Ελληνική Ιατρική

Helliniki Iatriki

33ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 22 – 24 ΜΑΡΤΙΟΥ 2018

ISSN 2241-8253

Τόμος 84, Συμπληρωματικό Τεύχος 2018 • Περιοδικό της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Volume 84, Supplement 2018 • Official Journal of the Thessaloniki Medical Society

Helliniki Iatriki Ελληνικη Ιατρικη

Τριμηνιαία Ιατρική Έκδοση
Εκδίδεται από το 1927 - Ε' Περίοδος, Όργανο της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Έπαινος Ακαδημίας Αθηνών

Ιδιοκτήτης – Εκδότης
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Δημοσθένους 4, 546 24 Θεσσαλονίκη
Ηλεκτρονική Έκδοση
UNIVERSITY STUDIO PRESS
Αρμενοπούλου 32, 546 35 Θεσσαλονίκη

Quarterly Publication
Official Journal of Thessaloniki Medical Society
First published in 1927 – Fith period
Correspondence should be addressed to the Medical Society of Thessaloniki,
4, Dimosthenous Street, 546 24 Thessaloniki, Greece

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Πρόεδρος Α. Καραγιάννης
Α' Αντιπρόεδρος Δ. Σωτηριάδης **Β' Αντιπρόεδρος** Ε. Ροηλίδης
Γεν. Γραμματέας Γ. Τσουλφάς
Ταμίας Κ. Τζιόμαλος **Ειδ. Γραμματέας** Δ. Παπακώστα
Έφορος Στέγης Ι. Τσινόπουλος **Έφορος Βιβλιοθήκης** Γ. Κούρτογλου
Μέλη Τ. Βυζαντιάδης, Δ. Καπουκρανίδου, Λ. Κοβάτση
Αναπλ. Μέλη Θ. Βασιλειάδης, Κ. Καραπαναγιώτης, Αικ. Παπαγιάννη
Ελεγκτική Επιτροπή Κ. Καλλαράς, Χ. Κουμάρας, Ε. Μανδαλά

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης
Κ. Καλλαράς
Αναπλ. Διευθυντές Σύνταξης
Ε. Μανδαλά, Α. Καμπαρούδης
Μέλη
Μ. Αθανασίου-Μεταξά, Θ. Γερασιμίδης, Θ. Δαρδαβέσης, Δ. Δημητριάδης, Γ. Ηλονίδης, Δ. Καπουκρανίδου, Ν. Μαλισιόβας, Η. Ντεγιάννης, Π. Νικολαΐδης, Β. Παπανικολάου, Χ. Παπανικολάου, Α. Σαχινίδης, Π. Τέκκης, Μ. Χάιδιτς, Α. Χαριτάντη, Ε. Χολόγκιτας

Ιστοσελίδα: http://www.helliniki-iatriki.gr
Αλληλογραφία: info@helliniki-iatriki.gr

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, στη νέα της εκδοτική περίοδο, θα δημοσιεύει εργασίες στα ελληνικά και στα αγγλικά όλων των ειδικοτήτων όπως επίσης και αυτές που προέρχονται από τις βασικές βιολογικές επιστήμες και την ιατρική εκπαίδευση, με κύριο σκοπό την καλλίτερη και πληρέστερη ενημέρωση του γιατρού.

Κάθε εργασία ακολουθεί μια αυστηρή δομή και ανήκει σ' ένα τύπο άρθρου. Μεικτές κατηγορίες εργασιών δε γίνονται δεκτές.

Αναλυτικότερα το περιοδικό δημοσιεύει:

Ανασκοπήσεις: Γράφονται από ένα συγγραφέα, κατ' εξαίρεση από δύο όταν το θέμα απαιτεί συγγραφείς δύο διαφορετικών ειδικοτήτων. Ο συγγραφέας πρέπει να είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένος με το θέμα, ώστε η ενημέρωση του αναγνώστη να είναι πλήρης και ουσιαστική. Η ενημέρωση αυτή αφορά όλους τους σταθμούς που πέρασαν οι γνώσεις στο θέμα με κύρια έμφαση όμως στις σύγχρονες απόψεις, τεκμηριωμένες από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Η έκταση του άρθρου πρέπει να είναι 15 έως 25 δακτυλογραφημένες σελίδες στις οποίες περιλαμβάνονται η εικονογράφηση, η βιβλιογραφία και η περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Επίκαιρα θέματα - Ενημερωτικά άρθρα: Το αντικείμενο των άρθρων της κατηγορίας αυτής μπορεί να είναι διαγνωστικού ή θεραπευτικού περιεχομένου ή και να αφορά οποιοδήποτε τομέα της ιατρικής επιστήμης. Γράφονται για να κάνουν ευρύτερα γνωστό ένα πρόσφατο επίτευγμα στον τομέα που έχουν επιλέξει οι συγγραφείς. Τα άρθρα αυτά υποβάλλονται στο περιοδικό κατόπιν συνεννοήσεως με την Επιτροπή Συντάξεως.

Η έκταση του άρθρου πρέπει να περιορίζεται σε 5-10 περίπου δακτυλογραφημένες σελίδες με 8-10 βιβλιογραφικές παραπομπές και τον τίτλο στην αγγλική. Τα ενημερωτικά άρθρα πρέπει να συνοδεύονται από περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Ερευνητικές εργασίες: Έχουν κλινικό-εργαστηριακό περιεχόμενο. Το κείμενο περιλαμβάνει βραχεία εισαγωγή, όπου αναφέρεται ο σκοπός της εργασίας, περιγραφή του υλικού και των μεθόδων, έκθεση των αποτελεσμάτων, συζήτηση στην οποία περιλαμβάνονται και τα τελικά συμπεράσματα καθώς και περίληψη στα ελληνικά και αγγλικά και τη βιβλιογραφία. Η περίληψη πρέπει να είναι αυτοτελής και να περιέχει το σκοπό της εργασίας, τις βασικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν, τα κύρια ευρήματα και τα σημαντικότερα συμπεράσματα.

Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις: Σ' αυτές παρουσιάζονται σπάνιες περιπτώσεις με κλινικές εκδηλώσεις που περιγράφονται για πρώτη φορά, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν νέες διαγνωστικές ή θεραπευτικές μέθοδοι ή διατυπώνονται νέες απόψεις για την παθογένειά τους.

Έχουν έκταση 2-4 δακτυλογραφημένες σελίδες και περιλαμβάνουν σύντομη εισαγωγή, περιγραφή της περιπτώσεως, πίνακες ή σχήματα (έως 4), τα κύρια εργαστηριακά ευρήματα, βραχύ σχόλιο-συζήτηση, περιορισμένη βιβλιογραφία (5-10 παραπομπές) και περίληψη στα ελληνικά και αγγλικά.

Γενικά θέματα: Εδώ υπάγονται ποικίλα θέματα που αφορούν την ιατρική εκπαίδευση και δεοντολογία, την οργάνωση και τον προγραμματισμό της υγείας σ' όλες τις βαθμίδες της καθώς και ιατρικά θέματα με ευρύτερο κοινωνικό ενδιαφέρον. Μπορούν να γραφούν κάτω από τον τίτλο "Ειδικό άρθρο", "Γενικά θέματα", "Πρόοδοι στην Ιατρική" κ.τ.λ.).

Το άρθρο της κατηγορίας αυτής δεν απαιτεί ειδική δομή κατά τη σύνταξή του.

Όλες οι εργασίες (μαζι με τις φωτογραφίες τους) που αποστέλλονται στο περιοδικό (ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας http://www.helliniki-iatriki.gr) συνοδεύονται απαραίτητα από μια επιστολή προς τη Συντακτική Επιτροπή, όπου δηλώνεται ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευτεί σε άλλο περιοδικό και επίσης ότι έχει την έγκριση για δημοσίευση όλων των συγγραφέων που συμμετέχουν. Μετά τον έλεγχο και εφόσον η εργασία εκπληρώνει τις οδηγίες για τους συγγραφείς, στέλνεται για διπλή κρίση σε δύο αρμόδιους επιστημονικούς συμβούλους του περιοδικού.

Όταν επιστρέψει (ο χρόνος δεν μπορεί να προκαθοριστεί) συμπληρώνεται από τους συγγραφείς (αν χρειαστεί) σύμφωνα με τις υποδείξεις των συμβούλων και τελικά παίρνει σειρά δημοσιεύσεως.

Όταν η εργασία σελιδοποιηθεί ηλεκτρονικά αποστέλλεται στους συγγραφείς, για έλεγχο, δοκίμιο της α΄ διορθώσεως. Στο δοκίμιο αυτό δεν είναι δυνατή καμιά απολύτως προσθήκη, αλλαγή, βελτίωση κ.λ.π., παρά μόνον η διόρθωση λαθών του τυπογραφείου.

Οι εργασίες που δημοσιεύονται στην ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του συγγραφέα και του περιοδικού. Η αναδημοσίευση μερική ή ολική επιτρέπεται μόνο ύστερα από έγγραφη άδεια του περιοδικού.

Η τήρηση των παραπάνω οδηγιών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημοσίευση της εργασίας.

Ανάτυπο με τις αναλυτικές οδηγίες προς τους συγγραφείς μπορείτε να αναζητήσετε στην ιστοσελίδα http://www.helliniki-iatriki.gr

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1928

33ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

με πανελλήνια συμμετοχή

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

22 – 24 ΜΑΡΤΙΟΥ 2018
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ GRAND HOTEL PALACE
Θ Ε Σ Σ Α Λ Ο Ν Ι Κ Η

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΤΟΥ 33ου ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Πρόεδρος	:	Α. Καραγιάννης
Α′ Αντιπρόεδρος	:	Δ. Σωτηριάδης
Β′ Αντιπρόεδρος	:	Ε. Ροηλίδης
Γεν. Γραμματέας	:	Γ. Τσουλφάς
Ταμίας	:	Κ. Τζιόμαλος
Ειδική Γραμματέας	:	Δ. Παπακώστα
Έφορος Στέγης	:	Ι. Τσινόπουλος
Έφορος Βιβλιοθήκης	:	Γ. Κούρτογλου
Μέλη	:	Τ. Βυζαντιάδης
		Δ. Καπουκρανίδου
		Λ. Κοβάτση
Γραμματέας		Μαρία Δ. Νάτση

ΒΡΑΒΕΙΑ

Δύο Βραβεία Ιδρύματος Χ.Κ. Κεραμέως
Ένα Βραβείο Ιδρύματος Παπαγεωργίου

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί φίλοι και συνεργάτες,

Εκ μέρους του διοικητικού συμβουλίου θέλω να σας ενημερώσω ότι η Ιατρική Εταιρεία Θεσσαλονίκης διοργανώνει και φέτος το **33ο Βορειοελλαδικό Ιατρικό Συνέδριο με Πανελλήνια Συμμετοχή**, από τις **22 έως τις 24 Μαρτίου 2018,** στο ξενοχοδείο Grand Hotel Palace στη Θεσσαλονίκη. Στο Συνέδριο αυτό συμμετέχουν ιατροί όλων των ειδικοτήτων. Ο αναμενόμενος αριθμός συνέδρων υπολογίζεται πάνω από 500.

Πιστεύω ακράδαντα ότι το τριήμερο του Συνεδρίου θα προσφέρει σε όλους μας την ευκαιρία για ανταλλαγή απόψεων σχετικά με τις τρέχουσες εξελίξεις της Ιατρικής επιστήμης, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον πάσχοντα συνάνθρωπο.

Ο Πρόεδρος του Συνεδρίου

Αστέριος Καραγιάννης
Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

OR.01 ΧΡΗΣΗ ΒΙΟΣΥΝΘΕΤΙΚΗΣ ΚΟΛΛΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΛΩΣΗ ΤΩΝ ΠΛΕΓΜΑΤΩΝ ΣΕ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ TEP

Γ. Χατζημαυρουδής, Ν. Βολουδάκης, Η. Κωστάκης, Μ. Πενλίδης, Γ. Κοτορένη, Τ. Παυλίδης, Β. Παπαζιώγας, Ε. Χριστοφορίδης

Β΄ Χειρουργική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Χειρουργική μέθοδος εκλογής για την αντιμετώπιση μιας αμφοτερόπλευρης βουβωνοκήλης αποτελεί η λαπαροσκοπική αποκατάσταση, καθώς επιτρέπει την σύγχρονη επιδιόρθωση αμφότερων των κηλών με ελάχιστο χειρουργικό τραύμα. Μεταξύ των δυο τεχνικών λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης μιας βουβωνοκήλης [τεχνική TAPP (transabdominal preperitoneal repair) και τεχνική TEP (totally extraperitoneal repair)], η TEP, αν και δυσκολότερη τεχνικά, φαντάζει ιδανικότερη, διότι δεν γίνεται είσοδος στην κοιλιά, με αποτέλεσμα να είναι πολύ μικρότερες οι πιθανότητες κάκωσης των ενδοκοιλιακών σπλάγχνων και δημιουργίας μετεγχειρητικής κήλης, σε σχέση με την TAPP. Θεωρητικά, στην τεχνική TEP δεν είναι απαραίτητη η καθήλωση του πλέγματος. Εντούτοις, μελέτες δείχνουν μεγαλύτερα ποσοστά υποτροπής της κήλης σε ασθενείς χωρίς καθήλωση αυτού. Οι συμβατικές μέθοδοι καθήλωσης ενός πλέγματος είναι η χρήση είτε ραμμάτων είτε αγκτήρων. Εντούτοις, και οι δύο τεχνικές έχουν το μειονέκτημα του κινδύνου τραυματισμού κάποιου νεύρου και επακόλουθης εμφάνισης χρόνιου άλγους στη μηροβουβωνική χώρα. Εναλλακτική μέθοδος καθήλωσης του πλέγματος με ταυτόχρονη εξάλειψη του κινδύνου τραυματισμού κάποιου νεύρου αποτελεί η χρησιμοποίηση κόλλας, βιολογικής ή βιοσυνθετικής.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Περιγράφουμε περίπτωση άνδρα ασθενούς 47 ετών με αμφοτερόπλευρη ευθεία βουβωνοκήλη, που αντιμετωπίσθηκε λαπαροσκοπικά με την τεχνική TEP. Για την ενίσχυση των τοιχωμάτων των μηροβουβωνικών χωρών χρησιμοποιήθηκαν δύο μη απορροφήσιμα πλέγματα από PVDF. Αμφότερα τα πλέγματα καθηλώθηκαν με τη χρήση βιοσυνθετικής κυανοακρυλικής κόλλας. Ο ασθενής είχε ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία και έλαβε εξιτήριο την 1^{η} μετεγχειρητική ημέρα σε άριστη κατάσταση. Κατά την προγραμματισμένη μετεγχειρητική κλινική εξέταση στους 3 μήνες, δεν διαπιστώθηκε η παρουσία υποτροπής των κηλών ή άλλης επιπλοκής, ενώ και ο ασθενής δεν παραπονέθηκε για ύπαρξη χρόνιου πόνου στις μηροβουβωνικές χώρες.

OR.02 HEPATIC SUBCAPSULAR FLUID COLLECTIONS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

A. Prionas, A. Tsolakidis, C. Christou, A. Tooulias, K. Giannoulis, G. Tsoulfas, C. Spanos, S. Miliaras, V.N. Papadopoulos

1st University Surgery Clinic, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, General Hospital of Thessaloniki PAPAGEORGIOU

OBJECTIVE: We report a case of Hepatic Subcapsular Fluid Collection (HSFC) after Laparoscopic Cholecystectomy and we review the literature for this complication.

MATERIAL – METHOD: An 80 years old male underwent laparoscopic cholecystectomy for treatment of uncomplicated cholelithiasis. In post operative day 3 he presented dyspnoea, tachycardia, fever, abdominal discomfort and prolonged postoperative paralytic ileus. Blood investigations showed an increase in WBC and decrease in Hemoglobin levels. A CT scan revealed an HSFC, with densities suggestive of Hematoma. An MRI scan showed no communication of the HSFC and the billiary tree. The Hematoma was managed conservatively and the patient was discharged on postoperative day 13.

RESULTS: We performed a systematic search of MEDLINE, Embase, and reference lists of articles and we found 28 cases of HSCs complicating laparoscopic Cholecystectomy; 21 (75%) were Hepatic Subcapsular Hematomas (HSHs) and 7(25%) were Hepatic Subcapsular Bilomas (HSBs). HCFCs referred mostly to female patients (17:1), aged 51±19 years old. Abdominal pain was the most common symptom (82%). An abdominal CT was the only imaging study needed for diagnosis in 68% of cases. HSHs had earlier onset of symptoms compared to HSBs. 19% of cases were managed conservatively. Intraoperative, medication and patient related factors have been recognized as risk factors for HSFCs.

CONCLUSIONS: HSFCs are extremely rare complications of laparoscopic cholecystectomy. Caution for avoiding mechanichal injuries should be taken intraoperativelly, especially in patients of increased bleeding risk and in patients with liver hemangiomas or with anatomic variations. An aggressive management of this complication should be avoided, if possible.

OR.03 TRAUMA CARE, OUTCOMES AND COSTS IN A SYSTEM IN CRISIS: THE NECESSITY OF A GREEK NATIONAL DATABASE

A. Prionas, G. Tsoulfas, C. Christou, A. Tsolakidis, A. Tooulias, A. Papakoulas, A. Piachas, V.N. Papadopoulos

1st University Surgery Clinic, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, General Hospital of Thessaloniki PAPAGEORGIOU

OBJECTIVE: The goal is to record and evaluate trauma management at our University hospital as well as to measure the associated healthcare costs, while laying the foundations for a national database.

MATERIAL - METHOD: Retrospective study of trauma patients (N=2320) between 2014 and 2015, through our single-center registry. Demographic information, injury patterns, hospital transfer, diagnostic and therapeutic procedures, duration of hospitalization, ISS, outcomes, complications and cost were recorded.

RESULTS: RTAs (Road Traffic Accidents) accounted for 23.2% of traumas. The proportion of patients that were transferred to the hospital by the National Emergency Medical Services decreased throughout the study (n_{2015} =76/1192 [6.38%], n_{2014}=109/1128 [9.7%]) ($p<0.05$). 1209 (52.1%) of our trauma patients didn't meet the US trauma field triage algorithm criteria. Over-triage of trauma patients to our facility ranged from 90.7% to 96.7%, depending on the criteria used (clinical versus ISS criteria). Ninety-one (3.9%) of our patients received operative management. ICU admissions were 21 (0.1%). Seventy-six (3.3%) of our patients had ISS>15 and their mortality was 31.6%. The overall non-salary cost for trauma management was 623,140 Euros. 53% of these costs were attributed to RTAs. The cost resulting from the observed over-triage ranged from 121,000 Euros to 315,000 Euros. Patients that didn't meet the US trauma triage algorithm criteria accounted for 10.5% of total expenses.

CONCLUSIONS: Our results suggest that RTAs pose a significant financial burden. The prehospital triage of trauma patients is ineffective. A reduction of costs could have been achieved if prehospital triage was more effective.

OR.04 ΜΕΛΕΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΒΑΣΕΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Α. Πριόνας, Χ. Χρήστου, Α. Τσολακίδης, Α. Τοούλιας, Γ. Τσούλφας, Β.Ν Παπαδόπουλος

Α΄ Χειρουργική Κλινική Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΣΚΟΠΟΣ: Στόχοι της μελέτης είναι να αναγνωρίσει τις βάσεις δεδομένων τραύματος που έχουν δημιουργηθεί στην Ελλάδα, να αξιολογήσει την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, να προσδιορίσει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τους μηχανισμούς κάκωσης, την βαρύτητα και την θνητότητα των Ελλήνων τραυματιών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Συστηματική ανασκόπηση των δημοσιεύσεων των ελληνικών βάσεων τραύματος. Αξιολογήσαμε την μεθοδολογία καταγραφής, βασιζόμενοι στις πληροφορίες σχετικά με τις υποδομές, το ανθρώπινο δυναμικό, τις διοικητικές στρατηγικές και τις διαδικασίες συλλογής και ανάλυσης. Για την ποσοτική σύνθεση των αποτελεσμάτων σχετικά με τα δημογραφικά, τους μηχανισμούς κάκωσης, το Injury Severity Score [ISS] και την θνητότητα των τραυματιών χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 20.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 1732 περιλήψεις εντοπίστηκαν. 81 δημοσιεύσεις αξιολογήθηκαν για εισαγωγή στην μελέτη. Δεκατέσσερις μελέτες από έξι βάσεις δεδομένων τραύματος, που αναφέρονται σε 159.673 τραυματίες, συμπεριλήφθηκαν. Κάθε βάση όριζε διαφορετικά κριτήρια εισαγωγής. Οι μισές από τις δημοσιεύσεις (7/14) προήλθαν από βάσεις που είχαν λάβει χρηματοδότηση. Οι επιδημιολογικές αναλύσεις ήταν οι πιο συνήθεις (12/14), ακολουθούμενες από τις συγκριτικές (6/14). Αναλύσεις ελέγχου ποιότητας δεν εντοπίστηκαν. Η μέση ηλικία των τραυματιών ήταν 41 ± 7.3 έτη και 63.17% αυτών ήταν άνδρες. Τα τροχαία ήταν ο κοινότερος μηχανισμός (38.19%), ακολουθούμενα από τις πτώσεις (36.1%). Οι βάσεις χρησιμοποιούσαν διαφορετικό όριο ISS για τον ορισμό του βαρέως τραυματία, με μέσο όριο το 12±5. Ό μέσος όρος του ISS των τραυματιών ήταν 8.4 ± 4.4 και η μέση θνητότητα 3.85%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα τροχαία και οι πτώσεις ευθύνονται για σημαντικό ποσοστό της επίπτωσης του τραύματος στην Ελλάδα. Ο μικρός αριθμός δημοσιεύσεων και η έλλειψη αναλύσεων ελέγχου ποιότητας, υποδεικνύουν ότι η καταγραφή του τραύματος βρίσκεται σε εμβρυϊκό στάδιο. Δεν υπάρχει εθνική ομοφωνία ως προς την μεθοδολογία καταγραφής των τραυματιών.

OR.05 Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Α. Κοκολάκης, Κ. Κασπαριάν, Α.Ι. Τοουλιάς, Σ. Μηλιαράς, Β.Ν. Παπαδόπουλος
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Οι παθήσεις του θυρεοειδούς αδένα αποτελούν ένα από τα συχνότερα θέματα ενδοκρινικής - χειρουργικής συζήτησης, τις τελευταίες δεκαετίες. Η επιλογή της καταλληλότερης χειρουργικής προσέγγισης αποτελεί σημείο μεγάλων συζητήσεων, αλλά και έντονης αντιπαράθεσης. Οι συχνότερα εμφανιζόμενες επιπλοκές μίας χειρουργικής επέμβασης στο θυρεοειδή αδένα, είναι η βλάβη του κάτω ή του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου, ο υποπαραθυρεοειδισμός και το μετεγχειρητικό αιμάτωμα στην τραχηλική χώρα. Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η παρουσίαση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του κέντρου μας, στην αντιμετώπιση των παθήσεων του θυρεοειδούς αδένα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στα πλαίσια της έρευνάς μας μελετήθηκαν, αναδρομικά, οι φάκελοι των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση του θυρεοειδούς αδένα, στην Α' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ. του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκης, από το Φεβρουάριο του 2009 έως το Φεβρουάριο του 2017. Καταγράφηκαν ο τύπος της θυρεοειδεκτομής, η έκθεση της ιστοπαθολογικής εξέτασης, καθώς και οι εκάστοτε μετεγχειρητικές επιπλοκές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους συνολικά 303 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση του θυρεοειδούς αδένα, στους 276 επιλέχθηκε ως καταλληλότερη θεραπεία, η ολική θυρεοειδεκτομή, στους 2 η σχεδόν ολική, στους 6 η υφολική θυρεοειδεκτομή, ενώ στους 13 προτιμήθηκε η λοβεκτομή και σε 3 ασθενείς η επέμβαση κατά Hartley-Dunhill. Σε ό, τι αφορά στις μετεγχειρητικές επιπλοκές, από τους παραπάνω ασθενείς, οι 8 εμφάνισαν βράγχος φωνής (2, 64%), οι 3 μετεγχειρητικό αιμάτωμα στην τραχηλική χώρα (0, 99%) και οι 8 συμπτωματική υπασβεστιαιμία (4, 61%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι η ολική θυρεοειδεκτομή αποτελεί σωτήρια και ασφαλής επέμβαση στην αντιμετώπιση των παθήσεων του θυρεοειδούς αδένα. Η ολική θυρεοειδεκτομή αποτελεί, σήμερα, τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση των χειρουργικών παθήσεων του θυρεοειδούς αδένα, βάσει των αποτελεσμάτων της κλινικής μας μελέτης, όπως και της διεθνούς βιβλιογραφίας.

OR.06 Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΧΗΜΕΙΟΕΜΒΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΥ ΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Α. Πιάχας, Α.Ι. Τοουλιάς, Σ. Χατζησαάκ, Α. Βλαχοδήμος, Β. Παπαγιάννης, Γ. Τσουλφάς, Α. Φιλλιπίδης, Β.Ν. Παπαδόπουλος

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της αντιμετώπισης προχωρημένου ΗΚΚ και ηπατικών μεταστάσεων, με πρωτόκολλο χρήσης ενδαγγειακού χημειοεμβολισμού (TACE) και διαδερμικού θερμοκαυτηριασμού μέσω ραδιοσυχνοτήτων ή μικροκυμάτων (RFA-MWA) σε κέντρο Ήπατος – Χοληφόρων.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στο διάστημα 2011-2017, ασθενείς με προχωρημένο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα και κίρρωση, καθώς και ανεγχείρητες ηπατικές μεταστάσεις, αντιμετωπίστηκαν με ένα πρωτόκολλο συνδυασμού TACE και RFA, σε επαναλαμβανόμενες συνεδρίες σύμφωνα με πρωτόκολλο επανεκτίμησης της νόσου κάθε τρεις μήνες. Κατηγοριοποιήθηκαν βάσει δημογραφικών στοιχείων, αιτίου και σταδιοποίησης σύμφωνα με τα συστήματα BCLC, MELD και RECIST.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά αντιμετωπίσθηκαν 56 ασθενείς με μέσω όρο ηλικίας τα 64 έτη, οι 46 ήταν άνδρες. 31 ασθενείς υποβλήθηκαν σε TACE, 19 θρμοκαυτηριασμό και 3 σε συνδιασμό και των δύο επεμβάσεων. Η συνολική θνητότητα 15% (8), μετά τους 12 μήνες λόγω επιδείνωσης της νόσου. Έξι (6) από τους ασθενείς διέκοψαν την παρακολούθηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μέσω μιας συνδυασμένης προσέγγισης με επαναλαμβανόμενες συνεδρίες ενδαγγειακού χημειοεμβολισμού και διαδερμικού θερμοκαυτηριασμού μέσω ραδιοσυχνοτήτων ή μικροκυμάτων μπορούν να επιτευχθούν αξιόλογα αποτελέσματα σε ασθενείς με προχωρημένες ηπατικές νεοπλασίες, παρατείνοντας την επιβίωση, χωρίς να επιβαρύνουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

OR.07 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΒΛΕΝΝΩΔΟΥΣ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Β. Ποζίδης, Α.Ι. Τοουλιάς, Π. Λουφόπουλος, Δ. Γιακουστίδης, Β.Ν. Παπαδόπουλος
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου είναι μια ανευρίσκεται στο 10-15% των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου, αφορά συνηθέστερα σε νέα άτομα, παρουσιάζεται συχνότερα στον γυναικείο πληθυσμό και κυρίως ανευρίσκεται σε κεντρικό τμήμα του κόλου. Το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα αναπτύσεται σε έδαφος φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου και σε ασθενής με ακτινοθεραπεία της πυέλου, αν και ο ακριβής μηχανισμός δεν είναι ξεκάθαρος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 32 ετών προσήλθε στην κλινική αιτιώμενος βάρος στην κάτω κοιλία και προβολή μορφώματος στον αριστερό λαγώνιο βόθρο. Η κλινική εξέταση ανάδειξε πως η μάζα ήταν σκληρή, ακινητή και ψυχρή ενώ ο ασθενής σιτιζόταν χωρίς πρόβλημα και δεν παρουσιάσε διαταραχές στην αφόδευση. Στον απεικονιστικό έλεγχο με αξονική και μαγνητική τομογραφία κοιλίας και πυέλου έγινε αντιληπτή μάζα περί τα 100 mm × 90 mm στον αριστερό λαγώνιο βόθρο που αφορίζει τον αριστερό ουρητήρα και τα λαγώνια αγγεία και πιέζει την ουροδόχο κύστη χωρίς να την διηθεί ενώ φαίνεται να εξορμάται από το σιγμοειδές, ενώ υπάρχουν εμφυτεύσεις του όγκου δεξιά υποδιαφραγματικά και στον ηπατονεφρικό σύνδεσμο. Από την κολονοσκόπηση στο ύψος του σιγμοειδούς ο βλενογόννος είναι εύθρυπτος και λαμβάνονται βιοψίες. Επίσης, γίνεται λήψη και καθοφηγούμενης βιοψίας με υπέρηχο από την μάζα που προβάλει στο κοιλιακό τοίχωμα. Η ιστοπαθολογική έκθεση ανέδειξε βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής υποβλήθηκε σε πρόσθια εκτομή με τελικό τελική αναστόμωση και debulking των εμφυτεύσεων που περιγράφονταν στις απεικονιστικές εξετάσεις. Η απόφαση αυτή ελήφθη μετά από ογκολογικό συμβούλιο. Η πιθανότερη αιτία της νεοεξεργασίας είναι ο τραυματισμός του σιγμοειδούς 10 χρόνια νωρίτερα όπου ο ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία λόγω αιμοπεριτοναίου και η αιμορραγία προερχόταν απο το μεσωσιγμοειδές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα παρουσιάζει κακή πρόγνωση καθώς έχει χαμηλή ανταπόκριση στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Η μείωση του όγκου και η εκτεταμένη εκτομή των εμφυτεύσεων μπορεί να βελτιώσουν την ανταπόκριση αλλά η πρόγνωση παραμένει φτωχή.

OR.08 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΤΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΤΟΥ ΜΗΡΟΥ

Κ. Κασπαριάν, Ι.Α. Ζιώγας, Α.Ι. Τοουλιάς, Γ. Τσουλφάς, Β.Ν. Παπαδόπουλος

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Ο γιγαντοκυτταρικός όγκος αποτελεί ένα σπάνιο νεόπλασμα των μαλακών μορίων. Συνίσταται από ένα μείγμα πολυπύρηνων γιγαντοκυττάρων, συνήθως οστεοβλαστικής, ιστιοκυτταρικής ή ινοβλαστικής προέλευσης. Μελέτες έχουν δείξει τη σχέσητων γιγαντοκυτταρικών όγκων των μαλακών μορίων με άλλους όγκους, όπως το ινοσάρκωμα και το εξωσκελετικό οστεοσάρκωμα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:Γυναίκα 52 ετών προσήλθε στην κλινική αιτιώμενη ανώδυνη μάζα στην έξω επιφάνεια του μηρού. Η κλινική εξέταση ανάδειξε πως η μάζα ήταν σκληρή, κινητή και θερμή ενώ δεν παρατηρήθηκαν άλλα παθολογικά κλινικά σημεία. Στη μαγνητική τομογραφία κάτω άκρων έγινε αντιληπτή μάζα 60mm x 44, 1mm στο υποδόριο λίπος του μηρού, η οποία ήταν σε άμεση επαφή με τους μυς της περιοχής. Ακολούθησε χειρουργική εκτομή του όγκου σε υγιή όρια ιστών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μακροσκοπικά, η μάζα περιείχε τμήμα δέρματος και υποδόριου λίπους ενώ διηθούσε σαφώς την επιδερμίδα. Η ιστολογική εξέτασηανάδειξεκακοήθες γιγαντοκυτταρικό καρκίνωμα των μαλακών μορίων αφοριζόμενο από το υποδόριο λίπος το οποίο περιείχε λεπτή ψευδοκάψα ινώδους ιστού και εμφάνιζε οζώδη αρχιτεκτονική. Παρατηρήθηκαν δεσμίδες ατρακτόμορφων κυττάρων και κολλαγόνων ινών και περιοχές με αιμορραγική και κυστική εκφύλιση πλούσιες σε πολυπύρηνα γιγαντοκύτταρα οστεοκλαστικού τύπου. Τρεις μήνες μετά την επέμβαση, πραγματοποιήθηκε αξονική και μαγνητική τομογραφία του μηρού οι οποίες απέκλεισαν την οποιαδήποτε υποτροπή του όγκου, ενώ η ασθενής βρίσκεται μέχρι και σήμερα ελεύθερη νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γιγαντοκυτταρικοί όγκοι των μαλακών μορίων θεωρούνται εξαιρετικά σπάνια νεοπλάσματα με ελάχιστα περιστατικά να καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Είναι απαραίτητη η άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση τους, καθώς η συχνότητα μετάστασής τους στους πνεύμονες είναι σημαντική.

OR.09 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΣΤΡΩΜΑΤΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΣΤΟ ΗΠΑΡ

Α. Πιάχας, Α.Ι. Τοουλιάς, Γ. Τσουλφάς, Β.Ν. Παπαδόπουλος
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Οι στρωματικοί όγκοι – GISTs μπορούν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε σημείο κατά μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα, με κύρια εντόπιση τον στόμαχο (60%) και το λεπτό έντερο (30%).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 37 ετών προσέρχεται σταα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας με αίσθημα βάρους και περιοδικό άλγος ππου εντοπίζεται στο επιγάστριο και περιομφαλικά. Από την κλινική εξέταση ανδεικνύεται ευμεγέθης μάζα που προβάλει μεταξύ επιγαστρίου και ομφαλού. Υποβάλεται σε Αξονική Τομογραφία που αναδεικνύει ευμεγέθη όγκος του αριστερού λοβού ήπατος. Λόγω του μεγέθους αποφασίζεται η χειρουργική εκτομή εκτελώντας αριστερή ηπατεκτομή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ιστολογική έκθεση πρόκειται για έναν όγκο με διάμετρο τα 25 εκ., ενώ το συνολικό βάρος ξεπερνούσε τα 4 Kgr με αυξημένο κίνδυνο κακοήθειας, καθώς οι πυρηνοκινησιες φτάνουν τις 20/50 ανά μεγάλο οπτικό πεδίο. Τα νεοπλασματικά κύτταρα εκφράζουν τη βιμεντίνη και το CD117, και αρνητικά στην πανκερατίνη AE1/AE3, στο CD34 και στην SMA. Από τον συμπληρωματικό απεικονιστικό έλεγχο δεν διαπιστώθηκε πρωτοπαθής εστία. Ο ασθενής εξήλθε από την κλινική χωρίς μετεγχειρητικά συμβάματα. Δεν ακολούθησε χημειοθεραπεία και επανέλεγχος, λόγω μη συμμόρφωσης του ασθενούς στις οδηγίες των θεραπόντων ιατρών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι στρωματικοί όγκοι θεωρούνται σπάνια νεοπλάσματα και στην πλειονότητα τους καλοήθεις όγκοι εκτός εαν ξεπερνούν σε μέγεθος τα 10 εκ και παρουσιάζουν αυξημένο αριθμό πυρηνοκινησιών, ενώ κανένα περιστατικό δεν καταγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία με πρωτοπαθή όγκο με εντόπιση το ηπαρ. Είναι απαραίτητη η άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση τους, καθώς η συχνότητα μετάστασής τους είναι σημαντική.

OR.10 ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Ι. Κένταρχος, Δ. Αθανασιάδης, Ι.Α. Ζιώγας, Α. Πιάχας, Κ. Γιαννιός, Α.Ι. Τοουλιάς, Δ. Γιακουστίδης, Κ. Γιαννούλης, Κ. Σπανός, Σ. Μηλιαράς, Γ. Τσουλφάς, Β.Ν. Παπαδόπουλος

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η εκτίμηση της χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με νόσο της χοληδόχου κύστης που υποβλήθηκαν σε θεραπεία σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναδρομική μελέτη ασθενών (N = 626) μεταξύ 2011 και 2017. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που υποβάλλονταν σε λαπαροσκοπική ή ανοικτή χολοκυστεκτομή επιλογής ή έκτακτης ανάγκης. Αναλύθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, οι παράγοντες κινδύνου, οι κλινικές, ακτινολογικές και εργαστηριακές εξετάσεις, ο τύπος της επέμβασης (λαπαροσκοπική / ανοιχτή / μετατροπή) και τα αποτελέσματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπήρχαν 626 ασθενείς ηλικίας 57 ± 15, 6 ετών, με 65% θηλυκά. 41 ασθενείς (7, 8%) είχαν ασυμπτωματική νόσο χολόλιθου, 367 ασθενείς (58, 6%) είχαν ήπια συμπτώματα και 200 ασθενείς (31, 9%) είχαν σοβαρά συμπτώματα όπως χολοκυστίτιδα και παγκρεατίτιδα. Σε αυτή την ομάδα 530 ασθενείς (84, 6%) υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστοεκτομή με ρυθμό μετατροπής 17, 7% (94/530), ενώ 96 ασθενείς (15, 3%) υποβλήθηκαν σε ανοικτή διαδικασία από την αρχή λόγω προηγούμενου χειρουργικού ιστορικού ή παθολογικής ασθένειας. Η στατιστική ανάλυση αποκάλυψε ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία του ασθενούς, συνέβη και η σοβαρότητα της νόσου, συνοδευόμενη από αυξημένη πιθανότητα ανοικτής χολοκυστοκτομής ή μετατροπής σε μία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Κατά τη διάρκεια της τρέχουσας χρηματοπιστωτικής κρίσης το ποσοστό των ασθενών που εμφανίζουν περίπλοκη ή σοβαρά συμπτωματική χολολιθίαση έχει αυξηθεί. Αυτό οδηγεί στον παρατηρούμενο υψηλό ρυθμό μετατροπής των λαπαροσκοπικών σε ανοιχτές διαδικασίες, σε παρατεταμένη νοσηλεία και συνεπώς σε αύξηση των σχετικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη.

OR.11 ΦΘΟΡΙΖΟΥΣΑ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΗΣ ΙΝΔΟΚΥΑΝΙΝΗΣ

Κ. Τσαλής, Ι. Μαντζώρος, Ο. Ιωαννίδης, Δ. Κωνσταντάρας, Σ. Συμεωνίδης, Λ.Κιτσικώστα, Ι.Ζαρίφης, Λ. Λουτζίδου

Δ' Χειρουργική Κλινική Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διεγχειρητική χολαγγειογραφία κατά τη διάρκεια της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής, κυρίως για αναγνώριση της ανατομίας των εξωηπατικών χοληφόρων και τη διαπίστωση πιθανής κάκωσης αυτών έχει τα εξής μειονεκτήματα:α) έκθεση σε ακτινοβολία, β) ανάγκη καθετηριασμού του κυστικού πόρου και γ) πολλές φορές διενεργείται αφού γίνει η κάκωση των χοληφόρων.

ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνηθεί η δυνατότητα χρήσης του πράσινου της ινδοκυανίνης, ουσίας που συγκεντρώνεται και εκκρίνεται από τα χοληφόρα και επιπλέον έχει την ιδιότητα να φθορίζει όταν εκτίθεται σε υπέρυθρο φως, για τον καθορισμό της ανατομίας των εξωηπατικών χοληφόρων κατά τη διάρκεια της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής, μετά από ενδοφλέβια χορήγηση της ουσίας και με τη χρήση ειδικής λαπαροσκοπικής κάμερας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Το πράσινο της ινδοκυανίνης σε δόση 2, 5 mg/mL χορηγήθηκε ενδοφλέβια στους ασθενείς μας που υποβάλλονταν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή 60΄ πριν από την έναρξη της εγχείρησης. Η ανατομία των εξωηπατικών χοληφόρων αναγνωρίζονταν κατά τη διάρκεια της επέμβασης με τη χρήση ειδικής λαπαροσκοπικής κάμερας εξοπλισμένης με συσκευή εκπομπής υπέρυθρης ακτινοβολίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον Νοέμβριο του 2017 ως το Φεβρουάριο του 2018 η χρήση της διεγχειρητικής χολαγγειογρφίας με πράσινο της ινδοκυανίνης εφαρμόστηκε σε 14 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή με απόλυτη επιτυχία και ασφαλή ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης. Σε όλους αναγνωρίστηκε ο κυστικός πόρος, ο κοινός ηπατικός και ο χοληδόχος πόρος. Δεν παρατηρήθηκαν αντιδράσεις από τη χρήση της ICG.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η φθορίζουσα χολαγγειογραφία με τη χρήση της ICG μπορεί να καταστεί η ιδανική μέθοδος απεικόνισης των εξωηπατικών χοληφόρων και αποφυγής κακώσεων αυτών κατά τη διάρκεια της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής.

OR.12 Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ CHIMNEY ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Α.Π.Θ.

Κ. Σταυρίδης, Δ. Καραμάνος, Ν. Μελάς, Ι. Λαζαρίδης, Κ. Τιγκιρόπουλος, Ν. Ζαχαρόπουλος, Ν. Σαρατζής

Α' Χειρουργική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η τεχνική Chimney (δίκην καπνοδόχου), αποτελεί μία νέα, σχετικά, τεχνική που προσφέρει ενδαγγειακή λύση σε δύσκολες παθολογικές καταστάσεις της αορτής. Στοχεύει στη διάσωση ενός ή περισσότερων αορτικών κλάδων, που εκφύονται εντός ή πολύ κοντά από παθολογικό τοίχωμα αορτής (π.χ. ανεύρυσμα, διαχωρισμός, τοιχωματικό αιμάτωμα), με την έκπτυξη στον αορτικό κλάδο κεκαλυμένου stent, το οποίο κεντρικότερα φθάνει μέχρι το πέρας του αορτικού μοσχεύματος, εξασφαλίζοντας βατότητα του κλάδου, που διαφορετικά θα αποφράσσονταν από το ενδομόσχευμα, και αυξάνοντας τη ζώνη πρόσφυσης του τελευταίου σε υγιές αορτικό τοίχωμα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της τεχνικής Chimney, μέσα από την εμπειρία της Κλινικής, οι ενδείξεις και τα πλεονεκτήματά της, συγκριτικά με εναλλακτικές τεχνικές, και η παρακολούθηση της αποτελεσματικότητάς της.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Το διάστημα Νοέμβριος 2014-Μάιος 2017, 12 ασθενείς αντιμετωπίσθηκαν με την τεχνική Chimney. Τέσσερεις έπασχαν από ανεύρυσμα αορτικού τόξου/κατιούσης θωρακικής αορτής και τοποθετήθηκε stent στην αριστερή κοινή καρωτίδα ή υποκλείδιο, δυο εμφάνισαν τραυματικό τοπικό διαχωρισμό ισθμού αορτής, με ρήξη και διεσώθη η αριστερή υποκλείδιος αρτηρία, ένας ραγέν έλκος θωρακικής αορτής και πέντε έπασχαν από διανεφρικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και απαιτήθηκε η διατήρηση νεφρικής αρτηρίας. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση περιελάμβανε κλινική εξέταση και CTAngio σε 1, 6, 12 και 24 μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η τεχνική επιτυχία ήταν 100%, η μετεγχειρητική θνητότητα μηδενική και η βατότητα των κλάδων διατηρείται μέχρι σήμερα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τεχνική Chimney θεωρείται πλέον ασφαλής και αποτελεσματική, με σημαντικά πλεονεκτήματα, σε σχέση με τις εναλλακτικές μεθόδους (ανοιχτή, υβριδική αποκατάσταση και ενδαγγειακή, με fenestrated μόσχευμα). Ωστόσο, απαιτούνται μεγαλύτερη κλινική εμπειρία και παρακολούθηση ασθενών, προκειμένου να εκτιμηθεί πληρέστερα και μακροπρόθεσμα η αποτελεσματικότητά της.

OR.13 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΣΟΥ ΤΟΞΟΕΙΔΟΥΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Κ. Σταυρίδης, Κ. Γιαννιός, Κ. Τιγκιρόπουλος, Ν. Ζαχαρόπουλος, Ν. Μελάς, Δ. Καραμάνος, Ι. Λαζαρίδης, Μ. Μαντέλας, Ν. Σαρατζής

Α' Χειρουργική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο μέσου τοξοειδούς συνδέσμου ή σύνδρομο συμπίεσης κοιλιακής αρτηρίας αποτελεί μια ανατομική και κλινική οντότητα που πρωτοπεριγράφθηκε το 1963 και έγκειται στην εξωγενή συμπίεση του στελέχους της κοιλιακής αρτηρίας από το μέσο τοξοειδή σύνδεσμο, με αποτέλεσμα τη στένωση της αρτηρίας και την πρόκληση χρόνιας μεσεντέριας ισχαιμίας. Τα συχνότερα συμπτώματα και σημεία είναι μεταγευματικό κοιλιακό άλγος, ναυτία, έμετοι και απώλεια βάρους. Η διάγνωση τίθεται εξ' αποκλεισμού άλλων παθήσεων, με ανάλογα συμπτώματα, σε συνδυασμό με αγγειογραφικά ευρήματα στένωσης της κοιλιακής αρτηρίας και μεταστενωτικής διάτασης. Η θεραπεία είναι χειρουργική με διατομή του τοξοειδούς συνδέσμου και αποσυμπίεση της αρτηρίας. Ενίοτε μπορεί να συνδυαστεί με παρακαμπτήρια επέμβαση. Τα τελευταία χρόνια έχουν περιγραφεί και τεχνικές λαπαροσκοπικής διατομής του συνδέσμου.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Ένας άνδρας 33 ετών και μία γυναίκα 51 ετών διεγνώσθηκαν με σύνδρομο τοξοειδούς συνδέσμου και αντιμετωπίσθηκαν στην Κλινική μας. Αμφότεροι παρουσίαζαν άτυπα δυσπεπτικά ενοχλήματα, κυρίως μετεωρισμό και επιγαστραλγία. Εξετάσθηκαν από παθολόγο και γαστρεντερολόγο και υποβλήθηκαν σε υπέρηχο και αξονική κοιλίας, που έθεσαν την υπόνοια, αποκλείοντας παράλληλα άλλα νοσήματα. Η διάγνωση ετέθη με ψηφιακή αγγειογραφία κοιλιακής αορτής και σπλαχνικών κλάδων, σε εισπνευστική και εκπνευστική θέση. Η αντιμετώπιση ήταν χειρουργική, με εγκάρσια λαπαροτομία. Παρασκευάστηκε το στέλεχος της κοιλιακής αρτηρίας και αναγνωρίστηκε, και στις δυο περιπτώσεις, έντονη ίνωση του τοξοειδούς συνδέσμου που περιβρόγχιζε την αρτηρία, προκαλώντας συμπίεσή της και μεταστενωτική διάταση. Η διατομή των ινών αυτών, απελευθέρωσε την αρτηρία και δεν απαιτήθηκε άλλη παρέμβαση. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και οι ασθενείς εμφάνισαν άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων, χωρίς υποτροπή έως σήμερα, 2 και 4 χρόνια μετεγχειρητικά, αντιστοίχως.

OR.14 BODYTITE ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΣΥΣΦΙΞΗ ΜΕ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ

Χ. Χριστοφορίδου

Ιδιωτικό Ιατρείο Πλαστικής Χειρουργικής, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της ομιλίας είναι να παρουσιάσει την εμπειρία μου στην λιπογλυπτική σε σώμα και λαιμό, με λιποαναρρόφηση και ταυτόχρονη σύσφιξη με την βοήθεια ραδιοσυχνοτήτων που παρέχει η τεχνολογία BodyTite.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Την τελευταία πενταετία (2012-2017) χειρούργησα με την μέθοδο BodyTite, 64 ασθενείς με περίσσεια λίπους και χαλάρωση σε διάφορες περιοχές του σώματος (βραχίονες, κοιλιά, πλαινά κοιλιάς, πλαινά στήθους, μέση, πλάτη, γλουτοί, μηροί, εσωτερικό μηρών, γόνατα) ή στον λαιμό (προγούλι, διπλοσάγωνο).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η τεχνολογία RFAL (RadioFrequencyAssistedLiposuction) ανεβάζει την θερμοκρασία στους 38º C για να λιώσει και στη συνέχεια να αναρροφήσει την περίσσεια λίπους μέσω μιας μικρής τομής 2-3 χιλιοστών. Ταυτόχρονα η αύξηση της θερμοκρασίας προκαλεί άμεσα ορατή συρρίκνωση του δέρματος, αλλά και έμμεση σταδιακή σύσφιξη στους επόμενους 3-6 μήνες, μέσω της διέγερσης των ινοβλαστών να παράγουν κολλαγόνο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε παρακολούθηση 6-12 μηνών, το αισθητικό αποτέλεσμα είναι πολύ καλό και η ικανοποίηση των ασθενών μεγάλη. Δεν παρατηρήθηκαν μείζονες επιπλοκές, μόνο σπάνια παροδική μικρή σκληρία υποδορίου, υπερμελάγχρωση και επιπολής έγκαυμα, που αποκαταστάθηκαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι πολλά. Προσφέρει δύο θεραπείες σε μία μονοθεραπεία. Αποφεύγεται συχνά η κλασική χειρουργική δερμολιπεκτομή και οι μεγάλες ουλές, όπως η κοιλιοπλαστική, η βραχιονοπλαστική, η ανόρθωση των μηρών ή των γλουτών και το λίφτινγκ στον λαιμό. Επιτυγχάνεται σημαντική σύσφιξη έως 40%, το αποτέλεσμα είναι άμεσο, οι εκχυμώσεις, το οίδημα και το άλγος είναι ηπιότερα και η ανάρρωση γρηγορότερη από την κλασσική λιποαναρρόφηση, η μέθοδος είναι ακριβής και ασφαλής.

OR.15 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΧΑΛΑΡΗΣ ΙΡΙΔΑΣ (IFIS) ΜΕΤΑΞΥ ΑΡΡΕΝΩΝ ΚΑΙ ΘΗΛΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Α. Τζαμάλης, Δ. Κουταλή, Α. Μάτσου, Μ. Δερμενούδη, Π. Μπραζιτίκος, Ι. Τσινόπουλος

Β' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

ΣΚΟΠΟΣ: Να συγκρίνουμε τη συχνότητα εμφάνισης IFIS μεταξύ αρρένων και θηλέων ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση καταρράκτη, να εντοπίσουμε πιθανούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή του συνδρόμου σε κάθε φύλο και να αξιολογήσουμε τυχόν διαφορές στην τελική οπτική οξύτητα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μέσω του ηλεκτρονικού λογισμικού καταγραφής ασθενών του νοσοκομείου ανευρέθησαν και συμπεριελήφθησαν σε ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών οι καταρρακτικοί ασθενείς οι οποίοι σε χρονικό διάστημα τεσσάρων ετών(Μάρτιος 2011 - Φεβρουάριος 2015) εμφάνισαν IFIS οποιασδήποτε σοβαρότητας κατά τη διάρκεια επέμβασης φακοθρυψίας. Τα ιατρικά τους δεδομένα εξετάστηκαν αναδρομικά και στις περιπτώσεις που κρίθηκε απαραίτητο οι ασθενείς κλήθηκαν ξανά ώστε να συγκεντρωθούν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη δεδομένη στιγμή του χειρουργείου καθώς και την τωρινή οφθαλμολογική κατάσταση. Οποιαδήποτε οφθαλμική παθολογία, στοιχεία για τη γενική κατάσταση της υγείας των ασθενών καθώς και η φαρμακευτική αγωγή τους αξιολογήθηκαν ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για IFIS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: IFIS παρατηρήθηκε σε 25 από συνολικά 1937 οφθαλμούς (1,29%) από 1678 γυναίκες ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καταρράκτη, ενώ η συχνότητα εμφάνισης IFIS σε άνδρες ασθενείς κατά την ίδια χρονική περίοδο ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη (5,17%, 97/1874 μάτια, $p < 0.0001$, ακριβής δοκιμή Fisher). Καταγράφησαν επίσης 12 άρρενες ασθενείς που εμφάνισαν IFIS σε αμφότερους τους οφθαλμούς αλλά καμία γυναίκα. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,56$, ANOVA) στην ηλικία των ασθενών μεταξύ των αρρένων (75,92 ± 6,5 ετών) και των θηλέων ασθενών (75,04 ± 7,1 έτη). Η λήψη α-αδρενεργικών αποκλειστών επιβεβαιώθηκε από το ιατρικό ιστορικό στο 72,2% των ανδρών με IFIS (70/97) αλλά σε καμία από τις γυναίκες ασθενείς($p <0,0001$, chi-square test). Άλλες οφθαλμικές παθήσεις (PEX, γλαύκωμα, διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια) δε βρέθηκε να επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης του IFIS και στα δύο φύλα ($p> 0,05$). Η χρήση ανταγωνιστών των υποδοχέων AT1 και βενζοδιαζεπινών συσχετίστηκε ανεξάρτητα με την εμφάνιση IFIS στις γυναίκες ($p <0,001$, ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών). Επίσης μόνο στις γυναίκες ασθενείς φάνηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της επίπτωσης της ρήξης οπισθίου περιφακίου (PCR) και της τελικής καλύτερα διορθωμένης οπτικής οξύτητας με το βαθμό σοβαρότητας του IFIS ($p = 0,03$, chi-square test). Τέλος η συχνότητα της PCR βρέθηκε να είναι σημαντικά υψηλότερη σε γυναίκες ασθενείς με IFIS (28%) αλλά όχι σε άρρενες ασθενείς (9.28%, $p = 0.02$, ακριβής δοκιμή Fisher).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το διεγχειρητικό σύνδρομο χαλαρής ίριδας ,αν και σπανιότερο σε γυναίκες ασθενείς, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται καθώς η εμφάνισή του μπορεί να αυξήσει σημαντικά την πιθανότητα διεγχειρητικών επιπλοκών και να επηρεάσει την τελική οπτική οξύτητα. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση του IFIS φαίνεται να διαφέρουν μεταξύ των δύο φύλων. Η λήψη α-αδρενεργικών ανταγωνιστών για την καλοήθη υπερπλασία του προστάτη στους άνδρες και η αγωγή για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης και των διαταραχών άγχους με ανταγωνιστές υποδοχέων AT1 και βενζοδιαζεπίνες αντίστοιχα σε γυναίκες ασθενείς μπορεί να οδηγήσει σε IFIS,. Το δεδομένο αυτό τονίζει τη σημασία της λήψης σωστού ιστορικού φαρμακευτικής αγωγής ώστε ο χειρουργός να είναι προετοιμασμένος για την αντιμετώπιση πιθανού IFIS κατά διάρκεια της φακοθρυψίας.

OR.16 ΣΚΕΥΑΣΜΑ ΓΕΝΟΣΗΜΟΥ TRYPAN BLUE ΩΣ ΠΙΘΑΝΗ ΑΙΤΙΑ ΣΕΙΡΑΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΗΜΙΜΟΡΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ

Α. Τζαμάλης, Δ. Κουτσιμπογεώργος, Α. Μάτσου, Δ. Τζέτζη, Ι. Τσινόπουλος, Σ. Δημητράκος, Π. Μπραζιτίκος

Β' Οφθαλμολογική Κλινική Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, «Παπαγεωργίου»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Να περιγραφεί σειρά περιστατικών με σύνδρομο τοξικότητας προσθίου ημιμορίου (Toxic Anterior Segment Syndrome-TASS) μετά από ανεπίπλεκτη φακοθρυψία με διεγχειρητική χρήση γενόσημου σκευάσματος για τη χρώση του προσθίου περιφακίου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Δεκαέξι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ανεπίπλεκτη επέμβαση καταρράκτη σε δύο διαδοχικές ημέρες από δύο έμπειρους χειρουργούς. Πέντε από αυτούς παρουσιάστηκαν την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα με ανώδυνη απρόσμενα θολή όραση. Κατά την οφθαλμολογική εξέταση παρατηρήθηκε σε όλους εκσεσημασμένο καθολικό οίδημα κερατοειδούς και σοβαρή φλεγμονή προσθίου θαλάμου, δύο από αυτούς εμφάνισαν υπόπυο και ινική και σε δύο παρουσιάστηκε ήπια υαλίτιδα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ενδελεχής εξέταση των αρχείων τους αποκάλυψε ότι όλοι οι ασθενείς είχαν λάβει διεγχειρητικά έγχυση γενόσημου trypan blue (TB) 0.6% για χρώση του προσθίου περιφακίου. Το υπόλοιπο των ασθενών που χειρουργήθηκαν και δεν είχε λάβει την έγχυση TB είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Η αντιμετώπιση περιέλαβε τοπική θεραπεία με στεροειδή και στενή παρακολούθηση εκτός από μία ασθενή που αντιμετωπίστηκε λόγω αμφιβολης διάγνωσης ως οξεία λοιμώδης ενδοφθαλμίτιδα εξαιτίας συνυπάρχουσας υαλίτιδας. Στον εβδομαδιαίο επανέλεγχο, το οίδημα του κερατοειδούς και η φλεγμονώδης αντίδραση ήταν σημαντικα ελαττωμένα και στο μηνιαίο επανέλεγχο υποχώρησαν πλήρως. Η χημική ανάλυση κατέδειξε αυξημένη συγκέντρωση TB σε σχέση με το πρωτότυπο σκεύασμα. Η απόσυρση των φιαλιδίων TB με τον ίδιο αριθμό παρτίδας οδήγησε σε αποφυγή περαιτέρω περιστατικών TASS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το TASS αποτελεί μια ολοένα και περισσότερο αναγνωριζόμενη οξεία επιπλοκή μετά από χειρουργική επέμβαση πρόσθιου ημιμορίου. Οι χειρουργοί θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τις πιθανές αιτίες και να καταγράφουν τον τύπο και αριθμό παρτίδας των διαλυμμάτων και φαρμάκων που χρησιμοποιούνται διεγχειρητικά και να αναφερούν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες.

OR.17 ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΝΕΥΡΟΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΜΕ ΜΟΝΟΠΛΕΥΡΗ ΠΤΩΣΗ ΟΡΑΣΗΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΕΥΡΟΣΥΦΙΛΗΣ

Μ. Σαμουηλίδου, Α. Τζαμάλης, Π. Μπραζιτίκος, Ι. Τσινόπουλος

Β' Οφθαλμολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού αμφοτερόπλευρης συφιλιδικής νευροαμφιβληστροειδίτιδας με μονόπλευρη πτώση όρασης ως αρχική εκδήλωση νευροσύφιλης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Άρρεν 49 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενος αιφνίδια πτώση όρασης δεξιού οφθαλμού από 3ημέρου. Από το ατομικό ιστορικό του ασθενούς προέκυπτε αναφερόμενη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών (ηρωίνη) προ 20ετίας για την οποία ακολουθήθηκε επιτυχώς πρόγραμμα απεξάρτησης. Η βέλτιστα διορθωμένη οπτική οξύτητα ανερχόταν σε μέτρηση δακτύλων (10cm) στο δεξιό οφθαλμό και 9/10 στον αριστερό οφθαλμό. Η οφθαλμολογική εξέταση κατέδειξε απουσία παθολογικών σημείων από το πρόσθιο ημιμόριο άμφω, φυσιολογικά κορικά αντανακλαστικά, ανώτερη προπέτεια οπτικής θηλής άμφω με ήπια ασαφοποίηση των ορίων αυτής και ήπια εικόνα περιφλεβίτιδας άμφω με διάταση φλεβικού δικτύου και παρουσία περιχειρίδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η φλουοραγγειογραφία κατέδειξε υπερφθορισμό οπτικών θηλών άμφω αυξανόμενο σε όψιμους χρόνους (hot disc), στικτό υπερφθορισμό στις περιοχές εντόπισης της επιθηλιοπάθειας του μελάγχρου επιθηλίου και διάταση αγγείων με όψιμη ήπια διαρροή αυτών. Ο ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη λοιμοανοσολογικό εργαστηριακό έλεγχο που έδειξε ιδιαιτέρως αυξημένο τίτλο VDRL, RPR, TPPA και FTA-Abs. Τέθηκε η υποψία νευροσύφιλης η οποία επιβεβαιώθηκε από την ανοσολογική εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού μετά από οσφυονωτιαία παρακέντηση. Ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια αγωγή με πενικιλίνη G. Η οπτική οξύτητα, 4 εβδομάδες μετά την έναρξη της αγωγής, ανήλθε σε 6/10 στο δεξιό οφθαλμό και 10/10 στον αριστερό με σύγχρονη βελτίωση της κλινικής και αγγειογραφικής εικόνας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το παρόν περιστατικό αναδεικνύει την αναγκαιότητα ελέγχου για σύφιλη σε κάθε περίπτωση νευρίτιδας-αμφιβληστροειδίτιδας μη γνωστής αιτιολογίας, υπογραμμίζοντας το ρόλο της σύφιλης ως μεγάλου μιμητή στις οφθαλμικές φλεγμονές.

OR.18 ΜΟΝΟΠΛΕΥΡΗ ΩΧΡΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΕΓΚΑΥΜΑ ΥΨΗΛΗΣ ΤΑΣΗΣ: ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ OCT ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Μαγκούτης, Μ. Σαμουηλίδου, Α. Τζαμάλης, Ι. Τσινόπουλος, Π. Μπραζιτίκος

Β' Οφθαλμολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

ΣΚΟΠΟΣ: Να περιγραφεί ενδιαφέρον σπάνιο περιστατικό μονόπλευρης ωχροπάθειας προκληθείσας από ηλεκτρικό έγκαυμα υψηλής τάσης.

ΥΛΙΚΑ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Άρρεν 40 ετών, νοσηλευόμενος στην κλινική της πλαστικής χειρουργικής λόγω ηλεκτρικού εγκαύματος με σημείο εισόδου το αριστερό άνω άκρο, παραπέμφθηκε αιτιώμενος ανώδυνη έκπτωση όρασης αριστερού οφθαλμού μετά το ηλεκτρικό έγκαυμα. Η βέλτιστα διορθωμένη οπτική του οξύτητα ανερχόταν σε 4/10 ενώ κατά τη βυθοσκόπηση ανευρέθηκαν διαταραχές μελαγχρόου επιθηλίου στην περιοχή του κεντρικού βοθρίου. Ο έτερος οφθαλμός, με γνωστή αμβλυωπία εξ ανισομετρωπίας δεν εμφάνισε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η τομογραφία οπτικής συνοχής (OCT) κατέδειξε διάσπαση της ελλειψοειδούς ζώνης κεντρικά με ήπια ενδοαμφιβληστροειδικά κυστικά στοιχεία στον αριστερό οφθαλμό. Ένα μήνα μετά, η οπτική οξύτητα παρέμεινε αμετάβλητη (4/10) ενώ στην βυθοσκόπηση παρατηρήθηκε οπή ωχράς κηλίδας μερικού πάχους, η οποία επιβεβαιώθηκε απεικονιστικά από την OCT. Επιπρόσθετα διενεργήθηκε OCT αγγειογραφία, αναδεικνύοντας διεύρυνση της κεντρικής ανάγγειου ζώνης με χαρακτηριστικές ισχαιμικές αλλοιώσεις και κενό ροής σε διάφορες αγγειακές στιβάδες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ηλεκτρικό έγκαυμα από ρεύμα υψηλής τάσης μπορεί να προκαλέσει σοβαρές οφθαλμικές βλάβες, οι οποίες δύνανται να είναι μονόπλευρες ή ασύμμετρες μεταξύ των οφθαλμών εξαρτώμενες από το μηχανισμό πρόκλησης του εγκαύματος. Η περαιτέρω ανάλυση των ευρημάτων της OCT αγγειογραφίας αναμένεται να οδηγήσει στην καλύτερη κατανόηση του παθοφυσιολογικού μηχανισμού πρόκλησης ωχροπάθειας από ηλεκτρικό έγκαυμα.

OR.19 ΧΟΡΙΟΕΙΔΙΚΗ ΝΕΟΑΓΓΕΙΩΣΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΛΕΙΖΕΡ ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΘΗΚΕ ΕΠΙΤΥΧΩΣ ΜΕ ΑΦΛΙΜΠΕΡΣΕΠΤΗ

Α. Διάφας[1], Δ. Σταμπουλή[2], Α. Δαστιρίδου[1], Ι. Τσινόπουλος[1], Σ. Ανδρούδη[3], Π. Μπραζιτίκος[1]

[1] Β' Οφθαλμολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

[2] Οφθαλμολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης

[3] Οφθαλμολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναφορά της κλινικής πορείας μιας ασθενούς, η οποία κατά λάθος τραυμάτησε το δεξί της οφθαλμό με λέιζερ Αλεξανδρίτη κατά τη διάρκεια κοσμητικής θεραπείας.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗΣ: Μία γυναίκα 33 ετών κατά λάθος εκτέθηκε σε λέιζερ Αλεξανδρίτη (755nm) χωρίς τη χρήση προστατευτικών γυαλιών. Παρόλο που αρχικά δεν ανέφερε κάποιο σύμπτωμα, κατά τη διάρκεια επανεξέτασης ενάμιση μήνα αργότερα, η καλύτερα διορθούμενη οπτική οξύτητα στον εκτεθημένο οφθαλμό ήταν 5/10 και κατά τη βυθοσκόπηση παρατηρήθηκε υποαμφιβληστροειδική αιμορραγία και οίδημα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Χοριοειδική νεοαγγείωση διαπιστώθηκε μετά τη διενέργεια φλουροαγγειογραφίας και τομογραφία οπτικής συνοχής. Θεραπεία με 3 ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις αφλιμπερσέπτης οδήγησε στην πλήρη λειτουργική αποκατάσταση, συνοδευόμενη από υποχώρηση της αιμορραγίας και του οιδήματος, γεγονός που παρέμεινε 6 μήνες μετά τον τραυματισμό. Η τελική καλύτερα διορθούμενη οπτική οξύτητα της ασθενούς ήταν 10/10.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Ο οφθαλμός είναι ένα από τα πιο ευάλωτα μέρη του σώματος σε τραυματισμό από λέιζερ. Η μεγάλη διάδοση των εφαρμογών των λέιζερ έχει οδηγήσει στην αυξημένη συχνότητα βλαβών του αμφιβληστροειδούς. Οφέλιμος ειναι ο ρόλος της θεραπείας με anti-VEGF στον έλεγχο της χοριοειδικής νεοαγγείωσης λόγω βλάβης από λέιζερ. Το κοινό πρέπει να είναι ενήμερο για αυτό τον πιθανό κίνδυνο και αυξημενη προσοχή σε συνδυασμό με τη χρήση προστατευτικών γυαλιών συστήνεται κατά το χειρισμό λέιζερ.

OR.20 ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΓΟΡΙ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΗ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ (EBV)

Ε. Βόλακλη, Α. Καλαιτζή, Ε. Χοχλιούρου, Α. Βιολάκη, Π.Ε. Μαντζαφλέρη, Σ. Καλαμήτσου, Μ. Σβήρκος, Α. Κασίμης, Μ. Σδούγκα

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Γενικό Νοσομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο συνιστά μια ανεξέλεγκτη, κυτταρικού τύπου ανοσιακή απάντηση, που οφείλεται σε γενετικά ή επίκτητα αίτια.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση αγοριού 2 ετών με αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο μετά EBV λοίμωξη με δυσμενή έκβαση.

ΥΛΙΚΟ: Η παρούσα νόσος ξεκίνησε με τυπική εικόνα εμπύρετης λοίμωξης EBV (μονοκύτταρα 21%, EBV IgM >160 U/ml). Την 3η ημέρα νοσηλείας (ΗΝ) παρατηρήθηκαν οιδήματα κάτω άκρων και οσχέου, ασκίτης, ηπατομεγαλία και μεγάλη επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας. Τέθηκε η κλινική υποψία αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου (κριτήρια HLH 2004-2009). Παράλληλα με την αντιιική αγωγή (ακυκλοβίρη) χορηγήθηκε γ-σφαιρίνη (2gr/kg) και μεθυλπρεδνιζολόνη (έφοδος 30mg/kg, συντήρηση 2mg/kg/24H). Λόγω αυξημένης λευκοκυττάρωσης (42.600, μονοκύτταρα 70%) και υψηλού ποσοστού πλασμαβλαστών στον ανοσοφαινότυπο του περιφερικού αίματος με έκφραση CD20 78% την 10η ΗΝ χορηγήθηκε ριτουξιμάμπη, και αντικαταστάθηκε η ακυκλοβίρη με γανσικλοβίρη, και η μεθυλπρεδνιζολόνη με δεξαμεθαζόνη (10 mg/m^2). Την 12η ΗΝ, και με την ετοιμότητα χορήγησης ετοποσίδης, ο ασθενής εισάγεται στη ΜΕΘ Π/Δ με κλινική εικόνα αναπνευστικής ανεπάρκειας-σπασμών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αντιμετώπιση συμπεριελάμβανε διασωλήνωση, μηχανικό αερισμό υπό καταστολή, ινότροπη υποστήριξη, χορήγηση ετοποσίδης, μεταγγίσεις αίματος- παραγώγων και λοιπή υποστηρικτική αγωγή. Την 16η ΗΝ παρουσίασε εμπύρετη (39,5^{o}C) ουδετεροπενία με παράλληλη επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας. Την 17η ΗΝ χορηγήθηκε δεύτερη δόση ετοποσίδης. Την 18η ΗΝ αναπτύχθηκε κυκλοφορική καταπληξία και νευρολογική επιδείνωση (μυδρίαση άμφω), χωρίς ανταπόκριση στη χορήγηση ινοτρόπων και την υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας, που εξελίχθηκε σε βραδυαρρυθμία και καρδιακή ανακοπή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο EBV θεωρείται τυπικός παράγοντας σκανδάλης ενεργοποίησης αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου. Απαιτείται υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας για έγκαιρη διάγνωση και επιθετική αντιμετώπιση βάση διεθνών πρωτοκόλλων, προς αποφυγή δυσμενούς εξέλιξης σε δυνητικά θανατηφόρο πολυοργανική ανεπάρκεια.

OR.21 ΔΕΡΜΙΚΗ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΡΑΣΙΑ, ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ

Α.Χ. Ελευθεριάδου[1], Δ. Καπουκρανίδου[2]

[1] Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής (ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π.), Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2] Εργαστήριο Φυσιολογίας και Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διαδερμική αγωγιμότητα παρουσιάζει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον, καθώς σχετίζεται με ζητήματα προστασίας από ηλεκτροπληξία, αλλά χρησιμοποιείται και ευρέως ως ευαίσθητος δείκτης ενεργοποίησης του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος. Η ακρίβεια της εκτίμησης της επηρεάζεται, κυρίως, από την υγρασία που εμφανίζει το δέρμα. Τα τελευταία χρόνια έχουν σχεδιαστεί διάφορα όργανα που εκτιμούν την αγωγιμότητα του δέρματος με μεγάλη ακρίβεια.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδερμική αγωγιμότητα. Επίσης, γίνεται αναφορά στα διάφορα όργανα μέτρησης της αγωγιμότητας του δέρματος που υπάρχουν στο εμπόριο και αναλύεται η λειτουργία αυτών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα πηγών πρόσφατης ξένης και ελληνικής βιβλιογραφίας. Ειδικότερα, στις πηγές περιλαμβάνονται δημοσιευμένες εργασίες με χρήση του δείκτη διαδερμικής αγωγιμότητας για καταστολή του ΣΝΣ, έρευνες για προστασία από ηλεκτροπληξία, καθώς και πηγές αναφορικά με τα όργανα εκτίμησης της αγωγιμότητας. Οι πηγές διασταυρώθηκαν ως προς την εγκυρότητά και την ισχύ τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παραδοσιακή θεωρία της αγωγιμότητας του δέρματος θεωρεί ότι η αντίσταση του δέρματος ποικίλλει ανάλογα με την κατάσταση των ιδρωτοποιών αδένων στο δέρμα. Η εφίδρωση ελέγχεται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και η αγωγιμότητα του δέρματος αποτελεί ένδειξη ψυχολογικής ή φυσιολογικής διέγερσης. Κατά την διέγερση, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα απελευθερώνει την ακετυλοχολίνη που δρα στους μουσκαρινικούς υποδοχείς, επάγοντας την έκκριση ιδρώτα και συνεπώς αυξημένη αγωγιμότητα του δέρματος. Η μέτρηση της διέγερσης δεν είναι η ίδια με τη μέτρηση των συναισθημάτων, αλλά αποτελεί σημαντικό συστατικό της. Η αγωγιμότητα μετράται τοποθετώντας δύο ηλεκτρόδια στο δέρμα και περνώντας ένα μικροσκοπικό ηλεκτρικό φορτίο μεταξύ των δύο σημείων. Τα μέρη του σώματος που είναι πιο αξιόπιστα για την μέτρηση της δερμικής αγωγιμότητας είναι οι παλάμες και τα πέλματα των ποδιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν την αγωγιμότητα του δέρματος μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην προστασία των ατόμων από ηλεκτροπληξία και να καταδείξει σημαντικές μεθόδους πρόληψης. Ταυτόχρονα, η μέτρηση της διαδερμικής αγωγιμότητας από αξιόπιστα μέσα και η χρήση της ως δείκτη ενεργοποίησης ή καταστολής του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος συνεισφέρει στην αξιολόγηση του πόνου, του άγχους και της γενικότερης συναισθηματικής φόρτισης. Πιο πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η διαδερμική αγωγιμότητα είναι πιο περίπλοκη από ότι φαίνεται και η έρευνα συνεχίζεται.

OR.22 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΧΟΝΔΡΟΥ ΣΕ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΑ ΕΚΤΥΠΩΜΕΝΑ ΙΚΡΙΩΜΑΤΑ ΠΟΛΥΚΑΠΡΟΛΑΚΤΟΝΗΣ ΑΠΟ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΑ ΒΛΑΣΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Κ. Θεοδωρίδης[1], Ε. Αγγελίδου[1], Θ. Βαβίλης[1], Μ.Ε. Μάνθου[2], Α. Τσιμπώνης[3], Ε. Δεμίρη[3], Α. Κριτής[1]

[1] Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τομέας Φυσιολογίας - Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2] Εργαστήριο Ιστολογίας Εμβρυολογίας και Ανθρωπολογίας Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[3] Τομέας Πλαστικής Χειρουργικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"

ΣΚΟΠΟΣ: Η εργασία στοχεύει στη μεταφραστική έρευνα ιστοτεχνολογίας και συγκεκριμένα στην παραγωγή χόνδρου με τη χρήση τρισδιάστατων εκτυπωμένων ικριωμάτων πολυκαπρολακτόνης. Στα ικριώματα επάγεται η χονδρογένεση μέσω διαφοροποίησης των μεσεγχυματικών βλαστικών κυττάρων λιπώδους ιστού (adipose derived mesenchymal stem cells, AD-MSCs).

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Τα AD-MSCs απομονώνονται από βιοψία ανθρώπινου λιπώδους ιστού μετά από ενζυμική πέψη και καλλιεργούνται σε α-MEM με 15% FBS παρουσία αντιβιοτικών σε 5% CO_2 στους 37°C. Ο χαρακτηρισμός τους γίνεται μέσω κυτταρομετρίας ροής για τα αντιγόνα επιφανείας CD105, CD73, CD90 και CD45. Για τη διαφοροποίηση τους σε χονδροκύτταρα μεταφέρονται σε ειδικό θρεπτικό μέσο χονδρογένεσης. Η αρχιτεκτονική των ικριωμάτων πολυκαπρολακτόνης μορφοποιήθηκε μέσω προγράμματος CAD/CAM. Η 3D εκτύπωση παρήγαγε ένα κυλινδρικό ικρίωμα με διάμετρο 10mm, ύψος 3mm, αποτελούμενο από 10 επάλληλες στοιβάδες πολυκαπρολακτόνης με 90 και 45 μοίρες γωνία μεταξύ τους ώστε να δημιουργούνται πόροι 200×200μm. Χρησιμοποιήθηκαν ικριώματα με και χωρίς επίστρωση με κολλαγόνο τύπου I (coating, gelation). Χρησιμοποιήθηκαν εκτυπώσιμες ίνες πολυκαπρολακτόνης (PCL 99 Filament, 750 g-1,75 mm). Τα AD-MSCs επιστρώθηκαν στα ικριώματα σε ποσότητα 1×10^6 κύτταρα/ικρίωμα και η διαφοροποίησή τους προς χονδροκύτταρα διήρκησε 21 ημέρες σε ειδικό θρεπτικό μέσο χονδρογένεσης. Η μελέτη της βιωσιμότητας πραγματοποιήθηκε με το Viability/CytotoxicityAssayKit, το οποίο αποτελείται από καλσείνη και ομοδιμερές III του αιθιδίου (EthDIII). Τα ικριώματα επωάζονται με το διάλυμα χρώσης σε θερμοκρασία δωματίου και γίνεται παρατήρηση των κυττάρων στο συνεστιακό μικροσκόπιο. Για την παρατήρηση της δομής της επιφάνειας του ικριώματος όπου επιστρώθηκαν τα κύτταρα γίνεται μονιμοποίησή τους με φορμαλδεΰδη, ακολουθούν πλύσεις με αιθανόλη, για να αφυδατωθεί το εσωτερικό των ικριωμάτων και παρατηρούνται στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σάρωσης (scanning electron microscope, SEM).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ικριώματα πολυκαπρολακτόνης υποστηρίζουν την επιβίωση και ανάπτυξη κυττάρων. Το μεγαλύτερο ποσοστό πολλαπλασιασμού και επιβίωσης κυττάρων παρουσιάστηκε στα ικριώματα τα οποία είχαν επεξεργαστεί με κολλαγόνο τύπου I υπό τη μορφή γέλης. Ταυτόχρονα, πειράματα σάρωσης της επιφάνειας των ικριωμάτων μέσω SEM, έδειξαν ότι τα ικριώματα αποικίζονται με κύτταρα ενισχύοντας την εικόνα του συνεστιακού μικροσκοπίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη παρούσα εργασία παρουσιάζονται όλα τα επιμέρους βήματα για την επιτυχή καλλιέργεια και διαφοροποίηση AD-MSCs σε 3D ικριώματα πολυκαπρολακτόνης. Το μέγεθος των πόρων στα ικριώματα πολυκαπρολακτόνης είναι ικανό για τον αποτελεσματικό αποικισμό του ικριώματος. Η ιστολογική αξιολόγηση του παραγόμενου χόνδρου και η ολοκλήρωση της αξιολόγησης των μηχανικών του ιδιοτήτων θα αναδείξει το ποσοστό επίτευξης ιστοτεχνολογικού υλικού κατάλληλου για την αποκατάσταση μετατραυματικών ελλειμάτων αρθρικού χόνδρου.

OR.23 Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ STRESS ΣΤΟ ΗΠΑΡ. (ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΚΟΥΝΕΛΙΑ)

Ν. Μιχαλόπουλος[1], Θ. Παπαβραμίδης[2], Γ. Κολιάκος[3], Β. Τζιούφα[4], Θ. Λάζου[1], Κ. Τοπουρίδου[3], Σ. Αραμπατζή[1], Ε. Μπερετούλη[4], Ι. Κεσίσογλου[1], Σ. Παπαβραμίδης[1]

[1] Γ' Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

[2] Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

[3] Εργαστήριο Βιοχημείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[4] Εργαστήριο Παθολογοανατομίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Η επίδραση της Χρόνιας Αύξησης της Ενδοκοιλιακής Πίεσης (ΧΑΕΠ) στο ήπαρ ουδέποτε έχει μελετηθεί. Σκοπός της πειραματικής αυτής εργασίας είναι η αναγνώριση των μορφολογικών, βιοχημικών, ενζυματικών μεταβολών που προκαλεί η ΧΑΕΠ στο ήπαρ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκαν 45 αρσενικά ενήλικα κουνέλια που διαιρέθηκαν σε τρείς ομάδες των 15 κουνελιών: Στην ομάδα Α, (ομάδα ελέγχου), τοποθετήθηκαν ενδοκοιλιακοί αεροθάλαμοι τελείως κενοί. Στην ομάδα Β, (ομάδα μελέτης), τοποθετήθηκαν ενδοκοιλιακοί αεροθάλαμοι, οι οποίοι πληρώθηκαν με φυσιολογικό ορό δημιουργώντας σταθερή ενδοκοιλιακή πίεση (ΕΠ) 16 cmH_2O για 60 ημέρες. Στην ομάδα Γ, (ομάδα σύγκρισης), τοποθετήθηκαν τεμάχια μολύβδου βάρους ίσου με το μέσο βάρος του ορού πλήρωσης των ζώων της ομάδας Β. Μετά την παρέλευση των 60 ημερών τα κουνέλια θυσιάζονταν, αφαιρούνταν το ήπαρ και ένα μέρος του χρησιμοποιούνταν για τη βιοχημική ανάλυση: (ισορροπία οξειδωτικών – αντιοξειδωτικών ενζύμων, καταλάση, οξειδάση της NADPH, υπεροξειδάση της δισμουτάσης, υπεροξειδάση των λιπιδίων, γλουταθειόνη, υπεροξειδάση της γλουταθειόνης, οξειδάση της ξανθίνης).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις βιοχημικές δοκιμασίες στον ορό του πλάσματος προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο για την ALP (p=0,00). Αντίθετα στις ενζυματικές και βιοχημικές δοκιμασίες στο ήπαρ, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ισορροπία οξειδωτικών – αντιοξειδωτικών ενζύμων (p=0,039), στη δραστηριότητα της καταλάσης (p=0,006), της υπεροξειδάσης των λιπιδίων (p=0,000) και της γλουταθειόνης (p=0,000) υπέρ της ομάδας Β.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανεύρεση στατιστικά σημαντικής διαφοράς στην ισορροπία οξειδωτικών – αντιοξειδωτικών ενζύμων αποδεικνύει την ύπαρξη οξειδωτικού stress στο ηπατοκύτταρο. Η στατιστικά σημαντική διαφορά στις δοκιμασίες καταλάσης, υπεροξειδάσης των λιπιδίων και γλουταθείονης επιβεβαιώνουν την ύπαρξη οξειδωτικού stress τόσο στο επίπεδο κυτταροπλάσματος όσο και στο επίπεδο των μιτοχονδρίων.

OR.24 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ PCSK9 ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΛΙΠΟΥΣ

Δ. Δεσσέ, Χ. Τσαγκάρης

Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ένζυμο PCSK9 (Proprotein convertase subtilisin kexin type 9) συγκαταλέγεται στους μοριακούς στόχους των θεραπειών έναντι της αθηροσκληρωτικής νόσου. Η αποτελεσματικότητα των θεραπειών που βασίζονται στη μειωμένη έκφραση ή λειτουργικότητα του είναι υψηλή. Φαίνεται ωστόσο ότι η προκαλούμενη ανεπάρκεια PCSK9 επηρεάζει την κατανομή του λίπους στον οργανισμό.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα εργασία αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση. Αξιοποιήσαμε άρθρα από έγκυρες βάσεις δεδομένων (Pubmed, Scopus κ.α). Κύρια κριτήρια επιλογής ήταν η επικαιρότητα του άρθρου και η εγκυρότητα των μεθόδων του. Προτιμήσαμε πειραματικές μελέτες σε ζωικά μοντέλα με όσο το δυνατό μεγαλύτερο δείγμα. Προκρίναμε δημοσιεύσεις στην αγγλική γλώσσα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η PCSK9 φαίνεται να συμμετέχει στην κατανομή του λιπώδους ιστού στον ανθρώπινο οργανισμό. Πειραματόζωα με μειωμένη έκφραση ή απαλοιφή του γονιδίου της PCSK9 παρουσίασαν έκτοπες συγκεντρώσεις λίπους. Κύριες θέσεις συγκέντρωσης ήταν το ήπαρ, τα κατώτερα τεταρτημόρια της κοιλιάς και η πυελική κοιλότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ποντίκια με έλλειψη PCSK9, τα οποία ακολούθησαν δυτικού τύπου δίαιτα, παρουσίασαν αυξημένο σπλαχνικό λιπώδη ιστό (VAT), συσσώρευση έκτοπου πάχους και αυξημένη έκφραση των VLDLR σε αντιδιαστολή με τα WT ποντίκια. Δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως ο ρόλος της PCSK9 στο μεταβολισμό των τριγλυκεριδίων. Η παρουσία του αλληλόμορφου R46L, υπεύθυνου για απώλεια λειτουργικότητας της PCSK9, συνδέεται με αυξημένη επίπτωση ΣΔ τύπου ΙΙ και επιπλέον η συσσώρευση έκτοπου πάχους αποδίδεται στην αντίσταση στην ινσουλίνη. Υπό μελέτη βρίσκεται το αν τα μονοκλωνικά αντισώματα που στοχεύουν την PCSK9 μπορούν να επιφέρουν ίδια επίδραση (συσσώρευση λίπους) με τη γενετικά καθορισμένη ανεπάρκεια PCSK9.

OR.25 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ε. Καλλίνη[1], Δ. Καπουκρανίδου[2]

[1] Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής (ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π.), Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2] Εργαστήριο Φυσιολογίας και Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο χρόνιος πόνος έχει εξελιχθεί σε σημαντικό υγειονομικό ζήτημα, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η σωστή εκτίμησή του καθίσταται απαραίτητη για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής. Έχουν αναπτυχθεί διάφορες τεχνικές ανίχνευσης χρόνιου πόνου που βασίζονται είτε σε υποκειμενικά, είτε σε περισσότερο αντικειμενικά κριτήρια. Πρόσθετα, η εξέλιξη της τεχνολογίας και της νευροεπιστήμης έχει προσφέρει αρκετές συσκευές αντιμετώπισης χρόνιου πόνου που χρησιμοποιούνται επί του παρόντος, ενώ κάποιες βρίσκονται σε ερευνητικό επίπεδο.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των τεχνικών ανίχνευσης χρόνιου πόνου μέσω διαφόρων κλιμάκων αξιολόγησης, συσκευών ανίχνευσης, τεχνικών νευροαπεικόνισης, ανάπτυξη βιοδεικτών και καινοτόμων ερευνητικών προγραμμάτων. Επίσης, παρατίθενται συσκευές που βοηθούν στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και αποτελούν μια χρήσιμη εναλλακτική λύση έναντι της χρήσης φαρμάκων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η παρούσα εργασία βασίστηκε σε βιβλιογραφική έρευνα πηγών πρόσφατης ξένης βιβλιογραφίας. Χρησιμοποιήθηκαν δημοσιευμένες εργασίες αλλά και επιστημονικά άρθρα που περιλαμβάνουν τεχνικές ανίχνευσης και συσκευές διαχείρισης χρόνιου πόνου. Ειδικότερα, παρουσιάζονται και ερευνητικά προγράμματα που προσφέρουν αισιόδοξα αποτελέσματα. Οι πηγές έχουν διασταυρωθεί ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανίχνευση διαφόρων ειδών χρόνιου πόνου μπορεί να γίνει υποκειμενικά, με αυτοαναφορές των ασθενών μέσω κλιμάκων, είτε να ανιχνευτεί με τεχνικές όπως η θερμογραφία και τα προκλητά δυναμικά αλλά και με τεχνικές που βασίζονται στην χαρτογράφηση του εγκεφάλου, τη χρήση προηγμένων τεχνικών επεξεργασίας εικόνας, όπως και με τη χρήση βιοδεικτών. Η χρήση διαδερμικής νευρικής ηλεκτρικής διέγερσης, ραδιοσυχνοτήτων αλλά και εμφυτεύσιμων συσκευών, όπως η διέγερση νωτιαίου μυελού και η εμφύτευση αντλίας συνεχούς υπαραχνοειδούς έγχυσης, αποδείχθηκαν εξαιρετικά αποτελεσματικές και χρησιμοποιούνται ευρέως στην αντιμετώπιση καποιων παθήσεων χρόνιου πόνου. Η χρήση διακρανιακής διέγερσης, περιβάλλοντος virtual machine αλλά και η μέθοδος της βιοανατροφοδότησης είναι ακόμη σε αρχικό στάδιο, με τα προκαταρκτικά δεδομένα να δίνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα για μελλοντική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Εκτός απο τους συνήθεις τρόπους ανίχνευσης του χρόνιου πόνου με κλίμακες και συσκευές, πολλά υποσχόμενη είναι η κατανόηση, έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση του με ανάπτυξη βιοδεικτών και χαρτογράφηση εγκεφάλου, που δεν εξαρτώνται από αυτοαναφορές των ασθενών και χρησιμοποιούνται και για ασθενείς με προβλήματα επικοινωνίας. Επίσης, οι διάφορες συσκευές αντιμετώπισης χρόνιου πόνου, απέδειξαν ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μια αποτελεσματική θεραπεία χωρίς τις παρενέργειες των φαρμάκων, αποτελώντας ένα πολλά υποσχόμενο μελλοντικό ερευνητικό πεδίο.

OR.26 Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΒΑΔΙΣΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

Δ. Πετσάνη[1], Δ. Καπουκρανίδου[2]

[1] Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής (ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π.), Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2] Εργαστήριο Φυσιολογίας και Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Καθώς η ηλικία του πληθυσμού της γης τείνει να αυξάνει, τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων και υπερήλικων ατόμων ανάγονται σε ένα φλέγον κοινωνικό και οικονομικό ζήτημα. Οι διαταραχές της βάδισης τείνουν να αμελούνται είτε από το ίδιο το άτομο, είτε από του ειδικούς οι οποίοι δεν είναι συχνά επαρκώς εκπαιδευμένοι για να τις εντοπίσουν. Ωστόσο, η έγκυρη γνώση των χαρακτηριστικών βάδισης ενός ατόμου σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο μπορεί να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση πολλών ασθενειών και να οδηγήσει στην βέλτιστη αντιμετώπιση, προσφέροντας αποτελεσματικότερες και οικονομικότερες λύσεις.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται τεχνικές και συστήματα που χρησιμοποιούνται για την ανάλυση της βάδισης σε ηλικιωμένα άτομα με σκοπό την εύρεση διαταραχών της φυσιολογικής βάδισης, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση σε τεχνολογίες αιχμής. Επίσης, γίνεται προσπάθεια κατηγοριοποίησης των συστημάτων με βάση διάφορων χαρακτηριστικών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα πηγών πρόσφατης ξένης βιβλιογραφίας. Ειδικότερα, στις πηγές περιλαμβάνονται δημοσιευμένες εργασίες με συστήματα αυτόματης ανάλυσης της βάδισης αλλά και εντοπισμό πιθανών διαταραχών. Οι πηγές διασταυρώθηκαν ως προς την εγκυρότητά και την ισχύ τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση βάδισης γίνεται συχνά σε κλινικό περιβάλλον, με την παρακολούθηση ειδικού και χρήση συμβατικών τεχνολογιών όπως πλατφόρμα μέτρησης δύναμης, ηλεκτρογωνιόμετρα και μυογράφους. Ωστόσο, η παρακολούθηση της βάδισης στο οικείο περιβάλλον του ατόμου, όπως το σπίτι του, έχει πολλά πλεονεκτήματα.

Οι τεχνολογίες που χρησιμοποιούνται για την διαρκή ανάλυση της βάδισης μπορούν να χωριστούν σε συστήματα που χρησιμοποιούν καταγραφή και/ή επεξεργασία εικόνας, σε αισθητήρες που τοποθετούν στο σπίτι του ατόμου όπως αισθητήρες πατώματος και σε φορετές συσκευές (wearables).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση της βάδισης είναι ένα ευρύ πεδίο στο οποίο η χρήση νέων τεχνολογιών είναι πλέον επιτακτική ανάγκη, ειδικά όταν πρόκειται για ηλικιωμένα άτομα. Η συσχέτιση των διαταραχών της βάδισης με πολλές ασθένειες είναι πλέον αδιαμφισβήτητη. Ωστόσο, υπάρχουν ακόμα ανοιχτά θέματα αξιοπιστίας και προστασίας προσωπικών δεδομένων που πρέπει να διευθετηθούν.

OR.27 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΒΑΣΕΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΟΙΑ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΤΗΤΑ

Ε.Μ. Ταμπάκη[1], Δ. Καπουκρανίδου[2]

[1] Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής (ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π.), Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2] Εργαστήριο Φυσιολογίας και Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σήμερα, 47 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με άνοια και ειδικότερα με Άνοια τύπου Αλτσχάιμερ (ΑτΑ), ενώ το εκτιμώμενο παγκόσμιο κόστος φτάνει τα $818 δισεκατομμύρια (ΗΠΑ)[1]. Η έρευνα επικεντρώνεται στην ανάπτυξη θεραπειών για την καθυστέρηση της εμφάνισης της ΑτΑ, ωστόσο, δεν υπάρχει εγκεκριμένο φάρμακο ικανό να τροποποιεί την ΑτΑ, παρά την ύπαρξη πληθώρας μακροχρόνιων και δαπανηρών δοκιμών[2]. Παράλληλα, γίνεται όλο και πιο σημαντικό για τους ερευνητές να μελετούν συνδυασμούς παραγόντων κινδύνου και συμπεριφορών τρόπου ζωής (π.χ. διαβήτης και κάπνισμα), προκειμένου να εξετάσουν εάν συνδυασμοί παραγόντων κινδύνου θα μπορούσαν να ανιχνεύσουν καλύτερα τις πιθανότητες άνοιας από μεμονωμένους παράγοντες κινδύνου[3].

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανασκόπηση αυτή αποσκοπεί στον εντοπισμό των ενεργών ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων ανά τον κόσμο που περιλαμβάνουν διαχρονικές μελέτες για την ΑτΑ. Θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί αυτό το σύνολο δεδομένων ως “big data”;

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η εύρεση αυτών των ηλεκτρονικών ιστοτόπων αποδείχθηκε μια οδυνηρή διαδικασία δεδομένου ότι η πλειοψηφία αυτών δεν έχει σχετική δημοσίευση. Συνεπώς, η έρευνά μας περιορίστηκε στην αναζήτηση χρησιμοποιώντας ηλεκτρονικές μηχανές αναζήτησης (Google, Google Scholar, Elsevier, Mendeley, IEEE Xplore, PubMed).

Η μελέτη αφορά βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιούνται (έως το τέλος του 2017) και έχουν αποδείξει τη σημαντικότητά τους στην επιστημονική κοινότητα μέσω του αριθμού των δημοσιεύσεων στις οποίες έχουν αναφερθεί, του αριθμού των χαρακτηριστικών και των ασθενών που περιλαμβάνουν. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι: ‘Alzheimer’s disease’, ’Alzheimer disease’, ‘Dementia’, ‘Database’, ‘Data storage’, ‘Aging Study’.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπάρχουν μελέτες παγκοσμίως, οι οποίες θα μπορούσαν να συνεισφέρουν πολύτιμα δεδομένα. Επί του παρόντος, μόνο λίγες έχουν συστηματικά συγκεντρώσει και αποθηκεύσει δεδομένα από περισσότερες από μία μελέτες. Όλες αυτές οι βάσεις δεδομένων δημιουργήθηκαν για διαφορετικούς σκοπούς, με αποτέλεσμα η ποσότητα, η ποιότητα και ο τύπος των δεδομένων που προσφέρουν να ποικίλλει. Οι ερευνητές στέκονται διστακτικά απέναντι στα ‘big data’, αδυνατώντας να παρακάμψουν τις παραδοσιακές μεθόδους ανάλυσης και επεξεργασίας δεδομένων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μεταβλητότητα μεταξύ των μετρήσεων των ασθενών δείχνει ότι είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί αποτελεσματική και βέλτιστα τεκμηριωμένη έρευνα. Είναι επομένως εξαιρετικά σημαντικό η ανάπτυξη μιας παγκόσμιας βάσης δεδομένων βασισμένης σε διαχρονικές μελέτες σχετικά με την ΑτΑ να είναι ζωτικής σημασίας για τη διευκόλυνση συνεργατικών μελετών και την παροχή ευκαιριών στη ερευνητική κοινότητα για εξέλιξη.

[1] *Prince, Martin, et al.* World Alzheimer Report 2016 Improving Healthcare for People Living with Dementia Coverage, Quality and Costs Now and in the Future. Alzheimer’s Disease International (ADI), London., 2016, World Alzheimer Report 2016 Improving Healthcare for People Living with Dementia Coverage, Quality and Costs Now and in the Future, www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf.

[2] *Anderson, Roy M, et al.* “Why Do so Many Clinical Trials of Therapies for Alzheimer's Disease Fail?” The Lancet, vol. 390, no. 10110, 2017, pp. 2327–2329., doi:10.1016/s0140-6736(17)32399-1.

[3] *Gauthier, Serge, et al.* “Why Has Therapy Development for Dementia Failed in the Last Two Decades?” Alzheimer's & Dementia, vol. 12, no. 1, 2016, pp. 60-64., doi:10.1016/j.jalz.2015.12.003.

OR.28 ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ

Δ. Χάμου[1], Δ. Καπουκρανίδου[2]

[1] Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής (ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π.), Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2] Εργαστήριο Φυσιολογίας και Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αιμοδυναμική παρακολούθηση αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στη φροντίδα ασθενών, τόσο για προληπτικούς λόγους, όσο και σε περίπτωση ύπαρξης παθολογικής κατάστασης εν εξελίξει, σε βαριά πάσχοντες και αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς. Η αιμοδυναμική παρακολούθηση δεν αποτελεί θεραπευτική οδό, αλλά οδηγεί στον προσδιορισμό της θεραπείας. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί αρκετές συσκευές καταγραφής αιμοδυναμικού monitoring με τη βοήθεια της τεχνολογίας, οι οποίες συνεχώς εξελίσσονται προκειμένου να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και απαιτήσεις.

ΣΚΟΠΟΣ: Η συγκεκριμένη εργασία πραγματεύεται τις συσκευές καταγραφής παραμέτρων του κυκλοφορικού, κάνοντας αναφορά τόσο σε παλιότερες παραδοσιακές τεχνικές, όσο και σε πιο εξελιγμένες, με μεγαλύτερη ακρίβεια μεθόδους μέτρησης. Επίσης, αξιολογείται η λειτουργικότητα των συγκεκριμένων συσκευών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα πηγών πρόσφατης ξένης βιβλιογραφίας. Ειδικότερα, στις πηγές περιλαμβάνονται δημοσιευμένες εργασίες με τεχνικές αιμοδυναμικού monitoring, καθώς και έρευνες σχετικές με παραδοσιακές και νεότερες συσκευές μέτρησης παραμέτρων του κυκλοφορικού. Οι πηγές διασταυρώθηκαν ως προς την εγκυρότητά και την ισχύ τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι τεχνικές του αιμοδυναμικού monitoring μπορεί να επιτευχθούν είτε με επεμβατικό τρόπο, είτε με λιγότερο επεμβατικό τρόπο σε κλινικό περιβάλλον υπό παρακολούθηση ειδικού. Η εξέλιξη της τεχνολογίας έχει συνεισφέρει στην ανάπτυξη νέων μεθόδων με χρήση εξελιγμένων συσκευών για την αιμοδυναμική παρακολούθηση των ασθενών. Παρ όλα αυτά παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει ιδανική μέθοδος αιμοδυναμικού monitoring, αλλά η κάθε τεχνική έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Κάθε μέθοδος αιμοδυναμικής παρακολούθησης που χρησιμοποιεί μια συγκεκριμένη συσκευή είναι εξατομικευμένη για κάθε ασθενή, έτσι ώστε να εξυπηρετεί τις ανάγκες του. Παράλληλα, κρίνεται αναγκαίο οι συσκευές μέτρησης και τα τεχνολογικά μέσα που χρησιμοποιούνται να είναι μέγιστης ακρίβειας με κύριο στόχο την παροχή αξιόπιστων πληροφοριών. Επιπλέον, ο κλινικός γιατρός που αξιολογεί τις πληροφορίες πρέπει να είναι εξειδικευμένος και γνώστης της κάθε τεχνικής προς αποφυγή διαγνωστικών παραλήψεων. Οι έρευνες αποσκοπούν στη χρήση λιγότερο επεμβατικών μεθόδων, που όμως θα παρέχουν μετρήσεις με μεγαλύτερη ακρίβεια. Κύριος στόχος της εξέλιξης του αιμοδυναμικού monitoring στην ιατρική επιστήμη και των τεχνολογικών μέσων που χρησιμοποιούνται είναι η παροχή πληροφοριών με καλύτερη ποιότητα και μεγαλύτερη ποσότητα δεδομένων που συμβάλλει στην ορθή διάγνωση των ασθενών και την λειτουργική, εξατομικευμένη θεραπεία τους, καθώς και στην επεξεργασία αυτών των δεδομένων με στόχο την πιθανή πρόβλεψη επικινδυνότητας.

OR.29 ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΣ ΚΕΓΧΡΟΕΙΔΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΚΥΣΤΙΚΕΣ ΕΓΧΥΣΕΙΣ BCG

Β. Σιώκας, Α. Αποστολίδου, Φ. Χατζηνικολάου, Λ. Κοβάτση

Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ουροθηλιακό καρκίνωμα της ουροδόχου κύστης αποτελεί μια συχνή μορφή καρκίνου. Στο μη διηθητικό ουροθηλιακό καρκίνωμα, η ενδοκυστική έγχυση του βάκιλλου Calmette-Guérin (BCG) επάγει μια ανοσιακή απόκριση που περιορίζει την εξέλιξη της νόσου και μειώνει την πιθανότητα υποτροπής. Η έγχυση όμως του BCG μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές. Τοπικές επιπλοκές, όπως η κοκκιωματώδης φλεγμονή (ουρήθρα, προστάτης, ουροδόχος κύστη), αλλά και συστηματική νόσο (φυματίωση των πνευμόνων).

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος ιατροδικαστικού περιστατικού που αφορά σε ασθενή ο οποίος κατέληξε από κεγχροειδή φυματίωση, μετά από επανειλημμένες ενδοκυστικές εγχύσεις του βάκιλλου Calmette-Guérin (BCG).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στην εργασία παρουσιάζονται τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα κατά την εξέταση του ασθενούς, η πορεία εξέλιξης της νόσου μέχρι το θάνατο, τα ευρήματα κατά την νεκροτομή, καθώς και τα ευρήματα κατά την παθολογοανατομική εξέταση διαφόρων ιστοτεμαχίων που ελήφθησαν κατά τη διαδικασία της νεκροψίας-νεκροτομής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αυτό είναι μόλις το δεύτερο θανατηφόρο περιστατικό που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία. Τα περισσότερα δημοσιευμένα περιστατικά κεγχροειδούς φυματίωσης μετά από ενδοκυστική έγχυση BCG αφορούν σε ασθενείς οι οποίοι διαγνώστηκαν εγκαίρως, έλαβαν αντιφυματική αγωγή και θεραπεύτηκαν.

OR.30 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΦΡΑΓΜΟΣ

Μ. Μπούλκου, Δ. Μακράκης

Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Διαχρονική πρόκληση της ιατρικής επιστήμης αποτελεί η αντιμετώπιση των νεοπλασματικών νόσων σε κάθε πιθανή εστία του οργανισμού. Ωστόσο, η προσπάθεια εφαρμογής μιας επιτυχημένης χημειοθεραπευτικής αγωγής κατά των νεοπλασμάτων που αφορούν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) συναντάει ένα φυσικό εμπόδιο, τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό.

ΣΚΟΠΟΣ: Να παρουσιαστούν τα χαρακτηριστικά εκείνα του αιματοεγκεφαλικού φραγμού που τον καθιστούν εμπόδιο στη χορήγηση χημειοθεραπείας, οι μεταβολές που υφίσταται επί νεοπλασματικών νόσων του ΚΝΣ καθώς και οι υπάρχουσες και οι αναπτυσσόμενες τεχνικές για την παράκαμψή του και την διείσδυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων μέσω αυτού.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκε υλικό από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, κυρίως από την βάση δεδομένων της Pubmed.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός απαρτίζεται κυρίως από στενές συνδέσεις μεταξύ ενδοθηλιακών κυττάρων, γεγονός που παρεμποδίζει τη διέλευση διαλυτών μορίων. Σε κάποιους τύπους νεοπλασιών του Κ.Ν.Σ. η διαπερατότητα του φραγμού ποικίλλει σημαντικά, και συχνά είναι αυξημένη οδηγώντας σε επιπλοκές όπως το εγκεφαλικό οίδημα. Ωστόσο στην πλειοψηφία των περιπτώσεων οι χημειοθεραπευτικές προσεγγίσεις κατά των εγκεφαλικών όγκων απαιτούν τεχνικές παράκαμψης ή αποσταθεροποίησης του φραγμού όπως η διαρτηριακή χορήγηση αγγειοδραστικών παραγόντων , η μεταφορά μέσω υποδοχέων, ωσμωτικές τεχνικές με ανάλογα βραδυκινίνης ή ακυλογλυκερόλης ακόμη και χρήση υπερηχογραφίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σύγχρονη θεραπεία των όγκων του Κ.Ν.Σ. απαιτεί αδιαμφισβήτητα ακόμη πιο αξιόπιστες τεχνικές διείσδυσης διαμέσου του αιματεγκεφαλικού φραγμού, αλλά και νέους φαρμακευτικούς παράγοντες που θα μπορούν να επιδρούν ακόμη πιο αποτελεσματικά στον ίδιο το φραγμό, προκειμένου να αυξηθούν ικανοποιητικά τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών.

OR.31 ΑΡΝΗΣΗ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Π. Βασιλειάδης, Γ. Μαυρίδης, Α. Τσαγγαλέας, Ε. Αλεξιάδου, Α. Τσινάρη, Γ. Παπαναστασίου, Χ. Χαραλάμπους

Παθολογική Κλινική Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η άρνηση λήψης τροφής ως συμπτωματολογία σε ασθενείς με ψυχική νόσο αποτελεί αιτία εισαγωγής σε παθολογική κλινική για την αποφυγή επιπλοκών από την υποθρεψία.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της εμπειρίας της Παθολογικής Κλινικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης με επίκεντρο τους ασθενείς με άρνηση λήψης τροφής και ανάλυση των δημογραφικών, κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναλύθηκαν τα δεδομένα των ασθενών που εισήχθησαν στην κλινική με άρνηση λήψης τροφής (ομάδα Α) και συγκρίθηκαν με αυτά των υπόλοιπων ψυχικά πασχόντων ασθενών που εισήχθησαν για διάφορους λόγους (ομάδα Β) κατά το διάστημα 2012-2017 και για τους οποίους υπήρχαν καταγεγραμμένα ικανοποιητικά δεδομένα στο ηλεκτρονικό αρχείο της κλινικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά εκτιμήθηκαν τα δεδομένα 643 νοσηλευόμενων ασθενών. Από αυτούς, με κύρια διάγνωση άρνηση λήψης τροφής καταμετρήθηκαν 69 (10,8%) ασθενείς και ήταν η δεύτερη συχνότερη αιτία εισαγωγής μετά την σωματική απεξάρτηση για αλκοόλ (18%). Η σύγκριση των δύο ομάδων (ομάδα Α vs ομάδα Β) κατέδειξε τα εξής αποτελέσματα: φύλο: άνδρες 43% vs 65% (p=0.001), γυναίκες 57% vs 35% (p=0.001), ηλικία: 56,6 vs 56,8 έτη (p=0.938), BMI 24,5 vs 26,8 kg/m^2 (p=0.036). Ως προς το είδος της ψυχικής νόσου και τη διάρκεια της δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που εμφανίζουν άρνηση λήψης τροφής και αυτό είναι κρίσιμο για τη ζωή τους, δεν φαίνεται να διαφέρουν από τους υπόλοιπους ασθενείς με ψυχική νόσο ως προς το ιστορικό τους και τα δημογραφικά τους δεδομένα εκτός από το γεγονός της υπεροχής του γυναικείου φύλου.

OR.32 ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΕΣΥ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΜΕΘΕΞΙΣ»

Π. Βασιλειάδης[1], Γ. Μαυρίδης[1], Α. Τσινάρη[1], Γ. Τσενεκίδης[2], Α. Τσαγγαλέας[1], Γ. Παπαναστασίου[1], Β. Μάρη[2], Χ. Χαραλάμπους[1]

[1] Παθολογική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
[2] Πρόγραμμα «ΜΕΘΕΞΙΣ», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ) λειτουργεί πρόγραμμα αποτοξίνωσης από το αλκοόλ από το 1990. Το πρόγραμμα παρέχει συμβουλευτική και ψυχιατρική στήριξη για την επίτευξη και τη διατήρηση του στόχου του απεγκλωβισμού από το αλκοόλ. Η παθολογική Κλινική νοσηλεύει ασθενείς για πρόληψη και αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου κατά το στάδιο της σωματικής απεξάρτησης τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση του έργου του προγράμματος επικεντρωμένη κυρίως στους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν και η ανάλυση των δεδομένων τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και εργαστηριακά δεδομένα των ασθενών, οι επιπλοκές κατά την απεξάρτηση και τα αποτελέσματα της λειτουργίας του κέντρου το διάστημα 2012-2017.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πρόκειται συνολικά για 237 ασθενείς που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα. Από αυτούς 149 (63%) ολοκλήρωσαν τη διαδικασία με επιτυχία, 47 (19%) συμμετείχαν στο πρόγραμμα, δεν συνέχισαν ωστόσο τη παρακολούθηση, ενώ 41 (17%) δεν συμπλήρωσαν το πρόγραμμα. Από το σύνολο των ασθενών, 114 (48%) ασθενείς χρειάστηκε να νοσηλευθούν 98 άνδρες (86%) και 16 γυναίκες (14%). Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 47±9 έτη ενώ 84% ήταν Έλληνες. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσής τους, απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης ήταν 4, 5%, γυμνασίου 36, 4%, λυκείου 43, 2% και πανεπιστημίου 15, 9%. Σε ποσοστό 45, 7% ήταν παντρεμένοι και 60% είχαν παιδιά. Καπνιστές ήταν το 82% ενώ μ.ο. BMI είχαν 25 kg/m2. Οι ασθενείς εμφάνιζαν μ.ο χρόνου χρήσης αλκοόλ: 20±10 έτη, 37, 5 % είχαν κάνει απόπειρα αποτοξίνωσης στο παρελθόν, 50% αυτών πάνω από δύο φορές ενώ 12, 5% εμφάνισε τρομώδες παραλήρημα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αρμονική συνεργασία ψυχιατρικού και παθολογικού τομέα στα πλαίσια του ΕΣΥ συμβάλει στη επιτυχημένη λειτουργία του προγράμματος.

OR.33 Η 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ

Χ. Άντζα[1], Ι. Δουνδουλάκης[1], Σ. Σταμπουλή[2], Β. Κώτσης[1]

[1] Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιατρείο Υπέρτασης-24ωρης Καταγραφής της Αρτηριακής Πίεσης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

[2] Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αυξημένη αρτηριακή σκληρία συνδέεται με καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Ως εκ τούτου, η ανεύρεση παραγόντων που καθορίζουν την αρτηριακή σκληρία αποτελεί πρωτεύων στόχο των ερευνητών.

ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνηθεί ποιος τρόπος μέτρησης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) -24ωρη καταγραφή (24h ABPM) και καταγραφή στο σπίτι (HBPM)- μπορεί να προβλέψει την πρώιμη αρτηριακή σκληρία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η ΑΠ καταγράφηκε στο ιατρείο και εκτός ιατρείου. Τρείς μετρήσεις ΑΠ ιατρείου λήφθηκαν με τη χρήση υδραργυρικού σφυγμομανομέτρου. Εκτός ιατρείου, όλοι οι εθελοντές υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ σε μία τυπική εργάσιμη ημέρα και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης για 7 συνεχόμενες ημέρες στο σπίτι. Η πρώιμη αρτηριακή σκληρία (EVA) καθορίστηκε με βάση τις αυξημένες τιμές της καρωτιδο-μηριαίας ταχύτητας σφυγμικού κύματος (c-f PWV) με βάση τις αναμενόμενες για την ηλικία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 288 άτομα (39,7% άνδρες), με μέση ηλικία 56.8±15.8 έτη συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση η EVA συσχετίστηκε με την συστολική ΑΠ ιατρείου, την 24ωρη συστολική και διαστολική ΑΠ και τον μέσο όρο παλμών 24ωρου και καταγραφής στο σπίτι ($p< 0.05$). Η περιοχή κάτω από τη καμπύλη ROC για τη διάγνωση της EVA είναι 0.620 (90% CI 0.55, 0.69), 0.559 (90% CI 0.48, 0.64) και 0.565 (90% CI 0.49, 0.64), για την συστολική ΑΠ με την 24h ABPM, HBPM και την μέτρηση ιατρείου, αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η 24ωρη συστολική ΑΠ μπορεί να προβλέψει καλύτερα την πρώιμη αρτηριακή σκληρία συγκριτικά με την συστολική ΑΠ στο σπίτι και στο ιατρείο.

OR.34 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Μ. Παπαγιάννη, Κ. Τζιόμαλος, Κ. Χρήστου, Σ.Μ. Αγγελοπούλου, Σ. Κωστάκη, Μ. Βέργου, Γ. Παναγιώτου, Τ. Διδάγγελος, Χ. Σαββόπουλος, Α.Ι. Χατζητόλιος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Δεν είναι σαφείς οι παράγοντες που προβλέπουν την έκβαση του οξέος ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ).

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση των παραγόντων που προβλέπουν την έκβαση του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ στους ασθενείς με ΣΔ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν προοπτικά 922 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για οξύ ΑΕΕ. Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Η έκβαση εκτιμήθηκε με τα ποσοστά λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (τροποποιημένη κλίμακα Rankin μεταξύ 2 και 5) και ενδονοσοκομειακής θνητότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 32,8% των ασθενών (n=302) είχαν ιστορικό ΣΔ. Το 38,1% των ασθενών με ΣΔ είχαν λειτουργική εξάρτηση κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι ασθενείς αυτοί ήταν πιο ηλικιωμένοι από τους ασθενείς χωρίς εξάρτηση ($p<0,001$) και είχαν πιο συχνά ιστορικό ΑΕΕ ($p<0,05$), υψηλότερη NIHSS ($p<0,001$) και υψηλότερη γλυκόζη ορού νηστείας τη $2^{η}$ μέρα της νοσηλείας ($p<0,05$). Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες λειτουργικής εξάρτησης ήταν η ηλικία (σχετικός κίνδυνος (ΣΚ) 1,15, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (ΔΕ) 1,07-1,22, $p<0,001$) και η NIHSS (ΣΚ 1,58, 95% ΔΕ 1,37-1,83, $p<0,001$). Το 9,9% των ασθενών με ΣΔ απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Οι ασθενείς αυτοί ήταν πιο ηλικιωμένοι από τους ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο ($p<0,05$) και είχαν λιγότερο συχνά ιστορικό υπέρτασης ($p<0,05$) και παχυσαρκίας ($p<0,05$), πιο συχνά ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής ($p<0,05$), υψηλότερη διαστολική αρτηριακή πίεση ($p<0,001$) και σφύξεις στην εισαγωγή ($p<0,05$), υψηλότερη NIHSS ($p<0,001$), χαμηλότερα τριγλυκερίδια ($p<0,05$) και υψηλότερη γλυκόζη ορού νηστείας τη $2^{η}$ μέρα της νοσηλείας ($p<0,05$). Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες ενδονοσοκομειακής θνητότητας ήταν η διαστολική αρτηριακή πίεση στην εισαγωγή (ΣΚ 1,06, 95% ΔΕ 1,01-1,11, $p<0,01$) και η NIHSS (ΣΚ 1,29, 95% ΔΕ 1,18-1,43, $p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με ΣΔ και οξύ ΑΕΕ, εκτός από τη βαρύτητα του ΑΕΕ, η μεγάλη ηλικία και η αυξημένη διαστολική αρτηριακή πίεση στην εισαγωγή αποτελούν δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες.

OR.35 ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΣΤΙΣ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΕΣ GRAM-ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΙΔΩΝ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΕΙΣ

Β.Μ. Δάρδα[1], Η. Ιωσηφίδης[1], Χ. Ανταχόπουλος[1], Ε. Βόλακλη[2], Μ. Σδούγκα[2], Ε. Ροηλίδης[1]

[1] Μονάδα Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

[2] Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι πολυανθεκτικές λοιμώξεις σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα και κόστος. Η ανάπτυξη ανθεκτικότητας στις καρβαπενέμες την τελευταία δεκαετία είναι ανησυχητική.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναδρομική μελέτη ασθενών ≤15 ετών με Gram-αρνητική σηψαιμία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (2005-2017). Λοιμώξεις στελεχών με MIC≤8 στις καρβαπενέμες θεωρήθηκαν ευαίσθητες, ενώ με MIC≥16 ανθεκτικές. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία για τη νοσηλεία και τη θεραπεία και εάν έγινε έλεγχος της πηγής της λοίμωξης. Ανιχνεύτηκαν πιθανοί παράγοντες κινδύνου ανθεκτικότητας. Οι εκβάσεις ήταν: Άμεση ανταπόκριση του ασθενή (αρνητική καλλιέργεια εντός 5 ημερών) και θνητότητα εντός 30 ημερών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 81 ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη (21 ανθεκτικοί). Η προηγούμενη χρήση καρβαπενέμης (p=0.04, 95%CI: 0.07, 1.06) και η νεφρική κάθαρση (p=0.04, 95%CI: 0.07, 1.06) προδιαθέτουν την ανθεκτικότητα. Το χειρότερο προφίλ του ασθενή (p=0.03, OR: 0.91, 95%CI: 0.83, 0.99), η ανάγκη νεφρικής κάθαρσης (p=0.007, OR: 0.06, 95%CI: 0.002, 0.30) και ινότροπων (p<0.001, OR: 0.15, 95%CI: 0.05, 0.38) και τα υψηλότερα επίπεδα της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (p=0.009, OR: 0.99, 95%CI: 0.99, 1.00) εμποδίζουν την αρνητικοποίηση της καλλιέργειας, ενώ ο έλεγχος της πηγής λοίμωξης την ευνοεί (p=0.037, OR: 2.60, 95%CI: 1.07, 6.50). Το χειρότερο προφίλ του ασθενή (p=0.005, OR: 1.14, 95%CI: 1.05, 1.26), η ανάγκη νεφρικής κάθαρσης (p=0.001, OR: 8.25, 95%CI: 2.43, 31.29) και η ανθεκτικότητα (p=0.01, OR: 4.05, 95%CI: 1.38, 12.16) αυξάνουν τη θνητότητα, ενώ ο έλεγχος της πηγής λοίμωξης (p=0.04, OR: 0.33, 95%CI: 0.10, 0.92) τη μειώνει.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υπερβολική χρήση αντιβιοτικών αυξάνει την ανθεκτικότητα και συνεπώς τη θνητότητα. Ο έλεγχος της πηγής λοίμωξης κρίνεται απαραίτητος. Το προφίλ του ασθενή επηρεάζει την έκβαση.

OR.36 Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Μ. Παπαγιάννη, Κ. Τζιόμαλος, Σ. Κωστάκη, Σ. Μ. Αγγελοπούλου, Κ. Χρήστου, Ε. Ζτρίβα, Δ. Μυλωνάς, Δ.Θ. Κωστούρου, Χ. Σαββόπουλος, Α.Ι. Χατζητόλιος

Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ασθενείς με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) έχουν αυξημένο κίνδυνο πυελονεφρίτιδας. Ωστόσο, δεν είναι σαφής η προγνωστική σημασία της εμφάνισης πυελονεφρίτιδας στους ασθενείς αυτούς.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της προγνωστικής σημασίας της εμφάνισης πυελονεφρίτιδας στους ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν προοπτικά 922 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για οξύ ΑΕΕ (42, 2% άνδρες, ηλικίας 79, 6±6, 9 ετών). Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Η έκβαση εκτιμήθηκε με τα ποσοστά λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (τροποποιημένη κλίμακα Rankin μεταξύ 2 και 5) και ενδονοσοκομειακής θνητότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, 34 ασθενείς εμφάνισαν πυελονεφρίτιδα (3, 7% του συνόλου). Οι ασθενείς που εμφάνισαν πυελονεφρίτιδα είχαν σε υψηλότερο ποσοστό λειτουργική εξάρτηση από τους ασθενείς που δεν εμφάνισαν πυελονεφρίτιδα (85, 2% έναντι 59, 9% αντίστοιχα, p0, 05). Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για λειτουργική εξάρτηση ήταν η ηλικία (σχετικός κίνδυνος 1, 08, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1, 04-1, 12, p0, 001), το ιστορικό ΑΕΕ (σχετικός κίνδυνος 1, 89, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1, 22-2, 94, p0, 005) και το NIHSS (σχετικός κίνδυνος 1, 49, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1, 39-1, 62, p0, 001). Οι ασθενείς που εμφάνισαν πυελονεφρίτιδα είχαν παρόμοια ενδονοσοκομειακή θνητότητα με τους ασθενείς που δεν εμφάνισαν πυελονεφρίτιδα (8, 8% έναντι 9, 5% αντίστοιχα, p=NS). Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν η διαστολική αρτηριακή πίεση στην εισαγωγή (σχετικός κίνδυνος 1, 05, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1, 03-1, 07, p0, 001) και το NIHSS (σχετικός κίνδυνος 1, 20, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1, 16-1, 25, p0, 001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με οξύ ΑΕΕ, η εμφάνιση πυελονεφρίτιδας φαίνεται να αποτελεί δείκτη βαρύτητας του ΑΕΕ και όχι ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα δυσμενούς έκβασης.

OR.37 ΕΦΑΡΜΟΓΉ ΠΡΟΓΡΆΜΜΑΤΟΣ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΉΣ ΧΡΉΣΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΏΝ ΣΕ ΜΟΝΆΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΝΗΛΊΚΩΝ

Η. Ιωσηφίδης[1], Δ. Κοτζαδάμης[1], Ε. Χωραφά[1], Σ. Παπαχρήστου[1], Α. Πυρπασοπούλου[1], Χ. Ανταχόπουλος[1], Ε. Μάσσα[3], Θ. Θολιώτη[3], Ι. Κοτσαμίδη[3], Ι. Αλευρούδης[3], Ε. Μουλούδη[3], Ι.Ε. Χρήστου[2], Ε. Ροηλίδης[1]

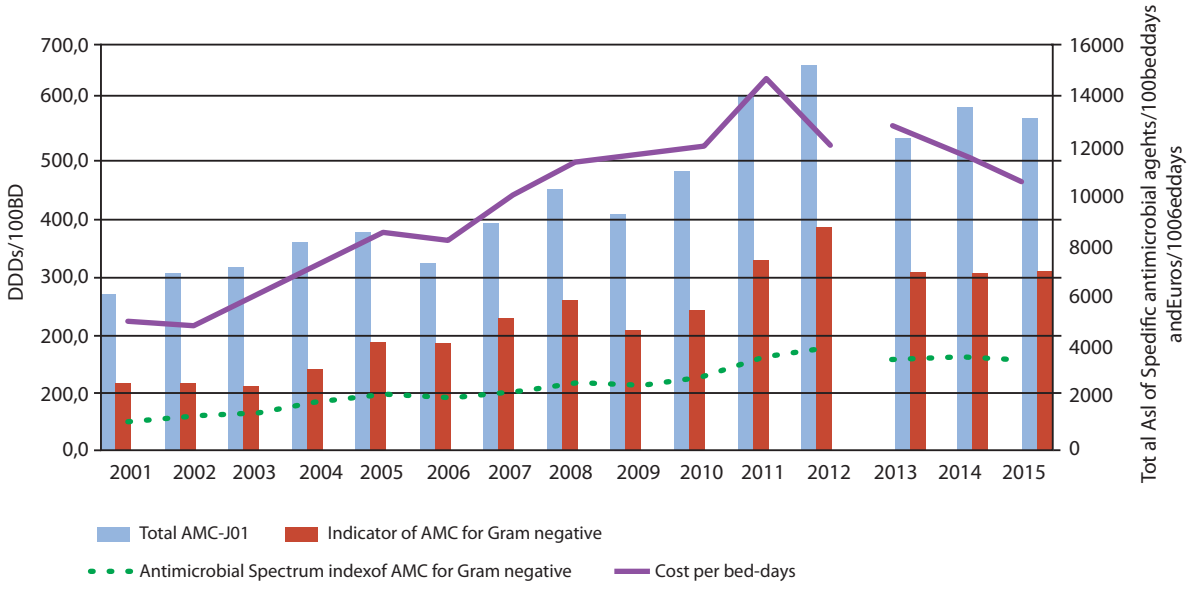
[1] Τμήμα λοιμώξεων, Γ Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[2] Φαρμακείο, Γενικο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
[3] Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων, Γενικο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς, ειδικά στην εποχή των πολυανθεκτικών μικροβίων, αποτελεί μια σημαντική πρόκληση. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την επίδραση των προγραμμάτων επιτήρησης της ορθολογικής χρήσης αντιβιοτικών σε ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) ενηλίκων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Από το 2013 εφαρμόστηκε από τους ιατρούς της ΜΕΘ και σε συνεργασία με τους λοιμωξιολόγους του νοσοκομείου πρόγραμμα ορθολογικής χρήσης αντιβιοτικών. Η καταγραφή της κατανάλωσης έγινε με δεδομένα του φαρμακείου και εκφράστηκε σε συμβατικές ημερήσιες δόσεις (defined daily doses, DDD) ανά 100 ημέρες νοσηλείας (DDD/100BD) από το 2001 έως το 2015. Χρησιμοποιήθηκαν 2 ποσοτικοί δείκτες κατανάλωσης: δείκτης κατανάλωσης αντιβιοτικών με δράση κατά των Gram αρνητικών βακτηρίων (indicator of Antimicrobial Consumption-AMC for Gram-negative), δείκτης αντιμικροβιακού φάσματος (Antimicrobial Spectrum Index, ASI). Τέλος, υπολογίστηκε το ετήσιο κόστος (euros/100BD) της κατανάλωσης αντιβιοτικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μεταξύ 2001 και 2012 (πριν την παρέμβαση) η συνολική κατανάλωση αντιβιοτικών (Total AMC-J01) αυξήθηκε από 269,3 σε 664,3 DDD/100BD. Ωστόσο, από το 2013 η κατανάλωση σταμάτησε να αυξάνεται (μέση ετήσια κατανάλωση: 574,5 DDD/100BD, Εικόνα 1). Ο Δείκτης ASI αυξήθηκε ($p<0.001$) μεταξύ 2001 και 2012, ενώ μετά την παρέμβαση παρέμεινε σταθερός. Το ετήσιο κόστος των αντιβιοτικών για την υπό μελέτη χρονική περίοδο μειώθηκε σημαντικά (από 12 722 σε 10 659 euros/100BD). Η θνησιμότητα μεταξύ 2013 και 2015 παρουσίασε μη σημαντική μείωση (από 33,7 σε 29,9%, $p=0,063$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το πρόγραμμα ορθολογικής χρήσης αντιβιοτικών στη ΜΕΘ είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της κατανάλωσης αντιβιοτικών και του ετήσιου κόστους, χωρίς αρνητικές επιπτώσεις στην έκβαση των ασθενών.



OR.38 Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Μ. Παπαγιάννη, Κ. Τζιόμαλος, Σ. Κωστάκη, Σ.Μ. Αγγελοπούλου, Κ. Χρήστου, Α. Σοφογιάννη, Σ. Αλκαγιέτ, Γ. Χατζόπουλος, Χ. Σαββόπουλος, Α.Ι. Χατζητόλιος

Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ασθενείς με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) έχουν αυξημένο κίνδυνο πνευμονίας. Ωστόσο, δεν είναι σαφείς οι προδιαθεσικοί παράγοντες για εμφάνιση πνευμονίας στους ασθενείς αυτούς.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναζήτηση των προδιαθεσικών παραγόντων για εμφάνιση πνευμονίας στους ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν προοπτικά 922 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (42, 2% άνδρες, ηλικίας 79, 6±6, 9 ετών). Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, 113 ασθενείς εμφάνισαν πνευμονία (12, 3% του συνόλου του πληθυσμού). Οι ασθενείς που εμφάνισαν πνευμονία ήταν πιο ηλικιωμένοι από τους ασθενείς που δεν εμφάνισαν πνευμονία (81, 3±7, 0 έναντι 79, 3±6, 8 έτη αντίστοιχα, p0, 01), είχαν συχνότερα παχυσαρκία (34, 1% έναντι 23, 2%, p0, 05) και ιστορικό χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής (50, 4% έναντι 34, 1%, p0, 001), είχαν υψηλότερες σφύξεις (82±16 έναντι 78±15 αντίστοιχα, p0, 05) και επίπεδα γλυκόζης (133±61 έναντι 113±47 mg/dl αντίστοιχα, p0, 005) και ουρικού οξέος (6, 3±2, 3 έναντι 5, 7±1, 8 mg/dl αντίστοιχα, p0, 05), χαμηλότερα επίπεδα LDL-χοληστερόλης (99±38 έναντι 109±38 mg/dl αντίστοιχα, p0, 05) και τριγλυκεριδίων (100±37 έναντι 119±59 mg/dl αντίστοιχα, p0, 001) και υψηλότερο NIHSS (18, 4±11, 0 έναντι 7, 4±7, 8 αντίστοιχα, p0, 001). Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση πνευμονίας ήταν η παρουσία παχυσαρκίας (σχετικός κίνδυνος 2, 05, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1, 10-3, 79, p0, 05) και το NIHSS στην εισαγωγή (σχετικός κίνδυνος 1, 13, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1, 09-1, 16, p0, 001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία παχυσαρκίας και η βαρύτητα της νευρολογικής σημειολογίας στην εισαγωγή αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση πνευμονίας σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

OR.39 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Μ. Παπαγιάννη, Κ. Τζιόμαλος, Κ. Χρήστου, Σ.Μ. Αγγελοπούλου, Σ. Κωστάκη, Α. Πασχαλά, Ε. Φαχούρη, Χ. Μάντσιου, Χ. Σαββόπουλος, Α.Ι. Χατζητόλιος

Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Δεν είναι σαφείς οι παράγοντες που προβλέπουν την έκβαση του οξέος ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) στους ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση αυτών των παραγόντων που προβλέπουν την έκβαση του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ στους ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν προοπτικά 922 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για οξύ ΑΕΕ. Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Η έκβαση εκτιμήθηκε με τα ποσοστά λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (τροποποιημένη κλίμακα Rankin 2-5) και ενδονοσοκομειακής θνητότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 81, 3% των ασθενών είχαν ιστορικό υπέρτασης. Οι ασθενείς με λειτουργική εξάρτηση ήταν πιο ηλικιωμένοι και λιγότερο συχνά καπνιστές από τους ασθενείς χωρίς εξάρτηση, είχαν πιο συχνά ιστορικό ΑΕΕ, κολπική μαρμαρυγή και χρόνια νεφρική νόσο, υψηλότερη NIHSS και υψηλότερη γλυκόζη τη 2η μέρα της νοσηλείας. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες λειτουργικής εξάρτησης ήταν η ηλικία (σχετικός κίνδυνος (ΣΚ) 1, 08, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (ΔΕ) 1, 04-1, 12, p0, 001), το ιστορικό ΑΕΕ (ΣΚ 2, 33, 95% ΔΕ 1, 44-3, 79, p0, 001) και η NIHSS (ΣΚ 1, 59, 95% ΔΕ 1, 45-1, 74, p0, 001). Οι ασθενείς που απεβίωσαν ήταν πιο ηλικιωμένοι από τους ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο και είχαν πιο συχνά κολπική μαρμαρυγή, υψηλότερη διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ), σφύξεις και NIHSS στην εισαγωγή και χαμηλότερα τριγλυκερίδια και υψηλότερη HDL χοληστερόλη και γλυκόζη τη 2η μέρα της νοσηλείας. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες θνητότητας ήταν η ΔΑΠ στην εισαγωγή (ΣΚ 1, 05, 95% ΔΕ 1, 02-1, 08, p0, 001) και η NIHSS (ΣΚ 1, 21, 95% ΔΕ 1, 16-1, 26, p0, 001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με υπέρταση και οξύ ΑΕΕ, εκτός από τη βαρύτητα του ΑΕΕ, η μεγάλη ηλικία, το ιστορικό ΑΕΕ και η αυξημένη ΔΑΠ στην εισαγωγή αποτελούν δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες.

OR.40 Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΔΕ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ Η ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Μ. Παπαγιάννη, Κ. Τζιόμαλος, Σ. Κωστάκη, Σ.Μ. Αγγελοπούλου, Κ. Χρήστου, Δ. Πιλάλας, Ε. Βαλανίκας, Τ. Διδάγγελος, Χ. Σαββόπουλος, Α.Ι. Χατζητόλιος

Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ασθενείς με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) έχουν αυξημένο κίνδυνο πνευμονίας. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) έχουν επίσης αυξημένη προδιάθεση γιε εμφάνιση λοιμώξεων. Ωστόσο, δεν είναι σαφής η σχέση του ΣΔ με την εμφάνιση και την έκβαση της πνευμονίας στους ασθενείς με ΑΕΕ.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της σχέσης του ΣΔ με την εμφάνιση και την έκβαση της πνευμονίας στους ασθενείς με ΑΕΕ.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν προοπτικά 922 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (42, 2% άνδρες, ηλικίας 79, 6±6, 9 ετών). Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε κατά την εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Η έκβαση εκτιμήθηκε με τα ποσοστά λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (τροποποιημένη κλίμακα Rankin μεταξύ 2 και 5) και ενδονοσοκομειακής θνητότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, 113 ασθενείς εμφάνισαν πνευμονία (12, 3% του συνόλου του πληθυσμού). Οι ασθενείς που εμφάνισαν πνευμονία είχαν υψηλότερα επίπεδα γλυκόζης νηστείας κατά τη 2η μέρα της νοσηλείας από τους ασθενείς που δεν εμφάνισαν πνευμονία, ενώ ο επιπολασμός του ΣΔ και τα επίπεδα της HbA1c δε διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση πνευμονίας ήταν η παρουσία παχυσαρκίας και το NIHSS. Από τους ασθενείς που εμφάνισαν πνευμονία, 50, 4% ήταν εξαρτημένοι κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και 43, 4% απεβίωσαν ενδονοσοκομειακά. Οι ασθενείς που ήταν εξαρτημένοι κατά την έξοδο είχαν παρόμοιο επιπολασμό ΣΔ και παρόμοια επίπεδα γλυκόζης και HbA1c με τους ασθενείς που ήταν ανεξάρτητοι. Οι ασθενείς που απεβίωσαν είχαν υψηλότερα επίπεδα γλυκόζης από τους ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο, ενώ ο επιπολασμός του ΣΔ και τα επίπεδα της HbA1c δε διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν η διαστολική αρτηριακή πίεση στην εισαγωγή και το NIHSS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ΣΔ δε φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση ή την έκβαση της πνευμονίας σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

OR.41 Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Μ. Παπαγιάννη, Κ. Τζιόμαλος, Σ. Κωστάκη, Σ.Μ. Αγγελοπούλου, Κ. Χρήστου, Σ. Σάτσογλου, Α. Παπαγιάννης, Γ. Πολυχρονόπουλος, Χ. Σαββόπουλος, Α.Ι. Χατζητόλιος

Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ασθενείς με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) έχουν αυξημένο κίνδυνο πνευμονίας. Ωστόσο, δεν είναι σαφής η προγνωστική σημασία της εμφάνισης πνευμονίας στους ασθενείς αυτούς.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της προγνωστικής σημασίας της εμφάνισης πνευμονίας σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν προοπτικά 922 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για οξύ ΑΕΕ (42, 2% άνδρες, ηλικίας 79, 6±6, 9 ετών). Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Η έκβαση εκτιμήθηκε με τα ποσοστά λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (τροποποιημένη κλίμακα Rankin μεταξύ 2 και 5) και ενδονοσοκομειακής θνητότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 113 ασθενείς εμφάνισαν πνευμονία (12, 3% του συνόλου). Οι ασθενείς που εμφάνισαν πνευμονία είχαν σε υψηλότερο ποσοστό λειτουργική εξάρτηση από τους ασθενείς που δεν εμφάνισαν πνευμονία (89, 7% έναντι 58, 4% αντίστοιχα, p0, 001). Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για λειτουργική εξάρτηση ήταν η ηλικία (σχετικός κίνδυνος 1, 08, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1, 04-1, 12, p0, 001), το ιστορικό ΑΕΕ (σχετικός κίνδυνος 1, 89, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1, 22-2, 94, p0, 005) και το NIHSS (σχετικός κίνδυνος 1, 49, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1, 39-1, 62, p0, 001). Οι ασθενείς που εμφάνισαν πνευμονία είχαν υψηλότερη ενδονοσοκομειακή θνητότητα από τους ασθενείς που δεν εμφάνισαν πνευμονία (43, 4% έναντι 4, 7% αντίστοιχα, p0, 001). Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν η διαστολική αρτηριακή πίεση στην εισαγωγή (σχετικός κίνδυνος 1, 05, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1, 03-1, 08, p0, 001), το NIHSS (σχετικός κίνδυνος 1, 18, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1, 14-1, 23, p0, 001) και η εμφάνιση πνευμονίας (σχετικός κίνδυνος 5, 44, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 2, 54-11, 65, p0, 001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εμφάνιση πνευμονίας σε ασθενείς με οξύ ΑΕΕ αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου ανεξάρτητα από τη βαρύτητα του ΑΕΕ.

OR.42 ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΤΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ Ε.Ε.

Α. Ανέστης[1,2], Ν. Παπαδάκης[1]

[1] Εργαστήριο Υγιεινής, Τομέας Βιολογικών Επιστημών & Προληπτικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2] Τομέας Επιστημών και Τεχνολογίας, Αμερικανικό Κολέγιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα δεδομένα της αλλαγής του κλίματος επιβεβαιώνουν τις προβλέψεις της Διακυβερνητικής Επιτροπής για την Κλιματική Αλλαγή για ταχείς ρυθμούς. Θεωρείται δεδομένο ότι η αλλαγή του κλίματος θα επηρεάσει την υγεία του ανθρώπου, τόσο άμεσα (λόγω των επιδράσεων της ζέστης ή του ψύχους), όσο και έμμεσα (ελάττωση ποιότητας πόσιμου νερού, υψηλότερη έκθεση σε παράγοντες κινδύνου κλπ). Ιδιαίτερη σημασία έχει η αύξηση της συχνότητας λοιμωδών νοσημάτων που παρότι φαινομενικά είχαν εξαλειφθεί, εμφανίζουν νέες επιδημιολογικές εξάρσεις.

ΣΚΟΠΟΣ: 1) Η διερεύνηση των πιθανών επιπτώσεων της κλιματικής αλλαγής στην Ευρώπη και την Ελλάδα ως προς τα αναδυόμενα νοσήματα. 2) Η διερεύνηση των εφαρμοζόμενων πολιτικών και της αποτελεσματικότητάς τους σε επίπεδο Ε.Ε.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διαθέσιμης διεθνούς βιβλιογραφίας, ενώ χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον πληροφορίες από επίσημες ιστοσελίδες της Ε.Ε. και του ΚΕΕΛΠΝΟ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η καταγραφόμενη αλλαγή του κλίματος αναμένεται να προκαλέσει μεταβολή στη γεωγραφική κατανομή των λοιμωδών νοσημάτων, πιθανά με διαφορετικό τρόπο σε βόρεια και νότια Ευρώπη. Στην Ελλάδα κρούσματα ελονοσίας (Λακωνία, 2009, 2012) και μόλυνσης από τον ιό του δυτικού Νείλου (κεντρική Μακεδονία, 2010, Αργολίδα, 2017) έχουν εντοπιστεί σε περιοχές που ευνοούν την αναπαραγωγή των οργανισμών-φορέων, κάτω από ασυνήθεις για τις περιοχές κλιματικές συνθήκες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ασυνήθη κλιματικά πρότυπα λόγω ανθρωπογενών επιδράσεων ευνοούν την εμφάνιση λοιμωδών νοσημάτων. Ο κίνδυνος έξαρσής τους μπορεί να ελαχιστοποιηθεί μέσω ενός ολοκληρωμένου σχεδιασμού πρόληψης (καταπολέμηση των οργανισμών – φορέων) και αποτελεσματικής απόκρισης των υγειονομικών υπηρεσιών. Η Ε.Ε. αντιμετωπίζει τις περιβαλλοντικές προκλήσεις θέτοντας ως άξονες της πολιτικής της την διασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας των φυσικών συστημάτων και τη διατήρηση της κλιματικής αλλαγής σε διαχειρίσιμα επίπεδα.

OR.43 ΚΛΙΜΑΤΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΣΤΑ ΔΙΘΥΡΑ ΜΑΛΑΚΙΑ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ

Α. Ζγουρίδου[1], Ε.Τρυπιδάκη[1], Α. Ανέστης[2,3], Ν. Παπαδάκης[2], Β. Μιχαηλίδης[1]

[1] Εργαστήριο Φυσιολογίας Ζώων, Τομέας Ζωολογίας, Τμήμα Βιολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2] Εργαστήριο Υγιεινής, Τομέας Βιολογικών Επιστημών & Προληπτικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[3] Τομέας Επιστημών και Τεχνολογίας, Αμερικανικό Κολέγιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υπερθέρμανση του πλανήτη μπορεί να επιταχύνει την ανάπτυξη και εξάπλωση παθογόνων μικροοργανισμών σε θαλάσσια περιβάλλοντα, όπου εκτρέφονται δίθυρα μαλάκια, επηρεάζοντας την υγεία των υδρόβιων οργανισμών και των ανθρώπων. Το παράσιτο Martelia sp. έχει ανιχνευθεί τόσο σε πληθυσμούς άγριων όσο και καλλιεργούμενων μυδιών, ενώ ο ρυθμός εξάπλωσής του θεωρείται πως ποικίλλει ανάλογα με την τεχνική της καλλιέργειας. Αύξηση της θαλάσσιας θερμοκρασίας ευνοεί τον πολλαπλασιασμό της Martelia sp., με σημαντικά υψηλότερο αριθμό παρασίτων να καταγράφεται την θερινή περίοδο. Δεδομένης της γενετικής ομοιογένειας των ελληνικών πληθυσμών δίθυρων μαλακίων, διαφοροποιήσεις του μικροβιακού φορτίου σε πληθυσμούς διαφορετικών περιοχών μπορούν να αποδοθούν σε διαφορετικές περιβαλλοντικές πιέσεις και κατά συνέπεια μπορούν να αξιοποιηθούν ως δείκτες περιβαλλοντικού κινδύνου για διάφορες θαλάσσιες περιοχές.

ΣΚΟΠΟΣ: Η συσχέτιση, για πρώτη φορά, πληθυσμών θαλάσσιων δίθυρων από διαφορετικές περιοχές εκτροφής με το μικροβιακό τους φορτίο σε συνάρτηση με την αύξηση της θερμοκρασίας και η διερεύνηση των πιθανών επιπτώσεων από την κατανάλωσή τους στην υγεία του ανθρώπου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκαν πληροφορίες από διαδικτυακές πηγές επιστημονικής βιβλιογραφίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από συλλογή και ανάλυση μεγάλου αριθμού δεδομένων, διαπιστώθηκαν συχνές επιβαρύνσεις των δίθυρων από παράσιτα ιδιαίτερα στην περιοχή του Θερμαϊκού, σε σύγκριση με άλλες θαλάσσιες περιοχές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με κλιματικά μοντέλα που λαμβάνουν υπόψη την αύξηση της θαλάσσιας θερμοκρασίας στο Θερμαϊκό, η περιοχή χαρακτηρίζεται ως «υψηλής επικινδυνότητας». Είναι πολύ πιθανό η συχνότητα εμφάνισης υψηλού μικροβιακού φορτίου στα δίθυρα να αυξηθεί, ενδεχομένως επηρεάζοντας την υγεία των καταναλωτών. Περαιτέρω μελέτες για τη διερεύνηση του είδους των μικροοργανισμών και τον εντοπισμό δυνητικά παθογόνων, είναι απαραίτητες.

OR.44 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΡΥΠΑΝΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ (Ε.Ε.)

Α. Ανέστης[1,2], Δ. Μπακαλούδη[1], Α. Καρακελίδης[1], Ν. Παπαδάκης[1]

[1] Εργαστήριο Υγιεινής, Τομέας Βιολογικών Επιστημών & Προληπτικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2] Τομέας Επιστημών και Τεχνολογίας, Αμερικανικό Κολέγιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νόσος του Πάρκινσον αποτελεί μία νευρο-εκφυλιστική διαταραχή που ταλαιπωρεί 4-6 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Εκτός από τη γενετική βάση της ασθένειας, η έκθεση σε τοξικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και εξέλιξή της. Σε πρόσφατη μελέτη μας (2017), διαπιστώθηκαν υψηλές συγκεντρώσεις βαρέων μετάλλων στο 6% του συνόλου της γεωργικής γης της Ε.Ε., ενώ σε πολλές αστικές περιοχές οι συγκεντρώσεις τοξικών μετάλλων βρέθηκαν να έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία 80 χρόνια. Υψηλότερη των επιτρεπόμενων ορίων ήταν, επίσης, η έκθεση συγκεκριμένων ομάδων ατόμων σε διοξίνες.

ΣΚΟΠΟΣ: (α) Η ανασκόπηση της πρόσφατης επιστημονικής βιβλιογραφίας αναφορικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου του Πάρκινσον. (β) Η διερεύνηση της κατάστασης ρύπανσης από τοξικούς χημικούς ρυπαντές στην Ευρώπη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκαν διαδικτυακές πλατφόρμες αναζήτησης βιβλιογραφίας, καθώς και πληροφορίες από την επίσημη ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, συστατικών των φυτοφαρμάκων, της έκθεσης σε τοξικά μέταλλα (όπως μόλυβδο, υδράργυρο, αλουμίνιο) και οργανοχλωριούχων ενώσεων με τον παθογενετικό μηχανισμό της νόσου του Πάρκινσον. Υψηλότερες από τις επιτρεπόμενες συγκεντρώσεις βαρέων μετάλλων σε περιοχές της Ε.Ε. εντοπίζονται στο έδαφος, αλλά και σε ιστούς ιχθύων, με τα αποτελέσματα να εμφανίζουν γεωγραφική διακύμανση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπάρχει ανάγκη για απομάκρυνση των βαρέων μετάλλων και αποκατάσταση της φυσικής σύστασης του εδάφους σε περιοχές της Ε.Ε. Αναφορικά με τις διοξίνες και τις οργανοχλωριούχες ενώσεις, βρίσκεται σε εφαρμογή η στρατηγική που έχει αναπτύξει η Επιστημονική Επιτροπή για τα Τρόφιμα της Ε.Ε. για τη μείωσή τους στο περιβάλλον και την τροφική αλυσίδα.

OR.45 ΔΕΊΚΤΗΣ ΚΆΘΑΡΣΗΣ ΠΝΕΥΜΌΝΩΝ ΚΑΙ ΙΚΑΝΌΤΗΤΑ ΓΙΑ ΆΣΚΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΆ ΚΑΙ ΕΦΉΒΟΥΣ ΜΕ ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΉ ΔΥΣΠΛΑΣΊΑ

Ε. Κουρούκλη[1], Ε. Χατζηαγόρου[1], Κ. Σαραφίδης[2], Ι. Τσανάκας[1]

[1] Παιδοπνευμονολογική μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[2] Α' Νεογνολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η βρογχοπνευμονική δυσπλασία (ΒΠΔ), η χρόνια πνευμονική νόσος της προωρότητας, σχετίζεται συχνά με μακροχρόνια νοσηρότητα και αναπνευστικά συμπτώματα που μπορεί να περιορίζουν τη φυσική δραστηριότητα.

ΣΚΟΠΟΣ: Να εκτιμηθεί η αναπνευστική λειτουργία και νοσηρότητα, ο βίαια εκπνεόμενος όγκος στο πρώτο δευτερόλεπτο (%FEV_1), ο δείκτης κάθαρσης πνευμόνων (LCI) και η ικανότητα για άσκηση σε παιδιά και εφήβους με ιστορικό προωρότητας και ΒΠΔ.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Δεκαπέντε (15) παιδιά και έφηβοι ηλικίας 8-18 ετών με ΒΠΔ πραγματοποίησαν δοκιμασία έκπλυσης αζώτου με πολλαπλές αναπνοές (N_2 MBW) και καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET). Πραγματοποιήθηκε επίσης σπιρομέτρηση σε ηρεμία και μετά την άσκηση και έγινε καταγραφή του ιστορικού άσθματος και ατοπίας, καθώς και των αναπνευστικών συμπτωμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξετάστηκαν 15 παιδιά με ΒΠΔ (μέση (SD) διάρκεια κύησης 28.6 (3.5) εβδομάδες, μέσο (SD) βάρος γέννησης 1206 (480) gr). Η μέση ηλικία των παιδιών ήταν 11.9 (3.8) έτη. Δύο εκ των 15 παιδιών (13.3%) ανέφεραν ιστορικό αναπνευστικών συμπτωμάτων και 2 είχαν θετικό ιστορικό άσθματος. Η σπιρομέτρηση ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, με μέση (SD) FEV_1 (% του προβλεπόμενου) 104.25 (25.2) και μέση (SD) FEF_{25-75} (% του προβλεπόμενου) 104.6 (45.1). Τα παιδιά παρουσίασαν ήπιο περιορισμό της άσκησης με μέση (SD) VO_2peak (% του προβλεπόμενου) 78.7 (20.9), ενώ 3/15 (20%) παρουσίασαν αποκορεσμό και βρογχόσπασμο κατά την άσκηση με θετική δοκιμασία αντιστρεπτότητας στα βρογχοδιασταλτικά. Τέλος, ο μέσος (SD) LCI ήταν 7.12 (0.52), εντός φυσιολογικών ορίων και χωρίς ενδείξεις ανομοιογένειας του αερισμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αρχικά αποτελέσματα της μελέτης μας δείχνουν ότι παιδιά και έφηβοι με ιστορικό ΒΠΔ παρουσιάζουν ήπιο περιορισμό της άσκησης. Είναι πιθανό ότι αναπτύσσουν αποφρακτική πνευμονοπάθεια, με μηχανισμό που δε φαίνεται να σχετίζεται με την ασθματική φλεγμονή.

OR.46 ΧΟΡΗΓΗΣΗ L-ΣΕΛΗΝΟΜΕΘΕΙΟΝΙΝΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ HASHIMOTO: ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΔΙΠΛΗ ΤΥΦΛΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

Ι. Κύργιος[1], Σ. Γκίζα[1], Ε.Π. Κοτανίδου[1], Α. Κλεισαρχάκη[1], Β.Ρ. Τσινοπούλου[1], Α. Παπαδοπούλου[1], Α. Μαρκαντωνάτου[2], Ε. Κανελλίδου[2], Α. Γιαννακού[2], Α. Γαλλή-Τσινοπούλου[1]

[1] Δ΄ Παιδιατρική Κλινική, Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

[2] Εργαστήριο Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Έχει προταθεί η ευεργετική επίδραση της χορήγησης σεληνίου σε ενήλικες ασθενείς με αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα, ιδιαίτερα σε αυτούς με αυξημένη δραστηριότητα νόσου και υψηλότερο τίτλο αυτοαντισωμάτων.

ΣΚΟΠΟΣ: Να ερευνηθεί αν η χορήγηση οργανικού σεληνίου σε υψηλή δόση (200μg ημερησίως υπό μορφή L-σεληνομεθειονίνης) έχει επίδραση στον τίτλο των αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων σε παιδιά και εφήβους με αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Εβδομήντα-ένα (71) παιδιά και έφηβοι, μέσης ηλικίας 11.3 ± 0.3 ετών (εύρος 4.5–17.8), με διάγνωση αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας (τίτλος αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων anti-TPO ή/και anti-Tg ≥ 60 IU/ml, με ευθυρεοειδισμό ή υποθυρεοειδισμό υπό αγωγή, βρογχοκήλη, ή αλλοιώσεις στο υπερηχογράφημα θυρεοειδούς αδένα) τυχαιοποιήθηκαν ώστε να λάβουν 200 μg οργανικού σεληνίου ημερησίως (υπό μορφή L-σεληνομεθειονίνης) ή εικονικό φάρμακο (placebo) για 6 μήνες. Σε όλους τους συμμετέχοντες διενεργήθηκε προσδιορισμός fT4, TSH, anti-TPO, anti-Tg, καθώς και υπερηχογράφημα θυρεοειδούς αδένα, στην αρχή της μελέτης και μετά από 6 μήνες θεραπείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από 6 μήνες θεραπείας, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μείωση των επιπέδων anti-Tg στην ομάδα του σεληνίου σε σχέση με την ομάδα placebo (Δ: -70.9±22.1 έναντι -6.7±60.6IU/ml, p=0.021). Μολονότι τα επίπεδα anti-TPO μειώθηκαν στην ομάδα του σεληνίου, ενώ αυξήθηκαν στην ομάδα του placebo, η μεταβολή αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική (Δ: -116.2±68.4 έναντι +262.8±255.5IU/ml, p=0.219). Καμιά σημαντική διαφορά στη μεταβολή του όγκου του θυρεοειδούς αδένα δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των δυο ομάδων της μελέτης (p>0.05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην παρούσα πρωτότυπη μελέτη, η χορήγηση συμπληρώματος οργανικού σεληνίου φαίνεται να μειώνει τα επίπεδα των αντιθυρεοσφαιρινικών αντισωμάτων στα παιδιά και τους εφήβους με αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα.

OR.47 ΑΠΟΤΕΛΈΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΊΑΣ ΜΕ LUMACAFTOR/IVACAFTOR ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΉ ΛΕΙΤΟΥΡΓΊΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΌΤΗΤΑ ΓΙΑ ΆΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΊΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΉ ΊΝΩΣΗ, ΟΜΌΖΥΓΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΆΛΛΑΞΗ PHE508DEL

Ε. Κουρούκλη, Μ. Παρίση, Ε. Χατζηαγόρου, Α. Καμπούρας, Λ. Νούσια, Ι. Τσανάκας

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, 3η Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η θεραπεία της Κυστικής Ίνωσης (ΚΙ) σημειώνει αλματώδη πρόοδο μετά την έγκριση και εισαγωγή στην κλινική πράξη των ρυθμιστών της λειτουργίας του διαύλου CFTR.

ΣΚΟΠΟΣ: Να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα της θεραπείας του συνδυασμού lumacaftor/ivacaftor στην ικανότητα για άσκηση και τον δείκτη κάθαρσης πνευμόνων (Lung Clearance Index, LCI) σε ασθενείς με ΚΙ άνω των 12 ετών, ομόζυγους για τη μετάλλαξη Phe508del.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε μια προοπτική μελέτη παρατήρησης, εξετάστηκαν οι παρακάτω δείκτες: FEV_1 (% του προβλεπόμενου), VO_2peak (% του προβλεπόμενου), LCI, BMI, καθώς και τα χλωριούχα ιδρώτα, πριν και ένα χρόνο μετά την έναρξη της θεραπείας με lumacaftor/ivacaftor. Δώδεκα ασθενείς με ΚΙ (14-27 ετών, 50% αποικισμένοι με Pseudomonas Aeruginosa) πραγματοποίησαν δοκιμασία έκπλυσης αζώτου, καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET) και σπιρομέτρηση, πριν και ένα χρόνο μετά την έναρξη της αγωγής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αρχική μέση τιμή (SD) του BMI ήταν 21.13 kg/m^2 (2.26), LCI: 17.83 (6.45), FEV_1 %: 73.84 (21.75), VO_2peak %: 74.0 (14.43) και χλωριούχα ιδρώτα: 113.9 mEq/L (13.3). Ένα χρόνο μετά την έναρξη της αγωγής, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση σε σχέση με τις αρχικές τιμές στα χλωριούχα ιδρώτα (−58.25 mmol/L; 95% CI, −71.3 to −45.1; $P < 0.0001$), BMI (+1.37; 95% CI, 0.84 to 1.89; $P < 0.0001$), FEV_1 % (+11.85; 95% CI, 7.27 to 16.6; $P < 0.0001$), LCI (-5.36; 95% CI, −8.4 to −2.29; $P = 0.004$) και VO_2peak % (7.2; 95% CI, 1.19 to 13.2; $P = 0.024$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θεραπεία με το συνδυασμό lumacaftor/ivacaftor βελτιώνει σημαντικά την αναπνευστική λειτουργία και την ικανότητα για άσκηση σε ασθενείς με ΚΙ ομόζυγους για τη μετάλλαξη Phe508del.

OR.48 ΟΞΕΙΑ ΜΟΝΟΝΕΥΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ ΗΛΙΚΙΑΣ 8 ΕΤΩΝ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Ε. Λίτου, Σ. Γκίζα, Ε.Π. Κοτανίδου, Π. Κολλιάτος, Α. Κλεισαρχάκη, Τ.Τζιρτζιπής, Β.Ρ. Τσινοπούλου, Α.Τυχάλας, Α. Ευαγγελίου, Α. Γαλλή-Τσινοπούλου

[1] Δ΄ Παιδιατρική Κλινική, Ιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ
[2] Νευρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διαβητική νευροπάθεια αποτελεί μια ετερογενή ομάδα και η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων της ανήκει στις πολυνευροπάθειες.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εμφάνιση οξείας μονονευρίτιδας σε 8χρονο κορίτσι με νεοδιαγνωσθέντα Σακχαρώδη Διαβήτη 1(ΣΔ1) στην πορεία της διαβητικής κετοξέωσης (ΔΚΟ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Οκτάχρονο κορίτσι προσκομίστηκε λόγω αναφερόμενης αναπνευστικής δυσχέρειας από 12ώρου, καταβολής δυνάμεων και υπνηλίας από 48ώρου. Κατά την κλινική εξέταση καταγράφηκαν βαριά αφυδάτωση, αναπνοή Kussmaul και απόπνοια οξόνης. Η διάγνωση του ΣΔ1 βασίστηκε στην υπεργλυκαιμία (Dextrostix 462mg/dl), στη βαριά κετοξέωση (pH 7.09, $HCO3^-$ 1.7mmol/l), στα ελαττωμένα επίπεδα ινσουλίνης και C-πεπτιδίου και στα θετικά anti-GAD αντισώματα. Η ΔΚΟ αντιμετωπίστηκε σύμφωνα με πρωτόκολλο ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών-ινσουλίνης και ακολούθως έγινε μετάβαση σε εντατικοποιημένο σχήμα υποδόριας χορήγησης ινσουλίνης. Το 7^{ο} 24ωρο νοσηλείας παρατηρήθηκαν αδυναμία κάμψης του δεξιού άκρου ποδός με συνοδό έκπτωση της αισθητικότητας στη ραχιαία επιφάνεια, ήπιο οίδημα και ερυθρότητα τοπικά. Αποκλείστηκαν η οστεομυελίτιδα και η θρομβοφλεβίτιδας και η διάχυτη φλεγμονή των μαλακών μορίων αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή. Περαιτέρω διερεύνηση της εμμένουσας πτώσης του άκρου ποδός με νευροφυσιολογικό έλεγχο ανέδειξε ευρήματα συμβατά με βαρύτατη οξεία αξονική βλάβη του δεξιού ισχιακού νεύρου και ήπια αξονική βλάβη του δεξιού μηριαίου νεύρου. Τα επίπεδα ηλεκτρολυτών, βιταμινών B12 και D, φολικού οξέος, θυρεοειδικών ορμονών καθώς και η γενική αίματος ήταν φυσιολογικά. Η ασθενής ακολουθεί φυσικοθεραπεία και λαμβάνει συμπληρώματα βιταμινών B χωρίς βελτίωση 2 μήνες μετά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η οξεία μονονευρίτιδα στην πορεία ΔΚΟ είναι σπάνια ως εκδήλωση διαβητικής νευροπάθειας ιδιαίτερα στα παιδιά και η διάγνωσή της απαιτεί αποκλεισμό και άλλων αιτίων. Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός παραμένει υπό διερεύνηση.

OR.49 ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ;

Μ. Παρίση, Ε. Κουρούκλη, Ε. Χατζηαγόρου, Π. Πεφτουλίδου, Η.Χ. Μουρατίδου, Ι. Τσανάκας

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα και Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, 3η Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο δείκτης κάθαρσης πνευμόνων (Lung clearance index, LCI) χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο ως δείκτης κλινικής έκβασης σε θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με κυστική ίνωση (ΚΙ).

ΣΚΟΠΟΣ: Να εκτιμηθεί η βραχυπρόθεσμη επίδραση της αναπνευστικής φυσιοθεραπείας (ΑΦ) στον LCI σε σταθερούς ασθενείς με ΚΙ ποικίλης βαρύτητας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 30 σταθεροί ασθενείς με ΚΙ (6-26 ετών, 26% αποικισμένοι με Pseudomonas aeruginosa). Οι ασθενείς πραγματοποίησαν δοκιμασία έκπλυσης αζώτου με πολλαπλές αναπνοές και σπιρομέτρηση, και στη συνέχεια 30 λεπτά ΑΦ με PEP mask, υπό επίβλεψη. Οι ίδιες αναπνευστικές δοκιμασίες επαναλήφθηκαν, 15 και 60 λεπτά μετά το πέρας της ΑΦ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι αρχικές τιμές του LCI (εύρος) ήταν 10.9 (7.3; 20.4) και της FEV_1 (% του προβλεπόμενου) ήταν 97.7% (61.8; 146.2). Οι τιμές του LCI δεν επηρεάστηκαν σημαντικά από την ΑΦ. Ο LCI (95% διάστημα εμπιστοσύνης) αυξήθηκε κατά 0.02 (-0.41; 0.37), (p: 0.920), 15 λεπτά μετά την ΑΦ και αυξήθηκε κατά 0.42 (-0.95; 0.11), (p: 0.109), μια ώρα μετά την ΑΦ. Όλες οι παράμετροι της σπιρομέτρησης δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΑΦ δεν φαίνεται να έχει σταθερή επίδραση στον LCI. Διανοίγοντας προηγουμένως κακώς αεριζόμενες περιοχές του πνευμονικού παρεγχύματος, η φυσιοθεραπεία μπορεί είτε να αυξήσει (επιτείνει), είτε να μειώσει (βελτιώσει) την ανομοιογένεια του αερισμού. Η άμεση επίδραση της φυσιοθεραπείας στον LCI φαίνεται πως είναι απρόβλεπτη. Περαιτέρω μελέτες είναι απαραίτητες, ώστε να διερευνηθεί με λεπτομέρεια η επίδραση της ΑΦ στις τιμές της δοκιμασίας έκπλυσης αερίου με πολλαπλές αναπνοές.

OR.50 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΣΤΥΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Μανάφης, Σ. Μπουλούκου, Γ. Κερπινιώτης, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Π. Παντελίδης, Γ. Λαλές, Χ. Μήτας, Δ. Πατούλιας, Α. Σαχινίδης, Κ. Πετίδης, Β. Άθυρος, Μ. Δούμας, Α. Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η στυτική δυσλειτουργιά συναντάται συχνά σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και σχετίζεται τόσο με αυξημένη αρτηριακή πίεση όσο και τη χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων. Η χρήση διουρητικών φαρμάκων έχει ενοχοποιηθεί για επιδείνωση της στυτικής λειτουργίας. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της επίδραση των διουρητικών στη στυτική λειτουργία σε ασθενείς με υπέρταση και φυσιολογική στυτική λειτουργία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν διαδοχικοί άνδρες με αρτηριακή υπέρταση ηλικίας από 30 έως 70 ετών που επισκέφθηκαν το Υπερτασιολογικό μας Ιατρείο και στους οποίους έγινε έναρξη αγωγής με διουρητικό. Η στυτική λειτουργία αξιολογήθηκε πριν από και τρεις μήνες μετά την έναρξη της αγωγής με διουρητικό μέσω του Διεθνούς Δείκτη Στυτικής Λειτουργίας 15 ερωτήσεων, ενός επικυρωμένου ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της στυτικής λειτουργίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 247 υπερτασικοί άνδρες. Μονοθεραπεία με διουρητικά έλαβαν 56 συμμετέχοντες, ενώ στους υπόλοιπους 191 ασθενείς, έγινε προσθήκη διουρητικού στην ήδη υπάρχουσα αντιυπερτασική αγωγή. Από αυτούς, 122 έλαβαν μονοθεραπεία με αποκελιστή των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ΑΤ), ενώ 69 ελάμβαναν ΑΤ μαζί με ανταγωνιστή διαύλων ασβεστίου. Στυτική δυσλειτουργία παρατηρήθηκε στους 8/56 συμμετέχοντες που ελάμβαναν μονοθεραπεία με διουρητικό (14.2%), 27/122 που ελάμβαναν ΑΤ και διουρητικό (22.1%) και 14/69 συμμετέχοντες σε τριπλή θεραπεία με διουρητικό, ΑΤ και αποκελιστή διαύλων ασβεστίου (20.3%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επαγόμενη από τη χρήση διουρητικών στυτική δυσλειτουργία είναι συχνή ανάμεσα σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση. Νέες μελέτες απαιτούνται προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματά μας, να προσδιορισθούν οι υπεύθυνοι παθογεννητικοί μηχανισμοί ώστε να εξαχθούν πολύτιμα συμπεράσματα για την πρόληψη της συγκεκριμένης ανεπιθύμητης παρενέργειας που επιδρά αρνητικά στο βιοτικό επίπεδων των αρρένων ασθενών.

OR.51 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Σ. Μπουλούκου, Α. Μανάφης, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριάλος, Π. Παντελίδης, Δ. Πατούλιας, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Α. Σαχινίδης, Γ. Κερπινιώτης, Γ. Λαλές, Χ. Μήτας, Α.Κ. Πετίδης, Β. Άθυρος, Μ. Δούμας, Α. Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η σεξουαλική δυσλειτουργία μεταξύ υπερτασικών ατόμων εκδηλώνεται συχνότερα στο θηλυκό πληθυσμό. Παρά την πολυπαραγοντική επίδραση διαφόρων παθοφυσιολογικών μηχανισμών στην εγκατάσταση της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας, η λήψη αντιυπερτασικών φαρμάκων φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά. Ο ρόλος των διουρητικών στη γυναικεία σεjουαλική δυσλειτυοργία παραμένει αδιευκρίνιστος. Στόχος της μελέτης μας είναι η αξιολόγηση της επίδρασης των διουρητικών στη σεξουαλική λειτουργία υπερτασικών γυναικών χωρίς σεξουαλική δυσλειτυοργία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν διαδοχικά υπερτασικά θήλεα άτομα ηλικίας από 30 έως 70 ετών που προσήλθαν στο Υπερτασιολογικό μας ιατρείο και στις οποίες χορηγήθηκε διουρητική αγωγή. Η σεξουαλική λειτουργία αξιολογήθηκε πριν και τρεις μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας μέσω του Δείκτη Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας 19 ερωτήσεων, ενός επικυρωμένου ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμμετείχαν 218 υπερτασικές γυναίκες. Διουρητική αγωγή χορηγήθηκε είτε ως μονοθεραπεία σε ασθενείς (58 ασθενείς) ή σε συνδυασμό με ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ΑΤ) (103 ασθενείς) ή ως τρίτο φάρμακο σε ασθενείς που ήδη ελάμβαναν ΑΤ και ανταγωνιστή διαύλων ασβεστίου (57 ασθενείς). Εμφάνιση σεξουαλική δυσλειτουργία παρατηρήθηκε σε 6/58 (10.3%) των ασθενών σε μονοθεραπεία με διουρητικό, σε 18/103 (17.4%) ασθενείς που ελάμβαναν διουρητικό και ΑΤ και σε 9/57 (15.8%) ασθενείς που ελάμβαναν διουρητικό, ΑΤ και αποκλειστή διαύλων ασβεστίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έναρξη αγωγής με διουρητικό σχετίζεται με εκδήλωση σεξουαλικής δυσλειτουργίας στο 10-20% των υπερτασικών γυναικών. Περισσότερες μελέτες δύναται να επιβεβαιώσουν τα ευρήματά μας και να προσφέρουν πληροφορίες για τους υπεύθυνους μηχανισμούς και τη βέλτιστή αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

OR.52 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Σ. Νείρος, Ε. Αμπατζιάδη, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριάλος, Α. Κατσιμάρδου, Ι. Ζωγράφου, Ι. Λινάρδου, Α. Σαχινίδης, Χ. Σαμπάνης, Μ. Δούμας, Β. Άθυρος, Α. Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ΠΑΝ αποτελεί χρόνια αποφρακτική αρτηριοπάθεια οφειλόμενη σε αρτηριακή υπέρταση, κάπνισμα και σακχαρώδη διαβήτη. Το παρόν περιστατικό αφορά ασθενή καπνιστή με διαλείπουσα χωλότητα σε έδαφος σακχαρώδη διαβήτη.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άρρεν 72 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενος άλγους κάτω άκρων κατά την βάδιση 200μ. που οδηγεί σε διακοπή της. Το άλγος υποχωρεί με την ανάπαυση. Από το ατομικό αναμνηστικό ο ασθενής πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 από 15ετίας και είναι καπνιστής (30 πακετο-έτη). Ο ασθενής λαμβάνει ινσουλίνη και λιναγλυπτίνη. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν αυξημένη συστολική πίεση, κυανέρυθρη χροιά κάτω άκρων, αδύνατες σφύξεις, αδυναμία ψηλάφησης οπίσθιας κνημιαίας, αμφοτερόπλευρο φύσημα στις λαγόνιες και μηριαίες αρτηρίες και μειωμένος σφυροβραχίονιος δείκτης άμφω. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν αυξημένη τιμή γλυκόζης πλάσματος, επιδεινωμένη νεφρική λειτουργία με λευκωματουρία, αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και δυσλιπιδαιμία. Θεραπευτικά έγινε σύσταση για διακοπή καπνίσματος, απώλεια βάρους, σωματική ασκηση και έναρξη στατίνης, μετφορμίνης, ιρβεσαρτάνης και κλοπιδογρέλης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΠΑΝ αποτελεί μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο καθώς και αυξημένο κίνδυνο αναπηρίας. Η υιοθέτηση ενός δραστήριου τρόπου ζωής, η αποφυγή καπνίσματος και η απώλεια βάρος, όπως και η εφαρμογή κατάλληλης αγωγής σε συνδυασμό με τον επιμελή έλεγχο των συμπαρομαρτούντων νοσημάτων πρέπει να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται λεπτομερώς από τον θεράποντα ιατρό.

OR.53 ΕΓΚΥΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΨΕΥΔΟΥΠΕΡΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΥΠΟΥ ΓΛΥΚΟΡΙΖΑΣ ΚΑΤΟΠΙΝ ΛΗΨΗΣ MUMIJO

Σ. Μπουλούκου, Α. Μανάφης, Γ. Κερπινιώτης, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριάλος, Δ. Πατούλιας, Α. Σαχινίδης, Π. Παντελίδης, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Γ. Λαλές, Χ. Μήτας, Κ. Πετίδης, Β. Άθυρος, Μ. Δούμας, Α. Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού ψευδουπεραλδοστερονισμού ως αποτέλεσμα τη λήψης mumijo.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής θήλυ, 37 ετών, στην 32η εβδομάδα κύησης, παραπέμφθηκε στην κλινική μας λόγω εμμένουσας υποκαλιαιμίας, υπομαγνησιαιμίας και υψηλής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Κατόπιν λήψης ενός λεπτομερούς ιστορικού διαπιστώθηκε πως η ασθενής ελάμβανε mumijo τους τελευταίους έξι μήνες. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε διεξοδικός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος για την αξιολόγηση της εμμένουσας υποκαλιαιμίας και της υπέρτασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το κάλιο ορού κατά την εισαγωγή ήταν 2.7 mg/dl, το μαγνήσιο ορού 1.72 mEq/lt, και η ΑΠ ιατρείου 152/97 mmHg. Παρομοίως, παρατηρήθηκε αυξημένη ΑΠ στην 24ωρη περιπατητική καταγραφή (146/104 mmHg). Ο προδιορισμός των αερίων αρτηριακού αίματος ανέδειξε την παρουσία μεταβολικής αλκάλωσης. Ο βιοχημικός έλεγχος ούρων 24ώρου ανέδειξε αυξημένη αποβολή καλίου, μαγνησίου και ασβεστίου. Η δραστικότητα ρενίνης πλάσματος και η αλδοστερόνη ορού σε ύπτια θέση ανευρεθήκαν σε μη ανιχνεύσιμα, χαμηλά επίπεδα. Η κορτιζόλη ορού σε πρωινό δείγμα και η δοκιμασία καταστολής με 1 mg δεξαμεθαζόνης απέκλεισαν την παρουσία συνδρόμου Cushing. Τα ευρήματα έθεσαν την υποψία συνδρόμου ψευδουπεραλδοστερονισμού, ενώ η διακοπή λήψης του mumijo οδήγησε στην πλήρη αποκατάσταση των βιοχημικών και ορμονικών παραμέτρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, η ασθενής παρουσίασε σύνδρομο ψευδουπεραλδοστερονισμου ως αποτέλεσμα της λήψης mumijo, το οποίο μιμείται το σύνδρομο λήψης γλυκόριζας, η οποία αναστέλλει τη λειτουργία της τύπου 2 11β-υδροξυστεροειδικής δεϋδρογενάσης με αποτέλεσμα την αναστολή της μετατροπής της κορτιζόλης σε κορτιζόνη, αύξηση της συγκέντρωσης της κορτιζόλης που μιμείται αλατοκορτικοειδικής δράσης. Συνεπώς, οι κλινικοί ιατροί οφείλουν να διερευνούν την πιθανότητα παρουσίας αυτού του συνδρόμου σε ασθενείς στους οποίους χορηγείται mumijo.

OR.54 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑ

Ε. Κάτσικα, Ι. Κουντούρη, Γ. Εμμανουηλίδου, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριάλος, Σ. Μπουλούκου, Α. Μανάφης, Γ. Κερπινιώτης, Γ. Λαλές, Χ. Μήττας, Δ. Πατούλις, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Κ. Πετίδης, Μ. Δούμας, Β. Άθυρος, Α. Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ως ανθεκτική υπέρταση ορίζεται η αυξημένη αρτηριακή πίεση (≥140/90 mmHg) παρά την χορήγηση τριών διαφορετικών κατηγοριών αντιυπερτασικών φαρμάκων, συμπεριελαμβανομένου διουρητικού, στη μέγιστη ανεκτή δοσολογία. Οι ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση έχουν υψηλότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο από τους ασθενείς με ευκολότερα ρυθμιζόμενη υπέρταση. Ύστερα από τον επιμμελή αποκλεισμό ιατρογενών ή ιδιοσυγκρασιακών παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν στην λανθασμένη διάγνωση της ανθεκτικής υπέρτασης, η αναζήτηση δευτεροπαθών μορφών υπέρτασης είναι καθοριστικής σημασίας. Ο πρωτοπαθής αλδοστερονισμός αποτελεί τη συχνότερη μορφή ενδοκρινούς υπέρτασης που εμφανίζει υψηλό επιπολασμό μεταξύ των ασθενών με ανθεκτική υπέρταση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Θήλυ 39 ετών, με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης από δεκαετίας και οικογενειακό ιστορικό πρωτοπαθούς αλδοστερονισμού προσήλθε σε ιδιωτικό ιατρείο αιτιώμενη αδυναμία ρύθμισης της αρτηριακής υπέρτασης με την αγωγή αμλοδιπίνη/βαλσαρτάνη/HTZ. Κατόπιν εργαστηριακής διερεύνησης ανευρέθη υποκαλιαιμία (K: 3,3 mg/dl). Για το λόγο αυτό παραπέμφθηκε στο Υπερτασιολογικό Κέντρο της Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής. Η ασθενής υπεβλήθη σε λεπτωμερή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, επιβεβαιώνοντας την αρτηριακή υπέρταση και την υποκαλιαιμία. Ακολούθως έγινε καταγραφή της 24H ABPM, από του στόματος αναπλήρωση καλίου, αντικατάσταση της αντιυπερτασικής αγωγής σε αμλοδιπίνη και δοξαζοσίνη για 2 εβδομάδες, και διενέργεια CT επινεφριδίων παράλληλα με τακτικό εργαστηριακό έλεγχο και μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε αδένωμα στο αριστερό επινεφρίδιο ενώ η 24H ABPM επιβεβαίωσε την υψηλή αρτηριακή πίεση. Με το πέρας των δύο εβδομάδων, έγινε προσδιορισμός των ορμονών του φλοιού των επινεφριδίων με αναδειξη υψηλών επιπέδων αλδοστερόνης και χαμηλή δραστικότητα ρενίνης πλάσματος. Η αυτόνομη υπερέκκριση αλδοστερόνης επιβεβαιώθηκε ύστερα από ενδοφλέβια φόρτιση με 2lt N/S 0.9% που έθεσε τη διάγνωση του πρωτοπαθούς αλδοστερονισμού. Η ασθενής υπεβλήθη σε λαπαροσκοπική αριστερή επινεφριδεκτομή και έλαβε εξητήριο. Τέσσερις εβδομάδες μετά την επέμβαση, σε επανέλεγχο που έγινε, διαπιστώθηκε σαφής βελτίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο κλινικός ιατρός πρέπει να επαγριπνεί για την πιθανότητα του πρωτοπαθούς αλδοστερονισμού που αποτελεί μια ιάσιμη μορφή δευτεροπαθούς υπέρτασης. Η παρουσία ανθεκτικής υπέρτασης και υποκαλιαιμίας αυξάνουν σημαντικά την κλινική υποψία της νόσου. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής θα πρέπει να αξιολογείται από εξειδικευμένα κέντρα.

OR.55 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Ε. Αμπατζιάδη, Σ. Νείρος, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Α. Σαχινίδης, Α. Τσιμπερίδης, Κ. Τζιώγκας, Α. Σκάλκου, Μ. Μάινου, Ν. Γραμματικός, Ο. Γιουλεμέ, Α. Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ασκίτης ονομάζεται η συλλογή υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα και αποτελεί επιπλοκή ποικίλων καταστάσεων και νοσημάτων με συχνότερο την κίρρωση του ήπατος. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης ενός ασθενούς με ασκίτη.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άρρεν 51 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του Ιπποκρατείου Γ.Ν.Θ αιτιώμενος διόγκωση κοιλίας από μηνός και απώλεια βάρους 8 kg σε 2 μήνες. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση επαρκώς ρυθμιζόμενη με αμλοδιπίνη και βισοπρολόλη και έλκος δωδεκαδακτύλου για το οποίο λαμβάνεται εσομεπραζόλη. Είναι καπνιστής από τριανταετίας και αναφέρεται καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ επί εικοσαετίας πλην του τρέχοντος έτους. Κατά την κλινική εξέταση του αναπνευστικού παρατηρήθηκαν υποτρίζοντες δεξιάς βάσης και τραχύτητα αμφοτερόπλευρα και κατά την εξέταση της κοιλιακής χώρας, ανώδυνη διατεταμένη κοιλία με φυσιολογικούς εντερικούς ήχους (και επικρουστική αμβλύτητα – ασκιτικη συλλογη). Διενεργήθηκε απεικονιστικός έλεγχος που ανέδειξε στην α/α θώρακος διόγκωση των πνευμονικών πυλών και επίταση του βρογχοαγγειακού δικτύου. Λοιπά παθολογικά στοιχεία ήταν λευκοκυττάρωση με εωσινοφιλία στη γενική αίματος, αυξημένες τιμές ουρίας κρεατινίνης και CRP, καθώς και eGFR ενδεικτικός χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στον βιοχημικό έλεγχο και αυξημένη τιμή του ινωδογόνου. Στη συνέχεια διενεργήθηκε παρακέντηση του ασκιτικού υγρού στην οποία βρέθηκε λευκοκυττάρωση, υπολογίστηκε SAAG>1,1 g/dl και εδόθησαν αρχικά αμοξυκιλλίνη και κλαριθρομυκίνη ενώ ζητήθηκε και κυτταρολογική εξέταση του ασκιτικού υγρού. Η διερεύνηση συνεχίστηκε με CT ΑΚΚΟ όπου διαπιστώθηκε άφθονο υγρό σε όλη την κοιλιακή χώρα, διόγκωση λεμφαδένων σε πολλαπλές θέσεις και οίδημα του μείζονος επιπλόου. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε κολονοσκόπηση με μόνο εύρημα έναν πολύποδα σε θέση 60 εκ από τον ορθικό δακτύλιο, που αφαιρέθηκε και αναμένεται το πόρισμα της ιστολογικής, όπως και γαστροσκόπηση που έδειξε το ήδη γνωστό δωδεκαδακτυλικό έλκος. Από τον περαιτέρω εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκε αυξημένη ADA και παθολογικές τιμές καρκινικών δεικτών, ενώ η $3^{η}$ κυτταρολογική εξέταση του ασκιτικού υγρού επιβεβαίωσε την παρουσία καρκινικών κυττάρων. Ο ασθενής παρεπέμθηκε στο Θεαγένειο για τη διενέργεια ερευνητικής λαπαροτομίας, όπου ανευρέθησαν περιτοναϊκές εμφυτεύσεις των οποίων η ιστολογική εκτίμηση εκκρεμεί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Κατά τη διερεύνηση ενός ασθενούς με ασκιτική συλλογή θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι πέραν της πυλαίας υπέρτασης, η οποία υπάρχει στο 85% αυτών των περιπτώσεων, μπορεί να υποκρύπτονται και άλλα νοσήματα, όπως κάποια κακοήθεια, η διάγνωση της οποίας είναι ζωτικής σημασίας για τον ασθενή.

OR.56 ΝΕΚΡΩΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΜΕΤΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΚΑΥΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΒΡΩΤΙΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ

Β. Μπισμπινά, Ε. Ανεστιάδου, Μ. Μπουτέλ, Α. Σαχινίδης, Ε. Γεωργιανού, Χ. Μπουτάρη, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριάλος, Σ. Χατζημιχαηλίδου, Α. Πυρπασοπούλου, Ε. Σιμουλίδου, Κ. Πετίδης, Α. Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κατάποση διαβρωτικών ουσιών μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες στην ανώτερη γαστρεντερική οδό. Οι πιο συχνές όψιμες επιπλοκές είναι η στένωση του οισοφάγου, στομάχου και πυλωρού, καθώς και η νέκρωση οισοφάγου.

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή ενδιαφέροντος περιστατικού ασθενούς με κατάποση καυστικής διαβρωτικής ουσίας και επακόλουθη νέκρωση οισοφάγου.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 81 ετών παραπέμφθη από Κέντρο Υγείας μετά από αναφερόμενη κατάποση καυστικής ουσίας-διαλύματος υδροχλωρικού οξέος παρουσιάζοντας επιγαστραλγία και εμετούς. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση και οστεοαρθρίτιδα. Η κλινική εξέταση ανέδειξε τρίζοντες σε αμφότερα τα πνευμονικά πεδία, περιομφαλική ευαισθησία, καφεοειδή απόχρεμψη, ενώ είχε αρτηριακή πίεση 150/52 mmHg, SpO2: 95% στον ατμοσφαιρικό αέρα και HR: 98/min. Στα ΤΕΠ το ΗΚΓ ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό και φυσιολογικό άξονα και η ακτινογραφία θώρακος εμφάνισε άμβλυνση της αριστερής πλευροδιαφραγματικής γωνίας. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση (WBC=25300, NE=0, LY=5), ουρία=60 mg/dL και υψηλή CRP=86,3 και Ινωδογόνο=609,1 mg/dL. Τα αέρια αρτηριακού αίματος ανέδειξαν φυσιολογικά ευρήματα. Έγινε αρχικά ΩΡΛ εκτίμηση, που ανέδειξε ήπιο οίδημα αρυταινοειδών-μεσαρυταινοειδούς με συνοδό ερυθρότητα χωρίς απόφραξη αεραγωγού. Χορηγήθηκαν IV εσομεπραζόλη 40 mg σε δύο δόσεις ημερησίως, μετρονιδαζόλη 500 mg σε τρεις δόσεις, κεφεπίμη 2 gr σε τρεις δόσεις. Η πρώτη CT θώρακος-κοιλίας εμφάνισε πάχυνση τοιχώματος οισοφάγου σε όλο το μήκος (ταξινόμηση εγκαύματος από κατάποση καυστικής/διαβρωτικής ουσία 2^{ου} βαθμού), μικρή υπεζωκοτική συλλογή άμφω και βρογχεκτατικές αλλοιώσεις στο μέσο λοβό. Η γαστροσκόπηση που ακολούθησε (13/09/2017) αποκάλυψε σοβαρού βαθμού ελκωτικές-νεκρωτικές βλάβες του βλεννογόνου του οισοφάγου, του στομάχου και του βολβού (ενδοσκοπική ταξινόμηση κακώσεων οισοφάγου από κατάποση καυστικής/διαβρωτικής ουσίας 3β βαθμού), ενώ η follow-up γαστροσκόπηση (27/09/2017) εμφάνισε επιπλέον στένωση στο επίπεδο του καρδιοοισοφαγικού σφιγκτήρα και του πυλωρικού στομίου. Η follow-up CT (02/10/2017) εμφάνισε οιδηματώδη απεικόνιση του τοιχώματος του στομάχου και του κατώτερου οισοφάγου με υπέρπυκνο υλικό εντός αυτού (αιμορραγικό). Στην φαρμακευτική αγωγή προστέθηκε σουκραλφάτη και δομπεριδόνη. Ξεκίνησαν έμετοι με πρόσμειξη αίματος και πτώση αιματοκρίτη, ενώ παρουσιάσθηκε νέο εμπύρετο συνεχίζοντας την αγωγή με βανκομυκίνη και προσθέτοντας ταζομπακτάμη/πιπερακιλλίνη, κλινδαμυκίνη και αμικασίνη. Η ασθενής απυρέτησε, ενώ μετά από δυο εβδομάδες κατέληξε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κατάποση καυστικής-διαβρωτικής ουσίας αποτελεί επείγουσα κατάσταση που μπορεί να προκαλέσει νέκρωση οισοφάγου και θάνατο.

OR.57 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ ΚΑΙ ΑΙΜΜΟΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Ι. Κουντούρη, Γ. Εμμανουηλίδου, Ε. Κατσίκα, Κ. Ιμπριάλος, Μ. Μάινου, Θ. Παπαδοπούλου, Κ. Σταυρόπουλος, Α. Σκάλκου, Α. Κατσιμάρδου, Α. Σαχινίδης, Κ. Τζιώγκας, Σ. Χισσάν, Σ. Βακαλοπούλου, Ο. Γιουλεμέ, Β. Γαρυπίδου

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ως πανκυτταροπενία ορίζεται η μείωση των επιπέδων των ερυθροκυττάρων (αναιμία), των ουδετεροφιλων (ουδετεροπενία), και αιμοπεταλίων (θρομβοπενία) στο περιφερικό αίμα. Μπορεί να εκδηλώθεί με συμπτώματα αναιμίας: αδυναμία, καταβολή, εύκολη κόπωση, ταχυκαρδία, δύσπνοια, ουδετεροπενίας: πυρετός, λοιμώξεις, και θρομβοπενίας: πετέχειες, εκχυμώσεις, ουλορραγία, αυξημένη απώλεια αίματος (ορθό, εμ. ρύση), ρινορραγία. Το παρόν περιστατικό αφορά ασθενή με αναφερόμενη αιματοχεσία από 24h (<10 επεισόδια/ημέρα) με συνοδό κοιλιακό άλγος και αδυναμία σε έδαφος πανκυτταροπενίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 78 ετών, με νοσηλεία προ μηνός λόγω αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού και πανκυτταροπενίας, παρουσίασε αιματοχεσία από 24h (<10 επεισόδια/ημέρα) με συνοδό κοιλιακό άλγος και αδυναμία. Ο ασθενής εισήχθη στη Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική για περαιτέρω διερεύνηση και θεραπεία. Υποβλήθηκε σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο και επισκόπηση επιχρίσματος περιφερικού αίματος, όπου επιβεβαιώθηκε η πανκυτταροπενία, αναδείχθηκαν αυξημένα επίπεδα τρανσαμινασών. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με εσομοπραζόλη (iv), ενυδάτωση και έλαβε 2 ΜΣΕ και PLTs. Ο ασθενής εμφάνησε δεκατική πυρετική κίνηση και από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο ταυτοποιήθηκε ουρολοίμωξη με θετική καλλιέργεια ούρων για E. Coli, βάσει της οποίας χορηγήθηκε πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και αμικασινη. Απυρέτησε από το πρώτο 24h. Βάσει του ιστορικού και των ευρημάτων της αξονικής τομογραφίας ΑΚΚΟ προέκυψαν στοιχεία κίρρωσης ήπατος. Ωστόσο η διενέργεια γαστροσκόπησης και κολονοσκόπησης κρίθηκε επισφαλής της σημαντικής θρομβοπενίας. Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του και απύρετος μετά την 3η ημέρα νοσηλείας. Πραγματοποιήθηε μυελόγραμμα που ανέδειξε την παρουσία δυσπλαστικών μορφών και των τριών σειρών με απουσία σιδηροβλαστών. Κατα τον περεταίρω έλεγχο βρέθηκε έλλειψη φυλλικού οξέως ενώ κατά τη δέκατη ημέρα νοσηλείας πραγματοποιήθηκε γαστροσκόπηση που ανέδειξε μικρή ολισθαίνουσα διαφραγματοκήλη και εικόνα αιμορραγικής γαστρίτιδας. Ο ασθενής υποστηριζόταν με ΕΦ χορήγηση υγρών, PLTs και RBC και PPIs. Έπειτα από 10 ημέρες νοσηλείας παρατηρήθηκε αυτόματη σταδιακή άνοδος των τριών κυτταρικών σειρών και διατήρηση αυτών σε φυσιολογικά επέπεδα έως και το τέλος της νοσηλείας. Λόγω των χαμηλών επιπέδων φυλλικού σε συνδυασμό με το ιστορικό λήψης αλκοόλ και πιθανής κίρρωσης, τα ευρήματα αποδόθηκαν σε τοξικότητα από το αλκοόλ. Ο ασθενής εξέρχεται με βελτίωση κλινικής εικόνας, αποκατάσταση της λευκοπενίας και θρομβοπενίας και σύσταση για παρακολούθηση στο αιματολογικό τακτικό εξωτερικό ιατρείο της κλινικής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η πανκυτταροπενία μπορεί να εκδηλωθεί με μια πλειάδα κλινικών εκδηλώσεων. Η λεπτωμερής λήψη του ιστορικού και ο επιμελλής κλινικοεργαστηριακός έλεγχος πρέπει να αποτελούν το κύριο μέλεμα των κλινικών ιατρών. Η πρόληψη σημαντικών επιπλοκών και η άμμεση επέμβαση σε καταστάσεις που μπορούν να αποβούν μοιραίες για τη ζωή των ασθενών απαιτούν την ενημέρωση των ασθενών και την παρακολούθηση σε τακτική βάση.

OR.58 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Γ. Εμμανουηλίδου, Ε. Κατσίκα, Ι. Κουντούρη, Κ. Ιμπριάλος, Θ. Παπαδοπούλου, Μ. Μάινου, Κ. Χρήστου, Κ. Σταυρόπουλος, Χ. Μπουτάρη, Ε. Γεωργιανού, Σ. Χισσάν, Α. Κατσιμάρδου, Σ. Βακαλοπούλου, Β. Γαρυπίδου

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το πολλαπλούν μυέλωμα αποτελεί μια σχετικά συχνή αιματολογική κακοήθεια και χαρακτηρίζεται από πλασματοκυτταρική νεοπλασία που οδηγεί σε αυξημένη σύνθεση παθολογικής σφαιρίνης. Οι συχνότερες κλινικοεργαστηριακές εκδηλώσεις της νόσου περιλαμβάνουν: αναιμία, αναστροφή λευκωμάτων (υπερσφαιριναιμία), νεφρική βλάβη, υπερασβαιστιαιμία, οστικά άλγη και κατάγματα, λοιμώξεις.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής άρρεν 74 ετών, προσεκομίσθη από του οικείους στα ΤΕΠ λόγω οσφυαλγίας από 7ημέρου με συνοδό νυχτερινή εφίδρωση, αδυναμία-καταβολή, ανορεξία, υπνηλία και διαλείποντα επεισόδια αποπροσανατολισμού σε χώρο-χρόνο-εαυτό (από 4ημέρου). Ο ασθενής πρόσφατα υπεβλήθη σε MRI εγκεφάλου (μετά από σύσταση νευρολόγου) χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο όπου ανεβρέθηκε: αναιμία, επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (αύξηση ουρίας, κρεατινίνης και σημαντική ελάττωση eGFR), υπερασβεστιαιμία με φυσιολογικές τιμές φωσφόρου και αλκαλικής φωσφατάσης, υπερπρωτειναιμία με αναστροφή τύπου, υπερασβεστιουρία, λευκωματουρία και ιδιαίτερα αυξημένη ΤΚΕ. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε οστεολυτικές βλάβες κρανίου και μακρών οστών. Με βάση τα παραπάνω ευρήματα, ζητήθηκε ανοσολογικός έλεγχος, στον οποίο αναδείχθηκε μονοκλωνική αύξηση λ IgG ανοσοσφαιρίνης και πρωτείνη BJ στα ούρα 24Η. Πραγματοποιήθηκε μυελόγραμμα όπου παρατηρήθηκε διήθηση μυελού 70% από πλασματοκύτταρα και τέθηκε η διάγνωση του πολλαπλούν μυελώματος. Ο ασθενής τέθηκε υπό αγωγή με ζολενδρονικό οξύ, τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη και βαλακυκλοβίρη, ενώ ξεκίνησε θεραπεία με 4 κύκλους κυκλοφωσφαμίδη, βορτεζομίμπη, δεξαμεθαζόνη και ακτινοθεραπεία. Μετά από 2 κύκλους θεραπείας ο ασθενής παρουσίασε σημαντική κλινική και εργαστηριακή βελτίωση με ανάκαμψη της νεφρικής λειτουργίας, αποκατάσταση της υπερασβαιστιαιμίας και υποστροφή της διήθησης του μυελού από πλασματοκύτταρα και αποφασίστηκε αυτόλογη μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η έγκαιρη διάγνωση του πολλαπλούν μυελώματος μπορεί με την εφαρμογή των νεότερων θεραπειών να οδηγήσει σε ύφεση της νόσου με σημαντικά οφέλη για τον ασθενή. Ο κλινικός ιατρός πρέπει να επαγρυπνεί για την αναγνώριση των σημείων της νόσου, προκειμένου να διαγνώσει άμεσα τη νόσο και να παραπέμψει τον ασθενή στα ειδικά κέντρα για περαιτέρω διερεύνηση και θεραπεία.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

PO.01 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΪΣΤΟΧΗΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΥΣΚΟΛΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΛΑΣΙΚΟΥ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ HODGKIN

Δ. Κιαφζέζη, Π. Χατζηδάμος, Ι. Κωστόπουλος, Τ. Κολέτσα

Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το κλασσικό λέμφωμα Hodgkin (cHL) μπορεί να προκαλέσει διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα στον παθολογοανατόμο και να απαιτήσει εκτενή ανοσοϊστοχημικό έλεγχο.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των μορφολογικών και ανοσοφαινοτυπικών χαρακτηριστικών του cHL σε βιοπτικό υλικό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναζητήθηκαν στο αρχείο του Εργαστηρίου Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής του Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ. περιπτώσεις κλασικού λεμφώματος Hodgkin που στάλθηκαν για συμβουλευτική γνώμη την πενταετία 2012-2017.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκαν 33 περιστατικά ασθενών με cHL. Η ηλικία των ασθενών ήταν 14-89 ετών (μ.ο. 48,2 έτη) με αναλογία άρρενων:θήλεων ίση 18:15. Πιο συχνό βιοπτικό υλικό ήταν ο τραχηλικός λεμφαδένας, ενώ υπήρξε μία περίπτωση με εξωλεμφαδενική εντόπιση που αφορούσε σε μάζα ρινοφάρυγγα. Πολλαπλές εντοπίσεις διογκωμένων λεμφαδένων αναφέρονταν στο 9% του συνόλου των ασθενών. Πιο συχνός υπότυπος ήταν αυτός της μικτής κυτταροβρίθειας (ΜΚ) με 22/33 (66,7%) περιστατικά, ενώ τα υπόλοιπα 11 ταξινομήθηκαν στον υπότυπο της οζώδους σκλήρυνσης (ΟΣ). Παρατηρήθηκε έκφραση του CD20 σε 1/11 περιστατικά ΟΣ και σε 3/22 περιστατικά ΜΚ. Σε εννέα περιστατικά της ΜΚ (9/22) παρατηρήθηκε έκφραση του LMP1 και σε 3 έκφραση του EMA. Επιπλέον ανευρέθηκαν και δύο περιπτώσεις με πρόβλημα ταυτοποίησης, οι οποίες με βάση τον εκτενή ανοσοϊστοχημικό έλεγχο κατηγοριοποιήθηκαν ως λεμφώματα γκρίζας ζώνης μεταξύ cHL και διαχύτου λεμφώματος από μεγάλα Β-κύτταρα (DLBCL).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Πιο συχνά απαντώμενος τύπος cHL είναι αυτός της ΜΚ. Έκφραση του αντιγονου CD20 παρατηρείται και στους δύο υπότυπους, ενώ έκφραση του EMA και LMP1 στον τύπο της ΜΚ. Ανοσοφαινότυπος του τύπου CD20+, CD79a+, CD30+, CD15+, CD45+, BOB1+, OCT2+ κατευθύνει τη διάγνωση σε γκρίζας ζώνης λέμφωμα με χαρακτήρες μεταξύ cHL και DLBCL.

PO.02 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΚΑΤΙΟΝΤΑ ΜΕ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕ ΔΙΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ

Δ. Μπλιάμπλιας[1], Κ. Τσολακίδου[1], Α. Μιχόπουλος[1], Β. Πουλιανίτης[3], Β. Σαχπεκίδης[2], Θ. Μαρίνος[3], Ε. Γκουτζιομήτρου[1]

[1] Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ
[2] Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ
[3] Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι επικοινωνίες της συστηματικής με την πνευμονική κυκλοφορία δεν είναι συχνές στην ενήλικη ζωή. Συνήθως απαντώνται σε σύνδρομα που γίνονται αντιληπτά στην παιδική ηλικία και επιδιορθώνονται όταν ενδείκνυται.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζονται τα προ εγχειρητικά στεφανιογραφικά ευρήματα, τα διεγχειρητικά ευρήματα από διοισοφάγεια υπερηχογραφική μελέτη και η κλινική πορεία ασθενούς που υποβλήθηκε σε τριπλή αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Κλινικό ερώτημα εάν η αρτηριοφλεβική επικοινωνία δημιουργεί φαινόμενο υποκλοπής και άρα το συρίγγιο χρειάζεται χειρουργική αφαίρεση, καθώς και αν επηρεάζει την μετεγχειρητική πορεία του ασθενή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για ασθενή 67 ετών με σημαντική συνοσυρότητα. (ΣΔ, ΑΥ, ΧΑΠ, Χειρ/θεν ΑΚΑ). Από δίμηνο εμφάνισε στηθάγχη αρχικά στην εύκολή κόπωση και στην συνέχεια στην ηρεμία. Υποβλήθηκε σε στεφανιογραφικό έλεγχο που ανέδειξε στεφανιαία νόσο τριών αγγείων και προγραμματιστικέ να υποβληθεί σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Στον προεγχειρητικό έλεγχο είχε θετική δοκιμασία κόπωσης η οποία διακόπηκε στα 3 και 27 λόγω κατασπάσεων του ST (II, III, AVF, V3-V6) αφού είχε επιτευχθεί το 80% της μέγιστης κόπωσης και η μέγιστη φόρτιση έργου 5 METs λόγω εξάντλησης, ενώ είχε σημαντικά θετικό σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου με ευρήματα στο κορυφαίο , κατώτερο και κατώτερο πλάγιο τοίχωμα και ουλή στο κατώτερο βασικό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής προσήλθε στο χειρουργείο. Εφαρμόστηκε όλο το ενδεδειγμένο monitoring πριν την εισαγωγή στην αναισθησία (επεμβατική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης με καθετήρα στην δεξιά κερκιδική αρτηρία, εγκεφαλική οξυμετρία). Η εισαγωγή στην αναισθησία έγινε ομαλά ως cardiac induction, και παρά το γεγονός ότι ο ασθενής είχε διατηρημένο κλάσμα εξώθησης, προσοχή δόθηκε στην πρόληψη της υπότασης με δεδομένο το επιβαρυμένο αγγειακό ιστορικό του ασθενούς. Μετά την ενδοτραχειακή διασωλήνωση καθετηριάστηκε η τοποθετήθηκε καθετήρας στην πνευμονική αρτηρία, με σκοπό την μέτρηση της πίεσης ενσφήνωσης. Άμεσα προωθήθηκε ηχοβολέας στον μέσο του οισοφάγου του ασθενή όπου και ελήφθησαν τομές από το οπίσθιο τοίχωμα του στελέχους της πνευμονικής αρτηρίας. Διαπιστώθηκε δικόρυφη διαστολική ροή πολύ κοντά στην πνευμονική βαλβίδα, η οποία συνέπεπται χρονικά με την διαστολική ροή στον πρόσθιο κατιόντα. Η εικόνα στον χρωματικό χάρτη ήταν μιας χρωματική κουκίδας με ροή προς τον ηχοβολέα λίγα χιλιοστά πιο πάνω από την οπίσθια γλωχίνα της πνευμονικής βαλβίδας. Η διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ήταν 4 ώρες. Ο ασθενής απογαλακτίστηκε ομαλά από την μηχανή της εξωσωματικής κυκλοφορίας με την χρήση μικτής δόσης αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων, χωρίς να απομονωθεί από την κυκλοφορία η επικοινωνία. Μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Αποφασίστηκε διεγχειρητικά η μη αφαίρεση του συριγγίου. Θεωρήθηκε αφενός ότι δεν συμβάλλει σημαντικά στην συμπτωματολογία (μικρή ποσότητα σκιαγραφικού διαφεύγει), αφετέρου ότι δεν είναι προς όφελος του η παρέμβαση στο στέλεχος της πνευμονικής αρτηρίας καθώς θα παρατείνονταν σημαντικά η διάρκεια παραμονής στην εξωσωματική κυκλοφορία.

PO.03 ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΜΙΤΡΙΠΤΥΛΙΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

Δ. Μπλιάμπλιας, Θ. Μητσοκάπας, Α. Μιχόπουλος, Β. Χασαπίδης, Ε.Κ. Τολιοπούλου, Ε. Γκουτζιομήτρου
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χορήγηση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών είναι συχνή σε ανθρώπους που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις. ΣΚΟΠΟΣ: Να δοθεί έμφαση στην αλληλεπίδραση αυτών των φαρμάκων με τα αναισθητικά φάρμακα. Να τονιστούν οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες την περιεγχειρητική περίοδο και οι τρόποι αντιμετώπισής τους. Να προταθεί το σωστό σχήμα περιεγχειρητικής διαχείρισης αυτών των φαρμάκων ώστε να ελαχιστοποιούνται τα παραπάνω με σκοπό την ευαισθητοποίηση όλων των εμπλεκόμενων ιατρών που χειρίζονται έναν τέτοιο ασθενή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για ασθενή 37 ετών που υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία για διερεύνηση έντονης κεφαλαλγίας. Από τον απεικονιστικό έλεγχο αναδείχθηκαν υποσληρίδια αιματώματα άμφοτερόπλευρα. Η ασθενής υποβλήθηκε σε γενική αναισθησία με ενδοτραχειακή διασωλήνωση και σε αμφοτερόπλευρη κρανιοανάτρηση για την παροχέτευση των αιματωμάτων. Η χορήγηση αμιτριπτυλίνης είχε ξεκινήσει πριν τρείς εβδομάδες πριν την χειρουργική επέμβαση στα πλαίσια αντιμετώπισης των έντονων κεφαλαλγιών πριν τον απεικονιστικό έλεγχο. Εκτός από την βασική διεγχειρητική παρακολούθηση που προβλέπεται από την κατάσταση της ασθενούς, χρησιμοποιήθηκε και παρακολούθηση με διφασματικό δείκτη (BIS-Bispectral Index) με σκοπό την τιτλοποίηση των αναισθητικών φαρμάκων στις 40-60 Μονάδες BIS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η διεγχειρητικά οι πολύ χαμηλές τιμές διφασματικού δείκτη (BIS-Bispectral Index) και η τάση για υπόταση ήταν τα βασικά χαρακτηριστικά χωρίς να παρατηρηθούν ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις. Η συνολική διάρκεια της επέμβασης ήταν κοντά στα 90 λεπτά, η ασθενής αφυπνίστηκε άμεσα από την αναισθησία και παρέμεινε στην μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας για περισσότερα από 40 λεπτά.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Τα τρικυκλικά αντικαταθληπτικά αναστέλλουν την επαναπρόσληψη νορεπινεφρίνης από τα τελικά άκρα των μεταγαγγλιακών νευρώνων με αποτέλεσμα οι ασθενείς να παρουσιάζουν υπερβολική απάντηση στην χορήγηση εξωγενών κατεχολαμινών. Μπορούν να προκαλέσουν ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις τύπου κινιδίνης όπως ταχυκαρδία, παράταση των QT, PR, QRS διαστημάτων, επιπέδωση ή αναστροφή των επαρμάτων Τ. Η χρόνια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση των αποθεμάτων κατεχολαμινών επιδεινώνοντας θεωρητικά τα καρδιοκατασταλτικές επιδράσεις των γενικών αναισθητικών. Η πιο σημαντική όμως αλληλεπίδραση των ΤΚΑ με τα αναισθητικά είναι υπερβολική απάντηση τόσο στη χορήγηση των έμμεσα δρώντων αγγειοσυσπαστικών (εφεδρίνη) όσο και στην άμεση συμπαθητική διέγερση με αποτέλεσμα σημαντικές διακυμάνσεις της αρτηριακής πίεσης διεγχειρητικά ακόμα και σε ασθενείς χωρίς συνοσυρότητα από τα αγγεία. Εάν προκύψει υπόταση αυτή πρέπει να αντιμετωπίζεται με ένα άμεσα δρώντα αγγειοσυσπαστικό (φενυλεφρίνη). Οι αντιχολινεργικές ιδιότητες (ξηροστομία, θολή όραση, κατακράτηση ούρων, παρατεταμένη γαστρική κένωση) τους μπορούν επίσης να συμβάλλουν στην εμφάνιση μετεγχειρητικού παραληρήματος ειδικά σε ηλικιωμένους.

PO.04 ΑΕΙΦΟΡΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ (ΕΕ): ΚΛΙΜΑΤΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ

Α. Ανέστης[1,2], Ε. Αρτοπούλου[1], Η. Ευαγγελόπουλος[1], Δ. Κονιδάρη[1], Κ. Πράντη[1], Ν. Παπαδάκης[1]

[1] Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2] Τμήμα Τεχνολογίας & Επιστημών, Αμερικανικό Κολέγιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αντιμετώπιση της κλιματικής αλλαγής και η χρήση καθαρής ενέργειας, είναι βασικά στοιχεία της πολιτικής για αειφόρο ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ).

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση των αποτελεσμάτων της ασκούμενης πολιτικής για την αειφορία στην ΕΕ ως προς την αντιμετώπιση της κλιματικής αλλαγής και την χρήση καθαρής ενέργειας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία της Eurostat, οι επίσημες ιστοσελίδες της ΕΕ, αποφάσεις και δράσεις τα τελευταία 20 χρόνια και σχετική βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ΕΕ είναι πρωτοπόρος στις προσπάθειες για αντιμετώπιση των αιτίων της κλιματικής αλλαγής, στην εξοικονόμηση και χρήση καθαρής ενέργειας. Αφού ξεπέρασε το στόχο μείωσης 8% των ρύπων της στο διάστημα 1990-2010 (Πρωτόκολλο Κιότο), στη συνέχεια χάραξε πολιτικές για το μέλλον. Η αντιμετώπιση της κλιματικής αλλαγής σχεδιάστηκε να γίνει με μείωση στις εκπομπές αερίων του θερμοκηπίου (20% το 2020 και 40% το 2040), την παραγωγή καθαρής ενέργειας από ανανεώσιμες πηγές (20% το 2020 και 27% το 2040) και την εξοικονόμηση ενέργειας (20% το 2020 και 27% το 2040). Τα παραπάνω αναμένεται να προσφέρουν: Στους καταναλωτές μείωση του κόστους ενέργειας και εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων στην πρόσβαση σε αυτήν. Στη βιομηχανία, μείωση εξόδων, αύξηση εσόδων και ανταγωνιστικότητας. Επιπλέον, 400.000 νέες θέσεις εργασίας και μείωση της εισαγωγής ορυκτών καυσίμων κατά 12% έως το 2030.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αειφόρος ανάπτυξη είναι μονόδρομος για το μέλλον της ανθρωπότητας. Η πρωτοπόρα πολιτική της ΕΕ, στοχεύει σε εναλλακτική "πράσινη" ανάπτυξη που θα αντιμετωπίζει την κλιματική αλλαγή, θα μειώνει την ενεργειακή της εξάρτιση και θα βελτιώνει τους αναπτυξιακούς δείκτες, μειώνοντας ταυτόχρονα τις ανισότητες και την ανεργία.

ΡΟ.05 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ (Ε.Ε.)

Α. Ανέστης[1,2], Ε. Σουγιουλτζής[1], Ε. Σπύρου[1], Ν. Παπαδάκης[1]

[1] Εργαστήριο Υγιεινής, Τομέας Βιολογικών Επιστημών & Προληπτικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2] Τομέας Επιστημών και Τεχνολογίας, Αμερικανικό Κολέγιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα νευροεκφυλιστικά νοσήματα, όπως η νόσος του Πάρκινσον, αποτελούν σημαντικό ζήτημα για την πολιτική υγείας της Ε.Ε. και αντικείμενο επιστημονικής έρευνας διεθνώς. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η νόσος του Parkinson αφορά περίπου 6,3 εκατομμύρια ανθρώπους στον κόσμο και 25 χιλιάδες στην Ελλάδα. Διατροφικοί παράγοντες, για τους οποίους έχει βρεθεί θετική συσχέτιση με την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, συγκαταλέγονται στους δυνητικούς παράγοντες κινδύνου. Από την άλλη πλευρά, η αντιμετώπιση τέτοιου είδους παθολογικών καταστάσεων έχει συχνά επιχειρηθεί μέσω διαιτητικών και μεταβολικών προσεγγίσεων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση (α) των συσχετίσεων που προκύπτουν από την επιστημονική βιβλιογραφία ανάμεσα σε παράγοντες διατροφής και την εμφάνιση της νόσου του Πάρκινσον και (β) των πολιτικών ασφάλειας των τροφίμων της Ε.Ε.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκαν διαδικτυακές πλατφόρμες αναζήτησης βιβλιογραφίας, καθώς και στοιχεία από την επίσημη ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν μία θετική συσχέτιση ανάμεσα στην πρόσληψη λιπαρών οξέων και την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου του Πάρκινσον. Αντίθετα, προστατευτικό ρόλο έναντι της νόσου φαίνεται να διαδραματίζουν τα φλαβονοειδή και ενδεχομένως η καφεΐνη. Η ποιότητα των τροφίμων και ο τρόπος παρασκευής της τροφής παίζουν, επίσης, σημαντικό ρόλο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παράγοντες διατροφής φαίνεται πως εμπλέκονται στην εκδήλωση ή την προστασία έναντι της νόσου του Πάρκινσον, ωστόσο, οι σχετικοί μηχανισμοί δράσης μένει να διαλευκανθούν. Η ποικιλομορφία των κτηνοτροφικών συστημάτων, των κλιματικών και εδαφικών συνθηκών των χωρών της Ε.Ε. εμποδίζει την εφαρμογή κοινών κανόνων για την παραγωγή τροφής. Η κατάρτιση και εκπαίδευση και οι αυστηροί και τακτικοί έλεγχοι αποτελούν θεμέλιο της νομοθεσίας της Ε.Ε.

ΡΟ.06 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΑΦΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ-ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ

Γ. Καντάσης[1], Δ. Καπουκρανίδου[2]

[1] Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής (ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π.), Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2] Εργαστήριο Φυσιολογίας και Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ανάπτυξη της τεχνολογίας υπολογιστών τις τελευταίες δεκαετίες έχει φέρει ραγδαίες εξελίξεις σε πολλούς κλάδους της επιστήμης και της υγείας. Παρά τις προόδους αυτές όμως, οι τρόποι διεπαφής του ανθρώπου με τον υπολογιστή έχουν παραμείνει στάσιμοι. Κατά συντριπτική πλειοψηφία, η χρήση υπολογιστικών συστημάτων γίνεται μέσω της χρήσης πληκτρολογίου και ποντικιού, συσκευές οι οποίες απαιτούν λεπτό έλεγχο κινήσεων κάτι το οποίο δεν είναι εφικτό για ένα πλήθος ανθρώπων που πάσχουν από κινητικές ή νευρολογικές διαταραχές. Παρ'όλα αυτά, οι άνθρωποι αυτοί είναι εκείνοι που θα μπορούσαν να ωφεληθούν περισσότερο από τέτοιες τεχνολογίες.

Η Διεπαφή Ανθρώπου-Υπολογιστή είναι μία τεχνολογία που λαμβάνει σήματα απ'ευθείας από τον εγκέφαλο του χρήστη και εξάγει πληροφορία και εντολές χωρίς να χρειάζεται να μεσολαβήσει το περιφερειακό νευρικό σύστημα. Με αυτό το τρόπο παρακάμπτονται δυσκολίες στην επικοινωνία με ανθρώπους που υποφέρουν από προβλήματα όπως η παράλυση, το ψευδοκώμα, νόσος του κινητικού νευρώνα κ.λπ. Τα συστήματα αυτά εφαρμόζουν από μη επεμβατικά δερματικά ηλεκτρόδια του εγκεφαλογραφήματος μέχρι και μικροαισθητήρες στο κινητικό κέντρο του εγκεφάλου. Εξειδικευμένο λογισμικό με μεθόδους όπως η αναγνώριση προτύπων, η μηχανική μάθηση και οι γενετικοί αλγόριθμοι, επιτρέπουν τη μεταγλώττιση του εγκεφαλικού σήματος από την αδρή μορφή του σε δυαδική πληροφορία. Η πληροφορία αυτή στη συνέχεια τροφοδοτείται σε συστήματα όπως βοηθήματα επικοινωνίας, αναπηρικά αμαξίδια και πολλά άλλα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εργασία αυτή έχει σαν σκοπό την ανάδειξη της τεχνολογίας αιχμής στον τομέα της διεπαφής εγκεφάλου-υπολογιστή, τη σύνοψη της λειτουργίας της, τις λύσεις που μπορεί να δώσει καθώς και τις μελλοντικές κατευθύνσεις που θα πρέπει να ακολουθήσει προκειμένου να υιοθετηθεί σαν κλινικό εργαλείο.

ΡΟ.07 ΣΕΙΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗΣ ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ε. Φούκα[1], Σ.Χ. Κωτούλας[2], Β. Μουρουζίδου[1], Σ. Παπαγιαννόπουλος[3], Ο. Αργυροπούλου[3], Β. Κιμισκίδης[4], Δ. Παπακώστα[1]

[1] Ιατρείο Σαρκοείδωσης, Πνευμονολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

[2] Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

[3] Γ' Νευρολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

[4] Εργαστήριο Κλινικής Νευροφυσιολογίας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σαρκοείδωση είναι μια κοκκιωματώδης νόσος, με προσβολή των πνευμόνων στο 90% των περιπτώσεων και συχνές εξωπνευμονικές εντοπίσεις. Μολονότι η νευροσαρκοείδωση αφορά μόλις το 5% των ασθενών, απαιτείται έγκαιρη διάγνωση λόγω δυσμενούς πρόγνωσης χωρίς θεραπεία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Δύο άνδρες και μια γυναίκα, 32, 44 και 37 ετών αντίστοιχα, με ιστολογικά επιβεβαιωμένη πνευμονική σαρκοείδωση και άλλες εξωπνευμονικές εκδηλώσεις, διερευνήθηκαν σε κάποια φάση της παρακολούθησής τους λόγω εμφάνισης συμπτωμάτων ύποπτων για προσβολή του νευρικού συστήματος (πάρεση προσωπικού νεύρου η γυναίκα, συγχυτική κατάσταση, αιμωδίες άκρων και δυσαρθρία οι άντρες αντίστοιχα). Η Μαγνητική Τομογραφία Εγκεφάλου ανέδειξε διάσπαρτες συρρέουσες αλλοιώσεις ολίγων χιλιοστών στις δύο περιπτώσεις και μικροοζώδη λεπτομηνιγγικό εμπλουτισμό στην τρίτη, η οσφυονωτιαία παρακέντηση αυξημένο αριθμό κυττάρων, πολύ αυξημένα επίπεδα λευκωμάτων και ACE (Μετατρεπτικό Ένζυμο Αγγειοτενσίνης) και ανεύρεση ειδικών νεοσυντηθέμενων ολιγοκλωνικών IgG ζωνών στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ενώ στο Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα καταγράφηκαν εντοπισμένα διαλείποντα βραδέα κύματα σε έναν ασθενή. Η διάγνωση της νευροσαρκοείδωσης ετέθη με συνδυασμό των κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων με βάση τα κριτήρια του Zajicek. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αρχικά αγωγή με μέτρια-υψηλή δόση μεθυλπρεδνιζολόνης με σημαντική αρχική βελτίωση της κλινικής τους εικόνας, αλλά η επανεμφάνιση συμπτωμάτων κατά την προσπάθεια μείωσης της δόσης των στεροειδών επέβαλλε την προσθήκη Μεθοτρεξάτης στο θεραπευτικό σχήμα και στις τρεις περιπτώσεις και συνέβαλλε στην ύφεση της νόσου. Οι ασθενείς βρίσκονται υπό παρακολούθηση και δεν έχουν εμφανίσει έκτοτε υποτροπή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υπόνοια προσβολής του νευρικού συστήματος λόγω κλινικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με πνευμονική σαρκοείδωση επιβάλλει τον ενδελεχή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, καθώς είναι απαραίτητη η άμεση έναρξη εντατικής θεραπείας.

ΡΟ.08 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ ΣΤΟ ΙΔΙΟΠΑΘΕΣ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Μ. Στάγκου[1], Ε. Σαμπάνη[1], Χ. Λουτράδης[1], Ε. Μέμμος[1], Π. Γιαμαλής[1], Κ. Μπαντής[1], Χ. Νικολαΐδου[2], Ι. Βενιζέλος[2], Α. Παπαγιάννη[1]

[1] Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

[2] Παθολογοανατομικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Η εστιακή-τμηματική σπειραματοσκλήρυνση (ΕΤΣΣ) και η νόσος ελαχίστων αλλοιώσεων (ΝΕΑ), παρά τις διαφορές τους, κατατάσσονται στο ίδιο φάσμα πρωτοπαθών σπειραματοπαθειών, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαταραχές των ποδοκυττάρων και εκδηλώνονται με νεφρωσικό σύνδρομο. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση του ρόλου της κυτταρικής ανοσίας, συγκεκριμένα των Th1 και Th2 κυτταροκινών στα ιστολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά των νοσημάτων.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ: Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ΕΤΣΣ(n=36, Α/Γ 22/14) και ΝΕΑ (n=21, Α/Γ 5/16). Σε πρωινό δείγμα ούρων, το οποίο συλλέχθηκε την ημέρα της βιοψίας, προσδιορίστηκαν οι Th1: IL-2, IL-12, GM-CSF, INF-γ, TNF-α και Th2 κυτταροκίνες: IL-4, IL-5, IL-10, IL-13 με τη μέθοδο πολλαπλής ανάλυσης κυτοκινών. Τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν με τα ιστολογικά ευρήματα, τη νεφρική λειτουργία και τη βαρύτητα της λευκωματουρίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συγκέντρωση στα ούρα της IL-12 ήταν αυξημένη στους ασθενείς με ΝΣ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (0,14±0,1 vs 0,06±0,05 pg/mg Ucr), ενώ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην απέκκριση κυτοκινών μεταξύ των ασθενών με ΕΤΣΣ (Ηλικία 41,9±17 χρ, Scr=1,7±0,8 mg/dl, Upr4,7±5,5 g/24hr) και ΝΕΑ (Ηλικία 41,4±15 χρ, Scr=1±0,4 mg/dl, Upr 7,9±9,3g/24hr). Το ποσοστό των ουλοποιημένων σπειραμάτων εμφάνιζε θετική συσχέτιση με τόσο με τις Th1 κυτοκίνες, IL-2, IL-12, GM-CSF, INF-γ, TNF-α (p=0,005, p=0,01, p=0,01, p=0,005, p=0,007 αντίστοιχα), όσο και με τις Th2 κυτοκίνες, IL-4, IL-5, IL-10, IL-13 (p=0,002, p=0,04, p=0,03, p=0,04 αντίστοιχα). Η βαρύτητα της ίνωσης του διάμεσου ιστού σχετίζονταν με IL-12, INF-γ, TNF-α (p=0,04, p=0,03, p=0,04 αντίστοιχα) καθώς και με την απέκκριση της IL-4, p=0,02. Η κρεατινίνη ορού εμφάνιζε θετική σημαντική συσχέτιση με όλες τις κυτοκίνες, ενώ στην πολυπαραγοντική ανάλυση η απέκκριση της IL-4 ήταν ο μοναδικός ανεξάρτητος παράγοντας επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας (p=0,003). Η απέκκριση των κυτοκινών δεν εμφάνιζε συσχέτιση με το βαθμό της λευκωματουρίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην ενεργοποίηση Th1/ Th2 κυτοκινών μεταξύ της ΕΤΣΣ και της ΝΕΑ, οι οποίες φάνηκε να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ουλοποίηση των σπειραμάτων και στην ανάπτυξη ίνωσης του διάμεσου ιστού.

ΡΟ.09 ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΟΛΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Χ. Λουτράδης[1], Π.Α. Σαραφίδης[1], Α. Καρπέτας[2], Ν. Πυργίδης[1], Ι. Μηνοπούλου[1], Α. Παπαγιάννη[1]

[1] Νεφρολογική Κλινική Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο

[2] Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η μακροπρόθεσμη μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) πριν την αιμοκάθαρση σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και θνησιμότητα. Η σχέση της βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ με τα δυσμενή συμβάματα δεν έχει διερευνηθεί. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει, για πρώτη φορά, την προγνωστική αξία της βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ (BPV) για τα καρδιαγγειακά συμβάματα και τη συνολική θνησιμότητα σε αυτόν τον πληθυσμό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 227 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 44ωρη μέτρηση της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG κατά τη διάρκεια μιας τυπικής μεσοδιαλυτικής περιόδου και παρακολουθήθηκαν για μέσο διάστημα 30,17±17,70 μηνών. Η μεταβλητότητα της ΑΠ στη βραχιόνιο αρτηρία υπολογίστηκε με την τυπική απόκλιση (SD), τη σταθμισμένη SD (wSD), το συντελεστή μεταβλητότητας (CV) και τη μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV). Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν ένας συνδυασμός της συνολικής θνησιμότητας, και των περιπτώσεων μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου και μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν: (i) τη συνολική θνησιμότητα, (ii) την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, (iii) το συνδυασμό καρδιαγγειακού θανάτου, μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου, μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού, αναζωογόνησης μετά από καρδιακή ανακοπή και νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ελευθερία (cumulative freedom) από το πρωτεύων καταληκτικό σημείο ήταν όμοια για τα τεταρτημόρια της ΑΠ πριν την αιμοκάθαρση και της 44-ωρης ΑΠ, αλλά σημαντικά μειωμένη για τα υψηλότερα τεταρτημόρια 44-ωρης-ΣΑΠ-SD (p=0,014), wSD (p=0,007), CV (p=0,031) και ARV (83,9%, 71,9%, 70,2% and 43,9% για τα τεταρτημόρια 1 έως 4 αντίστοιχα, p<0.001). Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίστηκαν και για το σύνθετο καρδιαγγειακό καταληκτικό σημείο. Τα υψηλότερα τεταρτημόρια της 44-ωρης-ΣΑΠ- ARV εμφάνιζαν σημαντικά αυξανόμενο σχετικό κίνδυνο (Hazard Ratio) για όλα τα υπο μελέτη καταληκτικά σημεία. Σχετικά με τους δείκτες μεταβλητότητας της ΔΑΠ, η 44-ωρη-ΔΑΠ-CV και 44-ωρη-ΔΑΠ-ARV εμφάνισαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για το σύνθετο καρδιαγγειακό καταληκτικό σημείο. Σε ανάλυση αναλογικού κινδύνου (Cox regression analysis), όλοι οι δείκτες ΣΑΠ-BPV σχετίσθηκαν με το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ανεξάρτητα από τα επίπεδα της ΣΑΠ (ARV: HR: 1,118, 95%CI: 1,055-1,185, ανά mmHg αύξησης).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αυξημένη BPV κατά το μεσοδιαλυτικό διάστημα σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο θανάτου και καρδιαγγειακών συμβαμάτων στην αιμοκάθαρση, σε αντίθεση με τα επίπεδα περιπατητικής ΑΠ. Η βραχυπρόθεσμη BPV πιθανά αποτελεί σημαντικό αιμοδυναμικό παράγοντα που σχετίζεται το δυσμενείς καρδιαγγειακές εκβάσεις των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

ΡΟ.10 ΝΕΟΓΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ BARTTER ΣΕ ΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΣΕ ΔΥΟ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΤΡΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Καλυμνιού[1], Σ. Ζαγκανίκα[1], Π. Καΐδου[1], Α. Νοτόπουλος[2], Κ. Κολλιός[1], Ι. Τσανάκας[1]

[1] Γ' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

[2] Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο Bartter αποτελεί σπάνια διαταραχή του νεφρικού σωληναρίου που οφείλεται σε ελαττωματική επαναρρόφηση του χλωρίου στο παχύ ανιόν σκέλος της αγκύλης του Henle και χαρακτηρίζεται από υποκαλιαιμία, μεταβολική αλκάλωση και δευτεροπαθή υπεραλδοστερονισμό. Από τους 5 τύπους του συνδρόμου Bartter, οι τύποι I και II αποτελούν το νεογνικό σύνδρομο Bartter, με χαρακτηριστικά την έντονη εμβρυϊκή πολυουρία, το πολυϋδράμνιο κατά την κύηση και την γέννηση πρόωρου νεογνού με χαμηλό βάρος γέννησης. Η θεραπεία περιλαμβάνει τη διατήρηση των υγρών και των ηλεκτρολυτών με την χορήγηση καλίου, καθώς και την p.os χορήγηση του αναστολέα των προσταγλανδινών ινδομεθακίνη.

ΣΚΟΠΟΣ: Να περιγραφούν σε τρία παιδιά με σύνδρομο Bartter νεογνικού τύπου α) οι πρώτες εκδηλώσεις και τα εργαστηριακά ευρήματα και β) η κλινική πορεία από την γέννηση έως την ηλικία της τελευταίας εξέτασης κατά την τακτική παρακολούθηση.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ: *1η περίπτωση:* Αγόρι 11 ετών με ιστορικό πολυϋδράμνιου κατά την κύηση, γεννήθηκε πρόωρο την 32η εβδομάδα κύησης. Λόγω υποκαλιαιμικής μεταβολικής αλκάλωσης μετά την γέννηση, έγινε γενετικός έλεγχος που έδειξε μετάλλαξη στο γονίδιο *SLC12A1* που κωδικοποιεί τον μεταφορέα Na-K-2Cl. Η κλινική πορεία είναι καλή με ινδομεθακίνη, κιτρικό και γλυκονικό κάλιο και υδροχλωροθειαζίδη. Στο U/S νεφρών έχει διαπιστωθεί νεφρασβέστωση και η νεφρική λειτουργία είναι φυσιολογική (^{51}CrEDTA-GFR 70 ml/min/1,73m²).

2η περίπτωση: Αγόρι 15 ετών με ιστορικό πολυϋδράμνιου κατά την κύηση, γεννήθηκε πρόωρο την 31η εβδομάδα κύησης. Σε ηλικία 20 ημερών λόγω υποκαλιαιμικής μεταβολικής αλκάλωσης έγινε γενετικός έλεγχος που έδειξε μετάλλαξη στο γονίδιο KCNJ1 που κωδικοποιεί τον δίαυλο καλίου ROMK. Η κλινική πορεία είναι καλή με ινδομεθακίνη, κιτρικό και γλυκονικό κάλιο και υδροχλωροθειαζίδη. Η νεφρική λειτουργία είναι φυσιολογική (^{51}CrEDTA-GFR 73 ml/min/1,73 m²).

3η περίπτωση: Κορίτσι 18 ετών με ιστορικό πολυϋδράμνιου κατά την κύηση, γεννήθηκε πρόωρο την 30η εβδομάδα κύησης. Από το ιστορικό αναφέρεται έλεγχος κοντού αναστήματος και δυστροφίας στην ηλικία των 3 ετών, χωρίς όμως να τεθεί η διάγνωση. Στην ηλικία των 4 ετών, στα πλαίσια διερεύνησης νεφρασβέστωσης στο U/S νεφρών, η ανεύρεση υποκαλιαιμίας και μεταβολικής αλκάλωσης, σε συνδυασμό με την παρουσία υπερασβεστιουρίας και αυξημένων τιμών ρενίνης και αλδοστερόνης, έθεσαν την διάγνωση του συνδρόμου Bartter νεογνικού τύπου και άρχισε p.os αγωγή με κιτρικό κάλιο, γλυκονικό κάλιο και ινδομεθακίνη. Από την παρακολούθηση τα τελευταία 14 χρόνια μετά την διάγνωση, η κλινική πορεία είναι καλή, με καλή αύξηση και ανάπτυξη, διατήρηση οριακά φυσιολογικών τιμών καλίου, παρουσία νεφρασβέστωσης και υπερασβεστιουρίας και φυσιολογική νεφρική λειτουργία (^{51}CrEDTA-GFR 75 ml/min/1,73 m²).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εμφάνιση πολυϋδράμνιου κατά την κύηση, σε συνδυασμό με υποκαλιαιμική μεταβολική αλκάλωση σε πρόωρο νεογνό, θα πρέπει να θέτουν την υποψία νεογνικού συνδρόμου Bartter. Στις περιπτώσεις που η νόσος δεν διαγνώστηκε κατά την νεογνική και βρεφική ηλικία, η διάγνωση μπορεί να γίνει στα πλαίσια διερεύνησης ανεπαρκούς πρόσληψης βάρους, με κύρια ευρήματα την παρουσία μεταβολικής αλκάλωσης στα αέρια αίματος και την νεφρασβέστωση στο U/S νεφρών. Με την χρόνια χορήγηση καλίου και ινδομεθασίνης p.os η κλινική πορεία του νεογνικού συνδρόμου Bartter είναι καλή.

ΡΟ.11 ΝΕΑ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΕΓΚΡΙΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ FDA ΤΟ 2017

Η. Κατσαδούρος[1], Σ. Ρουμελιώτης[1], Γ. Παπαζήσης[2]

[1] Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[2] Εργαστήριο Κλινικής Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Κάθε έτος εγκρίνονται από τους διεθνείς ρυθμιστικούς οργανισμούς νέα φάρμακα που στοχεύουν στην αντιμετώπιση διαφόρων κατηγοριών νεοπλασιών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να αναζητηθούν όλα τα καινούργια φάρμακα που έλαβαν άδεια κυκλοφορίας το 2017 από τον Αμερικάνικο Οργανισμό Φαρμάκων (FDA-Food and Drug Administration).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Έγινε αναζήτηση στην ελεύθερη βάση δεδομένων του FDA για νέα φάρμακα που εγκρίθηκαν το 2017 με ένδειξη κακοήθειας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 2017 εγκρίθηκαν από τον FDA 11 καινούρια αντικαρκινικά φάρμακα. Στις αιματολογικές κακοήθειες έλαβαν έγκριση η ενασιντενίμπη (enasidenib) για την υποτροπιάζουσα ή ανθεκτική οξεία μυελογενή λευχαιμία και η μιδοσταυρίνη (midostaurin) για την οξεία μυελογενή λευχαιμία και την προχωρημένη συστηματική μαστοκύτταρωση. Η μπριγκατινίμπη (brigatinib) έλαβε έγκριση μέσω επιταχυνόμενων διαδικασιών για το θετικό για κινάση αναπλαστικού λεμφώματος (ALK+) μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, η ακαλαμπρουτινίμπη (acalabrutinib) για το λέμφωμα κυττάρων του μανδύα και η κοπανλισίμπη (copanlisib) για το ανθεκτικό οζώδες λέμφωμα. Επίσης, εγκρίθηκε η axicabtagene ciloleucel (ανοσοθεραπεία με CAR T-λεμφοκύτταρα) σε ενήλικες ασθενείς που πάσχουν από λέμφωμα από μεγάλα Β-κύτταρα. Για τον καρκίνο του μαστού εγκρίθηκαν η ριβοκικλίμπη (ribociclib), η αβεμακικλίμπη (abemaciclib), η νερατινίμπη (neratinib), ενώ για τον καρκίνο των ωοθηκών η νιραπαρίμπη (niraparib). Για καρκίνωμα Merkel του δέρματος κυκλοφόρησε η αβελουμάμπη (avelumab).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όλα τα φάρμακα που έλαβαν έγκριση ανήκουν στην κατηγορία των βιο-φαρμακευτικών προϊόντων και κατά συνέπεια έχουν υψηλό κόστος. Επίσης, αυξάνεται κάθε χρόνο ο αριθμός έγκρισης των βιο-ομοειδών φαρμάκων (biosimilars) που είναι όμοια αλλά όχι πανομοιότυπα των πρωτότυπων βιολογικών φαρμάκων.

ΡΟ.12 ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΚΑΙ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΩΝ: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΧΡΗΣΗΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε.Χωραφά[1], Η.Ιωσηφίδης[1], Ν.Τάσιου[2], Δ.Κοτζαδάμης[1], Χ.Γεωργίου[2], Ε.Ι.Χρήστου[2], Ε.Ροηλίδης[1]

[1] Μονάδα Λοιμώξεων, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

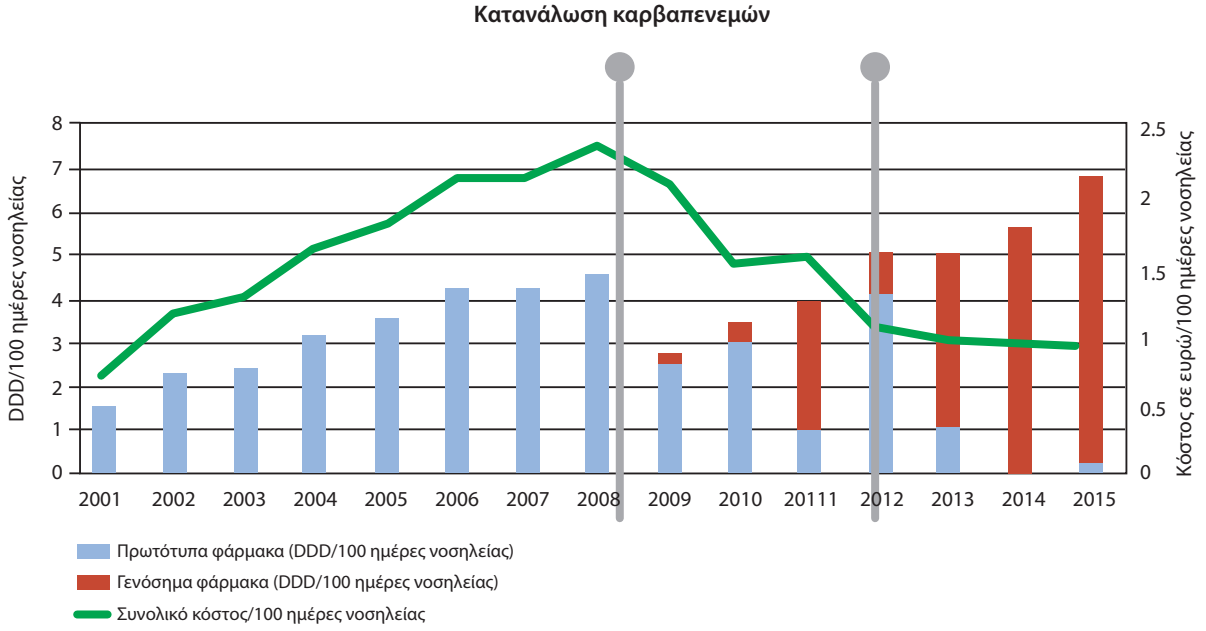
[2] Φαρμακείο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χρήση των γενόσημων αντιβιοτικών αυξάνει τα τελευταία χρόνια και έχει αντικαταστήσει πλέον σε μεγάλο βαθμό τα πρωτότυπα φάρμακα. Σκοπός της μελέτης ήταν η διαχρονική καταγραφή της κατανάλωσης πρωτότυπων και γενόσημων σκευασμάτων καρβαπενεμών και η επίδραση της στο κόστος.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Για τον υπολογισμό των καταναλώσεων χρησιμοποιήθηκε η συμβατική ημερήσια δόση (daily defined dose-DDD/100HN), που προτείνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Τα δεδομένα των καταναλώσεων των αντιβιοτικών προήλθαν από το φαρμακείο του νοσοκομείου και τα δεδομένα για τις ημέρες νοσηλείας από το Γραφείο Στατιστικής του νοσοκομείου. Τα δεδομένα χωρίστηκαν σε 3 χρονικές περιόδους: 2001-2008, 2009-2012, 2013-2015.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κατανάλωση των καρβαπενεμών παρουσίασε αύξηση από 1,57 DDDs/HN το 2001 σε 6,83 DDDs/HN το 2015. ($p<0,001$). Αντίθετα, το συνολικό κόστος μειώθηκε από 190.671 σε 160.368 ευρώ ($p=0,14$). Κατά την 1η περίοδο, παρατηρήθηκε χρήση αποκλειστικά των πρωτότυπων σκευασμάτων των καρβαπενεμών με διάμεσο τιμή 3,37 DDDs/HN. Η κατανάλωση των γενοσήμων σημείωσε σταδιακή αύξηση την 2η περίοδο της μελέτης με διάμεσο 0,68 DDDs/100HN. Στην 3η περίοδο, επικράτησε η κατανάλωση των γενόσημων καρβαπενεμών συγκριτικά με τα πρωτότυπα: 5,62 DDDs/100HN και 0,25 DDDs/100HN, αντίστοιχα. Παράλληλα, το κόστος παρουσίασε σημαντική πτώση σε όλη τη διάρκεια της 2ης και 3ης περιόδου (περίοδος ένταξης γενόσημων φαρμάκων): από 2,11 ευρώ/100HN σε 0,93 ευρώ/100HN ($p=0,004$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρ' όλη την επιθυμητή ελάττωση του κόστους των καρβαπενεμών με την αυξανόμενη χρήση των γενόσημων αντιβιοτικών, η διαχρονική αύξηση της κατανάλωσης τους είναι ανησυχητική καθώς αποτελούν μια από τις κυριότερες αιτίες εμφάνισης και εξάπλωσης πολυανθεκτικών μικροβίων.



ΡΟ.13 ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΓΚΟΛΠΩΜΑΤΟΣ ΤΡΑΧΕΙΑΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΟ ΑΙΤΙΟ

Σ.Χ. Κωτούλας[1], Ε. Φούκα[2], Χ. Ευθυμίου[2], Ι. Οργαντζής[2], Α. Παπαϊωάνου[2], Δ. Παπακώστα[2], Θ. Κοντακιώτης[2]

[1] Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

[2] Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα τραχειακά εγκολπώματα είναι καλοήθεις οντότητες οι οποίες συνήθως ανακαλύπτονται τυχαία και διακρίνονται σε συγγενή και επίκτητα. Οι επίκτητες μορφές πιστεύεται ότι οφείλονται σε παρατεταμένη αυξημένη ενδοαυλική πίεση σε ευένδοτες θέσεις της τραχείας. Περιγράφουμε περίπτωση ασθενούς με τραχειακό εγκόλπωμα οφειλόμενο σε σπάνιο αίτιο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Γυναίκα 43 ετών διερευνήθηκε λόγω έντονου πόνου στη δεξιά τραχηλική χώρα με αντανάκλαση στον ώμο, που την ταλαιπωρούσε για αρκετούς μήνες. Ο αρχικός κλινικοεργαστηριακός και απεικονιστικός με ακτινογραφία θώρακα έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα και εν συνεχεία η ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία θώρακος κατά την οποία απεικονίστηκε αερώδης κύστη στο οπίσθιο δεξιό τοίχωμα της τραχείας, που αποδόθηκε σε τραχειακό εγκόλπωμα. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με βρογχοσκόπηση υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση, κατά την οποία ανεδείχθη μικρή οπή με διαφυγή του σκιαστικού στο άνω τριτημόριο της τραχείας. Λόγω έντονης συμπτωματολογίας η βλάβη αντιμετωπίστηκε χειρουργικά, με την ασθενή να παραμένει έκτοτε ασυμπτωματική. Αξίζει να αναφερθεί ότι η ασθενής είχε υποβληθεί σε επτά χειρουργικές επεμβάσεις με αντίστοιχο αριθμό διασωληνώσεων τα προηγούμενα χρόνια, γεγονός το οποίο αποτέλεσε κατά την εκτίμησή μας το πιθανότερο αίτιο για τη βλάβη στην τραχεία της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από όσο γνωρίζουμε πρόκειται για την πρώτη αναφερόμενη περίπτωση εγκολπώματος τραχείας που συνδέεται αιτιολογικά με επαναλαμβανόμενες διασωληνώσεις για χειρουργικούς σκοπούς, απουσία άλλης προφανούς αιτίας. Μολονότι οι περισσότεροι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί και δεν απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση, στην περίπτωσή μας αυτό κρίθηκε απαραίτητο λόγω έντονης και επίμονης συμπτωματολογίας.

ΡΟ.14 ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΑΣΘΜΑ ΚΑΙ TH2 ΕΝΔΟΤΥΠΟ

Ε. Φούκα, Κ. Δόμβρη, Κ. Πορπόδης, Δ. Ιωαννίδου, Σ.Χ. Κωτούλας, Θ. Κοντακιώτης, Δ. Παπακώστα

Ιατρείο Άσθματος Πνευμονολογικής Κλινικής Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο "Th2 ενδοτύπος" εμφανίζει διακριτά φλεγμονώδη και κλινικά χαρακτηριστικά και η παρουσία του διαπιστώνεται στην κλινική πράξη χρησιμοποιώντας δείκτες όπως ο αριθμός των ηωσινοφίλων στα πτύελα ή στο αίμα, το κλάσμα του εκπνεόμενου NO και η IgE.

ΣΚΟΠΟΣ: Εκτίμηση ασθενών με σοβαρό Th2 άσθμα**.**

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ανασκόπηση των αρχείων ασθενών που παρακολουθούνται στο Εξωτερικό Ιατρείο Άσθματος

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανευρέθησαν 78 ασθενείς με σοβαρό άσθμα σύμφωνα με τα κριτήρια ERS/ATS 2014, 42 εκ των οποίων, 28 γυναίκες και 14 άνδρες, μέσης ηλικίας 54±13,16 ετών (24-79) χαρακτηρίστηκαν ως Th2-high (εωσινόφιλα πτυέλων >3%, εωσινόφιλα αίματος>300 κύτταρα/μL, FeNO>25 ppb ή IgE>100 IU/L). Στον υπό μελέτη πληθυσμό η μέση ηλικία εμφάνισης του άσθματος ήταν 34±16 έτη, η μέση διάρκεια των συμπτωμάτων 15,76±11,4 έτη, ενώ οικογενειακό ιστορικό άσθματος εμφάνιζαν 10, ρινίτιδα 21, ρινικούς πολύποδες 9, δυσανεξία στην ασπιρίνη 2 και ατοπία (με θετικά δερματικά τεστ ή RAST) 18 ασθενείς. Αποφρακτικό πρότυπο στη σπιρομέτρηση (FEV1/FVC<75) παρουσίαζε το 48% και FEV1<80% εμφάνιζαν 18 ασθενείς. Ο μέσος BMI ήταν 29,2±6, ενώ BMI>30 διαπιστώθηκε σε 16 ασθενείς. Το 21,4% των ασθενών εμφάνιζε μερικώς ελεγχόμενο ή μη-ελεγχόμενο άσθμα (ACT≤19), ενώ το 55% παρουσίασε ≥1 παροξύνσεις τον τελευταίο χρόνο, το 9.5% των οποίων ήταν σοβαρές και απαίτησαν νοσηλεία. Η ανάγκη για νοσηλεία εμφάνιζε στατιστικά σημαντική συσχέτιση τον FEV1% και την παρουσία ατοπίας, η δε παρουσία ατοπίας με τη συνύπαρξη ρινίτιδας και τη χρονιότητα του άσθματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο Th2-high ενδότυπος παρατηρείται συχνότερα σε γυναίκες, υπέρβαρους, μέσης ηλικίας ασθενείς, με επηρεασμένη αναπνευστική λειτουργία, κακό έλεγχο του άσθματος και συχνές και σοβαρές παροξύνσεις.

ΡΟ.15 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Η. Ιωσηφίδης[1], Ε. Χωραφά[1], Δ. Κοτζαδάμης[1], Σ. Παπαχρήστου[1], Α. Πυρπασοπούλου[1,2], Ι.Ε. Χρήστου[3], Α. Καραγιάννης[2], Ε. Ροηλίδης[1]

[1] 1ο Τμήμα Λοιμώξεων, Γενικο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

[2] Β Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

[3] Φαρμακείο, Γενικο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η καταγραφή της χρήσης των αντιβιοτικών αποτελεί πρωταρχικό βήμα για την επιτυχή εφαρμογή της ορθολογικής χρήσης τους, ιδιαίτερα στην εποχή των πολύ-ανθεκτικών μικροβίων. Σκοπός της μελέτης ήταν η επιτήρηση της κατανάλωσης των αντιβιοτικών σε παθολογική κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη. Για τον υπολογισμό των καταναλώσεων χρησιμοποιήθηκαν οι συμβατικές ημερήσιες δόσεις (daily defined dose-DDD/100HN), σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Τα δεδομένα των καταναλώσεων των αντιβιοτικών προήλθαν από το φαρμακείο του νοσοκομείου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι κινολόνες (σιπροφλοξασίνη, λεβοφλοξασίνη, μοξιφλοξασίνη) είχαν τη μεγαλύτερη κατανάλωση με διάμεσο 24,4DDDS/100HN. Δεύτερη σε συχνότητα κατανάλωσης ήταν η ομάδα των πενικιλλινών. Συγκεκριμένα, η κατανάλωση πενικιλλινών ευρέως φάσματος σε συνδυασμό με αναστολέα β-λακταμασών είχε διάμεσο τιμή 17 DDDS/100HN. Τρίτη σε συχνότητα κατανάλωσης ήταν η ομάδα των κεφαλοσπορινών. Μεταξύ αυτών, οι κεφαλοσπορίνες 2ης γενιάς είχαν τη μεγαλύτερη κατανάλωση (10,1DDDS/100HN) και ακολουθούσαν οι 3ης και 4ης γενιάς (5,7 και 1,4DDDs/100HN, αντίστοιχα). Σημαντική αύξηση παρουσίασε η κατανάλωση των καρβαπενεμών: από 7,2 DDDS/100HN το 2013 σε 16,9DDDS/100HN το 2017. Η χρήση των καρβαπενεμών και των αμινογλυκοσιδών ήταν 11,4 και 8,8 DDDs/100HN. Ακολουθούσε η χρήση γλυκοπεπτιδίων (5.5DDD/100HN) και των νεότερων αντιμικροβιακών τιγκεκυκλίνη, λινεζολίδη και δαπτομυκίνη: 1,5, 1,3 και 0,9 DDDS/100HN. Η χρήση της κολιμυκίνης ήταν χαμηλή (<3% της συνολικής κατανάλωσης αντιβιοτικών), αλλά με σημαντική αύξηση (p=0.004). Αντίστοιχη σημαντική αύξηση παρατηρήθηκε, διαχρονικά, στη συνολική κατανάλωση των αντιβιοτικών (p=0,001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαχρονική ανάλυση της κατανάλωσης αντιβιοτικών χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία των DDD παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τη χρήση των αντιβιοτικών και το σχεδιασμό παρεμβάσεων για την ορθολογική χρήση τους.

ΡΟ.16 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΣΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Α. Κούστα[1], Ε. Χατζηαγόρου[2], Α. Χριστάρα-Παπαδοπουλου[3], Ι. Τσανάκας[1]

[1] Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

[2] 3η Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

[3] Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό ίδρυμα Θεσσλονικης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ενασχόληση με πνευστά όργανα βοηθάει στην εξάσκηση της διαφραγματικής αναπνοής και στην εισπνοή / εκπνοή από το στόμα. Η χρήση της διαφραγματικής αναπνοής βοήθα τους χρηστές των οργάνων να χρησιμοποιούν την μέγιστη δύναμη του διαφράγματος. Οι τεχνικές αναπνοής που χρησιμοποιούν οι μουσικοί των πνευστών οργάνων παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες με τις τεχνικές της αναπνευστικής φυσιοθεραπείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Να εκτιμηθεί αν βελτιώνεται η αναπνευστική λειτουργιά των παιδιών που παίζουν πνευστά όργανα. Αντίστοιχες έρευνες υπάρχουν μόνο σε ενήλικες.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ: Εκτιμήθηκαν 60 άτομα (Ομάδα Α: παιδιά που παίζουν πνευστά όργανα και ομάδα Β: παιδιά που δεν παίζουν πνευστά όργανα). Η αναπνευστική λειτουργία αξιολογήθηκε με σπιρομέτρηση, μέτρηση των στοματικών πιέσεων και μέτρηση του βήχα**.**

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δε βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων στις παραμέτρους FVC, FEV1%, FEF2575% και το βήχα. Εντούτοις παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέγιστη εκπνευστική ροή PEF (p=0,002), μέγιστη εισπνευστική πίεση MIP(p=0,003) μέγιστη εκπνευστική πίεση, MEP(p=0,002) μεταξύ των δυο ομάδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ενασχόληση με πνευστά όργανα φαίνεται να βοηθά στη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας στα παιδιά.

ΡΟ.17 ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΣΘΜΑ

Π. Πεφτουλίδου, Λ. Νούσια, Μ. Παρίση, Ε. Κουρούκλη, Ε. Χατζηαγόρου, Ι. Τσανάκας

3η Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο. Θεσσαλονίκης ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση και η συσχέτιση της φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής σε ασθματικά παιδιά με καλά ελεγχόμενο άσθμα.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 54 παιδιά ηλικίας 7-14 ετών που παρακολουθούνται στα Εξωτερικά Ιατρεία Άσθματος Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, ύψος, βάρος, η φαρμακευτική αγωγή) και εκτιμήθηκε η αναπνευστική λειτουργία με σπιρομέτρηση (FVC, FEV1, FEF 25-75). Η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο Disabkids, η φυσική δραστηριότητα το ερωτηματολόγιο Godin και ο έλεγχος του άσθματος με το ερωτηματολόγιο για τον έλεγχο άσθματος (asthma control test, ACT).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκτιμήθηκαν 54 (32 αγόρια) παιδιά μέσης ηλικίας 11.43 (±2.1) ετών με μέτριο – καλά ελεγχόμενο άσθμα (ACT 23.4±3). Η αναπνευστική λειτουργία ήταν FVC 97.1% (±12.4), FEV1 99.7% (±12.43) και FEF 25-75 95.38% (±29.15). Η πλειοψηφία (87%)των παιδιών παρουσίαζε ανεπαρκή φυσική δραστηριότητα, το 11.11% των παιδιών μέτρια φυσική δραστηριότητα και το 1.85% των παιδιών ικανοποιητική φυσική δραστηριότητα. Η φυσική δραστηριότητα σχετίζονταν σημαντικά με την ποιότητα ζωής των παιδιών (r^2: 0.45, p:0.03).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά τον καλό έλεγχο του άσθματός τους τα παιδιά παρουσίαζαν μειωμένη φυσική δραστηριότητα που σχετίζονταν αρνητικά με την ποιότητα ζωής τους. Χρειάζεται εκπαίδευση των οικογενειών ασθματικών παιδιών προκειμένου να τονιστούν τα οφέλη της άσκησης και αυξηθεί η φυσική δραστηριότητα των παιδιών.

ΡΟ.18 ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Π. Βασιλειάδης, Γ. Μαυρίδης, Α. Τσινάρη, Ε. Αλεξιάδου, Α. Τσαγγαλέας, Γ. Παπαναστασίου, Χ. Χαραλάμπους

Παθολογική Κλινική Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς (≥65 έτη) παρουσιάζουν ιδιαίτερη παθολογία με αυξημένη νοσηρότητα. Η παρουσία της ψυχικής νόσου προσθέτει επιπλέον παράγοντα κινδύνου αφαιρώντας 10-12 έτη ως προς το προσδόκιμο ζωής.

ΣΚΟΠΟΣ: Η έρευνα ως προς τα δημογραφικά και εργαστηριακά δεδομένα των ηλικιωμένων ασθενών με ψυχική νόσο που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική του ΨΝΘ και η σύγκρισή τους με τα δεδομένα των νεώτερων ασθενών με ψυχική νόσο, που νοσηλεύτηκαν για διάφορους λόγους στο ίδιο χρονικό διάστημα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναλύθηκαν τα δεδομένα των ηλικιωμένων ασθενών (Ομάδα Α) που νοσηλεύτηκαν στο διάστημα 2012–2017 για τους οποίους υπήρχαν στοιχεία στο ηλεκτρονικό αρχείο της κλινικής και συγκρίθηκαν με αυτά των <65 ετών (Ομάδα Β).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πρόκειται συνολικά για 393 ασθενείς, 248 (63,1%) άντρες και 145 (36,9%) γυναίκες. Από αυτούς ηλικιωμένοι ασθενείς ήταν 121 ασθενείς, 62 (51,2%) άντρες και 59 (48,8%) γυναίκες. Συγκρίνοντας τις δύο ομάδες (Ομάδα Α vs Ομάδα Β), καταγράφηκαν οι εξής διαφορές: μ.ο ηλικίας 75 vs 48 έτη(p=0.000), καπνιστές 48% vs 84% (p=0.000), BMI 26,7 vs 26.6 kgr/m^2 (p=0.879), ως προς τις αιτίες εισαγωγής διαφορές με υπεροχή της Ομάδας Α παρατηρήθηκαν για λοιμώξεις του αναπνευστικού, ουροποιητικού, απορρύθμιση ΣΔ2 και παρόξυνση ΧΑΠ. Ως προς τη συννοσηρότητα υπεροχή της Ομάδας Α παρατηρήθηκε για κολπική μαρμαρυγή και άνοια. Ως προς τη διάγνωση της ψυχικής νόσου και τη δυσλιπιδαιμία, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ενώ η Ομάδα Α υπερτερούσε ως προς τον επιπολασμό της ΑΥ και του ΣΔ2.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με ψυχική νόσο εμφανίζουν επιπλέον παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων και αυξημένη νοσηρότητα από λοιμώξεις.

ΡΟ.19 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Π. Αναστασιάδης[1], Φ. Λουκά[1], Π. Κωνσταντινίδου[1], Μ.Β. Καρακάση[2], Π. Παυλίδης[2], Π. Βούλτσος[1], Δ. Ανεστάκης[1]

[1] Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

[2] Εργαστήριο Ιατροδικαστικών Επιστημών, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η ψυχογενής ανορεξία ορίζεται στην περίπτωση που ο ασθενής οδηγείται σε απώλεια βάρους μικρότερου του 85% του αναμενόμενου για το ύψος, την ηλικία και το φύλο του. Επίσης παρατηρείται όταν το άτομο αρνείται να προσλάβει βάρος λόγω λανθασμένης και διαστρεβλωμένης αντίληψης για το σχήμα του σωματότυπού του. Η ασυμφωνία ανάμεσα στο σωματικό βάρος και την υποκειμενική εικόνα που έχει ο ασθενής για το σώμα του είναι ο συνδετικός κρίκος για την διάγνωση της ασθένειας. Μελέτες έχουν δείξει πως η έναρξη της διαταραχής της ψυχογενούς ανορεξίας τοποθετείται περίπου στις αρχές της εφηβείας και το φαινόμενο εμφανίζεται με μεγαλύτερα ποσοστά στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Η αιτιολογία της διαταραχής στην πρόσληψη της τροφής είναι άγνωστη, αλλά πιθανώς εμπλέκεται ένας συνδυασμός βιολογικής ιχνηλάτισης, ψυχολογικής προδιάθεσης και κοινωνικών επιρροών. Ένας ακόμη παράγοντας που εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία της νόσου είναι η διαταραχή στο σεροτονινεργικό σύστημα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Το περιστατικό αφορά γυναίκα νεαρής ηλικίας με ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας, ο θάνατος της οποίας οφείλεται σε μη θετική έκβαση της νόσου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ιστολογική εξέταση διεξήχθηκαν τα εξής αποτελέσματα:

- ιστοτεμάχια μυοκαρδίου με στοιχεία αυτόλυσης
- ιστοτεμάχια πνεύμονα με εκτεταμένες αιμοραγικές διηθήσεις
- ιστοτεμάχιο ήπατος με παρουσία σηπτικών φυσαλίδων

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μια πολυπαραγοντική νόσο που προκαλείται κυρίως από ψυχολογικούς παράγοντες και περιβαλλοντικές επιρροές. Η διάγνωση της νόσου αποτελεί κρίσιμο σημείο για την πορεία και την εξέλιξη της καθώς ο ασθενής χρήζει ψυχολογικής υποστήριξης. Βασικές ορμόνες που πρέπει να εξετασθούν σε έναν ασθενή με ψυχογενή ανορεξία είναι η κορτικοτρόπος και η σεροτονίνη.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1928

33ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

με πανελλήνια συμμετοχή

ΕΥΡΕΤΗΡΙΑ

22 – 24 ΜΑΡΤΙΟΥ 2018
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ GRAND HOTEL PALACE
Θ Ε Σ Σ Α Λ Ο Ν Ι Κ Η

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

(Οι αριθμοί παραπέμπουν στον αύξοντα αριθμό των εργασιών)

C
CHRISTOU, C. OR.02, OR.03

G
GIANNOULIS, K. OR.02

M
MILIARAS, S. OR.02

P
PAPADOPOULOS, V.N. OR.02, OR.03
PAPAKOULAS, A. OR.03
PIACHAS, A. OR.03
PRIONAS, A. OR.02, OR.03

S
SPANOS, C. OR.02

T
TOOULIAS, A. OR.02, OR.03
TSOLAKIDIS, A. OR.02, OR.03
TSOULFAS, G. OR.02, OR.03

Α
ΑΓΓΕΛΙΔΟΥ, Ε. OR.22
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ, Σ.Μ. OR.34, OR.36, OR.38, OR.39, OR.40, OR.41
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ, Δ. OR.10
ΑΘΥΡΟΣ, Β. OR.50, OR.51, OR.52, OR.53, OR.54
ΑΛΕΞΙΑΔΟΥ, Ε. OR.31, PO.18
ΑΛΕΥΡΟΥΔΗΣ, Ι. OR.37
ΑΛΚΑΓΙΕΤ, Σ. OR.38
ΑΜΠΑΤΖΙΑΔΗ, Ε. OR.52, OR.55
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ, Π. PO.19
ΑΝΔΡΟΥΔΗ, Σ. OR.19
ΑΝΕΣΤΑΚΗΣ, Δ. PO.19
ΑΝΕΣΤΗΣ, Α. OR.42, OR.43, OR.44, PO.04, PO.05
ΑΝΕΣΤΙΑΔΟΥ, Ε. OR.56
ΑΝΤΑΧΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. OR.35, OR.37
ΑΝΤΖΑ, Χ. OR.33
ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΟΥ, Α. OR.29
ΑΡΑΜΠΑΤΖΗ, Σ. OR.23
ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Ο. PO.07
ΑΡΤΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. PO.04

Β
ΒΑΒΙΛΗΣ, Θ. OR.22
ΒΑΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ, Σ. OR.57, OR.58
ΒΑΛΑΝΙΚΑΣ, Ε. OR.40
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ, Π. OR.31, OR.32, PO.18
ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ, Ι. PO.08
ΒΕΡΓΟΥ, Μ. OR.34
ΒΙΟΛΑΚΗ, Α. OR.20
ΒΛΑΧΟΔΗΜΟΣ, Α. OR.06
ΒΟΛΑΚΛΗ, Ε. OR.20, OR.35
ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ, Ν. OR.01
ΒΟΥΛΤΣΟΣ, Π. PO.19

Γ
ΓΑΛΛΗ-ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ, Α. OR.46, OR.48
ΓΑΡΥΠΙΔΟΥ, Β. OR.57, OR.58
ΓΕΩΡΓΙΑΝΟΥ, Ε. OR.56, OR.58
ΓΕΩΡΓΙΟΥ, Χ. PO.12
ΓΙΑΚΟΥΣΤΙΔΗΣ, Δ. OR.07, OR.10
ΓΙΑΜΑΛΗΣ, Π. PO.08
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥ, Α. OR.46
ΓΙΑΝΝΙΟΣ, Κ. OR.10, OR.13
ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ, Κ. OR.10
ΓΙΟΥΛΕΜΕ, Ο. OR.55, OR.57
ΓΚΙΖΑ, Σ. OR.46, OR.48
ΓΚΟΥΤΖΙΟΜΗΤΡΟΥ, Ε. PO.02,PO.03
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΣ, Ν. OR.55

Δ
ΔΑΡΔΑ, Β.Μ. OR.35
ΔΑΣΤΙΡΙΔΟΥ, Α. OR.19
ΔΕΜΙΡΗ, Ε. OR.22
ΔΕΡΜΕΝΟΥΔΗ, Μ. OR.15
ΔΕΣΣΕ, Δ. OR.24
ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΣ, Σ. OR.16
ΔΙΑΦΑΣ, Α. OR.19
ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ, Τ. OR.34, OR.40
ΔΟΜΒΡΗ, Κ. PO.14
ΔΟΥΜΑΣ, Μ. OR.50, OR.51, OR.52, OR.53, OR.54
ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗΣ, Ι. OR.33

Ε
ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΟΥ, Α.Χ. OR.21
ΕΜΜΑΝΟΥΗΛΙΔΟΥ, Γ. OR.54, OR.57, OR.58
ΕΥΑΓΓΕΛΙΟΥ, Α. OR.48

ΕΥΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ, Η. ΡΟ.04
ΕΥΘΥΜΙΟΥ, Χ. ΡΟ.13

Ζ
ΖΑΓΚΑΝΙΚΑ, Σ. ΡΟ.10
ΖΑΡΙΦΗΣ, Ι. OR.11
ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. OR.12, OR.13
ΖΓΟΥΡΙΔΟΥ, Α. OR.43
ΖΙΩΓΑΣ, Ι.Α. OR.08, OR.10
ΖΤΡΙΒΑ, Ε. OR.36
ΖΩΓΡΑΦΟΥ, Ι. OR.52

Θ
ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ, Κ. OR.22
ΘΟΛΙΩΤΗ, Θ. OR.37

Ι
ΙΜΠΡΙΑΛΟΣ, Κ. OR.50, OR.51, OR.52, OR.53, OR.54, OR.55, OR.56, OR.57, OR.58
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Ο. OR.11
ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ, Δ. ΡΟ.14
ΙΩΣΗΦΙΔΗΣ, Η. OR.35, OR.37, ΡΟ.12, ΡΟ.15

Κ
ΚΑΪΔΟΥ, Π. ΡΟ.10
ΚΑΛΑΙΤΖΗ, Α. OR.20
ΚΑΛΑΜΗΤΣΟΥ, Σ. OR.20
ΚΑΛΛΙΝΗ, Ε. OR.25
ΚΑΛΥΜΝΙΟΥ, Μ. OR.10
ΚΑΜΠΟΥΡΑΣ, Α. OR.47
ΚΑΝΕΛΛΙΔΟΥ, Ε. OR.46
ΚΑΝΤΑΣΗΣ, Γ. ΡΟ.06
ΚΑΠΟΥΚΡΑΝΙΔΟΥ, Δ. OR.21, OR.25, OR.26, OR.27, OR.28, ΡΟ.06
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ, Α. OR.50, OR.51, OR.52, OR.53, OR.54, OR.55, OR.56, ΡΟ.15
ΚΑΡΑΚΑΣΗ, Μ.Β. ΡΟ.19
ΚΑΡΑΚΕΛΙΔΗΣ, Α. OR.44
ΚΑΡΑΜΑΝΟΣ, Δ. OR.12, OR.13
ΚΑΡΠΕΤΑΣ, Α. ΡΟ.24
ΚΑΣΙΜΗΣ, Α. OR.20
ΚΑΣΠΑΡΙΑΝ, Κ. OR.05, OR.08
ΚΑΤΣΑΔΟΥΡΟΣ, Η. ΡΟ.11
ΚΑΤΣΙΚΑ, Ε. OR.54, OR.57, OR.58
ΚΑΤΣΙΜΑΡΔΟΥ, Α. OR.52, OR.57, OR.58
ΚΕΝΤΑΡΧΟΣ, Ι. OR.10
ΚΕΡΠΙΝΙΩΤΗΣ, Γ. OR.50, OR.51, OR.53, OR.54
ΚΕΣΙΣΟΓΛΟΥ, Ι. OR.23
ΚΙΑΦΖΕΖΗ, Δ. ΡΟ.01
ΚΙΜΙΣΚΙΔΗΣ, Β. ΡΟ.07
ΚΙΤΣΙΚΩΣΤΑ, Λ. OR.11
ΚΛΕΙΣΑΡΧΑΚΗ, Α. OR.46, OR.48
ΚΟΒΑΤΣΗ, Λ. OR.29
ΚΟΚΟΛΑΚΗΣ, Α. OR.05
ΚΟΛΕΤΣΑ, Τ. ΡΟ.01
ΚΟΛΙΑΚΟΣ, Γ. OR.23
ΚΟΛΛΙΑΤΟΣ, Π. OR.48
ΚΟΛΛΙΟΣ, Κ. ΡΟ.10
ΚΟΝΙΔΑΡΗ, Δ. ΡΟ.04
ΚΟΝΤΑΚΙΩΤΗΣ, Θ. ΡΟ.13, ΡΟ.14
ΚΟΤΑΝΙΔΟΥ, Ε.Π. OR.46, OR.48
ΚΟΤΖΑΔΑΜΗΣ, Δ. OR.37, OR.23, ΡΟ.12, ΡΟ.15
ΚΟΤΟΡΕΝΗ, Γ. OR.01
ΚΟΤΣΑΜΙΔΗ, Ι. OR.37
ΚΟΥΝΤΟΥΡΗ, Ι. OR.54, OR.57, OR.58
ΚΟΥΡΟΥΚΛΗ, Ε. OR.45, OR.47, OR.49, ΡΟ.17
ΚΟΥΣΤΑ, Α. ΡΟ.16
ΚΟΥΤΑΛΗ, Δ. OR.15
ΚΟΥΤΣΑΜΠΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. OR.50, OR.51, OR.53, OR.54
ΚΟΥΤΣΙΜΠΟΓΕΩΡΓΟΣ, Δ. OR.16
ΚΡΙΤΗΣ, Α. OR.22
ΚΥΡΓΙΟΣ, Ι. OR.46
ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ, Δ. OR.11
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Π. ΡΟ.19
ΚΩΣΤΑΚΗ, Σ. OR.34, OR.36, OR.38, OR.39, OR.40, OR.41
ΚΩΣΤΑΚΗΣ, Η. OR.01
ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΡΟ.01
ΚΩΣΤΟΥΡΟΥ, Δ.Θ. OR.36
ΚΩΤΟΥΛΑΣ, Σ.Χ. ΡΟ.07, ΡΟ.13, ΡΟ.14
ΚΩΤΣΗΣ, Β. OR.33

Λ
ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Ι. OR.12, OR.13
ΛΑΖΟΥ, Θ. OR.23
ΛΑΛΕΣ, Γ. OR.50, OR.51, OR.53, OR.54
ΛΙΝΑΡΔΟΥ, Ι. OR.52
ΛΙΤΟΥ, Ε. OR.48
ΛΟΥΚΑ, Φ. ΡΟ.19
ΛΟΥΤΖΙΔΟΥ, Λ. OR.11
ΛΟΥΤΡΑΔΗΣ, Χ. ΡΟ.08, ΡΟ.09
ΛΟΥΦΟΠΟΥΛΟΣ, Π. OR.07

Μ
ΜΑΓΚΟΥΤΗΣ, Α. OR.18
ΜΑΙΝΟΥ, Μ. OR.55, OR.57, OR.58
ΜΑΚΡΑΚΗΣ, Δ. OR.30

ΜΑΝΑΦΗΣ, Α. OR.50, OR.51, OR.53, OR.54
ΜΑΝΘΟΥ, Μ.Ε. OR.22
ΜΑΝΤΕΛΑΣ, Μ. OR.13
ΜΑΝΤΖΑΦΛΕΡΗ, Π.Ε. OR.20
ΜΑΝΤΖΩΡΟΣ, Ι. OR.11
ΜΑΝΤΣΙΟΥ, Χ. OR.39
ΜΑΡΗ, Β. OR.32
ΜΑΡΙΝΟΣ, Θ. PO.02
ΜΑΡΚΑΝΤΩΝΑΤΟΥ, Α. OR.46
ΜΑΣΣΑ, Ε. OR.37
ΜΑΤΣΟΥ, Α. OR.15, OR.16
ΜΑΥΡΙΔΗΣ, Γ. OR.31, OR.32, PO.18
ΜΕΛΑΣ, Ν. OR.12, OR.13
ΜΕΜΜΟΣ, Ε. PO.08
ΜΗΛΙΑΡΑΣ, Σ. OR.05, OR.10
ΜΗΝΟΠΟΥΛΟΥ, Ι. PO.09
ΜΗΤΑΣ, Χ. OR.50, OR.51, OR.53
ΜΗΤΣΟΚΑΠΑΣ, Θ. PO.03
ΜΗΤΤΑΣ, Χ. OR.54
ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ, Β. OR.43
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. OR.23
ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΣ, Α. PO.02, PO.03
ΜΟΥΛΟΥΔΗ, Ε. OR.37
ΜΟΥΡΑΤΙΔΟΥ, Η.Χ. OR.49
ΜΟΥΡΟΥΖΙΔΟΥ, Β. PO.07
ΜΠΑΚΑΛΟΥΔΗ, Δ. OR.44
ΜΠΑΝΤΗΣ, Κ. PO.08
ΜΠΕΡΕΤΟΥΛΗ, Ε. OR.23
ΜΠΙΣΜΠΙΝΑ, Β. OR.56
ΜΠΛΙΑΜΠΛΙΑΣ, Δ. PO.02, PO.03
ΜΠΟΥΛΚΟΥ, Μ. OR.30
ΜΠΟΥΛΟΥΚΟΥ, Σ. OR.50, OR.51, OR.53, OR.54
ΜΠΟΥΤΑΡΗ, Χ. OR.56, OR.58
ΜΠΟΥΤΕΛ, Μ. OR.56
ΜΠΡΑΖΙΤΙΚΟΣ, Π. OR.15, OR.16, OR.17, OR.18, OR.19
ΜΥΛΩΝΑΣ, Δ. OR.36

Ν
ΝΕΙΡΟΣ, Σ. OR.52, OR.55
ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ, Χ. PO.08
ΝΟΤΟΠΟΥΛΟΣ, Α. PO.10
ΝΟΥΣΙΑ, Λ. OR.47, PO.17

Ο
ΟΡΓΑΝΤΖΗΣ, Ι. PO.13

Π
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ, Γ. OR.34
ΠΑΝΤΕΛΙΔΗΣ, Π. OR.50, OR.51, OR.53
ΠΑΠΑΒΡΑΜΙΔΗΣ, Θ. OR.23
ΠΑΠΑΒΡΑΜΙΔΗΣ, Σ. OR.23
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, Α. PO.08, PO.09
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, Μ. OR.34, OR.36, OR.38, OR.39, OR.40, OR.41
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Α. OR.41
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Β. OR.06
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. PO.07
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Ν. OR.42, OR.43, OR.44, PO.04, PO.05
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Β.Ν. OR.04, OR.05, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09, OR.10
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Α. OR.46
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Θ. OR.57, OR.58
ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ, Γ. PO.11
ΠΑΠΑΖΙΩΓΑΣ Β. OR.01
ΠΑΠΑΪΩΑΝΟΥ, Α. PO.13
ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ, Δ. PO.07, PO.13, PO.14
ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ, Γ. OR.31, OR.32, PO.18
ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ, Σ. OR.37, PO.15
ΠΑΡΙΣΗ, Μ. OR.47, OR.49, PO.17
ΠΑΣΧΑΛΑ, Α. OR.39
ΠΑΤΟΥΛΙΑΣ, Δ. OR.50, OR.51, OR.53
ΠΑΤΟΥΛΙΣ, Δ. OR.54
ΠΑΥΛΙΔΗΣ, Π. PO.19
ΠΑΥΛΙΔΗΣ Τ. OR.01
ΠΕΝΛΙΔΗΣ, Μ. OR.01
ΠΕΤΙΔΗΣ, Κ. OR.50, OR.51, OR.53, OR.54, OR.56
ΠΕΤΣΑΝΗ, Δ. OR.26
ΠΕΦΤΟΥΛΙΔΟΥ, Π. OR.49, PO.17
ΠΙΑΧΑΣ, Α. OR.06, OR.09, OR.10
ΠΙΛΑΛΑΣ, Δ. OR.40
ΠΟΖΙΔΗΣ, Β. OR.07
ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. OR.41
ΠΟΡΠΟΔΗΣ, Κ. PO.14
ΠΟΥΛΙΑΝΙΤΗΣ, Β. PO.02
ΠΡΑΝΤΗ, Κ. PO.04
ΠΡΙΟΝΑΣ, Α. OR.04
ΠΥΡΓΙΔΗΣ, Ν. PO.09
ΠΥΡΠΑΣΟΠΟΥΛΟΥ, Α. OR.37, OR.56, PO.15

Ρ
ΡΟΗΛΙΔΗΣ, Ε. OR.35, OR.37, PO.12, PO.15
ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ, Σ. PO.11

Σ
ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. OR.34, OR.36, OR.38, OR.39, OR.40, OR.41
ΣΑΜΟΥΗΛΙΔΟΥ, Μ. OR.17, OR.18
ΣΑΜΠΑΝΗ, Ε. PO.08
ΣΑΜΠΑΝΗΣ, Χ. OR.52
ΣΑΡΑΤΖΗΣ, Ν. OR.12, OR.13
ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ, Κ. OR.45
ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ, Π.Α. PO.09
ΣΑΤΣΟΓΛΟΥ, Σ. OR.41
ΣΑΧΙΝΙΔΗΣ, Α. OR.50, OR.51, OR.52, OR.53, OR.55, OR.56, OR.57
ΣΑΧΠΕΚΙΔΗΣ, Β. PO.02
ΣΒΗΡΚΟΣ, Μ. OR.20
ΣΔΟΥΓΚΑ, Μ. OR.20, OR.35
ΣΙΜΟΥΛΙΔΟΥ, Ε. OR.56
ΣΙΩΚΑΣ, Β. OR.29
ΣΚΑΛΚΟΥ, Α. OR.55, OR.57
ΣΟΥΓΙΟΥΛΤΖΗΣ, Ε. PO.05
ΣΟΦΟΓΙΑΝΝΗ, Α. OR.38
ΣΠΑΝΟΣ, Κ. OR.10
ΣΠΥΡΟΥ, Ε. PO.05
ΣΤΑΓΚΟΥ, Μ. PO.08
ΣΤΑΜΠΟΥΛΗ, Δ. OR.19
ΣΤΑΜΠΟΥΛΗ, Σ. OR.33
ΣΤΑΥΡΙΔΗΣ, Κ. OR.12, OR.13
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. OR.50, OR.51, OR.52, OR.53, OR.54, OR.55, OR.56, OR.57, OR.58
ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ, Σ. OR.11

Τ
ΤΑΜΠΑΚΗ, Ε.Μ. OR.27
ΤΑΣΙΟΥ, Ν. PO.12
ΤΖΑΜΑΛΗΣ, Α. OR.15, OR.16, OR.17, OR.18
ΤΖΕΤΖΗ, Δ. OR.16
ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ, Κ. OR.34, OR.36, OR.38, OR.39, OR.40, OR.41
ΤΖΙΟΥΦΑ, Β. OR.23
ΤΖΙΡΤΖΙΠΗΣ, Τ. OR.48
ΤΖΙΩΓΚΑΣ, Κ. OR.55, OR.57
ΤΙΓΚΙΡΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. OR.12, OR.13
ΤΟΛΙΟΠΟΥΛΟΥ, Ε.Κ. PO.03
ΤΟΟΥΛΙΑΣ, Α.Ι. OR.04, OR.05, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09, OR.10
ΤΟΠΟΥΡΙΔΟΥ, Κ. OR.23
ΤΡΥΠΙΔΑΚΗ, Ε. OR.43
ΤΣΑΓΓΑΛΕΑΣ, Α. OR.31, OR.32, PO.18
ΤΣΑΓΚΑΡΗΣ, Χ. OR.24
ΤΣΑΛΗΣ, Κ. OR.11
ΤΣΑΝΑΚΑΣ, Ι. OR.45, OR.47, OR.49, PO.10, OR.16, OR.17
ΤΣΕΝΕΚΙΔΗΣ, Γ. OR.32
ΤΣΙΜΠΕΡΙΔΗΣ, Α. OR.55
ΤΣΙΜΠΩΝΗΣ, Α. OR.22
ΤΣΙΝΑΡΗ, Α. OR.31, OR.32, PO.18
ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. OR.15, OR.16, OR.17, OR.18, OR.19
ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ, Β.Ρ. OR.46, OR.48
ΤΣΟΛΑΚΙΔΗΣ, Α. OR.04
ΤΣΟΛΑΚΙΔΟΥ, Κ. PO.02
ΤΣΟΥΛΦΑΣ, Γ. OR.04, OR.06, OR.08, OR.09, OR.10
ΤΥΧΑΛΑΣ, Α. OR.48

Φ
ΦΑΧΟΥΡΗ, Ε. OR.39
ΦΙΛΛΙΠΙΔΗΣ, Α. OR.06
ΦΟΥΚΑ, Ε. PO.07, PO.13, PO.14

Χ
ΧΑΜΟΥ Δ. OR.28
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ, Χ. OR.31, OR.32, PO.18
ΧΑΣΑΠΙΔΗΣ, Β. PO.03
ΧΑΤΖΗΑΓΟΡΟΥ, Ε. OR.45, OR.47, OR.49, PO.16, PO.17
ΧΑΤΖΗΔΑΜΟΣ, Π. PO.01
ΧΑΤΖΗΙΣΑΑΚ, Σ. OR.06
ΧΑΤΖΗΜΑΥΡΟΥΔΗΣ, Γ. OR.01
ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ, Σ. OR.56
ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ, Φ. OR.29
ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ, Α.Ι. OR.34, OR.36, OR.38, OR.39, OR.40, OR.41
ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. OR.38
ΧΙΣΣΑΝ, Σ. OR.57, OR.58
ΧΟΧΛΙΟΥΡΟΥ, Ε. OR.20
ΧΡΗΣΤΟΥ, Ε.Ι. OR.37, PO.12, PO.15
ΧΡΗΣΤΟΥ, Κ. OR.34, OR.36, OR.38, OR.39, OR.40, OR.41, OR.58
ΧΡΗΣΤΟΥ, Χ. OR.04
ΧΡΙΣΤΑΡΑ-ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Α. PO.16
ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ Ε. OR.01
ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΟΥ, Χ. OR.14
ΧΩΡΑΦΑ, Ε. OR.37, PO.12, PO.15