλίας του αναπνευστικού και ακρόαση της καρδιάς. Η ασθενής παρουσίαζε ήπια ευαισθησία των ΜΚΦ αρθρώσεων άμφω, σαχναλγία, αμυωδίες άνω άκρων και επιπλέον αναφέρε απώλεια βάρους και εφιδρώσεις. Α/α θώρακος κφ, ΗΚΓ:κφ. Χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα από τον αιματολογικό και τον βιοχημικό έλεγχο, ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε θετικά ANA:1/640. Η ασθενής υποβλήθηκε σε επαναληπτικό έλεγχο με CT κοιλίας στην οποία επανελέγχονται οι μεσεντέριοι λεμφαδένες χωρίς μεταβολή και γαστροσκόπηση στην οποία βρέθηκε ατροφία του βλεννογόνου και η βιοψία στομάχου ανέδειξε, αυτοάνοση γαστρίτιδα, γαστρικό λέμφωμα τύπου MALT καθώς και την ανεύρεση μικροοργανισμών *H. pylori*. Επίσης η ασθενής λόγω ξηροφθαλμίας υποβλήθηκε σε Schirmer test το οποίο ήταν θετικό και λόγω ξηροστομίας σε βιοψία χείλους η οποία ανέδειξε σύνδρομο Sjogren. Η ασθενής εκτιμήθηκε από το ρευματολογικό τμήμα και έγινε έναρξη αγωγής με υδροχλωροκίνη 100Mg:1x2 για την αντιμετώπιση του SS και από το αιματολογικό τμήμα και ετέθη σε αγωγή εκκρίωσης του *H. Pylori*. Με αποτέλεσμα να παρουσιάσει κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ:** Το SS είναι μια χρόνια συστηματική αυτοάνοσος νόσος, προσβάλλει κυρίως τους εξωκρινείς αδένες με αποτέλεσμα οι ασθενείς να παρουσιάζουν ξηροστομία και ξηροφθαλμία. Οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς να παρουσιάσουν SS, αναλογία γυναικείας προς ανδρικής 9:1, συνήθως εμφανίζεται μεταξύ 4<sup>ης</sup> και 6<sup>ης</sup> δεκαετίας της ζωής. Οι ασθενείς με SS αναπτύσσουν MALT λέμφωμα σε ποσοστό 5-10%. Ο κίνδυνος να αναπτύξουν λέμφωμα οι ασθενείς με SS είναι 44 φορές υψηλότερος σε σύγκριση με τους υγιείς. Η ασθενής μας ανέπτυξε MALT λέμφωμα, αλλά λόγω της παρουσίας του *H. Pylori* έλαβε αγωγή εκκρίωσης. Επιπλέον η ασθενής μας παρουσίασε αυτοάνοση γαστρίτιδα. Οι ασθενείς με SS αναπτύσσουν αυτοάνοση γαστρίτιδα σε υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους υγιείς. Επιπλέον η ασθενής έλαβε διαίτα ελεύθερη γλουτένης λόγω των ευρημάτων από την βιοψία του δωδεκαδακτύλου που παραπέμπουν σε αλλοιώσεις τύπου κοιλιοκάκης με αποτέλεσμα κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

## 403. ΑΠΟΠΛΗΞΙΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕ ΑΠΙΞΑΜΠΑΝΗ

Δ. Ζαχαράκη<sup>1</sup>, Μ. Τσότρα<sup>1</sup>, Ε. Μυστάκα<sup>1</sup>, Έ. Μακρή<sup>1</sup>, Ε. Βαλαβάνη<sup>1</sup>, Ν. Γεντήης<sup>2</sup>, Ε. Καρατζιά<sup>2</sup>, Β. Πετρέλλης<sup>2</sup>, Π. Σουρτζής<sup>2</sup>, Μ. Καρούλη<sup>3</sup>, Θ. Τσαχάλης<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Α' Τμήμα Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο», <sup>2</sup> Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο», <sup>3</sup> Νευροχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο», <sup>4</sup> Νευρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο», <sup>5</sup> ΤΕΠ, Γ.Ν.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο»

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ:** Η αποπληξία της υπόφυσης (ΑΥ) είναι ένα σπάνιο κλινικό σύνδρομο που συνήθως οφείλεται σε έμφρακτο ή αιμορραγία μακροαδενώματος της υπόφυσης. Σε αντίθεση με την βραφφαρίνη που έχει σχετιστεί με τον παραπάνω κίνδυνο, τα βιβλιογραφικά δεδομένα που αφορούν τους νέους χορηγούμενους από το στόμα αντιθρομβωτικών παράγοντες όπως η απιξαμπάνη είναι ελάχιστα. Περιγράφουμε την περίπτωση γυναίκας ασθενούς με αιμορραγία υπόφυσης σε έδαφος ως τότε αδιάγνωστου αδενώματος στο πλαίσιο αγωγής με απιξαμπάνη λόγω κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ)

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:** Γυναίκα ασθενής 84 ετών με ιστορικό ΚΜ υπό αγωγή με απιξαμπάνη και β-αναστολέα από 7μήνου, προσκομίστηκε στα ΤΕΠ λόγω βυθιότητας και εμέτων από 3ημέρου. Η ασθενής ήταν σε shock (ΑΠ 70/40mmHg) με 75σφύξεις/min, άρρυθμη, SatO<sub>2</sub> 97%, απύρετη με επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης και οιδήματα κάτω άκρων, ενώ κατά την νευρολογική εξέταση παρουσίαζε τύφλωση και ετερόπλευρη βλεφαρόπτωση. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε υπονατριαιμία (Na 122mmol/l). Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε αιμορραγία πιθανού αδενώματος υπόφυσης ενώ η ΑΥ επιβεβαιώθηκε εργαστηριακά (κορτιζόλη ορού 153nmol/l, fT4 0,59 ng/dl). Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε το αδένωμα. Η ασθενής αντιμετώπιστηκε με συμπτωματική αγωγή που περιλάμβανε ενδοθάλωση, υλεκτρολύτες, κορτιζόνη και θυροξίνη αρχικά ενδοφλέβια και στην συνέχεια από το στόμα. Εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση με θεραπεία αποκατάστασης, σύσταση να επανέλθει για νέο απεικονιστικό έλεγχο και το ενδεχόμενο χειρουργικής αντιμετώπισης του αδενώματος.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Σύμφωνα με τα ως τώρα βιβλιογραφικά δεδομένα αποτελεί την δεύτερη περίπτωση που συσχετίζει την αιμορραγία της υπόφυσης με την απιξαμπάνη. Επιπλέον έχουν δημοσιευτεί άλλες δύο περιπτώσεις που αφορούν την ριβοραζαβαν και την δαμπικατράνη. Ωστόσο δεν υπάρχουν προοπτικές μελέτες που να αναδεικνύουν τον ρόλο τους στην ΑΥ ώστε να αντενδίκνυνται η χορήγηση τους σε ασθενείς με γνωστό αδένωμα υπόφυσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρόλο που η ΑΥ είναι σπάνια, συσχετίζεται με συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνους που πιθανόν περιλαμβάνουν και τους νέους αντιθρομβωτικούς παράγοντες.

#### 404. ΑΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΝΑΡΞΗ ΘΕΙΑΜΑΖΟΛΗΣ

Α. Παναγόπουλος, Γ. Βαρνάβας, Γ. Οικονομίδης, Ι. Ψαρογιαννακοπούλου, Α. Ναζάκη, Σ. Γκολφιοπούλου, Κ. Γαλιέρνιος

Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο-Πολυκλινική»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Αν και οι περιφερικές κυττοπενίες είναι συχνές σε ασθενείς με ΣΕΛ, η συμμετοχή του μυελού των οστών σε αυτές είναι εξαιρετικά σπάνια. Η απλαστική αναιμία χαρακτηρίζεται από καταστροφή των αρχέγονων προγονικών αιμοποιητικών κυττάρων που προκαλεί παγκυτταροπενία και υποκυτταρικό μυελό. Εμφάνιση αυτής στην πορεία του ΣΕΛ σχετίζεται με θνητότητα 15%. Η χορήγηση κορτικοστεροειδών με ή χωρίς άλλα ανοσοτροποποιητικά μπορεί να αναστρέψει πλήρως την απλαστική κρίση. **ΣΤΟΧΟΣ:** Η παρουσίαση ενός σπάνιου αίτιου απλαστικής αναιμίας με σχετικά καλή πρόγνωση, καθώς και η πιθανή συμμετοχή της θειαμαζόλης στην πρόκληση εξάρσης του ΣΕΛ.

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:** Ασθενής 53 ετών, εισήχθη λόγω εμπυρέτου έως 38,5C από 5ημέρου, λευκοκυττάρων (WBCs:950/μL, poly:0%) και αναιμίας (Hb:9,6gr/dL, ΔΕΚ:0,31%). Επιπρόσθετα, από 3ημέρου είχε εμφανίσει έλκος έξω γεννητικών οργάνων. Από 20ημέρου λάμβανε θειαμαζόλη λόγω υπερθρομβωτικού. Αρχικά, η παγκυτταροπενία θεωρήθηκε ότι οφείλεται στη θειαμαζόλη και έγινε έναρξη αυξητικού παράγοντα λευκών, αντιβιοτικής αγωγής ευρέως φάσματος και ακυκλοβίρης. Ωστόσο, λόγω εμφάνισης της συμπτωματολογίας, εμφάνισης γενικευμένου εξανθήματος και παρουσίασης σημαντικού βαθμού θρομβοπενίας διεξήχθη OMB (υποπλαστικός-υποκυτταρικός μυελός ως επί απλαστικής αναιμίας). Εμφάνισε θετικά ANA, anti-dsDNA, anti-Ro, anti-La, anti-RNP, anti-Sm και anti-ENA. Καθότι πληρούσε κριτήρια για ΣΕΛ (SLICC 11/17) τέθηκαν κορτικοστεροειδή με αποτέλεσμα την ύφεση της συμπτωματολογίας και την άνοδο αιματοκρίτη και λευκών. Σημειώνεται ότι επειδή τα αιμοπετάλια παρέμειναν σε εξαιρετικά χαμηλές τιμές (1,000/μL) παρά την άνοδο των λοιπών σειρών χορηγήθηκε ανοσοσφαιρίνη (πιθανή ΙΤΡ), με ταχεία ανταπόκριση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο ΣΕΛ αποτελεί σπάνιο αίτιο απλαστικής αναιμίας. Η διερεύνησή του σε ασθενείς με παγκυτταροπενία λόγω απλασίας είναι απαραίτητη, καθώς σχετίζεται με καλή πρόγνωση μετά από την έναρξη αγωγής. Επίπροσθέτως, η χορήγηση θειαμαζόλης σε ασθενή με ΣΕΛ πρέπει να γίνεται με προσοχή, καθώς είναι πιθανόν να πυροδοτήσει έξαρση της νόσου.

#### 406. ΝΟΣΟΣ ΔΥΤΩΝ: ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Φ. Βασιλαρά, Α. Σπιριδάκη

Παθολογικός Τομέας, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 34 ετών, με ελεύθερο αναμνηστικό, προσήλθε λόγω άλγους οσφυϊκών χωρών και καταβολής δυνάμεων. Διαπιστώθηκε τιμή κρεατινίνης ορού= 3.4mg/dl με ουρία=55 mg/dl και ελαισθσία οσφυϊκών χωρών. Η παρούσα νόσος άρχεται προ τριημέρου καθώς καταδύθηκε 50 μέτρα με αυτόνομη καταδυτική συσκευή για να ψαρέψει. Οκτώ ώρες μετά ανέφερε άλγος στην αριστερή κατ'αγκώνα άρθρωση, για το οποίο έλαβε δισκίο δικλοφενάκης 50mg και την επόμενη ημέρα προστέθηκε άλγος οσφυϊκών χωρών, βύθιο και σταθερό. Κατά την εισαγωγή του είχε επίσης: αναιμία ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική και αέρια αίματος χωρίς παθολογικά ευρήματα, γενική ούρων με: λεύκωμα(++), αιμοσφαιρίνη(+), ερυθρά: 8-10 κ.ο.π. και συλλογή ούρων 24ώρου με: λεύκωμα=726.1 mg. Στο υπερηχογράφημα νεφρών, αναδείχθηκαν νεφροί με αυξημένες διαστάσεις, αυξημένη ηχογένεια και επίταση της φλοιομυελώδους διαφοράς, ενώ οι νεφρικές αρτηρίες εμφάνιζαν φυσιολογικές ταχύτητες ροής. Το σπινθηρογράφημα νεφρών έδειξε ήπιο επηρεασμό της συνολικής νεφρικής λειτουργίας. Η εξέταση των ούρων ήταν αρνητική για ηωσινοφίλια και ενεργό ίζημα και η κυτταρολογική χωρίς ευρήματα. Ο ανοσολογικός έλεγχος με ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών, συμπλήρωμα, RF, ANA, pANCA, cANCA και ASTO ήταν αρνητικός. Ο ασθενής ετέθη σε χορήγηση ρινικού οξυγόνου, ενυδάτωση και αναλγητική αγωγή με παρακεταμόλη και τραμαδόλη ενδοφλεβίως. Κατά τη νοσηλεία του έκανε 3 συνεδρίες με χορήγηση υπερβαρικού οξυγόνου σε θάλαμο αποσυμπίεσης. Η κρεατινίνη ορού του αυξήθηκε έως μέγιστης τιμής 3,8mg/dl και στη συνέχεια σημείωσε προοδευτική πτώση. Η κλινική εικόνα του ασθενούς βελτιώθηκε σταδιακά και οι εργαστηριακές τιμές του αποκαταστάθηκαν.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η νόσος εξ αποσυμπίεσης ή νόσος των δυτών είναι κλινική διάγνωση χωρίς να υπάρχουν εξειδικευμένες εξετάσεις και επικράτησε στη διαφορική διάγνωση του ασθενούς μας. Οι φυσαλίδες αερίου που διαχέονται στους ιστούς προκαλούν συνηθέστερα μυοσκελετικά άλγη (ήπια μορφή), ή συμπτώματα από το καρδιοαναπνευστικό ή νευρικό σύστημα (σοβαρή μορφή). Η συμμετοχή του νεφρικού ιστού, όπως παρουσιάζεται με οξεία νεφρική ανεπάρκεια στον ασθενή μας αποτελεί σπάνια περίπτωση στη βιβλιογραφία και καταδεικνύει την ανάγκη υψηλής κλινικής υποψίας.

#### 405. ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Σ. Γερακάρη, Ο. Σπυροπούλου, Μ. Ντάλιου, Α. Φαμπρή, Π. Χριστοφόρου, Ι. Γιατζόγλου, Χ. Σαμαράς, Π. Ποταμούση, Π. Μπούρας, Δ. Φασφαλή, Ε. Σιάρκος

Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού οξείας ηπατικής ανεπάρκειας σε ασθενή με νευρική ανορεξία. Η νευρική ανορεξία αποτελεί διατροφική διαταραχή που συνήθως επηρεάζει νεαρές γυναίκες και χαρακτηρίζεται από άρνηση για διατήρηση ενός υγιούς φυσιολογικού βάρους και έναν μανιιώδη φόβο για την απόκτηση βάρους. Ηπατική βλάβη με ήπια αύξηση των ηπατικών ενζύμων αποτελεί συχνή διαταραχή στους ασθενείς αυτούς και η στεάτωση του ήπατος θεωρείται ως κυρίαρχη υποβόσκουσα παθολογία. Όμως, οξεία ηπατική ανεπάρκεια με επίπεδα αμινοτρανσφερασών πάνω από 1000 U/L αποτελεί σπάνια επιπλοκή και ο ακριβής μηχανισμός της ηπατικής βλάβης δεν είναι ξεκάθαρος.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα 47 ετών (ΣΒ:43 kg, Ύψος: 162 cm) με ιστορικό νευρικής ανορεξίας και κατάθλιψης, υπό παρακολούθηση από ψυχίατρο κατά περιόδους, χωρίς να λάμβάνει φαρμακευτική αγωγή, εισήχθη στην κλινική μας λόγω μειωμένου επιπέδου συνείδησης, αδυναμίας λήψης τροφής και ύδατος. Από την κλινική εξέταση: GCS:12/15, ΑΠ:100/70mmHg, T:36 C, βραδυκαρδία (παράταση QT), φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα και ήπια ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της κοιλιάς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τον εργαστηριακό έλεγχο: WBC:3560, Ht:30.7%, PLT:104000, INR:2.27, GLU: 130mg/dl, ουρία:110, κρεατ:0.8, SGOT:1276U/L, SGPT:1038U/L, γGT:206, ALP:408, λεύκωμα:5.0, alb:2.7, Na:148mmol/l, K:3.2mmol/l. Υπερηχογράφημα άνω-κάτω κοιλίας: χωρίς παθολογικά ευρήματα. CT εγκεφάλου: χωρίς παθολογικά ευρήματα. Αποκλείστηκαν ηπατοτρόποι ιοί, ηπατοτοξικά φάρμακα, κατάχρηση αλκοόλ, κάνναβης ή κοκαΐνης. Τέθηκε η διάγνωση οξείας ηπατικής βλάβης και αφυδάτωσης. Η θεραπεία ήταν ενυδάτωση, αντιμετώπιση ηλεκτρολυτικών διαταραχών (χορήγηση καλίου και φωσφόρου) και έναρξη παρεντερικής αρχικά και μετά εντερικής διατροφής ώστε να αποφευχθεί το σύνδρομο επανασίτισης. Το επίπεδο συνείδησης της ασθενούς βελτιώθηκε αμέσως καθώς και οι τιμές ηπατικής βιοχημείας με πλήρη αποκατάσταση αυτών. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η βελτίωση της κλινικής συμπτωματολογίας και η ταχεία βελτίωση της ηπατικής βιοχημείας συνιστούν ότι αν και ο παθογενετικός μηχανισμός της οξείας ηπατικής βλάβης στη νευρική ανορεξία είναι άγνωστος υπάρχουν δύο κυρίαρχες υποθέσεις: η αυτοφαγία της πείνας (starvation induced autophagy) και η οξεία υποάρδευση οργάνων.

#### 407. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΥΡΕΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ: ΜΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Α. Κοψαυτοπούλου, Ε. Κούρτη, Π. Κοντραφόρη, Κ. Ρέππας, Μ. Μυλωνά, Π. Σφηκιάκης

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η λείσημανία συνιστά ανθρωποζωνόνο με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις. Δερματική, βλεννοδερματική και σπλαγγχνική μορφή μπορεί να εκδηλωθούν ανάλογα με το είδος του παρασίτου και την ανοσολογική απόκριση του ξενιστή. Η άτυπη κλινική εικόνα σπλαγγχνικής λείσημανίας σε ασθενή υπό ανοσοτροποποιητική αγωγή αποτελεί μια διαγνωστική πρόκληση. Παρουσιάζουμε ενδιαφέρουσα περίπτωση απύρετου ασθενούς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, που προσήλθε με ηπατοσπληνομεγαλία και πανκυτταροπενία.

**ΥΛΙΚΟ:** 73χρονος ασθενής, με ρευματοειδή αρθρίτιδα από 9ετίας υπό μεθοτρεξάτη και adalimumab από 3 ετίας, προσήλθε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης καταβολής, απώλειας βάρους 10 κιλών, κοιλιακής διάτασης από 5μήνου και πανκυτταροπενίας σε πρόσφατο εργαστηριακό έλεγχο. Ήταν απύρετος και στην κλινική εξέταση ανευρέθη ηπατοσπληνομεγαλία. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε πανκυτταροπενία, δι-άχτυη υπεργαμμασφαιριναιμία και αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Δεν απομονώθηκε παθογόνο από τις καλλιέργειες αίματος και ούρων, ο ιολογικός έλεγχος για HBV, HCV, HIV ήταν αρνητικός, σε τρίπλεξ σπληνοσπυλαίου άξονα δεν αναδείχθηκε πυλαία υπέρταση, ενώ η ελαστογραφία ήπατος ήταν ασυμβατή με κίρρωση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Υποβλήθηκε σε οστεομελική βιοψία, όπου στο επίχρισμα μυελού αναδείχθηκαν πολλαπλά παράσιτα λείσημανίας. Επίσης τα αντι-K39 αντισώματα ήταν θετικά και ο τίτλος αντι-λείσημανιακών αντισωμάτων ανερχόταν στο 1/3.200. Έγινε άμεση έναρξη αγωγής με ενδοφλεβία λιποσωμική αμφοτερικίνη Β για 5 ημέρες. Ένα μήνα μετά ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός με φυσιολογική γενική αίματος και υποχώρηση της σπληνομεγαλίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Λόγω της αυξανόμενης χρήσης ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων η σπλαγγχνική λείσημανία αναδεικνύεται ως ευκαιριακή λοίμωξη σε εύλωτους ασθενείς, ειδικά σε ενδημικές περιοχές, με άτυπη συχνά εκδηλώσεις. Θα πρέπει να υπάρχει αυξημένη κλινική υποψία σε ασθενείς με πανκυτταροπενία, οργανομεγαλία για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία καθώς η θνητότητα της νόσου χωρίς θεραπεία ξεπερνά το 90%.

## 408. ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΝΕΚΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Σ. Παπαντωνίου<sup>1</sup>, Θ. Δερμάτης<sup>1</sup>, Σ. Βρακάς<sup>2</sup>, Ν. Βρυζίδου<sup>1</sup>, Γ. Αγιομαμίτης<sup>3</sup>, Α. Λιαράκος<sup>3</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογικό Τμήμα, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», <sup>2</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», <sup>3</sup>Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού οξείας οισοφαγικής νέκρωσης σε ασθενή με πρωτοδιάγνωση αδενοκαρκινώματος στομάχου.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής άνδρας, 81 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ παθολογικού αιτιώμενος επιγαστραλγία επιδεινούμενη από μηνός και συνοδό αδυναμία. Πρόκειται για ασθενή με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό. Από την φυσική εξέταση ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος ενώ διαπιστώθηκε εικόνα μαλακής κοιλίας με ήπια ευαισθησία κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση. Από την ακρόαση της κοιλίας διαπιστώθηκε παφλασμός στο επιγάστριο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία (Hct:20%, Hgb:7g/dl) ενώ στον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκαν δύο υπόψηες μάζες στο ήπαρ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής κατά την διάρκεια της νοσηλείας του ενώ ήταν αιμοδυναμικά σταθερός παρουσίασε επεισόδιο επιγαστραλγίας με συνοδούς καφεοειδείς εμέτους. Υπεβλήθη σε ενδοσκοπικό έλεγχο όπου διαπιστώθηκαν πολλαπλές διαβρώσεις, εξελκώσεις και ισχαιμικές αλλοιώσεις που καταλάμβαναν το 100% της περιφέρειας του αυλού του οισοφάγου. Έτσι τέθηκε η διάγνωση της οξείας οισοφαγικής νέκρωσης. Ταυτόχρονα διαπιστώθηκε ευμέγεθες έλκος με ανώμαλα χείλη που εκτεινόταν από την γωνία του ελάσσονος τόξου μέχρι τον πυλωρό που προκαλούσε ατελή απόφραξη της γαστρικής εξόδου, από όπου ελήφθησαν βιοψίες και επιβεβαιώθηκε ιστοπαθολογικά αδενοκαρκίνωμα στομάχου. Στον ασθενή τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας με στόχο την αποσυμφόρηση ενός μεγάλου όγκου γαστρικού περιεχομένου, ετέθη σε ολική παρεντερική διατροφή, χορηγήθηκαν υψηλές δόσεις αναστολέων πρωτονίων ενώ εδόθησαν οδηγίες για ουδέν pos. Έλαβε πολλαπλές μεταγγίσεις συμπτωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων και φρεσκοκατεψυγμένου πλάσματος. Κατόπιν στην επαναληπτική γαστροσκόπηση διαπιστώθηκε μακροσκοπική βελτίωση της ισχαιμίας του βλεννογόνου. Στα πλαίσια παρηγορητικής χειρουργικής θεραπείας πραγματοποιήθηκε εντεροστομία. Ο ασθενής εξήλθε αιμοδυναμικά σταθερός με σύσταση για περαιτέρω ογκολογική αντιμετώπιση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η οξεία οισοφαγική νέκρωση γνωστή και νεκρωτική οισοφαγίτιδα ή σύνδρομο Gurvits είναι μια σπάνια επιπλοκή ποικίλων αιτιών που ενίοτε σχετίζεται με νεοπλασίες συμπαγών οργάνων. Δεδομένου του υψηλού ποσοστού επιπλοκών και της υψηλής θνητότητας, καθίσταται αναγκαία η επαγρύπνηση της ιατρικής διαγνωστικής σκέψης ώστε να λαμβάνεται υπόψην ιδιαίτερος σε άτομα προχωρημένης ηλικίας και να αντιμετωπίζεται εγκαίρως.

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΛΕΞΕΩΝ ΚΛΕΙΔΙΩΝ

Acinetobacter baumannii .....	59	Intensive care unit two-wheel users	
Anti-EMP2 .....	220	post-traumatic stress.....	154
Anti RNP .....	374	JAK2.....	349
Anti Sm.....	374	Karl Stellwag von Carion Καρκίνος οφθαλμού .....	87
Anxiety .....	107	Klebsiella pneumoniae.....	59
AOFAS midfoot score .....	268	L1CAM .....	221
ASCUS.....	47	LG-SIL .....	47
Bacillus cereus .....	306	Listeria .....	384
Bio-feedback .....	107	MALT .....	359
BMI-1 .....	221	Meckel .....	278
Brucella.....	122	miRNAs.....	15
ceftolozan/tazobactam .....	136	MPV .....	9
ces clinical exome solution .....	37	Mronj.....	257
Corynebacterium striatum .....	336	Mycobacterium abscessus.....	313
coxiella burnetii .....	122	Nectin-1 .....	220
DAAs.....	67	99mTc.....	214
d-Dimers.....	194	Nivolumab .....	147
de quervain .....	19	NGS next generation sequencing .....	37
e-GFR .....	183	Non Hodgkin.....	359
eHealth.....	162	OPQOL-35 .....	43
ERCP .....	283	Out-of-pocket expenses .....	154
ESI.....	165	Pap test .....	258
EWMA .....	34	PCT.....	68
Fascin .....	220, 221	Pet.....	215
“Ferdinand Von Hebra” .....	297	Physiopathology.....	264
Fitz – Hugh – Curtis.....	392	Pseudomonas aeruginosa.....	136
Fondaparinux.....	328	Quantiferon.....	18
Functional independence measure .....	20, 27, 251	RNA.....	143
Fusobacterium .....	301, 339	S. pneumoniae .....	29, 30
Gram+.....	127	S100B .....	195
Gram- .....	128	Salmonella Arizonae .....	334
Gurvit.....	408	Samuel David Gross.....	89
H. pylori.....	359	Sarcoptes scabiei .....	49
Heart rate variability.....	107	Six sigma.....	341
HGSI.....	47	Sleeping beauty .....	3
Hipec.....	230	Small molecules .....	4
HIV.....	223, 231, 394	SOFA .....	124
HPV .....	35, 123, 223, 231	Stevens-Johnson .....	331
ICP monitoring Υδροκέφαλος .....	265	Stewart-Figge .....	205
Idiopathic normal pressure hydrocephalus.....	264	Streptococcus Anginosus βακτηριαίμια .....	303
IgG4.....	379	Streptococcus pyogenes .....	337
In situ υβριδισμός .....	143	Systematic review .....	264
In vitro δραστηκότητα .....	136	Trichomonas.....	392
Injury hospitalization costs.....	154	TSH.....	63, 372

UBR5.....	221	Αληθής μικροβιαμία.....	335
Vaginalis.....	392	Αλιθιασική χολοκυστίτιδα EBV λοίμωξη	
Value based ιατρική.....	161	τρανσαμινασαιμία εμπύρετο.....	385
Wise list.....	153	Αλιθιασική χολοκυστίτιδα.....	302
<b>A</b>		Αλκοόλ.....	294
α β επιτροπές υγείας ιατρού εργασίας.....	171	Αλλαγή θέσης εργασίας.....	171
Αγγειακά επεισόδια.....	182	Αλλεργία.....	375
Αγγειακά νοσήματα.....	293	Αλλεργική στηθάγχη.....	375
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.....	20, 27, 251	Αλλεργικό έμφραγμα μυοκαρδίου.....	375
Αγγειακό επεισόδιο.....	248	Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων	
Αγγειογραφία.....	347, 348	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	60
Αγγειομολίπωμα νεφρού.....	345	Αλλοιώσεις.....	322
Αγγείωση.....	347	Αμαρτωματώδης.....	284
Αγκώνας.....	174	Άμεσα-δρώντα-αντικα-φάρμακα.....	67
Αγροτικό ιατρείο.....	75	Αμηνόρροια.....	368
Άγχος.....	107	Αμιωδαρόνη.....	323
Άγχος.....	114	Αμυωνία αίματος.....	208
Αγωγιμότητα.....	50	Αμυλοείδωση.....	400
Αδενοϊός.....	3	Αμφοτερόπλευρα πνευμονικά διηθήματα.....	323
Αδενοκαρκίνωμα.....	360, 408	Αμφοτεροπλευροι όγκοι επινεφριδίων χειρουργική.....	218
Αδεφοβίρη.....	356	ANA.....	374
Αιθουσαία ημικρανία.....	240	Αναβολικά στεροειδή.....	199
Αιματογενώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων		Αναγέννηση κυττάρων.....	246
σε αιμοδοτικό πληθυσμό.....	126	Αναερόβια.....	333
Αιματοκαλλιέργεια.....	335	Αναερόβια μικροβιαμία.....	301
Αιμοδιαδήθηση.....	272	Αναερόβιο.....	339
Αιμοκαθαιρόμενοι.....	28	Αναιμία.....	8, 159, 191
Αιμοκάθαρση.....	57, 142, 272	Αναισθησιολογική προσέγγιση.....	12
Αιμοκαλλιέργειες.....	32, 136	Ανακατασκευή.....	172
Αιμόλυση.....	330	Ανάλυση Στοχαστικών Συνόρων.....	155
Αιμοπετάλια.....	6, 7, 217	Αναλυτικό στάδιο.....	341
Αιμορραγία επινεφριδίων.....	371	Αναπαραγωγή.....	35
Αιμορραγία.....	6	Αναπνευστική δυσχέρεια.....	286
Αιμορραγικό εγκεφαλικό.....	351	Αναστολείς PCSK9.....	120
Αιμόσταση.....	6	Αναστολείς αποακετύλωσης.....	1
Αιμοσφαιρινοπάθειες.....	9, 13, 16, 48	Αναστόμωση πόρος παρωτίδας.....	256
Αιμοφαγοκυτταρικό.....	383	Αναστόμωση.....	247
Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα		Ανατομία.....	99
δερμοπεριτονιακοί κρημνοί		Ανατομικές.....	289
δερματικά μοσχεύματα προσθιοπλάγιος		Ανατομική παραλλαγή.....	347
κρημνός του μηρού.....	196	Ανεπάρκεια βιταμίνης D.....	370
Ακανθοκυτταρικός καρκίνος.....	273	Ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας.....	376
Ακοολογικός έλεγχος.....	244	Ανεπάρκεια οπίσθιου κνημιαίου.....	267
Ακρωτηριασμοί.....	57	Ανεπιθύμητες ενέργειες.....	120, 235
Ακτινική.....	281	Ανεύρισμα αορτής.....	212
Ακτινοθεραπεία.....	148	Ανεύρυσμα.....	103, 364
Ακτινολογία.....	86	Ανθεκτικά παθογόνα.....	211
		Ανθεκτικότητα.....	30, 131



Ανθελονοσιακός Αγώνας.....	81	Αρθροσκόπηση.....	176
Άνοια.....	139	Αριστοτέλης Ιατρογενής Ιατρική	
Ανόρθωση μηρών.....	270	Η Αρχαία Αφάρμακη Ιατρική.....	92
Ανοσιακή απάντηση.....	135	Αρτηριακή υπέρταση.....	108, 110
Ανοσοθεραπεία.....	147	Αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα.....	4
Ανοσοκαταστολή.....	18, 223, 334	Αρχές.....	300
Ανοσολογικές-υπογραφές.....	15	Ασβέστιο.....	382, 399
Ανοσολογική απάντηση.....	13	Ασθενής.....	300
Ανοσολογικός έλεγχος.....	305	Άσθμα.....	206, 207
Ανοσοποιητικό σύστημα.....	2	Αστικές περιοχές.....	43
Ανοσοτροποποιητική αγωγή.....	407	Ασυμφωνία.....	164
Ανταιοπεταλιακά.....	187	Ασφάλεια ασθενών.....	60
Αντιβιοτικά.....	127, 128, 131, 179, 211, 312, 332, 338	Ασφάλεια.....	118
Αντιγριπικός εμβολιασμός.....	206	Ασφαλής επέμβαση.....	228
Αντιγριππικό.....	135, 190	Ατομικά κριτήρια επιλογής ιατρών.....	266
Αντιθρομβωτικοί παράγοντες.....	403	Ατραυματική οστεονέκρωση.....	269
Αντικαταθλιπτικά φάρμακα.....	235	Αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία.....	5
Αντιλήψεις πόνου.....	249	Αυτοάνοση γαστρίτιδα.....	401
Αντιμετώπιση.....	351	Αυτοάνοση.....	379
Αντιοξειδωτικά.....	145	Αυτοανοσία.....	17, 215
Αντιοστεολυτικά φάρμακα.....	148	Αυτοάνοσο νόσημα.....	215
Αντιπηκτικά.....	187, 263	Αυτοεκτίμηση.....	114
Αντιπηκτικό του λύκου.....	324	Αυτοσωμική επικρατής κληρονομικότητα	
Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο.....	324, 374, 387	σπάνιες παθήσεις.....	254
Αντιψυχωτικά φάρμακα.....	235	Αφροδίσια.....	85
Αντλία έγχυσης.....	261	Αφροδισιολογία.....	62
Αντοχή στα αντιβιοτικά.....	211	Αχονδροπλασία.....	173
Αντοχή.....	29, 128, 211, 312		
Άνω μεσεντερίου.....	387	<b>B</b>	
Αξονική τομογραφία.....	253, 344	β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος.....	337
Αορτή.....	247	Βακτήρια.....	333
Αορτική βαλβίδα.....	372	Βακτηριαμία.....	32, 306, 333
Αορτίτιδα.....	327	Βαλπροϊκό οξύ.....	236
Απιξαμπάνη.....	403	Βαρέως πάσχοντες.....	60, 61
Απλαστική αναιμία.....	404	Βαρηκοΐα.....	246
Αποδοτικότητα.....	155	Βαριατρική.....	52, 370
Άποιος διαβήτης.....	12, 357	Βασικοκυτταρικός καρκίνος.....	273
Αποκατάσταση κάτω γνάθου.....	201	Βασικό πρότυπο φροντίδας.....	120
Αποκατάσταση όγκων παρωτίδας.....	198	Βασιλειάδα.....	90
Αποκατάσταση.....	22, 239, 240	Βελονισμός.....	22
Αποκατάστη μαστού.....	197	Βελτίωση συνθηκών.....	48
Απολλώνιο τον Μιλήσιο.....	93	Βηματοδότες.....	332
Αποπληξία υπόφυσης.....	403	Βίβλος.....	85
Απόστημα.....	303	Βιο ανάδραση.....	107
Αποστήματα.....	301	Βιογραφία.....	94
Αποσυμπίεση.....	262	Βιοδείκτης.....	15, 151
Αποσυναγογράφηση.....	188	Βιολογικά όπλα.....	118
Αποφρακτικός.....	281	Βιολογικές δράσεις.....	378

Βιοτρομοκρατία .....	118	Δείκτες.....	36, 209, 238, 274
Βιοχημεία.....	341	Δέρμα .....	291
Βιοχημικός έλεγχος.....	124	Δερματικά μοσχεύματα ολικού πάχους .....	273
Βιταμίνη C.....	388	Δερματολογία.....	62, 291, 297
Βιταμίνη D.....	14	Δερμοπεριτονϊακός κρημνός.....	198
Βιταμίνη B12.....	236	Δευτερογενής βλάβη.....	351
Βλαισοπλατυποδία .....	267	Δημητριακά ολικής αλέσεως.....	382
Βλαστικά κυττара .....	146	Δημοκήδης από τον Κρότωνα .....	93
Βοιωτία.....	57	Δημόσια Υγεία .....	81, 377
β-ομοζυγο μεσογειακή αναιμία .....	381	Δημόσιου γιατρού.....	93
Βορμιανά οστά .....	84	Διαβήτησ γαστροκνημιαίο .....	50
Βρέφη .....	339	Διαβήτησ.....	54, 56, 185
Βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα.....	204	Διαβητική νεφροπάθεια.....	57
Βρογχοσκόπηση .....	204	Διάγνωση .....	18, 164, 291, 386, 389
Βρουκέλλωση .....	121	Διαγνωστικό πρωτόκολλο .....	212
<b>Γ</b>		Διαγνωστικός έλεγχος .....	231
Γάγγραινα Fournier .....	279	Διάγραμμα ελέγχου .....	34
Γαλακτική αφυδρογονάση .....	217	Διαιτολόγιο .....	191
Γαλακτική.....	195, 395	Διακομιδές ασθενών .....	168
Γαστροσκόπηση.....	408	Διαλογή.....	165
Γενετικοί πολυμορφισμοί.....	36	Διανοητική σύγχυση .....	208
Γενικός πληθυσμός .....	294	Διάνοιξη περιτονίων.....	268
Γεννήσεις .....	167	Διαπίστευση .....	157
Γενωμικός έλεγχος.....	37	Διαστολική ανεπάρκεια αρ. κοιλίας.....	376
Γερμίνωμα .....	357	Διασφάλιση ποιότητας .....	34
Γήρανση.....	289	Διασωλήνωση.....	204
Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα.....	327	Διαταραχές.....	382
Γιγαντοκυτταρικό αστροκύττωμα .....	355	Διατηρημένο κλάσμα εξώθησης .....	108
Γλαύκωμα.....	87	Διάτρηση .....	277
Γλοιοβλάστωμα.....	358	Διατροφή.....	152
Γλυκοζυλιωμένη.....	54, 105, 111, 112	Διατροφικές συνήθειες.....	119
Γναθοπροσωπική.....	44, 201, 257	Διατροφική εφήβων .....	238
Γνάθος .....	148, 257	Διαφήμιση.....	315
Γνώσεις.....	165	Διαφοροδιάγνωση.....	305
Γονίδια θρομβοφιλίας .....	46	Διαφραγματοκλήη .....	286
Γονίδια υπέρτασης .....	46	Διαχείριση αίματος .....	192
Γονίδια .....	137	Διαχείριση περιστατικών .....	168
Γονιδιακή θεραπεία.....	3, 4	Διαχρονικές τάσεις.....	294
Γονιμοποίηση.....	35	Διδακτορική διατριβή Ν. Λειβαδάρα .....	82
Γόρτυνας.....	93	Δίκαιο ιατρικής ευθύνης .....	88
Γραπτή εκτίμη .....	171	Δικαιώματα ασθενών .....	88
γ-σφαιρίνη .....	3	Διοίκηση .....	162
Γυναικομαστία .....	200	Διπολική διαταραχή .....	237
<b>Δ</b>		Διφωσφονικά .....	46, 257
Δακτυλιοειδής σύνδεσμος.....	172	Δύναμη σύλληψης .....	289
		Δυσλιπιδαιμία .....	184
		Δωδεκαδάκτυλο .....	277

<b>E</b>	
Έγκαυμα.....	199, 272, 274
Εγκεφαλική βλάβη .....	252
Εγκεφαλικό στέλεχος .....	244
Εγκεφαλικό .....	185
Εγκολεασμός.....	284
Εγκυμοσύνη.....	260
Εγκυρότητα αξιοπιστία.....	249
Εθελοντισμός.....	75
Ειδικά παθογόνα.....	121
Ειδικεύομενοι ιατροί .....	72, 73
Ειλεός.....	281
Εισπνευστικό έγκαυμα.....	204
ΕΚΑΒ.....	168
Έκβαση.....	124, 164
Εκκολπωματίτιδα.....	227
Εκλεκτική IgA ανεπάρκεια.....	17
Εκνέφωμα.....	243
Εκπαίδευση.....	231
Εκτοπαράσιτο .....	49
6ο π.Χ. αιώνα η επιστημονική ιατρική .....	93
Ελαστομερικές αντλίες .....	11
Έλεγχος αποικισμού .....	130
Ελεύθεροι κρημνοί.....	196
Έλκη κατάκλισης.....	225
Έλκος.....	131, 277
Ελλάδα.....	115, 116, 155, 294
Έλλειμα βάσεων.....	205
Ελλείμματα κεφαλής & τραχήλου .....	198
Ελλείμματα τριχωτού κεφαλής κρημόνς πλατύ ραχιαίου μυός.....	196
Έλλειψη ιωδίου.....	63
Ελονοσία.....	81, 389
Εμβόλια .....	13
Εμβολιασμός .....	28, 135, 190, 192
Εμβόλιμα οστά .....	84
Έμβρυο.....	35
Εμπόδια στην πρόληψη .....	231
Εμπύρετο.....	32, 374, 404
Έμφραγμα .....	104, 212, 282, 375
Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση .....	393
Ενδημική ασθένεια .....	91
Ενδιάμεσου εύρους κλάσμα εξώθησης.....	110
Ενδοαγγειακή καθετήρες .....	313
Ενδοδιαμερισματική πίεση .....	268
Ενδοεγκεφαλική αιμορραγία .....	351
Ενδοκαρδίτιδα.....	122, 373
Ενδοκράνια πίεση.....	265
Ενδομυελική ήλωση.....	175
Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.....	229, 336
Ενδονοσοκομειακή.....	190
Ενδορραχιαία βακλοφαίνη .....	261
Ενδοσκόπηση πεπτικού .....	187
Ενσυνειδητότητα .....	169
Εντερική σίτιση .....	199
Εντερίτιδα .....	281
Εντεροβακτηριακά .....	136, 332
Εντεροβακτηριοειδή.....	32
Εντερόκοκκος.....	373
Εντέρου.....	284
Εξάνθημα .....	394
Εξάρθρωμα .....	172
Εξατομικευμένη ιατρική.....	151
Εξειδικευμένα προγράμματα αποκατάστασης.....	251
Εξέλιξη.....	29
Εξίδρωση.....	245
Εξορθολογισμός συνταγογράφησης μοντέλο της Στοκχόλμης Σοφή Λίστα.....	153
Εξωνοσοκομειακοί.....	32
Εξωπνευμονική νόσος.....	307
Εξωτερικά ιατρεία .....	226
Επαγγελματίες υγείας.....	165, 318
Επαγγελματική αποκατάσταση .....	73
Επαγγελματική εξέλιξη.....	73
Επείγοντα .....	32, 396
Επείγων .....	255
Επιβίωση.....	149, 197
Επιγενετική .....	1
Επιδημιολογική καταγραφή .....	122
Επιδιόρθωση DNA.....	1
Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς.....	77
Επικοινωνία.....	300
Επικονδυλίτιδα .....	174
Επικρατούσα ηλικία.....	115
Επίκτητη χυλομικροναϊμία.....	365
Επιλογές καριέρας.....	73
Επιμήκης γαστρεκτομή .....	370
Επιμήκυνση άκρου.....	173
Επινεφριδιακή ανεπάρκεια .....	328, 371
Επιπλεγμένη .....	227
Επιπλοϊκή αποφυσίτιδα.....	396
Επιπλοκές ηπαρινοθεραπείας.....	328
Επιπλοκές .....	228
Επιπλοκή.....	131
Επισημασμένη μεθοτρεξάτη .....	214
Επιστημονικές παραδοχές-αξιώματα.....	113

Επιτήρηση.....	127, 128	Θανατηφόρο.....	185
Επώδυνο εξάνθημα.....	391	Θειαμαζόλη.....	404
Εργασιακές σχέσεις.....	72	Θεραπεία αποσυμπίεσης.....	406
Εργασιακή ικανοποίηση.....	72	Θεραπεία ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C και γονότυπο 5.....	69
Εργασιακό περιβάλλον.....	72	Θεραπεία.....	236, 246, 386, 389
Εργασιακός εκφοβισμός.....	316	Θεραπευτικές χρήσεις.....	378
Εργασιοθεραπεία.....	101	Θερμά λουτρά.....	377
Εργατικά ατυχήματα υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας.....	171	Θηλώδης καρκίνος.....	222
Έρευνα.....	62	Θλαστικό τραύμα.....	267
Ερευνητική-Ολιστική Ιατρική.....	113	Θνησιμότητα.....	116, 186
Ερμιά.....	93	Θνητότητα.....	61, 190
Ερπητοϊοί.....	16	Θρομβοεμβολικό επεισόδιο.....	328
Ερωτηματολόγιο.....	249	Θρομβοπενία.....	324, 328
Ευαισθησία.....	128, 131, 312, 338	Θρόμβωση από ηπαρίνη.....	7
Ευρωπαϊκή Ένωση.....	118	Θρόμβωση πυλαίας.....	387
<b>Z</b>		Θρόμβωση.....	7, 304, 349
Ζωνοσός.....	302	Θυρεοειδής.....	63, 222
<b>H</b>		Θυρεοτοξική κρίση.....	369
H επιδημία ιλαράς ή ευλογιάς.....	91	Θωρακικό άλγος.....	212
H πανούκλα του Αντωνίνου.....	91	Θωρακοδελτοειδής κρημνός.....	198
Ηγεσία στο χώρο της υγείας.....	169	<b>I</b>	
Ηγεσία.....	317	Ιατρική Δημογραφία.....	115, 116
Ηγέτης- προϊστάμενος.....	317	Ιατρική ειδικότητα.....	72, 73
Ηγετική συμπεριφορά.....	317	Ιατρική εκπαίδευση.....	74, 75
Ηθική παρενόχληση.....	316	Ιατρική καριέρα.....	73
Ηλεκτροκαρδιογράφημα.....	109, 372	Ιατρικός τουρισμός.....	157
Ηλεκτρομυογράφημα.....	19	Ιατρός.....	300
Ηλεκτρονικό σύστημα ελέγχου αλληλεπιδράσεων.....	60	Ιδιώτης ιατρός.....	166
Ηλικιωμένοι ασθενείς.....	170	Ιδραδενίτιδα.....	270
Ηλικιωμένοι.....	43	Ικανοποίηση ασθενων.....	77, 163
Ημαθία.....	81	Ικανότητα σύνταξης διαθήκης.....	139
Ημικρανία.....	42	Ίκτερος.....	253, 379
Ημικρανίες.....	292	Ιλαρά.....	13, 135, 331
Ηπαρίνη.....	7	Ίνκας.....	91
Ηπατική κίρρωση.....	208	Ινομυϊκή δυσπλασία.....	348
Ηπατική νόσος κριτήρια Debray.....	70	Ινσουλίνη.....	54
Ηπατική νόσος.....	66	Ινωδολυτικά.....	276
Ηπατίτιδα B.....	28, 135	Ιογενείς λοιμώξεις.....	320
Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα ΗΚΚ.....	67	Ιός Epstein-Barr.....	305
Ηπατομεγαλία.....	329, 400, 407	Ιπποκράτης.....	93, 94
Ηωσινοφιλία.....	323, 398	Ιππουριδική συνδρομή.....	12
<b>Θ</b>		Ιρισίνη.....	33
Θαλασσαιμία νοσηλευτική φροντίδα.....	170	Ιστοπαθολογία.....	143
Θαλασσαιμία.....	3, 8	Ιστορία.....	83, 86, 95, 96, 100, 101, 102, 295, 298, 299
		Ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης.....	319
		Ισχαιμικό.....	349

Ιώβ .....	85	Κίρρωση.....	68, 71
Ιώνων φιλοσόφων .....	93	Κλίμακα αξιολόγησης κινδύνου πτώσης.....	25
<b>Κ</b>		Κλίμακες αξιολόγησης στοματικής υγιεινής.....	216
Καθετήρας.....	285	Κλινικές δοκιμές.....	76
Κακόηθες ινσουλίνωμα .....	362	Κνήμη.....	173
Κακοήθης λέμφωμα .....	363	Κοιλιακό άλγος .....	379, 390, 396
Κάκωση Lisfranc.....	268	Κοιλιοκάκη.....	393
Καλλιέργεια ούρων .....	312	Κοινή ποικίλη ανοσοανεπάρκεια .....	17
Καλλιέργεια.....	131	Κοινότητα.....	32
Καλλιέργειες ρινικού αποικισμού .....	310	Κοινωνικά δίκτυα.....	319
Καλοήθης ενδοκράνιος υπέρταση.....	368	Κοινωνική διαφήμιση.....	315
Καππαδοκία.....	90	Κοινωνικό αγαθό .....	93
Καρδιαγγειακοί παράγοντες .....	181	Κοινωνικοί φραγμοί.....	231
Καρδιακή ανεπάρκεια.....	108, 110	Κόκκινο κρέας κυρίως ήπαρ καρδιά.....	378
Καρδιακή τροπονίνη .....	109	Κοκκιωμάτωση Wegener .....	322
Καρδιολογία .....	295	Κολοβακτηρίδιο.....	312
Καρδιολογική αποκατάσταση .....	24	Κολπική μαρμαρυγή.....	9, 21, 108, 110
Καριέρα .....	73	Κολπικό .....	338
Καρκινικά βλαστοκύτταρα.....	220, 221	Κολπικό πλέγμα.....	178
Καρκινогένεση .....	146, 361	Κονδυλώματα .....	62
Καρκίνοπαθείς.....	150	Κορτικοστεροειδή.....	327
Καρκίνος.....	56, 100, 215, 398	Κόστος ανά ασθενή .....	158
Καρκίνος κεφαλής-τραχήλου.....	273	Κόστος χειρουργικών επεμβάσεων σπονδυλικής στήλης .....	314
Καρκίνος μαστού.....	15, 149, 197, 220, 234	Κόστος.....	142, 155
Καρκίνος παγκρέατος .....	152	Κούβα .....	91
Καρκίνος παχέου εντέρου.....	217, 221	Κοχλιακή συναπτοπάθεια.....	242
Καρκίνος πνεύμονα .....	40, 147	Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις .....	280
Καρκίνος προστάτη .....	151	Κρανιοπρωπική χειρουργική.....	276
Καρκίνος πρωκτού.....	223, 231	Κρανιοστομία .....	262
Καρκίνος τραχήλου μήτρας.....	47, 123	Κρέας κόκκινο και λευκό.....	382
Καρκίνος ωοθηκών.....	230	Κριτήρια Debray ελαστογραφία .....	66
Καρωτίδα.....	348	Κριτήρια αξιολόγησης.....	318
Κάταγμα κόγχου.....	255	Κρουστικά κύματα .....	177
Κάταγμα-εξάρθρωμα.....	268	Κρουσφαιριναιμία .....	380
Κατάγματα διάφυσης.....	175	Κρυπτογενές αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.....	21
Κατάθλιψη.....	342	Κρυφή βαρηκοΐα .....	242
Κατανάλωση αντιβιοτικών.....	192	Κρυψιγενή ΑΕΕ .....	193
Κατάχρηση αντιβιοτικών.....	211	Κύηση τεκνοποίηση .....	48
Κατεχίνες .....	145	Κύηση .....	338
Κατιούσα θωρακική αορτή.....	103, 364	Κύκλο του Krebs.....	378
Κεντρικό Νευρικό σύστημα.....	99	Κυνάγχη .....	301
Κερκιδικό νεύρο.....	19	Κυστεοκλήλη.....	178
Κεφαλαλγία.....	42	Κυστική ίνωση ΚΙ .....	66, 70
Κεφαλή κερκίδας.....	172	Κυτταρική υπερευαισθησία.....	209
Κεφαλής-τραχήλου.....	100	Κύτταρο .....	143
Κίνδυνος .....	185	Κυτταροκίνες/χημειοκίνες.....	15
Κινητοποιημένο περιφερικό αίμα.....	4	Κυτταρολογική εξέταση.....	223

Κυτταρομείωση.....	230	Μαγνητική τομογραφία .....	253
Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας.....	88	Μαθητές.....	114
Κωματώδη κατάσταση .....	386	Μαθητική επίδοση.....	114
Κωνάριο υποθάλαμος.....	357	Μαιευτήριο .....	90, 167
<b>Λ</b>		Μαιών .....	47
Λανθάνουσας (OCCULT) ηπατίτιδας Β		Μακρά οστά .....	175
σε αιμοδοτικό πληθυσμό.....	125	Μακροαγγειοπαθητικές.....	50
Λαπαροσκόπηση.....	277	Μακροφάγα.....	361
Λαπαροσκοπική χειρουργική .....	224	Μαστοκύτταρα.....	375
Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.....	286	Μαστός.....	145, 271, 291
Λαπαροτομία .....	278	ΜΕΘ .....	59, 61, 128, 211
Λαρυγγεκτομή.....	203	Μέθη .....	294
Λεγεονέλλα .....	377	Μεθοτρεξάτη .....	214
Λείσμανίαση.....	302, 309, 380	Μελάνωμα.....	195
Λειτουργική ανεξαρτησία .....	26	Μελέτη του επιπολασμού καντινταιμιών	
Λειτουργική αποκατάσταση.....	248	σε νοσοκομείο της περιφέρειας.....	132
Λειτουργικότητα.....	27	Μελφαλάνη.....	1
Λεκατηνού.....	90	Μεσογειακή διατροφή.....	292, 293
Λεμφοκύτταρα .....	6	Μεσολαβητές φλεγμονής.....	375
Λέμφωμα.....	359	Μεσομυϊκά διαστήματα λιπωμάτωση .....	288
Λεντι-ϊικός φορέας.....	4	Μεσοπόλεμος .....	81
Λεπτού.....	284	Μέσος όγκος αιμοπεταλίων.....	9
Λευκά αιμοσφαίρια.....	217	Μετα-ανάλυση.....	120, 201, 224, 276
Λευκοκύτταρα .....	217	Μεταβλητότητα καρδιακού ρυθμού .....	107
Λευκωματίνες .....	209	Μεταβολές .....	289
Λευκωματουρία .....	400	Μεταβολικές διαταραχές.....	199
Λινεζολίδη.....	367	Μεταβολική αλκάλωση .....	399
Λιπάση.....	51	Μεταβολικό Σύνδρομο.....	110, 181
Λιποαναρρόφηση .....	200	Μεταβολισμός .....	52, 378
Λιποϊκό οξύ.....	378	Μεταβολισμός των μιτοχονδρίων .....	378
Λιποπρωτεΐνες.....	51	Μεταβολισμός ψευδαργύρου (Zn).....	382
Λιπώδης ιστός .....	361	Μεταγγίσεις .....	16
Λίπωμα.....	288	Μεταγευματικά.....	51
Λοιμώξεις αναπνευστικού.....	190	Μεταγραφή.....	143
Λοιμώξεις δέρματος και μαλακών		Μεταδιδόμενα .....	85
μορίων <i>Pseudomonas Aeruginosa</i> .....	340	Μετάσταση .....	145, 291
Λοιμώξεις ουροποιητικού .....	311	Μεταστατικός .....	147
Λοιμώξεις σπονδυλικής στήλης.....	121	Μετεγχειρητική αναλγησία.....	11
Λοίμωξη τραχείας.....	336	Μετεγχειρητικό άλγος.....	10
Λοίμωξη.....	71, 190, 192, 211, 332, 338	Μετφορμίνη .....	395
Λορνοζικάμη.....	10	Μετωποκροταφική άνοια.....	137
Λοχοκομείον.....	90	Μη μελανωτικοί καρκίνοι δέρματος.....	273
<b>Μ</b>		Μη μετρήσιμα ιόντα.....	205
Μαγιά της μύρας.....	378	Μη μικροκυτταρικός .....	147
Μαγνητική καρδιάς .....	374	Μηνιγγίτιδα.....	245, 367, 384
Μαγνητική τομογραφία καρδιάς.....	109	Μηνιγγίωμα .....	262
		Μηνισκεκτομή .....	176
		Μηριαία κεφαλή .....	269

Μηροβουβωνική ιδραδενίτιδα .....	270	Νοσηλευόμενοι ασθενείς .....	189
Μηρός.....	173	Νοσήματα .....	85
Μικρασιατική Καταστροφή .....	81	Νοσογόνος παχυσαρκία .....	14
Μικροαγγειακές επιπλοκές .....	55	Νοσοκομείο .....	32, 90, 155, 162
Μικροαγγειοπαθητικές.....	50	Νόσος Camurati-Engelmann .....	254
Μικρόβια .....	127, 128, 131, 312, 332	Νόσος GRAVES .....	372
Μικροβιαμία.....	334, 335	Νόσος δυτών.....	406
Μικροβιακή αντοχή.....	211, 229	Νόσος .....	392
Μικροοργανισμοί .....	32	Ντόναλτ Λόου.....	92
Μικροπεριβάλλον όγκου .....	15	<b>Ξ</b>	
Μόλυνση.....	131	Ξένο σώμα .....	267
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	336	Ξενώνες του Σαμφών Ρωμανού .....	90
Μόνοι.....	43	Ξυλοδαρμοί.....	232, 280
Μονοκύτταρα .....	2	<b>Ο</b>	
Μοριακές-υπογραφές .....	15	Ογκομετοβολισμός.....	145
Μπρόκολο.....	378	Όγκος σπονδυλικής στήλης .....	263
Μυελικά κατασταλτικά κύτταρα .....	2	Οδοντογενή αποστήματα .....	45
Μυελοϊνωση.....	349	ΟΕΧΗΑ.....	68
Μυθοποιά στοιχεία .....	94	Οζόμορφες .....	322
Μυκοβακτηρίδιο .....	381, 390	Οζώδη σκλήρυνση.....	355
Μυκόπλασμα.....	338	Οικογενής υπερχοληστερολαιμία .....	366
Μυοκαρδίου.....	282	Οικογενής.....	137
Μυοκαρδίτιδα.....	109, 374	Οικονομία.....	156
Μυοσκελετικό σύστημα.....	117	Οικονομική κρίση.....	104, 171
Μυοσκελετικός χρόνιος πόνος.....	249	Οικονομικό κόστος.....	160
<b>N</b>		Οισοφαγίτιδα .....	408
Νεκρωτική.....	408	Ολανζαπίνη.....	237
Νεογνά .....	346	Ολική αρθροπλαστική ισχίου.....	269
Νέοι ιατροί.....	72, 73	Ολική θυρεοειδκτομή.....	228
Νευρική ανορεξία .....	238, 405	Ολίστικη φροντίδα.....	40
Νευροανοσολογία.....	354	Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	223, 231
Νευροδιεγέρτης.....	287	Οξεία-επί-Χρονίας-Ηπατική-Ανεπάρκεια .....	68
Νευρολογία .....	96, 354	Οξεία ηπατική ανεπάρκεια.....	405
Νευρολογικοί ασθενείς δυσφαγία.....	23	Οξεία νεφρική ανεπάρκεια .....	272, 395, 406
Νευροπάθεια.....	50	Οξεία παγκρεατίτιδα .....	321
Νευροσύφιλη.....	397	Οξεία φλεγμονώδης αντίδραση.....	14
Νευροχειρουργική .....	102	Οξεία .....	227
Νεφραγγειακή υπέρταση .....	111	Οξεοβασική ισορροπία .....	205
Νεφρική ανεπάρκεια.....	399	Οξέωση .....	395
Νεφρική νόσος.....	183, 189	Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο .....	375
Νεφρική υποκατάσταση.....	272	Οπισθοβολβικό αιμάτωμα .....	255
Νεφρικό παρέγχυμα.....	143	Ορθή χρήση αντιβιοτικών .....	211
Νεφρογενής υποφωσφαταιμική οστεομαλακία .....	356	Ορθογναθική χειρουργική.....	276
Νεφρολογία.....	143	Ορθογναθική .....	44
Νεφροπάθεια.....	143	Οροομάδες.....	31
Νεφρωσικό σύνδρομο .....	400	Οστεοακτινονέκρωση .....	148
Νησιών Ανταμάν.....	91		



Οστεονέκρωση γνάθων.....	46, 148	Περιδοπρίλη.....	364
Οστεονέκρωση.....	257, 269	Περίνεφρικό Αιμάτωμα.....	345
Οστεοτομία ωλένης.....	172	Περίτοναϊκή καρκινωμάτωση.....	230
Οστεοτομία.....	44	Περίτονίτιδα.....	390
Οστρακοειδή.....	382	Πέρση γιατρό Ζακαρίγια Αρ-Ραζί (860-932).....	91
Οσφυαλγία.....	381	Πήξη.....	330
Ουδετερόφιλα.....	6	Πίεση αριστερού κόλπου.....	105
Ουρεάπλασμα.....	338	Πίεση στεφανιαίας αιμάτωσης.....	105
Ουρογεννητικό.....	338	Πιλοτικό πρόγραμμα αυτόνομο δίκτυο μαιών συντονιστικού κέντρου νμ Αμαλιάδος.....	47
Ουρογυναικολογία.....	178	Πλασματοκύτταρα.....	329
Ουρολογία.....	177, 179, 180	Πλαστική αποκατάσταση.....	200, 203, 270
Ουρολοίμωξη.....	179	Πλαστική χειρουργική.....	275
<b>Π</b>		Πλατύς ραχιαίος μυς.....	271
Πάγκρεας.....	56, 321	Πληθυσμιακή πυραμίδα.....	115
Παγκρεατίτιδα.....	283, 365, 379	Πλούταρχος.....	92
Παγκυτταροπενία.....	380, 404	Πνευμοθώρακας.....	282
Παθήσεις σπονδυλικής στήλης.....	314	Πνευμομεσοθωράκιο.....	346
Παθήσεις στόματος.....	216	Πνευμονία της κοινότητας.....	323
Παθολόγεια.....	2	Πνευμονική βαλβίδα.....	372
Παθολόγηση.....	389	Πνευμονική εμβολή.....	194, 402
Παθολόγος παχυσαρκία.....	275	Πνευμονική καρδιά.....	208
Παθολογία.....	89, 192	Πνευμονική υπέρταση.....	110
Παθολογικό τμήμα.....	164, 194	Πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο.....	207
Παθολογοανατομία.....	87, 89	Πνευμονιόκοκκος.....	190
Παιδί.....	321	Πνευμοπνευμονία.....	285
Παιδιά Γυμνασίου.....	119	Ποιότητα ζωής.....	43, 53, 289
Παιδιά Δημοτικού.....	119	Ποιότητα.....	186, 341
Παλαιοπαθολογία.....	84	Πολιτική υγείας.....	118
Παλαμιαίο τόξο.....	347	Πολλαπλές.....	322
Πανεπιστημιακός ιατρός.....	166	Πολλαπλή σκλήρυνση.....	354
Πανκυτταροπενία.....	407	Πολλαπλούν μύελωμα.....	1, 329
Πανούκλα του Γαληνού.....	91	Πολυανθεκτικά μικρόβια.....	211
Παράγοντες κινδύνου.....	104	Πολυανθεκτικά παθογόνα.....	229
Παράγοντες.....	185	Πολυανθεκτικά.....	59
Παρακλινικές εξετάσεις.....	109	Πολυανθεκτικές αιμοκαλλιέργειες.....	134
Παρακλινικός έλεγχος.....	158	Πολυθηλία.....	290
Παραπληρωματικό νεύρο.....	287	Πολυμορφισμός.....	51
Παραπρωτεΐναιμία.....	400	Πολύποδας.....	284
Παρέμβαση.....	114	Πολυτραυματίας.....	219
Πάρηση προσωπικού νεύρου.....	305	Πολυφαρμακία.....	188
Πάρηση προσωπικού.....	202	Ποότητα ζωής.....	239
Παρεση.....	22	Πορφύρα Henoch Schonlein.....	325
Παρωτιδικό τραύμα.....	256	Πρακτικές.....	300
Παχυσαρκία.....	36, 52, 110, 260, 275, 370	Προαναλυτικό στάδιο.....	341
Πενικιλίνη ANTIMIKROBIAKA.....	30	Πρόγνωση.....	149, 185, 190
Περιεδρικό απόστημα.....	279	Προγνώστικοί.....	274
Περιηπατίτιδα.....	392	Πρόγραμμα αποκατάστασης βοτουλινική τοξίνη.....	250

Πρόγραμμα αποκατάστασης .....	20	Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα .....	62
Προεγχειρητικές εξετάσεις αίματος.....	217	Σεξουαλική δυσλειτουργία .....	150
Προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση .....	137	Σεξουαλικά.....	85
Προκαλσιτονική.....	68	Σημείο Stellwag .....	87
Προκαρκινοματώδεις αλλοιώσεις.....	223	Σημείο των άσπρων νεφρικών πυραμίδων white pyramid sign .....	344
Προληπτικός έλεγχος.....	117	Σηραγγώδες αγγείωμα.....	334
Πρόληψη .....	223, 231, 235	Σηραγγώδης κόλπος.....	304
Προποφώλη .....	10	Σηψαιμία.....	133, 186
Πρόπτωση οφθαλμού .....	255	Σήψη .....	6, 59, 124, 369
Πρόπτωση.....	178	Σιγμα .....	341
Προστασία νεύρου .....	287	Σιδηροπενία .....	8, 159, 191
Προστάτης.....	180, 360	Σίδηρος.....	159
Προστατίτιδα.....	179	Σιπροφλοξασίνη .....	391
Προσυμπτωματικός έλεγχος.....	47, 231	Σκληρόδερμα .....	326
Πρόσφυγες .....	81	Σκορβούτο.....	388
Προσωπικό νεύρο .....	22	Σκωληκοειδεκτομή.....	224
Πρόσωπο.....	44	Σπανάκι .....	378
Πρωθητικός κρημνός.....	203	Σπινθηρογράφημα υπερηχοκαρδιογραφικό .....	372
Πρώρη θνησιμότητα .....	116	Σπλαχνική λειψμανίαση.....	309
Πρωκτοσκόπηση υψηλής ευκρίνειας.....	223	Σπληνική.....	387
Πρωτεομική.....	151	Σπληνομεγαλία.....	407
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	53	Σπονδυλοδισκίτιδα.....	121, 381
Πρωτοπαθείς αντισωματικές ανοσοανεπάρκειες.....	17	Σταγονοειδής.....	394
Πρωτοπαθές λέμφωμα θωρακικού τοιχώματος.....	363	Σταδιοδρομία .....	73
Πρωτοπαθής όγκος θωρακικού τοιχώματος.....	363	Στατίνη .....	103
Πτεροσκαφοειδής σύνδεσμος.....	267	Σταφυλόκοκκος.....	332
Πτερυγοειδής τρόμος.....	208	Στεάτωση του ήπατος.....	64
Πτώσεις.....	232, 280	Στειρότητα.....	338
Πυέλου .....	392	Στένωση νεφρικής αρτηρίας.....	111
Πυθαγορείων φιλοσόφων.....	93	Στένωση πνευμονικής .....	372
Πυογόνος.....	121	Στένωση τραχειοστομίας.....	203
Πυρετός.....	369, 402	Στένωση Υδραγωγού.....	265
<b>P</b>		Στερνική παρακέντηση.....	329
Ραβδομύωση .....	272	Στεφανιαία νόσος.....	108, 112
Ραδιοφάρμακο .....	214	Στεφανιογραφία κοιλιογραφία.....	105
Ρευματοειδής αρθρίτιδα.....	214, 215	Στεφανιογραφία.....	375
Ρήξη.....	345	Στοματική υγιεινή.....	216
Ρίνα.....	243	Στόμαχος .....	359, 408
Ρινικό διάφραγμα.....	241	Στρες .....	72
Ρινοκολπίτιδα.....	243	Στυτική δυσλειτουργία.....	177
Ρομποτική εκπαίδευση .....	27	Συμβουλευτική.....	171
<b>Σ</b>		Συμμόρφωση.....	131
Σακχαρώδης Διαβήτης 2 .....	108, 111, 112, 183	Συμπεριφορά.....	156
Σακχαρώδης Διαβήτης.....	9, 53, 55, 57, 105, 110	Συμπιεστικά τραύματα .....	232
Σαλμονέλλωση.....	31	Συμπληρώματα .....	152
Σφαιρική αφασία .....	252	Συμπτωματολογία.....	389
		Συναισθηματική βία .....	316

Συναισθηματική νοημοσύνη.....	169	ΤΕΙ Αθήνας.....	114
Σύνδρομο.....	392	ΤΕΠ.....	164, 165
Σύνδρομο Fanconi.....	356	Τεχνητός νεφρός.....	142
Σύνδρομο Klippel-Feil σύνδρομο Sprengel.....	271	Τεχνολογία.....	247
Σύνδρομο Kounis.....	375	Τμήμα επειγόντων.....	163
Σύνδρομο Lemierre.....	301	Το νοσοκομείο της Ερμούπολης Σύρου είναι το πρώτο οργανωμένο νοσηλευτικό ίδρυμα της ελεύθερης Ελλάδας.....	82
Σύνδρομο milk-alkali.....	399	Τοσιλιτσουμάπη.....	327
Σύνδρομο Poland.....	271	Τουρισμός υγείας.....	157
Σύνδρομο Sjogren λέμφωμα τύπου MALT.....	401	Τραμαδόλη.....	11
Σύνδρομο Sweet.....	391	Τρανσαμινασαιμία.....	379
Σύνδρομο διαμερίσματος.....	268	Τραυματικής αιτιολογίας.....	321
Σύνδρομο Διαφυγής Αέρα.....	346	Τραυματισμοί από νύσσον και τέμνον όργανο.....	280
Σύνδρομο διάχυτης ενδαγγειακής πήξης.....	309	Τραυματισμοί από πυροβόλα όπλα.....	232
Σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης.....	72	Τραχηλικό.....	338
Σύνδρομο μωβ ούρων.....	311	Τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις λοιμώξεις οδοντικής αιτιολογίας.....	45
Σύνδρομο πολυοργανικής ανεπάρκειας.....	309	Τράχηλος.....	287, 288
Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών.....	269	300 ενζυμικές δραστηριότητες.....	382
Σύνδρομο υπνικής άπνοιας.....	110	Τριγλυκερίδια.....	51
Σύνδρομο Wernicke-Korsakof σε έγκυο.....	353	Τριγλώχινα βαλβίδα.....	373
Συνθήκες εργασίας.....	72	Τρισωμία 21.....	83
Συνθήκη δικαιωμάτων του παιδιού.....	113	Τριτοβάθμιο.....	32
Συννοσηρότητες.....	210	Τριχομονάδα.....	392
Συνύπαρξη.....	282	Τριχωτά κύτταρα.....	246
Συσκευή.....	247	Τροπονίνη.....	375
Σύστημα αξιολόγησης.....	318	Τροχαία ατυχήματα.....	158, 219, 232, 280
Σύστημα υγείας.....	162	Τυποποίησης HPV DNA TEST.....	47
Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος.....	374, 404	Τύφωση.....	255
Συσχέτιση του αριθμού εργαζομένων και του βακτηριακού αποικισμού στον αέρα της κεντρικής αποστείρωσης.....	308	Τυχαιοποιημένες μελέτες.....	120
Σύφιλη.....	85		
Συχνή κατανάλωση.....	294	<b>Υ</b>	
Σφαγίτιδα.....	285	Υγεία.....	156
Σφηνοειδίτιδα.....	304	Υγειονομικός χάρτης.....	171
Σχεδιασμός.....	76	Υγιεινή χεριών.....	74
Σχετιζόμενες με εμφυτεύματα λοιμώξεις.....	160	Υδροξυαπατίτης.....	214
Σωρανός ο Εφέσιος.....	94	Υπαρανοειδή αιμορραγία σε λεχρίδα.....	259
		Υπεράριθμες θηλές.....	290
<b>Τ</b>		Υπερασβεστιαμία.....	399
Τα δεδομένα μας σε παιδιά με εισαγγελική εντολή κατά το ακαδημαϊκό έτος 2016-2017. Ολιστική ιατρική σε σχέση με τις επιστήμες της αγωγής.....	113	Υπερβολική κατανάλωση.....	294
Ταξινόμηση Bethesda.....	222	Υπερήλικες.....	278
Ταξινόμηση Simon.....	200	Υπερήχηση (Sonication).....	160
Ταύμα.....	131	Υπερηχοκαρδιογράφημα.....	374
Ταυτοποίηση.....	337	Υτέρηχος.....	396
Ταχέως εξελισσόμενη πλάγια μυατροφική σκλήρυνση (ALS).....	350	Υπερθερμία.....	230
		Υπερθυροειδισμός.....	372
		Υπερινσουλιναίμια.....	361

Υπερκαταβολισμός.....	199	<b>X</b>	
Υπερλευκωματούχα .....	152	Χ.Α.Π.....	110, 206, 207
Υπερνατριαιμία .....	386	Χαβάζης πρώτη επιστημονική περιγραφή της ιλαράς .....	91
Υπερπρολακτιναιμία .....	368	Χαμηλό κλάσμα εξώθησης .....	108
Υπέρταση .....	46, 184	Χάσμα ανιόντων .....	205
Υπερτριγλυκεριδαιμία .....	111	Χειρουργικές επεμβάσεις .....	287
Υπερτροφία αριστερής κοιλίας.....	376	Χειρουργικές Καινοτομίες .....	89
Υποδόρια.....	54	Χειρουργικές τεχνικές σπονδυλικής στήλης .....	266
Υποθρεψία.....	209	Χειρουργική.....	89
Υποκλινικός υποθυρεοειδισμός		Χειρουργική αποσυμπίεση κόγχου.....	255
καρδιομεταβολικός κίνδυνος.....	33	Χημειοθεραπεία.....	360
Υπολογιστικά υποβοηθούμενη χειρουργική.....	44	Χολαγγειοκαρκίνωμα.....	253
Υπονατριαιμία.....	403	Χοληφόρα .....	56
Υποπαραθυρεοειδισμός .....	399	Χολοκυστεκτομή .....	283
Υποτροπή.....	321	Χολολιθίαση .....	233, 283
<b>Φ</b>		Χορεία-Ακανθοκυττάρωση Επιληψία .....	352
Φαινότυποι .....	30	Χρόνια Αιμοκάθαρση.....	28
Φαρμακογονιδιοματική.....	235	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια .....	108, 208, 210
Φλεβικό έμφρακτο εγκεφάλου.....	262	Χρόνια ηπατίτιδα C ΧΗC .....	67
Φλεβικό μόσχευμα.....	256	Χρόνια ιδιοπαθής ουδετεροπενία.....	2
Φλεβικός.....	285	Χρόνια Νεφρική Νόσος.....	55, 108, 311
Φλεβοκομβική ταχυκαρδία .....	372	Χρόνια φλεγμονή .....	2
Φλεγμονή .....	52, 214, 243, 261, 361	Χρόνος αναμονής.....	163
Φλεγμονώδης .....	392	Χωρίο προσφύγων οι δομές Μυρσίνης. Σύριοι.....	258
Φλοιοβασικό σύνδρομο.....	137	<b>Ψ</b>	
Φοιτητές Ιατρικής.....	73, 74, 75	Ψευδοαπόφραξη .....	326
Φοιτητές Νοσηλευτικής.....	74	Ψυχιατρική.....	236
Φυλλικό οξύ.....	236	Ψυχιατρική νοσηρότητα.....	40
Φυματίνη .....	209	Ψυχιατρικοί ασθενείς .....	189
Φυματίωση Mantoux δρεπανοκυτταρική νόσος.....	18	Ψυχικά νοσήματα .....	235
Φυματίωση .....	121, 307, 381, 383, 390	Ψυχολογική διάθεση .....	239
Φυσαλιδώδες εξάνθημα .....	320	Ψυχοφαρμακολογία .....	236
Φυσική Ανθρωπολογία.....	84	Ψυχωσική συνδρομή .....	279
Φυσική Υγιεινή η Naturopathy		Ψυχωσικοί .....	236
Ιπποκρατικής ιατρικής τέχνης.....	92	Ψώρα.....	49
Φυσιοθεραπεία Πυθαγορείων .....	92	<b>Ω</b>	
Φυσιοθεραπευτικής .....	92	Ωλενίος αρτηρία.....	347
Φυσιολογία .....	89	Ωράριο εργασίας.....	72
Φυσιολογικές .....	289	Ωτίτιδα .....	29, 245, 339
Φυτικών (phytates) .....	382	Ωτοακουστικές εκπομπές .....	244

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Antoranz A.....	52	van Es H.....	246
Aslam M.....	105, 111	Vasili E.....	152, 362
Banas M.....	143	Wang Q.....	137
Bello R.....	197, 234	Wojta K.....	137
Blackshaw H.....	246	Wolpert S.....	246
Boor P.....	143		
Braeutigam K.....	264	<b>A</b>	
Canas-Rodriguez A.....	145	Αναστασιάδη Θ.....	253
Cohen C.....	143	Αναστασιάδης Σ.....	326
Coppola G.....	137	Αναστασίου Ε.....	389
Deutch M.....	301	Αγγέλη Χ.....	218, 222, 228
Djudjaj S.....	143	Αγγελίδη Α.....	10, 11, 54, 185
Dokuru DR.....	137	Αγγελίδη Μ.....	10, 11
Georgieva G.....	117	Αγγελίδου Α.....	378, 382
Habibi M.....	149, 224	Αγγελόπουλος Α.....	108
Izsvak Z.....	3	Αγγελόπουλος Θ.....	239
Jaffer U.....	105, 111	Αγγέλου Ε.....	121, 125, 126, 392
Karagiannaki A.....	120	Αγγουράς Δ.....	122
Krzytyniak J.....	145	Αγιαννιωτάκη Δ.....	372, 375
Κουρούνης Α.....	21	Αγιασωτέλλη Δ.....	65, 68
Lee S.....	137	Αγιομαμίτης Γ.....	408
Lieber A.....	3	Αγραφιώτης Μ.....	205
Lindenmeyer M.....	143	Αδαμίδου Μ.....	12
Makaritsis K.....	120	Αδαμόπουλος Α.....	160
May H.....	145	Αδαμοπούλου Μ.....	166, 167, 184, 191, 212
McCull M.....	149	Αθανασιά Σ.....	121
Middelink L.....	246	Αθανασίου Α.....	237
Miller BL.....	137	Αθανασίου Λ.....	14, 327, 368, 370, 371
Morandi A.....	154	Αθανασίου Π.....	14, 327
Μπάκας Ε.....	21	Αθανασοπούλου Θ.....	187
Niebes P.....	145	Αλεβιζόπουλος Ν.....	147, 152, 362
Ntaios G.....	120	Αλεξανδρή Ο.....	194
Otte DR.....	154	Αλεξιάδης Ε.....	37
Palmer J.....	246	Αλεξίου Ζ.....	324, 329, 359, 369
Papayannopoulou T.....	3	Αλεξίου Θ.....	43, 289
Perlepe K.....	120	Αλεξίου Ι.....	43, 85, 289
Psoter K.....	149	Αλεξίου Ν.....	212, 326, 331, 383, 398
Ramos EM.....	137	Αλεξόπουλος Ε.....	104
Reichert-Wurm S.....	143	Αλεξόπουλος Θ.....	65, 66, 67, 68, 70, 301
Rosson G.....	149, 197, 201, 234, 276	Αλεξόπουλος Λ.....	52
Saeed S.....	246	Αλεξοπούλου Α.....	65, 66, 67, 68, 70
Schilder A.....	246	Αλιφιέρη Α.....	312
Seal S.....	224	Άλμπαν Μ.....	196, 198, 199
Sonveaux P.....	145	Αλούρδα Φ.....	349, 350, 352, 353, 354
Van Berlo V.....	137	Αμπαζής Δ.....	206

Ανάγνου Ν.....	146	<b>B</b>	
Αναγνώστη Β.....	391	Βαγδατλής Θ .....	344
Αναγνωστόπουλος Α.....	3, 4	Βαδάλα Χ .....	396
Αναγνωστόπουλος Δ.....	290, 363	Βαζαίου Α .....	243, 244, 245
Αναγνωστόπουλος Χ.....	131	Βαζαίου Ε.....	243, 244, 245
Αναγνωστοπούλου Κ.....	50, 54	Βαϊόπουλος Α.....	217
Αναμορλίδης Α .....	239	Βαϊρακτάρης Ε.....	148
Αναστασιάδη Θ .....	355	Βάκης Α .....	264
Αναστασίου Ε.....	5, 69, 126, 350, 352, 353, 386	Βακουφτή Π .....	20
Ανδρέου Κ.....	157	Βαλαβάνη Ε.....	403
Ανδρέου Π.....	160	Βάλβη Σ.....	243, 244, 245
Ανδρονάς Ν .....	137	Βαλλιάνου Ι.....	4
Ανδρουλάκη Γ.....	399	Βαλλιάνου Ν .....	33
Ανδρουτσοπούλου Β.....	103, 364	Βαλυράκη-Βαλίρη Ε.....	128
Ανδρούτσος Γ .....	83, 86, 95, 96	Βαμβακά Ε.....	125, 126, 130, 132, 133, 134, 308, 310
Άννινος Ν.....	10	Βαμιεδάκης Η.....	77, 300
Αννούσης Κ.....	219, 227, 277, 281	Βαξεβάνης Χ.....	15
Αντερριώτης Δ.....	45	Βαρβαρούσης Κ .....	172, 173
Αντύπα Ε.....	396	Βαρδονικολάκη Α.....	242, 246
Αντωνάκα Ε.....	207	Βαρνάβας Γ .....	404
Αντωνακόπουλος Ν.....	159	Βασιλαρά Φ.....	406
Αντωνάκος Γ .....	33	Βασιλειάδη Σ .....	393
Αντωνάκος Ν.....	121	Βασιλειάδης Π.....	183, 189
Αντωνέλου Ρ.....	140	Βασιλείου Π.....	348
Αντωνιάδου Α .....	392	Βασιλείου Σ.....	46, 148, 255, 305
Αντωνίου Α .....	42	Βασίλη Ε.....	147
Απέργης Χ .....	172, 173	Βασίλιεβα Λ.....	65, 66, 67, 68, 70
Αποστολίδου Κ.....	210	Βασιλογιαννάκης Ε.....	163
Αποστολίνας Γ .....	86	Βασλαματζής Μ.....	147, 152, 362
Αποστολόπουλος Β.....	184, 212, 326, 331, 383	Βγότζα Ν .....	28
Αποστολοπούλου Π.....	301	Βελεγράκη Μ.....	2
Αραβανή Χ .....	131	Βελισσάρης Β .....	211
Αραβαντινός Δ .....	48	Βελισσάρης Δ .....	129
Αρβανίτη Ε.....	143	Βενέτης Ε .....	387
Αρβανίτη Χ.....	140	Βερβερέλη Χ.....	109, 112
Αργυροπούλου Χ.....	349, 354	Βέρρα Χ.....	32
Αρεταίου Π.....	287	Βιγκλής Β.....	166
Αριτζάκη Σ .....	30	Βικέλης Μ .....	42
Αρκαδόπουλος Ν.....	142	Βλαχάδης Ν.....	84, 115, 116
Αρμαγανίδης Α.....	61	Βλαχάκης Ε.....	265
Αρναούτης Α .....	390	Βλαχοπούλου Α.....	9
Αρτέμης Δ .....	21	Βλάχος Γ .....	42
Ασημακόπουλος Γ .....	47, 90, 91, 92, 93, 171, 258, 259, 378, 382	Βλάχου Α.....	151
Ασημακόπουλος Κ.....	235	Βογιατζάκης Ε.....	33
Ασκοξυλάκης Ε.....	135	Βοϊδήλα Σ .....	357
Ασλανίδη Π .....	393	Βόλης Ν .....	56, 185, 190, 395
Άσπρου Δ .....	40, 150	Βορνωτάκης Π .....	20, 23, 250
		Βοσκού Π.....	139

Βουλγαρόπουλος Δ.....	134, 310, 353	Γιαλεδάκη Κ.....	38, 39, 41, 343
Βουμβάκη Α.....	12	Γιαλέρσιος Κ.....	404
Βουμβουράκης Κ.....	140	Γιαμαλίδης Δ.....	160
Βουρίκης Π.....	177, 178	Γιαμαρέλλου Ε.....	122
Βρακάς Σ.....	408	Γιαννάκη Ε.....	3, 4
Βρεκούσης Θ.....	35, 123	Γιαννακόπουλος Α.....	175
Βρέντζος Ε.....	127, 128, 312	Γιαννακόπουλος Π.....	390
Βρεττάκος Π.....	339	Γιαννακοπούλου Α-Δ.....	183, 189
Βρεττού Α.....	122	Γιαννακοπούλου Η.....	357
Βρυζίδου Ν.....	408	Γιαννακοπούλου Ι.....	385
Βρυώνη Ι.....	206	Γιαννακοπούλου Χ.....	207
Βώσσου Μ.....	278	Γιαννέζη Ι.....	313
<b>Γ</b>			
Γαβρά Π.....	51	Γιαννής Γ.....	141
Γαδ Σ.....	156	Γιαννιάς Γ.....	110, 372, 374, 375
Γακιοπούλου Χ.....	143	Γιαννιτσιώτη Ε.....	121, 122
Γαλαριώτη Β.....	61	Γιαννόπουλος Γ.....	379, 381, 390
Γαλόπουλος Δ.....	387	Γιαννόπουλος Χ.....	326, 331, 383, 398
Γανωτοπούλου Α.....	50	Γιαννούλη Σ.....	10
Γαργαλιάνος-Κακολύρης Π.....	124	Γιαπιτζάκης Χ.....	46, 148
Γαρδίκας Ν.....	379, 381	Γιάτσιου Σ.....	83, 86
Γαρέφης Κ.....	282, 284, 285	Γιγάντες Σ.....	17
Γαρίδας Γ.....	110, 374, 375	Γιουτλάκη Ε.....	253, 355
Γαρουφαλιά Ζ.....	217	Γιώτη Α.....	147, 152, 362
Γαστεράτος Κ.....	202, 225, 271, 273, 288	Γιωτοπούλου Ι.....	385
Γάτσιος Γ.....	243, 244, 245	Γκαμάρη Σ.....	258
Γέμονας Γ.....	269	Γκανάς Π.....	278
Γερακάρη Σ.....	370, 377, 405	Γκέγκες Ι.....	226, 233
Γεράνη Ε.....	216	Γκέκα Μ.....	153, 188, 302
Γερασιμίδης Γ.....	402	Γκέτση Β.....	346
Γερασίμου Χ.....	235	Γκιζέλη Κ.....	326, 383
Γεροντάκη Γ.....	20, 250	Γκίκα Ε.....	330
Γεωργακοπούλου Α.....	3, 4	Γκίκας Α.....	122
Γεωργαντής Σ.....	7	Γκίνης Ι.....	383
Γεωργιάδης Ι.....	25, 26	Γκίοκα Μ.....	66, 70
Γεωργιάδης Π.....	309, 386	Γκιοξάρη Θ.....	209
Γεωργιάδου Ε.....	27	Γκιούλος Ν.....	342
Γεωργιοπούλου Φ.....	303	Γκιώνης Ι.....	168
Γεωργίου Α.....	309, 386, 389	Γκόγκα Ε.....	195
Γεωργίου Δ.....	267, 268, 269	Γκόγκος Β.....	323
Γεωργίου Ι.....	35, 123	Γκολέμης Δ.....	117
Γεωργόπουλος Η.....	190, 388, 395	Γκόλφη Ο.....	321
Γεωργούτσου Π.....	329	Γκολφίνοπούλου Σ.....	304, 360, 404
Γιαβάση Χ.....	140	Γκοτζαμανίδου Μ.....	1
Γιάγκου Ε.....	179	Γκούβα Μ.....	53
Γιάγκου Μ.....	3	Γκούβελος Γ.....	375
Γιατζόγλου Ι.....	377, 405	Γκουμπίνι Ν.....	13, 16, 18
		Γκρέπη Κ.....	123
		Γκριτζάλας Ε.....	60



Γλεντής Ν.....	403	Διακάκη Χ.....	61
Γόγολας Β.....	324, 329, 359	Διακονικόλα Δ.....	5, 352
Γουργιώτη Ρ.....	159	Διαμαντέα Φ.....	66, 70
Γουρζής Φ.....	235	Διαμαντή Σ.....	257
Γραίκας Ν.....	237	Διαμαντοπούλου Κ.....	233
Γράφα Ε.....	142	Διαμαντοπούλου Σ-Β.....	46, 148, 255
Γρηγορίου Ε.....	17	Δολαψάκης Χ.....	304, 360
Γρηγοροπούλου Σ.....	392	Δουγένης Δ.....	336
Γρίβου Κ.....	55	Δουζένης Α.....	139, 235
Γρυσμπολάκη Ε.....	290, 363	Δουϊτσής Ε.....	273
<b>Δ</b>		Δούκα Μ.....	192
Δαλαβούρας Ν.....	223, 231	Δούκας Π.....	192, 193
Δαμιανάκη Α.....	2	Δουλάμης Η.....	52, 103, 364
Δανδουλάκη Κ.....	38, 39, 41, 343	Δούλη Κ.....	198, 203, 272, 274
Δανδουλάκης Μ.....	38, 39, 41, 343	Δουμανάς Κ.....	335, 336
Δανιήλ Ι.....	236	Δούναβης Α.....	387
Δαούση Μ.....	170	Δούρου Α.....	121
Δασκαλάκη Χ.....	184, 212	Δρακόπουλος Α.....	57
Δασκαλάκης Γ.....	48	Δράκος Χ.....	49
Δασκαλάκης Ι.....	219, 227, 277, 281	Δράκου Ε.....	124
Δασκαλοπούλου Α.....	52	Δραχτιδής Γ.....	317
Δατσέρης Ι.....	214, 215	Δρίκος Ι.....	320
Δαφνομήλη Β-Δ.....	232, 280	Δρίτσα Α.....	164, 165
Δελήμπαση Σ.....	17	<b>Ε</b>	
Δεμερτζίδης Χ.....	282, 284, 285	Ελευθεριώτης Γ.....	188, 302
Δενδρινού Ι.....	28	Έλληνα Ο.....	28
Δερμάτης Θ.....	408	Ελντεϊκ Ε.....	9
Δερμάτης Π.....	164, 165	Ελ-Φελλάχ Ν.....	164, 165
Δεσποτίδη Α.....	92, 93, 259	Εμμανουηλίδου Ε.....	186
Δέτσης Ε.....	219, 227, 277, 281	Έξαρχος Δ.....	147
Δημακόπουλος Ν.....	58, 106, 138, 144, 213	Ερωτοκρίτου Γ.....	313
Δημητρακόπουλος Σ.....	47, 82, 90, 91, 92, 93, ..... 171, 258, 259, 378, 382	Ευαγγελάτος Σ-Α.....	166, 167, 191
Δημητρακόπουλος Ο.....	334	Ευαγγελάτος Σ.....	184, 212
Δημητρακοπούλου Γ.....	302	Ευαγγέλου Θ.....	35, 123
Δημητρακοπούλου Χ.....	131	Ευγενίδη Α.....	187
Δημητριάδης Α.....	236	Ευθυμίου Γ.....	278
Δημητριάδης Γ.....	51, 175, 379, 381, 390	Ευθυμίου Κ.....	306
Δημητριάδου Α.....	147, 362	Ευστρατιάδη Ε.....	56, 185, 190
Δημητρίου Π.....	279	Ευφραΐμη Χ.....	365, 366
Δημογέροντας Γ.....	88, 238, 266, 292, 293, 314, 315, 318, 319	<b>Ζ</b>	
Δημόπουλος Α-Μ.....	1	Ζαβραδινός Δ.....	179, 180
Δημόπουλος Δ.....	75	Ζάγκος Ι.....	195, 198, 204
Δημόπουλος Ι.....	45, 254	Ζαγκότσης Γ.....	311, 356
Δήμου Ε.....	229, 283	Ζακόπουλος Ν.....	213
Δημούτσος Μ.....	236	Ζαμπέτας Δ.....	65, 66, 67, 70
Διακάκη Κ.....	127, 399	Ζαντά Α.....	124

Ζαρκαλή Α .....	122
Ζαρόκωστας Κ.....	6
Ζαφειροπούλου Δ.....	229, 283
Ζαχαράκη Λ.....	403
Ζάχαρη Ν.....	279
Ζάχαρης Γ.....	279
Ζαχαρής Θ.....	236
Ζαχαριουδάκη Ε.....	203
Ζενιώδη Μ.....	400
Ζηνιέρη Β.....	389
Ζήσης Χ.....	147
Ζιμπουνούμη Ν.....	187
Ζορμπάς Γ.....	199, 204
Ζουλάμογλου Μ.....	230
Ζουμπλιός Χ.....	147, 152, 362
Ζουμπούλης Π.....	64
Ζούρλα Κ.....	136
Ζυγογιάννης Ε.....	179
Ζωγράφος Γ.....	218, 222, 228
Ζωγράφος Ο.....	46, 148, 255, 305
Ζωιδάκης Ι.....	151
Ζώταλης Ν.....	287

**Η**

Ηλιάδη Ε.....	260
Ηλιάδης Α.....	20, 21, 23, 24, 25, 26, 250
Ηλιάδης Ι.....	176
Ηλιάδης Χ.....	79
Ηλιόπουλος Δ.....	103, 364
Ηλιοπούλου Ε.....	7
Ηλιοπούλου Κ.....	324
Ηρακλειανού Σ.....	51, 54, 57

**Θ**

Θανασιά Α.....	218, 222, 228
Θανασιά Α.....	112
Θανοπούλου Α.....	64
Θάνος Δ.....	15
Θάνου Ι.....	396
Θεμιστοκλής Κ.....	262, 265
Θεοδώρα Μ.....	48
Θεοδωρακοπούλου Μ.....	61, 196, 203, 272, 274
Θεοδωρίδης Κ.....	172, 173
Θεοδωρόπουλος Γ.....	177, 178
Θεοδωροπούλου Μ.....	146
Θεοδώρου Ε.....	325, 402
Θεοδώρου Μ.....	71, 181, 182
Θεοδώρου Σ.....	392

Θεοδωσίου Β.....	38, 39, 41, 343
Θεοφιλοπούλου Χ.....	47
Θεοφίλου Α.....	71
Θωμαΐδης Β.....	99, 100
Θωμόπουλος Κ.....	301

**Ι**

Ιακωβίδου Ν.....	124
Ίβρος Ν.....	230
Ιγνατιάδου Ε.....	290
Ιερωνυμάκη Α.....	49, 297, 340
Ίντας Γ.....	164, 165
Ιντζεπογάζογλου Δ.....	163
Ιωακείμ Κ.....	307
Ιωαννίδης Α.....	320
Ιωαννίδης Ι.....	187
Ιωαννίδου Ε.....	127, 128, 135, 312
Ιωάννου Α.....	326, 383, 398, 400
Ιωάννου Σ.....	153, 188
Ιωάννου Φ.....	157

**Κ**

Καββαδάς Π.....	143
Καβουσανάκη Μ.....	374
Καϊκής Α.....	380
Κάκκας Ι.....	17
Κακλαμάνου Ε.....	164, 165
Κακούρης Γ.....	338
Καλαϊδοπούλου Ο.....	290
Καλαντζή Σ.....	188, 302
Καλαφάτης Ε.....	194
Καλιάμπου Σ.....	303, 325
Καλιαφεντάκη Β.....	2
Καλλές Β.....	230
Κάλλιας Α.....	267, 268
Καλλιτζόγλου Α.....	350, 352, 353
Καλλιώρας Η.....	223, 231
Καλογερά Ε.....	222
Καλογερόπουλος Χ.....	379, 381
Καλογεροπούλου Μ.....	235
Καλογηράτου Ε.....	390
Καλογήρου Θ.....	263, 367, 368
Καλοκαιρινού Μ.....	344
Καλτεζιώτη Β.....	143
Καλυκάκη Α.....	128, 312
Καμαράτος Α.....	54, 190, 395
Καμαριώτης Σ.....	160
Καναβού Ε.....	294

Κανακάκης Ν.....	373	Καρλής Γ.....	5, 69, 130, 132, 133, 134, 308, 310, 352
Κανακάρης Χ.....	31, 94	Καρμίρης Θ.....	17
Κανελλοπούλου Θ.....	7	Καρνίδης Α.....	195, 196, 198, 200, 203, 270
Κανελλοπούλου Κ.....	187	Καρούλη Μ.....	403
Καντεράκης Γ.....	31	Καροφυλάκης Ε.....	122
Καπάτας Α.....	71, 181, 182	Καρυδάς Γ.....	106
Καπνίση Ε.....	344	Καρυοφυλλίδου Κ-Φ.....	291
Καραβελάκης Μ.....	110, 372, 375	Κασιόλα Α.....	239
Καραβιτάκη Μ.....	158, 163, 168	Κάσσορ Η.....	347, 348
Καραγεώργος Γ.....	243, 244, 245	Κάσπαρη Ε.....	340
Καραγιάννη Χ.....	219, 227, 277, 281	Κασσωτάκη Ι.....	186
Καραγιάννης Α.....	131	Καστελιανού Α.....	135
Καραγκιούλη Α.....	170	Καστής Γ.....	214
Καραγρηγορίου Μ.....	9	Καταντώνη Ε.....	303
Καραϊβάζογλου Κ.....	235	Καταφυγιώτη Μ.....	7
Καράκλας Α.....	284, 285	Κατελανή Σ.....	74
Καραμάνης Γ.....	233	Κατεχάκης Ν.....	127
Καραμανλή Κ.....	71, 181, 182	Κατουμάς Κ.....	45, 254
Καραμάνου Μ.....	81, 83, 86, 95, 96, 101, 102, 295, 298	Κατσαβούνη Χ.....	327
Καραμαντζάνης Ε.....	339	Κατσακιώρης Χ.....	177, 178
Καραμαρούδης Σ.....	75	Κατσαρός Κ.....	278
Καραμηνάς Ι.....	360	Κατσαρού Θ.....	322, 323
Καράμπας Β.....	229, 283	Κατσέλη Π.....	324, 359
Καραμπελά Ε.....	33, 61	Κατσέλης Χ.....	363
Καράμπελα Π.....	332	Κατσιάρη Μ.....	59
Καραμπέλη Μ.....	397	Κατσιάφας Ι.....	202
Καραναστάσης Δ.....	177, 178	Κατσιγιάννη Β.....	27
Καρανίκας Χ.....	78	Κατσιόλα Σ.....	304
Καραντώνη Ε.....	325	Κατσιλή Α.....	69
Καραουλάνη Θ.....	71, 181, 182	Κατσιλής Ν.....	126, 353
Καραπιπέρης Γ.....	195, 199, 203, 204	Κατσιμπρή Π.....	401
Καραταπάνης Σ.....	5, 69, 125, 126, 130, 132, 133, ..... 134, 308, 310, 350, 352, 353	Κατσούλας Γ.....	357
Καρατζάς Γ.....	174, 175, 176	Κατσουλιέρης Η.....	145
Καρατζάς Ι.....	387	Κατσώνη Ε.....	37
Καρατζιά Θ.....	403	Καφαράκης Π.....	110, 374
Καρατζίδου Κ.....	307	Καψάλη Χ.....	3
Καραχάλιος Γ.....	159	Καψαμπέλης Π.....	11, 11
Καραχάλιου Ε.....	71, 181, 182	Κελέκης Α.....	121
Καραχρήστος Χ.....	205	Κεμπάπης Α.....	290, 363
Καργαδούρη Α.....	49	Κερεζίδου Ε.....	205
Καρδαρά Μ.....	283	Κερεζούδη Ε.....	349, 354
Καρδαράς Δ.....	162	Κετίκογλου Ι.....	64
Καρέλη Ε.....	377	Κιζιρίδης Κ.....	184, 191, 212
Καρελλά Α.....	378, 382	Κικίδης Δ.....	240, 242, 246
Καρίκη Ο.....	69, 125, 130, 132, 133, 134, 308, 310, 350	Κινδύνη Μ.....	69, 125, 126, 130, 132, 133, 134, 308, 310
Καρκαλούσος Π.....	341	Κιούλος Ν.....	153, 188
Καρκουλιάς Κ.....	238, 318	Κίτνα Α.....	71
		Κίτσου Χ.....	35

Κλημόπουλος Σ.....	286	Κοτσάτος Ν.....	170
Κοζανίτου Μ.....	9	Κοτσίκου Ε.....	77, 300
Κοζικοπούλου Δ.....	5, 126, 130, 132, 133, 134, 308, 310, 350, 352, 353	Κοτσιλίνη Α.....	174
Κόκκας Α.....	302, 387	Κοττάκης Γ.....	229, 283
Κοκκέβη Α.....	294	Κοττάς Σ.....	124
Κοκκίνου Σ.....	122	Κούβελας Ν.....	108, 109, 112
Κόκκορης Σ.....	60	Κουδούνα Μ.....	113
Κοκολάκη Α.....	50	Κούκου Μ.....	142
Κολιαντζάκη Σ.....	47, 82, 90, 91, 92, 93, 171, 258, 259, 378, 382	Κουκουράκης Ε.....	162
Κολικόπουλος Φ.....	250	Κούκουρας Θ.....	271
Κολιός Π.....	235	Κουκουρίκος Κ.....	79
Κολλαίτης Γ.....	177, 178	Κουλία Κ.....	347, 348
Κολοβού Β.....	51	Κουλλιάς Ε.....	301
Κολοβού Γ.....	51	Κουλούκουσα Μ.....	84
Κολονίτσιου Φ.....	334, 335, 336	Κουμεντάκης Ε.....	219, 227, 277, 281
Κόμης Μ.....	383	Κουνούκλας Κ.....	303, 325, 358
Κονδύλης Α.....	172, 173	Κούνουνας Θ.....	219, 227, 281
Κονιδάρης Α.....	128	Κουντούρη Α.....	379, 381
Κονταξοπούλου Δ.....	141	Κουπετώρη Μ.....	166, 167, 184, 191, 212, 260, 326, 331, 383, 398
Κοντάρια Π.....	73	Κουράκλης Γ.....	217, 220, 221
Κόντζογλου Κ.....	220, 221	Κουρκούτα Λ.....	79
Κοντογεώργη Α.....	131	Κουρούνης Α.....	24
Κοντόλαιμου Ι.....	324, 329, 369	Κουρουπάκης Ε.....	110, 372
Κοντονασάκης Ι.....	112	Κουρούτου Π.....	212, 260, 326, 383
Κοντός Α.....	23	Κούρη Ε.....	306, 365, 366, 407
Κοντός Χ.....	172, 173	Κούσης Π.....	64
Κοντού Β.....	170	Κουταλά Ε.....	2
Κοντραφούρη Π.....	306, 365, 366, 407	Κούτης Χ.....	58, 138, 213
Κορακίδου Α.....	117, 119	Κούτλα Χ.....	127
Κορδύση Γ.....	202, 288	Κούτρα Ε.....	324, 329, 359
Κορνάρου Ε.....	115, 115	Κουτσή Α.....	367
Κοροβέση Ι.....	380	Κουτσιαρά Α.....	222
Κορομηλιάς Α.....	322, 323	Κουτσιλιέρης Μ.....	14
Κορός Χ.....	137	Κουτσιμπέλης Α.....	253, 355
Κορφιάς Σ.....	262, 265	Κουτσοκέρα Ε.....	330
Κοσμά Α.....	236	Κουτσούλης Ν.....	379, 381
Κοσμά Λ.....	387	Κουτσομπός Ι.....	78
Κοσμαδάκης Ν.....	11	Κουτσομπός Ν.....	369
Κότελη Α.....	14	Κουτσοουρούμνη Β.....	400
Κοτρογιάννης Ι.....	226, 233	Κουφόπουλος Ε.....	206
Κοτρώνη Α.....	19, 239, 252	Κοψαυτοπούλου Α.....	306, 365, 366, 407
Κοτρώτσιου Ε.....	53	Κρανιδιώτη Ε.....	304
Κότσαλης Γ.....	229, 283	Κρανιδιώτης Γ.....	185, 190, 388, 395
Κότσαλος Α.....	106, 138, 144, 213	Κρεμετής Ι.....	130, 308
Κότσαλος Χ.....	106, 144	Κρικίδης Δ.....	104
Κότσαλου Ε.....	58, 106, 138, 144, 213	Κρούπης Χ.....	137
		Κτενιαδάκης Σ.....	158, 163, 168

Κύκαλος Σ.....	217	Λεπέτσος Π.....	160
Κυπραίου Α.....	241	Λέτσας Κ.....	357
Κυριαζάνος Ι.....	230	Λεφαντζής Ν.....	46, 148
Κυριαζή Β.....	6, 8, 330	Λιακάκος Θ.....	247
Κυριακού Ν.....	117	Λιακόπουλος Ν.....	21, 24
Κυριοπούλου Ε.....	199, 204, 272, 274	Λιακοπούλου Ε.....	47
Κυρίτσης Χ.....	322, 323	Λιάκου Α.....	394
Κωλέτσης Ε.....	336	Λιάκου Χ.....	394
Κωνσταντάκης Ε.....	109, 112	Λιανός Ι.....	358
Κωνσταντάρα Φ.....	226, 233	Λιανού Β.....	45, 254
Κωνσταντινίδου Ε.....	165	Λιαντινιώτη Χ.....	140
Κωνσταντινοπούλου Α.....	216, 238, 292, 316, 318	Λιάπης Ι.....	350, 352, 353
Κωνσταντίνου Α.....	367	Λιάππης Η.....	402
Κωνσταντίνου Π.....	283	Λιαράκος Α.....	408
Κωνσταντόπουλος Α.....	155	Λιάσκος Α.....	259
Κωνσταντόπουλος Π.....	52	Λιάτσος Γ.....	301
Κωνσταντουδάκης Γ.....	278	Λιάτσου Δ.....	124
Κωνσταντουλάκης Π.....	37	Λιγωμένου Θ.....	282, 284, 285
Κωστάκης Ι.....	217	Λιμπιτάκη Γ.....	349, 354
Κωστελίδου Θ.....	7	Λιόση Β.....	54
Κωστικίδου Α.....	251	Λιόση Μ-Κ.....	13, 16, 18
Κώστογλου-Αθανασίου Ι.....	14, 327, 368, 370, 371	Λοΐζος Γ.....	56, 190
Κωστοπούλου Α.....	222	Λοΐζου Α.....	386
Κωστούλας Γ.....	283	Λούης Κ.....	72, 73, 211
Κωτούλα Κ.....	13, 16	Λουκά Ε.....	324, 329
Κώτση Χ.....	13, 16	Λουκά Μ.....	135, 312, 400
Κωτσόπουλος Ν.....	159	Λούπα Χ.....	188, 302
<b>Λ</b>			
Λάγιου Ε.....	87, 89	Λουτράδης Δ.....	146
Λάγιου Π.....	197, 234	Λουτσιδη Ν.....	367
Λαγκαδίνου Μ.....	129	Λούφα Θ.....	367
Λαγουδέλλης Α.....	290, 363	Λυδάκης Χ.....	186
Λαδογιάννη Ε-Μ.....	57	Λυμάξης Ε.....	175
Λάζαρης Α.....	247	Λυτρίβη Δ.....	243, 344, 345
Λαΐνης Β.....	194	<b>Μ</b>	
Λάιος Κ.....	87, 89	Μαγιορκίνης Ε.....	128
Λαμπίρη Χ.....	167	Μαζαράκης Δ.....	385
Λαμπράκη Α.....	188	Μαθάς Χ.....	59
Λαμπρογιαννάκης Ε.....	110	Μαθιοπούλου Γ.....	375
Λαμπρόπουλος Π.....	56, 71, 181, 182, 190	Μάθου Ν.....	187
Λαμπρόπουλος Χ.....	196, 199	Μαϊκαντής Γ.....	166, 167, 184, 191, 212, 326, 331, 383, 398
Λάμπρου Θ.....	326, 331, 383, 398	Μακίνα Α.....	324, 329
Λάσκος Ε.....	236	Μακρή Α.....	29, 30, 339
Λάτση Μ.....	71, 181, 182	Μακρή Ε.....	403
Λεκκάκου Λ.....	326, 331, 383	Μακρυνικόλα Π.....	393
Λέκκου Α.....	334	Μαλακώζης Γ.....	251
Λελέκης Μ.....	194	Μάλιος Ι.....	387
		Μάλλη Χ.....	401

Μαμάκου Β.....	356	Μεγαλοοικονόμου Π.....	121
Μάνεσης Ε.....	64	Μέγας Β.....	287
Μάνεσης Σ.....	288	Μέγας Λ.....	287
Μανέττας Β.....	243, 244, 245	Μελάκη Κ.....	256
Μάνη Η.....	65, 66, 67, 68, 70	Μελάς Δ.....	198, 199, 272
Μανιάτη Β.....	119	Μελιδώνης Α.....	50, 51, 54, 56, 185, 190, 388, 395, 408
Μανιουδάκη Σ.....	301	Μενενάκος Ε.....	52
Μάντζου Ε.....	307	Μεράκου Ε.....	38, 39, 41, 343
Μαντζουράνη Μ.....	195	Μερίτση Α.....	64
Μαντσιου Α.....	151	Μερκούρη Χ.....	208
Μαντωνάκης Γ.....	58	Μεταξά Μ.....	386
Μανωλακόπουλος Σ.....	64	Μηδιούρα Τ.....	63
Μανωλάκου Θ.....	143	Μηλιώτη Τ.....	333
Μανωλέσου Δ.....	247	Μήνια Α.....	52
Μαραγκός Κ.....	9, 13, 18, 48	Μήρτσιος Χ.....	172, 173
Μαραγκουλιά Θ.....	385	Μητράι Β-Ζ.....	31
Μαραθωνίτης Γ.....	387	Μήτσιος Ν.....	284
Μάργαρα Π.....	344	Μητσόκαλης Α.....	269
Μαργαρίτης Ε.....	176	Μητσοκάλης Κ.....	401
Μαργαρίτης Μ.....	336	Μητσόπουλος Γ.....	256
Μαρίνου Ι.....	33	Μίγκου Σ.....	248, 252
Μαριόλης-Σαπσάκος Θ.....	232, 280	Μικέλης Κ.....	118
Μαρισέσκου-Χωριανοπούλος Τ.....	55	Μιλορόλα Κ.....	170
Μαρκάτος Φ.....	259	Μισαηλίδης Α.....	269
Μαρκάτου Φ.....	328	Μίχα Π.....	381
Μάρκου Ε.....	347, 348	Μιχαήλ Ι.....	309
Μαρολαχάκη Ε.....	127, 399	Μιχαήλ Σ.....	12
Μαρτσούκου Μ.....	31	Μιχαηλίδης Α.....	208, 209
Μασγάλα Α.....	187	Μιχαηλίδης Σ.....	208, 209
Μασσαλής Ι.....	278	Μιχαηλίδου Ε.....	248
Μάστορα Ε.....	35, 123	Μιχαλέα Σ.....	397
Ματαλλιωτάκη Χ.....	219, 227, 277, 281	Μιχαλέας Σ.....	81
Ματθαιολαμπάκη Φ.....	387	Μιχάλης Ι.....	226, 233
Ματσαγγούρας Γ.....	179	Μιχαλιού Δ.....	119
Ματσαρίδου Ε.....	307	Μιχαλολιάκου Χ.....	290
Ματσεντίδου-Τιμηλιώτου Χ.....	386	Μιχαλούδη Μ.....	36, 156
Μάτση Σ.....	137	Μιχελάρκης Ι.....	172, 173
Μαυραγάνη Κ.....	14	Μιχελής Ι.....	109
Μαυρίδης Γ.....	183, 189	Μιχούτ Κ.....	26, 251
Μαυρογένης Α.....	121	Μοντσενίγος Θ.....	380
Μαυροειδή Α.....	59, 136	Μοστράτου Ε.....	358
Μαυροειδή Η-Α.....	351, 361	Μοσχογιάννη Χ.....	64
Μαυρομάτης Ε.....	229	Μοσχόπουλος Χ.....	121
Μαυρουδέας Δ.....	6, 8, 330	Μοσχούρης Ι.....	180
Μαυρουδή Ε.....	2	Μουδατσάκης Ν.....	219, 227, 277, 281
Μαχαίρα Λ.....	15	Μουζακίτης Π.....	160
Μαχειριώτης Ν.....	260	Μουνσι Ν.....	1
Μαχειριώτης Χ.....	260	Μουστάκη Μ.....	293, 316, 317

Μπάγκος Π.....	146	Μπουτάτη Ε.....	51, 379, 381
Μπαζίγος Γ.....	144	Μπουχάγιερ Κ.....	286
Μπάκας Ε.....	20, 23, 24, 25, 26, 27, 250, 251	Μπρέγιαννη Μ.....	140
Μπακατοσή Σ.....	248, 252	Μυλωνά Μ.....	47, 306, 365, 366, 407
Μπακίρη Μ.....	17	Μυριανθεύς Π.....	232, 280
Μπακογιάννη Σ.....	50, 54	Μυριοκεφαλιάκης Ι.....	368
Μπαλάκας Α.....	148, 305	Μυστάκα Ε.....	403
Μπαλάσκα Δ.....	88, 216, 238, 266, 292, 293, .....314, 315, 316, 317, 318, 319	Μωραϊτίης Σ.....	146
Μπαλή Π.....	235	Μωυσέως Μ.....	309
Μπαλταγιάννης Ν.....	290, 363	<b>N</b>	
Μπαμπατσίκου Φ.....	58, 138	Νάκου Α.....	66, 70
Μπαμπλέκος Γ.....	208, 209	Νανάς Σ.....	60
Μπαμπούρη Θ.....	152, 362	Ναζάκη Α.....	304, 404
Μπάνος Σ.....	262, 265	Νάσκα Α.....	197, 234
Μπαντή Θ.....	327	Νατσιοπούλου Α.....	344
Μπαξεβάνης Κ.....	15	Νεκτάριος Μ.....	155, 156
Μπάρδης Γ.....	176	Νέλλος Ι.....	108
Μπάστας Α.....	10, 11	Νέμτζας Ι.....	303
Μπάφα Μ.....	123	Νερούτσος Κ.....	225
Μπαχλιτζανάκη Μ.....	127, 128, 399, 400	Νησιώτη Λ.....	379, 381
Μπέγκας Δ.....	172, 173	Νησωτάκη Μ.....	312, 399
Μπεράτης Ι.....	137, 139, 141	Νικήτας Χ.....	240
Μπερτόλη Μ.....	210	Νικολαΐδης Γ.....	367
Μπιζύμη Ν.....	2	Νικολαΐδης Ε.....	290, 363
Μπίκος Γ.....	26, 27	Νικολαΐδου Ο.....	19, 252
Μπίλιου Σ.....	380	Νικολακοπούλου Ε.....	12, 63
Μπίμπας Α.....	240, 242, 246	Νικολάου Μ.....	309
Μπινάκας Ι.....	342	Νικολάου Ν.....	313
Μπίσια Ε.....	341	Νικολάου Χ.....	59
Μπιτσώρη Ζ.....	88, 216, 238, 266, 292, 293, .....314, 315, 316, 317, 318, 319	Νικολοπούλου Τ.....	94
Μπλίκα Α.....	340	Νίξον Α.....	218, 222, 228
Μποβιάτσης Κ.....	262	Νίχλος Χ.....	396
Μποζίνης Α.....	118	Νόβα Ε.....	170
Μποκή Κ.....	380	Νόβοκοβιτς Ν.....	363
Μπολάνης Π.....	337	Νοικοκύρης Χ.....	380
Μπολάνος Ν.....	290, 363	Νομικού Α.....	253, 355
Μπονάκης Α.....	137, 140	Νόννη Α.....	220, 221
Μπονάνος Γ.....	334	Νούτσου Μ.....	64
Μπόνας Α.....	171	Νταή Κ.....	61
Μποτοκάριοβα Α.....	55	Νταλαμάγκα Μ.....	33
Μπούγιας Κ.....	345, 346	Ντάλιου Μ.....	371, 377, 384, 405
Μπουζιώτη Π.....	214	Νταρούις Ι.....	332
Μπούκλας Δ.....	222	Νταφοπούλου Χ.....	169
Μπούμη Λ.....	388, 395	Ντελίκου Σ.....	9, 13, 16, 18, 48, 170
Μπούνου Λ.....	74	Ντέμσια Σ.....	114
Μπούρας Π.....	370, 371, 405	Ντέτσκας Γ.....	5, 69, 125, 126, 130, 132, 133, .....134, 308, 310, 350, 352, 353



Ντίαζ Λ.....	32	Παναγιωτοπούλου Α.....	303, 325, 358
Ντίνου Α.....	15	Παναγιωτοπούλου Κ-Ι.....	74
Ντόκος Γ.....	228	Παναγόπουλος Α.....	108, 304, 360, 404
Ντόκου Α.....	342	Παναγόπουλος Π.....	175
Ντόλιου Π.....	108, 109	Πανδή Α.....	207
Ντόρλης Κ.....	59	Πανοπούλου Α-Δ.....	49, 297, 340
Ντουντουλάκης Ν.....	275	Πάνος Χ.....	313
Ντουράκης ΣΠ.....	64, 65, 66, 67, 68, 70, 301	Πανταζή Λ.....	380
<b>Ξ</b>		Παντελής Α.....	286
Ξανθάκη Α.....	332, 333	Πάντος Α.....	283
Ξάνθος Θ.....	124	Πάντος Κ.....	105, 111
Ξαπλαντέρη Π.....	279, 334, 335, 336	Πάντου Π.....	43, 289
Ξένος Π.....	36, 155, 156	Παπά Ε.....	188
Ξημέρης Ν.....	158	Παπαβασιλείου Α.....	217
Ξηροκώστα Π.....	31	Παπαγγελή Ε.....	379
Ξιφάρας Μ.....	349, 354	Παπαγγελόπουλος Π.....	121
Ξουργιά Ε.....	50, 50, 185	Παπαγεωργίου Α.....	17, 176, 367
Ξυδιά Ν.....	385	Παπαγεωργίου Γ.....	53
Ξυπολυτά Φ.....	19, 22, 239, 248, 252	Παπαγεωργίου Δ.....	230
<b>Ο</b>		Παπαγεωργίου Ε.....	73
Οικονομάκη Κ.....	37	Παπαγεωργίου Σ.....	137, 139, 140, 141, 401
Οικονομίδης Γ.....	404	Παπαγιάννη Π.....	4
Οικονομίδου Ι.....	17	Παπαδακάκη Μ.....	154
Οικονομόπουλος Ν.....	392	Παπαδάκη Β.....	347
Οικονομοπούλου Ε.....	32	Παπαδάκη Ε-Α.....	2
Οικονόμου Α.....	139, 141	Παπαδάκης Δ.....	44, 257
Οικονόμου Ι.....	357	Παπαδάκης Σ.....	267, 268
Ονταμπάσογλου Δ.....	251	Παπαδαυίδ Ε.....	391
Ορφανίδου Ε.....	63	Παπαδέλη Δ.....	326, 359, 398
Ουζουνάκης Π.....	79	Παπαδήμα Ε.....	335
Ουρανού Ε.....	71, 181, 182	Παπαδημητρόπουλος Β.....	301
<b>Π</b>		Παπαδιόχος Ι.....	256
Πατρινός Γ.....	235	Παπαδογεωργάκης Ν.....	256
Παγιάτη Σ.....	235	Παπαδόπουλος Ι.....	62, 291
Παλαιολόγος Α.....	207	Παπαδόπουλος Α.....	121
Παληγογιάννη Φ.....	334	Παπαδόπουλος Γ.....	165
Πάλλα Ε.....	59, 136	Παπαδόπουλος Δ.....	208
Παλλαντζά Ζ.....	9	Παπαεμμανουήλ Β.....	43, 85
Πάλλη Ε.....	10, 11	Παπαευαγγέλου Α.....	344
Πάλλης Δ.....	267, 268, 269	Παπαζαφειροπούλου Α.....	50, 51, 54, 56, 185, 190
Παλυβού Μ.....	385	Παπαζαχαρίας Ι.....	226, 233
Παναγέα Θ.....	122	Παπαζαχαρίας Χ.....	226, 233
Παναγίδης Δ.....	60	Παπάζογλου Γ.....	186
Παναγιωτάκη Ε.....	29	Παπάζογλου Σ.....	105, 111
Παναγιωτίδης Ι.....	391, 401	Παπαηλιάδης Σ.....	241
		Παπαθανασίου Μ.....	140, 205
		Παπαϊωάννου Θ.....	247, 295
		Παπακυριάκου Α.....	387

Παπακωνσταντίνου Ο.....	121	Πατσούρης Ε.....	220, 221
Παπακωνσταντίνου Φ.....	5, 69, 125, 126, 130, 132, ..... 133, 134, 308, 310, 353	Παυλακής Μ.....	147, 152, 362
Παπακώστα Β.....	46, 148, 255, 305	Παυλάκου Α.....	363
Παπαμελέτη Μ.....	119	Παύλου Δ.....	141
Παπαναγιώτου Α-Ρ.....	135	Παύλου Μ.....	71, 181, 182
Παπάνας Ν.....	50	Πεντάζος Π.....	174
Παπαναστασίου Γ.....	183, 189	Περέζ Σ.....	15
Παπαναστασίου Π.....	76	Περρέα Δ.....	52, 103, 364
Παπανικόλα Ν.....	397	Πέσχος Δ.....	53
Παπανικολάου Ε.....	108	Πεταλά Α.....	328
Παπανικολάου Π.....	311, 356	Πετρέλλης Β.....	403
Παπανικολοπούλου Α.....	215	Πετρίδης Γ.....	55
Παπαντωνίου Σ.....	190, 408	Πετρίκκος Π.....	303, 358
Παπαοικονόμου Ε.....	5, 69, 130, 132, 133, 134, 308, 310, 350	Πετρονικολός Κ.....	130, 132, 133, 134
Παπαπαναγιώτου Ι.....	230	Πετροπούλου Ε.....	373
Παπασταύρου Α.....	309, 389	Πετρουλάκη Α.....	342
Παπαστεργίου Β.....	69, 125, 126	Πετρούλια Γ.....	330
Παπαστεφανοπούλου Β.....	137	Πετροχείλου Α.....	13, 16, 18
Παπαστυλιανού Ι.....	339	Πέτσης Δ.....	290
Παπατριανταφύλλου Ι.....	137	Πεύκος Π.....	171
Παπατσάκωνας Α.....	290	Πηρουνάκη Μ.....	301
Παπαφράγκος Χ.....	42	Πιλάτης Ν.....	373
Παπαχρίστου Μ.....	214, 214	Πιπεράκη Ε-Θ.....	49
Παπουλιάκος Σ.....	203	Πιταροκοίλης Μ.....	110, 372, 374, 375
Παπουτσάκης Α.....	110, 372, 374, 375	Πίτσια Τ.....	236
Παπουτσάκης Δ.....	261, 263	Πλατσούκα Ε.....	59, 136
Παππά Α.....	345, 346	Πλιούτα Λ.....	390
Παππά Ε.....	153, 256	Πλώτα Μ.....	335
Παππά Κ.....	146	Πολάτου Τ.....	287
Παππά Λ.....	123	Πολίτης Κ.....	36
Παππά Μ.....	402	Πολίτης Π.....	143
Παππάς Κ.....	199, 204, 272, 274	Πολλάλης Ι.....	88, 266, 314, 315, 319
Παρασκευόπουλος Ι.....	226, 233	Πολύζος Α.....	146
Παρασκευοπούλου Α.....	60	Πολύζος Ν.....	169
Παραφόρου Μ.....	267, 268, 269	Πολυθοδωράκη Ε.....	49
Παριανός Χ.....	218, 228	Πολυπαθέλλη Ι.....	307
Παρίσης Χ.....	28	Πολυχρόνη Ε.....	8
Πασβάντης Δ.....	20, 25, 26, 27, 250, 251	Πολυχρονόπουλος Γ.....	394
Παστρούδης Α.....	174, 175, 176	Ποταμούση Π.....	370, 371, 377, 384, 405
Πάσχου Ε.....	311, 356	Πότσιος Χ.....	279
Πατεδάκης Θ.....	196	Πουγιούκα-Μπέη Μ.....	13, 16, 18
Πατεδάκης Κ-Θ.....	204	Πουλάκης Κ.....	155
Πατιάς Π.....	278	Πουλιάκης Α.....	47, 258
Πατρικίου Ε.....	131	Πούλιου Ε.....	194
Πατρινός Π.....	357	Πούλιου Φ.....	160
Πατσάκη Ε.....	60	Πούλος Θ.....	31
Πατσιλινάκου Κ.....	85	Πουρίκη Σ.....	66, 70
		Πρίντεζη Α.....	62

Πριφτάκης Δ.....	215	Σιβετίδου Σ.....	19, 22, 239, 248, 252
Προβατοπούλου Ξ.....	222	Σιδέρης Π.....	357
Προκοπάκης Ι.....	219, 227, 277, 281	Σιδηροπούλου Σ.....	55
Πρωτογέρου Α.....	153, 188	Σίμου Ε.....	77, 300
Πρωτονοτάριος Δ.....	152	Σίντου Ε.....	123
Πρωτόπαπα Α-Σ.....	84, 115	Σιόντη Β.....	53
<b>Ρ</b>		Σιούλα Μ.....	229
Ράζης Κ.....	267	Σισσούρας Α.....	157
Ράζου Α.....	242	Σιώτος Χ.....	149, 161, 197, 201, 224, 234, 276
Ρακιτζής Ο.....	188	Σιώτου Κ.....	161, 201, 276
Ραλλίδης Λ.....	51, 122	Σκαλτσιώτης Η.....	290, 363
Ρέππας Κ.....	306, 365, 366, 407	Σκανδαλάκης Ν.....	373
Ρίχτερ Δ.....	105, 111	Σκανδαλάκης Π.....	394
Ρόβλιας Α.....	261, 263	Σκανδάμη Β.....	332, 333
Ρογδάκης Ε.....	110, 372, 374	Σκαρμούτσου Ν.....	31
Ροδίτης Κ.....	72, 73, 211	Σκληρός Ε.....	42
Ροδίτης Σ.....	218	Σκόπας Β.....	208
Ρόζης Κ.....	268, 269	Σκοπελίτης Η.....	164
Ρόκας Κ.....	391	Σκορδάς Α.....	104
Ρούλια Ε.....	324, 329, 359, 369	Σκουλουδάκη Α-Η.....	74
Ρούμπης Κ.....	347, 348	Σκούμης Γ.....	282, 285
Ρούσσου Ζ.....	59	Σκούρα Ε.....	326, 331, 383, 398
Ρούσσου Κ.....	114	Σκουρή Ι.....	324, 329
<b>Σ</b>		Σκουτέλης Α.....	396
Σαββίδου Δ.....	64	Σκρεπετού Ν.....	136
Σακαλίδης Α.....	108, 109, 112	Σκώκου Μ.....	235
Σακάς Δ.....	262, 265	Σμυρنيώτης Β.....	142
Σακκαλής Α.....	59	Σολάκης Ε.....	286
Σαλβαράκη Α.....	127, 128, 135, 312	Σολωμού Σ.....	71, 181, 182
Σαμαρά Ε.....	72	Σονικιάν Μ.....	28
Σαμαρά Ι.....	380	Σουβατζή Κ.....	194
Σαμαρά Σ.....	37	Σουλιμιώτης Α.....	29
Σαμαράς Χ.....	370, 377, 384, 405	Σουλιώτης Β.....	1
Σαμπάνης Ν.....	311, 356	Σουλιώτης Κ.....	159
Σαμπατάκου Ε.....	301	Σουρτζής Π.....	403
Σαπουντζής Α.....	385	Σούφλα Γ.....	7
Σαφλιάνης Ι.....	380	Σοφία Μ.....	322
Σαχινίδης Α.....	320	Σοφόπουλος Μ.....	15
Σερασλή Ε.....	205	Σπανού Α.....	342
Σεργεντάνης Θ.....	81	Σπανού Ε.....	5
Σημαντηράκη Δ.....	210	Σπηλιοπούλου Β.....	188
Σιακαβέλλα Μ.....	261, 263	Σπηλιοπούλου Ι.....	335, 336
Σιακαλής Γ.....	121	Σπηλιωτοπούλου Α.....	131
Σιάμου Ι.....	294	Σπυριδάκη Α.....	406
Σιάρκος Ε.....	370, 371, 377, 384, 405	Σπυρόπουλος-Ζήσης Θ.....	28
Σιασιάκου Σ.....	67	Σπυροπούλου Α.....	335
		Σπυροπούλου Ο-Μ.....	371, 377, 384, 405
		Σπύρου Α.....	350, 352, 353

Σπύρου Β.....	74	Ταμπάκης Α.....	220, 221
Σπύρου Ε.....	78	Ταμπάκης Χ.....	134
Στάγκου Ε.....	342	Ταξιildάρης Α.....	239
Στάθη Δ.....	303, 325, 358	Ταξίμη Σ.....	278
Σταθόπουλος Χ.....	152, 362	Ταπραντζή Α.....	122
Στάικου Ε.....	29, 30, 339	Τασσόπουλος Γ.....	40, 150
Σταματάκης Ι-Γ.....	304	Ταταρίδου Τ.....	184, 212, 326, 331, 383
Σταματέλος Π.....	140, 141	Ταταρου Μ.....	29, 30
Σταματιάδης Α.....	223, 231	Τέγος Θ.....	147, 152, 362
Σταματίου Κ.....	179, 180	Τέρπος Ε.....	1
Σταμέλου Μ.....	137	Τζαβάρα Β.....	393, 397
Σταμοπούλου Σ.....	226, 233	Τζαβές Ι.....	57
Στάμος Ν.....	230	Τζαγκαράκης Ε.....	186
Σταμούλη Μ.....	34	Τζάιδα Ο.....	363
Σταμούλος Κ.....	31	Τζαμαρίας Σ.....	179, 180
Σταμπόρη Μ.....	5, 353	Τζαναβάρη Α.....	327
Σταυράκης Σ.....	110, 372, 374, 375	Τζανάκη Ε.....	81
Σταυριανού Α.....	385	Τζανάκης Ι.....	57
Σταυροπούλου-Γκιόκα Α.....	15	Τζανή Α.....	52
Σταύρου Κ.....	62	Τζάννη Α.....	103, 364
Στέργιος Κ.....	224	Τζατζάγου Γ.....	307
Στεφανάδης Χ.....	105, 111	Τζέλιου Β.....	345, 346
Στεφανή Δ.....	194	Τζεφεράκος Μ.....	229, 283
Στεφανής Λ.....	137, 140, 141	Τζήκας Α.....	282, 284
Στήθος Δ.....	11	Τζίμας Θ.....	402
Στράντζιας Π.....	256	Τζίνη Ε.....	28
Στρατηγάκος Ε.....	124	Τζιουβάρης Χ.....	282, 284, 285
Στρατηγού Θ.....	33	Τζουγανάτου Ε-Μ.....	56, 185, 190, 388, 395
Στρούμπος Χ.....	336	Τζουμάνη Α.....	393
Στυλιάδης Ι.....	104	Τζωρτζίδης Φ.....	334
Στυλιανάκης Α.....	160	Τηνιακού Κ.....	84
Στυλιανίδης Φ.....	159	Τήνιος Π.....	156
Συκουτέμη Ε.....	49	Τογκονίτζε Μ.....	347
Συμεωνίδης Ν.....	303, 325, 358	Τολιόπουλος Α.....	71, 181, 182
Συμπάρδη Σ.....	212, 260, 326, 331, 383, 398	Τόμπρος Γ.....	177, 178
Συρογιάννη Α.....	80	Τόσκας Α.....	306
Σφακιανάκης Ε.....	158	Τουνισίδης Γ.....	174
Σφηκάκης Π.....	407	Τουρνάς Γ.....	376
Σφήκας Σ.....	385	Τούση Ν.....	160
Σχίζας Δ.....	247	Τούσουλης Δ.....	105, 111
Σώρρας Κ.....	82, 90, 91, 92, 93, 171, 378, 382	Τούτουζα Μ.....	13, 16, 18, 332, 333
Σωτηρόπουλος Α.....	42	Τούτουζας Κ.....	105, 111
<b>Τ</b>		Τράντζας Ν.....	206
Ταβλαντά Μ.....	97, 98, 296	Τρίγκα Α.....	378, 382
Ταβλαντάς Π.....	97, 98, 296	Τρελογιάννη Ξ.....	333
Ταλάρης Θ.....	25	Τρεμπέλα Π.....	160
Ταμπάκη Α-Χ.....	220, 221	Τριανταφυλλίδου Σ.....	114
		Τριανταφύλλου Α.....	55

Τριανταφύλλου Δ.....	45	Τσολάκη Σ.....	396
Τριανταφύλλου Ε.....	344	Τσοτουλίδης Σ.....	55
Τρικαλινού Α.....	50	Τσότρα Μ.....	403
Τρούσας Δ.....	271	Τσουκαλάς Γ.....	83, 86, 95, 96, 99, 100, 101, 102, 295, 298, 299
Τσαγγαλέας Α.....	183, 189	Τσουρούφλης Γ.....	217, 221
Τσαγκαράκη Α.....	168	Τσούτσος Δ.....	195, 196, 198, 199, 200, 203, 204, 270, 272, 274
Τσαγκάρη Β.....	28		
Τσαγκαρουσιάνος Χ.....	11		
Τσαγκατάκη Ε.....	168		
Τσαγκατάκης Ε.....	177, 178		
Τσαγκλή Π.....	140	<b>Υ</b>	
Τσακαλίδης Γ.....	328	Υφαντή Μ.....	192, 193
Τσάκαλου Κ.....	179	Υφαντόπουλος Ι.....	155
Τσακλιάδου Χ.....	109, 112		
Τσαλογλίδου Α.....	79	<b>Φ</b>	
Τσανάκα Β.....	117	Φακατσέλη Π.....	54
Τσαντικίδη Ζ.....	326, 383	Φαμηλιάς Ι.....	69
Τσαούσης Β.....	307	Φάμπρη Α.....	370, 371, 377, 384, 405
Τσατοβ Ο.....	326, 383, 398	Φασφαλής Δ.....	370, 371, 377, 405
Τσάχαλης Θ.....	403	Φερεντίνος Ι.....	348
Τσαχουρίδης Χ.....	285	Φερεντίνος Π.....	235
Τσαχουρίδου Ο.....	55	Φέρκε Α.....	126, 130, 132, 133, 134, 308, 310
Τσεκές Γ.....	397	Φερφέλη Σ.....	22
Τσεκούρα Μ.....	9	Φέττα Σ.....	386, 389
Τσελώνη Λ.....	198, 274	Φίλης Ι.....	140
Τσερεμέ Α.....	258	Φιλιπιάδης Δ.....	121
Τσερκέζης Γ.....	28	Φιλίππου Ε.....	330
Τσερκέζης Χ.....	218	Φιλιώτη Κ.....	357
Τσερμπίνι Ε.....	235	Φίσκα Α.....	99, 100
Τσιάμαλος Π.....	185	Φλεβοτόμος Δ.....	339
Τσιαμασφίρου Δ.....	22	Φλώρου-Χατζηγιαννίδου Χ.....	137
Τσιβγούλης Γ.....	140	Φόρτης Α.....	367, 368
Τσίγας Σ.....	345, 346	Φόρτης Σ.....	15
Τσιλιγιάννη Α.....	332, 333	Φόσκα Α.....	140
Τσιμιλιώτη Φ.....	30	Φουκαράκης Ε.....	110, 372, 374, 375
Τσιμπουξή Α.....	32	Φούκας Π.....	401
Τσινάρη Α.....	183, 189	Φούτρης Α.....	164
Τσίπη Σ.....	23	Φραγκιαδάκη Σ.....	141
Τσίπης Α.....	373	Φράγκου Γ.....	10
Τσιπιλής Σ.....	396	Φραγκούλης Γ.....	177, 178
Τσίπρας Η.....	228	Φραδέλος Ε.....	230
Τσιρίγγα Α.....	301, 332, 333	Φραιδάκης Ο.....	158, 163, 168
Τσιρογιάννη Α.....	17	Φρατζή Κ.....	16
Τσιτσής Β.....	259	Φρογουδάκη Α.....	122
Τσιτσιπάνης Χ.....	264	Φυργιόλα Μ.....	45, 254
Τσιτσόπουλος Ε.....	64	Φωκάς Κ.....	180
Τσίφτσης Δ.....	164, 165	Φωτίου Α.....	294
		Φωτίου Ε.....	226, 233

<b>Χ</b>	
Χαζάπη Α.....	12
Χαλίμου Ι.....	378, 382
Χαλκιάς Α.....	124
Χανιώτου Α.....	206, 207
Χαραλαμπόπουλος Α.....	52
Χαραλάμπους Γ.....	53, 157
Χαραλάμπους Χ.....	183, 189
Χαριτάκης Γ.....	107
Χαρίτος Δ.....	379, 381, 390
Χαρίτος Χ.....	198, 274
Χαρχαλάκης Ν.....	17
Χαρχαλή Σ.....	121
Χαρώνης Α.....	143
Χάσιου Α.....	5, 69, 125, 126, 130, 132, 133, 134, 308, 310, 350, 352, 353
Χατζή Ε.....	35
Χατζηαντωνίου Χ.....	143
Χατζηβασιλείου Σ.....	232, 280
Χατζηγιάννη Α.....	65, 68
Χατζηδάκη Θ.....	126
Χατζηδάκης Ι.....	303, 325, 358
Χατζηκυριάκου Ρ.....	94
Χατζημιχάλης Α.....	290, 363
Χατζόπουλος Σ.....	174
Χέρας Π.....	40, 150
Χήνου Ε.....	6
Χλιαουτάκης Ι.....	154
Χλωρός Δ.....	205
Χονδροζουμάκη Α.....	262, 265
Χονδρόπουλος Ν.....	226, 233
Χουζούρης Μ.....	36, 155, 156, 162
Χούσος Δ.....	349
Χρηστάκου Α.....	249
Χριστοδουλάτος Γ-Σ.....	33, 160
Χριστοδουλίδης Ι.....	177, 178
Χριστοδούλου Β.....	309
Χριστοδούλου Κ.....	225, 288
Χριστοδούλου Μ.....	309
Χριστόπουλος Γ.....	179, 180
Χριστόπουλος Κ.....	153, 188, 302
Χριστοπούλου Β.....	391, 401
Χριστοπούλου Γ.....	37
Χριστοπούλου Ε.....	383
Χριστοφή Π.....	4
Χριστοφοράκης Χ.....	282, 284, 285
Χριστοφορίδης Ν.....	313
Χριστοφορίδου Α.....	328
Χριστοφώρου Π.....	384, 405
Χρονοπούλου Α.....	92, 93, 171, 259
Χρυσανθακοπούλου Μ.....	369
Χρυσανθοπούλου Ε.....	61
Χρυσάφη Α.....	25
Χρυσικός Δ.....	57
Χρυσού Σ-Ε.....	49, 297, 340
<b>Ψ</b>	
Ψαθά Ν.....	3, 4
Ψαράκης Φ.....	219, 227, 277, 281
Ψαρογιαννακοπούλου Ι.....	404
Ψαρουλάκη Α.....	122
Ψαρράκης Χ.....	122
Ψέλλας Χ.....	5, 69, 353
Ψηφής Μ.....	172, 173