



ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ  
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1835

# 43<sup>ο</sup>

## ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ



10-13  
ΜΑΪΟΥ  
2017

Χορηγούνται 24 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης  
(C.M.E. - C.P.D. CREDITS)

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ  
DIVANI CARAVEL  
ΑΘΗΝΑ



---

**ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**

---

# ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ  
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1838

43°  
ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ  
ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

10-13  
ΜΑΪΟΥ  
2017

Χορηγούνται 24 μόρια Συνεχόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης  
(C.M.E.-C.P.D. CREDITS)

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ  
DIVANI CARAVEL  
ΑΘΗΝΑ

mednet  
www.mednet.gr

σε συνεργασία

ΜΕ 30 ΕΙΔΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

## ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Οι περιλήψεις από τον αριθμό 1-246 ανακοινώθηκαν προφορικά και από 247-362 αναρτήθηκαν ως e-posters.

Οι εργασίες 7 και 304 πήραν το Α' και Β' βραβείο αντίστοιχα και η 67 τον Έπαινο στην ενότητα των εργασιών βασικής έρευνας.

Οι εργασίες 230 και 128 πήραν το Α' και Β' βραβείο αντίστοιχα και η 63 τον Έπαινο στην ενότητα των εργασιών της εφαρμοσμένης έρευνας.

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

ΑΘΗΝΑ

Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL, ΑΘΗΝΑ

10-13 Μαΐου 2017

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ**  
**ΚΑΙ**  
**ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**  
**43ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

---

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

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Θ. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ	Μ. ΚΑΛΟΕΙΔΑΣ	Π. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ
Δ. ΑΓΓΟΥΡΑΣ	Σ. ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ	Ν. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ
Κ. ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ	Χ. ΚΑΡΑΝΙΚΑΣ	Β. ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Γ. ΑΝΤΩΝΑΚΟΣ	Θ. ΚΑΡΑΤΖΑΣ	Ι. ΠΑΠΑΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ
Κ. ΒΑΓΙΑΝΟΣ	Β. ΚΑΨΙΜΑΛΗ	Κ. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ
Β. ΒΑΝΤΑΛΗ	Δ. ΚΟΚΚΙΝΟΣ	Ε. ΠΛΑΤΣΟΥΚΑ
Α. ΒΑΣΙΛΟΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ	Χ. ΚΟΡΟΣ	Π. ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΣ
Δ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ	Ι. ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ-ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ	Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ
Θ. ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗ	Β. ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ	Π. ΣΤΡΑΤΗΓΟΠΟΥΛΟΥ
Α. ΒΟΖΙΚΗΣ	Σ. ΛΟΥΚΙΔΗΣ	Μ. ΤΕΚΤΟΝΙΔΟΥ
Μ. ΒΟΥΛΓΑΡΕΛΗΣ	Θ. ΜΑΚΡΗΣ	Ε. ΤΕΡΠΟΣ
Γ. ΒΡΥΩΝΗ	Ι. ΜΑΚΡΥΝΙΩΤΟΥ	Μ. ΤΖΟΥΒΑΛΑ
Β. ΓΕΜΟΥ-ΕΝΓΕΣΑΕΤΗ	Δ. ΜΑΝΤΑΣ	Σ. ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ
Μ. ΓΕΩΡΓΙΑΚΑΚΗ	Π. ΜΑΡΓΟΣ	Α. ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ
Ε. ΓΙΑΝΝΙΤΣΙΩΤΗ	Α. ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ	Γ. ΤΣΟΥΡΟΥΦΑΝΗΣ
Κ. ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ	Σ. ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΣ	Ε. ΦΡΑΓΚΟΥΛΗΣ
Γ. ΔΑΪΚΟΣ	Α. ΜΠΕΡΛΕΡ	Π. ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ
Ι. ΔΑΚΟΡΩΝΙΑΣ †	Μ. ΜΠΟΖΗ	Ε. ΧΑΡΜΑΝΔΑΡΗ
Α. ΔΕΛΙΔΗΣ	Σ. ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑΣ	Α. ΧΑΤΖΗΔΑΚΗΣ
Δ. ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΗΣ	Σ. ΝΤΟΥΡΑΚΗΣ	Α. ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΟΥ
Γ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ	Μ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ	Σ. ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΟΥ
Ε. ΖΟΥΡΙΔΑΚΗ	Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ	Ε. ΧΗΝΟΥ
Γ. ΖΩΓΡΑΦΟΣ	Α. ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ	Χ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ
Μ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ	Γ. ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ	

ΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ ΕΠΙΣ  
44<sup>ο</sup> ΕΠΙΣ 9-12 ΜΑΪΟΥ 2018

Η στοιχειοθεσία του τόμου των περιλήψεων έγινε με εισαγωγή των στοιχείων από τις περιλήψεις που υπέβαλαν οι συμμετέχοντες στη Γραμματεία του 43ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ.

## 1. ΠΟΛΥΧΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑ ΡΟΗΣ: ΜΙΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Α. Αργυρίου<sup>1</sup>, Π. Ρουσάκης<sup>1</sup>, Ι. Κωστόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Καστρίτης<sup>2</sup>, Ο. Τσιτσιλώνη<sup>1</sup>, Μ. Δημόπουλος<sup>2</sup>, Ε. Τέρπος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τομέας Φυσιολογίας Ζώων & Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στόχος της χορηγούμενης θεραπείας στο Πολλαπλούν Μυέλωμα (ΠΜ) είναι η επίτευξη βαθιάς ύφεσης, η οποία σχετίζεται με βελτιωμένη πρόγνωση και μακρόχρονη επιβίωση. Η ανίχνευση νεοπλασματικών κυττάρων στο μυελό των οστών των ασθενών μετά τη θεραπεία (Ελάχιστη Υπολειμματική Νόσος-ΕΥΝ) έχει πληροφοριακό χαρακτήρα σχετικά με το επίπεδο της ύφεσης και σχετίζεται με πρώιμη υποτροπή και βραχύτερη επιβίωση. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η ανάπτυξη τεχνικής υψηλής ευαισθησίας για την ανίχνευση και ποσοτικοποίηση της ΕΥΝ στο ΠΜ.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η μέθοδος βασίζεται στην Πολυχρωματική Κυτταρομετρία Ροής (PKP) και στην ανίχνευση χαρακτηριστικών μορίων-δεικτών που διαφοροποιούν τα παθολογικά από τα φυσιολογικά πλασματόκυτταρα. Κύτταρα από μυελό των οστών σημάνθηκαν με δύο ανεξάρτητους συνδυασμούς 8 φθοροχρωμάτων: (1) CD19-PC7, CD27-BV510, CD38-FITC, CD45-PerCPy5.5, CD56-PE, CD81-APCC750, CD117-APC, CD138-BV421 και (2) CD19-PEC7, CD27-BV510, CD38-FITC, CD45-PerCPy5.5, CD56-PE, Cy19-APC Cy19-APCC750, CD138-BV421. Για κάθε δείγμα καταγράφηκαν 5.000.000 γεγονότα/συνδυασμό, τα οποία αναλύθηκαν με το λογισμικό Infinicyt που επιτρέπει την ενσποιημένη στρατηγική ανάλυση των επιμέρους γεγονότων και των δύο συνδυασμών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε 25 από τα 52 δείγματα ασθενών σε πλήρη ύφεση διαπιστώθηκε η παρουσία ΕΥΝ. Στα ΕΥΝ-θετικά δείγματα, ο ιδίος μονοκλωνικός πληθυσμός ταυτοποιήθηκε και με τους δύο συνδυασμούς, γεγονός που επέτρεψε την ακριβή ποσοτικοποίηση των κλωνικών κυττάρων σε επίπεδο ευαισθησίας 0,001%. Σε τέσσερις περιπτώσεις εντοπίστηκαν δύο διακριτοί μονοκλωνικοί πληθυσμοί στο ίδιο δείγμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε αντίθεση με άλλες τεχνικές, η PKP αποτελεί μία αποτελεσματική μέθοδο για την ανίχνευση και την ακριβή ποσοτικοποίηση της ΕΥΝ. Η PKP συνδυάζει την υψηλή ευαισθησία με το χαμηλό κόστος, είναι εφαρμόσιμη στο σύνολο των ασθενών, και επιτρέπει την αξιολόγηση της ποιότητας του δείγματος μέσω κατάλληλων εσωτερικών μαρτύρων.

## 3. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΜΕ ADP

Σ. Γεωργαντής, Γ. Σούφλα, Μ. Καταφυγιώτη, Θ. Κανελλοπούλου, Θ. Κωστελίδου  
Τμήμα Πήξης-Αιμόστασης, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η συγκόλληση των αιμοπεταλίων υπό την επίδραση διαφόρων παραγόντων όπως η διφωσφορική αδενοσίνη (ADP), η επινεφρίνη (l-epinephrine), το κολλαγόνο (collagen), η θρομβίνη (thrombin) συνιστά φυσιολογικό φαινόμενο στην διαδικασία της αιμόστασης. Αυξημένη όμως διέγερση και εκτεταμένη συγκόλληση των αιμοπεταλίων στο τοίχωμα στεφανιαίων αρτηριών οδηγεί στην εμφάνιση οξέως στεφανιαίου συνδρόμου λόγω σχηματισμού θρόμβου. Η χορήγηση αντιαιμοπεταλιακής αγωγής αναστέλλει την συγκόλληση των αιμοπεταλίων δρώντας προστατευτικά έναντι αγγειακών θρομβωτικών επεισοδίων. Η συνηθέστερη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή περιλαμβάνει την χορήγηση ασπιρίνης και κλοπιδογρέλης είτε μεμονωμένα ή σε συνδυασμό (διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή). Η ασπιρίνη αναστέλλει την συγκόλληση των αιμοπεταλίων από το αρχιδιονικό οξύ μπλοκάροντας την κυκλοοξυγενάση 1 (COX-1) με συνέπεια την αναστολή της παραγωγής της θρομβοξανθίνης A2 (TXA2). Η κλοπιδογρέλη αναστέλλει την συγκόλληση από το ADP μπλοκάροντας τον υποδοχέα του P2Y12.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας των αιμοπεταλίων στους καρδιολογικούς και καρδιοχειρουργικούς ασθενείς του ΩΚΚ σε διάστημα 6 μηνών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στο Εργαστήριο Πήξης-Αιμόστασης του ΩΚΚ πραγματοποιείται εργαστηριακή διερεύνηση της λειτουργικότητας των αιμοπεταλίων υπό την επίδραση τεσσάρων διεγερτών ADP, Collagen, Ristocetin και Αρχιδιονικό οξύ. Σε διάστημα 6 μηνών πραγματοποιήθηκαν στο Εργαστήριο Πήξης-Αιμόστασης του ΩΚΚ 771 συγκολλησεις αιμοπεταλίων ασθενών σε ή χωρίς αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Από αυτές 271 αφορούσαν ασθενείς σε τεχνητή καρδιά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρατηρήθηκαν 35 περιπτώσεις ασθενών σε αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη (salospir) που παρουσίαζαν μειωμένη συγκόλληση αιμοπεταλίων και στη διέγερση με ADP. Η παρατηρούμενη μείωση κυμαίνονταν σε ποσοστό από 33% έως και 50% της φυσιολογικής συγκόλλησης για κάθε ασθενή. Έχει αναφερθεί πρόσφατα ότι ο υποδοχέας LOX-1 (lectin-like oxidized low-density lipoprotein LDL recetor-1) της οξειδωμένης μορφής της LDL εμπλέκεται στην ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων μέσω του ADP. Μάλιστα ερευνητές που μπλόκαραν τον LOX-1 υποδοχέα παρατήρησαν μειωμένη συγκόλληση με ADP. Δεδομένου ότι η χορήγηση ασπιρίνης έχει βρεθεί ότι μειώνει την έκφραση του LOX-1, πιθανολογούμε ότι η παρατηρούμενη μειωμένη συγκόλληση με ADP στους ασθενείς που λάμβαναν μόνο ασπιρίνη ως αντιαιμοπεταλιακή αγωγή μπορεί να οφείλεται στην μειωμένη έκφραση του LOX-1 υποδοχέα. Ενδεδειχθεί εργαστηριακή διερεύνηση αυτής της υπόθεσης αναμένεται να αναδείξει τον μηχανισμό της παρατηρούμενης επίδρασης της ασπιρίνης στην διέγερση των αιμοπεταλίων με ADP.

## 2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΑΡΧΕΓΟΝΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Α. Γεωργακοπούλου<sup>1,2</sup>, Θ. Δάρδα<sup>1,2</sup>, Λ. Σουφλερός<sup>1,2</sup>, Χ. Πανατζή<sup>1,2</sup>, Ι. Βαλλιάνου<sup>1</sup>, Τ. Ορφανίδης<sup>1</sup>, Φ. Ζερβού<sup>1</sup>, Μ. Γιάγκου<sup>2</sup>, Α. Αναγνωστόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Γιαννάκη<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Μονάδα Γονιδιακής & Κυτταρικής Θεραπείας, Αιματολογική-ΜΜΜΟ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», <sup>2</sup>Τμήμα Βιολογίας, Α.Π.Θ.

Η χαμηλή συχνότητα εμφύτευσης των γενετικά τροποποιημένων κυττάρων (ΓΤΚ) μετά από μεταμόσχευση, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα τρέχοντα προβλήματα της γονιδιακής θεραπείας και οφείλεται κυρίως στις καλλιεργητικές συνθήκες της γονιδιακής μεταφοράς. Έχει δείξει πως η *ex vivo* επεξεργασία αρχηγόνων αιμοποιητικών κυττάρων (AAK) με προσταγλανδίνη E2 (PGE2) ή τον CD26-αναστολέα Dipeptin-A, ενισχύει την εμφύτευσή τους μετά από μεταμόσχευση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Με στόχο την προαγωγή της εμφύτευσης ΓΤΚ, διερευνήσαμε εάν η επεξεργασία με Dipeptin-A ή PGE2 ενισχύει τη μεταναστευτική ικανότητα *in vitro* και την εμφύτευση *in vivo*, ανθρώπινων CD34<sup>+</sup>-ΓΤΚ με GFP-λεντι-ικό φορέα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ελέγξαμε την επίδραση του Dipeptin-A σε ανθρώπινα CD34<sup>+</sup> προερχόμενα από μυελό οστών (ΜΟ), κινητοποιημένο περιφερικό αίμα (ΚΠΑ) και ομφαλοπλακουντικό αίμα (ΟΠΑ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αντίθετα με την αύξηση της μεταναστευτικής ικανότητας και εμφύτευσης των ΓΤΚ από ΜΟ ποτικού με την επίδραση Dipeptin-A, η μεταναστευτική ικανότητα των ανθρώπινων ΓΤΚ προς τον SDF-1 αυξήθηκε με Dipeptin-A, μόνο όταν αυτά προέρχονταν από ΟΠΑ. Η διαφορά της απόκρισης στο Dipeptin-A μεταξύ των ΑΑΚ ποτικού και ανθρώπου, πιθανώς οφείλεται στο χαμηλότερο ποσοστό έκφρασης CD26 των ανθρώπινων ΑΑΚ έναντι αυτών του ποτικού. Η *ex vivo* επεξεργασία των CD34<sup>+</sup>-ΚΠΑ κυττάρων με PGE2 αύξησε *in vitro* το ποσοστό γονιδιακής μεταφοράς και της GFP έκφρασης σε καλλιέργειες μεθυλοκυτταρίνης έναντι των μη-επεξεργασμένων κυττάρων και *in vivo*, τα ποσοστά εμφύτευσης και έκφρασης του διαγονιδίου GFP σε σχέση με τη μη-επεξεργασμένα με PGE2, CD34<sup>+</sup>-ΚΠΑ κύτταρα. Αυτό πιθανώς σχετίζεται με το αυξημένο ποσοστό κυττάρων που εισήλθαν από τη φάση G0 στη φάση G1 του κυτταρικού κύκλου μετά επεξεργασία με PGE2 σε σχέση με τα μη-επεξεργασμένα κύτταρα. Συνοψίζοντας, αναδεικνύουμε μια πιθανά ευεργετική και κλινικά μεταφράσιμη επίδραση της PGE2 στα ΓΤΚ, η οποία μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της γονιδιακής θεραπείας.

## 4. ΜΕΙΩΣΗ ΓΕΝΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΝΕΩΝ ΜΟΝΩΤΩΝ ΧΡΩΜΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΛΕΝΤΙΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ

Π. Παπαγιάννη<sup>1,2</sup>, Π. Χριστοφή<sup>1,2</sup>, Ι. Βαλλιάνου<sup>1</sup>, Ε. Αθανασίου<sup>1</sup>, Δ. Ζέρβας<sup>1</sup>, Ε. Σιώτου<sup>1</sup>, Χ. Βαδικόλια<sup>1</sup>, Ι. Μωραϊτή<sup>3</sup>, Μ. Γιάγκου<sup>2</sup>, Α. Αναγνωστόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Γιαννάκη<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Μονάδα Γονιδιακής & Κυτταρικής Θεραπείας, Αιματολογική-ΜΜΜΟ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», <sup>2</sup>Τμήμα Βιολογίας Α.Π.Θ., <sup>3</sup>Παθολογοανατομικό, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

**ΥΠΟΒΑΘΡΟ:** Η εισχωρητική μεταλλαγμένη που προκαλείται από τους ενσωματούμενους ιικούς φορείς (ΙΦ) αποτελεί βασικό περιορισμό της γονιδιακής θεραπείας (ΓΘ). Οι αυτοαδρανοποιούμενοι (SIN) λεντι-ικοί φορείς περιόρισαν τον κίνδυνο ογκογένεσης με τους γ-ρετροϊικούς φορείς, ωστόσο η γενετοξικότητα παραμένει δυνητικός κίνδυνος με ΙΦ που φέρουν ισχυρούς ενισχυτές. Οι μονωτές χρωματίνης (ΜΧ) τύπου-διακόπτη ενισχυτών μετά ένθεσή τους σε ΙΦ, μειώνουν δυνητικά την πιθανότητα μεταλλαγμένης. Πρόσφατα ανακαλύφθηκαν μικροί μεγέθους, ανθρώπινοι ΜΧ με ισχυρή δράση τύπου-διακόπτη ενισχυτή. Ο ενσωματωμένος σε γ-ρετροϊκό GFP-φορέα Α1-μονωτής, μείωσε σημαντικά την ογκογένεση (*LiuM, Nat. Biotech 2015*).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στόχος μας ήταν η ανάπτυξη εξειδικευμένου μοντέλου και η διερεύνηση μείωσης της γενετοξικότητας με Α1-μονωμένους SIN-λεντι-ικούς φορείς.

**ΥΛΙΚΟ:** Χρησιμοποιήσαμε την, IL-3-εξαρτώμενη, 32D κυτταρική σειρά, η οποία μετασχηματίζεται όταν διαμολύνεται με ΙΦ και αναπτύσσει κλωνογενείς αποικίες με ελάχιστη ή καθόλου IL-3 ενώ *in vivo* προκαλεί ογκογένεση/λευχαιμογένεση σε C3H/HeJ λήπτες. Τα κύτταρα διαμολύνθηκαν με Α1-μονωμένους και μη-μονωμένους φορείς β-σφαιρίνης, GFP και ογκογόνους SFFV-GFP-λεντι-ικούς φορείς, ως θετικούς μάρτυρες. 32D κύτταρα καλλιεργήθηκαν με χαμηλές συγκεντρώσεις IL-3 ή/και χορηγήθηκαν σε μερικώς μυελοκατασταλμένα C3H/HeJ ποτικά με ταυτόχρονη χορήγηση IL-3 για έκπτυξη/μετασχηματισμό *in vivo*. Οι λήπτες ελέγχονταν με επιχρίσματα αίματος και κυτταροφυγοκντρήματα μυελού οστών (ΜΟ) για εμφάνιση λευχαιμικών βλαστών. Κατά τη θυσία, μελετήθηκε η ανάπτυξη αποικιών μεθυλοκυτταρίνης από κύτταρα ΜΟ +/-IL-3 και πραγματοποιήθηκε ιστολογικός έλεγχος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στις ομάδες των μη-μονωμένων ΙΦ παρατηρήθηκαν αποικίες απούσας IL-3, μυελοβλάστες ΜΟ και περιφερικό αίματος και παθολογικά ιστολογικά ευρήματα. Αντίθετα, οι ομάδες των Α1-μονωμένων ΙΦ δεν εμφάνισαν ευρήματα μετασχηματισμού/λευχαιμογένεσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συμπερασματικά, αναπτύξαμε ένα μοντέλο ελέγχου γενετοξικότητας υψηλής ευαισθησίας που επάγει λευχαιμικό μετασχηματισμό, ακόμη και με χρήση ΙΦ υψηλής ασφάλειας. Η ισχυρή αντιγενετοξική δράση του Α1-μονωτή, προτείνει ότι οι νέοι ΜΧ μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της έκβασης της ΓΘ.

**5. Η ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΥΔΡΟΞΥΚΑΡΒΑΜΙΔΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΩΝ/ΑΦΑΙΜΑΞΟΜΕΤΑΓΓΙΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΕΧΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΔΡΟΞΥΚΑΡΒΑΜΙΔΗΣ Ή ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΩΝ/ΑΦΑΙΜΑΞΟ Σ. Ντελικού<sup>1</sup>, Μ. Καραγρηγορίου<sup>2</sup>, Α. Ζάρρας<sup>1</sup>, Α. Βλαχοπούλου<sup>2</sup>, Ζ. Παλλαντζά<sup>2</sup>, Κ. Μαραγκός<sup>1</sup>**

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

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα δρεπανοκυτταρικά σύνδρομα χαρακτηρίζονται από πολυμερισμό αιμοσφαιρίνης, που οδηγεί σε αλλοίωση του σχήματος των ερυθροκυττάρων που προκαλεί μικροαγγειοπάθεια και οδηγεί σε αιμόλυση, χρόνια αναιμία και συχνές επώδυνες αγγειοσπαστικές κρίσεις. Η υδροξυκαρβαμίδη (ΗΥ) θεωρείται ότι είναι η πιο επιτυχημένη φαρμακευτική θεραπεία για την δρεπανοκυτταρική νόσο, ενώ οι μεταγγίσεις ή οι αφαιμαζομεταγγίσεις έχουν χρησιμοποιηθεί έως τώρα επιλεκτικά.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά τα ιατρικά αρχεία 30 ασθενών που βρισκόταν σε συνεχή παρακολούθηση από το 2010 έως το 2015. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν αναλόγως των κλινικών εκδηλώσεων και της λαμβανόμενης αγωγής είτε με μονοθεραπεία υδροξυκαρβαμίδης ή αφαίμαξη/μεταγγίσεις, είτε σε συνδυαστική των δύο προαναφερθέντων. Σε όλους τους ασθενείς υπήρχε μηνιαία κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση. Η στατιστική επεξεργασία και ανάλυση έγινε με το IBM SPSS v23.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην ομάδα 1 (υδροξυκαρβαμίδη) των 7/10 των ασθενών που κατά την έναρξη της υδροξυουρίας εμφάνισαν >5 επεισόδια επώδυνης κρίσης / ετησίως, μόνο 3/10 στην 5ετία εξακολούθησαν να έχουν τα ίδια επεισόδια. 2/10 που συμμετείχαν με την ACS μόνο 1 εμφάνισε υποτροπή. 1/10 ασθενείς με ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου δεν εμφάνισε νέο συμβάν. Στην ομάδα 2 (αφαιμαζομεταγγίσεις/μεταγγίσεις). Από τους 2/10 ασθενείς που κατά την έναρξη των ΑΦΜ είχαν πολλαπλές επώδυνες κρίσεις, μόνο το 1/10 εμφάνισε >5 επώδυνες κρίσεις κατά την διάρκεια της μελέτης. 2/10 με ιστορικό ACS δεν εμφάνισαν καμία υποτροπή. 4/10 ασθενείς ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου 1 εμφάνισε 5ΙΑ με οντολογικό αποκλεισμό έλεγχο. Από τους 2/10 ασθενείς που συμμετείχαν σε αυτή την ομάδα με πνευμονική υπέρταση, μόνο 1/2 είχε μια επίμονη αιμοδυναμικά σημαντική πνευμονική υπέρταση χωρίς καμία βελτίωση. Στην ομάδα 3 (συνδυασμός υδροξυκαρβαμίδης και αφαιμαζομεταγγίσεων) το 1/10 των ασθενών στην έναρξη εμφάνισαν εξουθενωτικές επώδυνες κρίσεις, δεν παρουσιάσαν καμία επώδυνη κρίση, 2/10 ασθενών με ACS κανέναν δεν είχε εμφάνιση κατά την διάρκεια της παρακολούθησης. Κανέναν από τους 5/10 που είχαν ιστορικό εγκεφαλικού δεν εμφάνισε υποτροπή ή νέο επεισόδιο. Ομοίως από τους 4/4 με πνευμονική υπέρταση, εμφάνισαν βελτίωση, 1/10 με ηπατική νόσο παρέμεινε με σταθερή κλινική εικόνα. Εργαστηριακά υπήρχε μια σημαντική αύξηση της HbS ως επί το πλείστον στην ομάδα 3 (συνδυαστική) έναντι ομάδας 1 (υδροξυκαρβαμίδη) και ομάδα 2 (αφαιμαζομεταγγίσεις). Μια σημαντική αύξηση της Hb υπήρχε στην ομάδα 2 έναντι ομάδας 1 αλλά όχι έναντι ομάδας 3. Παρομοίως, μια σημαντική αύξηση της HbF. Παρατηρήθηκε ως επί το πλείστον στην ομάδα 1 και την ομάδα 3 έναντι της ομάδας 2 που εμφάνισε μείωση. Τέλος, ο MCV αυξήθηκε σημαντικά στην ομάδα 1 και ομάδα 3 έναντι ομάδας 2. Πίνακας:

Παράμετροι	Υδροξυκαρβαμίδη n=10			Μεταγγίσεις/αφαιμαζομεταγγίσεις n=10			Συνδυαστική n=10		
	Εναρξη	Τέλος	p	Εναρξη	Τέλος	p	Εναρξη	Τέλος	p
Hb(g/dl)	9,6±0,91	9,08±0,77	0,844	8,47±1,39	10,44±1,13	<0,001	9,51±1,28	10,99±0,98	<0,01
MCV(fl)	75,9±5,54	97,2±7,08	0,005	76,3±8,76	82,1±3,84	0,014	76,9±5,68	101,4±2,67	<0,01
HbS(%)	2,73±0,76	11,1±3,42	<0,02	2,63±0,71	1,86±0,57	0,012	1,92±0,37	8,55±3,07	<0,01
HbF(%)	87±3,12	77,8±5,5	<0,01	84,1±3,54	48,8±9,10	<0,001	84,1±3,71	34,8±5,05	<0,05
Επώδυνη κρίση	7	3	0,036	2	1	0,3	1	0	0,14
Οξύ θωρακικό	2	1	0,3	2	0	0,1	2	2	0,36
Πνευμονική υπέρταση	0	0	0	2	1	0,3	4	0	0,036
εγκεφαλικό	1	1	0	4	1	0,8	5	0	0,01
Ηπατική νόσος	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Αναιμία	0	0	0	1	0	0	0	0	0

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο συνδυασμός αφαιμαζομεταγγίσεων και υδροξυκαρβαμίδης σε ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο και σοβαρές επιπλοκές από αυτή έχει σημαντικά οφέλη και βελτιώνει το επίπεδο ζωής μειώνοντας σημαντικά τις επιπλοκές. Η βελτίωση των εργαστηριακών δεικτών παρακολούθησης της νόσου, συνάδει με την αντίστοιχη βελτίωση της κλινικής εικόνας και την βελτίωση του επιπέδου ποιότητας ζωής των ασθενών με δρεπανοκυτταρική νόσο.

**7. ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΤΟΠΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ**

Ε. Καλαφάτη<sup>1</sup>, Ε. Παπανικολάου<sup>1,2,3</sup>, Ν. Ανάγνου<sup>2</sup>, Μ. Αγγελούδου<sup>3</sup>, Κ. Κωνσταντόπουλος<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Βιολογίας, <sup>Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών</sup>, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, <sup>ΙΙΒΕΑΑ</sup>, <sup>3</sup>Αιματολογική Κλινική Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το πολλαπλό μυέλωμα είναι μια κακοήθης νόσος των πλασματοκυττάρων, με σοβαρές κλινικές εκδηλώσεις και επιπλοκές. Οι τρέχουσες θεραπευτικές περιλαμβάνουν κλασική χημειοθεραπεία, ανοσοτροποποιητικά φάρμακα, αναστολείς του πρωτεασώματος, και αυτόλογη μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων. Παρόλα αυτά, μεγάλο ποσοστό ασθενών εμφανίζει ανθεκτικότητα στη θεραπεία και υποτροπιάζει ενώ ο μέσος όρος επιβίωσης ανέρχεται στα έξι χρόνια. Στο πλαίσιο εξεύρεσης νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων, χρησιμοποιούνται στέλεχος Edmonston του ιού της ιλαράς ως ογκολυτική θεραπεία του πολλαπλού μυελώματος με ενθαρρυντικά αποτελέσματα (Russell et al, Mayo Clin Proc. 2014 July; 89: 926–933). Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η γονιδιακή θεραπεία με χρήση λεντιικών φορέων, ψευδοτυπωμένων με τις επιφανειακές γλυκοπρωτεΐνες HF του στέλεχους Edmonston του ιού της ιλαράς, που εκφράζουν το γονίδιο της ιντερφερόνης β (IFN-β), σαν εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση του πολλαπλού μυελώματος.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Για την κατασκευή των λεντιικών φορέων παράχθηκαν πλασμίδια, τα οποία εκφράζουν αφενός τις επιφανειακές γλυκοπρωτεΐνες HF του στέλεχους Edmonston του ιού της ιλαράς και αφετέρου την IFN-β. Επίσης κατασκευάστηκαν και λεντιικοί φορείς αναφοράς που εκφράζουν την πράσινη φθορίζουσα πρωτεΐνη (GFP). Η παραγωγή των λεντιικών φορέων έγινε με διαμόλυση της κυτταρικής σειράς 293T. Οι φορείς τιτλοποιήθηκαν με χρήση κυτταρομετρικής ροής και αξιολογήθηκαν ως προς την λειτουργικότητα αλλά και την ικανότητά τους να αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό μυελωματικών κυττάρων στις κυτταρικές σειρές μυελώματος H929 και JLN3. Η επιβίωση των κυττάρων ελέγχθηκε με την μέθοδο χρώσης trypan blue.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο λεντιικός φορέας IFN-β μειώνει σημαντικά (κατά 67,85%, p=0,024) την επιβίωση των κυττάρων, συγκριτικά με τους μάρτυρες οι οποίοι καλλιεργήθηκαν απουσία του λεντιικού φορέα IFN-β. Περαιτέρω ο λεντιικός φορέας GFP προκάλεσε επίσης μείωση της επιβίωσης αλλά σε χαμηλότερο και όχι στατιστικά σημαντικό ποσοστό σε σχέση με τους μάρτυρες (συγκεκριμένα κατά 54,5%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα πρώιμα αυτά αποτελέσματα υποδηλώνουν την συνεργιστική δράση μεταξύ των γλυκοπρωτεϊνών HF του στέλεχους Edmonston του ιού της ιλαράς και της έκφρασης του διαγονιδίου της IFN-β και αποτελούν το έναυσμα για μια νέα θεραπευτική προσέγγιση του πολλαπλού μυελώματος.

**6. Η ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΔΡΟΞΥΚΑΡΒΑΜΙΔΗΣ ΚΑΙ ΔΕΦΕΡΑΣΙΡΟΞΗΣ ΣΕ ΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΔΡΩΝΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΙΚΑ, ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΕΦΕΡΑΣΙΡΟΞΗΣ ΜΟΝΟ**

Σ. Ντελικού<sup>1</sup>, Μ. Λιόση<sup>2</sup>, Α. Σαντούρη<sup>3</sup>, Ζ. Παλλαντζά<sup>2</sup>, Ν. Γαλιατσάτος<sup>3</sup>, Κ. Μαραγκός<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>Βιοχημικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η δρεπανοκυτταρική νόσος είναι από τις πιο κοινές σοβαρές μονογονιδιακές διαταραχές. Η Υδροξυουρία (ΗΥ) θεωρείται ότι είναι η πιο επιτυχημένη φαρμακευτική θεραπεία για την δρεπανοκυτταρική νόσο, ενώ οι μεταγγίσεις ή οι αφαιμαζομεταγγίσεις χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια στην αντιμετώπιση ασθενών με σοβαρές επιπλοκές (>3 αγγειοσπαστικές κρίσεις ετησίως ή εμφάνιση οξέως θωρακικού συνδρόμου ή επίμονης συμπτωματικής σοβαρής αναιμίας και σχετίζεται με βελτίωση τόσο των αιματολογικών τους παραμέτρων όσο και της κλινικής τους εικόνας. Ο συνδυασμός μεταγγίσεων και υδροξυουρίας προάγει την παραγωγή αιμοσφαιρίνης F και μειώνει τη συχνότητα των επώδυνων κρίσεων. Ως επιπλοκή των μεταγγίσεων είναι η ανάπτυξη δευτεροπαθούς αιμοχρωμάτωσης.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 18 ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο μέσης ηλικίας 46,5 ετών Α/Γ:Β/10. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες αναλόγως της λαμβανόμενης αγωγής: μεταγγίσεις ή αφαιμαζομεταγγίσεις, είτε σε συνδυαστική μεταγγίσεις ή αφαιμαζομεταγγίσεις και υδροξυκαρβαμίδης. Βασική προϋπόθεση ήταν η χορήγηση >20 μεταγγίσεων για την έναρξη δεφερασιρόξης (περίπου 100 ml/kg PRBC). Η ημερήσια δόση της υδροξυκαρβαμίδης που χορηγήθηκε ήταν 10-30mg/kg και της δεφερασιρόξης 10-30mg/kg. Σε όλους τους ασθενείς υπήρχε μηνιαία κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας, επίπεδα φερρίτινης ορού που αντανάκλων το συνολικό φορτίο σιδήρου και τον βαθμό ηπατικής αιμοχρωμάτωσης LIC μετά από απεικόνιση με MRI χρησιμοποιώντας την εξίσωση του Gandon στην αρχή και στο τέλος της μελέτης. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 12 μήνες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι διαφορές μεταξύ έναρξης και τέλους της μελέτης υπολογίστηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα MedCalc Version 16. Η στατιστική ανάλυση έγινε με t-test for 2 depended means. Σημαντικά στατιστικά p<0,05. Τα αποτελέσματα φαίνονται στους πίνακες που ακολουθούν.

N=10	Ασθενείς που υποβάλλονταν μόνο σε μεταγγίση			p	N=8	Ασθενείς που υποβάλλονταν σε συνδυαστική θεραπεία			
	Εναρξη	Τέλος μελέτης	Μέση διαφορά			Εναρξη	Τέλος μελέτης	Μέση διαφορά	p
φερρίτινη	3391,9	2755,6	636,3	<b>0,042</b>	φερρίτινη	1465	493	971,25	0,034
LIC	13,57	11,08	2,49	0,14	LIC	7,66	3,35	2,56	0,0022
SGOT	70,6	53,5	17,1	0,004	SGOT	63,12	39,12	20	0,020
SGPT	57,5	40,1	17,4	0,0012	SGPT	57,62	37,6	20	0,020
LDH	289,1	247,6	141,5	0,0038	LDH	468,75	195	273,75	0,04
Cr	0,92	1,17	-0,25	0,887	Cr	0,75	0,95	0,56	<b>0,004</b>

Η στατιστική διαφορά και στις 2 ομάδες κατά την διάρκεια της αγωγής με δεφερασιρόξης ήταν σημαντική για την φερρίτινη, το LIC, SGOT, SGPT, και LDH ενώ δεν υπήρχε ιδιαίτερη στατιστική διαφορά στην κρεατινίνη. Στην συνέχεια υπολογίστηκε η συσχέτιση LIC και φερρίτινης μεταξύ των δύο ομάδων με T-Test Calculator for 2 Independent Means. Η διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων στο τέλος της μελέτης ήταν στατιστικά σημαντική p=0,2608 για την φερρίτινη και p=0,036007 για το LIC.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρήση συνδυαστικών θεραπευτικών πρακτικών τα τελευταία χρόνια έχουν ως σκοπό την προαγωγή της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η εφαρμογή μεταγγίσεων ή αφαιμαζομεταγγίσεων σε συστηματική βάση με σύγχρονη χορήγηση υδροξυκαρβαμίδης και αποσιδήρωσης βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η συγχρόνηση υδροξυκαρβαμίδης και δεφερασιρόξης δίνει συνεργικά προς το μέρος της αποσιδήρωσης. Αξιοσημειώτης είναι η βελτίωση της ηπατικής λειτουργίας και της ταχύτερης ηπατικής αποσιδήρωσης στην ομάδα της συνδυαστικής θεραπείας. Εξίσου σημαντική όμως είναι και η φυσιολογική νεφρική λειτουργία και στις 2 ομάδες ασθενών.

**8. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΡΕΛΙΠΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΧΩΡΙΣ ΧΡΗΣΗ ΑΛΛΟΓΕΝΟΥΣ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Π. Δούκας, Μ. Υφαντί

Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η Παθολογική μας Κλινική παρουσιάζει την ενδεκαετή εμπειρία της στην Ανάμιξη Ιατρική, στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών.

**ΥΛΙΚΟ:** Είχαμε την πλήρη ευθύνη ή συμμετείχαμε ενεργά στη διαχείριση 236 ασθενών κατά το διάστημα 2006-2016, στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, οι οποίοι αντιμετώπιστηκαν χωρίς τη χορήγηση αλλογενούς αίματος.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ακολουθήσαμε τις αρχές της Διαχείρισης Αίματος Ασθενούς (Patient Blood Management). Διαγνώσαμε και θεραπεύσαμε την υποκείμενη νόσο, αντιμετώπισαμε άμεσα την οξεία αιμορραγία με τη συνδρομή των αναλόγων ειδικοτήτων, υποστηρίξαμε τους ασθενείς μας με ενδοφλέβιο σίδηρο, βιταμίνες, τρανσεξαμικό οξύ, ερυθροποιητίνη. Χρησιμοποιήθηκαν αναισθησιολογικά και χειρουργικές τεχνικές όπως η ισογκαιμική αιμοαραίωση, το cell-saver, ενδοσκοπικές και επεμβατικές μέθοδοι, η λαπαροσκοπική και ρομποτική χειρουργική καθώς το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών είναι πρωτόπορο σε αυτές τις τεχνικές.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε ανάλυση, διαχειριστήκαμε 95 παθολογικά, 34 ογκολογικά, 23 γαστρεντερολογικά, 21 ορθοπαιδικά, 21 αιματολογικά, 20 γενικής χειρουργικής, 2 καρδιοχειρουργικά, 6 ουρολογικά, 4 γυναικολογικά, 3 νεφροχειρουργικά, 2 αγγειοχειρουργικά και 5 θωρακοχειρουργικά περιστατικά.

Η ετήσια κατανομή των περιστατικών είναι η ακόλουθη: 15 το 2006, 26 το 2007, 18 το 2008, 23 το 2009, 17 το 2010, 16 το 2011, 6 το 2012, 10 το 2013, 16 το 2014, 33 το 2015 και 56 το 2016.

Η κλινική εμπειρία των γιατρών που συμμετείχαν στην ανάμικτη αντιμετώπιση των ασθενών καθώς και η κατάλληλη χρήση της νέας τεχνολογίας συνέβαλαν στην ευνοϊκή τους έκβαση. Ως αποτέλεσμα ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών απευθύνεται στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών για ποιοτική διαχείριση χωρίς τη χορήγηση αλλογενούς αίματος.

## 9. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΑΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Π. Ρουσόπουλος<sup>1</sup>, Α. Αργυρίου<sup>1</sup>, Ε. Καστρίτης<sup>2</sup>, Ο. Τσιτσιλιώνη<sup>1</sup>, Μ. Δημόπουλος<sup>2</sup>, Ε. Τέρπος<sup>2</sup>, Ι. Κωστόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τομέας Φυσιολογίας Ζώων & Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρά τις θεραπευτικές εξελίξεις που προσφέρουν σαφή επιμήκυνση της ολικής επιβίωσης των ασθενών, το Πολλαπλούν Μυέλωμα (ΠΜ) παραμένει μία μη ιάσιμη πλασματοκυτταρική δυσκρασία. Η παρουσία Ελάχιστης Υπολειμματικής Νόσου (ΕΥΝ) μετά τη θεραπεία αποτελεί έναν εξαιρετικό βιοδείκτη της κλινικής πορείας των ασθενών, καθώς η παρουσία της έχει συσχετισθεί με πρώτη υποτροπή της νόσου και βραχύτερη ολική επιβίωση. Ωστόσο, το βιολογικό υπόβαθρο που εξηγεί την κλινική επιδείνωση παραμένει άγνωστο. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η ανάλυση του προτύπου αιμοποίησης σε ασθενείς με ΠΜ σε πλήρη ύφεση και η συσχέτιση του με την παρουσία ή όχι ΕΥΝ.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν 40 δείγματα μυελού των οστών από ασθενείς με ΠΜ (22 ΕΥΝ- και 18 ΕΥΝ+) με την καταμέτρηση των επιμέρους κύριων αιμοποιητικών υποπληθυσμών. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με πολυχρωματική κυτταρομετρία ροής και την ανοσοφαινοτυπική αξιολόγηση των επιφανειακών δεικτών CD19, CD27, CD38, CD45, CD56, CD81, CD117, CD138 και των ενδοκυττάρων κ και λ αλυσίδων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η επεξεργασία των δεδομένων ανέδειξε διαφορές στον καταμερισμό των κύριων αιματοποιητικών υποπληθυσμών μεταξύ ΕΥΝ+και ΕΥΝ- δειγμάτων. Ποσοτικά, στα ΕΥΝ+ δείγματα παρατηρήθηκε αυξημένη ενεργοποίηση της λεμφικής σειράς, καθώς είχαν εμφανώς περισσότερα T και NK κύτταρα και ελαφρώς περισσότερα B κύτταρα σε σχέση με τα ΕΥΝ- δείγματα. Ποιοτικά, η B σειρά στα ΕΥΝ+ δείγματα περιείχε κυρίως πρόδρομα B κύτταρα και B κύτταρα μνήμης, ενώ η αντίστοιχη B σειρά των ΕΥΝ- δειγμάτων περιείχε κυρίως παρήνευ B κύτταρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν σημαντικές ποιοτικές και ποσοτικές διαφορές στο αιμοποιητικό πρότυπο των ΕΥΝ+ και ΕΥΝ- ασθενών με ΠΜ.

## 11. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΙΝΤΑΝΥΛΗΣ Ή ΡΕΜΙΦΕΝΤΑΝΥΛΗΣ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

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

<sup>1</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ζακύνθου, <sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Ζακύνθου

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσας μελέτης αποτελεί η σύγκριση της ολικής ενδοφλέβιας αναισθησίας με τη χορήγηση φαιντανύλης ή ρεμφεντανύλης αναφορικά με το επίπεδο της μετεγχειρητικής αναλγησίας σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 47 ασθενείς κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2016 - Οκτώβριος 2016, ηλικίας: 28-64ετών, ASA: I-II, βάρους: 78.5±8.5kg οι οποίοι υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή υπό γενική αναισθησία. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες, την ομάδα Α (n=23) όπου χορηγήθηκε φαιντανύλη και την ομάδα Β (n=24) όπου χορηγήθηκε ρεμφεντανύλη. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν το ίδιο πλάνο γενικής αναισθησίας, ενώ κάθε 5min γινόταν καταγραφή των ζωτικών σημείων. Η αξιολόγηση του πόνου πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την κλίμακα Visual Analogue Scale (VAS: 0-10) και με την αναγκαιότητα κατανάλωσης αναλγητικών (50mg πεθιδίνης im, για VAS ≥5) στις 1, 3, 6, 12, 24 ώρες μετεγχειρητικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και οι διαφορές μεταξύ των ζωτικών σημείων των δύο ομάδων ήταν μη στατιστικά σημαντικές. Αναφορικά με το επίπεδο αναλγησίας η ομάδα Β παρουσίασε μία τάση υπεροχής, μη στατιστικά σημαντική, συγκριτικά με την ομάδα Α την 1η (5.61±2.32 έναντι 7.26±2.38, p=0.063, αντίστοιχα) και 3η (4.48±1.56 έναντι 6.14±1.84, p=0.061, αντίστοιχα) μετεγχειρητική ώρα. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ της ομάδας Β έναντι της Α την 6η (3.21±1.92 έναντι 4.16±2.27, p=0.58, αντίστοιχα), 12η (2.38±1.87 έναντι 3.62±2.04, p=0.743, αντίστοιχα) και 24η (1.28±0.52 έναντι 1.53±0.94, p=0.812, αντίστοιχα), μετεγχειρητική ώρα. Μεταξύ των δύο ομάδων, τάση για αυξημένες ανάγκες επιπρόσθετης χορήγησης αναλγησίας εμφάνισε η ομάδα Α την 1η και 3η μετεγχειρητική ώρα συγκριτικά με την ομάδα Β (p>0.05).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή και έλαβαν ρεμφεντανύλη παρουσίασαν μια ικανοποιητικότερη αναλγητική μετεγχειρητική πορεία συγκριτικά με εκείνους που έλαβαν φαιντανύλη.

## 10. Η ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΠΕΘΙΔΙΝΗΣ ΚΑΙ ΡΟΠΙΒΑΚΑΪΝΗΣ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΟΛΙΚΗΣ Ή ΥΦΟΛΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗΣ

Μ. Αγγελίδη<sup>1</sup>, Α. Αγγελίδη<sup>1</sup>, Α. Μπάστας<sup>1</sup>, Π. Καψαμπέλης<sup>1</sup>, Ε. Πάλλη<sup>1</sup>, Π. Κάντας<sup>2</sup>, Α. Ρένεσης<sup>2</sup>, Ι. Τουρική<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ζακύνθου, <sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ζακύνθου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση της επίδρασης της ενδοπεριτοναϊκής έγχυσης πεθιδίνης και ροπιβακαΐνης για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού άλγους σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική ή υφολική υστερεκτομή.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 19 ασθενείς ASA: I-II, ηλικίας: 44-68ετών, βάρους: 73.5±7.5kg οι οποίες τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες: ομάδα Α (n=15) όπου έλαβαν 100mg πεθιδίνης ενδοπεριτοναϊκά και την ομάδα Β (n=14) όπου έλαβαν 10ml διαλύματος υδροχλωρικής ροπιβακαΐνης 0,75% ενδοπεριτοναϊκά. Όλες οι ασθενείς ακολούθησαν το ίδιο πλάνο αναισθησίας και κάθε 5min γινόταν καταγραφή των ζωτικών σημείων. Η αξιολόγηση του πόνου πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την κλίμακα κλίμακα Visual Analogue Scale (VAS:0-10) και υπολογίστηκε η αναγκαιότητα κατανάλωσης αναλγητικών (100mg τραμαδόλη im, για VAS ≥5) στις 1, 3, 6, 12, 24 ώρες μετεγχειρητικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Οι διαφορές μεταξύ των ζωτικών σημείων και της διάρκειας επέμβασης μεταξύ των δύο ομάδων ήταν στατιστικά μη σημαντικές. Η ομάδα Β παρουσίασε μία τάση υπεροχής, μη στατιστικά σημαντική, ως προς το επίπεδο αναλγησίας συγκριτικά με την ομάδα Α την 1η (5.19±2.74 έναντι 6.86±2.81, p=0.069, αντίστοιχα) και 3η (4.62±1.82 έναντι 5.78±1.45, p=0.078, αντίστοιχα) μετεγχειρητική ώρα. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ της ομάδας Β έναντι της Α την 6η (2.73±1.84 έναντι 3.15±2.02, p=0.726, αντίστοιχα), 12η (1.73±1.36 έναντι 2.09±1.79, p=0.814, αντίστοιχα) και 24η (1.04±0.48 έναντι 1.22±0.63, p=0.856, αντίστοιχα), μετεγχειρητική ώρα. Αριθμητικά αυξημένες ανάγκες επιπρόσθετης χορήγησης αναλγησίας παρουσίασε η ομάδα Α την 1η και 3η μετεγχειρητική ώρα συγκριτικά με την ομάδα Β (p>0.05).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Και τα δύο προαναφερόμενα σχήματα φαίνεται ότι παρέχουν αξιολογικά μετεγχειρητικής αναλγησίας σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις ολικής ή υφολικής υστερεκτομής με κάποια μη στατιστικά σημαντική υπεροχή της ενδοπεριτοναϊκής έγχυσης του διαλύματος της υδροχλωρικής ροπιβακαΐνης.

## 12. Η ΧΩΡΟΤΑΞΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΙΗΘΟΥΝΤΩΝ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟ CD8 ΚΑΙ CD163 ΑΝΟΣΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΩΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σ. Φορτής<sup>1</sup>, Μ. Σοφόπουλος<sup>2</sup>, Ν. Σωτηριάδου<sup>2</sup>, Χ. Χαρίτος<sup>1</sup>, Ε. Αναστασοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Βαξεβάνη<sup>1</sup>, Ν. Αρνογιαννάκη<sup>2</sup>, Σ. Περέζι<sup>1</sup>, Κ. Μπαξεβάνη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κέντρο Ανοσολογίας και Ανοσοθεραπείας του Καρκίνου, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος που διηθούν τον όγκο είναι σημαντικά για την εξέλιξη του καρκίνου, ενώ σε διάφορους τύπους καρκίνου έχουν βρεθεί να συμπληρώνουν ή/και να υποκαθιστούν την σταδιοποίηση κατά TNM. Τα CD8+ και CD163+ κύτταρα έχουν προγνωστικό ρόλο στον καρκίνο του μαστού, αλλά η χωροταξική τους κατανομή δεν έχει διερευνηθεί εκτενώς. Στην παρούσα εργασία, η παρουσία και ο συνδυασμός αυτών εξετάζονται ως προγνωστικοί βιοδείκτες στο κέντρο του όγκου (TC) και το διηθητικό μέτωπο (IM). Στόχος είναι η δημιουργία εννοικών ή μη ανοσολογικών προγνωστικών υπογραφών που θα χαρακτηρίζουν ομάδες ασθενών ως προς την κλινική εξέλιξη.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Τα CD8+ και CD163+ κύτταρα ποσοτικοποιήθηκαν με ανοστοχοχημία στο TC και IM σε σύνολο 162 ασθενών με ιστολογικά επιβεβαιωμένο πορογενή, μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Κλινική παρακολούθηση (μέσος όρος 6.9 χρόνια) ήταν διαθέσιμη για 97 από αυτές τις ασθενείς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Υψηλά CD8 στο TC και χαμηλά στο IM και το αντίστροφο προφίλ (χαμηλά CD163 στο TC και υψηλά στο IM) βρέθηκαν να έχουν καλύτερη κλινική ανταπόκριση και επέτρεψαν την καλύτερη κατηγοριοποίηση των ασθενών από ότι τα εγκαθιδρυμένα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά. Η συνδυαστική αξιολόγηση της πυκνότητας των CD8+ και CD163+ κυττάρων στο TC και στο IM επέτρεψε την δημιουργία ανοσολογικών «υπογραφών» που μπορούν να αποτελούν ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη στον καρκίνο του μαστού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Για πρώτη φορά υποστηρίζεται πως η διαφορική χωροταξική κατανομή ανοσοκυττάρων στα διαφορετικά διαμερίσματα του όγκου έχει προγνωστική αξία στο καρκίνο του μαστού. Τέλος, ο συνδυασμός των CD8+ και CD163+ για την δημιουργία «υπογραφών» επιτρέπει την καλύτερη κατηγοριοποίηση ασθενών προχωρημένου σταδίου από ότι οι εγκαθιδρυμένοι κλινικοπαθολογικοί δείκτες.

### 13. ΥΓΡΗ ΒΙΟΨΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΩΣ ΠΙΘΑΝΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σ. Φώρτης<sup>1</sup>, Χ. Βαξεβάνης<sup>1</sup>, Ν. Σωτηριάδου<sup>2</sup>, Μ. Σοφόπουλος<sup>2</sup>, Χ. Χαρίτος<sup>1</sup>, Ν. Αρ-νογιαννάκης<sup>2</sup>, Σ. Περεζ<sup>1</sup>, Κ. Μπαξεβάνης<sup>1</sup>, Λ. Μαχαιρά<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Κέντρο Ανοσολογίας και Ανοσοθεραπείας του Καρκίνου, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο καρκίνος του μαστού (BCa) είναι η πιο κοινή κακοήθεια μεταξύ των γυναικών. Θεραπείες που καθορίζονται από το στάδιο, τον βαθμό διαφοροποίησης (Grade), την έκφραση του ογκογονιδίου HER-2/neu και ορμονικών υποδοχέων, έχουν αυξημένα ποσοστά επιτυχίας σε BCa ασθενείς. Ωστόσο, η διακύμανση στα ποσοστά ανταπόκρισης των ασθενών με διαφορετικά κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά απαιτεί την αναζήτηση νέων προγνωστικών/προβλεπτικών βιοδεικτών. Ο βαθμός διήθησης των όγκων από ανοσοκυτταρικούς υποπληθυσμούς, ή χωροταξική κατανομή καθώς και ο συνδυασμός τους έχουν προγνωστικό ή/και προβλεπτικό ρόλο στον BCa. Ταυτόχρονα, miRNAs του περιφερικού αίματος (είτε κυκλοφορούντα, είτε απομονωμένα από τα PBMCs ασθενών), παίζουν σημαντικό ρόλο στον καρκίνο αλλά και την ανοσολογική απόκριση. Στην παρούσα εργασία διερευνήσαμε πιθανές συσχετίσεις αυτών των miRNAs της κυκλοφορίας με ανοσοκυτταρικούς υποπληθυσμούς εντός του όγκου και με κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Περιφερικό αίμα συλλέχθηκε μία μέρα πριν το χειρουργείο από ασθενείς με διηθητικό πορογενή μη μεταστατικό BCa (n=50). Στον ορό και σε απομονωμένα PBMCs ασθενών με RT-PCR προσδιορίστηκαν τα επίπεδα έκφρασης miRNAs (miR-16, miR-21, miR-23a, miR-146a, miR-155, miR-181a). Παράλληλα, στον αφαιρούμενο όγκο των ασθενών, εκτός από τα εγκαθιδρυμένα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά, προσδιορίστηκε και η διήθηση από ανοσοκυτταρικούς υποπληθυσμούς (CD4, CD8, CD3, FoxP3, CD163) με ανοσοϊστοχημεία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα επίπεδα έκφρασης των κυκλοφορούντων παραγόντων φαίνεται να διαφοροποιούνται μεταξύ ασθενών με BCa και υγιών δοτών. Επίσης, ισχυρές συσχετίσεις παρατηρούνται μεταξύ των παραγόντων της κυκλοφορίας, της διήθησης του όγκου από ανοσο-κυτταρικούς υποπληθυσμούς καθώς και των εγκαθιδρυμένων κλινικοπαθολογικών χαρακτηριστικών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ευρήματα αναδεικνύουν την ισχυρή συσχέτιση παραγόντων του περιφερικού αίματος με στοιχεία/παραγόντες που εντοπίζονται ή/και χαρακτηρίζουν τον όγκο στον BCa. Στόχος είναι η ταυτοποίηση αξιόπιστων βιοδεικτών που αντανακλούν το μικροπεριβάλλον του όγκου με ελάχιστα παρεμβατικές μεθόδους.

### 15. ΗΛΑ ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΠΡΩΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

Β. Κίτσιου, Δ. Κουνιάκη, Κ. Σουφλερός, Θ. Αθανασιάδης, Α. Τάραση, Κ. Αμπελακίω-του, Σ. Πομώνη, Α. Μπλέτσα, Ι. Χαρωνίτη, Α. Τσιρογιάννη  
*Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η κοιλιοκάκη, μια χρόνια αυτοάνοση νόσος που εμφανίζεται με δυσανεξία στη γλουτένη σε άτομα με γενετική προδιάθεση, προσβάλλει το 1-2% των Καυκασίων, αναφέρεται δε συχνότερα σε συγγενείς ασθενών με κοιλιοκάκη. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση γενετικών/ορολογικών δεικτών στη διερεύνηση και εκτίμηση της συχνότητας της κοιλιοκάκης σε οικογένειες ασθενών με τη νόσο, στον Ελληνικό πληθυσμό.

**ΥΛΙΚΟ:** Σε 29 ασθενείς και 101 συγγενείς πρώτου βαθμού-γονείς, αδέρφια, παιδιά τυποποιήθηκαν τα HLA-DQA1\*/DQB1\* αλληλγία, με μοριακές high resolution τεχνικές (PCR-SSP). Επίσης προσδιορίστηκαν τα αυτοαντισώματα έναντι ιστικής τρανσγλουταμίνης (tTG) και ενδομυϊού (EmA) με ELISA και έμμεσο ανοσοφθορισμό, αντίστοιχα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τουλάχιστον ένα HLA αλληλγίο που συσχετίζεται με κοιλιοκάκη ανιχνεύτηκε σε 28/29 (96.5%) των ασθενών και σε 75/101 (74.3%) των συγγενών. Συγκεκριμένα, 86 (66.1%) βρέθηκαν θετικοί για HLA-DQ2, 12 (9.2%) για -DQ8 και 7 (5.3%) για -DQ2/8. Ο απλότυπος HLA-DQA1\*05:01/DQB1\*02:01 εκφραζόταν σε 70 (53.8%), -DQA1\*02:01/DQB1\*02:02 σε 19 (14.6%), -DQA1\*03:01/DQB1\*03:02 σε 17 (13.1%), -DQA1\*03:03/DQB1\*02:02 σε 7 (5.4%), -DQA1\*03:02/DQB1\*03:02 σε 1 (0.8%) και -DQA1\*03:01/DQB1\*03:05 σε 1 (0.8%), άτομα. Θετικά αυτοαντισώματα ανιχνεύθηκαν σε 50 άτομα (29 ασθενείς/21 συγγενείς) από τα οποία 41 εξέφραζαν το HLA-DQ2 αλληλγίο, 8 το -DQ8 και 1 κανένα από τα δύο. Σε 56 άτομα (43.1%), με υψηλό κίνδυνο HLA αλληλγία, δεν ανιχνεύθηκαν θετικά αυτοαντισώματα. Ο έλεγχος οδήγησε στην αποκάλυψη 21 αγνώστων περιπτώσεων κοιλιοκάκης (4 γονείς, 10 παιδιά, 7 αδέρφια).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από τα στοιχεία της μελέτης μας προκύπτει ότι η συχνότητα της κοιλιοκάκης, σε πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών, εμφανίζεται υψηλότερη (20.8%) αυτής του γενικού πληθυσμού. Δεδομένου δε, ότι η κοιλιοκάκη χαρακτηρίζεται συχνά από άτυπη κλινική συμπτωματολογία, η διερεύνηση με γενετικούς και ορολογικούς δείκτες, κυρίως ομάδων υψηλού κινδύνου, φαίνεται να αποτελεί εργαλείο έγκαιρης διαγνωστικής προσέγγισης.

### 14. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΑΜΦΙΣΒΗΤΟΥΜΕΝΗΣ ΠΑΤΡΟΤΗΤΑΣ/ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Δ. Κουνιάκη<sup>1</sup>, Α. Τάραση<sup>1</sup>, Β. Κίτσιου<sup>1</sup>, Θ. Αθανασιάδης<sup>1</sup>, Μ. Γαροφαλάκη<sup>1</sup>, Ε. Ρόμπο-λα<sup>1</sup>, Κ. Πανούλης<sup>2</sup>, Χ. Παπαστεριάδη<sup>1</sup>, Γ. Κρεατσάς<sup>2</sup>, Α. Τσιρογιάννη<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, <sup>2</sup>Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Αρεταιείο Νοσοκομείο-ΕΚΠΑ, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο έλεγχος του γενετικού προφίλ μέσω των μοριακών δεικτών Short Tandem Repeats (STRs) χρησιμοποιείται μεταξύ άλλων και στη διερεύνηση αμφισβητούμενης πατρότητας/μητρότητας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της συμβολής 16 γενετικών τόπων STRs στην επίλυση περιστατικών αμφισβητούμενης γονικότητας.

**ΥΛΙΚΟ:** Σε δείγματα περιφερικού αίματος ή/και παρειακού επιχρίσματος 489 ατόμων (168 περιπτώσεις διερεύνησης πατρότητας και 3 μητρότητας-147 trios/24 duos) ελέγχθηκαν 16 STRs πολυμορφισμοί:D10S1248, vWA, D16S539, D2S1338, D8S1179, D21S11, D18S51, D22S1045, D19S433, TH01, FGA, 2S441, D3S1358, D1S1656, D12S391, SE33. Οι δείκτες Power of exclusion (PE), Random man not excluded (RMNE), Combined Parentage Index (CPI), Probability of parentage (W) υπολογίστηκαν με βάση την συχνότητα των STRs αλληλίων στους Καυκάσιους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε 43 περιπτώσεις (31 trios/12 duos) αποδείχθηκε ο αποκλεισμός της γονικότητας, με τεκμήρια αποκλεισμού σε >3 γενετικούς τόπους. Σε 128 περιπτώσεις (116 trios/12 duos) η γονικότητα δεν αποκλείστηκε. Ο CPI κυμάνθηκε από 15.173:1 (duo) έως 6,76x10<sup>13</sup>:1 (trio), με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ trios και duo. OW κυμάνθηκε από 0,9999340978 (duo) έως 0,999999999999 (trio). Ο RMNE υπολογίστηκε από 1,46x10<sup>-4</sup> έως 8,83x10<sup>-12</sup>, ενώ ο PE ξεπέρασε το 99,9999%. Παράλληλα, καταγράφησαν επτά μεταλλάξεις:SE33, D10S1248, vWA, D12S391(2), D2S1338, D21S11 και 1 Null allele (SE33) σε ισάριθμες περιπτώσεις αμφισβητούμενης γονικότητας (8/128, 6,25%), (7 trios/1 duo). Η αναλογία πατρικής έναντι μητρικής μετάλλαξης ήταν 6:1. Δεν προέκυψε αποκλεισμός συγγένειας, καθότι ο αποκλεισμός απαιτεί δύο ασυμβατότητες κατ' ελάχιστον. Η γονικότητα επιβεβαιώθηκε και μέσω του Human Leukocyte Antigens (HLA) συστήματος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρήση των STRs γενετικών τόπων αποτελεί την πλέον σύγχρονη προσέγγιση πιστοποίησης γονικότητας με δυνατότητα επίλυσης περιπτώσεων έως 2ου βαθμού συγγένειας. Προτείνεται ο έλεγχος της μητέρας σε όλες τις περιπτώσεις προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος εσφαλμένου μη αποκλεισμού και η χρήση ενός δεύτερου γενετικού συστήματος, στην περίπτωση παρουσίας μεταλλάξεων, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα ψευδούς αποκλεισμού.

### 16. ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΩΤΕΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΙΔΙΑΚΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ

Α. Σαραντόπουλος<sup>1</sup>, Α. Νοτόπουλος<sup>2</sup>, Ι. Κούλας<sup>1</sup>, Ι. Γκουγκουρέλας<sup>1</sup>, Μ. Μυτηλιναί-ου<sup>1</sup>, Α. Γεωργιάδου<sup>1</sup>, Π. Μπούρα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Β' Παθολογική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (ΡΑ) αποτελεί το συχνότερο συστηματικό αυτοάνοσο νόσημα, ενώ παράλληλα αποτελεί ένα από τα νοσήματα με την ευρύτερη γενετική έρευνα. Ανοσογενετικές μελέτες έχουν καταγράψει τη θετική συσχέτιση διάφορων γονιδιακών θέσεων με επίπτωση νόσου ή/και προφίλ αυτής. Εντούτοις, η περιγραφή γονιδιακών θέσεων που να σχετίζονται αρνητικά με την επίπτωση της ΡΑ έχει να καταδείξει ελάχιστες αναφορές. Μετά την αρχική σχετική αναφορά σε αλληλία HLA τάξης II, δεν έχει προκύψει οποιαδήποτε γονιδιακή σχέση που να σχετίζεται προστατευτικά με τη νόσο.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε ανοσογενετική αποτύπωση των επτά εξονίων του TRAF1 γονιδίου (TNF receptor associated factor 1 - πρωτεΐνη που συμμετέχει στο ενδοκυττάριο μονοπάτι της TNF σηματοδότησης). Μελετήθηκαν 172 ασθενείς και 95 controls. Στη θέση 9:120905076, του εξονίου 7, περιγράφηκε στην ομάδα controls ο πολυμορφισμός G/A (rs143265058), ο οποίος δεν επιβεβαιώθηκε σε κανέναν από τους ασθενείς. Περαιτέρω λειτουργική πρωτεομική μελέτη του πολυμορφισμού με υπολογιστικά προγράμματα (software), αποκάλυψε ότι η παρουσία του συγκεκριμένου πολυμορφισμού οδηγεί σε διαφοροποίηση της τεταρτοταγούς δομής της TRAF1 πρωτεΐνης, επηρεάζοντας ενδεχομένως τη συνοχή της ενδοκυττάριας TNF σηματοδότησης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη μετά από 40 έτη περιγραφή προστατευτικής γονιδιακής θέσης για τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, ενώ πρωτοπορεί στη χρήση ερμησομένης πληροφορικής για την αποτύπωση της τεταρτοταγούς δομής της κωδικοποιημένης πρωτεΐνης. Παράλληλα, αποτελεί μια από τις ελάχιστες ανοσογενετικές μελέτες που διεισδύει στη λειτουργική πρωτεομική της κωδικοποιημένης πρωτεΐνης, αποτυπώνοντας σε μοριακό επίπεδο τις διαταραχές σύνδεσης που επηρεάζουν τη μεταβίβαση μηνύματος στο ενδοκυττάριο μονοπάτι της TNF σηματοδότησης.

## 17. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ BELIMUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Π. Αθανασίου<sup>1</sup>, Χ. Κατσαβούνη<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Α. Τζαναβάρη<sup>1</sup>, Θ. Μπαντή<sup>1</sup>, Ι. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», <sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.

Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι πολυσυστηματική αυτοάνοση νόσος που προσβάλλει καθ' υπερκοινή γυναικεία αναπαραγωγικής ηλικίας. Μέχρι πρόσφατα, υπήρχε έλλειψη εξειδικευμένων φαρμάκων για τη νόσο, που αντιμετωπιζόταν κυρίως με κορτικοστεροειδή σε ποικίλη δοσολογία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή ομάδας ασθενών με ΣΕΛ υπό αγωγή με belimumab και η περιγραφή της επίδρασης της θεραπείας με belimumab στις εκδηλώσεις της νόσου, τα εργαστηριακά ευρήματα και τη λοιπή φαρμακευτική αγωγή.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Περιγράφεται ομάδα 8 ασθενών με ΣΕΛ, 7 θηλέων και 1 άρρενος. Οι ασθενείς διαγνώστηκαν με ΣΕΛ και είχαν αρθραλγίες, δερματικές εκδηλώσεις, κόπωση και σε μια περίπτωση πνευμονική ίνωση. Οι ασθενείς είχαν ελαττωμένα επίπεδα C3 και C4. Στους ασθενείς χορηγήθηκε belimumab.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μετά τη χορήγηση belimumab οι αρθραλγίες υποχώρησαν, οι δερματικές εκδηλώσεις βελτιώθηκαν σε όλους τους ασθενείς και η κόπωση υποχώρησε πλήρως σε όλους τους ασθενείς, εκτός από την ασθενή με πνευμονική ίνωση, στην οποία η κόπωση βελτιώθηκε σημαντικά. Τα επίπεδα C3 και C4 αυξήθηκαν από 77.8±3.5 ng/ml πριν σε 81.5±13.5 ng/ml μετά (p=0.001) και από 10.25±0.9 ng/ml πριν σε 15.37±2.51 ng/ml (p<0.001) μετά τη θεραπεία με belimumab, αντίστοιχα. Τα επίπεδα ΤΚΕ ελαττώθηκαν από 27.13±4.7 mm/h σε 13.12±4.01 mm/h μετά τη χορήγηση belimumab. Η δόση των χορηγούμενων κορτικοστεροειδών ελαττώθηκε σε όλους τους ασθενείς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το belimumab είναι καινοτόμος θεραπευτικός παράγοντας για την αντιμετώπιση του ΣΕΛ. Βελτιώνει τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, όπως η κόπωση, οι αρθραλγίες και οι δερματικές εκδηλώσεις. Τα χαρακτηριστικά εργαστηριακά ευρήματα της νόσου, όπως τα επίπεδα του συμπληρώματος και οι δείκτες φλεγμονής επίσης βελτιώνονται. Ο καινοτόμος θεραπευτικός παράγοντας belimumab φαίνεται ότι είναι μια χρήσιμη και απαραίτητη προσθήκη στο οπλοστάσιο των ιατρών για τη διαχείριση και αντιμετώπιση του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου.

## 19. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΦΥΛΟΥ, ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ (ΚΝΜ)

Ι. Τζάνος<sup>1</sup>, Κ. Γιώτη<sup>2</sup>, Ε. Αντωνιάδου<sup>1</sup>, Α. Κυριακίδης<sup>1</sup>, Η. Παναγιωτόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κλινική Αποκατάστασης Πανεπιστημίου Πατρών, <sup>2</sup>Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο καθορισμός του κατά πόσο η ικανοποίηση από τη ζωή των ατόμων με ΚΝΜ επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν εκατόν εξήντα τέσσερα άτομα με ΚΝΜ οποιασδήποτε αιτιολογίας που διαβίων στην κοινότητα. Ήταν κάτοικοι αστικών, ημιαστικών και αγροτικών περιοχών της Ελλάδας. Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη μορφή της συνέντευξης. Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης από τη ζωή, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Satisfaction With Life Scale (SWLS). Για τη στατιστική ανάλυση των ευρημάτων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος t-test για το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση και ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson για την ηλικία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι συμμετέχοντες δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές ως προς την κλίμακα SWLS σε σχέση με το φύλο (p=0,521) και την ηλικία (p=0,232). Ωστόσο βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα έγγαμα και τα μη έγγαμα άτομα (p=0,049), με τα έγγαμα να υπερτερούν.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα έγγαμος βίος για τα άτομα με ΚΝΜ συνεπάγεται μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή. Αντίθετα το φύλο και η ηλικία δε φαίνεται να επιδρούν στατιστικά σημαντικά στο δείκτη.

## 18. ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟΣ ΤΟΣΙΛΙΤΣΟΥΜΑΜΠΗ, ΛΙΠΙΔΙΑ ΚΑΙ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>2</sup>, Α. Τζαναβάρη<sup>2</sup>, Χ. Κατσαβούνη<sup>2</sup>, Μ. Κωστόπουλος<sup>2</sup>, Δ. Παντελίδης<sup>2</sup>, Π. Αθανασίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., <sup>2</sup>Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Η τοσιλιτσομάμη είναι ανταγωνιστής των υποδοχέων της ιντερλευκίνης-6 που χρησιμοποιείται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (ΡΑ). Επάγει ύφεση και αναστέλλει την ακτινολογική πρόοδο της νόσου. Η επίδραση της τοσιλιτσομάμης στα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος και στον καρδιαγγειακό κίνδυνο δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της επίδρασης της τοσιλιτσομάμης στην ενεργότητα της νόσου, στα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος και στον καρδιαγγειακό κίνδυνο σε ασθενείς με ΡΑ.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η τοσιλιτσομάμη χορηγήθηκε i.v. σε 25 ασθενείς με ΡΑ επί 1 έτος. Μετρήθηκαν οι δείκτες φλεγμονής ΤΚΕ, CRP, ο δείκτης DAS28 και τα λιπίδια του αίματος πριν και 1 έτος μετά τη χορήγηση της.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι δείκτες φλεγμονής ΤΚΕ και CRP ελαττώθηκαν από 34.3±4.04 mm/h και 2.02±0.34 mg/dl πριν σε 8.3±1.62 mm/h και 0.27±0.07 mg/dl μετά τη χορήγηση της τοσιλιτσομάμης, αντίστοιχα (p<0.001). Ο δείκτης DAS28 ελαττώθηκε από 5.02±0.26 πριν σε 2.42±0.26 μετά τη χορήγηση της (p<0.001). Η ολική χοληστερόλη και η HDL χοληστερόλη αυξήθηκαν από 207.4±8.53 mg/dl και 57.68±2.65 mg/dl πριν σε 231.08±12.30 mg/dl και 72.51±4.76 mg/dl μετά την χορήγηση της τοσιλιτσομάμης, αντίστοιχα (p<0.001) και η LDL χοληστερόλη και τα επίπεδα τριγλυκεριδίων αυξήθηκαν από 128.6±7.45 mg/dl και 108.48±7.83 mg/dl πριν σε 136.17±9.39 mg/dl και 130.58±15.82 mg/dl μετά τη χορήγηση της τοσιλιτσομάμης, αντίστοιχα (p<0.001). Δεν παρατηρήθηκαν οξεία καρδιαγγειακά επεισόδια κατά τη διάρκεια της μελέτης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η τοσιλιτσομάμη χορηγούμενη ενδοφλεβίως σε ασθενείς με ΡΑ ελάττωσε τους δείκτες φλεγμονής και την ενεργότητα της νόσου. Τα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος αυξήθηκαν σημαντικά. Καρδιαγγειακά συμβλήματα δεν παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης. Φαίνεται ότι η χορήγηση της τοσιλιτσομάμης μπορεί να συνοδεύεται από μεταβολές των λιπιδίων του αίματος, ωστόσο ο καρδιαγγειακός κίνδυνος δεν αυξάνει καθώς η δυσμενής επίδραση της αύξησης της ολικής και LDL μπορεί να εξουδετερώνεται από την αύξηση της HDL χοληστερόλης, αλλά και από την ευμενή επίδραση του φαρμάκου στη συστηματική φλεγμονή που χαρακτηρίζει τη ρευματοειδή αρθρίτιδα.

## 20. Ο ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΣ ΝΕΥΡΟΜΥΚΙΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Η ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΜΥΙΚΗΣ ΙΣΧΥΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΞΕΔΟ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘ

Ε. Πατσάκη<sup>1</sup>, Γ. Σιδηράς<sup>1</sup>, Β. Γεροβασίλη<sup>1</sup>, Ε. Καρατζάνος<sup>1</sup>, Γ. Μήτσιου<sup>1</sup>, Α. Κουβαράκος<sup>1</sup>, Α. Καρδάρη<sup>1</sup>, Γ. Στράντζαλης<sup>2</sup>, Χ. Ρούση<sup>1</sup>, Σ. Νανάς<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Α' Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μία από τις συχνότερες επιπλοκές της νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί η μείωση της μυϊκής ισχύος η οποία με τη σειρά της έχει σημαντική επίπτωση στη λειτουργικότητά και τη ποιότητα ζωής των επιβιωσάντων της ΜΕΘ. Σκοπός αυτής της τυχαιοποιημένης τυφλής μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης του Ηλεκτρονευρμυκικού Ερεθισμού (ΗΝΜΕ) σε συνδυασμό με ένα πρόγραμμα άσκησης, στη μυϊκή ισχύ των βαρέως πασχόντων κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** 877 διαδοχικοί ασθενείς αξιολογήθηκαν κατά την έξοδο τους από την ΜΕΘ του Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός». 128 (83♂/45♀) από αυτούς πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής: α. διάρκεια μηχανικού αερισμού >72 ώρες, β. δυνατότητα του ασθενούς να εκτελεί εντολές και τυχαιοποιήθηκαν κατά επίπεδα (ηλικία & ΜRC) στην ομάδα παρέμβασης (ΗΝΜΕ) ή στην ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα ΗΝΜΕ έγινε καθημερινή εφαρμογή ΗΝΜΕ σε συνδυασμό με ένα πρόγραμμα ασκήσεων ενώ στην ομάδα ελέγχου έγινε εφαρμογή εικονικού ΗΝΜΕ καθώς και η συνήθης θεραπευτική παρέμβαση. Για την αξιολόγηση της μυϊκής ισχύος χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα μυϊκής ισχύος Medical Research Council (MRC) και η δυναμομέτρηση χειρός. Πραγματοποιήθηκε και επιμέρους ανάλυση των μυϊκών ομάδων της ΜRC. Οι τιμές δυναμομέτρησης μετατράπηκαν και σε σχετικές τιμές (% προβλεπόμενης τιμής) με βάση την ηλικία και το φύλο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ΜRC μυϊκής ισχύος κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ και το νοσοκομείο δεν διέφερε μεταξύ των δυο ομάδων. Η ΔMRC% έτεινε να είναι υψηλότερη στην ομάδα ΗΝΜΕ κατά την 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> εβδομάδα παραμονής στο Νοσοκομείο. Στους ασθενείς με μυϊκή αδυναμία της ΜΕΘ (ICU-aw) κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ, η ΔMRC% ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα ΗΝΜΕ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου κατά την 1η και 2η εβδομάδα παραμονής στο Νοσοκομείο (33%±31% έναντι 18%±15%, p=0.07, 59%±54% έναντι 30%±20%, p=0.05, αντίστοιχα), ενώ διαφορά υπήρχε και στη μυϊκή ισχύ των κάτω άκρων. Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων, στην έξοδο από το Νοσοκομείο, στη δυναμομέτρηση, ακόμα και όταν οι τιμές εκφράστηκαν σε ποσοστό της προβλεπόμενης

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εφαρμογή του ΗΝΜΕ συνδυαστικά με ένα πρόγραμμα αποκατάστασης μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της μυϊκής ισχύος κυρίως ασθενών με σοβαρή μυϊκή αδυναμία. Ο ΗΝΜΕ φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός στη βραχεία περίοδο εξόδου από τη ΜΕΘ επιτυγχάνοντας τη φυσική διαδικασία ίασης.



## 21. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ (ΚΝΜ)

Ι. Τζάνος<sup>1</sup>, Κ. Γιώτη<sup>2</sup>, Ε. Αντωνιάδου<sup>1</sup>, Α. Κυριακίδης<sup>1</sup>, Η. Παναγιωτόπουλος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Κλινική Αποκατάστασης Πανεπιστημίου Πατρών, <sup>2</sup>Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο καθορισμός του κατά πόσο η ανεξαρτησία των ατόμων με ΚΝΜ επηρεάζεται από την ηλικία τους.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν εκατόν εξήντα τέσσερα άτομα με ΚΝΜ οποιασδήποτε αιτιολογίας που διαβιούν στην κοινότητα. Ήταν κάτοικοι αστικών, ημιαστικών και αγροτικών περιοχών της Ελλάδας. Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια με τη μορφή της συνέντευξης. Για την αξιολόγηση της ανεξαρτησίας, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Spinal Cord Independence Measure (SCIM). Για τη στατιστική ανάλυση των ευρημάτων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι συμμετέχοντες δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές ως προς την υποκλίμακα SCIM-μετακίνηση όσον αφορά την ηλικία ( $p=0,408$ ). Στην υποκλίμακα SCIM-αυτοϋπηρεσία βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $p=0,014$  και Pearson's  $r=-0,191$ ). Επίσης στην υποκλίμακα SCIM-αναπνοή/σφιγκτήρες βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $p=0,028$  και Pearson's  $r=-0,172$ ). Και στις δύο τελευταίες περιπτώσεις η αύξηση της ηλικίας επέφερε χαμηλότερα σκορ στις αντίστοιχες υποκλίμακες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αύξηση της ηλικίας επιδρά αρνητικά στην ανεξαρτησία των ατόμων με ΚΝΜ που ζουν στην κοινότητα όσον αφορά το σκέλος της αυτοϋπηρεσίας και της διαχείρισης αναπνοής και σφιγκτήρων, ενώ δε φαίνεται να επηρεάζει την ικανότητα μετακινήσεων.

## 23. ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ (ΚΝΜ)

Ι. Τζάνος<sup>1</sup>, Κ. Γιώτη<sup>2</sup>, Ε. Αντωνιάδου<sup>1</sup>, Α. Κυριακίδης<sup>1</sup>, Η. Παναγιωτόπουλος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Κλινική Αποκατάστασης Πανεπιστημίου Πατρών, <sup>2</sup>Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο καθορισμός του κατά πόσο η ψυχολογική κατάσταση των ατόμων με ΚΝΜ επηρεάζεται από το μορφωτικό τους επίπεδο.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν εκατόν εξήντα τέσσερα άτομα με ΚΝΜ οποιασδήποτε αιτιολογίας που διαβιούν στην κοινότητα. Ήταν κάτοικοι αστικών, ημιαστικών και αγροτικών περιοχών της Ελλάδας. Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη μορφή της συνέντευξης. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες (απόφοιτοι υποχρεωτικής, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης). Για την ποσοτική εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Patient Health Questionnaire-9. Για τη στατιστική ανάλυση των ευρημάτων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος t-test.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων της μονοπαραγοντικής ανάλυσης για το ερωτηματολόγιο PHQ9, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με μορφωτικό επίπεδο TEI - AEI και όλες τις άλλες κατηγορίες επιπέδου εκπαίδευσης ( $p=0,030$ ). Επομένως καταδεικνύεται επιβάρυνση όσον αφορά στην εμφάνιση στοιχείων κατάθλιψης στα άτομα με μορφωτικό επίπεδο έως το Λύκειο σε σχέση με τους αποφοίτους TEI - AEI.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με καλύτερη ψυχολογική κατάσταση στα άτομα με ΚΝΜ που ζουν στην κοινότητα.

## 22. ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΑΡΕΛΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΚΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ (ΚΝΜ)

Ι. Τζάνος<sup>1</sup>, Κ. Γιώτη<sup>2</sup>, Ε. Αντωνιάδου<sup>1</sup>, Α. Κυριακίδης<sup>1</sup>, Η. Παναγιωτόπουλος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Κλινική Αποκατάστασης Πανεπιστημίου Πατρών, <sup>2</sup>Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο καθορισμός του κατά πόσο η ποιότητα ζωής των ατόμων με ΚΝΜ επηρεάζεται από το χρόνο που έχει παρέλθει από τη βλάβη.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν εκατόν εξήντα τέσσερα άτομα με ΚΝΜ οποιασδήποτε αιτιολογίας που διαβιούν στην κοινότητα. Ήταν κάτοικοι αστικών, ημιαστικών και αγροτικών περιοχών της Ελλάδας. Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια με τη μορφή της συνέντευξης. Για την αξιολόγηση της ποιότητας, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα WHOQOL-BREF του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας. Για τη στατιστική ανάλυση των ευρημάτων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι συμμετέχοντες δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές ως προς τις υποκλίμακες WHOQOL-BREF-φυσική κατάσταση ( $p=0,105$ ), WHOQOL-BREF-ψυχολογική κατάσταση ( $p=0,194$ ) και WHOQOL-BREF-κοινωνικές σχέσεις ( $p=0,415$ ), ως προς τα έτη που έχουν παρέλθει από την κάκωση. Αντίθετα στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στην υποκλίμακα WHOQOL-BREF-γενική υγεία ( $p=0,05$  και Pearson's  $r=0,147$ ) και την υποκλίμακα WHOQOL-BREF-περιβάλλον ( $p=0,015$  και Pearson's  $r=0,189$ ). Και στις δύο τελευταίες περιπτώσεις η αύξηση των ετών από την κάκωση επέφερε υψηλότερα σκορ στις αντίστοιχες υποκλίμακες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πάροδος του χρόνου από τη βλάβη επιδρά ευεργετικά στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ΚΝΜ που ζουν στην κοινότητα όσον αφορά το σκέλος της αυτοαντιλαμβανόμενης γενικής υγείας και της σχέσης με τον περιβάλλοντα χώρο.

## 24. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑ ASIA B, ΧΩΡΙΣ ΣΑΦΗ ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ. CASE REPORT

Δ. Τσιμασφύρου, Π. Βορνωτάκης, Σ. Σιβητίδου, Α. Κοτρώνη, Μ. Παπακυρίση, Ε. Μπάκας

Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της σημασίας της κλινικής εικόνας του ασθενούς ως βασικού στοιχείου στην διαχείριση και τον προγραμματισμό της θεραπείας του ακόμα και όταν δεν υποστηρίζεται από απεικονιστικά ευρήματα.

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:** Ασθενής, ηλικίας 70 ετών, προσήλθε στα ΤΕΠ του νοσοκομείου, με κάκωση ΑΜΣΣ, συννεπεία τροχάιου με δίκυκλο. Αρχικά δεν ανέδειξε παθολογική κλινική εικόνα ενώ ο ακτινολογικός έλεγχος (CT εγκεφάλου, ΑΜΣΣ) απέβη αρνητικός. Τέσσερις ημέρες αργότερα ο ασθενής επανήλθε, αιτιώμενος προοδευτικά επιδεινούμενη αιμωδία κάτω άκρων, χωρίς ωστόσο συνοδό έκπτωση μυϊκής ισχύος, οπότε και νοσηλεύτηκε. Η αρχική CT ΘΜΣΣ δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα ενώ η ακόλουθη MRI ΑΜΣΣ-ΘΜΣΣ απεικόνισε κάταγμα διαμέσου μεσοσπονδύλιου δίσκου Α6-Α7, και μετατραυματική θλάση ΝΜ (παθολογικό σήμα ενδομυελικό) στο επίπεδο Α4-Α5. Ταυτόχρονα, ο ασθενής παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής εικόνας, με προοδευτική εγκατάσταση σπαστικής τετραπληγίας, επιπέδου Α8, ASIA B, ενώ ακολούθησαν επαναλαμβανόμενες απεικονίσεις οι οποίες ήταν αρνητικές. Με βάση την κλινική του εικόνα εντάχθηκε σε πρόγραμμα λειτουργικής αποκατάστασης με φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη. Στις πρώτες 10 μέρες παρουσίασε πλήρη αποκατάσταση των άνω άκρων ενώ παράλληλα εμφάνισε παραπληγία με νευρολογικό επίπεδο Θ12 ASIA B. Η πορεία του ασθενή ήταν εντυπωσιακή με θετική εξέλιξη της κλινικής εικόνας σε ASIA C 1 μήνα μετατραυματικά και σε ASIA D 4 μήνες μετατραυματικά, οπότε και εξήλθε του νοσοκομείου. 6 μήνες μετά τη βλάβη η κλινική του εικόνα επανήλθε σχεδόν πλήρως (ASIA E).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι για την οργάνωση του Προγράμματος Αποκατάστασης θα πρέπει να λαμβάνεται πρωτίστως υπόψη η κλινική εικόνα του ασθενή παρά την μη υποστήριξη της από τα απεικονιστικά ευρήματα.

## 25. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΑΣΕΩΝ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Α. Χρηστάκου

Φυσικοθεραπεύτρια, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Επιστημονική Συνεργάτιδα, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Αθήνας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εξέταση της «εννοιολογικής δομής» εγκυρότητας της Αξιολόγησης Στάσεων Πόνου (2000) σε ελληνικό κλινικό πληθυσμό.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το δείγμα αποτελείται από 376 ασθενείς (114 άντρες και 262 γυναίκες), κυρίως, με μυοσκελετικό χρόνιο πόνο του αυχένα, της οσφύος ή/ και των κάτω άκρων. Ο μέσος όρος ηλικίας και διάρκειας πόνου του δείγματος ήταν 45.52 έτη (SD= 14.18) και 34.35 μήνες (SD=39.37) αντίστοιχα. Η Αξιολόγηση Στάσεων Πόνου (Survey of Pain Attitudes, SOPA; Jensen, Turner, & Romano, 2000) αποτελείται από 35 ερωτήσεις που μετρούν επτά παράγοντες: Έλεγχος πόνου, Ανικανότητα, Ιατρική περιθάλψη, Φροντίδα, Φαρμακευτική αγωγή, Συναισθηματική κατάσταση, και Βλάβη. Για το σκοπό της έρευνας έγιναν οι εξής διαδικασίες: (α) μετάφραση και αντιστροφή μετάφραση των ερωτημάτων από έξι άτομα με άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας, της θεωρητικής βάσης του ερωτηματολογίου, και της διαδικασίας προσαρμογής ερωτηματολογίων σε ελληνικό πληθυσμό, (β) χορήγηση προκαταρκτικής μορφής του ερωτηματολογίου σε δείγμα 20 ασθενών με χρόνιο πόνο, και (γ) τελική χορήγηση του ερωτηματολογίου σε δείγμα 376 ασθενών με χρόνιο πόνο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα υποστήριξαν την αρχική δομή της Αξιολόγησης Στάσεων Πόνου. Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση (Ανάλυση των Κύριων Συνιστώσων) εμφάνισε επτά παράγοντες με φορτίσεις από .39 έως .93, διακυμάνσεις από .41 έως .92, και με συνολική ερμηνευμένη διακύμανση 61.62%. Τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι οι φορτίσεις των ερωτήσεων ήταν απόλυτα ικανοποιητικές, πάνω από .50. Οι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου των δύο παραγόντων στηρίζουν την ύπαρξη αποδεκτής δομής, αφού οι δείκτες NNFI (.905) και CFI (.911) ξεπέρασαν το όριο .90. Οι δείκτες SRMR (.095) και RMSEA (.084) στηρίζουν την καλή προσαρμογή του επαβάθμιου μοντέλου.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι το όργανο αυτό είναι ψυχομετρικά αποδεκτό στην Ελλάδα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ευρέως για κλινικούς και ερευνητικούς λόγους. Κρίνεται αναγκαία η εξέταση συσχέτισης μεταξύ αντιλήψεων πόνου των ασθενών με άλλα χαρακτηριστικά, όπως ποιότητα ζωής και λειτουργικότητα.

## 27. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Δ. Χατζηδάκη<sup>1</sup>, Ε. Βαμβακάς<sup>2</sup>, Ε. Αγγέλου<sup>2</sup>, Ν. Λαουδίκος<sup>1</sup>, Α. Φέρκε<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση του επιπολασμού των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ), ηπατίτιδας Β, HIV λοίμωξης και σύφιλης, σε πληθυσμό του νοσοκομείου μας, προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για την επιδημιολογία των νοσημάτων αυτών στο γενικό πληθυσμό.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάστηκαν 31.184 άτομα, 24.152 αιμοδότες και 10.876 ασθενείς, κατά το χρονικό διάστημα από 01/01/2013 έως και 31/07/2016. Έγινε προσδιορισμός του HBsAg, συνδυαστικά του p24 αντιγόνου και των αντισωμάτων έναντι των HIV-1/HIV-2 (HIV Ag/Ab) καθώς και των αντισωμάτων έναντι του *Treponema pallidum* (anti-T. pallidum) με μικροσωματιδιακή ανοσοτεχνική χημειοφωταύγεια CΜΙΑ – ARCHITECT. Στις περιπτώσεις θετικών αποτελεσμάτων έγινε αποστολή των δειγμάτων για επιβεβαίωση σε εξειδικευμένο κέντρο αναφοράς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την καταγραφή των θετικών εργαστηριακών αποτελεσμάτων προέκυψαν τα εξής:

	Αιμοδότες (24.152)			Ασθενείς (10.876)		
	Εξετάστηκαν	Θετικοί	Ποσοστό %	Εξετάστηκαν	Θετικοί	Ποσοστό %
HBsAg	24.152	21	0.09	10.876	385	3.54
HIVAg/Ab	24.152	4	0.02	4.349	14	0.32
anti-T.pallidum	24.152	4	0.02	998	31	3.11

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο επιπολασμός των ΣΜΝ που μελετήθηκαν σε πληθυσμό του νοσοκομείου μας ανευρέθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα και αντικατοπτρίζει έμμεσα το επιδημιολογικό προφίλ στο γενικό πληθυσμό. Ο ιδιαίτερα χαμηλός επιπολασμός (0.12%) στην ομάδα των αιμοδοτών οφείλεται στο ότι το 49% είναι εθελοντές αιμοδότες και κατ' επέκταση περισσότερο συνειδητοποιημένα άτομα, ενώ οι αιμοδότες αναπλήρωσης στην υπηρεσία μας, τις περισσότερες φορές αιμοδοτούν τακτικά και έτσι πληρούν τα κριτήρια της εθελοντικής αιμοδοσίας. Συνεπώς, ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για τον έλεγχο των ΣΜΝ και τη προφύλαξη της δημόσιας υγείας από αυτά, είναι η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού με συστηματική ενημέρωση για τους τρόπους μετάδοσης και τα μέτρα πρόληψης.

## 26. ΒΛΕΦΑΡΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ DIROFILARIA REPENS ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΝΔΡΑ ΑΣΘΕΝΗ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Π. Ξαπλαντέρη<sup>1</sup>, Μ. Μαραγκός<sup>2</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>1</sup>, Ι. Σπηλιοπούλου<sup>1</sup>, Φ. Κολονίτσιου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π. Γ. Ν. Πατρών, <sup>2</sup>Τμήμα Λοιμώξεων, Π. Γ. Ν. Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Από τους νηματώδεις σκώληκες του γένους *Dirofilaria* στον άνθρωπο προκαλούν νόσο τα είδη *D. immitis*, *D. repens*, και *D. tenuis*. Ο φυσικός ξενιστής της *D. repens* είναι ο σκύλος.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας ασθενής 84 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης και κοιλιακής μαρμαρυγής, εμφάνισε από τριών εβδομάδων αιφνίδιο οίδημα άνω βλεφάρου του αριστερού οφθαλμού που υποχωρούσε με τη χρήση ψυχρών επιθεμάτων με χαμομήλι. Παρουσίαζε συνοδό έντονο κνησμό και ερυθρότητα, ενώ δεν είχε διαταραχές στην όραση. Κατά την οφθαλμολογική εκτίμηση διαπιστώθηκε σκληρό οζίδιο στο αριστερό άνω βλέφαρο και του χορηγήθηκε cefaclor. Το οίδημα και ο κνησμός έβαιναν συνεχώς επιδεινούμενα παρά την αγωγή. Χορηγήθηκε συμπληρωματική αγωγή με διυδροχλωρική λεβοσετιριζίνη *per os* και τοπικά αλοιφή Dexamethasone Phosphate/Neomycin. Τα συμπτώματα δεν υποχωρούσαν και επιπλέον εμφανίστηκε ερυθρότητα οφθαλμικού βολβού. Κατά την τρίτη οφθαλμολογική εξέταση παρατηρήθηκε η ύπαρξη σκώληκα στο άνω βλέφαρο. Έγινε αφαίρεση ενός νηματώδους σκώληκα μήκους 11 cm και απεστάλη στο Μικροβιολογικό εργαστήριο για ταυτοποίηση. Ο ασθενής μετά την αφαίρεση έλαβε amoxicillin/clavulanic acid και κολλύριο moxifloxacin. Στο Μικροβιολογικό εργαστήριο τυποποιήθηκε ο σκώληκας ως *Dirofilaria repens*.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η *D. repens* είναι η κύρια αιτία διροφιλαρίωσης στην Ευρώπη και είναι ιδιαίτερος σπάνια. Στον άνθρωπο και στο σκύλο μεταδίδεται από δήγμα του κουνουπιού *Aedes*, *Anopheles*, and *Mansonia*. Ο σκύλος μεταδίδει άμεσα και στον άνθρωπο καθώς ο σκώληκας είναι σεξουαλικά ώριμος. Το αντίθετο συμβαίνει στον άνθρωπο, όπου ο σκώληκας είναι σεξουαλικά ανενεργός και δε μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο. Στην Ελλάδα οφθαλμική εντόπιση έχει αναφερθεί: από τον επιπεφυκότα (6 ασθενείς), μέσα στο υαλώδες (3 ασθενείς), ενδοκογχικά (1 ασθενής). Είναι η πρώτη αναφορά βλεφαρικής εντόπισης στην Ελλάδα.

## 28. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

### 29. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΜΕΤΑΓΓΙΣΤΗΚΑΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Δ. Χατζηδάκη<sup>1</sup>, Ε. Βαμβακάς<sup>2</sup>, Ε. Αγγέλου<sup>2</sup>, Ν. Κοσιώρη<sup>1</sup>, Α. Φέρκε<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση του κινδύνου μικροβιακής μόλυνσης σε μονάδες συμπυκνωμένων ερυθροκυττάρων (ΣΕ) και αιμοπεταλίων (PLT) που μεταγγίστηκαν σε ασθενείς του νοσοκομείου μας, και η εξαγωγή συμπερασμάτων για την ασφάλεια των μεταγγίσεων.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 4.743 μεταγγίσεις παραγώγων αίματος σε 1.788 ασθενείς κατά τη διάρκεια του έτους 2016. Σε κάθε αναφερόμενη ανεπιθύμητη αντίδραση με ρίγος, πυρετό ή άλλα σημεία μικροβιαμίας, στα πλαίσια της εργαστηριακής διερεύνησης, έγινε αποστολή των μονάδων για καλλιέργεια στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Δείγματα 5-10 ml από τον ασκό επωάστηκαν σε φιάλη αιμοκαλλιέργειας στο αυτοματοποιημένο σύστημα BacT/Alert για 7 ημέρες. Σε όλα τα αρνητικά αποτελέσματα, έγινε επιβεβαίωση με ανακαλλιέργεια και επώαση επί 48 ώρες, σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά, αιματούχο agar, Mac Conkey και Sabouraud agar.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:**

ΚΛΙΝΙΚΕΣ	ΣΕ	PLT	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ	ΘΕΤΙΚΕΣ ΚΑΛΙΕΡΓΕΙΕΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	1.837	125	631	7	0
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ	1.296	84	975	3	0
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	535	241	67	1	0
ΜΕΘ, ΜΕΠΕ, ΜΤΝ	334	291	110	0	-

Στο σύνολο 4.743 μεταγγίσεων παρουσιάστηκε ανεπιθύμητη αντίδραση ύποπτη για πιθανή μικροβιακή μόλυνση σε 11 ασθενείς κατά τη μετάγγιση μονάδων ΣΕ (0.232%). Τα αποτελέσματα των καλλιιεργειών ήταν αρνητικά σε όλα τα δείγματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο κίνδυνος μικροβιακής μόλυνσης των παραγώγων αίματος είτε λόγω μικροβιαμίας του αιμοδότη είτε λόγω επιμόλυνσης υφίσταται και μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρο σηψαιμία του λήπτη. Ωστόσο, στη μελέτη μας, αποδείχτηκε μηδαμικός, στο οποίο συνηγορεί η καλή κλινική εξέλιξη των ασθενών. Στην πλειοψηφία των αντιδράσεων επρόκειτο για πυρετική – μη αιμολυτική αντίδραση από αντισώματα του δέκτη έναντι λευκοκυτταρικών και ΗΛΑ αντιγόνων του δότη. Η πρόληψη της βακτηριδιακής επιμόλυνσης με αυστηρή τήρηση των κανόνων κατά την επιλογή του αιμοδότη και τη διαδικασία λήψης και επεξεργασίας του αίματος αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την ασφάλεια των μεταγγίσεων.

### 31. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΡΘΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΣΕ ΥΠΟΨΙΑ ΣΗΠΤΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

Μ. Πλώτα, Π. Ξαπλαντέρη, Β. Σταμούλη, Ο. Δημητρακόπουλος, Ε. Παπαδήμα, Β. Παπακώστας, Λ. Νίκου, Ε. Αναστασίου, Ί. Σπηλιοπούλου, Φ. Κολονίτσιου  
 Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π. Γ. Ν. Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η σηπτική αρθρίτιδα προκύπτει με άμεσο ενοφθαλμισμό μικροβίων, κατά συνέχεια ιστού ή αιματογενώς. Καθυστερημένη διάγνωση μπορεί να προκαλέσει μόνη αναπηρία, ενώ περιγράφεται 10% θνησιμότητα. Η άμεση μικροσκόπηση και καλλιέργεια είναι θεμελιώδους σημασίας για την έγκαιρη διάγνωση και τη χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφή εργαστηριακών ευρημάτων αρθρικών υγρών (ΑΥ) κατά τη διάρκεια 2,5 ετών τα οποία εστάλησαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του ΠΓΝΠ, επί υποψίας σηπτικής αρθρίτιδας.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ:** Κατά τη διάρκεια 2,5 ετών (Απρίλιος 2014-Νοέμβριος 2016) εξετάστηκαν 133 δείγματα ΑΥ ασθενών όλων των ηλικιών, με στοιχεία σηπτικής αρθρίτιδας. Ο εργαστηριακός έλεγχος περιελάμβανε γενική εξέταση ΑΥ (αριθμό και τύπο λευκών αιμοσφαιρίων, τιμή λευκάτων και τιμή σακχάρου), χρώση κατά Gram και καλλιέργεια. Τα δείγματα για καλλιέργεια εμβολιάστηκαν σε φιάλες αιματοκαλλιέργειας BAC/TAlert 3D (bioMérieux, Marcy-l'Étoile, France) και η ανακαλλιέργεια έγινε σε αιματούχο, MacConkey και σοκολατόχρωμο agar.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα 133 δείγματα απεμονώθη βακτηριακός παράγοντας στα 20 (15,11%) : 11 Πηκτσία Αρνητικοί Σταφυλόκοκκοι-CNS (1 *S. cohnii*, 9 *S. epidermidis*, 1 *S. warneri*), 3 *S. aureus* (1 MRSA), 4 στρεπτόκοκκοι ( *S. sanguis*, *S. bovis*, *S. agalactiae*, *S. salivarius*) και δύο Gram αρνητικά βακτηρίδια (*E. coli*). Τα 16 από τα 20 δείγματα είχαν αριθμό κυττάρων >80000/μL (ουδετερόφιλα πολυμορφοφύρηνα >80%). Η Gram χρώση ήταν θετική σε 9 από τα 20 δείγματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία το 91% των μικροοργανισμών που προκαλούν σηπτική αρθρίτιδα είναι Σταφυλόκοκκοι και Στρεπτόκοκκοι. Στην παρούσα μελέτη απομονώθηκαν *S. aureus*/MRSA, CNS και στρεπτόκοκκοι σε ποσοστό 90,5%. Η καλλιέργεια είναι πλέον ευαίσθητη από τη μικροσκόπηση. Η μέθοδος αναφοράς για τη διάγνωση παραμένει η κλινική υποψία του θεράποντος ιατρού σε συνδυασμό με τα εργαστηριακά ευρήματα από την εξέταση του ΑΥ.

### 30. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΣΕ ΥΠΟΨΙΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΛΕΥΡΙΤΙΔΑΣ

Ε. Παπαδήμα, Π. Ξαπλαντέρη, Ο. Δημητρακόπουλος, Β. Παπακώστας, Μ. Πλώτα, Λ. Νίκου, Α. Βλάχος, Β. Σταμούλη, Ε. Αναστασίου, Φ. Κολονίτσιου, Ί. Σπηλιοπούλου  
 Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π. Γ. Ν. Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το πνευμονικό εξίδρωμα μπορεί να οφείλεται σε πνευμονία (ιογενή ή βακτηριακή), κακοήθεια, πνευμονική εμβολή ή χειρουργική επέμβαση παράκαμφης στεφανιαίων αρτηριών (επίπτωση 400.000/έτος, 200.000/έτος, 150.000/έτος, 60.000/έτος, αντίστοιχα).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφή πλευριτικών υγρών με χαρακτηριστή εξιδρώματος και θετική καλλιέργεια που εστάλησαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο τα τελευταία 2,5 έτη.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ:** Από τον Απρίλιο του 2014 έως το Νοέμβριο του 2016 αναζητήθηκαν τα δείγματα πλευριτικού υγρού με χαρακτηριστή εξιδρώματος και θετική καλλιέργεια που ομαδοποιήθηκαν ανάλογα με το μικρόβιο που απομονώθηκε. Όλα τα δείγματα εμβολιάστηκαν σε φιάλες αιματοκαλλιέργειας BAC/TAlert 3D (bioMérieux, Marcy-l'Étoile, France) για αερόβια και αναερόβια βακτήρια και σε φιάλες BACTEC9000MB για Μυκοβακτηρίδια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ανευρέθησαν 74 δείγματα με θετική καλλιέργεια, όλα εξιδρώματα, σύμφωνα με τα κριτήρια Light, στα οποία συνυπήρχε γενική εξέταση και χρώσεις κατά Gram και Ziehl-Neelsen. Συνολικά απεμονώθησαν: 27 Πηκτσία Αρνητικοί Σταφυλόκοκκοι-CNS, 6 *Streptococcus viridans*, 5 *Klebsiella pneumoniae*, 5 *Enterococcus faecalis*, 4 *Escherichia coli*, 4 *Acinetobacter baumannii*, 3 *Staphylococcus aureus* (1MRSA), 2 *Streptococcus pneumoniae*, 2 *E. faecium*, 2 *Micrococcus sp* < /em>., 1 *Pseudomonas aeruginosa*, 1 *Aeromonas salmonicida*, 1 *Bacillus megaterium*, 1 *Enterobacter cloacae*, 1 *E. aerogenes*, 1 *Candida albicans*, 1 *Pseudomonas spp* < /em>., 1 *Fusobacterium varium*, 1 *Sphingomonas paucimobilis*, 1 *K. oxytoca* και 1 *Mycobacterium tuberculosis*. Η χρώση Gram ήταν θετική σε ποσοστό 42%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πλειοψηφία των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν ήταν ενδονοσοκομειακά ευκαιρικά παθογόνα και αφορούσαν νοσηλεύομενους ασθενείς της Παθολογικής, Ρευματολογικής, Καρδιοθωρακοχειρουργικής, Χειρουργικής Κλινικής και Αιματολογικής Μονάδας. Η καλλιέργεια είναι πλέον ευαίσθητη από τη χρώση Gram (θετική στο 42% των περιπτώσεων). Η μέθοδος αναφοράς για τη διάγνωση παραμένει η κλινική υποψία και η εμπειρία του θεράποντος ιατρού σε συνδυασμό με τα εργαστηριακά ευρήματα.

### 32. ΤΡΟΦΙΜΟΓΕΝΕΙΣ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ - ΜΕΛΕΤΗ ΤΡΙΕΤΙΑΣ

Λ. Νίκου, Π. Ξαπλαντέρη, Ο. Δημητρακόπουλος, Β. Παπακώστας, Μ. Πλώτα, Ε. Παπαδήμα, Β. Σταμούλη, Κ. Δουμανάς, Ε. Αναστασίου, Φ. Κολονίτσιου, Ί. Σπηλιοπούλου  
 Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π. Γ. Ν. Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι τροφιμογενείς λοιμώξεις προκαλούνται από την κατανάλωση μολυσμένου φαγητού ή νερού. Τα αίτια είναι βακτήρια (66%), χημικές ουσίες (26%), ιοί (4%) και παράσιτα (4%).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφή των τροφιμογενών βακτηριακών και παρασιτικών λοιμώξεων που διαγνώστηκαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο τα τελευταία 3 έτη.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ:** Από τον Ιανουάριο 2014 έως το Νοέμβριο 2016 έγινε καταγραφή των εργαστηριακά διαγνωσμένων βακτηριακών και παρασιτικών τροφιμογενών λοιμώξεων, στηριζόμενοι στα αποτελέσματα των καλλιιεργειών κοπράνων και αίματος καθώς και στις παρασιτολογικές κοπράνων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 2014 απομονώθηκαν 11 *Brucella melitensis*, 9 *Salmonella enterica* serovar Enteritidis, 1 *Salmonella paratyphi A*, 1 *Shigella sonnei*, 2 *Listeria monocytogenes*. Το 2015 απομονώθηκαν 16 *B. melitensis*, 31 *S. enterica* serovar Enteritidis, 1 *S. flexnerii*, 1 *Yersinia enterocolitica*, 2 *L. monocytogenes* και 2 *Campylobacter jejuni*. Παράλληλα ανευρέθησαν σε παρασιτολογικές κοπράνων 1 *Giardia lamblia*, 2 *Entamoeba histolytica*. Το 2016 απομονώθηκαν 13 *B. melitensis* και 32 *S. enterica* serovar Enteritidis. Ανευρέθησαν θετικά δείγματα κοπράνων σε *Enterobius vermicularis* (1) και *Blastocystis hominis* (1).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα περισσότερα λοιμώξεις από *B.melitensis* αυξήθηκαν το 2015 κατά 45% σε σχέση με το 2014. Το 2016 είναι περισσότερα από το 2014 κατά 18%. Εντυπωσιακή αύξηση παρουσιάζουν επίσης τα περισσότερα σαλμονέλλωσης την τελευταία διετία. Η αύξηση είναι αντίστοιχη σε σχέση με το 2014, 244% το 2015 και 255% το 2016. Η αύξηση των παρασιτικών σαλμονέλλωσης και βρουκέλλωσης χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης καθώς αποτελούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Απαιτούνται αυστηρότεροι έλεγχοι στην παρασκευή, προετοιμασία και φύλαξη των τροφίμων καθώς και στην καθαρότητα του νερού που χρησιμοποιείται.

### 33. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΣΕ ΥΠΟΨΙΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ

Ο. Δημητράκοπουλος, Π. Ξαπλαντέρη, Β. Παπακώστας, Ε. Παπαδήμα, Α. Νίκου, Μ. Πλώτα, Α. Βλάχος, Β. Σταμούλη, Ε. Αναστασίου, Ι. Σπηλιοπούλου, Φ. Κολονίτσιου *Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π. Γ. Ν. Πατρών*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η περιτονίτιδα είναι επίεγυρη οξεία κατάσταση που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Κατηγοριοποιείται σε πρωτοπαθή (αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα, αιματογενής διασπορά) και δευτεροπαθή (φλεγμονή ή διάτρηση ενδοκοιλιακού σπλάγχνου). Η γενική εξέταση και η καλλιέργεια του περιτοναϊκού και ασκίτικου υγρού είναι θεμελιώδεις για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφή αποτελεσμάτων καλλιέργειών περιτοναϊκών και ασκίτικων υγρών των τελευταίων 2,5 ετών που εστάλησαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ:** Από τον Απρίλιο 2014 έως το Νοέμβριο 2016 καλλιεργήθηκαν 1068 δείγματα περιτοναϊκού και ασκίτικου υγρού. Τα δείγματα εμβολιάστηκαν σε φιάλες αιματοκαλλιέργειας BAC/TAAlert 3D (bioMerieux, Marcy-l'Étoile, France) και οι ανακαλλιέργειες έγιναν σε αιματούχο, MacConkey και σοκολατόχρωμο άγαρ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα 1068 δείγματα θετικά ήταν τα 179. Συνολικά απεμονώθηκαν: 78 Gram αρνητικά βακτηρίδια (32 *Escherichia coli*, 19 *Klebsiella pneumoniae*, 11 *Pseudomonas aeruginosa* κ.ά.), 74 Gram θετικοί κόκκοι (33 Πηκτάση Αρνητικοί Σταφυλόκοκκοι-CNS, 25 Εντερόκοκκοι, 9 *Staphylococcus aureus*, κ.ά.), 23 μύκητες (*Candida sp p < /em>*), 4 Gramθετικά βακτηρίδια (*Corynebacterium spp.*), ενώ σε ένα δείγμα απεμονώθηκε *Mycobacterium tuberculosis*. Η χρώση Gram ήταν θετική σε ποσοστό 40%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πλειοψηφία των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν ήταν βακτήρια της φυσιολογικής μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου. Ευκαιρικά παθογόνα απομονώθηκαν σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς (Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού Οστών, αιμοκαθαίρομενοι) και θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν. Η καλλιέργεια είναι πλέον ευαίσθητη από τη Gram χρώση. Ο θεμέλιος λίθος της διάγνωσης είναι η σωστή συνεργασία Μικροβιολογικού Εργαστηρίου και θεράποντος ιατρού.

### 35. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΝΤΟΧΗΣ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΛΟΙΜΩΣΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΚΟΜΕΙΟ ΕΠΙ ΜΙΑ ΕΠΤΑΕΤΙΑ

Μ. Κουτράκη, Σ. Ελβανίδη, Σ. Ζουμπούλακη, Δ. Ντινιανί, Ε. Μπλέτσα, Α. Σωτηρόπουλος, Μ. Μπουρίκου, Ι. Νικολακάκης, Π. Κάρλε, Θ. Πέππας  
*Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Νίκαιας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ένα από τα καθήκοντα του Μικροβιολογικού Εργαστηρίου είναι η ενεργητική επίτηρηση στην κατανομή αλλά, κυρίως, στο προφίλ αντοχής των μικροβιακών παθογόνων για να εντοπίζονται τάσεις ανόδου αντοχής, όπως επίσης και η διάχυση της πληροφορίας στα κλινικά τμήματα. Αυτή είναι στοιχειώδης γνώση για το νοσοκομειακό περιβάλλον.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Όλες οι θετικές για αρνητικά κατά Gram παθογόνα καλλιέργειες ούρων (ΚΟ) καταχωρούντο, προοπτικά, σε απλό Excel ως προς είδος και ευαισθησίες σε αντιμικροβιακά. Παράλληλα, από την βάση δεδομένων λοιμώξεων ενός Παθολογικού Τμήματος έγινε επιπροβολή των κλινικών δεδομένων των ασθενών με θετική ΚΟ. Ταυτοποίηση με συμβατικές μεθόδους, και ευαισθησία στα αντιμικροβιακά με τεχνική Kirby Bauer. Έγινε έλεγχος με Vitek των MIC επιλεγμένων παθογόνων, ιδίως των πολυανθεκτικών. Χρόνος καταγραφής: 1-1-2009 έως και 31/12/2015.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την ανωτέρω επταετία καταχωρήθηκαν 9149 ΚΟ. Συχνότερο παθογόνο ήταν η *Escherichia coli* που απετέλεσε το 50.6% αυτών (4626) ακολουθούμενη από *Klebsiella spp(1555)* η οποία όμως παρουσίασε σταθερά, διαχρονικά άνοδο. Παρόμοια άνοδος κατεδείχθη και σε *Proteus spp*, με ελαφρά μείωση του ετήσιου ποσοστού της *E.coli*. Τα πλέον σημαντικά ευρήματα αφορούσαν στην αντοχή: 1) Αύξηση ποσοστού αντοχής (Α) των στελεχών *E.coli* στις κινολόνες, υπερβάντους το 20% το 2011 και με κορύφωση σε 26.4% το 2015. 2) Διαχρονικά σταθερή άνοδος της Α στελεχών *Klebsiella* στις κεφαλοσπορίνες 3ης γενεάς που έφτασε στο 39.8% το 2015, με ένα μέσο ποσοστό Α της τάξης του 4% στην κολιμυκίνη τα τελευταία 3 έτη της μελέτης. 3) *Εμφάνιση στελεχών Klebsiella* και *Pseudomonas A* στις καρβαπενέμες (20.9 και 16.6% αντιστοίχως το 2015) Πολλά εξ αυτών αποτελούσαν ασυμπτωματική βακτηριουρία, αλλά δυνητικά δεξαμενή διασποράς. Τα καλύτερα ποσοστά ευαισθησίας, ανεξαρτήτως είδους, ήταν στην γενταμικίνη όπου τα Α ουδέποτε ξεπέρασαν το 7%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η γνώση των παθογόνων ΚΟ της μεταβολής της κατανομής των, ιδιαιτέρως δε οι αλλαγές στα προφίλ αντοχής είναι πολύτιμες για τους κλινικούς, αλλά και για τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Επί των δεδομένων τάσεων Α η γενταμικίνη εμφανίζεται λογική επιλογή για εμπειρική θεραπεία, όπου δε.

### 34. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΑΠΟ DIPYLIDIUM CANINUM ΣΤΗ ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ 7 ΜΗΝΩΝ- ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΑΠΟ ΑΝΘΡΩΠΟ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΟ;

Π. Ξαπλαντέρη<sup>1</sup>, Δ. Γκέντζη<sup>2</sup>, Β. Σταμούλη<sup>1</sup>, Φ. Κολονίτσιου<sup>1</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>1</sup>, Γ. Δημητρίου<sup>2</sup>, Μ. Μαραγκός<sup>3</sup>, Ι. Σπηλιοπούλου<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Π.Γ.Ν. Πατρών, <sup>2</sup>Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, <sup>3</sup>Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η λοίμωξη από *Dipylidium caninum* περιγράφεται παγκοσμίως πολύ σπάνια στα βρέφη, ενώ μεταδίδεται μετά από επαφή με ζώο-κύριο ξενιστή (σκύλος, γάτα) δια μέσου των ψύλλων.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Θήλυ βρέφος 7 μηνών με άλγος κατά την κένωση ανευρέθη θετικό στην παρασιτολογική εξέταση για προγλωττίδες και ωάρια του σκύληκα. Από το ιστορικό δεν υπήρχε ιστορικό επαφής με ζώα, δεν είχαν παρατηρηθεί ψύλλοι στο σπίτι ή εξάνθημα. Η εξέταση κοπράνων σε όλους τους οικείους του βρέφους αποδείχθηκε θετική για *D.caninum*, συμπεριλαμβανομένης της 2 ετών εξαδέλφης. Όλοι ήταν ασυμπτωματικοί. Το βρέφος έλαβε θεραπεία με praziquantel 100mg/kg βάρους σώματος/3 φορές ημερησίως. Λόγω της αποτυχίας της θεραπείας έγινε επανάληψη για ακόμη μια φορά και στη συνέχεια χορηγήθηκε niclosamide 500 mg. Δεν παρατηρήθηκαν παρενέργειες της θεραπείας. Η νόσος τελικά περιορίστηκε, αφού δόθηκαν οδηγίες σωστής υγιεινής στους γονείς. Στους οικείους του βρέφους χορηγήθηκαν διαδοχικά praziquantel, niclosamide, mebendazole, albendazole, μέχρι αρνητικοποίησης της παρασιτολογικής εξέτασης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο σκύληκας *D.caninum* προκαλεί σπάνια λοιμώξεις στον άνθρωπο μετά από ατυχηματική κατάποση του ώριμου ψύλλου-ενδιάμεσου ξενιστή. Επιπλέον, ο ώριμος ψύλλος μπορεί να μολύνει τη σιέλο του κατοικίδιου. Η ανεύρεση των τυπικών προγλωττίδων και των ωαρίων στα κόπρανα είναι αρκετή για να τεθεί η διάγνωση. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η απουσία επαφής με ζώα από το ιστορικό του βρέφους. Για το λόγο αυτό πιθανολογείται η μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο. Η χορήγηση θεραπείας σε ηλικίες μικρότερες των 2 ετών είναι δύσκολη λόγω περιορισμένης βιβλιογραφίας. Είναι το πρώτο περιστατικό λοίμωξης από *D.caninum* σε παιδιά στην Ελλάδα, χωρίς ιστορικό επαφής με κατοικίδια.

### 36. ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΤΟΥ STRONGYLOIDES STERCORALIS ΣΕ ΚΟΠΡΑΝΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2005-2016

Β. Παπαβασιλόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Λιοδάκη<sup>1</sup>, Α. Μπίμπα<sup>1</sup>, Σ. Λουκέρτζη<sup>2</sup>, Β. Πιτυρίγκα<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Τομέας Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, <sup>2</sup>401 Γ.Σ.Ν., <sup>3</sup>Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο παρασιτικός νηματώδης σκύληκας *Strongyloides stercoralis* μεταδίδεται στον άνθρωπο δια της διατήσεως του δέρματος (λοιμογόνο στάδιο: φιλαριοειδής προνύμφη) και μέσω της φλεβικής κυκλοφορίας πηγαίνει σε καρδιά, πνεύμονες, στόμαχο, λεπτό έντερο. Προκαλεί κνησμό στο σημείο εισόδου και σε αρκετές περιπτώσεις στομαχικές και εντερικές διαταραχές, πνευμονία (σύνδρομο Loeffler), ηωσινοφιλία και ενίοτε αναίμια. Ανιχνεύεται στα κόπρανα δια της παρασιτολογικής κατόπιν εμπλουτισμού και με ανοσολογικές μεθόδους.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της μόλυνσης από το νηματέλμινθα *Strongyloides stercoralis* στην Ελλάδα σε δείγματα κοπράνων, σε άτομα με διάρροια.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατά το χρονικό διάστημα των ετών 2006-2015, δείγματα κοπράνων εξετάστηκαν με τη μέθοδο της παρασιτολογικής μικροσκοπήσεως κατόπιν εμπλουτισμού. Στα δείγματα αναζητήθηκε το παράσιτο στο στάδιο της προνύμφης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εξετάστηκαν 2902 δείγματα κοπράνων. Ευρέθησαν συνολικά 14 θετικά δείγματα. Από αυτά, τα 13 βρέθηκαν σε άρρενες και το 1 σε θήλυ, ενώ 2 βρέθηκαν σε ημεδαπούς και 12 σε αλλοδαπούς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Όπως φαίνεται ο επιπολασμός στην χώρα μας είναι χαμηλός, και η πλειονότητα των ασθενών ήταν αλλοδαποί. Η εύρεση του παρασίτου *Strongyloides stercoralis* είναι απαραίτητη για τη διαφορική διάγνωση των συμπτωμάτων του γαστρεντερικού και κατά συνέπεια τη χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας. Ιδιαίτερως πρέπει να αποκλείεται η παρουσία του σε ασθενείς ανοσοκατεσταλμένους και σε αναμένοντες μεταμόσχευση. Η αποφυγή μόλυνσης δύναται να επιτευχθεί τηρώντας τους απαραίτητους κανόνες ατομικής υγιεινής και την αποφυγή βάδισης άνευ υποδημάτων. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση (θειαβενδαζόλη, ιβερμεκτίνη) είναι απαραίτητη τόσο για την εκρίζωση της νόσου όσο και στην αποφυγή διασποράς του παρασίτου.

### 37. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ CMV ΣΕ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΘΑΛΑΣΣΑΙ-ΜΙΚΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Τσιλιγιάννη<sup>1</sup>, Μ. Λιόση<sup>1</sup>, Σ. Ντελίκου<sup>2</sup>, Μ. Πουγιούκα-Μπέη<sup>1</sup>, Α. Πετροχειλίτου<sup>1</sup>, Μ. Τούτουζα<sup>1</sup>, Κ. Μαραγκός<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Ανοσολογικό-Ορολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Μονάδα Μεσο-γειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο κυτταρομεγαλοϊός CMV είναι ένας ερπητοϊός. Βασικό του χαρακτηριστικό είναι η παραμονή σε λανθάνουσα κατάσταση. Η συχνότητα των ατόμων που μολύνονται από CMV αυξάνεται με την ηλικία. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό υπολογίζεται στο 90%. Η μετάδοση γίνεται με στενή επαφή με μεταμόσχευση οργάνων από οροθετικό δότη, από τη μητέρα στο κύημα είτε μέσω του πλακούντα (ενδομητρίως), είτε κατά τον τοκετό ή το θηλασμό, καθώς και με μετάγγιση μολυσμένου αίματος.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της εργασίας ήταν η καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης του κυτταρομεγαλοϊού σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε πολλαπλές μεταγγίσεις αίματος.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 49 ασθενείς με ομόζυγη β θαλασσαιμία (Γ/Α: 44/20) μέσης ηλικίας 49,2 (±8,3). Από αυτούς οι 41 είχαν υποβληθεί σε σπληνεκτομή και οι 8 όχι. Μετρήθηκαν τα επίπεδα IgG, IgM αντισωμάτων για CMV. Στην συνέχεια χωρίστηκαν σε 2 ομάδες αναλόγως ιστορικού σπληνεκτομής. Υπολογίστηκε η σχετική συχνότητα (relative frequency) και το αντίστοιχο ποσοστό εμφάνισης (percent).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από το σύνολο των πολυμεταγγιζόμενων ασθενών

N= 49	IgM θετικά	IgM αρνητικά	IgG θετικά	IgG αρνητικά
	1(2%)	48(98%)	45(91,8%)	4 (8,2%)

Όταν ο ασθενείς χωρίστηκαν αναλόγως προηγούμενης σπληνεκτομής η επίπτωση μεταξύ των δύο ομάδων δεν είχε ιδιαίτερα σημαντική στατιστική διαφορά. Ως τυχαίο εύρημα, σε έναν ασυμπτωματικό ασθενή ανιχνεύθηκαν θετικά IgM αντισώματα που υπερβαίνωσαν την PCR. Ο συγκεκριμένος ασθενής εμφάνισε επανενεργοποίηση του ιού.

N=49	IgM θετικά	IgM αμφίβολο	IgM αρνητικά	IgG θετικά	IgG αμφίβολο	IgG αρνητικά
Σπληνεκτομή N=41	0	0	41 (100%)	38(92,7%)	0	3 (7,3%)
Χωρίς σπληνεκτομή N=8	1(12,5%)	0	7 (87,5%)	7(87,5%)	0	1 (12,5%)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανίχνευση των IgG (91,8%) αντισωμάτων και η απουσία των IgM(98%) αντισωμάτων υποδηλώνει ότι σε μεγάλο ποσοστό οι πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς έχουν εκτεθεί στον ιό παρόλο που στην πλειοψηφία τους το μεταγγιζόμενο αίμα έχει υποβληθεί σε λευκαφαίρεση πριν την χορήγηση του. Το ποσοστό έκθεσης δεν διαφέρει στατιστικά από τον γενικό πληθυσμό. Ομοίως δεν σημειώνονται ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ σπληνεκτομηθέντων ή μη ασθενών. Λόγω της ασυμπτωματικής φύσης ή της ήπιας συμπτωματολογίας δεν υπάρχει δυνατότητα αποκλεισμού αιμοδότη επί υποψίας υποκλινικής λοίμωξης. Κατά την WHO μόνο σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα χορηγούνται CMV αρνητικά παράγωγα αίματος. Το screening γίνεται με ανοσοενζυμική μέθοδο.

### 39. ΟΡΜΟΝΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΤΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ

Α. Ιερωνυμάκη, Α. Πανοπούλου, Δ. Καραγιώργας, Σ. Χρυσού  
 Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εργαστηριακή εκτίμηση των ορμονών που σχετίζονται με το μεταβολισμό του ασβεστίου.

**ΥΛΙΚΟ:** Η μελέτη της Ελληνικής και της Διεθνούς βιβλιογραφίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η συγκέντρωση ασβεστίου και φωσφόρου στον ορό ρυθμίζεται από την παραθορμίνη, βιταμίνη D, καλσιτονίνη και μαγνήσιο. Μεταβολές στη συγκέντρωση ασβεστίου του αίματος προκαλούν αντίστροφες μεταβολές στην έκκριση παραθορμόνης. Η υπασβεστιαιμία διεγείρει την έκκριση παραθορμόνης που δρα σε οστά, έντερο και νεφρά αυξάνοντας τη συγκέντρωση ασβεστίου. Η καλσιτονίνη χρησιμεύει ως δείκτης για το μυελοειδές καρκίνωμα θυρεοειδούς. Ελαττώνει το ασβέστιο του αίματος με αναστολή οστεοκλαστικής δραστηριότητας. Η έκκριση της διεγείρεται από την αύξηση των επιπέδων ασβεστίου-μαγνησίου. Η βιταμίνη D3 παράγεται στο δέρμα υπό την επίδραση της υπεριώδους ακτινοβολίας και προσλαμβάνεται με την τροφή υπό τη μορφή της βιταμίνης D2 (καλσιφερόλη). Υδροξυλιώνεται στο ήπαρ σε 25 (OH)D και στο νεφρό σε 1,25 (OH)2D. Η τελευταία δρα στο έντερο αυξάνοντας την απορρόφηση ασβεστίου και φωσφόρου, στα οστά διεγείρει οστεοκλαστική-οστεοβλαστική δραστηριότητα και στα νεφρά σε συνεργασία με την παραθορμόνη αυξάνει την επαναρρόφηση ασβεστίου. Το πεπτιδί που σχετίζεται με την παραθορμόνη (PTH-RP) παράγεται από νεοπλασματικούς ιστούς αποτελώντας κύρια αιτία υπερασβεστιαιμίας επί κακοήθειας.

	Ασβέστιο Ορού	Παραθορμόνη	Καλσιτονίνη	1,25(OH)2D	Ασβέστιο Ούρων
Πρωτοπαθής Υπερπαραθυρεοειδισμός	↑	↑	Φ	Φ ή ↑	↑
Υπερασβεστιαιμία Νεοπλασίων	↑	↓	Φ	Φ ή ↓	Φ ή ↑
Έλλειψη βιταμίνης D	Φ ή ↓	↑	Φ	Φ ή ↓	↓
Υποπαραθυρεοειδισμός	↓	Φ ή ↓	Φ	Φ ή ↓	↓
Καλοήθης Οικογενής Υπερασβεστιαιμία	↑	Φ ή ↑	Φ	Φ	↓

Συνδυασμοί ευρημάτων επί διαταραχών ορμονών που σχετίζονται με το μεταβολισμό του ασβεστίου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα του προσδιορισμού των ορμονών που ρυθμίζουν τα επίπεδα ασβεστίου είναι απαραίτητες για την εκτίμηση των διαταραχών του μεταβολισμού ασβεστίου.

### 38. ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ: ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Δ. Χατζηδόκη<sup>1</sup>, Ε. Σταυρούλης<sup>1</sup>, Χ. Ταμπάκης<sup>1</sup>, Μ. Κινδύνη<sup>1</sup>, Σ. Κλαδίτη<sup>2</sup>, Α. Φέρκε<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Επιτροπή Ελέγχου Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η προώθηση των δεδομένων από τη συμμετοχή του νοσοκομείου μας στην επιτήρηση των πολυανθεκτικών στελεχών στο πρόγραμμα «Προκρούστης» και συγκεκριμένα: Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii και S.aureus MRSA. Τα πολυανθεκτικά στελέχη Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii και S.aureus MRSA αποτελούν μεγάλο πρόβλημα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αλλά και τις κλινικές που νοσηλεύουν σοβαρά περιστατικά με λοιμώξεις, λόγω της δυσχέρειας στην αντιμετώπισή τους.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε όλα τα πολυανθεκτικά παθογόνα που απομονώσαμε στο διάστημα 01/01/2012 - 31/12/2016. Για τις αιμοκαλλιέργειες εφαρμόστηκε η αυτοματοποιημένη μέθοδος ΒΑCTEC. Η ευαισθησία στα αντιβιοτικά ελέγχθηκε με τη μέθοδο διάχυσης σε δίσκια αντιβιοτικών Kirby-Bauer. Ενώ ο έλεγχος των γονιδίων αντοχής έγινε με τη μέθοδο αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) σε εργαστήριο αναφοράς για τις β-λακταμάσες NDM, VIM και KPC και για το γονίδιο bla OXA-48.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τις 2101 καλλιέργειες αίματος που μελετήθηκαν οι θετικές ήταν 394 (18,75%), εκ των οποίων απομονώθηκαν Gram(+) κόκκοι στις 212 (53,8%), Gram(-) βακτηρίδια στις 155 (39,4%) και Μύκητες στις 27 (6,8%). Από τους Gram (+) κοκκούς οι 68 (17,25%) ταυτοποιήθηκαν S.aureus, από τους οποίους 5 ήταν MRSA. Από τα Gram(-) βακτηρίδια σε 51 καλλιέργειες ταυτοποιήθηκε Pseudomonas aeruginosa (12,94%), από τις οποίες 29 ανευρέθησαν με αντοχή έναντι των καρβαπεμενών, 47 Klebsiella pneumoniae (11,93%), από τις οποίες οι 27 ανευρέθησαν με αντοχή έναντι των καρβαπεμενών και 29 Acinetobacter baumannii (7,36%), από τα οποία και τα 29 ανευρέθησαν με αντοχή έναντι των καρβαπεμενών. Αξιοσημείωτο είναι ότι όλα τα Acinetobacter baumannii απομονώθηκαν από τους ασθενείς της Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με συνεχόμενη αυξητική τάση έως το 2016,όμως έχουν βρεθεί αρνητικά στο γονίδιο bla OXA-48

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα δεδομένα της μελέτης μας δείχνουν ότι τα πολυανθεκτικά στελέχη που είναι σε επιτήρηση την τελευταία πενταετία παρουσίασαν δυναμική μεταβολή. Ενώ τα πρώτα δύο χρόνια απομονωνόταν στελέχη πολυανθεκτικά σε καρβαπενέμες κυρίως από Pseudomonas aeruginosa, έχουν αντικατασταθεί από το Acinetobacter baumannii σε ασθενείς της ΜΕΘ. Η Klebsiella pneumoniae απομονώνεται κυρίως στις παθολογικές κλινικές. Η κατάλληλη επιτήρηση και η έγκυρη ενημέρωση των κλινικών ιατρών βοηθάει στην ορθή διαχείριση των δύσκολων αυτών περιστατικών.

### 40. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Α. Πανοπούλου, Α. Ιερωνυμάκη, Δ. Καραγιώργας, Μ. Βουνάτσου, Α. Καραγιάδου-ρη, Σ. Χρυσού  
 Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των προληπτικών μέτρων για την εξάλειψη των ενδοεργαστηριακών και εξεργαστηριακών παραγόντων που επηρεάζουν τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων και την ερμηνεία τους.

**ΥΛΙΚΟ:** Πηγές εκ της Ελληνικής και της Διεθνούς βιβλιογραφίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε αυτά που σχετίζονται με ενδοεργαστηριακούς και εξεργαστηριακούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα και την ερμηνεία των εργαστηριακών αναλύσεων. Τα προληπτικά μέτρα που αφορούν ενδοεργαστηριακούς παράγοντες είναι:

- Η επιλογή της αναλυτικής μεθόδου που θα χρησιμοποιηθεί (με βάση τα κριτήρια αξιοπιστίας της: επαναληψιμότητα, ακρίβεια, ευαισθησία, ειδικότητα)
- Αντιδραστήρια και πρότυπα διαλύματα (υψηλής ποιότητας, λήψη κατάλληλων προφυλάξεων κατά την παρασκευή, χρήση και αποθήκευσή τους).
- Όργανα (εξαιρετικής ποιότητας, τακτική επιθεώρηση, προληπτική συντήρηση και έλεγχος απόδοσης τους).
- Περιβάλλον (καθαριότητα και διαθεσιμότητα του χώρου του εργαστηρίου, κατάλληλος φωτισμός, θερμοκρασία, αποφυγή θορύβων).
- Φόρτος εργασίας (αποφυγή σταθερά υψηλού φόρτου εργασίας εκ του προσωπικού του εργαστηρίου)

Τα προληπτικά μέτρα που αφορούν εξεργαστηριακούς παράγοντες είναι:

- Συνεργασία κλινικών και εργαστηριακών γιατρών (έκδοση παραπεμπτικού με καταγραφή: των απαιτούμενων κλινικών πληροφοριών του ασθενούς, προσδιορισμός του είδους του κλινικού δείγματος, αιτούμενες αναλύσεις)
- Καθορισμός των παραγόντων που έχουν σχέση με τον ασθενή (ηλικία, φύλο, φυλετική ομάδα, διατροφική κατάσταση, βιολογικός ρυθμός, θέση σώματος, φυσική άσκηση και stress, λήψη φαρμάκων, γενική κλινική κατάσταση, χρονική στιγμή δειγματοληψίας)
- Καθορισμός των παραγόντων που έχουν σχέση με το δείγμα (σημείο και τεχνική αιμοληψίας, υλικά συλλογής του δείγματος, χρήση των ενδεδειγμένων αντιπηκτικών και συντηρητικών μέσων, αποφυγή αιμόλυσης, σωστή συντήρηση δείγματος).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η λήψη προληπτικών μέτρων κρίνεται αναγκαία στην εξάλειψη των τυχαίων λαθών (random mistakes), τα οποία αποτελούν πηγή διακύμανσης η οποία είναι δύσκολο να ανακαλυφθεί από τεχνικές ποιοτικού ελέγχου.

### 41. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΟΛΥΠΕΚΤΟΜΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ν. Χρυσάνθος<sup>1</sup>, Ε. Αναγνωστοπούλου<sup>1</sup>, Α. Μέλλιος<sup>2</sup>, Π. Κορκολοπούλου<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Χανίων, <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Χανίων, <sup>3</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η σύγχρονη ενδοσκοπική του παχέος εντέρου προσφέρει ολοκληρωμένη διάγνωση και θεραπεία σε ασθενείς με πολυπόδες. Η ενδοσκοπική πολυπεκτομή είναι κατά κόρον ταχέως και προφέρει ασφαλή και με ελάχιστες επιπλοκές αφαίρεση σθένος του συνόλου των αναρτηθέντων πολυπόδων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των επιπλοκογενών χαρακτηριστικών των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική αφαίρεση πολυπόδων καθώς και των παραγόντων κινδύνου για μετά πολυπεκτομή αιμορραγία.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη καταγραφής 209 ασθενών (141 (67.5%) άντρες / 68 (32.5%) γυναίκες) (μέση ηλικίας 64 ετών που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική αφαίρεση πολυπόδων παχέος εντέρου κατά την τελευταία τριετία στο τμήμα μας. Τα δεδομένα μας αναλύθηκαν με SPSS 21.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι άντρες ασθενείς εμφάνισαν συχνότερα περισσότερους, μεγαλύτερους και με πιο σφοδρά ιστολογικά στάδια πολυπόδες σε σχέση με τις γυναίκες (Πίνακας 1). Η ανεπάρεια μεγάλων πολυπόδων προεγερμένου σταδίου σε ασθενείς με ηλικία μικρότερη των 50 ετών και μικρή δεν είναι μπιβένθη. Κατά κανόνα όμως οι ασθενείς άνω των 50 ετών εμφάνισαν μεγαλύτερους και με υψηλότερη δυσπλασία πολυπόδες σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς. Φαίνεται επίσης υψηλή επίπτωση πολυπόδων στο δέξιο κόλον για τους νεότερους ασθενείς (Πίνακας 2). Η εμφάνιση αιμορραγίας μετά την πολυπεκτομή ήταν συχνότερη σε άνδρες ηλικίας άνω των 50 ετών (14/141 9.9% vs 4/68 5.9%, P 0.32), (17/18 (94.5%), P 0.78). Αυξήθηκε κίνδυνος παρρησίας όταν χρησιμοποιήθει ρεύμα τμήσης ή χρόνος αποκοπής του πολυπόδα μεγαλύτερο από 3 δευτερόλεπτα (7/18 (38.9%) P

Πίνακας 1

	Άντρες Αρ. (%)	Γυναίκες Αρ. (%)	P
<b>Αρ. Πολυπόδων</b>			0.065
1	84	51	
2-3	49	13	
≥4	8	4	
<b>Μέγεθος Πολυπόδων</b>			0.53
1εκ	97	45	
1.1-2εκ	29	18	
>2.1εκ	15	5	
<b>Μορφολογία</b>			0.27
Επιπέδος	39	21	
Βραχύς μίσχος	36	19	
Επιπέδος	15	7	
Ευρεία βάση	3	8	
Μίσχος	9	5	
<b>Εντόπιση</b>			0.44
Δε κόλον	100	55	
Αρ. Κόλον	23	8	
Δε. βλεφ. Κόλον	16	4	
Στόμαχο	2	1	
<b>Δυσπλασία</b>			0.48
Ήπια	24	19	
Υψηλή	111	9	0.96
In situ	7	3	0.86

Πίνακας 2

	42-50 έτη	51-75 έτη	>76 έτη	P
<b>Αρ. Πολυπόδων</b>				0.6
1	13	107	15	
2-3	2	52	8	
≥4	1	9	2	
<b>Μέγεθος Πολυπόδων</b>				0.56
1εκ	9	114	19	
1.1-2εκ	6	37	4	
>2.1εκ	1	17	2	
<b>Μορφολογία</b>				0.8
Επιπέδος	5	49	6	
Βραχύς μίσχος	6	42	7	
Επιπέδος	1	29	7	
Ευρεία βάση	3	36	4	
Μίσχος	1	12	1	
<b>Τοπογραφία</b>				0.04
Δε κόλον	15	124	16	
Αρ. Κόλον	-	26	5	
Δε. βλεφ. Κόλον	1	17	4	
Στόμαχο	-	1	2	
<b>Δυσπλασία</b>				0.3
Ήπια	1	26	6	
Υψηλή	2	21	5	0.5
In situ	1	6	3	0.1

### 43. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ

Ε. Τσαρέ<sup>1,2</sup>, Α. Γιουτλάκη<sup>1,2</sup>, Μ. Κλάπα<sup>2</sup>, Ν. Μοσχονάς<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Εργαστήριο Γενικής Βιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, <sup>2</sup>Εργαστήριο Μεταβολικής Μηχανικής και Συστημικής Βιολογίας, ΙΤΕ/ΙΕΧΜΗ, Πάτρα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η υπέρταση είναι ένας σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας καρδιαγγειακών νοσημάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων. Πολυκεντρικές μελέτες γενετικής ανάλυσης σύνδεσης γονιδιωματικής κλίμακας (GWAS) υποδεικνύουν πολλά γονίδια σχετιζόμενα με τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Η αξία των ευρημάτων GWAS μπορεί να ενισχυθεί, εάν αναλυθούν στο πλαίσιο του δικτύου πρωτεϊνικών αλληλεπιδράσεων (ΔΠΑ) όπου, αποδεδειγμένα, πρωτεΐνες γονιδίων σχετιζόμενων με ένα νόσημα ομαδοποιούνται σε λειτουργικά υποδίκτυα. Στόχος είναι η συνδυαστική αξιοποίηση δεδομένων GWAs και ανάλυσης του αντίστοιχου πρωτεϊνικού δικτύου για τη διαλεύκανση μηχανισμών ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης και η πρόβλεψη προδιαθεσικών γονιδίων για υπέρταση.

**ΠΗΓΕΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Δεδομένα GWAS συλλέχθηκαν από τη βάση δεδομένων GWAS-Catalog και πρόσφατη βιβλιογραφία. Το ΔΠΑ ανακατασκευάστηκε από τη βάση δεδομένων πρωτεϊνικών αλληλεπιδράσεων του ανθρώπου PICKLE και αναλύθηκε με το λογισμικό Cytoscape. Για τη λειτουργική ομαδοποίηση των γονιδίων χρησιμοποιήθηκε η πλατφόρμα DAVID.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συλλέχθηκαν 242 γονίδια σχετιζόμενα με την αρτηριακή πίεση. Η ανάλυση του ΔΠΑ (1775 πρωτεΐνες με ~2500 αλληλεπιδράσεις) αποκάλυψε δύο, συνδεδεμένα μεταξύ τους υποδίκτυα, ένα κεντρικό και ένα περιφερειακό, υποδεικνύοντας τη σχετική βαρύτητα της συμβολής των πρωτεϊνικών κόμβων καθενός στους μηχανισμούς της αρτηριακής πίεσης. Μεταξύ των πλέον κομβικών πρωτεϊνών διακρίνονται οι υποδοχείς ρετινοϊκού RXRA (συμμετέχει στη διαφοροποίηση των κυττάρων του μυοκαρδίου), ινσουλίνης INSR, αγγειακού ενδοθηλιακού αναπτυσστικού παράγοντα NCK2, ο παράγων PTPN11 (συμβάλλει στην καρδιακή ανάπτυξη) και ο θυρεοειδικός υποδοχέας THRΒ (συμμετέχει στη ρύθμιση της καρδιοσυστολής).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση της μοριακής παθοφυσιολογίας του νοσήματος και την υπόδειξη προδιαθεσικών για την υπέρταση γονιδίων, παραλλαγές των οποίων προτείνεται να διερευνηθούν κατά προτεραιότητα στις σχετικές μελέτες προληπτικής μοριακής ιατρικής.

### 42. ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ, ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ

Ε. Στρατηγάκος<sup>1</sup>, Α. Πελεκάνου<sup>2</sup>, Ε. Δράκου<sup>3</sup>, Π. Βασιλοπούλου<sup>4</sup>, Ε. Τζεραβίνη<sup>5</sup>, Ε. Μιχαλάκης<sup>2</sup>, Π. Πρεζεράκος<sup>6</sup>, Μ. Τσιρώνης<sup>6</sup>, Π. Ανδριόπουλος<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», <sup>2</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»- Γ.Ν.Δ.Α. «Η Αγία Βαρβάρα», <sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», <sup>4</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Μεσσηνίας - Ν. Μ. Καλαμάτας, <sup>5</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Λακωνίας - Ν. Μ. Σπάρτης, <sup>6</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης & Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή και διερεύνηση των αιμορραγιών ανώτερου πεπτικού στο νομό Λακωνίας και η σύγκριση των ευρεθέντων στοιχείων με τα διεθνώς καταγεγραμμένα δεδομένα.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 367 άτομα, 257 άνδρες και 110 γυναίκες, που νοσηλεύτηκαν με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στο Γ.Ν. Λακωνίας από τη 1/1/2010 έως τις 31/12/2014. Πραγματοποιήθηκε συστηματική καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων, των έξεων, του ατομικού αναμνηστικού, της κλινικής εικόνας, της αντικειμενικής εξέτασης, του παρακλινικού ελέγχου και της πορείας νόσου των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση επίπτωση της νόσου διαμορφώνεται στα 82,34 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού και η θνητότητα ανέρχεται στο 5,7% (21/367). Ηλικιακά, οι ασθενείς είναι άνω των 65, με τη μέση ηλικία για τους άνδρες να είναι 68,62 έτη, για τις γυναίκες 77,45 έτη και την ηλικιακή διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στατιστικώς σημαντική (p < 0.005). Η ενδοσκόπηση πραγματοποιείται στις 3.79 ημέρες από την εισαγωγή, με τα ευρήματα αυτής κατά σειρά συχνότητας να είναι ο συνδυασμός διαβρωσεων-έλκους (34,6%), το πεπτικό έλκος (21,9%), οι γαστροδωδ/κές διαβρώσεις (15%). Το ποσοστό επανααιμορραγίας διαμορφώθηκε στο 2,7%(10/367), ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας στις 6,89 ημέρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στο νομό Λακωνίας εμφανίζει επίπτωση μικρότερη από τα διεθνώς παρατηρούμενα και θνητότητα που κινείται στις χαμηλότερες καταγεγραμμένες τιμές. Αποτελεί νόσο των ηλικιωμένων, ο χρόνος της ενδοσκοπικής της αντιμετώπισης υστερεί από τη διεθνή καλή πρακτική, ο μέσος χρόνος νοσηλείας κινείται εντός ορίων, ενώ εμφανίζει υποπολλαπλάσιο των διεθνών ποσοστό υποτροπής.

### 44. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ, ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΜΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΝΟΥΡΙΑ ΤΥΠΟΥ Β

Ν. Σαμπάνης<sup>1</sup>, Ε. Πάσχου<sup>2</sup>, Δ. Παπανικολάου<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Έδεσσας, <sup>2</sup>Τμήμα Γενικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Γ.Ν. Έδεσσας, <sup>3</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπαγεωργίου»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η κυστίνουρΙΑ τύπου Β οφείλεται σε μεταλλάξεις των δύο αλληλόμορφων γονιδίων του SLC7A9 και οι ετεροζυγώτες εμφανίζουν συχνά σημαντική αύξηση της απέκκρισης κυστίνης στα ούρα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της κλινικής ετερογένειας της κυστίνουρίας τύπου Β καθώς και του πιθανού ατελούς επικρατητικού τύπου κληρονομικότητας.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:** Άνδρας 44 ετών, εντάχθηκε σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης λόγω χρόνιας νεφρικής νόσου τελικού σταδίου. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρονται πολλαπλά επαναλαμβανόμενα επεισόδια επιπλεγμένης νεφρολιθίασης με ουρολοιμώξεις και αποφρακτικά φαινόμενα, από την ηλικία των 15 ετών, που αντιμετωπίστηκαν με ουρολογικές παρεμβάσεις όπως διαδερμική νεφρολιθοτομή αλλά και μη επεμβατικές τεχνικές όπως εξωσωματική λιθοτριψία. Η πρώτη εμφάνιση της νόσου, ο επαναλαμβανόμενος χαρακτήρας της και η ανάγκη ουρολογικών παρεμβάσεων οδήγησαν στην αμετάκλητη νεφρική βλάβη.

Ο αδερφός του, παρουσίασε το πρώτο επεισόδιο νεφρολιθίασης σε ηλικία 37 ετών, το οποίο απαίτησε ανοιχτή χειρουργική απομάκρυνση του λίθου.

Λόγω της πρώιμης έναρξης της νόσου καθώς του οικογενούς χαρακτήρα και της μη αποτελεσματικότητας της εξωσωματικής λιθοτριψίας τέθηκε η υπόνοια υποκείμενης μεταβολικής διαταραχής. Η βιοχημική ανάλυση των ούρων ανέδειξε υψηλά επίπεδα όλων των διβασιικών αμινοξέων ενώ η γενετική ανάλυση επιβεβαίωσε τη μετάλλαξη και στα δύο αλληλόμορφα γονίδια (E12del/c.225C>T) της κυστίνουρίας τύπου Β στο χρωμόσωμα 19q13.

Από το βιοχημικό έλεγχο των ούρων των παιδιών των δύο ασθενών παρατηρήθηκε ήπια αύξηση των επιπέδων των διβασιικών αμινοξέων, ευρήματα που επιβεβαιώνουν άλλες παρατηρήσεις ότι η κληρονομική της κυστίνουρίας τύπου Β ακολουθεί ένα ατελές αυτοσωμικό επικρατητικό πρότυπο και πιθανώς αυξημένο κίνδυνο νεφρολιθίασης.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Οι λίθοι κυστίνης αποτελούν μόλις το 1% των λίθων του ουροποιητικού. Η κυστίνουρΙΑ είναι η πιο κοινή αιτία κληρονομούμενης λιθιασικής νόσου, υπεύθυνη για το 10% των λίθων στην παιδική ηλικία. Η πρώτη έναρξη της νόσου και ο οικογενής χαρακτήρας της απαιτούν εκτενή και αναλυτικό μεταβολικό έλεγχο που θα αποτρέψει επαναλαμβανόμενες ουρολογικές παρεμβάσεις, επομένως και τη μόνιμη απώλεια της νεφρικής λειτουργίας.

## 45. ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΦΥΗ ΜΑΝΙΤΑΡΙΑ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΑΜΑΝΙΤΑ ΡΗΑΛΛΟΙΔΕΣ- Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΚΑΙ ΣΩΣΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΔΟΤΩΝ

A. Φούτρης, E. Μπασάνου, K. Φούντας, B. Σοφιδιώτου, A. Καλώστου, Π. Νέου  
Κέντρο Δηλητηριάσεων, Νοσοκομείο Παίδων Π.&A. Κυριακού, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της παρουσίας περιστατικών δηλητηριάσεων με μανιτάρια του είδους amanita phalloides με στόχο να αναδειχθεί η αποτελεσματικότητα της έγκαιρης και σωστής θεραπείας με χορήγηση ολιμπινίνης ή σε συνδυασμό με ακετυλοκυστείνη

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελέτηθηκαν 81 δηλητηριάσεις με αυτοφυή μανιτάρια προερχόμενες από όλη την χώρα που μας αναφέρθηκαν από τον Ιανουάριο του 2015 έως και τον Δεκέμβριο του 2016. Επειδή η διάκριση των ειδών amanita phalloides με άλλα είδη δηλητηριωδών μανιταριών που παρουσιάζουν καθυστερημένη έναρξη συμπτωμάτων συνήθως μετά τις 6 ώρες από την λήψη είναι αδύνατη, η απόφαση για χορήγηση ολιμπινίνης σαν μονοθεραπεία ή συνδυασμού της με ακετυλοκυστείνη έγινε με κριτήριο την ώρα έναρξης των συμπτωμάτων, την κλινική εικόνα και τις διαταραχές της ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας. Τα περιστατικά κατηγοριοποιήθηκαν σε 3 ομάδες: **1η ομάδα:** 6-24 ώρες μετά τη λήψη. Οι ασθενείς παρουσίαζαν εμετούς, σοβαρή διάρροια, πυρετό, ταχυκαρδία, υπόταση με επακόλουθα αφυδάτωση χωρίς διαταραχές ηπατικής ή νεφρικής λειτουργίας. **2η ομάδα:** Προσέλευση ασθενών 24-48 ώρες από την λήψη. Στους περισσότερους υπήρχαν συμπτώματα από το πεπτικό που είχαν υποχωρήσει, ενώ εμφανίζονταν διαταραχές ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας (αύξηση τρανσαμινασών, ολιγουρία, ανουρία) συνεχώς επιδεινούμενες. **3η ομάδα:** Προσέλευση ασθενών 3-5 ημέρες μετά την λήψη. Οι ασθενείς παρουσίαζαν ηπατική βλάβη που οδηγούσε σε ηπατική ανεπάρκεια ενώ μερικοί εμφάνιζαν και νεφρική ανεπάρκεια, σπασμούς με ηπατική εγκεφαλοπάθεια και διαταραχές ηλεκτρικότητας του αίματος.

**ΑΝΤΙΔΟΤΑ:** **1)** Χορήγηση ολιμπινίνης για ηπατοπροστατευτική επίδραση (αναστολή εισόδου των τοξίνων στο ηπατικό κύτταρο) έγινε στην 1η ομάδα ασθενών. **2)** Χορήγηση ολιμπινίνης έγινε στους ασθενείς 2ης και 3ης ομάδας για αναγέννηση των ηπατικών κυττάρων και για την αντιφλεγμονώδη και αντιοξειδωτική δράση της καθώς και για την ανασταλτική επίδραση στην δημιουργία ίνωσης (κίρρωση του ήπατος). **3)** Συνδυαστικά στους ασθενείς 2ης και 3ης ομάδας χορηγήθηκε ακετυλοκυστείνη σαν αντιοξειδωτικό- ηπατοπροστατευτικό παράγοντα και για την προστατευτική δράση έναντι της νεφροτοξικής δράσης των μανιταριών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι 81 περιπτώσεις αφορούσαν ενήλικες και παιδιά (38 γυναίκες, 43 άνδρες). Προσήλθαν στην 1η φάση: 75,3%, 2η φάση: 17,30%, 3η φάση: 7,40%, Ηπατική βλάβη: 12%, Διαταραχές ηλεκτρικότητας: 5%, Ηπατική εγκεφαλοπάθεια: 2,3%, Νεφρική βλάβη: 7,40% Χορηγήθηκαν αντιδοτα: Σιλμπινίνης: 75,3%, 2) Σιλμπινίνης και N-κετυλοκυστείνη (NAC): 24,70%, Αιμοκάθαρση σε συνδυασμό με αντιδοτα: 5,63%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** **1)** Η έκβαση ήταν καλή για όλους τους ασθενείς. Κανένας ασθενής δεν χρειάστηκε μεταμόσχευση ήπατος. Γενικά φαίνεται πως η έγκαιρη και σωστή θεραπεία με χορήγηση αντιδοτών καθώς και τα γενικά υποστηρικτικά μέσα βοηθούν στην ομαλή εξέλιξη αυτών των περιστατικών. **2)** Από την μακρόχρονη εμπειρία στην αντιμετώπιση δηλητηριάσεων με ηπατοτοξικά μανιτάρια (phalloides) έχει αποδειχθεί ότι η άμεση μετά την προσέλευση του ασθενούς θεραπεία με αντιδοτα ακόμα και εάν αυτή είναι καθυστερημένη (3-4 24ωρα από την βρώση) οδηγεί σε αναστολή της ηπατικής βλάβης και προοδευτική αναγέννηση της ηπατικής λειτουργίας μόνο με την χορήγηση αντιδοτών.

## 47. ΠΡΟΣΕΛΥΣΗ ΕΞΕΙΔΙΚΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

E. Παπαγρηγορίου, Π. Μπραϊμάκος, Π. Ντασιακλής, E. Παππά, X. Κοτούλας, E. Κατσουλιέρη, Π. Μπάφα  
Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία αποτελεί ένα από τα συχνότερα παιδοκαρδιολογικά περιστατικά που μπορούν να προσέλθουν στο ΤΕΠ σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία. Σκοπός του παρόντος κλινικού περιστατικού είναι η ανάδειξη της δυσκολίας διάγνωσης και επικινδυνότητας στην αντιμετώπιση τους εξειδικευμένων καρδιολογικών περιστατικών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

**ΥΛΙΚΟ:** Θήλυ ασθενής 13 ετών προσέρχεται στο Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας με αναφερόμενο αίσθημα παλμών και θωρακικό άλγος από 2 ωρών κατόπιν κατάδυσης σε βάθος 2m. Από την κλινική εξέταση, επισκοπικά εικόνα παλαιάς στερνοτομής και αιμοδυναμικά ασταθής με heart rate: 90 έως 190 bpm. Ετέθη σε monitoring όπου διαπιστώθηκε εναλλασσόμενος ρυθμός PAT (195 bpm) με βραχείες ριπές AF με ταχεία VR (160 bpm) με δύσκολη διάκριση αυτών λόγω συχνότητας, καθώς και ρυθμός 95bpm διάρκειας <10 sec χωρίς εμφανή κύματα p. Το ΗΚΓ ανέδειξε PAT με ριπές AF με ταχεία VR βραχείας διάρκειας. Λοιπή φυσική εξέταση κφ. Δυσχερής συνεργασία του οικογενειακού περιβάλλοντος και λανθασμένη πληροφόρηση στους ιατρούς υποδοχής σχετικά με το χειρουργικό υπόβαθρο της ασθενούς. Κατόπιν επιμονής των ιατρών, διαπιστώθηκε χειρουργηθείσα συγγενής καρδιοπάθεια κατά την βρεφική ηλικία.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ετέθη ενδοφλεβίως N/S 0,9% 1000cc, D/W 5% 250cc με 2 amp Αιμοδαρώνης (300 mg) σε έγχυση εντός 45 min. Οργανώθηκε η διακομιδή της ασθενούς με συνοδεία ιατρού στο εφημερεύον παιδιατρικό νοσοκομείο με τη σύμφωνη γνώμη των εφημερευόντων παιδοκαρδιολόγου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατόπιν της λήψης των ¾ του διαλύματος, ο ρυθμός ανετάχθη σε φλεβοκομβικό με συνοδό αιμοδυναμική σταθεροποίηση της ασθενούς. Ακολούθησε εισαγωγή επί 4 ημερών και εξιτήριο με οδηγίες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας ως πρωτοβάθμια δομή υγείας λόγω της δύσκολης πρόσβασης σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο, οφείλει να αντιμετωπίσει με επάρκεια εξειδικευμένα περιστατικά όλων των ειδικότητων, ελαχιστοποιώντας τη δυσμενή κατάληξη αυτών.

## 46. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΝΤΙΒΙΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ-ΠΕΡΑΧΩΡΑΣ- ΑΓ. ΘΕΟΔΩΡΩΝ

A. Δημητρίου, B. Κολοκούρη, A. Θεοδώρου  
Κέντρο Υγείας Λουτρακίου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της κατανάλωσης αντιβιοτικών φαρμάκων στην πληθυσμιακή κοινότητα του Δήμου Λουτρακίου-Περαχωράδας-Αγίων Θεοδώρων, κατά τους μήνες Οκτώβριο-Νοέμβριο του 2015, από ασθενείς που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας (Κ.Υ.) Λουτρακίου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατεγράφησαν 105 ασθενείς, από τα βιβλία ασθενών των τακτικών ιατρείων του Κ.Υ. Λουτρακίου, το διάστημα του διμήνου Οκτωβρίου-Νοεμβρίου του έτους 2015. Από αυτούς τους ασθενείς, οι 46 ήταν άνδρες (ποσοστό: 43,8%) και οι 59 ήταν γυναίκες (ποσοστό: 56,2%), ενώ η κατηγοριοποίησή τους ανά ηλικία ήταν η εξής: 20-40 ετών: 2 ασθενείς (1,9%), 40-60 ετών: 14 ασθενείς (13,3%), 60-70 ετών: 38 ασθενείς (36,2%), 70-80 ετών: 36 ασθενείς (34,3%), ενώ από 80-90 ετών: 13 ασθενείς (12,4%). Ορίστηκαν 3 επίπεδα αύξησης της θερμοκρασίας σώματος των ασθενών και κατεγράφησαν τα αίτια αυτής της αύξησης. Ακολούθησε συσχέτιση των παραπάνω με την κατανάλωση αντιβιοτικών σκευασμάτων. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Βρέθηκε ότι ένα ποσοστό της τάξης του 79% των ασθενών με διάγνωση ιογενούς συνδρομής έλαβαν αντιβιοτική αγωγή, το 96,4% των ασθενών με μικροβιακή λοίμωξη έλαβαν αντιβιοτική αγωγή, ενώ το 35,9% των ασθενών χωρίς τελική διάγνωση της πάθησής τους, ακολούθησαν θεραπεία με αντιβιοτικά. Αξιόσημο είναι ότι ένα ποσοστό 37,1% των ασθενών με εμπύρετο, δεν αναζήτησαν κάποια ιατρική βοήθεια και δεν τέθηκε σε αυτούς τελική διάγνωση. Παρόλα αυτά, το 31,8% έλαβε αντιβιοτικά φάρμακα, χωρίς καμία ιατρική συνταγή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Είναι σημαντικό να επισημανθεί η ανάγκη ενημέρωσης της κοινότητας της περιοχής του Δήμου Λουτρακίου-Περαχωράδας-Αγίων Θεοδώρων, για την ορθολογική χρήση της αντιβιοτικής αγωγής καθώς και η συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας (π.χ. των φαρμακοποιών) στην ορθή χορήγηση των αντιβιοτικών σκευασμάτων, μόνο κατόπιν ιατρικής συνταγής. Αλλά και οι ασθενείς όλων των ηλικιακών ομάδων, πρέπει να είναι επαρκώς ενημερωμένοι, να μη λαμβάνουν αυτοβούλως αντιβιοτική αγωγή και να συμβουλευούνται για κάθε πρόβλημα υγείας τους, του υπεύθυνου ιατρού.

## 48. ΣΤΑΤΙΝΕΣ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Π. Ντασιακλής, Π. Μπραϊμάκος, E. Παπαγρηγορίου, E. Παππά, X. Κοτούλας, E. Κατσουλιέρη, Π. Μπάφα  
Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η χορήγηση στατίνης μειώνει την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα σε ασθενείς με υπερλιπιδαιμία. Ωστόσο, παρουσιάζονται δόσοεξαρτώμενες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως μυοσίτιδα και μυαλγίες στο 10% και 15% των ασθενών αντίστοιχα. Σε 3% των ασθενών μπορεί να παρουσιαστεί διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, χωρίς απαραίτητα συμπτωματολογική εικόνα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση κλινικών περιστατικών ηπατοτοξικότητας σε ασθενείς υπό αγωγή με στατίνες στο Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας.

**ΥΛΙΚΟ:** Κάθε μήνα 25 νέοι ασθενείς του Κέντρου Υγείας Σαλαμίνας πραγματοποιούν έναρξη θεραπείας με στατίνες λόγω πρωτογενούς και δευτερογενούς καρδιαγγειακής προφύλαξης για υπερλιπιδαιμία. Στο πρόσφατο αρχείο ασθενών, 1 θήλυ ασθενής, 62 ετών, BMI>40 υπό δευτερογενή προφύλαξη λόγω ΣΔ ήταν ασυμπτωματική και εμφάνισε τιμές CPK=230 mg/dl, SGOT=775 g/dl, SGPT=690g/dl σε τακτικό έλεγχο, παρά τις φυσιολογικές τιμές του ελέγχου των πρώτων 6 εβδομάδων της θεραπείας. Επίσης, 1 άνδρας ασθενής, 72 ετών, υπό πρωτογενή προφύλαξη λόγω ΣΝ, ΑΕΕ και ήδη υπό θεραπεία με στατίνες από έτους, με ίδια διακοπή αυτής, εμφάνισε διάχυτες μυαλγίες με συνοδό CrCl=40 και SGOT=400 g/dl.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στους 2 ασθενείς με την διαταραγμένη ηπατική βιοχημεία έγινε διακοπή της αγωγής, προγραμματίστηκε περαιτέρω υπερηχογραφικός έλεγχος ήπατος και επανάληψη των εργαστηριακών εξετάσεων σε τακτική βάση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε λιπώδη εκφύλιση του ήπατος άνευ χολοστατικής εικόνας. Η επανάληψη των εργαστηριακών εξετάσεων παρουσίασε ύφεση των αυξημένων ορολογικών τιμών με συνοδό βελτίωση της συμπτωματολογίας. Συνεστήθη νοσηλεία άμφω των ασθενών, καθώς η ηπατοτοξικότητα αποδόθηκε στη λήψη στατίνων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ηπατοτοξικότητα που προκύπτει από την ανευπερλιπιδαιμική θεραπεία με στατίνες παρουσιάζει ποικιλομορφία, ωστόσο είναι εύκολα υφέσιμη με τη διακοπή του φαρμάκου σε ηπατοκυτταρική βλάβη όπως στα άνωθεν περιστατικά. Αναδεικνύεται σημαντικός ο τακτικός έλεγχος ακόμη και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, ειδικά σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

## 49. ΣΠΑΝΙΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

I. Μπαρδάνης<sup>1</sup>, Α. Σιδεράκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ΩΡΛ Τμήμα, ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας, <sup>2</sup>Ορθοπαιδικό Τμήμα, ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η δυσφαγία αποτελεί μια από τις συνηθέστερες αιτίες προσέλευσης ασθενών σε εξωτερικό ιατρείο. Το σύνδρομο DISH (Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis) και ο έρπης ζωστήρας της 9ης εγκεφαλικής συζυγίας αποτελούν σπάνια αίτια δυσφαγίας. Η εργασία αυτή αποσκοπεί στην παρουσίαση δύο τέτοιων περιστατικών που προσήλθαν στο εξωτερικό ΩΡΛ ιατρείο του ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ:** Το πρώτο περιστατικό αφορά 69χρονο άνδρα χωρίς ένδειξη ανοσοκαταστολής ο οποίος παραπέμφθηκε σε μας από το περιφερειακό του ιατρείο με τόσο έντονη δυσφαγία ώστε να μην έχει καταπιεί στερεά τροφή την τελευταία εβδομάδα. Κατά την επισκόπηση του στοματοφάρυγγα διαπιστώθηκε η παρουσία πολλών ελκών και φυσαλίδων μονόπλευρα αριστερά. Κατά την έμμεση λαρυγγοσκόπηση διαπιστώθηκαν παρόμοια ευρήματα στην αριστερή πλευρά της γλωσσικής αμυγδαλής και επιγλωττίδας. Διαγνώστηκε έρπης ζωστήρας της 9ης εγκεφαλικής συζυγίας και αντιμετωπίστηκε με βαλασικλοβύρη 1gr X 3 per os X 1 εβδομάδα με απόλυτη ύφεση της παθολογίας.

Το δεύτερο περιστατικό αφορά ανοσοκατασταλαμένο 77χρονο άνδρα ο οποίος προσήλθε αιτιώμενος δυσφαγία από 2ετία υπό αντιδιαβητική, αντιλιπιδαιμική αγωγή, με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, διπολική διαταραχή σε έδαφος ετερόζυγης β-μεσογειακής αναιμίας. Το μοναδικό κλινικό εύρημα ήταν προβολή του οπίσθιου τοιχώματος του στοματοφάρυγγα με φυσιολογικό βλεννογόνο. Ο απλός ακτινογραφικός έλεγχος ανέδειξε σύνδρομο DISH που επιβεβαιώθηκε με αξονική τομογραφία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η δυσφαγία μπορεί να υποκρύπτει σπάνια νοσήματα η διάγνωση των οποίων έγκειται στο σωστό συνδυασμό κλινικής και εργαστηριακής εξέτασης, αλλά και συνεργασία ειδικότητων.

## 51. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΜΥΩΝ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ, ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

I. Αλεξίου, Π. Πάντου, Θ. Αλεξίου

Μονάδα Υγείας Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, ΠΕΔΥ, Πειραιά

Η ελάττωση των φυσιολογικών ικανοτήτων του ανθρώπου, είναι συνέπεια της βιολογικής διαδικασίας της γήρανσης. Αλλαγές συμβαίνουν επίσης στους σκελετικούς μύες κατά τη διάρκεια της γήρανσης. Οι πιο προφανείς μεταβολές είναι η ελάττωση της μυϊκής μάζας, και ο όγκος του συστέλλομένου ιστού μέσα σε αυτή. Μεταβολές επίσης συμβαίνουν στη λειτουργία των μυϊκών ινών, καθώς και στην αεροβική ικανότητα των σκελετικών μυών, με αποτέλεσμα μειωμένη ικανότητα παραγωγής δύναμης και συχνά μειωμένη λειτουργικότητα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσας μελέτης είναι να περιγράψουμε τα αποτελέσματα της γήρανσης στους σκελετικούς μύες και να εξετάσουμε πως η άσκηση επηρεάζει τους γηρασκόμενους σκελετικούς μύες (λειτουργικά και μεταβολικά).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Με βάση την διεθνή βιβλιογραφία μελετήσαμε τις μεταβολές στη μορφολογία των σκελετικών μυών και το μεταβολικό τους ισοδύναμο που προκύπτει με την γήρανση, καθώς και τα αποτελέσματα της αποκατάστασης με ασκήσεις και πως αυτά μπορούν να διατηρηθούν επί μακρόν.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της γήρανσης επί των σκελετικών μυών είναι μια προοδευτική απώλεια της μυϊκής λειτουργίας αλλά και της μυϊκής μάζας, που ποικίλλουν ανάλογα με το φύλο και το επίπεδο της μυϊκής δραστηριότητας. Σε κυτταρικό επίπεδο οι μύες χάνουν τόσο τις διασταυρούμενες περιοχές όσο και μυϊκές ίνες, με τις μυϊκές ίνες τύπου II να είναι οι πιο επηρεαζόμενες λόγω γήρανσης. Ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων οδηγεί σε αυξημένο ποσοστό μυϊκών ινών τύπου I στους ηλικιωμένους. Στη γήρανση τα γλυκολυτικά ένζυμα επηρεάζονται ελάχιστα, αλλά τα αερόβια ένζυμα μειώνονται σημαντικά. Ο γερασμένος σκελετικός μύς παράγει λιγότερη δύναμη και υπάρχει μια γενικότερη κατάπτωση των μηχανικών χαρακτηριστικών του μυός. Η μειωμένη μυϊκή ισχύς και η υποκείμενη απώλεια της λειτουργίας του μυός δεν είναι αναπόφευκτες στη γήρανση. Οι απώλειες αυτές μπορεί να ελαχιστοποιηθούν ή ακόμη και να αντιστραφούν με σωστή εκπαίδευση. Οι ασκήσεις ενδυνάμωσης μπορεί να βελτιώσουν την αεροβική ικανότητα του μυός, ενώ οι ασκήσεις αντίστασης μπορεί να βελτιώσουν την επιστράτευση των μυϊκών ινών και επίσης να βοηθήσουν στην αύξηση της μυϊκής μάζας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η άσκηση βελτιώνει το μέγεθος, τη δύναμη και την αεροβική ικανότητα των σκελετικών μυών σε ηλικιωμένα άτομα. Προγράμματα με ασκήσεις ενδυνάμωσης και ασκήσεις αντίστασης ισοδύναμης διάρκειας μπορεί να μειώσουν ορισμένες από τις επιδράσεις της γήρανσης στους σκελετικούς μύες.

## 50. ΕΝΔΟ-ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΠΤΩΣΕΙΣ: ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ

Χ. Κουτσερίμπας<sup>1</sup>, Ε. Βρέντζος<sup>2</sup>, Σ. Παναγιωτάκης<sup>2</sup>, Μ. Ρωσιάδης<sup>3</sup>, Κ. Αλπαντάκης<sup>3</sup>, Γ. Κοντάκης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Γεν. Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», <sup>2</sup>Τμήμα Παθολογίας, Π.Γ.Ν. Κρήτης, <sup>3</sup>Τμήμα Ορθοπαιδικής, Π.Γ.Ν. Κρήτης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι ενδο-νοσοκομειακές πτώσεις θεωρούνται συχνές και υπολογίζονται σε 2.9 με 13/1000 ασθενοημέρες. Η παρούσα προοπτική μελέτη εξέτασε τη συχνότητα και τα χαρακτηριστικά τους, καθώς δε υπάρχει σχετική βιβλιογραφία στις χώρες της νότιας Ευρώπης.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Όλοι οι ενήλικες ασθενείς, που υπέστησαν μία πτώση κατά τη νοσηλεία τους στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου καταγράφηκαν προοπτικά. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 6 μήνες και μελετήθηκαν οι κοινωνικές (συνόδος ασθενή), λειτουργικές [Abbreviated Mental Test (AMT), Modified Barthel Index (MBI), Mini Mental State Examination (MMSE)] και κλινικές παράμετροι του ασθενούς. Διερευνήθηκαν ο τύπος, η χρονική στιγμή, οι αιτίες, οι επιπτώσεις, η κατάσταση του ασθενούς και το ιστορικό πτώσεων. Η μελέτη εγκρίθηκε από την επιτροπή δεοντολογίας του νοσοκομείου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ελέγχθηκαν 32.138 εισαγωγές σε 33 πτέρυγες. Καταγράφηκαν 4 πτώσεις που αναλογούν σε 0.04 πτώσεις/1000 ασθενοημέρες. Όλες οι πτώσεις πραγματοποιήθηκαν το βράδυ, εν τη απουσία συγγενικού προσώπου. Ο πρώτος ασθενής ήταν 81 ετών με ιστορικό ΣΔ, που νοσηλεύταν για πεπτικό έλκος, με AMT=10/10, MBI=20/20 και MMSE=30/30, η δεύτερη ασθενής ήταν 80 ετών και νοσηλεύταν λόγω σχιζοφρένειας και είχε AMT=7/10, MBI=15/20 και MMSE=22/30. Η τρίτη ασθενής ήταν 87 ετών με άνοια και είχε AMT=1/10, MBI=14/20 και MMSE=9/30 και ο τέταρτος ασθενής ήταν 86 ετών με οξεία νεφρική ανεπάρκεια και AMT=2/10, MBI=5/20 και MMSE=5/30. Δεν καταγράφηκαν σοβαροί τραυματισμοί όπως κατάγματα.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η επίπτωση των ενδο-νοσοκομειακών πτώσεων φαίνεται να είναι πολύ μικρότερη από αυτή που καταγράφεται στη βιβλιογραφία. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ελληνικής οικογένειας, καθώς είθισται ένα μέλος της να μένει μαζί με τον ασθενή κατά τη νοσηλεία του, κάτι που φαίνεται να δρα ως προστατευτικός παράγοντας ενάντια στις πτώσεις.

## 52. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ



### 53. Η ΥΑΛΟΠΟΙΗΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΜΒΡΥΩΝ ΚΑΙ Η ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΗ ΕΜΒΡΥΟΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΑΥΞΑΝΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Μ. Σακελλαρίου, Α. Πράπα, Α. Κουτσούνη, Χ. Λουρίδα, Α. Αθανασίου, Β. Αθανασίου  
Υπηρεσίες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Κέντρο Εξωσωματικής Αθηνών, Αθήνα

Τα κλασικά πρωτόκολλα στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση υποδεικνύουν γονιμοποίηση και εμβρυομεταφορά στον ίδιο κύκλο. Αντίθετα, μια αυξανόμενη τάση τα τελευταία χρόνια είναι η χρήση ανταγωνιστών κατά την πολλαπλή διέγερση των ωοθηκών, ακολουθούμενη από το "Freeze-all" πρωτόκολλο. Σε αυτό, τα ωάρια που λαμβάνονται από την ωολήψια γονιμοποιούνται και τα έμβρυα που θα προκύψουν κρυσταλλοποιούνται ενώ η εμβρυομεταφορά γίνεται σε επόμενο κύκλο επιλογής. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται αυξημένα ποσοστά κύησης όταν ακολουθήθηκε το "Freeze-all" πρωτόκολλο σε γυναίκες άνω των 35 ετών καθώς και σε γυναίκες που εμφάνισαν αυξημένη προγεστερόνη κατά την διάρκεια της ωοθυλακικής διέγερσης. Επιπλέον, φαίνεται να ευνοούνται από το συγκεκριμένο πρωτόκολλο και οι γυναίκες που αναφέρονται σαν φτωχές απαντήτριες (poor responders), δηλαδή αυτή η ομάδα των γυναικών που δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην ορμονική διέγερση. Στην παρούσα μελέτη, αναφέρονται περιστατικά κύκλων IVF στα οποία χρησιμοποιήθηκε πρωτόκολλο ανταγωνιστή και ακολουθήσε κρυσταλλοποίηση των εμβρύων (Freeze-all) με σκοπό την αποτελεσματικότητα της παραπάνω στρατηγικής.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Για την παρούσα μελέτη αναλύθηκαν τα δεδομένα 177 κύκλων ασθενών που προσήλθαν στο Κέντρο Εξωσωματικής Αθηνών τη χρονική περίοδο μεταξύ Ιανουαρίου 2015 έως και Δεκέμβριο 2016. Δεν υπήρχε ηλικιακός φραγμός αφού στην μελέτη περιλαμβάνονται όλες οι ηλικίες γυναικών (έως 44 ετών) ούτε λαμβάνεται υπ' όψιν ο ανδρικός παράγοντας (περιλαμβάνονται περιστατικά ICSI), TESE ή και σπέρμα δότη). Απαραίτητη προϋπόθεση η χρήση ανταγωνιστών κατά την ωοθηκική διέγερση και ακολουθίας υαλοποίηση όλων των εμβρύων την 5η ημέρα της εργαστηριακής ανάπτυξης, στο στάδιο της βλαστοκύστης ενώ δεν περιλαμβάνονται περιστατικά διαφρέας υαρίου. Η εμβρυομεταφορά έγινε σε επόμενο κύκλο μετά από κατάλληλη ορμονική προετοιμασία και όταν τόσο οι ορμονολογικές παράμετροι όσο και η πάχυνση του ενδομητρίου ήταν ικανοποιητικές. Η χορήγηση προγεστερόνης καθόριζε την ακριβή ημέρα της εμβρυομεταφοράς, ενώ η απόψυξη των υαλοποιημένων βλαστοκύστης γινόταν την ίδια ημέρα δύο έως τέσσερις ώρες πριν την εμβρυομεταφορά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τις 177 απόψυξεις των υαλοποιημένων εμβρύων υπήρξαν μόνο 3 ακυρώσεις κύκλων λόγω μη ικανοποιητικής ανάπτυξης των βλαστοκύστης (ποσοστό ακυρώσεων 1,7%) και προχωρήσαμε σε 174 έμβρυο μεταφορές (ποσοστό98%) από όπου προέκυψαν 84 κύησης. Με βάση την ηλικία των γυναικών και τον αριθμό των εμβρυομεταφορών, τα ποσοστά επίτευξης κύησης παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΗΛΙΚΙΑ	ΕΜΒΡΥΟΜΕΤΑΦΟΡΕΣ	ΚΥΗΣΕΙΣ	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ή ΚΥΗΣΕΙΣ ΣΕ ΕΞΕΛΙΞΗ
≤34	45	27 (60%)	23 (51%)
35-39	73	36 (49%)	30 (41%)
≥40-44	56	21 (37.5%)	16 (28.5%)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι το ποσοστό επιτυχίας σε κύκλους Εξωσωματικής Γονιμοποίησης είναι περίπου 30%, ενώ το ποσοστό επιτυχίας μετά από απόψυξη είναι περίπου 35%. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι η εμβρυομεταφορά με χρήση πρωτοκόλλου ανταγωνιστή/freeze-all έχει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα. Αν και σε όλες τις ηλικιακές ομάδες γυναικών τα ποσοστά είναι υψηλά, ιδιαίτερα ευνοημένη φαίνεται να είναι η ηλικιακή ομάδα των γυναικών >40 ετη. Απαραίτητη προϋπόθεση για την χρήση και την εφαρμογή του πρωτοκόλλου είναι το εμβρυολογικό εργαστήριο να είναι εξειδικευμένο και να έχει εφαρμοστεί άριστο πρόγραμμα υαλοποίησης των εμβρύων για την διατήρηση της ποιότητας των υαλοποιημένων εμβρύων και την ελαχιστοποίηση του ποσοστού ακύρωσης κύκλων.

### 55. ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Μ. Τιμμέκ, Α. Παπαδημητρίου, Α. Ρίζου, Χ. Καραχάλιος, Δ. Μοστρούς, Ι. Λάρδου, Α. Θεανού, Α. Λαγκαδάς, Κ. Δάγλας, Κ. Γιαννακόπουλος  
Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συστροφή ωθηκής στη λοχεία είναι ένα σπάνιο αίτιο κοιλιακού άλγους που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Τα κυστικά μορφώματα στην διάρκεια της κύησης και της λοχείας συχνά διαλάθουν της προσοχής των ιατρών. Παρουσιάζουμε μια ασθενή με συστροφή ευμεγέθους κυστικού μορφώματος της δεξιάς ωθηκής 15 ημέρες μετά από φυσιολογικό τοκετό.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 33 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας, με οξύ κοιλιακό άλγος από 10ώρου σταδιακά επιδεινούμενο με αντανάκλαση στη δεξιά οσφυϊκή χώρα. Η ασθενής αναφέρει φυσιολογικό τοκετό προ 15 ημερών, μετά από κύηση 39 εβδομάδων χωρίς επιπλοκές και τοκετό υγιούς νεογνού βάρους 3.700gr. Η παρακολούθηση της ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης ήταν πλήρης εργαστηριακά και απεικονιστικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κλινική εξέταση της ασθενούς ανέδειξε ευμεγέθη ψηλαφητή μάζα που καταλάμβανε τη δεξιά κοιλία, αναπηδύσασα ευαισθησία δεξιά, ευαισθησία στη μετακίνηση του τραχήλου κατά την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση και σταγονοειδή κολπική αιμορροία. Σταθερά ζωτικά σημεία και ήπια πυρετική κίνηση. Τα εργαστηριακά ευρήματα ήταν WBC:13.200k/μl, Hgb:10.4, Hct: 32,3%, β-Hcg:33,4 mIU/ml. Από τον υπερηχογραφικό έλεγχο και την αξονική τομογραφία προκύπτει κυστικό μόρφωμα διαστάσεων 25x13cm μικτής ηχογένειας με διαφραγμάτια εντός αυτού εξορρωμένο από τη δεξιά ωθηκή. Η ασθενής εισήχθη εκτάκτως στη γυναικολογική κλινική και υπερβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία. Το δεξιό εξάρτημα αναγνωρίζεται συστραφέν με παρουσία κυστικού μορφώματος διαστάσεων 30cm. Διενεργήθη εξαρτηματεκτομή δεξιά. Η ασθενής ανένηψε ευχερώς και εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση την 4η μετεγχειρητική ημέρα. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασης το κυστικό μόρφωμα είναι ορώδες θηλώδες κυσταδένωμα με στοιχεία ισχυμίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συστροφή ωθηκής στη λοχεία είναι μια σπάνια και πολύ σοβαρή επιπλοκή που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Η διάγνωση συχνά είναι δύσκολη λόγω των μη ειδικών σημείων και συμπτωμάτων που συνυπάρχουν στην κύηση και στη λοχεία. Η πιθανότητα παρουσίας κυστικών μορφωμάτων σε κύηση >16 εβδομάδες είναι 0,5-3%. Θα πρέπει να γίνεται παρακολούθηση τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και κατά τη λοχεία με συχνούς απεικονιστικούς ελέγχους προς αποφυγή επιπλοκών που θέτουν σε κίνδυνο τη γονιμότητα και τη ζωή της ασθενούς.

### 54. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ε. Δουμένη, Ε. Κατσουλιέρη, Μ. Αγαπίου, Π. Ντασιακλής, Π. Μπάφα  
Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι η παροχή υπηρεσιών από ειδικευμένο προσωπικό σε θέματα ισότητας, αντισύλληψης, σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Η σημασία του έχει αναγνωρισθεί από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, εφόσον σχετίζεται με τεράστια οφέλη για την γυναικα, τα παιδιά και την κοινωνία. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση της λειτουργίας του γυναικολογικού ιατρείου του Κέντρου Υγείας Σαλαμίνας που συμμετέχει στο πιλοτικό πρόγραμμα, συμφώνως εγκυκλίου Υπουργείου Υγείας με αριθμό πρωτοκόλλου: Γ3δ/Γφ 12,25,27/Γ.Π./οικ.54999.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η παρουσίαση αφορά το έτος 2016. Εξυπηρετήθηκαν συνολικά 745 άτομα ηλικίας 14 έως 80 ετών. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση οικογενειακού, ατομικού, κοινωνικού, γυναικολογικού και μαιευτικού ιστορικού. Πραγματοποιήθηκαν ενημερωτικές ομιλίες στην κοινότητα και συμβουλευτική σε προσωπικό επίπεδο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πραγματοποιήθηκαν 447 κλινικές πράξεις από τις οποίες οι 136, αφορούσαν τον έλεγχο Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ) , οι 307, ήταν λήψεις δοκιμασίας κατά Παπανικολάου και οι 4, εμβολιασμοί κατά του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας. Τέσσερις (4) γυναίκες με παθολογικό αποτέλεσμα οδηγήθηκαν σε κολποσκόπηση ενώ σε 189 διαγνωσθήκαν φλεγμονές των γεννητικών οργάνων. Κατά τον έλεγχο για ΣΜΝ διαγνωσθήκαν οξυτενή κονδυλώματα σε 42 γυναίκες. Για περαιτέρω έλεγχο όπως καλλιέργεια κολπικού υγρού και ψηλάφηση μαστών παραπέμφθηκαν 65 γυναίκες σε δημόσιο φορέα και 193 σε ιδιωτικούς φορείς υγείας αναλόγως της ασφαλιστικής κάλυψης. Εκπαίδευση αυτοψηλάφησης μαστού έγινε σε 367 γυναίκες και διαπιστώθηκε ότι οι 137 ήταν ανενήμερες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κατακόρυφη αύξηση που προκύπτει από τη σύγκριση των εισερχομένων στο ιατρείο του πρώτου και του τρίτου τετραμήνου του έτους, αποδεικνύει την εμπιστοσύνη του κοινού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Δείχνοντας συνέπεια στο πιλοτικό πρόγραμμα στοχεύουμε στην γνωστοποίηση του αναπαραγωγικού πληθυσμού πως ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί για κάθε ζευγάρι όχι μόνο μία επιλογή αλλά αναφαίρετο δικαίωμα.

### 56. ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Χ. Καραχάλιος, Α. Παπαδημητρίου, Μ. Τιμμέκ, Α. Ρίζου, Δ. Μοστρούς, Ι. Λάρδου, Α. Θεανού, Ε. Μαμά, Α. Χιόνης, Κ. Γιαννακόπουλος  
Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ασθενούς με συμπτώματα και σημεία λοίμωξης μετά από φυσιολογικό τοκετό.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 19 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών της Κλινικής μας 23 ημέρες μετά από φυσιολογικό τοκετό με εμπύρετο έως 39,6°C από 24ώρου και κοιλιακό άλγος από δεκαήμερο. Μετά τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και γυναικολογικής εξέτασης, διενεργήθηκε επείγον διακοιλιακό υπερηχοτομογράφημα και επείγουσα υπολογιστική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας. Οι απεικονιστικές εξετάσεις ανέδειξαν ηπατοσπληνομεγαλία, πλευρική συλλογή αριστερά με ατελεκτασία ύπερθεν αυτής, συλλογή στην περιτοναϊκή κοιλότητα από τον περιηπατικό χώρο μέχρι το δου-γλάσιο, καθώς και παχυτοιχωματική συλλογή με διαφραγμάτια έμπροσθεν του σώματος και του πυθμένα της μήτρας. Η ασθενής εισήχθη στη Γυναικολογική Κλινική για διερεύνηση και αντιμετώπιση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής υπερβλήθη σε παρακέντηση των συλλογών υπό υπερηχοτομογραφική καθοδήγηση κατά την πρώτη ημέρα νοσηλείας της, με παράλληλη κάλυψη με εμπειρική ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή. Μετά τα αποτελέσματα των καλλιιεργειών, έγινε τροποποίηση της αντιβιοτικής αγωγής σε συνεργασία με λοιμξιολόγους. Λόγω μη υποχώρησης των συμπτωμάτων της, υπερβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία κατά τη 18η ημέρα νοσηλείας της. Αναγνωρίστηκε απόστημα δουγλασειού, το οποίο παροχετεύτηκε. Η ασθενής μετά την επέμβαση παρουσίασε σαφή βελτίωση και εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση και υπό νέα αντιβιοτική αγωγή την 30η ημέρα νοσηλείας της.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Είναι κοινώς αποδεκτό ότι οι επιλόχειες λοιμώξεις συμβάλλουν σε σημαντική αύξηση της νοσηρότητας. Ωστόσο, ο επιπολασμός τους μετά από φυσιολογικό τοκετό είναι μικρός. Ο υψηλός βαθμός κλινικής υποψίας για επιλόχειο λοίμωξη και η εγρήγορση των μαιευτρών-γυναικόλογων μετά το φυσιολογικό τοκετό-ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης-διασφαλίζουν την έγκαιρη και αποτελεσματική διαχείριση ανάλογων περιστατικών. Επιπροσθέτως, η διαρκής και αρμονική συνεργασία με ειδικότητες όπως ακτινοδιαγνώστες, επεμβατικοί ακτινολόγοι, γενικοί χειρουργοί, λοιμξιολόγοι και μικροβιολόγοι, θεωρείται αναγκαία για τη συνεχή και στοχευμένη τροποποίηση των χορηγούμενων αντιβιοτικών θεραπευτικών σχημάτων, συμβάλλει ενεργά στη σφαιρική επεμβατική και φαρμακευτική αντιμετώπιση και αποβαίνει μείζονος σημασίας για την ταχεία επιστροφή αυτών των λεχιδιών στη φυσιολογική τους καθημερινότητα.

## 57. ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Σ. Κολιαντζάκη<sup>1</sup>, Σ. Δημητράκοπουλος, Ζ. Μπουσιώλη<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, Γ.Ν. Αργολίδας, <sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, Γ.Ν. Ηλείας, <sup>3</sup>Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το τελευταίο ήμισυ του 20ου αιώνα χαρακτηρίζεται από στροφή και απομάκρυνση της σύγχρονης ιατρικής από το μονοδιάστατο βιο-ιατρικό μοντέλο στο διευρυμένο μοντέλο του Engel. Στα πλαίσια αυτού του ψυχοκοινωνικού μοντέλου σημαντικό ρόλο παίζει η εμπλοκή των ατόμων στην προαγωγή της Υγείας. Ένα από τα πιο διαδεδομένα κοινωνικά γνωστικά μοντέλα που αναπτύχθηκε για να μελετήσει προληπτικές συμπεριφορές Υγείας όπως η χρήση του προφυλακτικού για την πρόληψη μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι το μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των απόψεων των επαγγελματιών Υγείας του νομού Ηλείας για την αντισύλληψη και η αναζήτηση πιθανών διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Οι γνώσεις, οι απόψεις και οι συμπεριφορές των Επαγγελματιών Υγείας του νομού Ηλείας ανδρών και γυναικών για την αντισύλληψη αξιολογήθηκαν με 250 ερωτηματολόγια βασισμένα στο κοινωνικό γνωστικό μοντέλο πεποιθήσεων για την Υγεία. Ηλικία συμμετεχόντων 28 έως 55 έτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καμία στατιστική διαφορά ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες στις γνώσεις όσον αφορά τις ασθένειες που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή και την επείγουσα αντισύλληψη. Η αίσθηση τρωτότητας ήταν υψηλότερη στις γυναίκες. Η συχνότητα της χρήσης της επείγουσας αντισύλληψης συσχετιζόταν με τα υποκειμενικά οφέλη από την χρήση του προφυλακτικού. Μειωνόταν όσο τα υποκειμενικά οφέλη του προφυλακτικού αυξάνονταν.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διαφοράς στις στάσεις και τις απόψεις σε θέματα αντισύλληψης μεταξύ των ανδρών και των γυναικών καταδεικνύει την ανάγκη διαφοροτικής προσέγγισης σε θέματα προαγωγής της Υγείας όπως η αντισυλληπτική συμπεριφορά.

## 59. ΤΑΧΕΙΑ ΑΠΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΟ ΑΚΕΤΥΛΟΣΑΛΙΚΟ ΟΞΥ (ΑΣΠΙΡΙΝΗ): ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

Π. Τσίτζου<sup>1</sup>, Ι. Αλέξης<sup>1</sup>, Β. Μπέλλος<sup>2</sup>, Α. Θεοχαρίδης<sup>2</sup>, Α. Νάκα<sup>3</sup>, Χ. Κατσούρας<sup>3</sup>, Γ. Γαϊτάνης<sup>1</sup>, Ι. Μπασούκας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Δερματολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, <sup>2</sup>Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, <sup>3</sup>Β' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της αναδρομικής μελέτης είναι η μέτρηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της ταχείας απευαισθητοποίησης ασθενών με αλλεργία στην ασπιρίνη που πρόκειται να υποβληθούν σε τοποθέτηση στεφανιαίων stent.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Οι φάκελοι των ασθενών που υποβλήθηκαν σε απευαισθητοποίηση στη Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθειών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων μελετήθηκαν αναδρομικά για το διάστημα από 01 Ιανουαρίου 2010 μέχρι 31 Δεκεμβρίου 2016. Οι ασθενείς εξετάζονται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας από Ειδικό Δερματολόγο εφόσον στο ιστορικό αναφέρεται αλλεργία σε προηγούμενη έκθεση σε ασπιρίνη (κνίδωση, αγγειοίδημα, συμπτωματολογία από το αναπνευστικό) και ακολουθεί διαδικασία ελέγχου και απευαισθητοποίησης. Ο έλεγχος γίνεται με δερματική δοκιμασία νυγμού με χρήση σκόνης ακετυλοσαλικυλικής λυσίνης διαλυμένης σε φυσιολογικό ορό στην έσω επιφάνεια του ενός αντιβραχίου και με φυσιολογικό ορό στο άλλο ως μάρτυρα. Η ανάπτυξη πομφού σε διάστημα 20' κρίνεται ως θετική. Κατόπιν η απευαισθητοποίηση πραγματοποιείται με κλιμακωτά αυξανόμενες δόσεις ακετυλοσαλικυλικού οξέος (0, 1mg, 12,5mg, 25mg, 50mg, 100mg, 250mg) κάθε 30'.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 27 άτομα (20 άνδρες) υποβλήθηκαν στη διαδικασία απευαισθητοποίησης (μ.ο. ηλικίας 61 έτη). 26/27 (96.3%) ολοκλήρωσαν την διαδικασία απευαισθητοποίησης και την αγγειοπλαστική χωρίς να εμφανίσουν δερματικές, αναπνευστικές ή συστηματικές αλλεργικές αντιδράσεις. Ένας εμφάνισε πομφούς οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν με τη χορήγηση από τους στόματος αντιισταμινικών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η προτεινόμενη μεθοδολογία απευαισθητοποίησης στην ασπιρίνη είναι μια απλή και αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης ενός σημαντικού κλινικού προβλήματος.

## 58. ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΕ ΨΩΡΙΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ

Μ. Μητράτζα<sup>1</sup>, Ε. Παπαδαυίδ<sup>2</sup>, Χ. Μπάμια<sup>1</sup>, Κ. Θεοδωρόπουλος<sup>2</sup>, Π. Κατσίμπρη<sup>3</sup>, Δ. Μπούμπας<sup>3</sup>, Γ. Πολύδερρας<sup>2</sup>, Δ. Ρηγόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Β' Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>3</sup>Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

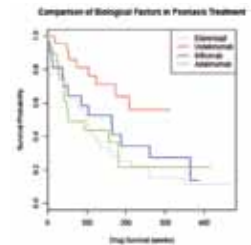
**ΣΚΟΠΟΣ:** Κύριος σκοπός ήταν η σύγκριση της μακροχρόνιας επιβίωσης φαρμάκου ανάμεσα στο ustekinumab (UST) (IL-12/23 ανταγωνιστής) και τα etanercept (ETN), infliximab (INF) και adalimumab (ADL) (αντι-TNF παράγοντες). Δευτερεύον στόχος ήταν η αξιολόγηση προγνωστικών παραγόντων της επιβίωσης φαρμάκου και η ανάλυση σε υπο-ομάδες για την ψωριασική αρθρίτιδα.

**ΥΛΙΚΟ:** Δεδομένα από 12 έτη εξήχθησαν αναδρομικά από μία μονοκεντρική προοπτική κοορτή ψωριασικών ασθενών που δεν έχουν λάβει στο παρελθόν βιολογικό παράγοντα, στην καθημερινή κλινική πράξη.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Χρησιμοποιήθηκαν καμπύλες επιβίωσης Kaplan-Meier, log-rank έλεγχοι και πολυ-παραγοντική Cox παλινδρόμηση με διόρθωση συγχυτικών παραγόντων. Η μέθοδος backward selection αξιοποιήθηκε για την ταυτοποίηση προγνωστικών παραγόντων της επιβίωσης φαρμάκου. Για την ανάλυση σε υπο-ομάδες χρησιμοποιήθηκε όρος αλληλεπίδρασης και για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων της παλινδρόμησης εφαρμόστηκε η μέθοδος multiple imputation (MICE).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 134 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν; ETN=58, INF=21, ADL=30, UST=25. Έναρξη της θεραπείας κατά/μετά το 2009 έκανε το 70.8% της κοορτής, όταν όλοι οι βιολογικοί παράγοντες υπήρχαν στην αγορά. Τα ποσοστά επιβίωσης φαρμάκου είναι υψηλότερα για το UST μετά από 1 (UST=82.6%, ETN=64%, INF=52.4%, ADL=51.9%) και 3 έτη (UST=47.8%, ETN=26%, INF=42.9%, ADL=22.2%). Το INF παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα από τα ETN και ADL καθώς αυξάνεται η διάρκεια αγωγής. Το UST έχει την πιο μακρά διάμεση επιβίωση φαρμάκου (25ήτεταρτημόριο=2.38 έτη). Ανάμεσα στους αντι-TNF παράγοντες, το INF επικρατεί (3.13 έτη), ακολουθούμενο από το ETN (1.92 έτη) και το ADL (1 έτος). Σε σύγκριση με το UST, οι ασθενείς υπό ETN (HR=4.57 95%CI:1.55, 13.43), ADL (HR=3.85 95%CI:1.29, 11.49) ή INF (HR=3.46 95%CI:1.10, 10.86) βρίσκονταν σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο για διακοπή θεραπείας, ελέγχοντας για φύλο, ηλικία, έναρξη της αγωγής κατά/μετά το 2009 και BMI. Η συνύπαρξη ψωριασικής αρθρίτιδας δεν προκάλεσε κάποια σημαντική επίδραση υπο-ομάδων (I<sub>r</sub>-test-p-value=0.063). Σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της επιβίωσης φαρμάκου ήταν η ταυτόχρονη χρήση methotrexate (HR=0.4 95%CI: 0.16, 1.02), ενώ η cyclosporine ήταν αρνητικός (HR=4.65 95%CI: 1.27, 17.04). Οι ασθενείς στην υψηλότερη κατηγορία BMI (40,50)kg/m<sup>2</sup> ήταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να σταματήσουν τη θεραπεία (HR=10.71 95%CI: 2.46,46.65).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πιο μακρά επιβίωση φαρμάκου, διαορθωμένη για συγχυτικούς παράγοντες, παρατηρήθηκε για το UST, με τα INF, ADL και ETN να ακολουθούν.



## 60. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 61. ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ «DIABETES QUALITY OF LIFE-BRIEF» CLINICAL INVENTORY (DQOL-BCI) ΣΤΟΥΣ ΕΛΛΗΝΕΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Δ. Μπακαλίδου<sup>1</sup>, Π. Ραπτά<sup>1</sup>, Α. Παναγιώτης<sup>1</sup>, Α. Λεβαντή<sup>1</sup>, Κ. Τσίγκος<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Τμήμα Ψυχοθεραπείας, ΤΕΙ Αθήνας, <sup>2</sup>Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μετάφραση και μελέτη των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου Diabetes Quality of Life-Brief Clinical Inventory (DQOL-BCI) στους Έλληνες διαβητικούς.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 152 ασθενείς μετά από εννήμερση και έγγραφη συγκατάθεση τους. Τα κριτήρια επιλογής ήταν τα εξής: Διαβήτης τύπου 2 διάρκειας >1 έτους από τη στιγμή της διάγνωσης και ηλικίας >18 ετών, ενώ τα κριτήρια αποκλεισμού αφορούσαν στην ύπαρξη οποιαδήποτε χρόνιας νόσου και σοβαρών επιπλοκών που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής τους. Πραγματοποιήθηκε διερευνητική ανάλυση παραγόντων με ανάλυση κυρίων συνιστωσών με περιστροφή Varimax. Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για την επιλογή των παραγόντων ήταν ιδιοτιμή >1 και φόρτιση παραγόντα >0.30

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εξήχθησαν τελικά 3 παράγοντες που ερμηνεύουν το 64.7% της διακύμανσης: ο παράγοντας «ικανοποίηση από την αντιμετώπιση» (5 ερωτήματα), ο παράγοντας «επιπτώσεις» (3 ερωτήματα) και ο παράγοντας «ψυχοκοινωνικές επιδράσεις» (7 ερωτήματα). Ο συντελεστής Cronbach α για το σύνολο του ερωτηματολογίου ανήλθε σε 0.79, δείχνοντας υψηλή εσωτερική συνάφεια. Η δοκιμασία ελέγχου-επανελέγχου έδειξε υψηλή μέση ενδοσυσχέτιση: ICC=0.867 (0.808-0.914), p<0.001. Και οι τρεις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου παρουσίασαν υψηλή συσχέτιση με τις κλίμακες σωματικής και ψυχικής υγείας του SF-36 (p<0.001 για όλες τις συσχέτισεις). Οι ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τον τομέα της αντιμετώπισης της νόσου και της διαχείρισης των επιπτώσεων της νόσου και λιγότερο στο πεδίο των ψυχοκοινωνικών επιδράσεων (64% και 60% έναντι 57%).

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν ότι το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο στην ελληνική του έκδοση είναι έγκυρο και αξιόπιστο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην προτεινόμενη μορφή του για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

## 62. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 63. ΟΙ ΙΣΟΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ Ε (ΑΡΟΕ) ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΡΙΓΥΚΕΡΙΔΑΙΜΙΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Γαβρά<sup>1</sup>, Σ. Ηρακλειανού<sup>1</sup>, Γ. Κολοβού<sup>2</sup>, Α. Παπαζαφειροπούλου<sup>1</sup>, Β. Κολοβού<sup>2</sup>, Λ. Ραλλίδης<sup>3</sup>, Ε. Μπουτάτ<sup>4</sup>, Γ. Δημητριάδης<sup>4</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>

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

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ:** Η απολιπρωτεΐνη Ε (ΑροΕ) αποτελεί ένα από τα δομικά συστατικά των λιποπρωτεϊνών που είναι πλούσιες σε τριγλυκερίδια και παίζει σημαντικό ρόλο στην ηπατική πρόσληψη των λιποπρωτεϊνών. Η ΑροΕ έχει τρία αλληλόμορφα τα Ε2, Ε3 και Ε4. Η επίδραση των ισομορφών της ΑροΕ στην μεταγευματική υπερτριγλυκεριδαίμια δεν έχει μελετηθεί σε διαβητικούς ασθενείς. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσουμε την σχέση των αλληλόμορφων της ΑροΕ με την μεταγευματική αύξηση των τριγλυκεριδίων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 51 άνδρες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II υπό αγωγή με δισκία, καλή γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1c <7%), BMI2, χωρίς ιστορικό στεφανιαίας νόσου και φυσιολογικά τριγλυκερίδια νηστείας, χωρίς να λαμβάνουν υπολιπιδαιμική αγωγή. Η ομάδα αυτή υποβλήθηκε σε δοκιμασία ανοχής λίπους. Προσδιορίστηκαν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων νηστείας καθώς και 2,4,6 και 8 ώρες μετά την κατανάλωση λιπαρού γεύματος. Επίσης, ταυτοποιήθηκαν οι γονότυποι και τα αλληλόμορφα της ΑροΕ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι φορείς Ε3 εμφάνισαν υψηλότερη τιμή τριγλυκεριδίων την 2η ώρα της καμπύλης (TG 2) και υψηλότερη τιμή ΑροΕ σε σχέση με τους φορείς Ε2 και Ε4 στην ομάδα με την θετική καμπύλη. Συγκεκριμένα, οι τιμές των τριγλυκεριδίων 2 ώρες μετά από την κατανάλωση λιπαρού γεύματος για τους φορείς του Ε3 αλληλόμορφο είναι 220, ενώ στα άτομα που είναι φορείς του Ε2 και Ε4 αλληλόμορφο είναι 158. (p=0.03). Οι τιμές της ΑροΕ για τους φορείς του Ε3 είναι 4, ενώ για τους φορείς του Ε2 και Ε4 αλληλόμορφο είναι 2 (p=0.04). Δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση των αλληλομόρφων της Αρο Ε με την μεταγευματική αύξηση των τριγλυκεριδίων (TG AUC), (p=0.08).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε αντίθεση με παλαιότερες μελέτες σε μη διαβητικούς ασθενείς που συσχετίζουν την παρουσία των αλληλόμορφων Ε2 και Ε4 με την μεταγευματική υπερτριγλυκεριδαίμια, στην δική μας μελέτη σε διαβητικούς δεν βρέθηκε συσχέτιση των αλληλόμορφων της ΑροΕ με την μεταγευματική αύξηση των τριγλυκεριδίων.

## 64. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ2 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σ. Κολαντζή<sup>1</sup>, C. Savona-Ventura<sup>2</sup>, M. Khattab<sup>2</sup>, N. Lalic<sup>2</sup>, F. Raposi<sup>2</sup>, P. Conthe<sup>2</sup>, Σ. Λιάτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο 'Λαϊκό', Αθήνα, <sup>2</sup>MGSD, Education Study Group

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια χρόνια νόσο, που μειώνει κατά 10-12 έτη το προσδόκιμο επιβίωσης και απορροφά το 10-15% των συνολικών δαπανών υγείας σε Ευρώπη και ΗΠΑ. Αποτελεί, λοιπόν, επιτακτικό στόχο κάθε υγειονομικού συστήματος η θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΔ και ο έλεγχος των επιπλοκών του. Βασικό ρόλο στην προσπάθεια αυτή κατέχει ο ιατρός.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση των αντιλήψεων των γιατρών σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών με ΣΔ2 στην Ελλάδα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η ανάλυση βασίστηκε στα δεδομένα από το ελληνικό σκέλος της μελέτης του MGSD (Mediterranean Group for the Study of Diabetes). Γιατροί όλων των ειδικοτήτων, που απασχολούνται τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια. Αυτά περιλάμβαναν πληροφορίες αναφορικά με τις αντιλήψεις των γιατρών για την οργάνωση του συστήματος υγείας σχετικά με τον ΣΔ, κλινικά θέματα για τη διάγνωση και τις επιπλοκές του ΣΔ και τη χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπληρώθηκαν πλήρως 356 ερωτηματολόγια. Από τους συμμετέχοντες 132 (37,1%) ήταν Παθολόγοι και 75 (21,1%) Γενικοί Ιατροί, ενώ οι υπόλοιποι ήταν λοιπών ειδικοτήτων. Οι 269/356 (75,6%) εργάζονταν στο δημόσιο τομέα και 170/356 (47,8%) στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η πλειοψηφία 73,9% δήλωσε πως ενημερώνεται για ιατρικά θέματα, κυρίως από το διαδίκτυο. Σχετικά με την υποστήριξη από το σύστημα υγείας, οι περισσότεροι γιατροί (74%) θεωρούν πως οι ασθενείς με ΣΔ λαμβάνουν κάποια μορφή υποστήριξης, αλλά μόνο το 43% θεωρεί πως έχουν πρόσβαση σε ένα δομημένο σύστημα για τη διαχείριση της νόσου τους, ενώ το 69% θεωρεί ότι δεν λαμβάνουν οργανωμένη εκπαίδευση. Παράλληλα η πλειοψηφία των γιατρών (85%) αναφέρει πως αφιερώνει επαρκή χρόνο και συζητά με τους ασθενείς θέματα που αφορούν στη διαχείριση της νόσου τους. Οι 235/356 γιατροί πιστεύουν πως είναι απαραίτητη η επίτευξη ενός ιδανικού επιπέδου γλυκόζης σε όλους τους ασθενείς με ΣΔ2, θέτοντας ως βέλτιστο επίπεδο την τιμή της HbA1c κάτω από 7%. Ως δεύτερο φαρμακευτικό σκεύασμα μετά τη μετφορμίνη οι περισσότεροι επιλέγουν τους DPP-4 αναστολείς (60%), ενώ η επόμενη σε δημοτικότητα επιλογή είναι οι σουλφονουρίες (26%). Τέλος 202/356 (56,7%) γιατροί απάντησαν πως αντιμετώπιζον δυσκολίες στην έναρξη της θεραπείας με ινσουλίνη κυρίως λόγω, απροθυμίας των ασθενών (75%), έλλειψη πείρας (39%), και λόγω του φόβου της υπογλυκαιμίας (25%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα μελέτη παρουσιάστηκαν οι αντιλήψεις των γιατρών σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών με ΣΔ2 στην Ελλάδα. Διαπιστώθηκε πως οι Έλληνες γιατροί ενημερώνονται κυρίως από το διαδίκτυο, επιμένουν στην ενημέρωση των ασθενών με ΣΔ2 για τη διαχείριση της νόσου τους, θεωρούν πως οι ανωτέρω ασθενείς δεν έχουν πρόσβαση σε ένα δομημένο σύστημα για τη διαχείριση του διαβήτη και στοχεύουν σε τιμές γλυκόζης μειωμένης αιμοσφαιρίνης κάτω του 7%, χρησιμοποιώντας ως δεύτερο φάρμακο μετά τη μετφορμίνη τους DPP-4 αναστολείς.

## 65. ΤΑ ΣΠΑΝΙΟΤΕΡΑ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Μ. Δημητρίου<sup>1,2</sup>, Ν. Παπανάς<sup>1</sup>, Μ. Πανοπούλου<sup>2</sup>, Π. Παναγόπουλος<sup>3</sup>, Ε. Φωτιάδου<sup>2</sup>, Ε. Μάλτζος<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης,

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, <sup>3</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αναζήτηση των σπανιότερων παθογόνων σε έλκη του διαβητικού ποδιού με λοιμώξη.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμπεριελήφθησαν 113 ασθενείς Εξωτερικού Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού με κλινική διάγνωση λοιμώξης έλκους, στους οποίους οι παθογόνοι μικροοργανισμοί είχαν αναζητηθεί με ποσοτική ιστική καλλιέργεια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Απαξ απομονωθέντα παθογόνα: *Abiotrophia defectiva*, *Providencia rettgeri*, *Providencia stuartii*, *Citrobacter koseri*, *Citrobacter freundii*, *Serratia marcescens*, *Serratia fonticola*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Pantoea agglomerans*, *Aeromonas sobria*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterobacter cancerogenus*, *Proteus vulgaris*, *Staphylococcus hominis*, *Staphylococcus capitis*, *Staphylococcus warneri*. Σπανιότερα (2 ή 3 φορές έκαστο): *Staphylococcus haemolyticus*, *Enterococcus faecium*, *Klebsiella oxytoca*. Στους 18 από τους 23 ασθενείς, το σπάνιο παθογόνο απομονώθηκε μαζί με συνηθέστερα παθογόνα. Προηγήθισα λήψη αντιβιοτικών καταγράφηκε σε όλους. Σε 2 ασθενείς η διάρκεια του έλκους ήταν 2 μήνες, ενώ στους υπόλοιπους ήταν > 4 μήνες. Τη μεγαλύτερη διάρκεια έλκους παρουσίασαν 2 ασθενείς: 84 μήνες (*Morganella morganii*) και 24 μήνες (*Stenotrophomonas maltophilia*). Νοσηλεία είχε προηγηθεί σε 2 ασθενείς. Συχνές επισκέψεις σε νοσοκομεία καταγράφηκαν σε 13 ασθενείς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών, οι συχνές επισκέψεις σε νοσοκομεία και η μακρά διάρκεια του έλκους αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου για τα ασυνήθη παθογόνα σε λοιμώξεις έλκους του διαβητικού ποδιού.

## 67. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ 1,25(OH)2D3 ΣΤΗΝ ΕΚΚΡΙΣΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ Ι ΑΠΟ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΑ IN VITRO

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

<sup>1</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., <sup>3</sup>Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η βιταμίνη D είναι σεκοστεροειδής ορμόνη που είναι γνωστή για τη δράση της στο σκελετό. Πρόσφατα έχουν βρεθεί στο στόμαστο της ερευνητικής προσπάθειας οι εξωσκελετικές δράσεις της ορμόνης. Θεωρείται ότι η ορμόνη έχει ανοσοτροποποιητική δράση καθώς έχουν παρατηρηθεί πολλαπλές δράσεις της στο ανοσοποιητικό σύστημα. Επάγει ανοσοανοχή και ενισχύει την άνοση αντίδραση έναντι των βακτηριδίων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ήταν η μελέτη της επίδρασης της 1,25 (OH)2D3 στην έκκριση της ιντερφερόνης Ι από μονοκύτταρα ανθρώπου in vitro.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Ανθρώπινα μονοκύτταρα διαχωρίστηκαν από αίμα ληφθέν από υγιή θήλεα άτομα με τη χρήση του πρωτοκόλλου Lymphoprep. Ακολούθως τοποθετήθηκαν σε καλλιεργητικούς δίσκους με φρεάτια 106 κύτταρα/φρεάτιο και καλλιεργήθηκαν επί 6 h σε θερμοκρασία 37°C σε υγροποιημένη ατμόσφαιρα 5% CO2 υπό την παρουσία ή απουσία ιντερφερόνης α 400 U, 1,25 (OH)2D3 250 pmol, και συνδυασμού ιντερφερόνης 400 U και 1,25 (OH)2D3 250 pmol. Ακολούθως το περιεχόμενο εκάστου φρεατίου φυγοκεντρήθηκε και το ίζημα υπέστη επίδραση με Trizol για την απομόνωση RNA γονιδίων που είναι γνωστό ότι διεγείρονται από την ιντερφερόνη α. Έγινε real time PCR για τα γονίδια MX1, IFIT1, IFI44 και του GAPDH ως γονίδιο ελέγχου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρατηρήθηκε ότι η ιντερφερόνη α διεγείρει τα γονίδια που σχετίζονται με την έκκριση της ιντερφερόνης Ι, δηλαδή ότι ανατροφοδοτεί θετικά την έκκρισή της. Παρατηρήθηκε ότι η 1,25 (OH)2D3 τροποποιεί την επίδραση της ιντερφερόνης α στην έκκριση της ιντερφερόνης Ι, ήτοι ελαττώνει τη διεγερτική δράση που έχει η ιντερφερόνη α στην έκκριση της ιντερφερόνης Ι.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η βιταμίνη D διερευνάται για τις ανοσοτροποποιητικές της δράσεις. Στην παρούσα μελέτη η βιταμίνη D βρέθηκε να τροποποιεί την απόκριση των ανθρώπινων μονοκυττάρων στη δράση της ιντερφερόνης α.

## 66. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Σ. Τσοτουλίδης<sup>1</sup>, Α. Τριανταφύλλου<sup>2</sup>, Α. Μποσκαρίοβα<sup>1</sup>, Γ. Πολυχρονόπουλος<sup>1</sup>, Π. Ποδαρά<sup>1</sup>, Τ. Μαρσιέσκου-Χωριανοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Σιδηροπούλου<sup>1</sup>, Ο. Τσαχουρίδου<sup>3</sup>, Κ. Γρίβου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κέντρο Υγείας Κασσάνδρας, Χαλκιδική, <sup>2</sup>Γ' Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», <sup>3</sup>Α' Παθολογική κλινική, Π.Γ.Ν.Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιφερική νευροπάθεια (ΠΝ) αποτελεί μικροαγγειακή επιπλοκή της Σακχαρώδη Διαβήτη που μπορεί να οδηγήσει σε εξέλκωση και ακρωτηριασμό. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η ανίχνευση των διαβητικών που παρουσιάζουν συμπτώματα ή/και κλινικά σημεία ΠΝ κατά την έναρξή τους στο ιατρείο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 413 ασθενείς (208 άνδρες), μέσης ηλικίας 66,7±11,4 έτη, με μέση διάρκεια νόσου 6,88±7,77 έτη. Καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, το ύψος, το βάρος, οι καρπιακές συνήθειες, η διάρκεια του διαβήτη, η HbA1c, η κρεατινίνη, τα λιπίδια και η ύπαρξη αμφιβληστροειδοπάθειας. Η εκτίμηση της ύπαρξης νευροπάθειας έγινε με τη χρησιμοποίηση του δείκτη συμπτωμάτων νευροπάθειας και τον προσδιορισμό του δείκτη νευρολογικής ανικανότητας (κινητικές και αισθητικές δοκιμασίες).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπτώματα διαβητικής νευροπάθειας βρέθηκαν στο 16,7% των εξετασθέντων. Περιφερική νευροπάθεια, όπως αξιολογήθηκε από την κλινική εξέταση, υπήρχε σε ποσοστό 53,5%. Συγκεκριμένα 42,1% εμφάνιζε ήπια μορφή νευροπάθειας, 10,7% μέτριας και 0,7% σοβαρής. Από αυτούς που είχαν νευροπάθεια μόνο το 20,4% είχαν συμπτώματα. Αυτοί που είχαν νευροπάθεια είχαν μεγαλύτερη ηλικία, μειωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR) και μεγαλύτερη διάρκεια νόσου σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν την επιπλοκή (p<0,001). Κανένας άλλος από τους υπό μελέτη παράγοντες δε διαπιστώθηκε να είναι στατιστικά σημαντικός.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υψηλό ποσοστό διαβητικών ασθενών παρουσιάζει ευρήματα ΠΝ, η οποία φαίνεται να έχει κυρίως σχέση με την ηλικία και τη διάρκεια της νόσου. Η πλειονότητα των ασθενών αυτών δεν είχαν συμπτώματα νευροπάθειας, οπότε η κλινική εξέταση των ποδιών των διαβητικών πρέπει να γίνεται τακτικά, ακόμα και σε απουσία συμπτωμάτων, για να ανιχνευθούν έγκαιρα ασθενείς σε κίνδυνο εξέλκωσης.

## 68. ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΨΕΥΔΟΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΚΟΛΟΥ

Θ. Καλογρήρου<sup>1</sup>, Α. Καραβάς<sup>1</sup>, Α. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Α. Κούτση<sup>1</sup>, Α. Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Ι. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, <sup>2</sup>Ενδοκρινολόγος, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας

Σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι δυνατόν να παρατηρηθεί υπασβεστιαμία οφειλόμενη σε ανεπάρκεια βιταμίνης D. Ωστόσο, σε ασθενείς με δυσλειτουργία του εντέρου για διάφορους λόγους είναι δυνατόν σε σπάνιες περιπτώσεις να παρατηρηθεί υπασβεστιαμία με συνοδό υποκαλιαιμία και υπονατριαιμία, αποτελώντας με τον τρόπο αυτό ενδείξεις συνδρόμου που ονομάζεται σύνδρομο Ogilvie ή σύνδρομο ψευδοαπόφραξης του κόλου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας ήταν η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς που εμφάνισε βαριά υπασβεστιαμία και υποκαλιαιμία οφειλόμενη σε ανεπάρκεια βιταμίνης D και σύνδρομο ψευδοαπόφραξης του εντέρου.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς γυναίκας ηλικίας 78 ετών που προσήλθε με κοιλιακό άλγος, διάχυτη ευαισθησία κοιλίας και αναφερόμενες διάρροιες και εμέτους. Από το ιστορικό αναφερόταν χολοκυστεκτομή με συνοδό παγκρεατίτιδα και χειρουργηθείσα ομφαλοκήλη, η οποία υποτροπίασε. Ο κλινικός και παρακλινικός έλεγχος ανέδειξε παγίδευση έλικας του εντέρου εντός της ομφαλοκήλης. Η ασθενής είχε επίσης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπό αγωγή με διακία και ήπια νεφρική ανεπάρκεια. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε Ca αίματος 4,3 mg/dl (ΦΤ 8,2-10,0 mg/dl), Κ αίματος 2,9 mmol/l (ΦΤ 3,5-5,2 mmol/l), κρεατινίνη αίματος 1,8 mg/dl (ΦΤ 0,5-1,5 mg/dl), γλυκόζη αίματος 160 mg/dl. Η ΡΤΗ αίματος ήταν 268 pg/ml (ΦΤ 15-68) και η 25(OH)D3 ήταν 9 ng/ml.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Χορηγήθηκε αλφακαλσιδιόλη σε δόση 1 μg δις ημερησίως, ασβέτιο από το στόμα και χοληκαλσιφερόλη από του στόματος και η υπασβεστιαμία βελτιώθηκε.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς που προσήλθε με βαριά υπασβεστιαμία και συνοδές ηλεκτρολυτικές διαταραχές οφειλόμενη σε ανεπάρκεια της βιταμίνης D και σύνδρομο ψευδοαπόφραξης του εντέρου. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης D είναι ένα συχνό πρόβλημα στους ηλικιωμένους λόγω ανεπαρκούς έκθεσης στο ηλιακό φως. Ωστόσο, οι βαριές ηλεκτρολυτικές διαταραχές που παρατηρήθηκαν στην περιγραφόμενη περίπτωση φαίνεται να οφείλονται στο συνδυασμό ανεπάρκειας βιταμίνης D και συνδρόμου ψευδοαπόφραξης του εντέρου.

## 69. ΝΕΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Σ. Φίκα<sup>1</sup>, Σ. Νανάς<sup>1</sup>, Ε. Χαριτίδου<sup>2</sup>, Π. Μυριανθεύς<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Α Πανεπιστημιακή κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, <sup>2</sup>Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα, <sup>3</sup>Πανεπιστημιακή κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΓΟΝΚ «Οι Αγ. Ανάργυροι», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η δημιουργία και αξιολόγηση ενός νέου καλύτερου συστήματος πρόβλεψης της θνησιμότητας των ασθενών της Μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) σε σχέση με τα υπάρχοντα συστήματα πρόβλεψης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 436 ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση οι οποίοι εισήχθησαν διαδοχικά, για χρονική περίοδο δύο ετών, στις δύο γενικές ΜΕΘ σε γενικό νοσοκομείο της Αθήνας. Από αυτούς συλλέχθηκαν συνήθη δεδομένα από το πρώτο 24ωρο της παραμονής τους στη ΜΕΘ. Στη συνέχεια, το αρχικό δείγμα χωρίστηκε σε δύο άνισα υποσύνολα με τη μέθοδο τυχαίας δειγματοληψίας. Το μεγαλύτερο υποσύνολο χρησιμοποιήθηκε στην προσαρμογή/ανάπτυξη των μοντέλων (πληθυσμός προσαρμογής, development set), ενώ το δεύτερο χρησιμοποιήθηκε στην αξιολόγηση των μοντέλων που προσαρμόστηκαν (πληθυσμός αξιολόγησης, evaluation set). Με τη μέθοδο της λογιστικής παλινδρόμησης προέκυψαν ορισμένα μοντέλα τα οποία στη συνέχεια αξιολογήθηκαν ως προς την απόδοσή τους (βαθμολόγηση και διακριτική ικανότητα).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το τελικό μοντέλο που επιλέχθηκε για την πρόβλεψη της θνησιμότητας στη ΜΕΘ είναι μια νέα μαθηματική εξίσωση που περιλαμβάνει δώδεκα μεταβλητές, τέσσερις ποσοτικές και οκτώ ποιοτικές. Οι παράμετροι που περιλαμβάνονται είναι: ηλικία, πνευμονία στην εισαγωγή, προϋπάρχουσα καρδιολογική νόσος, σφύξεις/λεπτό, αναπνοές/λεπτό, οξυγόνωση (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>), μηχανικός αερισμός το 24ωρο, αιμοκάθαρση το 24ωρο, δοβουταμίνη το 24ωρο, νοραδρεναλίνη το 24ωρο, παρεντερική διατροφή το 24ωρο, γαλακτικό οξύ το 24ωρο. Αυτό το μοντέλο παρουσιάζει καλύτερη απόδοση (ROC AUC=0,85, SMR=1,25) και ικανότητα πρόβλεψης σε σχέση με τα υπάρχοντα συστήματα (APACHEII: AUC=0,76, SMR=2,50, SAPSIII: AUC=0,76, SMR=1,50).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το νέο τοπικό μοντέλο πρόβλεψης φαίνεται να ταιριάζει καλύτερα στους ασθενείς της δικής μας ΜΕΘ, καθώς παρουσιάζει καλύτερη ικανότητα πρόβλεψης της θνησιμότητας σε σχέση με το APACHE II και το SAPS III.

## 70. ΜΟΡΙΑΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΕΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* ΑΠΟ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΕΣ

Α. Μαυροειδή<sup>1</sup>, Σ. Λυκούση<sup>1</sup>, Μ. Κατσιάρη<sup>2</sup>, Ο. Κορδανούλη<sup>1</sup>, Ε. Πάλλα<sup>1</sup>, Ζ. Ρούσου<sup>1</sup>, Χ. Νικολάου<sup>2</sup>, Χ. Μαθάς<sup>2</sup>, Ε. Πλατσούκα<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων»

**ΣΚΟΠΟΣ.** Η μοριακή διερεύνηση της επιδημιολογίας ανθεκτικών στην κολιστίνη και καρβαπενέμες στελεχών *K. pneumoniae* (COL-R+CARB-R Kp) από βακτηριαίμιες την περίοδο Ιανουάριος 2014-Αύγουστος 2016.

**ΥΛΙΚΟ.** Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά 80 CARB-R Kp στελεχών έγιναν με το σύστημα MicroScan® (Siemens, USA) και με ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης. Ο φαινοτυπικός έλεγχος για την παραγωγή καρβαπενεμασών έγινε με τις δοκιμές Hodge test και συνδυασμό βορονικού οξέος/EDTA. Ακολούθησε απομόνωση του DNA με το QIAamp® DNA MiniKit (QIAGEN, Germany), ανίχνευση των καρβαπενεμασοπαραγωγών γονιδίων με PCR και μοριακή τυποποίηση των στελεχών με multilocus sequence typing-MLST (<http://bigsdbs.pasteur.fr/klebsiella/klebsiella.html>). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τις μεθόδους Fisher exact test και Mann-Witney U test.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.** Από τα 80 CARB-R Kp στελέχη, τα 39 (48,8%) ήταν COL-R και προέρχονταν κυρίως από ασθενείς της ΜΕΘ (29) και άλλων κλινικών (10). Στη ΜΕΘ, την περίοδο 2014-2015, τα COL-R+CARB-R Kp στελέχη ανήκαν στους MLST τύπους ST258 (4 blaKPC), ST101 (8 blaOXA-48 και 3 blaOXA-48+blaNDM) και ST11 (1 blaNDM), ενώ η συχνότητα απομόνωσης των blaOXA-48 στελεχών αυξήθηκε από 50% (8/16 COL-R-CARB-R Kp στελέχη) σε 81,8% (9/11 COL-R-CARB-R Kp στελέχη), αντίστοιχα, την περίοδο 2015-2016. Οι ασθενείς της ΜΕΘ με blaOXA-48 COL-R-CARB-R Kp δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη θνητότητα, το χρόνο νοσηλείας στη ΜΕΘ, τη θεραπεία με καρβαπενέμες ή/και κολιστίνη, το APACHE II και την ηλικία σε σχέση με τους ασθενείς με COL-R+CARB-R Kp, που έφεραν άλλου τύπου καρβαπενεμάσες. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.** Στα COL-R-CARB-R Kp επικρατούν τα blaOXA-48 τύπου ST101. Η άνοδος της αντοχής στην κολιστίνη στα CARB-R Kp στελέχη μειώνει τις θεραπευτικές επιλογές.

## 71. ΜΟΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΕΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ

Α. Μαυροειδή<sup>1</sup>, Σ. Λυκούση<sup>1</sup>, Ο. Κορδανούλη<sup>1</sup>, Ε. Πάλλα<sup>1</sup>, Μ. Κατσιάρη<sup>2</sup>, Ζ. Ρούσου<sup>1</sup>, Χ. Νικολάου<sup>2</sup>, Χ. Μαθάς<sup>2</sup>, Ε. Πλατσούκα<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων»

**ΣΚΟΠΟΣ.** Η μοριακή διερεύνηση ανθεκτικών στις καρβαπενέμες στελεχών *Pseudomonas aeruginosa* (CARB-R PA) από ασθενείς της ΜΕΘ (Ιούλιος 2015-2016).

**ΥΛΙΚΟ.** Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά 83 PA στελεχών έγιναν με το σύστημα MicroScan® (Siemens, USA) και με ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης. Ο φαινοτυπικός έλεγχος για την παραγωγή καρβαπενεμασών έγινε με τη δοκιμή EDTA/ιμιπενέμης. Ακολούθησε απομόνωση του DNA με το QIAamp® DNA MiniKit (QIAGEN, Germany), ανίχνευση των καρβαπενεμασοπαραγωγών γονιδίων με PCR και χαρακτηρισμός των ιντεγκρονίων τάξης 1 με συνδυασμό των εκκινητών 5'CS και 3'CS με τους εκκινητές blaVIM και ανάλυση της νουκλεοτιδικής αλληλουχίας των προϊόντων της PCR.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.** Την περίοδο της μελέτης, αύξηση της αντοχής των PA στελεχών παρατηρήθηκε σε όλες τις κατηγορίες των αντιβιοτικών. Συνολικά, απομονώθηκαν 50 CARB-R PA στελέχη (ανθεκτικά σε ιμιπενέμη και μεροπενέμη) από 35 ασθενείς σε σύνολο 44 ασθενών (79,5%) της ΜΕΘ. Η συχνότητα απομόνωσης CARB-R PA στελεχών αυξήθηκε από 64,7% σε 90,3% κατά την περίοδο 2015-2016. Όλα τα CARB-R PA στελέχη ήταν θετικά για την παραγωγή μέταλλο-β-λακταμάσης (MBL-θετικά). Τα 26 στελέχη από ισορριθμούς ασθενείς, που ελέγχθηκαν με μοριακές μεθόδους, έφεραν μέταλλο-β-λακταμάσες τύπου blaVIM-2 (19) και blaVIM-4 (7). Την περίοδο Ιούλιος-Οκτώβριος 2015 επικρατούσαν τα blaVIM-4 στελέχη, ενώ την περίοδο Νοέμβριος 2015-Ιούλιος 2016 τα blaVIM-2 στελέχη. Στα 26 στελέχη εντοπίστηκαν ιντεγκρόνια τάξης I μοριακού βάρους 3200bp, 3000bp και 1500bp.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αύξηση της αντοχής των PA στελεχών συσχετίστηκε με την αύξηση στη συχνότητα απομόνωσης CARB-R PA στελεχών τύπου blaVIM-2. Η συνεχής καταγραφή της αντοχής και η αυστηρή εφαρμογή των μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων είναι απαραίτητες.

## 72. ΑΠΕΣΥΡΦΗ

### 73. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΙΟΓΕΝΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ ΣΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Χ. Βούλγαρη, Κ. Φωτοπούλου, Β. Κούμπος, Α. Ερωτοκρίτου, Θ. Λουκόπουλος, Σ. Παγώνη

Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Συγχρονική μελέτη της εφαρμογής των οδηγιών της Πανευρωπαϊκής Εταιρείας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας (ESPGHAN) και Λοιμωδών Νοσημάτων (ESPID) σε εφήβους με ιογενή γαστρεντερίτιδα στα Επείγοντα Περιστατικά.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 50 έφηβοι (30 κορίτσια/20 αγόρια), μέσης ηλικίας 15,9±0,3ετών, που προσήλθαν στα Επείγοντα Περιστατικά της Κλινικής μας. Καταγράφηκαν οι εργαστηριακές, οι παρακλινικές τους εξετάσεις, και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, που εφαρμόστηκαν σύμφωνα με τις Πανευρωπαϊκές Οδηγίες ESPGHAN/ESPID 2014.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την κλινική εξέταση στα Επείγοντα Περιστατικά διενεργήθηκε υπερηχογράφημα άνω/κάτω κοιλίας σε 27 έφηβους (54,0%), που ανέδειξε αεροπλήθεια σε 30% (15 ασθενείς). Σε 24 (48,0%) ασθενείς της μελέτης έγινε ηλεκτροκαρδιογράφημα, που σε τέσσερις (8,0%) ανέδειξε διαταραχές επαναπόλωσης. Επίσης, δύο έφηβοι (4,0%) παρουσίασαν στηθάγχη κατά την κλινική εξέταση, και σε αυτούς έγινε υπερηχογράφημα καρδιάς, που ήταν φυσιολογικό. Ακτινογραφία κοιλίας έγινε σε 12 (24,0%) ασθενείς, αφού προηγήθηκε εξέταση με β-χοριακή γοναδοτροπίνη στους 10 (83,3%) ασθενείς γυναικείου φύλου. Γενικές εξετάσεις ούρων έδωσαν 25 άτομα (50,0%), και ένας παρουσίαζε λοίμωξη ουροποιητικού. Αιμοκαλλιέργειες ελήφθησαν από όλους τους ασθενείς, και ήταν αρνητικές. Αυξημένα λευκά αιμοσφαίρια απομονώθηκαν στις γενικές εξετάσεις κοπράνων σε 8 (16,0%) ασθενείς. Παρακεταμόλη ενδοφλέβια χορηγήθηκε επί πυρετού σε 48 (96,0%) ασθενείς. Ομπεπραζόλη ενδοφλεβίως έλαβε το 60% των ασθενών (30 άτομα). Στους 18 (36,0%) έφηβους χορηγήθηκε αζιθρομυκίνη 500mg ενδοφλεβίως, σε πέντε (10,0%) ασθενείς κεφοουζιμ 1,5g, και δύο (4,0%) έλαβαν μετρονιδαζόλη 500mg ενδοφλέβια. Σε δύο ασθενείς χορηγήθηκαν υπόθετα διμενυδράτης για τη καταστολή των εμέτων. Με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων σχετιζόνταν σημαντικά και θετικά οι τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων ( $\beta=1,40, p=0,005$ ), *πολυμορφοφύλωνων* ( $\beta=1,39, p=0,05$ ), *της άμεσης χολερυθρίνης* ( $\beta=1,32, p=0,03$ ), *γλυκόζης νηστείας* ( $\beta=1,30, p=0,04$ ), *της SGOT/AST* ( $\beta=1,41, p=0,004$ ), και *SGPT/ALT* ( $\beta=1,32, p=0,03$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με τις Οδηγίες ESPGHAN/ESPID 2014, η οξεία ιογενής γαστρεντερίτιδα αντιμετωπίζεται καλύτερα με την εφαρμογή απλών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η λευκοκυττάρωση, η πολυμορφοφυρήνωση, η ηπατική βιοχημεία, αλλά και η ηγυλικαμία φαίνεται να έχουν σημαντική συσχέτιση με τη κλινική εικόνα των ασθενών αυτών.

### 75. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΙΟΓΕΝΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΙΟ NORWALK

Χ. Βούλγαρη, Γ. Γεωργακοπούλου, Α. Μπατσούλη, Σ. Βογιακή, Σ. Παγώνη

Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι νοροϊοί αποτελούν τη κύρια αιτία επιδημιών εμέτων και διάρροιας από φαγητό ή νερό παγκοσμίως. Μεταδίδονται με την εντεροστοματική οδό και είναι ιδιαίτερα μολυσματικοί. Η νόσος από νοροϊούς έγινε γνωστή τη τελευταία δεκαετία, και υπάρχουν λίγα δεδομένα ως προς τα επιδημιολογικά της χαρακτηριστικά. Σκοπός μας ήταν η μελέτη των επιδημιολογικών και κλινικών χαρακτηριστικών ενός πληθυσμού εφήβων με γαστρεντερίτιδα από ιό Norwalk.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 39 έφηβοι (30 κορίτσια/9 αγόρια), μέσης ηλικίας 15,9±0,3 ετών. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους. Η διάγνωση της γαστρεντερίτιδας από ιό Norwalk τέθηκε με την απομόνωση του ιού από υδαρή κόπρανα εντός 24-48 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Όλοι οι ασθενείς της μελέτης ήταν μαθητές Λυκείου, εκ των οποίων 28 (71,8%) κατοικούσαν σε πόλη, ενώ 11 (28,2%) σε χωριό. Από τους 39 εφήβους, 30 (76,9%) είχαν φυσιολογικό σωματικό βάρος, 7 (17,9%) ήταν υπέρβαροι, και 2 (5,1%) παχύσαρκοι. Σε 21 (53,8%) ασθενείς τα συμπτώματα εμφανίστηκαν σε λιγότερο από 24 ώρες από την έκθεση, ενώ σε 18 (46,2%) σε >24 ώρες. Οι 16 (41%) ασθενείς είχαν σοβαρά συμπτώματα. Μετάξυ των συμπτωμάτων συμπεριλαμβάνονταν: πυρετός (37,5°-40,0°) σε 34 (87,2%) ασθενείς, ναυτία σε 28 (71,8%), έμετος σε 34 (87,2%), ενώ εμέτους >5/ημέρα εμφάνισαν 11 (28,2%) ασθενείς. Κοιλιακό άλγος παρουσίαζαν 23 (59,0%) ασθενείς, και διάρροια 18 (46,2%), ενώ διάρροιας >5/ημέρα είχε ένας ασθενής. «Μεταλλική» γεύση είχαν 6 (15,4%) ασθενείς. Υπόταση (<90/60mmHg) σημειώθηκε στους 19 (48,7%) ασθενείς, και ταχυκαρδία (>100 σφύξεις/λεπτό) στους 20 (51,3%). Οι 35 (89,7%) είχαν φάει σε φάσφουοντ πριν την έναρξη συμπτωμάτων, και οι 15 (38,5%) είχαν πει νερό μη εμφιαλωμένο. Δύο (5,1%) ασθενείς ανέφεραν ανάλογα συμπτώματα από μέλος της οικογένειας. Από τους 39 μαθητές, οι 14 (35,9%) είχαν πρόσφατο χειρουργείο, και οι 15 (38,5%) εποχιακή αλλεργία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η γνώση των επιδημιολογικών και κλινικών χαρακτηριστικών του ιού Norwalk, πιθανόν να οδηγήσει στη καταπολέμηση των κρουσμάτων γαστρεντερίτιδας από νοροϊούς.

### 74. ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΙΟΥ NORWALK ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΦΗΒΩΝ

Χ. Βούλγαρη, Θ. Κακασής, Ε. Τσόκα, Γ. Κουβαριώτης, Ν. Μπούγας, Σ. Παγώνη

Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το 85% των επιδημιών γαστρεντερίτιδας παγκοσμίως, οφείλονται σε ιούς Norwalk. Παρά τη μεγάλη συχνότητα, η νόσος δεν είναι ευρέως γνωστή. Σκοπός μας ήταν η μελέτη των επιδημιολογικών και κλινικών διαφορών μεταξύ των δύο φύλων σε γαστρεντερίτιδα από ιό Norwalk.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 50 έφηβοι (30 κορίτσια/20 αγόρια), μέσης ηλικίας 15,9±0,3ετών, που νοσηλεύθηκαν στη Κλινική μας. Καταγράφηκαν τα κλινικά, και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά τους. Η διάγνωση της γαστρεντερίτιδας Norwalk τέθηκε με την απομόνωση του ιού από υδαρή κόπρανα εντός 24-48ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αγόρια είχαν μεγαλύτερο σωματικό βάρος ( $p=0,05$ ), σε σχέση με τα κορίτσια, που νόσησαν, μικρότερη διάρκεια νόσου ( $\leq 48\text{ώρες}$ ) ( $p=0,01$ ), εμφάνιζαν συχνότερα πυρετό ( $p=0,05$ ), ναυτία ( $p=0,04$ ), και υψηλότερες θερμοκρασίες ( $p=0,001$ ). Επίσης, στα αγόρια της μελέτης είχε προηγηθεί φασφούνη γεύση ( $p=0,04$ ) κατανάλωση έτοιμων φαγητών/τροφίμων ( $p=0,001$ ), και γλυκισμάτων ( $p=0,05$ ) συχνότερα σε σχέση με τα κορίτσια. Τα αγόρια, πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων, ανέφεραν συχνότερα τη βρώση κρέατος ( $p<0,001$ ), γάλατος ( $p=0,05$ ), και είχαν συχνότερα πει μη εμφιαλωμένο νερό ( $p=0,02$ ). Τα κορίτσια είχαν μεγαλύτερη διάρκεια νόσου (>48ώρες) ( $p=0,01$ ), εμφάνιζαν συχνότερα υπόταση (<90/60mmHg) ( $p=0,02$ ), ταχυκαρδία (>100σφύξεις/λεπτό) ( $p=0,01$ ), και είχαν φάει συχνότερα σε εστιατόριο ( $p=0,005$ ). Πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων, τα κορίτσια είχαν φάει συχνότερα κοτόπουλο ( $p=0,009$ ), έτοιμη σάλτσα ( $p<0,001$ ), αυγό ( $p=0,004$ ), ωμά λαχανικά ( $p=0,009$ ), και φρούτα ( $p=0,05$ ), σε σχέση με τα αγόρια της μελέτης. Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά την έναρξη των συμπτωμάτων από την έκθεση, τη σοβαρότητά τους, την επίπτωση εμέτων, κοιλιακού άλγους, και διαρροιών, και την 24ωρη συχνότητά τους. Δεν υπήρχαν διαφορές ως προς την επίπτωση της «μεταλλικής» γεύσης, τη κατανάλωση σπτικού φαγητού, τυριού, και πατάτας. Δεν υπήρχαν διαφορές στο ατομικό αναμνηστικό των δύο φύλων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και το τρόπο μετάδοσης του ιού Norwalk μεταξύ των δύο φύλων, και η γνώση τους πιθανόν να συμβάλλει στον έλεγχο της μετάδοσης της νόσου από νοροϊούς.

### 76. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Σ. Μπιλιού<sup>1,2</sup>, Γ. Τζάνης<sup>1</sup>, Σ. Δημόπουλος<sup>1</sup>, Η. Φύλλας<sup>1</sup>, Ν. Παναγοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Μήτσιου<sup>1</sup>, Ε. Καρατζάνος<sup>1</sup>, Κ. Καλίγερος<sup>3</sup>, Σ. Νανάς<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α ΚΕΘ, Εργαστήριο Καρδιοαναπνευστικής Δοκιμασίας, Κόπησης και Αποκατάστασης, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. «Σισμανόγλειο», <sup>3</sup>Παθολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. «Σισμανόγλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η χρόνια ηπατική νόσος έχει συσχετισθεί με πολλαπλά συστηματικά, εξω-ηπατικά σημεία μέσω καλά μελετημένων φλεγμονωδών διαδικασιών και κυτταρικής απόπτωσης. Η φλεγμονή συσχετίζεται με διαταραχές μικροκυκλοφορίας στην παθολογία παθήσεων όπως η καρδιακή ανεπάρκεια και η υπέρταση. Η εγγύς του υπερύθρου φασματοσκοπία (NIRS) είναι μία μη επεμβατική μέθοδος που εκτιμά την μικροκυκλοφορία. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να προσδιορίσει την μικροκυκλοφορία των σκελετικών μυών σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ).

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήσαμε 12 ασθενείς με ΧΗΒ υπό αγωγή με νοουκλεοσιδικούς ή νοουκλεοσιδικούς αναστολέες της αντίστροφης μεταγραφάσης (HbsAg θετικούς), χωρίς άλλες συννοσηρότητες (9Α/3Θ, ηλικία: 47±13 έτη, ΒΜΙ: 27,5±3,5 kg/m<sup>2</sup>) και 10 υγιείς σταθμισμένους ως προς την ηλικία και το ΒΜΙ ως ομάδα ελέγχου, (5Α/5Θ, ηλικία: 44±10 έτη, ΒΜΙ: 25,5±3,8 kg/m<sup>2</sup>). Η κίρρωση αποκλείστηκε μέσω κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων. Ο κορεσμός του ιστικού οξυγόνου στο θέναρ (StO<sub>2</sub>, %) μετρήθηκε μη επεμβατικά με NIRS πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από τριλεπτο αγγειακό αποκλεισμό (της βραχιονίου αρτηρίας και φλέβας). Η μέθοδος αποκλεισμού χρησιμοποιήθηκε για να υπολογιστεί ο ρυθμός κατανάλωσης οξυγόνου (OCR, %/λεπτό), ο ρυθμός επαναπλήρωσης (που αντανάκλα την ενδοθηλιακή λειτουργία EF, %/λεπτό) και η αντιδραστική υπεραμία (RHT,sec).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με ΧΗΒ εμφάνισαν επηρεασμένες τις παραμέτρους RHT και RR συγκριτικά με τους υγιείς της ομάδας ελέγχου (173±19 vs 141±22 sec,  $p=0,002$  και 4,3±1,0 vs 5,5±0,9 %/min,  $p=0,009$ ) και μία τάση για διαφορά στο OCR (11,8±3,2 vs 15,5±5,6 %/min,  $p=0,07$ ). Το StO<sub>2</sub> δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ ασθενών και υγιών (83±6 vs 80±3 %,  $p=0,18$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μικροκυκλοφορία του σκελετικού μυός είναι διαταραγμένη σε ασθενείς με ΧΗΒ, αναδεικνύοντας πιθανώς το ρόλο ενός νέου μηχανισμού στην παθολογία της νόσου. Περαιτέρω μελέτες χρειάζονται για να εκτιμηθεί η αξία του NIRS στον προσδιορισμό της δυσλειτουργίας της μικροκυκλοφορίας σε ασθενείς με ΧΗΒ και να διαλευκανθούν οι υποκείμενοι μηχανισμοί.

**77. ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ ΚΑΙ ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗ**

Α. Αλεξοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Γεωργίου<sup>2</sup>, Σ. Πουρική<sup>1</sup>, Α. Βασιλιεβα<sup>1</sup>, Ι. Κετίκογλου<sup>1</sup>, Α. Λαϊνά<sup>1</sup>, Η. Μάνη<sup>1</sup>, Ι. Δημητρώλου<sup>1</sup>, Ε. Παντελιδάκη<sup>1</sup>, Κ. Σταματελόπουλος<sup>2</sup>, Σ. Ντουράκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Τμήμα Θεραπευτικής ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η θεραπεία με ιντερφερόνη στην χρόνια-ηπατίτιδα-C/ΧΗ-C έχει συσχετισθεί με αρρυθμίες, μυοκαρδιοπάθεια, αμφιβλητρωειδοπάθεια και εμφύσηση μη αναστρέψιμης πνευμονικής υπέρτασης. Αξιολογήθηκε η επίδραση της θεραπείας με πεγκυλιωμένη-ιντερφερόνη-ριμπαβιρίνη (PR) στις αγγειακές παραμέτρους ασθενών με ΧΗ-C.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** 26 ασθενείς [(46.2% άνδρες, διαμεση-ηλικία 45 (31.7-53.5) έτη] υποβλήθηκαν σε έλεγχο αγγειακών παραμέτρων προ έναρξης (ΕΘ), στο τέλος (ΤΘ) και 24-εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (24-ΕΜΘ) με PR. Οι 16 (61.5%) είχαν γονότυπο-1, 9 (34.6%) γονότυπο-3 και 1 (3.8%) γονότυπο 4. Μόνιμη ιολογική ανταπόκριση επέτυχαν 20 (76.9%) ασθενείς. Αναλυτικότερα πραγματοποιήθηκε: α. Μέτρηση της εξαρτώμενης από τη ροή αγγειοδιαστολής της βραχιονίου αρτηρίας (Flow-Mediated-Dilatation/FMD) της βασικής και της μέγιστης διαμέτρου του αγγείου μετά την αντιδραστική υπεραίμια. β. Μέτρηση ταχύτητας του σφυγμικού κύματος μεταξύ καρωτίδας μηριαίας αρτηρίας (PulseWaveVelocityFemoral/PWVf). γ. Ανάλυση σφυγμικού κύματος για τον προσδιορισμό της κεντρικής-συστολικής και διαστολικής-πίεσης καθώς και του δείκτη-επαύξησης-αορτικής-πίεσης (augmentation-index/AIx). δ. Μέτρηση του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το BMI ήταν μειωμένο στο ΤΘ συγκριτικά με την ΕΘ (P=0.022). 24-ΕΜΘ συγκριτικά με την ΕΘ διαπιστώθηκε υψηλότερος δείκτης-αορτικής-σκληρίδας (P=0.044) και χαμηλότερες τιμές FMD (P=0.017). Οι ασθενείς με γονότυπο-1, 24-ΕΜΘ συγκριτικά με την ΕΘ, είχαν υψηλότερο AIX (P=0.022) και χαμηλότερο FMD (P=0.051). Παρομοίως, οι ασθενείς με γονότυπο-3 είχαν υψηλότερη c\_sbr (P=0.034), PWVf (P=0.0028) και AIX (P=0.050). Με τη χρήση πολυπαραγοντικών-μικτών γραμμικών-μοντέλων (linear-mixed-models), διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση του AIX, 24-ΕΜΘ συγκριτικά με την ΕΘ (p=0.005), έχοντας σταθμίσει για μεταβολές στα: συστολική-πίεση, BMI, ηλικία, φύλο. Αντίστοιχα, μειώθηκε σημαντικά η FMD έχοντας σταθμίσει ανάλογα με τους παραπάνω παράγοντες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι αγγειακοί παράγοντες ενδεικτικοί υποκλινικής αθηρωμάτωσης επιδεινώνονται σε ασθενείς που έλαβαν PR και η βλαπτική επίδραση συνεχίζεται για χρονικό διάστημα των 6 μηνών μετά το τέλος της θεραπείας.

**79. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗΣ ΗCV ΚΙΡΡΩΣΗΣ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η. Μάνη, Ι. Δημητρώλου, Δ. Ζαμπέτας, Ε. Κουλλιάς, Ε. Καραμπατσάκη, Σ. Σιασιάκου, Α. Βασιλιεβα, Ι. Κετίκογλου, Ε. Παντελιδάκη, Α. Αλεξοπούλου, Σ. Ντουράκης  
*Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η έκβαση ασθενών με μη αντιρροπούμενη κίρρωση του ήπατος (ΜΑΚ) από χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗ-C), που λαμβάνουν θεραπεία με τα νέα αντιικά φάρμακα (DAAs) δεν είναι επαρκώς μελετημένη. Σκοπός μας ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης των DAAs στην πορεία και την έκβαση ασθενών με ΧΗ-C και ΜΑΚ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν 22 ασθενείς [μέση ηλικία 60 (53-73), άντρες 13 (59.1%), MELD 15 (6-30)], οι οποίοι υποβλήθηκαν σε θεραπεία με DAAs. 14 (63.5%), 5 (22.7%) και 3 (13.6%) είχαν γονότυπο 1, 3 και 4, αντίστοιχα. Οι 20 ασθενείς έλαβαν σχήματα συνδυασμού με Sofosbuvir και 2 έλαβαν 3D.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μόνιμη ιολογική ανταπόκριση (SVR) επέτυχαν 8 (36.4%), 8 (36.4%) είναι εν αναμονή του αποτελέσματος, 5 (22.7%) απεβίωσαν πριν το SVR (1 αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, 2 ηπατοκυτταρικός καρκίνος-ΗΚΚ και 2 ηπατική ανεπάρκεια-αναφέρεται κατάχρηση αλκοόλ) και ένας (4.5%) διέκοψε. Από τους 8 που επέτυχαν μεχρι τώρα SVR, 1 απεβίωσε λόγω εμφράγματος του μυοκαρδίου. Οι υπόλοιποι, 1 έτος μετά το τέλος συγκριτικά με πριν την θεραπεία, παρουσίασαν στατιστικά σημαντική βελτίωση στο MELD [16 (12-20) έναντι 9.5 (7-12.75)], αντίστοιχα (p=0.027)]. Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν χρειάστηκε καμία νοσηλεία στους ασθενείς που επέζησαν στο δεύτερο εξάμηνο από το τέλος της θεραπείας. Οι ασθενείς αυτοί δεν παρουσίασαν επεισόδια ηπατικής εγκεφαλοπάθειας και μείωσαν ή διέκοψαν τα διουρητικά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με ΧΗ-C και ΜΑΚ που επιτυγχάνουν SVR, το πρώτο έτος μετά το τέλος της θεραπείας βελτιώνονται σημαντικά. Οι θάνατοι που παρατηρήθηκαν αποδόθηκαν στο αλκοόλ, σε μη ηπατικά αίτια ή σε ΗΚΚ.

**78. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΕΠΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΕΧΗΑ). Η ΟΞΕΙΑ ΡΗΞΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΗΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΟΕΧΗΑ**

Α. Αλεξοπούλου, Α. Βασιλιεβα, Η. Μάνη, Δ. Αγιασωτέλλη, Ε. Κουλλιάς, Δ. Ζαμπέτας, Ε. Καραμπατσάκη, Ε. Παντελιδάκη, Ν. Κίττου, Σ. Ντουράκης  
*Β' Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ακρίβειας των προγνωστικών μοντέλων CLIF-C ACLF και CLIF-AD που προβλέπουν την έκβαση κίρρωτικων ασθενών με οξεία-ρήξη-της-αντιρρόπησης (ΟΡΑ) ή οξεία-επί-χρονιας-ηπατική-ανεπάρκεια (ΟΕΧΗΑ).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκε η θνητότητα στις 28 ημέρες, 3, 6 και 12 μήνες. Η παρατηρούμενη συγκρίθηκε με την αντίστοιχη προβλεπόμενη θνητότητα, που προέκυψε από τα μοντέλα Cox. Οι βαθμολογίες των CLIF-C ACLF και CLIF-AD χρησιμοποιήθηκαν στην ομάδα της ΟΕΧΗΑ και ΟΡΑ, αντίστοιχα. Η ικανότητα πρόβλεψης των μοντέλων Cox σε διαφορετικά χρονικά σημεία, αξιολογήθηκε με βάση το δείκτη αντιστοιχίας Harrel's C. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 182 ασθενείς εντάχθηκαν στη μελέτη, από τους οποίους 78 (42.8%), αξιολογήθηκαν ως ΟΕΧΗΑ, ενώ οι υπόλοιποι ως ΟΡΑ χωρίς ΟΕΧΗΑ. Η προβλεπόμενη, βάσει του CLIF-C ACLF, συγκρίθηκε με την παρατηρούμενη θνητότητα και τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια στις 28 ημέρες (0.52 έναντι 0.51), στους 3 (0.74 έναντι 0.73) και στους 6 μήνες (0.86 έναντι 0.85), αντίστοιχα. Ομοίως, η προβλεπόμενη, υπολογισμένη με βάση το CLIF-C AD, προσέγγιζε στην παρατηρούμενη θνητότητα (0.10 έναντι 0.11, 0.29 έναντι 0.31, 0.39 έναντι 0.40 και 0.49 έναντι 0.50 για τις αντίστοιχες χρονικές περιόδους). Το μοντέλο είχε καλή εφαρμογή στην ομάδα ΟΡΑ στις 90 ημέρες (P=0.974) και χειρότερη αλλά ακόμα επαρκή, στην ομάδα ΟΕΧΗΑ στις 28 ημέρες (P=0.08). Ο δείκτης Harrel's C υπολογίστηκε σε 0.655, 0.641, 0.637 και 0.637 ή 0.677, 0.684, 0.665 και 0.640 για το CLIF-C ACLF ή το CLIF-AD score, αντίστοιχα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα CLIF-C ACLF και CLIF-C AD έχουν καλή εφαρμογή σε τυχαία ομάδα ασθενών με ΟΕΧΗΑ ή ΟΡΑ για την πρόβλεψη της βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης θνησιμότητας.

**80. ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ ΗIV ΚΑΙ ΗBV/ΗCV. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**

Ε. Σαμπατάκου<sup>1</sup>, Ε. Καραμπατσάκη<sup>1</sup>, Π. Λουρίδα<sup>1</sup>, Α. Χατζάκης<sup>2</sup>, Η. Μάνη<sup>1</sup>, Α. Βασιλιεβα<sup>1</sup>, Α. Αλεξοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Ντουράκης<sup>1</sup>  
*1*Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», *2*Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Ε.Κ.Π.Α.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Εκτίμηση της διαχρονικής πορείας ασθενών με συλλοίμωξη HIV και χρόνια λοίμωξη από τους ιούς της ηπατίτιδας Β ή/και C (HBV/HCV) που παρακολουθούνται στη μονάδα ειδικών λοιμώξεων.

**ΜΕΘΟΔΟΙ/ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σύνολο 472 HIV(+) ασθενών, 28 (5.9%) είχαν συλλοίμωξη (13 HBV, 13 HCV και 2 HBV/HCV [25 άνδρες, μέση ηλικία 46 (32-71)]). Όσον αφορά την HIV λοίμωξη, 22/28 ήταν σταδίου Β, μέση τιμή CD4-λεμφοκυττάρων 259/μL και μέση τιμή HIV RNA 72.990 copies/ml. Η διάμεση τιμή του HBV DNA ήταν 50.000 IU/ml (20.475 - 1.175.000.000) και το 76.92% ήταν HBeAg (-). Όλοι οι ασθενείς με HBV έλαβαν αντιρετροϊκή αγωγή (HAART) συνήθως tenofovir/emtricitabine και μετά το 2001 με αναστολέα πρωτεάσης. Επετεύχθη αρνητικοποίηση του HBV DNA στο σύνολο των ασθενών με μέσο διάστημα τα 2.7 έτη. Από τους 3/15 ασθενείς, HBeAg(+), δύο εμφάνισαν ορομετατροπή. Κανένας δεν αρνητικοποίησε το HBSAg. Στη διαχρονική παρακολούθηση, 2 ασθενείς κατέληξαν και 2 διέκοψαν την παρακολούθηση. Στους 15 ασθενείς με συλλοίμωξη HIV/HCV, η διάμεση τιμή του HCV RNA ήταν 599.000 (410.000-5.790.000) [γονότυπος 1 (4), γονότυπο 4 (1), γονότυπο 3 (10)]. Η διάμεση τιμή της ελαστογραφίας ήταν 7.8 kPa (4,30-10,20). Όλοι εμφάνισαν SVR [(πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη-ριμπαβιρίνη (11), κλασική IFN-RBV (2) Sofosbuvir/Ribavirin (1), Sofosbuvir/Iedipasvir (1)]. Το 30% των ασθενών με συλλοίμωξη HCV είχαν αρχικά CD4< 200/μL.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αντιμετώπιση της συλλοίμωξης HBV ή/και HCV σε ασθενείς HIV (+) αποτελεί προτεραιότητα λόγω ταχείας εξέλιξης σε ίνωση/κίρρωση. Στην ομάδα των ασθενών, σε αντίθεση με τα τρέχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα, τα ποσοστά ανταπόκρισης και ίασης της χρόνιας HCV λοίμωξης ήταν υψηλά, ακόμα και στην εποχή προ των νέων από του στόματος αντι-ικών φαρμάκων.

## 81. ΕΠΙΠΕΔΑ PRESEPSIN ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ (ΒΛ) ΠΑΡΟΥΣΙΑ Η ΑΠΟΥΣΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ (ΟΝΒ)

Ι. Ελευσινιώτης, Σ. Τσακίρης, Γ. Μπάρλα, Α. Τασοβασίλη, Ι. Σταθοπούλου, Κ. Ταμπουρατζή, Σ. Καλέης, Γ. Τσαγκουρλής, Δ. Βραχάτης, Χ. Μαυρογιάννης  
*Ηπατογαστρεντερολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Εκτίμηση των επιπέδων presepsin (βιοδείκτης διάγνωσης σήψης) στο πλάσμα κίρρωτικών ασθενών με ή χωρίς ΒΛ και/ή αιμορραγία γαστρεντερικού σχετιζόμενη με πυλαία υπέρταση, που ανέπτυξαν ή όχι ΟΝΒ.

**ΥΛΙΚΟ:** Προοπτικά μελετήθηκαν 108 διαδοχικοί κίρρωτικοί ασθενείς χωρίς ΒΛ ή άλλη επιπλοκή στο Τακτικό Ηπατολογικό Ιατρείο (baseline). Μία υποομάδα (20/108) επανεκτιμήθηκε κατά την εισαγωγή στην Κλινική λόγω ΒΛ (18/20) με (6/18) ή χωρίς (12/18) αιμορραγία ή λόγω αιμορραγίας χωρίς τεκμηριωμένη ΒΛ (2/20). 10/20 από αυτούς τους ασθενείς παρουσίασαν ΟΝΒ και κατέληξαν.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα μέσα baseline επίπεδα ήταν 440 pg/mL, σημαντικά υψηλότερα σε Child B/C vs A (674 vs 318 pg/mL,  $p < 0.0001$ ) και MELD  $\geq 10$  vs MELD 725 pg/mL ( $p=0.029$ ) πρόβλεπαν την εμφάνιση σοβαρής επιπλοκής χρήζουσας νοσηλείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς που παρουσίασαν ΒΛ και/ή αιμορραγία, ειδικά αυτοί που ανέπτυξαν ΟΝΒ, είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατά την επιπλοκή σε σχέση με τα baseline επίπεδα presepsin. Τα baseline επίπεδα presepsin και το MELD θα μπορούσαν να προβλέψουν τους ασθενείς υψηλού κινδύνου για εμφάνιση σοβαρής επιπλοκής και αναγκαιότητας νοσηλείας.

## 83. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ, ΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C (ΧΗC)

Ε. Ευαγγελίδου, Ο. Κωνσταντακοπούλου, Π. Γαλάνης, Χ. Λεμονίδου, Ι. Ελευσινιώτης  
*Εργαστήριο Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφή και εκτίμηση των χαρακτηριστικών των ασθενών με ΧΗC που προσήλθαν κατά την τελευταία δετία.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** 660 anti-HCV(+)/ 647 HCV-RNA(+) ασθενείς που προσήλθαν διαχωρίστηκαν σε 2 ομάδες με κριτήριο την χρήση ή μη τοξικών ουσιών (ομάδα Α: 346 χρήστες, 67.9% άνδρες, μέση ηλικία 37.5 ετών, μέσο BMI 24.2, μέσο HCV-RNA 286.000 IU/ml και ομάδα Β: 301 μη-χρήστες, 46.2% άνδρες, μέση ηλικία 48.3 ετών, μέσο BMI 25.2, μέσο HCV-RNA 403.700 IU/ml). Οι χρήστες τοξικών ουσιών υποκατηγοριοποιήθηκαν σε 2 υπο-ομάδες με βάση την αναφερόμενη χρονολογία έναρξης χρήσεως, πριν (υποομάδα Α1, 108/33.5%) ή μετά (υποομάδα Α2, 238/66.5%) το 1990. Η στατιστική ανάλυση βασίστηκε στα student's t-test, Mann-Whitney and chi-square test ( $p < 0.05$ ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 98 ασθενείς (14.8%) είχαν κίρρωση ήπατος, 9.5% (33/346) των χρηστών σε σχέση με το 20.6% (62/301) των λοιπών ασθενών ( $p < 0.001$ ). Ο γονότυπος 3 ήταν ο επικρατέστερος στην ομάδα Α των χρηστών (58.3%) ακολουθούμενος από τον 1 (27.1%) και τον 4 (13.8%) ενώ ο γονότυπος 1 κυριαρχούσε στην ομάδα Β (53.2%) ακολουθούμενος από τον 4 (19.7%) και τον 3 (17%). Η συντριπτική πλειονότητα των λοιμώξεων γονότυπου 1 μεταξύ των χρηστών (81.8%) ήταν υποτύπου 1a ενώ ο υποτύπος 1b παρατηρήθηκε στην πλειονότητα των λοιμώξεων γονότυπου 1 (83.9%) στους λοιπούς ασθενείς ( $p < 0.001$ ). Σημαντική είναι η επισήμανση ότι μεταξύ των χρηστών το 80% των λοιμώξεων γονότυπου-3 παρατηρήθηκε στην υποομάδα Α2, το 69% αυτών γονότυπου-4 στην υποομάδα Α1 ενώ τα ποσοστά λοιμώξεων γονότυπου-1 ήταν συγκρίσιμα και στις δυο υποομάδες (41.7% και 58.3%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο τρόπος μετάδοσης της λοίμωξης καθώς και η περίοδος έναρξης χρήσεως μεταξύ των χρηστών τοξικών ουσιών φαίνεται να καθορίζουν την γονοτυπική κατανομή του ιού της ηπατίτιδας C καθώς και τους επικρατέστερους υποτύπους.

## 82. ΧΑΜΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΩΝ ΙΩΝ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΙ Α ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΣΕ ΕΝΑ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ. ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ι. Δημητρόγλου, Ε. Καραμπασάκη, Η. Μάνη, Λ. Βασιλιέβα, Ε. Κουλλιάς, Δ. Ζαμπέτας, Ι. Κετίκογλου, Ε. Παντελιδάκη, Ν. Κίττου, Α. Αλεξοπούλου, Σ. Ντουράκης  
*Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ-ΥΛΙΚΟ:** Η επιλοίμωξη με τον ιό της Ηπατίτιδας Β (Hepatitis B virus, HBV) ή της Ηπατίτιδας Α (Hepatitis A virus, HAV) σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗ-C), σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Παρά το ότι είναι διαθέσιμα ασφαλή και αποτελεσματικά εμβόλια, ο έλεγχος της ύπαρξης ανοσίας φαίνεται πως δε διενεργείται συστηματικά και δε λαμβάνεται η απαραίτητη μέριμνα για τον ενδεδειγμένο εμβολιασμό. Η παρούσα μελέτη, εξετάζει την συμμόρφωση των Ηπατολόγων στις Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για έλεγχο και εμβολιασμό ασθενών με ΧΗ-C που παρακολουθούνται στο Τακτικό Ηπατολογικό Ιατρείο.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκε το ορολογικό προφίλ των HBV/HAV λοιμώξεων (αντι-HAV ολικό, HbsAg, anti-Hbs και anti-Hbc) από τα αρχεία διαδοχικών ασθενών με ΧΗ-C και η σύσταση των Ηπατολόγων για εμβολιασμό.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καταγράφηκαν 237 ασθενείς, 170 άνδρες (71.7%), με μέση ηλικία 44 (18-86). Δεν διαπιστώθηκαν συλλοιμώξεις. Έλεγχος για τον HBV πραγματοποιήθηκε σε 102 ασθενείς (43%), εκ των οποίων 29 (28.4%) είχαν ορολογικό προφίλ φυσικής ανοσίας και στους 42 (41.2%) συνεστήθη και πραγματοποιήθηκε εμβολιασμός. Για τους υπόλοιπους (30.4%) δεν αναφέρεται ότι ελήφθη μέριμνα εμβολιασμού. Έλεγχος για anti-HAV αναφέρεται σε 70 ασθενείς (25.6%), από τους οποίους φυσική ανοσία παρουσίαζαν οι 32 (45.7%). Από τους υπόλοιπους, συνεστήθη και πραγματοποιήθηκε εμβολιασμός στους 17 (24.3%). Δεν ελήφθη μέριμνα για εμβολιασμό σε 21 (30%) ασθενείς με έλλειψη φυσικής ή επίκτητης ανοσίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Όπως προκύπτει από τα έως τώρα δεδομένα, παρά τις Διεθνείς Συστάσεις, ο έλεγχος του ορολογικού προφίλ των HBV/HAV λοιμώξεων δεν θεωρείται απαραίτητος και ο εμβολιασμός συχνά παραμελείται από του Ηπατολόγους στην πλειοψηφία των ασθενών με ΧΗ-C.

## 84. Η ΑΠΩΛΕΙΑ HbsAg ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΗΒ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΛΗΨΗ ΝΟΥΚΛΕΟΣ(Τ)ΙΔΙΚΩΝ ΑΝΑΛΟΓΩΝ

Α. Καπάτας<sup>1</sup>, Σ. Σολωμού, Θ. Καραουλάνη<sup>2</sup>, Μ. Παύλου, Ε. Ουρανού<sup>5</sup>, Π. Λαμπρόπουλος<sup>5</sup>, Α. Κίττα, Α. Θεοφίλου, Χ. Πάνου, Α. Παπαναστασίου<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Διευθυντής, Παθολογικό – Ηπατολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>2</sup>Διευθυντής, Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>3</sup>Βιοπαθολόγος, Παθολογικό – Ηπατολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>4</sup>Παθολογικό – Ηπατολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>5</sup>Παθολόγος, Συνεργάτης Παθολογικό – Ηπατολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>6</sup>Παθολόγος, Συνεργάτης Παθολογικό – Ηπατολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>7</sup>Ειδικευόμενος Παθολογίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>8</sup>Διευθυντής, Βιοπαθολόγος, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η θεραπεία ασθενών με ΧΗΒ με HbeAg(-) επιτελείται με την χορήγηση νουκλεο(τ)ιδικών παραγόντων(Nucs). Η χορήγηση Nucs συνδυάζεται με ισχυρή καταστολή του ιού, βελτίωση των εργαστηριακών παραμέτρων και της ιστολογικής βλάβης, ωστόσο το ποσοστό απώλειας του HbsAg παραμένει μικρό.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Τα δεδομένα των 102 ασθενών (70 άνδρες και 32 γυναίκες, μέσης ηλικίας 60,1 έτη) από 2010-2014 με τουλάχιστον 1 έτος εντατικής θεραπείας με Nucs (60 τενοφοβίρη -30 εντεκαβίρη -12 τεμπιφουντίνη) μελετήθηκαν αναδρομικά. Οι 14 ασθενείς (8 τενοφοβίρη -6 εντεκαβίρη) είχαν κίρρωση ήπατος σε βιοψία ήπατος και η τιμή ηπατικής ελαστογραφίας ήταν >12kpa.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ενδιάμεσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 36,6 μήνες. Στα 5 έτη παρακολούθησης το >85% διέθετε φυσιολογική ηπατική βιοχημεία. Κανείς δεν παρουσίασε επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Από τους κίρρωτικούς ασθενείς, κανένας δεν εμφάνισε ρήξη της αντιρρόπησης (κίρρωση-ασκίτης-εγκεφαλοπάθεια), ένας εμφάνισε Η.Κ.Κ. στα 4 έτη θεραπείας με εντεκαβίρη. Απώλεια HbsAg εμφάνισαν συνολικά 5 ασθενείς, 3 σε αγωγή με τενοφοβίρη (2,94%) και 2 σε αγωγή με εντεκαβίρη (1,96%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα νουκλεο(τ)ιδικά ανάλογα Nucs έχουν υψηλό γενετικό φραγμό, είναι ασφαλή και αποτελεσματικά στην μακροχρόνια χορήγησή τους. Η θεραπεία φαίνεται να αναστέλλει αποτελεσματικά την εξέλιξη της χρόνιας HBV λοίμωξης ωστόσο το ποσοστό απώλειας HbsAg παραμένει μικρό.



## 85. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 87. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΦΑΣΜΑ ΕΛΛΗΝΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΜΕΣΟΠΟΛΕΜΟ: ΤΑ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΕΡΟΙΑΣ (1926-1928)

Σ. Μιχαλάς<sup>1</sup>, Θ. Σεργεντάνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Ιστορίας και Αρχαιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>2</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ** Στόχος της μελέτης είναι να αποτυπώσει το νοσολογικό φάσμα των Ελλήνων προσφύγων κατά την περίοδο του Μεσοπολέμου, αξιοποιώντας τα προσφυγικά αρχεία του Νοσοκομείου Βέροιας.

**ΥΛΙΚΟ** Το δείγμα συναπαρτίστηκε από 2125 άτομα (52,3% γυναίκες), Έλληνες πρόσφυγες λόγω των μετακινήσεων πληθυσμών που ακολούθησαν τις Συνθήκες του Νεϊγύ και της Λωζάνης, την Οκτωβριανή Επανάσταση και τη Μικρασιατική Καταστροφή. Οι καταγραφόμενοι πρόσφυγες προσήλθαν στο Νοσοκομείο της Βέροιας κατά την περίοδο 05/03/1926 έως 31/07/1928. Τα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα από το Νοσοκομείο-ακό Αρχείο ψηφιοποιήθηκαν σε προκωδικοποιημένη βάση. Εκτός από την περιγραφική στατιστική, τελέστηκε πολυμεταβλητή λογαριθμιστική παλινδρόμηση για την ανάδειξη παραγόντων που σχετίζονταν με τις νοσολογικές οντότητες. Η στατιστική ανάλυση τελέστηκε με το ειδικό λογισμικό STATA/SE version 13 (Stata Corp., College Station, TX, USA).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 29,9±16,6 έτη. Η συχνότερη προέλευση των προσφύγων ήταν ο Πόντος (20,2%) και ο Καύκασος (19,2%), ακολουθούμενος από τη Βουλγαρία (11,9%), τη Βιθυνία (10,2%), την Πισιδία, το Αίβαλι, τη Σμύρνη, την Κωνσταντινούπολη, κ.ά. Συχνότερη νόσος ήταν η ελονοσία (58,2% των περιστατικών), ακολουθούμενη από τις λοιμώξεις του αναπνευστικού/πνευμονία (10,4%), τις λοιμώξεις πεπτικού/δυσεντερία (10,3%) και τη φυματίωση (5,7%). Σύμφωνα με την πολυμεταβλητή ανάλυση, ο τόπος καταγωγής, η νεότερη ηλικία, το γυναικείο φύλο και η προσωρινή διαμονή εκτός της Βέροιας σχετίζονταν ανεξάρτητα με τον κίνδυνο νοσηλείας λόγω ελονοσίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Οι πρόσφυγες και μετανάστες ανά τους αιώνες αποτελούν ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Το νοσολογικό φάσμα των Ελλήνων προσφύγων κατοπτρίζει τις αντιξοίες συνθήκες που αντιμετώπισε αυτή η ετερογενής ομάδα κατά την ένταξη της στον Ελλαδικό χώρο. Η νοσηρότητα, ως πεδίο βιοεξουσίας (biopower) και βιοπολιτικής (biopolitics), παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

## 86. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Π. Παπαναστασίου, Δ. Σημαντηράκη, Σ. Καραγιοβανάκη, Ι. Μάρκου, Μ. Μπερτόλη, Α. Τσίγκας

Τμήμα Κλινικής Έρευνας, Elpen Pharmaceutical Co Inc

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η βελτίωση της συνεργασίας των κλινικών γιατρών στην ανάπτυξη μεθόδων και τεχνικών για τη διαδικασία της συγκατάθεσης μετά από πληροφόρηση των ασθενών για τη συμμετοχή τους σε κλινική μελέτη. Αφορά στην αλληλεπίδραση μεταξύ του ασθενούς και του κλινικού ιατρού - ερευνητή, ο οποίος ενημερώνει τον ασθενή και να συζητεί μαζί του.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η ενημέρωση και η συγκατάθεση του ασθενούς είναι μια συνεχής διαδικασία, η οποία πρέπει να διενεργείται πριν την διεξαγωγή κλινικών μελετών και περιλαμβάνει ένα έγγραφο και μια σειρά συζητήσεων μεταξύ του ασθενούς (συμμετέχοντα στην μελέτη) και του κύριου ερευνητή (ιατρού).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πολλές φορές η διαδικασία ενημέρωσης συγκατάθεσης είναι ελλιπής. Ως εκ τούτου, αρκετοί ασθενείς αδυνατούν να θυμηθούν και να κατανοήσουν τις περισσότερες πληροφορίες που τους παρουσιάστηκαν. Μερικές από τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της παραπάνω διαδικασίας είναι η δημιουργία ενός απλούστερου εντύπου ενημέρωσης και συγκατάθεσης, η ύπαρξη επιπλέον προσωπικού για να είναι δυνατή η περαιτέρω ανάλυση και επεξήγηση της διαδικασίας, η παροχή ενημερωτικών δελτίων, οπτικοακουστικού υλικού, η χρήση ιστοτόπων καθώς και άλλων τεχνολογικών μέσων. Ωστόσο, η πιο αξιόπιστη μέθοδος είναι η χρήση της μεθόδου επανάληψης - «teach back» σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς καλούνται να περιγράψουν με δικά τους λόγια, όλες τις πληροφορίες που έλαβαν κατά την διάρκεια ενημέρωσής τους για τη συγκατάθεση. Τέλος, η άσκηση ερωτήσεων ανοικτού-τύπου, ερωτήσεων δηλαδή που δεν μπορούν να απαντηθούν με ένα απλό «ναί» ή «όχι», δίνουν την δυνατότητα στον ασθενή να δώσει μια λεπτομερέστερη απάντηση αλλά και στον ερευνητή να ανιχνεύσει το επίπεδο κατανόησης του ασθενούς σε σχέση με ό,τι του εξηγήθηκε.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συγκατάθεση του ασθενούς κατόπιν ενημέρωσης αποτελεί θεμελιώδη αρχή της ιατρικής κλινικής πράξης. Για το λόγο αυτό, οι στόχοι της μελέτης, οι διαδικασίες οι οποίες θα λάβουν χώρα καθώς και οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι πρέπει να εξηγούνται και να γίνονται πλήρως κατανοητοί, ώστε ο ασθενής να συμφωνήσει να συμμετάσχει στην κλινική μελέτη.

## 88. «ΝΑ ΣΧΙΣΕΙ ΤΗΝ ΚΗΛΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΝΑ ΜΕ ΘΕΡΑΠΕΥΣΕΙ»: Η ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΘΩΜΑΝΙΚΟΥ ΧΑΝΔΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ 17ο ΚΑΙ 18ο ΑΙΩΝΑ

Κ. Κανάκης

Τμήμα Ιστορίας & Αρχαιολογίας, Πρόγραμμα Διδακτορικών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Κρήτης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παράδοση της πόλης του Χάνδακα (1669) από τους Βενετούς στους Οθωμανούς σηματοδότησε την πλήρη κυριαρχία των τελευταίων πάνω στη νήσο της Κρήτης. Βασικό ζητούμενο πλέον ήταν η ταχεία και ομαλή μετάβαση από το βενετικό σύστημα στο οθωμανικό. Μια πτυχή αυτής της μετάβασης ήταν η εμπέδωση των οθωμανικών ιατρικών αρχών. Η εισήγηση αυτή σκοπεύει να παρουσιάσει στοιχεία σχετικά με την κατάσταση και τη δράση του ευρύτερου ιατρικού προσωπικού (γιατροί, χειρουργοί, θεραπευτές, άνδρες της θρησκείας) που δραστηριοποιούνταν στην οθωμανική δικαστική περιφέρεια (καζάς) του Χάνδακα (σημερινοί νομοί Ηρακλείου-Λασιθίου) του 17ου και του α' μισού του 18ου αιώνα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το υλικό της εισήγησης προέρχεται αποκλειστικά από τη μελέτη πρωτογενούς αρχειακού υλικού. Συγκεκριμένα μελετήθηκαν και αναλύθηκαν οι ιεροδικαστικές καταχωρήσεις του οθωμανικού ιεροδικείου του Χάνδακα που σχετίζονται με την ευρύτερη ιατρική κοινότητα του Χάνδακα της περιόδου 1669-1765 μ.Χ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το ιατρικό προσωπικό που δρούσε στον Χάνδακα προερχόταν από όλες τις θρησκευτικές κοινότητες (χριστιανική, μουσουλμανική, εβραϊκή) που υπήρχαν στον καζά. Επίσης, από τη μελέτη των καταχωρίσεων προκύπτει πως τους «γιατρούς» της εποχής τους επισκέπτονταν άτομα προερχόμενα από όλες τις κοινωνικές και θρησκευτικές ομάδες, κάτι που υποδηλώνει αφενός τη συνήθως επιτυχή έκβαση των ιατρικών επεμβάσεων και αφετέρου την ευρεία κοινωνική αποδοχή του ιατρικού αυτού προσωπικού.

Στον καζά Χάνδακα της υπό μελέτη χρονικής περιόδου, σε αντίθεση με την κυρίαρχη αντίληψη της ελληνικής εθνικής ιστοριογραφίας, δρούσε ένα δραστήριο και ποικίλομορφο ιατρικό προσωπικό. Ωστόσο, στα πλαίσια ενός προνεωτερικού ιστορικού περιβάλλοντος είναι αμφίβολο αν υπήρχε τόσο επιστημονική ιατρική κατάρτιση, όσο και αν η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ή τουλάχιστον σε κάποια μορφή θεραπείας ήταν εύκολη και οικονομικώς προσιτή στις λαϊκές μάζες.

## 89. ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΙΑΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΙΣΜΑΤΟΚΟΠΕΙΑ

I. Γραμματικάκης<sup>1</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>2</sup>, Θ. Παπαϊωάννου<sup>3</sup>, Γ. Ανδρούτσος<sup>4</sup>, Ν. Παπαντωνίου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Παθολογία της κύησης, Π.Γ.Ν. Αττικής; <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστορίας Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>3</sup>Α' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ Ίπποκράτειο; <sup>4</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

Η ανάπτυξη εμπορικών και οικονομικών σχέσεων των αρχαίων ελληνικών πόλεων-κρατών τόσο μεταξύ τους, όσο και με γειτονικές χώρες αποτέλεσε βασικό παράγοντα δημιουργίας και εδραίωσης νομισματικής συναλλαγματικής πολιτικής. Πολυάριθμα είναι τα νομίσματα στα οποία αντικατοπτρίζεται και η προσπάθεια προβολής της κάθε πόλης με βασικό πάντα στοιχείο τις αξίες και τα ιδανικά της κοινωνίας της. Ποικιλία είναι η θεματολογία, άλλοτε με απεικονίσεις θεοτήτων, άλλοτε με σκηνές από τη μυθολογία αλλά και συχνά με θεότητες που σχετίζονται με την υγεία. Ενδεικτικά αναφέρονται νομίσματα με τη Δήμητρα-Ελευθή (θεά της γονιμότητας). Επίσης, πολλά νομίσματα έχουν βρεθεί στα αρχαία Απτερα της Κρήτης (330 – 270 π.Χ.) με τη θεά Αρτεμη και τη Βριττόμαρτυ (μινωική θεότητα της γονιμότητας και της ευφορίας). Στην Πραισό, επίσης, απεικονίζονται σε αργυρά ημίδροχμα η Ρέα και μέλισσες, σύμβολα μητρότητας και γονιμότητας. Ωστόσο, το θέμα με τη συχνότερη απεικόνιση στη νομισματοκοπεία σχετικά με την υγεία, αφορά στον Ασκληπιό. Στην Αμοργό, αποικία αρχικά των Μινωικών και μεταγενέστερα των Ναζίων και Μιλησίων κυκλοφόρησε το 2ο αιώνα π.Χ χάλκινο νόμισμα με τον Ασκληπιό. Επίσης, νομίσματα με τον Ασκληπιό, συναντούμε και στη σημερινή περιοχή των Σοφράδων της Καρδίτσας (αρχαία πόλη «Κιέριον»), όπου ήκμασε Ασκληπιείο και στο οποίο πέθαναν των άλλων βρέθηκαν και παιδικά αναθήματα («άρκτοι»). Ο Ασκληπιός, η Ιατρεία του οποίου μεταφέρθηκε από την Επίδαυρο στην Αθήνα μετά τον Πελοποννησιακό Πόλεμο, απεικονίζεται στην χάλκινη Αττική Δραχμή των πρώτων Ρωμαϊκών Χρόνων (1ος αιώνας π.Χ.). Συμπερασματικά, η κοπή νομισμάτων με θεματολογία ιαματικές θεότητες αποτέλεσε συχνό θέμα στην αρχαία Ελλάδα αντικατοπτρίζοντας την άμεση σχέση της πόλης και κοινωνίας με την προστάτιδα θεότητα της υγείας.

## 91. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Θ. Ζούμπου, Μ. Ζούμπου, Κ. Παλαιόπανος, Σ. Παλαλαμπίδης, Δ. Σταθάκη  
Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η Ελλάδα αποτέλεσε και αποτελεί, κυρίως λόγω της κομβικής γεωγραφικής θέσης της, χώρα υποδοχής μεγάλου αριθμού προσφύγων και μεταναστών. Έτσι σκοπός της βιβλιογραφικής μας ανασκόπησης είναι η περιγραφή των κυριότερων προσφυγικών ροών που κατέφθασαν στην Ελλάδα, με επίκεντρο τα παιδιά - πρόσφυγες/μετανάστες. Αναλυτικότερα, γίνεται αναφορά αρχικά στους πρόσφυγες από τη Μικρά Ασία και τον Εύξεινο Πόντο. Έπειτα, θίγεται το μεγάλο κύμα μεταναστών που γέννησε η διάλυση της Ε.Σ.Σ.Δ. Η επόμενη ενότητα της εργασίας πραγματεύεται τη σύγχρονη προσφυγική κρίση και η εργασία ολοκληρώνεται με την αναφορά στους παλιννοστούντες Έλληνες και άλλες μικρότερες μεταναστευτικές ροές.

**ΥΛΙΚΟ:** Ως πηγές σύνταξης της εργασίας χρησιμοποιήσαμε τον κατάλογο της Εθνικής Βιβλιοθήκης της Ελλάδος, βάσεις δεδομένων, το Διαδίκτυο, ημερίδες Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων, ερευνητικά επιστημονικά άρθρα, συγκριτικές μελέτες, άρθρα από εφημερίδες εποχής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εξαιτίας των συνθηκών μετακίνησης και της απουσίας κατάλληλων μηχανισμών πρόνοιας, τα παιδιά και κυρίως οι ασυνόδευτοι ανήλικοι, που αποτελούν μεγάλο τμήμα των εισροών και κατεξοχήν ευάλωτη ομάδα, δεν λαμβάνουν την αναγκαία μεταχείριση. Γραφειοκρατικές διαδικασίες, ακατάλληλες συνθήκες κράτησης, παρακώλυση διαδικασιών οικογενειακής επανένωσης, απουσία ιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης, ελλιπής προστασία από την παιδική εκμετάλλευση είναι κάποια από τα προσκόμματα επίτευξης του βέλτιστου συμφέροντος των παιδιών. Βέβαια, συναντώνται και εμπόδια όπως οι διακρίσεις, η περιθωριοποίηση και οι προσβολές. Κοινός είναι ο χαρακτηρισμός αυτών των παιδιών ως «υγειονομικές βόμβες», κάτι που βάσει στοιχείων φαίνεται τελικά να μην ισχύει. Η αδυναμία ενσωμάτωσης των μεταναστών και των προσφύγων στην ελληνική κοινωνία επιτείνει το φαινόμενο της κοινωνικής τους περιθωριοποίησης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ανεξαρτήτως αν οι εκάστοτε ροές εμφανίζουν διαφορές, διαχρονικά εντοπίζονται κοινού άξονες. Ο βασικότερος είναι ότι κανένας δεν αφήνει τη χώρα του παρά μόνο αν αυτή έχει γίνει χερσική. Οι δυσκολίες για τους μεταναστές και τους πρόσφυγες δε τελειώνουν με την έξοδό τους από τη χώρα. Βέβαια καθοριστικές κοινωνικές μεταβολές προκαλούνται και στην Ελλάδα που καλείται να διαχειριστεί αποτελεσματικά αυτές τις ροές.

## 90. Η ΠΡΩΤΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΑ ΚΑΤΟΧΥΡΩΜΕΝΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ: «Η ΜΕΓΑΛΗ ΕΠΙΓΡΑΦΗ» ΤΗΣ ΓΟΡΤΥΝΑΣ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ

I. Γραμματικάκης<sup>1</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>2</sup>, Γ. Σαλαμαλέκης<sup>1</sup>, Γ. Ανδρούτσος<sup>3</sup>, Ν. Παπαντωνίου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Παθολογία της κύησης, Π.Γ.Ν. Αττικής; <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστορίας Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>3</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

Από την εποχή του Μινωικού Πολιτισμού η γυναίκα-μητέρα απολάμβανε ιδιαίτερα υψηλή θέση στην κοινωνία. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε όλες τις μορφές τέχνης απεικονίζεται και τιμάται η γυναίκα και η μητρότητα. Φυσική συνέχεια αυτών των προτύπων αποτέλεσαν και οι μεταγενέστερες κοινωνικές δομές των πόλεων της Κρήτης με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα την αρχαία Γόρτυνα. Επρόκειτο για πλούσια πόλη, ήδη από τη Δωρική περίοδο, η οποία έφτασε στο απόγειο της ακμής της κατά τους Ρωμαϊκούς χρόνους. Η πόλη υπήρχε και κατά τη μινωική περίοδο, ενώ ο Όμηρος τη χαρακτηρίζει «τειχιόεσσα». Η φιλοσοφία του νομοθέτη της εποχής σχετικά με την προστασία της μητρότητας, εντυπωσιάζει για την προοδευτικότητά της. Το πιο χαρακτηριστικό εύρημα είναι η λεγόμενη «μεγάλη επιγραφή» ή «κώδικας της Γόρτυνας». Η επιγραφή της Γόρτυνας είναι η αρχαιότερη γνωστή νομοθεσία στην ιστορία της Ευρώπης (5ος αι. π.Χ). Περιελάμβανε διατάξεις για το οικογενειακό δίκαιο, το κληρονομικό δίκαιο (η λεγόμενη επίκληρος)κ.α. Ιδιαίτερη προσοχή δινόταν στις περιπτώσεις που μια γυναίκα πέθαινε. Ειδικότερα, αν η γυναίκα ήταν άκληρη, ο σύζυγός της όφειλε να επιστρέψει την περιουσία της στην οικογένειά της αλλά και τη μισή περιουσία που απέκτησε μαζί της κατά τον έγγαμο βίο, ενώ εάν είχε παιδιά, τότε ο σύζυγός όφειλε δια νόμου να προστατεύσει την περιουσία της θανούσας, την κυριότητα της οποίας είχαν τα παιδιά και κανείς άλλος. Σε περιπτώσεις δικαστικών αντιδικιών, η γυναίκα μπορούσε να υπερασπιστεί μόνη της τον εαυτό της, γεγονός πρωτόγνωρο για τις υπόλοιπες πόλεις. Η νομοθεσία της Γόρτυνας είναι υποδειγματική για το προοδευτικό πνεύμα που τη διέπει και θεωρείται η μεγαλύτερη προσφορά της Κρήτης της κλασικής εποχής στον παγκόσμιο πνευματικό πολιτισμό.

## 92. ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»: Η ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ

Λ. Μπούνου, Κ. Παναγιωτοπούλου, Α. Σκουλουδάκη  
Τριτοετείς φοιτήτριες Ιατρικής Σχολής, Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η ιστορική αναδρομή στην πορεία του Θεραπευτηρίου «Ο Ευαγγελισμός». Συγκεκριμένα, περιγράφεται η περιρρέουσα ατμόσφαιρα η οποία «επέβαλε» την ίδρυσή του, η προσφορά του στον τομέα της περίθαλψης αλλά και οι συνθήκες οι οποίες επηρέασαν, με οποιονδήποτε τρόπο, τη λειτουργία του. Παράλληλα, γίνεται αναφορά στις επιστημονικές καινοτομίες του Θεραπευτηρίου, αλλά και στη συμβολή του στην εκπαίδευση πληθώρας επιστημόνων.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναζήτηση έγκριτης βιβλιογραφίας στο Ιστορικό Αρχείο του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στη Βιβλιοθήκη του Θεραπευτηρίου «Ο Ευαγγελισμός» καθώς και στη Βιβλιοθήκη Επιστημών Υγείας. Επιπλέον, αναζήτηση βιβλιογραφίας σε διαδικτυακές βάσεις δεδομένων για την εύρεση σχετικών δημοσιεύσεων και μελετών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η σύσταση του «Συλλόγου Κυριών Υπέρ Γυναικείας Παιδείσεως», η οποία εξελίχθηκε στο «Νοσοκομικό Παιδετήριο», αποτέλεσε την αφετηρία ίδρυσης του Θεραπευτηρίου. Ήδη από τότε, εκτός της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών, μέριμνα του ιδρύματος ήταν η μόρφωση των αδελφών νοσοκόμων και η εξύψωση του έργου της Νοσηλευτικής στην αρμόζουσα θέση. Οι καινοτόμες ιδέες, τα επιστημονικά επιτεύγματα και η εμπιστοσύνη της άρχουσας τάξης στις παροχές του Θεραπευτηρίου χαρακτηρίζουν την όλη πορεία του. Διαρκής επιβεβαίωση αυτών είναι οι πολυάριθμες βραβεύσεις αλλά και η παρουσία μοναδικών επιστημόνων τόσο στους θαλάμους του νοσοκομείου, όσο και στο βήμα σε σεμινάρια και διαλέξεις.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αρχικά ως Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων και τελικά ως Θεραπευτήριο, ο «Ευαγγελισμός» παρουσίασε τεράστια κοινωνική προσφορά, η οποία αποτυπώνεται στους περίπου ένα εκατομμύριο ασθενείς που νοσηλεύσει στα 100 πρώτα χρόνια λειτουργίας του. Παράλληλα, αποτέλεσε ένα πολύ μεγάλο «σχολείο», συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της Ιατρικής στην Ελλάδα. Ήδη από τις αρχές της ιστορίας του, περιβαλλόταν από μια ιδιαίτερη αίσθηση, η οποία διατηρείται έως και σήμερα, καθώς αποτελεί το μεγαλύτερο Γενικό Νοσοκομείο της χώρας.

**93. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΜΑΖΟΝΕΣ ΣΤΟ HALSTED ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, Γ.Ν. Ηλείας, <sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, Γ.Ν. Αργολίδας

**ΣΚΟΠΟΣ:** μελέτη των γνώσεων για την νόσο από Αρχαιότητα έως τους Νεότερους χρόνους

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το υλικό μας αναβλύζει από ελληνική και ξένη βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι Κρήτες γνωρίζουν για τις παθήσεις των μαστών. Οι Αμαζόνες υποβάλλονται σε μονόπλευρη μαστεκτομή, θηλάζουν τα παιδιά τους με το αριστερό μαστό, έφιππες είναι ευέλικτες κατά την μάχη, με το αριστερό χέρι κρατούν την ασπίδα και με το δεξί χέρι ρίχνουν ακόντιο και με τόξο. Ο Ηρόδοτος αναφέρει ότι ιατροφιλόσοφος Δημοκρίδης ο Κροτωνιάτης θεράπευε γυναίκα του Δαρείου Άτσασα η οποία έπασχε από «φύμα επί του μαστού» δηλαδή καρκίνο μαστού. Ο Αριστοτέλης επίσης μας δίνει στοιχεία για την νόσο. Ο Γαληνός αναφέρει «καρκίνωμα εστίν όγκος κακοήθης και περισκλήρος, ανέλικτος ή ελκωμένος». Ο Ιπποκράτης στο έργο του «περί επιδημιών» αναφέρει στον καρκίνο μαστού. Μιλά για γυναίκα από Άβδηρα που από την θηλή υπήρχε εκροή αίματος, όταν δε σταμάτησε αυτή πέθανε. Εδώ έχουμε την πρώτη επιστημονική αναφορά για την νόσον. Πίστευε ότι παρουσιάζεται συχνότερα κατά την κλιμακτήριο της γυναίκας, τότε που αδυνατίζουν οι μαστοί και παρουσιάζονται ογκίδια που διαπυκνώνονται, σκληραίνουν και προκύπτουν «καρκίνοι κρυφοί». Στους Ελληνορωμαϊκούς χρόνους Celsius αναφέρει τη μαστεκτομή ως θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού. Ο Αρχιγένης εκτελούσε επεμβάσεις σε καρκίνους του μαστού, όχι όμως σε περιπτώσεις που είναι προχωρημένο στάδιο γιατί πίστευε ότι έτσι ήταν αναπόφευκτη η υποτροπή της νόσου. Μητροδώρα στο έργο της περιγράφει τη νόσο. Στον Μεσαίωνα Αέτιος περιγράφει την μαστεκτομή και Παύλος Αιγινήτης προτείνει μαστεκτομή χωρίς καυτηρίσας. Στους Νεότερους χρόνους J. Scultes (1596-1645). Am. Bonnet (1802-1858) ασχολείται με την υποτροπή νόσων του μαστού καθώς και την υποτροπή του καρκίνου του μαστού. Η πρώτη ριζική ολική μαστεκτομή σε καρκίνο μαστού από τον Halsted το 1882

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από Αρχαιότητα έως νεώτερους χρόνους προσκομίζονται πληροφορίες για τη νόσο, που έθεσαν θεμέλια της σύγχρονης θεραπευτικής αντιμετώπισης.

**95. ANTONIO SCARPA (1747-1832) ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ**

Κ. Λάιος<sup>1</sup>, Μ. Μόσχου<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Α΄ Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,, <sup>3</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημία Αθηνών

Ο Antonio Scarpa (1747-1832) έχει μείνει γνωστός στην ιστορία της ιατρικής ως ένας διακεκριμένος ανατόμος και καθηγητής ανατομίας στο πανεπιστήμιο της Padua από την ηλικία μόνο των 20 ετών. Πέρα από τις ανατομικές του μελέτες που του καθιέρωσαν, ο ίδιος αφιέρωσε και άλλες που αφορούσαν την οφθαλμολογία και γι' αυτό δίκαια θεωρείται επίσης οφθαλμίατρος της εποχής του. Όσον αφορά τον καρκίνο του οφθαλμού, αυτόν θα τον διαπραγματευτεί στο δεύτερο τόμο του βιβλίου του: *Trattato delle principali malattie degli occhi*. Οι πληροφορίες που θα μας δώσει εκεί παρουσιάζονται συνοπτικά και αποτελούν τη γέφυρα για τις βάσεις της επιστημονικής και σύγχρονης ερμηνείας του καρκίνου του οφθαλμού που θα συναντήσουμε από τον 19ο αι. και μετά. Ο Scarpa αναφέροντας αρκετά περιστατικά οφθαλμικού καρκίνου παιδιών, νέων και ενηλίκων θα προσπαθήσει έχοντας το υπόβαθρο της επιστημονικής διερεύνησης των νόσων ως καθηγητής στην ιατρική σχολή της Padua και εξετάζοντας όσο το δυνατό περισσότερο χειρουργικά παρασκευάσματα καρκίνου του οφθαλμού, να προσδιορίσει τους τύπους και τη γέννηση του οφθαλμικού καρκίνου. Έχοντας αφήσει πίσω του οριστικά τα παρελθόν της θεωρίας των χυμών και με βάση την ορθή ανατομική περιγραφή του οφθαλμού, θα συνδέσει τα στοιχεία της παθολογίας και όσο το δυνατό της παθολογικής ανατομικής, που ακόμη δεν έχει καθοριστεί στην εποχή του να προσφέρει απολύτως ακριβείς παρατηρήσεις, ώστε να παρουσιάσει την παθολογία του καρκίνου του οφθαλμού και να υποδείξει ακόμη και την αιτιολογία του. Ως προς την αιτιολογία της νόσου που θα παρουσιάσει, πρέπει να επισημάνουμε ότι αυτή στηρίζεται στην ιδέα της μικροβιακής προέλευσης του καρκίνου, η οποία ως θεωρία απέκτησε μεγάλη διάδοση από το τέλος του 18ου αι. έως τις αρχές του 20ου. Από τη μελέτη των περιστατικών, τη μακροσκοπική και μικροσκοπική εξέταση των χειρουργικών παρασκευασμάτων και της δικής του εμπειρίας στην αντιμετώπιση του καρκίνου, θα καταλήξει στα παρακάτω συμπεράσματα. 1) Θα διακρίνει την κατάσταση Fungus haematodes (καρκίνος) από τον πληθυσμό του οφθαλμού, μαλακός καρκίνος) που εμφανίζεται μέσα στον οφθαλμικό βολβό, από το καρκίνωμα (carcinoma) που προσβάλλει τις εξωτερικές δομές του οργάνου, υποθέτοντας επίσης ότι η πρώτη περίπτωση μπορεί να είναι μια παραλλαγή της δεύτερης ή και όχι. 2) Η νόσος με την ονομασία Fungus haematodes προσβάλλει το εσωτερικό του οφθαλμού σε παιδιά κάτω των 12 ετών πιο συχνά από όσο τους ενηλίκους. 3) Η εξόρυξη του οφθαλμικού βολβού ως θεραπεία του Fungus haematodes, αν και εφαρμόζεται από την πρώτη εντύπηση της νόσου, με τη εμφάνιση δηλαδή κίτρινων κηλίδων στο βυθό, είναι άσκοπη και μάλλον βοηθά στο να αποβιώσει γρηγορότερα ο ασθενής. 4) Ο μύκητας που θα προκαλέσει καρκίνο εξωτερικά του οφθαλμού, ο οποίος σύμφωνα με τον ιατρό, ονομάζεται κοινώς καρκίνος (carcinoma) κάνει την εμφάνισή του από τον επιπεφυκτικό και το πρόσθιο ημισφαίριο του οφθαλμού. 5) Ο εξωτερικός αυτός μύκητας που προκαλεί το δεύτερο αυτό τύπο καρκίνου του οφθαλμού, όσο είναι μαλακός στην αφή, ευκίνητος και πλαδαρός, αν και συνοδεύεται από παρόμοια καρκινικά συμπτώματα (οίδημα, ερυθρότητα, πόνο, πυρετό, καχεξία) στην πραγματικότητα δεν είναι ή δε γίνεται ακόμη κακοήθης και αυστηρά καρκινώδης, μέχρι να εξελιχθεί σε άκαμπτο, σκληρό, δερματώδη, ρυπαρό και γενικά να αποκτήσει σκιρτώδη μορφή. 6) Ο εξωτερικός αυτός καρκίνος που είναι σκληρός σε όλη την έκτασή του κατά την ψήλαψη και που στην επιφάνειά του φέρει ρυπαρά έλκη και που έχει επεκταθεί σε ολόκληρο τον οφθαλμικό βολβό, το οπτικό νεύρο, τις γύρω ανατομικές δομές, όπως τον κόγχο και τους λεμφαδένες πίσω από τη γωνία της γνάθου, όπως και εκείνους του αυχένα, είναι ανιάτος. 7) Η μερική ή ολική αφαίρεση του οφθαλμικού βολβού, αντίθετα, έχει επιτυχία όταν η επέμβαση πραγματοποιηθεί πριν ο εξωτερικός αυτός μύκητας εξελιχθεί σε σκιρτώδη καρκίνο.

**94. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ: ΑΡΕΤΑΕΙΟ ΚΑΙ ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ**

Δ. Μπούνου, Κ. Παναγιωτοπούλου, Α. Σκουλουδάκη

Τριτοετής φοιτήτριες Ιατρικής Σχολής, Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η αναδρομή στην ιστορία των πανεπιστημιακών νοσοκομείων των Αθηνών Αρεταείου και Αιγινητείου. Συγκεκριμένα, θίγονται οι συνθήκες που καθόρισαν την ίδρυσή τους, ενώ περιγράφονται τα σημαντικότερα σημεία της πορείας τους στο χρόνο, με ιδιαίτερη μνεία στην κοινωνική, εκπαιδευτική και επιστημονική τους προσφορά μέσα από την αναφορά σε χαρακτηριστικά γεγονότα, καινοτομίες και φυσιογνωμίες που σημάδεψαν την ιστορία τους.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναζήτηση βιβλιογραφίας στο Ιστορικό Αρχείο του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στο παράρτημα της Μπενεακείου Βιβλιοθήκης του Μεγάρου Βουλής, στη Βιβλιοθήκη του Αιγινητείου Νοσοκομείου και στη Βιβλιοθήκη Επιστημών Υγείας. Επιπλέον αναζήτηση έγινε σε διαδικτυακές βάσεις δεδομένων για εύρεση σχετικών επιστημονικών δημοσιεύσεων και μελετών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ανάγκη για επιπλέον νοσοκομειακές κλίνες στην αναπτυσσόμενη Αθήνα των τελών του 19ου αι. σε συνδυασμό με την ανάγκη ίδρυσης πανεπιστημιακών εδρών για την εκπαίδευση των φοιτητών και νέων ιατρών συνετέλεσαν στην ίδρυση των πρώτων αμιγών πανεπιστημιακών νοσοκομείων, του Αρεταείου και του Αιγινητείου, με αξιοποίηση των κληροδοτημάτων του Θεόδωρου Αρεταίου και του Διονυσίου Αιγινήτου, αντίστοιχα. Ήδη από την ανοικοδόμησή τους, τα δύο νοσοκομεία γνώρισαν την αφοσίωση λαμπρών καθηγητών που τα οδήγησαν σε μεγάλη ανάπτυξη όχι μόνο ως προς τις εγκαταστάσεις αλλά και ως προς την προαγωγή της εκπαίδευσης των νέων και της συμμετοχής στην εξέλιξη της Ιατρικής επιστήμης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τόσο το Αρεταίο με τη Χειρουργική, την πρώτη Γυναικολογική και την Ακτινολογική Κλινική του όσο και το Αιγινητείο, που στέγαζε την πρώτη Ψυχιατρική Κλινική, αποτέλεσαν τομή στη ελληνική νοσοκομειακή και επιστημονική ιατρική ανάπτυξη. Με τη συνεχή προσπάθεια εξέλιξης όχι μόνο των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας αλλά και της Ιατρικής επιστήμης και εκπαίδευσης γενικότερα, και τα δύο νοσοκομεία αποτέλεσαν εξ αρχής βασικούς πυλώνες της Ιατρικής στην Ελλάδα.

**96. Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑΤΟΣ ΩΣ ΠΑΡΑΤΙΘΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΜΗΡΟΥ «ΙΛΙΑΔΑ» Ο ΣΤΙΧΟΣ «ΙΑΤΡΟΣ ΓΑΡ ΑΝΗΡ ΠΟΛΛΩΝ ΑΝΤΑΞΙΟΣ ΑΛΛΩΝ»**

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, Γ.Ν. Ηλείας, <sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, Γ.Ν. Αργολίδας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Πολλές πληροφορίες για την επιστήμη της ιατρικής προέρχονται από τα έπη του Ομήρου. Εκτός των πληροφοριών για την ιατρική επιστήμη στην Ιλιάδα έχουμε και την ομηρική θέση για την αξία του ιατρικού λειτουργήματος.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η έρευνα μας επιτελέστηκε μέσα από μελέτη και ανάλυση του Ομηρικού έπους της «ΙΛΙΑΔΑΣ», καθώς και συγχρόνων αναλυτών του έπους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Αναφορά στην αξία του ιατρικού λειτουργήματος έχουμε σε αρκετούς στίχους της Ιλιάδος. Στον στ.Β.732 παρουσιάζεται η αξία του λειτουργήματος με τιμητικό προσδιορισμό «καλοί γιατροί...», μετά των ονομάτων του Μαχάνα και του Ποδάλειου, υιού του Ασκληπιού (επικεφαλείς των πόλεων Ιθώμη, Τρίκκη και Οιχαλία στον Τρωϊκό πόλεμο και ιατρών των Ελλήνων). Στους στ.Δ.190-195 ο Αγαμέμνων εξυμνεί την ιατρική τέχνη του Μαχάνα και τον καλεί να θεραπεύσει τον πληγωμένο Μενέλαο. Στους στ.Δ.210 -219 γίνεται περιγραφή της ιατρικής τέχνης του Μαχάνα προς τον πληγωμένο Μενέλαο και με τιμητικό προσδιορισμό χαρακτηρίζεται «άγιος». Στους στ.Λ.505-515 όταν τραυματίζεται ο Μαχάνας έχουμε την μέγιστη αξιολόγηση από τον Όμηρο του ιατρικού λειτουργήματος. Ο Ιδομενέας έντρομος, συγκλονισμένος προτρέπει τον Νέστορα να περιθάψει και να σώσει το Μαχάνα, γιατί «ένας γιατρός αξίζει πολλούς ανθρώπους άλλους». Στο στ.Λ.835 ο Ευρύπυλος με τον θαυμαστικό προσδιορισμό «άψογος» καθώς και στο στ.Ε.4 ο Νέστορας με τον τιμητικό προσδιορισμό «άξιος» εξυμνούν τον ιατρό και το ιατρικό λειτουργήμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Αθάνατος παραμένει λοιπόν ο στίχος του Ομήρου «ιατρός γαρ ανήρ πολλών αντάξιος άλλων». Ο Όμηρος θεωρεί ξεχωριστό τον Μαχάνα για τις ιατρικές του γνώσεις και εφευρίσκει την ευγενική του καταγωγή για να τοποθετήσει τον «ιατρό» στον κόσμο των ηρώων και να εξυμνήσει το λειτουργήμα του.

## 97. ΜΕΓΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΕΠΙΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙΣΑΡΕΙΑΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΒΥΖΑΝΤΙΟ

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

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

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

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανατρέξαμε σε βιβλιογραφικές πηγές Ελληνικές αλλά και ξένες. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύγχρονος ήταν ο Μέγας Βασιλείος Επίσκοπος Καισαρείας, «ο Φωστήρ της Εκκλησίας». Ιεράρχης, ρήτορας, θεολόγος κλπ., σπούδασε στην Φιλοσοφική Σχολή των Αθηνών όπως προαναφέρθηκε και έλαβε μαθήματα Ιατρικής. Άλλωστε τότε όλοι οι φοιτητές της Φιλοσοφίας παρακολουθούσαν μαθήματα Ιατρικής ώστε να δικαιώνεται το απόφθεγμα του Αριστοτέλη ότι: «Ένας Φιλόσοφος πρέπει ν' αρχίζει με την ιατρική και ένας Ιατρός να τελειώνει με την Φιλοσοφία». Έτσι καθιερώθηκε και ο ορός «ιατροφιλοσοφία». υπήρξε εξαιρετικά φιλόθεσνος η ίδρυση στην Καππαδοκία του περίφημου Νοσοκομείου και Άσυλου γνωστού ως «Βασιλειάδα». Για πρώτη φορά εμφανίζεται ένα συγκρότημα που περιλαμβάνει πλήρως οργανωμένο νοσοκομείο, λεπροκομείο, φαρμακείο, ίδρυμα χρονίως πασχόντων, γηροκομείο κ.λ.π.

Ο Βασιλείος προέβαινε σε ιατρικές παρατηρήσεις με λεπτολόγο επιστημονική σαφήνεια. Ανέλυε π.χ. την σημασία του τραύματος και της φλεγμονής στον ανθρώπινο οργανισμό. Έχει κάνει ακόμη ανθρωπομετρικές παρατηρήσεις σχετικά με τον ρυθμό αύξησης του σώματος, έχει ασχοληθεί με την λειτουργία του οφθαλμού, και έχει εγκύψει στους νόμους της κληρονομικότητας και την βιολογία ερμηνεύοντας με το δικό του ξεχωριστό τρόπο το ευαγγελικό «*αυξάνεσθε και πληθύνεσθε*». Οικογενικό Διδασκαλείο, ενώ επί Ηρακλείου λεγόταν Πανδιδασκαλείο και αργότερα Πανεπιστήμιο της Μαγναύρας στην απόκτηση πρακτικών ιατρικών γνώσεων γεγονός που επιστημονείται με την χορήγηση Ιατρικών διπλωμάτων. Άλλωστε η Ιατρική Σχολή λειτουργεί μέσα σε Νοσοκομείο και διαθέτει πλούσια Ιατρική βιβλιοθήκη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο Βασιλείος προ πάντων όμως παραμένει ως ο κατ' εξοχήν εκπρόσωπος της «*Ανθρωπιστικής Ιατρικής*»

## 99. ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΡΧΑΙΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ ΤΟΥ ΓΑΛΗΝΟΥ ΜΕ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΤΗΣ ΟΔΥΣΣΕΙΑΣ ΤΟΥ ΟΜΗΡΟΥ

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

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

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η έρευνά μας απσκοπει στην ιστορική παρουσίαση των φαρμάκων των Αρχαίων Ελλήνων μέσα από την οδύσσεια του Ομήρου καθώς από τον Ιπποκράτη και το Γαληνό.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στις ραψωδίες του Ομήρου υπάρχουν αναφορές σε ανδροφόρα, δηλαδή δηλητηριώδη βότανα, για οδονήφατα φάρμακα, δηλαδή παυσίπονα, και λυγρά, δηλαδή επιβλαβή φάρμακα που επιδρούσαν στον ψυχισμό. Η Κίρκη χρησιμοποίησε λυγρά φάρμακα, ενώ ο Ερμής φέρεται να έδωσε τον Οδυσσέα μώλυ ως αντίδοτο στα λυγρά. Το μώλυ περιείχε μάλλον είδος κρεμμυδιού, σκόρδου, μανδραγόρα και τουλίπα. Θεωρείται ως αντιχολινηργικό αντίδοτο, το οποίο αντιμετωπίζει δηλητηρίαση από αλκαλοειδή. Στην Οδύσσεια αναφέρεται, επίσης, το νηπενθές, το οποίο χαρακτηρίζεται ως κατευναστικό και παυσίλυπο. Προκαλούσε, προφανώς, αύξηση της σεροτονίνης. Οι αρχαίοι Έλληνες, με βάση το πείραμα, την παρατήρηση, με κριτικό πνεύμα και επιστημονική θεώρηση, έθεσαν τη βάση των επιστημών.

Επί των ημερών του Ιπποκράτη η Ιατρική και η Θεραπευτική παύουν να είναι θεοκρατικές. Απομακρύνονται από τη μαγεία και τη δεισιδαιμονία και αποκτούν υπόσταση ανεξάρτητης επιστήμης. Στο έργο του Ιπποκράτη αριθμούνται 336 φάρμακα. Οι αρμόδιες αρχές της Ινδίας εκδίδουν σε ετήσια βάση δύο τόμους του «Εθνικού Συνταγολογίου», στον δεύτερο τόμο του οποίου γίνεται εκτενής αναφορά στα σκευάσματα του Ιπποκράτη και του Γαληνού. Διαθέτουμε ως χώρα το 40% των φαρμακευτικών φυτών της Ευρώπης. Και όμως, δεν παράγουμε ούτε εξαγωγή κανένα φυτικό σκεύασμα. Η μόνη παραγωγή αφορά αρωματικά φυτά, αλλά γίνεται σε μικρή κλίμακα (0,05% της καλλιεργήσιμης έκτασης). Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο της Αθήνας, με θέμα «Τα αρωματικά και φαρμακευτικά φυτά ως μοχλός ανάπτυξης της χώρας». Την ίδια ώρα, η χώρα μας, με την πλουσιότερη χλωρίδα φαρμακευτικών φυτών, δεν περιλαμβάνεται στον συγκεκριμένο χάρτη. Με 700 ιθαγενή φυτά, η Ελλάδα έχει τεράστιες προοπτικές ανάπτυξης και θα μπορούσε να πρωταγωνιστήσει σε μία αγορά που γνωρίζει μεγάλη αύξηση. Παρά την πλούσια και γνωστή από την εποχή του Ιπποκράτη χλωρίδα, η χώρα μας δεν περιλαμβάνεται και στον ευρωπαϊκό χάρτη εξαγωγής φαρμακευτικών φυτών με αναφορά στην Οδύσσεια.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η συνεισφορά με τα φάρμακα των Αρχαίων Ελλήνων ο ΕΟΦ στοχεύει στην ενδυνάμωση των ερευνητικών προγραμμάτων και στη διασφάλιση της συνεργασίας δημόσιων και ιδιωτικών φορέων. Στοχεύει, επίσης, να αναδείξει τη χρησιμότητα των προϊόντων αυτών σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

## 98. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ. ΑΠΑΣΧΟΛΕΙ ΤΟ ΣΗΜΕΡΑ Ή ΚΑΙ ΤΟ ΧΘΕΣ;

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

<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, Γ.Ν. Ηλείας,

<sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, Γ.Ν. Αργολίδας, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή και διερεύνηση του προβλήματος της υπογονιμότητας από τους αρχαίους χρόνους έως σήμερα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αρωγός μας υπήρξε η μελέτη της Ελληνικής και Ξένης Βιβλιογραφίας

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αναφορά στην υπογονιμότητα έχουμε από την αρχαιότητα. Διάφοροι λαοί και πολιτισμοί έδιναν μεγάλη σημασία σε αυτή. Στη Μεσοποταμία θεά της γονιμότητας και του έρωτα ήταν η Ishtar. Στους Ινδούς προστάτες της γονιμότητας ήταν οι δίδυμοι θεοί Asvius, αντίστοιχοι των δικών μας Δίσκουρων. Στην Αίγυπτο η Sekhmet, η Taurt, ο Imhotep, η Isis προστάτευαν την γονιμότητα. Στους Κρήτες η γονιμότητα προστατευόταν από την φιδούγου Θεά. Οι αρχαίοι Ρωμαίοι επίσης λατρεύουν αρκετές θεότητες τις οποίες συσχετίζουν με την γονιμότητα (Dea Prima, Pertunta, Deus Subigus, Bona Dea, Mutus, Tutunus, Uterine, Rumina και Cunina). Στον Ελλαδικό χώρο στα Ασκληπεία χορηγούσαν βότανα (τεκνογόνα ελιξίρια). Ο Ιερομάντης Μελάμπους θεράπευσε την ψυχογενή ανικανότητα του Ιφίκλου χορηγώντας του σκόνη σιδήρου σε νερό για 10 ημέρες. Ο Ιπποκράτης στο έργο του «Αφορισμοί» αναφέρεται στην αδυναμία σύλληψης και τη στειρότητα. Κατά τους Ιπποκρατικούς χρόνους πίστευαν ότι η στειρότητα οφείλεται στο υπερβολικό πάχος, το οποίο εμποδίζει την είσοδο του σπέρματος στον κόλπο. Επίσης καθοριστικές σημασίας θεωρείται η σύσταση της μήτρας (ψυχρή, πυκνή, υγρή), η οποία καταστρέφει το σπέρμα. Για τη στειρότητα συστούσαν την πόση νερού το οποίο έχει βότανο που περιέχει θειάφι, σίδηρο και χαλκό. Ο Ξενοφώντας μας πληροφορεί ότι οι γυναίκες που θέλουν να αποκτήσουν παιδιά θα πρέπει να τρέφονται μέτρια, να μην πίνουν κρασί ή να το πίνουν νερωμένο και να γυμνάζονται. Ο Πλάτωνας μας πληροφορεί ότι η στειρότητα στην εποχή του ήταν λόγος διαζυγίου είτε προερχόταν από άνδρα είτε από γυναίκα. Τους Μεσαιωνικούς χρόνους ο Αέτιος αναφέρει ότι η υπογονιμότητα οφείλεται σε ιατά και ανίατα καρκινώματα. Κατά τους νεότερους χρόνους ο Boursier (1563-1636) κάνει πολύτιμες αναφορές για την υπογονιμότητα. Ο J. Varandal (μέσα ΙΖ αιώνα θεράπευε την υπογονιμότητα με λήψη δισκίων προερχόμενων από κάποιο μέρος του ταύρου ή του ελαφιού μαζί με κινάμμο, πιπέρι και μόσχο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η υπογονιμότητα και τα μέσα αντιμετώπισης της απασχολούσε και προβληματίζε από την αρχαιότητα διερευνώντας τα αίτια και αναζητώντας τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος.

## 100. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Α. Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Ελευθεράκης<sup>1</sup>, Γ. Καραβουζιώτης<sup>2</sup>, Γ. Κωσταντοπούλου<sup>3</sup>, Ε. Καρανάσιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», <sup>2</sup>Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», <sup>3</sup>Παιδοκαρδιολογικό Τμήμα, Ιασώ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνηθεί η ιστορία της Ελληνικής Εταιρείας Παιδιατρικής Καρδιολογίας.

**ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ:** Η Ελληνική Εταιρεία Παιδιατρικής Καρδιολογίας ιδρύθηκε ως σωματείο στα τέλη της δεκαετίας του 70, το 1978 με την ονομασία Εταιρεία Παιδικής Καρδιολογίας με έδρα την Αθήνα. Τα ιδρυτικά μέλη ήταν είκοσι τρία (23) με κύριες ειδικότητες καρδιολογία, παιδιατρική, καρδιοχειρουργική, ακτινολογία και παθολογοανατομία. Τακτικά μέλη της εταιρείας μπορούσαν να γίνουν επιστήμονες οι οποίοι ασχολούντο με την έρευνα στην Παιδική Καρδιολογία και είχαν δημοσιεύσει πρωτότυπες εργασίες σε περιοδικό διεθνούς κύρους της ημεδαπής ή αλλοδαπής καθώς και «ιατροί παιδίατροι εργασθέντες υπειθύνως πλέον του έτους σε ανεγνωρισμένα Παιδοκαρδιολογικά κέντρα (κλινική και αιμοδυναμικό εργαστήριο) στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό». Ιδρυτικά μέλη της εταιρείας υπήρξαν οι καρδιολόγοι: Νηχογιάννου Ιωάννης, Παπαϊωάννου Άγγελος, Αγορογιάννης Σωτήριος, Ίκκου Δανάη, Μάντακας Μιχαήλ, Μηλίγκος Μιχαήλ, Θανάπουλος Βασίλης, Πανατόπουλος Ηλίας, Πασβούρη Μαρία, και οι καρδιοχειρουργοί: Ανδριτσάκης Γεώργιος, Τόλης Γεώργιος, Μιχάλης Άλκη, Λόλας Χρήστος. Δέκα έτη μετά (12/2/1988) στον απολογισμό του Δ.Σ. της εταιρείας η εταιρεία αριθμεί 40 μέλη και καταβάλλοντας σοβαρές προσπάθειες για την αναγνώριση της ειδικότητας της Παιδιατρικής Καρδιολογίας επίσημα από το υπουργείο. Το όνομα της εταιρείας αλλάζει το 2002 σε ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ και η θητεία του Δ.Σ. της εταιρείας γίνεται τριετής με τροποποίηση του καταστατικού (28 Μαΐου 2002) Αρχικά η εταιρεία στενάστηκε στα γραφεία της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας στην οδό Σισίνη 17 στην Αθήνα και από το 2002 η έδρα της εταιρείας μεταφέρθηκε στην οδό Μιχαλακοπούλου 92 στα γραφεία της Ελληνικής Παιδιατρικής Εταιρείας. Η εταιρεία διοργάνωνε μηνιαίες επιστημονικές συναντήσεις άπαξ μηνιαίως με συνολικό αριθμό 6-8 το χρόνο στα αμφιθέατρα των νοσοκομείων «η Αγία Σοφία» και «Π & Α Κυριακού». Παρουσιάζονταν ενδιαφέροντα περιστατικά και δίνονταν διαλέξεις σε επίκαιρα παιδοκαρδιολογικά θέματα. Συμμετείχε επίσης, στην διοργάνωση στρογγύλων τραπεζιών, κατά την διάρκεια του Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου και του Πανελληνίου Καρδιολογικού Συνεδρίου (για παράδειγμα στο 10ο Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο). Το 1988 (29 & 30 Οκτωβρίου) διοργανώθηκε διήμερο Συμπόσιο της Εταιρείας Παιδικής Καρδιολογίας στο Πολεμικό Μουσείο με πρόεδρο την Δανάη Ίκκου και συμπρόεδρο τον Βασίλη Θανάπουλο και μεγάλη συμμετοχή παιδοκαρδιολόγων, παιδίατρων και καρδιολόγων. Το 1995 (30 Σεπτεμβρίου-1 Οκτωβρίου) διοργανώθηκε από την εταιρεία το 3ο Διεθνές Βαλκανικό Συνέδριο Παιδιατρικής Καρδιολογίας & Καρδιοχειρουργικής στην Αθήνα στο Πολεμικό Μουσείο με πρόεδρο τον Βασίλη Θανάπουλο και γενικό γραμματέα τον Γεώργιο Παπαδόπουλο. Υπό την Αιγίδα της Εταιρείας διοργανώνεται κάθε χρόνο το ετήσιο σεμινάριο ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ για δώδεκα συνεχή έτη με συμμετοχή όλων σχεδόν των παιδοκαρδιολόγων της χώρας με πρόεδρο τον εκάστοτε πρόεδρο της Παιδοκαρδιολογικής Εταιρείας και συμπρόεδρο τον παιδοκαρδιολόγο Παπαδόπουλο Γεώργιο. Υπό την Αιγίδα της Εταιρείας διοργανώθηκαν τρείς ημερίδες με θέμα: ΚΥΝΗ Η ΚΑΡΔΙΑ ΙΙ στην Αθήνα, ΚΥΝΗ Η ΚΑΡΔΙΑ ΙΙI στην Θεσσαλονίκη (22 Μαΐου 2012), & ΚΥΝΗ Η ΚΑΡΔΙΑ ΙΙI στη Λάρισα. Η εταιρεία συνεχίζει τη λειτουργία της μέχρι σήμερα και το 2018 έχει αναλάβει το ετήσιο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο συγγενών καρδιοπαθειών.

**101. Ο ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ NICOLAS ANDRY ΚΑΙ ΤΟ ΒΙΒΛΙΟ ΤΟΥ «L' ORTHOPEDIE OU L' ART DE PREVENIR ET DE CORRIGER DANS LES ENFANS LES DIFFORMITES DU CORPS»**

Γ. Διακουμής, Μ. Βλάχου, Χ. Λάλος, Γ. Κυριακόπουλος, Κ. Βασίσιου, Θ. Κορμάς  
*Ορθοπαιδική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση της ζωής του Nicolas Andry και του περίφημου βιβλίου του που εκδόθηκε το 1741 στο Παρίσι.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκε η ζωή του Ν. Andry και ανασκοπήθηκε το βιβλίο του από το πρωτότυπο που έχουμε στην κατοχή μας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το βιβλίο είναι το πρώτο ιστορικά βιβλίο Ορθοπαιδικής και χωρίζεται σε 2 μέρη. Το πρώτο περιλαμβάνει τρεις τόμους και το δεύτερο έναν. Περιέχονται απλές και πρακτικές συμβουλές που απευθύνονται στους γονείς για την ορθή διαπαιδαγώγηση των παιδιών. Περιλαμβάνει επίσης τον πρώτο ορισμό της «Ορθοπαιδικής» και εμπλουτίζεται με 12 γκραβούρες-ξυλογραφίες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο Nicolas Andry είναι ο πρωτοπόρος της Ορθοπαιδικής της νεότερης εποχής και το βιβλίο του σημείο αναφοράς για τη σύγχρονη Ορθοπαιδική επιστήμη.

**102. ΜΕΓΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΚΑΙ Ο ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΣ ΦΙΛΙΠΠΟΣ Ο ΑΚΑΡΝΑΝΕΥΣ: ΣΧΕΣΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ**

Ι. Γραμματικάκης<sup>1</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>2</sup>, Θ. Παπαϊωάννου<sup>3</sup>, Γ. Ανδρούτσος<sup>4</sup>  
*<sup>1</sup>Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Παθολογία της κύησης, Π.Γ.Ν. Άττικόν, <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστορίας Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>3</sup>Α' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ Ίπποκράτειο, <sup>4</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών*

Στην Ιπποκρατική συλλογή συχνά γίνεται αναφορά στην ηθική και στη δεοντολογία της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Ο Ιπποκράτης περιγράφει εκτενώς τη σημασία που έχει για την ίαση ο σωστός, δίκαιος και σώφρων χαρακτήρας του ιατρού, αλλά και η συμμόρφωση του ασθενούς στις οδηγίες του ιατρού. Μια από τις πιο χαρακτηριστικές περιπτώσεις της αρχαίας ιστορίας που περιγράφει τη σχέση αυτή, είναι του Μεγάλου Αλεξάνδρου και του προσωπικού του ιατρού Φιλίππου του Ακαρνάνα. Στην εκστρατεία του Μ. Αλεξάνδρου στην Ασία, έλαβε μέρος μεταξύ άλλων, εξειδικευμένο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Ένας από τους πιο γνωστούς ιατρούς που συνόδευσαν τον μεγάλο στρατηλάτη, ήταν και ο Φίλιππος ο Ακαρνανεύς. Επρόκειτο για εξαιρετικά κατηρτισμένο γιατρό, στον οποίο σύμφωνα με τους μεταγενέστερους βιογράφους του Αλεξάνδρου, αποδίδονται σημαντικές, ιαματικές πράξεις. Μια από τις πολλές περιπτώσεις που ο Φίλιππος εκλήθη να θεραπεύσει τον Αλέξανδρο, ήταν στην Ταρό της Κιλικίας. Ο Αλέξανδρος μετά από λουτρό στον ποταμό Ταρό της Κιλικίας, νόσησε βαριά με υψηλό πυρετό. Έμπιστος και προσωπικός φίλος του Αλεξάνδρου, ο Φίλιππος παρασκεύασε θεραπευτικό φάρμακο, ωστόσο, ένας από σπουδαιότερους στρατηγούς του Αλεξάνδρου, ο Παρμενίων, ζήτησε από τον Αλέξανδρο να μην πιει το φάρμακο διότι περιείχε δηλητήριο κατόπιν συνωμοσίας του Φιλίππου με τον Πέρση αντίπαλο Δαρείο. Ο Αλέξανδρος, όχι μόνο δεν πίστεψε τον Παρμενίωνα, αλλά κλείνοντας τα μάτια και καταστρέφοντας το γραπτό κείμενο με την υποτιθέμενη προειδοποίηση, ήπιε το φάρμακο, αποδεικνύοντας την εμπιστοσύνη του στον προσωπικό του γιατρό. Ο Αλέξανδρος ανάρρωσε, ενώ σε άλλη περίπτωση (στη μάχη της Γάζας το 322 π.Χ.) ο Φίλιππος αφάιρεσε από τον ώμο του Αλεξάνδρου βέλος που τον είχε τραυματίσει.

**103. ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ: Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ-ΕΠΙΣΚΟΠΟΣ ΣΥΜΦΕΡΟΥΠΟΛΗΣ ΚΡΙΜΑΙΑΣ**

Ι. Γραμματικάκης<sup>1</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>2</sup>, Θ. Παπαϊωάννου<sup>3</sup>, Γ. Ανδρούτσος<sup>4</sup>, Ν. Παπαττωνίου<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Παθολογία της κύησης, Π.Γ.Ν. Άττικόν, <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστορίας Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>3</sup>Α' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ Ίπποκράτειο, <sup>4</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών*

Ο Άγιος αρχιεπίσκοπος Λουκάς γεννήθηκε το 1877 στο Κέρτς της Κριμαίας. Αποφοίτησε από την ιατρική σχολή του Κιέβου το 1903 και το 1904, με το ξέσπασμα του Ρωσο - Ιαπωνικού πολέμου, εργάστηκε ως χειρουργός στην Άπω Ανατολή ενώ το επιστημονικό του έργο επικεντρώθηκε στην τοπική αναισθησία και τις πυογόνες λοιμώξεις. Το 1917 εξελέγη Καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της Τασκένδης. Όταν ο αρχιεπίσκοπος Τασκένδης και Τουρκεστάν, Ιννοκέντιος στοχοποιήθηκε από τους σχισματικούς, ο Λουκάς τον υπερασπίστηκε και εκείνος με τη σειρά του, του πρότεινε να γίνει ιερέας. Χειροτονήθηκε σε διάκονο στις 26 Ιανουαρίου 1921 και λίγο αργότερα συνελήφθη για προδοσία και φυλακίστηκε. Στη φυλακή ολοκλήρωσε το σύγγραμμά του: «Δοκίμιο για την χειρουργική των πυογόνων λοιμώξεων». Εζήσε για χρόνια εξόριστος και η όρασή του επλήγη λόγω αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς. Στις 21 Ιουνίου 1941 ο γερμανικός στρατός εισέβαλλε στη Ρωσία και ο επίσκοπος προσέφερε εθελοντικά τις υπηρεσίες του στους τραυματίες πολέμου. Το καθεστώς αναγνώρισε τη συμβολή του και τον διόρισε αρχίατρο του στρατιωτικού νοσοκομείου. Από το 1942 αίρονται αρκετοί θρησκευτικοί περιορισμοί, πολλές εκκλησίες ανοίγουν και ο επίσκοπος Λουκάς προάγεται σε αρχιεπίσκοπο Κρασνονιάρσκ. Το 1946 βραβεύθηκε με το βραβείο Στάλιν για την προσφορά του κατά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Στα 70 του χρόνια γίνεται επίσκοπος Συμφερουπόλεως και αναπτύσσει μεγάλο φιλανθρωπικό έργο, ενώ παράλληλα ξεκινά να κηρύττει. Την άνοιξη του 1952 επιδεινώνεται η όρασή του, ενώ στις αρχές του 1956 τυφλώνεται οριστικά. Την Κυριακή 11 Ιουνίου 1961, ημέρα που γιορτάζουν οι Άγιοι Πάντες της Αγίας Ρωσίας, κοιμήθηκε. Το Νοέμβριο του 1995 ανακηρύχθηκε Άγιος από την Ουκρανική Ορθόδοξη Εκκλησία. Η μνήμη του τιμάται στις 11 Ιουνίου επέτειο της κοιμήσεώς του.

**104. Η «ΕΓΓΕΝΗΣ ΘΕΡΜΟΤΗΤΑ» ΤΟΥ ΕΜΠΕΔΟΚΛΕΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Ι. Γραμματικάκης<sup>1</sup>, Μ. Καραμάνου<sup>2</sup>, Θ. Παπαϊωάννου<sup>3</sup>, Ι. Παπαπαναγιώτου<sup>4</sup>, Γ. Ανδρούτσος<sup>5</sup>

*<sup>1</sup>Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Παθολογία της κύησης, Π.Γ.Ν. Άττικόν, <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστορίας Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>3</sup>Α' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ Ίπποκράτειο, <sup>4</sup>Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. Ίπποκράτειο, <sup>5</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών*

Οι Προσωκρατικοί φιλόσοφοι με κύριους εκπροσώπους τους Μιλήσιους (Θαλής, Αναξίμανδρος, Αναξίμενης), τους Πυθαγόρειους (Πυθαγόρας και μαθητές), τους Ελεάτες (Ξενοφάνης, Παρμενίδης, Ζήνων, Μέλισσος), τον Ηράκλειτο, τους ατομικούς (Λεύκιππος και Δημόκριτος), τον Εμπεδοκλή και, τέλος, τον Αναξαγόρα έθεσαν τα θεμέλια της αρχής της ουσίας και του γίνεσθαι των όντων. Η προσπάθεια κατανόησης του καρδιαγγειακού συστήματος απετέλεσε αντικείμενο των Προσωκρατικών Φιλοσόφων και ιδιαίτερα του Αλκμείωνα του Κροτωνιάτη και του Εμπεδοκλέους. Προγενέστερα, τόσο οι Ασσύριοι, οι Βαβυλώνιοι, όσο και οι Αιγύπτιοι θεωρούσαν την καρδιά βασικό όργανο για τη ζωή και έδρα της διάνοησης. Αντίθετα, σύμφωνα με τον Αλκμείωνα έδρα των νοητικών λειτουργιών είναι ο εγκέφαλος, ενώ η καρδιά σχετίζεται με τις φλέβες, τις αρτηρίες και το αίμα. Πιθανότατα είχε πραγματοποιήσει ζωοτομές, ενώ γνώριζε ότι στις αρτηρίες κυκλοφορεί αίμα. Ο Εμπεδοκλής γεννήθηκε στον Ακράγαντα της Σικελίας και υπήρξε εκτός από φιλόσοφος, πολιτικός, ρήτορας, ιατρός, μηχανικός και ερευνητής. Αξιόλογη είναι η θεωρία του για τη γένεση των όντων, η οποία αναπτύσσεται με βασικό άξονα την εξέλιξη, γεγονός που τον κατέστησε πρόγονο του Δαρβίνου. Κατά τον Εμπεδοκλή, η ουσία της ζωής, η «εγγενής θερμότητα», έχει την έδρα της στο αίμα και διαχέεται σε ολόκληρο το σώμα, καθώς το αίμα κινείται μέσω του πολύπλοκου αγγειακού συστήματος, ξεκινώντας απ' την καρδιά, που συνεπώς αποτελεί το κέντρο του συστήματος αυτού. Η θεωρία του Εμπεδοκλή είναι η πρώτη επιστημονικά τεκμηριωμένη καταγραφή ανθρώπου για το φαινόμενο της κυκλοφορίας του αίματος, η οποία βασίστηκε σε αποκλειστικά θεωρητική προσέγγιση χωρίς τη δυνατότητα πειράματος, γεγονός που επιβεβαιώνει τη μεγαλοφυΐα του Ακραγαντίνου φιλοσόφου.

## 105. ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΤΑΚΟΤΣΥΒΟ

Ε. Λαμπρογιαννάκης<sup>1</sup>, Α. Παλουτσάκης<sup>1</sup>, Μ. Παπαδογιαννάκη<sup>2</sup>, Μ. Πιταροκοίλης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>, Γ. Αβραμάκης<sup>1</sup>, Θ. Δερμιτζάκης<sup>3</sup>, Α. Δερμιτζάκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλιο», <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλιο», <sup>3</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μυοκαρδιοπάθεια Τακοτσύβο χαρακτηρίζεται από παροδική δίκην μπλοκαίου δυσκινησία της αριστερής κοιλίας. Εμφανίζεται συχνότερα (81%) σε γυναίκες ηλικίας 62-75 ετών μετά από stress. Αποτελεί το 1-2% των περιστατικών που διαγιγνώσκονται ως έμφραγμα μυοκαρδίου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού μυοκαρδιοπάθειας Takotsubo που εκδηλώθηκε ως προσυγκοπτικό επεισόδιο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα 61 ετών, καπνίστρια, δυσλιπιδαιμική προσήλθε λόγω προσυγκοπτικού επεισοδίου και καταβολής δυνάμεων. Έγινε ΗΚΓ που κατέδειξε παράταση του QT (504 msec) και αρνητικά κύματα T σε I, II, aVL, V4-V6 (εικ. 1). Χορηγήθηκε αντιστηθαγική αγωγή με ASA, Clopidogrel, Enoxaraparin, aMΕΑ, και β-αποκλειστή ως επι οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Διαπιστώθηκε αύξηση δεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης (max Hs TroP 0.153 ng/dl) με πτωτική πορεία εξ αρχής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ακολούθησε παρακλινικός έλεγχος.

**Υπερηχοκαρδιογράφημα:** Υποκίνησια κορυφής, κορυφαίου προσθίου, και κορυφαίου πλαγίου τοιχώματος με υπερκίνητικά βασικά τμήματα και συνολικά διατηρημένη συστολική λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας (EF~50-55%). **Holter 24ωρου:** φλεβοκομβικός βασικός ρυθμός με αρκετές κοιλιακές έκτακτες συστολές μονήρεις, πολυμορφες. **Στεφανιογραφία (8η ημέρα):** Άγγεια χωρίς βλάβες και χωρίς εκδήλωση σπασμού. **Έλεγχος Θρομβοφιλίας:** Αρνητικός. **Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς με Γαδολίνιο σε ηρεμία και υπο φαρμακευτική δοκιμασία κοπώσεως με διπυριδαμόλη ένα μήνα μετά:** φυσιολογικές διαστάσεις αριστερών και δεξιών κοιλοτήτων - απουσία εμφραγματικής ζώνης - μελέτη αιμάτωσης μυοκαρδίου με ήπιες ενδείξεις ισχαιμίας Επανεξέταση μετά 2 μήνου χωρίς παθολογικά ηλεκτροκαρδιογραφικά και υπερηχογραφικά ευρήματα (Εικ 2).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** ΗΚΓ ευρήματα επί Takotsubo: 1) ανάσπαση του ST διαστήματος στις προκάρδιες απαγωγές, 2) βαθειά ανόστροφα T με παράταση QT, 3) παθολογικά Q κύματα, 4) μη ειδικές διαταραχές 5) σπανιότερα φυσιολογικό ΗΚΓ. Ανιχνεύεται ενζυμική δραστηριότητα. Υπερηχοκαρδιογραφικά απεικονίζεται δυσκίνησια κορυφής που αποκαθίσταται μετά μερικές μέρες ή εβδομάδες. Τα στεφανιαία αγγεία είναι χωρίς αποφρακτικές βλάβες. Η ενδοσσοκομιακή θνητότητα ανέρχεται έως το 8% των περιπτώσεων με συχνότερες επιπλοκές την οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, τις αρρυθμίες, την οξεία ανεπάρκεια μιτροειδούς και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο λόγω θρομβοεμβολής. Συνήθως παρατηρείται πλήρης ανάκαμψη του κλάσματος εξώθησης εντός 1 - 4 εβδομάδων.

## 107. ΑΙΤΙΕΣ ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 30 ΗΜΕΡΩΝ

Μ. Πιταροκοίλης<sup>1</sup>, Θ. Δερμιτζάκης<sup>2</sup>, Ε. Ρογδάκης<sup>1</sup>, Α. Παπουτσάκης<sup>1</sup>, Ε. Λαμπρογιαννάκης<sup>1</sup>, Μ. Καραβελάκης<sup>1</sup>, Γ. Γιανιάς<sup>1</sup>, Π. Τζωρτζάκης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλιο», <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

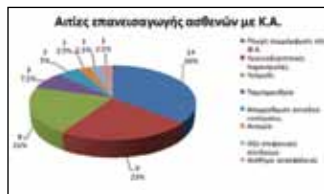
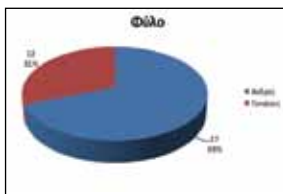
**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η επίπτωση της Καρδιακής Ανεπάρκειας είναι 1,5% στις χώρες του Δυτικού κόσμου. Είναι η συνθεστερη αιτία νοσηλείας σε ασθενείς άνω των 65 ετών. Παρά την πληθώρα φαρμακευτικών και άλλων θεραπευτικών μέσων τα ποσοστά επανεισαγωγής των ασθενών αυτών είναι μεγάλα και σε χρονικό διάστημα 6 μηνών υπερβαίνουν το 50%. Η μείωσή τους αποτελεί πρόκληση καθώς σχετίζεται με την ποιότητα της Φροντίδας Υγείας και τη μείωση του κόστους νοσηλείας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αναζήτηση των αιτίων επανεισαγωγής ασθενών ηλικίας άνω των 75 ετών με Καρδιακή Ανεπάρκεια σε χρονικό διάστημα 30 ημερών από προηγούμενη νοσηλεία.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έγινε αναδρομική μελέτη ασθενών άνω των 75 ετών με Καρδιακή Ανεπάρκεια οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου μας σε χρονικό διάστημα βραχύτερο των 30 ημερών από προηγούμενη νοσηλεία. Καταγράφηκε η αιτία εισόδου, το λειτουργικό στάδιο, η φαρμακευτική αγωγή και τα συνυπάρχοντα νοσήματα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 39 ασθενείς εκ των οποίων 27 ήταν άντρες (69%) και 12 γυναίκες (31%). Το σύνολο των 39 ασθενών κατατάσσονται σε λειτουργικό στάδιο III, IV κατά NYHA. 14 ασθενείς (36%) επανεισαχθήσαν λόγω κακής συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή ενώ 9 ασθενείς (23%) λόγω υγειονομιακών παρεκτροπών (αυξημένη πρόσληψη νερού, άλατος). 8 ασθενείς (21%) νοσηλεύτηκαν εκ νέου λόγω λοιμώξεων ενώ 3 ασθενείς (7,5%) λόγω ταχυαρρυθμίας. 2 ασθενείς (5%) νοσηλεύτηκαν λόγω απορροφίσιμων συνδυασμών νοσημάτων (π.χ. Αρτηριακή Υπέρταση, Σακχαρώδης Διαβήτης, Χρόνια Νεφρική Νόσος/ ηλεκτρολυτικές διαταραχές, δυσλειτουργία θυρεοειδούς αδένος). 1 ασθενής (2,5%) εισήχθη λόγω αιματίας που αντιμετωπίστηκε με IV χορήγηση σιδήρου ακόμα 1 ασθενής (2,5%) λόγω Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου και επίσης 1 ασθενής (2,5%) επιδίωξε την επανεισαγωγή του λόγω αισθημάτων αναφάλειας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η μείωση των ποσοστών επανεισαγωγής σε χρονικό διάστημα βραχύτερο των 30 ημερών μπορεί να επιτευχθεί με κατάλληλες παρεμβάσεις που εστιάζονται στα αίτια που καταγράφονται. Ειδικότερα, θα ωφελούσε η βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής ή απλούστευση των δοσολογικών σχημάτων και η ουσιαστική ενημέρωση των ασθενών για τη σημασία της καλής συμμόρφωσης καθώς για τη σημασία της διατήρησης του ισοζυγίου των υγρών. Επίσης, η παρακολούθηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα είναι δυνατό να αποκαλύψει εγκαίρως τυχόν απορροφίσιμα της Καρδιακής Ανεπάρκειας που θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί εξωνοσοκομιακά. Ο εμβολιασμός και λοιπά μέτρα κατά των λοιμώξεων, η παρακολούθηση και ρύθμιση των συνδυασμών νοσημάτων, ο έλεγχος της καρδιακής συχνότητας, η διάρφωση της αναμίας και η εφαρμογή μέτρων δευτερογενούς πρόληψης σε ασθενείς με γνωστή Καρδιακή νόσο είναι μέτρα που θα μπορούσαν να μειώσουν τα ποσοστά επανεισαγωγής.



## 106. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ

Δ. Κρικίδης<sup>1</sup>, Τ. Δαδούς<sup>1</sup>, Δ. Εκκλησιάρχος<sup>1</sup>, Χ. Κυρτζίδης<sup>1</sup>, Γ. Σταυρόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Ράικου<sup>2</sup>, Ι. Κανονίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) ασθενών με μόνιμο απινιδωτή, με τη χρήση των ερωτηματολογίων SF-36 και EuroQol-5D.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ:** Το δείγμα της έρευνας, αποτελείται από 108 ασθενείς, με απινιδωτή, που είτε νοσηλεύτηκαν στην Β' Καρδιολογική κλινική, είτε επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία της Β' Καρδιολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», για προγραμματισμένο έλεγχο του εμφυτεύσιμου απινιδωτή. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση από τους ασθενείς των ερωτηματολογίων SF-36, EuroQol-5D, και ενός ειδικού ερωτηματολογίου, που περιείχε διάφορα κοινωνικό-δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS 19.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα το 90,7%, ήταν άντρες και το 9,3% γυναίκες, μέσης ηλικίας 68,5 ± 10,5 ετών. Η μέση επίδοση των ασθενών στις συνοπτικές κλίμακες του SF-36, ήταν 45,96 για την φυσική υγεία (PCS) και 51,10 για την ψυχική υγεία (MCS). Στο EuroQol-5D, οι μέσες επιδόσεις στο EQ-VAS ήταν 59,1%, ενώ στο EQ-5D index (York A1 Tariff), ήταν 0,55. Η αξιοπιστία των διαστάσεων του EQ-5D και SF-36, με τον υπολογισμό του συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach's α, κυμάνθηκε σε αποδεκτά επίπεδα, με τιμές 0.8344 και 0.9646 αντίστοιχα, αναδεικνύοντας την μεγάλη ενδοσυνέπεια των δύο εργαλείων. Στους παράγοντες, που συσχετίζονται με χαμηλά επίπεδα ΣΥΠΖ στους ασθενείς με μόνιμο απινιδωτή, συμπεριλαμβάνονται η αυξημένη ηλικία, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, το χαμηλό κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας, η ύπαρξη συνδυών νοσημάτων, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και η στεφανιαία νόσος και ενεργοποίηση ή όχι της συσκευής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με απινιδωτή, παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα σχετιζόμενης με την υγεία τους, ποιότητας ζωής, με τη διάσταση της φυσικής υγείας, να είναι περισσότερο επηρεασμένη, από αυτή της ψυχικής υγείας.

## 108. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ LC-MRM (ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ), ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Γ. Μερμελέκας, Ε. Μπάρμπας, Ι. Ζωϊδάκης  
Εργαστήριο Πρωτεομικής, Τομέας Βιοτεχνολογίας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως. Για τον λόγο αυτό, υπάρχει κλινική ανάγκη για μια διαγνωστική μέθοδο με αυξημένη ακρίβεια και ευαισθησία. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάπτυξη μιας μεθόδου μέτρησης βιοδεικτών καρδιαγγειακών νοσημάτων στο πλάσμα του αίματος.

**ΥΛΙΚΟ:** Για την ανάπτυξη της μεθόδου χρησιμοποιήθηκαν δείγματα φυσιολογικού πλάσματος.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναπτύχθηκαν αναλύσεις ποσοτικοποίησης με βάση την τεχνική LC-MRM για τον χαρακτηρισμό 41 υποψήφιων πρωτεϊνών του πλάσματος, για τις οποίες έχει αποδειχθεί ότι εμφανίζουν διαφορική έκφραση μεταξύ ασθενών και υγιών ατόμων. Για κάθε πρωτεΐνη επιλέχθηκαν τρία πεπτιδικά και σχεδιάστηκαν 5 μέθοδοι MRM. Τα δεδομένα που προέκυψαν από την μέθοδο MRM αναλύθηκαν με λογισμικό Skyline για την επιλογή των κατάλληλων χρωματογραφικών κορυφών. Οι κορυφές κανονικοποιήθηκαν με χρήση της αλβουμίνης ως σημείο αναφοράς. Θρυψινοποιημένα πεπτιδικά αναλύθηκαν σε μηχανήμα υγρής χρωματογραφίας υψηλής πίεσης σε συνδυασμό με φασματογράφο μάζας QTRAP4000.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ποσοτικοποιήθηκαν 30 πιθανοί βιοδείκτες για καρδιακή ανεπάρκεια με ικανοποιητική ακρίβεια και αναπαραγωγιμότητα, μεταξύ των οποίων Ιντερλευκίνη-6, 8 και 18), Μυελοπεροξειδάση, Γκαλεκτίνη-3, Κασπάση-8 και Θρομβοσπονδίνη-2. Τα περισσότερα από τα πρωτότυπα πεπτιδικά που αναλύθηκαν, έδειξαν υψηλή ένταση σήματος (>103) και υψηλή επαναληψιμότητα όσον αφορά την ανίχνευσή τους. Η διασπορά των τιμών των κορυφών της αλβουμίνης ήταν χαμηλή, γεγονός το οποίο δείχνει την καταλληλότητά της για κανονικοποίηση.

**109. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

Λ. Καρατζάνος<sup>1</sup>, Δ. Δελής<sup>1</sup>, Γ. Τζάνης<sup>1</sup>, Α. Νταλιάνης<sup>2</sup>, Ο. Παπαζάχου<sup>1</sup>, Σ. Δημόπουλος<sup>1</sup>, Β. Ρεπάσος<sup>2</sup>, Γ. Σταμούλοπουλος<sup>2</sup>, Α. Φιλίππου<sup>3</sup>, Σ. Νανάς<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης & Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>3</sup>Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί τα αποτελέσματα δύο διαφορετικών πρωτοκόλλων άσκησης σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΧΚΑ).  
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** 19 ασθενείς με σταθεροποιημένη ΧΚΑ, [(M±SD) ηλικία: 54±13 έτη, VO2 peak: 19,6±4,2 ml/kg/min], παρακολούθησαν πρόγραμμα αποκατάστασης 36 συνεδριών. Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδα υψηλής έντασης αερόβια διαλειμματική άσκηση (ΥΕΔ, n=9) ή συνδυασμένης άσκησης (ΣΥΝ, n=10), η οποία περιελάμβανε επιπροσθέτως μυϊκή ενδυνάμωση. Η αερόβια άσκηση (4 min στο 80% VO2 peak – 3min στο 50% VO2 peak) πραγματοποιήθηκε σε κυκλοεργόμετρο. Η προπόνηση δύναμης περιελάμβανε ασκήσεις για τον τετρακέφαλο και τους οπίσθιους μηριαίους μυς [3x(8-12 επαναλήψεις) 60-70% 1-Μέγιστης Επανάληψης (1-ME)]. Τα δύο προγράμματα ήταν ίσης χρονικής διάρκειας (31 min). Όλοι οι δοκιμαζόμενοι, πριν και μετά το πρόγραμμα, πραγματοποίησαν μέγιστη καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης για την εκτίμηση της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (VO2peak) και τη δοκιμασία 1-ME για την αξιολόγηση της δύναμης στον τετρακέφαλο μηριαίο μυ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το σύνολο του δείγματος βελτίωσε (p < 0,05) τη VO2 peak (από 19,6±4,2 σε 21,2±4,9 ml/kg/min), και το μέσο όρο της 1-ME για τα δύο άκρα (από 24,8±8,2 σε 27,1±8,6 kg). Η ΣΥΝ (από 24,5±7,4 σε 28,6±9,0 kg) διέφερε σημαντικά (p < 0,05) από την ΑΕΡ (25,0±9,5 σε 25,4±8,3 kg) στη δύναμη, ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη VO2 peak (ΣΥΝ: από 19,6±4,0 σε 20,4±4,0 ml/kg/min, ΑΕΡ: από 19,6±4,7 σε 22,2±5,5 ml/kg/min, p>0,05).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο συνδυασμός αερόβιας διαλειμματικής άσκησης και μυϊκής ενδυνάμωσης επιφέρει μεγαλύτερα οφέλη στη μυϊκή δύναμη από ένα πρόγραμμα μόνο διαλειμματικής άσκησης, χωρίς να υπολείπεται στη βελτίωση της αερόβιας ικανότητας σε ασθενείς με ΧΚΑ. Τα ευρήματα αυτά, καθώς και η κλινική τους σημασία, απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση

**111. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΓΛΥΚΟΚΑΛΥΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

Ε. Σεϊτανίδη<sup>1</sup>, Ι. Οικονομίδης<sup>2</sup>, Χ. Κουτής<sup>3</sup>, Κ. Κουρέα<sup>4</sup>, Ι. Λεκάκης<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>2</sup>Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>3</sup>Τμήμα Υγιεινής και Επιδημιολογίας και Δημόσιας Υγείας, ΤΕΙ Αθηνών, <sup>4</sup>Καρδιολόγος Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>5</sup>Επιστημονική Συνεργάτης, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>6</sup>Διευθυντής, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην παρούσα διπλωματική μελέτη επιχειρείται η διερεύνηση της επίδρασης του καπνίσματος στη λειτουργικότητα του ενδοθηλίου όπως αυτή εκτιμάται, με τον ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Πιο συγκεκριμένα, μελετήθηκαν καπνίζοντες και μη καπνίζοντες ασθενείς με ΟΕΜ (αποκλειστικά STEMI).

**ΥΛΙΚΟ:** Το μελετώμενο δείγμα ήταν συνολικά 80 ασθενείς, 40 μη καπνιστές (ομάδα control) και 40 ενεργοί καπνιστές. Σε αυτούς τους ασθενείς συμπληρώθηκε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ειδικό ερωτηματολόγιο. Αρχικά έγινε αιμοηφίση και εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε στο ιατρείο προληπτική καρδιολογία, αγγειολογικός έλεγχος και μέτρηση του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα.  
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η εκτίμηση του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα έγινε με χρήση της μεθόδου SDF (με χρήση της κάμερας Microscan), ενώ για τον αγγειολογικό έλεγχο που αφορά τις ελαστικές ιδιότητες των αρτηριών χρησιμοποιήθηκαν οι συσκευές Complior και Arteriograph. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στα πλαίσια των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης προέκυψε ότι η περίπτωση πολλαπλής βλάβης αγγείων (στέλεχος και 3 αγγεία) εντοπίστηκε μόνο στην ομάδα των καπνιστών. Από τον αγγειολογικό έλεγχο προέκυψε ότι για τους 4 δείκτες PBR (έλεγχος ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα) οι τιμές είναι μεγαλύτερες στην ομάδα των καπνιστών ασθενών, που σημαίνει μεγαλύτερο βαθμό αλλοίωσης του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα. Εκτιμώντας επομένως την κατάσταση του γλυκοκάλυκα σε συνδυασμό με ορισμένες άλλες παραμέτρους όπως ύπαρξη ΣΔ, αρτηριακής υπέρτασης, ή υπερλιπιδαιμίας μπορεί εν δυνάμει να εκτιμηθεί ο βαθμός κινδύνου για την εκδήλωση ενός δεύτερου επεισοδίου ΟΕΜ. Η πλειοψηφία των μελετώμενων καπνιστών εμφάνισε πρόσθιο έμφραγμα ενώ στην ομάδα ελέγχου οι περισσότεροι ασθενείς παρουσίασαν κατώτερο έμφραγμα. Η ομάδα των καπνιστών εμφάνισαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές του δείκτη AIX (κεντρική συστολική πίεση) σε σχέση με την ομάδα control. Συγκεκριμένα οι τιμές στους καπνιστές ήταν σχεδόν τριπλάσιες και αυτή η μεγάλη διαφορά εξήγησε γιατί οι καπνιστές ασθενείς παρουσίασαν περισσότερα περιστατικά με πρόσθιο ΟΕΜ. Στη συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών η παρέμβαση που έγινε για την αποκατάστασή τους ήταν η αγγειοπλαστική (PCI). Όσον αφορά τις τιμές για τα ένζυμα τροπονίνη και CK-MB που αποτελούν δείκτες κατά την εμφάνιση ενός ΟΕΜ, οι υψηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν στην ομάδα των καπνιστών. Για τον δείκτη CRP παρατηρήθηκαν σχεδόν διπλάσιες τιμές στην ομάδα των καπνιστών, ενώ για τον δείκτη WBC οι μεγαλύτερες τιμές παρατηρήθηκαν επίσης στην ομάδα των καπνιστών. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο μέσος όρος του δείκτη PWV είναι μεγαλύτερος στην ομάδα των καπνιστών, δηλαδή υπάρχει μεγαλύτερη αλλοίωση στις ελαστικές ιδιότητες των αρτηριών σε αυτήν την ομάδα αλλά η διαφορά αυτή είναι στατιστικά μη σημαντική.

**110. ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ**

Μ. Πιταροκόλλη<sup>1</sup>, Ε. Ρογδάκης<sup>1</sup>, Θ. Δερμιτζάκη<sup>2</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>, Ν. Σπυριδάκης<sup>2</sup>, Α. Παπουτσάκης<sup>1</sup>, Π. Τζωρτζάκης<sup>1</sup>, Ε. Κουρούπης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλιο», <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η κατάληξη των επιπλοκών του Σακχαρώδους Διαβήτη στο Καρδιαγγειακό σύστημα είναι η Καρδιακή Ανεπάρκεια. Προάγγελος αυτής είναι η Διαστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, η οποία επιπλέον έχει αυξημένη επίπτωση στους υπερτασικούς ασθενείς. Μπορεί να εκτιμηθεί εύκολα με τη χρήση υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αναζήτηση της επίπτωσης της Διαστολικής Δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας διαβητικών ασθενών, ανάλογα με το επίπεδο ρύθμισης της Αρτηριακής Πίεσης

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκαν δύο ομάδες Διαβητικών ασθενών. Καθεμία περιελάμβανε 14 άτομα ηλικίας 45-75 ετών. Μελετήθηκε το ιστορικό τους, έγινε ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) και υπερηχοκαρδιογράφημα. Όλοι οι ασθενείς είχαν ιστορικό Αρτηριακής Υπέρτασης και Σακχαρώδους Διαβήτη για περισσότερο από 5 έτη. Δεν έπασχαν από Στεφανιαία Νόσο, Βαλβιδοπάθεια ή άλλη πρωτοπαθή Μυοκαρδιοπάθεια. Ο βασικός καρδιακός ρυθμός ήταν φλεβοκομβικός και η λειτουργία της αριστερής κοιλίας διατηρημένη (Υπερηχοκαρδιογράφημα- κλάσμα εξώθησης (ΚΕ>55%). Η πρώτη ομάδα ασθενών είχε επιτύχει ρύθμιση Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης <140 mmHg που είναι στόχος για κάθε υπερτασικό ασθενή και Διαστολική Αρτηριακή Πίεση<85 mmHg (στόχος για Διαβητικούς) ενώ η δεύτερη ομάδα είχε επιτύχει ρύθμιση Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης <130 mmHg που αφορά ασθενείς με εγκατεστημένη νεφροπάθεια και εμφανή πρωτεϊνουρία. Σε όλους τους ασθενείς υπολογίστηκαν υπερηχοκαρδιογραφικά δείκτες που αφορούν τη διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας. Υπολογίστηκε ο όγκος του αριστερού κόλπου (LA volume), η τελοδοιαστολική διάμετρος της αριστερής κοιλίας (LVIDd), το πάχος των καρδιακών τοιχωμάτων, εκτιμήθηκε η διαμπτροειδική ροή (κύματα E, A και ο λόγος E/A), ενώ έγιναν μετρήσεις με το ιστικό Doppler. (κύματα E', S, λόγος E'/E').

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην πρώτη ομάδα 8 από τους 14 ασθενείς εμφάνισαν διαστολική δυσλειτουργία τύπου παράτασης χύλασης και 4 από τους 14 ασθενείς ψευδοφυσιολογική διαστολική λειτουργία. 2 ασθενείς είχαν φυσιολογική διαστολική λειτουργία. Επίσης, 11/14 είχαν αυξημένο όγκο αριστερού κόλπου ενώ 9 από τους 14 εμφάνιζαν συγκεντρική υπερτροφία της αριστερής κοιλίας.

Στη 2η ομάδα 7 από τους 14 ασθενείς εμφάνισαν διαστολική δυσλειτουργία τύπου παράτασης χύλασης και 4 από τους 14 ασθενείς ψευδοφυσιολογική διαστολική λειτουργία. 3 ασθενείς είχαν φυσιολογική διαστολική λειτουργία. 9 ασθενείς είχαν αυξημένο όγκο αριστερού κόλπου και 7 από τους 14 εμφάνιζαν συγκεντρική υπερτροφία της αριστερής κοιλίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η επίπτωση της Διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας στους Διαβητικούς ασθενείς με ιστορικό Αρτηριακής Υπέρτασης είναι σχεδόν ίδια είτε επιτύχουν το στόχο των τιμών της Αρτηριακής Πίεσης που αφορά το γενικό πληθυσμό (ΣΑΠ<140 mmHg) είτε επιτύχουν πιο αυστηρό στόχο (ΣΑΠ<130 mmHg). Το αποτέλεσμα είναι αναμενόμενο καθώς οι στόχοι δε διαφέρουν σημαντικά. Σε κάθε περίπτωση ωστόσο πρέπει να εκτιμάται ο συνολικός Καρδιαγγειακός κίνδυνος καθώς και η παρουσία βλαβών σε όργανα-στόχους ώστε η θεραπευτική παρέμβαση (φάρμακα, καθήκοντα) να στοχεύει στη μείωση του κινδύνου και την υποστρόφη των βλαβών.

**112. ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ**

Μ. Πιταροκόλλη<sup>1</sup>, Θ. Δερμιτζάκη<sup>2</sup>, Ε. Λαμπρογιαννάκης<sup>1</sup>, Π. Καφαράκης<sup>1</sup>, Ε. Ρογδάκης<sup>1</sup>, Μ. Καραβελάκης<sup>1</sup>, Γ. Γιαννιάς<sup>1</sup>, Σ. Σταυράκης<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>, Π. Τζωρτζάκης<sup>1</sup>, Ε. Φουκαράκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλιο», <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

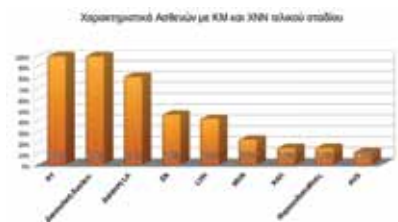
**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Με βάση την τρέχουσα βιβλιογραφία η Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ), που αποτελεί τεκμηριωμένο παράγοντα κινδύνου Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (ΑΕΕ) έχει 10-20 φορές μεγαλύτερη επίπτωση στους ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) τελικού σταδίου. Αυτοί οι ασθενείς έχουν δόπαιο κίνδυνο εμφάνισης ΑΕΕ σε σχέση με το γενικό πληθυσμό αντίστοιχης ηλικίας και φύλου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή κλινικών, δημογραφικών και υπερηχο-καρδιογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με ΧΝΝ τελικού σταδίου και Κολπική Μαρμαρυγή.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκε το ιστορικό 26 ασθενών με ΧΝΝ τελικού σταδίου και ΚΜ που παρακολουθούνται στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (ΜΤΝ) του νοσοκομείου μας. Καταγράφηκε η ηλικία, το φύλο και τα συνοδά νοσήματα (Αρτηριακή Υπέρταση, Στεφανιαία Νόσο, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, Θυρεοειδοπάθειες). Επίσης, οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογράφημα κατά το οποίο εκτιμήθηκαν ο όγκος του αρ. κόλπου (LA volume), η μάζα της αρ. κοιλίας (LV mass), η παρουσία βαλβιδοπάθειας (στένωση αορτικής βαλβίδας, ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας) και ο λόγος E/e' ως δείκτης διαστολικής λειτουργίας αρ. κοιλίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 26 ασθενείς εκ των οποίων 18 ήταν άντρες (69%) και 8 γυναίκες (31%). Το σύνολο των 26 ασθενών είχε ιστορικό Αρτηριακής Υπέρτασης. 11 ασθενείς (42%) εμφάνιζαν εικόνα υπερτροφίας Αρ. Κοιλίας και αυξημένη μάζα αυτής (LV mass) ενώ 21 ασθενείς (81%) εμφάνιζαν τουλάχιστον ήπια διάταση του αρ. κόλπου. 6 ασθενείς (23%) παρουσίασαν μέτρια ή σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας ενώ 3 ασθενείς (12%) παρουσίαζαν στένωση αορτικής βαλβίδας. Το σύνολο των 26 ασθενών εμφάνιζε διαστολική δυσλειτουργία βάσει του δείκτη E/e'. 12 ασθενείς (46%) είχαν τεκμηριωμένη Στεφανιαία Νόσο (Παλιό Έμφραγμα, CABG, PCI) ενώ λιγότερο συχνές ήταν η Χ.Α.Π. (15%) και οι θυρεοειδοπάθειες (15%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Με δεδομένη την αυξημένη επίπτωση της κολπικής μαρμαρυγής στους ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο είναι σημαντική η καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους προκειμένου να έχουν την καλύτερη δυνατή διαχείριση. Ειδικότερα, η χρήση αντιπηκτικών ή συνδυασμού αντιπηκτικών/αντιαιμοπεταλιακών σχετίζεται με το ιστορικό Στεφανιαίας Νόσου ή βαλβιδοπάθειας. Ομοίως, η θεραπεία ελέγχου του ρυθμού βασίζεται στο ιστορικό Καρδιακής ή Αναπνευστικής Νόσου ή στον έλεγχο εξωκαρδιακών παραγόντων όπως η λειτουργία του θυρεοειδούς. Καταγραφές μεγαλύτερου αριθμού ασθενών ή από μεγαλύτερες μονάδες θα συνεισφέρουν σε αυτές τις κατευθύνσεις.



### 113. ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΑΟΡΤΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΣΕ ΒΡΕΦΗ ΜΕ ΑΤΡΗΣΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΘΗΤΡΑ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟΥ ΠΡΟΦΙΛ

Α. Γιαννακοπούλου, Α. Αναγνωστοπούλου, Ε. Καρανάσιος, Ν. Ελευθεράκης  
Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αρχική θεραπευτική προσέγγιση σε νεογνά με καρδιοπάθεια του τύπου της ατρησίας πνευμονικής είναι η διενέργεια αορτοπνευμονικής αναστόμωσης χειρουργικά (Τροποποιημένη Αναστομωση Blalock Taussig). Χρησιμοποιείται πλαστικό μόσχευμα Gore Tex μεταξύ της Ανωλύμης Αρτηρίας και Δεξιάς Πνευμονικής Αρτηρίας. Στο σημείο πρόσφυσης της αναστόμωσης στην Δεξιά Πνευμονική ενδέχεται να αναπτυχθεί μεταχειρητικά στένωση. Επίσης στένωση μπορεί να αναπτυχθεί στην Αριστερή Πνευμονική Αρτηρία μετά την αυτόματη σύγκλιση του Ανοικτού Βοταλίου Πόρου η παρουσία του οποίου εξασφαλίζει την βιωσιμότητα του νεογνού και ο οποίος αφιρνείται να συγκλεισθεί αφ' εαυτού μεταχειρητικά. Σκοπός της μελέτης είναι να περιγράψει την αγγειοπλαστική στην Δεξιά και Αριστερή Πνευμονική μέσω της Αορτοπνευμονικής Αναστομωσης με καθετήρα αγγειοπλαστικής χαμηλού προφίλ.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη αναφέρεται σε δύο βρέφη που αντιμετωπίσαμε στο Νοσοκομείο μας τα τρία τελευταία έτη. Και τα δύο ήταν θήλεα με βάρος 6100 gr και 4720 gr. Είχαν Ατρησία Πνευμονικής και είχε πραγματοποιηθεί Δεξιά Τροποποιημένη Αορτοπνευμονική Αναστομωση με μόσχευμα Gore Tex διαμέτρου 3,5 mm.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το πρώτο εμφάνισε στένωση στην Δεξιά Πνευμονική στο σημείο πρόσφυσης της αναστόμωσης και στο δεύτερο η στένωση εμφανίσθηκε στην Αριστερή Πνευμονική στο σημείο συμβολής της με τον προϋπάρχοντα Ανοικτό Βοταλίο Πόρο. Η αναστόμωση προσπελάσθηκε με καθετήρα Cobra 4 French και μέσω αυτής εισήχθη στην δεξιά και αριστερή, αντίστοιχα, Πνευμονική Αρτηρία οδηγό σύρμα πάχους 0,014 inches. Πάνω στο οδηγό σύρμα εισήχθη στην πνευμονική αρτηρία καθετήρας αγγειοπλαστικής Tyshak Mini 7 mm / 2 cm. Η αγγειοπλαστική με τον καθετήρα αυτόν ήταν αρκετή για την διάνοιξη της αρτηρίας. Η μέθοδος ήταν αποτελεσματική. Στα βρέφη αυτά βελτιώθηκε ο διαδερμικός κορεσμός και η συνέγεια της χειρουργικής διόρθωσης με Κοιλιοπνευμονικές Αναστομώσεις κατέστη δυνατό να γίνει σε μεγαλύτερη ηλικία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε βρέφη με Ατρησία Πνευμονικής μετά Τροποποιημένη Αορτοπνευμονική Αναστομωση κατά Blalock Taussig που εμφανίζουν στένωσεις στις Περιφερικές Πνευμονικές Αρτηρίες, είναι εφικτή και ασφαλής η διενέργεια αγγειοπλαστικής με Καθετήρα τύπου Tyshak πολύ χαμηλού προφίλ και ο οποίος οδηγείται από πολύ λεπτά οδηγία σύρματα.



Εικ. 1. Δεξιά πνευμονική αγγειογραφία μέσω της αναστόμωσης (α) που δείχνει την στένωση στο σημείο κατάφυσης της αναστόμωσης (βέλος), αγγειοπλαστική με μπαλόνι (β) και αγγειογραφία μετά την αγγειοπλαστική (γ) με αυξημένη διάμετρο του αγγείου (βέλος).

### 115. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΥΛΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Χ. Αναστασιάδης, Α. Καββαθά, Α. Τζιβελοπούλου, Δ. Φαγκρέζος, Π. Σακαρέλλος, Μ. Στάικου, Ι. Παπαηλιού, Χ. Τριαντοπούλου  
Ακτινολογικό Τμήμα «Κωνσταντοπούλειου» Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των απεικονιστικών ευρημάτων με υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία σε ασθενή με Μύλη Κύηση (Τροφοβλαστική Νόσος Κύησης).

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 27 ετών με καταγωγή από τις Φιλιππίνες στην 23η εβδομάδα της κύησης, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου με μητρορραγία, χαμηλή αρτηριακή πίεση και ταχυκαρδία. Στα πλαίσια της διερεύνησης έλαβαν χώρα η διενέργεια υπερηχογραφήματος έσω γεννητικών οργάνων, αξονική τομογραφία κοιλίας και μέτρηση των επιπέδων της β-χοριακής γοναδοτροπίνης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στον υπερηχογραφικό έλεγχο αναδείχθηκε στην ενδομητρική κοιλότητα η χαρακτηριστική για τη νόσο εικόνα «τασμιού σταφυλιού» χωρίς εμβρυϊκό σάκο. Στην αξονική τομογραφία από τον έλεγχο της ελάσσονος πυέλου, παρατηρήθηκε εκροσημασμένη διόγκωση της μήτρας με ανάδειξη έκκεντρων υπόπυκνων εστιών και περιοχών με έντονη σκιαγραφική ενίσχυση. Στην αιματολογική εξέταση αναδείχθηκαν υψηλά επίπεδα β-χοριακής γοναδοτροπίνης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο απεικονιστικός έλεγχος της μύλης κύησης με υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία θεωρείται ιδιαίτερα αξιόπιστος. Η τροφοβλαστική νόσος της κύησης παρουσιάζει πιθανότητα 2% ανάπτυξης χοριοκαρκινώματος και απαιτείται έγκαιρη θεραπεία.

### 114. ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΑ ΒΡΕΦΗ

Α. Γιαννακοπούλου, Α. Αναγνωστοπούλου, Ε. Καρανάσιος, Ν. Ελευθεράκης  
Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Πολλά νεογνά με σοβαρές συγγενείς παθήσεις χρήζουν παρατεταμένης νοσηλείας σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) και πολυήμερης χορήγησης ενδοφλέβιας φαρμακευτικής αγωγής ή παρεντερικής διατροφής από κεντρική φλέβα. Η τοποθέτηση φλεβικής γραμμής στην επί πολλής μηριαία φλέβα κρίνεται πολλές φορές αναγκαία όταν η τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα σε μικρή φλέβα είναι δυσχερής ή όταν η τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα (Καθετήρα Hickmann) δεν είναι εφικτή. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την χρησιμότητα αλλά κυρίως την ασφάλεια της μεθόδου στα νεογνά.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στο Νοσοκομείο μας έχουν τοποθετηθεί καθετήρες σε μηριαία φλέβα σε 165 νεογνά τα τελευταία δύομισιά έτη (ηλικία 1 έως 29 ημερών). Από τα νεογνά αυτά τα 63 ήταν θήλεα και τα 102 αρρένα. Το βάρος τους κυμαινόταν από 560 gr έως 4850 gr. Χρησιμοποιήθηκε καθετήρας διαμέτρου 3 French και μήκους 6 cm. Η παρακέντηση της φλέβας γινόταν με βελόνα 21 G και μήκους 2,5 cm. Η γραμμική διατηρήθηκε από 1 έως 34 ημέρες. Σε 23 από αυτά τοποθετήθηκε δύο φορές, σε 7 τοποθετήθηκε τρεις φορές και σε 3 περισσότερες φορές.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Θρόμβωση με οίδημα του αντίστοιχου άκρου που κατέστη αναγκαία την αφαίρεσή της παρατηρήθηκε σε 10 νεογνά. Τρώση και της σύστοιχης μηριαίας αρτηρίας χωρίς ωστόσο επιπλοκές συνέβη σε 7 νεογνά. Δεν ελέγχθηκε ωστόσο η βατότητα της μηριαίας μετά παρά μόνον σε 14 νεογνά με καρδιοπάθεια σε δύο από τα οποία είχε αποφραχθεί με δημιουργία παράπλευρου δικτύου. Οι γονείς υπέγραψαν έντυπο ενημερωτικής συγκατάθεσης, επειδή η μέθοδος θεωρείται επεμβατική για τα νεογνά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρήση της επί πολλής μηριαίας φλέβας δεξιά ή αριστερά είναι ασφαλής στα νεογνά όταν τηρούνται αναγκαίοι κανόνες τοποθέτησης και φροντίδας της γραμμής. Πρέπει πάντως να επισημανθεί ότι θα πρέπει να αποτελεί επιλογή όταν η τοποθέτηση άλλης γραμμής δεν είναι δυνατή.



Εικ. 1. Απώτερη φλεβογραφία της δεξιάς επί πολλής μηριαίας φλέβας σε προσοπισία απεικόνιση (α) και ανάλογη φλεβογραφία της αριστερής (β), που δείχνει απόφραξη της φλέβας (βέλος) μετά από παρατεταμένη δότηση φλεβοκαθετήρα εντός αυτής. Συνέγεια της ροής προς την κάτω κοίλη φλέβα μέσω παράπλευρου δικτύου.

### 116. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΛΟΚΗΣ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ

Χ. Αναστασιάδης, Γ. Κυριακοπούλου, Ρ. Γεωργακοπούλου, Β. Χαλκοδαίμων, Π. Σακαρέλλος, Α. Καββαθά, Α. Τζιβελοπούλου, Κ. Βιτζηλαίος, Χ. Τριαντοπούλου  
Ακτινολογικό Τμήμα, «Κωνσταντοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των απεικονιστικών ευρημάτων με έγχρωμο και παλμικό Doppler σε ασθενή με επιπλοκή ενδοαυλικού μοσχεύματος.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 73 ετών προσήλθε στη μονάδα Triplex αγγείων του νοσοκομείου για τακτικό έλεγχο ανευρύσματος κοιλιακής αρτηρίας κάτωθεν του ύψους των νεφρικών. Ο ασθενής είχε υποβληθεί σε ενδοαυλική αποκατάσταση του ανευρύσματος προ τριετίας. Σε έλεγχο με αξονική τομογραφία προ έτους είχε αναδειχθεί διαφυγή εντός του ανευρυσματικού σάκου και στη συνέχεια έλαβε χώρα αφαίρεση της ενδοαυλικής πρόθεσης και αντικατάστασή της με άλλη μεγαλύτερη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με την εξέταση με έγχρωμο και παλμικό Doppler απεικονίστηκε ανεύρυσμα κοιλιακής αρτηρίας με εύρος 5,8 cm (στον έλεγχο με αξονική τομογραφία προ έτους μετρήθηκε 5,7 cm), με παρουσία ενδοαυλικής πρόθεσης και διαφυγής εντός του ανευρυσματικού σάκου, με χαρακτηριστικές κυματομορφές τύπου to-and-fro.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συνεχιζόμενη ή υποτροπιάζουσα κυκλοφορία του αίματος στην ανευρυσματική κοιλότητα επί τα εκτός της ενδοαυλικής πρόθεσης, αποτελεί μία εκ των επιπλοκών των ενδοαυλικών μοσχευμάτων. Φυσιολογικά παρατηρείται ελάττωση του μεγέθους του ανευρύσματος μετά την τοποθέτηση ενδοαυλικού νάρθηκα και επομένως η διατήρηση ή αύξηση του μεγέθους υποδηλώνει παρουσία κυκλοφορίας και έξω από τον αυλό του νάρθηκα. Αιτίες για την ανάδειξη κυκλοφορίας αίματος γύρω από την ενδοαυλική πρόθεση, αποτελούν η ύπαρξη ελλείμματος στην πρόθεση ή στη θέση συμβολής της πρόθεσης με το αρτηριακό τοίχωμα και η παλινδρομη ροή μέσω μιας λαγόνας αρτηρίας, της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας ή μιας οσφυϊκής αρτηρίας. Παρόλο που η πρόελευση της κυκλοφορίας του αίματος έξω από τον αυλό του ενδοαυλικού νάρθηκα προσδιορίζεται καλύτερα με αξονική τομογραφία, και η μέθοδος του Triplex αγγείων είναι αξιόπιστη για τον έλεγχο της διαφυγής εντός του ανευρυσματικού σάκου.



**117. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ (IDDVT) ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ. ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ**

Β. Καράμπελας, Α. Αττάρδ, Σ. Κωτσάκου, Π. Φιλιπούσης, Λ. Θάνος  
*Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν.Ν.Θ.Α 'Η Σωτηρία'*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των ακτινολογικών ευρημάτων σε ασθενείς με επιβεβαιωμένη πνευμονική εμβολή και μεμονωμένη απομακρυσμένη θρόμβωση (IDDVT). Διεθνείς μελέτες και συσχέτιση με νεοπλασματικές νόσους.

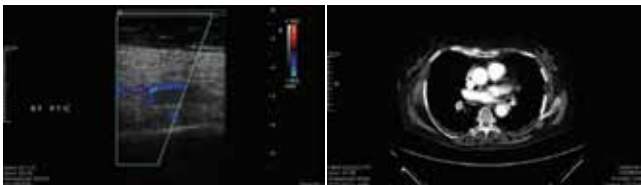
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Διάγνωση θρόμβωσης σε μεμονωμένα αγγεία περιφερικότερα της ιγνυακής φλέβας (άπυ φλεβικό σύστημα) με τη χρήση του έγχρωμου υπερηχογραφήματος και του υπερηχογραφήματος συμπίεσης σε όλο το μήκος του σκέλους. Ασθενείς με επιβεβαιωμένη πνευμονική εμβολή μέσω αξονικής τομογραφίας (CTPA).

**ΕΥΡΗΜΑΤΑ:** Αναγνώριση αποφρακτικής ή μη αποφρακτικής θρόμβωσης σε μία εκ των οπισθίων κνημιαίων φλεβών ή σε μία εκ των περονιαίων φλεβών στο ένα μόνο σκέλος των ασθενών, με χαρακτηριστικό έλλειμμα πλήρωσης και αδυναμία συμπίεσης του αυλού στο έγχρωμο Doppler. Σπανιότερη ανάδειξη θρόμβωσης στην υποκνημίδα φλέβα ή τους υποκνημίδιους κόλπους.

Τυπική εικόνα σκιαγραφικών ελλειμμάτων στα πνευμονικά αγγεία στον έλεγχο με πρωτόκολλο πνευμονικής εμβολής στην υπολογιστική τομογραφία θώρακος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μεμονωμένη απομακρυσμένη θρόμβωση στα κάτω άκρα (IDDVT) μπορεί να αποτελέσει την αιτία πνευμονικής εμβολής. Η μελέτη της συχνότητας και της συσχέτισης σε ασθενείς με νεοπλασματικές νόσους, αποτελεί το ενδιαφέρον πολλαπλών διεθνών μελετών.

Παραπέρα μελέτες είναι σκόπιμο να διενεργηθούν, ειδικότερα σε νοσοκομεία με εξειδικευμένο αντικείμενο τις νεοπλασίες και τις πνευμονικές νόσους, με σκοπό την αποτελεσματικότερη επιλογή αντιπηκτικής αγωγής.



**119. ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΩΔΟΥΣ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ-ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ**

Α. Παπαθεοδωροπούλου, Σ. Κωτσάκου, Α. Αττάρδ, Λ. Θάνος  
*Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν.Ν.Θ.Α 'Η Σωτηρία'*

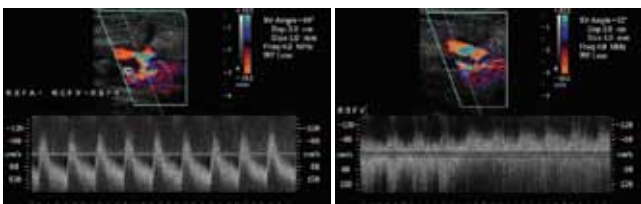
**ΣΚΟΠΟΣ :** Η παρουσίαση απεικονιστικών ευρημάτων αρτηριοφλεβικού συριγγίου μηριαίας φλέβας και επιπόλης μηριαίας αρτηρίας υπό υπερηχοτομογραφικό έλεγχο.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα ασθενής 62 ετών προσήλθε για έγχρωμο υπερηχογράφημα φλεβών κάτω άκρων με υποψία θρόμβωσης μετά από τοποθέτηση και στη συνέχεια αφαίρεση κεντρικού φλεβικού καθετήρα στη δεξιά μηριαία φλέβα

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

- Ανάδειξη αυλού επικοινωνίας μεταξύ της επιπόλης μηριαίας αρτηρίας και της μηριαίας φλέβας.
- Κατά τον έλεγχο με το έγχρωμο υπερηχογράφημα η αιματική ροή ελέγχεται με στροβιλισμό εντός του αυλού επικοινωνίας και εγγύς του συριγγίου
- Υψηλή ταχύτητα ροής και αρτηριοποιημένη κυματομορφή παρατηρείται στη μηριαία φλέβα πλησίον του συριγγίου
- Υψηλή διαστολική ταχύτητα ροής στην αρτηρία εγγύς του συριγγίου
- Κατά τον έλεγχο με το έγχρωμο υπερηχογράφημα παρατηρείται παρουσία χρώματος στους περιαγγειακούς ιστούς (εστιακό τεχνητό σφάλμα ιστικής δόνησης)
- Στον αυλό επικοινωνίας παρατηρείται κατά την φασματική ανάλυση του σήματος Doppler φασματικό πρότυπο «προς και από»

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η έγχρωμη υπερηχοτομογραφία θεωρείται μια αξιόπιστη εξέταση, μη επεμβατική, με χαμηλό κόστος, χωρίς ακτινοβολία, η οποία μπορεί συχνά να οδηγήσει σε μια ακριβή και γρήγορη διάγνωση του αρτηριοφλεβώδους συριγγίου.



**118. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ ΜΕΣΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΥΠΟΠΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Ε. Βολακάκη, Ε. Γιουτλάκη, Θ. Αναστασιάδη, Α. Χαλαζωνίτης  
*Ακτινολογικό Τμήμα, Τμήμα Υπερηχοτομογραφίας, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση του ρόλου της ψηφιακής μαστογραφίας μετά την ενδοφλέβια χορήγηση ιωδιούχου σκιεράς ουσίας (CESM) για την ανάδειξη ύποπτης αλλοίωσης στην περιοχή του μαστού, καθώς και τη συσχέτιση των ευρημάτων αυτών με το λοιπό απεικονιστικό έλεγχο. Η εν λόγω εξέταση πραγματοποιείται σε γυναίκες που έχουν ήδη υποβληθεί σε μαστογραφικό έλεγχο με ψηφιακή μαστογραφία και έχει αναδειχθεί ύποπτη βλάβη η οποία βλάβη στην CESM απεικονίζεται με παθολογική πρόσληψη του σκιαγραφικού μέσου και αυξημένη σκιερότητα της εν λόγω περιοχής.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα 42 ετών προσήλθε στο Γ.Ν.Αλεξάνδρα για τον προγραμματισμένο ετήσιο έλεγχο με ψηφιακή μαστογραφία και υπέρηχο μαστών. Από την ψηφιακή μαστογραφία ανευρέθη οζώδης σκίαση με ανώμαλα όρια στην 1η ώρα του δεξιού μαστού καθώς και πολλαπλές οζώδεις σκιάσεις στους μαστούς άμφω. Ακολούθησε υπερηχογράφημα μαστών ο οποίος ανέδειξε υποηχογενή περιοχή με ασαφή όρια και αυξημένη αιμάτωση στο βασικό εύρημα ενώ οι υπόλοιπες οζώδεις σκιάσεις αναγνωρίστηκαν ως σχηματισμοί σαφών ορίων με πτωχή αιμάτωση που αποδίδονται σε ινοαδενώματα. Στην συνέχεια η ασθενής υπεβλήθη σε ψηφιακή μαστογραφία με (CESM) όπου οι εν λόγω παθολογικές περιοχές παρουσίασαν αυξημένη πρόσληψη του σκιαγραφικού μέσου.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η βιοψία που ακολούθησε ανέδειξε πορογενές διηθητικό καρκίνωμα in situ στην βλάβη της 2η ώρας του αριστερού μαστού ενώ και τα υπόλοιπα 3 ινοαδενώματα που ελήφθησαν και από τους δυο μαστούς στην ιστολογική εξέταση αναδείχθηκαν ως πορογενές διηθητικό καρκίνωμα in situ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Η CESM βοηθάει στην ανεύρεση κακοηθών βλαβών του μαστού οι οποίες δύσκολα αναγνωρίζονται στην ψηφιακή μαστογραφία και αποτελεί ένα διαγνωστικό εργαλείο που αυξάνει το ποσοστό ακρίβειας στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

**120. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΙΩΠΛΗ ΡΗΞΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ – ΠΡΩΤΟΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΟΙΛΙΑΣ**

Β. Καράμπελας, Α. Αττάρδ, Μ. Κωτσάκου, Σ. Αραποστάθη, Λ. Θάνος  
*Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης Και Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΠΓΝΝΘΑ 'Η Σωτηρία'*

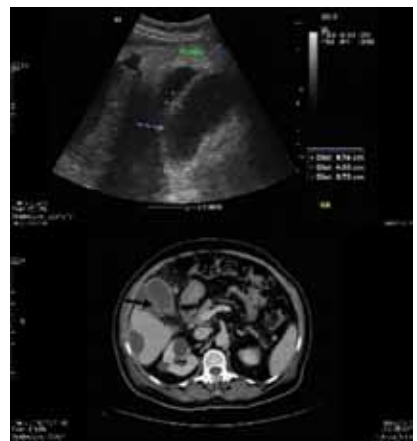
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ρήξης της χοληδόχου κύστεως σε ασθενή χωρίς κλινική συμπτωματολογία οξείας χολοκυστίτιδας.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 76 ετών, ο οποίος προσήλθε με εμπύρετο (38,5 C) από δημέρου, υπό αντιβιοτική αγωγή. Ο ασθενής εισήχθη με ακτινογραφικά ευρήματα υπεζωκοτικής συλλογής δεξιά και ανύψωσης του ημιαφράγματος συστοίχως, χωρίς συμπτώματα από την κοιλία και πιθανή διάγνωση πνευμονίας.

**ΕΥΡΗΜΑΤΑ:** Σε υπερηχογραφικό έλεγχο της άνω κοιλίας ανεδείχθη εικόνα χολοκυστίτιδας με παρουσία χολικής λάσπης, πάχυνσης και οιδήματος της χοληδόχου κύστεως, περιοχές περιχολοκυστικής συλλογής και ασυνέχειας του τοιχώματος. Ετέθη επίσης, η υποψία ηπατικής αποστηματικής συλλογής. Διενεργήθηκε περαιτέρω έλεγχος με CT κοιλίας. Ο ασθενής χειρουργήθηκε επιτυχώς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πιθανότητα οξείας χολοκυστίτιδας και διάτρησης της χοληδόχου κύστεως δεν συσχετίζεται πάντα με ανάλογη κλινική συμπτωματολογία από την κοιλία.

Το υπερηχογράφημα αποτελεί διαγνωστικά μία άμεση μέθοδο ελέγχου, ικανή να αποκλείσει ή να επιβεβαιώσει τέτοιες σοβαρότητας παθολογία της χοληδόχου κύστεως.



## 121. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΠΑΙΔΩΝ «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» ΚΑΙ «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»

Μ. Κουδουνά

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

**ΣΤΟΧΟΣ:** της εισήγησής μας είναι να παρουσιάσουμε και να αναδείξουμε το ρόλο του Σχολείου και του Εκπαιδευτικού μέσα και έξω από το Νοσοκομείο για το παιδί που νοσηλεύεται. Σε αυτές τις Σχολικές Μονάδες μπορούμε να αναδείξουμε την αποστολή μας με τη ζεστασία του προσωπικού – επιστημονικού λόγου, την απόδειξη της αγάπης, τη βεβαίωση της «ΕΛΠΙΔΑΣ» και ότι «μοιρασμένη χαρά είναι διπλή χαρά και μοιρασμένη λύπη είναι μισή λύπη». Να διδάσκει σημαίνει να τίθεται σε κίνηση, να συγκρατεί, να καταλαβαίνει, να μαθαίνει. «Να διδάσκει όχι μόνο ως προς το βάθος (την ουσία), αλλά και ως προς το σχήμα (τη συμπεριφορά)». Να είσαι ικανός να επιστρέφεις πράγματα, «να έχεις πρόταση δυνατή και σταθερή» (Καγιατ, 2013:89). Η συμπληρωματικότητα της συνεργασίας όλων των επιστημονικά καταρτισμένων εργασιακών ομάδων του Νοσοκομείου όπως Ιατρικό προσωπικό, Νοσηλευτικό προσωπικό, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, αλλά και των συνοδών ασθενών, φοιτητών, γονέων, εθελοντών στάθηκε αποτελεσματική και στα πλαίσια της Ολιστικής Ιατρικής αναπτέρωσε την ελπίδα και έκανε γρηγορότερη την αποθεραπεία πολλών μαθητών μας. Ήταν καθοριστική και πολύτιμη για την ολιστική θεραπευτική αντιμετώπισή τους, οδηγώντας τους με ανακουφιστική πορεία στη συντομότερη έξοδο από τα προβλήματα τους και επαναφέροντάς τους ομαλά σε φυσιολογικό τρόπο ζωής. Τα Σχολεία των Νοσοκομείων Παιδών «Αγία Σοφία» και «Π. & Α. Κυριακού» ιδρύθηκαν ως Σχολεία Γενικής Παιδείας (και έτσι πρέπει να παραμείνουν) με τα Προεδρικά Διατάγματα: 1) Π.Δ 408 του 1988 (Φ.Ε.Κ 189, τ. Α/29-8-1988) και 2) Π.Δ, 289 του 1990 (Φ.Ε.Κ 114/τ.Α/31-8-1990) αρχικά ως διθέσια και αργότερα με Υπουργική Απόφαση (Φ.Ε.Κ 764, τ. Β'/24 Ιουλίου 1998, προήχθησαν σε εξθέσια, έτσι όπως λειτουργούν έως σήμερα. Ετησίως διδάσκονται ξεχωριστά σε κάθε ένα από αυτά τα σχολεία περίπου 500 μαθητές. Από την εμπειρία μου στο χώρο της Νοσοκομειακής Εκπαίδευσης, σκοπός του Νοσοκομειακού Σχολείου είναι να προσφέρει σχολική ετοιμότητα, κάλυψη μαθησιακών κενών, και τη σύνδεση των μαθητών μας με τις δυνάμεις της καρδιάς για να αποθεραπευτούν πιο εύκολα. Τέτοιες δυνάμεις μπορούν να είναι η διαίτιση, η πρόθεση, η ευγνωμοσύνη, η συγχώρηση, η προσαρμοστικότητα και η αγάπη. Η αναγκαιότητα της ίδρυσης των συγκεκριμένων σχολείων, προέκυψε από την υπογραφή της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού (Convention on the Rights of the Child), που υπογράφηκε από τη Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε το 1989 και τέθηκε σε ισχύ στις 2 Σεπτεμβρίου του 1990. Μέχρι και το έτος 2015, η Σύμβαση είχε επικυρωθεί από 196 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, η οποία επικύρωσε τη Σύμβαση με το Ν. 2101/1992, «Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού» (Φ.Ε.Κ 192, Τεύχος Α'/2 Δεκεμβρίου 1992). Στηριχθήκαμε τόσο στα δεδομένα που προέρχονται από τη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία, όσο και στην επέκταση και τον μετασχηματισμό τους για τη μελέτη στο χώρο του Νοσοκομείου, όσο και στην διαδοχή «προσέγγιση της αγάπης» η οποία είναι οικουμενική αξία και επιβλητικά εναρμονίζεται και συνδυάζεται με κοινωνικές, φιλοσοφικές, ιατρικές, ψυχολογικές, παιδαγωγικές εκφάνσεις και διαπιστώσεις.

## 123. Ο ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Μ. Κιάκου<sup>1</sup>, Κ. Καλλιανίδου<sup>2</sup>, Χ. Τσιτζίρη<sup>3</sup>, Ν. Τσουκαλάς<sup>3</sup>

<sup>1</sup>401 ΓΣΝΑ, <sup>2</sup>ΑΧΕΠΑ, <sup>3</sup>Ογκολογικό Τμήμα, Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μ.Τ.Σ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο ρόλος του νοσηλευτή έχει σαφώς μεταβληθεί σε σύγκριση με το παρελθόν, ιωθόμενος στην εξέλιξη του τόσο από κοινωνικοοικονομικές συγκυρίες, όσο και από την ανταγωνιστικότητα που η δια βίου εκπαίδευση υποθάλπει, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες και να εξασκούν δεξιότητες οι οποίες στο παρελθόν ήταν εξολοκλήρου ιατρικής πρακτικής.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εξέταση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων που ενέχει η διεύρυνση του νοσηλευτικού ρόλου και η διερεύνηση της ετοιμότητας και των αποτελεσμάτων της εφαρμογής του μέτρου αυτού στο ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε μελέτη τόσο της διεθνούς όσο και της εγχώριας σχετικής βιβλιογραφίας, με επικέντρωση στην έννοια της διεύρυνσης του ρόλου, καθώς και στο νομικό πλαίσιο που καλύπτει αυτόν το ρόλο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πίσω από τον περιορισμό του νοσηλευτικού ρόλου παραμένει ανεκμετάλλευτο ένα τεράστιο γνωστικό δυναμικό, το οποίο εκδηλώνει έντονα την επιθυμία για θέσπιση καθηκοντολογίου ενός διευρυμένων δυνατοτήτων. Επιπλέον, η αναβάθμιση του ρόλου του νοσηλευτή υπαγορεύεται θετικά και από την ανάγκη εξοικονόμησης οικονομικών πόρων και ελάττωσης του φόρτου εργασίας των ειδικευμένων. Παρά τα όποια θετικά επιχειρήματα όμως, έντονες κρίνονται οι διαφωνίες από τον ιατρικό κλάδο που τίθεται κάθετα κατά της νομιμοποίησης μιας πιθανής διεύρυνσης, η οποία θα οδηγούσε σε όξυνση των επαγγελματικών σχέσεων και αποδιοργάνωση στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Είναι γεγονός ότι, οι πενήχρες αμοιβές, η απουσία κινήτρων, η έλλειψη προσωπικού και η συνακόλουθη επαγγελματική εξουθένωση που χαρακτηρίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, καθιστούν ανεφάρμοστη και μη ρεαλιστική τη διεύρυνση, παρ' όλα τα ευεργετικά αποτελέσματα του μέτρου σε διεθνές επίπεδο.

## 122. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ

Ε. Μπεχράκη, Ε. Μαυρικάκη

*Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

**ΣΚΟΠΟΣ** Ο εγγραμματοςμός στην υγεία αναγνωρίζεται από την παγκόσμια κοινότητα ως καθοριστικός παράγοντας για την υγεία. Έρευνες έχουν αναδείξει τη σύνδεσή του με την ανάπτυξη και υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας καθώς και την κατάσταση υγείας των ατόμων, ενώ θεωρείται ότι δύναται να συμβάλλει στην προώθηση της ισότητας σε θέματα υγείας. Όμως, ενώ ο εγγραμματοςμός στην υγεία σε επίπεδο ενηλίκων έχει διερευνηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, λιγοστή παραμένει η έρευνα αναφορικά με εφήβους. Η παρούσα εργασία αφορά βιβλιογραφική ανασκόπηση που στόχο έχει την απάντηση των εξής ερευνητικών ερωτημάτων: α) ποια έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης του εγγραμματοςμού στην υγεία έχουν κατασκευαστεί διεθνώς και β) ποια τα χαρακτηριστικά τους.

**ΥΛΙΚΟ** Διερεγγήθη συστηματική έρευνα στις βάσεις δεδομένων SCOPUS, PUBMED και ERIC για τον εντοπισμό άρθρων τα οποία έχουν δημοσιευθεί μεταξύ 1985 (πρώτη εμφάνιση άρθρου στο SCOPUS με τον όρο στον τίτλο του) και 2016 (08-2016) και τα οποία αναφέρονται σε εργαλεία μέτρησης εγγραμματοςμού υγείας εφήβων έως 19 ετών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Συνολικά προέκυψαν δεκαεπτά άρθρα. Ένας σημαντικός αριθμός αυτών μελετά τον εγγραμματοςμό στην υγεία σε ειδικές ομάδες και με ειδική θεματολογία. Κάποια εργαλεία αποτελούν προσαρμογές εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν σε ενήλικες. Υπάρχουν εργαλεία αυτοαναφοράς και εργαλεία που αφορούν σε εκτίμηση κατόπιν επιτέλεσης κάποιας συγκεκριμένης εργασίας. Διαφαίνεται για τάση ανάπτυξης εργαλείων αξιολόγησης και μέτρησης του εγγραμματοςμού στην υγεία ως μια πολυδιάστατη έννοια χωρίς ωστόσο να υφίσταται εργαλείο που να τον διερευνά συνολικά, αλλά μόνο κάποιες επιμέρους διαστάσεις του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Παρά την αυξανόμενη τάση εκτίμησης του εγγραμματοςμού στην υγεία σε εφήβους, περαιτέρω έρευνα είναι αναγκαία ώστε να λαμβάνει υπόψη τις ιδιαιτερότητες του εφηβικού πληθυσμού.

## 124. ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μ. Κιάκου<sup>1</sup>, Κ. Καλλιανίδου<sup>2</sup>, Μ. Τόλια<sup>3</sup>, Ν. Τσουκαλάς<sup>3</sup>

<sup>1</sup>401 ΓΣΝΑ, <sup>2</sup>ΑΧΕΠΑ, <sup>3</sup>Ογκολογικό Τμήμα, Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μ.Τ.Σ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η έννοια της υποκίνησης, ως ψυχολογικός, συναισθηματικός και νοητικός ερεθισμός, που κινητοποιεί το άτομο προς την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου, υπήρξε αντικείμενο θεώρησης πολλών επιστημόνων. Η υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού του ελληνικού δημοσίου τομέα, είναι ένα ακόμα πιο ελκυστικό πεδίο διερεύνησης, λόγω του σημαίνοντα κοινωνικού ρόλου του νοσηλευτή και των ιδιαίτερων επαγγελματικών συνθηκών, των οικονομικών συγκυριών και των κοινωνικοπολιτικών εξελίξεων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Με τις γνώμονα τις υπάρχουσες μελέτες, θα γίνει διερεύνηση των παραγόντων που υποκινούν το νοσηλευτικό προσωπικό στην εκτέλεση των καθηκόντων του στο ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε μελέτη τόσο της διεθνούς όσο και της εγχώριας σχετικής βιβλιογραφίας σε σχέση με τους παράγοντες που προβάλλονται από τους νοσηλευτές ως κίνητρα για εργασία, καθώς και τις πρακτικές που υιοθετούν γενικά οι δικήσεις για το σκοπό αυτό,

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην πλειοψηφία των μελετών, το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ως κορυφαίο παράγοντα υποκίνησης του τα «επιτεύγματα», μια παράμετρο που ενδόμυχα καλύπτει ανάγκες όπως η αποδοχή, ο σεβασμός και η αναγνώριση και έπονται κατά σειρά οι διαπροσωπικές σχέσεις, η αμοιβή και τα χαρακτηριστικά εργασίας. Βέβαια οι παράγοντες που υποκινούν το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι εφικτό να προσδιοριστούν ενιαία και με ακρίβεια, καθώς πέραν της ετερογένειας του, και της ποικιλίας των συνθηκών εργασίας, ο νοσηλευτικός κλάδος επηρεάζεται άμεσα από τις παραχώρες κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο νοσηλευτικός κλάδος είναι στην Ελλάδα ένας κλάδος καταπιεσμένος, που υποφέρει από την έλλειψη κινήτρων και την εργασιακή εξουθένωση. Οι διοικήσεις οφείλουν να ενισχύουν την αποδοτικότητα του προσωπικού μέσω της επίτευξης εργασιακής ικανοποίησης και αυτοπραγμάτωσης και όχι μόνο μέσω της κάλυψης βιοποριστικών αναγκών.

**125. Η ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗ**

Δ. Σημαντηράκη, Α. Τσίγκας, Σ. Καραγιωβανάκη  
Τμήμα Κλινικής Έρευνας, Eipen Pharmaceutical Co Inc

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή με ατορβαστατίνη είναι σημαντική για τους ασθενείς με υπερλιπιδαιμία και άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. **ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ατορβαστατίνης στην επίτευξη του στόχου των λιπιδίων, LDL-C, HDL-C, T-CHOL, στα δοσολογικά σχήματα των 20 & 40mg καθώς και η εκτίμηση του 10ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου με τους πίνακες SCORE. Εκτιμήθηκε επιπρόσθετα η συμμόρφωση στην θεραπεία με την κλίμακα 8-item Morisky Medication Adherence Scale.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μη παρεμβατική, πολυκεντρική κλινική μελέτη παρατήρησηςστην οποία εντάχθηκαν 721 ασθενείς (484 άνδρες), ηλικίας 62±12 ετών. Σε επαναλαμβανόμενες ιατρικές επισκέψεις 0,2,4 μηνών καταγράφηκαν ο 10ετής καρδιαγγειακός κίνδυνος, η κατηγορία του κινδύνου (SCORE) και η συμμόρφωση στη θεραπεία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 50% των ασθενών είχε αμιγή και μεικτή δυσλιπιδαιμία, το 30% υπερχοληστερολαιμία, το 7% οικογενή δυσλιπιδαιμία ενώ το 13% υπερλιπιδαιμία. Στο βασικό χρόνο το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών ήταν: TCHOL 223±51 mg/dL - LDL 143±43mg/dL - TG 162±78mg/dL - HDL 44±13mg/dL. Με το πέρασ 4 μηνών θεραπείας καταγράφησαν μειωμένες τιμές TCHOL (175±36mg/dL, p < 0,001) - LDL(100±30mg/dL, p < 0,001) και TG(138±48mg/dL, p < 0,001). Στις τιμές HDL, παρατηρήθηκε μικρή αύξηση (48±12mg/dL, p < 0,001). Η εκτίμηση του 10ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου μειώθηκε αφ ενός στο ποσοστό των ασθενών από 90 σε 40% και αφ ετέρου στο σύνολο μειώθηκε η κατηγορία (επίπεδο) κινδύνου. Πλήρη συμμόρφωση στη θεραπεία παρουσίασε το 35% των ασθενών βάσει του 8-MMAS ερωτηματολογίου ενώ τη μη συμμόρφωση το 22% κατά την 1ηεπίσκεψη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συμμόρφωση αποτελεί σημαντικό παράμετρο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας με Ατορβαστατίνη στην υπερλιπιδαιμία καθώς στη μείωση του και του 10ετή κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων

**127. 16S RRNA ΜΕΘΥΛΟΤΡΑΝΣΦΕΡΑΣΣ. ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΑΜΙΝΟΓΛΥΚΟΣΙΔΩΝ**

Κ. Ναυπλιώτη<sup>1</sup>, Ε. Γαλάνη<sup>1</sup>, Ε. Μωραϊτού<sup>2</sup>, Π. Γιαννοπούλου<sup>3</sup>, Π. Χρυσά<sup>4</sup>, Μ. Δαμάλας<sup>5</sup>, Ε. Βογιατζάκης<sup>2</sup>, Ε. Τρίκκα-Γραφάκου<sup>3</sup>, Β. Μπάκα<sup>4</sup>, Ε. Πρίφτης<sup>5</sup>, Ε. Γιαμαρέλλου<sup>6</sup>, Μ. Σουλής<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Έρευνητικό Εργαστήριο Λοιμώξεων και Αντιμικροβιακής Θεραπείας, Δ΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», <sup>3</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ελευσίνιας «Θριάσιο», <sup>4</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ», <sup>5</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», <sup>6</sup>6η Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Υγεία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μεθυλιώση του 16S rRNA είναι ένας μηχανισμός που προσδίδει υψηλού επιπέδου αντοχή στις αμινογλυκοσίδες στα Gram-αρνητικά. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης 16S rRNA μεθυλο-τρανσφεράσων σε Gram-αρνητικά στελέχη που απομονώθηκαν το πρώτο εξάμηνο του 2016 καθώς και η συνύπαρξη τους με καρβαπενεμάσες σε στελέχη *Klebsiella pneumoniae*.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Ελέγχθηκαν δύο συλλογές στελεχών για παραγωγή 16S rRNA μεθυλοτρανσφεράσων. Η μία περιλάμβανε κλινικά Gram-αρνητικά στελέχη (ένα ανά ασθενή) ανθεκτικά σε αμικασίνη και γενταμικίνη (n=174), που συλλέχθηκαν συνεχόμενα σε μία περίοδο 6 μηνών (Ιανουάριος-Ιούνιος 2016) σε πέντε μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας. Η δεύτερη περιλάμβανε στελέχη *K.pneumoniae* που παρήγαγαν καρβαπενεμάση και είχαν απομονωθεί την περίοδο 2015-2106 σε 14 Ελληνικά νοσοκομεία. Όλα τα στελέχη εστάλησαν στο κεντρικό εργαστήριο για τον προσδιορισμό των MIC σε αμικασίνη, γενταμικίνη, τομπραμικίνη (4,6-A), απραμικίνη και νεομικίνη με τη μέθοδο της αραίωσης σε ζωμό. Τα στελέχη με MICs ≥256 mg/L στις 4,6-A ελέγχθηκαν περαιτέρω για ύπαρξη γονιδίων που κωδικοποιούν 16S rRNA μεθυλάσες (RMT) (*armA*, *rmfB*, *rmfC*, *rmfA*, *rmfD* και *rpmA*) με PCR. Η ύπαρξη καρβαπενεμάσων επιβεβαιώθηκε με PCR σε όλα τα RMT-θετικά στελέχη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στελέχη *Acinetobacter baumannii*, *Providencia stuartii*, *K.pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* και *Escherichia coli* ανθεκτικά σε αμικασίνη και γενταμικίνη, απομονώθηκαν στα συμμετέχοντα νοσοκομεία σε ποσοστά 67,8%, 55,1%, 10,3%, 10,1% και 0,4%, αντίστοιχα. Εκατό οκτώ στελέχη *A.baumannii* από τα 113 που ελέγχθηκαν (95,6%), έφεραν το γονίδιο *armA*. Η πλησιότητα των *armA*-θετικών στελεχών *A.baumannii* παρήγαγαν την καρβαπενεμάση OXA-23 (97,2%) ενώ μόλις τρία στελέχη, όλα από το ίδιο νοσοκομείο παρήγαγαν την OXA-24 (2,8%). Όλα τα στελέχη *P.stuartii* (n=14) παρήγαγαν μεταλλο-β-λακταμάση τύπου VIM και έφεραν το γονίδιο *rmfB*. Έντεκα από τα 29 στελέχη *K.pneumoniae* (37,9%) έφεραν το *rmfB* (n=10) ή το *armA* (n=1). Όλα τα *rmfB*-θετικά στελέχη παρήγαγαν καρβαπενεμάση τύπου KPC, ενώ το *armA*-θετικό στέλεχος παρήγαγε OXA-48-τύπου καρβαπενεμάση. Κανένα στέλεχος *P.aeruginosa* από τα 17 ανθεκτικά που ελέγχθηκαν δεν έφερε γονίδιο παραγωγής RMT, παρόλο που είχαν υψηλές MIC στις 4,6-A (>=512 mg/L). Ένα ανθεκτικό στέλεχος *E.coli* που ελέγχθηκε έφερε το *rmfB* και παρήγαγε KPC. Ο συνολικός επιπολασμός των *armA*-θετικών *A.baumannii* στελεχών ήταν 64,8% και των *rmfB*-θετικών *P.stuartii* στελεχών ήταν 55,1%. Στελέχη *K.pneumoniae* με *rmfB* ή *armA* απομονώθηκαν σε ποσοστό 3,9% ενώ βρέθηκε μόνο ένα *rmfB*-θετικό στέλεχος *E.coli* σε σύνολο 576 (0,2%). Επιπλέον ελέγχθηκε συλλογή 300 στελεχών *K.pneumoniae* που παρήγαγαν καρβαπενεμάση (KPC, VIM, NDM, OXA-48) και το ποσοστό των RMT-θετικών στελεχών βρέθηκε να είναι 8%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παραγωγή RMTs είναι ένας αναδυόμενος μηχανισμός αντοχής, ικανός να θέσει σε κίνδυνο την κλινική αποτελεσματικότητα των αμινογλυκοσίδων ακόμα και των νεότερων (π.χ.πλαζομικίνη) που δεν έχουν βρει ακόμα σε κλινική χρήση. Υψηλή επικράτηση των RMTs παρατηρήθηκε μεταξύ των στελεχών *A.baumannii* και *P.stuartii* που απομονώθηκαν στα συμμετέχοντα νοσοκομεία της Αθήνας, ενώ ο επιπολασμός των RMTs σε στελέχη *K.pneumoniae* αυξήθηκε από 0,4 το 2009 (Galani et al. CMI 2012), σε 3,9%. Όλα τα RMT-θετικά στελέχη παρήγαγαν καρβαπενεμάση, ενώ ο επιπολασμός των RMTs σε στελέχη *K.pneumoniae* που παρήγαγαν καρβαπενεμάση ήταν 8%.

**126. ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΡΑΝΣΑΙΜΙΑ**

Σ. Σολωμού<sup>1</sup>, Α. Καπάτας<sup>2</sup>, Θ. Καραουλάνη<sup>3</sup>, Σ. Τίγκας<sup>4</sup>, Α. Λουρουτζής<sup>5</sup>, Χ. Πάνου<sup>5</sup>, Ε. Παπαρίζου<sup>5</sup>, Ε. Ξανθοπούλου<sup>5</sup>, Α. Παπαναστασίου<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Διευθυντής, Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>2</sup>Διευθυντής, Παθολογικό - Ηπατολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>3</sup>Βιοπαθολόγος, Παθολογικό - Ηπατολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>4</sup>Επιστημονικός Συνεργάτης, Παθολογικό - Ηπατολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>5</sup>Ειδικευόμενος Παθολογίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα», <sup>6</sup>Διευθυντής, Βιοπαθολόγος, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι αυξημένες τιμές τρανσαμινασών μπορεί να είναι δείκτης ύπαρξης μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος (ΜΑΝΑΗ) και κυρίως σε ασθενείς με μεγάλο κίνδυνο όπως είναι τα παχύσαρκα άτομα.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στην έρευσία μας συμπεριλάβαμε 188 ασθενείς (Α/Γ=128/60 μέσης ηλικίας=51,3) με κεντρική παχυσάρκια και χωρίς ιστορικό ιογενούς ηπατίτιδας και κατάρρησης αλκοόλ. Στους ασθενείς έγινε μέτρηση της περιμέτρου μέσης, του δείκτη μάζας σώματος (ΒΜΙ), ηπατολογικός έλεγχος, μέτρηση τριγλυκερίδιων, και του δείκτη αντίστασης στην ινσουλίνη (HOMA-IR) καθώς και απεικονιστικό έλεγχο με U/S και CT άνω κοιλίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το ποσοστό της παρουσίας αυξημένων τιμών τρανσαμινασών ήταν 13,8% (N=29), από αυτούς οι 25 ήταν άνδρες και οι 4 γυναίκες (p < 0,020). Η μέση περίμετρος μέσης, η γGT, το ΒΜΙ, ο HOMA-IR και το U/S άνω κοιλίας με ύπαρξη λιπώδους διήθησης ήπατος ήταν σημαντικά αυξημένα σε ασθενείς με άνοδο των τρανσαμινασών. Στην ανάλυση μόνο το γένος (OR:1,8), τα τριγλυκερίδια (OR:2,3), ο HOMA-IR (OR:1,9) ήταν ανεξάρτητα σε σχέση με αυξημένα ALT-AST.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το άρρεν φύλο, οι τιμές τριγλυκερίδιων, ο HOMA-IR, αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την ύπαρξη υπερτρανσαμινασιμίας σε παχύσαρκα άτομα.

**128. ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ KLEBSIELLA PNEUMONIAE, ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΛΑΖΟΜΙΚΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΗΧΑΝΙΣΜΩΝ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΙΣ ΑΜΙΝΟΓΛΥΚΟΣΙΔΕΣ**

Κ. Ναυπλιώτη<sup>1</sup>, Ε. Γαλάνη<sup>1</sup>, Π. Αδάμου<sup>1</sup>, Η. Καραϊσός<sup>2</sup>, Ε. Γιαμαρέλλου<sup>2</sup>, Μ. Σουλής<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Έρευνητικό Εργαστήριο Λοιμώξεων και Αντιμικροβιακής Θεραπείας, Δ΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>2</sup>6η Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Υγεία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η πλαζομικίνη είναι μια νέας γενιάς αμινογλυκοσίδα που δημιουργήθηκε για να ξεπεράσει τους συνήθεις μηχανισμούς αντοχής. Η πλαζομικίνη περιέχει δομικές τροποποιήσεις που της επιτρέπουν να διατρήσει δραστηριότητα παρουσία τροποποιητικών ενζύμων των αμινογλυκοσίδων (ΑΜΕs) και δημιουργήθηκε για τη θεραπεία ασθενών με δύσκολες λοιμώξεις που προκαλούνται από πολυανθεκτικά εντεροβακτηριακά στελέχη, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που παράγουν ESBL, αλλά και των ανθεκτικών στις καρβαπενεμάσες. Μελέτησαμε την *in vitro* δραστηριότητα της πλαζομικίνης και άλλων αμινογλυκοσίδων και διερεύνησαμε τους υποκείμενους μηχανισμούς αντοχής στις καρβαπενεμάσες και στις αμινογλυκοσίδες σε στελέχη *K.pneumoniae* που παράγουν καρβαπενεμάση (CPR) που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια μιας πανελλαδικής επιδημιολογικής μελέτης σε ελληνικά νοσοκομεία.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Μελετήθηκαν 300 διαδοχικά κλινικά στελέχη CPR που απομονώθηκαν σε 14 νοσοκομεία από τον Νοέμβριο του 2014 έως και τον Αύγουστο του 2016. Μόνο ένα στέλεχος ανά ασθενή συμπεριελήφθη στην μελέτη. Ο προσδιορισμός των MICs έγινε με τη μέθοδο μικροαραίωσης σε ζωμό της CLSI και χρησιμοποιήθηκαν τα όρια ευαισθησίας της EUCAST. Σε όλα τα στελέχη ανιχνεύθηκαν τα γονίδια παραγωγής καρβαπενεμάσων και τροποποιητικών ενζύμων των αμινογλυκοσίδων ΑΜΕs (*aac(6)-Ib*, *aac(3)-Ila*, *aac(3)-Ia*, *aac(3)-IV*, *ant(2)-Ia*, *ant(3)-I*) με PCR, ενώ στα στελέχη με υψηλές MICs (≥128mg/L) σε όλες τις κλινικά χρησιμοποιούμενες αμινογλυκοσίδες επιπλέον ανιχνεύθηκαν τα γονίδια των 16S rRNA μεθυλάσων (RMTs), KPC & VIM, n=13; KPC & OXA, n=1; και NDM & OXA, n=2), 24 (8%) ήταν PDR, 73 (24,3%) XDR, 203 (67,7%) MDR και είχαν MIC50/MIC90 ≥64mg/L στις καρβαπενεμάσες. Τα στελέχη είχαν MIC50/MIC90 σε ενταλμικίνη, τομπραμικίνη, αμικασίνη και γενταμικίνη 128/>256, 32/256, 32/128 και 4/>256mg/L, αντίστοιχα. Οι MICs στην πλαζομικίνη κυμαίνονταν από 0.125 έως >256mg/L, με τις MIC50 και MIC90 να είναι 0.5 και 8mg/L, αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο 84,7% και στο 89,3% των στελεχών η ανάπτυξη ανεστάλη από την πλαζομικίνη σε συγκέντρωση ≤2mg/L και ≤4mg/L, αντίστοιχα. Είκοσι τρία (7,7%) στελέχη (16 KPC, 6 VIM και ένα KPC & OXA-48) είχαν MICs ≥64mg/L σε όλες τις κλινικά χρησιμοποιούμενες αμινογλυκοσίδες που ελέγχθηκαν και στην πλαζομικίνη και έφεραν τα γονίδια *rmfB* (n=22) ή *armA* (n=1) που κωδικοποιούν 16S rRNA μεθυλάσες. Μεταξύ των RMT-αρνητικών στελεχών η πλαζομικίνη είχε MIC50/MIC90 0.5/2mg/L, ενώ η γενταμικίνη 4/128mg/L.

Στην συλλογή μας, η AAC(6)-Ib ήταν το πιο κοινό ΑΜΕ, και βρέθηκε στο 57,3% των στελεχών, ακολουθούμενο από το ANT(3)-Ia στο 51,3% και το AAC(3)-Ia στο 20,3% των στελεχών. Τα AAC(6)-Ib και AAC(3)-Ia συσυπλήχον 12% των στελεχών ενώ τα AAC(6)-Ib, AAC(3)-Ia και ANT(3)-Ia συσυπλήχον σε 3,3% των στελεχών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πλαζομικίνη είναι δραστηρική έναντι των περισσότερων στελεχών *K.pneumoniae* που παράγουν καρβαπενεμάση, με MICs συστηματικά μικρότερες από αυτές των άλλων αμινογλυκοσίδων, ακόμα και παρουσία ΑΜΕs. Κανένα από τα στελέχη της συλλογής μας που παρήγαγαν NDM δεν παρήγαγε RMT, όπως έχει αναφερθεί σε στελέχη από άλλες χώρες, ενώ το 28,6% και το 8% των στελεχών που παράγουν VIM και KPC αντίστοιχα, έφεραν ένα γονίδιο RMT, κύρια το *rmfB*. Πρόσθετες μελέτες που θα εξετάζουν τον ρόλο της μειωμένης διαπερατότητας λόγω υπερέκφρασης αντλίων εκροής ή αλλαγών στην εξωτάτη μεμβράνη, θα πρέπει να γίνουν ώστε να διεκρινισθεί ο μηχανισμός που ευθύνεται για τις τιμές 4-8 mg/L στην MIC της πλαζομικίνης στο 7,6% των στελεχών μας.

## 129. ΑΝΤΟΧΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΟΥ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016

Ε. Σιατραβάνη<sup>1</sup>, Σ. Πετρούλια<sup>1,2</sup>, Β. Μυριαγκού<sup>1</sup>, Α. Ιερωνυμάκη<sup>2</sup>, Α. Πανοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Πλατσούκα<sup>3</sup>, Σ. Χρυσού<sup>2</sup>, Ε. Τζελέπη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Γονοκόκκου, Εργαστήριο Βακτηριολογίας Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων Αθηνών «Ανδρέας Συγγρός», <sup>3</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας - Πατησίων «Κωνσταντούλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η επιτήρηση της αντοχής του γονοκόκκου στα αντιβιοτικά στην Ελλάδα. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν όλα τα στελέχη *Neisseria gonorrhoeae* που συγκεντρώθηκαν στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Γονοκόκκου κατά το έτος 2016. Τα επίπεδα ευαισθησίας στα αντιβιοτικά προσδιορίστηκαν με Etest και αξιολογήθηκαν με κριτήρια EUCAST. Η πλασμιδιακή αντοχή στην πενικιλίνη και/ή την τετρακυκλίνη πιστοποιήθηκε με δοκιμασία νιτροσεφίνης, *tetM*-PCR και ανάλυση πλασμιδιακού περιεχομένου σε αгарόζη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σύνολο 160 στελεχών, τα ποσοστά πλασμιδιακής αντοχής, χρωμοσωματικής αντοχής και ενδιάμεσης ευαισθησίας προσδιορίστηκαν, αντίστοιχα, σε 26%, 10% και 64% για την πενικιλίνη και σε 18%, 18% και 32% για την τετρακυκλίνη. Δεκαεπτά στελέχη έφεραν ταυτόχρονα πλασμίδια αντοχής για την πενικιλίνη και την τετρακυκλίνη. Στην αζιθρομυκίνη, 15% των στελεχών ήταν ανθεκτικά και 27% ενδιάμεσης ευαισθησίας, ενώ η συχνότητα αντοχής στις νεότερες κινολόνες (QRNG, MIC σιπροφλοξακίνης >0,032mg/L) ανερχόταν σε 66%. Στις κεφαλοσπορίνες 3ης γενεάς (3ΓΚ), αντοχή (MIC>0,125mg/L) προσδιορίστηκε σε 19 στελέχη που ήταν όλα ανθεκτικά στην κεφοταξίμη (12%) και έξι από αυτά και στην κεφιζίμη (4%). Επιπλέον, αρκετά στελέχη είχαν οριακές τιμές MIC (0,125mg/L) κεφοταξίμης (13%) ή και κεφιζίμης (10%) και κεφτριαζόνης (2,5%). Τα 3ΓΚ-ανθεκτικά και οριακής ευαισθησίας στελέχη είχαν πολυανθεκτικούς φαινότυπους, με διασταυρούμενη αντοχή στις κινολόνες και μη-ειδική χρωμοσωματική αντοχή στα περισσότερα άλλα αντιβιοτικά. Όλα τα στελέχη ήταν ευαίσθητα στη σπεκτινομυκίνη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από τα παραπάνω αποτελέσματα και δεδομένης της μη-διαθεσιμότητας σπεκτινομυκίνης στη χώρα, προκύπτει ότι σήμερα μόνον η κεφτριαζόνη και η κεφιζίμη είναι σχετικά ασφαλείς για την εμπειρική θεραπεία της γονόρροιας στην Ελλάδα. Συνεπώς, η μειωμένη ευαισθησία στις 3ΓΚ που διαπιστώθηκε είναι ιδιαίτερα ανησυχητική και χρειάζεται εντατική επιτήρηση.

## 131. ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΝΙΧΝΕΥΘΕΝΤΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ FILMARRAY ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ

Ν. Τσαγκαράκης, Α. Σιδέρη, Α. Τριανταφύλλου, Π. Μακρίδης, Χ. Νικολιδάκη, Ι. Ζαννιπούλου, Ν. Νικολάου, Μ. Κωνσταντού, Α. Σταμουλακάτου, Ε. Παπαδογεωργάκη Κεντρικά Εργαστήρια, Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή του προφίλ των ανιχνευθέντων παθογόνων γαστρεντερικού, κατά την πρώτη εφαρμογή του FilmArray® Gastrointestinal Panel (FGP) σε κλινικά δείγματα.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήσαμε αναδρομικά τα αποτελέσματα του συνόλου των δειγμάτων που επεξεργάστηκαν κατά το τελευταίο έτος (Νοέμβριος 2015 – Νοέμβριος 2016) με το FGP, στα Κεντρικά Εργαστήρια του Ομίλου Υγεία. Το FGP είναι ένα multiplex PCR πάνελ που επιτυγχάνει ταυτόχρονη ταχεία διερεύνηση 22 παθογόνων (13 στόχους βακτηρίων, 5 ιών και 4 παρασίτων).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από ένα σύνολο 1041 δειγμάτων που επεξεργάστηκαν κατά το τελευταίο έτος με FilmArray®, 318/1041 (31%) ήταν δείγματα γαστρεντερικού (gastrointestinal samples ή GIs), εκ των οποίων τα 158/318 (49.7%) ήταν θετικά. Αυτά προήλθαν τόσο από άρρενα (80, 50.6%), όσο και από θήλεα (78, 49.4%), ενώ η πλειοψηφία (90/158, 57.0%) προήλθε από την ηλικιακή ομάδα (≥18, <65). Στο σύνολο των 158 θετικών δειγμάτων ανιχνεύθηκαν 193 παθογόνα, με την ακόλουθη σειρά συχνότητας: *Campylobacter sp* σε 43/158 (27.2%), *Clostridium difficile toxin A/B* σε 41/158 (25.9%), *Enteropathogenic E.coli (EPEC)* σε 33/158 (20.9%), *Salmonella sp* σε 18/158 (11.4%) και *Norovirus GI/GII* σε 12/158 (7.6%). Επισημαίνεται η επικράτηση της *Clostridium difficile toxin A/B* επί του *Campylobacter sp* στις ηλικίες (≥65) και η σχεδόν αποκλειστική ανίχνευση του *Norovirus GI/GII* στην ομάδα (≥18, <65). Πολλά παθογόνα (>1) ανιχνεύθηκαν σε 28/158 (17.7%). Μεταξύ αυτών, το EPEC ήταν το συχνότερα συν-απομονωθέν παθογόνο (18/28, 64.3%), ενώ τα συχνότερα μοτίβα συν-διασμού ανιχνευθέντων παθογόνων ήταν οι συνδυασμοί του EPEC με άλλο παθογόνο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εφαρμογή του FilmArray® σε κλινικά δείγματα ανέδειξε το *Campylobacter sp* ως κυρίαρχο παθογόνο, ακολουθούμενο από το *Clostridium difficile*, αλλά έδειξε και την αυξημένη πιθανότητα ανίχνευσης πολλαπλών παθογόνων. Αξιολογη, τέλος, φαίνεται η δυναμική συμβολή του στη διερεύνηση επιδημιών ιογενούς γαστρεντερίτιδας.

## 130. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ Φ.Ι.Α.Π. ΑΠΟ ΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ(ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ)-ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 2 ΕΤΩΝ

Π. Βορνωτάκης<sup>1</sup>, Α. Αναμορλίδης<sup>1</sup>, Σ. Σιβητίδου<sup>1</sup>, Α. Αλεξανδράκη<sup>2</sup>, Κ. Καφαντόγυ<sup>2</sup>, Σ. Τσιπλάκου<sup>3</sup>, Ε. Μπάκας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>2</sup>Νοσηλεύτριες επιτήρησης λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>3</sup>Μικροβιολογικό εργαστήριο, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η κατάδειξη του ποσοστού των ανθεκτικών λοιμώξεων σε ασθενείς με μακρά νοσηλεία(πέρα του μηνός) στο τμήμα Φ.Ι.Α.Π. του Γ.Ν.Α. ΚΑΤ.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναφερόμαστε στις 268 νοσηλείες των 2 προηγούμενων ετών(2015-2016) από τους οποίους οι 108 ήταν νέες εισαγωγές ενώ οι υπόλοιποι 160 ενδονοσοκομειακές διακομιδές. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από το γραφείο κίνησης του νοσοκομείου, από το γραφείο λοιμώξεων καθώς και από τους φακέλους των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 268 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας, οι 25 θεωρήθηκαν ως Νοσοκομειακή Λοίμωξη(Ν.Λ). Από αυτούς τους ασθενείς οι 12 είχαν νοσηλευθεί για μακρό χρονικό διάστημα στην Μ.Ε.Θ. του νοσοκομείου μας και στην συνέχεια επέστρεψαν στην κλινική μας για αποκατάσταση. Από τους υπόλοιπους 13 ασθενείς οι 10 παρουσίασαν ουρολοίμωξη από ανθεκτικά παθογόνα(*Klebsiella sp p </em>, Pseudomonas sp p </em>, Acinetobacter baumannii) και οι υπόλοιποι 3 λοιμώξεις τραύματος και αίματος.*

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο συγχρωτισμός των ασθενών διευκολύνει τις Ν.Λ.. Φαίνεται ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μ.Ε.Θ. για μεγάλα χρονικά διαστήματα διακομιζόμενοι απευθείας στους κοινούς θαλάμους της κλινικής μεταφέρουν και μεταδίδουν ανθεκτικά παθογόνα στους υπόλοιπους ασθενείς.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΠΡΟΤΑΣΗ:** Προτείνεται η απομόνωση εξ'αρχής των ασθενών που εξέρχονται από τις Μ.Ε.Θ. έως ότου αρνητικοποιηθούν και οι φορείς τους και στην συνέχεια να ενταχθούν σε κοινούς θαλάμους, παράλληλα-πάντα με τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης.

## 132. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΓΟΝΟΤΥΠΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ (ΕΠ)

Σ. Λυκούση<sup>1</sup>, Ν. Μάθου<sup>2</sup>, Β. Παπαστεργίου<sup>2</sup>, Ο. Κορδανούλη<sup>1</sup>, Α. Ευγενίδη<sup>2</sup>, Ζ. Ρούσου<sup>1</sup>, Ι. Καραγιάννης<sup>3</sup>, Ε. Πλατσούκα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό τμήμα, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντούλειο-Πατησίων», <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντούλειο-Πατησίων»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της γονοτυπικής ταυτότητας του ΕΠ ασθενών που σχετίζεται με την ανίχνευση μεταλλαγών αντοχής (R) στην κλαυθρομυκίνη (CLA) και στις κινολόνες (FQ).

**ΥΛΙΚΟ:** Στην βετία 2011-2016, από 101 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε γαστροσκόπηση, ελήφθησαν ιστοτεμάχια γαστρικού βλεννογόνου από τα οποία απομονώθηκε DNA(Qiagen)για μοριακή ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι: multiplex-PCR και του ανάστροφου υβριδισμού σε ταινίες (GenoTypeHelicoDR, Hain Lifescience, Germany). Προσδιορίστηκαν 3 σημειακές μεταλλαγές του γονιδίου 23S-rRNA (A2146-mut1, A2146C-mut2 και A2147G mut3) για αντοχή στην CLA και 4 σημειακές μεταλλαγές για τις FQ : 1 στο κωδικόνιο-87(mut1-N87K) και 3 (D91N-mut1, D91G-mut2 και D91Y-mut3)στο κωδικόνιο-91 του γονιδίου-gyrA.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 73/101(72.28%) ασθενείς βρέθηκαν θετικοί στο ΕΠ, με τη μοριακή μέθοδο. Ανιχνεύθηκαν 27/73 (36,93%) στελέχη CLA R, 5/73 (6,85%) FQ R και 5/73 (6,85%) με διπλή αντοχή CLA R και FQ R ταυτόχρονα. Η επικρατούσα μεταλλαγή στο γονίδιο 23S είναι η mut3( 20/27, 74,07%) και στο γονίδιο gyrA-91 η mut1(3/5, 60%). Τα στελέχη με διπλή αντοχή φέρουν τις δύο επικρατούσες μεταλλαγές (23S-mut3/gyrA91-mut1) σε ποσοστό 80% (4/5). Παρατηρούμε σημαντική αύξηση στο ποσοστό αντοχής στην CLA. Δεν παρατηρούμε αλλαγή ανά έτος στη συχνότητα εμφάνισης των μεταλλαγμένων γόνων που σχετίζονται με την αντοχή σε καθέναν αντιμικροβιακό παράγοντα ξεχωριστά, αλλά εμφάνιση νέου στελέχους που φέρει και τους δύο μεταλλαγμένους γόνους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μοριακή μέθοδος ταυτοποίησης του ΕΠ και ανίχνευσης των μεταλλαγών που σχετίζονται με αντοχή στα αντιβιοτικά CLA και FQ είναι εύκολα εφαρμόσιμη και ιδιαίτερα ευαίσθητη. Η ανίχνευση στελεχών με διπλή αντοχή δείχνει ότι η εμπειρική θεραπεία εκρίζωσης έχει πλέον καταστεί αναποτελεσματική. Επομένως η χρήση πρωτοκόλλων εξοτομείωσης της θεραπείας προτείνεται για επιτυχή εκρίζωση του ΕΠ.

### 133. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β & C ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ. ΚΛΙΝΙΚΟ- ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Β. Βιτώρος<sup>1</sup>, Ν. Αλεξίου<sup>1,2</sup>, Μ. Μπάκα<sup>3</sup>, Α. Ιωάννου<sup>1</sup>, Χ. Γιαννόπουλος<sup>1</sup>, Π. Κουρουτού<sup>1</sup>, Γ. Μαϊκαντή<sup>1</sup>, Κ. Γκιζελή<sup>1</sup>, Χ. Σερέτη<sup>3</sup>, Ι. Αποστολίδου<sup>3</sup>, Μ. Κουπετώρη<sup>1</sup>, Σ. Συμπάρδη<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Θριάσιο, <sup>2</sup>Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Θριάσιο, <sup>3</sup>Τμήμα Αιμοδοσίας, Γ.Ν. Θριάσιο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αναδρομική μελέτη παρατήρησης για την αξιολόγηση επιπολασμού της HBV και HCV λοίμωξης σε γενικό νοσοκομειακό πληθυσμό.Επισημαίνουμε την ιδιαιτερότητα της περιφέρειάς μας με σημαντική ανακατανομή πληθυσμού τις τελευταίες δεκαετίες λόγω εισροής οικονομικών μεταναστών από γειτονικές βαλκανικές χώρες με υψηλή ενδημικότητα CHB αλλά και από χώρες της Ανατολικής Ευρώπης με υψηλή ενδημικότητα CHC.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στην Α' Παθολογική Κλινική του Γ.Ν.«ΘΡΙΑΣΙΟ» το χρονικό διάστημα 1/1/2016-31/12/2016 νοσηλεύτηκαν 1680 ασθενείς.Ελέγχθηκαν για HBsAg και anti-HCV 382 ασθενείς(22,7%).Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε Παθολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου όπου ο ορολογικός έλεγχος των δεικτών ηπατίτιδας δεν αποτελεί μέρος του βασικού ελέγχου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διάμεση ηλικία: 67 έτη (18-84), 57% άνδρες, 91% Έλληνες. Ο επιπολασμός των HBsAg(+) και anti-HCV/HCV-INNOVIA(+) κατά τη διάρκεια της μελέτης ήταν 2,64% και 11.91% αντίστοιχα. Ασθενείς με HBV λοίμωξη: διάμεση ηλικία 59 έτη (27-83), 100% άνδρες, 80% Έλληνες, 53% γνωστό ιστορικό CHB, 65% με διαταραχή ηπατικών ενζύμων.Επιπολασμός της HBV λοίμωξης υψηλότερος σε μεγαλύτερες ηλικίες (>50 ετών). Ασθενείς με HCV λοίμωξη: διάμεση ηλικία τα 48 έτη(26-80), 70% άνδρες, 78,2% Έλληνες, 37% με γνωστό ιστορικό CHC, 24% με διαταραχή ηπατικών ενζύμων.Ο επιπολασμός της HCV λοίμωξης υψηλότερος σε νεαρότερες ηλικίες

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Κατά τον ΠΟΥ στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας ο επιπολασμός της HBV λοίμωξης εκτιμάται σε 2-8% και της HCV λοίμωξης σε 1.7%(0.6-7.5%) ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή. Τα αποτελέσματα μας παρόλο που αφορούν σε νοσοκομειακό πληθυσμό είναι σχετικά κοντά στα ποσοστά επιδημιολογικών μελετών. Αντιστοιχούν για την HBV λοίμωξη και είναι οριακά αυξημένα για την HCV λοίμωξη γεγονός που πιθανά σχετίζεται με την εισροή μεταναστών από χώρες της Ανατολικής Ευρώπης με υψηλή ενδημικότητα CHC.Παρέχονται πληροφορίες για τον επιπολασμό και τη νοσηρότητα από ιογενείς ηπατίτιδες και για τον προγραμματισμό της δημόσιας υγείας και τη διαμόρφωση στρατηγικών παρέμβασής.

### 134. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΑΠΟ ΑΙΧΜΗΡΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΠΙ ΜΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ

Σ. Γαβριήλ, Α. Χριστοδουλοπούλου, Α. Κουτσοβασιλής, Δ. Παπαδάκη, Γ. Κοκοτός, Μ. Μπουρίκου, Ο. Αποστόλου, Β. Κορδινάς, Π. Καρλέ, Θ. Πέππας  
Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελήμων»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Καθώς οι τραυματισμοί από αιχμηρά (ΤΑΑ) δεν είναι ασυνήθεις και αποτελούν αίτιο ανησυχίας στους επαγγελματίες υγείας (ΕΥ) μελετήθηκαν οι αναφορές των συμβαμάτων στην Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (ΕΝΛ) που κατεγράφο-ντο προοπτικά.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κάθε σύμβαμα ΤΑΑ σε ΕΥ ενθαρρυνόταν να αναφέρεται στην ΕΝΛ. Κατεγράφοντο όλες οι λεπτομέρειες του ΤΑΑ καθώς και η κατάσταση του ασθενούς, εις τον οποίο είχε χρησιμοποιηθεί το αιχμηρό ως προς αιματογενείς μεταδιδόμενους ιούς, ιστορικό ανοσοποίησης του ΕΥ για ηπατίτιδα Β οι οδηγίες στον ΕΥ και η παρακολούθησή του. Χρόνος καταχώρησης 1-1-2007 έως 31-10-2016. Καταχώρηση στοιχείων σε απλή φόρμα Excel.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην εν λόγω δεκαετία υπήρξαν συνολικά 280 αναφορές ΤΑΑ, 102 σε μέλη του Ιατρικού και σε 178 του νοσηλευτικού προσωπικού, μέση ηλικίας 29.4 ετών. Οι συνθήκες του ΤΑΑ ήταν συνηθέστερα η επανατοποθέτηση καλύμματος στην βελόνη (rescarring) σε 38%, από γυμνή βελόνη χωρίς rescarring (22%) βελόνη αφημένη σε νεφροειδές ή γάζες (12%) και κατά το χειρουργό (18%). Υπήρχε ανοσία στην ηπατίτιδα Β σε ποσοστό 72% των τραυματισθέντων ΕΥ. (διάμεση τιμή Αντι ΗΒsAb: 124.42) Ο χρόνος από τον ΤΑΑ ως την αναφορά στην ΕΝΛ προοδευτικά ελαττώθηκε, διαχρονικά, με διάμεση τιμή 4 ώρες περίπου κατά τα έτη 2015 και 2016. Εκθεση σε αία από HBV, HCV ή HIV οροθετικό ασθενή συνέβη σε 67 ΕΥ και αντιμετωπίστηκε αναλόγως, συμπεριλαμβανομένης της προσφοράς ή της σύστασης αντιρετροϊκής προφύλαξης. Δεν υπήρξε ορομετατροπή στους 67 αυτούς ΕΥ κατά το ενδεδειγμένο follow up.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια για έγκαιρη αναφορά στην ΕΝΛ σε ανάλογα συμβάματα ΕΥ για την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση και παρέμβαση. Παρά τα ικανοποιητικά ποσοστά ανοσίας έναντι της ηπατίτιδας Β ανάμεσα στους εκτεθέντες ΕΥ το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης επιδέχεται βελτίωση. Επίσης, ευνότητα, πρέπει να αποθαρρύνεται και να υπενθυμίζεται συνεχώς στους ΕΥ η αποφυγή αναφάλων των πρακτικών.

### 135. ΕΛΟΝΟΣΙΑ

Χ. Δαμουλάρη, Ε. Νικολακοπούλου  
Αττική

**ΕΛΟΝΟΣΙΑ**

**ΟΡΕΙΩΣ ΚΡΥΣΤΑΤΟΣ**

Κλινική εικόνα εμφάνισης με ελονοσία όπως υψηλός πυρετός με ρίγη και άλλα συμπτώματα όπως κεφαλαλγία,πόνος στη σπονδυλική στήλη,ναυτία,έμε-τος,διάρροια,βίχας.

**ΜΕΤΑΛΟΞΗ**

Κυρίακός μίστος του **θηλακού** γένους του κοινού **Anopheles** Δασεπρωϊνός Μετάγγιση αίματος και παράγγιν του Κοινή χρήση ούραρης ή βελόνες

Από τη μητέρα στο έμβryo (p. vivax, p. falciparum)  
ΕΙΔΗ ΠΛΑΣΜΟΔΙΟΥ  
p. falciparum (7-14 ημε-ρες επίσπαση)  
p. vivax (12-18 ημε-ρες επίσπαση)  
p. ovale (12-18 ημε-ρες επίσπαση)  
p. malariae (18-40 ημε-ρες επίσπαση)  
p. knowlesi



2011 54 εισαγόμενα 42 εγχώρια 96 σύνολο  
2012 79 εισαγόμενα 20 εγχώρια 99 σύνολο  
2013 22 εισαγόμενα 3 εγχώρια 25 σύνολο  
2014 38 εισαγόμενα 0 εγχώρια 38 σύνολο  
2015 79 εισαγόμενα 6 εγχώρια 85 σύνολο  
2016 83 εισαγόμενα 5 εγχώρια 88 σύνολο  
(έως 12/9/2016)

**ΚΥΚΛΟΣ ΖΩΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**  
**Συμπτώματα**  
Μη ειδικά πρόδρομα κρυπ-τιδα συμπτώματα  
Επιτίμωτο (πρωταίος πυρε-τός) με ρίγη  
Αποδομικά επεισόδια  
Σημεία  
Αναμία  
Ικτερός  
Ηπατο-σπληνομεγαλία  
Επί επιλεγμένης ελονοσίας (περισσότερα του ενός από τα καπνίτρω):  
Μεταξύ των επίθετο συνει-δητρεις  
Υπογαλαμία  
Σοβαρή αναμία (hct <7-8g/dl σε ενήλικες)



Υπερπαρασπαιμία (>2%)  
Αιμορραγία  
Νευρική ανεπάρκεια  
Οξείωση(pH<7.3)  
Πλευμονικό οίδημα  
Κυκλοφορική Καταπληξία  
**ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**  
Τυφοειδής πυρετός  
Ηπατίτιδα  
Δυσκαεσ ή άλλος αιμορραγικός πυρετός  
Γρίπη των πτηνών  
HIV λοίμωξη  
Μηνιγγιτίδα/Εγκεφαλίτιδα  
**ΔΙΑΓΝΩΣΗ**  
Ανίχνευση παρασίτου σε επίχρησιμα αίματα  
Ανίχνευση DNA του πλασμιδίου με μοριακές τεχνικές  
**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**  
Μη επιλεγμένη p.vivax ή p. ovale  
Υδροχλωρική ή Φωσφορική χλωροκίνη+Φωσφορική Πριμακίνη (διάρκεια αγωγής 14 ημέρες)  
Προσροχίτη Θεραπείας με Πριμακίνη/Έλεγχος G6PD  
2. Μη επιλεγμένο p.falciparum  
Παράγωγα Αρτεμισονίνη(DHA+PQP)-διάρκεια αγωγής 3 ημέρες ή Artemether-Lumefantrine-διάρκεια αγωγής 3 ημέρες  
ή Malariaone-5ε χρησιμοποιείται εάν έχει δοθεί ως χημειοπροφύλαξη-διάρ-κεια αγωγής 3 ημέρες  
3. Μη επιλεγμένη p.vivax σε περιοχές με αντοχή στη χλωροκίνη  
Παράγωγα Αρτεμισονίνη+Φωσφορική Πριμακίνη-διάρκεια αγωγής 3 ημέρες  
4. Επιλεγμένη ελονοσία  
Αρτεσονικό Οξύ+Κινδομωκίνη ή Δοξουκυκλίνη-διάρκεια αγωγής 3-7 ημέρες  
**ΔΙΑΟΡΙ**  
**ΟΡΕΙΩΣ ΚΡΥΣΤΑΤΟΣ**

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ**  
2010 114.958.075 κρούσματα  
2011 110.212.293 κρούσματα  
2012 120.173.635 κρούσματα  
2013 133.845.321 κρούσματα  
2014 135.983.789 κρούσματα  
2015 137.624.116 κρούσματα  
**ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΝΑ ΣΕΤΙΑ**  
2005 739.343  
2010 554.733  
2015 426.791



**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑ**  
1974 "Μόνο ελαφύθη ελονοσία"  
1974-2010 20-50 κρούσματα ελονοσίας  
2009-2016  
2009 44 εισαγόμενα 7 εγχώρια 51 σύνολο  
2010 40 εισαγόμενα 4 εγχώρια 44 σύνολο

### 136. ΑΝΔΡΑΣ 82 ΕΤΩΝ ΜΕ ΚΡΥΨΙΓΕΝΗ ΚΕΓΧΡΟΕΙΔΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Σ. Καλαντζή, Γ. Δρόσος, Χ. Λιάσκος, Α. Τόσκος  
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η κρυψιγενής κεχροειδής φυματίωση αποτελεί ένα από τα αίτια πυρετού αγνώστου αιτιολογίας, συνήθως σε ασθενείς άνω των 60 ετών με αρνητική mantoux.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 82 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνη-στικό, διεκομίσθη από περιφερικό νοσοκομείο, όπου νοσηλεύεταν για 8 ημέρες, λόγω εμπύρετου και μη παραγωγικού βήχα σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο Αθηνών για περαιτέ-ρω διερευνητική και αντιμετώπιση. Η παρούσα νόσος του ασθενούς άρχεται από 14ημέ-ρου, όπου ο ασθενής παρουσίαζε πυρετό έως 39°C με φρίκια τις απογευματινές κυρίως ώρες, με συνοδό μη παραγωγικό βήχα, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Για το λόγο αυτό νοσηλεύτηκε σε περιφερικό νοσοκομείο, όπου και υπεβλήθη σε έλεγχο, ο οποίος ήταν αρνητικός για δείκτες φλεγμονής (WBC, TKE, CRP), βρουκέλλα και ελονοσία και το μόνο παθολογικό εύρημα ήταν μία αυξημένη τιμή γ-GT:83U/l. Έλαβε εμπειρική αγωγή με Αμικικλίνη/Σουλμπακτάμη, Δοξουκυκλίνη και Κεφτριαξόνη, χωρίς ύφεση του εμπύ-ρετου και κατόπιν διεκομίσθη σε νοσοκομείο των Αθηνών για περαιτέρω διερεύνηση. Κατά την εισαγωγή του από την φυσική εξέταση δεν ανευρέθησαν παθολογικά σημεία, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο, δεν παρατηρήθησαν ανεβασμένοι δείκτες φλεγμο-νής (TKE:4mm, CRP:23mg/l), mantoux,wright, έλεγχος για ελονοσία, ΑΜΚ, καλλιέργεια ούρων, καλλιέργεια πτυέλων, ιολογικός έλεγχος για HBV, HCV, HIV, CMV, αντιπύματα για λειομάνια, αντι K39, ανοσολογικός έλεγχος, όλα ήταν αρνητικά, ενώ η μοναδική πα-θολογική τιμή ήταν γ-GT:114U/l. Από τον απεικονιστικό έλεγχο: ακτινογραφία θώρα-κος, U/S καρδιάς, U/S ήπατος-χοληφόρος-παγκρέατος-σπληνός-νεφρών, αξονική θώ-ρακος και άνω-κάτω κοιλίας, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στη διάρκεια της νοσηλείας του δεν ελάμβανε αντιβιοτική αγωγή και καθημερινά παρουσίαζε δύο πυρετικά κύμα-τα, έως 38,5°C, καθώς ανεκτά, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα και χωρίς νέα ευρήμα-τα από την φυσική εξέταση. Τέλος υπεβλήθη σε βιοψία ήπατος στα πλαίσια διερεύνη-σης πυρετού αγνώστου αιτιολογίας, όπου και διαπιστώθηκε παρουσία συρρεόντων και μεμονωμένων κοκκιωμάτων από επιθηλιοειδή κύτταρα και μεμονωμένα γιγαντοκύττα-ρα τύπου Langhans και φλεγμονώδεις διηθησίες από λεμφοκύτταρα στο παρέγχυμα με μικρό αριθμό εστιακών νεκρώσεων και σε οστεομελική βιοψία με παρουσία κοκ-κιωμάτων αντιστοιχών της βιοψίας ήπατος. Με βάση τα ανωτέρω τέθηκε η διάγνωση της κρυψιγενούς κεχροειδούς φυματίωσης και ο ασθενής έλαβε αγωγή με Ριφαμικί-νη, Ισονιαζίδιο, Εθαμβουτόλη και Πυρεθριναμίδη. Την τρίτη ημέρα μετά την έναρξη της αγωγής υφέθηκε το εμπύρετο και σταδιακά επανήλθε σε φυσιολογικές τιμές η γ-GT.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα εργασία παρουσιάστηκε ένα περιστατικό με κρυ-ψιγενή κεχροειδή φυματίωση, χωρίς αυξημένους δείκτες φλεγμονής, όπου τέθηκε η διάγνωση με βιοψία ήπατος.

### 137. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΣ ΑΠΟ ΠΡΑΣΙΝΙΖΟΝΤΕΣ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟΥΣ ΜΕ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ

Δ. Χρύσης, Δ. Κούκη, Ε. Σαρρής, Κ. Χριστόπουλος, Χ. Λούπα  
Β' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μικροβιακή σπονδυλίτις είναι συνηθώς αιματογενής, αφορά συνήθως την ΟΜΣΣ και οφείλεται κατά κανόνα σε *Staphylococcus aureus* και δευτερευόντως σε β-αιμολυτικούς στρεπτοκόκκους και εντεροβακτηριακά. Παρουσιάζεται περίπτωση σφειλομένη σε πρασινίζοντες στρεπτοκόκκους.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ε.Σ., γυναίκα 70 ετών, προσήλθε με συμπτώματα δυσκαμψίας ΟΜΣΣ από έτος. Αναμνηστικό: ετερόζυγος β-μεσογειακή, διαβρωτική γαστρίτιδα, ολική υστερεκτομή, οστεοπόρωση, υπέρταση. MRI ΟΜΣΣ: εκφύλιση μεσοσπονδύλιου δίσκου Ο4-Ο5 με πίεση μηνιγγικού σάκκου, πίεση Ο4 ριζών, στένωση μεσοσπονδύλιων τρημάτων. Φυσικοθεραπεία δεν βοήθησε. Αντίθετα, επιδεινώθηκε η δυσκαμψία και το άλγος επεκτάθηκε στην ράχη. MRI λεκάνης/ισχίων χωρίς εμφανή παθολογία. Απλή Α/Α προ 2μήνου: στενωσίσεις Ο4-Ο5 και Ο5-Ι1. Scanning οστών προ μηνός: αυξημένη πρόσληψη Ο4-05 δεξιά, κυρίως στην οστική φάση (προηγούμενο scanning οστών προ 5ετίας: ελαφρά αυξημένη καθήλωση ραδιοφαρμάκου στα άκρα Ο4-05 δεξιά, σημαντικού βαθμού εκφυλιστικές αλλοιώσεις-συνεπώς η βλάβη υπήρχε και τότε). Βιοψία οστού με βελόνη υπό CT καθοδήγηση: ιστολογικά χρόνια οστική φλεγμονή και μικροβιολογικά *Streptococcus mitis*+ *Streptococcus oralis*. Νέα MRI: σπονδυλοδισκίτις Ο5-Ι1, πιθανώς μικρή αποστηματική κοιλότητα, διαβρωτικές αλλοιώσεις σπονδύλων. Ασθενής απύρετη. Αιμοκαλλιέργειες στειρές. Mantoux και Quantiferon θετικά, αλλά 3 δείγματα πτυέλων αρνητικά για *B. kochi*, *Triplic* καρδιάς (ΤΕΕ): απουσία εκβλαστήσεων. Wright και Rose Bengal (-). Ετέθη σε iv κεφτριαξόνη και τείκοπλανίνη βάσει αντιβιογραμμάτων για 3 εβδομάδες. Καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου, τα λευκά ήταν <=5400/μL, Ht<=34,5%, TKE<=36 και CRP<2,5. Λοιπά εργαστηριακά κ.φ. Κατά το τέλος της νοσηλείας της εμφάνισε εμπύρετο ιογενή συνδρομή (θ=38,2οC, έλαβε οσελταμίβηρη). Εξήλθε με λινεζολιδή *pegas*, επίσης βάσει αντιβιογραμμάτων (συνολική αγωγή σπονδυλοδισκίτιδος 6 εβδομάδες). 1 μήνα μετά: ασθενής σε καλή κατάσταση, απύρετη, ελεύθερη συμπτωμάτων πλην άλγους κατά την μεγάλη καταπόνηση. MRI: βελτίωση Ο5 – λοιπά αμετάβλητα. Εργαστηριακά: ομαλοποίηση CRP. Α/Α: χωρίς μεταβολή. 4 μήνες μετά: καλή γενική κατάσταση – άλγος ΟΜΣΣ και οπισθια επιφανείας θώρακος μετά από έντονη κόπωση. CT&MRIΟΜΣΣ: εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Το άλγος αποδόθηκε στις εκφυλιστικές αλλοιώσεις και την οστεοπόρωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Επίμονο και υποτροπιάζον άλγος ΣΣ χρειάζεται περαιτέρω έλεγχο. Η μικροβιακή σπονδυλίτις πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση στην ατύπων ενδοχόνια οσφυαλγία.

### 139. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΛΕΒΕΤΡΑΚΕΤΑΜΗΣ. LIBERTY STUDY

Ι. Μάρκου, Μ. Μπερτόλη, Π. Παπαναστασίου  
Τμήμα Κλινικής Έρευνας, Elpen Pharmaceutical Co Inc

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η επιληψία είναι μια από τις συνηθέστερες νευρολογικές ασθένειες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή δεδομένων σχετικά με τη διάγνωση και τη διαχείριση της επιληψίας στην καθημερινή κλινική πράξη, η παρακολούθηση των ασθενών που εισάγονται ή βρίσκονται ήδη στη θεραπεία με λεβετρακετάμη και της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της θεραπείας, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού που έλαβε μέρος στη μελέτη καθώς και η οικονομική αποτίμηση της μεταβολής της θεραπείας από πρωτότυπη σε γενόσημη λεβετρακετάμη.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Σχεδιάστηκε μια μη παρεμβατική μελέτη, καταγραφής δεδομένων και αξιολόγησης της θεραπείας με λεβετρακετάμη ασθενών με επιληψία (ClinicalTrials.gov, Identifier NCT02356731) διάρκειας 18 μηνών (6 μήνες στρατολόγησης / 12 μήνες παρακολούθησης) σε 10 κέντρα πανελλαδικά. Η αξιολόγηση των ασθενών έγινε σε 5 επισκέψεις. Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο QOLIE-31. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το λογισμικό SPSS 21.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα μελέτη εντάχθηκαν 205 ασθενείς, μέσης ηλικίας 47,1 ετών (min. 14, max. 96), με δείκτη μάζας σώματος (BMI) 26,3kg/m<sup>2</sup>, εκ των οποίων οι 17 εμφάνιζαν οικογενειακό ιστορικό επιληψίας. Από το σύνολο των ασθενών, οι 89 ήταν πρόσφατα διαγνωσμένοι με επιληψία. Ως κύρια συνοδά νοσήματα αναφέρθηκαν η αρτηριακή υπέρταση, η διαταραχή συμπεριφοράς, η αναιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η κατάθλιψη. Το 67% των ασθενών εμφάνισε εστιακές ενώ το 32% γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις. Το 55% των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με επιληψία, που έλαβε λεβετρακετάμη, εμφάνισε βελτίωση στον αριθμό επιληπτικών κρίσεων. Για 129 ασθενείς, τα αίτια μεταβολής της θεραπείας από πρωτότυπη σε γενόσημη λεβετρακετάμη, ήταν οικονομικά. Έλκος, οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο QOLIE-31, μέσω του οποίου εκτιμήθηκε πως το 45,7% είχε καλύτερη ποιότητα ζωής λαμβάνοντας λεβετρακετάμη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρήση της λεβετρακετάμης σε ασθενείς με επιληψία είναι αποτελεσματική και ασφαλής όταν χορηγείται σύμφωνα με τις κατευθυντήριες θεραπευτικές οδηγίες στην νόσο αυτή.

### 138. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΚΑΙ ΣΠΛΗΝΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΑΠΟ Ρ. VIVAX

Χ. Πούρλου<sup>1</sup>, Ε. Αβραμοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Βασιλάκος<sup>1</sup>, Γ. Χριστοδουλάκης<sup>1</sup>, Χ. Καλλιόδημου<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κεφαλληνίας, <sup>2</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Κεφαλληνίας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ελονοσία είναι μία λοιμώδης νόσος που προκαλείται από παρασιτικά πρωτόζωα του γένους Πλασμώδιο και μεταδίδεται μέσω δήγματος του θηλυκού κώνωπα του γένους Anopheles. Περιλαμβάνει 5 είδη: το *P. Falciparum* που προκαλεί κεραινοβόλο νόσο, τα *P. Vivax*, *Ovale* και *Malariae* που προκαλούν ηπιότερη εικόνα και το *P. Knowlesi* που σπάνια προκαλεί νόσηση στον άνθρωπο. Οι σοβαρότερες επιπλοκές είναι: μεταβολική οξέωση, Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια, ARDS, σύγχυση και κώμα. Παρακάτω παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς που προσβλήθηκε από το *P. Vivax* και εμφάνισε σπληνικά έμφρακτα.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής άντρας, 22 ετών, Πακιστανικής καταγωγής, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, διαμένων προσωρινά στην Ελλάδα από 10μήνου, προσήλθε στα ΤΕΠ αιτιώμενος κακουχία, πυρετό ως 39 με ρίγος και άλγος αριστερού υποχονδρίου με αντανάκλαση στην αριστερή ωμοπλάτη, από 3ημέρου. Από τη φυσική εξέταση παρουσίαζε ΑΠ: 90/45, σφύξεις: 130/μίν, θερμοκρασία: 40 καθώς και ευαισθησία στην εν τω βάθει ψηλάφηση του αριστερού υποχονδρίου, χωρίς άλλη παθολογία από τα υπόλοιπα συστήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε WBC 3.160 K/μl (POLY 80.50%, LYMP 12.20%), Ht 21.6%, Hb 5.9 g/dl, MCV 60.8, MCH 16.7, MCHC 27.5, RDW 22.6%, PLT 255.000 k/ml, CRP 14.30 mg/dl. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε ήπια ηπατομεγαλία καθώς και ήπια σπληνομεγαλία με παρουσία πολλών, υπόκυκλων, περιφερικών, τριγωνικών με την ευρεία βάση στην περιφέρεια εστιών ως επί εμφοράκτων σπληνός. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ήταν χαρακτηριστική η επιμονή του εμπυρέτου ως 40, που είχε χαρακτήρα δευτερίου πυρετού, παρά τη χορήγηση εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής (πιπερακιλλίνη-ταζομαράμη, μετρονιδαζόλη και δοξκυκλίνη). Ο περαιτέρω έλεγχος ανεύρεσης λοιμογόνου παράγοντα ήταν αρνητικός (παρασιτολογική κοπράνων, καλλιέργειες αίματος, οροαντίδραση vidal wright και VDRL, αντι-σώματα για HIV, HBV, HCV, a-tox).

Λόγω καταγωγής και κλινικής εικόνας του ασθενούς, ζητήθηκε εξέταση επιχρίσματος περιφερικού αίματος για το ενδεχόμενο ύπαρξης πλασμωδίου, χωρίς παθογνομονικά ευρήματα. Ακολούθως εστάλησαν δείγματα στο Κέντρο Αναφοράς Ελονοσίας στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, μέσω των οποίων πιστοποιήθηκε το *P. Vivax* με εξέταση PCR. Μετά την ταυτοποίηση του πλασμωδίου, ο ασθενής τέθηκε σε ανθελονοσιακή αγωγή με χλωροκίνη και πριμακίνη, με θεαματική βελτίωση της κλινικής του εικόνας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα σπληνικά έμφρακτα αποτελούν μια σπάνια επιπλοκή της ελονοσίας. Κυρίως συναντώνται σε λοιμώδη από *P. Falciparum*, διότι τα μολυσμένα από το πλασμώδιο ερυθροκύτταρα εμφανίζουν πρωτεΐνες προσκόλλησης στην επιφάνειά τους, με αποτέλεσμα να συγκολλώνονται μεταξύ τους και να αποφράσσουν τα αγγεία του σπλήνα. Σε περίπτωση λοίμωξης από *P. Vivax*, το σπληνικό έμφρακτο οφείλεται σε ισχαιμία, η οποία προκαλείται από την υπερπλασία που παρουσιάζει το δικτυο-ενδοθηλιακό σύστημα του σπλήνα, λόγω της απελευθέρωσης διαφόρων κυτταροκινών. Με την έγκαιρη χορήγηση ανθελονοσιακής αγωγής, μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης σπληνικού εμφράκτου.

### 140. ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟΤΟΚΕΣ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΦΛΕΒΩΔΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΣΠΑΝΙΑΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Ο. Τσίκα, Κ. Κοντόκωστας, Ε. Κερεζούδη  
Νευρολογική Κλινική, Ν.Θ.Π. «Παμμακάριστος», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου συνιστά σπάνια, οξεία, απειλητική για τη ζωή του ασθενούς νοσολογική οντότητα και αφορά <1% του συνόλου των Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων. Εκδηλώνεται με έντονη κεφαλαλγία, επιληπτικές κρίσεις και εστιακή σημειολογία, το δε αιτιοπαθολογικό της υπόβαθρο περιλαμβάνει πλειάδα παθολογικών καταστάσεων μεταξύ των οποίων είναι και οι αιματολογικές διαταραχές. Τα μυελοδιηθητικά νεοπλάσματα είναι εξίσου σπάνια, η δε συσχέτισή τους με τη θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων έχει προσφάτως ερευνητικά αναδειχθεί.

**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσιάζουμε την περίπτωση γυναίκας ασθενούς, 35 ετών με ιστορικό χρόνιας κεφαλαλγίας τύπου τάσεως υπό αντικαταθλιπτική αγωγή, η οποία διεκομίσθη στην κλινική μας από ψυχιατρικό νοσοκομείο (είχε εισαχθεί προ 24ώρου λόγω διαταραχών θυμικού και συμπεριφοράς υποξείας εγκατάστασης) μετά από δευτεροπαθώς γενικευθείσα εστιακή επιληπτική κρίση δεξιών άκρων. Από την ANE διαπιστώθηκε μόνο διαταραχή λόγου του τύπου της κατονομαστικής αφασίας, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε εκσεσημασμένη θρομβοκυττάρωση. Ο πλήρης απεικονιστικός έλεγχος του ΚΝΣ (MRI/MRA/DSA εγκεφάλου) ανέδειξε την παρουσία τριών μικρών εμφοράκτων σε υποξεία φάση μετωπιαία και κροταφικά αριστερά καθώς και εκτεταμένη θρόμβωση φλεβωδών κόλπων εγκεφάλου. Η ασθενής ετέθη σε αντιπηκτική και αντιεπιληπτική αγωγή και ακολούθησε ενδεδειχώς έλεγχο προς εύρεση του αίτιου της θρόμβωσης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πέρα του λοιπού ελέγχου, λόγω της ευρεθείσας θρομβοκυττάρωσης έγινε πλήρης μοριακός έλεγχος και οσομομολική βιοψία. Από το μωλεό ανεδείχθη εικόνα μυελοδιηθητικού νεοπλάσματος του τύπου της πρωτοπαθούς μυελοδύσπλασας, γεγονός που επιβεβαιώθηκε και από το μοριακό έλεγχο που απέβη θετικός για μετάλλαξη στο εξώνιο 9 του γονιδίου CALR.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα μυελοδιηθητικά νεοπλάσματα είναι εξαιρετικά σπάνιες αιματολογικές κακοήθειες που δύνανται βάσει πρόσφατων ερευνητικών δεδομένων να προκαλέσουν θρόμβωση φλεβωδών κόλπων εγκεφάλου, επομένως θα πρέπει να διερευνάται η παρουσία τους ως υπόστρωμα της τελευταίας.

**141.** ΑΠΕΣΥΡΘΗ**143. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΜΕ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟ ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Κ. Κοντόκωστας, Μ. Ξιφαράς, Ε. Τζήκα, Γ. Λιμπιτάκη, Ε. Κερεζούδη  
*Νευρολογική Κλινική, Ν.Θ.Π. «Παμμακάριστος», Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η έναρξη κεφαλαλγίας μετά από υψηλής ενεργότητας κάκωση της κεφαλής συνιστά συχνό φαινόμενο, οι δε κλινικοί χαρακτήρες της και τα κριτήρια στα οποία βασίζεται ο χαρακτηρισμός της ως μετατραυματικής έχουν προσφάτως σαφώς καθοριστεί βάσει της κατάταξης της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας (ICHD-III beta). Η μετατραυματική κεφαλαλγία έχει συνήθως χαρακτηριστές τάσεως ή ημικρανικούς ενώ ελάχιστα μόνο περιστατικά έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία όπου λαμβάνει φαινότυπο αθροιστικής κεφαλαλγίας, μιας σπάνιας τριδυμικής κεφαλαλγίας του αυτονομίου.

**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσιάζουμε την περίπτωση άρρυνα ασθενούς, 36 ετών, ο οποίος προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω κεφαλαλγίας υψηλής έντασης, δεξιά μετωπιαία και περικογχικά με συνοδό σύστοιχη μύση, ένεση επιπεφυκότος, δακρύρροια, ρινική συμφόρηση και εφίδρωση. Ο ασθενής παρουσιάζει αντίστοιχα επεισόδια κεφαλαλγίας, κατά τις βραδινές ώρες, διάρκειας 2 ωρών, συχνότητας περίπου 2 επεισοδίων ημερησίως, με μερική ανταπόκριση στα κοινά παυσίπονα τα οποία άρχονται 6 ημέρες μετά από κάκωση κεφαλής (επισυνέβη προ 5ετίας κατά τη διάρκεια ατυχήματος) που προκάλεσε πτώση επιπέδου συνείδησης, κατάγματα κρανίου/κάτω γνάθου και εξοίδηση του δεξιού προσωπικού νεύρου. Προ της κάκωσης το ιστορικό του ασθενούς για κεφαλαλγίες και το γενικότερο παθολογικό ιστορικό αναφέρονται ελεύθερα. Από την ANE στα ΤΕΠ διαπιστώθηκε διέγερση λόγω άλγους και ήπια υπαισθησία δεξιού ημιπροσώπου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Βάσει ιστορικού η προαναφερθείσα κεφαλαλγία χαρακτηρίζεται ως μετατραυματική, όμως λόγω των κλινικών χαρακτήρων αθροιστικής κεφαλαλγίας στα ΤΕΠ, ο ασθενής ετέθη υπό οξυγονοθεραπεία με ικανοποιητική ανταπόκριση. Διενεργήθηκε νέος πλήρης απεικονιστικός, εργαστηριακός, νευροφυσιολογικός έλεγχος και ετέθη σε αγωγή με πρεδνιζολόνη με ύφεση της συχνότητας και βαρύτητας των επεισοδίων κατά την τελευταία εξαμήνη παρακολούθηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το προαναφερθέν περιστατικό μαζί με τα ελάχιστα ακόμη της βιβλιογραφίας υποδεικνύουν μια αιτιοπαθολογική σχέση μεταξύ της κάκωσης και των συμπτωμάτων της αθροιστικής κεφαλαλγίας χρειάζεται όμως περαιτέρω έρευνα ώστε να αποσαφηνιστεί πλήρως το παθοφυσιολογικό της υπόβαθρο.

**142. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΛΑΓΙΑ ΜΥΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Κ. Αμπραχίμ<sup>1</sup>, Σ. Παπαγιαννόπουλος<sup>2</sup>, Α. Κουβάτση<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τομέας Γενετικής, Ανάπτυξης και Μοριακής Βιολογίας, Τμήμα Βιολογίας, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup>Γ' Νευρολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με πλάγια μυατροφική σκλήρυνση (ALS) και η αντιπαράβολή αυτών με τον υγιή πληθυσμό στο πλαίσιο μιας μελέτης ασθενών-μαρτύρων, θα συμβάλει στην ταυτοποίηση πιθανών παραγόντων κινδύνου για την εκδήλωση της νόσου.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στην έρευνα συμμετείχαν 46 ασθενείς με ALS και 57 νευρολογικά υγιείς μάρτυρες, αντίστοιχης ηλικίας και φύλου, που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Η μελέτη έλαβε χώρα σε τέσσερα δημόσια νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης και ένα της Αθήνας την περίοδο Σεπτέμβριος 2013 – Σεπτέμβριος 2014. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ένα ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο στο οποίο συγκαταλέγονταν οι θεματικές ενότητες: γενικά χαρακτηριστικά της νόσου (ηλικία και σημείο έναρξης), καταγωγή/τόπος διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), μορφωτικό επίπεδο και επάγγελμα. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση, η οποία υλοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 22.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση ηλικία έναρξης της ALS ήταν τα 59,61 έτη, το 50% των ασθενών εμφάνισαν ωπιαία έναρξη της νόσου και η αναλογία ανδρών: γυναικών ασθενών ανερχόταν στο 1,9:1. Στους ασθενείς καταγράφηκαν υψηλότερα ποσοστά κατοίκων σε αγροτικές περιοχές και αποφοίτων με πτυχία ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης και μεταπτυχιακών ή διδακτορικών τίτλων συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Οι μάρτυρες υπερτερούσαν έναντι των ασθενών ως προς τους έγγαμους, τους υπέρβαρους / παχύσαρκους και τους εργαζόμενους σε επαγγέλματα χειρωνακτικής φύσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ηλικιακή ομάδα 65-74, το ανδρικό φύλο, ο φυσιολογικός δείκτης μάζας σώματος, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, η ενασχόληση με επαγγέλματα πνευματικής φύσης και ο μοναχικός βίος συσχετίστηκαν με αύξηση του κινδύνου εκδήλωσης της ALS, όμως σε μη στατιστικά σημαντικό βαθμό.

**144. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ**

## 145. ΑΝΟΙΚΤΟ ΩΟΕΙΔΕΣ ΤΡΗΜΑ Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΕΕ ΣΕ ΝΕΑ ΑΤΟΜΑ

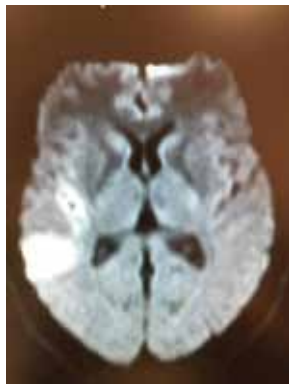
Φ. Αλούρδα, Γ. Λιμπιτάκη, Α. Ζιάκκα, Ε. Τζήκα, Λ. Παπακώστας, Ε. Κερεζούδη  
Γενικό Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ασθενούς 45 ετών που εμφάνισε ισχαιμικό ΑΕΕ, με ανοιχτά ωοειδές τρήμα και διαταραχές της αιμόστασης. Ποια η συμβολή του κάθε παράγοντα στην εκδήλωση και αντιμετώπιση ΑΕΕ.

**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για ασθενή 45 ετών η οποία προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω αναφερόμενου επεισοδίου διαταραχών λόγου που αφορούσε την άρθρωση του λόγου με διάρκεια περίπου 15 λεπτών με συνοδό κεφαλαλγία υψηλής εντάσεως. Το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται ελεύθερο. Από την ΑΝΕ διαπιστώθηκε ήπια ασυμμετρία της ρινοχειλικής αύλακας αριστερά χωρίς έτερη εστιακή νευρολογική σημειολογία. Η ασθενής εισήχθη στην κλινική μας για περαιτέρω διερεύνηση.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο απεικονιστικός έλεγχος με MRI εγκεφάλου ανέδειξε δύο πρόσφατα ισχαιμικά φλοιικά έμφρακτα στο δεξί εγκεφαλικό ημισφαίριο – σε μεγάλο τμήμα του φλοιού της νήσου και κροταφονιακά και κατά τόπους χρόνιες γλοιωτικές – πορφυρογαλικές εστίες. Στο υπερηχοκαρδιογράφημα ανευρέθη καλή συστολική απόδοση αριστεράς κοιλίας με μικρού βαθμού διαφυγή στη μιτροειδή ενώ επιπλέον στη διαιοσφάγιο μελέτη καταγράφηκε ύπαρξη ανοιχτού ωοειδούς τρήματος με υποψία αναστροφής ροής. Ο μοριακός έλεγχος θρομβοφιλίας ανέδειξε ετεροζυγωτία πολλαπλών γονιδίων (FVR2, Prothrombin, MTHFR C677T, PAI-1 4G/5G, EPCRA3, EPCRAA1). Λόγω παθολογικού ΗΕΓ τέθηκε σε αγωγή με λεβετιρακετάμ. Από τον λοιπό έλεγχο με MRA εγκεφάλου, triplex αγγείων τραχήλου, Holter ρυθμού και τον ανοσολογικό έλεγχο αυτοαντισωμάτων δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Τέθηκε σε αγωγή με ασενοκουμαρόλη και συνεστήθη καρδιοχειρουργική εκτίμηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Φαίνεται από τη βιβλιογραφία πως μόνο το ανοιχτό ωοειδές τρήμα δεν αποτελεί ικανό παράγοντα για εμφάνιση ΑΕΕ σε νέους ασθενείς. Αντίθετα ο κίνδυνος αυξάνει όταν συνυπάρχει παθολογικός έλεγχος αιμόστασης. Ως εκ τούτου κρίνεται αναγκαία η πλήρης διερεύνηση σε αυτούς τους ασθενείς με έμφραση στους παράγοντες θρομβοφιλίας για να τους χορηγηθεί η ενδεδειγμένη αγωγή.



## 147. ΠΑΡΑΠΑΡΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ N-PLATE (ROMIPLOSTIM)

Α. Φόσκα, Χ. Αρβανίτη, Λ. Στεφανής, Σ. Παπαγεωργίου  
Β' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αθηνών 'Αττικόν'

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Παραπάρεση είναι η μερική αδυναμία. Ο ασθενής μπορεί να κινήσει σε ένα βαθμό το άκρο. Μπορεί να είναι απότομο τραυματικής ή μη τραυματικής αιτιολογίας. Περιγραφική περίπτωση ασθενούς: Γυναίκα 79 ετών προσέρχεται στο Τμήμα επειγόντων Περιστατικών με υποξεία παραπάρεση από 8 ημέρου. Προ 17 ημερών πτώση εξ ιδίου ύψους, χρήση βακτηριών για το λόγο αυτό. Το άλγος υφέθη πλήρως από 9 ημέρου. Από το ατομικό ιστορικό της ασθενούς αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα, υστερεκτομή λόγω κακοήθειας στο ενδομήτριο. Λάμβανε αμλοδιπίνη-βασσαρτάνη, γλιμεπιρίδη, ζολπιδέμη, βρωμαζεπάμη, ρομιπλοστήμη. Από τον έλεγχο της μυϊκής ισχύς της προέκυψε καντρομελική αδυναμία 3/5 χωρίς την παρουσία αισθητικού επιπέδου στον κορμό, με την παρουσία ήπιας υπαισθησίας στα κάτω άκρα άμφω, κάτωθεν των γονάτων. Τα εν τω βάθει τεχνόντια αντανκαστικά των κάτω άκρων ήταν νωθρά αλλά παρόντα και δεν υπήρχαν σφιγκτηριακές διαταραχές. Αντίδραση έλματος καμπτική.

Από τον απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία οσφυϊκή και θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Στην εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού διαπιστώθηκαν 0 κύτταρα, ήπια αυξημένο λεύκωμα (59,7mg/dl). Από την μαγνητική τομογραφία της θωρακοσφυϊκής μοίρας διαπιστώθηκε περιοχή υψηλού σήματος στον μυελικό κώνο συμβατή με εγκάρσια μυελίτιδα. Ο έλεγχος για συστηματικό νόσημα και λοιμώδες νόσημα ήταν αρνητικός.

Μετά από λίγες ημέρες η ασθενής άρχισε να παρουσιάζει βελτίωση των συμπτωμάτων και βελτίωση του άλγους, σταδιακή ορθοστάτηση χωρίς να χορηγηθεί επιπλέον αγωγή πριν της αναληφτικής.

Από την βιβλιογραφική αναζήτηση προέκυψε αναφορά εγκάρσιας μυελίτιδας σε 6 ασθενείς που έκαναν χρήση N/PLATE (Food & Drug Administration and FactMed user submissions. Between January 2004 and October 2012).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ρομιπλοστήμη είναι πιθανό αίτιο μυελίτιδας και για αυτό πρέπει σε κάθε περιστατικό υποξείας μη τραυματικής παραπάρεσης να γίνεται ενδελεχής βιβλιογραφικός έλεγχος για την αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής καθώς ποικίλα θεραπευτικά σκευάσματα (όπως για παράδειγμα έκδοχα εμβολίων για λοιμώδεις ασθένειες) πως και η ρομιπλοστήμη μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνισή της.

## 146. ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ: ΜΙΑ ΠΑΡΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΗ ΠΑΘΗΣΗ

Π. Σταματέλος, Α. Μπανάκης, Χ. Αρβανίτη, Α. Φόσκα, Δ. Κονταξοπούλου, Σ. Φραγκιαδάκη, Λ. Στεφανής, Σ. Παπαγεωργίου  
Β' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αθηνών 'Αττικόν'

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης μέχρι πρότινος θεωρείτο μία σπάνια αιτία θεραπεύσιμης άνοιας. Νεότερα επιδημιολογικά δεδομένα, όμως, έχουν αναδείξει αυξημένο επιπολασμό της νόσου, η οποία κυμαίνεται κοντά στο 6% σε άτομα άνω των 80 ετών.

Ευρήματα: Συνολικά μελετήσαμε αναδρομικά 30 ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο κατά τα έτη 2013-2016 με ένδειξη εισαγωγής «Πιθανός ΥΦΠ». Εξ αυτών το 56% ήταν άνδρες (μέση ηλικία 75,1 έτη) και το 44% γυναίκες (μέση ηλικία 73,2 έτη). Στην κλινική εικόνα των ασθενών αυτών κυριαρχούσαν (ως αναμένετο) οι διαταραχές βάδισης (23/30) ακολουθούμενες από τις νοητικές διαταραχές και τις διαταραχές ύπνου (23/30), στοιχεία που συνθέτουν την κλασική τριάδα συμπτωμάτων της νόσου. Το 70% των ασθενών εμφάνιζε και τα τρία συμπτώματα, ενώ ένα ή δύο συμπτώματα εμφάνιζε 7% και 20%, αντίστοιχα. Αξιοσημείωτα είναι τα απεικονιστικά ευρήματα, καθώς, αν και στο 85% των ασθενών παρατηρήθηκε διέυρυνση του κοιλιακού συστήματος, υποψία ΥΦΠ τέθηκε από τον ακτινοδιαγνώστη σε λιγότερο από το 50% των περιστατικών. Ειδικότερα στοιχεία για τη διάγνωση ΥΦΠ (όπως η περικοιλιακή διαπίδωση ENY και η συμπίεση των αλάκων στον φλοιό) περιγράφηκαν μόλις στο 13%. Μετά την εκκενωτική Οσφουνωταία Παρακέντηση (ΟΝΠ), κλινικά σημαντική βελτίωση παρουσίασε το 92% των ασθενών και ως εκ τούτου οι ασθενείς αυτοί παραπέμφθηκαν στη Νευροχειρουργική κλινική προς τοποθέτηση βαλβίδας κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το πολύ υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης στην ΟΝΠ σε συνδυασμό με τον χαμηλό αριθμό ασθενών με υποψία ΥΦΠ (7-8 ανά έτος) καταδεικνύουν την αυξημένη ειδικότητα, αλλά τη χαμηλή ευαισθησία της κλινικής μας διάγνωσης. Δεδομένου του σημαντικού επιπολασμού του νοσήματος φαίνεται πως ο ΥΦΠ συστηματικά υποδιαγιγνώσκεται, κάτι που τεκμηριώνεται και βιβλιογραφικά. Για να τεθεί η υποψία ΥΦΠ δεν είναι απαραίτητη η παρουσία και των τριών κλασικών στοιχείων της νόσου. Συνεπώς, η ευαισθητοποίηση της ιατρικής κοινότητας είναι απαραίτητη, ούτως ώστε περιστατικά τα οποία θα έπρεπε να τεθεί υποψία της νόσου να μη διαλύθουν αδιάγνωστα.

## 148. ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣΙΑ ΦΛΕΓΜΑΙΝΟΥΣΑ ΒΑΛΒΙΔΑ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ ΕΝΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ "ΤΕΘΩΡΑΚΙΣΜΕΝΟ" ΕΓΚΕΦΑΛΟ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Α. Ρόβλιας, Δ. Παπουτσάκης, Α. Μπλιώνας, Σ. Μελισσάρης, Μ. Σιακαβέλλα  
Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα αμφοτερόπλευρα χρόνια αποπιτανωμένα υποσκληρίδια αιματώματα, που συνιστούν το σύνδρομο του "τεθωρακισμένου εγκεφάλου", αποτελούν μία σπάνια επιπλοκή της υπερ – παροχέτευσης ΕΝΥ σε ασθενείς με βαλβίδα παροχέτευσης υδροκεφάλου, πολλές δε φορές παραμένουν ασυμπτωματικά. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσουμε μία ασυνήθιστη περίπτωση ασθενούς με δυσλειτούργια βαλβίδας υδροκεφάλου λόγω μικροβιακής φλεγμονής, επί εδάφους υποστρώματος "τεθωρακισμένου εγκεφάλου".

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας, 43 ετών, ο οποίος είχε υποβληθεί σε κοιλιο – κολπική παροχέτευση υδροκεφάλου στην ηλικία των τριών, προσήλθε λόγω κεφαλαλγίας, εμέτων, εμπύρετου, και επιδεινωμένου επιπέδου συνειδήσεως από 5ημέρου. Ο ασθενής ήταν ληθαργικός, με διαταραχές προσανατολισμού, έντονη αυχενική δυσκαμψία, και θερμοκρασία μασχάλης 38,6 °C. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε μεγάλη διάταση του κοιλιακού συστήματος και εκτεταμένες αμφοτερόπλευρες αποπιτανωμένες υποσκληρίδιες συλλογές ("τεθωρακισμένος εγκέφαλος").

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διενεργήθηκε παρακέντηση του θαλάμου πληρώσεως της βαλβίδας, και η γενική εξέταση ΕΝΥ έδειξε άφθονα κύτταρα με πολυμορφονυκικό τύπο, υψηλό λεύκωμα, και χαμηλή γλυκόζη. Η κοιλιο – καρδιακή βαλβίδα αφαιρέθηκε και τοποθετήθηκε εξωτερική παροχέτευση ΕΝΥ. Η καλλιέργεια ανέπτυξε *Staphylococcus epidermidis* και ο ασθενής αντιμετώπισθηκε με σχήμα ενδοφλεβίου αντιβιοτικών και ενδοκοιλιακές ενγύσεις τεϊκοπλανίνης. Υπήρξε θεαματική κλινική βελτίωση, και όταν η καλλιέργεια ΕΝΥ απέβη στείρα, τοποθετήθηκε νέα, προγραμματιζόμενη, κοιλιο – περιτοναϊκή βαλβίδα, μέσω μετωπιαίας κρανιοανατρήσεως για την αποφυγή των υποσκληρίδιων συλλογών. Δεν έγινε καμία παρέμβαση στα αποπιτανωμένα χρόνια αιματώματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε τοποθέτηση συστήματος παροχέτευσης υδροκεφάλου σε παιδική ηλικία, απαιτούν στενή παρακολούθηση για την ανάπτυξη ασυμπτωματικών χρόνιων υποσκληρίδιων συλλογών που εάν μείνουν χωρίς θεραπεία μπορεί να αποπιτανωθούν και να οδηγήσουν σε σύνδρομο "τεθωρακισμένου εγκεφάλου". Η φυσική πορεία της οντότητας του συνδρόμου αυτού δεν είναι πλήρως γνωστή. Το μεσοδιάστημα μεταξύ της υποσκληρίδιου αιμορραγίας και της ανάπτυξης αποπιτανώσεων μπορεί να κυμαίνεται από τρεις μήνες έως πολλά έτη. Σε τέτοιες περιπτώσεις, όταν παρουσιάζεται δυσλειτούργια της βαλβίδας παροχέτευσης ΕΝΥ, το πρόβλημα μπορεί να λυθεί με την τοποθέτηση νέου συστήματος, αγνοώντας τις αποπιτανωμένες υποσκληρίδιες συλλογές.



**149. ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΜΥΕΛΟΠΑΘΕΙΑ ΛΟΓΩ ΑΠΟΤΙΤΑΝΩΜΕΝΟΥ ΩΧΡΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ**

A. Ρόβλιας, Δ. Παπουτσάκης, Α. Μπλιώνας, Σ. Μελισσάρης, Μ. Σιακαβέλλα  
*Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αποτίτρωση του ωχρού συνδέσμου είναι μία ιδιαίτερη παθολογία της σπονδυλικής στήλης, η οποία συναντάται και έχει περιγραφεί κυρίως σε κατοίκους της Ανατολικής Ασίας, αν και έχουν δημοσιευθεί σποραδικές περιπτώσεις ασθενών από την Ευρώπη, την Αφρική, και την Αμερική. Συνήθως προσβάλλει ηλικιωμένους άνδρες, και πιθανά συσχετίζεται με παχυσαρκία και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Παρουσιάζουμε μία ασυνήθιστη περίπτωση θωρακικής μυελοπάθειας λόγω αποτιτανωμένου ωχρού συνδέσμου σε Έλληνα, νεαρό άνδρα, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και φυσιολογικό σωματότυπο..

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας, 34 ετών, παρουσιάστηκε στην Νευροχειρουργική Κλινική με προιούσα παραπάρεση (3/5) από διμήνου, διαταραχές βαθίσσεως, αισθητική αταξία, και αρχόμενες σφιγκτηριακές διαταραχές, χωρίς προηγούμενο ιστορικό τραυματισμού της ΣΣ. Διεπιστώθη αισθητικό επίπεδο Θ11, αύξηση τενοντίων αντανακλαστικών κάτω άκρων και σημείο Babinski άμφω. Ο εργαστηριακός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένων των επιπέδων B12, φυλλικού οξέος, ασβεστίου και φωσφόρου, απέβη φυσιολογικός. Η αξονική και μαγνητική τομογραφία ΘΜΣΣ ανέδειξαν αποτίτρωση του ωχρού συνδέσμου στο επίπεδο Θ12, σπονδυλολίθηση 1ου βαθμού στο Θ11 – Θ12, στένωση του σπονδυλικού σωλήνα στο Θ11 – Θ12, και υποκείμενη μυελοπάθεια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με έναρξη στεροειδών και υπερβλήθη σε ευρεία παραλεκτομή Θ11 και άνω ημίσεως Θ12, υπό σύγχρονη σπονδυλοδεσία με δι-αυθενικές βίδες των Θ10, Θ11, και Θ12. Η παθολογοανατομική εξέταση επιβεβαίωσε την πάχυνση και αποτίτρωση των αποσταλλέντων ωχρών συνδέσμων. Ο ασθενής εξήλθε μετά από μία εβδομάδα σε νευρολογική βελτίωση, η οποία συνεχίστηκε και τους επόμενους μήνες. Σε συνδυασμό με εντατικό πρόγραμμα φυσικής αποκατάστασης, επανήλθε πλήρως στην εργασία του μετά από 18 μήνες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Γενικά, η αποτίτρωση του ωχρών συνδέσμων είναι μία σπάνια, εν πολλοίς αδιευκρίνιστη, παθολογία της σπονδυλικής στήλης. Η πάθηση ξεκινά με υπερτροφία και στην συνέχεια αποτίτρωση των ωχρών συνδέσμων, η οποία οδηγεί σε προοδευτική στένωση του νωτιαίου σωλήνα και μυελοριζοπάθεια, αναλόγως του επιπέδου της βλάβης. Η κατώτερη ΘΜΣΣ είναι η συχνότερα προσβαλλόμενη μοίρα της ΣΣ. Η λειτουργική νευρολογική έκβαση εξαρτάται από την ηλικία, το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε μεταξύ διαγνώσεως και θεραπείας, την νευρολογική εικόνα, και τα νευροαπεικονιστικά ευρήματα. Τέτοιοι ασθενείς απαιτούν συχνή επανεξέταση για την έγκαιρη διάγνωση νέων αποτιτανώσεων σε διαφορετικά επίπεδα της ΣΣ.

**151. ΤΗΛΕΜΕΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ICP – ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Σ. Μπάνος, Σ. Κορφιάς, Ε. Βλαχάκης, Κ. Θεμιστοκλής, Δ. Σακάς  
*Α΄ Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση σύγχρονης τηλεμετρικής μεθόδου καταγραφής και παρακολούθησης της ενδοκράνιας πίεσεως (ICP) σε 2 ασθενείς για μεγάλο χρονικό διάστημα.

**ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έγινε χρησιμοση τηλεμετρικής συσκευής της Raumedic (NEUROVENT P-tel) σε 2 ασθενείς γυναικείου φύλου ηλικίας 24 και 37 ετών με πιθανή ιδιοπαθή ενδοκράνια υπέρταση και στένωση του υδραγωγού αντίστοιχα. Η τηλεμετρική συσκευή εμφυτεύθηκε δεξιά μετωπία στο εγκεφαλικό παρέγχυμα, μέσω κριαριανάρτησης. Η χειρουργική τεχνική πραγματοποιήθηκε στο χειρουργείο υπό γενική αναισθησία στην πρώτη περίπτωση και υπό νευροληπτο-αναλγησία στη δεύτερη. Η ενδοκράνια συσκευή έρχεται τηλεμετρικά σε επαφή, μέσω υποδοχέα που τοποθετείται στο τριχωτό της κεφαλής, με εξωτερική συσκευή – monitor, το οποίο καταγράφει τα δεδομένα. Τα δεδομένα αυτά μεταφέρονται με τη χρήση ειδικού λογισμικού σε υπολογιστή, όπου γίνεται η ανάλυση και η αξιολόγησή τους. Η μετεχειρητική περίοδος ήταν ομαλή και χωρίς επιπλοκές και στις 2 περιπτώσεις.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αρχικά οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 3 ημέρες συνεχόμενης καταγραφής της ICP εντός της νοσηλευτικής μονάδας. Ακολούθησαν δύο καταγραφές σε διάστημα δύο (2) και έξι (6) μηνών μετά την επέμβαση στην οικεία τους για 48 ώρες. Μετά την ανάλυση των δεδομένων καταγραφής δεν επιβεβαιώθηκε ιδιοπαθή ενδοκράνια υπέρταση στην πρώτη ασθενή. Αντιθέτως στη δεύτερη καταγράφηκαν αυξημένες ενδοκράνιας πιέσεις και τελικά υποβλήθηκε σε επέμβαση εμφύτευσης κοιλιο-περιτοναϊκής παράκαμψης (VP shunt).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η τηλεμετρική μέθοδος καταγραφής της ICP σε επιλεγμένους ασθενείς επιτρέπει την παρακολούθησή τους για μακρό διάστημα, ακόμη και κατ' οίκον. Μειώνει τις ημέρες νοσηλείας, προσφέρει χρόνο για ασφαλή συμπεράσματα και λήψη των κατάλληλων χειρουργικών αποφάσεων και είναι εξαιρετικά ασφαλή.

**150. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ ΚΑΙ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ΦΛΕΒΩΔΟΥΣ ΚΟΛΠΟΥ – ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ**

A. Ρόβλιας, Δ. Παπουτσάκης, Α. Μπλιώνας, Σ. Μελισσάρης, Μ. Σιακαβέλλα  
*Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η θρόμβωση των φλεβιδίων κόλπων της σκληράς μήνιγγος συνήθως προσβάλλει τον άνω οβελιαίο, τον εγκάρσιο, και τον σιγμοειδή φλεβιδίο κόλπο, απαντάται δε συχνότερα σε γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, της λοχείας, ή λόγω ανεξέλεγκτης λήψεως αντιπηκτικών σκευασμάτων. Άλλες λιγότερο συχνές αιτίες είναι η φλεγμονή, οι διαταραχές πήξεως, η βαριά αφυδάτωση, η σιδηροπενική αναιμία, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, και το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο. Παρουσιάζουμε μία ασυνήθιστη περίπτωση θρόμβωσης του εγκάρσιου και του σιγμοειδούς φλεβιδίου κόλπου σε ένα νέο άνδρα μετά από ήπια κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας, 37 ετών, παρουσιάστηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω εμμένουσας κεφαλαλγίας, φωτοφοβίας, ναυτίας, και επανειλημμένων εμετών μετά από μία ήπια κρανιοεγκεφαλική κάκωση προ 15ημέρου. Ο ασθενής βρισκόταν σε Κλίμακα Γλασκώβης 15/15 και δεν είχε εστιακή νευρολογική σημειολογία. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε υπέρπυκνη εστία δεξιά ινιακός και έντονη σκιαγράφηση του εγκάρσιου κόλπου, ύποπτη για θρόμβωση. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου επιβεβαίωσε τα ανωτέρω ευρήματα, και η μαγνητική φλεβογραφία κατέδειξε πλήρη απεικονιστική απουσία του δεξιού εγκάρσιου και σιγμοειδούς κόλπου, ως και της εγγύς έσω σφαιγγίτιδος φλεβός, ευρήματα συμβατά με θρόμβωση των φλεβιδίων αυτών στελεχών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με παρήνιη χαμηλού μοριακού βάρους (LMWH), αποιδηματική, και αντιπηκτική αγωγή. Η γενική εξέταση αίματος, οι χρονοί πήξεως, και οι συνθήκες βιοχημικοί δείκτες ήταν φυσιολογικά. Υπεβλήθη σε λεπτομερέστερο έλεγχο πήξεως και αιμόστασης, που περιελάμβανε πρωτείνες C και S, αντιθρομβίνη III, ρευματοειδή παράγοντα, και αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα (αντισώματα καρδιολιπίνης και αντιπηκτικά λύκος) τα οποία επίσης απέβησαν φυσιολογικά, εκτός από αυξημένα επίπεδα d – dimers στον ορό. Ο ασθενής εξήλθε μετά 10ημέρο σε βελτίωση και η LMWH συνεχίστηκε για τρεις μήνες υπό συχνό αιματολογικό έλεγχο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Γενικά, η μετατραυματική θρόμβωση των φλεβιδίων κόλπων της σκληράς μήνιγγος είναι σπάνια, και πρωτοπεριγράφηκε το 1946 από τον Eckert. Η παθογένεσή της μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως. Έχουν προταθεί διάφορες υποθέσεις σε σχέση με την ανάπτυξη διαταραχών του μηχανισμού πήξεως, της εγκεφαλικής αιματικής ροής, και της βλάβης του ενδοθηλίου των αγγείων. Αν και χαρακτηρίζεται συνήθως από διαταραχή του επιπέδου συνδετικής ή επιληπτικές κρίσεις, η συμπτωματολογία της μπορεί να είναι εξόχως ποικίλωση και μη ειδική. Η αντιπηκτική αγωγή είναι η θεραπεία πρώτης εκλογής, σε συνδυασμό με τον λεπτομερή έλεγχο των ειδικών παραγόντων πήξεως. Η πρώιμη διάγνωση και έναρξη θεραπείας συμβάλλουν στην βελτίωση της νευρολογικής εκβάσεως αυτών των ασθενών.

**152. ΑΣΥΝΗΘΕΙΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΩΝ NON HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΓΚΕΦΑΛΟ ΚΑΙ ΚΡΑΝΙΟ**

Α. Καλύβας<sup>1</sup>, Σ. Κορφιάς<sup>1</sup>, Ε. Δρόσος<sup>1</sup>, Ε. Βλαχάκης<sup>1</sup>, Θ. Αργυράκος<sup>2</sup>, Δ. Σακάς<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση της κλινικής εικόνας και νευροχειρουργικής αντιμετώπισης δύο περιστατικών με ασυνήθη εντόπιση λεμφώματος σε εγκέφαλο και κρανίο. **ΥΛΙΚΟ:** (1) Ασθενής 75 ετών προσήλθε προς χειρουργική αντιμετώπιση εξεργασίας εγκεφάλου που διαγνώστηκε προ μηνός κατόπιν απλής εστιακής επιληπτικής κρίσης. Στη μαγνητική τομογραφία απεικονίστηκε εξεργασία ανομοιογενώς ενισχυόμενη, που καταλάμβανε την δεξιά μέση κροταφική έλικα με επέκταση στον ινιακό λοβό, και διήθηση της σκληράς μήνιγγος κροταφικά. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε διήθηση του κροταφικού οστού, ενώ η φασματοσκοπία έθεσε το ενδεχόμενο του γλιοσσάρκωματος ως το πιο πιθανό. (2) Ασθενής 53 ετών προσέρχεται προς χειρουργική αντιμετώπιση εξεργασίας δεξιού οφθαλμικού κόγχου με ψηλαφητό μόρφωμα στην έξω περιοχή του δεξιού κόγχου, διπλωπία και κεφαλαλγίες από μηνός. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε εξεργασία της μείζονος πτέρυγας του σφηνοειδούς, με εξωκονική επέκταση στον δεξιό οφθαλμικό κόγχο και διάβρωση του οστικού τοιχώματος αυτού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** (1) Ο ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιά μετωποκροταφική κρανιοτομία και εξαίρεση της χωροκατακτητικής εξεργασίας. Αναγνωρίστηκε εξωφωτική διήθηση του κροταφικού οστού και έγινε εξομάλυνση αυτού. Σκληρή κιτρινωπή χροιά εξεργασία διηθούσε την κροταφική σκληρά μήνιγγα και την μέση κροταφική έλικα. (2) Ο ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιά κράνιο-κογχική κρανιοτομία και ολική εξαίρεση της εξεργασίας. Το διηθήμενο έξω οστικό τοίχωμα του οφθαλμικού κόγχου εξαίρεθηκε πλήρως και πραγματοποιήθηκε οστεοπλαστική του αποκατάσταση. Και στις δύο περιπτώσεις, η παθολογοανατομική εξέταση διέγνωσε μη Hodgkin λέμφωμα Β κυτταρικής προέλευσης και ακολούθησε παραπομπή για περαιτέρω αιματολογική αντιμετώπιση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το λέμφωμα του ΚΝΣ μπορεί να είναι πρωτοπαθές ή να αποτελει δευτεροπαθή εντόπιση σε έδαφος συστηματικού λεμφώματος. Τα πρωτοπαθή λεμφώματα του εγκεφάλου αποτελούν το 1-5% του συνόλου των όγκων. Η μαγνητική τομογραφία με σκιαγραφικό είναι η εξέταση εκλογής για την ανίχνυσή τους. Η διάγνωση τίθεται ιστολογικά κατόπιν βιοψίας. Παρ' αυτά, τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά τους θα μπορούσαν να είναι παρόμοια με άλλους όγκους του ΚΝΣ (υψηλόβαθμα γλοιώματα, μηνιγγιώματα, μεταστάσεις) και η ιστολογική τους διάγνωση απαιτεί νευροχειρουργική επέμβαση εξαίρεσης του όγκου και κρανιοπλαστικής αποκατάστασης των οστικών δομών, εφόσον είναι απαραίτητο.

## 153. ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ

Σ. Κορφιάς, Σ. Μπάνος, Κ. Θεμιστοκλής, Ε. Βλαχάκης, Δ. Σακάς  
Α΄ Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ασθενούς που εμφάνισε ισχαιμική εγκεφαλική αλλοίωση συνεπεία τραυματικού διαχωρισμού έσω καρωτιδας μετά από τροχαίο ατύχημα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 17 ετών οδηγός δικύκλου προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μετά από αναφερόμενο τροχαίο ατύχημα. Ο ασθενής έφερε αυχενικό σκληρό κολλάρο, που τοποθετήθηκε από τους διασώστες ΕΚΑΒ στον τόπο του ατυχήματος. Από τον κλινικό έλεγχο διαπιστώθηκε σύγχυση και κάκωση αριστερής άκρας χειρός με εξάρθρωμα μετακαρπιαίων – μεσοφραγγικών αρθρώσεων και εκδορές τριβής. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου και ΑΜΣΣ ήταν αρνητικές για παθολογικά ευρήματα, ωστόσο ο ασθενής εισήχθη στη Νευροχειρουργική κλινική μας για παρακολούθηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την 3η ημέρα νοσηλείας και ενώ ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση του επιπέδου συνείδησης, αποκτώντας πλήρη προσανατολισμό, διαπιστώθηκε αριστερή ημιπάρεση 3/5. Η επαναληπτική αξονική τομογραφία και αγγειογραφία εγκεφάλου και τραχήλου ανέδειξαν ισχαιμική αλλοίωση δεξιών βασικών γαγγλίων και έλλειμμα πλήρωσης της εξωκράνιας μοίρας της δεξιάς έσω καρωτιδας με διαχωρισμό του τοιχώματος αυτής. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και η μαγνητική αγγειογραφία αγγείων τραχήλου επιβεβαίωσαν την ισχαιμική αλλοίωση των δεξιών βασικών γαγγλίων και το έλλειμμα πλήρωσης της δεξιάς έσω καρωτιδας. Η μαγνητική τομογραφία ΑΜΣΣ ήταν αρνητική. Η ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία (DSA) έδειξε πλήρη διακοπή της σκιαγραφίσεως της εξωκράνιας μοίρας της δεξιάς έσω καρωτιδας χωρίς σημεία επαναστηραγγιοποίησης του αγγείου. Ο ασθενής έλαβε αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και τέθηκε σε προγραμματισμό για επαναληπτικό αγγειογραφικό έλεγχο σε 3 μήνες. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παρουσίασε νευρολογική βελτίωση και παραπέμφθηκε σε κέντρο φυσικής αποκατάστασης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ασθενείς με κάκωση κεφαλής και αυχένα με δυσχέρεια νευρολογικής αξιολόγησης, λόγω σύγχυσης κατά την εισαγωγή τους στο ΤΕΠ, παρά το γεγονός ότι οι αρχικές απεικονιστικές εξετάσεις τους μπορεί να είναι αρνητικές, χρήζουν περαιτέρω νευρολογικής παρακολούθησης, προκειμένου να αποκλεισθεί η πιθανότητα τραυματικής κάκωσης αγγείων τραχήλου και να προληφθεί με κατάλληλη αντιπηκτική αγωγή, η πιθανότητα περαιτέρω επιδείνωσης της νευρολογικής τους εικόνας, λόγω εγκατάστασης ή επέκτασης ισχαιμικών εγκεφαλικών βλαβών.

## 155. ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Β. Ράικου<sup>1</sup>, Δ. Μανιβάρας<sup>2</sup>, Δ. Βασιλείου<sup>1</sup>, Β. Καρδαλίνος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, DOCTOR'S HOSPITAL, Αθήνα, <sup>2</sup>Καρδιολογικό Τμήμα, DOCTOR'S HOSPITAL, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η διατήρηση της υπολειπόμενης νεφρικής λειτουργίας (ΥΝΛ) προσφέρει πολλά οφέλη στους ασθενείς με προχωρημένη νεφρική νόσο, κυρίως επειδή σχετίζεται με καλύτερη ρυθμισμό του όγκου των υγρών και μεγαλύτερη κάθαρση τοξινών. Εξετάσαμε την σχέση της ΥΝΛ με την καρδιαγγειακή νοσηρότητα σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε 52 ασθενείς σε on-line αιμοδιαδιήθηση, 32 άνδρες και 20 γυναίκες, μέσης ηλικίας 58 ± 15 έτη. Η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία καθορίστηκε από τον ημερήσιο όγκο ούρων. Η υπερουραϊκή C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (hsCRP) και η οξειδωμένη χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (ox-LDL) μετρήθηκαν με ELISA. Εφαρμόσαμε Kaplan-Meier καμπύλες και μοντέλα Cox παλιδρόμησης για να προβλέψουμε την ύπαρξη της υπερτροφίας της αριστερας κοιλίας (ΥΑΚ), την στεφανιαία νόσο (ΣΝ) και την συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (ΣΚΑ) η οποία καθορίστηκε με κλάσμα εξώθησης < 50%.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Kaplan-Meier ανάλυση έδειξε ότι η σχέση μεταξύ της ΥΝΛ και της ύπαρξης της ΥΑΚ ήταν σημαντική (log-rank=5.13, p=0.02) και αυτό υποστηρίχθηκε από προσαρμοσμένο σε συμπαραμαρτούντες παράγοντες Cox μοντέλο. Η σχέση μεταξύ ΥΝΛ και ΣΝ ή ΣΚΑ δεν βρέθηκε σημαντική. Επίσης, παρατηρήσαμε σημαντική σχέση μεταξύ της απώλειας της ΥΝΛ και υψηλής ox-LDL (log-rank=3.4, p=0.04), η οποία, από την άλλη πλευρά, συσχετίστηκε σημαντικά με την συστολική δυσλειτουργία (log-rank=6.4, p=0.01).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η απώλεια της υπολειπόμενης νεφρικής λειτουργίας συσχετίστηκε άμεσα με την ανάπτυξη της υπερτροφίας της αριστερας κοιλίας και έμμεσα με την ύπαρξη της συστολικής δυσλειτουργίας με κύριο συνδετικό παράγοντα την μεγάλη οξειδωτική των λιπιδίων σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

## 154. ΑΝΑΠΤΥΞΗ LC-MRM (ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ) ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΩΝ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

S. Filip, Γ. Μερμελέκας, Δ. Λιανουδάκη, Ι. Ζωϊδάκης  
Εργαστήριο Βιοτεχνολογίας, Τομέας Πρωτεομικής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημία Αθηνών, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Η διάγνωση της ΧΝΝ βασίζεται σήμερα στην ανίχνευση της μείωσης του εκτιμώμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης (eGFR) και/ή της παρουσίας αλβουμινουρίας. Ωστόσο, αυτοί οι δείκτες έχουν σοβαρούς περιορισμούς στην αξιολόγηση της πρόοδου της ΧΝΝ. Η αποτελεσματική πρόγνωση της νόσου είναι ζωτικής σημασίας για τη διαχείριση της ΧΝΝ και την κατάλληλη επιλογή θεραπειών. Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να ελεγχθεί τον συσχέτισμο συγκεκριμένων πρωτεϊνών του πλάσματος με τη σοβαρότητα και την εξέλιξη της ΧΝΝ.

**ΥΛΙΚΟ:** Για την ανάπτυξη της μεθόδου χρησιμοποιήθηκαν δείγματα πλάσματος από 76 ασθενείς με ΧΝΝ διαφορετικών σταδίων. Τριάντα-εννέα πρωτεΐνες του πλάσματος επιλέχθηκαν, αφού βρέθηκαν να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ ασθενών που εμφανίζουν εξέλιξη της νόσου και ασθενών που δεν εμφανίζουν εξέλιξη της ΧΝΝ.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναπτύχθηκαν αναλύσεις ποσοτικοποίησης, οι οποίες βασίστηκαν στην τεχνική LC-MRM. Επιλέχθηκαν τρία πεπτιδία με πέντε μεταπτώσεις για κάθε πρωτεΐνη και σχεδιάστηκαν 5 μέθοδοι απόκτησης MRM. Τέλος, επιλέχθηκαν 20 πρωτεΐνες, προκειμένου να γίνει η επαλήθευση μεταξύ των δύο κατηγοριών των ασθενών. Πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των επιλεγμένων πιθανών βιοδεικτών με την μείωση του eGFR.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δέκα πρωτεΐνες (συμπεριλαμβανομένων των B2MG, AMBP, FNBP1, GRP3 και λυσοζύμη-C), βρέθηκε ότι συσχετίζονται σημαντικά με την εξέλιξη της ΧΝΝ. Επιπλέον, μειωμένα επίπεδα της PRP3 στο πλάσμα και αυξημένες συγκεντρώσεις της B2MG είναι πιθανά καλοί δείκτες πρόβλεψης του καταληκτικού σταδίου (ESRD) σε ασθενείς με ΧΝΝ. Η μελέτη αυτή αναδεικνύει τη δυνατότητα της μεθόδου LC-MRM για την ταυτόχρονη μέτρηση αρκετών πρωτεϊνών του πλάσματος, που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην πρόγνωση της ΧΝΝ. Η ίδια μέθοδος εφαρμόζεται σήμερα σε 488 δείγματα.

## 156. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Κ. Αλεξανδράκη, Γ. Μπούτζος, Α. Αγγελούση, Δ. Θωμάς, Δ. Κολομόδη, Ι. Καρούμπαλης, Σ. Σουγιούλτζης, Θ. Λιότσου, Χ. Βεργάδης, Γ. Αναστασιάδης, Σ. Χατζηγιάννου, Δ. Ροντογιάννη, Ι. Δελλαδετσίμα, Γ. Σωτηρόπουλος, Ε. Φελεκούρας, Α. Κουμαριανού, Γ. Κάλτσας

Διεπιστημονικό Κέντρο Νευροενδοκρινικών Νεοπλασμάτων, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα Νευροενδοκρινικά Νεοπλάσματα (ΝΕΝ) είναι σχετικά σπάνια και ετερογενή νεοπλάσματα, με ποικίλη βιολογική συμπεριφορά, αλλά στην πλειονότητα με βραχεία εξέλιξη.

**ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά και καταγράφηκαν τα στοιχεία 566 ασθενών [263 (46.5%) γυναίκες, μέσης ηλικίας ±SD διάγνωσης 53.05 ± 16 έτη, εύρος 8-88 έτη] με ΝΕΝ που μελετήθηκαν μεταξύ 2004-2017. Καταγράφηκαν η πρωτοπαθής εντόπιση, η παρουσία κλινικού εκκριτικού συνδρόμου, οι μεταστατικές εντοπίσεις και η παρουσία οικογενούς συνδρόμου. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν και σταδιοποιήθηκαν βάσει του συστήματος TNM κατά ENETS, του δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67 (grading), η θεραπευτική προσέγγιση και η έκβαση της νόσου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 566 ασθενείς που μελετήθηκαν, 46(8.1%) εκδήλωσαν τα νεοπλάσματα στα παιδιά οικογενών συνδρόμων: 43 με MEN-1 και 3 με Von-Hippel Lindau. Τα νεοπλάσματα ταξινομήθηκαν σύμφωνα με την πρωτοπαθή τους εντόπιση σε 93(16.4%) ΝΕΝ στομάχου, 26(4.6%) δωδεκαδακτύλου, 207(36.6%) παγκρεατικά, 71(12.6%) λεπτού εντέρου, 43(7.6%) σκληροκοιλιακού απόφυσης, 29(5.1%) παχέος εντέρου, 40(7.1%) πνεύμονα, 1(0.2%) θύμου αδένου, 17(3%) σπανιότερων εντοπίσεων ενώ σε 32(5.7%) ασθενείς δεν βρέθηκε πρωτοπαθής εστία. Πέντε(0.9%) ασθενείς είχαν ταυτόχρονα νεοπλάσματα: 1(0.5%) γαστρικό, δωδεκαδακτυλικό και θύμου αδένου, 1(0.2%) παγκρεατικό και δωδεκαδακτυλικό και 3(0.5%) παγκρεατικό και γαστρικό. Μεταστατικές εστίες εντοπίστηκαν σε 147(26%) ασθενείς: 141(95.9%) ηπατικές, 24(16.3%) οστικές, 6(4.1%) πνευμονικές, 20(13.6%) λεμφαδενικές, 3(2%) εγκεφαλικές, 3(2%) παγκρεατικές, 3(2%) στις ωοθήκες, 11(7.5%) περιτοναίου, 2(1.4%) επίπλου και από 1 νεφρών, επινεφρικών, μαστών και σπληνός. Όσον αφορά τη διαφοροποίηση των ΝΕΝ, σε 233(41.2%) βρέθηκε Ki-67 ≤ 2% (grade1), σε 184(32.5%) 3-20% (grade2) και σε 34(6%) > 20% (grade3) του γαστρεντερικού συστήματος και του πνεύμονα 4(0.7%) τυπικά, 7(1.2%) άτυπα, 1(0.2%) μικροκυτταρικό, 1(0.2%) μεγάλων κυττάρων και 1(0.3%) άτυπο ΝΕΝ θύμου. Κατά την αρχική διάγνωση, τα 202(35.7%) νεοπλάσματα ήταν σταδίου 1, τα 77(13.6%) σταδίου 2, τα 57(10.1%) σταδίου 3 και τα 145(25.6%) σταδίου 4. Εκκριτικό σύνδρομο διαπιστώθηκε σε 87(15.4%) ασθενείς: 38 με καρκινοειδές, 7 με Cushing, 18 με γαστρίνωμα, 17 με ινσουλινωμα, 1 με μεικτό γαστρίνωμα με ινσουλινωμα, 4 με βίωμα και με έκκριση PTHrP και GHRH). Από το σύνολο των ασθενών, οι 280(49.5%) υποβλήθηκαν σε χειρουργική αφαίρεση του νεοπλάσματος και οι 65(11.5%) σε ενδοσκοπική αφαίρεση. Άλλες συστηματικές ή τοπικές θεραπείες που οι ασθενείς έλαβαν ως 1ης γραμμής συνδυαστικά ή ως μονοθεραπεία έχουν ως εξής: 151(26.7%) ανάλογα σωματοστατίνης, 63(11.1%) χημειοθεραπεία, 37(6.5%) μοριακά στοχευόμενη θεραπεία, 10(1.8%) ραδιοσημασμένα νουκλεοτίδια, 6(1.1%) συμβατική ακτινοβολία, 9(1.6%) καυτηριασμός με ραδιοσυχνότητες/RFA, 8(1.4%) χημειοεμβολιολογία, 2(0.4%) υπερψύξη. Οι 124(21.9%) ασθενείς έλαβαν 2ης γραμμής θεραπείες, 64(11.3%) 3ης, 39(6.9%) 4ης, 20(3.6%) 5ης, 9(1.6%) 6ης, 2(0.4%) 7ης και 1(0.2) 8ης γραμμής θεραπείες. Στην πιο πρόσφατη ανάλυση 37(6.5%) ασθενείς απεβίωσαν από τη νόσο τους: 6 είχαν ΝΕΝ grade1, 21 grade 2, 5 grade 3, 2 άτυπο ΝΕΝ πνεύμονος, 1 άτυπο ΝΕΝ θύμου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η πλειονότητα των ασθενών με ΝΕΝ έχουν βραχεία εξέλιξη και μακρά επιβίωση παρά την παρουσία εκταταμένης νόσου, επιβεβαιώνοντας την αναγκαιότητα υιοθέτησης διαγνωστικών και θεραπευτικών κατευθυντήριων επιλογών και την αναγκαιότητα αντιμετώπισης των ασθενών με ΝΕΝ από εξειδικευμένα κέντρα με συμμετοχή ιατρών πολλαπλών ειδικοτήτων.

## 157. Η ΑΝΑΣΥΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΚΥΚΛΩΜΑΤΩΝ ΣΥΝΟΔΕΥΕΤΑΙ ΜΕ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΗΡV-ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Κ. Παππά<sup>1,2</sup>, Π. Δρακάκης<sup>1</sup>, Γ. Δασκαλάκης<sup>1</sup>, Ν. Ανάγνου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, ΙΙΒΕΑΑ, Αθήνα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι τύποι του καρκίνου τραχήλου της μήτρας είτε παρουσία (+), είτε απουσία (-) του ιού ΗΡV, εμφανίζουν ανώμαλο δυναμικό υπερπλασίας. Εντούτοις, η συνεισφορά των επί μέρους ογκογόνων διεργασιών παραμένει ασαφής. Προς τον σκοπό αυτό, στην παρούσα εργασία χαρακτηρίσαμε συστηματικά για πρώτη φορά τα μεταβολομικά πρότυπα (metabolomic profiles) τεσσάρων διάκριτων κυτταρικών σειρών τραχήλου μήτρας, προκειμένου να αναδείξουμε ειδικά μονοπάτια της καρκινογένεσης.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Χρησιμοποιήθηκε μία φυσιολογική κυτταρική σειρά τραχήλου μήτρας (HCK1T), και τρεις καρκινικές σειρές, μία αρνητική για τον ΗΡV (C33A) και δύο θετικές για τον ΗΡV, η SiHa (HPV16+) και η HeLa (HPV18+). Οι μεταβολίτες ανιχνεύθηκαν με τη χρήση υψηλής χρωματογραφίας υπέρ-υψηλής απόδοσης (ultra-performance) και φασματοφωτομετρία μάζας υψηλής ανάλυσης και ακριβείας, συνδεδεμένης με πηγή θερμαιομένου ιονισμού ηλεκτροψεκασμού (electrospray ionization) και αναλυτού μάζας Orbitrap.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα δεδομένα ανέδειξαν την παρουσία 462 μεταβολιτών, 439 με γνωστή σύσταση και 23 νέων αγνώστου δομικής σύστασης. Τεκμηριώθηκε ανώμαλος μεταβολισμός υδατανθράκων μόνον στις δύο ΗΡV-θετικές σειρές με χαρακτηριστικά στοιχεία του μεταβολισμού Warburg, ευρήματα συμβατά με την παρουσία της ογκογόνου πρωτεΐνης Ε6 του ΗΡV. Οι κυτταρικές σειρές SiHa και HeLa παρουσίασαν επίσης δραστηριότητα του μονοπατιού διάσωσης της πουρίνης, ενώ η ΗΡV-αρνητική σειρά C33A έδειξε μοναδική συσσώρευση κυτιδίνης, μέσω ενός νέου μηχανισμού. Η ανάλυση των επιπέδων των λιπιδίων, έδειξε διάκριτα μεταβολικά πρότυπα μεταξύ των τεσσάρων σειρών και σημαντική αύξηση των επιπέδων μιας σειράς δι-πεπτιδίων μόνον στα φυσιολογικά επιθηλιακά κύτταρα ΗCK1T, χαρακτηριστικό το οποίο δυνητικά αντανάκλα ένα μοναδικό μονοπάτι για την δημιουργία εναλλακτικών πηγών κυτταρικής ενέργειας. Τέλος, σημαντικός αριθμός των νέων ανακαλυφθέντων μεταβολιτών αγνώστου δομικής σύστασης, παρουσίασε διάκριτα πρότυπα έκφρασης σε κάθε μία από τις τέσσερις σειρές, υποδηλώνοντας την δυνητική τους αξιοποίηση ως νέων ευαίσθητων βιοδεικτών στην καρκινογένεση του τραχήλου μήτρας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ανωτέρω δεδομένα αντανάκλουν μία δυναμική ανασύσταση των μεταβολικών κυκλωμάτων τα οποία επισυμβαίνουν στον τραχηλικό καρκίνο, και προσφέρουν για πρώτη φορά την δυνατότητα διαλεύκανσης των ειδικών μηχανισμών οι οποίοι λειτουργούν παρουσία ή απουσία του ιού ΗΡV στην ανθρώπινη καρκινογένεση του τραχήλου της μήτρας.

## 159. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μ. Γκέκα, Ε. Παππά, Α. Κούκη, Ι. Δουμάς, Α. Πρωτογέρου, Κ. Χριστόπουλος  
Παθολογικό Τμήμα, Νοσοκομείου Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ:** Εκτός της σπατάλης πολύτιμων οικονομικών πόρων, η μη ορθολογική χορήγηση φαρμάκων μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας της συνταγογράφησης στην Ελλάδα χρησιμοποιώντας αντικειμενικά κριτήρια.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τα στοιχεία για την κατανάλωση φαρμάκων στην Ελλάδα αντλήθηκαν από τα ετήσια δελτία της εταιρείας μετρήσεων IMS Health (Greece). Η αξιολόγηση έγινε με βάση: α) τις συστάσεις της Επιτροπής Φαρμάκων και Θεραπευτικής της Στοκχόλμης, η οποία έχει καταρτίσει κατάλογο δραστικών ουσιών και συνδυασμών τους για χρήση σε συνήθη νοσήματα βασισμένο σε ανεξάρτητη ανάλυση ασφάλειας, αποτελεσματικότητας και σχέσης κόστους/οφέλους («Σοφή Λίστα» της Στοκχόλμης) και β) τον κατάλογο φαρμάκων που η χρήση τους πρέπει να αποφεύγεται λόγω αρνητικής σχέσης οφέλους/κινδύνου, ο οποίος έχει καταρτιστεί από την ανεξάρτητη γαλλική επιθεώρηση "Prescrire".

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με βάση τη «Σοφή Λίστα» της Στοκχόλμης διαμορφώθηκε ένας κατάλογος 294 δραστικών ουσιών ή συνδυασμών τους που κυκλοφορούν στην Ελλάδα και συνιστώνται για θεραπεία των συνήθων νοσημάτων σε όλες τις ιατρικές ειδικότητες. Ο κατάλογος αυτός βρίσκεται σε διάσταση με την πραγματικότητα στην ελληνική αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Χαρακτηριστικά, από τα 20 κορυφαία σε αξία πωληθέντων το 2015 σκευάσματα της ελληνικής αγοράς (συνολική αξία 485.622.246 €), τα 8 (αξία 221.559.247 €) δεν περιλαμβάνονται στη «Σοφή Λίστα» παρότι έχουν άδεια κυκλοφορίας στη Σουηδία. Επιπλέον, 5 από τα 20 παραπάνω σκευάσματα (αξία 139.449.451 €) περιλαμβάνονται στην αρνητική λίστα του Prescrire. Νοσήματα στα οποία φαίνεται να γίνεται ιδιαίτερα ανορθολογική συνταγογράφηση ακριβών και μη αναγκαίων φαρμάκων ή φαρμάκων με αμφίβολη σχέση οφέλους/κινδύνου είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερλιπιδαιμία, η άνοια και η οστεοπόρωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η συνταγογραφική συμπεριφορά των Ελλήνων ιατρών φαίνεται ότι διαμορφώνεται κυρίως από τις εμπορικές προωθητικές δραστηριότητες της φαρμακοβιομηχανίας. Υπάρχει επιτακτική ανάγκη πρωτόφωτης αποτελεσματικού θεσμικού πλαισίου ελέγχου της ανορθολογικής συνταγογράφησης καθώς και ανάγκη εκπαίδευσης των νέων ιατρών στην αναζήτηση ανεξάρτητων και αξιόπιστων πηγών επιστημονικής πληροφόρησης.

## 158. Η ΥΠΕΡΘΕΡΜΙΑ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

Μ. Αδαμοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Κιζιρίδης<sup>1</sup>, Κ. Γκιζέλη<sup>2</sup>, Α. Ιωάννου<sup>2</sup>, Ν. Αλεξίου<sup>2</sup>, Ε. Σκούρα<sup>2</sup>, Λ. Λεκάκος<sup>2</sup>, Σ. Ηρακλειανού<sup>3</sup>, Σ. Συμπάρδης<sup>2</sup>, Μ. Κουπετώρης<sup>2</sup>, Σ. Ευαγγελάτος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), Υπουργείο Υγείας, <sup>2</sup>Α Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», <sup>3</sup>Γ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

**ΣΚΟΠΟΣ** της εργασίας είναι η περιγραφή ρόλου της μεθόδου της υπερθερμίας στην αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η υπερθερμία αποτελεί έναν από τους θεραπευτικούς πυλώνες της ογκολογίας, καθώς έχει αναγνωριστεί διεθνώς ως ακτινοθεραπευτική μέθοδος καταπολέμησης των κακοήθων όγκων, κατά την οποία οι ιστοί του σώματος υποβάλλονται σε υπερθέρμανση (μέχρι και 45οC). Εφαρμόζεται παράλληλα και συμπληρωματικά με άλλες μεθόδους (Χειρουργική, Χημειοθεραπεία, Ανοσοθεραπεία, Ακτινοθεραπεία), ενισχύοντας τη δράση τους, χωρίς να παρατηρούνται παρενέργειες, παρέχοντας και ανοσοδιεγερτική δράση. Διακρίνεται σε: (α) ολοσωματική για την αντιμετώπιση γενικευμένων μεταστάσεων για την αντιμετώπιση καρκινικών όγκων σε βάθος μεγαλύτερο των 3 εκατ. και στην πρόληψή τους και (β) σε περιοχική, για την εκλεκτική υπερθέρμανση του ίδιου του όγκου μέσα σε ηλεκτρομαγνητικό πεδίο για καρκινικούς σχηματισμούς, που βρίσκονται σε βάθος 3-4 εκατοστών.

Με τη συγκεκριμένη μέθοδο στοχεύεται η συρρίκνωση πρωτοπαθών όγκων και μεταστάσεων και η απόπτωση των καρκινικών κυττάρων. Με την αύξηση της αιματικής ροής και την διεσπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης, ενισχύεται η αντικαρκινική δράση της χημειοθεραπείας ή της ακτινοβολίας ιδιαίτερα, όταν συγχρονίζονται.

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Υπερθερμικής Ογκολογικής (European Society for Hyperthermic Oncology-ESHO), έχει την επιστημονική εποπτεία για την Ευρώπη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η Ελληνική Εταιρεία Ογκολογικής Υπερθερμίας, σε συμφωνία με την ESHO και τις κατεχόμενες γραμμές της Ευρωπαϊκής Ακτινοθεραπευτικής Εταιρείας (ESTRO), συνιστά την εφαρμογή της μεθόδου σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες, όπως ενδείκνυται κατά περίπτωση, για καρκίνους πολλών οργάνων και συστημάτων. Στο ΠΝ «Αρεταίειο» και στο ΠΓΝ «Αττικό» λειτουργεί σύστημα Ελληνικής επιφανειακής Υπερθερμίας. Παρότι έχει αναγνωριστεί και τιμολογηθεί από το 2011 από το Κε.Σ.Υ., δεν είναι διαθέσιμη και δεν παρέχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, με αποτέλεσμα να παρακωλύεται η χρήση της από ασθενείς που μόνονται την επτατη νόσο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η τεχνολογική εξέλιξη παρέχει πλέον στους ασθενείς τη συγκεκριμένη μέθοδο, με τήρηση των κανόνων ασφαλείας, χωρίς τις επιπλοκές και παρενέργειες του παρελθόντος. Είναι επιτακτική ανάγκη να υιοθετηθεί και η Ελλάδα την ευεργετική, μη δαπανηρή και ακίνδυνη Ογκοθερμία και Ολοσωματική Υπερθερμία, για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των κακοήθων νοσημάτων.

## 160. ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΕΔΕΤ (2007-2013 & 2014-2020), ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΔΑΝΙΑΣ, ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ, ΤΗΣ ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑΣ, ΤΗΣ ΙΣΠΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Σ. Διαμαντάτου<sup>1,2</sup>, Δ. Μπατάκης<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Υπουργείο Υγείας, Αθήνα, <sup>2</sup>Π.Γ.Ν. «Αττικό», Αθήνα, <sup>3</sup>Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, Χανιά

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης είναι η αποτίμηση και ανάλυση των προγραμμάτων υγείας στα οποία επένδυσαν και επενδύουν πέντε κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και συγκεκριμένα η Δανία, η Γερμανία, η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ελλάδα μέσω της χρηματοδότησης των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών και Επενδυτικών Ταμείων (Ε.Δ.Ε.Τ.).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη βασίζεται στην ανάλυση δευτερογενών δεδομένων από πηγές της Ε.Ε., καθώς και από τα Υπουργεία Υγείας της κάθε εξεταζόμενης χώρας, παράλληλα με τη βιβλιογραφική επισκόπηση διεθνών επιστημονικών ερευνών και άρθρων. Οι συγκεκριμένες χώρες επιλέχθηκαν ως αντιπροσωπευτικές με κριτήρια ομοιοτήτων και διαφοροποιήσεων. Τα δεδομένα κάθε χώρας αναλύθηκαν στατιστικά μεμονωμένα, συγκριτικά και συγκριτικά, με στόχο τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τις επενδύσεις καθεμίας στον τομέα της υγείας, αλλά και τα πιθανά σημεία σύγκλισης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κυριότερη πρόκληση είναι η ίδια για ολόκληρη την Ε.Ε., η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της, ωστόσο, το σύστημα υγείας κάθε κράτους-μέλους αντιμετωπίζει τη δική του μοναδική πρόκληση. Συνεπώς, τα είδη των επενδύσεων, διαφέρουν μεταξύ των επιμέρους χωρών. Παρά τις σχετικές διαφοροποιήσεις, είναι δυνατόν να εντοπιστούν σημαντικοί τομείς των επενδύσεων για την υγεία κοινού σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. Τον εκσυγχρονισμό των υποδομών υγείας αντιπροσωπεύουν οι περισσότερες από τις επενδύσεις κατά την περίοδο 2007-2013. Άλλοι τομείς επενδύσεων περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών, την εκπαίδευση του προσωπικού, την ηλεκτρονική υγεία, την ιατρική έρευνα και ανάπτυξη, την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της δημόσιας διοίκησης και των υπηρεσιών υγείας, την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας, καθώς και τον τουρισμό υγείας. Την περίοδο 2014-2020, οι τομείς υγείας στους οποίους γίνονται επενδύσεις είναι: (i) η αποασυλοποίηση και η ανάπτυξη της φροντίδας που βασίζεται στην κοινότητα, (ii) η προώθηση της ενεργού και υγιούς γήρασης, (iii) η βελτίωση της πρόσβασης και της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, (iv) η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, (v) η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού υγείας και (vi) η ηλεκτρονική υγεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η Ευρωπαϊκή Ένωση, βάσει της ιδρυτικής της συνθήκης, υποχρεούται να εξασφαλίζει την προστασία της υγείας στο πλαίσιο όλων των πολιτικών της και να συνεργάζεται με τα κράτη μέλη για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη από τις ασθένειες και την αποτροπή των πηγών κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, τα Ε.Δ.Ε.Τ. είναι ταμεία που συνεργάζονται για να στηρίξουν την οικονομική, κοινωνική και εδαφική συνοχή και για να διαμορφώσουν τους στόχους της στρατηγικής της Ε.Ε. «Ευρώπη 2020» με τη δημιουργία έξυπνης, βιώσιμης και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξης, μέσω της υιοθέτησης των φτωχότερων περιφερειών της Ευρώπης και της ενοποίησης των ευρωπαϊκών υποδομών. Οι πρόσφατες χρηματοδοτήσεις για την υγεία αφορούν στις προγραμματικές περιόδους 2007-2013 και 2014-2020. Τόσο το σύστημα υγείας κάθε χώρας, όσο και η κατάσταση στην οποία αυτό βρίσκεται καθορίζουν τους τομείς και τις δράσεις υγείας όπου θα επενδύσουν αξιοποιώντας τις χρηματοδοτήσεις των ΕΔΕΤ και με γνώμονα τους στόχους της Ε.Ε.

## 161. ΜΕΘΟΔΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΣΥΝΩΣΤΙΣΜΟΥ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ

Μ. Χουζούρης<sup>1</sup>, J. Hyoung<sup>2</sup>, Π. Ξένος<sup>1</sup>, Α. Μπαλασοπούλου<sup>3</sup>, Γ. Χαράλαμπος<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης, Σχολή Χρηματοοικονομικής και Στατιστικής, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, <sup>2</sup>Barcelona Graduate School of Economics, <sup>3</sup>Γ.Ν.Α. «Πηλοκράτιο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα εργασία προτείνει μια μέθοδο υπολογισμού του συνωστισμού σε νοσοκομειακό τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) χρησιμοποιώντας συνεχείς ποσοτικές μεταβλητές. Επιπλέον, πραγματοποιείται εφαρμογή της προταθείσας μεθοδολογίας σε πραγματικά δεδομένα από το νοσοκομειακό σύστημα της Καταλονίας στην Ισπανία.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Δημιουργείται ένας δείκτης υπολογισμού του συνωστισμού στο ΤΕΠ, βασισμένος στο χρονικό διάστημα που διατρέχει ένας ασθενής στο τμήμα, από τη χρονική στιγμή της άφιξης μέχρι και την έξοδο. Στη συνέχεια, γίνεται εφαρμογή του συγκεκριμένου δείκτη σε πραγματικά δεδομένα για μια περίοδο τριών ετών, χρησιμοποιώντας ατομικά δεδομένα ασθενών από οκτώ δημόσια νοσοκομεία της Καταλονίας για την περίοδο 2012-2014. Ειδικότερα χρησιμοποιήθηκαν 2.757.780 επεισόδια από 1ης Ιανουαρίου 2012 μέχρι 31ης Δεκεμβρίου 2014. Ύστερα από ενομοίωση, προσαρμογή και εκκαθάριση της βάσης δεδομένων από σφάλματα και διπλές καταχωρήσεις δημιουργήθηκε η τελική βάση δεδομένων αποτελούμενη από 2.086.404 επεισόδια και 1.014.646 μοναδικές περιπτώσεις. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο «STATA 13».

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ανάλυση κατέδειξε πως ο συνωστισμός εμφανίζεται πιο αυξημένος κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού, τα σαββατοκύριακα και κατά τη διάρκεια της νύχτας. Επίσης, ορισμένες κατηγορίες παθήσεων, που σχετίζονται με την εποχικότητα φαίνεται να επιδρούν στην αύξηση του συνωστισμού. Ειδικότερα, οι τραυματισμοί και οι δηλητηριάσεις καταγράφουν μια μέγιστη αύξηση της τάξεως των 167.1 επισκέψεων ενώ οι αναπνευστικές παθήσεις μειοτοποιούνται τον Δεκέμβριο με 165.1 επισκέψεις. Επίσης, η αύξηση το μήνα Αύγουστο φαίνεται να είναι πιο εντατική για τα μεγάλα νοσοκομεία ενώ αρκετές μονάδες παρουσιάζουν μείωση. Ωστόσο, οι συμπτωματικές αλλαγές στον συνωστισμό παρατηρήθηκε πως ήταν ετερογενείς καθώς ένα νοσοκομείο μείωσε το δείκτη συνωστισμού ΟC κατά 0.295 ενώ ένα άλλο τον αύξησε κατά 0.276.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πλήρης καταγραφή του χρονικού διαστήματος που διατρέχει ο ασθενής στο ΤΕΠ ενός νοσοκομείου, καθώς και η μελέτη του συνωστισμού μέσω της διερεύνηση των συναφών εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων, αποτελούν προϋπόθεση για την αποτελεσματική λειτουργία των εν λόγω τμημάτων και την ορθή αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών και των έκτακτων συμβάντων.

## 163. ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (ΑΜΕΑ): ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΣΩ FACEBOOK

Σ. Αναστασιάδης, Μ. Ζαφειροπούλου

Τμήμα Πολιτικής Υγείας και Σχεδιασμού Υπηρεσιών Υγείας, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ:** Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε μια ιδιαίτερη ομάδα ασθενών, αυτή των ατόμων με αναπηρία (ΑμεΑ), εξετάζονται με γνώμονα τα προβλήματα που αυτή έχει επιφέρει στις ασφαλιστικές καλύψεις αυτών των ατόμων, στις παροχές τους, στα ποσοστά συμμετοχής τους σε φαρμακευτική περίθαλψη και γενικότερα στις νέες ανάγκες που διαμορφώνονται για αυτούς στα πλαίσια αυτής της κρίσης. Ο τρόπος με τον οποίο εξετάζονται αυτές οι επιπτώσεις είναι μέσω της μελέτης και καταγραφής διαφόρων πληροφοριών που ανταλλάσσουν μεταξύ τους ηλεκτρονικά χρησιμοποιώντας ένα ιδιαίτερα δημοφιλές μέσο της εποχής μας αυτό του Facebook.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της σχέσης της χρήσης του μέσου κοινωνικής δικτύωσης του Facebook με το περιεχόμενο/ποιότητα της ανταλλαγής πληροφοριών και των συζητήσεων των ατόμων-ομάδων με αναπηρία (ΑμεΑ) τα οποία είναι χρόνια νοσούντες ασθενείς. Στην εν λόγω μελέτη πραγματοποιείται μια επιστημονική έρευνα για τα χρονικά διαστήματα πριν αλλά και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, έτσι ώστε να υπάρξει μια πραγματική αποτύπωση των νέων αναγκών που πλέον διαμορφώνονται για τα άτομα αυτά μέσω του δημοφιλέστερου μέσου Ηλεκτρονικής Κοινωνικής Δικτύωσης, αυτού του Facebook.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Τα στοιχεία/δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν συλλέχθηκαν από πλήθος βιβλιογραφικών αναφορών, άρθρων και μελετών, ξενόγλωσσων αλλά και ελληνόγλωσσων συγγραμμάτων με θέμα τα ΑμεΑ και το Διαδικτυακό Κοινωνικό Δίκτυο του Facebook. Επίσης, πραγματοποιήθηκε ανάλυση στοιχείων και σε ηλεκτρονικές Αγγλόφωνες και Ελληνικές βάσεις δεδομένων, όπως είναι αυτές του PubMed, του «Google Μελετήτης», του ΕΚΤ (Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης) και του ΙΑΤΡΟΤΕΚ, καθώς και σε διάφορες διαδικτυακές πύλες έρευνας. Τέλος, οι μεθοδολογίες που χρησιμοποιήθηκαν για το σκοπό της παρούσας έρευνας περιελάμβαναν αυτή του Τριγωνισμού, δηλαδή του συνδυασμού Ποσοτικής και Ποιοτικής μεθοδολογίας, καθώς επίσης την Κοινωνική Σημειωτική της Οπτικής Επικοινωνίας-ΚΣΟΕ, με στόχο τον περαιτέρω έλεγχο της ποιότητας της επικοινωνίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Επιλέχθηκαν συνολικά n=4 Ομάδες και n=3 "Σελίδες" των ΑμεΑ από το Διαδικτυακό Κοινωνικό Δίκτυο του Facebook για τη διερεύνηση του σκοπού της εργασίας. Παρατέθηκαν και αναλύθηκαν όλα τα δεδομένα που αφορούσαν δημοσιεύσεις και είδη δημοσιεύσεων (status, links, videos, events, photos κ.λπ.), σόγια και γενικά αντιδράσεις στα οποία προχώρησαν τα ίδια τα ΑμεΑ κατά τη διάρκεια χρήσης του Facebook σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε ανάλυση Περιπτώσεων Μελέτης (case study) για μια εκ των "Ομάδων" του δείγματος της έρευνας με τη χρήση της μεθόδου της ΚΣΟΕ, με παράθεση δημοσιεύσεων/φωτογραφιών και με σκοπό την περαιτέρω ανάλυση της ποιότητας της επικοινωνίας των ΑμεΑ μέσω Facebook.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το περιεχόμενο της επικοινωνίας των ΑμεΑ μέσω του καναλιού του Facebook χαρακτηρίζεται κυρίως από την απλή μορφή επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων αυτών. Κατά κύριο λόγο η μορφή αυτή επικοινωνίας περιλαμβάνει ανταλλαγή απόψεων, ιδεών και απλών καθημερινών πληροφοριών (34%) και κατά δεύτερο λόγο περιλαμβάνει ανταλλαγή πληροφοριών για θέματα ιατρικού περιεχομένου (31%). Τα συμπεράσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με συμπεράσματα ενός πολύ μικρού δείγματος ερευνών-εργασιών οι οποίες υπάρχουν διαθέσιμες και αγγίζουν το ευρύτερο θέμα της χρήσης του διαδικτύου από τα ΑμεΑ.

## 162. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2008-2015

Μ. Χουζούρης, Σ. Γαδ, Π. Ξένος

Σχολή Χρηματοοικονομικής και Στατιστικής, Πανεπιστήμιο Πειραιά

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι αφενός η παρουσίαση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στους δείκτες θνησιμότητας και αφετέρου πρόταση ενός συνόλου παρεμβάσεων.

**ΥΛΙΚΟ:** Χρησιμοποιήθηκαν από κοινού οι βάσεις δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ), του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) καθώς και της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Αρχής (EUROSTAT). Η μελέτη περιλαμβάνει την χρονική περίοδο 2008-2015.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Δημιουργήθηκαν δυναμικά μοντέλα υπολογισμού της επίδρασης ποσοτικών παραγόντων στους δείκτες θνησιμότητας ενώ παράλληλα κατασκευάστηκαν μοντέλα πρόβλεψης με σκοπό της ανάδειξη και το μέγεθος της επίδρασης των προσδιοριστικών παραγόντων της θνησιμότητας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρατηρήθηκε η ύπαρξη στατιστικής σημαντικής σχέσης μεταξύ του δείκτη ανεργίας, του κατά κεφαλήν Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος και του δείκτη θνησιμότητας σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και 10%. Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας φαίνεται να επηρεάζει το ρυθμό αύξησης της θνησιμότητας.

## 164. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Σ. Διαμαντάτου<sup>1,2</sup>, Δ. Μπατάκης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Υπουργείο Υγείας, <sup>2</sup>Π.Γ.Ν. «Αττική», Αθήνα, <sup>3</sup>Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, Χανιά

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι τελευταίες αλλαγές στην τεχνολογία και το νέο management συνιστούν τεράστια πρόκληση προσαρμογής των Μικροβιολογικών Εργαστηρίων στις σύγχρονες ιατρικές πρακτικές και πολιτικές Υγείας, ταυτόχρονα με μία ανθρωποκεντρική προσέγγιση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους λήπτες τους.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών των μικροβιολογικών εργαστηρίων δημόσιων νοσοκομείων από τέσσερις διαφορετικές ομάδες στόχους: α) τους διευθυντές, β) το προσωπικό των μικροβιολογικών εργαστηρίων, γ) τους λοιπούς-εσωτερικούς χρήστες των υπηρεσιών τους (ιατρούς και λοιπό προσωπικό από άλλα τμήματα και κλινικές του νοσοκομείου) και δ) τους λήπτες υπηρεσιών υγείας (ασθενείς, συνοδοί).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη βασίζεται στη δημιουργία ερωτηματολογίων και στην ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων που προέκυψαν από αυτά. Σχεδιάστηκαν και διανεμήθηκαν τέσσερα (4) διαφορετικά ερωτηματολόγια: α) στους διευθυντές των μικροβιολογικών εργαστηρίων, β) στο προσωπικό των μικροβιολογικών εργαστηρίων, γ) στους εσωτερικούς χρήστες, δηλαδή στους ιατρούς και στο λοιπό προσωπικό άλλων τμημάτων και κλινικών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών του μικροβιολογικού εργαστηρίου του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται, και δ) στους ασθενείς και στους συνοδούς τους, οι οποίοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του μικροβιολογικού εργαστηρίου του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Για την επιλογή του δείγματος εφαρμόστηκε ομοιόμορφη τυχαία δειγματοληψία. Στα ερωτηματολόγια επιδιώκεται η συλλογή πληροφοριών για τις κατηγορίες μεταβλητών λειτουργίας, οργάνωσης και παρεχόμενων υπηρεσιών των μικροβιολογικών εργαστηρίων δημοσίων νοσοκομείων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ερωτηματολόγια βοήθησαν σημαντικά ώστε να εντοπισθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαμόρφωση της αντίληψης της κάθε ομάδας ενδιαφερομένων για την απόδοση των μικροβιολογικών εργαστηρίων. Σε πείσμα των χαλεπών καιρών τα μικροβιολογικά εργαστήρια των δημοσίων νοσοκομείων φαίνονται να προσπαθούν να αξιοποιούν κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους πόρους τους και να είναι κοντά στους κλινικούς ιατρούς και στους ασθενείς. Εντούτοις, οφείλουν έμπρακτα να δώσουν μια άλλη διάσταση στο έργο τους διαδραματίζοντας ενεργό ρόλο στη σύγχρονη ασθενοκεντρική προσέγγιση της φροντίδας υγείας. Τέλος, οι ασθενείς και οι χρήστες των μικροβιολογικών εργαστηρίων μπορούν να δώσουν πληροφορίες οι οποίες, αν αξιοποιηθούν σωστά, ενδέχεται να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.

**165.** ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ**166.** ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ**167.** ΔΕΙΚΤΕΣ ΩΡΛ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΓΝ-ΚΥ ΙΚΑΡΙΑΣ 1998 – 2016

I. Μπαρδάνης

ΩΡΛ Τμήμα, ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Οι δείκτες απόδοσης των διαφόρων τμημάτων του ΕΣΥ και μάλιστα των περιφερειακών του μονάδων είναι διαχρονικό θέμα συζήτησης στον τύπο. Η εργασία αυτή αποσκοπεί στη μελέτη των μεταβολών του αριθμού των προσερχόμενων στο εξωτερικό ΩΡΛ ιατρείο ασθενών, του αριθμού των νοσηλευομένων, του αριθμού των επεμβάσεων και παρακλινικών ελέγχων (αλλά και του είδους αυτών) που πραγματοποιούνται ετησίως στο ΩΡΛ τμήμα του ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας τα τελευταία 19 έτη.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη των βιβλίων μητρώου εξωτερικού ιατρείου, κλινικής, χειρουργείου και ακοολογικού του τμήματος από το 1998 ως και το 2016, ακολουθούμενη από καταγραφή, ετήσια κατανομή και σύγκριση των στοιχείων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο αριθμός των εξετασθέντων ασθενών στο εξωτερικό ιατρείο το 2016 σε σχέση με το 1998 εμφανίζει αύξηση της τάξης του 78%, με ετήσια αιχμή το 2012 με αύξηση σε σχέση με το 1998 της τάξης του 121% εξαιτίας καλλίτερης επάνδρωσης. Ο αριθμός των νοσηλευθέντων εμφανίζει αύξηση 19%. Ο αριθμός των επεμβάσεων έχει σχεδόν δεκαπλασιαστεί. Ο αριθμός των παρακλινικών εξετάσεων (ακοομετρία, βιντεονουστασιογραφία, ενδοσκοπήσεις) έχει υπερδεκαπλασιαστεί εξαιτίας της προμήθειας και βελτίωσης του διαθέσιμου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι δείκτες απόδοσης τμημάτων αποκεντρωμένων υποεπανδρωμένων μονάδων του ΕΣΥ εξαρτώνται τόσο από την επάνδρωση όσο και από το διαθέσιμο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Αν σκοπός του ΕΣΥ είναι η μη συσσώρευση περιστατικών στα μεγάλα αστικά κέντρα θα πρέπει να εξασφαλισθούν οι συνθήκες αντιμετώπισης των στα περιφερειακά.

**168.** ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΤΥΠΩΝ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΝ

Γ. Διακουμής

Ορθοπαιδική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρά τις συνεχείς εξελίξεις στην διάγνωση, την ανάπτυξη αντιβιοτικών και τις τεχνικές χειρουργικού καθαρισμού η αντιμετώπιση των ορθοπαιδικών λοιμώξεων παραμένει ένα δυσεπίλυτο κλινικό πρόβλημα. Έχουν περιγραφεί διάφορες ασυνήθεις φλεγμονώδεις καταστάσεις και άτυπες ορθοπαιδικές φλεγμονές που υποδύονται νεοπλασματικές εξεργασίες των οστών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** 43 ασθενείς με οστική λοίμωξη που υποδύονταν αρχικώς την κλινική και ακτινολογική εικόνα οστικών όγκων παραπέμφθηκαν στο τμήμα μας τα έτη 2011-2016 από άλλες μονάδες με την υποψία ότι επρόκειτο για νεόπλασμα.

Οι βλάβες αφορούσαν την σπονδυλική στήλη, το ιερό, βραχιόνιο, αντιβράχιο, μηριαίο, γόνατο, κνήμη και την άκρα πόδα. Συνήθως υπήρχε επώδυνη διόγκωση και οστεόλυση ενώ η κλινική εικόνα ήταν άτυπη. Σπάνια υπήρχε ερυθρότητα, θερμότητα ή σημαντική δυσκαμψία των αρθρώσεων. Η διάγνωση έγινε με βιοψία και ιστολογική εξέταση, με άμεση μικροσκοπική εξέταση, καλλιέργειες για κοινά αερόβια και αναερόβια μικρόβια και με κυτταρογενετικό έλεγχο. Έγινε, επίσης, έλεγχος για μύκητες και ειδικά μικρόβια με PCR και σε επιλεγμένες περιπτώσεις εξέταση για βρουκέλλα, εχινόκοκκο και HIV.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο έλεγχος ανέδειξε 11 TB οστών, 16 σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις, 3 εχινόκοκκους κύστες, 3 HIV θετικούς, 7 με οστεομυελίτιδα, 2 με βρουκέλωση και 1 με λοίμωξη από σαλμονέλλα. Κατοπίν των αποτελεσμάτων εφαρμόστηκε η ανάλογη θεραπεία, χειρουργικός καθαρισμός, σφαιρίδια βανκομυκίνης, αντιβιοτικά ή ακρωτηριασμός. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κλινική εικόνα των οστικών λοιμώξεων είναι μερικές φορές αμβληχρά και άτυπη. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και υψηλός δείκτης υποψίας για την πρόωπη διάγνωση που γίνεται με βιοψία, καλλιέργειες και άλλες διαγνωστικές δοκιμασίες.

## 169. Η ΒΙΟΨΙΑ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΚΑΙ ΟΓΚΟΜΟΡΦΩΝ ΕΞΕΡΓΑΣΙΩΝ

Γ. Διακουμής

Ορθοπαιδική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να εκτιμήσουμε αδρά και να σχολιάσουμε τη συχνότητα εμφάνισης των διαφόρων τύπων μυοσκελετικών όγκων σε ενήλικους στη χώρα μας με βάση βραχυχρόνια αλλά σύγχρονα δεδομένα από βιοψίες.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης σε 812 βιοψικά δείγματα (Α/Γ=423/389) που πραγματοποιήσαμε μεταξύ 2010 και 2016 σε ασθενείς 16-93 ετών. Η ιστολογική διάγνωση τέθηκε από ομάδα εμπειρών ειδικών παθολογοανατόμων συναξιολογώντας κλινικό ιστορικό, απεικονιστικά στοιχεία, ανοσοϊστοχημική μελέτη και γενετική ανάλυση. Σε όλους έγινε καλλιέργεια και έλεγχος για κοινά και ειδικά μικρόβια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από το σύνολο, το 69,3% ήταν νεοπλασματικές εξεργασίες - καλοήθεις 34,1%, κακοήθεις 65,9%. Πιο συχνή εντόπιση το μηριαίο (39,9%), ακολουθεί κνήμη (18,7%) και βραχιόνιο (12,8%). Από το σύνολο των κακόηθων 44,3% ήταν μεταστατική νόσος με συχνότερη πρωτοπαθή εστία μαστό, πνεύμονα και νεφρό. Η συχνότερη οστική πρωτοπαθή κακοήθης νεοπλασία ήταν οστεοσάρκωμα (28,4%), χονδροσάρκωμα (25,1%), οστικό κακόηθες ινώδες ιστιοκύττωμα, Ewing, μετακτινικό σάρκωμα. Στα μαλακά μόρια συχνότερα ήταν λιποσάρκωμα (63,8%), κακόηθες ινώδες ιστιοκύττωμα-MFH (14,6%), συνοβιοσάρκωμα, αιμαγιοσάρκωμα, νευρινοσάρκωμα. Συχνότερος καλοήθης όγκος ήταν ο γιγαντοκυτταρικός (19,2%), το χόνδρωμα (13,5%) και το οστεοχόνδρωμα (7,2%). Κακοήθης εξαλλαγή καλοήθους βλάβης επιβεβαιώθηκε μόνο σε χονδρογενείς όγκους και χρόνιες φλεγμονές. Συνυπαρξη δύο όγκων μαζί - collision tumours - ήταν <1%. 29,3% ήταν ποικίλες ογκομορφες εξεργασίες (φλεγμονές ειδικές και μη, κύστεις, αρθρίτιδες, έκτοπος οστεοποίηση, PVNS, ισχαιμική νέκρωση, λιποφαγοκοκκίωμα, ηωσινόφιλο κοκκίωμα, ιστιοκύττωμα Χ-κ.α.)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι μυοσκελετικοί όγκοι είναι ασυνήθεις, η συχνότητα εμφάνισης κάθε ξεχωριστού τύπου είναι πολύ μικρή αλλά η ακριβής ταυτοποίηση είναι απαραίτητη για το σωστό θεραπευτικό σχεδιασμό που πρέπει να έχει πάντοτε στόχο την πλήρη ίαση.

## 171. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ «ΣΑΒΒΑΤΟΚΥΡΙΑΚΟΥ» ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ

Χ. Κουτσουρίμπας<sup>1</sup>, Ζ. Χριστοφοράκης<sup>2</sup>, Ι. Κεραμιδής<sup>3</sup>, Ι. Σπερελάκης<sup>2</sup>, Γ. Μαγαράκης<sup>2</sup>, Κ. Αλπαντάκης<sup>2</sup>, Γ. Κοντάκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Γεν. Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», <sup>2</sup>Τμήμα Ορθοπαιδικής, Π.Γ.Ν. Κρήτης, <sup>3</sup>Πανεπιστήμιο Laval, Quebec, Canada

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα κατάγματα ισχίου σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα, χωρίς όμως να έχει αποσαφηνιστεί πλήρως το αίτιο αυτού. Το μειωμένο προσωπικό τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες αποτελεί έναν υποτιθέμενο παράγοντα κινδύνου.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στη παρούσα μελέτη εντάχθηκαν όλοι οι ηλικιωμένοι ασθενείς με διατροχαντήριο κατάγμα ισχίου που αντιμετώπιστηκαν χειρουργικά, στην Πανεπιστημιακή ορθοπαιδική κλινική της Κρήτης, μεταξύ Ιανουαρίου 2014 και Δεκεμβρίου 2014. Μελετήθηκαν αναδρομικά τα στοιχεία τους αλλά και επανεξετάστηκαν μετά από 1 χρόνο από το εξιτήριο τους. Μελετήσαμε 4 παραμέτρους την πρώιμη (30 ημέρες) και όψιμη (1 χρόνος) θνητότητα, την αναμονή για χειρουργείο και το ASA score εισαγωγής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το συνολικό δείγμα ασθενών αποτελούνταν από 76 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 83.5 έτη και αναλογία 0.2 ανδρών/γυναικών. Το δείγμα χωρίστηκε σε 2 ομάδες ανάλογα με την ημέρα εισαγωγής (ομάδα Α, N=30, εκείνοι που εισήχθησαν τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες και ομάδα Β, N= 46, εκείνοι που εισήχθησαν καθημερινές). Το μέσο ASA score της ομάδας Α ήταν 2.9, ενώ της ομάδας Β 2.8 (p> 0.05 Dunnett's test). Η μέση αναμονή για το χειρουργείο ήταν 5.1 ημέρες για την ομάδα Α σε σύγκριση με 4.4 της Β (p> 0.05 Dunnett's test). Η πρώιμη θνητότητα υπολογίστηκε σε 6.25% στην ομάδα Α, ενώ 0% στην Β. Η όψιμη θνητότητα βρέθηκε να είναι 16.67% στην Α και 13.04% στην Β (p>0.05, Pearson's test).

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Οι ασθενείς που εισήχθησαν εντός και εκτός ωραρίων έλαβαν παρόμοια ποιότητα ιατρικής περίθαλψης. Τα δεδομένα της μελέτης δεν υποστηρίζουν το φαινόμενο του «Σαββατοκύριακου» σε ηλικιωμένους ασθενείς με διατροχαντήριο κατάγμα που αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

## 170. ΑΤΥΠΑ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΔΙΑΦΥΣΗΣ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΙΦΟΣΦΩΝΙΚΩΝ

Γ. Γέμονας, Δ. Πάλλης, Κ. Ρόζης, Δ. Γεωργίου, Μ. Παραφόρου, Γ. Ρουμελιώτη Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα διφοσφωνικά χρησιμοποιούνται με επιτυχία τα τελευταία χρόνια για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης, αν και στη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί αρκετές περιπτώσεις άτυπων καταγμάτων στη διάφυση του μηριαίου και στην υποτροχαντήρια περιοχή μετά από μακροχρόνια χορήγηση τους.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού με αμφοτερόπλευρα κατάγματα διάφυσης μηριαίου με ιστορικό τραυματισμού και μακροχρόνια χορήγησης διφοσφωνικών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 76 ετών, διεκομίσθη με ασθενοφόρο στο Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου μας, μετά από αναφερόμενη πτώση εξ'ιδίου ύψους. Στη μεσότητα του δεξιού μηριαίου υπήρχε οίδημα, άλγος και παράδοξη κίνηση του άκρου. Ο ακτινολογικός έλεγχος ανέδειξε κάταγμα διάφυσης μηριαίου. Η τυπική μορφολογία του κατάγματος (εγκάρσιο κάταγμα με ανάστροφη αιχμή), η πληροφορία από το ιστορικό μακροχρόνια λήψης διφοσφωνικών και το αναφερόμενο αίσθημα βάρους-άλγος στον έτερο μηρό, οδήγησε τη διαγνωστική προσέγγιση στην ακτινολογική διερεύνηση και του αριστερού μηριαίου. Ο ακτινολογικός έλεγχος αποκάλυψε άτυπο κάταγμα αριστερού μηριαίου με διάσταση και πάχυνση του έξω φλοιού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με τις νεότερες οδηγίες της ASBMR (American Society of Bone and Mineral Research), η ασθενής υπεβλήθη σε ενδομελική ήλωση δεξιού μηριαίου, ενώ δόθηκαν οδηγίες για διακοπή των διφοσφωνικών. Προγραμματίστηκε σπινθηρογράφημα οστών για την περαιτέρω διερεύνηση του ατελούς κατάγματος στο αριστερό μηριαίο και αποφόρτιση του άκρου. Κατά την επανεξέτασή της μετά από 6 εβδομάδες, υπήρξε κλινική βελτίωση στο αριστερό μηριαίο και ακτινολογική εμφάνιση πύρου και στα δύο μηριαία, αποκλείοντας έτσι την προφυλακτική ενδομελική ήλωση του αριστερού μηριαίου.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η μακροχρόνια χρήση διφοσφωνικών για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης έχει συνδεθεί με άτυπα κατάγματα της διάφυσης του μηριαίου οστού και της υποτροχαντήριας περιοχής συνεπεία κάκωσης χαμηλής ενέργειας ή και χωρίς κάκωση. Η παρουσίαση του περιστατικού αυτού καταδεικνύει την ανάγκη στενής παρακολούθησης όσων βρίσκονται υπό αγωγή με διφοσφωνικά, έτσι ώστε να μπορέσουμε να αποφύγουμε τέτοιες επιπλοκές.

## 172. ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Α. Κούκη<sup>1</sup>, Α. Καλκάνη<sup>2</sup>, Κ. Χριστόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Λαμπρινουδάκη<sup>3</sup>, Γ. Λυρίτης<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα, <sup>2</sup>401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, <sup>3</sup>Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>4</sup>Καθηγητής Ορθοπαιδικής-Πρόεδρος ΕΛΙΟΣ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των νεότερων βιβλιογραφικών δεδομένων που αφορούν την μεταμόσχευση ήπατος-παγκρέατος και την οστεοπόρωση

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Έγινε ανασκόπηση της Ελληνικής και Ξένης βιβλιογραφίας σχετικά με την αύξηση που αναμένουν επιβίωσης μετά από μεταμόσχευση ήπατος και παγκρέατος ως αποτέλεσμα κάποιες μακροχρόνιες επιπλοκές, μεταξύ των οποίων η οστεοπόρωση και τα κατάγματα που σχετίζονται με αυτήν.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι επιπλοκές της μεταμόσχευσης επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ληπτών. Η παθολογία της οστεοπόρωσης σε λήπτες ηπατικών και παγκρεατικών μοσχευμάτων είναι πολύπλοκη και πολυπαραγοντική. Μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη επαναρόφηση οστού, μειωμένο σχηματισμό οστού ή και τα δύο. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι προϋπάρχουσες υποκείμενες μεταβολικές διαταραχές των οστών και η χρήση ανοσοκατασταλτικών παραγόντων είναι οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση και κατάγματα μετά την μεταμόσχευση. Η κατάσταση των οστών θα πρέπει να αξιολογείται σε όλους τους ασθενείς με σοβαρή ηπατική ή παγκρεατική ασθένεια που αναμένουν μόσχευμα, ώστε να επιτυγχάνεται ο εντοπισμός των ασθενών που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο κατάγματος και να βοηθήσει τους κλινικούς ιατρούς να συνταγογραφούν κατάλληλη θεραπεία. Η πρόοδος στις χειρουργικές τεχνικές και στη φαρμακολογική θεραπεία έχουν βελτιώσει δραματικά την επιβίωση του μοσχεύματος στον πρώτο χρόνο και φτάνει σε ποσοστό μεγαλύτερο από 80% σε πολλούς τύπους μεταμοσχεύσεων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πρόληψη και η θεραπεία της οστεοπόρωσης είναι ένα όλο και πιο σημαντικό θέμα στους ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων (Solid Organ Transplant SOT). Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, αυτοί οι ασθενείς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης οστεοπόρωσης που οφείλεται στη αρχική νόσο, στη δια βίου ανοσοκατασταλτική θεραπεία και σε άλλα συστηματικά αίτια. Καθώς οι ασθενείς ζουν περισσότερο μετά τη μεταμόσχευση, η διαχείριση τέτοιων χρόνιων προβλημάτων γίνεται όλο και πιο σημαντική.

### 173. ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΜΕΓΑΠΡΟΘΕΣΕΙΣ

Γ. Διακουμής, Κ. Βασιίου, Χ. Λάλος, Γ. Κυριακόπουλος, Σ. Βάλβης, Ν. Φυρφίρης, Π. Τσιοτίνου, Σ. Δάρρα, Ι. Παπακώστας  
*Ορθοπαιδική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση της θέσεως της μεταγρόθεσης στη χειρουργική αντιμετώπιση σκελετικών μεταστάσεων, με έμφαση στις ενδείξεις και τη λειτουργική έκβαση.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναφερόμαστε σε μία σειρά 27 ασθενών (15 γυναίκες και 12 άνδρες) με εύρος ηλικιών 21-83 έτη (μ.ο. 55 έτη), με μεταστατικό καρκίνο, στην πλειονότητα μαστού και νεφρού, που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας με εκτομή της βλάβης και αποκατάσταση με μεταγρόθεση. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η βλάβη ήταν μονήρης. Αντιμετωπίσαμε 12 παθολογικά κατάγματα και 10 εκτεταμένες οστεολυτικές βλάβες που εντοπιζόνταν 17 στο μηριαίο, 8 στο βραχιόνιο, και 2 στην κνήμη. Κριτήριο επιλογής των ασθενών ήταν Karnofsky score > 40 με παθολογικό κάταγμα ή εκτεταμένη οστική απώλεια που προσβάλλει την παρακείμενη άρθρωση, αδυναμία ανακατασκευής ή αποτυχία των συμβατικών μεθόδων. Επιλεγμένες περιπτώσεις, όπως μονήρης μετάσταση από καρκίνο του νεφρού, αντιμετωπίστηκαν όπως οι πρωτοπαθείς με ευρεία εκτομή με στόχο τον τοπικό έλεγχο της νόσου και βελτίωση της πρόγνωσης. Επικουρικά μέτρα περιλάμβαναν εξωτερική ακτινοβολία και βιοφαρμακολογική θεραπεία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Άμεσα μετεγχειρητικά ακολούθησε πρόγραμμα φυσικοθεραπείας με στόχο την εξασφάλιση χρήσιμης κίνησης για τα άνω άκρα και ασφαλούς κίνησης για τα κάτω άκρα. 24 ασθενείς προσήλθαν για follow-up με μέσο όρο 30 μήνες (2-64). Το μέσο MSTS score ήταν 78% και το μέσο TESS score 73%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι σύνθετες ογκολογικές ενδοπροθέσεις όταν συνδυάζονται με επικουρικά μέτρα αποτελούν μία αξιόπιστη λύση στην χειρουργική αντιμετώπιση επιλεγμένων περιπτώσεων οστικής μεταστατικής νόσου καθώς εξασφαλίζουν ασφαλή κίνηση χωρίς πόνο και συνέχιση της θεραπείας για τη βασική νόσο.

### 175. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΙΠΟΣΑΡΚΩΜΑΤΩΝ

Γ. Κυριακόπουλος, Χ. Λάλος, Σ. Βάλβης, Μ. Βλάχου, Γ. Διακουμής, Ν. Φυρφίρης, Π. Τσιοτίνου, Ι. Παπακώστας  
*Ορθοπαιδική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση της προσέγγισης και χειρουργικής αντιμετώπισης του λιποσαρκώματος που είναι ο πιο συχνός κακοήθης όγκος του λιπώδους ιστού.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Την τελευταία πενταετία αντιμετωπίσαμε 45 ασθενείς με διόγκωση μαλακών μορίων (23 μηρό, 5 γλουτό, 3 κνήμη, 10 άνω άκρο, 4 ράχη). Έγινε απεικονιστικός έλεγχος και υπήρχε σήμα λίπους στην fat suppression εικόνα στην MRI. Ακολούθησε κλειστή βιοψία στις μεγάλες βλάβες ή αφαιρετική βιοψία, όταν η βλάβη ήταν μικρή. Οι όγκοι είχαν μήκος από 5-36 εκ., εκτεινόταν κάτω από την εν τω βάθει περιτονία και σε μερικούς ανάμεσα στο λίπος υπήρχαν αγγεία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έγινε ευρεία εκτομή ή οριακή σε πολύ μεγάλους όγκους. Σε όλες τις βιοψίες τα όρια ήταν αρνητικά και στο follow up 5-60 μήνες κανένας ασθενής δεν παρουσίασε υποτροπή στην MRI.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το λιποσάρκωμα όταν αντιμετωπίζεται έγκαιρα και αφαιρείται σε καθαρά χειρουργικά όρια έχει καλή πρόγνωση. Σε διαφορετική περίπτωση λαμβάνει μεγάλες διαστάσεις, είναι αγγειοβριθές και μπορεί να υποτροπιάζει τοπικά ή να δίνει μεταστάσεις.

### 174. ΣΑΡΚΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Λ. Χαράλαμπος, Γ. Κυριακόπουλος, Σ. Βάλβης, Γ. Διακουμής, Σ. Δάρρα, Ν. Φυρφίρης, Π. Τσιοτίνου, Ι. Παπακώστας  
*Ορθοπαιδική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιασθεί η διαγνωστική προσέγγιση και οι θεραπευτικοί χειρισμοί στο κακόηθες ινώδες ιστεοκύττωμα των μαλακών μορίων.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναφερόμαστε σε 39 περιπτώσεις ασθενών με κακόηθες ινώδες ιστεοκύττωμα, 25 εκ των οποίων άνδρες και 14 γυναίκες ηλικίας 27-79 ετών, με εντόπιση της βλάβης: μηριαίο (18 ασθενείς), κνήμη (7), αντιβράχιο (4), άκρα πόδα (2), λαγόνιο (4), γόνατο (3), αγκώνα (1). Στην κλινική εικόνα συχνότερα υπήρχε μια αυξανόμενη σε διαστάσεις και γενικά ανώδυνη διόγκωση, η οποία κατά τη διάγνωση ήταν κατά μέσο όρο περίπου 10 εκατοστά. Σε μερικές περιπτώσεις, στην άπλη ακτινογραφία ήταν ορατή φλοιώδης καταστροφή του παρακείμενου οστού με ελάχιστη περιουσιακή αντίδραση. Η μαγνητική τομογραφία αποκάλυψε μία εν τω βάθει, ανομοιογενή μάζα, η οποία εμφανίζει χαμηλό σήμα στην T1 ακολουθία και υψηλό στην T2 ακολουθία. Ιστολογικά, ο παθολογικός ιστός χαρακτηρίζεται από ατρακτοειδή κύτταρα και ιστοκύτταρα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε 29 από τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε ευρεία εκτομή επί υγιούς και σε 3 από αυτούς χρειάστηκε πλαστική παρέμβαση. Σε 5 ασθενείς έγινε ακρωτηριασμός του μελους. Στο follow-up εξετάστηκαν όλοι οι ασθενείς. Νεοεπικουρική και επικουρική ακτινοθεραπευτική ή/και βιοφαρμακευτική θεραπεία εφαρμόστηκε κατά περίπτωση μετά από χειρουργική-ογκολογική σταδιοποίηση και συναξιολόγηση από ομάδα ειδικών στο ογκολογικό συμβούλιο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χειρουργική αντιμετώπιση του κακοήθους ινώδους ιστοκυττώματος των μαλακών μορίων, με την εκτομή επί υγιών ορίων της βλάβης καθώς και η προεγχειρητική και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία μπορούν να μειώσουν το ποσοστό τοπικής υποτροπής της νόσου και να βελτιώσουν την επιβίωση των ασθενών.

### 176. ΕΞΩΑΥΛΙΚΗ ΣΤΕΡΕΩΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΓΑΠΡΟΘΕΣΕΩΝ

Κ. Βασιίου, Χ. Λάλος, Γ. Κυριακόπουλος, Ν. Φυρφίρης, Π. Τσιοτίνου, Σ. Δάρρα, Μ. Βλάχου, Σ. Βάλβης, Γ. Διακουμής  
*Ορθοπαιδική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αξιολογήσαμε μέθοδο επικουρικής εξωαυλικής στερέωσης των ογκολογικών μεταγροθέσεων με τιμέντο, με εξαρτήματα υδροξυαπατίτη που χρησιμοποιούν στη μείωση της πιθανότητας χαλάρωσης.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** 68 περιπτώσεις με ευμεγέθεις οστικούς όγκους (37 πρωτοπαθείς κακοήθεις-5 low-grade (IA/IB) και 32 high grade (IIA/IIIB), 24 μεταστατικοί, 5 γιγαντοκυτταρικοί και μία χρόνια φλεγμονή), με οστικό έλλειμμα 9-34cm, αντιμετωπίστηκαν με ευρεία εκτομή και αποκατάσταση με μεταγροθέσεις με τιμέντο. Όλες οι προθέσεις, στο όριο επαφής με το οστό διέθεταν συναρμολογούμενο ραβδωτό κολλάρο με υδροξυαπατίτη, ενώ 2 custom-made εμβόλιμες ενδοπροθέσεις με μήκος στυλεού

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε όλες τις περιπτώσεις διαπιστώθηκε ακτινολογικός σχηματισμός οστικής γέφυρας μεταξύ πρόθεσης και οστού. Στις 49, το νεοαναπτυχθέν οστόν κάλυψε το σημείο επαφής πρόθεσης-οστού κυκλοτερώς ενώ στις υπόλοιπες μερικώς, ιδίως επί τα εντός και έξω της πρόθεσης. Κατά το follow-up (4-70/12) δεν υπήρξε καμία χαλάρωση. Αναπτύχθηκαν δύο όψιμες εν τω βάθει φλεγμονές, χωρίς να επηρεαστεί η σταθερότητα της ενδοπρόθεσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το κολλάρο του υδροξυαπατίτη είναι μία αποτελεσματική μέθοδος ενίσχυσης της βιολογικής στερέωσης των μεταγροθέσεων εξωαυλικά. Σε συνδυασμό με την τοποθέτηση με τιμέντο εξασφαλίζεται μακροχρόνια μηχανική σταθερότητα και εκμηδενίζεται ο κίνδυνος χαλάρωσης και η ανάγκη αναθεώρησης.

## 177. ΟΣΤΕΟΛΥΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΜΙΚΡΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σ. Βάλλης, Γ. Κυριακόπουλος, Γ. Κυριακόπουλος, Ν. Φυρφίρης, Π. Τσιοτίου, Γ. Διακουμής

Ορθοπαιδική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα έρευνα αφορά σε οστεολυτικές βλάβες μικρών οστών και προσεγγίζει τα διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα σε αυτές.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε 23 επώδυνες οστεολυτικές σε οστά του άκρου ποδός και του χεριού (πτέρνα, μετατάρσια, μετακάρπια, φάλαγγες). Σε 14 υπήρχε διάγνωση και μάζα μαλακών μορίων. Εκτιμήθηκαν με απλές ακτινογραφίες και σε 9 περιπτώσεις με CT ή MRI. Σε 8 περιπτώσεις με λύση οστικού φλοιού έγινε FNA και κυτταρολογική. Σε τρεις έγινε κλειστή βιοψία (Jamshidi, 8G) και σε μία ανοικτή. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με αφαιρετική βιοψία, εκκοιλίωση και απόξεση της κοιλότητας ή ακρωτηριασμό και έγινε καλλιέργεια, γενετική και ιστολογική εξέταση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η FNA ήταν ακριβής σε 8 περιπτώσεις. Η ιστολογική διάγνωση ήταν 4 GCT, 8 χαμηλής κακοήθειας χονδροσάρκωμα (επώδυνο εγγόνδρωμα- χονδροσάρκωμα grade 1/2A, IA), 3 MFH, 3 οστεοσαρκώματα, 1 επιθηλιοειδές αιμαγγειοενδοθελίωμα, 1 ξένο σώμα και 3 απλές κύστες. Έγιναν 3 ακρωτηριασμοί άκρου ποδός - Syme/Choppart/Pitogoff (Grade IIB οστεοσάρκωμα, Grade IIIB MFH και Grade IB αιμαγγειοενδοθελίωμα) και ένας ακτινωτός δακτύλου ποδός (παρμελημένος GCT, Campanacci III). Σε 15 περιπτώσεις το οστικό έλλειμμα αποκαταστάθηκε με μόσχευμα-χρήση PMMA ήταν αδύνατη - και υπήρξε αποκατάσταση του οστού χωρίς λειτουργικό έλλειμμα. Δεν υπήρξε καμία τοπική υποτροπή και σε καμία περίπτωση δεν αναπτύχθηκε απομακρυσμένη μετάσταση (follow-up 1-3 χρόνια).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οστεολυτικές εξεργασίες σε άκρο πόδα και χέρι είναι σχετικά αθώες διότι έχουν χαμηλό μεταστατικό δυναμικό. Εντούτοις, εξωδιμερισματικές κακοήθεις βλάβες δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με διάσωση μέλους παρά μόνο με ακρωτηριασμό. Σε μικρότερες βλάβες η προσεκτική προσέγγιση και εγχείρηση εξασφαλίζει ογκολογική σταθερότητα και άριστο λειτουργικό αποτέλεσμα.

## 179. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΩΝ ΕΝΣΦΗΝΩΜΕΝΩΝ ΛΙΘΩΝ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Μ. Νομικός<sup>1</sup>, Π. Μπαρμπούτης<sup>1</sup>, Γ. Αθανασόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Παπανικολάου<sup>2</sup>, Χ. Γεωργιλάκης<sup>1</sup>, Α. Τσαλαβούτας<sup>1</sup>, Σ. Κανατάς<sup>1</sup>, Χ. Κατσιφώτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», <sup>2</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. Πρέβεζας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι ενσφηνωμένοι λίθοι του εγγύς ουρητήρα είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν, καθώς εμφανίζουν μεγάλο αριθμό επιπλοκών όταν αντιμετωπίζονται άμεσα με ουρητροσκοπία (URS). Συγκρίναμε την άμεση laser ουρητρολιθοθρυψία για την αντιμετώπιση των ενσφηνωμένων λίθων του εγγύς ουρητήρα με την τοποθέτηση νεφροστομίας πριν την ουρητρολιθοθρυψία (two-stage approach)

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** 322 ασθενείς υποβλήθηκαν σε laser ουρητρολιθοθρυψία από τον Σεπτέμβριο του 2011 ως τον Ιανουάριο του 2016 στην κλινική μας. Στην μελέτη μας συμπεριλάβαμε εβδόμηντα οκτώ ασθενείς (24,2%) με ενσφηνωμένους λίθους εγγύς ουρητήρα. Χρησιμοποιήσαμε Holmium-YAG laser (0.8-1.2 J, 8-12 Hz) με οπτική ίνα 365 μm. Η Ομάδα Α (42 ασθενείς) περιλάμβανε όσους υποβλήθηκαν σε άμεση URS, ενώ στους ασθενείς της Ομάδας Β (36 ασθενείς) τοποθετήθηκε διαδερμική νεφροστομία με υπερηχογραφική καθοδήγηση (υπό τοπική αναισθησία) έναν μήνα πριν την ουρητροσκοπία. Συγκρίναμε το ποσοστό ασθενών ελεύθερων λιθίαςας (stone free rate – SFR), το ποσοστό επανεπέμβασης, τον χειρουργικό χρόνο, τον χρόνο ακτινοσκόπησης και το ποσοστό εμφάνισης επιπλοκών (βάσει του συστήματος Clavien) μεταξύ των δύο ομάδων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των δύο Ομάδων σε ό, τι αφορά στα χαρακτηριστικά των ασθενών. Το μέσο μέγεθος του λίθου ήταν 17.6±1.8 mm. Το ποσοστό ασθενών ελεύθερων λιθίαςας τρεις μήνες μετεγχειρητικά ήταν μεγαλύτερο στην Ομάδα Β (92.5% σε σχέση με 84% στην Ομάδα Α). Το ποσοστό επανεπέμβασης ήταν σημαντικά υψηλότερο στην Ομάδα Α (23.8% σε σχέση με 8% στην Ομάδα Β, p < 0.005). Αποτυχία πρόβασης στον λίθο παρατηρήθηκε συχνότερα στην Ομάδα Α συγκριτικά με την Ομάδα Β (12% και 7%). Ο χειρουργικός χρόνος ήταν σαφώς μεγαλύτερος στην Ομάδα Α (64±9 λεπτά σε σχέση με 44±8 λεπτά στην Ομάδα Β, p < 0.005). Ο χρόνος ακτινοσκόπησης ήταν μικρότερος στην Ομάδα της νεφροστομίας (2.2±1.2 λεπτά) σε σύγκριση με την άλλη Ομάδα (6.4±1.8 λεπτά p < 0.005). Το ποσοστό εμφάνισης επιπλοκών ήταν υψηλότερο στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε άμεση URS (25.5% σε σχέση με 16.6% στην Ομάδα Β, p < 0.005). Τρεις μείζονες επιπλοκές (2 διατηρήσεις ουρητήρα και 1 ουροσπίνη, κατηγορία III κατά Clavien) σημειώθηκαν μόνο σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε άμεση ουρητροσκοπία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η προσέγγιση σε δύο στάδια για τους μεγάλους ενσφηνωμένους λίθους του εγγύς ουρητήρα φαίνεται ασφαλέστερη χάρη στα εξής: -Χαμηλότερο ποσοστό επανεπέμβασης σε σχέση με την άμεση URS -Χαμηλότερος χειρουργικός χρόνος σε σχέση με την άμεση URS -Χαμηλότερος κίνδυνος εμφάνισης ουροσπίνης λόγω του ότι η τοποθέτηση της νεφροστομίας μειώνει τις ενδονεφρικές πιέσεις. Οι ασθενείς είναι καλό να πληροφορούνται για την επιλογή τοποθέτησης διαδερμικής νεφροστομίας πριν την λιθοθρυψία.

## 178. Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΥ

Γ. Διακουμής, Κ. Βασιίου, Χ. Λάλος, Σ. Δάρρα, Γ. Κυριακόπουλος, Ν. Φυρφίρης, Ι. Παπακώστας

Ορθοπαιδική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Άγιος Σάββας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι οστεολυτικές εξεργασίες και τα παθολογικά κατάγματα που οφείλονται σε οστικές μεταστάσεις αποτελούν συχνά την πρώτη εκδήλωση. Αξιολογήσαμε τυποποιημένη διαγνωστική μεθοδολογία που εφαρμόζουμε για την ταχεία αναγνώριση της φύσης της νόσου και την ανίχνευση της πρωτοπαθούς εστίας από όπου προήλθε η μετάσταση.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε το κλινικό και ακτινολογικό ιστορικό και τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης βιοπτικών δειγμάτων από 73 ασθενείς με οστική μεταστατική νόσο και ελεύθερο ιστορικό νεοπλασματικής νόσου, που παρουσιάστηκαν στην κλινική μας λόγω πόνου, οστεόλυσης ή παθολογικού κατάγματος. Στόχος είναι η διάγνωση της φύσης της βλάβης και ο καθορισμός του πρωτοπαθούς καρκίνου που προκάλεσε την οστική μετάσταση, ακολουθώντας πρωτόκολλο το οποίο αναπτύσσουμε βαθμιαία περιοριζόμενοι στις απαραίτητες εξετάσεις και επιταχύνοντας χρονικά τη διάγνωση. Βασίζομαστε στο ιστορικό σε συνδυασμό με υψηλό δείκτη υποψίας, στην αντικειμενική εξέταση, σε αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο, στη βιοψία, σε προσεκτικά σχεδιασμένες απεικονιστικές και ενδοσκοπικές μελέτες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ιστολογική διάγνωση έγινε με κλειστή ή ανοικτή βιοψία. 47 ασθενείς είχαν μονήρη μετάσταση και 26 πολλαπλές. Η πρωτοπαθής εστία εντοπίστηκε σε 68 ασθενείς (96,35%) και εφαρμόστηκε η κατάλληλη θεραπεία. Στους υπόλοιπους 5 (3,65%) δεν κατέστη δυνατή η εντόπιση της πρωτοπαθούς βλάβης και ακολούθησαν χημειοθεραπευτικό πρωτόκολλο για μεταστάσεις αγνώστου πρωτοπαθούς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ακριβής και ταχεία τυποποίηση της φύσης της πρωτοπαθούς εστίας είναι απαραίτητη για το σωστό θεραπευτικό σχεδιασμό που εξασφαλίζεται από μία διεπιστημονική ομάδα. Η μέθοδός μας επιτρέπει ταχεία διάγνωση και προσδιορισμό της πρωτοπαθούς εστίας, εξασφαλίζοντας άμεση εφαρμογή της πλέον αποτελεσματικής θεραπείας.

## 180. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΥΚΑΜΠΤΗΣ ΝΕΦΡΟΛΙΘΟΘΡΥΨΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΙΘΩΝ ΝΕΦΡΟΥ

Μ. Νομικός, Π. Μπαρμπούτης, Μ. Σερφερλής, Θ. Κουράνος, Σ. Παπανικολάου<sup>2</sup>, Α. Κούλης, Ν. Μιχάλης, Σ. Παυλάκης, Χ. Κατσιφώτης

<sup>1</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», <sup>2</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. Πρέβεζας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της διαδερμικής νεφρολιθοθρυψίας με τη χρήση υψηλής ισχύος (60 Watt) Holmium-Yag laser και της αναλώσιμης συσκευής αναρρόφησης Lithassist

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από τον Οκτώβριο του 2014 έως τον Απρίλιο του 2016 πραγματοποιήθηκαν 26 διαδερμικές νεφρολιθοθρυψίες σε πρηνή θέση σε 25 ασθενείς από έναν χειρουργό, με τη χρήση Holmium-Yag laser 60W και την συσκευή αναρρόφησης Lithassist. Χρησιμοποιήθηκε ίνα 800μm και η ενέργεια που εφαρμόστηκε σε όλη την διάρκεια της νεφρολιθοθρυψίας ήταν 60W (2J, 30Hz).

Μελετήθηκαν το λιθιασικό φορτίο, το ενδοσκοπικό ποσοστό ελεύθερο λιθίαςας (SFR), οι επιπλοκές (κατά Clavien), η ανάγκη για επικουρικές θεραπείες, τα ποσοστά δυσλειτουργίας του Lithassist, η ασφάλεια του καθώς και η ευκολία της χρήσης του από τον χειρουργό.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπεριελήφθησαν 14 γυναίκες ηλικίας (42±14 έτη) και 11 άνδρες (52±23 έτη). Το μέσο μέγεθος του λίθου ήταν (3,7±1,5cm) και ο μέσος χρόνος λιθοθρυψίας ήταν (48±23 λεπτά).

Συνολικά 20 ασθενείς (80%) έγιναν ενδοσκοπικά ελεύθεροι λιθίαςας. Οι 5 ασθενείς είχαν κοραλλιοειδή λιθίαση και χρειάστηκαν επικουρικές θεραπείες (σε 4 πραγματοποιήθηκε εύκαμπτη ουρητρονεφρολιθοθρυψία και 1 παραπέμφθηκε για εξωσωματική λιθοθρυψία).

Συνολικά 5 ασθενείς (20%) εμφάνισαν επιπλοκές. Οι 3 εμφάνισαν μετεγχειρητικές λοιμώξεις ουροποιητικού (Clavien II) που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, ένας ασθενής εμφάνισε διαφυγή ούρων και τοποθετήθηκε double-J stent και 1 ασθενής παρουσίασε ρήξη της νεφρικής πύελου (Clavien III).

Χρειάστηκαν 2 επεμβάσεις για να εξοικειωθεί ο χειρουργός με την χρήση της συσκευής Lithassist, ενώ σε 1 επέμβαση παρουσιάστηκε δυσλειτουργία της συσκευής. Δεν παρατηρήθηκε αυξημένη αιμορραγία κατά την διάρκεια της λιθοθρυψίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διαδερμική νεφρολιθοθρυψία με laser υψηλής ισχύος και με τη χρήση της συσκευής αναρρόφησης Lithassist είναι ασφαλής και αποτελεσματική για κάθε είδος λιθίαςας του νεφρού.



**181. ΠΟΙΟΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (AUDIT) ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

Δ. Κουντούρης, Ε. Κουκάκη, Μ. Παναγιωτόπουλος, Χ. Μυστακέλης, Γ. Δαΐκος, Μ. Σαμάρκος  
*Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η χρήση αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPIs) είναι ευρέως διαδεδομένη στην κλινική πράξη. Ωστόσο υπάρχουν πολλά δεδομένα τα οποία δείχνουν ότι σε σημαντικό ποσοστό οι PPIs υπερσυνταγογραφούνται.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός αυτού του ελέγχου ήταν να αξιολογηθεί η ορθότητα χρήσης PPIs σε ασθενείς που νοσηλεύονται στην Α' Παθολογική Κλινική του Λαϊκού Νοσοκομείου, πριν και μετά από μια εκπαιδευτική παρέμβαση.

**ΜΕΘΟΔΟΣ-ΚΡΙΤΗΡΙΑ:** Στην πρώτη φάση (Ιούλιος 2016) μελετήθηκαν οι πρώτοι 100 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην κλινική για τουλάχιστον 3 μέρες. Καταγράφηκε η χορήγηση PPI ή H2 αναστολέων πριν και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και η αναφερόμενη από τους θεράποντες ιατρούς ένδειξη χορήγησης. Με βάση τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα η ένδειξη χορήγησης PPIs αξιολογήθηκε σαν «ορθή», «ασαφής» και «μη ορθή». Ακολούθησε εκπαιδευτική παρέμβαση με παρουσίαση των αποτελεσμάτων της πρώτης φάσης και ανασκόπηση της ορθής χρήσης των PPIs. Επίσης αναρτήθηκαν ειδικές αφίσσες με τις οδηγίες ορθής συνταγογράφησης των PPIs. Στη δεύτερη φάση (Οκτώβριος 2016) επαναλήφθηκε η καταγραφή όπως στην πρώτη φάση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το ποσοστό των ασθενών που έλαβαν PPIs κατά τη νοσηλεία τους μειώθηκε από 48% στην πρώτη φάση, σε 32% στη δεύτερη (p=0,02). Το ποσοστό των ασθενών που έλαβε PPIs με ορθή ένδειξη ήταν 39,6% στην πρώτη φάση και 43,7% στη δεύτερη φάση (p=0,71) Στην πρώτη φάση όλοι (100%) οι ασθενείς που έλαβαν PPIs πριν την εισαγωγή τους συνέχισαν και εντός νοσοκομείου ενώ στη δεύτερη φάση το ποσοστό ήταν 79,1% (p=0,044).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο ποιοτικός έλεγχος οδήγησε σε βελτίωση στη συνταγογράφηση PPIs με σημαντική μείωση του ποσοστού χορήγησης PPIs σε νοσηλεύομενους ασθενείς, και σε μη σημαντική βελτίωση του ποσοστού συνταγογράφησης με ορθή ένδειξη.

**183. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΑΠΛΑΣΙΑ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΑΙΝΟΝΤΑ ΕΛΚΗ ΚΝΗΜΩΝ**

Σ. Χαλικιάς, Χ. Σταματοπούλου, Β. Χατζής  
*Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης συγγενούς απλασίας κάτω κοιλής φλέβας, με φλεγμαινόντα έλκη κνημών, εκκοσμησμένου επιφλεβικού κοιλιακού τοιχώματος και η αντιμετώπισή τους. Η συγγενής απλασία κάτω κοιλής φλέβας παρουσιάζεται με συχνότητα 0,3-0,5 % η οποία μπορεί να συνδυαστεί με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, πνευμονική εμβολή, χρόνια πόνο, άτονα έλκη, θρομβοφιλία και λοιμώξεις μαλακών μοριών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας ασθενής 56 ετών προσήλθε με εμπύρετο 40°C, δυσκολία βάδισης, αδυναμία κάμψης των σκελών, κοιλιακή δυσφορία, οιδήματα, ερυθρότητα και έλκη κάτω άκρων. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται πολλαπλές εν τω βάθει φλεβοθρομβώσεις από 30ετίας, με υποτροπιάζουσες κυτταρίτιδες κάτω άκρων. Βαρύς καπνιστής 45p/years. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκαν διατεταμένη κοιλία, οφιοειδές επίφλεβο κοιλιακού τοιχώματος, κήλη μέσης γραμμής, ηπατομεγαλία και σπληνομεγαλία. Μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα στις βάσεις των ημιθωρακίων, σκληρά ερυθροϊώδη οίδημα, φλεβική ανεπάρκεια και έλκη κάτω άκρων. Διενεργήθηκε triplex φλεβών κάτω άκρων χωρίς ανάδειξη εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης. Ακολούθησε CT άνω και κάτω κοιλίας που απεικόνισε συγγενή απλασία κάτω κοιλής φλέβας, που ελέγχεται μόνο στο ύψος της πύλης του ήπατος, στην οποία εκβάλλουν και οι νεφρικές φλέβες με διατεταμένη την άζυγο και ημιάζυγο φλέβα, πολλαπλές κίρσοειδείς διατάσεις αγγείων στον παραορτικό χώρο και κατά μήκος των λαγονίων αγγείων. Επίσης παρατηρήθηκε διάνοιξη ομφαλικής φλέβας και ηπατομεγαλία-σπληνομεγαλία. Γαστροσκόπηση χωρίς κίρσοειδείς στήλες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη ταζομπακτάμη και βανκομυκίνη. Επίσης έλαβε πεντοξυφυλλίνη, σπειρονολακτόνη και fondaparinux. Παρατηρήθηκε θεαματική βελτίωση με αιμυρεξία, ορθοστάτηση του ασθενούς, υποχώρηση του οιδήματος και της φλεγμονής των σκελών μετά πάροδο έξι ημερών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η συγγενής απλασία κάτω κοιλής φλέβας συνήθως συνδυάζεται με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, λοιμώξεις μαλακών μοριών και επιπλεγμένα έλκη κνημών. Η έγκαιρη χορήγηση αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων, σπειρονολακτόνης και ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους με την ενδεκνυόμενη αντιβιοτική αγωγή αποτελεί σημαντική θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπισή τους.

**182. ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΟΞΕΙΑΣ ΕΜΠΥΡΕΤΗΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑΣ (SWEET SYNDROME) ΎΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ**

Δ. Κορέλα, Σ. Πιτσιγαυδάκη, Δ. Γαλάνη, Σ. Καρακωνσταντής, Κ. Μηλάκη, Π. Κωστόπουλος, Ε. Θαλασσινός, Χ. Λυδάκης  
*Β' Παθολογική Κλινική, «Βενιζέλειο-Πανάκειο» Γ.Ν. Ηρακλείου*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού με οξεία εμπύρετη ουδετεροφιλική δερματοπάθεια (σύνδρομο Sweet) δύο εβδομάδες μετά από τοποθέτηση μοσχεύματος κοιλιακής αορτής.

**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 60 ετών με ατομικό αναμνηστικό διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας και καρδιακής ανεπάρκειας, ΜΤΒ-απινιδιώτη, ΧΝΝ, ΣΔ τύπου 2, τοποθέτηση ενδαγγειακού μοσχεύματος κοιλιακής αορτής προ 2 εβδομάδων λόγω ανευρύσματος. Στα πλαίσια προμεταμοσχευτικού ελέγχου καρδιάς έφερε προ μηνός CT εγκεφάλου, θώρακος και κοιλίας χωρίς ευρήματα συμβατά με κακοήθεια. Ο ασθενής προσήλθε λόγω εμπύρετου έως 38ο C, αρθραλγίων από 3ημέρου σε γόνατα, αγκώνες, καρπούς και μετακαρποφαλαγγικές αρθρώσεις άμφω με συνοδοί εμφάνιση ερυθρο-ιώδους αιμορραγικού κηλιδοβλατιδιώδους - φλυκταινώδους εξανθήματος σε γόνατα, μηρούς και γλουτούς άμφω. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ο ασθενής εμφάνισε λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρρικό τύπο ( 82% ουδετερόφιλα) και ήπια αυξημένους δείκτες φλεγμονής, ενώ η γενική ούρων ήταν φυσιολογική.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εστάλη ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος τα οποία απέβησαν αρνητικά. Διαγνωστικά διενεργήθηκε βιοψία δέρματος από βλατίδα αριστερού γλουτού. Εστάλησαν καλλιέργειες αίματος και καλλιέργεια υλικού βιοψίας που απέβησαν επίσης αρνητικά. Εν αναμονή των αποτελεσμάτων ο ασθενής έλαβε κορτιζόνη ενδοφλεβίως. Παρουσίασε άμεση βελτίωση της συμπτωματολογίας του. Στη βιοψία παρατηρήθηκε εικόνα ουδετεροφιλικής δερματοπάθειας, συμβατή με οξεία εμπύρετη ουδετεροφιλική δερματοπάθεια (σύνδρομο Sweet).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το σύνδρομο Sweet αποτελεί μια σπάνια φλεγμονώδη διαταραχή που χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εμφάνιση ευαίσθητων, οίδηματώδων και ερυθροματωδών βλατιδών, πλακών ή οζιδίων του δέρματος. Οι βλάβες αυτές ενδέχεται να συνοδεύονται από εμπύρετο, αρθρίτιδα, λευκοκυττάρωση και συστηματική προσβολή. Διακρίνονται τρεις τύποι : κλασσικό-ιδιοπαθές, σχετιζόμενο με κακοήθεια και σχετιζόμενο με φάρμακα. Θεραπεία εκλογής αποτελεί η χορήγηση συστηματικά γλυκοκορτικοειδών ( πρεδνιζόνη 0,5-1 mg/kg/day) για 4-6 εβδομάδες, ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς. Το περιστατικό μας αντιμετωπίστηκε ως σύνδρομο Sweet πιθανά συσχετιζόμενο με ανοσολογικό μηχανισμό που πυροδότησε η τοποθέτηση μοσχεύματος (σπάνια επιπλοκή βάσει διεθνούς βιβλιογραφίας) ή με προηγηθείσα ήπια φαρμάκων με κύριους ενόχους ΜΣΑΦ, αντιβιοτικά και διοηρητικά που έλαβε ο ασθενής στα πλαίσια της επέμβασης.

**184. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ Η ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Ε. Ευστρατιάδη, Α. Αγγελίδη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Ε. Ξουρλιά, Π. Λαμπρόπουλος, Ε. Τζουγανάτου, Ε. Καραμπουσλή, Λ. Καφαντάνου, Μ. Καλυβάς, Α. Μελιδιώτης  
*Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι λοιμώξεις αναπνευστικού και ουροποιητικού συστήματος αποτελούν τις συχνότερες αιτίες λοιμώξεων νοσηλεύομενων ασθενών. Διάφορα μοντέλα έχουν θεσπιστεί για την εκτίμηση της κλινικής βαρύτητας των ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συγκριτική αξιολόγηση μοντέλων εκτίμησης της κλινικής βαρύτητας ασθενών με λοιμώξη αναπνευστικού ή ουροποιητικού αναφορικά με την προγνωστική τους ικανότητα για θανατηφόρο έκβαση.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 107ασθενείς (44άνδρες), με λοιμώξη ουροποιητικού ή/και αναπνευστικού, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην Α' Παθολογική Κλινική το χρονικό διάστημα Ιανουάριος-Δεκέμβριος 2016. Σε κάθε συμμετέχοντα προσδιορίστηκαν ανθρωπομετρικοί, κλινικοεργαστηριακοί παράμετροι και τα μοντέλα SOFA, qSOFA, APACHE για την εκτίμηση της κλινικής βαρύτητας των ασθενών κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Για την αξιολόγηση της εγκυρότητας των διαφόρων δοκιμασιών μετρήθηκαν η ευαισθησία και η ειδικότητα με τη χρήση της καμπύλης ROC (receiver-operating characteristics curve) και υπολογίστηκε το εμβαδόν της περιοχής κάτω από την καμπύλη (Area Under the Curve,AUC).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Θανατηφόρο καταληκτικό σημείο διαπιστώθηκε στο 14,0% του συνόλου των νοσηλεύομενων ασθενών. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 6,23±3,6 μέρες στο σύνολο του πληθυσμού (6,45±3,6 μέρες και 6,18±3,5 μέρες στα άτομα με λοιμώξη αναπνευστικού ή ουροποιητικού, αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά ως προς τη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ ατόμων με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη (6,24±3,7 έναντι 6,23±3,4, P=0,895, αντίστοιχα). Στο σύνολο του πληθυσμού για τιμές≥5,5 το APACHE score εμφάνιζε ευαισθησία: 57%, ειδικότητα: 81%, AUC: 0,714, το SOFA-score για τιμές≥3,5 εμφάνιζε ευαισθησία: 67%, ειδικότητα: 80%, AUC: 0,773, και το qSOFA-score για τιμές≥2,5 εμφάνιζε ευαισθησία: 67%, ειδικότητα: 98%, AUC: 0,720,

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι το qSOFA-score εμφάνιζε την καλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα ως προγνωστικός δείκτης θανατηφόρου έκβασης σε ασθενείς με λοιμώξη αναπνευστικού ή/και ουροποιητικού. Επίσης, το SOFA-score παρουσίαζε εξίσου καλή ευαισθησία και ειδικότητα ως προγνωστικός δείκτης έκβασης.

## 185. ΣΥΝΔΡΟΜΟ WEBER: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Αγγελοπούλου, Ι. Μαρράκης, Γ. Γαρεφαλάκης, Ο. Παπαλού, Φ. Σαρροπούλου, Ζ. ΠΑΥΛΙΔΗ, Σ. Θεμέλη, Ι. Δημόπουλος, Α. Σακελλαρίου, Ν. Σπεταιριέρης, Ε. Χατζηανέστη, Δ. Συρίγος, Ζ. Ζαχαριάδου, Β. Παπαλιμναίου  
*Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το σύνδρομο Weber χαρακτηρίζεται από ομόπλευρη πάρεση του κοινού κινητικού νεύρου σε συνδυασμό με ετερόπλευρη ημιπάρεση οφειλόμενη σε βλάβη της κοιλιακής μοίρας του μεσεγκεφάλου. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η παρουσίαση περιστατικού με λιγότερο τυπική εκδήλωση του συνδρόμου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα 81 ετών εισήχθη για διερεύνηση κεφαλαλγίας, αστάθειας βάδισης και ναυτίας. Εκ της αντικειμενικής εξέτασης διαπιστώθηκε υπνηλία με μερική ανταπόκριση στα λεκτικά ερεθίσματα, βλεφαρόπτωση δεξιά, ανισοκορία, δεξιά κόρη μη αντιδρώσα στο φως, πτώση γωνίας στόματος αριστερά, μύωση μύικης ισχύος αριστερού άνω άκρου, σημείο Βαργέ αριστερά, ενώ το πελματιαίο αντανακλαστικό ήταν ευχερώς εκλυόμενο. Η οφθαλμοκινητικότητα και η λοιπή νευρολογική εξέταση δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η Αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα, ενώ στην μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου διαπιστώθηκε πρόσφατη ισχαιμική αλλοίωση στο δεξιό πλάγιο του μεσεγκεφάλου παρασβελιαία. Η ασθενής ετέθη σε αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με την χορήγηση 325 mgf ακετυλοσαλικυλικού οξέος. Σταδιακά η νευρολογική εικόνα της ασθενούς βελτιώθηκε και εξήλθε με συμπτωματολογία σε πλήρη ύφεση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το σύνδρομο Weber δυνατόν να εκδηλωθεί με ποικίλη κλινική εικόνα. Σε κάποιες περιπτώσεις η πρόγνωση της νόσου είναι ιδιαίτερως καλή.

## 187. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Α. Αγγελίδη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Γ. Λοϊζος, Ε. Τζουγανάτου, Χ. Βέρρας, Ε. Ξουριάς, Ε. Ευστρατιάδη, Ε. Καραμπουσλή, Η. Γεωργόπουλος, Γ. Κρανιδιώτης, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

*Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ. Ν. Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το ΑΕΕ αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και την πιο συχνή αιτία μόνιμης αναπηρίας. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) αποτελεί έναν βασικό παράγοντα κινδύνου καρδιακής νόσου και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου(ΑΕΕ).

**ΣΚΟΠΟΣ** της παρούσας μελέτης αποτελεί διερεύνηση των παραμέτρων που συνδέονται με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας ατόμων με ΑΕΕ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη, συμπεριλήφθηκαν 94 συνολικά ασθενείς (40άνδρες, 46 με ΣΔτ2), με διάγνωση εισαγωγής ΑΕΕ, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην Α' Παθολογική Κλινική του ΓΝΠ«Τζάνειο» το χρονικό διάστημα Ιουνίου-Δεκεμβρίου 2016. Σε κάθε συμμετέχοντα προσδιορίστηκαν διάφοροι ανθρωπομετρικοί, κλινικοεργαστηριακοί και καρδιομεταβολικοί παράγοντες κινδύνου, παρουσία συννοσηροτήτων, οι κλίμακες NIHSS (NIH Stroke Scale) και GCS (Glasgow Coma Scale) στην εισαγωγή και έξοδο των ασθενών καθώς και τα μοντέλα ESRs (Essen Stroke Risk Score), SPI-II (Stroke Prognosis Instrument II).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ήταν 6.78±4.05 μέρες, και η μέση διάρκεια ΣΔτ2 10.8±12.31 έτη. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια νοσηλείας ανάμεσα στους ασθενείς με και χωρίς ΣΔτ2 (6,7±4,2 έναντι 6,8±3,7 ημερες, P=0,867). Από την ανάλυση του συνόλου των παραμέτρων η διάρκεια νοσηλείας φάνηκε να εμφανίζει θετική συσχέτιση με την κλίμακα NIHSS κατά την εισαγωγή των ασθενών (b=0.59, P=0.016) για το σύνολο του πληθυσμού της μελέτης, ανεξαρτήτως παρουσίας ή μη ΣΔτ2. Η επιμέρους σύγκριση των μεταξύ ασθενών με ΣΔτ2 έναντι αυτών χωρίς ΣΔτ2 έδειξε ότι: η NIHSS δεν διέφερε τόσο κατά την εισαγωγή (9,04±7,89 έναντι 7,5±6,8, P=0.39) όσο και κατά την έξοδο (6,5±7,8 έναντι 4,1±5,5, P=0,18) μεταξύ των δύο ομάδων. Σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων με ΣΔτ2 έναντι αυτών χωρίς ΣΔτ2 παρατηρήθηκε για τα μοντέλα ESRs (4.38±0.92 έναντι 2.97±1.01, P<0.001, αντίστοιχα) και SPI-II (7.83±2.22 έναντι 4.18±1.98, P<0.001, αντίστοιχα).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η βαρύτερη νευρολογική εικόνα εκδήλωσης ενός ΑΕΕ αποτελεί τον πιο καθοριστικό παράγοντα για τη συνολική διάρκεια νοσηλείας ανεξαρτήτως της παρουσίας ΣΔτ2, ενώ η παρουσία ΣΔτ2 συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ενός νέου ΑΕΕ.

## 186. ΨΕΥΔΗΣ ΕΙΚΟΝΑ ΑΛΙΘΙΑΣΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΜΥΞΩΜΑ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Λ. Δεμπέσης, Ε. Κουκουφίκη, Ι. Καραγκούνη, Α. Τζανάτου, Ι. Καραμηνάς, Α. Ναζάκη, Κ. Τουρτίδου, Π. Αυγερινός

*Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο - Πολυκλινική.*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να τονισουμε ότι η επιμονή στη αναζήτηση εναλλακτικών εξηγήσεων για ένα σύμπλεγμα κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων είναι ο ασφαλέστερος δρόμος για την κάλυψη της απόστασης που χωρίζει ένα φαινομενικά αληθοφανές «σενάριο εργασίας» από την τελική διάγνωση.

**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για γυναίκα, 35 ετών εκπαιδευτικό, με επιγαστραλγία και πυρετό από 7-ήμερο. Κατά την εξέταση είχε: Θ:38οC, ωχρότητα δέρματος, φύσημα τύπου ανεπάρκειας τριγώνχινος και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση στο δεξίο υποχόνδριο. Λόγω της παρουσίας πάχυνσης (11 mm) και διαστορωμάτων του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης (χ.κ.), χωρίς χολολιθίαση, εισήχθη στις 28/09/2016 σε χειρουργική κλινική του Νοσοκομείου με διάγνωση εργασίας «αλιθιασική χολοκυστίτιδα». Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε φυσιολογικά λευκά, αναμια (Ht:27%), CRP:7-9 mg/dL, TKE:98-100, υποαλβουμιναιμία (2.9-3.1 mg/dL) και παράταση του INR (1.35-1.4).

Μεταγενέστεροι απεικονιστικοί έλεγχοι έδειξαν υποχώρηση της πάχυνσης του τοιχώματος της χ.κ., ηπατομεγαλία (16 εκ), εμφάνιση μικρής (διδρωματικής) υπεζωκοτικής και περιηπατικής συλλογής και ικανής συλλογής στην ελάσσονα πύελο που εν συνεχεία υποχώρησε. Λόγω μη υποχώρησης του πυρετού και των πρωτεϊνών οξείας φάσεως (Π.Ο.Φ.) υπό αγωγή με σπιροφλοξασίνη-μετρονιδαζόλη επί 8-ήμερον η ασθενής μεταφέρθηκε στις 05/10/2016 στην κλινική μας με διάγνωση εργασίας: «παρεταϊνόμιο εμπίυρο αγνώστου αιτιολογίας» και την υποψία πυλίας υπέρτασης.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στα πλαίσια της διερεύνησης πιθανής ενδοκαρδιακής πραγματοποιήθηκε υπερηχογράφημα καρδιάς όπου διαπιστώθηκε μισχωτή ΧΚΕ 38X48mm του δεξιού κόλπου εισερχόμενη στην δεξιά κοιλία. Μετά από καρδιοχειρουργική αφαίρεση στις 14/10/2016 παρατηρήθηκε υποχώρηση του πυρετού και των Π.Ο.Φ. Η ιστολογική ήταν διαγνωστική μυξώματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρά την θεωρούμενη σαν υψηλής ειδικότητας αρχική εικόνα, για διάγνωση χολοκυστίτιδας (πυρετός-ευαισθησία δεξιού υποχονδρίου και πάχυνση-διαστορωμάτωση χ.κ.), η πιθανότερη εξήγηση για τα ευρήματα πρέπει να αναζητηθεί μεταξύ των συστηματικών εκδηλώσεων (πυρετός-αύξηση Π.Ο.Φ.) και της παρεμβολής στην λειτουργία της δεξιάς καρδιάς (ήπαρ στάσεως-συλλογές-πάχυνση χ.κ) που προκαλούσε το μύξωμα του δεξιού κόλπου.

## 188. ΓΥΝΑΙΚΑ 48 ΕΤΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΙΝΩΣΗ

Σ. Καλαντζή, Δ. Μπασούλης, Χ. Φυτιλή, Ν. Τεντολούρης

*Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο 'Λαϊκό', Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση αποτελεί μια σπάνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από την παρουσία φλεγμονώδους και ινώδους ιστού που περιβάλλει συχνά τους ουρητήρες ή άλλα κοιλιακά όργανα. Διακρίνουμε δύο είδη: την ιδιοπαθή (2/3) και τη δευτεροπαθή (1/3), που συνοδεύει νεοπλασμάτα, λοιμώξεις και φάρμακα.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 48 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων αιτιώμενη οσφυαλγία. Η παρούσα νόσος της ασθενούς άρχεται από 20 ημέρου, όπου παρουσίασε άλγος στην οσφυϊκή χώρα που επεκτεινόταν ζωστηροειδώς, δεν συνδυαζόταν με τις κινήσεις του κορμού, δεν υπήρχε αναλγητική θέση, είχε μικρή ύφεση με τη λήψη παρακεταμόλης και δεν παρουσίαζε άλλα συνοδά συμπτώματα. Από τη φυσική εξέταση η ασθενής δεν παρουσίαζε κάποιο παθολογικό σημείο, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο το μόνο παθολογικό εύρημα ήταν ήπια αναμια με Ht: 36,7%, Hb:11.7g/dl και TKE:140mm με CRP: 60 mg/dl. Η ασθενής υπεβλήθη σε Α/α Θώρακος, Α/α κοιλίας, Α/α ΟΜΣΣ, U/S άνω κοιλίας (ήπαρ, χοληφόρα, πάγκρεας, νεφροί), χωρίς παθολογικά σημεία και λόγω επιμονής των αυξημένων δεικτών φλεγμονώδους υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία κοιλίας, η οποία ανέδειξε εικόνα οπισθοπεριτοναϊκής ίνωσης. Έγινε αναζήτηση για δευτεροπαθή αίτια οπισθοπεριτοναϊκής ίνωσης με CT θώρακος, έλεγχο πεπτικού (γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση), ανοσολογικό έλεγχο, Iν πυελογραφία, χωρίς παθολογικά ευρήματα και με βάση τα ανωτερα αρνητικά αποτελέσματα τέθηκε η διάγνωση της ιδιοπαθούς οπισθοπεριτοναϊκής ίνωσης. Τέθηκε σε αγωγή με κορτιζόνη (Medrol 16mg 1x1) και παρατηρήθηκε αμεση βελτίωση (σε 4 ημέρες): TKE 30mm, CRP: 3,77 και υποχώρηση του άλγους. Σε 3 μήνες επανέλεγχος με U/S ΝΟΚ: φυσιολογικό και Ht: 39,6%, Hb:13,2g/d, CRP:0,43 (ΦΤ: 0,8), TKE: 12mm. Σε 6 μήνες η ασθενής υπεβλήθη σε νέα CT άνω-κάτω κοιλίας, στην οποία αναφέρεται πως δεν επανελέγχεται ο ιστός που περιβάλλει στον προηγούμενο απεικονιστικό έλεγχο την κοιλιακή αρτηρία από το ύψος των νεφρικών αγγείων μέχρι του διχασμού αυτής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα εργασία παρουσιάστηκε ένα περιστατικό με ιδιοπαθή οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση, χωρίς προσβολή των ουρητήρων, που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με χορήγηση κορτικοστεροειδών.

**189. ΝΟΣΟΣ CASTLEMAN. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ο. Παπαλού, Ε. Χατζηανέστη, Ν. Σπετσιέρης, Α. Σακελλαρίου, Ι. Δημόπουλος, Ι. Μαρράκης, Σ. Θεμέλη, Ζ. Παυλίδη, Δ. Συρίγος, Β. Παπαλιμναίου, Ζ. Ζαχαριάδου, Α. Σαμυρλής, Δ. Παπουτσάς  
*Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση κλινικού περιστατικού νόσου Castleman και η θέση της στη διαφορική διάγνωση παρατενόμενου εμπύρετου με συνοδό λεμφαδενοπάθεια.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας 75 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής πίεσης και χρόνιας ηπατίτιδας C, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων λόγω εμπύρετου έως 39ο C από μηνός, ιδίως κατά τις απογευματινές ώρες, κακουχίας και νυχτερινών εφιδρώσεων. Επιπρόσθετα σε εξωτερικό εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθη ορθόχρωμη -ορθοκυτταρική αναιμία. Πέραν της αναιμίας ανευρέθη θρομβοπενία, υψηλή ΤΚΕ καθώς και πολυκλωνική υπεργμμασφαιριναιμία. Από την κλινική εξέταση ο ασθενής εμφάνισε σημαντική διόγκωση μασχαλιαίων λεμφαδένων άμφω, καθώς και μικρότερο βαθμού διόγκωση τραχηλικών λεμφαδένων. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο, οστεομελική βιοψία, δερματική δοκιμασία φυματίνης (Mantoux) και βιοψία μασχαλιαίου λεμφαδένα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ολόσωμη αξονική τομογραφία ανέδειξε σπληνομεγαλία, διόγκωση λεμφαδένων μεσοθωρακίου καθώς και πολλαπλές διογκώσεις λεμφαδένων παρασπονδυλικά, παρασπονδυλικά, στο μεσοπύριον και στις βουβωνικές χώρες. Η οστεομελική βιοψία και η Mantoux ήταν φυσιολογικές. Η χειρουργική αφαίρεση μασχαλιαίου λεμφαδένα και η βιοψία αυτού έθεσε την διάγνωση πολυκεντρικού, πλασμοβλαστικού τύπου νόσου Castleman. Τέλος στο βιοψικό υλικό απομονώθηκε ο ερπητιοδός σχετιζόμενος με σάρκωμα Kaposi (HHV-8), ο οποίος αποτελεί κοινό αιτιολογικό παράγοντα του συνδρόμου, ενώ ο έλεγχος για HIV απέβη αρνητικός. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε αιματολογική κλινική.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η νόσος Castleman αποτελεί μια σχετικά σπάνια νοσολογική οντότητα, η οποία ωστόσο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην διαφορική διάγνωση παρατενόμενου εμπύρετου με συνοδό λεμφαδενοπάθεια, καθώς συνοδεύεται συχνά από σημαντικές συννοσηρότητες και έχει ειδική θεραπευτική αντιμετώπιση. Η ιστολογική εξέταση εξαιρεθέντος λεμφαδένα αποτελεί το σημαντικότερο όπλο στην διάγνωση της νόσου.

**191. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΠΙΡΑΜΑΤΗΣ- ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΠΟΥ ΣΥΧΝΑ ΔΙΑΛΛΑΘΕΙ**

Μ. Μέλιου, Α. Αργυράκη, Σ. Κλούδας, Ε. Μπενίδης, Ε. Κωνσταντέλλου, Θ. Καραβασιλής, Α. Πεφάνης  
*Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή περίπτωσης μεταβολικής οξέωσης λόγω λήψης τοπιραμάτης.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα, 53 ετών -ατομικό αναμνηστικό συναισθηματικής διαταραχής και κατάθλιψης υπό βενλαφαζίνη, διαζεπάμη και τοπιραμάτη ως σταθεροποιητικό από προσέρχεται λόγω άτυπης θωρακαλγίας και ταχύπνοιας. Δεν αναφέρονται άλλα συμπτώματα ή φάρμακα. Κατά την εργαστηριακή διερεύνηση, διαπιστώθηκε υπερχλωραιμική μεταβολική οξέωση (pH:7.27, pO2:72mmHg, pCO2:35mmHg, HCO3:17, Lac:1.0) με φυσιολογικό χάσμα ανιόντων ορού, θετικό χάσμα ανιόντων ούρων, φυσιολογική νεφρική λειτουργία (ClCr:60), pH ούρων:6 και K+ορού:4mEq/L. Από ανασκόπηση νοσηλείας προ 8μηνου λόγω πνευμονίας, προέκυψε ότι η μεταβολική οξέωση προϋπήρχε αλλά δεν είχε διερευνηθεί. Αφού αποκλείστηκαν ενδοκρινολογικά αίτια, η ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια ενυδάτωση χωρίς βελτίωση και χορηγήθηκαν διττανθρακικά, με παροδική αποκατάσταση του pH αίματος για λίγες ώρες, χωρίς ιδιαίτερη μεταβολή στο pH ούρων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την κλινικοεργαστηριακή εικόνα της ασθενούς θεωρήθηκε πιθανή η νεφροσωληνιακή οξέωση μικτού τύπου φαρμακευτικής αιτιολογίας και ως κύρια υπεύθυνη θεωρήθηκε η τοπιραμάτη, οπότε και διεκόπη. Η ασθενής παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της μεταβολικής οξέωσης, με πλήρη αποκατάσταση του pH μετά πάροδο εβδομάδος, η οποία επιβεβαιώθηκε σε επανεξέταση ένα μήνα αργότερα. (pH:7.44, pO2:100, pCO2:35, HCO3:24).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η τοπιραμάτη είναι αντιεπιληπτικό που έχει συσχετισθεί με νεφροσωληνιακή οξέωση μικτού τύπου, πιθανότατα σχετιζόμενη με αναστολή της καρβονικής ανυδράσης. Η οξέωση μπορεί να εκδηλώνεται με ήπια ως και καθόλου συμπτώματα και είναι πλήρως αντιστρεπτή με τη διακοπή του φαρμάκου. Αν και έχει περιγραφεί σε αρκετά περιστατικά και μικρές σειρές, δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί ο μηχανισμός πρόκλησης και δεν έχουν εντοπιστεί παράγοντες που να προβλέπουν ποιοί ασθενείς θα παρουσιάσουν οξέωση και ποιοί όχι. Γι' αυτό και σε χρόνια χορήγηση τοπιραμάτης πιθανά να απαιτείται παρακολούθηση των διττανθρακικών, ώστε να τροποποιηθεί εγκαίρως η αγωγή και να προλαμβάνονται μακροχρόνιες επιπλοκές της οξέωσης (νεφρολιθίαση, οστεοπενία).

**190. Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΒΑΡΥΤΗΡΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΚΑΙ ΔΥΣΜΕΝΕΣΤΕΡΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ**

Ε. Τζουγανάτου, Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Αγγελίδη, Γ. Λοϊζος, Ε. Ξουργιά, Ε. Ευστράτιου, Ε. Καραμπουλή, Γ. Κρανιδιώτης, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδιώνης  
*Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ. Ν. Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) αποτελεί έναν βασικό παράγοντα κινδύνου καρδιακής νόσου και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Το ΑΕΕ αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου στα άτομα με ΣΔ2, μάλιστα τα ποσοστά καρδιαγγειακού θανάτου μεταξύ των ενηλίκων με ΣΔ είναι 2-4 φορές υψηλότερα συγκριτικά με τα αντίστοιχα ποσοστά των ατόμων δίχως ΣΔ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης αποτελεί η συγκριτική αξιολόγηση της βαρύτητας εκδήλωσης ή/και έκβασης ΑΕΕ καθώς με τη χρήση διαφόρων μοντέλων πρόγνωσης ή νευρολογικής εκτίμησης σε άτομα με ΣΔ και μη.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη, συμπεριλήφθηκαν 64 συνολικά ασθενείς, εκ των οποίων 20 άνδρες και 26 με ΣΔ2, με διάγνωση εισαγωγής ΑΕΕ. Σε κάθε συμμετέχοντα προσδιορίστηκαν διάφοροι ανθρωπομετρικοί, κλινικοεργαστηριακοί και καρδιομεταβολικοί παράγοντες κινδύνου, καθώς και τα μοντέλα NIHSS (NIH Stroke Scale) στην εισαγωγή και έξοδο των ασθενών, ESRS (Essen Stroke Risk Score), SPI-II (Stroke Prognosis Instrument II), και την κλίμακα GCS (Glasgow Coma Scale) στην εισαγωγή και έξοδο των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ήταν 6.78±4.05 μέρες, και η μέση διάρκεια ΣΔ 10.8±12.31 έτη. Μεταξύ της ομάδας των ατόμων με ΣΔ έναντι αυτής δίχως ΣΔ βρέθηκε NIHSS εισαγωγής: 9.04±7.89 vs 7.45±6.84, p=0.394, NIHSS εξόδου: 6.45±7.82 vs 4.06±5.54, p=0.181, ESRS 4.38±0.92 vs 2.97±1.01, p < 0.001, SPI-II: 7.83±2.22 vs 4.18±1.98, p < 0.001, GCS εισαγωγής: 12.73±3.21 vs 12.97±2.69, p=0.744 και GCS εξόδου: 12.50±4.25 vs 14.28±1.45, p=0.024.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από την ανάλυση των δεδομένων φαίνεται πως η παρουσία του ΣΔ σε νοσηλεύόμενα άτομα λόγω ΑΕΕ συνδέεται με βαρύτερη κλινική εικόνα κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο καθώς και με δυσμενέστερη πρόγνωση για μελλοντικό καρδιαγγειακό επεισόδιο.

**192. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΙΚULICZ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ζ. Παυλίδη, Σ. Θεμέλη, Ε. Αγγελοπούλου, Ν. Σπετσιέρης, Ε. Χατζηανέστη, Γ. Γαρεφαλάκης, Ο. Παπαλού, Ι. Μαρράκης, Ι. Δημόπουλος, Α. Σακελλαρίου, Ι. Λάζαρη, Ζ. Ζαχαριάδου, Β. Παπαλιμναίου, Δ. Συρίγος  
*Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η παρουσίαση ασθενούς πάσχοντος από σύνδρομο Mikulicz καθώς και η διαφορική διαγνωστική της νόσου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα 75 ετών εισήχθη προς διερεύνηση διόγκωσης παρωτίδων και υπογνάθιων σιελογόνων αδένων από μηνός για την οποία είχε λάβει μεθυλπρεδνιζολόνη προ 2 εβδομάδων. Αναφέρεται παρόμοια συμπτωματολογία προ 3μήνου για την οποία έλαβε επίσης μεθυλπρεδνιζολόνη με μερική ύφεση των συμπτωμάτων. Τέλος η ασθενής έλαβε από 4ήμερο αγωγή με μοξυφλοξασίνη ως επί λοίμωξης του αναπνευστικού. Ξηροστομία, ξηροφθαλμία, αρθραλγίες, δερματικό εξάνθημα, απώλεια σωματικού βάρους, εφιδρώσεις ή νυκτερινό εμπύρετο δεν αναφέρονται. Από την φυσική εξέταση διαπιστώθηκε

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η διαφορική διαγνωστική επικεντρώθηκε στο σύνδρομο Sjögren και στο σύνδρομο Mikulicz. Προς αυτή την κατεύθυνση εστάλη πλήρης ανοσολογικός έλεγχος και λεπτομερειακή οφθαλμολογική εξέταση που δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Επίπεδα στον ορό IG4 = 160 mg/dl (παθολογικές τιμές > 135mg/dl). Βιοψία παρωτίδας δεν διενεργήθηκε λόγω άρνησης της ασθενούς. Χορηγήθηκαν 32 mgr μεθυλπρεδνιζολόνης ημερησίως με σταδιακή υποχώρηση των συμπτωμάτων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε περιπτώσεις αμφοτερόπλευρης ανώδυνης διόγκωσης δακρυϊκών και σιελογόνων αδένων πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το σύνδρομο Mikulicz. Η υψηλή τιμή IG4 ορού και η ανταπόκριση στην χορήγηση κορτικοειδών αποτελούν σημαντικά διαγνωστικά και θεραπευτικά στοιχεία του συνδρόμου.

**193. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΚΕΛΕΙΟΥ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΑΝΑΙΜΙΑΣ**

Ι. Γιαννέζη, Ε. Σταυροπούλου, Χ. Ζαμάνης, Γ. Ερωτόκριτου  
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»- Γ.Ν. Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να περιγραφεί ένα περιστατικό μεκελείου απόφυσης με αποτέλεσμα σιδηροπενική αναιμία, εξαιτίας χρόνιας απώλειας αίματος από το γαστρεντερικό σωλήνα.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ-ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 17 ετών προσήλθε λόγω αδυναμίας και καταβολής. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία με hgb 8.3 g/dl, ενώ σε αντίστοιχη εξέταση προ διμήνου ο ασθενής είχε hgb 12.8 g/dl. Στο πλαίσιο διερεύνησης έγιναν γαστροσκόπηση, που έδειξε ήπια γαστρίτιδα και κολonosκόπηση, που ήταν αρνητική. Λόγω θετικής *maye* κοπράνων πάνω από μια φορά έγινε μαγνητική εντερογραφία που έδειξε παρουσία ογκομορφης υπεραγγειωμένης βλάβης έλικας της νήστιδας με άτυπους χαρακτήρες. Μάλιστα κατά την διάρκεια της εξέτασης αναγνωρίστηκε ότι η ανωτέρω βλάβη προκαλεί ατελή αναστρέψιμα επεισόδια εγκελευσμού. Ακολούθησε χειρουργική επέμβαση και εκτομή τμήματος εντέρου που είχε έκτοπο γαστρικό βλενογόνο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι ο ασθενής είχε ασυμπτωματική μεκέλειο απόφυση, η οποία λόγω παρουσίας γαστρικού βλενογόνου, προκάλεσε μικροσκοπική απώλεια αίματος από το έντερο.

**195. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΘΛΗΤΗ ΜΑΡΑΘΩΝΙΟΥ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Α. Αναστασίου, Χ. Χριστοφίδης, Α. Οικονομίδης, Σ. Γεωργιάδη, Θ. Τέστα, Β. Χατζησταματίου, Ε. Πουλακίδα, Ε. Ποτολίδης, Ε. Μήτσιου, Χ. Μάνδρος, Π. Φανουργιάκης  
Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή περιστατικού αθλητή που υπέστη ισχαιμική ηπατίτιδα κατά τη διάρκεια Μαραθωνίου αγώνα και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για ασθενή ηλικίας 20 ετών, ο οποίος προσεκοιμήθη στο ΤΕΠ με το ΕΚΑΒ λόγω της εμφάνισης αδυναμίας και σύγχυσης κατά τη διάρκεια Μαραθωνίου δρόμου. Ο αγώνας διεξαγόταν σε υψηλή θερμοκρασία και υγρασία, ενώ η προετοιμασία για τον αγώνα του αθλητή ήταν ανύπαρκτη. Κατά την προσέλευση είχε χαμηλή αρτηριακή πίεση και ταχυκαρδία, ενώ κλινικά ήταν αφυδατωμένος. Υποστηρίχθηκε με υγρά με σταδιακή αποκατάσταση των ζωτικών του σημείων. Η ηπατική του βιοχημεία παρουσίασε αξιοσημείωτη διαταραχή από τη 12η ώρα νοσηλείας με την εμφάνιση 4ψηφίων τρανσαμινάσων και μετρίου επηρεασμού του INR(1,6). Η αποκατάσταση των τιμών ήταν σταδιακή με υποχώρηση σε 3ψηφια νούμερα τρανσαμινάσων την 5η ημέρα νοσηλείας και πλήρη αποκατάσταση την 10η.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στη βιβλιογραφία είναι σπάνιες οι περιπτώσεις περιστατικών ηπατικής βλάβης κατά τη διάρκεια Μαραθωνίου. Ενδεχομένως στην περίπτωση μας συνέτεινε το γεγονός ότι ο ασθενής ήταν απροετοίμαστος για τέτοιο αγώνα, ενώ οι συνθήκες τέλεισής του δεν ήταν και οι πιο ευνοϊκές

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Με τη μαζικότητα που κατακτά ο λαϊκός αθλητισμός και προκειμένου να αποφευχθούν σοβαρές απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, είναι απαραίτητη αφενός η σωστή αθλητική προετοιμασία και αφετέρου ο σωστός κλινικοεργαστηριακός ιατρικός έλεγχος.

**194. ΜΠΟΡΕΙ Η ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ CMV ΝΑ ΕΠΑΓΕΙ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ; ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Α. Αναστασίου, Χ. Χριστοφίδης, Α. Οικονομίδης, Σ. Γεωργιάδη, Θ. Τέστα, Β. Χατζησταματίου, Ε. Πουλακίδα, Ε. Ποτολίδης, Ε. Μήτσιου, Χ. Μάνδρος, Π. Φανουργιάκης  
Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με θρόμβωση πυλαίας και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για ασθενή ηλικίας 31 ετών η οποία παρουσίασε από 10μέρου συμπτώματα συμβατά με ιογενή συνδρομή, αλλά και εμμένον κοιλιακό άλγος. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν συμβατός με λοίμωξη από CMV, ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος με *u/s* ήταν αρνητικός. Λόγω της μη ύφεσης της συμπτωματολογίας, υπεβλήθη σε CT κοιλίας η οποία ανέδειξε θρόμβωση του δεξιού κλάδου της πυλαίας. Ακολούθησε ενδοσκοπικός έλεγχος και έλεγχος των παραγόντων θρομβοφιλίας, όπου διαπιστώθηκε ετεροζυγωτία για τον MTHFR. Χορηγήθηκε ΗΧΜΒ αρχικά και στη συνέχεια κουμαρινικά με επανασηραγοποίηση του αποφραγμένου τμήματος 21 ημέρες μετά την έναρξη της αγωγής. Με την ολοκλήρωση 6 μηνών, η θεραπεία διεκόπη και η ασθενής 6 μήνες μετά παραμένει ασυμπτωματική.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σχετική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προτείνεται η θρομβογόνος δράση της λοίμωξης από CMV μέσω

- 1) μηχανισμού φλεγμονής του ενδοθηλίου και αγγειίτιδας.
- 2) δράσης στον μηχανισμό πήξης και διαταραχής της αιμόστασης.
- 3) μέσω προς τα πάνω ρύθμισης (*upregulation*) του ιστικού παράγοντα και απώλειας αντιπηκτικών παραγόντων, όπως η θρομβομοδουλίνη, η προστακυκλίνη και ο ενεργοποιητής ιστικού πλασμινογόνου.

Στις κατευθυντήριες οδηγίες τέλος του EASL σχετικά με τη θρόμβωση πυλαίας προτείνεται η αναζήτηση λοίμωξης από CMV ως πιθανό αίτιο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε λοίμωξη από CMV είναι απαραίτητο να αναζητούνται συμπτώματα από θρομβώσεις αγγείων και να θεραπεύονται ανάλογα.

**196. ΗΩΖΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ : ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ε. Χατζηανέστη, Ο. Παπαλού, Ζ. Παυλίδη, Α. Σακελλαρίου, Σ. Θεμέλη, Ε. Αγγελόπουλου, Β. Παπαλιμανίου, Φ. Σαρροπούλου, Ι. Δημόπουλος, Ι. Μαράκης, Ι. Μαρκολέφα, Ζ. Ζαχαριάδου, Δ. Συρίγος  
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση περιστατικού ηωζινοφιλικής πνευμονίας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα 57 ετών εισήχθη προς αντιμετώπιση εμπυρέτου λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού η οποία δεν αντιμετωπίστηκε επιτυχώς παρά την χορήγηση επί μία εβδομάδα αντιβιοτικής αγωγής ευρέως φάσματος. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν: Πυρετός =37,8οC και χαχίς μη μουσικοί ρόγχοι σε αμφοτέρωτα πνευμονικά πεδία έως την μεσότητα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τον αιματολογικό έλεγχο: Λευκά= 12.400 (Π=74,7%,Λ= 14%, Η= 4,3%), CRP=8,6 ΤΚΕ=99. Από τον απεικονιστικό έλεγχο: α/α θώρακος = ευμεγέθης σκίαση άνω πνευμονικού δεξιού πνεύμονα. Αξονική Τομογραφία πνευμόνων = πυκνωτικές αλλοιώσεις αμφοτέρων πνευμονικών βάσεων και άνω λοβού δεξιού πνεύμονα. Χορηγήθηκαν ποικίλα αντιβιοτικά σχήματα χωρίς αποτέλεσμα. Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση (κυτταρολογική βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος-bal και ιστολογική εξέταση βρογχικών βιοψιών. Το Bal ανέδειξε ηωζινοφιλία (Ηωζινοφιλα =13%). Στην ασθενή χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή με άμεση κλινικοεργαστηριακή ύφεση. Εξήλθε βελτιωμένη και ετέθη σε παρακολούθηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ηωζινοφιλική πνευμονία παριστά μια σχετικά σπάνια νοσολογική οντότητα. Πρέπει όμως να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η πιθανότητα ύπαρξης της νόσου ιδίως σε περιπτώσεις εμμένουσας πνευμονίας μη ανταποκρινόμενης σε αντιβιοτικά σχήματα παρά την απουσία ηωζινοφιλίας στο περιφερικό αίμα.

**197. ΕΙΚΟΝΑ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΕΝΔΟΗΠΑΤΙΚΗΣ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΜΙΚΡΟΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΔΙΜΟΛΥΣΗΣ**

Ε. Κουκουφίκη, Α. Παναγόπουλος, Ι. Φωρυγιαννακοπούλου, Π. Ευαγγελινέλης, Σ. Κατσιλά, Α. Κατσανδρή, Θ. Νιάρχου, Π. Αυγερινός  
Γ' Παθολογική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η δρεπανοκυτταρική ενδοηπατική χολόσταση είναι μια βαρεία ηπατική επιπλοκή της κρίσιμης δρεπανοκυτταρικής ή μικροδρεπανοκυτταρικής αναιμίας με θνησιμότητα που ξεπερνά το 50%. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται κυρίως από εξεσημασμένο ίκτερο (άμεση υπερχοληρυθριναιμία), ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια και διαταραχές της πήξεως. Η αφαιμαξομετάγγιση είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία. Περιγράφουμε εδώ μια ασθενή 58 ετών που κατέληξε 5 ημέρες μετά την εισαγωγή της με εικόνα πολυοργανικής ανεπάρκειας και συγκεντρώνει τα κριτήρια δρεπανοκυτταρικής ενδοηπατικής χολόστασης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να υπενθυμίσουμε μια σπάνια επιπλοκή με λιγότερα από 50 δημοσιευμένα περιστατικά (σε ενήλικες).

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:** Η ασθενής εισήχθη στις 22/11/2016 με κοιλιακό άλγος και γοναλγίες, συμπτώματα συμβατά με προηγούμενες κρίσεις μικροδρεπανοκυτταρικής αναιμίας. Ανέφερε κατά μέσο όρο μια μετάγγιση ετησίως. Στην αντικειμενική εξέταση είχε οίδημα ανά σάρκα και ασκίτη υπο τάση. Λίγες ώρες αργότερα διασωληνώθηκε λόγω ραγδαίας έκπτωσης του επιπέδου νευρίδης (G.C.S. από 15/15 σε 6/15) που αποδόθηκε σε ηπατική εγκεφαλοπάθεια. Μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ 2 ημέρες αργότερα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Λόγω προηγηθείσας νοσηλείας τον 10ο/2016 με εικόνα κίρρωσης του ήπατος (που αποδόθηκε στην αιμοσφαιρινοπάθεια) τα εργαστηριακά ευρήματα παρουσιάζονται συγκριτικά με την τιμή όλων των αποτελεσμάτων: 10ου-11ου/2016).

Εισα:	WBC	Poly	Hb	PLT	Ret	INR	Fib	Cr	Alb	T.Bil	d.Bil	AST	ALT	NH
10 <sup>ου</sup>	7.1	56	8.4	196	2.0	1.3	189	0.6	2.8	8.7	7.0	69.4	28	223
11 <sup>ου</sup>	18.2	64	6.5	60.6	6.7	2.7	164	2.0	2.4	31.8	20.1	5750	1316	181

Οι απεικονιστικές έδειξαν χολολιθίαση χωρίς απόφραξη των ένδο/έξω-ηπατικών χοληφόρων. Το περιφερικό αίμα έδειξε δρεπανοκύτταρα και σχιστοκύτταρα (αιμόλυση λόγω αιμοσφαιρινοπάθειας και Δ.Ε.Π.). Λόγω της αιμοδυναμικής αστάθειας δεν πραγματοποιήθηκαν αφαιμαξομεταγγίσεις.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Θεωρούμε ότι η μεγάλη αύξηση της χοληρυθρίνης, η πορεία της νόσου, η επιδείνωση των δεικτών της προ-υπάρχουσας ηπατικής δυσλειτουργίας, η πολυοργανική ανεπάρκεια, και η διαταραχή της πήξεως στοιχειοθετούν την εικόνα δρεπανοκυτταρικής ενδοηπατικής χολόστασης.

**199. ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ Η ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ**

Α. Αγγελίδη, Α. Παλαζαφειροπούλου, Ε. Ευστρατιάδη, Έ. Ξουργιά, Π. Λαμπρόπουλος, Χ. Βέρρας, Γ. Λοΐζος, Ε. Τζογανάτου, Ε. Καραμπουσλή, Α. Μελιδιώνη  
Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι λοιμώξεις αναπνευστικού και ουροποιητικού συστήματος αποτελούν τις συχνότερες αιτίες λοιμώξεων νοσηλευόμενων ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση των παραμέτρων που σχετίζονται με τη θανατηφόρο έκβαση σε περιπτώσεις νοσηλευόμενων ασθενών με λοιμώξη αναπνευστικού ή ουροποιητικού.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 107 ασθενείς (44άνδρες), με λοιμώξη ουροποιητικού ή/και αναπνευστικού, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην Α' Παθολογική Κλινική το χρονικό διάστημα Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2016. Σε κάθε συμμετέχοντα προσδιορίστηκαν ανθρωπομετρικοί, κλινικοεργαστηριακοί παράμετροι λαμβάνοντας υπόψιν το ατομικό αναμνηστικό και τις συννοσηρότητες των ασθενών κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 6,23±3,6 μέρες στο σύνολο του πληθυσμού (6,45±3,6μέρες και 6,18±3,5μέρες στα άτομα με λοιμώξη αναπνευστικού ή ουροποιητικού, αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά ως προς τη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ ατόμων με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη (6,24±3,7 έναντι 6,23±3,4P=0,895,αντίστοιχα). Θανατηφόρο καταληκτικό σημείο διαπιστώθηκε στο 14,0% του συνόλου των νοσηλευόμενων ασθενών ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφορά επί παρουσίας ή μη σακχαρώδους διαβήτη (7.4% έναντι 16.3%,P=0.21,αντίστοιχα). Από την ανάλυση των παραμέτρων βρέθηκε πως η εμφάνιση θανατηφόρου συμβάματος σχετίζεται με τη συστολική αρτηριακή πίεση (RR:0,95,95%CI:0,92-0,98, P=0.005), την κλίμακα Γλασκώβης (RR:0,68, 95%CI:0,56-0,84,P<0.001) και την ύπαρξη θετικού ιστορικού για κακοήθεια (RR:3,8, 95%CI:1,07-13,39,P=0,04). Τέλος, μία τάση συσχέτισης μη σημαντική παρατηρήθηκε επίσης με τη μερική πίεση του διοξειδίου του άνθρακα στο αρτηρικό αίμα κατά την εισαγωγή (RR:1,05, 95%CI:0,99-1,11, P=0,006).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η παρουσία κακοήθειας, η βαρύτερη κλινική εικόνα και η υπόταση κατά την εισαγωγή σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για θανατηφόρο έκβαση νοσηλευόμενων ασθενών με λοιμώξη αναπνευστικού ή ουροποιητικού.

**198. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ERDHEIM CHESTER**

Θ. Καραβασιλής<sup>1</sup>, Α. Μάλλιος<sup>1</sup>, Π. Λουρίδα<sup>1</sup>, Κ. Σάμιτας<sup>2</sup>, Δ. Ροντογιάννης<sup>3</sup>, Α. Γκάγκα<sup>2</sup>, Α. Πεφάνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», <sup>2</sup>7η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», <sup>3</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα περίπτωση της πρώτης στην Ελλάδα διαγνωσθείσας περίπτωσης νόσου Erdheim-Chester (ECD)

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα ετών 68 εισάγεται σε πνευμονολογική κλινική λόγω επιδεινούμενης δύσπνοιας προσπαθείας από τριμήνου, με συνοδό ζυμώδες οίδημα και άλγος κάτω άκρων.

Διαπιστώθηκε πλευριτική συλλογή αριστερά, που προσδιορίστηκε ως λεμφοκυτταρικό εξίδρωμα. Η βρογχοσκόπηση και οι καλλιέργειες βρογχικών εκκρίσεων και αίματος ήταν αρνητικές. Η CT θώρακος ανέδειξε επίσης πάχυνση του υπεζωκότα, και των μεσολοβιδιακών διαφραγματιών αμφοτερόπλευρα, διηθήματα ground-glass δεξιά και κυκλοτερή πάχυνση του αορτικού τοιχώματος. Η βιοψία υπεζωκότα ανέδειξε ξανθοκίτρινω-ματώδη πλευριτίδα με ανοσοϊστοχημικό έλεγχο θετικό για CD68, CD163(+/-) και S100 και αρνητικό για παράγοντα XIIIa, CD1a, Langerin και IgG4, ευρήματα που έθεσαν την υποψία νόσου Erdheim-Chester.

Από τον λοιπό έλεγχο, διαπιστώθηκαν τυπικές για ECD βλάβες στα οστά των κάτω άκρων, στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, περινεφρικά, στο τοίχωμα της κοιλιακής αορτής, στις αριστερές καρδιακές κοιλότητες και στο περικάρδιο, στο πάγκρεας, σε ολιγαριθμούς λεμφαδένες και στις εγκεφαλικές μήνιγγες.

Η ασθενής βρίσκεται υπό θεραπεία με PEG-IFNα σε υψηλή δόση, σύμφωνα με τις τρέχουσες συστάσεις για τη θεραπεία της ECD, με επακόλουθη κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και υποχώρηση της φλεγμονής σε καρδιά και κοιλιακή χώρα. Εκκρεμεί ο έλεγχος για μετάλλαξη του ογκογονιδίου BRAF-V600E από κέντρο αναφοράς εξωτερικού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πρόκειται για την πρώτη διάγνωση στην Ελλάδα περίπτωσης νόσου Erdheim-Chester, που αφορά σπάνια μορφή Non-Langgherhans Ιστιοκυττάρωσης. Πλέον, κατατάσσεται σύμφωνα με την WHO στα Ιστιοκυτταρικά Νεοπλάσματα. Από το 1930 που περιγράφη η νόσος, έχουν διαγνωσθεί περίπου 500 ασθενείς με ECD. Πρόκειται για επιθετική μορφή ιστοκυττάρωσης. Οι ασθενείς με μετάλλαξη του BRAF-V600E ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε θεραπεία με τον αναστολέα vemurafenib, ενώ για όλους η αρχική θεραπεία εκλογής είναι με υψηλές δόσεις Ιντερφερόνης-α.

**200. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΑΠΟ LISTERIA MONOCYTOGENES ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ**

Ε. Θεοδώρου, Μ. Μάστορα, Λ. Ράπτης, Μ. Τσουνή, Α. Πέτιου, Μ. Παππά, Η. Λιάππης  
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκόστα»

Η *Listeria monocytogenes* είναι ένα Gram-θετικό βακτήριο, το οποίο προκαλεί στους ενήλικες κυρίως δύο σοβαρές κλινικές εκδηλώσεις, τη σηψαιμία και την προβόλη του κεντρικού νευρικού συστήματος. Όταν αφορά τη δεύτερη κατηγορία, είναι από τα λιγότερα συχνά αίτια βακτηριακής προβόλης (8-11%), τόσο με τη μορφή μηνιγγοεγκεφαλιτίδας, όσο και με τη μορφή εστιακών βλαβών. Συνήθεις προσβαλλόμενες ομάδες είναι οι ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς και οι έγκυες γυναίκες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της εργασίας είναι να αναδειχτεί η ύπαρξη της νοσηρότητας από τον παθογόνο αυτό οργανισμό και να περιγραφεί η κλινικοεργαστηριακή εικόνα της προβόλης του κεντρικού νευρικού συστήματος.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ο ασθενής ήταν άνδρας ηλικίας 79 ετών, με ιστορικό μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου υπό μεθιλοπρεδνιζολόνη από μηνός, σακχαρώδους διαβήτη τύπου ΙΙ από τριετίας σε ινσουλινοθεραπεία, κολπικής μαρμαρυγής, τοποθέτησης βηματοδότη από εξαμήνου και αντικατάστασης AoV από επιμηθίου. Προ εβδομάδος είχε νοσηλευθεί για δύο ημέρες λόγω επιμυρέτου αποδιοδόμενου αρχικά σε λοίμωξη αναπνευστικού. Ο ασθενής εξήλθε ίδια βουλησία και ελάμβανε p.o.s. αγωγή με λεβοφλοξασίνη. Προσήλθε εκ νέου στα ΤΕΠ με αναφερόμενη σύγχυση και διαταραχή του επιπέδου επικοινωνίας από επιμημέρου και προσκομίζοντας τα αποτελέσματα της καλλιέργειας αίματος της προηγούμενης νοσηλείας του, η οποία ήταν θετική για *Listeria monocytogenes*. Κλινική εικόνα: β 36,1°C, ΑΠ 110/60, Sat 97%, σφύξεις 66/μίν χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία, με ήπια σύγχυση κατά τις δοκιμασίες προσανατολισμού στο χώρο/χρόνο/πρόσωπα, καρδιακούς τόνους άρρυθμους, χωρίς ακουστό φύσημα, με ήπιους ρεγχοζόντες στην ακρόσηση του αριστερού ημισφαιρίου.

Εργαστηριακά:

Hct 30.8%	ALP 65
WBCs 9400k/μL	AST 22U/L
Poly 78.5%	ALT 27U/L
Lymfo 12.9%	γGT 66U/L
Mono 8.5%	LDH 282
TKE 30	K <sup>+</sup> 4
INR 1.20	Na <sup>+</sup> 138
PLTs 78000k/μL	CRP 1.22mg/dl
B12 319	
Glc 339	Λοιπός βιοχημικός έλεγχος κφ.
Cre 1.11	

H/Θ λευκωμάτων με αυξημένες γ-σφαιρίνες.

Αρνητικοί καρκινικοί δείκτες πλην οριακής τιμής του PSA:6.55.

RF:230, C3-C4 φυσιολογικά, ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών με αύξηση της IgM.

Αρνητικά Ag-Ab για HAV, HBV, HCV.

CT εγκεφάλου: (χωρίς σκιαγραφικό) αιμορραγικές αλλοιώσεις δεξιά μετωπιοβρεγματικά και συνοδό οίδημα (με σκιαγραφικό) αλλοιώσεις με δακτυλιοειδή εμπλουτισμό, ως επί αποστημάτων, διάσπαρτες στο εγκεφαλικό παρέγχυμα

Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα: θετικό για κυματομορφές ενδεικτικές επεισοδίων επιληπτικής κρίσης. Ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με αμιπικιλίνη και γκαρραμυσίνη, με υποχώρηση των συμπτωμάτων και σταδιακή μείωση των αποστηματικών αλλοιώσεων σε επακόλουθους απεικονιστικούς ελέγχους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:**

Η *Listeria monocytogenes* είναι από τους οργανισμούς που προσβάλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα και θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην διαφοροδιάγνωση των λοιμώξεων αυτού.

Η εικόνα της δεν είναι τυπική και η διάγνωση βασίζεται σε εργαστηριακά και απεικονιστικά ευρήματα.

Η έγκαιρη διάγνωση συντελεί στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση.

## 201. ΤΟΝΙΚΟΚΛΟΝΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΑ ΠΑΡΟΔΙΚΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΗΜΙΠΑΡΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΠΙΣΘΟΒΟΛΒΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΜΕ ΛΙΔΟΚΑΪΝΗ ΚΑΙ ΡΟΠΙΒΟΚΑΪΝΗ

Μ. Παππά, Μ. Μάστορα, Ρ. Γεωργίου, Ε. Θεοδώρου, Ν. Βαρσάμης, Α. Γερνότης, Η. Λιάπης

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η χειρουργική επέμβαση για τον οφθαλμικό καταρράκτη γίνεται συνήθως με τοπική (περιφερειακή) αναισθησία με λιδοκαΐνη ή ροπιβακαΐνη. Ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε αυτά συμβαίνουν σπάνια, είτε λόγω κινητικής του φαρμάκου, είτε λόγω ιδιοσυγκρασίας του ασθενούς. Η λιδοκαΐνη παρουσιάζει δόσοεξαρτώμενο κίνδυνο για σπασμούς. Σε χαμηλή δόσολογία παρουσιάζει αντιεπιληπτική δράση, όμως σε συγκεντρώσεις μεγαλύτερες από 15 µg/mL μπορεί να προκαλέσει σπασμούς τόσο σε πειραματόζωα όσο και στον άνθρωπο.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να επισημανθεί πως η χρήση τοπικών αναισθητικών όπως ο συνδυασμός λιδοκαΐνης και ροπιβακαΐνης μπορεί να οδηγήσει σε γνωστός παρενέργειες όπως οι τονικοκλονικοί σπασμοί αλλά και σε σπάνιες όπως η παροδική ημιπάρεση.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ένας 80χρονος Καυκάσιος ασθενής με αμφοτερόπλευρο καταρράκτη εισάγεται στην Οφθαλμολογική Κλινική για προγραμματισμένο χειρουργείο καταρράκτη του αριστερού οφθαλμού. Από το ατομικό του αναμνηστικό ο ασθενής παρουσίαζε βρογχικό άσθμα από 40ετίας, ήταν υπερτασικός από 30ετίας, έπασχε από στεφανιαία νόσο από 14ετίας και είχε υποβληθεί σε διπλή αορτοστεφανιαία παράκαμψη προ 10ετίας, χωρίς ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου. Ο ασθενής έλαβε οπισθοβολβική αναισθησία με συνδυασμό λιδοκαΐνης (1%) και ροπιβακαΐνης (1%) σε συνιστώμενες δόσεις. Παρουσίασε αιφνίδια περιστασιακή παραισθησία και αιμωδία της γλώσσας που ακολούθηθηκαν από πτώση του επιπέδου συνείδησης με συνοδό μυϊκό τρόπο που εξελίχθηκε σε γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς με αυτόματα ύφεση. Στη φάση αυτή ο ασθενής παρουσίασε μείωση του κορεσμού του οξυγόνου σε 86%, υπερκαπνία με PCO2 67 mm Hg, υποξυγοναιμία με PO2 55mm Hg και οξεία αναπνευστική οξέωση με Ph=7,20. Ο ασθενής ήταν ληθαργικός με GCS = 9/15. Του χορηγήθηκε οξυγόνο με μάσκα Venturi 24% (4 lt) και παρουσίασε βελτίωση των αερίων αίματος. Στη συνέχεια χορηγήθηκε ρινικό O2 στα 2 lt, αλλά ο ασθενής παρουσίασε υπαισθησία του αριστερού άνω και κάτω άκρου και αυτόματα θετικό σημείο Babinski (AP), χωρίς σημείο Barre ή άλλη εστιακή νευρολογική σημειολογία. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε CT εγκεφάλου μετά 48 ώρες, που δεν ανέδειξε εμφανείς εστιακές αλλοιώσεις παρα μόνο διεύρυνση του υπαραχνοειδή χώρου και του κοιλιακού συστήματος, συμβατή με ατροφία. Μετά 48 ώρες ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο σε άριστη κατάσταση και με το σημείο Babinski να μην εκλύεται.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το παραπάνω περιστατικό αποτελεί μια σπάνια περίπτωση εμφάνισης τονικοκλονικών σπασμών και παροδικής ημιπάρεσης μετά τη χρήση συνδυασμού λιδοκαΐνης και ροπιβακαΐνης ως τοπικών αναισθητικών. Η παρατήρηση αυτή έρχεται σε συμφωνία με τα διαθέσιμα βιβλιογραφικά δεδομένα τα οποία υποστηρίζουν την συστηματική τοξικότητα του συνδυασμού λιδοκαΐνης (1%) και ροπιβακαΐνης (1%) αν και μέχρι σήμερα δεν έχει αναφερθεί πως η τοξικότητα τους στο ΚΝΣ εκδηλώνεται με σπασμούς και παροδική ημιπάρεση.

## 203. ΒΡΟΓΧΟΛΙΘΙΑΣΗ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗ ΑΙΤΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Π. Οικονόμου, Γ. Κατσάνος, Α. Γερνότης, Β. Θωμόπουλος, Γ. Μπαξβάνος, Μ. Μάστορα, Η. Λιάπης

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

Ως βρογχολιθίαση ορίζεται η παρουσία ασβεστοποιημένου υλικού μέσα σε βρόγχο ή κοιλότητα και αποτελεί το 0,1-0,2% όλων των πνευμονικών νοσημάτων. Οι λίθοι προέρχονται από ασβεστοποιημένους περιβρογχικούς λεμφαδένες, συνήθως σε ασθενείς με ασβεστοποίηση πνευμονικών λοιμώξεων, όπως η φυματίωση και η ιστοπλάσμωση. Ωστόσο, πρωτοπαθείς ενδοβρογχικές βλάβες, εισρόφηση ξένου σώματος, πνευμονοκονίαση (σπάνια), και κατακράτηση βλεννης έχουν επίσης καταγραφεί ως αίτια. Κλινικά εκδηλώνεται με χρόνιο βήχα και αιμόπτυση (μιο συχνά), αλλά και δύσπνοια, υποτροπάζουσες λοιμώξεις (λιγότερο συχνά), θωρακικό άλγος, και πολύ σπάνια λήθπηση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει μια περίπτωση βαριάς λοιμώξης του αναπνευστικού σε έδαφος βρογχολιθίασης.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας 81 ετών με ιστορικό καπνίσματος (47 pckys), σακχαρώδους διαβήτη, στεφανιαίας νόσου 3 αγγείων, αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, καρδιακής ανεπάρκειας, κολικής μαρμαρυγής, διάμεσης πνευμονοπάθειας (επαγγελματικό νόσημα) και συχνών υποτροπιάζουσων λοιμώξεων του αναπνευστικού, προστατευτικού και λοβηκτομής άνω λοβού δεξιού πνεύμονα (λόγω μάζας με αρνητική για κακοήθεια βιοψία), προσήλθε στο ΤΕΠ της Παθολογικής κλινικής, λόγω δύσπνοιας από εβδομάδος και επεισοδίων αιμόπτυσης, χωρίς εμπύρετο.

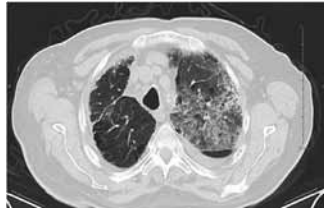
Ακτινογραφία θώρακος: διηθήματα με στικτές εσπερσώσεις και περιβρογχικές διηθήσεις. CT θώρακος: επίταση του διαμέσου ιστού, βρογχεκτασίες, διάσπαρτες εμφοσηματικές κύστες, μικρές έκτασης διηθήματα, μικρή υπεζωκοτική συλλογή αμφοτερόπλευρα και στο δεξιό πνεύμονα εσπερσώματα οζιδια με περιφερική κατανομή, ευρήματα συμβατά με **κυψελιδική μικρολιθίαση**.

Εργαστηριακά

Hct=39	Ucr=100	CRP=7,5
Glu=150	Cre=1,6	TKE=30
WBC=15.000	Cr clear.=36,4	PO <sub>2</sub> =46,7
K=4	Ca=8,9	PCO <sub>2</sub> =30,6
Na=140	pH=7,44	

Ο ασθενής κατέληξε μετά από 19 ημέρες νοσηλείας, λόγω καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας, που δεν ανταποκρίθηκε στην αντίστοιχη αγωγή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η βρογχολιθίαση αποτελεί μια σπάνια διαταραχή με ποικίλη συμπτωματολογία, που δύναται να προκαλέσει βαριές λοιμώξεις του αναπνευστικού, ενώ εύκολα εξελίσσεται σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Τυπικό απεικονιστικό εύρημα είναι ασβεστοποιημένοι περιβρογχικοί λεμφαδένες σε συνδυασμό με ατελεκτασίες και βρογχεκτασίες, εικόνα που θα πρέπει να κατευθύνει εγκαίρως την κλινική υποψία, καθώς οι συγκεκριμένοι ασθενείς χρήζουν αυξημένης φροντίδας και παρακολούθησης για την αντιμετώπιση των λοιμώξεων



## 202. ΟΞΕΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΟΙΔΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ ΤΡΙΧΟΕΙΔΩΝ

Ε. Παππά<sup>1</sup>, Μ. Γκέκα<sup>1</sup>, Σ. Ιωάννου<sup>1</sup>, Α. Πρωτογέρου<sup>2</sup>, Σ. Βγενοπούλου<sup>3</sup>, Σ. Παπανικολάου<sup>4</sup>, Χ. Λούπα<sup>1</sup>, Κ. Χριστόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισίων «Αμαλία Φλέμιγκ», <sup>2</sup>Παθολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Μελισίων «Αμαλία Φλέμιγκ», <sup>3</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», <sup>4</sup>Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισίων «Αμαλία Φλέμιγκ»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση σπάνιου συνδυασμού κλινικών εκδηλώσεων σε ασθενή με οξεία δερματομυοσίτιδα.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Άνδρας 45 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω οιδήματος προσώπου με αναφερόμενο εμπύρετο από τριήμερο. Κλινικώς υπήρχε επώδυνη στην ψηλάφηση εξοίδηση βλεφαρών, ρινός, παρειών μετωπιαίας χώρας και τριχωτού κεφαλής με συνοδό επώδυνη τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε λοιμώξη μαλακών μορίων, τριχίνιαση, κολλαγόνωση, αλλεργική αντίδραση και θρόμβωση της σπραγγώδους κόλπου. Ατομικό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη υπό αγωγή με διακία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε εικόνα φλεγμονής (λευκοκυττάρωση 19.000 κκχ με πολυμορφοφυρίνηωση, CRP 323 mg/l, TKE 80 mm<sup>3</sup>/h) αλλά χωρίς να απομονωθεί μικροβιακός παράγοντας. Επίπεδα CPK και αλδολάσης ορού εντός φυσιολογικών ορίων. Ορολογικός έλεγχος για Trichinella spiralis αρνητικός. Αντιπυρηνικά αντισώματα θετικά 1:320 με αρνητικά αντισώματα dsDNA, RNP, Sm, Ro(SS-A), La(SS-B), Mi-2, Jo-1. Τα επίπεδα του κλάσματος C3 του συμπληρώματος ήταν σημαντικά ελαττωμένα με το C4 και τον αναστολέα της C1-εστεράσης εντός φυσιολογικών ορίων. Ο απεικονιστικός έλεγχος με MRI και MRV εγκεφάλου έδειξε εκδηλό οίδημα μαλακών μορίων προσώπου και θύλου κρανίου και απέκλεισε θρόμβωση φλεβιδίων κόλπων. Βιοψία δέρματος-μύος από την παρεία ανέδειξε χαρακτηριστική εικόνα δερματομυοσίτιδας. Κατά τις πρώτες ημέρες της νοσηλείας του ο ασθενής εμφάνισε υπόταση και γενικευμένα οίδημα ανά σάρκα και πνευμονικές συλλογές σε συνδυασμό με σοβαρή υπολευκωματιναίμια (2,2 g/dl), χωρίς λευκωματουρία ή γαστρεντερικές διαταραχές. Έλαβε αγωγή με πρεδνιζολόνη, αντιβίωση, αντιισταμινικά και γχυσίες λευκωματινής με καλή ανταπόκριση. Μείωση της δόσης της κορτιζόνης την 9η ημέρα νοσηλείας συνοδεύτηκε από υποτροπή του οιδήματος με άνοδο των εργαστηριακών δεικτών φλεγμονής, εμπύρετο και επανεμφάνιση λεμφαδενοπάθειας. Χορήγηση μεθυλπρεδνιζολόνης σε δόση 16 mg x 3 οδήγησε εκ νέου σε κλινική και εργαστηριακή ύφεση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οξεία δερματομυοσίτιδα είναι δυνατόν να εκδηλωθεί με αιφνίδια εμφάνιση οιδήματος προσώπου και τριχωτού κεφαλής σε συνδυασμό με εργαστηριακή εικόνα φλεγμονής χωρίς αύξηση CPK ή αλδολάσης ορού («δερματομυοσίτιδα-χωρίς-μυοσίτιδα»). Ταυτόχρονη συνύπαρξη ενδοθλιακής βλάβης από την ενεργοποίηση του συστήματος του συμπληρώματος μπορεί να προκαλέσει σύνδρομο διαφυγής τριχοειδών.

## 204. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΕΣ ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΙΝΟΜΥΩΔΟΥΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ ΜΙΜΟΥΜΕΝΟ ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

Δ. Στάθη, Ε. Μοστράτου, Π. Πετρίκος, Ι. Χατζηδάκης, Κ. Δημητρίου, Α. Παναγιωτοπούλου, Ν. Συμεωνίδης

Β' Παθολογική Κλινική, 251 ΓΝΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Παρουσίαση περιστατικού άτυπου κοιλιακού άλγους σε ασθενή με ινομυώδη δυσπλασία και έμφρακτα νεφρού.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής 47 ετών με ελεύθερο Α/Α εισήχθη λόγω κωλικοειδούς κοιλιακού άλγους από τριήμερο αιφνίδιας έναρξης με εντόπιση στο επιγάστριο. Στην ΑΕ παρουσίαζε έντονη ευαισθησία στο επιγάστριο με ζωστηροειδή κατανομή. Στη Δ/Δ συμπεριελήφθησαν η οξεία χολοκυστίτιδα, η χοληδοχολιθίαση, η οξεία παγκρεατίτιδα, η οξεία πνευμονοφρίτιδα, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, το πεπτικό έλκος, η θρόμβωση μεσεντερίου, τα έμφρακτα νεφρών και η οξεία πολυαρτηρίτιδα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: SGOT: 63, SGPT: 79, LDH: 657, CRP: 75 (ΦΤ<10) χωρίς λοιπά παθολογικά ευρήματα. Η CT κοιλίας άνευ σκιαγραφικού ανεδείχθη αρνητική, ενώ από το U/S ανεδείχθησαν πολύποδας χοληδόχου κύστεως και λιπώδης διήθηση ήπατος. Ακολούθησε γαστροσκόπηση και MRCP που έδειξαν ήπια διαβρωτική γαστρίτιδα και δισχιδές πάγκρεας αντίστοιχα. Από το triplex καρδιάς μικρή περικαρδιακή συλλογή. Λόγω εμμονής του κοιλιακού άλγους και επιδείνωσης των εργαστηριακών τιμών ο ασθενής υπεβλήθη σε CT θώρακα με σκιαγραφικό και CT κοιλίας - αγγειογραφία, η οποία ανέδειξε παρουσία σκιαγραφικού ελλείμματος στο παρέγχυμα του δεξιού νεφρού και ενός μικρότερου αντίστοιχου στον αριστερό νεφρό καθώς και εικόνα στένωσης του εύρους της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας ιδιαίτερα στη μεσοστήτη της πορείας της με εικόνα πάχυνσης του τοιχώματος αυτής και ανάλογη μικρότερη πάχυνση στην αριστερή κύρια νεφρική αρτηρία. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με διενέργεια και κλασικής αγγειογραφίας που κατέδειξε υπεράριθμες νεφρικές αρτηρίες άμφω, μικρού βαθμού κομβολογιοειδή απεικόνιση που συνηγορεί υπέρ ινομυώδους δυσπλασίας καθώς και ελλείμματα πλήρωσης συμβατά με αμφοτερόπλευρα έμφρακτα νεφρών.

**ΣΧΟΛΙΟ:** Η σπουδαιότητα του περιστατικού έγκειται στην εμφάνιση ινομυώδους δυσπλασίας σε άνδρα (συνήθως νεαρές γυναίκες), στην εικόνα οξείας κοιλίας σε ασθενή με νεφρικά έμφρακτα, στην παρουσία ασημάντης LDH που παρατηρείται σε νεφρικά έμφρακτα και στην κατάδειξη της διαγνωστικής αξίας της χορήγησης σκιαγραφικού στις απεικονιστικές εξετάσεις. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να υποψιάζονται την διάγνωση των νεφρικών εμφράκτων όταν συνυπάρχει εικόνα οξείας κοιλίας και αυξημένης LDH.



## 209. ΑΙΜΟΜΥΕΛΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΞΥ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΩΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΛΗΨΗΣ ΑΣΕΝΟΚΟΥΜΑΡΟΛΗΣ

Β. Γούδας, Μ. Χρυσανθοπούλου, Π. Βρέκος, Ι. Σκουρή, Ε. Γεωργιάδη, Α. Γκούγκουτση, Ζ. Αλεξίου

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

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού αιμομυελίας και υποξέως επισκληρίδιου αιματώματος σπονδυλικής στήλης, σε ασθενή που ελάμβανε ασενοκουμαρόλη λόγω κοιλιακής μαρμαρυγής. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα ασθενής, 86 ετών, προσεκομίσθη στο ΤΕΠ λόγω αναφερόμενης αιφνίδιας εγκατάστασης οσφυϊκού άλγους, αδυναμίας κάτω άκρων και συνοδού αιματορίας. Ατομικό Αναμνηστικό: νεόπλασμα παχέος εντέρου, κοιλιακή μαρμαρυγή. Κλινική εξέταση: όψη/θρέψη: καλή, προσανατολισμένη σε χώρο-χρόνο. καρδιακοί τόνοι άρρυθμοι, αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο, κοιλία κ.φ. Νευρολογική εξέταση: παραπληγία, αδυναμία κάτω άκρων και απουσία αισθητικότητας μέχρι το ύψος των γονάτων. Ζωτικά σημεία: Α.Π 145/70 mmHg, ΣΦ:80/min, SatO<sub>2</sub>:95%, θ:36.8. ΗΚΓ: κοιλιακή μαρμαρυγή με καλή κοιλιακή ανταπόκριση. Εργαστηριακά: Έλεγχος: WBCs:10.400 (NEUTRO:80.5%), Hct:34.2%, Hgb:10.7g/dl (MCV:81.2fl), PLTs:550.000 Glu:121mg/dl, Urea:22mg/dl, Cr:0.5mg/dl, Na:135mmol/l, K:3.5mmol/l, SGOT:22IU/L, SGPT:11IU/L, γ-GT:16IU/L.

**PT>2min, INR απροσδιόριστο**

Γενική εξέταση ούρων: blood 3+

Η ασθενής έλαβε βιταμίνη Κ ενδοφλεβίως και δύο μονάδες φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος, οπότε και οι χρόνοι πήξεως του αίματος αποκαταστάθηκαν άμεσα. Ζητήθηκε ορθοπαϊδική, νευρολογική και νευροχειρουργική εκτίμηση, και υπερβλήθη σε CT ΘΟΜΣΣ. Σκόλιωση με εκφυλιστικές αλλοιώσεις-στένωση μεσοσπονδύλιων διαστημάτων. Μαλακός ιστός στον προίριο χώρο. Λόγω μη ανευρεθείσας αιτίας της παραπληγίας υπερβλήθη σε MRI ΘΟΜΣΣ: Υποξύ επισκληρίδιο αιμάτωμα από το ύψος του Θ10 σπονδύλου μέχρι το ύψος του Ο5. Διόγκωση της θωρακικής μοίρας του νωτιαίου μυελού από το ύψος του Θ3 και περιφερικότερα. (ΑΙΜΟΜΥΕΛΙΑ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Βάσει των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων ο οξύς σπονδυλικός πόνος και η παραπληγία αποδόθηκαν στην ενδομυελική αιμορραγία (αιμομυελία). Η αιμομυελία, το υποξύ επισκληρίδιο αιμάτωμα καθώς και η αιματορία θεωρήθηκαν επακόλουθα της κακής ρύθμισης των χρόνων πήξης του αίματος της ασθενούς, στα πλαίσια θεραπειών με ασενοκουμαρόλη. Επίσης δεν κρίθηκε σκόπιμη η χειρουργική αντιμετώπιση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ασενοκουμαρόλη αποτελεί ευρέως χορηγούμενο αντιπηκτικό φάρμακο για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή. Λόγω στενού θεραπευτικού εύρους, απαραίτητος κρίνεται ο έλεγχος της ηηκτικότητας του αίματος βάσει του INR. Συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η αιμορραγία, εκδηλούμενη ως αυτόματη ρινορραγία, ουλορραγία, αιματορία, αιματηρές ή μέλαινες κενώσεις. Η αιμομυελία αποτελεί μία σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια της λήψης ασενοκουμαρόλης η οποία μπορεί να επιφέρει ακόμα και το θάνατο.

## 211. ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 26 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σ. Στασινοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Κορβούνη<sup>1</sup>, Α. Μέλλου<sup>2</sup>, Μ. Τζικανούλας<sup>1</sup>, Ε. Καίρη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κυτταρολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών 'Αλέξανδρα'

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση 26 περιστατικών παγκρεατικών νευροενδοκρινικών νεοπλασμάτων (NENs) και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναδρομική μελέτη 26 περιστατικών παγκρεατικών NENs που διαγνώστηκαν στο Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής του Αρεταίου Νοσοκομείου την περίοδο 2007-2017. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας των τελευταίων 5 ετών στο PubMed και στο Elsevier.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα περιστατικά που μελετήθηκαν, το 54% (12/26) αντιστοιχεί σε άνδρες ασθενείς και το 46% (14/26) σε γυναίκες, με συνολικό μέσο όρο ηλικίας τα 54 έτη (23-79). Το 50% (13/26) των νεοπλασμάτων εντοπιζόταν στην κεφαλή, το 31% (8/26) στην ουρά, το 11% (3/26) στην αγκιστροειδή απόφυση του παγκρέατος, ενώ το υπόλοιπο 8% αποτελούσε παρασκευάσματα ογκοκυττάρων. Το 58% (15/26) των νεοπλασμάτων ταξινομήθηκε ως G2 νευροενδοκρινικοί όγκοι (NETs), το 38% (10/26) ως G1NETs και το 4% (1/26) ως G3 νευροενδοκρινικά καρκινώματα (NECs). Στο 69% (18/26) των εξετασθέντων νεοπλασμάτων δεν υπήρχαν σύγχρονες μεταστάσεις, στο 23% (6/26) υπήρχαν λεμφαδενικές μεταστάσεις και στο 8% (2/26) ηπατικές μεταστάσεις. Από τα περιστατικά με λεμφαδενικές μεταστάσεις, το 50% (3/6) ήταν G2NETs, το 33% (2/6) G1NETs και το 17% (1/6) G3NECs. Τα περιστατικά με τις ηπατικές μεταστάσεις ήταν G2NETs. Τέλος, στο νεόπλασμα που ταξινομήθηκε ως G3NEC συνυπήρχε μικτό καρκίνωμα (MANEC).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα NENs αποτελούν σπάνια (2-3%) νεοπλασμάτων του παγκρέατος και θεωρούνται δυνητικά κακοήγη (1-4). Σύμφωνα με τη μιτωτική δραστηριότητα και την έκφραση του Ki-67 διακρίνονται σε καλής διαφοροποίησης όγκους (NETs, G1-G2) και σε χαμηλής διαφοροποίησης καρκινώματα (NECs/ G3). Περιγράφονται επίσης μικτά καρκινώματα (MANECs) (1,3,4,7). 1-2% των NENs συσχετίζονται με σύνδρομα όπως MEN1, VHL, TSC και GCA (4,6). Η πρόγνωση των NETs εξαρτάται από τη βαθμολογία (WHO) και τη σταδιοποίηση (TNM) (1, 3-7). Τα NECs συνοδεύονται από θνησιμότητα που πλησιάζει το 100% (4).

## 210. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΓΓΕΙΟΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΛΥΟΡΟΓΟΝΙΤΙΔΑΣ - ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ - ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ

Ο. Φιστέ, Α. Δήμος, Ν. Χολής, Δ. Καλλιματίδας, Β. Ξυρόπουλος, Λ. Καρνέστης  
Α' Παθολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι πρωτοπαθείς όγκοι της καρδιάς είναι εξαιρετικά σπάνιοι, με την επίπτωση να μην ξεπερνά το 0.03% (1) και την πλειοψηφία αυτών να αφορά στα, καλοήθους φύσεως, μυώματα (2). Από τα κακοήγη νεοπλασμάτα συνθέστερο είναι το αγγειοσάρκωμα, που προσβάλει κυρίως άνδρες μέσης ηλικίας (3), εκδηλώνεται με μη ειδική συμπτωματολογία όπως δύσπνοια, θωρακαλγία, απώλεια βάρους και αδυναμία (4, 5) ή με εικόνα δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας (6, 7) λόγω της συχνής εντόπισής του στον δεξιό κόλπο (4). Η πρόγνωση είναι πτωχή, με την πλειοψηφία των ασθενών να καταλήγουν εντός 6 περίπου μηνών από τη διάγνωση, λόγω της έντονης διηθητικής ικανότητας του όγκου που το καθιστά ανεγχείρητο αλλά και της αντοχής που εμφανίζει σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία (8, 9).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης νέου ασθενούς με αγγειοσάρκωμα δεξιού κόλπου καρδιάς. **ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής άνδρας 33 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, διεκομίσθη στο 401 ΓΣΝΑ με εικόνα πολυορογονιτίδας (περικαρδίτιδα, δεξιά υπεζωκοτική συλλογή, ασκτική συλλογή) και λεμφαδενοπάθειας μεσοθωρακίου. Ετέθη αρχικά σε αγωγή που περιελάμβανε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, κοιλιακή και κεφτριαξόνη, χωρίς ανταπόκριση. Μετά από ενδεδειχθέν κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, που συμπεριλάμβανε και MRI καρδιάς, διαπιστώθηκε η παρουσία τοχωματικής εξεργασίας δεξιού κόλπου που διηρέθη το περικάρδιο, θέτοντας την υπόνοια νεοεξεργασίας. Πάρθησαν βιοψίες από την βλάβη μέσω δεξιού καρδιακού καθετηριασμού, το αποτέλεσμα των οποίων έθεσε τη διάγνωση του αγγειοσαρκώματος δεξιού κόλπου καρδιάς. Ο ασθενής νοσηλεύεται στην Α' Παθολογική Κλινική του 401 ΓΣΝΑ, αιμοδυναμικά σταθερός, αλλά με επιδεινωμένη κλινική εικόνα (εικόνα δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας με ζυμώδη οίδημα κάτω άκρων, ορθόπνοια και άλγος στην πλάτη), λαμβάνοντας μεγάλες δόσεις ενδοφλέβιων διουρητικών, εν αγωγή ένταξης χημειοθεραπείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη νοσηλεία του, ο ασθενής υπερβλήθη σε ΗΚΓ που ανέδειξε διαταραχές επαναπόλησης διαθωρακικού υπέρχρονου καρδιάς που κατέδειξε ήπια υποκινησία κατώτερου τοιχώματος με ικανοποιητικό κλάσμα εξώθησης και μικρή περικαρδιακή συλλογή και CT θώρακος με εικόνα μέτριας υπεζωκοτικής συλλογής δεξιά με συνοδό ατελεκτασία, παρουσία μικροσφιδίου στο έξω τμήμα του δεξιού κόλπου και ολιγάριθμους λεμφαδένες στον προαγγειακό χώρο. Ο ανασολογικός και ιολογικός έλεγχος που εστάλη απέβη αρνητικός. Κατόπιν, διενεργήθη MRI καρδιάς που ανέδειξε μάζα δεξιού κόλπου, που διηθεί το περικάρδιο, επεκτείνεται στο σημείο εκβολής της άνω κοίλης φλέβας και συνοδεύεται από μικρή περικαρδιακή συλλογή υγρού, θέτοντας την υπόνοια αγγειοσαρκώματος. Στο πλαίσιο σταδιοποίησης, διενεργήθη CT κοιλίας που αποκάλυψε εικόνα συμφορημένου ήπατος και έλεγχο με σπινθηρογράφημα οστών και PET/CT scan που ανέδειξε δευτεροπαθείς εντοπίσεις σε δεξιά ωμοπλάτη και πνευμονικό παρέγχυμα. Ακολούθησε ανεπιτυχής προσπάθεια λήψης βιοψτικού υλικού από την παρακείμενη στην ωμοπλάτη μάζα, υπό CT καθοδήγηση. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στο Ονύσσιο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, όπου με δεξιό καρδιακό καθετηριασμό και με τη βοήθεια biplane απεικόνισης και διοισοφάνειας υπερηχοκαρδιογραφίας, ελήφθησαν με βιοψτόμο 3 ιστοτεμάχια από το μόρφωμα, η παθολογοανατομική εξέταση των οποίων έθεσε την οριστική διάγνωση του αγγειοσαρκώματος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το πρωτοπαθές αγγειοσάρκωμα καρδιάς είναι ένα εξαιρετικά σπάνιο, ενδοθηλιακής προέλευσης, κακόηθες νεόπλασμα που προσβάλει κυρίως μέσης ηλικίας άνδρες. Εξαιτίας των μη ειδικών κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων, η διάγνωση είναι δύσκολη, απαιτεί ιστολογική τεκμηρίωση και άρα βιοψτικό υλικό. Η πρόγνωση παραμένει πτωχή, ανεξαρτήτως τύπου χορηγούμενης θεραπείας.

## 212. ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΥΧΗΝΙΚΗ ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ

Ι. Δρίκος<sup>1</sup>, Β. Μουγιού<sup>2</sup>, Ε. Ράγκου<sup>2</sup>, Θ. Μπούτσικου<sup>2</sup>, Δ. Μπριάντα<sup>2</sup>, Γ. Καφαλίδης<sup>2</sup>, Ρ. Σώκου<sup>2</sup>, Μ. Ελευθεριάδης<sup>2</sup>, Α. Μαλαμίτση<sup>2</sup>, Ν. Ιακωβίδου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Θριάσιο Νοσοκομείο Ελευσίνας, <sup>2</sup>Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ανίχνευση ανευπλοειδίας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του προγεννητικού ελέγχου. Σήμερα, το 85-90% των κυήσεων με σύνδρομο Down διαγιγνώσκονται στον προγεννητικό έλεγχο α' τριμήνου, που περιλαμβάνει ανατομικό υπερηχογράφημα. Παθολογικά στοιχεία αποτελούν αυχενική διαφάνεια (NT) > 95η εκατοστιαία θέση (δηλαδή >3.5 mm) και απουσία ρινικού οστού. Ανατομικοί δείκτες ανευπλοειδίας συσκευτιώνται και στο υπερηχογράφημα β-επίπεδο.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση ύπαρξης τρισωμίας 21 σε νεογνό με φυσιολογική NT και λοιπούς ανατομικούς δείκτες στα υπερηχογραφήματα α' και β' τριμήνου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τελειόμηνο θήλυ νεογνό, AGA (22η ΕΘ) με βάρους σώματος 2900g γεννήθηκε με καισαρική τομή από δευτεροτόκο μητέρα 36 ετών, η οποία στον προγεννητικό έλεγχο α' τριμήνου είχε φυσιολογική NT (1.7mm), ύπαρξη ρινικού οστού και φυσιολογικού λοιπούς υπερηχογραφικούς ανατομικούς δείκτες. Η υπερηχογραφική πιθανότητα εμφάνισης τρισωμίας 21 ήταν 1:760 (με όριο κινδύνου 1:300). Με βάση όμως τη συνδυασμένη εκτίμηση κινδύνου (NT, PAPP-A, β-hCG, ηλικία μητέρας) η πιθανότητα τρισωμίας 21 ήταν 1:250 (κύηση υψηλού κινδύνου για σύνδρομο Down). Συστήθηκε αμνιοπαρακέντηση ή ανίχνευση στο αίμα της μητέρας cell free DNA, τα οποία όμως δεν διενεργήθηκαν. Επιπλέον, οι ανατομικοί δείκτες τρισωμίας 21 στο υπερηχογράφημα β-επίπεδο ήταν φυσιολογικοί.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το νεογνό παρουσίαζε χαρακτηριστικά σημεία συνδρόμου Down: λοξή φορά βλεφαρικών σχισμών, υπερτελορισμό, αποπλάτυση της ρίζας της ρινός, προέχουσα γλώσσα, κοντό λαιμό και υποτονία. Ελήφθη καρυότυπος, που επιβεβαίωσε τη διάγνωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η NT και άλλοι δείκτες από τον υπερηχογραφικό ανατομικό έλεγχο α' και β' τριμήνου, δεν μπορούν ενδεχομένως μεμονωμένα να αξιολογήσουν κυήσεις υψηλού κινδύνου για σύνδρομο Down, χωρίς και τη συμβολή άλλων παλαιότερων ή νεότερων μεθόδων, καθώς μπορεί να ανευρίσκονται φυσιολογικοί παρά την παρουσία ανευπλοειδίας.



## 213. ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗ ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΣΕ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ ΝΕΟΓΝΟ

Ι. Δρίκος<sup>1</sup>, Β. Μούγιου<sup>2</sup>, Ε. Ράγκου<sup>2</sup>, Θ. Μπούτσικου<sup>2</sup>, Δ. Μπριάντα<sup>2</sup>, Γ. Καφαλίδης<sup>2</sup>, Ρ. Σώκου<sup>2</sup>, Π. Βάκας<sup>2</sup>, Α. Μαλαμίτση<sup>2</sup>, Ν. Ιακωβίδου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνιας, <sup>2</sup>Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η εμβρυομητρική μετάγγιση συμβαίνει στο 5-15% των κυήσεων και σπάνια οδηγεί σε εμφανή αναιμία στα νεογνίδια. Μόνο στο 1% των κυήσεων δημιουργεί κλινικά προβλήματα σχετιζόμενα με το μέγεθος της αιμορραγίας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση εκσεσημασμένης αναιμίας σε νεογνό στο 1ο 24ωρο ζωής.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Θήλυ νεογνό, 39+6 εβδομάδων, γεννήθηκε από δευτεροτόκο μητέρα, με φυσιολογικό τοκετό, βαθμολογήθηκε κατά Apgar με 8 στο πρώτο και πέμπτο λεπτό και είχε βάρος γέννησης 3010g, ευρισκόμενο στην 22η εκατοστιαία θέση. Λόγω έντονης ωχρότητας αμέσως μετά τον τοκετό το νεογνό παρέμεινε σε ανοικτή θερμοκοιτίδα στην Νεογνολογική Κλινική για παρακολούθηση. Η εκσεσημασμένη ωχρότητα δέρματος δεν συνοδεύεται από ταχύπνοια, φύσημα ή ηπατοσπληνομεγαλία, ενώ το νεογνό είχε φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Τα εργαστηριακά ευρήματα έδειξαν Hb 5.09 g/dl, Ht 14.7%, MCV 114 fl, ΔΕΚ 8% και αντίδραση Coombs αρνητική. Μετά την εργαστηριακή αξιολόγηση έγινε μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων 15 ml/kg, η οποία επαναλήφθηκε αργότερα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Για να επιβεβαιωθεί η υποψία εμβρυομητρικής μετάγγισης ως αίτιο της εκσεσημασμένης αναιμίας έγινε κυτταρομετρία ροής, όπου διαπιστώθηκε αυξημένη HbF = 3.6% (με FT<2%) στο αίμα της μητέρας, αντιστοιχούσα σε διαφυγή 158 ml εμβρυϊκού αίματος προς τη μητρική κυκλοφορία. Η κυτταρομετρία ροής επιβεβαίωσε μαζική εμβρυομητρική μετάγγιση, η οποία αποτέλεσε αιτιολογικό παράγοντα της έντονης ωχρότητας και των χαμηλών τιμών αιματοκρίτη/αιμοσφαιρίνης του νεογνού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εμβρυομητρική μετάγγιση αποτελεί σπάνιο αλλά δυνητικά σοβαρότατο αίτιο αναιμίας στο νεογνό, χωρίς απαραίτητα να επηρεάζει τη γενική του κατάσταση. Η συμβολή της κυτταρομετρίας ροής στο μητρικό αίμα παίζει καταλυτικό ρόλο στη διάγνωση.

## 215. ΝΟΣΟΣ ΕΞ ΟΝΥΧΩΝ ΓΑΛΗΣ ΣΕ 14ΧΡΟΝΗ ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΒΟΥΒΟΝΙΚΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ - ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ BARTONELLA HENSELAE ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κ. Μητρόπουλος, Γ. Καφαλίδης, Σ. Γεώργα, Σ. Παραστατίδου, Δ. Αντίοχος, Α. Θεοφανοπούλου, Α. Καραλή, Θ. Βλάχου

Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η νόσος οφείλεται σε gram (-) βάκιλο που μεταδίδεται από τις γάτες συνήθως με νυγμό ή σπινίτιδα με απλή επαφή με συνπάρχουσα λύση της συνέχειας του δέρματος. Αναπτύσσεται λεμφαδενίτιδα πλησίον του σημείου ενοφθαλμισμού 1-3 εβδομάδες μετά το νυγμό. Συχνότερα προσβάλλονται οι μασχάλιαιοι λεμφαδένες και οι λεμφαδένες του αυχένα. Πυρετός αναπτύσσεται στο 30% των ασθενών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή περιστατικού λοίμωξης από Bartonella με εντόπιση στους βουβωνικούς λεμφαδένες δεξιά.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Θήλυ 13 χρόνων προσεκομίσθη στα ΤΕΠ λόγω διόγκωσης στη δεξιά βουβωνική χώρα από 5 ημερών με συνοδό εμπύρετο ως 39,9ο C από 2 ημερών. Κατά την εισαγωγή της στην Παιδιατρική Κλινική, έγινε U/S έλεγχος που έδειξε διογκωμένους λεμφαδένες δεξιάς βουβωνικής χώρας με μέτριου βαθμού σπληνομεγαλία και οριακή διόγκωση ήπατος. Ελήφθη εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος, βιοχημικός έλεγχος, ορολογικός έλεγχος). Ετέθη σε αγωγή με από το στόματος κλαριθρομυκίνη και ενδοφλέβια κεφοταξίμη. Πύρεσσε τα 2 πρώτα 24ωρα νοσηλείας. Παρατηρήθηκε βαθμιαία υποχώρηση της διόγκωσης. Από τον ορολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε λοίμωξη από Bartonella Henselae.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η λοίμωξη από Bartonella Henselae μπορεί να εκδηλωθεί και με προσβολή βουβωνικών λεμφαδένων σύστοιχα με το νυγμό. Τίθεται στη διαφορική διάγνωση όταν στο ιστορικό του ασθενούς αναφέρεται επαφή με γάτες.

## 214. ΕΞΟΜΦΑΛΟΣ ΣΕ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΨΕΥΔΟΜΩΣΑΪΚΙΣΜΟ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Ι. Δρίκος<sup>1</sup>, Β. Μούγιου<sup>2</sup>, Ε. Ράγκου<sup>2</sup>, Θ. Μπούτσικου<sup>2</sup>, Δ. Μπριάντα<sup>2</sup>, Γ. Καφαλίδης<sup>2</sup>, Ρ. Σώκου<sup>2</sup>, Α. Μαλαμίτση<sup>2</sup>, Ν. Ιακωβίδου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γ. Ν. Ελευσίνιας «Θριάσιο», <sup>2</sup>Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταίειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ος εξόμφαλος ορίζεται η προβολή ή η πρόπτωση κοιλιακού περιεχομένου μέσα στον ομφάλιο λώρο με συχνότητα εμφάνισης 1:3.000 γεννήσεις.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή κλινικής περίπτωσης ψευδομωσαϊκισμού του πλακούντα και εξόμφαλου σε τελειόμηνο νεογνό.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άρρεν νεογνό, 38+3 εβδομάδων, που γεννήθηκε από πρωτοτόκο μητέρα, με καισαρική τομή, βαθμολογήθηκε κατά Apgar με 9 στο πρώτο και πέμπτο λεπτό και είχε βάρος γέννησης 3240g ευρισκόμενο στην 61η εκατοστιαία θέση. Το νεογνό είχε διαγνωσθεί προγεννητικά με εξόμφαλο με εντερικό περιεχόμενο από την 14η εβδομάδα κύησης. Στον προγεννητικό έλεγχο με λήψη χορικών λαχνών εντοπίστηκε ψευδομωσαϊκισμός του πλακούντα (mos45X[20]/46XY[32]), ενώ η αμινοπαρακέντηση την 19η εβδομάδα κύησης διέγινωσε φυσιολογικό καρυότυπο. Η εμβρυϊκή υπερηχοκαρδιογραφία δεν προσδιόρισε παθολογία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αμέσως μετά την γέννηση ο σάκος του εξόμφαλου, που δεν περιείχε συμπληρωμένα όργανα, καλύφθηκε και διατηρήθηκε υγρός για προστασία του εντέρου και το νεογνό τέθηκε σε θερμοκοιτίδα. Τις πρώτες ώρες ζωής εμφάνισε ήπια αναπνευστική δυσχέρεια με διαλείποντα γογγυσμό και ακουστό φύσημα 2/6 σε όλο το προκάρδιο, ενώ απέβαλε μηκύνιο. Χειρουργήθηκε το 1ο 24ωρο ζωής και το έντερο επαναστοποθετήθηκε στην κοιλιά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διεθνής βιβλιογραφία δεν έχει αναφερθεί ψευδομωσαϊκισμός του πλακούντα (mos45X/46XY) συνδυαζόμενος με εξόμφαλο, ενώ υπάρχουν αναφορές για μωσαϊκισμό, ειδικά στο χρωμόσωμα 11 και εξόμφαλο.

## 216. Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΥΟΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΚΡΗΜΝΟΥ ΤΟΥ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΜΥΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΚΑΙ ΥΠΟΦΑΡΥΓΓΑ ΜΕΤΑ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

Α. Καρανίδης, Δ. Τσούτσος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδα Εγκυμιάτων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννημάτων»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα ελλείμματα του τραχηλικού οισοφάγου και υποφάρυγγα μετά λαρυγγεκτομή, απαιτούν αποκατάσταση με περιοχικούς ή ελεύθερους κρημνούς. Οι περιοχικοί κρημνοί αποτελούν εναλλακτική μέθοδο αποκατάστασης, όταν η γενική κατάσταση του ασθενούς δεν επιτρέπει τη χρήση ελεύθερων κρημνών. Ο μσοδερματικός κρημνός του μείζονος θωρακικού μύος αποτελεί τη συνηθέστερη επιλογή αυτής της κατηγορίας. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικών που αντιμετωπίστηκαν με μισχωτό μσοδερματικό κρημνό του μείζονος θωρακικού μύος, η αξιολόγηση της επιλογής αυτής με βάση την τελική έκβαση.

**ΥΛΙΚΟ:** Το 2016, 4 ασθενείς άρρενες με μέσο όρο ηλικίας 60 έτη (ηλικίες 55, 67, 57, 60), υπεβλήθησαν σε λαρυγγεκτομή με συνοδό διεχειρητική κατάληξη τα φαρυγγοοισοφαγικά ελλείμματα που αφορούσαν το 50% περίπου της κυκλοτερούς επιφάνειας του γαστρεντερικού σωλήνα. Η αποκατάσταση των ελλειμμάτων έγινε με μισχωτό μσοδερματικό κρημνό του μείζονος θωρακικού μύος, ενώ τμήμα του κρημνού καλύφθηκε με δερματικά μοσχεύματα μερικού πάχους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Όλοι οι κρημνοί επιβίωσαν προσφέροντας ικανοποιητικό λειτουργικό αποτέλεσμα. Η ακεραιότητα και συνέχεια του γαστρεντερικού σωλήνα επιβεβαιώθηκε απεικονιστικά με δοκιμασία κατάποσης με γαστρογραφίνη. Ένας ασθενής εμφάνισε διαφυγή στην κεντρική αναστόμωση που αποδόθηκε στην προεχειρητική ακτινοβολία. Στον ίδιο ασθενή παρατηρήθηκε και στένωση. Η από του στόματος διατροφή επιτεύχθηκε σε όλους τους ασθενείς. Μειονεκτήματα αυτής της επανορθωτικής επιλογής αποτελούν η νοσηρότητα της δότριας χώρας, ο ευμεγέθης όγκος του κρημνού που απαιτείται και η χρήση δερματικών μοσχευμάτων, μετριάζοντας και το αισθητικό αποτέλεσμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αποκατάσταση των φαρυγγοοισοφαγικών ελλειμμάτων μετά λαρυγγεκτομή με μισχωτό μσοδερματικό κρημνό του μείζονος θωρακικού μύος, αποτελεί αξιόπιστη επιλογή και ενδεχομένως επέμβαση εκλογής, σε περιστατικά όπου η γενική κατάσταση των ασθενών δεν επιτρέπει τη χρήση ελεύθερων κρημνών.

## 217. ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΚΝΗΜΗΣ ΜΕ ΜΙΣΧΩΤΟΥΣ ΚΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΣ ΚΡΗΜΝΟΥΣ

Α. Καρανίδης, Ε. Μπαλιτσάρης, Ι. Ζάγκος, Μ. Θεοδωρακοπούλου, Μ. Άλμπαν, Δ. Τσοῦτσος  
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδας Εγκαυμάτων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα ελλείμματα του κάτω άκρου από σύνθετες κακώσεις με έκθεση οστού απαιτούν αποκατάσταση με κρημνούς που προσφέρουν ιστούς καλής ποιότητας. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικών με ελλείμματα κνήμης που αποκαταστάθηκαν με μισχωτούς ή ελεύθερους κρημνούς.

**ΥΛΙΚΟ:** Στη μελέτη περιλαμβάνονται 12 ασθενείς (9 άνδρες, 3 γυναίκες) με ελλείμματα κνήμης και άκρου ποδός που νοσηλεύθηκαν από το 2012 έως το 2016. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 31,9 έτη. 11 περιστατικά αφορούσαν οξεία τραυματιολογικά ελλείμματα δέρματος και μαλακών μορίων με συνύπαρξη οστικών καταγμάτων η έκθεση οστού και σε 1 από αυτά υπήρξε και αγγειακή κάκωση. Σε 6 περιστατικά η αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε με μισχωτούς κρημνούς όπως δερμοπεριτονιακοί, γαστροκνήμιο και υποκνημίδιο κρημνός. 5 περιστατικά αποκαταστάθηκαν με ελεύθερους κρημνούς, όπως τον προσθιοπλάγιο του μηρού (ALT), απλό ή χιμαιρικό, τον πλατύ ραχιαίο και το χιμαιρικό κρημνός του πλατύ ραχιαίου με τον πρόσθιο οδοντωτό.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή με ικανοποιητικά λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα, ενώ οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι. Όλοι οι κρημνοί επιβίωσαν, επιτυγχάνοντας αποκατάσταση με υγιή ιστό, βελτίωση της γενικής κατάστασης των ασθενών, τη συντομότερη κινητοποίηση, και μείωση του χρόνου νοσηλείας τους. Μία ασθενής με χρόνια οστεομυελίτιδα και χρόνιες αλλοιώσεις δέρματος και μαλακών μορίων, εμφάνισε επεισόδια φλεγμονής και κυτταρίτιδας, που έχουν απαιτήσει την επανεισαγωγή της σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αποκατάσταση ελλειμμάτων κνήμης απαιτεί συνήθως συνδυασμένη αντιμετώπιση πλαστικών, ορθοπεδικών και αγγειοχειρουργών. Η επιλογή του κρημνού σχετίζεται με την εντόπιση, τα χαρακτηριστικά του ελλείμματος, τη συνύπαρξη τοπικής και γενικής παθολογίας και την προτίμηση του χειρουργού. Επιπλεγμένα περιστατικά 'απαιτούν' μικροχειρουργική πλαστική αποκατάσταση για την επιτυχή αντιμετώπιση των επανορθωτικών στόχων.

## 219. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΑΠ ΚΑΙ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ι. Βρυώνη, Α. Λιβέρεζα, Ζ. Νουβάκη, Α. Παλαιολόγος, Χ. Γιαννακοπούλου, Α. Χα- νιώτου

Πνευμονολογική κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία του άσματος και της ΧΑΠ, καθορίζουν τις φαρμακευτικές ουσίες που πρέπει να χρησιμοποιούνται όχι όμως και τον τύπο της συσκευής που πιθανόν να εξασφαλίζει τη μέγιστη δυνατή συμμόρφωση του ασθενούς-στην θεραπευτική αγωγή.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Της μελέτης ήταν να αξιολογήσουν οι ίδιοι οι ασθενείς τις συσκευές των εισπνεόμενων, ώστε να τους χορηγηθούν συστηματικά και να εκτιμηθεί η συμμόρφωσή τους.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 32 συνολικά ασθενείς (16 με άσθμα και 16 με ΧΑΠ). Από αυτούς 20 ήταν ασθενείς που παρακολουθούνταν στα Τακτικά Εξωτερικά Ια- τρεία και 12 ήταν νοσηλεύόμενοι ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε αγωγή κατ'οίκον μετά από το εξιτήριο νοσηλείας. Σε όλους δόθηκε να συμπληρώσουν ερωτηματο- λόγιο κλειστού τύπου, με ερωτήσεις διχοτομικές, βαθμονόμησης και διαβαθμισμένης κλίμακας, σχετικές με τη συσκευή που προτιμούν, τον αριθμό των δόσεων ημερησίως, τη χρήση διαφορετικών συσκευών για διαφορετικά φάρμακα, τις οδηγίες χρήσης της συσκευής, τις οδηγίες και την εκπαίδευση στη χρήση των συσκευών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι προφορισμένες συσκευές έρχονται πρώτες σε προτίμηση κα- θώς και τα εισπνεόμενα που χρησιμοποιούνται μια φορά ημερησίως (N=18). Οι ασθε- νείς προτιμούν να τους δίνονται άμεσες οδηγίες από τους θεράποντες γιατρούς (N=27). Προτιμούν μια συσκευή, την ίδια, για τη χρήση των φαρμάκων τους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Αυτή η μικρή κλίμακας μελέτη επισημαίνει τη σπουδαιότητα της συμμετοχής και του ασθενούς στην επιλογή των εισπνεόμενων φαρμάκων και συσκευών, ώστε να υπάρχει συμμόρφωση εκ μέρους τους και επιτυχία στη χρήση, επομένως και στην απόδοση της χορηγούμενης αγωγής.

## 218. ΠΑΙΖΕΙ ΡΟΛΟ Η ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗΣ ΘΕ- ΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΟΣ ΑΠΟΦΥΓΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΟΓΚΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ;

Α. Ταμπάκη<sup>1</sup>, Α. Ταμπάκης<sup>1,2</sup>, Μ. Φραγγούλης<sup>1</sup>, Κ. Κόντζογλου<sup>1</sup>, Γ. Κουράκης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊ- κό», <sup>2</sup>Τμήμα Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βασιλείας, Ελβετία

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συγκεκριμένη αναδρομική μελέτη σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις επι- πτώσεις της παρατεταμένης χρήσης αντιβιοτικών σε ασθενείς που υποβάλλονται σε προ- σθητική αποκατάσταση του μαστού μετά από χειρουργείο αφαίρεσης μαζικού αδένος, μιας και παρουσιάζονται αμφιλεγόμενα δεδομένα στη βιβλιογραφία.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε αναδρομικά τα ιατρικά αρχεία από βάση δεδομένων ασθενών στο Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο, μεταξύ Ιανουαρίου 2014 και Νοεμβρίου 2015, που έλαβαν ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή με άμεση ή καθυστερημένη ογκοπλαστική αποκατάσταση και λήψη αντιβιοτικών για περισσότερο ή λιγότερο από 24 ώρες. Ως κύρια έκβαση ορίστηκε η παρουσία λοιμώξεων του χειρουργικού πεδίου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά μελετήθηκαν 70 ασθενείς. Δεν εμφανίστηκαν σημαντι- κή διαφορά στη συχνότητα της άμεσης έναντι της καθυστερημένης ογκοπλαστικής αποκατάστασης σε ασθενείς που λαμβάνουν μονή ή διπλή μαστεκτομή. (P= 1.000). Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μονή μαστεκτομή εμφάνιζαν σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα χειρουργικής λοίμωξης σε εκείνους που υποβλήθηκαν σε διπλή μαστεκτομή (7,1% έναντι 21,4% P= 0,003), αν και οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς τη συχνότητα της παρατεταμένης χρήσης (> 24 ώρες) των αντιβιοτικών (P= 0,567). Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική διαφορά όσον αφορά την πα- ρατεταμένη χρήση των αντιβιοτικών ή την παρουσία χειρουργικών λοιμώξεων μεταξύ των ασθενών με άμεση συγκριτικά με καθυστερημένη ογκοπλαστική αποκατάσταση (P= 0.744 και P= 0.258 respectively). Οι ασθενείς που λαμβάνουν αντιβιοτικά για περισ- σότερες από 24 ώρες παρουσίασαν χαμηλότερη συχνότητα χειρουργικών λοιμώξεων (64,3% έναντι 14,2% P= 0,001).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η προφυλακτική χρήση των αντιβιοτικών για περισσότερο από 24 ώρες μπορεί να προσθέσει όφελος στην πρόληψη της ανάπτυξης χειρουργικών λοιμώ- ξεων σε ασθενείς που λαμβάνουν άμεση ή καθυστερημένη αποκατάσταση των μαστών με εμφυτεύματα. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε διπλή μαστεκτομή και αποκατάστα- ση με εμφυτεύματα μπορεί να εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χειρουργικής λοίμωξης σε σύγκριση με εκείνους που υποβάλλονται σε μονή μαστεκτομή. Μεγαλύ- τερος αριθμός ασθενών πρέπει να συμπεριληφθεί σε περισσότερες μελέτες προκειμέ- νου να αξιολογηθούν οι συγκεκριμένες παράμετροι.

## 220. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΙΜΟΠΤΥΞΗΣ ΜΕ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ. ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΟΤΕ ΑΝΑΓΚΑΙΑ;

Ι. Βρυώνη, Α. Πάνδη, Κ. Καυχισιάς, Ν. Τράντζας, Α. Χανιώτου  
Πνευμονολογική κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

Σύμφωνα με τις οδηγίες της επίσημης βιβλιογραφίας όλα τα περιστατικά αιμόπτυσης διερευνώνται στην κλινική μας με ακτινογραφία και αξονική θώρακος, ωτορινολαρυ- γολογική εκτίμηση του ανώτερου αναπνευστικού και βρογχοσκόπηση με εύκαμπτο βρογχοσκόπιο, ανεξαρτήτως των ευρημάτων της αξονικής θώρακος.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Της μελέτης είναι η καταγραφή της συμβολής της βρογχοσκόπησης, στη διάγνωση σοβαρών παθήσεων όπως ο καρκίνος, όταν τα ευρήματα στην αξονική θώ- ρακος είναι αρνητικά.

**ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη των αρχείων της κλινικής από 1/1/2014 έως 31/12/2016. Μελετήθηκαν 58 περιστατικά (ανεξαρτήτως ηλικίας και κα- πνιστικής συνήθειας) τα οποία υποβλήθηκαν σε βρογχοσκόπηση για διερεύνηση αιμό- πτυσης έχοντας αξονική θώρακος αρνητική για παθολογικά ευρήματα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σύνολο 58 περιστατικών (μέση ηλικίας 59+8,4), ήταν γυναίκες 18 (31%), άνδρες 40(68,9%). Οι καπνιστές ανέρχονταν στο 76% (44/58) των συμμετεχόν- των. Δεν διαγνώθηκε στην ομάδα μελέτης περιστατικό καρκίνου πνεύμονος. Επίσης, δεν βρέθηκαν παθολογικά ευρήματα στο 85% (49/58) των περιστατικών. Τα παθολογι- κή ευρήματα που καταγράφηκαν ήταν: πύλες βρογχικές εκκρίσεις 8%, αλλοιώσεις χρόνιας βρογχίτιδας 3%, ανθρακωσικές εστίες 2%, αιμαγγείωμα-ηλεγγειακτασία 2%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Όπως δείχνει η μελέτη αυτή, σε ασθενείς με αιμόπτυση και αρνητι- κή αξονική θώρακος ανεξαρτήτως της καπνιστικής συνήθειας, η βρογχοσκόπηση δεν αποκάλυπτε σοβαρά παθολογικά ευρήματα. Περαιτέρω μεγαλύτερης κλίμακας μελέ- τες απαιτούνται για τη διαμόρφωση των διαγνωστικών τεχνικών της αιμόπτυσης, σε συνάρτηση με τις τελειότερες σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές.

## 221. ΥΠΕΩΚΟΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΥΓΡΟΥ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ COXIELLA BURNETII

Κ. Λιβάνιος, Ι. Μπράτσκα, Σ. Μαζαράκης, Χ. Τσάπας, Ε. Καλαμάρα, Η. Καϊνή  
10η Πνευμονολογική Κλινική, Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού αμφοτερόπλευρης εξιδρωματικής υπεζωκοτικής συλλογής υγρού, οφειλόμενης σε λοίμωξη από *Coxiella burnetii*.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής ετών 61, μη καπνίστρια, χωρίς ιστορικό αλλεργίας, με ατομικό αναμνηστικό αγχώδους διαταραχής για την οποία δεν ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αναφερόμενο εμπύρετο έως 38οC, διάρκειας 48 ωρών προ 20 ημέρου που υφέθηκε μετά από λήψη αντιμικροβιακής αγωγής (αζιθρομυκίνη). Έκτοτε αναφέρει αδυναμία, καταβολή, περιστασιακή δεκαδική πυρετική κίνηση και σταδιακά επιδεινούμενη δύσπνοια στην προσπάθεια. Φέρει αξονική τομογραφία θώρακος που απεικονίζει αμφοτερόπλευρη υπεζωκοτική συλλογή με επικράτηση δεξιά.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η κλινική εξέταση ανέδειξε μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα στις πνευμονικές βάσεις με μείωση των φωνητικών δονήσεων και επικρουστική αμβλύτητα και ήπιου βαθμού οιδήματα κάτω άκρων, χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα εκ των λοιπών συστημάτων. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Διενεργήθηκε διαγνωστική παρακέντηση της δεξιάς υπεζωκοτικής συλλογής και τα αποτελέσματα των εξετάσεων ανέδειξαν ηωσινοφιλικό (20%) εξίδρωμα με υψηλή τιμή γαλακτικής αφυδρογονάσης (LDH) και χαμηλή τιμή απταμινάσης της αδενοσίνης (ADA). Τα αποτελέσματα του ελέγχου που ακολούθησε ήταν αρνητικά. Ο έλεγχος αντισωμάτων για *Coxiella burnetii* (IFD) ανέδειξε θετικά αντισώματα IgG φάσης II (256) και θετικά αντισώματα IgM φάσης II. Η ασθενής παραπέμφθηκε στο λοιμωξιολογικό ιατρείο για την έναρξη κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής (δοξικυκλίνη) και έλαβε εξιτήριο. Στην επανεκτίμηση η ασθενής είχε άριστη κλινική εικόνα, χωρίς παθολογικά ευρήματα από την κλινική εξέταση και η αξονική τομογραφία θώρακος απεικονίζει ελάχιστη υπεζωκοτική συλλογή υγρού δεξιά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η υπεζωκοτική συλλογή αποδόθηκε στη λοίμωξη από *Coxiella burnetii* μετά από την επιβεβαίωση με τα αντισώματα φάσης II και αφού αποκλείστηκαν με τον κατάλληλο έλεγχο πιο πιθανά αίτια υπεζωκοτικής συλλογής. Η υπεζωκοτική συλλογή υγρού αποτελεί συχνό αίτιο νοσηλείας ασθενών σε πνευμονολογική κλινική και παρά τον ενδεδειγμένο έλεγχο, σε ένα σημαντικό ποσοστό αυτών δεν ανευρίσκεται αιτιολογικός παράγοντας. Η *Coxiella burnetii* παρόλο που προσβάλλει το αναπνευστικό, πολύ σπάνια εκδηλώνεται με ανάπτυξη υπεζωκοτικής συλλογής. Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστες αναφορές παρόμοιων περιστατικών.

## 223. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΟΥΣ ΟΡΓΑΝΟΥΜΕΝΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΜΕ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Α. Αναστασόπουλος<sup>1</sup>, Π. Πέτρας<sup>1</sup>, Μ. Μανταίου<sup>1</sup>, Κ. Γυφτοπούλου<sup>2</sup>  
1<sup>ο</sup>η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», 2<sup>ο</sup>Αματολογικό Τμήμα, Εργαστηριακός Τομέας, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η κρυπτογενής οργανώμενη πνευμονία είναι ένα κλινικό παθολογοανατομικό σύνδρομο, αποτελεί υποκατηγορία των διάμεσων πνευμονοπαθειών και είναι είτε ιδιοπαθής είτε εμφανίζεται σε έδαφος υποκείμενης νόσου. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού κρυπτογόνου οργανώμενης πνευμονίας με ακτινολογική εικόνα που μιμείται μάζα πνεύμονα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής ηλικίας 49 ετών, θήλυ, με ατομικό αναμνηστικό ρευματοειδούς αρθρίτιδας υπό λεφλουονιμίδιο από έτους, μη καπνίστρια, εισήχθη σε Πνευμονολογική Κλινική λόγω εμπύρετου έως 38 οC με συνοδό κεφαλαλγία και νυχτερινές εφιδρώσεις. Στον εργαστηριακό έλεγχο εμφανίζε ήπια λευκοκυττάρωση (WBC:12400/L) ενώ η CRP, η TKE και ο λοιπός βιοχημικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Στον απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία θώρακος αναδείχθηκε συμπαγόμενη εξεργασία 3,8 εκ στον δεξιό άνω λοβό του πνεύμονα και οριακοί λεμφαδένες προτραχειακά και στο αορτοπνευμονικό παράθυρο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα ενώ στα πλαίσια περαιτέρω διερεύνησης υπεβλήθη σε FNB πνεύμονα που ανέδειξε εστιακές, μέτρια πυκνές, χρόνιες, μη ειδικού τύπου φλεγμονώδεις διηθήσεις στο διάμεσο ιστό και εστίες νεαρών ινοβλαστικών ιστών ως επί οργανώμενης πνευμονίας. Η ασθενής ετέθη σε αγωγή με πρεδνιζολόνη per os με σταδιακή μείωση με ύφεση της συμπτωματολογίας ενώ και ο απεικονιστικός έλεγχος μετά από 3 μήνες αγωγής εμφάνισε βελτίωση των ευρημάτων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η οργανώμενη πνευμονία προσβάλλει άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 21 έως 80 ετών, δεν σχετίζεται με το κάπνισμα, εκδηλώνεται με διάφορα συμπτώματα ενώ ποικίλη είναι και η απεικονιστική της εμφάνιση. Σε ένα πολύ μικρό ποσοστό μπορεί να εμφανιστεί με ακτινολογική εικόνα που μιμείται μάζα πνεύμονα. Έτσι η νόσος θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από νοσήματα που παρουσιάζουν σχετικά παρόμοια κλινικά, παθολογοανατομικά, ακτινολογικά και εργαστηριακά ευρήματα.

## 222. ΟΡΓΑΝΟΥΜΕΝΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΘΕΝ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΤΙΣΥΝΘΕΤΑΣΗΣ

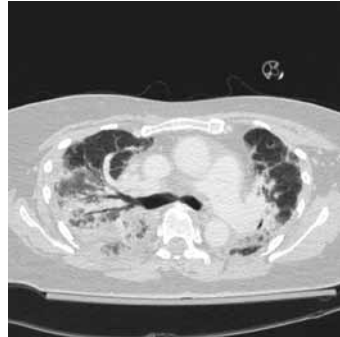
Χ. Τσάπας, Ε. Καλαμάρα, Κ. Λιβανιός, Χ. Κουφόπουλος, Λ. Βλάσση, Η. Καϊνή  
10η Πνευμονολογική Κλινική, Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ανακάλυψη ενδιαφέροντος περιστατικού οργανώμενης πνευμονίας σε έδαφος βαριάς μυστιδίας στα πλαίσια συνδρόμου αντιαντιθρομβώσεως.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 53 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό εκ του αναπνευστικού, ποτέ καπνίστρια διακομίζεται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο των Αθηνών από καρδιολογική ΜΕΘ περιφερειακού νοσοκομείου όπου νοσηλεύετο λόγω θωρακικής, εμπύρετου έως 38,5οC, τροπονιναμίας ακαι αναπνευστικής δυσχέρειας ως μοκαροδίτια, όταν κατά την διάρκεια της νοσηλείας της παρουσιάσε επιδείνωση της αναπνευστικής της λειτουργίας και αμφοτερόπλευρα πνευμονικά διηθήματα στην απεικόνιση του θώρακα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η ασθενής είχε υποβληθεί σε αξονική τομογραφία θώρακος που περιέγραφε τα αμφοτερόπλευρα διηθήματα ως εικόνα θαμνής υαλίδας παράλληλα αναφερόταν σε σκιαγραφικό έλλειμμα σε υποστηρικτικό κλάδο της πνευμονικής αρτηρίας χωρίς ωστόσο να έχει διενεργηθεί η εξέταση με πρωτόκολλο πνευμονικής εμβολής. Από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο εμφανίζε τριφήρια ταχύτητα καθίζησης, λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, φυσιολογικά επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών και αρνητικό ρευματοειδή παράγοντα, ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, με νευραστική ανεπάρκεια τύπου II, τελειοποιημένων τριζόντων αμφοτερόπλευρα στις βάσεις των πνευμόνων ενώ η τροπονίνη της ήταν σε πτώση όπως και τα λοιπά μοκαροδιακά ένζυμα ενώ είχε όλη πάσχαση και παρουσίαζε κεντρομελική αδυναμία. Την δεδομένη στιγμή η ασθενής λάμβανε αγωγή ως επί μοκαροδίτιδας (β-blocker) και προφυλακτική δόση ηπαρίνης χαμηλού βάρους και αντιμικροβιακά ευρέως φάσματος (μετρονιδαζόλη) ενώ εμφανίζε ένα πυρετικό κύμα ημερησίως κυρίως τις απογευματινές ώρες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία θώρακος με πρωτόκολλο πνευμονικής χωρίς ανάδειξη σκιαγραφικών ελλειμάτων από τους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας παρουσιάσε όμως αμφοτερόπλευρα διηθήματα τυπου θολής υαλίδας σε ασφαιρικούς τους πνεύμονες και κυρίως σε μέσα και κάτω πνευμονικά πεδία σε επιδείνωση σε σχέση με τον προγενέστερο έλεγχο ενώ η ασθενής συνέχισε να πυρέσσει και παρουσίαζε σταθερά αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου II και ανέφερε αιμωδίες και υπαισθήσεις των κάτω άκρων με μείωση της μικρής ισχύος και συμμετρική νευρολογική ημιολογία. Οι δείκτες φλεγμονής ήταν αρνητικοί (PCT) με μέτρια αυξημένη την CRP και τριφήρια την ταχύτητα καθίζησης ενώ παρατηρήθηκε περιφερική ρησινοφιλία (500-600 ρησινοφίλα). Η ολική IgE ήταν αυξημένη ενώ η mantoux και το quantitative αρνητικά. Η ασθενής δεν εμφάνισε παθολογικά ευρήματα από την γενική ούρων και το ιζήμα το οποίο ανευρέθηκαν θετικά ANA από τον καλλογικό έλεγχο και στην συνέχεια ENA 6 screen καταλήγοντας σε anti Jo-1 ήπια αυξημένα. Υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση και ελήφθη βρογχοσκοπικό έκπλυμα με μέτρο αριθμό λεμφοκυττάρων και χαμηλό λόγο CD4/CD8, ενώ δεν υπήρχαν ενδοβρογχικά ευρήματα. Αποφασίζεται διενέργεια χειρουργικής βιοψίας (VATS). Την δεδομένη στιγμή η ασθενής δεν λάμβανε φάρμακα αντιμικροβιακή αγωγή αφού αυτή είχε διακοπεί λόγω λευκοπενίας που αποδόθηκε σε φαρμακευτικά αίτια και υποστράφηκε μετά την διακοπή της. Επίσης είχε υποβληθεί σε μαγνητική μοκαροδία με ανάδειξη στοιχείων ανομοιογενούς σκιαγραφικής ενίσχυσης στο πρόσθιο ήμισυ του ελεύθερου ημιους της αριστεράς κοιλίας που θέτει την υπόνοια της μοκαροδίτιδας χωρίς όμως επιβάρυνση της διαστολικής λειτουργίας και τείθει σε αγωγή με α-MEA και β-blocker. Ο σπορμετρικός έλεγχος ήταν ενδεικτικό σοβαρού περιοριστικού συνδρόμου με ικανοποιητική FEV1 ώστε να μην υπονοηθεί η VATS. Μετά την διενέργεια της χειρουργικής βιοψίας η ασθενής επιστρέφει στην κλινική παρουσιάζοντας σταθερή κλινική εικόνα ενώ η παθολογοανατομική έκθεση αποκάλυψε στοιχεία οργανώμενης πνευμονίας. Η ασθενής τείθει σε 40mg πρεδνιζόνης και υποβάλλεται σε ηλεκτρομυοεγκεφαλογράφημα με τά αποδέσει των ρευματολόγων του οποίου τα ευρήματα ήταν συμβατά με μυστιδία. Σταδιακά παρουσιάζει βελτίωση και παραπέμπεται σε ρευματολογική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση.



## 224. Η ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΓΓΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΞΑΛΕΨΗ ΤΩΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ

Ε. Νόβα<sup>1</sup>, Κ. Μιλορόλα<sup>1</sup>, Σ. Ντελίκου<sup>1</sup>, Ν. Κοτσοτάς<sup>2</sup>, Ε. Αλμπάνη<sup>2</sup>, Κ. Μαραγκός<sup>1</sup>  
1<sup>ο</sup>Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας & Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», 2<sup>ο</sup>Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι μεταγγίσεις αίματος αποτελούν το μοναδικό θεραπευτικό μέσο σε ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες (θαλασσαιμία και δρεπανοκυτταρική νόσο). Ως ιατρική και νοσηλευτική πράξη η διαδικασία μεταγγίσεων απαιτεί τη συμμετοχή πολλών επαγγελματιών υγείας με διαφορετικά επίπεδα ευαισθητοποίησης και της κατανόησης της πρακτικής της από την επιλογή του αιμοδότη, μέχρι την χορήγηση του αίματος με ασφάλεια προς τον ασθενή και την αποφυγή ανεπιθύμητων συμβαμάτων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατά την διάρκεια ενός μήνος καταγράφηκαν όλες οι μεταγγίσεις που έλαβαν χώρα στην Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας του Νοσοκομείου μας. Ακολούθηθηκε το πρωτόκολλο Guidelines on Administration of blood components (British Committee for standards in H aematology) με καταγραφή πρό και μετά την μεταγγίση ζωτικών σημείων (ΑΠ, σφύξεις, κορεσμός, αιμοσφαιρίνης, ενώ παράλληλα έγινε καταγραφή της ποσότητας του χορηγούμενου αίματος, της διάρκειας χορήγησης και του είδους του χορηγούμενου αίματος (prestorage ή πλυμένα ερυθρά). Τέλος καταγράφηκαν συμβατά αναλόγως της βαρύτητας τους. Για την στατιστική μελέτη χρησιμοποιήθηκε t-test paired parametric και το Mann-Whitney U test non parametric.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά έγιναν 126 μεταγγίσεις (5 μεταγγίσεις / ημέρα) σε 81 ασθενείς με ομόζυγη θαλασσαιμία, 22 με ενδιάμεση θαλασσαιμία, 20 με μικροδρεπανοκυτταρική αναμία και 3 ασθενείς με ομόζυγη δρεπανοκυτταρική. Μεταγγίστηκαν συνολικά 228 μονάδες αίματος.

Από τα ζωτικά σημεία που μετρήθηκαν πρό και μετά την μεταγγίση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ΣΑΠ, ΔΑΠ και τον κορεσμό. Σημαντική στατιστική διαφορά υπήρξε στην καταγραφή των σφύξεων (μετα: προ: 77, median μετά: 70 p<0,005) και την τιμή της αιμοσφαιρίνης (median πρό: 9,5 και median μετά την μεταγγίση: 12,1 p<0,005). Ο μέσος χρόνος διάρκειας της μεταγγίσης ήταν 180 λεπτά για 2 μονάδες αίματος (80-300λεπτά). Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στους ασθενείς με υποκείμενο καρδιολογικό νόσημα. Από τις 228 μονάδες αίματος 73 ήταν PRS με μέσο όγκο 296,4 ml, 131 ήταν πλυμένα ερυθρά με μέσο όγκο 242,9 ml και 24 ήταν prs/πλυμένα με μέσο όγκο 240 ml. Κατά την διάρκεια των μεταγγίσεων καταγράφησαν 2 ήπιες αντιδράσεις με κνησμό που αντιμετωπίστηκαν με προσωρινή διακοπή της μεταγγίσης και αντιισταμινικό και μια late onset αιμολυτική αντίδραση οφειλόμενη σε επανεργασία ερυθροκυτταρικού αντισώματος που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με χορήγηση κορτικοστεροειδών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ύπαρξη οδηγιών μεταγγισιοθεραπείας και η τήρηση αυτών ειδικά σε πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς διασφαλίζει την ορθή χρήση του αίματος και την εξάλειψη επιπλοκών από και κατά την μεταγγίση. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει στην επιτυχία αυτού του στόχου η σωστή και άριστα εκπαίδευση του νοσηλευτή που ασχολείται με τις μεταγγίσεις ώστε να αναγνωριστεί έγκαιρα πιθανές αντιδράσεις που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης.

## 225. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΣΤΟ Κ.Υ.ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ

Β. Κολοκούρη, Α. Δημητρίου, Α. Θεοδώρου  
Κέντρο Υγείας Λουτρακίου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συσχέτιση του συμπύρετου του εμπύρετου με τον αντιγριπικό **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατεγράφησαν 105 ασθενείς, οι οποίοι προσήλθαν διαδοχικά στα τακτικά ιατρεία του Κ.Υ. Λουτρακίου και συμπλήρωσαν ειδικό ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου, κατά το διάστημα Οκτωβρίου-Νοεμβρίου του έτους 2015. Από αυτούς, οι 74 ασθενείς (ποσοστό 70,5%) εμβολιάστηκαν για τη γρίπη, ενώ οι 31 (ποσοστό 29,5%) δεν εμβολιάστηκαν. Από τους εμβολιασθέντες, οι 43 (ποσοστό 72,9%) ήταν γυναίκες, ενώ οι 31 (ποσοστό 27,1%) ήταν άνδρες. Έγινε συσχέτιση των εμβολιασθέντων με το ιστορικό της εμπύρετης κατάστασής τους. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Βρέθηκε ότι τα άτομα ηλικίας 60-70 ετών υπερέχουν σε αντιγριπικό εμβολιασμό με ποσοστό 41,9% και ακολουθούν οι ηλικίες 70-80 ετών, σε ποσοστό 37,8%. Από την τελευταία ηλικιακή ομάδα, ένα σημαντικό ποσοστό, 14,3%, δεν εμβολιάστηκαν έναντι της γρίπης. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι η πλειοψηφία των ασθενών, σε ποσοστό 52,7%, τηρούν τις οδηγίες του ετήσιου εμβολιασμού έναντι του ιού της γρίπης, επί 5 συνεχής έτη. Από αυτούς, το μεγαλύτερο ποσοστό (55,3%) έχει να εκδηλώσει πυρετικό κύμα, άνω της 5ετίας (P<0,005).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Προκύπτει επομένως, η αναγκαιότητα της ενημέρωσης όλων των ηλικιακών ομάδων και ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, για τη σημασία του αντιγριπικού εμβολιασμού, με βάση τις συνιστώμενες οδηγίες και τη στατιστικές σημαντική συσχέτισή του, με την εκδήλωση πυρετικού κύματος.

## 227. ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΜΕ ΝΟΣΟ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑΔΗ-ΒΕΗΣΕΤ'Σ. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ CT-P13 INFLIXIMAB

Π. Αθανασίου, Μ. Κωστόπουλος, Α. Σπυρίδης, Χ. Κατσαβούνη, Α. Τζαναβάρα, Δ. Παντελίδης  
Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Τα ρευματικά νοσήματα αποτελούν φάσμα νοσημάτων που χαρακτηρίζονται από αλληλοεπικάλυψη των εκδηλώσεων καθώς και μεταβολή των χαρακτηριστικών των συστηματικών αυτών νοσημάτων στην πορεία της νόσου. Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΣ) είναι συστηματική φλεγμονώδης νόσος της οποίας η παθογένεια είναι υπό έρευνα. Η νόσος Αδαμαντιάδη-Βεησετ'ς είναι φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει καθ' ύφεση νεαρά άρρενα άτομα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή δύο περιπτώσεων ασθενών που εμφάνισαν ΑΣ και εκδήλωσαν και νόσο Αδαμαντιάδη-Βεησετ'ς, αντιμετώπιση με επιτυχία με ινφλιξimάμη και με CT-P13, του παράγοντα που είναι βιομοιειδής της ινφλιξimάμης.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Ασθενής άνδρας ηλικίας 48 ετών προσήλθε με χαμηλή οσφυαλγία και αρθραλγίες ΠΧΚ και κάτω άκρων από νεαρής ηλικίας. Τέθηκε η διάγνωση της ΑΣ με HLA-B27 θετικό. Στην πορεία της νόσου εμφάνισε υποτροπιάζοντα έλκη στόματος και γεννητικών οργάνων, πρόσθια ιριδοκυκλιτίδα, αρθρίτιδες άνω άκρων και διαταραχή γαστρεντερικού συστήματος. Διαγνώστηκε νόσος Αδαμαντιάδη-Βεησετ'ς και η νόσος ακολούθησε κυμαινόμενη πορεία μέχρις ότου μετά 22 έτη παρουσίασε ύφεση. Η ΑΣ εμφάνισε έξαρση με μειωμένη κινητικότητα σπονδυλικής στήλης και αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Ο δεύτερος ασθενής, άνδρας ηλικίας επίσης 48 ετών προσήλθε με υποτροπιάζοντα επεισόδια ιριδοκυκλιτίδας και άφθες στόματος. Τέθηκε η διάγνωση της νόσου Αδαμαντιάδη-Βεησετ'ς. Στην πορεία της νόσου εμφάνισε φλεγμονώδη οσφυαλγία και αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Τέθηκε η διάγνωση ΑΣ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην πορεία της νόσου αμφότεροι οι ασθενείς αντιμετώπιστηκαν με τοπικά μέσα για τις εκδηλώσεις της νόσου Αδαμαντιάδη-Βεησετ'ς. Ο πρώτος έλαβε ινφλιξimάμη επί 2ετία με πολύ καλά αποτελέσματα. Η αγωγή διεκόπη μετά 2ετία. Λόγω υποτροπής της νόσου μετά τη διακοπή τέθηκε σε CT-P13, το βιομοιειδές της ινφλιξimάμης. Ο δεύτερος ασθενής ετέθη σε CT-P13 και κυκλοσπορίνη με πολύ καλή ανταπόκριση. Οι ασθενείς συνεχίζουν την αγωγή με CT-P13 και είναι σε πλήρη ύφεση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Περιγράφεται η συνύπαρξη της ΑΣ με τη νόσο Αδαμαντιάδη-Βεησετ'ς. Σήμερα συζητείται η αυτοφλεγμονώδης αιτιολογία της νόσου Αδαμαντιάδη-Βεησετ'ς, ενώ στην παθοφυσιολογία της ΑΣ μπορεί να συμμετέχουν αυτοάνοσοι και αυτοφλεγμονώδεις παράγοντες. Σε αμφότερες τις περιπτώσεις η χορήγηση του βιομοιειδούς της ινφλιξimάμης CT-P13 είχε πολύ καλά αποτελέσματα.

## 226. ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ: ΤΟ ΚΑΛΕΙΔΟΣΚΟΠΙΟ ΤΩΝ ΑΥΤΟΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Ε. Πάσχου<sup>1</sup>, Ε. Γαβριηλάκη<sup>2</sup>, Α. Δρύλλη<sup>3</sup>, Ν. Σαμπάνης<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Γ.Ν. Έδεσσας, <sup>2</sup>Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, <sup>3</sup>Γεννητολογική Κλινική, Γ.Ν.Π.Α. Παιδών Πεντέλης, <sup>4</sup>Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Έδεσσας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο Οικογενής Μεσογειακός Πυρετός (Familial Mediterranean Fever - FMF) ανήκει στην κατηγορία των αυτοφλεγμονωδών νοσημάτων. Πρόκειται για διαταραχή οφειλόμενη σε μετάλλαξη του γονιδίου MEFV που κληρονομείται με αυτοσωμικό υπολειπόμενο χαρακτήρα. Τόσο οι ομοζυγώτες όσο και οι ετεροζυγώτες φορείς της μετάλλαξης χαρακτηρίζονται από εξαιρετική φαινοτυπική ποικιλομορφία που κυμαίνεται από τη σιωπηλή υποκλινική νόσο ως την εκδήλωση νεφρικής ή καρδιακής ανεπάρκειας στα πλαίσια δευτεροπαθών αμυλοειδώσεων.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ:** Γυναίκα 65 ετών, ομοζυγώτης για τη μετάλλαξη M694V του γονιδίου MEFV, που παρουσίασε κλινικά εμφανή νόσο κατά την παιδική ηλικία, παρακολουθείται τακτικά στο Εξωτερικό Ιατρείο (Ε.Ι.). Η ασθενής λαμβάνει χρονίως κολλική και βρίσκεται σε άριστη κλινική κατάσταση, διατηρώντας φυσιολογική νεφρική λειτουργία και χαμηλά επίπεδα αμυλοειδούς Α στον ορό (SAA). Η αδελφή της, 53 ετών, ετεροζυγώτης για την ίδια μετάλλαξη, προσήλθε στο Ε.Ι. αναφέροντας καταβολή δυνάμεων, διάχυτες αρθραλγίες και αίσθημα παλμών. Από την κλινική εξέταση και τα καταγραφόμενα ζωτικά σημεία δε διαπιστώθηκαν ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα εκτός της παρουσίας ταχυκαρδίας. Κατά τη διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφικού διαπιστώθηκε εκτακτοσυστολική υπερκοιλιακή αρρυθμία. Διενεργήθηκε εκτενής εργαστηριακός έλεγχος ο οποίος ήταν φυσιολογικός με εξαίρεση τη μέτρια αύξηση των επιπέδων CRP και ΤΚΕ. Επιπρόσθετα ανευρέθησαν ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα SAA (77.3 mg/L). Η ασθενής υπεβλήθη σε υπέρηχο νεφρών (φυσιολογικός) και διαγνωστικό υπέρηχο καρδιάς όπου διαπιστώθηκε διαστολική δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας και εικόνα «λαμπρίζοντος» («sparkling») μυοκαρδίου. Λόγω υποψίας καρδιακής αμυλοειδώσεως διενεργήθηκε μαγνητική καρδιάς η οποία ανέδειξε υπενδοκάρδιες εναποθέσεις αμυλοειδούς. Η ασθενής έλαβε θεραπεία με κολλικήν με αποτέλεσμα αμалоποίηση των επιπέδων SAA εντός 6 μηνών, ενώ η προσεκτική χορήγηση ελάχιστης δόσης νεμπιβολόλης βελτίωσε το αίσθημα παλμών.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Τα τελευταία χρόνια έχει αναφερθεί η παρουσία μιας ήπιας/ατελούς μορφής FMF σε ετεροζυγώτες φορείς της μετάλλαξης του γονιδίου MEFV, χαρακτηριζόμενη από αθραλγίες χωρίς συνοδό πυρετό («FMF-like disease»), η οποία συχνά διαλλάθει της διάγνωσης. Το παρόν περιστατικό αποτελεί την πρώτη αναφορά «FMF-like» νόσου επιπλεκόμενη από καρδιακή αμυλοειδωση.

## 228. ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΦΥΜΑΤΟΣ VATER: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ P53, MDM2, CDX2, MUC1, MUC2, CK7 ΚΑΙ CK20

Η. Περισυνάκη<sup>1</sup>, Α. Μηνναΐδου<sup>2</sup>, Β. Λεοντάρα<sup>3</sup>, Η. Τσίπρας<sup>1</sup>, Γ. Ζωγράφος<sup>1</sup>, Η. Μαργαρίτση<sup>1</sup>, Γ. Κουράκης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Γ' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», <sup>3</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ταξινόμηση των αδενοκαρκινωμάτων του φύματος Vater σε εντερικού και χολοπαγκρεατικού τύπου διαφοροποίησης έχει προγνωστική και θεραπευτική σημασία. Η ανοσοϊστοχημική χρώση έναντι συγκεκριμένων δεικτών έχει αποδειχθεί χρήσιμη στον καθορισμό του τύπου διαφοροποίησης. Επιπλέον το ανοσοϊστοχημικό προφίλ είναι υποδηλωτικό των μοριακών παθογενετικών μηχανισμών μέσα από τους αναπτύχθηκε ο όγκος. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συσχέτιση της έκφρασης των δεικτών p53, MDM2, CK7, CK20, MUC1, MUC2 και CDX2 στα καρκινώματα του φύματος με τον τύπο διαφοροποίησης και την επιβίωση των ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ:** Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 45 ασθενείς με δυναμικά θεραπευτική παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή για αδενοκαρκινώματα φύματος Vater. Εξ' αυτών, 38 κρίθηκαν κατάλληλα για να ενταχθούν στην ανάλυση επιβίωσης.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η συλλογή των δεδομένων έγινε αναδρομικά από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών και το αρχείο του Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου. Όλοι οι όγκοι ταξινομήθηκαν αρχικά σε εντερικού και χολοπαγκρεατικού τύπου σύμφωνα με τα δημοσιευμένα ιστολογικά κριτήρια και στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε ανοσοϊστοχημικές χρώσεις έναντι των προαναφερθέντων δεικτών. Ακολούθησε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων όσον αφορά τον τύπο διαφοροποίησης αρχικά και στη συνέχεια την επιβίωση των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεκαοκτώ καρκινώματα ήταν εντερικού και 29 χολοπαγκρεατικού τύπου. Διαπιστώθηκε μία τάση των εντερικού τύπου όγκων να παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέγεθος. Η έκφραση των CK20, MUC2 και CDX2 ήταν συχνότερη στους εντερικούς, ενώ η έκφραση της MUC1 ήταν συχνότερη στους χολοπαγκρεατικούς όγκους. Η διαφορική έκφραση τόσο της p53 όσο και της MDM2 δεν παρουσίαζε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ιστολογικών τύπων. Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε τη CK20 και τη MUC1 ως ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες του τύπου διαφοροποίησης. Η μέση και διάμεση επιβίωση ήταν 90.3 και 55 μήνες αντίστοιχα. Η συνολική πενταετής επιβίωση ήταν 48%. Η ανάλυση επιβίωσης ανέδειξε το στάδιο TNM της νόσου ως το μοναδικό ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για την επιβίωση των ασθενών. Με βάση τις χαμηλές επιβιώσεις υπήρχαν εμφανείς διαφορές στην επιβίωση μεταξύ των δύο τύπων διαφοροποίησης, οι οποίες όμως δεν αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανοσοδραστικότητα έναντι της CK20 και της MUC1 στο αδενοκαρκίνωμα του φύματος Vater αποτελεί χρήσιμο βοήθημα της ιστολογικής εξέτασης στον καθορισμό του τύπου διαφοροποίησης. Κανένα από τους μελετηθέντες ανοσοϊστοχημικούς δείκτες δεν έχει προγνωστική αξία. Μελλοντικές έρευνες εστιασμένες σε διαφορετικά σηματοδοτικά μονοπάτια θα πρέπει να αναζητήσουν ενδείξεις διακριτών ογκογόνων μηχανισμών μεταξύ των δύο τύπων αδενοκαρκινώματος του φύματος Vater.

**229. Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ Β-ΚΑΤΕΝΙΝΗ ΚΑΙ EGFR ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΦΥΜΑΤΟΣ VATER**

Η. Περυσιάδης<sup>1</sup>, Α. Μηναϊδού<sup>2</sup>, Β. Λεοντάρα<sup>3</sup>, Ι. Σπυριδάκης<sup>1</sup>, Η. Τσίπρας<sup>1</sup>, Γ. Ζωγράφος<sup>1</sup>, Η. Μάργαρης<sup>1</sup>, Γ. Κουράκης<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Γ' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», <sup>3</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα αδενοκαρκινώματα του φύματος Vater ταξινομούνται σε εντερικού και χολοπαγκρεατικού τύπου διαφοροποίησης, ανάλογα με το επιθήλιο από το οποίο εξορμούνται. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συσχέτιση της έκφρασης των δεικτών CK7, CK20, MUC1, MUC2, CDX2, β-κατενίνη και EGFR στο αδενοκαρκίνωμα του φύματος Vater με τον τύπο διαφοροποίησης και την πρόγνωση των ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ:** Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 47 ασθενείς οι οποίοι είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε δυναμική θεραπευτική παγκρεατοδωδεκαδακτυλοεκτομή για αδενοκαρκίνωμα φύματος Vater κατά τη χρονική περίοδο 1997 - 2014. Εννέα ασθενείς με άμεση μετεγχειρητική θνητότητα εξαιρέθηκαν από την ανάλυση επιβίωσης.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η συλλογή των δεδομένων έγινε αναδρομικά από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών και το Αρχείο του Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου. Τα δείγματα ταξινομήθηκαν σε εντερικού και χολοπαγκρεατικού τύπου διαφοροποίησης με βάση τα δημοσιευμένα ιστολογικά κριτήρια και υποβλήθηκαν σε ανοσοϊστοχημικές χρώσεις με τους προαναφερθέντες δείκτες. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 52 μήνες. Τα δεδομένα υποβλήθηκαν σε στατιστική επεξεργασία προκειμένου να αναδειχθούν συσχετίσεις αφενός με τον τύπο διαφοροποίησης και αφετέρου με την επιβίωση των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεκαοκτώ καρκινώματα (38,3%) παρουσίαζαν εντερικό και 29 (61,7%) χολοπαγκρεατικό τύπο διαφοροποίησης. Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση του χολοπαγκρεατικού τύπου με τη MUC1 και του εντερικού με τις CK20 και CDX2. Οριακής σημαντικότητας ήταν η συσχέτιση των εντερικού τύπου όγκων με αυξημένο μέγεθος και την έκφραση της MUC2. Η διαφοροδιαγνωστική αξία της CK7 αποδείχθηκε ότι περιορίζεται από το γεγονός ότι, αν και εκφράζεται στους περισσότερους χολοπαγκρεατικού τύπου όγκους, αποτελεί αρκετά συχνό χαρακτηριστικό και των εντερικού τύπου καρκινωμάτων του φύματος. Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ως ανεξάρτητα προγνωστικά παράγοντες του ιστολογικού τύπου τη θετικότητα έναντι της CK20 (p=0,003) και της MUC1 (p=0,004). Η μέση και διάμεση επιβίωση των ασθενών ήταν 90,3 και 55 μήνες αντίστοιχα. Η συνολική πενταετής επιβίωση ήταν 48%. Μεταξύ των παραγόντων για τους οποίους η μονοπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε σημαντική συσχέτιση με την επιβίωση (Ca19-9 ορού, ίκτερος, T4, χαμηλή διαφοροποίηση, N1, στάδιο III, CDX2), μοναδικός ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας μετά την εφαρμογή της πολυπαραγοντικής ανάλυσης παρέμεινε το προχωρημένο στάδιο (III) της νόσου (p=0,005). Αν και ήταν εμφανής η τάση των εντερικού τύπου όγκων να συνδέονται με ευνοϊκότερη πρόγνωση (διάμεση επιβίωση 168 έναντι 27 μηνών), η διαφορά αυτή δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανοσοϊστοχημική χρώση για τους δείκτες CK20, MUC1, CDX2 και MUC2 μπορεί να υποβοηθήσει την ιστολογική εξέταση στον καθορισμό του τύπου διαφοροποίησης του καρκίνου του φύματος Vater. Το στάδιο της νόσου αποτελεί το μοναδικό καθοριστικό παράγοντα για την επιβίωση των ασθενών αυτών. Η χρήση των δεικτών β-κατενίνη και EGFR δεν έχει εφαρμογή στον καθορισμό της πρόγνωσης και του τύπου διαφοροποίησης του καρκίνου του φύματος Vater.

**231. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΦΑΙΟΧΡΩΜΟΚΥΤΩΜΑΤΩΝ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ 67 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ**

Χ. Αγγελή, Γ. Βλέτσας, Α. Νίξον, Χ. Παριανός, Χ. Τσερκεζής, Ι. Θεοχάρη, Γ. Ζωγράφος  
 Γ' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή έχει καθιερωθεί ως η επέμβαση εκλογής για την εκτομή των καλοήθων όγκων των επινεφριδίων. Η εκτομή των φαιοχρωμοκυτωμάτων αποτελεί μια ιδιαίτερη πρόκληση τόσο για τον χειρουργό όσο και για τον αναισθησιολόγο λόγω της απρόβλεπτης και μη ελεγχόμενης έκκρισης των κατεχολαμινών, της αυξημένης αγγειοβρίσιας, του μεγάλου μεγέθους του όγκου και της πιθανότητας παρουσίας κακοήθειας.

**ΥΛΙΚΟ:** Από τον Ιούνιο του 1997 έως τον Ιούνιο του 2016 πραγματοποιήθηκαν 67 επινεφριδεκτομές για φαιοχρωμοκυτώματα. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν στον απαραίτητο προεγχειρητικό έλεγχο σε συνεργασία με το ενδοκρινολογικό τμήμα. Μελέτηθηκαν 488 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε 496 επινεφριδεκτομές για καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους επινεφριδίων στο χρονικό αυτό διάστημα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε επινεφριδεκτομή σε 66 ασθενείς (31 άντρες, 16 έως 73 ετών, ΜΟΝ:52.7 έτη). Το μέγεθος του όγκου στις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις ήταν 2.2 έως 11.1 εκ.( 4.97 εκ). Η διάρκεια της επέμβασης ήταν 55 έως 210 λεπτά(110min) Ένας ασθενής με σύνδρομο MEN IIA υποβλήθηκε σε αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή σε δύο στάδια. Σποραδική νόσο είχαν 27 ασθενείς (24 δυνητικά κακοήθεις, 6 κακοήθεις) και 8 ασθενείς εμφάνισαν φαιοχρωμοκύτωμα στα πλαίσια κληρονομικού συνδρόμου. Χειρουργήθηκαν λαπαροσκοπικά 49 ασθενείς, ενώ σε 8 ασθενείς πραγματοποιήθηκε εξαρχής ανοιχτή επέμβαση λόγω ιδιαίτερα μεγάλου μεγέθους όγκου, επιβεβαιωμένης κακοήθειας ή παρουσίας υποτροπής. Σε 8 ασθενείς έγινε μετατροπή σε ανοιχτή επέμβαση λόγω τεχνικών δυσκολιών ή αιμορραγίας. Η μέση διάρκεια νοσηλείας για τις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις ήταν 2 ημέρες (1-3). Σε 9 ασθενείς χορηγήθηκε νιτροπρωσικό νάτριο διεγχειρητικά. Ένας ασθενής εμφάνισε πνευμονική εμβολή και κατέληξε 1 μήνα αργότερα. Δεν παρουσιάστηκαν υποτροπές κατά τη διάρκεια του follow up p < br />

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η λαπαροσκοπική χειρουργική στα φαιοχρωμοκυτώματα είναι ασφαλής μέθοδος αλλά προϋποθέτει εμπειρία στην λαπαροσκοπική χειρουργική καθώς και καλή φαρμακολογική προεγχειρητική αντιμετώπιση από ενδοκρινολόγους σε συνδυασμό με την διεγχειρητική υποστήριξη του αναισθησιολόγου.

**230. ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΝΕΣΤΙΝΗ ΚΑΙ CD34 ΠΡΟΒΛΕΠΟΥΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Α. Ταμπάκη<sup>1</sup>, Α. Ταμπάκης<sup>1,2</sup>, Γ. Κουράκης<sup>1</sup>, Β. Weixler<sup>2,3</sup>, S. Rast<sup>2</sup>, C. Kettelhack<sup>2</sup>, L. Terracciano<sup>4</sup>, L. Tornillo<sup>4</sup>, R. Droseser<sup>2,3</sup>, D. Oertli<sup>2</sup>, S. Däster<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», <sup>2</sup>Τμήμα Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βασιλείας, Ελβετία, <sup>3</sup>Νισιτιούτο Χειρουργικής Έρευνας και Διαχείρισης Νοσοκομείων και Τμήματος Βιοϊατρικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βασιλείας, Ελβετία, <sup>4</sup>Νισιτιούτο Παθολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βασιλείας, Ελβετία

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η νεστίνη είναι ένας δείκτης νευροεπιθηλιακών βλαστικών κυττάρων και η έκφρασή της έχει παρατηρηθεί σε κύτταρα με ιδιότητες βλαστικών κυττάρων. Σε συμπαγείς όγκους, έχει συσχετιστεί με νεοαγγείωση και χειρότερη πρόγνωση. Ο δείκτης CD34 είναι γνωστός ως δείκτης αιμοποιητικών βλαστικών και προγονικών κυττάρων. Συνδετικό μόριο αυτού καλά περιγεγραμμένο είναι η L-σελεκτίνη, η οποία διαμεσολαβεί στην προσκόλληση των λεμφοκυττάρων σε CD34 επιφανειακές πρωτεΐνες στο αγγειακό ενδοθήλιο. Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να διερευνηθεί τα πρότυπα έκφρασης των δύο δεικτών και να καθοριστεί την προγνωστική επίπτωσης τους.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από μια βάση δεδομένων ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, μελετήθηκαν αναδρομικά 599 ασθενείς μέσω διεξαγωγής μικροσυστοιχίας ιστών και αξιολογήθηκε η έκφραση των νεστίνης και CD34 σε δείγματα ορθοκολικού καρκίνου. Τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν στατιστικά με κλινικοπαθολογοανατομικές παραμέτρους και την επιβίωση των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έκφραση της νεστίνης και του CD34 παρατηρήθηκε σε κύτταρα του όγκου. Η χαμηλή σε σύγκριση με την υψηλή έκφραση των νεστίνης και CD34 συσχετίστηκε με σημαντικά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης αγγειακής εισβολής (42% έναντι 18%; p < 0.001). Οι ασθενείς που εμφάνισαν υψηλή έκφραση της νεστίνης και του CD34 στα δείγματα ιστών έδειξαν ένα ευνοϊκό συνολικό ποσοστό επιβίωσης 5 ετών (65%; 95% CI = 55 - 73%), ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, το στάδιο T και N, το βαθμό διαφοροποίησης του όγκου, την αγγειακή εισβολή, το είδος των χρωκατακτητικών περιθωρίων και της μικροδορυφορικής αστάθειας σύμφωνα με την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε με Cox μοντέλα αναλογικών κινδύνων (HR: 0.67; 95%CI=0.46-0.96; p=0.031). Τέλος η έκφραση της νεστίνης συσχετίστηκε με την έκφραση αρκετών ανοσολογικών δεικτών όπως των CD8 (r = 0.1997 P < 0.001), pCD4R4 (r = 0, 197? P = 0,009), IL-22 (r = 0.160? P = 0,007), OX40 (r = 0, 122? p = 0,042) και MPO (r = 0, 104? p = 0,008).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι συνέκφραση των δεικτών νεστίνης και CD34 στα κύτταρα του μικροπεριβάλλοντος του όγκου θα μπορούσε να προωθήσει ανοσία κατά του όγκου και να οδηγήσει σε μια ευνοϊκή συνολική επιβίωση. Ένα ερώτημα που πρέπει να απαντηθεί είναι αν η νεοαγγείωση που προσδιορίζεται από την έκφραση της νεστίνης και του CD34 θα μπορούσε να συμβάλλει στην ανοσολογική απόκριση.

**232. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΑΟΡΤΗ ΚΟΝΙΚΛΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ CaCl2**

Β. Ανδρούσοπούλου<sup>1</sup>, Η. Δουλάμη<sup>1</sup>, Α. Τζαβή<sup>1</sup>, Δ. Περέρα<sup>1</sup>, Α. Ντεβέγιας<sup>2</sup>, Δ. Ηλιόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας «Ν.Σ Χρήστιας», ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Δ' Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο «Υγεία», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι μηχανισμοί της δημιουργίας ανευρυσμάτων θωρακικής αορτής δεν είναι πλήρως κατανοητοί λόγω της έλλειψης χρήσιμων και αναπαραγωγίμων πειραματικών μοντέλων. Κατ' επέκταση, σκοπός της εν λόγω εργασίας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης του χλωριούχου ασβεστίου (CaCl<sub>2</sub>) στο εξωτερικό τοίχωμα της κατιούσας θωρακικής αορτής σε κόνικλους.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** 12 ενήλικοι κόνικλοι Νέας Ζηλανδίας χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: Ομάδα Control (n=4): τα ζώα υποβλήθηκαν σε οπισθοπλάγια θωρακοτομή και τοποθέτηση διαλύματος φυσιολογικού ορού στο τοίχωμα της κατιούσας θωρακικής αορτής και Ομάδα CaCl<sub>2</sub>: τα ζώα υποβλήθηκαν σε οπισθοπλάγια θωρακοτομή και τοποθέτηση διαλύματος 0.5 mol/L CaCl<sub>2</sub> στην εξωτερική επιφάνεια της κατιούσας θωρακικής αορτής. Τα ζώα ευθανατώθηκαν μετά από 12 εβδομάδες, όπου ελήφθησαν οι αορτές για παθολογοανατομική εξέταση. Συγκεκριμένα, εξετάστηκαν η διάμετρος του αυλού και το πάχος του τοιχώματος της αορτής, όπως επίσης διερευνήθηκε η ύπαρξη αθηρωμάτωσης και το πάχος της πλάκας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η τοποθέτηση CaCl<sub>2</sub> είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση της διαμέτρου του αγγείου κατά 21% (p=0.022) και μείωση του πάχους του τοιχώματος του αγγείου (276±61 μm vs 368±63 μm στην ομάδα CaCl<sub>2</sub> σε σχέση με την control, p=0.036). Αν και τα ζώα της ομάδας CaCl<sub>2</sub> παρουσίασαν αθηρωματικές αλλοιώσεις στο 75%, ενώ τα ζώα της ομάδας control στο 20%, αυτή η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Η τοποθέτηση CaCl<sub>2</sub> στην εξωτερική επιφάνεια της κατιούσας θωρακικής αορτής κόνικλων αποτελεί ένα πειραματικό μοντέλο ανευρυσματικής διάτασης και λέπτυνσης του τοιχώματος του αγγείου. Όσον αφορά την παρουσία γνώση, αυτή είναι η πρώτη αναφορά στην περιγραφή μοντέλου ανευρύσματος στην θωρακική αορτή κόνικλων με την χρήση CaCl<sub>2</sub>.

### 233. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ

Α. Ξίδου, Γ. Βλέτης, Χ. Τσερεκλής, Χ. Παριανός, Ι. Θεοχάρη, Χ. Αγγελή, Γ. Ζωγράφος, Η. Τσίπρα

Γ' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η πρόσβαση σε κεντρική φλέβα είναι συχνή ιατρική πράξη και ανάλογα με το σημείο τοποθέτησης, συνδυάζεται με σημαντικές επιπλοκές, μερικές εκ των οποίων είναι δυνητικά θανατηφόρες. Οι διαταραχές πήκτικότητας, η θρομβοπενία, η μη καλή συνεργασία του ασθενούς και τα προβλήματα στην τεχνική τοποθέτησης είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την παρουσία σοβαρών επιπλοκών. Σκοπός της μελέτης μας είναι η ανάδειξη των βασικών παραγόντων της ασφαλούς τοποθέτησης μιας κεντρικής φλεβικής γραμμής, με αφορμή την εμπειρία της κλινικής μας.

**ΥΛΙΚΟ:** Την τελευταία διετία έγινε τοποθέτηση κεντρικής φλεβικής γραμμής σε 467 ασθενείς από ειδικευμένους της κλινικής μας. Η ομάδα των ασθενών περιλάμβανε 281 γυναίκες και 186 άντρες ηλικίας 18-87 ετών. Οι 127 ασθενείς ήταν νοσηλεύόμενοι στην κλινική μας ενώ οι υπόλοιποι ήταν ασθενείς από τα επείγοντα καθώς και ασθενείς άλλων κλινικών κυρίως των παθολογικών, της αιματολογικής και της νευρολογικής κλινικής. Σε όλους τους ασθενείς εδόθη έντυπο συγκατάθεσης, ενώ σχεδόν σε όλους εξασφαλίστηκε η μη λήψη αντιπηκτικής αγωγής την ημέρα της τοποθέτησης της κεντρικής γραμμής καθώς και ο έλεγχος των χρόνων πήξης αίματος και των αιμοπεταλίων. Τοποθετήθηκαν καθετήρες απλοί ή νεφρολογικού τύπου στην υποκλείδιο, την σφαγίτιδα ή την μηριαία φλέβα, καθώς και port-a-cath για την χορήγηση χημειοθεραπείας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Δεκαπέντε ασθενείς παρουσίασαν μικρό πνευμοθώρακα ο οποίος αντιμετωπίστηκε συντηρητικά ενώ σε 4 ασθενείς χρειάστηκε η τοποθέτηση billau. Αντί ασθενείς εμφάνισαν μικρά υποδόρια αιματώματα. Σε 11 ασθενείς χρειάστηκε επαναστοποθέτηση λόγω λανθασμένης πορείας του καθετήρα. Ένας ασθενής με λέμφωμα Hodgkin παρουσίασε αιμάτωμα τραχήλου, διασωληνώθηκε και κατέληξε σε 5 ημέρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή τόσο στην απόφαση για τη τοποθέτηση κεντρικής φλεβικής γραμμής όσο και στην εφαρμογή της τεχνικής, καθώς προτεραιότητα έχει η αποφυγή των δυνητικά θανατηφόρων επιπλοκών.

### 235. ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 77-95 ΕΤΩΝ ΜΕ ΠΡΩΙΜΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Ταμπάκη<sup>1</sup>, Α. Ταμπάκη<sup>1,2</sup>, Κ. Κόντζολου<sup>1</sup>, Γ. Κουράκλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», <sup>2</sup>Τμήμα Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βασιλείας, Ελβετία

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η κλινική αποτελεσματικότητα της πρωτογενούς ενδοκρινικής θεραπείας σε γυναίκες ηλικίας 70 ετών και άνω με πρώιμο καρκίνο του μαστού έχει εκτιμηθεί σε μια ποικιλία μελετών. Στόχος μας ήταν να διερευνηθεί η κλινική αποτελεσματικότητα της χειρουργικής επέμβασης σε συνδυασμό με ή χωρίς ανοσοενισχυτική ενδοκρινική θεραπεία σε σύγκριση με την χορήγηση πρωτογενούς ενδοκρινικής θεραπείας στον πρώιμο καρκίνο του μαστού όσον αφορά στην τοπική υποτροπή και στην θνησιμότητα των ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάστηκαν αναδρομικά δεδομένα από τα αρχεία γυναικών ηλικίας 77-95 ετών, οι οποίες εμφάνισαν πρώιμο καρκίνο μαστού μεταξύ των ετών 2008-2011 στη Μονάδα μας και συσχέτιστηκαν με το στάδιο νόσου, το είδος θεραπείας και την εμφάνιση συν-νοσηρότητας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεδομένα που αφορούν σε 36 μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με πρώιμο καρκίνο του μαστού δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά υπέρ της χειρουργικής επέμβασης ή της χορήγησης πρωτογενούς ενδοκρινικής θεραπείας όσο αφορά στη συνολική επιβίωσή τους ( $p = 0.210$ ). Οστόσο, υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά στην επιβίωσή τους χωρίς εξέλιξη της νόσου ( $p = 0.025$ ), που ευνοεί τη χειρουργική επέμβαση, με ή χωρίς χορήγηση ενδοκρινικής θεραπείας. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες που συσχετίζονται με τη χορήγηση ταμoxifenής συμπεριλαμβάνονται μεταξύ των άλλων, η εμφάνιση εξάψεων (8 ασθενείς), δερματικών εξανθημάτων (2 ασθενείς), κολπικού εκκρίματος (6 ασθενείς), ναυτίας (3 ασθενείς), δυσπεψίας (8 ασθενείς), πόνου στο στήθος (2 ασθενείς), υπηλίας (3 ασθενείς), κεφαλαλγίας (4 ασθενείς), λιγύγου (1 ασθενής), κνησμού (5 ασθενείς) και τριχόπτωσης (3 ασθενείς). Στις ανεπιθύμητες ενέργειες που συσχετίζονται με την υποβολή σε χειρουργική επέμβαση συμπεριλαμβάνονται η εμφάνιση παραισθησίας στο σύστοιχο χέρι και στο πλευρικό θωρακικό τοίχωμα (3/9 ασθενείς) σε όσους ασθενείς υποβλήθηκαν σε μασχαλιαίο λεμφαδενικό καθαρισμό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η επιλογή της λήψης πρωτογενούς ενδοκρινικής θεραπείας θα πρέπει να προσφέρεται μόνο σε γυναίκες με θετικό πρώιμο καρκίνο του μαστού και θετικούς υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης, οι οποίες κρίνονται ακατάλληλες για χειρουργική επέμβαση καθώς αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών, ή που αρνούνται χειρουργική επέμβαση. Όσον αφορά στις γυναίκες με σημαντική συν-νοσηρότητα και ER-θετικούς όγκους, είναι πολύ πιθανό ότι η λήψη πρωταρχικής ορμονικής θεραπείας μπορεί να αποτελεί ανώτερη εναλλακτική λύση σε σχέση με τη χειρουργική επέμβαση.

### 234. ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΗ-ΟΛΙΚΗΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Γ. Τσουρούφλης<sup>1</sup>, Γ. Μπούτζιος<sup>2</sup>, Ζ. Γαρουφαλιά<sup>1</sup>, Κ. Αλεξανδράκη<sup>2</sup>, Γ. Καλτσάς<sup>2</sup>, Γ. Κουράκλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», <sup>2</sup>Ενδοκρινολογική Μονάδα, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μη-ολική θυρεοειδεκτομή χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο για την αντιμετώπιση των θυρεοειδικών όζων, ή/και του υπερθυρεοειδισμού. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της μη-ολικής θυρεοειδεκτομής, όπως είναι η υποτροπή των όζων, η ανάγκη αγωγής υποκατάστασης με θυροξίνη και η ανάγκη επανεπέμβασης. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη σε ένα Τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Ο αρχικός πληθυσμός της μελέτης περιελάμβανε 76 ασθενείς. Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 67 ασθενείς (ηλικία±SD: 64,1±13,3, 58 (86,5%), γυναίκες), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επέμβαση μη-ολικής θυρεοειδεκτομής (λοβεκτομή, μερική, ή υφολική θυρεοειδεκτομή) με καλοήγη ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος και μετεγχειρητική παρακολούθηση ίση ή μεγαλύτερη των 5 ετών (αποκλεισμός 9 ασθενών). Ουδείς εκ των ασθενών εμφάνισε μετεγχειρητικά μόνιμο ιατρογενή υποπαραθυρεοειδισμό ή κάκωση των παλινδρομών λαρυγγικών νευρών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος όρος μετεγχειρητικής παρακολούθησης ήταν 22,1±10,8 έτη. Οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε λοβεκτομή, μερική θυρεοειδεκτομή και υφολική θυρεοειδεκτομή ήταν κατά αντιστοιχία 24 (35,8%), 9 (13,5%) και 34 (50,7%). Οι ασθενείς που είχαν ανάγνη αγωγή υποκατάστασης με θυροξίνη ήταν 62 (92,5%). Υποτροπή της νόσου (επανεπέμβαση θυρεοειδικών όζων ή υποτροπή του υπερθυρεοειδισμού) είχαν 39 (58,2%) ασθενείς: 70,8% (17/24) στην ομάδα της λοβεκτομής, 77,8% (7/9) στην ομάδα της μερικής θυρεοειδεκτομής και 44,1% (15/34) στην ομάδα της υφολικής θυρεοειδεκτομής. Σε επανεπέμβαση υπεβλήθησαν 7 ασθενείς (10,4%) συνολικά ή αλλιώς 17,9% των περιπτώσεων υποτροπής της νόσου. Η μονοπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ότι, το είδος της επέμβασης και η διάρκεια της μετεγχειρητικής παρακολούθησης αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες της υποτροπής (OR: 1,81, 95%CI: 1,03-3,19,  $p = 0.038$  και OR: 0,92, 95%CI: 0,87-0,97,  $p = 0.002$ , κατά αντιστοιχία). Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ότι, η διάρκεια της μετεγχειρητικής παρακολούθησης αποτελεί τον πιο σημαντικό ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της υποτροπής (OR: 0,92, 95%CI: 0,87-0,98,  $p = 0.006$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πλειονότητα των ασθενών έλαβε αγωγή υποκατάστασης με θυροξίνη. Η διάρκεια της μετεγχειρητικής παρακολούθησης και το είδος του χειρουργείου έχουν αντίκτυπο στην υποτροπή της νόσου, με κύρια την επίδραση της διάρκειας της μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Η υποτροπή της νόσου αλλά και η ανάγκη επανεπέμβασης θα μπορούσαν να αποφευχθούν με ριζικότερη αρχική χειρουργική αντιμετώπιση (ολική θυρεοειδεκτομή).

### 236. ΒΛΕΝΝΩΔΕΣ ΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΕΩΣ

Α. Σκάρπας, Ι. Καρανίκας, Χ. Κουτσερίμπας, Α. Ζώικας, Ι. Χριστοδούλου, Γ. Βελιμέζης

Β' Τμήμα Γενικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα νεοπλάσματα της σκωληκοειδούς είναι σπάνια (περ. 1% των σκωληκοειδοκυττάρων) και συνήθως εκδηλώνονται ως οξεία σκωληκοειδίτιδα. Τα κυσταδενώματα είναι τα συχνότερα νεοπλάσματα της σκωληκοειδούς και μπορούν να δημιουργήσουν βλεννοκίλη, η οποία λόγω αύξησης των ενδοαυλικών πιέσεων προκαλεί οξεία σκωληκοειδίτιδα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση τεσσάρων περιστατικών βλεννώδους κυσταδενώματος για την ευαισθητοποίηση των νεότερων χειρουργών.

**ΜΕΘΟΔΟΙ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ:** Μελετήθηκαν οι ιστολογικές διαγνώσεις στις σκωληκοειδεκτομές που πραγματοποιήθηκαν στο τμήμα μας την τελευταία 4-ετία. Οι φάκελοι των ασθενών με τη συγκεκριμένη ιστολογική διάγνωση μελετήθηκαν και παρουσιάζονται.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 4 ασθενείς (3 άρρενες 26, 45, 49 ετών και 1 θήλυ 49 ετών) που υπεβλήθησαν σε σκωληκοειδεκτομή επειγόντως λόγω οξείας σκωληκοειδίτιδας είχαν ιστολογική διάγνωση βλεννώδους κυσταδενώματος. Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε επιπλοκές. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 3.25 μέρες.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Στην περίπτωση βλεννώδους κυσταδενώματος η σκωληκοειδεκτομή αρκεί ως θεραπεία, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί εξαλλαγή σε κυσταδενοκαρκινώματα, οπότε σε αυτή την περίπτωση απαιτείται δεξιά ημικολοκτομή. Αν το υλικό κατά την επέμβαση διαφύγει στην περιτοναϊκή κοιλότητα μπορεί να δημιουργηθεί ψευδομύζωμα του περιτοναίου. Συμπερασματικά τα βλεννώδη κυσταδενώματα είναι τα συχνότερα νεοπλάσματα της σκωληκοειδούς, αποτελούν καλοήγητες επιθηλιακού όγκου, παρουσιάζονται ως βλεννοκίλη, αντιμετωπίζονται με απλή σκωληκοειδεκτομή αλλά μπορεί να εξαλαγούν σε κυσταδενοκαρκίνωμα οπότε και απαιτείται δεξιά ημικολοκτομή. Αν ραγούν στην περιτοναϊκή κοιλότητα μπορεί να δημιουργηθεί ψευδομύζωμα του περιτοναίου.

## 237. ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΟ ΜΕ ΕΝΑ PORT ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΟ ΠΑΡΑΘΥΡΟ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ

Κ. Σουλτάνης<sup>1</sup>, Κ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Κ. Χόζος<sup>2</sup>, Κ. Σιαφάκας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Θωρακοχειρουργική Κλινική, 251 ΓΝΑ, <sup>2</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, 251 ΓΝΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσης είναι η παρουσίαση περιστατικού με μεταστατικό καρκίνο μαστού και μεγάλη περικαρδιακή συλλογή υγρού, η οποία παροχετεύθηκε **θωρακοσκοπικά** με ένα port και **χρήση τοπικής αναισθησίας**.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για γυναίκα 65 ετών, καπνίστρια, με μεταστατικό καρκίνο μαστού, η οποία εισήχθη εκτάκτως στην καρδιολογική κλινική συνεπεία σοβαρής περικαρδιακής συλλογής προκαλούσα διαστολική εισολκή του δεξιού κόλπου. Κλινικά είχε ορθόπνοια, ενώ ήταν ελαφρώς ταχυπνοική και ταχύσφυγμη. Λόγω αδυναμίας περικαρδιοκέντησης, εξαιτίας ψηλαφητής μετάστασης στην περιοχή της ξιφοειδούς απόφυσης ζητήθηκε η χειρουργική παροχέτευση του περικαρδίου. Η ασθενής τοποθετήθηκε στο χειρουργικό τραπέζι ημικλινής και με κλίση περίπου 30° προς τα δεξιά, με το αριστερό χέρι κολλημένο στον κορμό της. Η χειρουργική ομάδα τοποθετήθηκε στην πλάτη της ασθενούς και ο θωρακοσκοπικός πύργος απέναντί της. Υπό τοπική αναισθησία διενεργήθη τομή περίπου 2,5εκ στο 5° ΜΠΔ, από όπου εισήχθη η κάμερα 30°. Μετά από ανανώριση του φρενικού νεύρου, εξετάμη τεμάχιο περικαρδίου περίπου 2x2 εκ. με χρήση θωρακοσκοπικού ψαλιδίου το οποίο εστάλη για ιστολογική εξέταση. Τοποθετήθηκε σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης και συνεκλείσθη η τομή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι αιμοδυναμικές παράμετροι και ο κορεσμός της ασθενούς βελτιώθηκαν άμεσα και η ασθενής μεταφέρθηκε πίσω στον όροφο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η θωρακοσκοπική τεχνική για δημιουργία περικαρδιακού παραθύρου υπό τοπική αναισθησία είναι ασφαλής και απαλλάσσει αυτή την εύθραυστη κατηγορία ασθενών από την παρεμβατικότητα της γενικής αναισθησίας και τον αερισμό ενός πνεύμονα. Ιδιαίτερα η χορήγηση γενικής αναισθησίας είναι δυνατόν να προκαλέσει αιμοδυναμική κατάρρευση σε αυτούς τους αρνητικούς αιμοδυναμικά ασθενείς. Εξυπακούεται ότι η μέθοδος εκλογής σε περιπτώσεις επιπωματισμού είναι η περικαρδιοκέντηση, ει δυνατόν υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση.

## 239. ΔΙΑΧΥΤΟ Β-ΛΕΜΦΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΣΥΝΗΘΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Γ. Ζάχαρης<sup>1</sup>, Ν. Ζάχαρης<sup>2</sup>, Α. Μανώνης<sup>2</sup>, Σ. Ντίβης<sup>3</sup>, Χ. Πότσιος<sup>4</sup>, Π. Ξαπλαντέρης<sup>5</sup>, Π. Ζήκος<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, <sup>2</sup>Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο, Πάτρα, <sup>3</sup>Τεχνολογική Πάτρα, <sup>4</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ανατολικής Αχαΐας, <sup>5</sup>Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδος, Πάτρα, <sup>6</sup>Αιματολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το διάχυτο Β-λέμφωμα εκ μεγάλων κυττάρων αποτελεί το 30% των Non Hodgkin λεμφωμάτων και είναι επιθετική μορφή λεμφώματος. Επίπτωση: 7 περιστατικά/100.000 άτομα/έτος. Συχνότερη κλινική εκδήλωση: ανώδυνοι διογκωμένοι λεμφαδένες.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας ασθενής 68 ετών προσήλθε αιτιώμενος θωρακικό άλγος από ενός έτους. Εργαστηριακές εξετάσεις: αυξημένη γGT, ALP, TKE, λευκά αιμοσφαίρια 20000/μL (80% ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρνα). Αιματοκρίτης 42,6% (φ.τ. 39-54%). Φυσική εξέταση: Απίσχυση, αναπνευστικό ψιθύρισμα κ.φ., χωρίς ψηλαφητούς λεμφαδένες, ψηλαφητή διόγκωση προσθίου θωρακικού τοιχώματος. Αξονική (CT) και Μαγνητική Τομογραφία θώρακος: Ωοειδές συμπαγές μόρφωμα πυκνότητας μαλακών μορίων διαστάσεων 8,6x3,0cm μεταξύ 2<sup>ης</sup>-4<sup>ης</sup> θωρακικής δεξιάς πλευράς προσθίως που διαταράσσει την αρχιτεκτονικής τους. Μόρφωμα στο ύψος της 4<sup>ης</sup> στερνοπλευρικής άρθρωσης. Εστιακή οζώδης πάχυνση του υπεζωκότα στην κορυφή του δεξιού πνεύμονα οπισθίως, μεγίστης διαμέτρου 3,0cm. Δύο μικρά οζίδια υψής θολής υάλου 2mm στο έσω τμήμα του μέσου λοβού και στο πρόσθιο τμήμα του δεξιού άνω λοβού του πνεύμονα. Χωρίς διογκωμένους λεμφαδένες στο μεσοθωράκιο. Τα ανωτέρω συμβατά με πρωτοπαθή εξεργασία του θωρακικού τοιχώματος. CT κοιλίας: χωρίς διογκωμένους λεμφαδένες ή άλλα παθολογικά ευρήματα. Scan οστών αρνητικό. Ιστολογική εξέταση: Νεοπλασματικός όγκος λεμφικής αρχής με λεμφοειδή κύτταρα με μορφολογία ανσοβλαστών και κεντροβλαστών. Αναγνωρίζονται άτυπες πολυπύρηνες μορφές (Reed-Sternberg like). Ανοσοϊστοχημεία: Τα μεγάλα λεμφοειδή θετικά στους Β-δείκτες L26, CD79a, PAX-5, MUM1, bcl-6, CD30, bcl-2, Ki67. Εικόνα συμβατή με Β-λέμφωμα διάχυτο εκ μεγάλων κυττάρων. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε αιματολόγο για σταδιοποίηση, παρακολούθηση και θεραπεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συνήθης κλινική εκδήλωση λεμφώματος είναι η ανεύρεση διογκωμένων λεμφαδένων. Η υπεζωκοτική εντόπιση αποτελεί ασυνήθη κλινική εκδήλωση του Β- διάχυτου λεμφώματος εκ μεγάλων κυττάρων.

## 238. ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΚΑΤΩ ΠΑΡΑΘΥΡΕΙΔΟΥΣ

Κ. Σουλτάνης<sup>1</sup>, Κ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Ν. Κουρής<sup>2</sup>, Ε. Χατζέλλης<sup>3</sup>, Κ. Σιαφάκας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Θωρακοχειρουργική Κλινική, 251 ΓΝΑ, <sup>2</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, 251 ΓΝΑ, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογική Κλινική, 251 ΓΝΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσης είναι η παρουσίαση περιστατικού ευμεγέθους αδενώματος δεξιού κάτω παραθυρεοειδούς, το οποίο κατερχόταν στο μέσο μεσοθωράκιο έως 2 εκατοστά περίπου άνωθεν του τόξου της αζύγου φλεβός και το οποίο αφαιρέθηκε κατόπιν θωρακοσκοπικής κινητοποίησης από τον τράχηλο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για 64χρονη ασθενή, με ιστορικό παχυσαρκίας, ολικής θυρεοειδεκτομής (πολυοζώδης βρογχοκήλη) και αρτηριακής υπέρτασης, η οποία στα πλαίσια μη ειδικών αρθραλγιών προέβη σε γενικές εξετάσεις αίματος από τις προέκυψε υπερασβεστιαμία (Ca: 12.9 mg/dl). Η παραθормόνη βρέθηκε αυξημένη (487pg/ml). Ακολούθησε ΑΤ θώρακος τραχήλου η οποία ανέδειξε συμπαγή μάζα αρχόμενη από το ύψος του Α6 και κατερχόμενη στο μέσο μεσοθωράκιο έως 2 εκ. άνωθεν του τόξου της αζύγου. Το sestamibi scan ανέδειξε παθολογική πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου από τη μάζα. Η ασθενής παραπέμφθηκε στην κλινική μας με την κλινική διάγνωση πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού, αφού έλαβε ενδοφλέβια ζοληντρονικό οξύ (διφωσφονικό) για τον έλεγχο της τιμής του ασβεστίου. Προγραμματισμένα υπεβλήθη σε θωρακοσκοπική με δύο οπές κινητοποίηση του αδενώματος από το μεσοθωράκιο και αφαίρεση του στη συνέχεια από τον τράχηλο. Διεγχειρητικό δείγμα παραθορμόνης επιβεβαίωσε πτώση της τιμής σε φυσιολογικά επίπεδα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεν υπήρξε απώλεια αίματος. Ο σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης αφαιρέθηκε την επομένη και η ασθενής έλαβε εξιτήριο την 3η μεταχειρητική ημέρα. Η ασθενής δεν εμφάνισε σύνδρομο πνευμαμένου οστού. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συνδυασμένη θωρακοσκοπική και τραχηλική προσέλαση προσφέρει για ασφαλή εκτομή εξεργασιών της βάσεως του τραχήλου που κατέρχονται σε βάθος στο μέσο μεσοθωράκιο.

## 240. ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ: ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΝΟΣ ΑΝΔΡΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CASTLEMAN ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Α. Ταμπάκης<sup>1</sup>, Α. Ταμπάκης<sup>1,2</sup>, Κ. Κόντζογλου<sup>1</sup>, Τ. Daikeler<sup>3</sup>, Γ. Κουράκης<sup>4</sup>, D. Lardinois<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», <sup>2</sup>Τμήμα Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βασιλείας, Ελβετία

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η νόσος Castleman αναφέρεται σε μια ομάδα ασυνήθιστων λεμφοϋπερπλαστικών διαταραχών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ένας 72χρονος ασθενής παρουσιάστηκε με μυϊκό πόνο του κάτω άκρου. Αρχικά, στην διαφοροδιάγνωση της νόσου αξιολογήθηκαν αιματολογικές κακοήθειες, η παρουσία συμπαγούς όγκου, αυτοάνοσα νοσήματα, καθώς και εκφυλιστικές διαταραχές των περιφερικών νεύρων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αιματολογικές εξετάσεις του ασθενή έδειξαν μια μικρή λευκοκυττάρωση (11.340 με 79,6% -ουδετερόφιλα, αυξημένη CRP 210mg / L και TKE 90mm / 1 hour). Περαιτέρω ηλεκτροφόρηση πρωτεΐνων και αντισωμάτων κατέστησαν απίθανη την ύπαρξη αιματολογικής κακοήθειας ή ρευματολογικής ασθένειας. Μαγνητική τομογραφία των κάτω άκρων επιβεβαίωσε την παρουσία μυοσίτιδας πολλών μυών. Λήψη βιοψίας απο τον έξω πλατύ μηριαίο μύ επιβεβαίωσε την ύπαρξη πιθανής μιτοχονδριακής διαταραχής, ωστόσο με ασυνήθιστα παθολογικά ευρήματα. Έλεος, μια 20x11mm χρωκατακτική εξεργασία στην αριστερή πλευρά του θωρακικού τοιχώματος διαγνώστηκε μετά την εκτέλεση σάρωσης PET-CT. Δεν αποτυπώθηκε καμία άλλη βλάβη και δεν υπήρξαν ενδείξεις λεμφαδενοπάθειας. CT-καθοδηγούμενη βιοψία ανέδειξε την ύπαρξη άτυπου πολλαπλασιασμού των λεμφοκυττάρων. Μετά την εκτομή του όγκου μέσω διαγνωστικής βίντεο-υποβοηθούμενης θωρακοσκοπικής χειρουργικής επέμβασης (VATS), η οριστική ιστοπαθολογική εξέταση επιβεβαίωσε την παρουσία υπερπλασίας λεμφαδένων με εκδηλώσεις υαλοειδούς-αγγειακής νόσου Castleman. Με απύσαστα περαιτέρω εκδηλώσεων της νόσου, η διάγνωση μιας μονοκλωνικής μορφής εμφάνισης της νόσου ολοκληρώθηκε.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι εκδηλώσεις της νόσου του παρόντος ασθενή δείχνουν ότι η παρουσία μιας συστηματικής φλεγμονής μπορεί να συμβεί στην μονοκλωνική μορφή εμφάνισης της νόσου πιθανόν λόγω υπερέκκρισης κυτταροκινών. Η πολυκλωνική νόσος θα πρέπει να διακρίνεται επιτυχώς από το μονοκλωνική μορφή εμφάνισης της.

## 241. ΠΛΗΡΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΨΕΥΔΟΜΥΞΩΜΑ ΠΕΡΙΤΟΝΕΟΥ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΝΑ ΠΑΡΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΝΟΣΟΥ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΕ ΦΟΡΕΙΣ AIDS

Α. Ταμπάκης<sup>1</sup>, Α. Ταμπάκης<sup>1,2</sup>, Α. Κοντός<sup>1</sup>, Π. Αλεξάνδρου<sup>3</sup>, Κ. Κόντζογλου<sup>1</sup>, Γ. Κουράκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», <sup>2</sup>Τμήμα Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βασιλείας, Ελβετία, <sup>3</sup>Α' Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το ψευδομύξωμα περιτονίου αποτελεί ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται κυρίως από την παρουσία βλενώδους ασκίτη που προκύπτει από τη ρήξη νεοπλασμάτων που παράγει βλεννίνη.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ένα 54-χρονος ασθενής με χρόνια λοίμωξη HIV (Στάδιο A2 / CDC 1993), μόλυνση από ηπατίτιδα C και διαγνωσμένη άτυπη κολίτιδα, ανέπτυξε πολύπλοκη εκκολπωματίτιδα οποία αρχικά αντιμετώπιστηκε συντηρητικά με χορήγηση αντιβιοτικών. Πραγματοποιήθηκε περαιτέρω εκτομή Hartmann λόγω σπηκτικών επιπλοκών, ενώ η ιστοπαθολογική εξέταση δεν αποκάλυψε σημεία κακοήθειας. Έξι μήνες μετά την πρώτη επέμβαση έγινε προσπάθεια για αντιστροφή Hartmann, η οποία ωστόσο αποκάλυψε την ύπαρξη περιτοναϊκών εμφυτευσεων υποδηλώνοντας την παρουσία ενός χαμηλού βαθμού ψευδομυξώματος περιτονίου. Πέντε μήνες αργότερα, πραγματοποιήθηκε μια δεύτερη προσπάθεια για αναστροφή Hartmann. Λαμβάνοντας υπ' όψη την παρουσία ελαφρά διευρυμένων παρακολικών λεμφαδένων πραγματοποιήθηκε χαμηλή πρόσθια εκτομή με δημιουργία στομίας κατιόντος-ορθού. Η ιστοπαθολογική εξέταση δεν έδειξε περαιτέρω παρουσία όγκου και επιβεβαίωσε την πληρότητα της κυτταρομειωτικής αρχικής χειρουργικής επέμβασης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το ψευδομύξωμα περιτονίου προέλευσης πέραν της σκληροειδούς απόφυσης αντιπροσωπεύει ένα σπάνιο κλινικό σύνδρομο. Η κύρια προέλευση του όγκου (appendiceal έναντι εξω-appendiceal) δεν φαίνεται να συσχετίζεται με φτωχότερη επιβίωση με βάση τη βιβλιογραφία, ενώ ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες που συνδέονται με την κακή επιβίωση εμφανίζονται να είναι οι εξής: υψηλή διαφοροποίηση του όγκου και ατελής κυτταρομειωτική αρχική χειρουργική επέμβαση. Ο ασθενής της παρούσας έκθεσης θα αναμενόταν να είναι σε υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής λόγω της ανοσοκαταστολής του που σχετίζεται με τη χρόνια HIV λοίμωξη του. Ωστόσο, η χαμηλού βαθμού ιστολογική κακοήθεια και η πληρότητα της κυτταρομειωτικής χειρουργικής επέμβασης φαίνεται να συνέβαλαν στην καλή πορεία της νόσου του ασθενούς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πληρότητα της κυτταρομειωτικής χειρουργικής επέμβασης και η χαμηλού βαθμού ιστολογική κακοήθεια φαίνεται να είναι οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες σε όγκους ψευδομυξώματος περιτονίου σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, όπως προτείνεται από τη μεγάλη συνολική και ελεύθερα νόσου επιβίωση του ασθενή.

## 243. ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΔΥΟ ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Χ. Βέρρας<sup>1</sup>, Α. Παπαζαφειροπούλου<sup>1</sup>, Γ. Αγιωματίτης<sup>2</sup>, Α. Αγγελίδης<sup>1</sup>, Α. Γανωτοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Κονιτσιώτης<sup>3</sup>, Α. Ευαγγέλου<sup>3</sup>, Δ. Κιόρτσος<sup>3</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», <sup>2</sup>Β' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», <sup>3</sup>Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η παχυσαρκία λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας επηρεάζοντας την ψυχική υγεία ενώ συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση της μεταβολής της κλίμακας κατάθλιψης σε παχύσαρκα άτομα με και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη(ΣΔ) μετά από βαριατρική χειρουργική(BX).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμμετείχαν 79 (36 άνδρες) άτομα με νοσογόνο παχυσαρκία(ΔΜΣ±SD:42,9±3,2 Kg/m<sup>2</sup>), μέση ηλικία 42,0±10,8 έτη τα οποία υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική επιμήκης γαστρεκτομή.Σε κάθε άτομο της μελέτης έγινε κλινική εξέταση και συμπληρώθηκε τυποποιημένο ερωτηματολόγιο της κλίμακας κατάθλιψης Beck (21 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής)πριν την ΒΧ και 12 και 24 μήνες μετά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τον πληθυσμό της μελέτης, 25,3% (n=20) είχε ΣΔ, 50,6%(n=40) αρτηριακή υπέρταση,54,4% (n=43) δυσλιπιδαιμία και 54,4%(n=43) ήταν καπνιστές. Αξίζει να σημειωθεί ότι μετά από 2 έτη δεν υπήρχε κανένας συμμετέχων με σοβαρή κατάθλιψη.Οι αλλαγές στην κλίμακα Beck ήταν στατιστικά σημαντικές μεταξύ της ένταξης στη μελέτη έως και 2 χρόνια μετά(P <0,001),και μεταξύ 1<sup>ου</sup> και 2<sup>ου</sup> έτους(P <0,001). Ο ΔΜΣ μειώθηκε το 1<sup>ο</sup>(30,2 ± 3,5 kg/m<sup>2</sup>)και το 2<sup>ο</sup> έτος παρακολούθησης (28,5 ± 2,7Kg/m<sup>2</sup>) αλλά και μεταξύ 1<sup>ου</sup> και 2<sup>ου</sup> έτους(P <0,001).Τα άτομα με ΣΔ, κατά την ένταξη στη μελέτη το 50%(n=10) είχαν πολύ ήπια,30%(n=6) ήπια, 10%(n=2) μέτρια και 10%(n=2) καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ένα χρόνο μετά την ΒΧ το 60%(n=12) είχε πολύ ήπια, 35%(n=7) ήπια και 5%(n=1) μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ δύο χρόνια μετά, το 85% (n=17) είχε πολύ ήπια και το 15%(n=3) ήπια καταθλιπτική συμπτωματολογία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η απώλεια βάρους σε άτομα που υποβάλλονται σε ΒΧ συνοδεύεται από βελτίωση της διάθεσης. Ωστόσο, απαιτείται μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας παρακολούθησης των ατόμων αυτών για την κατανόηση των επιπτώσεων των βαριατρικών επεμβάσεων στη ψυχική τους υγεία.

## 242. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΕΝΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Π. Χέρας, Α. Χατζόπουλος, Μ. Χέρα, Η. Γεωργόπουλος, Μ. Κουτρομπή  
Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

**ΣΚΟΠΟΣ:** της εργασίας είναι να προσδιοριστεί ο επιπολασμός της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στην έρευνα συμμετείχαν διαδοχικοί ασθενείς με καρκίνοπαχέος εντέρου από 3 κέντρα. Για την αξιολόγηση της σεξουαλικής λειτουργίας χρησιμοποιήθηκαν ο διεθνής δείκτης γυναικείας σεξουαλικότητας (FSFI, Female Sexual Function Index) και ο διεθνής δείκτης στυτικής λειτουργίας (IIEF, International Index of Erectile Function), με εύρος τιμών 0 – 30 και όριο εμφάνισης σεξουαλικής δυσλειτουργίας την τιμή 25,5 για τις γυναίκες και 25 για τους άνδρες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αξιολόγηση της σεξουαλικής λειτουργίας έγινε συνολικά σε 359 ασθενείς, 282 γυναίκες και 77 άνδρες, ηλικίας 53,6 ± 13,9 ετών , με καρκίνο παχέος εντέρου. Σεξουαλική δυσλειτουργία διαπιστώθηκε σε 62,3% των ανδρών και σε 68,7% των γυναικών. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (p=0,360).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι ένα πρόβλημα που αφορά στη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου και των δύο φύλων. Δεδομένων των διαστάσεων του προβλήματος, χρειάζεται να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην κλινική πράξη στην αναζήτηση και αντιμετώπιση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.

## 244. ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ 100 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Π. Χέρας, Α. Χατζόπουλος, Μ. Χέρα, Η. Γεωργόπουλος, Μ. Κουτρομπή  
Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αλεξίθυμια είναι σύνδρομο που χαρακτηρίζει άτομα με αδυναμία να ονοματίσουν τα συναισθήματά τους, συσχετίζεται δε, πλην άλλων, με ψυχοσωματικές ασθένειες. Στην παρούσα μελέτη αξιολογήσαμε τη συχνότητα εύρεσης της αλεξίθυμίας σε ομάδα ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 100 ασθενείς, μέσης ηλικίας 65 ετών, με καρκίνο παχέος εντέρου. Σε όλους, όπως και σε ομάδα ελέγχου 100 υγιών μαρτύρων εδόθη το αυτοσυμπληρούμενο αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο αλεξίθυμίας των Schalling και Sifneos.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην ομάδα των 100 ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, το ποσοστό των αλεξίθυμικών ευρέθη υψηλότερο από αυτό των μαρτύρων (32% v.s. 4% p=0,0001). Προσέτι, περαιτέρω στατιστική ανάλυση των ευρημάτων κατέδειξε ανάλογα αποτελέσματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανεύρεση υψηλού ποσοστού αλεξίθυμίας σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για την πιθανότητά της να συνεισφέρει στην δημιουργία ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Επιτακτική καθίσταται επομένως η ανάγκη αναλόγου ψυχολογικού χειρισμού των αλεξίθυμικών ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.



**245. ΤΟ ΕΠΕΙΓΟΝ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

I. Παπαδιόχος, Σ. Σαρηβαλάσης, Β. Πετσίνης, Α. Γκουτζάνης, Ν. Παπαδογεωργάκης *Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το γναθοπροσωπικό τραύμα μπορεί να εμφανίζεται μεμονωμένα ή να συνυπάρχει με άλλους τραυματισμούς σε άλλες περιοχές του σώματος. Οι κακώσεις που προκύπτουν πάνω από το νοητό επίπεδο που ορίζουν οι κλειδες, ποικίλουν σε βαρύτητα. Σε κάποιες μάλιστα περιπτώσεις μπορεί να μην είναι εξ αρχής κλινικά αναγνωρίσιμες και είναι δυνατόν να εκδηλωθούν μετά από ώρες ως απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή και την όραση του ασθενή.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα ανακοίνωση παρουσιάζει τη διαχείριση των βασικών επειγόντων καταστάσεων που προκύπτουν ως συνέπεια του γναθοπροσωπικού τραύματος. Αυτές είναι α) ο επαιελούμενος αεραγωγός, β) η αιμορραγική καταπληξία, γ) η οπισθοβολβική αιμορραγία που προκαλεί το σύνδρομο κλειστού διαμερίσματος του κόγχου, δ) η τραυματική οπτική νευροπάθεια, ε) το σοβαρό θλαστικό τραύμα που αφορά το πρόσωπο και στ) και η εμμένουσα έκλυση του οφθαλμο-καρδιακού αντανακλαστικού από κατάγματα του εδάφους του κόγχου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στην ανακοίνωση παρουσιάζονται χαρακτηριστικές περιπτώσεις της κάθε κατηγορίας, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός» κατά τα έτη 2013-2016.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρονική σειρά της αντιμετώπισης των τραυματισμών ενός ασθενούς ιεραρχείται με βάση ένα σαφώς καθορισμένο πρωτόκολλο και θέτει σε προτεραιότητα εκείνες τις βλάβες που πρόκειται να «σκοτώσουν» άμεσα τον ασθενή. Ο κλινικός των επειγόντων οφείλει να λαμβάνει υπόψη του και να μπορεί να διαγνώσει τις περιπτώσεις που καθιστούν επείγουσα αντιμετώπιση του γναθοπροσωπικού τραύματος. Έτσι, η σαφής καθορισμένη και τυπική αλληλουχία των θεραπευτικών πράξεων μπορεί να τροποποιείται ή να εξατομικεύεται ανάλογα με την περίπτωση, με γνώμονα το συνολικό όφελος του ασθενούς.

**247. ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΤΕΛΙΚΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ Η ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΗΜΙΠΛΗΓΙΚΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟ; ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

A. Σαλάχα, I. Παρασκευοπούλου, I. Τάτσης, Γ. Τζάνος *Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Γ.Ν. Ελευσίνια «Θριάσι»*

Πρόκειται για γυναίκα 64 ετών με ΑΡ ημιπάρηση λόγω αιμορραγικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στην περιοχή των ΔΕ βασικών γαγγλίων τον Νοέμβριο 2016. Κατά την είσοδό της στην κλινική ΦΙΑΠ παρουσίαζε πλήγνία ΑΡ άνω άκρου χωρίς διαταραχή της αισθητικότητας, πάρεση ΑΡ κάτω άκρου, πτώση γωνίας στόματος, ημιπαιθησία προσώπου, και ήπια καταθλιπτική συνδρομή. Βαδίζει ανεξάρτητη ήδη από τον πρώτο μήνα της θεραπείας της, ενώ το ΑΡ άνω άκρο παρέμεινε ουσιαστικά πληγνικό επί 9 περίπου μήνες παρά την τακτική συμβατική θεραπεία. Οι λόγοι για τους οποίους παρουσιάζεται το περιστατικό είναι δύο:

Η εντυπωσιακή βελτίωση της λειτουργικότητας του ΑΡ άνω άκρου μετά την εφαρμογή ειδικού θεραπευτικού προγράμματος με εστίαση στην ενεργητική αντίληψη της δραστηριότητας του πάσχοντος άνω άκρου από το φθινόπωρο του 2016, και Το γεγονός ότι η ασθενής παρουσίασε τουλάχιστον 2 σοβαρά επεισόδια πτώσης με συνέπεια συμπιεστικό κάταγμα του σώματος του Ο2, παρά το γεγονός ότι βαδίζει ανεξάρτητη και δηλώνει ικανοποιημένη από την λειτουργικότητα των κάτω άκρων.

Θα συζητηθούν τα νεώτερα επιστημονικά δεδομένα και οι διαφορές του νευρικού ελέγχου του κάτω άκρου σε σχέση με το άνω άκρο σε υγιή άτομα, και τα οποία ερμηνεύουν τις δυσκολίες που προκύπτουν όσον αφορά ιδίως το κάτω άκρο κατά την διαδικασία ανάρρωσης μετά από βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος. Φαίνεται ότι ο κινητικός συντονισμός κατά την δίποδη βάδιση οφείλεται σε παθητική μηχανική αντίδραση, με τον νευρικό έλεγχο να είναι ουσιαστικής σημασίας στην πυροδότηση άτιμων προκαθορισμένων κινητικών προτύπων (dynamic motor primitives). Το αποτέλεσμα είναι ελάχιστος απαιτούμενος online νευρικός έλεγχος, ρυθμικός, με επεισοδιακό/δι-αλείποντα χαρακτηρισμό ("fire and forget"). Αντίθετα το άνω άκρο φαίνεται ότι λειτουργεί κινητικά ως εκκρεμές τις περισσότερες φορές, με αποτέλεσμα διαφορετικές απαιτήσεις όσον αφορά τον νευρικό έλεγχο των εντολών.

**246. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΙΑΙΑΣ ΧΩΡΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΤΟΜΗ ΟΓΚΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ: 12-ΕΤΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

N. Παπαδογεωργάκης, I. Παπαδιόχος, E. Καλφαρέτζος, Β. Πετσίνης *Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΣΚΟΠΟΙ:** Η χειρουργική της παρωτίδας σχετίζεται με την εμφάνιση ποικιλίας ελλείμματος που εντοπίζονται στην πρωτιαία/παρειακή περιοχή. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει αναδρομικά την εμπειρία της Κλινικής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» σε ό,τι αφορά την αποκατάσταση της συμμετρίας του προσώπου μετά από χειρουργική αφαίρεση όγκων της παρωτίδας.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στη 12-ετή αναδρομική μελέτη (2004-2016), εντάχθηκαν 445 ασθενείς με καλοήθεις (n=394) και κακοήθεις όγκους των παρωτίδων (n= 51). Ο τύπος της αποκατάστασης καθορίστηκε κυρίως από το μέγεθος του χειρουργικού ελλείμματος. Τα ελλείμματα μικρού μεγέθους (n=260) σε ασθενείς με καλοήθεις όγκους αποκαταστάθηκαν κυρίως μετά την παρασκευή της παρωτιδικής περιτονίας / SMAS. Οι υπόλοιποι καλοήθεις όγκοι αποκαταστάθηκαν ως εξής: με ακυτταρικό δερματικό ξενομόσχευμα χόιρου (n=36), με αμφίμοσχο στερνοκλειδομαστοειδή κρημνό (n= 76), και με κρημνό στερνοκλειδομαστοειδή μυ (n=22). Αποκατάσταση του χειρουργικού ελλείμματος ως αποτέλεσμα της κακοήθους νόσου επιτεύχθηκε με: ακυτταρικό δερματικό χόιριο ξενομόσχευμα (n=6), κρημνό τύπου McFee (n= 24), τραχηλο-προσωπικό περιστροφικό κρημνό (n=23), κρημνό στερνοκλειδομαστοειδή μύος (n=21), και κρημνό μείζονα θωρακικού μύος (n=7). Τρεις ασθενείς υποβλήθηκαν σε εκτομή και αποκατάσταση του κροταφικού οστού και της κάτω γνάθου, ως αποτέλεσμα της προχωρημένης νόσου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο όγκος της πρωτιαίας χώρας αποκαταστάθηκε ικανοποιητικά σε όλους τους ασθενείς όσον αφορά την συμμετρία του προσώπου και το περίγραμμά του. Όταν επιτεύχθηκε κατά πρώτο σκοπό σύγκλιση του ελλείμματος, η επούλωση ήταν αδιατάρακτη σε όλες τις περιπτώσεις. Δύο ασθενείς (0,44%) μετεγχειρητικά παρουσίασαν κλινικά εμφανές σύνδρομο Frey, ενώ έξι ασθενείς (1,6%) ανέπτυξαν μερική νέκρωση του κρημνού, η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αποκατάσταση μετά από χειρουργική αφαίρεση των όγκων της παρωτίδας εξυπηρετεί το να αποφευχθεί η αισθητική παραμόρφωση του προσώπου. Οι τοπικοί και περιοχικοί κρημνοί προσφέρουν ικανοποιητικό χρώμα δέρματος και συνδυάζουν τη σχετικά χαμηλή νοσηρότητα της δότηριας περιοχής με τα χαμηλά ποσοστά επιπλοκών.

**248. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΧΕΝΙΚΗ ΜΥΕΛΟΠΑΘΕΙΑ. ΔΥΟ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ**

Σ. Μπακατσή <sup>1</sup>, Ε. Μιχαηλίδου <sup>1</sup>, Σ. Σιβητίδου <sup>2</sup>, Α. Κοτρώνη <sup>2</sup>, Μ. Κεσσεκίδης <sup>3</sup>, Ε. Μπάκας <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Εργοθεραπείας, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>2</sup>Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>3</sup>Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ανάδειξη με κλινικά παραδείγματα της χρησιμότητας της επανεκπαίδευσης στην λειτουργική επανένταξη στην καθημερινότητα ασθενών με αυχενική μυελοπάθεια συνεπεία ατελούς Κάκωσης Νωτιαίου Μυελού.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Δυο άνδρες ασθενείς ηλικίας 52 και 64 ετών που εκδήλωσαν κλινική εικόνα αυχενικής μυελοπάθειας και νοσηλεύτηκαν στην κλινική Φυσική Ιατρικής και Αποκατάστασης. Για την εκτίμηση των αισθητικών και λειτουργικών ελλειμμάτων χρησιμοποιήσαμε: την Revised Nottingham Sensory Assessment, Jebsen Taylor Hand Function Test και Barthel Index. Σχεδιάστηκε το πρόγραμμα παρέμβασης και ξεκίνησε κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους για ένα μήνα με πέντε συνεδρίες εργοθεραπείας και φυσικοθεραπείας την εβδομάδα διάρκειας 45 λεπτών. Μετά την έξοδο τους οι ασθενείς συνέχισαν τις συνεδρίες εργοθεραπείας ως εξωτερικοί 3 φορές την εβδομάδα διάρκειας 45 λεπτών και για έξι μήνες με επαναξιολόγηση κάθε μήνα. Το πρόγραμμα περιελάμβανε ασκήσεις με δραστηριότητες για εμπλοκή των άνω άκρων σε αδρές και λεπτές κινήσεις και επανεκπαίδευσης της αισθητικότητας. Ο στόχος της παρέμβασης ήταν η βελτίωση της συμμετοχής σε σύνθετες Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αξιολόγηση των ασθενών ανέδειξε βελτίωση του εύρους κίνησης, της σύλληψης και της αισθητικότητας με αποτέλεσμα την βελτίωση της συμμετοχής τους σε απλές και σύνθετες Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι ασθενείς με Αυχενική Μυελοπάθεια μετά από εργοθεραπευτική παρέμβαση παρουσίασαν βελτίωση στην λειτουργική τους κίνηση με συμμετοχή των άνω άκρων σε όλες τις απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής όπως ένδυση, σίτιση, προσωπική υγιεινή και περιποίηση καθώς και αυξημένη συμμετοχή σε σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής όπως μετακίνηση στην κοινότητα, προμήθεια αγαθών, προετοιμασία γεύματος, κηπουρική κ.λ.π.

## 249. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΘ

Ζ. Μπιτσώρη<sup>1</sup>, Δ. Μπαλάσκα<sup>2</sup>, Γ. Δημογιόροντας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Γραφείο Εκπαίδευσης, Γ. Ν. «Η ΕΛΠΙΣ», Αθήνα, <sup>2</sup>1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, Αθήνα, <sup>3</sup>Νευροχειρουργική Κλινική, Metropolitan Hospital, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ένας χώρος με ιδιαιτερότητες που απαιτεί γνώσεις και δεξιότητες. Το σύνδρομο της μονάδας εντατικής θεραπείας περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κλινικών συμπτωμάτων ως αποτέλεσμα της απουσίας κοινά αποδεκτών κριτηρίων διάγνωσης του. Η αιτιολογία του συνδρόμου είναι πολλαπλή και περιλαμβάνει παράγοντες που αφορούν τη νόσο, τον ασθενή και το περιβάλλον της ΜΕΘ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να τονιστούν οι επιβαρυντικοί παράγοντες που προκαλούν την εκδήλωσή του συνδρόμου της ΜΕΘ και να καθοριστούν οι επιδράσεις του παραληρήματος στη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η υψηλή συχνότητα του παραληρήματος στους ασθενείς της ΜΕΘ, καθιστούν αναγκαία τη λήψη μέτρων για την πρόληψή του. Παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση του παραληρήματος είναι: η αρτηριακή υπέρταση, η χρήση αλκοόλ, το κάπνισμα, η υπερπυρεξία, και η χρήση κατασταλτικών φαρμάκων. Η διάγνωση του βασίζεται σε μια σειρά κριτηρίων, ενώ ο βαθμός εκδήλωσης των συμπτωμάτων μπορεί να διαφέρει σημαντικά, από την αδυναμία αντίληψής τους από το προσωπικό ως την πρόκληση κινδύνου για τη ζωή του ασθενούς. Αξιοσημείωτη επίσης θεωρείται η κirkάδια διακύμανση των συμπτωμάτων στους παραληρηματικούς ασθενείς, η μέγιστη ένταση των οποίων παρατηρείται στη διάρκεια της νύκτας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και τόσο οι προδιαθεσικοί παράγοντες όσο και η αντιμετώπιση του παραληρήματος δε διαφέρουν σημαντικά από τους αντίστοιχους της διέγερσης, εντούτοις η πρόγνωση των ασθενών με παραλήρημα είναι κατά κανόνα βαρύτερη και η συσχέτιση αυτού με τη θνησιμότητα σημαντικά ισχυρότερη. Το υψηλό ποσοστό της εμφάνισης του συνδρόμου της ΜΕΘ καθιστούν αναγκαία τη λήψη μέτρων πρόληψης και επιβάλλει την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή του, έτσι ώστε να μειωθεί ο χρόνος παραμονής στη ΜΕΘ και η πιθανότητα εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών.

## 251. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 250. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΟΥΣ ΤΑΛΑΝΤΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ

Α. Μακρή<sup>1</sup>, Ε. Παρασκευά<sup>1</sup>, Φ. Δαρειωτάκη<sup>1</sup>, Σ. Καραμπή<sup>1</sup>, Μ. Σεφέρου, Β. Καδής<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Καλαμάτας, <sup>2</sup>Καρδιολόγος, <sup>3</sup>Ιδιώτης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσης είναι η παρουσίαση ασθενούς με καρδιογενή ταλάντωση, τα αίτια και τις δυναμικές επιπτώσεις αυτού.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής με νευρολογική βλάβη ο οποίος κατά την διάρκεια της νοσηλείας του στην ΜΕΘ εμφάνισε στις καμπύλες πίεσης/ροής ρυθμικούς κυματισμούς οι οποίοι συγχρονίζονταν με τον καρδιακό παλμό.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άντρας 72 ετών υπέστη ανακοπή, έγινε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και ηλεκτρική ανάταξη, διασωληνώθηκε και τέθηκε σε μηχανικό αερισμό. Διαγνώστηκε οξύ εμφράγμα του μυοκαρδίου ενώ στις αξονικές τομογραφίες αναδείχθηκε εκτεταμένη ισχαιμική περιοχή ινι-ακά δεξιά, υπόπυκνη απεικόνιση του μεγαλύτερου τμήματος της παρεγκεφαλίδας και του στελέχους. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ όπου κατά την πορεία της νοσηλείας του έγινε προσπάθεια αφύπνισης και έλεγχος της νευρολογικής εικόνας, ωστόσο παρέμεινε σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και με κλίμακα γλασκώβης 3. Παράλληλα, διαπιστώθηκαν στις καμπύλες αερισμού στον αναπνευστήρα του ασθενούς ρυθμικά κύματα τα οποία συμβαδίζουν απολύτως με τον καρδιακό ρυθμό. Μειώνοντας το σκανδαλισμό του αναπνευστήρα, ο ασθενής αύξησε σημαντικά τον αριθμό των αναπνοών του, ο οποίος συμβαδίζει με τις σφύξεις του, χωρίς να έχει επέλθει άλλη μεταβολή στις ρυθμίσεις του αναπνευστήρα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε βαρέα εγκεφαλικά επεισόδια, ιδίως του στελέχους, καθώς και σε περιπτώσεις εγκεφαλικού θανάτου παρατηρούνται μεταβολές στον αγγειακό τόνο. Μια υπερδυναμική κυκλοφορία δύναται να προκαλέσει υπερδυναμική προκάρδια ώση η οποία μπορεί να εκληφθεί ως αναπνευστική κίνηση και να προκαλέσει σκανδαλισμό του αναπνευστήρα απουσία φυσιολογικής αναπνευστικής ροής. Καρδιογενείς ταλαντώσεις λοιπόν είναι δικαιμάνσεις στις καμπύλες πίεσης/ροής του αναπνευστήρα σε συγχρονισμό με τον καρδιακό κύκλο. Παρατηρούνται πιο συχνά σε ασθενείς με μεγάλο όγκο παλμού, με υψηλό καρδιοθωρακικό δείκτη και χαμηλές πνευμονικές αντιστάσεις. Πιθανά αίτια είναι η ρυθμική συμπίεση/αποσυμπίεση του πνεύμονα σε απόληξη των ρυθμικών μεταβολών του καρδιακού και ενδοθωρακικού όγκου ο οποίος προκαλεί ροή αερίων στο σύστημα ασθενούς – αναπνευστήρα. Κατά άλλους αφετηρία των ταλαντώσεων είναι είτε η περιοδική διακύμανση της ροής στην πνευμονική κυκλοφορία, είτε η μετάδοση του σφυγμικού κύματος εντός αυτής, είτε τα δύο. Οι καρδιογενείς ταλαντώσεις μπορούν να καθυστερήσουν την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου με αποτέλεσμα να παρατείνεται η αγωνία των οικείων του ασθενούς, να καταλαμβάνει μια πολύτιμη θέση ΜΕΘ, να σπαταλώνεται σημαντικοί πόροι στην συνεχιζόμενη νοσηλεία του και ενδεχομένως να χάνεται και ένας δότης οργάνων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι καρδιογενείς ταλαντώσεις σε ασθενείς με σοβαρή εγκεφαλική βλάβη και η εγκεφαλική θάνατο δεν είναι σπάνιο φαινόμενο και δύναται να προκαλέσουν αυτόματο σκανδαλισμό (auto-triggering) καθυστερώντας έτσι την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Το φαινόμενο αντιμετωπίζεται αυξάνοντας την ουδό σκανδαλισμού του αναπνευστήρα.

## 252. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ – Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΣΩΣΗ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΕΝΟΣ 6-ΧΡΟΝΟΥ ΑΓΟΡΙΟΥ ΜΕ ΣΥΝΘΛΙΠΤΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ

Δ. Μπέγκας, Ι. Μιχαηλάκης, Χ. Μήρτσιος, Ζ. Αλεξανδράκης  
<sup>Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. Παιδών «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού»</sup>

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού συνθλιπτικού τραυματισμού του άκρου ποδός ενός 6-χρονου αγοριού και η συμβολή της χρήσης συστήματος αρνητικής πίεσης στη διαδικασία διάσωσης του.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής ηλικίας 6 ετών με συνθλιπτικό τραυματισμό του αριστερού άκρου ποδός μετά από παγίδευση του στην κινούμενη αλυσίδα της μοτοσυκλέτας του πατέρα του.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κλινική εξέταση ανέδειξε διατομή της ραχιαίας αρτηρίας, του Αχιλλείου και των εκτεινόντων τενόντων καθώς και μεγάλο δερματικό έλλειμμα (10x7cm). Απεικονιστικά αποκαλύφθηκαν πολλαπλά κατάγματα, εξάρθραμα και μεγάλη οστική απώλεια. Ο τραυματισμός βαθμολογήθηκε με Mangled Extremity Severity Score (MESS): 8 και Mangled Extremity Severity Index (MESI): 20. Διενεργήθηκε άμεση χειρουργική αποκατάσταση των ανωτέρω βλαβών καθώς και ευρύς χειρουργικός καθαρισμός. Θεραπεία με σύστημα αρνητικής πίεσης και ειδικό επίθεμα ξεκίνησε την εβδομη μετεγχειρητική ημέρα και διήρκεσε 7 εβδομάδες, οδηγώντας σε πλήρη επούλωση του τραύματος. Ειδικό πρόγραμμα κινητοποίησης και φόρτισης του άκρου ξεκίνησε την όγδοη μετεγχειρητική εβδομάδα και ο ασθενής επέστρεψε στο σχολείο και τις καθημερινές του δραστηριότητες 4 μήνες αργότερα. Στον ετήσιο επανέλεγχο το άκρο παρουσίαζε κοσμητικά αποδεκτή εμφάνιση, πολύ καλή αισθητική και κινητική λειτουργία, με πλήρη ικανότητα για βόδιση και άθληση, χωρίς την ανάγκη χρήσης ορθώσεων ή βακτηρίων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η λήψη της απόφασης για τον ακρωτηριασμό ή τη διάσωση άκρου σε ένα παιδί με συνθλιπτικό τραυματισμό, αποτελεί σοβαρό ιατρικό δίλημμα. Οι ήδη υπάρχουσες κλίμακες αξιολόγησης και λήψης αποφάσεων για ενήλικους (MESS, MESI), δεν ανταποκρίνονται πάντα στα παιδιά και χρήζουν ειδικής προσαρμογής για αυτά. Τα συστήματα αρνητικής πίεσης αποτελούν εξελιγμένα όπλα στη φάρετρα του ορθοπαιδικού χειρουργού, με πολύ καλά λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση συνθλιπτικών τραυματισμών των άκρων.



**253. ΑΙΤΙΑ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Κ. Ρόζης, Δ. Πάλλης, Γ. Γέμονας, Δ. Γεωργίου, Μ. Παραφόρου, Γ. Ρουμελιώτης  
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των αιτιών της δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης στην παιδική και εφηβική ηλικία.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανασκόπηση της παγκόσμιας βιβλιογραφίας με την βοήθεια των μηχανών αναζήτησης Pubmed, Scopus, Medline (1980 – 2016). Η φυσιολογική ισορροπία του οστικού σχηματισμού και της οστικής απορρόφησης διαταράσσεται με τέτοιο τρόπο που τελικά επηρεάζεται η φυσιολογική συσσώρευση οστού που συμβαίνει κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Ένα πλήθος ενδογενών και εξωγενών παραγόντων συνεισφέρει σε αυτές τις διεργασίες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι πρωτοπαθείς μορφές οστεοπόρωσης, όπως η ιδιοπαθής νεανική οστεοπόρωση και άλλες μορφές που συμπεριλαμβάνονται στις κληρονομικές παθήσεις του συνδετικού ιστού όπως η ατελής οστεογένεση, είναι σχετικά σπάνιες. Αντιθέτως, οι δευτεροπαθείς μορφές οστεοπόρωσης παρατηρούνται όλο και πιο συχνά σε πολλές χρόνιες παθήσεις, και συγκεκριμένα σε σοβαρές παθήσεις όπου πλέον το μεγάλο προσδόκιμο επιβίωσης αποτελεί πλέον τον κανόνα και όχι την εξαίρεση, χάρη στα επιθετικά θεραπευτικά πρωτόκολλα που ακολουθούνται. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η χαμηλή οστική μάζα και ο αυξημένος καταγματικός κίνδυνος μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ασθένειας αυτής κάθε αυτής ή της θεραπείας της.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα πρωτοπαθή αίτια παιδιατρικής οστεοπόρωσης είναι σπάνια, ωστόσο η δευτεροπαθής οστεοπόρωση κάνει όλο και πιο συχνά την εμφάνιση της εξαιτίας του αυξημένου πλέον προσδόκιμου επιβίωσης χρόνια πασχόντων παιδιών. Η ευρύτερη χρήση σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων ίσως βοηθήσει την βαθύτερη κατανόηση των παραγόντων που καθορίζουν την οστική ισχύ.

**255. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΗΣ ΗΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΚΑΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ**

Γ. Διακουμής  
*Ορθοπαιδική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση της αντιμετώπισης των παθολογικών καταγμάτων με ενδομυελική ήλωση.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αντιμετώπισαμε -από το 2005 μέχρι σήμερα- 212 ασθενείς με παθολογικά ή επαπειλούμενα κατάγματα με ενδομυελική ήλωση. Οι ασθενείς είχαν εύρος ηλικίας 42-95, 98 άντρες και 114 γυναίκες. Οι πιο συχνές πρωτοπαθείς εστιές ήταν ο μαστός και ο πνεύμονας. Οι εντοπίσεις ήταν 115 στο μηριαίο, 72 στο βραχιόνιο και 25 στην κνήμη. Χρησιμοποιήσαμε συμβατικούς ήλους καθώς και εκπιεσόμενους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε όλες τις περιπτώσεις επιτεύχθη σταθεροποίηση του κατάγματος, ύφεση του άλγους και βελτίωση της ποιότητας υγείας του ασθενή. Στους ασθενείς με κατάγματα του κάτω άκρου επετράπη άμεση βάδιση, αρχικά με μερική φόρτιση και στη συνέχεια -εντός εβδομάδας- με πλήρη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Τα οστά είναι η τρίτη συχνότερη εντόπιση της μεταστατικής νόσου και το παθολογικό κάταγμα είναι μια συχνή επιπλοκή της. Οι στόχοι της χειρουργικής επέμβασης είναι η σταθεροποίηση των παθολογικών καταγμάτων, η ανακούφιση από τον πόνο και η βελτίωση της λειτουργικότητας του άκρου. Η ενδομυελική ήλωση αποτελεί μια ασφαλή μέθοδο αποκατάστασης που βελτιώνει άμεσα την ποιότητα ζωής των ασθενών και επιτρέπει την απρόσκοπτη συνέχιση της θεραπείας τους για την κύρια νόσο.

**254. ΠΥΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS PYOGENES ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Α. Μάρης<sup>1</sup>, Χ. Λούπα<sup>2</sup>, Α. Αλεξόπουλος<sup>3</sup>, Δ. Βασιλείου<sup>1</sup>, Κ. Δρούτσας<sup>1</sup>, Π. Σουκάκος<sup>1</sup>  
*1' Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσοκομείο «Αμαλία Φλέμιγκ», 2' Β' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Αμαλία Φλέμιγκ», 3' Τμήμα Μαγνητική Τομογραφίας, Νοσοκομείο «Σισμανόγλειο»*

**ΓΕΝΙΚΑ:** Η πυομυοσίτιδα είναι μια οξεία βακτηριακή λοίμωξη των σκελετικών μυών με χαρακτηριστικό τον σχηματισμό αποστημάτων εντός των μυϊκών ομάδων. Η λοίμωξη αυτή κατηγοριοποιείται σε τροπική και μη τροπική. Θεωρείτο ενδημική σε τροπικές χώρες και ήταν γνωστή ως τροπική πυομυοσίτιδα. Ωστόσο, η πυομυοσίτιδα αναγνωρίζεται σε αυξημένα ποσοστά και σε χώρες με εύκρατο κλίμα και συνδέεται με καταστάσεις ανοσοκαταστολής όπως σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, σακχαρώδη διαβήτη, και κακήθεις νεφλασιές και με κύριο λοιμογόνο παράγοντα τον *Staphylococcus aureus* σε ποσοστό 75%. Όλοι οι άλλοι λοιμογόνοι παράγοντες είναι υπεύθυνοι για το 25% των λοιμώξεων. Ο *Streptococcus pyogenes* αναγνωρίζεται ως ο δεύτερος αιτιολογικός παράγοντας. Η διάγνωση μπορεί συχνά να καθυστερήσει και αυτό συμβάλει στη αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από την νόσο.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Παρουσιάζουμε εδώ την περίπτωση ασθενούς 73 ετών που προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων του Ορθοπαιδικής Κλινικής για την αντιμετώπιση άλγους στον δεξιό ώμο. Κατά την εξέταση διαπιστώθηκε άλγος του δεξιού ώμου με συνοδό εκτεταμένο οίδημα του άνω άκρου και της περιοχής του ώμου και εμπίετο 39.5°C. Ελήφθησαν γενικές εξετάσεις αίματος και καλλιέργεια αίματος. Εν συνεχεία διενεργήθηκε CT της περιοχής του ώμου. Από την εργαστηριακή εικόνα τέθηκε η διάγνωση γενικευμένης λοίμωξης(CRP>220mg/L φ.ε.<3mg/L). Στην αξονική τομογραφία διαπιστώθηκε εκτεταμένο οίδημα και συνοδός εικόνα συλλογών εντός της μάζας των μυών. Η ασθενής πάσχει από ΣΔ. Πρόσφατα (3 μήνες πριν) υποβλήθηκε σε εκτομή όγκου στον δεξιό μαστό με σύστοιχο μασχαλιαίο λεμφαδενικό καθαρισμό. Προ 20 ημερών είχε υποβληθεί σε μία συνεδρία χημειοθεραπείας. Κατόπιν συνεννόησης με το Β' παθολογικό τμήμα ξεκίνησε την αγωγή με τριπλό σχήμα αντιβιοτικών με ευρεία κάλυψη παθογόνων εν αναμονή καλλιέργειών. Η καλλιέργεια αίματος ανέδειξε ως λοιμογόνο παράγοντα τον *Streptococcus pyogenes* ευαίσθητο στο σχήμα που ήδη ελάμβανε. Η ανταπόκριση ήταν γρήγορη και η ασθενής εξήλθε άπυρετη και τελεί υπό στενή παρακολούθηση κλινικά και απεικονιστικά με MRI.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Παρά το ότι η πυομυοσίτιδα θεωρείται τροπική νόσος η διάγνωση μας επιβεβαιώνει ότι αυτό δεν είναι αποκλειστικότητα των χωρών αυτών. Στις χώρες με εύκρατο κλίμα αποτελεί σπάνια νόσο. Ο πυογόνος στρεπτόκοκκος ως φυσιολογική χλωρίδα του δέρματος αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για πυομυοσίτιδα και η εισδοχή του διευκολύνεται από πιθανή λύση της συνέχειας του δέρματος.

**256. ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: Η 10ΕΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΟ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΚΕΝΤΡΑ**

Ε. Δημονίτσας<sup>1,2</sup>, Γ. Χάμφας<sup>3</sup>, Ο. Δορυφόρου<sup>1</sup>, Β. Σταυριανός<sup>3</sup>, Δ. Παπακώστας<sup>3</sup>, Α. Τρίγκα<sup>4</sup>, Ε. Θυμαρά<sup>4</sup>, Π. Κορκολοπούλου<sup>4</sup>, Δ. Κακαγιά<sup>5</sup>, Ν. Παπαδόπουλος<sup>5</sup>, Ο. Παπαδόπουλος<sup>3</sup>, Α. Στρατηγός<sup>3</sup>, Χ. Αντωνίου<sup>3</sup>

*1' 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, 2' Κοινωνικές Ύψους Αλέξανδρου Ονάση, Αθήνα, 3' Νοσοκομείο Αφροδίσιων & Δερματικών Νόσων «Α. Συγγρός», Αθήνα, 4' Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, 5' Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη*

**ΣΤΟΧΟΣ:** Η παρουσίαση των νεότερων δεδομένων στον χαρακτηρισμό του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος ως υψηλού κινδύνου για τοπικές υποτροπές και λεμφαδενικές μεταστάσεις σε σύγκριση με το χαμηλό, καθώς και πρόταση αλγορίθμου σταδιοποίησης και διαχείρισης των ασθενών υψηλού κινδύνου βάσει κλινικών χαρακτηριστικών, ιστολογικής έκθεσης των όγκων και απεικονιστικών τεχνικών ανίχνευσης λεμφαδενικών μεταστάσεων (US, US-FNA, SLNB). Τέλος, παρουσίαση ενδιαφερόντων στοιχείων της τράπεζας των ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων δύο κέντρων της Ελλάδας των τελευταίων 10 ετών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τη διαχείριση του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος υψηλού κινδύνου και παρουσίαση κατευθυντήριων οδηγιών του NCCN(2015), του EDF-EADO-EORTC Consensus Group(2015) και της European Academy of Dermatology(2011). Τέλος, καταγραφή και επεξεργασία όλων των ασθενών που χειρουργήθηκαν τα τελευταία δέκα χρόνια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο επαναπροσδιορισμός των στοιχείων υψηλού κινδύνου οδήγησε στην καλύτερη σταδιοποίηση των ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων σε υψηλού - χαμηλού κινδύνου και στην ανίχνευση των λεμφαδενικών μεταστάσεων σε όσο το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο. Από το σύνολο των 2.345 ασθενών με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα το διάστημα 2004-2014, διενεργήθηκαν 43 βιοψίες λεμφαδένα φρουρού σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με πέντε από αυτές θετικές για μεταστατική διήθηση (ποσοστό 12%, αντίστοιχο με της βιβλιογραφίας).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η σταδιοποίηση των ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων υψηλού κινδύνου με ανίχνευση των λεμφαδενικών μεταστάσεων σε πρωιμότερο στάδιο με όσο το δυνατόν λιγότερες επεμβατικές τεχνικές θα οδηγήσει στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών και στην αποφυγή χειρουργικών επεμβάσεων που επιβαρύνουν λειτουργικά και οικονομικά τόσο τον ίδιο των ασθενή όσο και το σύστημα υγείας.

## 257. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Α. Καρανιδής, Ε. Μπαλιτσάρης, Δ. Τσούτσος  
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής Μονάδα Εγκυματιών, Κέντρο Αναφοράς για το Μελάνωμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το μελάνωμα είναι κακοήθης εξεργασία του δέρματος, των βλεννογόνων και των μελαγχρωματικών περιοχών του αμφιβληστροειδούς. Η επίπτωση του μελανώματος έχει αυξηθεί και η πρόγνωση είναι αντιστρόφως ανάλογη του σταδίου του μελανώματος. Στο 84% των περιπτώσεων η διάγνωση τίθεται όταν η νόσος είναι σε τοπικό στάδιο, στο 9% όταν η νόσος έχει περιοχική επέκταση, στο 4% όταν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις, ενώ το 3% των ασθενών αφορά ασταδιοποίητα περιστατικά. Σκοπός της εργασίας είναι να τονίσει την έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική αντιμετώπιση που αποτελούν τους βασικότερους παράγοντες για την επιτυχή έκβαση.

**ΥΛΙΚΟ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η θεραπεία του μελανώματος είναι πρωτίτως χειρουργική και αποτελεί αντικείμενο της Πλαστικής Χειρουργικής. Η διάγνωση τίθεται με βιοψία και θα πρέπει να εκτελείται από Πλαστικό χειρουργό, ιδιαίτερα σε μελαγχρωματικές βλάβες με υψηλό δείκτη υποψίας. Η πρόληψη αποτελεί σημαντικό στόχο των ιατρών που ασχολούνται με το μελάνωμα. Στην Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Κέντρο Αναφοράς Μελανώματος η θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών αφορά τη χειρουργική αντιμετώπιση του διαγνωσμένου μελανώματος, την τακτική παρακολούθηση (follow-up) σύμφωνα με το πρωτόκολλο παρακολούθησης και την πρόληψη. Η πρόληψη αφορά την εξέταση ασθενών με μελαγχρωματικές δερματικές βλάβες στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, στο Ιατρείο σπλιν, την εξέταση ασθενών στην Έβδομάδα Μελανώματος<sup>1</sup> και τη συμμετοχή των ιατρών της κλινικής σε συνέδρια καθώς και αποστολές αγωγής υγείας στην περιφέρεια.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το μελάνωμα αποτελεί μια θανατηφόρο νόσο και η βελτίωση των ποσοστών επιτυχούς έκβασης και θνητότητας σχίζεται με την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς σε Κέντρο Μελανώματος Πλαστικής Χειρουργικής Κλινικής. Η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για την παραπομπή ασθενών, ακόμη και με χαμηλό δείκτη υποψίας μελανώματος, στο ανωτέρω κέντρο αποτελεί την ασφαλέστερη και ιδεώδη ιατρική πρακτική.

## 259. ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΔΙΑ ΜΙΑΣ ΟΠΗΣ (UNIPORTAL VATS) ΝΕΥΡΙΝΩΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΤΟ ΑΝΩΤΕΡΟ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Κ. Σουλτάνης<sup>1</sup>, Ν. Κουρής<sup>2</sup>, Γ. Δελήμπασης<sup>3</sup>, Κ. Σιαφάκας<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Θωρακοχειρουργική Κλινική, 251 Γ.Ν.Α., <sup>2</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, 251 Γ.Ν.Α., <sup>3</sup>Τμήμα Μαγνητικής Τομογραφίας, 251 Γ.Ν.Α.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διάγνωση και η χειρουργική αντιμετώπιση νευρινώματος πνευμονογαστρικού νεύρου μέσω θωρακοσκοπικής διά μιας οπής (Uniportal VATS).

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 60 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενη οπισθοστερνικό καύσος. Κατά τη λήψη του ιστορικού διαπιστώθηκε και βράγχος φωνής από διμήνου. Η ασθενής διαγνωστική αρχικώς με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση αλλά κατά τον απεικονιστικό έλεγχο (Αξονική και μαγνητική τομογραφία θώρακος) ανευρέθηκε σφαιρικό μόρφωμα διαστάσεων 1,7 X 2 εκατοστών στο ανώτερο μεσοθωράκιο παρά το αορτικό τόξο.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η ασθενής υπεβλήθη σε αριστερή θωρακοσκοπική διά μιας οπής 2εκ στο 5ο μεσοπλεύριο διάστημα μεταξύ πρόσθιας και μέσης μασχαλιαίας γραμμής. Κατά την επισκόπηση της υπεζωκοτικής κοιλότητας ανευρέθηκε στρογγυλό μόρφωμα με ομαλό περίγραμμα επί του αορτικού τόξου στο ύψος έκφυσης της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας εκφυόμενο από το πνευμονογαστρικό νεύρο πριν την έκφυση του αριστερού παλινδρομού λαρυγγικού νεύρου. Το μόρφωμα αφαιρέθηκε με διατομή του πνευμονογαστρικού νεύρου και εστάλη για ιστολογική εξέταση. Η ασθενής μετεγχειρητικά παρουσίαζε βράγχος φωνής λόγω πάρεσης αριστερής φωνητικής χορδής και έλαβε κορτιζονοθεραπεία με μερική βελτίωση της ποιότητας της φωνής της. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε νευρολιψώμα (σβάννωμα).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ενδοθωρακική εντόπιση νευρινωμάτων του πνευμονογαστρικού νεύρου είναι εξαιρετικά σπάνια παρά το γεγονός ότι οι νευρογενείς όγκοι είναι οι συχνότεροι σε σχέση με άλλες εξεργασίες του μεσοθωρακίου. Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στη διαφορική διάγνωση. Η θωρακοσκοπική αφαίρεση των όγκων αυτών προτιμάται έναντι της ανοιχτής χειρουργικής, είναι ελάχιστα επεμβατική και συμβάλλει στη μείωση της νοσηρότητας.

## 258. ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Α. Καρανιδής, Γ. Καραπιπέρης, Μ. Αλμπαν, Ι. Ζάγκος, Χ. Λαμπρόπουλος, Δ. Τσούτσος  
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδα Εγκυματιών, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Κατάκλιση ορίζεται ως η εξέλιξη του δέρματος εξαιτίας πίεσης σε περιοχές του σώματος υπερκείμενες οστικών προεξοχών. Αναπτύσσονται συνήθως σε ασθενείς παραπληγικούς, με νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος, εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη χρόνια νόσο. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση κλινικών περιστατικών και οι μέθοδοι αποκατάστασης.

**ΥΛΙΚΟ:** Στη μελέτη περιλαμβάνονται ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και παρουσίασαν κατακλίσεις ιεροκοκκυγικής χώρας, ισχιακού κυρτώματος και μείζονα τροχαντήρα και οι οποίες αποτελούν από τις συνηθέστερες εντοπίσεις. Οι κατακλίσεις ιεροκοκκυγικής χώρας αποκαταστάθηκαν με μμοδερματικό κρημνό μείζονος γλουτιαίου μυ. Οι κατακλίσεις ισχιακού κυρτώματος αποκαταστάθηκαν με μμοδερματικό κρημνό του τείνοντος την πλατεία περιτονία μυ και μυϊκό/μμοδερματικό κρημνό του ισχνού προσαγωγού μυ. Η αποκατάσταση κατακλίσεων μείζονα τροχαντήρα πραγματοποιήθηκε με μμοδερματικό κρημνό του τείνοντος την πλατεία περιτονία μυ και μυϊκό/μμοδερματικό κρημνό του έξω πλατύ μυ του τετρακέφαλου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Όλοι οι κρημνοί επιβίωσαν. Σε κάποια περιστατικά παρατηρήθηκε μερική διάσπαση του τραύματος, η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Η χειρουργική αντιμετώπιση βελτίωσε σημαντικά τη γενική κατάσταση των ασθενών, μειώνοντας το χρόνο νοσηλείας τους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πρόληψη αποτελεί τον πρωταρχικό σκοπό των επαγγελματιών υγείας. Η συντηρητική αγωγή περιλαμβάνει διόρθωση των προδιαθεσικών και αιτιολογικών παραγόντων, καλλιέργειες τραύματος και ιστών και χορήγηση αντιβιοτικών, εφαρμογή επιθεμάτων και συσκευής αρνητικής πίεσης. Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό του έλκους ενώ ο δημιουργούμενος κενός χώρος θα πρέπει να 'γεμίζεται' και να αποκαθίσταται συνήθως με κρημνούς που έχουν δέρμα και ιστούς καλής ποιότητας. Η εκπαίδευση του ασθενούς και των συγγενών του, καθώς και η εφαρμογή των μέτρων πρόληψης και προφύλαξης είναι απαραίτητα για να αποτραπεί η υποτροπή ή η εμφάνιση νέων κατακλίσεων.

## 260. ΚΗΛΗ ΑΜΥΑΝΔ- ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΣΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ

Α. Μπράτκου, Χ. Χριστοφοράκης, Κ. Γαρέφης, Θ. Λιγωμένου, Χ. Τζιουβάρας, Ι. Τριανταφυλλίδης, Χ. Δεμερτζίδης  
Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ως κήλη Amyand ορίζεται η παρουσία της σκωληκοειδούς απόφυσης στον κηλικό σάκο δεξιάς βουβωνοκλήλης. Αποτελεί μια σπάνια περίπτωση περιεχομένου σάκου βουβωνοκλήλης και ανευρίσκεται σε ποσοστό <1%.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση κήλης Amyand στα πλαίσια προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Άντρας 77 ετών, εισήχθη στην χειρουργική κλινική του νοσοκομείου μας για προγραμματισμένη επέμβαση δεξιάς βουβωνοκλήλης. Από το ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση και μεγαλοβλαστική αναιμία. Διεγχειρητικά διαπιστώνεται ευμεγέθης σάκος λοξής βουβωνοκλήλης, ο οποίος παρασκευάζεται μέχρι τον αυχένα του, διανοίγεται και περιεχόμενο αυτού είναι η σκωληκοειδής απόφυση χωρίς στοιχεία φλεγμονής. Πραγματοποιείται σκωληκοειδεκτομή με ενταφιασμό του κολοβώματος χωρίς ρύπανση του εγχειρητικού πεδίου, υψηλή απολίνωση του σάκου και τοποθέτηση βύσματος και πλέγματος πολυπροπυλενίου (plug and patch). Χορηγήθηκε προεγχειρητικώς εφ' άπαξ 3g αμικικιλίνης-σουλμπακτάμης. Μετά από σμαλή μετεγχειρητική πορεία ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κήλη Amyand είναι εξαιρετικά σπάνια περίπτωση βουβωνοκλήλης η οποία διαπιστώνεται διεγχειρητικά σε ανοικτές επεμβάσεις, εφόσον γίνεται εκτομή του σάκου, και σε TAPP. Σπανιότερες είναι οι περιπτώσεις περίφιξης και φλεγμονής. Η ψυχρή σκωληκοειδεκτομή επαφίεται στην προσωπική προτίμηση και εμπειρία του χειρουργού.

**261.** ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ**263. ΟΡΧΙΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΔΕΙΚΝΥΕΙ ΕΞΩΓΟΝΑΔΙΚΟ ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΣ ΘΥΜΙΚΟ ΣΕΜΙΝΩΜΑ: ΣΥΜΠΤΩΣΗ Η ΟΧΙ;**

Α. Ταμπάκη<sup>1</sup>, Α. Ταμπάκης<sup>1,2</sup>, Χ. Δαμάσκος<sup>1</sup>, Θ. Φερέτης<sup>1</sup>, Ε. Θυμαρά<sup>3</sup>, Κ. Κόντζογλου<sup>1</sup>, Π. Τόμος<sup>1</sup>, Γ. Κουράκλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», <sup>2</sup>Τμήμα Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βασιλείας, Ελβετία, <sup>3</sup>Α' Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι όγκοι γεννητικών κυττάρων εξωγοναδικής προέλευσης αντιπροσωπεύουν μόνο ένα 2-5% του συνόλου των όγκων γεννητικών κυττάρων και προκύπτουν κυρίως από τους όρχεις παρουσιάζοντας την ίδια δομή ανεξάρτητα από τη θέση εμφάνισής τους. Η εμφάνιση ενός πρωτογενούς μεσοθωρακικού θυμικού σεμινώματος με παρουσία κυρίαρχης κυστικής εμφάνισης σπάνια έχει αναφερθεί.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας ηλικίας 22 ετών παραπέμφθηκε στην κλινική μας για περαιτέρω διερεύνηση μάζας που βρέθηκε σε ακτινογραφία θώρακα. Ο ασθενής αρνήθηκε συμπτώματα όπως δύσπνοια, πόνο στο στήθος, βήχα, πυρετό, δυσφαγία, αιμόπτυση, απώλεια βάρους και αδυναμία. Το παρελθόν ιατρικό ιστορικό του ήταν αξιοσημείωτο για ορχίτιδα, για την οποία είχε υποβληθεί σε βιοψία όρχεων, η οποία όμως δεν ανέδειξε την παρουσία όγκου γεννητικών κυττάρων και ήταν επίσης αρνητική για προκακοήθεις αλλοιώσεις όπως ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία των όρχεων. Ενισχυμένη υπολογιστική τομογραφία θώρακα ανέδειξε μια λοβώδη και καλά περιγεγραμμένη κυστική βλάβη στον πρόσθιο μεσοθωράκιο. Ως εκ τούτου, ο ασθενής υποβλήθηκε σε μέση στεροτομή με en bloc χειρουργική εκτομή του όγκου. Παραδόξως, η ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε την παρουσία θυμικού σεμινώματος με κυρίως κυστική εμφάνιση και χωρίς περιοχές αιμορραγίας ή νέκρωσης. Η ανοσοϊστοχημική μελέτη έδειξε ότι το σεμίνωμα ήταν θετικό για τους δείκτες CAM5.2, SALL4, OCT3 / 4, και αλκαλική φωσφατάση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής είναι 38 μήνες μετά την επέμβαση ζωντανός και η κατάσταση του παραμένει ελεύθερη νόσου. Σύμφωνα με το International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCG), η θεραπεία του εξωγοναδικού σεμινώματος με σχετικά καλή ή ενδιάμεση πρόγνωση βασίζεται στην χορήγηση χημειοθεραπείας. Ο ρόλος της χημειοθεραπείας ή και ακτινοθεραπείας με επιπλέον διενέργεια χειρουργικής επέμβασης, αν η μάζα εξακολουθεί να παρουσιάζεται μετά την θεραπεία πρώτης γραμμής επιβεβαιώθηκε επίσης το 2008 στο ευρωπαϊκό συνέδριο αντιμετώπισης καρκίνων των γεννητικών κυττάρων. Ο κίνδυνος ανάπτυξης μεταχρονου καρκίνου των όρχεων 10 χρόνια μετά τη θεραπεία είναι 6,2% για όγκους με πρωταρχική μεσοθωράκια θέση. Παρά το γεγονός ότι η παρουσία ορχίτιδας μπορεί να αναδείξει πιθανό όγκο γεννητικών κυττάρων των όρχεων, ο ασθενής μας είχε αρνητικές βιοψίες αλλά ανέπτυξε τελικά μια τέτοια νεοπλασία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Με βάση τα παραπάνω θα πρέπει να εξεταστεί το ερώτημα αν σε ασθενείς με ορχίτιδα που ακολουθείται από αρνητικές βιοψίες η διενέργεια μιας τουλάχιστον ακτινογραφίας θώρακα σε συνδυασμό με υπερηχογράφημα κοιλίας ενδεικνύεται προκειμένου να αξιολογηθεί η παρουσία ενός τέτοιου όγκου.

**262. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟΥ ΛΕΙΟΜΥΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ**

Χ. Τζιουβάρας, Χ. Χριστοφοράκης, Χ. Τσαχουρίδης, Θ. Λιγωμένου, Κ. Γαρέφης, Χ. Δεμερτζίδης

Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα λειομύωματα αποτελούν τον συχνότερο καλοήγητο όγκο του μυομητρίου, το μέγεθός των οποίων ποικίλει. Οι αναφορές για γιγαντιαία λειομύωματα μήτρας στη διεθνή βιβλιογραφία είναι εξαιρετικά σπάνιες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού γιγαντιού λειομύωματος μήτρας και η χειρουργική του αντιμετώπιση.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 41 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και ευερέθιστου εντέρου, προσήλθε στο Τ.Ε.Π. με βύθιο άλγος υπογαστρίου. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ψηλαφητή μάζα κάτω κοιλίας. Διενεργήθηκε υπερηχογραφικός έλεγχος κοιλίας ο οποίος ανέδειξε ευμέγεθες κοιλιακό ανομοιογενές μόρφωμα μεικτής ηχογένειας. Στα πλαίσια της περαιτέρω διερεύνησης διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας, εκ της οποίας προέκυψε ευμέγεθης δилоβη συμπαγής μάζα που καταλάμβανε τη μέση και κάτω κοιλιακή χώρα διαμέτρου 22 X 15 X 17 εκατοστά με πρόσληψη σκιαγραφικού και λίγες κυστικές εστίες. Υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία και πραγματοποιήθηκε ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων, λόγω υποψίας κακοήθειας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία εξήλθε την 4<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε την ύπαρξη όγκων του μυομητρίου, οι οποίοι αποτελούνταν από διαπλεκόμενες δεσμίδες λείων μυϊκών ινών χωρίς ατυπίες ή πυρηνοκινησίες (εικόνα λειομυωμάτων).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα λειομύωματα της μήτρας μπορεί να συνοδεύονται από κλινική σημειολογία λόγω του αυξημένου μεγέθους και να αποτελέσουν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα στις χειρουργικές παθήσεις της κοιλίας.

**264. ΑΤΕΛΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΛΟΓΩ ΥΠΑΡΞΗΣ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΚΥΣΤΗΣ ΩΘΗΚΗΣ : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Χ. Τζιουβάρας, Χ. Χριστοφοράκης, Α. Μπράτκου, Θ. Λιγωμένου, Κ. Γαρέφης, Β. Παπαδόπουλος, Χ. Δεμερτζίδης

Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι κύστες ωθηκών σπάνια αποτελούν αιτία εντερικής απόφραξης. Η απόφραξη είναι αποτέλεσμα των συμπτωμάτων φαινομένων που προκαλούν κύστες ωθηκών με διάσταση μεγαλύτερη των 10 cm.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μιας περιπτώσεως ατελούς αποφρακτικού ειλίου λόγω ύπαρξης κύστης αριστεράς ωθηκής διαστάσεων 18x14x20 cm και η χειρουργική αντιμετώπισή της.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Γυναίκα 80 ετών, η οποία έφερε γνωστό, από δωδεκαετίας μικρότερον όμως διαστάσεων κυστικό μόρφωμα στην θέση της αριστεράς ωθηκής. Προσήλθε στα Τ.Ε.Π. με εικόνα ατελούς αποφρακτικού ειλίου. Διενεργήθηκε ακτινογραφικός έλεγχος κοιλίας και ακολούθως CT κοιλίας, όπου απεικονίστηκε διάταση εντερικών ελίκων λεπτού, διαφραγματοκλήρη και ευμέγεθες κυστικό μόρφωμα προερχόμενο πιθανώς από εξάρτημα. Διενεργήθηκε ερευνητική λαπαροτομία, εκτομή ακέραια της κύστεως μετά της αριστεράς ωθηκής και θολοπλαστική κατά Nissen. Η ιστολογική εξέταση του μορφώματος ανέδειξε κύστη εκ' εγκλεισμού, χωρίς επιθηλιακή επένδυση, διαστάσεων 18x14x20 cm.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής μετά το πέρας της επέμβασης παρέμεινε στην Μ.Ε.Θ. για δύο ημέρες. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και έλαβε εξιτήριο μετά από εξαήμερη νοσηλεία στο χειρουργικό τμήμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην διεθνή βιβλιογραφία οι αναφορές αποφρακτικού ειλίου που οφείλονται σε ενδοκοιλιακές κύστες είναι σπάνιες. Έχουν προταθεί δύο μηχανισμοί περιγραφής του φαινομένου, είτε λόγω δημιουργίας συμφύσεων μεταξύ τοιχωμάτων της κύστης και των εντερικών ελίκων, είτε λόγω πειστικών φαινομένων που προκαλούν οι γιγάντιες αυτές κύστες. Εν κατακλείδι θα πρέπει εξετάζεται ως αίτιο της εντερικής απόφραξης η ύπαρξη από μακρόυ υφιστάμενης ενδοκοιλιακής κύστεως με αύξηση όμως των διαστάσεων της.

## 265. ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΟΓΚΟΣ ΣΠΛΗΝΟΣ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΑΣΘΕΝΗ

N. Ζάχαρη<sup>1</sup>, Π. Ξαπλαντέρη<sup>2</sup>, A. Μανώνα<sup>1</sup>, Σ. Ντίνε<sup>3</sup>, X. Πότσιος<sup>4</sup>, Γ. Ζάχαρης<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο, Πάτρα, <sup>2</sup>Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδος, Πάτρα, <sup>3</sup>Τεχνολόγος, Πάτρα, <sup>4</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ανατολικής Αχαΐας, <sup>5</sup>Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα κυριότερα πρωτοπαθή νεοπλασμάτα του σπληνός είναι αγγειακής προέλευσης. Μπορεί να είναι καλοήγη (αιμαγγείωματα) ή κακοήγη (αιμαγγειοσάρκωματα). Τα αιμαγγείωματα συνήθως είναι τυχαία εύρημα στο σπλήνα που αφαιρείται για άλλη αιτία. Και τα δύο εκδηλώνονται κλινικά με σπληνομεγαλία, κοιλιακό άλγος ή/και ρήξη σπληνός. Τα αιμαγγειοσάρκωματα είναι σπάνιοι επιθετικοί όγκοι με κακή πρόγνωση ιστοχημικά θετικά στα CD34, FVIIIIRAg, VEGFR3 και CD31. Η αντιμετώπιση είναι σπληνεκτομή.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας ασθενής 59 ετών προσήλθε αιτώμενος άλγος αριστερής κοιλιακής χώρας. Εργαστηριακές εξετάσεις: κ.φ. Φυσική εξέταση: Σπληνομεγαλία. Αξονική και Μαγνητική Τομογραφία: σπλήνας διογκωμένος διαστάσεων 15x11x13. Στη μέσότητά του: όγκος διαστάσεων 6x4,2x4cm. Στην πύλη του σπληνός 2 λεμφαδένες μέγιστης διαμέτρου 0,5 και 0,8 cm αντίστοιχα. Διενεργήθηκε Positron Emission Tomography με αποτελέσματα υπέρ κακοήθειας. Λόγω των παραπάνω ευρημάτων θεωρήθηκε ο όγκος αιμαγγειοσάρκωμα και ο ασθενής υποβλήθηκε σε σπληνεκτομή. Παθολογοανατομική εξέταση - Μακροσκοπικά: Όγκος με λοβιώδη/ μικρούβωδη διαμόρφωση. Ιστολογική εξέταση: Καλοήγητος αγγειακής φύσης αλλοίωση του σπληνός με επιμέρους ανοσομορφολογικούς χαρακτήρες σκληρυντικού, αγγειωμάτωσης, οξώδους μετατροπής. Αλλοιώσεις αντιδραστικής λεμφαδενοπάθειας στους δύο ανευρεθέντες λεμφαδένες στην πύλη του σπληνός.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα πρωτοπαθή νεοπλασμάτα σπληνός είναι σπάνιες νοσολογικές οντότητες. Η κλινική και εργαστηριακή διάκριση ενός καλοήθους από έναν κακοήγη σπληνικό όγκο αγγειακής προέλευσης είναι δύσκολη. Η διάγνωση τίθεται με σπληνεκτομή και ιστολογική εξέταση.

## 267. ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗ DIROFILARIA REPENS ΣΕ ΝΕΟ ΑΝΔΡΑ ΑΣΘΕΝΗ

Π. Ξαπλαντέρη<sup>1</sup>, Π. Πατρικάκος<sup>2</sup>, N. Ζάχαρη<sup>3</sup>, X. Πότσιος<sup>4</sup>, E. Αναστασίου<sup>1</sup>, Φ. Κολομίτσιου<sup>1</sup>, Ι. Σπηλιοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Ζάχαρης<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. Πατρών, <sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, <sup>3</sup>Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο, Πάτρα, <sup>4</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ανατολικής Αχαΐας, <sup>5</sup>Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Από το γένος *Dirofilaria* που ανήκει στους νηματώδεις σκώληκες, στον άνθρωπο προκαλούν νόσο τα είδη *D.immitis*, *D.repens*, και *D.tenuis*. Ο φυσικός ξενιστής του *D.repens* είναι ο σκύλος.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας ασθενής 24 ετών με ελεύθερο ιστορικό, εμφανίσε από ενός μηνός ανώδυνη, ψηλαφητή διόγκωση στο δεξιό λαγόνο βόθρο, που έβαινε επιδεινούμενη. Κατά την εξέτασή του στα τακτικά χειρουργικά ιατρεία έγινε διερευνητική διάνοιξη της βλάβης και αφαιρέθηκε ζωντανός νηματώδης σκώληκας μήκους 7cm που απεστάλη στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο, όπου τυποποιήθηκε ως *Dirofilaria repens*.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η *D.repens* είναι η κύρια αιτία διροφιλαρίωσης στην Ευρώπη και είναι ιδιαίτερος σπάνια. Στον άνθρωπο και στο σκύλο μεταδίδεται από δάγμα του κώλυπα *Aedes Anopheles*, και *Mansonia*. Ο σκύλος μεταδίδει τον σεξουαλικά ώριμο σκώληκα και άμεσα στον άνθρωπο. Στον άνθρωπο ο σκώληκας είναι σεξουαλικά ανεργός και προκαλεί εντοπισμένη λοίμωξη, χωρίς δυνατότητα μετάδοσης από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ο συγκεκριμένος ασθενής δεν είχε επαφή με κατοικίδια, δεν είχε ταξιδέψει εκτός Ελλάδος και επομένως πιθανολογείται η μετάδοση μέσω κουνουπιών. Στην Ελλάδα είναι το δεύτερο περιστατικό υποδορίας διροφιλαρίωσης που έχει αναφερθεί.

## 266. ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΛΟΓΩ ΣΥΣΤΡΟΦΗΣ ΔΟΛΗΧΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

X. Τζιουβάρας, X. Χριστοφοράκης, A. Μπράτκου, Θ. Λιγωμένου, K. Γαρέφης, B. Παπαδόπουλος, X. Δεμερτζίδης

Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η απόφραξη λόγω συστροφής παχέος ευθύνεται για το 5% περίπου των αποφρακτικών βλαβών του κόλου με αυξημένη επίπτωση στους υπερήλικες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περίπτωσης ισχαιμικής νέκρωσης σιγμοειδούς λόγω συστροφής.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας 80 ετών, προσήλθε στο Τ.Ε.Π. με μετεωρισμό κοιλίας, έντονο κοιλιακό άλγος από 24ώρου και επίσχεση αερίων και κοπράνων. Το ατομικό ιστορικό του ασθενούς ήταν αρτηριακή υπέρταση υπό φαρμακευτική αγωγή.

Από την κλινική εξέταση ο ασθενής παρουσίαζε εικόνα οξείας χειρουργικής κοιλίας. Η ακτινογραφία κοιλίας ανέδειξε έντονη διάταση ελίκων παχέος εντέρου και υδραερικά επιπεδα. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία, χωρίς περαιτέρω απεικονιστικό έλεγχο, η οποία ανέδειξε ισχαιμική νέκρωση λόγω συστροφής σιγμοειδούς χωρίς διάτρηση. Εκτελέστηκε σιγμοειδεκτομή και τελικο-τελική αναστόμωση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και μετά από νοσηλεία 7 ημερών εξήρθε. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ισχαιμική νέκρωση του τοιχώματος του εντέρου, χωρίς στοιχεία κακοήθειας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Κύριος προδιαθεσικός παράγοντας της συστροφής του σιγμοειδούς αποτελεί η ύπαρξη δοληχοσιγμοειδούς. Η λύση της συστροφής του παχέος, είτε ενδοσκοπικά σε πρώιμες καταστάσεις είτε χειρουργικά πρέπει να διενεργείται όσον το δυνατόν συντομότερα ούτως ώστε να προλαμβάνεται η νέκρωση ή και επί εγκατεστημένης νεκρώσεως, όπως στην οικεία περίπτωση, η διάτρηση και η περιτονίτιδα.

## 268. ΕΥΜΕΓΕΘΗΣ ΚΥΣΤΗ ΩΘΗΚΗΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΕΙΛΕΟΥ

I. Χριστοδούλου, Φ. Μενοίκου, A. Θεανού, X. Κουσερίμπας, A. Παπαγεωργίου, Δ. Αργυρός, Γ. Βελιμέζης

B' Χειρουργική κλινική, Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ευαισθητοποίηση των νέων ιατρών, και ειδικότερα των νέων χειρουργών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Παρουσιάζεται ασθενής 63 ετών που προσήλθε στο ΤΕΠ με διάταση κοιλίας και κοιλιακό άλγος με αναστολή αερίων και κοπράνων. Ο εργαστηριακός έλεγχος (ακτινογραφίες, κολονοσκόπηση) ανέδειξε εικόνα ειλεού του σιγμοειδούς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο χειρουργείο αποκαλυφθεί πίεση του σιγμοειδούς από ευμεγέθη συστροφείσα κύστη αριστεράς ωθήκης. Έγινε αφαίρεση en block της συστραφείσης κύστης προκρινόμενα να μη γίνει διασπορά του υλικού της στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε κυσταδένωμα ωθήκης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ύπαρξη ευμεγέθους κύστης ωθήκης μπορεί να προκαλέσει εξωτοιχωματική πίεση και τελικά αποφρακτικό ειλεό σιγμοειδούς. Η αφαίρεση en block της κύστης διασφαλίζει την μη διασπορά του υλικού της στην περιτοναϊκή κοιλότητα και λύνει τον ειλεό.

**269. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ**

Ν. Μπαλαγιάννης, Ε. Γρυσπολάκη, Ε. Νικολαΐδης, Α. Κεμπάπης, Χ. Ντούβλης, Η. Σκαλοτσιώτης, Ν. Μπόλanos, Δ. Αναγνωστόπουλος, Α. Χατζημιχάλης  
*Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ε.Α.Ν. Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ως αυτόματος πνευμοθώρακας ορίζεται η αιφνίδια παρουσία αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα χωρίς εμφανή εξωτερική αιτία. Στη πλειονότητα των περιπτώσεων πρόκειται για πρωτοπαθή αυτόματο πνευμοθώρακα ο οποίος παρουσιάζεται αιφνίδια στους νέους χωρίς συνοδό νόσο. Κύριος μηχανισμός ανάπτυξης πρωτοπαθούς αυτόματου πνευμοθώρακα είναι η ρήξη κάποιας υποϋπεζωκοτικής κύστης. Ο δευτεροπαθής αυτόματος πνευμοθώρακας συνοδεύεται από κλινικές και ακτινολογικές μαρτυρίες σοβαρής πνευμονικής νόσου, συχνότερα χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Η συχνότητα του αυτόματου πνευμοθώρακα επί ενεργού φυματίωσης κυμαίνεται από 0,6%-1,4%. Στη παρούσα εργασία παρουσιάζουμε μία σπάνια περίπτωση δευτεροπαθούς αυτόματου πνευμοθώρακα ως επιπλοκή ενεργού φυματίωσης.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Άνδρας ηλικίας 34 ετών, Αφγανικής καταγωγής, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων με ιστορικό δυσκολίας στην αναπνοή και νυχτερινών επιδρώσεων από τετραήμερο. Κατά τη προσέλευση ο ασθενής είχε ταχυκαρδία (123 σφύξεις /min), αρτηριακή πίεση (109/74 mmHg), ταχύπνοια (31 αναπνοές/min) και ο κορεσμός του αίματος εκμαιείτο από 88-92 % στον αέρα. Η αντικειμενική εξέταση αποκάλυψε μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στον αριστερό πνεύμονα, αύξηση της τυμπανικότητας κατά την επίκρουση στην ίδια περιοχή και ελαττωμένη έκπτυξη του αριστερού ημιθωρακίου ιδιαίτερα κατά τη προσπάθεια βαθείας εισπνοής. Οι αρχικές εργαστηριακές εξετάσεις ανέδειξαν αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων (12,4 x 10<sup>9</sup> /L) με πολυμορφοπυρήνωση, C αντιδρώσα πρωτεΐνη 146 mg /L και νάτριο 125 mg /dl. Ηνεφρική και η ηπατική λειτουργία ήταν φυσιολογικές ενώ οι δοκιμασίες πήξης του ήταν επίσης εντός των φυσιολογικών παραμέτρων. Η αρχική ακτινογραφία θώρακος απέδειξε ότι ο ασθενής έπασχε από πνευμοθώρακα του αριστερού ημιθωρακίου και μικρή πλευριτική συλλογή συστοίχως. Ετοποθετήθη σωλήνας θωρακοστομίας (bülau) στην αριστερή υπεζωκοτική κοιλότητα. Ο αριστερός πνεύμων επανέκτύχθηκε ικανοποιητικά ωστόσο αποφασίστηκε να υποβληθεί σε βρογχοσκόπηση. Η βρογχοσκόπηση απέδειξε ότι ο ασθενής έπασχε από φυματίωση και αντιμετώπιση άμεσα με τριπλό σχήμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ανάπτυξη δευτεροπαθούς αυτόματου πνευμοθώρακα επί ασθενών με ενεργό φυματίωση είναι εξαιρετικά σπάνια και παρατηρείται συνήθως σε πάσχοντες με κατεστραμμένο πνευμονικό παρέγχυμα. Ενοχοποιείται κυρίως η κεχροειδής μορφή της. Η παροχέτευση της υπεζωκοτικής κοιλότητας με σωλήνα θωρακοστομίας και η άμεση έναρξη αντιφυματικής αγωγής θεωρούνται καθοριστικά θεραπευτικά μέτρα.

**271. ΣΠΑΝΙΕΣ ΕΞΩΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ**

Μ. Σιούδα<sup>1</sup>, Δ. Ζαφειροπούλου<sup>2</sup>, Β. Καραμπάς<sup>1</sup>, Ν. Στάμος<sup>1</sup>, Ι. Πασσάς<sup>1</sup>, Γ. Κότσαλης<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο», <sup>2</sup>Αιματολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»*

**ΣΚΟΠΟΣ** Η παρουσίαση τριών περιπτώσεων οξείας παγκρεατίτιδας, στις οποίες παρουσιάστηκαν σπάνιες εξωπαγκρεατικές εκδηλώσεις στη διάρκεια αποθεραπείας.

**ΥΛΙΚΟ** Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν τρεις διαφορετικές περιπτώσεις ασθενών νοσηλευθέντων στο τμήμα τη τελευταία διετία με κοινά χαρακτηριστικά της οξείας σοβαρής, νεκρωτικής, παγκρεατίτιδας με δημιουργία περιπαγκρεατικών και απομακρυσμένων νεκρωτικών συλλογών χωρίς διαπίσηση. Πραγματοποιήθηκε στη βάση αναδρομικής μελέτης, καταγραφή των δημογραφικών και κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων των τριών ασθενών και βιβλιογραφική ανασκόπηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Η περίπτωση του 1<sup>ου</sup> ασθενούς, αφορούσε θήλυ ηλικίας 67 ετών, στην οποία κατά την έκτη εβδομάδα από την έναρξη της παγκρεατίτιδας και επί παρουσίας απομακρυσμένων οπισθοπεριτοναϊκών walled off (WON) – περιχαρακωμένων νεκρώσεων παρουσιάστηκαν επίμονες, άσηπτες και οροαρνητικές αρθρίτιδες κατ'ώμων αρθρώσεων αμφοτερόπλευρα, ανθεκτικές στην φαρμακευτική αγωγή με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και με μερική ανταπόκριση στην θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή. Το παραπάνω σύνδρομο παρουσίασε αυτόματη ύφεση άμεσα με την χειρουργική απομάκρυνση των νεκρώσεων. Η 2<sup>η</sup> περίπτωση αφορούσε άνδρα ηλικίας 77 ετών, στον οποίο με την αποδρομή των οξέων εκδηλώσεων από την 3<sup>η</sup> εβδομάδα μετά την έναρξη, επέμενε σταθερά έως και 4 μήνες αναμια στα πλαίσια φλεγμονής (άσηπτες WON) με διακύμανση της αιμοσφαιρίνης 7-9 g/dl, ελαττωμένο σίδηρο ορού και αύξηση της φερριτίνης. Η παραπάνω εκδήλωση ενώ παρέμεινε ανθεκτική στη θεραπεία με ερυθροποιητίνη, παρουσίασε αυτόματα υποχώρηση, η οποία συνοδεύτηκε από την απεικονιστική εξάλειψη των περιχαρακωμένων νεκρωτικών συλλογών. Η 3<sup>η</sup> περίπτωση αφορούσε θήλυ ηλικίας 17 ετών, στην οποία μετά την αποδρομή της νόσου εμφανίστηκε παροδική καθολική αλωπεκία, στην διερεύνηση της οποίας δεν εντοπίστηκαν εργαστηριακές αποκλίσεις όσον αφορά ηλεκτρολύτες, ιχνοστοιχεία και βιταμίνες και μοναδικός προφανής ενοχοποιητικός παράγοντας ήταν το άγχος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Από τις παραπάνω περιπτώσεις, μπορεί απόλυτα να δικαιωθεί ο χαρακτηρισμός της οξείας παγκρεατίτιδας ως πολυσυστηματικό νόσημα.

**270. ΣΧΙΣΤΟΣΩΜΙΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΣΚΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΕΥΡΗΜΑ**

Μ. Φακάλου, Α. Ζώικας, Χ. Κουσερίμπας, Φ. Μενοίκου, Ι. Χριστοδούλου, Ν. Νικήτακης, Γ. Βελιμέζης  
*Β' Τμήμα Γενικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανεύρεση σχιστοσώματος σε σκληροειδή απόφυση είναι πολύ σπάνια, ιδίως στις ανεπτυγμένες χώρες. Προς την ενημέρωση των νέων ιατρών και ιδιαίτέρως των χειρουργών, παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από ένα τέτοιο εξαιρετικά σπάνιο περιστατικό.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής άρρεν 32 ετών, μετανάστης από Ασιατική χώρα, ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας με σημεία και συμπτώματα οξείας σκληροειδίτιδας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα σκληροειδεκτομή. Στο παρασκήσια ανευρέθη σχιστόσωμα. Συμπληρωματικά χορηγήθηκε αντιπαρασιτική αγωγή.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η σκληροειδίτις ως απότοκος σχιστοσώματος είναι σπάνια σε ενδημικές (6.2%) όσο και σε μη ενδημικές περιοχές (0.001%) του πλανήτη. Τα αυγά του παρασίτου αποφράσσουν τον αυλό και προκαλούν έντονη λεμφοζιακή φλεγμονώδη αντίδραση. Η διάγνωση τίθεται μετεχειρητικά, ενώ κρίνεται αναγκαία η χορήγηση αντιπαρασιτικών φαρμάκων. Σκόπιμη κρίνεται και η υγειονομολογική-περιβαλλοντική διερεύνηση για τον περιορισμό της εξάπλωσης του παρασίτου.

**272. ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Κ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Κ. Παπαδημητρίου<sup>2</sup>, Κ. Σουλτάνη<sup>1</sup>, Σ. Καραφιάς<sup>3</sup>, Α. Γυφτόπουλος<sup>4</sup>, Β. Νόλας<sup>5</sup>, Κ. Σιαφάκας<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Θωρακοχειρουργική Κλινική, 251 Γ.Ν.Α., <sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική, 251 Γ.Ν.Α., <sup>3</sup>Εργαστήριο Μικροβιολογίας, 251 Γ.Ν.Α., <sup>4</sup>Τμήμα Μαγνητικής Τομογραφίας, 251 Γ.Ν.Α., <sup>5</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, 251 Γ.Ν.Α.*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση της διάγνωσης και της αντιμετώπισης ασθενούς με πολλαπλή εχινόκοκκιαση πνευμόνων και ήπατος και αρνητικό ορολογικό έλεγχο για αντισώματα έναντι εχινόκοκκου.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 64 ετών, ασυμπτωματικός, κτηνοτρόφος στο επάγγελμα, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό παραπέμφθηκε στην κλινική μας για αντιμετώπιση κύστεων σε αμφοτέρους τους πνεύμονες που ανευρέθησαν στα πλαίσια διερεύνησης γιγαντιαίου αιμαγγειώματος και κύστεως ήπατος. Ο ορολογικός έλεγχος αντι-εχινόκοκκικών αντισωμάτων ήταν αρνητικός. Ο έλεγχος με μαγνητική τομογραφία ανέδειξε καλοήθεις κύστες σε πνεύμονες και ήπαρ χωρίς να αποκλείεται η πιθανότητα εχινόκοκκου. Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε επίσης βρογχογενείς ή περικαρδιακές κύστεις.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο ασθενής υπεβλήθη αρχικώς σε αριστερή θωρακοσκόπηση λόγω του μεγαλύτερου μεγέθους της κύστεως στο αριστερό ημιθωράκιο με ισχυρή υποψία εχινόκοκκου. Κατά την είσοδο στην υπεζωκοτική κοιλότητα αναγνωρίστηκε ευμεγέθης ελασβεστωμένη κύστη εξορμώμενη από τη γλωσσίδα, εικόνα τυπική για εχινόκοκκο κύστη. Προς αποφυγή διασποράς διενεργήθη προσθηπλάγια θωρακοτομή, απομόνωση της κύστης με γάζες εμπλουτισμένες με υπέρτονο διάλυμα NaCl 15% και περικυστεκτομή. Η μετεχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ανεπίπλεκτη. Αντιπαρασιτική αγωγή με αλβενδαζόλη έλαβε χώρα από το απόγευμα της επέμβασης η οποία και συνεχίστηκε για τρεις μήνες. Ένα μήνα μετά ο ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιά θωρακοτομή και μαρτυρημένη της δεξιάς εχινόκοκκου κύστεως κι έπειτα από σαράντα ημέρες σε λαπαροτομία και αφαίρεση της εχινόκοκκου κύστεως στο ήπαρ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η εχινόκοκκος κύστη αποτελέσσε σπάνια κλινική οντότητα που προκαλείται από το παράσιτο *Echinococcus granulosus*. Ο άνθρωπος νοσεί μετά από επαφή με σκύλους ή γάτες (ενδιάμεσοι ξενιστές) ή μετά από κατανάλωση μολυσμένου νερού. Η υδάτινα κύστη των πνευμόνων είναι επικίδυνη καθώς μπορεί να ραγεί και να προκαλέσει αναφυλακτικό σοκ. Τα αντιεχινόκοκκικά αντισώματα έχουν ευαισθησία 70% και η απουσία τους δεν αποκλείει τη νόσο όπως στο περιστατικό που παρουσιάζουμε. Καλληλότερη θεραπεία αποτελεί η χειρουργική αφαίρεση ή μαρτυροποίηση σε συνδυασμό με αντιπαρασιτική αγωγή.

## 273. ΑΠΡΟΒΛΕΠΤΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Β. Καραμπάς<sup>1</sup>, Δ. Ζαφειροπούλου<sup>2</sup>, Μ. Σιούλα<sup>1</sup>, Ι. Δαμηλάκης<sup>1</sup>, Δ. Θεοδωρόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Κότσαλη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας- Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο», <sup>2</sup>Αιματολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π «Μεταξά»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μια ενδιαφέρουσας περίπτωσης χειρουργημένου ασθενούς και η μελέτη των παθογενετικών μηχανισμών της θρομβοπενίας, την οποία παρουσίασε κατά τη νοσηλεία του.

**ΥΛΙΚΟ:** Υλικό της μελέτης αποτέλεσε 82χρονος ασθενής με οξεία χολοκυστίτιδα και ατομικό αναμνηστικό καρδιακής ανεπάρκειας, πνευμονικής υπέρτασης, χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, αρτηριακής υπέρτασης και καταθλιπτικής συνδρομής. Μετά την αρχική αντιμετώπιση μέσω διαδερμικής χολοκυστοστομίας ο ασθενής υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή εξαιτίας της εμμονής του άλγους και του εμπυρέτου. Ενώ η γενική κατάσταση του ασθενούς βελτιωνόταν όσον αφορά τις κλινικο-εργαστηριακές παραμέτρους, παρουσιάστηκε δυσκολία στην επανασίτιση του λόγω κυρίως της άρνησης λήψης τροφής και δευτερευόντως λόγω κάποιων περιστασιακών εμετών. Την 10<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής παρουσίασε εμπύρετο 39<sup>ο</sup>C. Πραγματοποιήθηκε αλλαγή θέσης της κεντρικής γραμμής και έγινε εμπειρικά έναρξη βανκομυκίνης ενδοφλεβίως. Το επόμενο 24ωρο ο αριθμός των αιμοπεταλίων παρουσίασε πτώση 50% της προηγούμενης τιμής (100.000/μl) και διακόπηκε η χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη. Την επόμενη ημέρα τα αιμοπετάλια έπεσαν στις 50.000/ μl, οπότε παρατηρήθηκε οίδημα αριστερού άνω άκρου (θρόμβωση της υποκλειδίου φλέβας) και χορηγήθηκε fondaparinux (υποψία συνδρόμου HIT δεν επιβεβαιώθηκε ανοσολογικά). Η κατάσταση βελτιώθηκε από την 18<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα με βαθμιαία αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων σε φυσιολογικές τιμές.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στον ασθενή ως αίτια της θρομβοπενίας θα μπορούσαν να ενοχοποιηθούν: 1) η αυξημένη περιφερική καταστροφή (σήψη, πνευμονική υπέρταση, καθυστερήσεις στα μεγάλα αγγεία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ανοσολογικές αντιδράσεις από φάρμακα-αντιβιοτικά, θειαζιδικά διουρητικά, ηπαρίνη και αιμοσφαίωση) και 2) η μειωμένη παραγωγή ή αυξημένη κατανάλωση λόγω της χειρουργικής επέμβασης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στους μετεγχειρητικούς ασθενείς, συνυπάρχουν πολλαπλοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί, οι οποίοι μπορεί να προκαλέσουν θρομβοπενία γεγονός που καθιστά δύσκολη την επικέντρωση και την αντιμετώπιση των γενεσιουργών αιτίων.

## 275. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΚΟΛΩΜΑΤΩΣΗΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΜΗ ΑΝΑΤΑΣΣΟΜΕΝΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ

Α. Μπράτκου, Κ. Γαρέφης, Θ. Λιγώνη, Χ. Τζιουβάρας, Ι. Τριανταφυλλίδης, Β. Παπαδόπουλος, Χ. Δεμερτζίδης

Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η παρουσία εκκολωμάτων στο λεπτό έντερο είναι εξαιρετικά σπάνια, με εξαίρεση το εκκολώμα Meckel, ανευρίσκεται δε σε ποσοστό μικρότερο από 0,5%. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία παραμένουν ασυμπτωματικά και αποτελούν τυχαία διεγχειρητικό ή ακτινολογικό εύρημα ενώ σε ποσοστό 15% μπορούν να επιπλακούν.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης εκκολωμάτωσης λεπτού εντέρου η οποία διαπιστώθηκε διεγχειρητικά κατά την αντιμετώπιση μη ανατασσομένης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αντρας 88 ετών, προσήλθε στο ΤΕΠ με άλγος επιγαστρικό από 8ώρου λόγω μη ανατασσομένης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης επί εδάφους μέσης υπερ-υπομφαλίου τομής, αναστολή αποβολής αερίων και κοπράνων από 24ώρου και εμέτους. Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώνεται μη ανατάξιμη μετεγχειρητική κήλη μεταξύ ομφαλού-ξίφοειδούς και απουσία κοπράνων στη λήκυθο του ορθού κατά τη δακτυλική εξέταση. Υγραερικά επίεδα λεπτού απεικονίσθηκαν στην απλή ακτινογραφία κοιλίας. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε εντερική έλικα εγκλωβισμένη στον κηλικό σάκο χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις, η οποία ανατάχθηκε μετά από συμφυσίωση. Σε παρακείμενη έλικα του λεπτού εντέρου διαπιστώνονται εκκολώματα εντοπιζόμενα περί την μεσότητα αυτού, χωρίς εικόνα φλεγμονής. Μετά την εκτομή του κηλικού σάκου πραγματοποιήθηκε σύγκλιση της μέσης γραμμής. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 5<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα εκκολώματα του λεπτού εντέρου αποτελούν σπάνια οντότητα του γαστρεντερικού σωλήνα. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων διαπιστώνονται τυχαία χωρίς, ωστόσο, να εκλείπουν και οι επιπλοκές που θα απαιτήσουν χειρουργική παρέμβαση.

## 274. ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΚΩΛΗΚΟΙΔΕΚΤΟΜΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Χ. Κουσερίμπας<sup>1</sup>, Μ. Αγγελή<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Β' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Αττικής "Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμινγκ", <sup>2</sup>Τμήμα Παιδιατρικής, St. Elisabeth academic hospital of Neuwied, Germany

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εμφάνιση πλευριτικής συλλογής είναι μια εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή μετά από λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή, αφού μέχρι στιγμής έχουν καταγραφεί μόνο τρεις κλινικές περιπτώσεις σε ενήλικες στη διεθνή βιβλιογραφία.

Ακολουθως περιγράφεται το πρώτο, στη διεθνή βιβλιογραφία, κλινικό περιστατικό δεξιάς πλευριτικής συλλογής μετά από λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή σε παιδιατρικό ασθενή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ασθενής 9 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με οξύ κοιλιακό άλγος, ναυτία, έμετο και δεκατική πυρετική κίνηση και υπεβλήθη σε λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή μετά από διάτρηση της σκωληκοειδούς απόφυσης. Στην έβδομη μετεγχειρητική μέρα ο ασθενής παρουσίασε δεξιά πλευριτικό άλγος συνοδευόμενο από δύσπνοια σε ύπτια θέση. Κλινικά τέθηκε η υποψία πλευριτικής συλλογής η οποία επιβεβαιώθηκε μετά από λήψη ακτινογραφίας θώρακος. Ακολούθησε παρακέντηση της συλλογής και τοποθέτηση σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Σκοπός της παρούσας κλινικής περίπτωσης είναι η ευαισθητοποίηση της χειρουργικής κοινότητας όσον αφορά το κίνδυνο εμφάνισης πλευριτικής συλλογής μετά από λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή, καθώς και η πρόταση μέτρων προς αποφυγή αυτής της επιπλοκής, όπως ο περιορισμός του όγκου υγρού κατά την περιτοναϊκή πλύση, η χρήση παροχέτευσης και χαμηλής πίεσης κατά το χειρουργείο και η αποφυγή υπερβολικής κλίσης κατά την τοποθέτηση στην Trendelenburg θέση.

## 276. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΝΕΠΕΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ 2.858 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Σ. Καπτανής, S. Tang, J. Haddow

London Surgical Research Group

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στο Ηνωμένο Βασίλειο (HB) δεν υπάρχουν γενικά καθορισμένα συνιστώμενα όρια εκτομής στις επεμβάσεις διατήρησης μαστού. Μετά από δυο μετα-ανάλυσεις, η ASCO πρότεινε ως όριο στο διηθητικό καρκίνο μαστού την έλλειψη μελάνης επί του καρκίνου στα άκρα του παρασκευάσματος ("no ink on tumor"), και στο πορογενές καρκίνωμα in situ (DCIS) τα 2 χιλιοστά. Το 2015 η ABS πρότεινε όρια 1 χιλιοστού και για το διηθητικό και για το in situ καρκίνωμα. Τα ευρύτερα όρια δε μειώνουν την πιθανότητα τοπικής υποτροπής, ενώ οδηγούν σε περισσότερες επανεπεμβάσεις, χειρότερο αισθητικό αποτέλεσμα, λιγότερη ικανοποίηση της ασθενούς, καθυστέρηση της συστηματικής θεραπείας και αυξημένο κόστος για το σύστημα υγείας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Όλα τα κέντρα χειρουργικής μαστού στο HB κλήθηκαν να συμμετέχουν μέσω ειδικευμένων, μελών χειρουργικών ερευνητικών ομάδων. Συλλέχθηκαν δεδομένα για ασθενείς που χειρουργήθηκαν μεταξύ 01/02/2016-31/05/2016 σε ασφαλή online βάση δεδομένων (REDCap). Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 23.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 79 κέντρα (149 ερευνητές) συμμετείχαν στη μελέτη και συγκεντρώθηκαν δεδομένα για 2858 επεμβάσεις. Το συνολικό ποσοστό επανεπέμβασης ήταν 17.7%. Η παρουσία in situ καρκινώματος (p=0.0001), λοβιακού καρκινώματος (p=0.02), υψηλότερου βαθμού κακοήθειας (p=0.0016), το μεγαλύτερο μέγεθος όγκου (p=0.0001), τα κοντινά μη θετικά όρια εκτομής (p=0.0001), το μικρότερο βάρος τελικού παρασκευάσματος (p=0.0001), η νεαρότερη ηλικία (p=0.02) και το μικρότερο σωματικό βάρος (p=0.029) ήταν παράγοντες που σχετιζόνταν με επανεπέμβαση λόγω θετικών ορίων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το ποσοστό επανεπέμβασης θα μειωνόταν μόνο λίγο αν ακολουθούσαν τα πρότυπα ASCO (15%) ή ABS (14.8%) από όλα τα κέντρα. 65% των επανεπεμβάσεων γίνονται λόγω παρουσίας μελάνης επί του καρκίνου στα άκρα του παρασκευάσματος. Χρειάζεται καλύτερη αναγνώριση των ασθενών υψηλού ρίσκου, βελτίωση της προεγχειρητικής εκτίμησης του μεγέθους του όγκου και πιθανώς χρήση πρόσθετων διεγχειρητικών μεθόδων εκτίμησης των ορίων για να επιτύχουμε καλύτερα αποτελέσματα.



**277. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗΣ ΡΙΝΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΜΕ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ ΠΛΕΥΡΙΚΟΥ ΧΟΝΔΡΟΥ**

A. Κυπραίου  
 Διευθύντρια Τμήματος Λειτουργικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής Ρινός, Νοσοκομείο ΜΗΤΕΡΑ

Η ρινοπλαστική είναι η επέμβαση που αφορά την αλλαγή του σχήματος της μύτης. Περιλαμβάνει πάντα τη διόρθωση του ρινικού διαφράγματος ώστε η νέα μύτη να είναι απόλυτα λειτουργική.

Οι δύο επεμβάσεις γίνονται ταυτόχρονα και είναι σε άμεση σχέση μεταξύ τους καθώς τμήματα του χονδρικού διαφράγματος χρησιμοποιούνται στη ρινοπλαστική αλλά και η στήριξη της νέας μύτης και η κλίση του ακρορρινίου έχουν άμεση σχέση με το πρόσθιο διάφραγμα.

Ο αριθμός των επεμβάσεων ρινοπλαστικής είναι υψηλός αφού είναι μια επέμβαση με μεγάλη ζήτηση. Έχουν όμως παράλληλα αυξηθεί και τα περιστατικά των επιπλοκών τόσο στο λειτουργικό όσο και στο αισθητικό μέρος της επέμβασης, καθώς πολλοί χειρουργοί εμπλέκονται χωρίς να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι.

Η επανορθωτική ρινοπλαστική δίνει τις λύσεις ακόμη και σε περιπλοκα περιστατικά με τη χρήση πάντα μοσχευμάτων από τον ίδιο ασθενή.

Παρουσιάζουμε ένα ιδιαίτερο περιστατικό αποκατάστασης με χρήση μοσχευμάτων πλευρικού χόνδρου. Πρόκειται για μια εξελιγμένη επέμβαση με την οποία μπορούμε να επαναφέρουμε τη στήριξη στον κατεστραμμένο σκελετό της μύτης από προηγούμενη επέμβαση ή τραύμα ή ατύχημα αντίστοιχα.

Η μετεγχειρητική ανάρρωση είναι γρήγορη και έχουμε άριστα τόσο λειτουργικά όσο και αισθητικά αποτελέσματα.

**279. ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΕΣ ΕΜΒΟΕΣ-ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

E. Βαζαίου<sup>1</sup>, A. Βαζαίου<sup>2</sup>, B. Μανέττας<sup>1</sup>, Γ. Καραγεώργος<sup>1</sup>, A. Καρδάμα<sup>3</sup>, K. Πλατάρη<sup>4</sup>, Δ. Λυτρίβη<sup>5</sup>, X. Σάχ<sup>6</sup>

<sup>1</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>2</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς», <sup>4</sup>Οφθαλμολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>5</sup>ΜΕΘ Παιδών, Γ.Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», <sup>6</sup>Τμήμα Επειγόντων, Γ.Ν. Θήρας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι υποκειμενικές εμβοές είναι ακουστοί ήχοι οι οποίοι παράγονται στο νευροαισθητήριο ακουστικό σύστημα και γίνονται αντιληπτές μόνο από τον πάσχοντα. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη των συντηρητικών θεραπειών αντιμετώπισης τους καθώς όλο και αυξανόμενο ποσοστό ατόμων μεταξύ 40-70 ετών βρίσκονται αντιμετώπιζομεν με αυτό το τόσο ενοχλητικό σύμπτωμα.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναζητήθηκαν και μελετήθηκαν μέσα από διεθνείς βάσεις δεδομένων όλες οι συντηρητικές (διατροφικές, φαρμακευτικές, με ειδικές συσκευές) θεραπείες για την αντιμετώπιση των υποκειμενικών εμβοών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με την προσεκτική παρατήρηση στις αναφορές της συμπτωματολογίας σε συνάρτηση με τον τρόπο ζωής των ασθενών με υποκειμενικές εμβοές, έχουν προταθεί γενικές οδηγίες όπως, αποφυγή θορύβου, διακοπή καπνίσματος, μη λήψη διεγερτικών ουσιών(καφές, σοκολάτα, τσάι, κόκα-κόλα), αποφυγή λήψης ασπιρίνης και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων καθώς και η αποφυγή υπερβολικής κόπωσης αλλά η ενθάρρυνση για ελαφρά άθληση. Οι φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει βιταμίνες, αγγειοδιασταλτικά, αντισπασμωδικά, αντικαταθλιπτικά, αναστολείς του ασβεστίου καθώς και φυτικά σκευάσματα όπως αυτά που περιέχουν Gingo biloba. Στις συσκευές που προτείνονται στους ασθενείς συναντάμε, γεννήτριες θορύβου για εθισμό στις εμβοές, ηλεκτρικός ερεθισμός με διαδερμική συσκευή ηλεκτροδιέγερσης. Στις εναλλακτικές θεραπείες συναντάμε την ιοντοφόρηση, το βελονισμό και την υπνοθεραπεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι εμβοές είναι σύμπτωμα και όχι νόσος. Παρότι καταφέρνουμε στις περισσότερες περιπτώσεις να αναγνωρίσουμε και να θεραπεύσουμε το αίτιο που τις προκαλέσει (π.χ. ωτίτιδα, αναιμία, φάρμακα, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης κ.α.) οι εμβοές μπορεί να παραμείνουν. Καθώς αρκετές φορές η αντιμετώπιση των υποκειμενικών εμβοών είναι απογοητευτική, φράσεις όπως «δεν μπορεί να γίνει τίποτα» ή «θα πρέπει να μάθετε να ζείτε με αυτές» δεν έχουν θέση στην αντιμετώπιση του ασθενούς. Οι επιλογές θεραπείας αυτού του τόσο ενοχλητικού συμπτώματος για τον ασθενή, πρέπει να προτείνονται στον πάσχοντα μαζί πάντα με τον καθησυχασμό ότι οι εμβοές μετά από κάποιο χρονικό διάστημα υποχωρούν αυτόματα στην συντριπτική πλειοψηφία των πασχόντων.

**278. ΑΙΘΟΥΣΑΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

E. Βαζαίου<sup>1</sup>, A. Βαζαίου<sup>2</sup>, Γ. Καραγεώργος<sup>1</sup>, B. Μανέττας<sup>1</sup>, A. Καρδάμα<sup>3</sup>, Δ. Λυτρίβη<sup>4</sup>, X. Σάχ<sup>5</sup>

<sup>1</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>2</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς», <sup>4</sup>ΜΕΘ Παιδών, Γ.Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», <sup>5</sup>Τμήμα Επειγόντων, Γ.Ν. Θήρας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διατήρηση της ισορροπίας είναι μια αισθητηριοκινητική λειτουργία που συντελείται σε τρεις φάσεις. Συλλογή πληροφοριών από το οπτικό, το αιθουσαίο και το ιδιοδεκτικό σύστημα οι οποίες άγονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Στο ΚΝΣ γεννώνται οι κινητικές εντολές. Οι εντολές αυτές μεταβιβάζονται στο μυοσκελετικό σύστημα και τη διατήρηση της ισορροπίας. Σκοπός της εργασίας είναι η κατηγοριοποίηση της αιτιοπαθογένειας των αιθουσαίων διαταραχών και οι επιλογές αντιμετώπισης τους.

**ΥΛΙΚΟ:** Έγινε εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση και αναζητήθηκαν όλα τα φαρμακευτικά και φυσιοθεραπευτικά πρωτόκολλα καθώς και οι χειρουργικές επεμβάσεις αντιμετώπισης των αιθουσαίων διαταραχών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι αιθουσαίες διαταραχές οφείλονται κατά κύριο λόγο σε καλοήγη παροξυσμικό ίλιγγο θέσης (ΚΠΙΘ), αιθουσαία νευρονίτιδα, νόσο Meniere, ωτοχειρουργικές επεμβάσεις, λαβυρινθίτιδα, φάρμακα. Για την διάγνωσή τους χρησιμοποιούνται η κλινική εξέταση, ο εργαστηριακός έλεγχος, οι ακολογικές δοκιμασίες, η ηλεκτρονυσταγμογραφία, οι δοκιμασίες οφθαλμικών κινήσεων και νυσταγμού θέσεως, οι θερμικές δοκιμασίες, η ισορροπομετρία. Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται ανάλογα με το αίτιο είναι τα αντιβιοτικά, τα αντιφλεγμονώδη, τα κατασταλτικά του λαβυρίνθου, τα διουρητικά, η κορτιζόνη, οι χειρουργικές επεμβάσεις του ωτός όπως η μυριγγοτομή, η αποσυμπίεση του ενδολεμφικού σάκου, η διατομή του αιθουσαίου νεύρου. Φυσικοθεραπευτικά χρησιμοποιούνται ο χειρισμός Erley ή Semont, οι ασκήσεις προσαρμογής, οι αιθουσαίες ηλεκτρικός ερεθισμός, η οπτική επανατροφοδότηση σταθερομετρικής επανεκπαίδευσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αίτια των αιθουσαίων διαταραχών που χρήζουν ωτορινολαρυγγολογικής αντιμετώπισης είναι τέτοια ώστε μας επιτρέπουν, κάποια από αυτά να τα αντιμετωπίσουμε συντηρητικά μόνο με ασκήσεις αποκατάστασης π.χ. ο ΚΠΙΘ. Κάποια άλλα απαιτούν τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων π.χ. αιθουσαία νευρονίτιδα και τέλος αυτά που απαιτούν χειρουργική επέμβαση π.χ. λαβυρινθίτιδα. Η ορθή αναγνώριση της αιθουσαίας διαταραχής σε εύλογο χρονικό διάστημα είναι ωφέλιμη για τον ασθενή διότι θα έχει τη σωστότερη αντιμετώπιση χωρίς να υποβληθεί σε μεγάλο αριθμό εξετάσεων.

**280. ΑΝΑΙΜΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ: ΑΙΤΙΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

I. Παπαϊωάννου<sup>1</sup>, Γ. Πανταζίδου<sup>2</sup>, A. Μπαϊκούσης<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, <sup>2</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, <sup>3</sup>Διευθυντής, Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσης εργασίας είναι να παρατεθούν τα αίτια και η διαγνωστική προσέγγιση της αναιμίας των ηλικιωμένων. Επιπλέον ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στον παθοφυσιολογικό μηχανισμό της αναιμίας χρόνιας νόσου και στις νέες προσπάθειες θεραπευτικής προσέγγισής της. Τέλος παρατίθενται κάποιες υποθέσεις για την αναιμία αγνώστου αιτιολογίας, η οποία αποτελεί συχνή οντότητα στους ασθενείς αυτούς.

**ΥΛΙΚΟ:** για την εργασία χρησιμοποιήθηκαν αναφορές από την διεθνή βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων (>65) αυξάνεται ραγδαία και τα συστήματα υγείας έρχονται ολοένα και περισσότερο αντιμέτωπα με αυτή την ηλικιακή ομάδα. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στις ΗΠΑ ο πληθυσμός άνω των 65 ετών αναμένεται να φτάσει το 2030 στο 20%, ενώ ο αριθμός των ατόμων άνω των 85 ετών αναμένεται να πενταπλασιαστεί. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν συσχετίσει την αναιμία των ηλικιωμένων με αυξημένη νοσηρότητα, θνητότητα καθώς και λειτουργική αλλά και γνωστική έκπτωση. Επιπλέον είναι γεγονός ότι η αναιμία υπιδιαγινώσκει και υποτιμάται λόγω των πολλών συνοδών παθήσεων που έχουν αυτοί οι ασθενείς και συχνά θεωρείται λανθασμένα ως δεύτερης γραμμής πρόβλημα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** η αναιμία των ηλικιωμένων αποτελεί πολύ συχνό πρόβλημα και η απειλή της για την γενική κατάσταση του ασθενούς είναι καλά τεκμηριωμένη στην βιβλιογραφία. Ωστόσο η παθογένεια της είναι πολυπαραγοντική, ενώ η διάγνωση της υποκειμενικής αιτίας καθώς και η ενδεδειγμένη θεραπεία της είναι ιδιαίτερα απαιτητική και πολύπλοκη. Έτσι κλινικοί ιατροί που αντιμετωπίζουν τέτοιους ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην αναιμία των ηλικιωμένων, να συνηθέστερα διατροφικά ελλείματα καθώς και τις νέες προσπάθειες θεραπείας της αναιμίας χρόνιας νόσου. Τέλος η αναγνώριση της συμμετοχής της εφιδίτης, ενός αντιμικροβιακού πεπτιδίου, στην παθογένεια της αναιμίας της χρόνιας νόσου αποτελεί θεμέλιο λίθο στην έρευνα για τις νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

## 281. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΚΕΝΤΡΩΝ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ι. Παπαϊωάννου<sup>1</sup>, Γ. Πανταζίδου<sup>2</sup>, Α. Μπαϊκούσης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, <sup>2</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Πατρών, <sup>3</sup>Διευθυντής, Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσης εργασίας είναι να δοθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες για την εκτίμηση των ηλικιωμένων που πάσχουν από λοιμώξεις και διαμένουν με δομές χρόνιας-κλειστής νοσηλείας.

**ΥΛΙΚΟ:** για την εργασία χρησιμοποιήθηκαν αναφορές από την διεθνή βιβλιογραφία και βάση αυτής είναι οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής εταιρίας λοιμώξεων για τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε κέντρα χρόνιας νοσηλείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** ο ολοένα και αυξανόμενος πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων είναι θεμελιώδες ζήτημα για τις σύγχρονες κοινωνίες, διότι απαιτούν αυξημένη φροντίδα και συνδέονται με υψηλή νοσηρότητα. Οι λοιμώξεις (ουρολοίμωξη, πνευμονία, λοιμώξεις δέρματος, γαστρεντερικές και περιπροθετικές λοιμώξεις) των ηλικιωμένων αυτών αποτελούν σημαντικότερη αιτία νοσηρότητας και θνητότητας. Η ευπάθεια των ηλικιωμένων στις λοιμώξεις είναι καλά τεκμηριωμένη στην βιβλιογραφία. Η επηρεασμένη λειτουργική / πνευματική λειτουργία, η παρουσία συνοδών παθήσεων, η δυσκολία στην αναγνώριση της λοίμωξης, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιβιοτικών, η συμβίωση και η κακή χρήση των αντιβιοτικών στις μονάδες αυτές συμβάλλουν σημαντικά στην αυξημένη επίπτωση των λοιμώξεων. Έτσι ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να γνωρίζει τις δυνατότητες του κέντρου στο οποίο ασκεί το επάγγελμά του και να μπορεί να τις χρησιμοποιεί όσο το δυνατόν καλύτερα. Επίσης θα πρέπει να γνωρίζει τα ύποπτα συμπτώματα που οδηγούν στην διάγνωση της λοίμωξης, μιας και αυτά πολλές φορές διαφέρουν στους ηλικιωμένους, ενώ θα πρέπει να γνωρίζει τις βασικές αρχές οργάνωσης του κέντρου ώστε να προλαμβάνονται ή τουλάχιστον να διαγιγνώσκονται εγκαίρως οι λοιμώξεις.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Επειδή η διάγνωση των λοιμώξεων είναι ιδιαίτερα απαιτητική γι' αυτήν την ομάδα πληθυσμού, οι κλινικοί που ασχολούνται με τέτοιους ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν τον αλγόριθμο διαχείρισης των συνηθέστερων λοιμώξεων που παρουσιάζεται στην παρούσα εργασία.

## 283. ΕΥΡΕΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΤΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΕΣΥ

Δ. Καρανίκας<sup>1</sup>, Χ. Καρανίκας<sup>2</sup>, Ε. Θωραϊός<sup>3</sup>

<sup>1</sup>υποψ. MSc Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, <sup>2</sup>PhD, Ερευνητής Ηλεκτρονικής Υγείας, IEA, <sup>3</sup>Ιατρός, Γενικός Γραμματέας IEA

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στη παρούσα εργασία γίνεται αναφορά στο νοσοκομειακό φάρμακο από πλευράς δαπάνης χρησιμοποιώντας δεδομένα νοσοκομείων ΕΣΥ. Στόχος της εργασίας πέραν της στατιστικής περιγραφής (για τα έτη 2009-2012) είναι η εύρεση συσχετίσεων της δαπάνης φαρμάκου με τις άλλες δαπάνες και τα βασικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων (για το 2012).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν περιλαμβάνουν οικονομικά (ετήσιες δαπάνες και δαπάνες σε βασικές κατηγορίες) και λειτουργικά στοιχεία (αριθμός νοσηλευόμενων ασθενών και ημέρες νοσηλείας) των νοσοκομείων, όπως αυτά καταγράφονται σε διαδικτυακή εφαρμογή του Υπουργείου Υγείας. Εφαρμόζουμε αλγόριθμους Relevance Analysis και Association Rules μέσω των οποίων θα ανακαλύψουμε πιθανούς κανόνες συσχέτισης της δαπάνης φαρμάκου με τις άλλες δαπάνες νοσοκομείων και βασικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα ευρήματα της μελέτης φανερώνουν ότι η μέση φαρμακευτική δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας κατά το 2012 φτάνει τα 71,9 ευρώ και είναι μειωμένη κατά 42,1% έναντι του 2009. Ως προς την ανακάλυψη συσχετίσεων παρατηρούμε πως τα λειτουργικά έξοδα έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό σχετικότητας (94,38%) με το κόστος φαρμάκων και ακολουθεί ο αριθμός κλινών με ποσοστό (90,40%). Στην εξέλιξη των πέντε βασικών κατηγοριών δαπανών παρατηρούμαι, ότι η μεγαλύτερη μείωση δαπάνης κατά την εξεταζόμενη περίοδο αφορά το ορθοπαιδικό υλικό, και ακολουθούν το υγειονομικό υλικό και τα φάρμακα αντιβιοτικά. Οι δαπάνες προμήθειας υπηρεσιών από τρίτους (outsourcing) ακολουθούν μια περισσότερο σταθερή πορεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο χώρος του φαρμάκου παρουσιάζει έντονο ενδιαφέρον, καθώς δεν αποτελεί μόνο τμήμα της οικονομίας, αλλά έχει παράλληλα επιστημονικό και κοινωνικό χαρακτήρα, αφού σχετίζεται άμεσα με την υγεία των πολιτών. Αντίστοιχα, η νοσοκομειακή φαρμακευτική αποτελεί παροχή υπηρεσιών υγείας και υγειονομικής περίθαλψης. Η «βίαιη» προσαρμογή στη φαρμακευτική δαπάνη, που παρατηρείται κατά τη διετία 2010-2011, εξομαλύνεται κατά το 2012, όπως άλλωστε συνέβη και στις υπόλοιπες κατηγορίες δαπανών (πλην outsourcing) αλλά σε πιο ήπια μορφή.

## 282. ΑΚΑΡΕΑ DEMODEX: ΣΥΜΒΙΩΤΙΚΑ ΠΑΡΑΣΙΤΑ Η ΑΙΤΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΩΝ

Α. Ιερωνυμάκη, Α. Πανοπούλου, Δ. Καράγιωργας, Α. Καραδούρη, Σ. Χρυσού

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη του παθογενετικού δυναμικού των ακάρεων Demodex.

**ΥΛΙΚΟ:** Πηγές εκ της Ελληνικής και της Διεθνούς βιβλιογραφίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα ακάρεα Demodex αποτελούν συνηθισμένα (κοινά) συμβιωτικά εκτοπαράσιτα των τριχοσημηματογόνων θυλάκων των θηλαστικών. Στον άνθρωπο, μόνο δύο είδη, το Demodex folliculorum και το Demodex brevis έχουν ταυτοποιηθεί. Ανευρίσκονται σε όλες τις περιοχές του ανθρώπινου δέρματος, δείχνοντας ιδιαίτερη προτίμηση σε περιοχές του σώματος με αυξημένη παραγωγή σμήγματος. Ενδημούν στους τριχοσημηματογόνους θυλάκους της μύτης, του μετώπου, του πηγουνιού και του τριχωτού της κεφαλής και χρησιμοποιούν το σμήγμα ως τροφή. Τα Demodex folliculorum βρίσκονται στον θύλακα της τρίχας, ενώ τα Demodex brevis βαθύτερα στους σημηματογόνους αδένες. Ο επιπολασμός αγγίζει το 100% στους μεσήλικες και στους ηλικιωμένους σε υγιές δέρμα, ωστόσο, η συγκέντρωση των ακάρεων είναι φυσιολογικά χαμηλή. Τα ακάρεα Demodex ανευρίσκονται σε δερματικές βλάβες, όμως η νόσος από Demodex δεν έχει γίνει αποδεκτή ως οντότητα. Υπάρχουν πειστικές αναφορές για βλεφαρίτιδα, θυλακίτιδα, δερματίτιδα προσώπου, περιστοματική/περιογκική δερματίτιδα και αποστήματα που ανταποκρίνονται στην εξάλειψη των ακάρεων. Μερικές βλάβες που προσομοιάζουν σε ροδόχρου ακμή μπορεί επίσης να προκληθούν από Demodex. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Δεν υπάρχει ομοφωνία στην επιστημονική κοινότητα ως προς το παθογενετικό δυναμικό των ακάρεων Demodex. Το ερώτημα εάν είναι περισσότερο συμβιωτικά παράσιτα τα οποία συμπωματικά ανευρίσκονται σε δερματοπάθειες ή εάν αποτελούν την πραγματική αιτία αυτών, παραμένει αμφιλεγόμενο.

## 284. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΤΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κ. Καρκούλιας<sup>1</sup>, Α. Κωνσταντινοπούλου<sup>2</sup>, Ζ. Μπισσώρη<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Β' Τμήμα Χειρουργικής και Χειρουργικής Ογκολογίας, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο -Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., <sup>2</sup>Υποψήφια Διδάκτωρ, Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Ψηφιακής Υγείας & Οικονομικών Υγείας, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη, <sup>3</sup>RN/Γραφείο Εκπαίδευσης Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Προαγωγή Υγείας είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν αποτελεσματικά. Ανεξάρτητα από την κοινωνική χρησιμότητα και την γενικότερη αξία της εργασίας, ο εργαζόμενος υφίσταται συχνές προσβολές στην υγεία που είναι αναμενόμενο να συμβούν κατά την άσκηση των επαγγελματικών δραστηριοτήτων. Η νομοθεσία περί εργατικών ατυχημάτων αποσκοπεί να προστατεύσει τον εργαζόμενο από τέτοιες προσβολές της υγείας του και της σωματικής ακεραιότητάς του.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να τονιστούν οι κίνδυνοι εμφάνισης των εργατικών ατυχημάτων στο χώρο του Νοσοκομείου καθώς και να τονιστεί η αξία του προγράμματος Προαγωγής υγείας για τα εργατικά ατυχήματα.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κατηγορία επαγγελματιών με τα περισσότερα δηλωμένα εργατικά ατυχήματα είναι συνήθως οι νοσηλευτές και το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό και ακολουθούν οι εργαζόμενοι στη συντήρηση και την καθαριότητα. Οι παράγοντες κινδύνου για εργατικά ατυχήματα στο χώρο του νοσοκομείου χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες. Αυτές είναι οι βιολογικοί, φυσικοί, χημικοί και οργανικοί. Η επικινδυνότητα καθορίζεται από, την μολυσματικότητα, την παθογονικότητα, την μεταδοτικότητα, την αδρανολογία-εξουδετέρωση δηλαδή την δυνατότητα λήψης προληπτικών μέτρων για την πρόληψη της νόσου ή θεραπευτικών για την θεραπεία και την αλλεργιογόνο και τοξική ικανότητα. Οι σημαντικότερες επαγγελματικές παθήσεις στα νοσοκομεία είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις, οι δερματικές εξ' επαφής, οι ψυχικές διαταραχές, οι αναπνευστικές παθήσεις και οι λοιμώξεις. Επειδή οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας εκτίθενται συχνά σε βλαπτικούς παράγοντες θα πρέπει να γίνεται τακτική αξιολόγηση των επαγγελματικών κινδύνων και να δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την εφαρμογή των κανόνων ασφαλείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι κανόνες Υγιεινής και Ασφάλειας των Εργαζομένων στους χώρους εργασίας είναι απαραίτητοι και στόχος κάθε κοινωνίας. Η αναγνώριση των επαγγελματικών κινδύνων σε κάθε θέση εργασίας του νοσοκομείου έχει μεγάλη σημασία για τον σχεδιασμό της πρόληψης των εργατικών ατυχημάτων. Οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας θέτουν συχνά ως πρωταρχικό μέλημα τους τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών τους, σε βάρος της δικής τους υγείας. Ωμως, οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις στην καθημερινή παροχή ιατρικής περίθαλψης, αποκτούν όλο και περισσότερη σημασία και πολύ συχνά συνιστούν πολλαπλούς επαγγελματικούς κινδύνους, που αρκετές φορές ανυψούν, ιδίως σε έντονες και επείγουσες καταστάσεις. Επιπλέον η έλλειψη προσωπικού, χρόνου και οικονομικών μέσων αποτελούν συχνά εμπόδια για την πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων. Έτσι η διαμόρφωση εργασιακού περιβάλλοντος χαμηλών προδιαγραφών έχει ως αποτέλεσμα και σειρά από συνέπειες στην ασφάλεια των εργαζομένων καθώς και στην οικονομική και κοινωνική ζωή ενός κράτους. Ο έλεγχος της τήρησης των μέτρων που απαιτούνται για τη διασφάλιση των κατάλληλων συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας είναι τόσο θέμα της εθνικής πολιτικής του κάθε κράτους όσο και ατομικής ευθύνης του κάθε εργαζόμενου

**285. ΙΣΤΟΡΙΑ ΒΥΖΑΝΤΙΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ο ΤΡΑΛΛΕΙΑΝΟΣ (525 – 605 Μ.Χ.) ΕΩΣ ΤΗΝ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΡΑΒΩΝ (705 Μ.Χ.)**

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, Γ.Ν. Ηλείας, <sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, Γ.Ν. Αργολίδας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ιστορία της ιατρικής βυζαντίου στην εποχή του Αλεξάνδρου Τραλλειανού έως το 705 μ.Χ.  
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ιστορία του Βυζαντίου.  
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αλεξάνδρος ο Τραλλειανός (525-605). Διάσημος Ιατρός, Φαρμακολόγος, Βοτανολόγος από τις Τράλλεις της Μικρής Ασίας αδελφός του σπουδαίου μαθηματικού και αρχιτέκτονα της Αγίας Σοφίας Ανθεμίου. Το έργο του διακρίνεται από τις εύστοχες, πρωτότυπες και πρακτικές ενδιαφέροντος παρατηρήσεις του. Αλλωστε άσκησε κριτική (παρα τον θαυμασμό του) στο Μεγάλο Γαληνό θεωρώντας ορισμένες του απόψεις λανθασμένες. Έγραψε πολλά βιβλία όπως τα «*Θεραπευτικά*» (12 βιβλία), «*Περί πυρετού*», «*Περί ελμίνθων*» κ.α. Τα έργα του μεταφράστηκαν στα λατινικά και τα αραβικά και άσκησαν ιδιαίτερη επίδραση στην μετέπειτα Ιατρική του Μεσαίωνα συνιστούσε την επίδραση, τα διοηρητικά και τα καθαρτικά για την αποτοξίνωση του οργανισμού και την κάθαρση των αγγείων. Για τις αναπνευστικές παθήσεις προτείνει εισπνοές αιθέριων ελαίων με υποκαπνισμό σε αναμμένα κάρβουνα. Για τα παράσιτα πάλι του εντερικού σωλήνα, αληθινή μάστιγα της τότε εποχής, συνιστά υποκλυσμούς με εστεροποιημένα έλαια, ενώ χορηγούσε και αφεψήματα που περιείχαν αρτεμίσια και κολιανδρό εναντίον των ασακιδίων. Την ίδια περίπου εποχή διέπρεψε και ο Αέτιος από την Αμιδα. Σπούδασε στην Αλεξάνδρεια και άσκησε κυρίως το επάγγελμα στην Κωνσταντινούπολη, όπου έγινε και Αρχίατρος στην Αυλή του Ιουστινιανού. Συνέγραψε μία εκτενέστατη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια 16 βιβλίων χωρισμένη σε τέσσερις «*επιτραβίβλους*» όπου περιλαμβάνονται όλες οι μέχρι τότε σπουδαίες (κυρίως του Γαληνού) απόψεις, παραθέτοντας όμως και δικές του θεωρίες. Το βιβλίο γραμμένο στα Ελληνικά αποτελεί πολύτιμη πηγή πληροφοριών. Εξ' αλλού ο Αέτιος θεωρείται δίκαια ως πρωτοπόρος στην αντισύλληψη, για την οποία συνιστούσε ενδοκολπική χορήγηση στυπτικών ουσιών καθώς και στον υπολογισμό των γονιμών ημερών της καταμήνιου κύκλου των γυναικών. Τον κοινό του Ηρακλήως και των διαδόχων του (705 μ.Χ. αιώνας) δεσπόζει η επιβλητική ιατρική φυσιογνωμία του Παύλου του Αιγινήτη. Γεννήθηκε στην Αίγινα και άσκησε την ιατρική κυρίως στην Αλεξάνδρεια όπου και απέθανε. Ταξίδεψε σε πολλά μέρη γ' αυτό ονομάζεται και *περιοδευτής*. Το εκτενέστατο συγγραφικό του έργο βασίζεται κυρίως στις γνώσεις του Γαληνού, του Διοσκοουρίδη και του Ορειβάσιου εμπλουτισμένο όμως με δικές του πρωτότυπες παρατηρήσεις. Αποτελείται από επτά τόμους με το γενικό τίτλο «*Υπόμνημα*» και εκτιμήθηκε ιδιαίτερα από τους Άραβες που το μετέφρασαν τον 9<sup>ο</sup> αιώνα στα αραβικά (από τον Ιμίν Χουαΐν) άσκησε δε ιδιαίτερη επίδραση στις κατοπινές ιατρικές Σχολές της Δύσης του Σαλέρο - Μοντελιέ κλπ. Άλλωστε οι Άραβες τον θεωρούσαν σαν κατ' εξοχήν μαιευτήρα (Αλ Κουαμπέ). Στα επτά βιβλία πραγματεύεται περί πυρετού, περί τραυμάτων, περί γενικών κανόνων υγιεινής, περί παρασκευής και ιδιοτήτων απλών και συνθέτων φαρμάτων κ.τ.λ. Ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την χειρουργική, εφαρμόζοντας δική του χειρουργική μεθοδολογία την αποκατάσταση της βουβονοκλήλης, εκτελούσε τραχειοτομίες και επιπρόσε διέκες του εγχειρητικές μεθόδους για την αντιμετώπιση των αγγειακών ανευρυσμάτων καθώς και για την θεραπεία του καταρράκτη όπου χρησιμοποιούσε ειδικό όργανο το «*παρασκευτήριον*». Στην Παθολογία πρότεινε ειδικές δίαιτες και μέτρα σωματοψυχικής υγιεινής. Ο Θεόφιλος πρωτοπαθάρχιος του Ηρακλήως με συγγράμματα «*Περί αύρων*», «*Περί σφυγμών*» καθώς και το «*Περί Ανθρώπου κατασκευής*», δημοσιευμένο στην Οξφόρδη το 1842 Ελληνικά και Λατινικά. Μαθητής του υπήρξε ο Στέφανος ο Αθηναίος ιατρός και μαθηματικός, γεννημένος στην Αθήνα με δράση στην Κωνσταντινούπολη και την Αλεξάνδρεια ο οποίος έγραψε συγγραμμά για την «*ενέργεια των φαρμάκων*» και πραγματεία για την Ιπποκράτη και Γαληνό. Στην περίοδο (705 μ.Χ. αιώνας) σημειώνεται μεγάλη σημασία γεγονότος στην Ιστορία με τους Άραβες.  
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η Ιατρική του βυζαντίου και η ελληνιστική ιατρική επρόδρ στην ιατρική των αράβων.

**287. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ**

I. Γραμματικάκης<sup>1</sup>, M. Καραμάνος<sup>2</sup>, Θ. Παπαϊωάννου<sup>3</sup>, I. Παπαπαναγιώτου<sup>4</sup>, Γ. Ανδρούτσος<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Παθολογία της κύησης, Π.Γ.Ν. Αττικόν, <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστορίας Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>3</sup>Α Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. Ίπποκράτειο, <sup>4</sup>Α Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. Ίπποκράτειο, <sup>5</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

Οι μυοσκελετικές κακώσεις αποτελούσαν ένα συχνό θεραπευτικό πρόβλημα στην ιατρική της αρχαιότητας λόγω των αθλητικών δρωμένων αλλά και των πολεμικών γεγονότων. Η αντιμετώπιση του τραύματος περιγράφεται ήδη στα Ομηρικά Έπη με τον ιατρό να χρησιμοποιεί σκευάσματα με αντισηπτική, καταπραυντική και αποιδηματική δράση. Αναφορές, επίσης γίνονται και στα έργα του Πλάτωνα, του Θεόφραστου αλλά κυρίως του Διοσκοουρίδη. Ο Πεδάνιος Διοσκοουρίδης (40-90 μ.Χ.) σπούδασε στην Ταρσό και ασχολήθηκε με τη μελέτη των φαρμακευτικών ιδιοτήτων των διαφόρων φυτών. Περιέγραψε τη φαρμακευτική δράση περισσότερων από χιλίων ουσιών, κατατάσσοντας τες σε κατηγορίες ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και τη δραστηριότητά τους. Από τα πλέον γνωστά έργα του είναι το «Περί ύλης ιατρικής» ή «De materia medica». Μερικές από τις ουσίες που αναφέρει για την αντιμετώπιση των τραυματισμών είναι οι ακόλουθες: ίριδα ή Ιλλυρική με αποιδηματική, μυχαλαρωτική και θερμαντική δράση, βάλσαμο με θερμαντική και καταπραυντική δράση, κέδρος, δάφνη για την παρασκευή θερμαντικών και αποιδηματικών αλοιφών, πανάκειο του Ηρακλέους αρωματικό και καυστικό φυτό, το γαλάκτωμα του οποίου εφαλείεται σε περιπτώσεις ισχιαλγίας και τέλος λάδι με θερμαντικές και μαλακτικές ιδιότητες. Εκτός από τις εκτενείς αναφορές του Διοσκοουρίδη, στην αρχαία ελληνική γραμματεία υπάρχουν αναφορές και σε άλλα βότανα όπως το αχιλλίνο, το όνομα οφείλεται στον Αχιλλέα, που όταν τραυματίστηκε από το δηλητηριασμένο δόρυ του Πάρι η θεά Αθηνά τον διασώλυψε να δώσει την πληγή του μ' αυτό το φυτό για ν' ανακουφιστεί. Ο Διοσκοουρίδης το χρησιμοποιούσε ως αιμοστατικό. Τέλος αναφέρεται η ξυρίδα ή άγρια ίριδα που χρησιμοποιούνταν για ταχεία επώλωση των καταγμάτων.

**286. Η ΗΔΟΝΗ ΣΤΟΝ ΕΡΩΤΑ ΚΑΙ ΣΞΕΩΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΜΑΝΤΗ ΤΕΙΡΕΣΙΑ ΣΤΟΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ**

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, Γ.Ν. Ηλείας, <sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, Γ.Ν. Αργολίδας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη αποσκοπεί στην αφήγηση του ερωτήματος που απασχολεί στο πέρασμα των αιώνων ποιος ηδονίζεται περισσότερο στο σεξ, ο άνδρας ή η γυναίκα.  
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το υλικό μας προήλθε από την ενασχόληση και την μελέτη της Αρχαίας Ελληνικής γραμματείας και ιστορικών πηγών από την Ελληνική και Διεθνή βιβλιογραφία  
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πιο δημοφιλής ιστορία για την απτία της τύφλωσης του ήταν, ότι σε ηλικία επτά χρονών οι θεοί τον τύφλωσαν, γιατί φανέρωσε ορισμένα πράγματα, τα οποία οι άνθρωποι δεν έπρεπε να έχουν γνώση. Ο Μάντης Τειρεσίας μέρα, ξεκινώντας για το καθιερωμένο του κνήνη, πήγε στον Κιθαιρώνα. Στο διάβα του όμως, ανάμεσα στα δύσβατα μονοπάτια, την προσηύχθη το απέσιμα μια περίεργη εικόνα. Δύο φίδια, κατά την συνουσία τους, τυλιγμένα αρμονικά αναμεταξύ τους. Ο μάντης φοβούμενος την ενδεχόμενη επίθεση των φιδιών, ύψωσε το ξύλινο ραβδί του και τα χτύπησε θανάσιμα. Ως εκ θαύματος, απρόσμενα και ξαφνικά, βρέθηκε ο ίδιος μεταμορφωμένος σε γυναικα! Έτσι έμεινε για επτά χρόνια για την ανάμνηση συμπεριφορά του προς τη Φύση! Για καλή του τύχη ύστερα, βρέθηκε πάλι να περνάει από το ίδιο μέρος και ήρθε αντιμέτωπος με την ίδια εικόνα. Αλλά αυτή τη φορά, το χτύπημα που έδωσε στα φιδιά τον επανέφερε στην πρότερη του κατάσταση και η αντρική του φύση επανήλθε. Η εμπειρία των 2 φύλων φάνηκε όμως χρήσιμη για τον Τειρεσία, όταν ο Δίας και η Ήρα διαφώνησαν για το ποιος αισθάνεται μεγαλύτερη ηδονή στον έρωτα, ο άντρας ή η γυναίκα. Ο Δίας επέμενε πως μεγαλύτερη είναι η γυναικεία απόλαυση και μειώμενη η Ήρα υποστήριξε πως είναι ο άνδρας που τη νιώθει. Για να λύσουν λοιπόν τη διαφορά τους, φώναξαν τον άμοιρο τον Τειρεσία, ο οποίος έζησε τη ζωή και των 2 φύλων. Σε μια αντιδικία που είχαν ο Δίας με τη σύζυγό του, την Ήρα, κάλεσαν τον Τειρεσία για να πάρουν τη γνώμη του, αφού οι δύο θεοί γνώριζαν ότι είχε υπάρξει και άνδρας και γυναικα διαδοχικά Το ερώτημα που του έθεσαν ήταν: «Ποιος ηδονίζεται περισσότερο στο σεξ, ο άνδρας ή η γυναίκα;». Ο Τειρεσίας απάντησε αδιτάκτα: «Εφτά φορές περισσότερο η γυναικα!» Η θεά του μάντη ήταν πως, αν η ερωτική ικανοποίηση έχει 10 μέρη, τα 9 από αυτά τα χαιρείται η γυναίκα και μόνο το 1 ο άνδρας. Η απάντηση αυτή εξόργισε τον Ήρα, που τύφλωσε τον Τειρεσία. (αυτό τουλάχιστον ισχυρίζεται για να δικαιολογήσει την τύφλωσή του η ψευδοιστιόδοιος Μελαμποδία). Ο Δίας όμως - ο οποίος δεν είχε το δικαίωμα να αλλάξει την πράξη του άλλου θεού- για να αναπληρώσει αυτή την έλλειψη του Τειρεσία, του έδωσε τη δυνατότητα της προφητείας, να προβλέπει τα μελλούμενα ακούγοντας τις φωνές πουλιών, ενώ ακόμη του χάρισε ζωή 7 γενεών! Σύμφωνα με μια άλλη εκδοχή, ο Τειρεσίας έχασε το φως του, όταν είδε την θεά Αθηνά να κάνει μπάνιο. Η Αθηνά του έριξε νερό στα μάτια και έτσι τυφλώθηκε. Η μήτερα του, μετά το γεγονός, παρεκάλει την θεά να εναπορρώσει το κακό, αλλά η Αθηνά δεν μπορούσε να το κάνει και αντί' αυτού του έδωσε ένα σκήπτρο, με το οποίο μπορούσε να περπατάει σαν να είχε την όραση του. Του έδωσε επίσης την γνώση της γλώσσας των πουλιών. Αυτό λέει ο μύθος και ο Ιπποκράτης άνδρας σοφός και μέγας ιατρός χωρίς κανείς να τον ρωτήσει, αλλά χάριν της επιστήμης, έγραψε πως η γυναικα νιώθει λιγότερη αλλά μακρότερη ηδονή ενώ ο άνδρας μεγαλύτερη πλην όμως μικρότερη διάρκεια.  
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν τώρα εσύ κατηγορήσεις και τους δύο ότι μιλούσαν για ποσότητα θα έχεις εν μέρει δίκιο ωστόσο σκεπτόμεθα να μη, στο θέωω το ερώτημα παρ' ότι διατείνεσαι ως αισθητής πως η ποιότητα είναι η πιο σημαντική, γιατί φοβούμαι ότι δύσκολα θα βρεις μια απάντηση καλύτερη από αυτήν που έγραψε ο Πατέρας της Ιατρικής ο Ιπποκράτης.

**288. ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΟ ΝΑΥΠΛΙΟ ΟΠΟΥ ΕΓΙΝΕ ΤΑΡΙΧΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΚΥΒΕΡΝΗΤΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑ**

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

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

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο Βονιφάτιος Βοναφίν υπήρξε ο πρώτος φαρμακοποιός του νεοελληνικού κράτους.  
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ιστορία Της Ελλάδας  
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Στις 27 Σεπτεμβρίου του 1831 ο Ιωάννης Καποδίστριας, κατευθύνεται στον Ιερό Ναό του Αγίου Σπυριδώνα, για να παρακολουθήσει την κυριακάτικη θεία λειτουργία, όπως συνήθιζε κάθε Κυριακή. Τον Καποδίστρια συνουδώνει μόνο ο Κρητικός μοναχικός σωματοφύλακος του Γεώργιος Κοζώνης. Στο δρόμο προς την εκκλησία, συναντά τους Κωνσταντίνο Μαυρομιχάλη και Γεώργιο Μαυρομιχάλη, ο πρώτος με σφαίρα τον βρίσκει στο κεφάλι. Ο Εθνικός Κυβερνήτης πέφτει αιμόφυρτος. Το άψυχο σώμα του Ιωάννη Καποδίστρια μεταφέρθηκε από το πλίκθος στο Κυβερνείο του Ναυπλίου. Την νεκροψία πραγματοποιήσαν δύο ώρες μετά το φονικό, οι γιατροί Σ. Καρβελάς, Δ. Τράιμπερ, Α. Παπαδόπουλος-Βρετός και Ν. Μαρτάος. Ο Ιταλός φιλέλληνας και προσωπικός του φίλος Βονιφάτιο Βοναφίν ήταν εκείνος που ανέλαβε λίγες ώρες μετά να τον ταριχεύσει. Ήταν ο ιδιοκτήτης του πρώτου φαρμακείου στην Ελλάδα, το οποίο βρισκόταν στο Ναύπλιο. Τα σπλάχνα του Ιωάννη Καποδίστρια τοποθετήθηκαν σε μια πολυτελή θήκη και θάφτηκαν στο Άγιο Βήμα της εκκλησίας του Αγίου Σπυριδώνος. Το άψυχο σώμα του μεταφέρθηκε μέσα σε ένα γυάλινο φέρετρο και στη συνέχεια τοποθετήθηκε σε ένα μαρμάρينو υψοβάθρο στην είσοδο του Κυβερνείου. Στη συνέχεια εκτέθηκε σε λαϊκό προσκύνημα για σαράντα μέρες. Χιλιάδες άνθρωποι από κάθε μέρος της χώρας το σπάσθησαν τιμώντας έτσι τον πρώτο Κυβερνήτη της χώρας. Εξί μίνης μετά μεταφέρθηκε με ρωσικό πολεμικό πλοίο στη γενέτειρα του, την Κέρκυρα. Τάφηκε στον οικογενειακό τάφο στο Μοναστήρι της Παναγίας, με τη λιτή επιγραφή «Ιωάννης Καποδίστριας Κυβερνήτης της Ελλάδας». Το πρώτο φαρμακείο της Ελλάδας στο Ναύπλιο όπου έγινε η ταριχευση. Ο Βονιφάτιος Βοναφίν είχε σπουδάσει Φαρμακευτική στο Πανεπιστήμιο της Πάριος, όπου σπούδασε και ο 1828 ο Βοναφίν, αποφασίζοντας να μετακομίσει στο Ναύπλιο από την Τεργεστή, επηρεασμένος από το φιλελληνικό πνεύμα της περιόδου. Ο Βοναφίν ανοίγει στην πλατεία Ναυάρχων στο Ναύπλιο το πρώτο φαρμακείο με το όνομα «Ο Σωτήρ». Το φαρμακείο συνέχισε να προσφέρει τις υπηρεσίες του για παραπάνω από εκατό έτη ώσπου έκλεισε το 1972. Το κτίριο στο οποίο λειτουργούσε το πρώτο φαρμακείο βρίσκεται δίπλα ακριβώς από το Δημαρχείο της πόλης και σώζεται μέχρι και σήμερα.  
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Λίγα χρόνια αργότερα στη διαήκη της η χήρα του Βοναφίν παρέδωσε την κυριότητα του κληροδοτήματος στην εκκλησία. Το φαρμακείο που βρισκόταν στην Πλατεία Ναυάρχων γλίτωσε κυριολεκτικά την τελευταία στιγμή από την δημοπρασία 2013.

## 289. ΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΑΥΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΗΣΟΥ

Λ. Κουρκούτα<sup>1</sup>, Α. Μονιός<sup>2</sup>, Κ. Κουκουρίκος<sup>1</sup>, Π. Ουζουνάκης<sup>3</sup>, Π. Πλατή<sup>4</sup>, Χ. Ηλιάδης<sup>1</sup>, Α. Καρυώτη<sup>5</sup>, Α. Τσαλογλίδου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>7ο Γυμνάσιο Αθηνών, <sup>3</sup>Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, <sup>4</sup>Τμήμα Ιστορίας- Αρχαιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>5</sup>Τμήμα Ψυχολογίας, Α.Π.Θεσσαλονίκης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην παρούσα ιστορική ανασκοπική μελέτη παρέχονται πληροφορίες για τη θεραπεία του υδρωπικού από τον Ιησού.

**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των ιατρικών και ιστορικών συγγραμμάτων μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων και σε αντίστοιχες βιβλιοθήκες, με λέξεις κλειδιά: Ιησούς, θαύματα και θεραπεία υδρωπικού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με τον ευαγγελιστή Λουκά (14/1-4) πρόκειται για άνδρα που παρουσιάζει υδρωπικία, ασθένεια κατά την οποία οι μυϊκοί ιστοί κρατούν πολλά υγρά, προκαλώντας πρήξιμο. Στην αγιογραφία φαίνεται ο ασθενής να αδυνατεί να στηρίξει τον εαυτό του καθώς υποβαθμάζεται από άλλους, τα δε πόδια του είναι πρησμένα και ο πάσχων είναι ξυπόλητος. Το ίδιο σύμπτωμα είναι γνωστό και σαν ασκίτης, από την ελληνική λέξη ασκός που σημαίνει σάκος. Αναφέρεται επίσης, στο Εβραϊκό λατρευτικό βιβλίο Αριθμοί (Numbers 5:11ff), όπου μια γυναίκα είχε υποπέσει στο αμάρτημα της μοιχείας και τιμωρήθηκε με υδρωπικία. Παρόμοιες αναφορές γίνονται και σε λατρευτικά εγχειρίδια της περιοχής της Μεσοποταμίας (Χετταίοι, Βαβυλώνιοι, Φιλισταίοι) εκείνης της περιόδου. Η ύπαρξη και των δύο συμπτωμάτων στην αγιογραφία υποδηλώνει ότι την εποχή εκείνη είχαν επαρκείς ιατρικές γνώσεις για να συνδέσουν την υδρωπικία με το οίδημα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο Ιησούς Χριστός γνωρίζει το ανθρώπινο σώμα καλύτερα από όλους. Γνωρίζει τις ασθένειες, όπως την υδρωπικία, και έχει τη δυνατότητα να τις θεραπεύσει.

## 291. ΡΕΤΙΝΟΒΛΑΣΤΩΜΑ. ΜΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Κ. Λάιος<sup>1</sup>, Ε. Jahaj<sup>2</sup>, Μ. Μ. Μόσχου<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>3</sup>Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική ΕΚΠΑ,, <sup>4</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ)

Το ρετινοβλάστωμα διατηρεί τη μοναδικότητα στην ιστορία της παγκόσμιας ιατρικής ότι είναι η μοναδική νόσος που άλλαξε 40 διαφορετικά ονόματα έως ότου καθιερωθεί ο όρος ρετινοβλάστωμα για την περιγραφή της από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα το 1926. Η δυσκολία στην ονοματοθεσία της νόσου αυτής μαρτυρά τις δυσκολίες των ιατρών να προσδιορίσουν την αιτιολογία της. Οι δύο κύριες ονομασίες της ήταν Fungus haematodes που διατηρήθηκε έως τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αι. και Γλοιώμα που εμφανίστηκε ως όρος της νόσου από το δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αι. και ύστερα. Η πρώτη περιγραφή της νόσου θα γίνει από τον Petrus Pawius (περ. 1564-1617) το 1597. Η νόσος αναγνωρίστηκε ήδη από τις πρώτες περιγραφές ως νόσος των παιδιών και το χαρακτηριστικό της γνώρισμα, όπως παρατηρείται στα συγγράμματα της οφθαλμολογίας από τον 19<sup>ο</sup> αι., ήταν η λευκωπή ή κιτρινωπή αντανάκλαση της κόρης του οφθαλμού, γι' αυτό και το σημείο αυτό έμεινε γνωστό στην ιστορία της οφθαλμολογίας με τον όρο «οφθαλμός της αμαυρωτικής γάτας» (amaurotic cat's eye). Η νόσος έχει επίσης ιδιαίτερη αξία για την ιστορία της ιατρικής και ειδικότερα την ιστορία της οφθαλμολογίας και του καρκίνου, καθώς αποτέλεσε την αφορμή για την εισαγωγή της χρήσης των Ακτινών Χ στη θεραπεία του καρκίνου του οφθαλμού γενικότερα.

## 290. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΤΟΥ 16ΟΥ ΚΑΙ 17ΟΥ ΑΙΩΝΑ

Κ. Λάιος<sup>1</sup>, Μ. Μ. Μόσχου<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,, <sup>3</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημία Αθηνών

Με το πέρασμα στον 16<sup>ο</sup> αι. μια σημαντική αλλαγή θα σημειωθεί στην ιατρική ολόκληρης της Ευρώπης. Ύστερα από το διάταγμα της συνόδου της Tours το 1163 με το οποίο δηλωνόταν, *'Ecclesia abhorret a sanguine'*, ότι δηλαδή η *'Εκκλησία αποστρέφεται το αίμα'*, η άσκηση της χειρουργικής θα περάσει από τα χέρια των ιατρών που οι περισσότεροι ήταν κληρικοί ή μοναχοί, στα χέρια των κουρέων - χειρουργών, δηλαδή ανθρώπων που εκτελούσαν χειρουργικές πράξεις χωρίς να έχουν την επίσημη ιατρική παιδεία της εποχής. Η λοιπή ιατρική βέβαια θα εξακολουθήσει να διδάσκεται στα πανεπιστήμια της εποχής, όπου η χειρουργική θα συνεχίσει να πραγματοποιείται σε θεωρητικό όμως επίπεδο περισσότερο, ώστε οι επιστήμονες ιατροί θα περιορίζονται κυρίως στην άσκηση της παθολογίας. Σε αυτό το πλαίσιο και από τον 16<sup>ο</sup> αι. θα συναντήσουμε τη θεωρητική διαπραμάτευση του καρκίνου του οφθαλμού από τους επιστήμονες ιατρούς της εποχής και την άσκηση της χειρουργικής για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης νόσου από τους κουρέες - χειρουργούς, μερικοί από τους οποίους θα αφήσουν εξαιρετικές αναφορές για το θέμα στα βιβλία τους. Από το 17<sup>ο</sup> αι. σταδιακά η χειρουργική θα επανέλθει στους επιστήμονες ιατρούς, οι οποίοι και θα στρέψουν με τη σειρά τους το ενδιαφέρον τους και στον καρκίνο του οφθαλμού βάζοντας τις πρώτες βάσεις για την αποχώρηση από τα παλαιά δόγματα για τη νόσο και αναζητώντας επιστημονικές ερμηνείες για την ασθένεια. Από τους ιατρούς που ασχολήθηκαν με τη νόσο διακρίνονται ο Leonhart Fuchs (1501-1566) και ο Jacques Guillemeau (1550-1613) που έμειναν προσκολλημένοι στα αρχαία δόγματα, όπως και οι Georg Bartisch (1535-1607) και Wilhelm Fabricius von Hilden (1560-1634) που ήταν οι πρωτοπόροι στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του οφθαλμού, αφού παρουσίασαν για πρώτη φορά δικές τεχνικές εξόρυξης του οφθαλμικού βολβού τις οποίες πραγματοποιούσαν με εργαλεία που είχαν κατασκευάσει οι ίδιοι.

## 292. Η ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΙΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Κ. Λάιος<sup>1</sup>, Κ. Τσιρόζογλου<sup>2</sup>, Μ. Μ. Μόσχου<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, 417 Ν.Ι.Μ.Ι.Τ.Σ., <sup>3</sup>Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική ΕΚΠΑ,, <sup>4</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ)

Ο όρος υδροκεφαλία (ύδωρ + κεφαλή) δημιουργήθηκε από τους αρχαίους Έλληνες ιατρούς, για να δηλώσει την αντίστοιχη αυτή πάθηση. Οι πληροφορίες από την αρχαία ιατρική γραμματεία είναι περιορισμένες. Οι περισσότερες εντοπίζονται σε συγγράμματα Βυζαντινών ιατρών, οι οποίοι διέσωσαν τις απόψεις για το θέμα κάποιων αρχαίων Ελλήνων ιατρών της ύστερης αρχαιότητας κυρίως, ενώ ελάχιστα είναι οι αναφορές σε αυθεντικά έργα αρχαίων Ελλήνων ιατρών, πάλι από τους ύστερους αυτούς χρόνους. Παρά τον έμμεσο τρόπο που σώζονται οι πληροφορίες και την έλλειψη αυθεντικών μαρτυριών για την προσέγγιση στο θέμα των αρχαίων Ελλήνων ιατρών των προγενέστερων χρόνων της ύστερης αρχαιότητας, παρατηρείται μέσα από την ομοιότητα που διακρίνει τις σωσμένες πηγές, όπως και τις νύξεις σε αυτά τα κείμενα για τις απόψεις των προηγούμενων ιατρών, ότι η αντίληψη που διαμόρφωσαν για τη νόσο οι παλαιότεροι ιατροί διατηρήθηκε σχεδόν ακέραια στο πέρασμα των χρόνων φτάνοντας να γίνεται αποδεκτή μέχρι και από τους βυζαντινούς ιατρούς. Η αντίληψη, όμως, των αρχαίων Ελλήνων ιατρών για τη νόσο διαφοροποιείται από εκείνη της σύγχρονης ιατρικής για την ομώνυμη νόσο, όπως θα παρατηρήσουμε κατά την εξέταση των πηγών, αφού με τον όρο υδροκεφαλία οι ιατροί στην ελληνική αρχαιότητα εννοούσαν την εμφάνιση υγρού σε οποιοδήποτε ανατομική δομή στην κεφαλή, η οποία ήταν σε όγκο πέραν του αποδεκτού φυσιολογικού.

**293.** ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

**295.** ΙΣΤΟΡΙΑ ΒΥΖΑΝΤΙΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΟΡΕΙΒΑΣΙΟΣ (325 - 403) ΕΩΣ ΤΟΝ ΜΕΓΑ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, Γ.Ν. Ηλείας, <sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, Γ.Ν. Αργολίδας

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

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πρώτος βυζαντινός ιατρός θεωρείται ο Ορειβάσιος (325 - 403) συμπατριώτης του μεγάλου Γαληνού από την Πέργαμο του οποίου άλλωστε υπήρξε μεγάλος θαυμαστής ακολουθώντας πιστά την ιατρική του σκέψη. Σπούδασε στην Αλεξάνδρεια και στην Αθήνα. Αρχίατρος Στρατιωτικός συνέγραψε μία μνημειώδη Ιατρική εγκυκλοπαίδεια με τίτλο «*Ιατρικοί Συναγωγαί*» ή «*Εβδομηκοντάβιβλος*». Δημοσίευσε περίληψη σε 9 βιβλία με τίτλο «*Σύνοψις προς ιούν Ευστάθιον*». Άλλα συγγράμματα «*Περσπαθών*», «*Προς τους απορούντας των Ιατρών*», «*Τα ευπόριστα*» καθώς και διατολογικές Οδηγίες. Μάλιστα είχε δημοσιεύσει και ειδική διαίτα κατά της παχυσαρκίας. Είχε επινοήσει ειδικά ράμματα για την απολίπωση των αρτηριών, εφήρμοζε θεραπείες με αντισηπτικά φάρμακα στα τραύματα, όπως η υγρά κηρωτή, θεράπευε αποτελεσματικά τους κίρσους και τις φλεβίτιδες των κάτω άκρων με χειρουργική αφαίρεση της μείζονος σαφηνούς φλέβας (κάτι που γίνεται και σήμερα). Αλλά και στην Παθολογία πρότεινε θεραπείες των λιγών με αλκαλοειδή του βεράτρου (ελέβορου) η την θεραπεία της νεφρίτιδας με υδρική διαίτα και γάλα. Σύγχρονος ήταν ο Μέγας Βασίλειος Επίσκοπος Καισαρείας, «ο Φωστήρ της Εκκλησίας». Ιεράρχης, ρήτορας, θεολόγος κλπ., σπούδασε στην Φιλοσοφική Σχολή των Αθηνών. οι φοιτητές της Φιλοσοφίας παρακαλούθουσαν μαθήματα Ιατρικής «Ιατροφιλοσοφία». Η ίδρυση στην Καππαδοκία του περίφημου Νοσοκομείου και Άσουλου γνωστού ως «Βασιλειάδα». Για πρώτη φορά εμφανίζεται ένα συγκρότημα που περιλαμβάνει πλήρως οργανωμένο νοσοκομείο, φεπροκομείο, φαρμακείο, ίδρυμα χρονίως πασχόντων, γηροκομείο κλπ Ο Βασίλειος προέβρινε σε ιατρικές παρατηρήσεις με λεπτολόγο επιστημονική σαφήνεια. Ανέλυε π.χ. την σημασία του τραύματος και της φλεγμονής στον ανθρώπινο οργανισμό. Έχει κάνει ακόμη ανθρωπομετρικές παρατηρήσεις σχετικά με τον ρυθμό αύξησης του σώματος, έχει ασχοληθεί με την λειτουργία του οφθαλμού, και έχει εγκύψει στους νόμους της κληρονομικότητας και την βιολογία. προ πάντων όμως παραμένει ως ο κατ'εξοχήν εκπρόσωπος της «*Ανθρωπιστικής Ιατρικής*» Στην Κωνσταντινούπολη ιδρύεται Οικουμενικό Διδασκαλείο, ενώ επί Ηρακλείου λεγόταν Πανδιδασκαλείο και αργότερα Πανεπιστήμιο της Μαγναύρας στην απόκτηση πρακτικών ιατρικών γνώσεων γεγονός που επισημοποιείται με την χορήγηση Ιατρικών διπλωμάτων. Αλλωστε η Ιατρική Σχολή λειτουργεί μέσα σε Νοσοκομείο και διαθέτει πλούσια Ιατρική βιβλιοθήκη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το Βυζάντιο λειτουργήσε σαν «Κιβωτός» διαφύλαξης του Αρχαίου Ελληνικού πνεύματος.

**294.** Ο ΨΥΧΟΓΟΝΙΚΟΣ ΚΥΒΟΣ ΤΟΥ ΠΥΘΑΓΟΡΑ Η ΙΕΡΑ ΤΕΤΡΑΚΤΥ ΚΑΙ Η ΑΡΜΟΝΙΑ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>, Κ. Σώρρας<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, Γ. Ν. Ηλείας, <sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, Γ. Ν. Αργολίδας, <sup>3</sup>Παθολογική Κλινική, Ενδοκρινολογικό τμήμα, Γ. Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η έρευνά μας αποσκοπεί στην ιστορική παρουσίαση του ψυχογονικού κύβου του Πυθαγόρα

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανατρέξαμε σε Ελληνική βιβλιογραφία .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο Πυθαγόρας, είναι Έλληνας μαθηματικός, φιλόσοφος και αρχηγός θρησκευτικοπολιτικού κινήματος, μίλησε για την ουσία των όντων, τους αριθμούς. Το Σύμπαν προήλθε από το υπάρχον χάος μέσα από τη μορφή, δηλαδή το μέτρο και την αρμονία. ο Πυθαγόρας το ονόμασε Κόσμο, δηλαδή Τάξις, εξ αιτίας της αρμονίας που επικρατούσε σε αυτό. Στην σχολή του δίδασκε τους αριθμούς κατά βάση και πολλά άλλα επιστημονικής ή εσωτερικής φύσης θέματα. Τι είναι όμως η Τετρακτύς; Δέκα συμβολικές στιγμές (τελείες). Αυτό το σχήμα όπως το χρησιμοποιούσαν οι Πυθαγόρειοι, αποτελείται από δέκα στιγμές τακτοποιημένες σε ένα τριγωνικό πρότυπο. Η Τετρακτύς είναι η πηγή της Δημιουργίας. Σε αυτήν ορκίζονταν οι Πυθαγόρειοι. Είναι το άθροισμα των αριθμών 1, 2, 3, 4. Η τετράδα σημειώνει ακόμα τα “κοσμικά σώματα” των τεσσάρων στοιχείων από τα οποία συντάχθηκε το Κοσμικό Σύμπαν, το τετράεδρο, το οκτάεδρο, το εικοσαέδρο και τον κύβο. Οι αριθμοί 3, 4, 5 είναι ιεροί αριθμοί και λαμβάνονται σαν Τριάδα. Το άθροισμα των τετραγώνων των δύο πρώτων αριθμών δίνει το τετράγωνο του τρίτου αριθμού. Το άθροισμα των αριθμών υψωμένων στον κύβο δίνει τον αριθμό 216, που παριστά το ψυχογονικό κύβο με πλευρά τον αριθμό 6. Η εξάδα συμβολίζει τα έξι είδη εμψύχων όντων. θεούς, δαίμονες, ήρωες, ανθρώπους, ζώα και φυτά. Είναι Ιερός αριθμός και ονομάζεται Γάμος γιατί εκτός του ότι συνδέεται με τις μετεμψυχώσεις (είναι η πλευρά του ψυχογονικού κύβου), είναι τέλειος αριθμός, δηλαδή το άθροισμα των μερών του δίνει πάλι το 6. Είναι το εμβαδόν ορθογωνίου τριγώνου με πλευρά την Ιερή Τριάδα, 3,4,5. Συνεχίζοντας την χάραξη ακόμα έξι κύκλων που να εφάπτονται των έξι προηγούμενων και έχουν σαν κέντρο τους τις προηγούμενες ευθείες γραμμές, σχηματίζεται ο Κύβος του Μετατόν. Είναι ο ψυχογονικός κύβος του Πυθαγόρα. Σε μία ελεύθερη σκιαγράφιση του κύβου αυτού. Το σχέδιο αυτό ονομάζεται “λουλούδι της ζωής” και κάθε πέταλο δείχνει από ένα όνομα του Θεού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** “ο οποίος θα διαφέρει των άλλων ανθρώπων κατά το κάλλος και τη σοφία και θα γίνει ωφέλιμος εις το ανθρώπινο γένος” -κατά το χρησμό της Πυθίας, κατανούσε τις αλήθειες της Παγκοσμιοτήτας.

**296.** ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Γ. Δημογέροντας<sup>1</sup>, Δ. Μπαλάσκα<sup>2</sup>, Ζ. Μπισώρη<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Νευροχειρουργική Κλινική, Metropolitan Hospital, Αθήνα, <sup>2</sup>1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, Αθήνα, <sup>3</sup>Γραφείο Εκπαίδευσης, Γ. Ν. «Η ΕΛΠΙΣ», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η οικονομική και η δημοσιονομική κρίση που από το 2010 πλήττει την Ελληνική οικονομία έχει επηρεάσει πολύ σημαντικά και το χώρο της υγείας. Τα Δημόσια Νοσοκομεία βρέθηκαν ξαφνικά να κολυμπούν μεταξύ των συμπληγάδων αφού από τη μια οι διαθέσιμοι οικονομικοί τους πόροι μειώνονται συνεχώς, ενώ από την άλλη η ζήτηση των υπηρεσιών τους σταδιακά αυξάνεται γεγονός που λογικά σημαίνει παράλληλη μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης να αναδειχτεί το δημοσιονομικό πρόβλημα που πλήττει τα δημόσια νοσοκομεία.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η επίλυση του πολύ σοβαρού αυτού προβλήματος, της δημιουργίας δημοσιονομικών ελλειμμάτων στα δημόσια Νοσοκομεία, απαιτεί τον προσδιορισμό αρχικά των παραγόντων που επηρεάζουν τόσο τις δαπάνες όσο και τα έσοδα των Νοσοκομείων, με σκοπό την εξεύρεση βιώσιμων και αποτελεσματικών πολιτικών μείωσης των πρώτων και αύξησης των τελευταίων. Δυστυχώς όμως πλέον η αποσπασματική εφαρμογή τέτοιων μέτρων δεν αρκεί για να επιφέρει ανατροπή στην οικονομική κατάρρευση του χώρου της Δημόσιας Υγείας. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρξει μια ολοκληρωμένη πρόταση ριζικής αναδιάρθρωσης του Υγειονομικού Συστήματος της Ελλάδας μέσα στο σύγχρονο πλαίσιο των προβλημάτων που αυτή αντιμετωπίζει. Επίσης θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα νέο υπερκομματικό και ξεκάθαρα επιστημονικό όργανο το οποίο θα αναλάβει να εφαρμόσει στην πράξη πολιτικές αποφάσεις, που δεν θα ήταν σε θέση να εφαρμόσει καμία πολιτική παράταξη λόγω των επιφερόμενου πολιτικού κόστους, σχετικά με την εκ βάθρων ανασυγκρότηση του Υγειονομικού Συστήματος της Ελλάδας, μέχρι να επιτευχθούν ισοσκελισμένοι ισολογισμοί απ’ όλα τα Δημόσια Νοσοκομεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αδιαμφισβήτητο είναι το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια ένα ολοένα και μεγαλύτερο δημοσιονομικό κενό αναπτύσσεται στο χώρο της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα. Η επίλυση του προβλήματος αυτού δεν είναι σίγουρα εύκολη, όμως απαιτείται η λήψη γενναίων αποφάσεων από την πλευρά του Κράτους έτσι ώστε σε σύντομο χρονικό διάστημα να επιτευχθεί ανατροπή της καταστρεπτικής πορείας του υγειονομικού χώρου, τόσο του Δημόσιου όσο και του Ιδιωτικού, αφού η λειτουργία τους είναι αλληλένδετη. Λόγω όμως του τεράστιου πολιτικού κόστους που οι αποφάσεις αυτές επιφέρουν θα πρέπει να ληφθούν από ένα πολιτικά και κομματικά ανεξάρτητο όργανο το οποίο θα συγκροτηθεί με μοναδικό σκοπό την ανασυγκρότηση του Υγειονομικού Συστήματος και με διάρκεια ζωής τέτοια που να επιτρέπει την επίτευξη ισοσκελισμένων ισολογισμών από όλα τα Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας. Με τον τρόπο αυτό θα αποφευχθεί στο μέλλον η ανεύθυνη διαχείριση των δημοσίων πόρων οι οποίοι, σήμερα, γενικά αλλά και στο χώρο της υγείας ειδικότερα, έχουν καταστεί δυσεύρετοι και πολύτιμοι.

## 297. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

A. Κωνσταντινοπούλου<sup>1</sup>, K. Καρκούλιας<sup>2</sup>, B. Ζαχαροπούλου<sup>1</sup>, Ζ. Μπισώρη<sup>3</sup>, A. Λαζακίδου<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Υποψήφια Διδάκτωρ, Εργαστήριο Εφαρμογών Ψηφιακής Υγείας & Οικονομικών Υγείας, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη, <sup>2</sup>B' Τμήμα Χειρουργικής και Χειρουργικής Ογκολογίας, Γ.Ν.Α "Κοργιαλένιο -Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., <sup>3</sup>RN/Γραφείο Εκπαίδευσης Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>4</sup>Επίκουρη Καθηγήτρια, Εργαστήριο Εφαρμογών Ψηφιακής Υγείας & Οικονομικών Υγείας, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση της επαγγελματικής ικανοποίησης και η επίδραση της οικονομικής κρίσης, θέτοντας ταυτόχρονα τον προβληματισμό της χρησιμότητάς τους στη λειτουργία του δημόσιου τομέα και ειδικότερα του δημόσιου τομέα της υγείας.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μεταξύ των παραγόντων που επιδρούν σημαντικά στην αυξημένη εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών συγκαταλέγεται η σχέση που αναπτύσσεται τόσο μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών όσο και μεταξύ των ίδιων των νοσηλευτών. Η συνεργασία αυτών των δυο πολύ σημαντικών νοσηλευτικών ιδρύματος έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα σημαντική τόσο για τη βελτίωση των εργασιακών σχέσεων όσο και για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το εργασιακό στρες αποτελεί έναν παράγοντα ο οποίος επιδρά αρνητικά στην εργασιακή ικανοποίηση. Αν και η εμφάνιση στρες όταν αυτή πραγματοποιείται σε μικρά και ελεγχόμενα μεγέθη μπορεί να αποβεί επωφελής και να έχει θετικό αντίκτυπο στο άτομο, σε όλα σχεδόν τα είδη των επαγγελματιών, το στρες που ξεφεύγει από τον ατομικό έλεγχο οδηγεί σε πολύ αρνητικές καταστάσεις.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η οικονομική κρίση στις ημέρες μας, δημιούργησε πολλαπλά και ποικίλα προβλήματα στον υγειονομικό τομέα κυρίως με την υποστελέχωση του σε ανθρώπινο δυναμικό αλλά και με βασικές ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή λόγω των μειώσεων των δαπανών. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται μέσω των οικονομικών πιέσεων για την περιθάλψη, να διατηρήσουν την αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών. Υπάρχει λοιπόν άμεση ανάγκη για αναπόκριση όλων των επαγγελματιών υγείας, στην αύξηση των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που προκύπτουν από την οικονομική κρίση, αλλά και σε όλες τις ραγδαίες αλλαγές στο τοπίο της υγειονομικής περιθάλψης. Συμπερασματικά παρά τις αντίθετες συνθήκες εργασίας και τη χαμηλή ικανοποίηση που καταγράφεται σχετικά με τα επίπεδα των αμοιβών, οι επαγγελματίες υγείας επιδεικνύει υψηλή αίσθηση καθήκοντος.

## 299. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ

M. Αδαμοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Τσακατάρης<sup>1</sup>, Π. Κουρούτου<sup>2</sup>, K. Γκιζέλη<sup>2</sup>, Γ. Μαϊκαντής<sup>2</sup>, A. Ιωάννου<sup>2</sup>, X. Γιαννιπούλας<sup>2</sup>, Θ. Λάμπρου<sup>2</sup>, E. Σκούρα<sup>2</sup>, T. Ταταρίδου<sup>2</sup>, M. Κουπετώρη<sup>2</sup>, Σ. Ευαγγελάτος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), Υπουργείο Υγείας, <sup>2</sup>Α Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** η ανάδειξη του τρόπου λειτουργίας και οργάνωσης ιδιωτικής Κλινικής της Περιφέρειας, σε συνάρτηση με την εναρμόνισή της ή μη με τις ισχύουσες νομοθετικές διατάξεις.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Διενεργήθηκε έλεγχος σε ιδιωτική γενική κλινική, αναφορικά με τη νομιμότητα της εγκατάστασης και λειτουργίας της, κατ' εφαρμογή της ισχύουσας νομοθεσίας και των κανόνων της ορθής διοικητικής και ιατρικής πρακτικής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο έλεγχος της εν λόγω Κλινικής μεταξύ των άλλων, ανέδειξε: τη λειτουργία μη αδειοδοτημένων τμημάτων [ογκολογικού (για τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών σχημάτων, χωρίς να υπάρχει κατάλληλα διαμορφωμένος χώρος με τον αντίστοιχο εξοπλισμό, καθώς επίσης ούτε το κατάλληλο προσωπικό για τη διάλυση και την χορήγηση τους), καρδιολογικού τμήματος και υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας (με παράτυπη μεταφορά βιολογικών δειγμάτων)], τη μη νόμιμη χρήση χώρων, καθόσον δεν έχει ληφθεί άδεια για αυτούς, τη μη τήρηση των διατάξεων περί διαχείρισης επικίνδυνων ιατρικών αποβλήτων (Ε.Ι.Α.), τη μη θέωρηση των αρχιτεκτονικών και λοιπών σχεδίων και μελετών από την Τεχνική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, προκειμένου να προσαρμοστεί στις διατάξεις του ΠΔ 235/00, την ανάθεση της παρακολούθησης των νοσηλευόμενων και της αξιολόγησης των προσερχόμενων, σε ιατρό χωρίς τίτλο ειδικότητας, καθόσον η λειτουργία της Κλινικής βασίζεται στην κατ' επίκληση αρωγής ιδιωτών ιατρών, οι οποίοι είναι εξωτερικοί συνεργάτες της, την απουσία των επιστημονικά υπευθύνων των τμημάτων, την ύπαρξη χωροταξικών παρατυπιών στο χώρο των Ε.Ι., τη μη καταγραφή των διαδικασιών αποστείρωσης, οικονομικές παρατυπίες, οι οποίες αντιστοιχούσαν συνολικά στην περικοπή των 100.204,04 ευρώ από τους ορκωτούς λογιστές, τη μη τήρηση της ισχύουσας νομοθεσίας και κανόνων για τη νοσηλεία ασθενών στους θαλάμους απομόνωσης και κοινών θαλάμων, τη μη ανάληψη τιμοκαταλόγου, για την ενημέρωση των χρηστών, αναφορικά με την τιμολογιακή απαίτηση της Κλινικής, τη μη σύναψη συμβάσεων με Ιατρό Εργασίας και Τεχνικό Ασφαλείας και παράτυπη έκδοση «Βεβαίωσης Καλής Λειτουργίας» από την οικεία Περιφέρεια.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ιθύνοντες της Κλινικής παραπέμφθηκαν στα αρμόδια πολιτειακά όργανα, για παραβάσεις των διατάξεων των ΠΔ 235/2000, ΠΔ 247/1991, ΠΔ 198/2007, του ΠΔ 84/2001 και της υπ' αρ. πρωτ. Υ1ΓΠ.οικ.10946/28-1-2013 Εγκυκλίου της Γεν. Δ/νσης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας, του άρθρ. 34 του Αγορανομικού Κώδικα. Οι έλεγχοι σε ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, αποδεικνύονται επιβεβλημένοι για την προώθηση της υγείας και της περιουσίας των πολιτών, καθώς και της πολιτείας.

## 298. Ο ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΩΣ ΜΟΧΛΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δ. Μπατάκης<sup>1</sup>, Σ. Διαμαντάτου<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, Χανιά, <sup>2</sup>Υπουργείο Υγείας, <sup>3</sup>Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει τις δυνάμεις, ευκαιρίες και στρατηγικές για την καλύτερη οργάνωση του ιατρικού τουρισμού στη χώρα μας. Παράλληλα, παρουσιάζεται πρόταση σχεδίων δράσης για την επίτευξη του στόχου αυτού.

**ΥΛΙΚΟ:** Για τη συλλογή στοιχείων, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση διεθνών επιστημονικών ερευνών, κειμένων και άρθρων από ηλεκτρονικές πηγές.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ιατρικός τουρισμός μπορεί να λειτουργήσει ως ένας μοχλός οικονομικής ανάπτυξης για τη χώρα αποφέροντας έσοδα. Αναμφισβήτητα, ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί ένα μέρος του τουριστικού προϊόντος το οποίο γνωρίζει ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια και στον ελλαδικό χώρο. Αυτό το είδος τουρισμού έχει καταφέρει να συνδυάσει την αναγκαιότητα με την πολυτέλεια και να γίνει ένα ιδιαίτερα ανταγωνιστικό προϊόν. Τα οφέλη που προκύπτουν μέσα από την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στην εγχώρια οικονομία είναι: I) Αξιοποίηση του νοσοκομειακού αποθέματος της χώρας, II) Εκσυγχρονισμός του τομέα υγείας της χώρας, III) Επιμήκυνση της τουριστικής περιόδου, ιδιαίτερα για περιοχές όπως η Κρήτη και η Ηπειρωτική Ελλάδα, IV) Σύμφιση σχέσεων με το εξωτερικό που θα προκύψει από τις συνεργασίες, V) Δημιουργία νέων θέσεων εργασίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί έναν πολλά υποσχόμενο εν δυνάμει τομέα ανάπτυξης για τη χώρα μας. Υπάρχει ενδιαφέρον, δυνατότητα και ευκαιρίες για να καταστεί η Ελλάδα κέντρο παροχής υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του, να φροντίσει, να ρυθμίσει, να βελτιώσει και να διασφαλίσει την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, θα πρέπει να δημιουργηθούν διακρατικές σχέσεις/συμφωνίες για θέματα Τουρισμού Υγείας. Ακόμη, προτείνεται να υπάρξει προβολή στα επίπεδα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας της Ελλάδας και στα επίπεδα υγείας του ελληνικού πληθυσμού γενικότερα. Τα κυρία στοιχεία στα οποία μπορεί να βασιστεί η Ελλάδα το ανταγωνιστικό της πλεονέκτημα αφορούν πρωτίστως στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και στην κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού, παράλληλα με την προσφορά ανταγωνιστικών τιμών. Τέλος, η στρατηγική προβολή του προϊόντος προς το εξωτερικό χρειάζεται μελέτη, συντονισμό και βελτίωση.

## 300. ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ. ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΠΟΙΟΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

M. Καταφυγιώτη, Σ. Γεωργαντής, Γ. Σούφλα, Θ. Κανελλοπούλου, Θ. Κωστελίδου  
Εργαστήριο Πήξης-Αιμόστασης, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα διαγνωστικά εργαστήρια βιολογικών υλικών και κάθε φορέας υγείας που διαθέτει εργαστήριο επεξεργασίας βιολογικών υλικών υποχρεούται να εφαρμόζουν μεθόδους εσωτερικών ποιοτικού ελέγχου και να λαμβάνουν μέρος σε προγράμματα εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου που εφαρμόζονται από πιστοποιημένους ιδιωτικούς ή δημόσιους φορείς που λειτουργούν στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό για όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις που εκτελούνται από τα εργαστήρια τους. Διαπίστευση Αιματολογικού εργαστηρίου κατά το διεθνές πρότυπο ISO: Η διαπίστευση του Αιματολογικού εργαστηρίου αποτελεί την επίσημη αναγνώριση ότι το εργαστήριο αυτό συμμορφώνεται με ένα διεθνώς αναγνωρισμένο πρότυπο διαπίστευσης και λειτουργεί με την απαιτούμενη: Α) Τεχνική επάρκεια Β) Υπευθυνότητα (κατάλληλη επεξεργασία αποτελεσμάτων). Γ) Ανεξαρτησία και Αμεροληψία (υπευθυνότητα του προσωπικού χωρίς να υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων (π.χ οικονομικά κίνητρα).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση του οφέλους που προκύπτει από την αναγκαιότητα διαπίστευσης ενός εργαστηρίου για α) το εργαστήριο, β) τον ασθενή και γ) το κοινωνικό σύνολο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:**

**Οφέλη για τον ασθενή**

Αξιοπιστία και εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Συνεργασία εργαστηρίων χωρίς την ανάγκη επανελέγχου αποδεκτές από Ευρώπη και παγκοσμίως.

Ενισχύεται η ανάγκη συνεχούς προσαρμογής των εργαστηρίων σε διεθνή πρότυπα.

**Οφέλη για το εργαστήριο**

Εξασφάλιση συγκρίσιμων αποτελεσμάτων.

Εμπιστοσύνη του πολίτη στα αποτελέσματα.

Ενίσχυση του κύρους των εργαστηρίων και βελτίωση ανταγωνιστικότητας.

Σωστή οργάνωση και λειτουργία του.

**Οφέλη για το κοινωνικό σύνολο**

Αναβάθμιση του συστήματος υγείας.

Διασφάλιση των ασφαλιστικών ταμείων.

Προστασία του περιβάλλοντος.

### 301. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΣΤΙΣ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΜΕΘ

Δ. Μπαλάσκα<sup>1</sup>, Ζ. Μπιτσώρη<sup>2</sup>, Γ. Δημογόροντας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, Αθήνα, <sup>2</sup>Γραφείο Εκπαίδευσης, Γ. Ν. «Η ΕΛΠΙΣ», Αθήνα, <sup>3</sup>Νευροχειρουργική Κλινική, Metropolitan Hospital, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Είναι γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ξεχωριστή περίπτωση υπηρεσιών, οι οποίες έχουν ως επίκεντρο την επάρκεια των εγκαταστάσεων, των υλικών και του προσωπικού, την παροχή φροντίδας και τους τρόπους βελτίωσης της αποδοτικότητάς της, αλλά και τα αποτελέσματα για το χρήστη, στα οποία συμπεριλαμβάνεται η ικανοποίησή του, οι μεταβολές στην κατάσταση της υγείας του, η ενημέρωσή του και οι δείκτες θνησιμότητας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης να αναδειχθεί η σπουδαιότητα των επιθεωρήσεων στην ΜΕΘ για τον εντοπισμό, την αξιολόγηση και την λήψη διορθωτικών μέτρων καθώς και να τονιστεί ο ρόλος του προτύπου στις επιθεωρήσεις για την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην ΜΕΘ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Ένα τμήμα όπως η ΜΕΘ για να τεθεί στην διαδικασία ποιότητας θα πρέπει να περάσει από επιθεώρηση. Οι επιθεωρητές πρέπει να παρέχουν την εργασία τους με τιμιότητα, διακριτικότητα και υπευθυνότητα, να αναφέρουν κάθε στοιχείο με ειλικρίνεια και ακρίβεια, να δείχνουν ενδιαφέρον ανάλογο της σημασίας του σκοπού που υπηρετούν, της θέσης τους, της εμπιστευτικότητας των στοιχείων της επιθεώρησης και της εμπιστοσύνης που περιβάλλονται. Τα πρότυπα ISO είναι έγγραφα που έχουν εγκριθεί από έναν αναγνωρισμένο φορέα, παρέχοντας κανόνες, κατευθυντήριες οδηγίες ή χαρακτηριστικά και αποσκοπουν στην επίτευξη του βέλτιστου βαθμού τάξης σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο εφαρμογής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε κάθε πρόγραμμα επιθεώρησης για να είναι αποτελεσματικό απαιτείται ο έλεγχος τήρησης του προγράμματος, αξιολόγηση της απόδοσης της ομάδας επιθεώρησης, αξιολόγηση της επίδοσης κάθε μέλους της ομάδας επιθεώρησης και αξιολόγηση της πληροφόρησης σχετικά με την πορεία της επιθεώρησης από τα άλλα ενδιαφερόμενα μέρη. Συμπερασματικά η ανάπτυξη και η εφαρμογή συστημάτων ελέγχου και μέτρησης της ποιότητας αποτελεί επιτακτική ανάγκη στην Ελλάδα, καθώς υπάρχει ένα μεγάλο χάσμα ανάμεσα στις απαιτήσεις των ασθενών και του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών.

### 303. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Δ. Μπατάκης<sup>1</sup>, Σ. Διαμαντάτος<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, Χανιά, <sup>2</sup>Υπουργείο Υγείας, <sup>3</sup>Π.Γ.Ν. «Αττική», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το ζήτημα της πολιτικής υγείας και κάνει αναφορά στις πολιτικές που διενεργούνται στην Ελλάδα και σε αυτές που λαμβάνουν χώρα σε κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως Μ. Βρετανία, Γερμανία, Ιταλία και Σουηδία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα εργασία θα παρουσιάσει αυτές οι χώρες καθώς έχουν διαπρέψει στον χώρο των πολιτικών υγείας και γι' αυτό και αναφέρονται. Κατόπιν, και αφού γίνει η αναφορά των πολιτικών, μπορεί ο καθένας να συγκρίνει τα συστήματα των χωρών αυτών με εκείνο της Ελλάδος.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Για την συλλογή στοιχείων, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση διεθνών επιστημονικών ερευνών, κειμένων, άρθρων από ηλεκτρονικές πηγές.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αφού έχουν παρατεθεί λοιπόν οι πολιτικές υγείας της χώρας μας και εκείνες άλλων ευρωπαϊκών χωρών, τέλος επιχειρείται ο εξευρωπαϊσμός των εθνικών πολιτικών, που συγκλίνει στην προσέγγιση μίας διαδικασίας κατά την οποία τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. εφαρμόζουν ενιαίες πολιτικές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από την έρευνα και όλα όσα παρατέθηκαν, εξάγονται ορισμένα συμπεράσματα, το σημαντικότερο μέλημα και άμεση προτεραιότητα αποτελεί η στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επόμενη προτεραιότητα αποτελεί η αύξηση του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού στη χώρα μας και ισορροπία του αριθμού των ιατρών. Εκταμίευση περισσότερων χρημάτων για την υγεία από τον προϋπολογισμό της Γενικής Κυβέρνησης.

### 302. ΑΝΑΛΥΣΗ SWOT ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δ. Μπαλάσκα<sup>1</sup>, Ζ. Μπιτσώρη<sup>2</sup>, Γ. Δημογόροντας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, Αθήνα, <sup>2</sup>Γραφείο Εκπαίδευσης, Γ. Ν. «Η ΕΛΠΙΣ», Αθήνα, <sup>3</sup>Νευροχειρουργική Κλινική, Metropolitan Hospital, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Για την αποτελεσματική λειτουργία των οργανισμών υγείας σημαντικό ρόλο στην επίτευξη των στόχων τους παίζει η ηγεσία, η σταθερότητα του προσωπικού, το ευνοϊκό κλίμα και η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η ύπαρξη στρατηγικής, ενός σχεδίου δράσης είναι απαραίτητη για την υλοποίηση των αντικειμενικών σκοπών του οργανισμού.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας όσο αφορά τις καταγραφές που υπάρχουν για ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία στρατηγικού σχεδιασμού, την ανάλυση S.W.O.T., και την εφαρμογή της στο χώρο της υγείας.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ανάλυση SWOT αποτελεί ένα από τα χρήσιμα εργαλεία για την υιοθέτηση μεθόδων εισαγωγής βελτιώσεων. Δίνει την δυνατότητα στον οργανισμό να εντοπίσει τα δυνατά και αδύνατα σημεία και να κατανοήσει τα πιο σημαντικά θέματα που προβάλλουν για αυτό. Ο συνδυασμός των δυνατών σημείων και των κινδύνων ίσως αποτελέσει δύσκολο έργο για τον οργανισμό που καλείται να ανακαλύψει τρόπους έτσι ώστε τα δυνατά του σημεία να λειτουργήσουν σαν «ασπίδα προστασίας» έναντι στους κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο στρατηγικός σχεδιασμός με την χρήση των κατάλληλων εργαλείων, στον τομέα της υγείας έχει σαν στόχο την επίτευξη της αποτελεσματικότητας, ισότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για την επίτευξη τους απαιτείται άρτια οργάνωση και αποτελεσματική διοίκηση και διαχείριση των πόρων, τόσο σε διοικητικό-λειτουργικό και οικονομικό επίπεδο, όσο και στην καθημερινή λειτουργία του συστήματος. Η βελτίωση των επιμέρους διαδικασιών αλλά και της διαδικασίας του οργανισμού στο σύνολό της αν και φαίνεται εύκολα υλοποιήσιμη στην πραγματικότητα είναι ιδιαίτερα δύσκολη και χρονοβόρα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα εμπλεκόμενα στην διαδικασία τμήματα είναι πολλά και το καθένα από αυτά επιτελεί διαφορετικές φύσης εργασίες με αποτέλεσμα να είναι δύσκολος ο συντονισμός τους. Είναι λοιπόν απαραίτητος ο καθορισμός των στρατηγικών στόχων και η επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής για την επίτευξής τους.

### 304. ΜΗ ΧΡΗΣΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΟΜΦΑΛΙΟΠΛΑΚΟΥΝΤΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ: ΠΗΓΗ ΑΝΤΙ-ΛΕΥΧΑΙΜΙΚΩΝ Τ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΓΙΑ ΥΙΟΘΕΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΟΣΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΥΚΛΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

Κ. Κουκουλιάς<sup>1,2</sup>, Α. Παπαδοπούλου<sup>1,2</sup>, Ν. Σαββόπουλος<sup>1,2</sup>, Ε. Δεληγιάννη<sup>1,2</sup>, Α. Ξαγοράρη<sup>1</sup>, Μ. Γιάγκου<sup>2</sup>, Α. Αναγνωστόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Γιαννάκη<sup>1</sup>, Π. Καλογιαννίδης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Γονιδιακής & Κυτταρικής Θεραπείας, Αιματολογική - ΜΜΜΟ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», <sup>2</sup>Τμήμα Βιολογίας, Α.Π.Θ., <sup>3</sup>Stem cell Transplant, King Fahad Specialist Hospital Dammam, Saudi Arabia

**ΥΠΟΒΑΘΡΟ:** Η αντιμετώπιση ανθεκτικής/υποτροπιάζουσας λευχαιμίας με ειδικά Τ-λεμφοκύτταρα (leukemia-specific T-cells; leuk-STs) τρίτου χώρου, αποτελεί ελπιδοφόρα, αποτελεσματική και χαμηλής τοξικότητας θεραπεία, περιορίζεται όμως από τον απαιτούμενο υψηλό αριθμό δονδρικών κυττάρων (ΔΚ) για την παραγωγή κλινικά επαρκών δόσεων leuk-STs. Μονάδες ομφάλιου αίματος, μη χρηστικές για μεταμόσχευση (ΜΧ-ΟΠΑ), αποτελούν πλούσια πηγή ΔΚ για παραγωγή leuk-STs.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παραγωγή leuk-STs έναντι των αντιγόνων Wilms tumor protein (WT1) και Preferentially Expressed Antigen in Melanoma (PRAME), από ΜΧ-ΟΠΑ.

**ΥΛΙΚΟ:** LeuSTs έναντι των PRAME και Wt1 αντιγόνων, δημιουργήθηκαν από «παρθένα» Τ-λεμφοκύτταρα ΜΧ-ΟΠΑ, κατόπιν διέγερσης με ΔΚ προερχόμενων από CD34+ κυττάρων των ιδίων ΜΧ-ΟΠΑ. Τα ΔΚ υποβλήθηκαν σε επώαση/ωρίμανση με πεπτιδία PRAME και Wt1. Ο φαινοτυπικός χαρακτηρισμός, η επιβεβαίωση λειτουργικότητας/ειδικότητας και οι εκκρινόμενες κυτοκίνες των παραχθέντων κυττάρων μελετήθηκαν με κυτταρομετρία ροής, Elispot και Elisa.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μετά καλλιέργεια 35 ημερών, από 0,2-0,7x10<sup>6</sup> CD34+ κύτταρα απομονώθηκαν από ΜΧ-ΟΠΑ (n=4), παρήχθησαν 3,3(1,9-5,7)x10<sup>6</sup> μυελοειδή-ΔΚ: (CD33+/CD11c+;7,8±5,5%), έκπτυξη~11.000. Τα μυελοειδή-ΔΚ εξέφραζαν δείκτες ωρίμανσης (CD40+:79±12%, HLA-DR+:78±10%), επαρκή έκκριση IL-12:224±185pg/ml, IL-6:19±1x10<sup>6</sup>pg/ml, TNF-α:5268±1316pg/ml (Th1-κυτοκίνες) και ασθενή έκκριση IL-10 (Th2-κυτοκίνη) μετά την ωρίμανση. Κατόπιν διέγερσης των ΜΧ-ΟΠΑ/CD34- κυττάρων με τα Wt1/PRAME-ειδικά ΔΚ, παραγάγαμε 7,5±3,4x10<sup>5</sup> CD3+ κύτταρα (κλινική δόση>10<sup>5</sup>/kg). Οι σειρές παρουσίαζαν ειδική κυτταροτοξικότητα (SFC/2x10<sup>5</sup> κύτταρα μετά την 2<sup>η</sup>,3<sup>η</sup>,4<sup>η</sup> διέγερση: 106±33; 422±111; 1335±314; αντίστοιχα), έναντι των αντιγόνων στόχων (PRAME:1019±275, Wt1:316±55), ήταν πολυκλωνικές (CD4+:28±10%, CD8+:52±17%), εξέφραζαν σταθερά δείκτες μνήμης [CD45RA-/CD62L-52.8±5%, CD45RA+/CD62L+:46±4%], και πρωτεΐνης-1 προγραμματισμένου κυτταρικού θανάτου (CD3+/PD-1+:9±4%), υποδηλώνοντας ελάχιστη «κυτταρική εξουθένωση». Ταυτόχρονα περιείχαν αμελητέα ποσοστά ρυθμιστικών-λεμφοκυττάρων (CD4+/CD25+:1±0.5%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Προτείνουμε ένα παράδειγμα «κυκλικής οικονομίας» στην ιατρική, αξιοποιώντας τις ΜΧ-ΟΠΑ για την παραγωγή ΔΚ, leuk-STs , με προοπτική δημιουργίας τραπεζών ΔΚ/ leuk-STs.

## 305. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 307. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΩΝ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ ΣΤΟΝ ΑΝΟΣΟΦΑΙΝΟΤΥΠΟ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Γ. Γαϊντή, Α. Γερμενής, Μ. Σπेलέτας

Εργαστήριο Ανοσολογίας και Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το ενδιαφέρον ανάπτυξης λειτουργικών και μη δοκιμασιών ανθρώπινων ουδετεροφίλων, όπου διερευνώνται φλεγμονώδεις διαταραχές και πρωτοπαθείς ανοσοανεπάρκειες αυξάνεται συνεχώς. Σε αυτές αξιολογούνται *in vitro*, η έκφραση επιφανειακών αντιγόνων (μορίων προσκόλλησης, υποδοχών ανοσοσφαιρινών και συμπληρωμάτων) και οι λειτουργικές τους αποκρίσεις. Ωστόσο, οι πειραματικοί χειρισμοί προκαλούν αλλαγές στο φαινότυπο των ουδετεροφίλων. Στην παρούσα μελέτη έγινε αξιολόγηση ταυτόχρονα αρκετών επιφανειακών δεικτών των ουδετεροφίλων σε διαφορετικές πειραματικές συνθήκες-καταστάσεις διέγερσης σε φυσιολογικούς μάρτυρες.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήθηκε συλλογή περιφερικού αίματος με ηπαιρισμένη σύριγγα από 14 δότες (άνδρες/γυναίκες: 4/10, μέση ηλικία: 41,5 έτη, εύρος: 21-65). Η μελέτη των ουδετεροφίλων έγινε με κυτταρομετρία ροής σε 4 συνθήκες: άμεσα σε φάση ηρεμίας (συνθήκη 1), μετά από απομόνωσή τους σε διαβάθμιση πυκνότητας φικόλης (Histopaque 1,077 g/ml και 1,119 g/ml) (συνθήκη 2), καθώς και μετά από επώαση για 1 ώρα απουσία (συνθήκη 3) και παρουσία LPS (100 ng/ml) (συνθήκη 4). Αξιολογήθηκε η έκφραση των επιφανειακών δεικτών CD10, CD11b, CD11c, CD15, CD16, CD18, CD64, CD62L, CD66b και ακολούθησε στατιστική ανάλυση εφαρμόζοντας t-test κατά ζεύγη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η έκφραση του συνόλου σχεδόν των επιφανειακών δεικτών των ουδετεροφίλων αυξάνεται σημαντικά μετά από απομόνωση και σε συνθήκες ολικού αίματος υπό καλλιέργεια χωρίς διεγέρτη. Η προσθήκη LPS προκαλεί περαιτέρω αύξηση έκφρασης των δεικτών, πλην των CD16 και CD62L, των οποίων η έκφραση μειώνεται. Η έκφραση του CD62L μειώνεται και απουσία διεγέρτη στην καλλιέργεια, ενώ καμία από τις πειραματικές συνθήκες δεν μεταβάλλει σημαντικά την έκφραση του CD64.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι πειραματικοί χειρισμοί μεταβάλλουν σημαντικά τον ανοσοφαινότυπο των ουδετεροφίλων, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη διερεύνηση δοκιμασιών όταν διερευνώνται διαταραχές του ανοσοακού συστήματος.

## 306. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΡΟΗΓΗΘΗΣΑ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ

Μ. Λιόση<sup>1</sup>, Α. Τσιλιγιάννη<sup>1</sup>, Σ. Ντελίκου<sup>2</sup>, Μ. Πουγιούκα-Μπέη<sup>1</sup>, Α. Πετροχειλίου<sup>1</sup>, Μ. Τούτουζα<sup>1</sup>, Κ. Μαραγκός<sup>2</sup><sup>1</sup>Ανοσολογικό-Ορολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η σπληνεκτομή, ως θεραπευτικό μέσο στη β-Μεσογειακή Αναιμία (β-ΜΑ), εφαρμόζεται σχεδόν από τότε που έγινε γνωστή η νόσος και ενδείκνυται κυρίως όταν εμφανίζονται σημεία υπερσπληνισμού.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να μελετηθεί ο ρόλος της σπληνεκτομής στα πλαίσια της σύγχρονης θεραπείας της β-ΜΑ η συσχέτιση με το ανοσολογικό προφίλ των πολυμεταγγιζόμενων ασθενών και η σύγκριση με μη σπληνεκτομηθέντες πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 49 ασθενείς με ομόζυγη β θαλασσαιμία (Γ/Α:44/20) μέσης ηλικίας 49,2 (±8,3). Από αυτούς οι 41 είχαν υποβληθεί σε σπληνεκτομή και οι 8 όχι. Μετρήθηκαν τα επίπεδα των ανοσοσφαιρινών IgG, IgM και IgA. Αναλόγως των φυσιολογικών τιμών οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες: τιμές εντός φυσιολογικών ορίων, τιμές χαμηλότερες και τιμές υψηλότερες των φυσιολογικών ορίων. Υπολογίστηκε η σχετική συχνότητα (relative frequency) και το αντίστοιχο ποσοστό εμφάνισης (percent).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:**

Ανοσοσφαιρίνες	Σπληνεκτομή n=41		Χωρίς σπληνεκτομή n=8	
gG<700	2	4,9%	1	12,5%
IgG 700-1600	16	39%	3	37,5%
IgG>1600	23	<b>56,1%</b>	4	<b>50%</b>
IgM<40	3	7,3%	0	0%
IgM 40-230	36	<b>87,8%</b>	6	<b>75%</b>
IgM >230	2	4,9%	2	25%
IgA<70	3	7,3%	1	12,5%
IgA70-400	28	<b>68,3%</b>	5	<b>62,5%</b>
IgA >400	20	24,4%	2	25%

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το μεγαλύτερο ποσοστό των πολυμεταγγιζόμενων ασθενών δεν εμφανίζει ιδιαίτερη στατιστική απόκλιση από τις φυσιολογικές τιμές ανοσοσφαιρινών, και η ύπαρξη σπληνεκτομής ή μη δεν φαίνεται να επηρεάζει μακροχρονίως την παραγωγή ανοσοσφαιρινών. Η διαρκής όμως έκθεση του ανοσοποιητικού λόγω των μεταγγίσεων φαίνεται πως επηρεάζει τα επίπεδα IgG ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η συνυπάρχουσα ηπατική αιμοσιδήρωση καθώς και η ύπαρξη χρονίων ιογενών λοιμώξεων στην αύξηση των επιπέδων αυτής.

## 308. ΟΙ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΙΣ C3, C4, ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΟΡΟ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΟΡΟΥ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΤΟ ΗΠΑΡ

Ν. Γκουμπίνι<sup>1</sup>, Σ. Ντελίκου<sup>2</sup>, Μ. Καραγρηγορίου<sup>1</sup>, Α. Πετροχειλίου<sup>3</sup>, Μ. Κοζανίτου<sup>1</sup>, Ζ. Παλλαντζά<sup>1</sup>, Μ. Τούτουζα<sup>2</sup>, Κ. Μαραγκός<sup>2</sup><sup>1</sup>Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>Ανοσολογικό-Ορολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση των συγκεντρώσεων C<sub>3</sub>, C<sub>4</sub> στον ορό πολυμεταγγιζόμενων ασθενών με αιμοσφαιρινοπάθειες με τα επίπεδα φερριτίνης ορού που αντανάκλουν το συνολικό φορτίο σιδήρου, και τον βαθμό ηπατικής αιμοχρωμάτωσης LIC όπως ποσοτικοποιείται μετά από απεικόνιση με MRI χρησιμοποιώντας την εξίσωση του Gandon. Η υπόθεση της μελέτης που βασίστηκε σε παρατηρήσεις κατά το follow up των ασθενών είναι χαμηλή δραστηριότητα του συμπληρώματος στον ορό όταν συνυπάρχει υψηλό φορτίο σιδήρου και ηπατική αιμοχρωμάτωση.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 63 ασθενείς μέσης ηλικίας 49,2 ετών (21-74 ± 9,6), Άνδρες/γυναίκες: 20/43, εκ των οποίων 49 με θαλασσαιμία (ομόζυγη ή ενδιάμεση) και 14 με δρεπανοκυτταρική νόσο (ομόζυγη ή σε συνδυασμό με θαλασσαιμία). Μετρήθηκαν τα επίπεδα συμπληρώματος C<sub>3</sub>, C<sub>4</sub> στον ορό με εύρος τιμών C<sub>3</sub>:75-180mg/dl, C<sub>4</sub>:10-40mg/dl, και φερριτίνης ορού: 6-81µg/dl Η στατιστική ανάλυση έγινε με την μη παραμετρική Spearman's Rho για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ των δύο εκάστοτε μεταβλητών. Ως σημαντικά στατιστικά θεωρείται p < 0.05. Στη συνέχεια, οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε 3 ομάδες αναλόγως του βαθμού ηπατικής αιμοχρωμάτωσης LIC, σε φυσιολογική/ήπια LIC 1.2-7mgFe/gr ξηρού βάρους (n=42), μέτρια/σοβαρή 7-12 mgFe/gr ξηρού βάρους (n=14) και μέτρια/σοβαρή LIC 7 με 12 έως >20 mgFe/gr ξηρού βάρους (n=9 και συγκρίθηκαν οι τιμές του συμπληρώματος. Η στατιστική ανάλυση έγινε με ανάλυση διασποράς ANOVA. Ως σημαντικά στατιστικά θεωρείται p < 0.05.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η συσχέτιση μεταξύ LIC και φερριτίνης είναι γραμμική και στατιστικά σημαντική R=0.65 (p=0). Η συσχέτιση μεταξύ φερριτίνης και C<sub>3</sub> R= 0.44 και C<sub>4</sub> R=0.42 με p=0.00029 και p=0.00049 αντίστοιχα. Η συσχέτιση μεταξύ LIC και C<sub>3</sub> με R=0.27 με p=0.29 και LIC με C<sub>4</sub> είναι R=0.321 με p=0.01. Το C<sub>3</sub> και C<sub>4</sub> εμφανίζουν γραμμική θετική συσχέτιση με την φερριτίνη και το LIC επιβεβαιωτική της αρχικής υπόθεσης. Η σύγκριση τιμών C3 και C4 ξεχωριστά μεταξύ των 3 ομάδων ασθενών δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων 1,2,3 p=0.10953 για το C<sub>3</sub> και p= 0.054453 επιβεβαιώνοντας την γραμμική συσχέτιση των ανωτέρω παραμέτρων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ηπατική αιμοχρωμάτωση σε πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα δευτεροπαθούς έκπτωσης των κλασμάτων του συμπληρώματος και αποτελεί έναν συμπληρωματικό αδρό δείκτη της βαρύτητας της ηπατικής δυσπρωγίας.



**309. Ο ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΔΟΞΟΡΟΥΒΙΚΙΝΗΣ ΚΑΙ ΟΛΕΥΡΩΠΕΪΝΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΕΙ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΕΧΕΙ ΚΑΡΔΙΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΙN VIVO**

N. Ψαρράς<sup>1</sup>, K. Κομιανός<sup>1</sup>, O. Μπενιάτς<sup>1</sup>, A. Παπαχριστοδούλου<sup>2</sup>, Π. Εφεντάκης<sup>2</sup>, A. Βαρελά<sup>3</sup>, K. Δάβος<sup>3</sup>, I. Ανδρέαδου<sup>3</sup>, E. Μικρός<sup>3</sup>, O. Τσιτσιλίωνη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τομέας Φυσιολογίας Ζώων και Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Τομέας Φαρμακευτικής Χημείας, Τμήμα Φαρμακευτικής, ΕΚΠΑ, <sup>3</sup>Κέντρο Κλινικής, Πειραματικής Χειρουργικής και Μεταφραστικής Έρευνας, ΙΙΒΕΑΑ, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ολευρωπείνη αποτελεί φυσικό προϊόν με πλειοτροπική δραστηριότητα που απομονώνεται από τον καρπό και τα φύλλα της ελιάς (*Olea Europaea*). Η δοξορουβικίνη είναι ένας ιδιαίτερα αποτελεσματικός αντινεοπλασματικός παράγοντας με περιορισμένη όμως κλινική χρήση λόγω των σοβαρών παρενεργειών της, κυρίως της καρδιοτοξικότητας. Διερευνήσαμε την *in vivo* αντικαρκινική και καρδιοπροστατευτική δράση της ολευρωπείνης σε συγχρόνηση με τη δοξορουβικίνη.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Με τη μέθοδο ΜΤΤ, προσδιορίστηκαν *in vitro* οι κυτταροτοξικές συγκεντρώσεις της δοξορουβικίνης και ολευρωπείνης έναντι των καρκινικών κυττάρων ποντικού Β16.F1 (μελάνωμα) και CT-26 (ορθοκολικός καρκίνος). Ποντίκια C57BL/6 και Balb/c ενοφθαλμίστηκαν υποδόρια με τα συγγενικά κύτταρα Β16.F1 (10<sup>5</sup>/ζώο) και CT-26 (10<sup>5</sup>/ζώο), αντίστοιχα. Όταν οι όγκοι έγιναν ψηλαφητοί (ημέρα 11) χορηγήθηκαν ενδοπεριτοναϊκά δοξορουβικίνη (60 mg/ποντίκι) ή/και ολευρωπείνη (7 mg/ποντίκι) σε 6 δόσεις, ανά 2 ημέρες. Η ανάπτυξη των όγκων παρακολούθηθηκε για 23 ημέρες. Η καρδιοτοξικότητα αξιολογήθηκε υπερηχογραφικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η συνδυαστική χορήγηση δοξορουβικίνης και ολευρωπείνης ήταν καλά ανεκτή και επιβράδυνε σημαντικά το ρυθμό ανάπτυξης του μελανώματος (0,178 έναντι 1,008 cm<sup>3</sup> της ομάδας του μάρτυρα) και του ορθοκολικού καρκίνου (0,363 έναντι 1,154 cm<sup>3</sup> της ομάδας του μάρτυρα). Συγχρόνως, προκάλεσε ύφεση της επαγόμενης από τη δοξορουβικίνη χρόνιας καρδιοτοξικότητας, μειώνοντας τη διαφορά της κλασματικής βράχυνσης (ΔΦΣ) στα ποντίκια που έλαβαν δοξορουβικίνη και ολευρωπείνη (~4%) σε σύγκριση με αυτά που έλαβαν μόνο δοξορουβικίνη (~10%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συγχρόνηση ολευρωπείνης σε ποντίκια με όγκους δρα καρδιοπροστατευτικά αναστρέφοντας τη χρόνια καρδιοτοξικότητα που προκαλεί η δοξορουβικίνη, ενώ συγχρόνως ενισχύει σημαντικά και την αντικαρκινική δράση του χημειοθεραπευτικού παράγοντα.

**311. ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ**

K. Λιασκώνης<sup>1</sup>, A. Αρχοντάκης<sup>2</sup>, Γ. Σαρανταρίδου<sup>1</sup>, A. Λιασκώνη<sup>1</sup>, Γ. Μπαντόλας<sup>1</sup>, Π. Φράγκος<sup>1</sup>, I. Χαλβασιώτης<sup>1</sup>, I. Κουσερής<sup>1</sup>, O. Ιβσπούλου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, <sup>2</sup>Ουρολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν από καλλιέργειες σπέρματος ασθενών του Νοσοκομείου μας κατά την διάρκεια τεσσάρων ετών.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από 1-1-2013 έως 30-11-2016, 1.148 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν ή επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία της Ουρολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου έδωσαν δείγματα σπέρματος για καλλιέργεια. Η καλλιέργεια των δειγμάτων έγινε υπό αερόβιες συνθήκες σε Αιματούχο, Mac Conkey, Chapman και Sabouraud καθώς επίσης σε Σοκολατούχο άγαρ (C02 5%). Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με αυτοματοποιημένο σύστημα. Αξιολογήθηκαν οι θετικές μονοκαλλιέργειες και συσχέτισθηκαν με την μικροσκοπική εξέταση κάθε δείγματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τις 1.148 καλλιέργειες θετικές ήταν οι 116 (10,10%) και απομονώθηκαν κατά σειρά συχνότητας οι κάτωθι μικροοργανισμοί: 1) *E.Coli* 61 (52,59%), 2) *Proteus mirabilis* 14 (12,07%), 3) *Enterococcus faecalis* 13 (11,21%), 4) *Klebsiella spp.* 10 (8,62%), 5) *Enterobacter spp.* 6 (5,17%), 6) *Pseudomonas spp.* 5 (4,3%), 7) *Staphylococcus aureus* 3 (2,58%), 8) *Candida albicans* 1 (0,86%), 9) *Morganella morganii* 1 (0,86%), 10) *Citrobacter freundii* 1 (0,86%), 11) *Naisseria gonorrhoeae* 1 (0,86%). Η ευαισθησία στα αντιβιοτικά ποικίλει.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα εντεροβακτηριακά στο σύνολο τους 93 στελέχη (80,17%) είναι τα συχνότερα μικρόβια που απομονώθηκαν. Από αυτά η *E.Coli* (52,59%) είναι το συχνότερο παθογόνο, έπεται ο *Proteus mirabilis* (12,07%) και ακολουθεί ο *Enterococcus faecalis* (11,21%). Οι λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος στους άνδρες είναι από τα πιο σημαντικά αίτια υπογονιμότητας και αν δεν αντιμετωπισθούν εγκαίρως δημιουργούν χρόνιες φλεγμονές όπως προστατίτιδες. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι απαραίτητες για την έναρξη της κατάλληλης θεραπείας ώστε να αποφευχθούν οι χρόνιες φλεγμονές και οι επιπλοκές τους.

**310. ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

M. Μπακάλη, K. Γυφτοπούλου, Β. Μιτράι, Π. Δημημόλιας, E. Αλαφάκη, Ρ. Χατζη-Κυριάκου

Αιματολόγο Τμήμα, Εργαστηριακός Τομέας, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αναλογία ουδετερόφιλων-λεμφοκυττάρων στη γενική αίματος έχει πρόσφατα χρησιμοποιηθεί ως ένας δείκτης φλεγμονής σε συγκεκριμένους πληθυσμούς ασθενών και φαίνεται να έχει προγνωστική αξία ιδιαίτερα σε πληθυσμούς ασθενών με συστηματική χρόνια φλεγμονή. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη της αναλογίας ουδετερόφιλων-λεμφοκυττάρων στη γενική αίματος ως ένας προγνωστικός δείκτης φλεγμονής σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάστηκαν οι γενικές αίματος 50 ασθενών με γνωστή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια πριν υποβληθούν σε αιμοκάθαρση τη χρονική περίοδο από τον Ιανουάριο του 2016 έως το Σεπτέμβριο του 2016 και συγκρίθηκαν με τις γενικές αίματος 50 υγιών ατόμων χωρίς νεφρική ανεπάρκεια που προσήλθαν στα ΤΕΙ για εργαστηριακό έλεγχο. Συγκεκριμένα υπολογίστηκε η αναλογία ουδετερόφιλων-λεμφοκυττάρων στις γενικές αίματος των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και συγκρίθηκε με την αναλογία ουδετερόφιλων-λεμφοκυττάρων στις γενικές αίματος της ομάδας ελέγχου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 50 ασθενείς οι 36 ήταν άνδρες και οι 14 γυναίκες. Η μέση αναλογία ουδετερόφιλων-λεμφοκυττάρων στις γενικές αίματος των ασθενών με χρόνια ουδετεροφιλία ήταν 7,59 (1,44-16,07), ενώ η μέση αναλογία ουδετερόφιλων-λεμφοκυττάρων στις γενικές αίματος της ομάδας ελέγχου ήταν 2,8 (0,98-7,52).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια εμφανίζουν αυξημένη αναλογία ουδετερόφιλων-λεμφοκυττάρων στη γενική αίματος συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Η ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος που προκαλείται από τη φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και πιο συγκεκριμένα τον αριθμό των ουδετερόφιλων συγκριτικά με αυτή των λεμφοκυττάρων σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Περισσότερες μελέτες απαιτούνται ωστόσο έτσι ώστε να χρησιμοποιηθεί η αναλογία ουδετερόφιλων-λεμφοκυττάρων στη γενική αίματος ως ένας προγνωστικός δείκτης για ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

**312. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΧΛΩΡΙΔΑ ΤΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΩΤΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ Γ.Ν.ΡΟΔΟΥ ΣΤΗΝ ΤΡΙΕΤΙΑ 2013-2016**

Δ. Χατζηδόκη, Χ. Ταμπάκης, Μ. Κινδύνη, Ε. Βαμβακά, Α. Φέρκε

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εξωτερική ωτίτιδα συνιστά φλεγμονή του έξω ακουστικού πόρου του ωτός και αποτελεί συχνή νόσο που εμφανίζεται σε κάθε ηλικία. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη των υπεύθυνων μικροοργανισμών σε περιστατικά εξωτερικής ωτίτιδας και η εποχιακή κατανομή τους.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν 346 καλλιέργειες ωτικού εκκρίματος που εστάλησαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο κατά την τριετία 2013 – 2016. Τα 174 δείγματα προήλθαν από την Παιδιατρική Κλινική και τα 172 από τις υπόλοιπες κλινικές. Καλλιεργήθηκαν σε θρεπτικά υλικά (αιματούχο agar, Mac Conkey και Sabouraud agar), επωάστηκαν 24 ώρες αερόβιως στους 37°C και 7-10 μέρες σε θερμοκρασία δωματίου για τυχόν ανάπτυξη μυκήτων. Ακολούθησε ταυτοποίηση των μικροβιακών στελεχών που απομονώθηκαν από τις θετικές καλλιέργειες και έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά με τη μέθοδο διάχυσης των δισκίων κατά Kirby – Bauer.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα 346 δείγματα θετικοποιήθηκαν 64 (18.5%), από τα οποία 41 (23.8%) ήταν ενήλικες και 23 (13.2%) ήταν παιδιά.

Η κατανομή των μικροβιακών στελεχών καταγράφεται στον παρακάτω πίνακα:

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Σύνολο Δειγμάτων / Θετικά	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Proteus mirabilis</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Staph. MRSA</i>
ΠΑΙΔΙΑ	174 / 23	18 (78.3 %)	0	3 (13.0%)	2 (8.7%)	0
ΕΝΗΛΙΚΕΣ	172 / 41	26 (63.4%)	6 (14.6%)	2 (4.8%)	0	7 (17.0%)

Οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν κατά σειρά συχνότητας ήταν οι εξής:

*Pseudomonasaeruginosa* 78.3% στα παιδιά και 63.4% στους ενήλικες  
*Staphylococcus MRSA* 17.0% μόνο στους ενήλικες  
*Proteusmirabilis* 14.6% μόνο στους ενήλικες  
 Παρατηρήθηκε σημαντική διακύμανση ανάλογα με την εποχή του έτους: τους καλοκαιρινούς μήνες 23%, τους φθινοπωρινούς 28%, τους χειμερινούς 25% και τους εαρινούς 15%. Ακόμη ταυτοποιήθηκε *Staph. coag(-)* CNS σε ποσοστό 24.0% και μύκητες του γένους *Candida* σε 14.6%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από την μελέτη μας προέκυψε ότι τα Gram (-) βακτηρίδια αποτελούν το 89% των αιτιών εξωτερικής ωτίτιδας με συχνότερη την *Pseudomonasaeruginosa*. Η μικροβιακή χλωρίδα και η κατανομή των δειγμάτων κατά εποχή δείχνουν ότι η εξωτερική ωτίτιδα σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η θερμοκρασία, η υγρασία, ο τρόπος διαβίωσης των ασθενών (νησιωτικός πληθυσμός) κατά τους θερινούς μήνες.

### 313. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Δ. Χατζηδάκη<sup>1</sup>, Ν. Κοσιώρη<sup>1</sup>, Α. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Ε. Βαμβάκη<sup>1</sup>, Α. Φέρκε<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Επιτροπή Ελέγχου Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αποτύπωση και καταγραφή των παραγόμενων νοσοκομειακών αποβλήτων του Γ.Ν. Ρόδου που θα ωφελήσουν την μετέπειτα διαχείριση των αποβλήτων στη συγκεκριμένη υγειονομική μονάδα.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Για την αποτύπωση μιας γενικής εικόνας της κατάστασης της παραγωγής αποβλήτων στο Γ.Ν. Ρόδου αρχικά έγινε μελέτη μέσω προσωπικής παρατήρησης ενώ για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη συγκεκριμένη υγειονομική μονάδα μελετήθηκε κυρίως ο εσωτερικός κανονισμός διαχείρισης αποβλήτων του νοσοκομείου. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αφορούν επικίνδυνα ιατρικά απόβλητα μολυσματικού χαρακτήρα (EIA-MX) και αφορούν το χρονικό διάστημα από 1-9-2015 έως 31-8-2016.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Χωρίζοντας το διάστημα από 1-9-2015 έως 31-8-2016 σε 3 περιόδους προέκυψε ο παρακάτω πίνακας που αφορά την παραγωγή EIA-MX από τις κλινικές του νοσοκομείου:

01/09/2015 – 31/12/2015	01/01/2016 – 30/04/2016	01/05/2016 – 31/08/2016
6.546	6.607	6.804

Αντλώντας πληροφορίες από το γραφείο κίνησης του νοσοκομείου για τις παραπάνω χρονικές περιόδους παρουσιάζονται οι εισαγωγές ασθενών στις κλινικές:

01/09/2015 – 31/12/2015	01/01/2016 – 30/04/2016	01/05/2016 – 31/08/2016
31.589,10kg	31.800,58kg	32.913,61kg

Από τα παραπάνω παρατηρούμε πως δεν παρουσιάζονται σημαντικές αυξομειώσεις τόσο στην παραγωγή των EIA-MX όσο και στον αριθμό εισαγωγών ενώ παράλληλα βλέπουμε πως η παραγωγή αποβλήτων είναι ανάλογη με τις αντίστοιχες εισαγωγές. Επιπλέον, γνωρίζοντας ότι το Γ.Ν. Ρόδου διαθέτει 331 κλινικές προκύπτει πως η ημερήσια ποσότητα παραγωγής EIA-MX ανά κλίνη είναι περίπου 0,80kg.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Είναι προφανές πως η παραγωγή EIA-MX στο Γ.Ν. Ρόδου δεν παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις. Μια μικρή αύξηση παρατηρήθηκε τόσο στην παραγωγή αποβλήτων όσο και στις εισαγωγές κατά την τρίτη χρονική περίοδο που μελετήσαμε η οποία όμως εξηγείται μιας και αυτή την περίοδο επισκέπτεται το νησί ένας μεγάλος αριθμός τουριστών. Επίσης, συγκρίνοντας την ημερήσια ποσότητα παραγωγής ανά κλίνη με άλλες υγειονομικές μονάδες παρατηρούμε πως συμβαδίζει με τα ελληνικά δεδομένα.

### 315. ΟΡΟΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΜΕ ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Δ. Χατζηδάκη, Ε. Σταυρούλης, Χ. Ταμπάκης, Μ. Κινδύνη, Α. Φέρκε  
 Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μικροβιολογική διάγνωση της σαλμονέλλας σε καλλιέργειες κοπράνων στη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας και επιπλέον η επιδημιολογική μελέτη των στελεχών βάσει της ορολογικής τους τυποποίησης. Οι τροφιμογενείς λοιμώξεις είναι ένα υπαρκτό και ευρέως διαδεδομένο πρόβλημα υγείας. Στην Ελλάδα η σαλμονέλλωση αποτελεί διαχρονικά το συχνότερο αίτιο μικροβιακών εντεροδυσεντερικών λοιμώξεων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στο μικροβιολογικό εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου απομονώθηκαν κατά το χρονικό διάστημα 01/01/2011 - 31/12/2016 47 στελέχη *Salmonella* spp. Τα δείγματα κοπράνων καλλιεργήθηκαν στα θρεπτικά υλικά: *Salmonella-Shigella agar*, *Mac Conkey* και σε εμπλουτισμένο ζυμό *Selenite-F*. Επιπλέον όλα τα στελέχη σαλμονέλλας εστάλησαν για έλεγχο ταυτοποίησης και ορολογική τυποποίηση στο Εθνικό κέντρο αναφοράς Σαλμονελλών και Σιγκελλών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Επιβεβαιώθηκαν 38 θετικά δείγματα τα οποία ανήκουν στους εξής οροτύπους: *Salmonella enteritidis*: 11, *S.typhimurium*: 4, *S.Chester*: 4, *Salmonella* S. II :3, *S. spp*: 3, *S. Umbilo*: 3, *S. Oranienburg*: 2 και *Salmonella* S. I, *S. Abony*, *S. Bardo*, *S. Leeuwarden*, *S. Paratyphi B*, *S. Pomona*, *S. Saintpaule* και *S. Virchow* από ένα δείγμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η *Salmonella enteritidis* (29%) αποτελεί το κυριότερο αίτιο τροφικής δηλητηρίασεως στη Ρόδο και τα αποτελέσματα μας συμφωνούν με άλλες αντίστοιχες μελέτες στον Ελλαδικό χώρο. Η συχνότερη εμφάνιση κατά τους καλοκαιρινούς και φθινοπωρινούς μήνες οφείλεται στις αυξημένες και μερικώς ελεγχόμενες διατροφικές ανάγκες του τουριστικού πληθυσμού.

### 314. Η ΑΠΟΥΣΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΕ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΜΗ ΣΤΕΙΡΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΩΣ ΠΑΡΑΓΩΝ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΡΙΣΙΜΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Π. Μπολάνη<sup>1</sup>, Π. Βέργου<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΠΕΔΥ Νέας Ιωνίας, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Χαλκίδας

Ο **ΣΚΟΠΟΣ** μας ήταν να ελέγξουμε την θνητότητα κρίσιμης κατάστασης ανάλογα με τον αριθμό και το είδος των βακτηρίων που ανακινούνται στο αποτέλεσμα της καλλιέργειας. Οι καλλιέργειες που διερευνήθηκαν ήσαν όλες οι μη στειρές σε κανονική φυσιολογική κατάσταση.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Από 647 καλλιέργειες εκ των οποίων 282 ήταν καλλιέργειες βρογχικών εκκρίσεων, 177 πτυέλων, 160 κοπράνων και 27 φαρυγγικών, διερευνήθηκαν από το βασικό ιστορικό, η θνητότητα, και η ημερομηνία εισαγωγής και εξόδου. Εκτός από τον αριθμό των ανακινώσιμων βακτηρίων, καταγράφηκε ο αριθμός γκραμ θετικών, γκραμ αρνητικών, ζυμομυκήτων, και οξειδάση θετικών βακτηρίων, όπως και η ανθεκτικότητα σε 3 βαθμούς, καθόλου ανθεκτικότητα, ανθεκτικότητα σε λιγότερες των 4 κατηγοριών και σε περισσότερες από 3 κατηγορίες αντιβιοτικών. Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε μεταξύ άλλων και τη μη παραμετρική ανάλυση διασποράς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 86 (15%) καλλιέργειες απέδωσαν μηδενικό αριθμό, που σημαίνει ότι αναπτύχθηκαν από μηδεν ως τρεις αποικίες – ελάχιστη ανάπτυξη ή ουδεμία ανάπτυξη, 222 με ένα βακτήριο σε αρκετή ως άφθονη ανάπτυξη (39%), 199 (35%) με δύο βακτήρια, 48 με 3 (9%) και 8 (1%) με 4 βακτήρια.

Από τις καλλιέργειες με μηδενική ανάπτυξη τα 28% αντιστοιχούσαν σε θάνατο, από την ανάπτυξη ενός στελέχους τα 16%. από την ανάπτυξη δύο στελεχών 11%, από την ανάπτυξη 3 στελεχών 18% και από την ανάπτυξη 4 στελεχών τα 20% αντιστοιχούσαν σε θάνατο και η διαφορά στη θνητότητα ήταν στατιστικά σημαντική. Η αύξηση της θνητότητας σε μηδενική ανάπτυξη παρατηρήθηκε κυρίως στις καλλιέργειες βρογχικών εκκρίσεων. Ο αριθμός απομονωθέντων οξειδάση θετικών βακτηρίων και ο αριθμός γκραμ θετικών επίσης εμφάνισε θετική συσχέτιση με θνητότητα, ενώ παραδοξως και μη αναμενόμενα, η παρουσία ζυμομυκήτων είχε αντίστροφη σχέση με θνητότητα. Όσο μεγαλύτερη η ανθεκτικότητα αντίστοιχα μεγάλη ήταν και η θνητότητα. Τα 2.5% των ευαισθητών, το 25% των ολιγοανθεκτικών και το 72.5% των πολυανθεκτικών στελεχών συσχετίστηκε με θάνατο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η θνητότητα αυξάνεται, σε απουσία ανάπτυξης βακτηρίων σε μη στειρές καλλιέργειες, σε καλλιέργειες εκκρινόμενων υλικών που στεγάζουν χλωρίδα, όπως το ανώτερο και κατώτερο αναπνευστικό και το παχύ έντερο. Η απουσία ανάπτυξης σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να διερευνηθεί ως ένα σημείο επιφυλακής και ένα κριτήριο για αναθεώρηση του θεραπευτικού σχήματος.

### 316. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΚΡΑΝΙΟΓΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΩΣΗΣ

Δ. Χατζηδάκη, Ε. Βαμβάκη, Ε. Σταυρούλης, Γ. Ντέτσας, Α. Φέρκε  
 Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ασθένειες των νευροχειρουργικών κλινικών με κοιλιοπεριτοναϊκή παροχέτευση είναι υψηλού κίνδυνου. Στην παρούσα εργασία αναφέρουμε μία ασυνήθιστη περίπτωση τραυματία από κρανιοεγκεφαλική κάκωση και σκοπός μας είναι η εργαστηριακή διερεύνηση λοίμωξης του τραύματος.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Παρουσίαση Περιστατικού: Άρρεν 35 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο με κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Υποβλήθηκε σε 8 νευροχειρουργικές επεμβάσεις (αφαίρεσεις ξένου σώματος, αιματώματος, αποστήματος και τοποθέτησης βαλβίδας εγκεφάλου). Νοσηλεύτηκε 7 μήνες στη μονάδα εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και 4 μήνες στη νευροχειρουργική κλινική. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, εστάλησαν τα δείγματα στο μικροβιολογικό εργαστήριο, τα οποία καλλιεργήθηκαν, απομονώθηκαν και ταυτοποιήθηκαν. Ο συνολικός αριθμός καλλιεργιών του ήταν 86 (καλλιέργειες αίματος, φλεβοκαθετήρων, εγκεφαλονωτιαίου υγρού, υγρού παροχέτευσης εγκεφάλου, βρογχικών εκκρίσεων και ούρων).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ανευρέθηκαν 41 αρνητικές καλλιέργειες και 35 θετικές: 9 θετικές καλλιέργειες (2 αίματος, 2 υγρού παροχέτευσης εγκεφάλου, 3 βρογχικών εκκρίσεων, 1 φλεβοκαθετήρα, 1 ούρων), στις οποίες απομονώθηκε το στέλεχος *Acinetobacter baumannii*. 17 *Pseudomonas aeruginosa* (15 βρογχικών εκκρίσεων, 1 άκρου καθετήρα εγκεφάλου, 1 ούρων) και 2 *Klebsiella pneumoniae* (ούρων). Από τη βάση δεδομένων του μικροβιολογικού εργαστηρίου ταυτοποιήθηκαν στελέχη *Candida albicans*, όπου απομονώθηκαν από τις 7 θετικές καλλιέργειες (2 αίματος, 3 άκρου καθετήρων εγκεφάλου, 2 εγκεφαλονωτιαίου υγρού) και εστάλησαν για μυκητόγραμμα στη Μονάδα Διαγνωστικής Μυκητολογίας της Ιατρικής Σχολής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Ο τραυματίας εξήλθε υγιής από το γενικό νοσοκομείο λόγω της άψογης συνεργασίας των κλινικών ιατρών και τη σημαντική συμβολή του μικροβιολογικού εργαστηρίου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πολυανθεκτικότητα των μικροβιακών στελεχών στα κοινά αντιβιοτικά αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα καθώς αυξάνεται η νοσηρότητα, η θνητότητα και το κόστος νοσηλείας. Η πρώιμη αναγνώριση και η άμεση εμπειρική θεραπεία είναι απαραίτητη στη βελτίωση της έκβασης ασθενών που κινδυνεύουν να αναπτύξουν μυκηταίμια. Η συνεχής επαγρύπνηση είναι σημαντική στην αναγνώριση ανθεκτικών στελεχών, ενώ δεν πρέπει να εφησυχάζουμε με την υπάρχουσα ευαισθησία των στελεχών *Candida albicans*. Είναι απαραίτητη η υψηλή κλινική υποψία για την έγκαιρη διάγνωση και την κατάλληλη θεραπεία των ασθενών με καντιναιμία.

### 317. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΗΙΝ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Δ. Χατζηδόκη<sup>1</sup>, Ε. Βαμβακάς<sup>2</sup>, Ε. Αγγέλου<sup>3</sup>, Γ. Ντέσκας<sup>3</sup>, Π. Μαϊλή<sup>4</sup>, Α. Φέρκε<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>3</sup>Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>4</sup>Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση του επιπολασμού της μεταδιδόμενης λοίμωξης με τον ιό Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV) σε πληθυσμό του νοσοκομείου μας, η οποία αντιπροσπεύει έμμεσα και τις μεταβολές στο επιδημιολογικό προφίλ της λοίμωξης στο γενικό πληθυσμό.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στο διάστημα της τριετίας (01.01.2013 – 31.12.2015) έγινε έλεγχος σε 22.036 άτομα και αφορούσε 20.308 αιμοδότες, 1.502 εξωτερικά περιστατικά. Επίσης, ελέγχθηκαν στη Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας (Μ.Μ.Α.) οι μεταγγιζόμενοι εβδομαδιαίως με ομόζυγη μεσογειακή αναιμία (55) και στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (Μ.Τ.Ν.) οι ασθενείς, οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (127) και περιτοναϊκή κάθαρση (44). Έγινε προσδιορισμός των αντισωμάτων έναντι των HIV-1/HIV-2 με μικροσωματιδιακή ανοσοτεχνική χημειοφωταύγειας CMIA-ARCHITECT της Abbott και αποστολή των θετικών δειγμάτων για επιβεβαίωση με τη μέθοδο Western Blot σε εξειδικευμένο κέντρο αναφοράς. Επιπλέον πραγματοποιήθηκε έλεγχος NAT.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:**

Από τα 20.308 δείγματα των αιμοδοτών ανευρέθηκαν 18 θετικά με τη μέθοδο CMIA, από τα οποία τα 2 επιβεβαιώθηκαν με τη μέθοδο Western Blot και συνολικά 3 δείγματα θετικά με NAT (0.015%)

από τα 1.502 δείγματα των εξωτερικών περιστατικών ανευρέθηκαν 5 θετικά (0.332%) από τα 55 της Μ.Μ.Α. ανευρέθηκε 1 θετικό δείγμα (1.818%) ατόμου με ομόζυγη μεσογειακή αναιμία εν ζωή (πιθανή μετάδοση του ιού από μετάγγιση πριν το 1986) από τη Μ.Τ.Ν. δεν ανευρέθηκε θετικό δείγμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο επιπολασμός της ΗΙΝ λοίμωξης στο γενικό πληθυσμό και ιδιαίτερος στον αιμοδοτικό είναι χαμηλός. Παρόλα αυτά υπάρχει ανάγκη λήψης μέτρων πρόληψης και διαρκούς ενημέρωσης ιδιαίτερα των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Η τακτική ενημέρωση του πληθυσμού για τους τρόπους μετάδοσης και προφύλαξης από τον ιό, καθώς και η αυστηρή τήρηση των οδηγιών επιλογής των αιμοδοτών, είναι αναμφισβήτητο ότι συμβάλλουν στην πρόληψη της νόσου καθώς και στην ασφαλή μετάγγιση του αίματος και των παραγώγων του.

### 319. ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Π. Παγκίδης<sup>1</sup>, Α. Μποζίκας<sup>1</sup>, Φ. Λαζαρίδου<sup>2</sup>, Η. Κυριάκουτζίκι<sup>1</sup>, Ε. Κιτουκίδη<sup>1</sup>, Π. Πιθανίδου<sup>1</sup>, Σ. Βακιάνη<sup>1</sup>, Α. Μαρτίκα<sup>1</sup>, Ν. Γεωργιάς<sup>1</sup>, Σ. Σπία<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης 'Άγιος Πάυλος', <sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης 'Άγιος Πάυλος'

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι τεχνικές υπερδιήθησης (UF) έχουν δείξει καλά αποτελέσματα σε ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (CHF) ανθεκτική στη διουρητική αγωγή. Η σταδιακή και συνεχής απομάκρυνση του διαλύματος, στη περιτοναϊκή κάθαρση (PD), θα μπορούσε να αποτελέσει αποτελεσματική θεραπεία υπερδιήθησης επιλεγμένων ασθενών με CHF.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της μακροχρόνιας επίδρασης της PD, ως μορφή θεραπείας συνεχούς υπερδιήθησης, στην αντιμετώπιση ασθενών με CHF και στάδιο νεφρικής νόσου >IIIβ.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε δεκαοχτώ ασθενείς που εντάχθηκαν στη PD, τους τελευταίους 24 μήνες, λόγω CHF.

Κριτήρια ένταξης ήταν οι πολλαπλές νοσηλείες τους τελευταίους μήνες λόγω υπερφόρτωσης, η μη ανταπόκριση στην αύξηση των διουρητικών και η επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Μελετήσαμε 12 άνδρες και 6 γυναίκες, μέσης ηλικίας 80,3 ετών και μέσης διάρκειας στη μέθοδο 10,1 μήνες.

Δεκατρείς ασθενείς ήταν σε αυτοματοποιημένη PD (APD), ενώ πέντε σε συνεχή φορητή (CAPD).

Δέκα ασθενείς έκαναν χρήση icodextrin, ενώ οχτώ όχι. Η εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας έγινε με την ταξινόμηση κατά MLWHFQ και το κλάσμα εξώθησης (LVEF).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:**

Διαπιστώθηκε: Αναμενόμενη μείωση σωματικού βάρους (p=0,0083). Μείωση των μεγάλων δόσεων διουρητικών. Βελτίωση eGFR (p=0,026). Μηδενισμός νοσηλείων εξαιτίας καρδιακής δυσλειτουργίας. Μείωση επιπέδων χοληρυθρίνης, (p=0,0475). Σημαντική βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας (LVEF=0,0013) και (MLWHFQ=0,001).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της μελέτης ενθαρρύνουν την άποψη ότι η εφαρμογή της PD σε ασθενείς με CHF βελτιώνει την ποιότητα ζωής, μειώνει το LVEF, ελαττώνει δραματικά τις ημέρες νοσηλείας για καρδιολογικά αίτια, αποκαθιστώντας την αυτονομία τους. Η PD φαίνεται να είναι αποτελεσματική και ασφαλής αντιμετώπιση της CHF ελέγχοντας το σωματικό βάρος και βελτιώνοντας την υπερογκαιμική κατάσταση. Οποιαδήποτε, προοπτικές μελέτες είναι απαραίτητες να ισχυροποιήσουν τον πιθανό ρόλο της PD για τη συγκεκριμένη ένδειξη.

### 318. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΣΤΙΣ ΚΑΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

Δ. Χατζηδόκη<sup>1</sup>, Γ. Ντέσκας<sup>2</sup>, Μ. Κινδύνη<sup>1</sup>, Χ. Ταμπάκης<sup>1</sup>, Α. Φέρκε<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ρόδου, <sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη των δεδομένων που προκύπτουν από τις καλλιέργειες περιτοναϊκού υγρού, οι οποίες εστάλησαν στο μικροβιολογικό εργαστήριο του νοσοκομείου μας την περίοδο Ιανουαρίου 2014 - Δεκεμβρίου 2016.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάστηκαν 196 καλλιέργειες υγρού προερχόμενες από 74 ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε περιτοναϊκή αιμοδιάλυση. Τα δείγματα εμβολιάστηκαν σε μια φιάλη για αερόβιες καλλιέργειες. Εφαρμόστηκε η αυτοματοποιημένη μέθοδος BACTEC. Οι διαδικασίες απομόνωσης και ταυτοποίησης έγιναν με την κλασική μέθοδο με ανακαλλιέργειες σε αιματούχο, Mac Conkey, Sabouraud agar και Gram χρώση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ευρέθησαν 87 καλλιέργειες (49,4%) θετικές. Ως προς τα μικροβιακά είδη που απομονώθηκαν παρατηρείται σαφής υπεροχή των Gram(+) κόκκων (70,2%) έναντι των Gram (-) βακτηριδίων(21,8%). Από τους Gram(+) κόκκους συχνότερα εμφανίζονται ο S.aureus (41,3%), ενώ από τα Gram(-) βακτηρίδια Klebsiella spp (9,2%), E.Coli (6,9%) και Pseudomonas spp (5,7%). Η απομόνωση των μυκήτων ανέρχεται σε ποσοστό 8% και αντιπροσωπεύεται από Candida spp. Ο χρόνος θετικοποίησης είναι αναμφισβήτητα ταχύτερος στα Gram(-) βακτηρίδια σε σχέση με τους Gram(+) κόκκους και κυμαίνεται από 2 έως 37 ώρες. Ο μέσος όρος είναι 11,2 ώρες. Κατά το πρώτο 12ωρο από τη λήψη θετικοποιήθηκαν το 81,2% των Gram (-) βακτηριδίων (όλα τα εντεροβακτηριακά στελέχη) ενώ στο 24ωρο το 93,7%. Οι Gram (+) κόκκοι θετικοποιήθηκαν πιο αργά, με μέσο όρο χρόνου 18 ώρες και συγκεκριμένα το πρώτο 12ωρο το 19,6 % ενώ στο 24ωρο το 81,2%. Στους μύκητες ο χρόνος θετικοποίησης κυμαίνεται από 15 έως 94 ώρες με μέσο όρο 44,7 ώρες

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μικροβιακή περιτονίτιδα είναι πολύ συχνή (49,4%) στους ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή αιμοδιάλυση και η εργαστηριακή διάγνωση δια της καλλιέργειας είναι εφικτή το πρώτο 12ωρο.

### 320. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΘΕΝΤΑ ΤΡΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Ε. Μαστράτου<sup>1</sup>, Κ. Κωνσταντινίδης<sup>2</sup>, Κ. Σουλτάνης<sup>2</sup>, Κ. Σιαφάκας<sup>2</sup>, Δ. Χριστούλας<sup>3</sup>, Α. Μπρούζιώτης<sup>1</sup>, Π. Σαβούρδος<sup>1</sup>, Ι. Χατζηδόκη<sup>1</sup>, Ε. Παρασάκης<sup>1</sup>, Κ. Δριτσάκος<sup>4</sup>, Ε. Σεφέρης<sup>5</sup>, Ν. Κεντεποζίδης<sup>6</sup>, Ν. Συμεωνίδης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Β' Παθολογική κλινική, 251 Γ.Ν.Α., <sup>2</sup>Θωρακοχειρουργική Κλινική, 251 Γ.Ν.Α., <sup>3</sup>Αιματολογική Κλινική, 251 Γ.Ν.Α., <sup>4</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, 251 Γ.Ν.Α., <sup>5</sup>Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, 251 Γ.Ν.Α., <sup>6</sup>Ογκολογική κλινική, 251 Γ.Ν.Α.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι Ιατροί δε πρέπει να καθυστερούν σε επιβεβαιωμένη με βιοψία, διάγνωση κακοήθους σε έναν ασθενή. Εφόσον οι Ογκολόγοι διαπιστώνουν ασυμβατότητα κλινική και ιστολογική εικόνας θα πρέπει να ακολουθήσει περαιτέρω διερεύνηση ιστολογικά.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ:** Ασθενής 80 ετών προσήλθε για μόρφωμα ΑΡ βουβωνικής χώρας, μεγέθους 5 cm, σκληρό, ανώδυνο από διμήνου προοδευτικά αυξανόμενο. Ακολούθησε κλινικοεργαστηριακός έλεγχος. Υπερηχογράφημα μαλακών μοριών: υποχχογενή μορφώματα 5,4x2,5 cm και 2,5x2 cm ΑΡ βουβωνικής χώρας. Αξονικές θώρακα-κοιλίας: συμπαγής αλλοίωση άνω λοβού ΔΕ πνεύμονα 3X1,9 cm με ασαφή ακιδικτά όρια και ήπιο αεροβρογχόγραμμα. Λεμφαδενικό block ΑΡ βουβωνικής χώρας με ασαφή επιχώριου λίπους και πάχυνση περιτονιών. Σημαντική διόγκωση προστάτη αδένος με έντονη ανομοιογένεια. Υψηλό PSA (17ng/ml). Ακολούθησε διορθική βιοψία προστάτη που κατέδειξε προστατικό αδενοκαρκίνωμα βαθμού κακοήθειας 6 κατά Gleason. Λόγω της ιστολογικής εικόνας, η παρουσία πνευμονικών μεταστάσεων από τον προστάτη, θεωρήθηκε απομακρυσμένη. Διενεργήθηκε FNB πνεύμονος υπό αξονικό, που κατέδειξε αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα σταδίου ΙΒ (T2N0) με διήθηση υπεζωκότα. Ακολούθησε χειρουργείο με δ. άνω-μέση λοβεκτομή. Υπεβλήθη σε συμπληρωματική χημειοθεραπεία με gemcitabine + Carboplatin X 4 μήνες με PS:0 και άριστη λειτουργία οργάνων, για το Ca προστάτη, LHRH ανάλογο. Ακολούθησε βιοψία βουβωνικού λεμφαδένα, που κατέδειξε NHL. Έλαβε R-CHOP (Rituximab, Cyclophosphamide, Holoxan, Oncovin, Prednisolone), με ύφεση νόσου για 3μηνο και μετά έλαβε θεραπεία με Ibrutinib.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η παρακολούθηση για τα Ca πνεύμονα, προστάτη, έδειξε πλήρη ύφεση. Συνεχίζει θεραπεία για NHL.

### 321. ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΕΞΙΑ ΚΑΤΩ ΛΟΒΕΚΤΟΜΗ ΔΙΑ ΜΙΑΣ ΟΠΗΣ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Κ. Σουλτάνης<sup>1</sup>, Ι. Λαμπαδίτης<sup>2</sup>, Ν. Κουρής, Κ. Σιαφάκας<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Θωρακοχειρουργική Κλινική, 251 Γ.Ν.Α., <sup>2</sup>Πνευμονολογική Κλινική, 251 Γ.Ν.Α., <sup>3</sup>Αναισθησιολογικό τμήμα, 251 Γ.Ν.Α.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση της θωρακοσκοπικής χειρουργικής (VATS, Video-Assisted Thoracic Surgery) για την αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 76 ετών, βαρύς καπνιστής, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό παραπέμφθηκε στην κλινική μας για χειρουργική αντιμετώπιση καρκίνου κάτω λοβού δεξιού πνεύμονα. Η διάγνωση ετέθη δια βιοψίας με λεπτή βελόνη υπό καθοδήγηση με αξονικό τομογράφο (FNB, Fine Needle Biopsy). Η σταδιοποίηση της νόσου με PET-CT δεν ανέδειξε δευτεροπαθείς εντοπίσεις ούτε πρόληψη σε μεσοθωρακικούς λεμφαδένες.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο ασθενής υπεβλήθη σε θωρακοσκοπική δεξιά κάτω λοβεκτομή και δειγματοληψία (sampling) λεμφαδένων μεσοθωρακίου δια μίας οπής 3,5 εκατοστών εκατέρωθεν της πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής. Η προσπέλαση στην υπεζωκοτική κοιλότητα έγινε διά του 5<sup>ου</sup> μεσοπλευρίου διαστημάτος. Μετά τη λύση των συμφύσεων μεταξύ πνεύμονα και θωρακικού τοιχώματος αναγνωρίστηκε όγκος στον κάτω λοβό σε επαφή με το διάφραγμα αλλά χωρίς διήθηση αυτού. Παρασκευάστηκαν και απολινώθηκαν η δεξιά κάτω πνευμονική φλέβα, οι κλάδοι της πνευμονικής αρτηρίας προς τον κάτω λοβό και ο κάτω λοβιαίος βρόγχος. Ακολούθησε έξοδος του παρασκευάσματος και δειγματοληψία υποτροπιδικών λεμφαδένων. Ο ασθενής ανένηψε ομαλώς εντός της χειρουργικής αίθουσας και μεταφέρθηκε στην κλινική. Η μετεχειρητική του πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε την 7<sup>η</sup> μετεχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε πλακώδες καρκίνωμα σταδίου ΙΒ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για τους περισσότερους θανάτους από καρκίνο παγκοσμίως. Η έγκαιρη διάγνωση σε αρχικά στάδια αυξάνει την πρόγνωση. Η θωρακοσκοπική χειρουργική είναι μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδος, οδηγεί σε μείωση του μετεχειρητικού πόνου και της νοσηρότητας και συνίσταται από τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες για τον πρώιμο καρκίνο του πνεύμονα.

### 323. ΚΥΤΤΑΡΟΤΟΞΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΕ ΛΕΙΟΜΥΟΣΑΡΚΩΜΑ

Ι. Δήμα, Γ. Σίμος, Ε. Κονταργύρης, Δ. Πέσχος, Β. Ράγκος, Α. Ευαγγέλου, Σ. Καρκαμπούνας

Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η *in vitro* μελέτη της κυτταροτοξικής δράσης του παλμιτικού (κορεσμένο με ανθρακική αλυσίδα 16 ατόμων άνθρακα), του γ-λινολενικού (ω-3 πολυακόρεστο 18 ατόμων άνθρακα), του λινελαϊκού (ω-6 πολυακόρεστο 18 ατόμων άνθρακα), και του ελαϊκού οξέος (μονοακόρεστο 18 ατόμων άνθρακα).

**ΥΛΙΚΟ:** Χρησιμοποιήθηκαν λειομυοσάρκωματικά κύτταρα επίμυων Wistar (LMS) τα οποία επώαστηκαν σε αυξανόμενες συγκεντρώσεις λιπαρών οξέων για 48 ώρες. Ο έλεγχος της βιωσιμότητας των κυττάρων στα λιπαρά οξέα πραγματοποιήθηκε με τη τεχνική χρώσης Trypan Blue ενώ η ικανότητα επαγωγής απόπτωσης με κυτταρομετρία ροής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το παλμιτικό και γ-λινολενικό οξύ εμφάνισαν δόσοεξαρτώμενη μείωση της βιωσιμότητας των LMS κυττάρων με τιμή IC<sub>50</sub> 48±5 μΜ, και 105±8 μΜ, αντίστοιχα, ενώ και τα δύο οξέα επήγαγαν την κυτταρική απόπτωση. Τόσο το λινελαϊκό όσο και το ελαϊκό οξύ παρουσίασαν ήπια μη-δόσοεξαρτώμενη κυτταροτοξική δράση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το παλμιτικό και το γ-λινολενικό οξύ εμφάνισαν δόσοεξαρτώμενες κυτταροτοξικές δράσεις σε αντίθεση με το λινελαϊκό και το ελαϊκό οξύ. Το παλμιτικό οξύ άσκησε ισχυρότερη κυτταροτοξική δράση από το γ-λινολενικό οξύ επάγοντας την απόπτωση. Επιπλέον μελέτες απαιτούνται για την επιβεβαίωση του ακριβούς μηχανισμού δράσης των ενώσεων αυτών σε καρκινικά κύτταρα.

### 322. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΛΙΠΟΣΑΡΚΩΜΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

Α. Ιωάννου<sup>1</sup>, Ν. Αλεξίου<sup>1</sup>, Τ. Ταταρίδου<sup>1</sup>, Ε. Σκούρα<sup>1</sup>, Γ. Λιάπη<sup>2</sup>, Σ. Συμπάρδη<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το λιποσάρκωμα αποτελεί μια από τις σπανιότερες μορφές καρκίνου των μαλακών μορίων (συνδετικός ιστός, μύες, τένοντες, λίπος, αγγεία, νεύρα). Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος (πρόσθιο και οπίσθιο θωρακικό τοίχωμα, τράχηλος), αλλά συχνότερα παρουσιάζεται στην κοιλιά και στα άκρα. Αναπτύσσεται άλλοτε με αργούς ρυθμούς και άλλοτε με γρήγορους και η εμφάνισή του έχει συσχετιστεί με περιοχές του σώματος όπου υπήρξε τραυματισμός. Εμφανίζεται συνήθως σε ηλικίες > 45 ετών και συχνότερα στους άνδρες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με λιποσάρκωμα στήθους.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας 83 ετών με ατομικό ιστορικό ΣΔ τύπου ΙΙ (υπό αντιδιαβητικά δισκία), αρτηριακή υπέρταση, ΧΑΠ, προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω επεισοδίου δυσαρθρίας και δεξιάς ημιπάρεσης από ωρών. **Αντικεμεινική εξέταση:** ΑΠ:170/100mmHg, Σφ:75/min, Ο:36.5°C, SatO<sub>2</sub>:95%, αναπνευστικό ψιθύρισμα:κφ, S1,S2:ρυθμικό, κοιλιά χωρίς παθολογικά ευρήματα. ΗΚΓ:SR. Στο θώρακα παρουσία ευμεγέθους μορφώματος στήθους (παρουσία από 2μήνου τουλάχιστον). **Εργαστηριακός έλεγχος:** διαπιστώθηκε υπογλυκαιμία (glu:35mg/dl) και υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία. Η υπογλυκαιμία ανατάχθηκε (ακολουθούμενη από πλήρη αποκατάσταση της νευρολογικής εικόνας του ασθενούς με υποχώρηση δυσαρθρίας-ημιπάρεσης). **Απεικονιστικός έλεγχος:** η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε μαλακό ιστό κατά το σώμα του στήθους ανομοιογενώς ενισχυόμενο που προκάλούσε οστεόλυση του σώματος και αναπτυσσόταν τόσο εξωθωρακικά όσο και κατά το ανώτερο πρόσθιο μεσοθωράκιο, ερχόμενος σε επαφή με το περικάρδιο. Διενεργήθη παθολογοανατομική εξέταση που ανέδειξε πολύμορφο λιποσάρκωμα υψηλής κακοήθειας (βαθμός 3 κατά το σύστημα FNCLCC).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής παρεπέμφθηκε σε Ογκολογικό Νοσοκομείο για περαιτέρω αντιμετώπιση (θωρακοχειρουργική αφαίρεση +/- ακτινοθεραπεία).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η δεκαετής επίβιωση ύστερα από χειρουργική θεραπεία είναι 100%, ενώ χωρίς χειρουργική θεραπεία είναι 20%. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση είναι μεγάλης σημασίας. Η παραμονή του όγκου χωρίς θεραπεία εγκυμονεί τον κίνδυνο της αποδιαφοροποίησης του σε 2<sup>ου</sup> ή 3<sup>ου</sup> βαθμού κακοήθειας με πτωχότερα αποτελέσματα στη θεραπεία.



### 324. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΑ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΕΦΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΣΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΔΗ ΘΕΡΑΠΕΥΘΕΝ ΤΡΙΤΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ

Δ. Στάθη, Π. Πετρίκος, Κ. Κουνούκλας, Π. Σαβούρδος, Σ. Γογγάκη, Ν. Συμεωνίδης  
 Β' Παθολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

**Εισαγωγή:** Παρουσίαση περιστατικού σε ασθενή με δύο ταυτόχρονα νεοπλασματικά νοσήματα

**Περιγραφή περίπτωσης:** Ασθενής 81 ετών εισήχθη για διερεύνηση οστικών αλγών και λυτικού τύπου αλλοιώσεων σε Θ11-Η1 που ανευρέθηκαν σε CT διερευνηθείσα προ μηνός σε εξωτερική βάση. Από το Α/Α (ατομικό αναμνηστικό): Ca τυφλού χειρουργηθέν και χημειοθεραπευθέν προ 17ετίας με φυσιολογικό follow up. Η Δ/Δ (διαφορική διάγνωση) περιελάμβανε πολλαπλούν μυέλωμα, υποτροπή Ca παχέος εντέρου με μεταστάσεις, Ca μαστού ή μεταστατικό Ca άλλου συμπαγούς οργάνου. Στην ΑΕ (αντικεμεινική εξέταση) διαπιστώθηκε ψηλαφητικά μόρφωμα μαστού. Ακολούθησε μαστογραφία, U/S μαστών και FNB που κατέδειξε διηθητικό πορογενές καρκίνωμα μαστού Grade II κατά Nottingham. Στη CT κοιλίας διαπιστώθηκε συμπαγές μόρφωμα ΔΕ νεφρού. Η Δ/Δ συμπεριέλαβε μεταβητική εστία από Ca μαστού και λιγότερο πιθανά δεύτερη πρωτοπαθή νεοπλασματική εστία. Ακολούθησε βιοψία οστού υπό CT, η οποία ανέδειξε επιθηλιακής αρχής νεόπλασμα με ιστομορφολογικούς και ανοσοϊστοχημικούς χαρακτηρισ συμπαγούς με πορογενές καρκίνωμα μαστού. Η ασθενής τέθηκε σε ορμονοθεραπεία, όμως για την πληρέστερη διερεύνηση ακολούθησε και βιοψία νεφρού που κατέδειξε νεφροκυτταρικό καρκίνωμα Grade I κατά Fuhrman. Αποφασίστηκε, παράλληλα με την ορμονοθεραπεία, να ακολουθήσει RFA νεφρού.

**Σχόλιο:** Η σπουδαιότητα του περιστατικού είναι η ταυτόχρονη εμφάνιση δύο πρωτοπαθών νεοπλασματικών νοσημάτων σε ασθενή με ήδη θεραπευθέν τρίτο νεοπλασματικό νόσημα. Στους κλινικούς γιατρούς πρέπει να εφιστάται η προσοχή για πληρέστερη διερεύνηση τέτοιων περιστατικών εφόσον ο απεικονιστικός έλεγχος δεν συνάδει πλήρως με την κλινική εικόνα και την ιστολογική διάγνωση.

### 325. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΔΥΟ ΞΕΧΩΡΙΣΤΩΝ ΠΡΩΤΟΠΑΘΩΝ ΟΓΚΩΝ (ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ - ΜΕΛΑΝΩΜΑ) ΜΕ ΚΟΙΝΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΗ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΕΣΤΙΑ

Ε. Δημονίτσας<sup>1</sup>, Γ. Χαρίτος<sup>2</sup>, Κ. Φραγκιά-Τσιβού<sup>3</sup>, Κ. Αβραάμ<sup>4</sup>, Φ. Φωστήρα<sup>5</sup>, Χ. Νη-σωτάκης<sup>1</sup>, Ε. Στεφανιάκη<sup>6</sup>, Α. Στρατηγός<sup>6</sup>, Ν. Κεντεποζίδης<sup>7</sup>, Δ. Βουγιουκλάκης<sup>8</sup>, Ι. Καπίρης<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Β' Χειρουργική Κλινική, <sup>2</sup>251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, <sup>3</sup>Επανορθωτική και Πλαστική Χειρουργική Κλινική, <sup>4</sup>251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, <sup>5</sup>HistoBio Diagnosis, Ιδιωτικό Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Αθήνα, <sup>6</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, <sup>7</sup>251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, <sup>8</sup>Εργαστήριο Μοριακής Διαγνωστικής, Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών 'Δημόκριτος', Αθήνα, <sup>9</sup>Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων 'Α.Συγγρός', Αθήνα, <sup>10</sup>Ογκολογική Κλινική, <sup>11</sup>251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, <sup>12</sup>Β' Χειρουργική Κλινική, <sup>13</sup>251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Πολλοί πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκοι είναι η ανεξάρτητη ανάπτυξη δύο ή περισσότερων νεοπλασμάτων σε έναν ασθενή. Θα πρέπει να έχουν διαφορετική θέση εντόπισης και ιστολογικό τύπο με τις δικές του μεταστάσεις ο καθένας. Πολλές μελέτες έχουν αναδείξει τον αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού σε ασθενείς με ιστορικό μελανώματος και το αντίστροφο, αν και παραμένει άγνωστη η συσχέτιση των δύο αυτών όγκων. Γυναίκες φορείς μεταλλάξεων του γονιδίου BRCA2 φαίνεται ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μελανώματος και αντίστροφα ασθενείς με μετάλλαξη του γονιδίου CDKN2a αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής γυναίκα 80 ετών αντιμετωπίζεται για ύποπτη μελαγχρωματική βλάβη δεξιού βραχίονα. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ένα επιφανειακά επεκτεινόμενο μελάνωμα με κάθετη φάση ανάπτυξης (pT4a, Breslow 7.95mm, Clark V). Η βιοψία λεμφαδένα φρουρού ήταν θετική και η ασθενής υπεβλήθη σε ριζικό μασχαλαίο λεμφαδενικό καθαρισμό. Η ιστολογική εξέταση των λεμφαδένων ανέδειξε πέρα των μεταστατικών μελανοκυττάρων και διήθηση από πορογενές αδενοκαρκίνωμα μαστού. Ακολούθησε περαιτέρω διερεύνηση και βρέθηκε χρωκατακτική εξεργασία δεξιού μαστού (IDC grade II). Η ασθενής υπεβλήθη σε απλή δεξιά ολική μαστεκτομή και ακολούθησε γονιδιακός έλεγχος για διάφορα είδη καρκίνου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μια σπάνια μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA2 (p.Y3035S) αναδείχθηκε, άγνωστης λειτουργικής σημασίας προς το παρόν, η οποία όμως καταγράφεται για νεότερα επιστημονικά δεδομένα στο μέλλον.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Περιγράφεται η αναγκαιότητα εφαρμογής γονιδιακού ελέγχου σε ασθενείς με σύγχρονους πρωτογενείς κακοήθεις όγκους χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Η έρευνα θα οδηγήσει στην αναγκαιότητα της ανάλυσης της ομάδας αυτής των ασθενών αυτών.

### 327. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΙΑΠΙΣΜΟΣ

Μ. Πλατανάς, Α. Κωσταντινίδου

Ουρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Γιαννιτσών

**ΣΤΟΧΟΙ:** Παρακολούθηση των περιστατικών με πριαπισμό και η αντιμετώπισή τους. Ο πριαπισμός είναι η παρατεταμένη στύση του πέους. Η ανεπιθύμητη, επίμονη στύση δεν προκαλείται από σεξουαλική διέγερση, ενώ είναι συνήθως επώδυνη.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Εξετάστηκαν 11 ασθενείς σε χρονικό διάστημα 5 ετών. Έγινε καταγραφή των περιστατικών, παρακολούθηση και αξιολόγηση του ατομικού αναμνηστικού αυτών. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο για την στυτική δυσλειτουργία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ως αιτιολογίες ανάπτυξης πριαπισμού ήταν χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή (σεροτονίνη, σιλденаφίλη και εν μέρει ταμσουλοσίνη), δρεπανοκυτταρική αναιμία, λευχαιμία, βλάβη νωτιαίου μυελού, ιδιοπαθής, τραυματισμός γεννητικών οργάνων, νευρογενής, κατάχρηση ουσιών (μαριχουάνας, κοκαίνης, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ), χρήση φαρμάκων στα σπραγγώδη σώματα. Μεγαλύτερη εμφάνιση του πριαπισμού σημειώθηκε στις μεγαλύτερες ηλικίες (45%) και μικρότερη σε πιο μικρές ηλικίες (ιδίως στους κάτω των 18 με ποσοστό 3,6%)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η καταγραφή των περιστατικών και της αιτιολογίας τους βοηθάει στην καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπισή τους. Οι ασθενείς έως 50 ετών παρουσίασαν συχνότερα ως αιτιολογία τον τραυματισμό και τα αιματολογικά νοσήματα ενώ οι μεγαλύτεροι την χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή (σιλденаφίλη, σεροτονίνη, κ.α) και τραυματισμός.

### 326. ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

Γ. Χριστόπουλος, Δ. Συμεωνίδης, Γ. Παναρετος, Κ. Φωκάς, Κ. Σταματίου

Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

**ΥΠΟΒΑΘΡΟ:** Η σχέση μεταξύ της λοίμωξης του ανδρικού γεννητικού συστήματος και διαταραχών του σπέρματος θεωρείται δεδομένη και περιλαμβάνεται στην διαρεύνηση της ανδρικής υπογονιμότητας οστού δεν υπάρχει μεγάλος αριθμός μελετών που εστιάζουν στην χρόνια προστατίτιδα και την επιδημιολογία της. Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε ο πληθυσμός των παθολόγων σε άνδρες με διαταραχές του σπέρματος και συμπτώματα χρόνιας προστατίτιδας καθώς και η πιθανότητα ανάπτυξης αντοχής με την υποτροπή της νόσου

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Το υλικό αυτής της μελέτης αποτελούνταν από άτομα με διαταραχές του σπέρματος που επισκέφθηκαν το ανδρολογικό ιατρείο μεταξύ 12/14-12/16. Όσοι ανέφεραν συμπτώματα προστατίτιδας υποβλήθηκαν σε καλλιέργεια σπέρματος. Οι ασθενείς που πρωτοδιαγνώστηκαν με θετική καλλιέργεια (Group A) μελετήθηκαν ξεχωριστά από εκείνους που ανέφεραν ιστορικό χρόνιας προστατίτιδας και λήψης αντιβιοτικής (Group B)

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:**

Group A Sperm cultures		
3	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	full sensitive
8	<i>Enterococcus faecalis</i>	full sensitive
1	<i>Enterococcus faecium</i>	full sensitive
1	<i>Haemophilus influenza</i>	full sensitive
1	<i>E. coli</i>	full sensitive
1	<i>Mycoplasma</i>	full sensitive
1	<i>Proteus mirabilis</i>	full sensitive
1	<i>Staphylococcus CoN</i> <i>E coli</i>	sens. to Tetracyclines sens. to Amikacin, Ciprofloxacin, Levofloxacin
1	<i>Staphylococcus CoN</i> <i>Enterococcus faecalis</i>	full sensitive res. to Methicillin, Penicillin, Erythromycin,
1	<i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Gemella morbillorum</i>	full sensitive full sensitive
2	<i>Enterococcus faecalis</i>	res. to Erythromycin
1	<i>Enterococcus faecalis</i>	res. to Erythromycin, Ciprofloxacin
1	<i>Enterococcus faecalis</i> , <i>Mycoplasma</i>	full sensitive full sensitive

Group B Sperm cultures		
2	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	full sensitive
2	<i>Enterococcus faecalis</i>	full sensitive
1	<i>Enterococcus faecium</i>	full sensitive
4	<i>E. coli</i>	full sensitive
2	<i>E. coli</i>	res. to Ampicillin, TMP-SMX
1	<i>Gemella morbillorum</i>	res. to Ampicillin, Ciprofloxacin, Levofloxacin
1	<i>Enterococcus faecalis</i>	res. to Erythromycin, Ciprofloxacin, Levofloxacin
1	<i>Enterococcus faecalis</i>	res. to Methicillin, Penicillin, Erythromycin, Tetracycline
1	<i>Enterococcus faecalis</i>	sens. to Levofloxacin, Linezolid, Teicoplanin
1	<i>Staphylococcus CoN</i> <i>Enterococcus</i>	full sensitive res. to Methicillin, Penicillin, Erythromycin
1	<i>Enterococcus faecalis</i> , <i>Streptococcus mitis/oralis</i>	res. to Tetracycline, Quimpristin full sensitive
1	<i>Enterococcus faecalis</i>	res. to Ampicillin, Ciprofloxacin, Levofloxacin
1	<i>Staphylococcus CoN</i> , <i>Streptococcus sp p. s. /em&gt;</i>	full sensitive full sensitive
1	<i>Enterobacter cloacae</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i>	full sensitive full sensitive

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Δεν διαφοροποιούνται οι ομάδες ως προς τα είδη των παθογόνων αλλά φαίνεται πως υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό αντοχής στα αντιβιοτικά στους ασθενείς με υποτροπές της χρόνιας προστατίτιδας γεγονός που καθιστά αναγκαία την προεκτική αντιμετώπιση της νόσου σε από άτομα με διαταραχές.

### 328. ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Μ. Πλατανάς, Α. Κωσταντινίδου

Ουρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Γιαννιτσών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς με συνοδά ουρολογικά νοσήματα

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Οι παρενέργειες των φαρμάκων στη σεξουαλική λειτουργία κάποιες φορές διαφεύγουν της προσοχής των θεραπόντων ιατρών. Εξετάστηκαν 200 ασθενείς στο ουρολογικό ιατρείο του νοσοκομείου μας σε χρονικό διάστημα 3 ετών. Οι ασθενείς αυτοί ελεγχθηκαν για την επίδραση των φαρμάκων διαφόρων κατηγοριών στην σεξουαλική λειτουργία τα οποία ελάμβαναν για τις ποικίλες παθήσεις τους με βάση την κλινική τους εικόνα και το ατομικό τους αναμνηστικό.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πρώτη κατάταξη στον κατάλογο των φαρμάκων υπεύθυνων για δυσμενείς επιδράσεις της σεξουαλικής λειτουργίας και στα δύο φύλα είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI). Μπορούν να προκαλέσουν στυτική δυσλειτουργία, διαταραχές εκσπερμάτισης καθώς και διαταραχές οργασμού. Επίσης τα νευροληπτικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν σεξουαλική δυσλειτουργία. Άλλη κατηγορία είναι τα οπιοειδή αναλγητικά (όπως η τραμαδόλη) καθώς και τα πιο ισχυρά οπιοειδή αναλγητικά τα οποία είναι επίσης δυναμικά επιβλαβή σε διαφορετικό βαθμό για τη σεξουαλική λειτουργία. Μεταξύ των αντιυπερτασικών φαρμάκων οι β-αποκλειστές ενοχοποιούνται συχνά ως αίτια στυτικής δυσλειτουργίας. Μεταξύ των άλφα αποκλειστών (όπως η ταμσουλοσίνη και η αλφουζοσίνη) είναι συχνά υπεύθυνες φαρμακευτικές ουσίες για την απουσία εκσπερμάτισης. Σε λιγότερο σημαντικό ποσοστό οι αναστολείς της 5α-αναγωγής σχετίζονται με σεξουαλικές διαταραχές σε άνδρες στους οποίους χορηγήθηκαν για συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος (LUTS) συνδεδεμένα με συμπτωματική καλοήγη υπερτροφία του προστάτη. Τα LH-RH και αντι-ανδρογόνα καταστέλλουν την σεξουαλική επιθυμία στους άνδρες, η ταμοξιφέν μειώνει την αντιστοιχική επιθυμία στις γυναίκες και μπορεί επίσης να προκαλέσει δυσπαρευνία και κολπική ξηρότητα. Έχει περιγραφεί επίσης σαν μια σπάνια παρενέργεια σε φάρμακα όπως αντιψυχωτικά, αντικαταθλιπτικά ή ιατρογενής πριαπισμός, ο οποίος χρειάζεται άμεση χειρουργική διόρθωση

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι σεξουαλικές παρενέργειες των φαρμακευτικών θεραπειών σε ουρολογικούς ασθενείς δεν είναι κάτι ασυνήθιστο και πρέπει να τυχόν ιδιαίτερης προσοχής σε άνδρες και γυναίκες που διαμαρτύρονται για σεξουαλική δυσλειτουργία.

### 329. ΜΙΚΡΟ-ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ

Κ. Σταματιού<sup>1</sup>, Δ. Ζαβραδινός<sup>1</sup>, Δ. Σωμενιδής<sup>2</sup>, Κ. Κεφαλάς<sup>1</sup>, Κ. Τσακάλου<sup>2</sup>, Γ. Χριστόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», <sup>2</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο»

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Ορισμένοι μικρο-οργανισμοί που προκαλούν σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις μπορούν θεωρητικά να προκαλέσουν επίσης χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα η οποία μπορεί να είναι δύσκολο να διαγνωσθεί και να θεραπευθεί κατάλληλα επειδή τα δείγματα προστατικού εκκρίματος που λαμβάνονται με μάλαιξη του προστάτη δεν ελέγχονται συνήθως για τον εντοπισμό τους καθώς απαιτούν ιδιαίτερη διερεύνηση. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί ο επιπολασμός και τα χαρακτηριστικά των λοιμώξεων αυτών μεταξύ των ασθενών με χρόνια προστατίτιδα. Δευτερεύων σκοπός της μελέτης είναι να διαπιστωθεί εάν η συχνότητα τους διαφοροποιείται στους ασθενείς με υποτροπές της νόσου.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Το υλικό αυτής της μελέτης αποτελούνταν από άτομα με συμπτώματα προστατίτιδας (με έμφαση στην συνύπαρξη ενοχλημάτων ή σημείων από την ουρήθρα) που επισκέπτονται το ιατρείο προστατίτιδας μεταξύ 12/14-12/16. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν στη δοκιμασία Meares-Stamey (λίγες περιπτώσεις υποβλήθηκαν στη δοκιμασία δύο-δοχείων) και ανάλογα με το ιατρικό ιστορικό και την παρουσία συγκεκριμένων συμπτωμάτων, σε εξέταση ουρηθρικού εκκρίματος ή επιχρίσματος. Ως προς την προστατίτιδα, η δοκιμασία θεωρήθηκε θετική εάν ένα φάρμακο βρέθηκε μόνο στα δείγματα EPS ή/και VB3, ή αν ήταν τουλάχιστον τέσσερις φορές μεγαλύτερος στα EPS ή/και VB3 από ότι στα VB1 ή VB2. Δείγματα από ασθενείς με διάγνωση χρόνιας προστατίτιδας για πρώτη φορά (ομάδα 1) συγκρίθηκαν με εκείνα ασθενών με ιστορικό χρόνιας προστατίτιδας και προηγούμενης θεραπείας με αντιβιοτικά (ομάδα 2).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους σαράντα οκτώ ασθενείς που μελετήθηκαν οι 20 βρέθηκαν με σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη. Πιο συχνά κρέμια, στην ομάδα 1 οι καλλιέργειες ουρηθρικού υλικού ανέπτυξαν *Mycoplasma* (1), *Gonococcus* (3), *Clamidia trachomatis* (5), και συνδυασμός *Clamidia & Gonococcus* (1). Στην ομάδα 2 οι καλλιέργειες ουρηθρικού υλικού ανέπτυξαν *Clamidia trachomatis* (8) και *Gonococcus* (2). Δεν βρέθηκαν διαφορές στη μικροβιακή αντοχή μεταξύ των ομάδων. Ο πιο συχνή καλλιέργεια EPS συνδεδεμένη με σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη είναι του *Enterococcus faecalis* (8/20) και *E coli* (5/20).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις είναι πιθανώς διαδεδομένες στους ασθενείς με προστατίτιδα, τόσο γιατί είναι συχνά ασυμπτωματικές όσο και γιατί πολλοί ασθενείς λαμβάνουν αναποτελεσματικές θεραπείες με αντιβιοτικά που δεν περιλαμβάνουν στο φάσμα τους μικρο-οργανισμούς που προκαλούν σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Η συχνότητα τους διαφοροποιείται στους ασθενείς με υποτροπές της νόσου. Ο πιο συχνά απαντώμενος μικρο-οργανισμός είναι τα *Clamidia trachomatis*.

### 331. ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΕΓΚΥΟΥ ΜΕ ΗΜΙΠΑΡΕΣΗ ΚΑΙ ΜΗΝΙΓΓΙΣΜΟ ΣΕ ΚΥΗΣΗ 32 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΣΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΦΛΕΒΩΔΩΝ ΚΟΙΛΩΝ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σ. Δημητράκοπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>, Κ. Σώρρας<sup>3</sup>, Α. Χρονοπούλου<sup>2</sup>, Ν. Σιδηρόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, Γ.Ν. Ηλείας, <sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, Γ.Ν. Αργολίδας, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό τμήμα, Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περίπτωσης εγκύου με θρόμβωση φλεβωδών κόλπων εγκεφάλου η οποία διαγνωσθηκε σε κύηση 32 εβδομάδων στα επείγοντα της Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Πύργου. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Περίπτωση άβιγνου εγκύου ηλικίας 27 ετών, την οποία είχε πρόσφατα μεταγιοστεί με τρεις μονάδες αίματος λόγω Ητ 25,5 Hb8.3 σε Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική των Πατρών. Η εγκύος προσκομίστηκε με δε ημιπάρεση στα επείγοντα της Μαιευτικής-Γυναικολογικής κλινικής του Νοσοκομείου Πύργου. Υπεβλήθη σε μαυεϊτικό υπέρηχο διαπιστώθηκε ζώσα κύηση 32 εβδομάδων. Κατά την κλινική εξέταση από τον Μαιευτήρα διαγνωσθηκε η ημιπάρεση (αδυναμία δε άνω κάτω άκρου) έγινε μέτρηση ζωτικών σημείων εντός φυσιολογικών ορίων και εκλήθη ο εφημερεύων Παθολόγος και κατά την κλινική της εξέταση έγινε το εξής παράδοξο η εγκύος είχε ένα παράθυρο βελτίωσης για δύο ώρες μετά από τη αρχική διάγνωση της ημιπάρεσης. Παρά την παθολογική διάγνωση ουδέν παθολογικό η εγκύος κρατήθηκε για προσωρινή νοσηλεία. Το πρώιμο μόλις προσήλθε ο Νευρολόγος στο Νοσοκομείο Πύργου την εξέτασε και ετέθη διάγνωση θρόμβωση Φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου της εγκύου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η εγκύος με την διάγνωση θρόμβωση φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου λόγω προωρότητας του εμβρύου διακομίστηκε στην Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών αφού εκλήθησαν οι Νευρολόγοι έθεσαν πιθανή διαφοροδιάγνωση μηνιγγιτιδίας ή θρόμβωση φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου υπεβλήθη σε MRI εγκεφάλου όπου διαγνώσθηκε η θρόμβωση της Αρ μέσης μηνιγγικής αρτηρίας και εκτεταμένο οίδημα ανώτερου ημισφαιρίου και υπεβλήθη σε καισαρική τομή στις 32 εβδομάδες κύησης. Μεταφέρθηκε στην Μορταρά Θεραπείας υπεβλήθη σε σουφονουαμία παρακέντηση όπου διαπιστώθηκαν πυοσφαιρία στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό και έγινε gram χρώση αρνητική. Η εγκύος πιθανώς έπασχε από μετωπιαία κοιλίτιδα και ημιορίτιδα από μηνός. Μετά από λίγες ημέρες βελτιώθηκε και εξήλθε με βραδυταμία ομίλιας και σκέψης. Επανελέγχος με MRI εγκεφάλου διαπιστώνεται ισχυμική αλλοίωση βρεγματικά αριστερά με υπολειμματική δεξιά μονοπαρής κάτω άκρου. Το πρόσωπο νεογνό νοσηλεύτηκε στην Μονάδα νεογνών για λίγες ημέρες και εξήλθε υγιές. Πιθανό αντιψωφολιπιδαιμικό σύνδρομο με την κλινική εικόνα θρόμβωσης μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Προληπτικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε έγκυες γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό για αγγειακά επεισόδια. Στοιχεία που μας καθοδηγούν προς το αναφορικό σύνδρομο είναι η καλή και γρήγορη ανταπόκριση στην αντιπηκτική αγωγή. Το πόρισμα από το ΕΝΥ με τα πυοσφαιρία και ο μηνιγγικός ερροισμός αυθενόσποδοι στην φλεγμονή στα ιγμόρεια προσώπου από μηνός. Πρόκειται για μία εγκύος η οποία παρουσιάζει συνδυασμό βλάβη εγκεφάλου θρόμβωση αρτηρίας με μηνιγγικό στοιχεία από ερεθισμό των μηνιγγιών. Η ενδημότητα της την σοβαρότητας της υγείας της εγκύου στο συγγενικό περιβάλλον πρέπει να δίδεται από τον κώνωση της συμβουλευτικής στήριξης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου σε έγκυο είναι σπάνιο περιστατικό αλλά πρέπει να γνωρίζουμε η άμεση αντιμετώπιση μπορεί να σώσει την εγκύο.

(ισοαιμία του εγκεφαλικού στελέχους) θρόμβωση Φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου και

### 330. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΜΒΡΥΟΥ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΜΕΓΑΟΥΡΗΤΗΡΑ ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΟ ΑΠΟ ΟΥΡΗΤΗΡΟ-ΥΔΡΟΝΕΦΡΩΣΗ

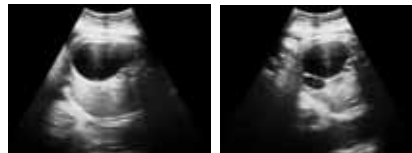
Γ. Γκασδάρης, Ε. Κοντομανώλης, Σ. Μιχαλόπουλος, Ε. Γιοβαννοπούλου, Α. Λυμπέρης, Χ. Ασουχάν, Ν. Κουτλάκη, Γ. Γαλάζιος

Πανεπιστημιακή Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η πρωτοπαθής αποφρακτικός μεγαουρητήρας οφείλεται συνήθως σε λειτουργική απόφραξη στο ύψος της ουρητηρο-κυτικής συμβολής, ως αποτέλεσμα τοιχωματικής ανωμαλίας ή ύπαρξης αδύναμου τμήματος στην άνω μούρα του ουρητήρα. Ορίζεται ως η διάταση του ουρητήρα με διάμετρο τουλάχιστον 7 χιλιοστά, απουσία συνύπαρξης υποκυτικής απόφραξης ή κυστεοουρηθρικής παλινδρόμησης. Η επίπτωση υπολογίζεται περίπου στα 0,36 περιστατικά ανά 1000 γεννήσεις και συνήθως παραβλάθει άρρενα νεογνά με εντόπιση ως επί το πλείστον αριστερά. Στη διάγνωση σήμερα συμβάλλει καταλυτικά το προγεννητικό υπερηχογράφημα σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις.

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:** Δευτερότοκος, 35 ετών, με έναν προηγηθέντα τοκετό με καισαρική τομή, προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία της Πανεπιστημιακής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής για τη διενέργεια υπερηχογραφήματος β' επιπέδου. Κατά την 22<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, στον υπερηχογραφικό έλεγχο, παρατηρήθηκε φυσιολογική αυχενική διαφάνεια και η παρουσία αποφρακτικού μεγαουρητήρα δεξιά με συνοδό ουρητηρο-υδρονέφρωση (όπως απεικονίζεται στις κάτωθι εικόνες). Από τον κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο δεν διαπιστώθηκαν άλλα ευρήματα. Οι γονείς ενημερώθηκαν αναλυτικά και τους έγινε σύσταση τακτικής παρακολούθησης και εκτίμησης από παιδοουρολόγο μετά την γέννηση του παιδιού.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η προγεννητική διάγνωση του μεγαουρητήρα δίνει τη δυνατότητα της έγκαιρης διαγνωστικής τεκμηρίωσης μετά τη γέννηση και της άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Σε αντίθεση με το παρελθόν, τα τελευταία χρόνια διαμορφώνεται μια συντηρητική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς αποφρακτικού μεγαουρητήρα, ιδιαίτερα στα 2 πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού. Μετά τη γέννηση ενός νεογέννητου με συγγενή υδρονέφρωση πρέπει να αρχίσει χημειοπροφύλαξη για την αποφυγή ουρολοιμώξεων και να διενεργηθεί υπερηχογράφημα ουροποιητικού συστήματος εντός της πρώτης εβδομάδας για να εκτιμηθεί ο βαθμός της υδρονέφρωσης. Στη συνέχεια, συνίσταται η παρακολούθηση της υδρονέφρωσης με υπερηχογράφημα και η διερεύνηση ανιούσας κυστεοουρηθρογραφίας. Το επόμενο βήμα περιλαμβάνει την πραγματοποίηση δυναμικού σπινθηρογραφικού νεφρών (MAG3) ώστε να εκτιμηθεί η λειτουργική αξία του διατεταμένου νεφρού και η σοβαρότητα της απόφραξης. Η πλειονότητα των ουρητηρο-υδρονέφρωσεων υποχωρούν αυτόματα ήδη από τους πρώτους μήνες της ζωής. Εάν η ουρητηρο-υδρονέφρωση είναι σοβαρού βαθμού, χωρίς βελτίωση ή επιδεινούμενη, με απουσία ανταπόκρισης στην φαρμακευτική αγωγή και με οριακή λειτουργικότητα του ομόπλευρου νεφρού οδηγούμαστε στην ανάγκη χειρουργικής επέμβασης με υψηλά ποσοστά επιτυχίας.



### 332. ΣΥΝΔΡΟΜΟ DANDY-WALKER ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σ. Δημητράκοπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>2</sup>, Α. Δεσποτιδή<sup>1</sup>, Κ. Σώρρας<sup>3</sup>, Α. Χρονοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Χρονόπουλος<sup>2</sup>, Β. Τσίτσας<sup>2</sup>

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

**ΣΚΟΠΟΣ:** της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού με Σύνδρομο DANDY-WALKER **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η εργασία αναφέρεται σε γυναίκα 24 ετών τεταρτοτόκος που αντιμετωπίστηκε στη Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική του Νοσοκομείου Ηλείας Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Ενημερώθηκε το ζευγάρι ότι θα έπρεπε να εξετασθεί σε κέντρο εμβρυομητρικής Ιατρικής με αναλυτικό υπέρηχο Β επιπέδου λόγω του ιστορικού, πολυτοκίας και παχυσαρκίας. Το ζευγάρι επέλεξε ιδιωτή ακτινολόγο παρά τις αντίθετες συστάσεις μας. Σε κύηση 22 εβδομάδων (εξέταση από τον ακτινολόγο κατά το πόρισμα του ήταν δυσχερής τον βοήθησε να απαλλαγεί νομικά) δεν διαπιστώθηκε υπερηχογραφικά η υποπλασία παρεγκεφαλίδας. Η μερική ή πλήρης έλλειψη του σκώληκα της παρεγκεφαλίδας. Ξανά επισημάνθηκε η ανάγκη της εξέτασης από κέντρο εμβρυομητρικής Ιατρικής το ζευγάρι τις αγνόησε. Προγραμματίστηκε για καισαρική τομή λόγω τριςπικ στις 38 εβδομάδες. Το πρώι κατά την εξέταση NST διαγνωσθηκαν Όψιμες αλλοιώσεις και με επίγνωση καισαρική τομή γέννησε νεογνό άρρεν ζων και αρτιμελές με ραιβοποδία δικτυωτή παλινία στο πρόσωπο. APGAR 2 στο 1min APGAR 4 στα 5min. Διακομίστηκε σε ΜΕΘ νεογνών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών Παναγία βοήθεια μας.

Υπερηχογραφικά, το περιεχόμενο του οπισθίου βόθρου μελετάται μέσω μιας υπινιακού-βρεγματικής τομής του εμβρυϊκού κρανίου. Παρατηρείται κυστική διάταση της τέταρτης κοιλίας, που διαχωρίζεται τα ημισφαίρια της παρεγκεφαλίδας. Μπορεί να υπάρχει μερική ή πλήρης έλλειψη του σκώληκα της παρεγκεφαλίδας, ενώ μπορεί να συνυπάρχει και υποπλασία της παρεγκεφαλίδας. Μεγεθυμένη μεγάλη δεξαμενή διαγιγνώσκονται όταν η κάθετη απόσταση ανάμεσα στον σκώληκα και το εσωτερικό όριο του κρανίου είναι πάνω από 10mm. Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι περίπου 35% και εξαρτάται από τις συνυπάρχουσες δυσπλασίες. Συνδέεται με υψηλή επίπτωση επηρεασμένης νοητικής και νευρολογικής ανάπτυξης, αν και το 1/3 των επίζώντων έχουν IQ άνω του 80. Συνήθως είναι απαραίτητη η τοποθέτηση παραοξέυσης, εξαιτίας του υδροκεφάλου. Το βρέφος πέθανε σε ηλικία δύο δεκά μηνών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Διακρίνεται σε κλασικό σύνδρομο Dandy-Walker, παραλλαγή DWS και σε μεγάλη μεγάλη δεξαμενή (mega cisterna magna). Έχει συχνότητα 1:30.000 γεννήσεις, αντιπροσωπεύοντας το 4% των περιπτώσεων υδροκεφάλου. Είναι συνέπεια χρωμοσωμικών ανωμαλιών (συνήθως τρισωμίες 18 και 13 και τριπλοειδία), περισσότερων από 50 γενετικών συνδρόμων και συγγενούς λοίμωξης ή τερατογόνων αν και μπορεί να αποτελέσει απομονωμένο εύρημα.

### 333. ΕΚΛΑΜΨΙΑ ΣΕ ΚΥΗΣΗ 25 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κολιαντζάκη<sup>1</sup>, Κ. Σώρρας<sup>2</sup>, Κ. Γκιώνη<sup>1</sup>, Β. Τσίτση<sup>1</sup>, Ν. Σιδηρόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, Γ. Ν. Ηλείας, <sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό τμήμα, Γ. Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης εγκύου με εκλαμψία και Συστηματικό Ερυθρηματώδη Λύκο σε κύηση 25 εβδομάδων η οποία αντιμετωπίστηκε στη Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική του Νοσοκομείου Πύργου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Περίπτωση γυναίκας ηλικίας 31 ετών, με εκλαμψία και Συστηματικό Ερυθρηματώδη Λύκο σε κύηση 25 εβδομάδων η οποία διακομίσθηκε από το Κέντρο Υγείας Γαστούνης στα εξωτερικά ιατρεία της Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Πύργου. Η ασθενής έπασχε από θυρεοειδίτιδα Hashimoto – υποθυρεοειδισμός και περικαρδίτιδα. Η αρτηριακή πίεση ήταν 155/100 mmHg σε ηρεμία και κατά τη διάρκεια των σπασμών ήταν 175/110 mmHg Το ουρικό οξύ 8,9mg/dl, D-dimer 1909.92ng/dl. Τοποθετήθηκε στοματοφαρυγγικός σωλήνας κατά τη διάρκεια κρίσης των σπασμών και ύστερα διασωληνώθηκε. Υπεβλήθη σε καισαρική τομή. Η ασθενής διασωληνωμένη διακομίσθηκε στη ΜΕΘ του Νοσοκομείου Ολγας και το νεογνό πρώιμου τοκετού στη ΜΕΘ Πρώων νεογνών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών. Σε Ιδιωτικό κέντρο πραγματοποιήθηκε ο υπέρηχος Β επιπέδου με ημερολογιακή ηλικία κύησης 23 week 6 days και υπερηχογραφική βάση CRL 21 week 6 days.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το ουρικό οξύ 8,9mg/dl, λεύκωμα 6.7g/dl, αλβουμίνη 2.9g/dl, σφαιρίνες, 3.80 ασβέστιο ολικό 8.2 mg/dl, dl LDH 325mg/dl, CK 152 IU/L, CKMB 43 IU/L, αλκαλική φωσφατάση 106 IU/L, γGT 26 IU/L, SGOT (AST) 49 IU/L, SGPT(ALT) 47 IU/L, CRP 4.1 mg/dl HB 12.0g/dl, HCT 36.3%, PLT 251 K/U/L, ptSEC 11.6, INR 0.96, Aprt 34.1, D-dimer 1909.92ng/dl, Εγινε ενδομυϊκά 1 amp nadroparine calcium 0,6ml (5700IU anti- $\alpha$ ) ορρός 1000cc dextrose 5% με 4 amp MgSO<sub>4</sub> και 2 amp epanutin σε ορρό 100cc

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο Συστηματικός Ερυθρηματώδης Λύκος σε κύηση μπορεί να συνοδεύεται με συμπτώματα εκλαμψίας – προεκλαμψίας.

### 335. ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ε. Κάστη, Ν. Παπαπαναγιώτου, Μ. Γεωργιάδης, Ε. Δελαπόρτα  
Τμήμα Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο οξύς διαχωρισμός της αορτής είναι μια σοβαρή και άμεσα απειλητική για τη ζωή κατάσταση που απαιτεί άμεση διάγνωση και χειρουργική θεραπεία. Ορίζεται ως η επιμήκης σχάση του μέσου χιτώνα του αορτικού τοιχώματος με τη παρουσία αίματος εντός αυτού. Δημιουργούνται έτσι δύο αυλοί, ο αληθής που συνεχεται με την αορτική βαλβίδα και ο ψευδής, εντός του τοιχώματος του αγγείου. Διακρίνεται σε οξύ, υποξύ και χρόνιο διαχωρισμό. Με επίπτωση 2 - 3,5 περιστατικά ανά 100.000 άτομα/έτος, και επικρατούν το ανδρικό φύλο (65%).

Η πνευμονική εμβολή είναι η απόφραξη κλάδου της πνευμονικής αρτηρίας από έμβολο. Ο θρόμβος αποσπάται κυρίως από τις φλέβες της συστηματικής κυκλοφορίας ή σπανιότερα από τις δεξιές καρδιακές κοιλότητες. Η διαδικασία αυτή έχει σαν αποτέλεσμα τη διακοπή της αιμάτωσης του πνεύμονα στην περιοχή εκείνη, ενώ ο αερισμός διατηρείται. Σκοπός μας η απεικονιστική ανάδειξη της συνύπαρξης των δύο αυτών οντοτήτων, μιας και πολλές φορές γίνεται λάθος διάγνωση πνευμονικής εμβολής, από τοπική συμπίεση της πνευμονικής αρτηρίας από το αιμάτωμα που δημιουργείται λόγω του διαχωρισμού.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 63 ετών προσήλθε αιτιώμενος οξύ οπισθοστερνικό άλγος από 8ώρου με αντανάκλαση στη ράχη, δύσπνοια και επεισόδια αιμόπτυσης. Ο εργαστηριακός έλεγχος προσδιορίζει αύξηση του D-dimers. Παραπέμφθηκε για απεικονιστικό έλεγχο με ακτινογραφία θώρακος, διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα και CTA αορτής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η CTA αορτής αναδεικνύει εικόνα διαχωριστικού ανευρύσματος κατά Stanford A/ Debakey I έως το ύψος των νεφρικών αρτηριών ανευρυσματική ανιούσης αορτή και ταυτόχρονα εικόνα πνευμονικής εμβολής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην έρευνα του παθολογικού αιτίου η αναζήτηση δεν σταματά στην ανάδειξη του πρώτου ευρήματος. Ο αορτικός διαχωρισμός όπως και η πνευμονική εμβολή είναι οντότητες που σπάνια συνδυάζονται και χρήζουν επείγουσας αντιμετώπισης.

### 334. ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΕΞΕΛΚΩΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ: ΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΣΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΪΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΛΚΗ;

Μ. Δημητρίου<sup>1,2</sup>, Ν. Παπανάς<sup>1</sup>, Ε. Φωτιάδου<sup>2</sup>, Μ. Πανοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Μαλτέζος<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, <sup>3</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αναζήτηση των συχνότερων εντοπίσεων εξέλκωσης διαβητικού ποδιού σε ασθενείς με νευροπαθητικά ή νευροϊσχαιμικά έλκη.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμπεριελήφθησαν 113 ασθενείς με έλκος διαβητικού ποδιού, οι οποίοι χωρίστηκαν σε 2 ομάδες. Η ομάδα Α περιέλαβε 63 ασθενείς (35 άνδρες, μέσης ηλικίας 61.2 ετών και μέσης διάρκειας σακχαρώδους διαβήτη 12.4 ετών) με νευροπαθητικό έλκος. Η ομάδα Β περιέλαβε 50 ασθενείς (35 άνδρες, μέσης ηλικίας 73.4 ετών και μέσης διάρκειας σακχαρώδους διαβήτη 16.9 ετών) με νευροϊσχαιμικό έλκος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κατανομή προσβεβλημένου δεξιού/αριστερού ποδιού ήταν 32:31 στην ομάδα Α και 24:26 στην ομάδα Β (p=0.768). Στην ομάδα Α, οι κυριότερες εντοπίσεις ελκών ήταν: 4 στο δεξιό μεγάλο δάκτυλο, 4 στην κεφαλή του αριστερού 1ου μεταταρσίου, 9 στις κεφαλές λοιπών μεταταρσίων δεξιού ποδιού, 6 στις κεφαλές λοιπών μεταταρσίων αριστερού ποδιού και 25 λοιπές εντοπίσεις. Στην ομάδα Β, οι κυριότερες εντοπίσεις ήταν: 11 στο έξω χείλος 5ου δακτύλου, 9 στο δεξιό μεγάλο δάκτυλο, 6 στη δεξιά πτέρνα, 5 στην αριστερή πτέρνα και 8 λοιπές εντοπίσεις.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μεταξύ νευροπαθητικών και νευροϊσχαιμικών ελκών δεν υπάρχει διαφορά ως προς το προσβεβλημένο πόδι (δεξιό/αριστερό). Ωστόσο, μόνο στα πρώτα υπάρχει υπεροχή κατανομής σε πελματιαία σημεία υψηλών πιέσεων.

### 336. Η ΑΠΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Γ. Τουρνάς  
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Η απενημέρωση είναι μία εκπαιδευτική διαδικασία η οποία στηρίζεται στην αναβίωση γεγονότων μέσα από τη συζήτηση και την περιγραφή όσων τα βίωσαν. Στην παρούσα ποιοτική έρευνα αντικείμενο μελέτης είναι η διαδικασία της απενημέρωσης ανάμεσα στα μέλη των ομάδων καρδιοαναπνευστικής απενημέρωσης που συγκροτούνται στα ελληνικά νοσοκομεία. Η παρεχόμενη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση παρά την συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την εύκολη πρόσβαση στις κατευθυντήριες οδηγίες συχνά είναι καλύτερη των προσδοκίων.

Στα ελληνικά νοσοκομεία οι πλείστοι ερωτώμενοι δεν είναι εξοικειωμένοι με τη χρήση της απενημέρωσης μετά την προσπάθεια της αναζωογόνησης. Μόνο όταν τους αναλύεται ο όρος, συνειδητοποιούν το περιεχόμενό του. Σύμφωνα με τους ερωτώμενους το άτομο που συντονίζει τη διαδικασία θα πρέπει να έχει υψηλό επίπεδο εμπειρίας και γνώσης πάνω στο αντικείμενο της αναζωογόνησης ώστε να μπορεί να εμπνεεί και να διδάσκει, καθώς και να θέτει ξεκάθαρους στόχους βοηθώντας τους συμμετέχοντες να περνούν από τη φάση της περιγραφής στη φάση της ανάλυσης των γεγονότων.

Οι περισσότεροι από τους γιατρούς και νοσηλευτές υποστήριξαν ότι πρέπει να γίνεται σχετικά αμέσως μετά τη διαδικασία αναζωογόνησης, το πολύ δυο ώρες μετά ώστε να μη διαφεύγουν λεπτομέρειες από την πρόσφατη μνήμη. Όμως αμέσως μετά τα συναισθήματα μπορεί να είναι πολύ έντονα που ίσως επηρεάσει την αντικειμενικότητα της διαδικασίας. Γι' αυτό το λόγο ορισμένοι υποστηρίζουν να γίνεται σε δεύτερο χρόνο μια φορέαβδομαδιαίως. Η διεθνής βιβλιογραφία δεν αναφέρει βέβαια ενθαρρυντικά ευρήματα σχετικά με την απενημέρωση σε δεύτερο χρόνο. Οι ερωτηθέντες ειδικευμένοι ιατροί αναφέρουν ότι η έλλειψη χρόνου είναι ένα σημαντικό ζήτημα στα πλαίσια των πολλών καθηκόντων που καλούνται να επιτελέσουν στην καθημερινή κλινική πράξη, ίσως αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα για διενέργεια απενημέρωσης. Συμπερασματικά η γενική αποτίμηση της απενημέρωσης αποτιμάται θετικά ανάμεσα στα μέλη ομάδων αναζωογόνησης τόσο σε εκπαιδευτικό επίπεδο για βελτίωση στατιστικών και ομαδικών επιδόσεων όσο και σαν τρόπος να αμβλυνθεί η συναισθηματική φόρτιση που προκαλεί η όλη διαδικασία.

### 337. ΟΞΕΙΑ ΕΠΙΠΛΟΙΚΗ ΑΠΟΦΥΣΙΤΙΔΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ

N. Παπαπαναγιώτου, Ε. Κάστη, Μ. Γεωργανός, Ε. Δελαπόρτα  
Τμήμα Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η οξεία επιπλοϊκή αποφυσίτιδα αποτελεί μία σπάνια αυτοπεριοριζόμενη φλεγμονώδους/ισχαιμικής αιτιολογίας παθολογία που αφορά τις επιπλοϊκές αποφύσεις του παχέος εντέρου. Αποτελεί μία ασυνήθιστη αιτία έναρξης αιφνιδίου άλγους κάτω κοιλίας με δυσκολία στην διάγνωση λόγω έλλειψης ειδικών συμπτωμάτων και κλινικών σημείων. Το ηλικιακό εύρος των ασθενών είναι από 12- 82 έτη, με κορύφωση στην 5<sup>η</sup> δεκαετία ενώ συνδέεται με παχυσαρκία, κήλες και ασυνήθιστη άσκηση. Τα κλινικά της χαρακτηριστικά της οξείας επιπλοϊκής αποφυσίτιδας προσομοιάζουν εκκολπωματίτιδα, σκωληκοειδίτιδα, οξύ επιπλοϊκό έμφρακτο, μεσεντέρια υποδερματίτιδα κ.α. Αφορά συχνότερα το σιγμοειδές όταν όμως εντοπίζεται στο δεξιό κατώτερο τεταρτημόριο της κοιλίας εύκολα συγχέεται κλινικά με σκωληκοειδίτιδα. Σπανίως αφορά τις επιπλοϊκές αποφύσεις της σκωληκοειδούς οπότε και ονομάζεται αποφυσίτιδα της σκωληκοειδούς απόφουσης. Σκοπός μας η παρουσίαση περιστατικού οξείας επιπλοϊκής αποφυσίτιδας και την ανάδειξη της χρησιμότητας της Υπολογιστικής Τομογραφίας (Υ.Τ.) ως εξέταση εκλογής, για την ορθή διαφορική διάγνωση της νόσου από τις περιπτώσεις οξείας κοιλίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής ετών 56 άρρεν, υπέρβαρος προσήλθε με αιφνίδια έναρξης άλγος εντοπισμένο στον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Ο βιοχημικός έλεγχος ανέδειξε μια ήπια λευκοκυττάρωση. Χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα από τον ακτινογραφικό και Υπερηχοτομογραφικό έλεγχο και παραπέμφθηκε για έλεγχο με Υπολογιστική Τομογραφία κοιλίας (Philips Brilliance 64 slice CT).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η Υ.Τ. κοιλίας με χρήση σκιαγραφικού per os ανέδειξε χαρακτηριστικά ευρήματα φλεγμονής στο κατίον και ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης οξείας επιπλοϊκής αποφυσίτιδας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η φλεγμονή των επιπλοϊκών αποφύσεων είναι μία σπάνια αιτία οξείας κοιλίας. Ανάλογα με την εντόπιση, μπορεί να μιμηθεί οποιαδήποτε αιτία χειρουργικής κοιλίας και να προκαλέσει σοβαρό διαγνωστικό δίλημμα. Η επιπλοϊκή αποφυσίτιδα αποτελεί μια αυτοπεριοριζόμενη φλεγμονή, η ορθή διάγνωση αυτής με Υ.Τ. μας βοηθά στην ορθή διαχείριση και θεραπεία του ασθενούς.

### 339. ΑΝΩΔΥΝΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Γουιτλάκη, Ε. Βολακάκη, Θ. Αναστασιάδη, Α. Χαλαζωνίτης  
Ακτινολογικό Τμήμα-Τμήμα Υπερηχοτομογραφίας, Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η έγκαιρη αναγνώριση της αιτίας του ανώδυνου ίκτερου, σε έναν ασθενή που προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, με την χρήση του υπερηχογραφήματος και της αξονικής τομογραφίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 72 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου Αλεξάνδρα λόγω αναφερόμενου ίκτερου από 10ημέρου, με συνοδό αποχρωματισμό κοπράνων και υπέρχρωση ούρων. Επιπλέον προσκομίζεται από τον ίδιο τον ασθενή υπερηχογράφημα άνω κοιλίας από ιδιωτικό κέντρο το οποίο αναφέρει την παρουσία ευμεγέθους συμπαγούς αλλοίωσης στην κεφαλή του παγκρέατος. Από το ιστορικό αναφέρεται καλοήγη υπερπλασία του προστάτη. Από τον βιοχημικό έλεγχο προέκυψε: ολική χολερυθρίνη 20,56mg%, ALT 44U/l, αλκαλική φωσφατάση 222U/l, TKE 20U/l, ca 19-9 480U/ml και αυξημένο ουροχολινογόνο ούρων. Από την κλινική εξέταση ανευρέθη ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκότων. Από τον απεικονιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε με αξονική τομογραφία με χρήση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού ανευρέθηκε διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων και του χοληδόχου πόρου ~1,7εκ., ασαφопоίηση του χοληδόχου πόρου στη κεφαλή του παγκρέατος, ανομοιογένεια του παρεγχύματος του οργάνου και χωροκατακτητική εξέγερση στην περιοχή της κεφαλής η οποία σε δεύτερη επανεξέταση διηθεί τα επιχώρια αγγεία.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στον ασθενή τοποθετήθηκε stent εντός του κοινού χοληδόχου πόρου. Ωστόσο η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων παραμένει. Οι δείκτες της ηπατικής βιοχημείας βρίσκονται στα φυσιολογικά επίπεδα, εξαιρέση αποτελεί η αυξημένη χολερυθρίνη (26mg%). Ο ίκτερος αποδίδεται σε ηπατοκυτταρική βλάβη και συνηθισμένη αντιμετώπιση ως επί ηπατικής ανεπάρκειας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Σε περίπτωση αποφρακτικού ίκτερου η υπερηχοτομογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής η οποία θέτει τις βάσεις για την άμεση διάγνωση της αιτίας του ίκτερου. Η έγκαιρη λοιπόν ανεύρεση της αιτίας του και η άμεση αντιμετώπιση της είναι αποφασιστικής σημασίας για την επιβίωση του ασθενή.

### 338. ΚΗΛΗ DE GARENGEOT ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

Ε. Κάστη, Ν. Παπαπαναγιώτου, Μ. Γεωργανός, Ε. Δελαπόρτα  
Τμήμα Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μηροκήλη (3-4%) έγκειται στην προβολή ενός ενδοκοιλιακού οργάνου (πχ λεπτό έντερο, επίπλου, κ.α.) μέσω του μηριαίου δακτυλίου κάτω από τον πωυπάρτεο σύνδεσμο και παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο περισιφίξης και στραγγαλισμού (5-10%) Η μετανάστευση της σκωληκοειδούς απόφουσης στο περιεχόμενο του σάκου της μηροκήλης ονομάζεται κήλη De Garengeot. Η κήλη De Garengeot είναι μια σπάνια κλινική οντότητα (~1% των μηροκηλών). Μπορεί να συνδυαστεί και με φλεγμώδη σκωληκοειδή απόφουση στον μηροκηλικό σάκο στο 0,13% των αναφερόμενων περιπτώσεων. Ελέγχεται με μεγαλύτερη επίπτωση στις γυναίκες (1:13). Ο Rene Jacques Croissant de Garengeot το 1731 πρώτος περιέγραψε την παρουσία της σκωληκοειδούς απόφουσης εντός σάκου μηροκήλης. Σκοπός μας η παρουσίαση ενός περιστατικού με κήλη De Garengeot και των απεικονιστικών χαρακτήρων με υπολογιστική τομογραφία, της σπάνιας κλινικής αυτής οντότητας.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα 64 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας με άλγος δεξιάς μηροβυβωνικής χώρας από διήμερο και δεκαετή πυρετική κίνηση. Η κλινική εξέταση ανέδειξε δεξιά μηροκήλη. Ο βιοχημικός έλεγχος εντόπισε ηπία διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας και λευκοκυττάρωση. Ακτινογραφία κοιλίας χωρίς ευρήματα. Η ασθενής παραπέμφθηκε για CT κάτω κοιλίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την Υπολογιστική Τομογραφία ανεδείχθη παρουσία χάσματος κάτωθεν του λαγονοηβικού πόρου από όπου προβάλλει ο κηλικός σάκος, ο οποίος περιέχει σκληροειδή σχηματισμό σε συνέχεια με το τυφλό, την σκωληκοειδή απόφουση, χωρίς όμως στοιχεία φλεγμονής. Η ασθενής παραπέμφθηκε προς λαπαροσκοπική αποκατάσταση της μηροκήλης με πλέγμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διάγνωση της κήλης De Garengeot είναι δυσχερής προεγχειρητικά, η CT απεικόνιση μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη αναγνώριση της και την αποφυγή επιπλοκών.

### 340. Ο ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΣ ΚΟΡΟΝΑΪΟΣ ΗCοV-229Ε ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΞΕΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΣΕ ΥΓΙΗ ΕΝΗΛΙΚΑ

Α. Σπυριδάκη, Γ. Ποθητός, Α. Δεληβελιώτου, Θ. Βασιλαρά  
Παθολογικός Τομέας, Νοσοκομείο «Υγεία»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο πρώτος ανθρώπινος κοροναϊός του ταυτοποιήθηκε είναι ο ΗCοV-229Ε και, έως σήμερα, σε υγιείς ενήλικες έχει συσχετιστεί αποκλειστικά με συμπτώματα κοινού κρυολογήματος. Σπανιότερα έχει περιγραφεί εκδήλωση λοιμώξης κατώτερου αναπνευστικού σε παιδιά ή σε ανοσοκατασταλμένους ενήλικες.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Γυναίκα 45 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε με εμπύρετο έως 39°C και ήπιο βήχα από 24ώρου. Ακροαστικώς είχε τρίζοντες στο αριστερό πνευμονικό πεδίο. Η Α/α θώρακος έδειξε διάχυτη σκίαση στο αριστερό κάτω πνευμονικό πεδίο, ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος και τα αέρια αίματος ήταν ελεύθερα παθολογικών ευρημάτων, πλην CRP ορού 2,5 mg/dL (PT<0,5). Τα αντιγόνα ούρων για *St. pneumoniae* και *Legionella pneumophila* ήταν αρνητικά. Ξεκίνησε εμπειρική αγωγή με κεφτριαξόνη και αζιθρομικίνη I.V.

Τις επόμενες δυο μέρες επιδεινώθηκε, εμφανίζοντας ταχύπνοια, δύσπνοια και έντονο παροξυσμικό βήχα. Ακροαστικώς είχε διάχυτους τρίζοντες αμφοτερόπλευρα και μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα στις βάσεις. Η αξονική θώρακος ανέδειξε πλευριτικές συλλογές και διάχυτα διηθήματα με κατά τόπους εικόνα θαμβής υάλου αμφοτερόπλευρα. Νέα αέρια αίματος ήταν ενδεικτικά ARDS με PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>=126. Χορηγήθηκε οξυγόνο με κλειστή μάσκα Venturi 60% και νέα αγωγή με λεβοφλοξασίνη, λινεζολίδα και πρεδνιζολόνη I.V. Το πλευριτικό υγρό ήταν στειρό εξίδρωμα. Η PCR από τις ρινικές εκκρίσεις ήταν θετική μόνο για τον κοροναϊό ΗCοV-229Ε, και αρνητική για λοιπούς κοροναϊούς (NL63, HKU1, OC43 κλπ.), *Influenza A,B*, H1N1, *Parainfluenza 1, 2, 3, 4*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Bordetella pertussis*, *Bocavirus*, *Rhinovirus/Enterovirus*, *Adenovirus*, *RSV A,B* και *Clamydophila pneumoniae*. Επανελέγχος RT-PCR των ρινικών εκκρίσεων σε εργαστήριο αναφοράς επιβεβαίωσε την παρουσία του κοροναϊού ΗCοV-229Ε, ενώ ορολογικοί έλεγχοι απέκλεισαν έτερα παθογόνα. Η ασθενής κατόπιν βελτιώθηκε σταδιακά και εξήλθε μετά 10ημέρου.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Είναι η πρώτη φορά που περιγράφεται σε ανοσοεπαρκή ενήλικα, χωρίς κανένα συμπτωμαρτόν νόσημα, σοβαρή λοιμώξη του κατώτερου αναπνευστικού και ARDS από τον κοροναϊό ΗCοV-229Ε.



**341.** ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

**343. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΠΡΟΒΙΟΤΙΚΑ**

A. Χατζηδάκης<sup>1</sup>, M. Παναγάκη<sup>1</sup>, Σ. Παπακωστόπουλος<sup>1</sup>, N. Παντέλας<sup>1</sup>, M. Γκιγιώμ-Βασιλάκη<sup>1</sup>, Π. Νίκου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ΜΕΘ, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ», <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η χρήση των προβιοτικών έχει αποδειχθεί ωφέλιμη στη θεραπεία διαφόρων διαρροικών συνδρόμων όπως η ψευδομεμβρανώδης κολίτις, η διάρροια συνδεδεμένη με τη χρήση αντιβιοτικών, στις ΙΦΝΕ καθώς και στις ιογενείς γαστρεντερίτιδες μέσω τροποποίησης της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου. Παρότι γενικά θεωρούνται ασφαλή φάρμακα, τελευταία περιγράφονται στη βιβλιογραφία επιπλοκές από τη χρήση τους, ιδίως σε ασθενείς με πολλαπλές συννοσηρότητες. Για να τονίσουμε αυτό το φαινόμενο, παρουσιάζουμε στη συνέχεια ένα περιστατικό μυκηταίμιας από *Saccharomyces Cerevisiae* σε βαρέως πάσχοντα ασθενή μετά τη χρήση προβιοτικών.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ-ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:** Ασθενής 61 ετών με ιστορικό ινσουλινοθεραπευόμενου Σ.Δ 2 και Α,Υ διακομίστηκε από γειτονικό νοσοκομείο για N/X εκτίμηση μετά από πτώση εξ ίδιου ύψους. Είχε διενεργηθεί αξονική τομογραφία εγκεφάλου που ανέδειξε υποσκληρίδιο αιμάτωμα, υπαραχνοειδή αιμοραγία και εγκεφαλικές θλάσεις. Κατά τη νοσηλεία του στη N/X κλινική παρουσίασε επιδείνωση του επιπέδου συνείδησης, οπότε και χρειάστηκε η διασωλήνωση του αρρώστου, η μεταφορά του στη ΜΕΘ και η τοποθέτηση καθετήρα μέτρησης ενδοκρανίας πίεσης.

**ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ:** Κατά τη μακρόχρονη παραμονή του στη ΜΕΘ ο ασθενής παρουσίασε πολλαπλά επεισόδια εμπυρέτου που αποδόθηκαν σε λοιμώξεις αναπνευστικού, οπότε και έλαβε διαδοχικά αντιβιοτικά ευρέως φάσματος όπως κεφτριαξόνη, κλινδαμικίνη, μεροπενέμη, κολιμικίνη, αμικασίνη και λινεζολίδη. Μετά την πάροδο ολίγων ημερών παρουσίασε πολλαπλά επεισόδια διάρροιών που αποδόθηκαν στη μακρόχρονη χρήση αντιβιοτικής αγωγής και χορηγήθηκαν προβιοτικά μέσω ρινογαστρικού σωλήνα για μακρό χρονικό διάστημα. 20 ημέρες μετά την έναρξη χορήγησης προβιοτικών και κατά τη διάρκεια ενός σηπτικού επεισοδίου απομονώθηκε σε αιμοκαλλιέργεια στελέχος *Saccharomyces cerevisiae* ευαίσθητο στην κασποφουκίνη. Μετά την χορήγηση κασποφουκίνης η κλινική κατάσταση του ασθενή βελτιώθηκε και οι επόμενες καλλιέργειες αίματος ήταν στέρεις. Ανασκοπώντας τη βιβλιογραφία αναφέρονται περπτώσεις μυκηταίμιας σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς με το συγκεκριμένο στέλεχος, το οποίο είναι γενετικά όμοιο με το στέλεχος *Saccharomyces boulardii* που περιέχεται στο σκεύασμα με την εμπορική ονομασία *ultralevure*. Όσον αφορά τη παθογένεση της μυκηταίμιας δύο πιθανοί τρόποι έχουν προταθεί: μέσω επιμόλυνσης του κεντρικού φλεβικού καθετήρα ή διαμετάθεσης διαμέσου του εντερικού βλεννογόνου σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς στους οποίους χορηγούνται μεγάλες ποσότητες του συγκεκριμένου στελέχους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το περιστατικό αυτό υπογραμμίζει το γεγονός ότι η χορήγηση των προβιοτικών σε υψηλού κινδύνου ασθενείς πρέπει να γίνεται με προσοχή και πάντα εξατομικευμένα, μετά τη στάθμιση μεταξύ κόστους και οφέλους.

**342. ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Κ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Κ. Σουλτάνης<sup>1</sup>, Ι. Αθανασόπουλος<sup>2</sup>, Ν. Κουρής<sup>3</sup>, Κ. Σιαφάκας<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Θωρακοχειρουργική Κλινική, 251 Γ.Ν.Α., <sup>2</sup>Πνευμονολογική Κλινική, 251 Γ.Ν.Α., <sup>3</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, 251 Γ.Ν.Α.

**ΣΚΟΠΟΣ :** Η παρουσίαση του οφέλους της πρώιμης θωρακοσκοπικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση του εμπυήματος.

**ΥΛΙΚΟ :** Ασθενής 54 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου μας, αιτιώμενος πλερτικό άλγος αριστερά σε συνδυασμό με πυρετική κίνηση από διημέρου. Κατά την κλινική εξέταση δε διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα. Η θερμοκρασία του ήταν 37,8°C ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσιάξε λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρήνωση. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία θώρακος προς αποκλεισμό πνευμονικής εμβολής, η οποία και αποκλείστηκε. Δεν αναδείχθηκαν αλλοιώσεις από το πνευμονικό παρέγχυμα ούτε από το θωρακικό κλωβό. Με τη χορήγηση αντιβιοτικού ευρέως φάσματος(αναπνευστική κινολόνη) και τη διάγνωση ως λοίμωξη αναπνευστικού ο ασθενής εξήλθε την ίδια ημέρα με οδηγίες για επανεξέταση. Λόγω εμμένουτος και πιο έντονου θωρακικού άλγους αριστερά συνοδευόμενο και από δύσπνοια στην κόπωση, επανήλθε στο νοσοκομείο δέκα ημέρες μετά, αυτή τη φορά απύρετος και χωρίς εργαστηριακές ενδείξεις λοίμωξης. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος αριστερά και ο εκ νέου απεικονιστικός έλεγχος(απλή ακτινογραφία θώρακος και αξονική τομογραφία θώρακος) ανέδειξε μεγάλη εγκυστωμένη υπεζωκοτική συλλογή υγρού με μικρό υδραερικό επίπεδο και διηθήματα αριστερού κάτω πνευμονικού λοβού. Επιπρόσθετα παρατηρήθηκε και πρόληψη σκιαγραφικής ουσίας από τον τοιχωματικό υπεζωκότα. Ο ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο με έναρξη διπλής αντιβιοτικής αγωγής. Η προσπάθεια παρακέντησης του υγρού ήταν ανεπιτυχής. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στην κλινική μας και συστηματική θωρακοσκόπηση προς αντιμετώπιση εμπυήματος χωρίς να προηγηθεί προσπάθεια παρακέντησης.

**ΜΕΘΟΔΟΣ :** Με τον ασθενή σε δεξιά πλάγια κατακεκλιμένη θέση, υπό γενική αναισθησία και αερισμό ενός πνεύμονα διενεργήθηκε τομή δύο εκατοστών μεταξύ πρόσθιας και μέσης μασχαλιαίας γραμμής. Η είσοδος στην υπεζωκοτική κοιλότητα έγινε δια του 5<sup>ου</sup> μεσοπλεύριου διαστήματος. Δεύτερη οπή στο 7<sup>ο</sup> μεσοπλεύριο διάστημα(1 εκ διάμετρο) χρησιμοποιήθηκε για την είσοδο του θωρακοσκοπίου. Μετά από εκτεταμένη λύση συμφύσεων μεταξύ πνεύμονα και θωρακικού τοιχωματος αναγνωρίστηκε και παραχευέθηκε ευμεγέθης υπεζωκοτική συλλογή με στοιχεία χρονιότητας και παρουσία πολλαπλών διαφραγμάτων. Το υποκείμενο πνευμονικό παρέγχυμα ήταν ατελεκτατικό (trapped lung) και διενεργήθηκε αποπλώση προς έκπτυξη του πνεύμονα. Ο ασθενής ανένηψε ομαλώς και η μετεγχειρητική του πορεία ήταν ανεπιπλεκτή. Δεν απομονώθηκαν μικρόβια από την υπεζωκοτική κοιλότητα το αίμα. Εξήλθε σε πολύ καλή κατάσταση μετά από 9 ημέρες νοσηλείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ :** Το εμπύημα αποτελεί επιλεγμένη παραπνευμονική συλλογή μετά από λοίμωξη του αναπνευστικού ή έπειτα από αιματογενή διασπορά. Η έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα πρόγνωσης. Η πρώιμη θωρακοσκοπική (Video Assisted Thoracic Surgery-VATS) είναι ελάχιστα επεμβατική χειρουργική μέθοδος, με ποσοστά επιτυχίας 70-100% και συστήνεται σε ασθενείς με επιλεγμένες παραπνευμονικές συλλογές. Καθίσταται αποτελεσματικότερη όταν διενεργείται εντός 4 εβδομάδων από την έναρξη της αντιβιοτικής θεραπείας.

**344. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΒΑΘΙΑ ΔΙΑΝΟΙΞΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗΣ ΜΕ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ CORYNEBACTERIUM TUBERCULOSTEARICUM: ΜΟΛΥΝΣΗ Η ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΣ;**

A. Ταμπάκη<sup>1</sup>, Α. Ταμπάκης<sup>1,2</sup>, Γ. Κουράκλη<sup>1</sup>, D. Lardinois<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α «Λαϊκό», <sup>2</sup>Τμήμα Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βασιλείας, Ελβετία

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι λοιμώξεις με *Corynebacterium tuberculostearicum* είναι πολύ σπάνιες. Περιγράφουμε την περίπτωση ασθενή με απομόνωση του *Corynebacterium tuberculostearicum* αλλά αμφίβολου κλινικής συσχέτισης με χειρουργική λοίμωξη.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** 80-χρονη ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο προ 2,5 μηνών λόγω οξείας ισχαιμίας του αριστερού κάτω άκρου μετά από εμβολική απόφραξη της αρτηρίας ηνιακής αρτηρίας με μηχανισμό κολπική μαρμαρυγή και μετάλλαξη του παράγοντα V Leiden. Είχε επίσης υποστεί πνευμονική εμβολή, μια μετά-εμφράγματος πνευμονία στον κάτω λοβό του δεξιού πνεύμονα και οξεία αμφικοιλιακή μη αντιρροπούμενη καρδιακή ανεπάρκεια. Ως εκ τούτου η ασθενής έλαβε αντιβιοτικά ευρέως φάσματος, θεραπεία για την καρδιακή ανεπάρκεια και αντιπηκτική αγωγή. Στο πλαίσιο της δύσπνοιας, πραγματοποιήθηκε βίντεο-αποβροχθούμενη θωρακοσκόπηση (VATS) ενώ πολλαπλές βιοψίες ανέδειξαν την παρουσία ινώδους ιστού με φλεγμονώδεις αλλαγές, χωρίς ενδείξεις κακοήθειας και πραγματοποιήθηκε πλειρεκτομή ενώ η ασθενής καλύφθηκε εμπειρικά με ενδοφλέβια αμπικιλίνη/κλαβουλανικό με υποψία εμπύηματος υπεζωκότα βαθμού III. Εξή ημέρες αργότερα μετά την πλήρη μικροβιολογική διάρρηση του τραύματος με εκτεταμένο καθαρισμό, αναδείχθηκε η παρουσία *Corynebacterium tuberculostearicum* που έδειξε ανοχή στην πενικιλίνη, κεφτριαξόνη, μεροπενέμη και ερυθρομικίνη, αλλά ήταν ωστόσο ευαίσθητη σε βανκομικίνη, γενταμικίνη, γενταμικίνη και δαπτομικίνη. Η ασθενής έλαβε πεπρακιλλίνη/ταζοροπακτάμη και επιπλέον βανκομικίνη σε πρώτο χρόνο και δαπτομικίνη αργότερα. Με βάση την εκτεταμένη παρουσία ινώδους ιστού εφαρμόστηκε VAC-θεραπεία για μία εβδομάδα, ενώ μετά από είκοσι επτά ημέρες η ασθενής πήρε εξιτήριο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διαφορετικά είδη *corynebacterium* αποικίζουν το δέρμα και επιφάνειες βλεννογόνων. Στη βιβλιογραφία ελάχιστα στοιχεία παρέχονται σχετικά με την κλινική τους συνάφεια με χειρουργικές λοιμώξεις, ενώ παρουσιάζονται ως οργανισμοί πολυανθεκτικοί σε τουλάχιστον ένα αντιμικροβιακό παράγοντα σε διάφορες κατηγορίες αλλά ωστόσο ευαίσθητοι στην βανκομικίνη. Όσον αφορά την παρουσία ασθενή, δεν ήταν σαφές αν η εκτεταμένη διανομή του τραύματος θα μπορούσε να αποδοθεί σε μια σχετική εν τω βάθει λοίμωξη χειρουργικού τραύματος με *Corynebacterium tuberculostearicum* ή σε επίμονο εμπύημα υπεζωκότα. Το κοινό μικροβιολογικό φάσμα του υπεζωκοτικού εμπύηματος περιλαμβάνει τους *streptococcus pneumoniae*, την ομάδα *anginosus streptococcus* (*anginosus, constellatus, intermedius*), άλλους *streptococci*, τον *Staphylococcus aureus* και τέλος, *anaerobivia* και *gram αρνητικά*, που είναι συχνά δύσκολο να βρεθούν σε πλειρεπτικές καλλιέργειες σε ποσοστό 40% και ως εκ τούτου μια εμπειρική θεραπεία είναι δικαιολογημένη. Η ασθενής μας έλαβε εμπειρική αντιβίωση για εμπύημα υπεζωκότα που κλειώθηκε μετά την διανομή του τραύματος. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγήσει εν μέρει την απουσία ενός τυπικού μικροοργανισμού στα τελικά αποτελέσματα των βιοψιών. Από την άλλη πλευρά, η απομόνωση του *Corynebacterium* θα μπορούσε να είναι κλινικά σημαντική στη βαθιά χειρουργική λοίμωξη. Ωστόσο, ο περαιτέρω αποικισμός θα ήταν επίσης συμβατός με το προφίλ της ασθενούς μας, η οποία έλαβε για μεγαλύτερο χρόνο αντιβιοτική θεραπεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής έλαβε αντιβιοτικά και για τα δύο γεγονότα: πρώτον, για να καλύψει το τυπικό βακτηριακό φάσμα του εμπύηματος υπεζωκότα και δεύτερον για να καλύψει μια πιθανή χειρουργική λοίμωξη με *Corynebacterium tuberculostearicum*.

### 345. ΝΟΚΑΡΔΙΩΣΗ ΜΕ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Α. Πρωτογέρου<sup>1</sup>, Β. Δασκαλόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κούπαρη<sup>2</sup>, Χ. Λούπα<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα  
<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιπτώσεως καιροσκοπικής λοίμωξης από νοκάρδια σε ασθενή που ελάμβανε μακροχρόνιως κορτικοειδή.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Θ.Α., άνδρας 72 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, λόγω έντονου άλγους δεξιού πλάγιου θωρακικού τοιχώματος από τριημέρου. Κλινικώς, παρατηρήθηκε ένα επώδυνο ψηλαφητό μόρφωμα σύστοιχα. Ο ασθενής ήταν απύρετος, σε καλή γενική κατάσταση και δεν ανέφερε άλλη συνοδό συμπτωματολογία. Το μόρφωμα ήταν επώδυνο κατά την ψηλάφηση, μαλακό, ευκίνητο, χωρίς να κλυδάξει. Εκ του ατομικού του αναμνηστικού αναφέρεται λήψη μεθυλπρεδνιζολόνης (16mg) επί ένα έτος λόγω κροταφικής αρθρίτιδας. Επίσης στεφανιαία νόσος και προσθετική βιολογική βαλβίδα (θεραπεία με νιτρώδη, διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και διουρητικά). Λόγω του άλγους, της ήπιας υποξυγοναιμίας (PO<sub>2</sub>=65mmHg) και της υψηλής τιμής δ-διμερών (3,62μg/ml), έγινε επείγουσα CT θώρακος με σπειροειδή τεχνική, που ήταν αρνητική για πνευμονική εμβολή. Εκ του λοιπού εργαστηριακού ελέγχου σημειώνονται τα εξής: Λευκά αιμοσφαίρια 11040/μL (πολυμορφοπύρρηνα 84%), CRP 193 mg/ml (Φ.Τ.<5), ΤΚΕ 122mm. Λοιπός αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος αρνητικός. Έγινε υπερηχογραφικός έλεγχος του μορφώματος, ο οποίος ανέδειξε πιθανή κήλη ΔΕ πλάγιου θωρακοκοιλιακού τοιχώματος, το περιεχόμενο της οποίας ήταν ανομοιογενές και ουσιαστικά ανάγλυο. Η αξονική τομογραφία άνω κοιλίας έδειξε πολλαπλές υπόκυκνες αλλοιώσεις φακοειδούς μορφολογίας κατά μήκος του δεξιού οπισθοπλάγιου τοιχώματος, με τοίχωμα που ενισχυόταν μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού. Οι περισσότερες αλλοιώσεις δίνουν την εντύπωση εξωύπεζωκοτικής εντόπισης. Ακόμη έδειξε σύστοιχα διάχυτη ανομοιογενή οζώδη μάζα μαλακών μορίων, κατά τόπους υπήσπικη. Έγινε παρακέντηση του μορφώματος υπό CT καθοδήγηση. Παροχετεύθηκε μεγάλη ποσότητα πύου, που εστάλη για καλλιέργεια. Λόγω υψηλής κλινικής υποψίας, ενημερώθηκε άμεσα το εργαστήριο και η καλλιέργεια του υλικού ανέδειξε *Nocardia* sp. Λόγω της νοκαρδίωσης έγινε CT εγκεφάλου, η οποία δεν ανέδειξε παθολογία. Ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη (320mg τριμεθοπρίμη-1600mg σουλφαμεθοξαζόλη), με άμεση κλινική ανταπόκριση. Δυστυχώς, μετά 1 ½ μήνα ο ασθενής απεβίωσε, λόγω νοσοκομειακής λοίμωξης αναπνευστικού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η νοκαρδίωση παρουσιάζεται κυρίως ως ευκαιριακή λοίμωξη σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς και η έγκαιρη διάγνωση απαιτεί υψηλή κλινική υποψία

### 347. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΟΞΕΙΑΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ COXSACKIE B2

Α. Κοντάνα, Γ. Χαϊκάλης, Έ. Βαγενάς, Ε. Βέττα, Β. Ζαρκάδα, Χ. Ζαφειράτη, Χ. Μπότας, Ι. Σαρανταέναν

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Λευκάδας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση θωρακικού άλγους με χαρακτηριστικά οξείας περικαρδίτιδας εν απουσία ΗΚΓ αλλοιώσεων και ήχου τριβής.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα 64 ετών που προσήλθε αιτώμενη άλγους στο προκάρδιο επιδεινούμενο στη βαθεία εισπνοή και την ύπτια θέση. Επιπλέον, ανέφερε συμπτώματα γριππώδους συνδρομής προ 15μέρου. Η ασθενής προσήλθε απύρετη, με ΑΠ 116/70, και 110 σφύξεις. Από την ακρόαση θώρακος παρατηρήθηκε μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος στην αριστερή βάση, χωρίς ήχο τριβής στο προκάρδιο και η υπόλοιπη αντικειμενική εξέταση ήταν χωρίς ευρήματα. Στο ΗΚΓ διαπιστώθηκε φλεβοκομβική ταχυκαρδία χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα. Τέθηκε με τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη (320mg τριμεθοπρίμη-1600mg σουλφαμεθοξαζόλη), με άμεση κλινική ανταπόκριση και αντιμετώπιση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διενεργήθηκε υπέρηχος καρδιάς που ανέδειξε ήπια πάχυνση του επικαρδιακού πετάλου και μικρή περικαρδιακή συλλογή 6,5 mm, χωρίς αιμοδυναμική επιβάρυνση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προσδιορίστηκε αυξημένος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (16900/μL – 71% ουδετερόφιλα, 19% λεμφοκύτταρα), αυξημένη ΤΚΕ (90 mm) και υψηλή τιμή CRP (158 mg/L). Η ασθενής ετέθη σε αγωγή με ιβουπροφαίνη, κολεχικίνη και πιπερακιλίνη-ταζομπακτάμη. Διενεργήθηκε CT θώρακος η οποία επιβεβαίωσε την περικαρδιακή συλλογή και επιπλέον ανέδειξε μικρές πλευριτικές συλλογές άμφω, ταυσιολή ατελεκτασία δεξιού κάτω λοβού και απουσία μεσοθωρακικών λεμφαδένων. Η ασθενής εμφάνισε πυρετική κίνηση, έως 37,8 °C στο πρώτο 24ωρο νοσηλείας της και εν συνεχεία παρέμεινε απύρετη, έμεινε αιμοδυναμικά σταθερή, εμφάνισε σταδιακή μείωση της καρδιακής συχνότητας σε φυσιολογικά επίπεδα και πλήρη εξάλειψη του πόνου μετά το 3<sup>ο</sup> 24ωρο. Αντίστοιχη αποκατάσταση των δεικτών φλεγμονής παρατηρήθηκε μετά το 4<sup>ο</sup> 24ωρο. Εστάλη κολλαγονικός κύκλος που ήταν αρνητικός. Διενεργήθη ιολογικός έλεγχος που έδειξε παρουσία αντισωμάτων έναντι Coxsackie B2 σε τίτλο 1:256.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ανάγκη αποκλεισμού οξείας περικαρδίτιδας σε περιπτώσεις θωρακικού άλγους με απουσία τυπικού ΗΚΓ και ήχου τριβής.

### 346. ΜΟΙΡΑΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΑ/CRP

Π. Μπολάνης<sup>1</sup>, Π. Βέργου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΠΕΔΥ Νέας Ιωνίας, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Χαλκίδας

**ΣΚΟΠΟΣ:** μας είναι να περιγράψουμε μοιραία περίπτωση νέου ατόμου όπου επιβεβαιώνεται η χρήση του λόγου Μονοπύρρηνα προς CRP ή λόγου βαρύτητας (ΛΟΒ) ως προγνωστικού της βαρύτητας κρίσιμου περιστατικού. Χρησιμοποιούμε τον ΛΟΒ από το 2011, όταν τον προτείναμε ως δείκτη βαρύτητας της οξείας φάσης. Ο ΛΟΒ σε λίαν μικρές τιμές του (<=0,01) μπορεί να υποδεικνύει τον κίνδυνο ανάπτυξης σηψαιμίας (Μπολάνης και συν. 2013).

Πρόκειται για θήλυ άτομο 37 ετών με οξύ εμπύρετο κατά τα τέσσα Φεβρουαρίου και αρχική διάγνωση "λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού" και μελική "καρδιοαναπνευστική σηπτική καταπληξία". Η αρχική τιμή του ΛΟΒ κατά την εισαγωγή ήταν 0,13/9,77 = 0,013. Δύο μέρες μετά ο ΛΟΒ ήταν 0,13/11,56=0,011. Την 4η μέρα ο ΛΟΒ έδειξε ανοδική τάση με τιμή 1,46/3,20=0,45.

Η εξέταση ούρων έδειξε αντιγόνο πνευμονιοκόκκου, ο έλεγχος PCR για γρίπη ήταν αρνητικός τόσο στις εκκρίσεις του αναπνευστικού όσο και στο περικαρδιακό υγρό, ενώ από την πρώτη μέρα ο έλεγχος τρανσαμινασών έδειξε μικρού βαθμού ηπατική συμμετοχή, με διπλάσιες τιμές τρανσαμινασών καθώς και υποκαλιαιμία. Την τρίτη μέρα επέδειξε καρδιοαναπνευστική επιδείνωση, αύξηση περικαρδιακού υγρού και τιμές καρδιακών ενζύμων αυξημένες (CPK 609 CPK-MB 37, Τροπονίνη-Ι 794 pg/ml) και η ασθενής μετακινήθηκε στην ΜΕΘ. Την τέταρτη ημέρα CPK 1547 CPK-MB 76, Τροπονίνη-Ι 2310. Ο ποσοτικός έλεγχος ανοσοσφαιρινών ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων με μόνο την τιμή της IgG κοντά στα κατώτερα φυσιολογικά όρια. Ο ηπατικός έλεγχος ηπτικότητας ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων, η θυρεοειδική λειτουργία κφ, ενώ η νεφρική λειτουργία σε σταθερά ικανοποιητικά επίπεδα καθόλη τη διάρκεια της καρδιακής επιδείνωσης. Την 5η μέρα η τροπονίνη έδειξε 28.328 pg/ml, οπότε επήλθε ο θάνατος. Το περιστατικό αυτό υποδεικνύει την χρησιμότητα του λόγου ΛΟΒ, του μονοπύρρηνα/CRP, για την προγνωστική αξιολόγηση ενός περιστατικού. Ο λόγος ΛΟΒ ίσως πρέπει να αξιολογείται από την πρώτη στιγμή της εισαγωγής από τον ιατρό υποδοχής των περιστατικών πνευμονίας. Η ορθή και έγκαιρη αξιολόγηση ίσως μπορεί να αποτρέψει και το μοιραίο με τους κατάλληλους θεραπευτικούς χειρισμούς.

### 348. ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΣ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΔΕΝΤΡΟΥ ΠΑΣΧΟΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ CHARCOT-MARIE-TOOTH ΑΠΟ ΤΟ CHRYSOEBACTERIUM INDOLOGENES

Π. Μπολάνης<sup>1</sup>, Π. Βέργου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Χαλκίδας

Ο σκοπός μας είναι η περιγραφική σπάνιας περίπτωσης αποίκησης του βρογχικού δένδρου από τη Χρυσεομονάδα την ινδολογενή ή *Chryseobacterium indologenes*, σε ασθενή 56 ετών πάσχουσα από τη νόσο Charcot Marie Tooth. Το *Chryseobacterium indologenes* ή και *Flavobacterium indologenes* είναι ένα Γκραμ αρνητικό ακίνητο βακτηρίδιο, με ιδιόμορφη χρυσίζουσα μορφολογία κατά την καλλιέργεια του και μικτό βιότυπο, τόσο ζύμωσης όσο και οξειδωσης ορισμένων υδατανθράκων και παραγωγής ινδόλης από διάφορα υποστρώματα. Διαθέτει επίσης διάφορες πρωτεάσες όπως κερατινάση, ικανή να διαλύει βιολογικά υλικά σχετιζόμενα με το δέρμα ή τα επιθήλια, παράγοντας μεγάλη ποσότητα θειολών (Bach E 2011).

Η νοσος Charcot χαρακτηρίζεται και από υποκλινική ως βαρεία μορφή αναπνευστικής δυσπραγίας (Garcez CA 2015) λόγω βλάβης των αναπνευστικών μυών. Η αναπνευστική δυσπραγία πιθανώς να υποβαθμίζει και την ικανότητα απόχρεμψης, της αποβολής της βλέννης.

Η ταυτοποίηση του βακτηρίου έγινε βιοτυπικά από το αυτόματο σύστημα ταυτοποίησης VITEK-2 με εξαιρετική πιθανότητα (97%). Έγινε ανακαλλιέργεια σε ΜακΚόνκευ άγαρ μετά από επώαση του βακτηρίου με απόστημα χλωροφύκους και στη συνέχεια ξανά ταυτοποίηση που έδειξε ακριβέστερη ταυτοποίηση (πιθανότητα 99%). Στη δεύτερη ταυτοποίηση υποβαθμίστηκε η ικανότητα παραγωγής θειολών (Eilman αρνητικό). Η παρουσία του χρυσοβακτηριδίου υπό αυτές τις συνθήκες και σε αυτή τη συγκεκριμένη περίπτωση υποδηλώνει μία μορφή συνεργασίας, με τελικό αποτέλεσμα παραγωγή φυσικών θειολών, που ως γνωστόν, διασπούν την βλέννη. Ένας αποικισμός είναι φυσικό να καταλήγει σε μια επιωφελή συνεργασία για τους δύο οργανισμούς. Η απώλεια ικανότητας παραγωγής θειολών στην δεύτερη καλλιέργεια, που η ταυτοποίηση 'έγινε μετά την επώαση με το χλωρόφυκος, ίσως υποδηλώνει ότι εκτός ανθρώπινου οργανισμού η ιδιότης που δεν έχει άμεση ωφελιμότητα αδρανοποιείται.

### 349. ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΡΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΩΝ

Κ. Πλατάρη<sup>1</sup>, Ε. Βαζαίου<sup>2</sup>, Α. Βαζαίου<sup>3</sup>, Γ. Καραγεώργος<sup>2</sup>, Β. Μανέττα<sup>2</sup>, Δ. Λυτρίβη<sup>4</sup>, Α. Λάβαρης<sup>1</sup>, Α. Λεγάκη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Οφθαλμολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>2</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», <sup>3</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Πποκράτειο», <sup>4</sup>ΜΕΘ Παιδών, Γ.Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να περιγραφούν οι σημαντικότερες οφθαλμικές επιπλοκές οφειλόμενες σε παθολογία των παραρρινίων κόλπων και να αναδειχθεί η στενή σχέση των δύο ειδικοτήτων στην διάγνωση και αντιμετώπιση τους.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναζητήθηκαν βιβλιογραφικά όλα τα αίτια εμφάνισης οφθαλμολογικών επιπλοκών μετά από παθήσεις των παραρρινίων κόλπων καθώς και μετά από χειρουργική επέμβαση στους παραρρινίους κόλπους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι οφθαλμικές επιπλοκές των παραρρινοκολπίτιδων περιλαμβάνουν την κυτταρίτιδα και το απόστημα κόγχου, το υποπεριοστικό (περικογχικό) απόστημα και το σύνδρομο του υπερκογχίου σχίσματος. Η κυτταρίτιδα κόγχου μπορεί να προκληθεί από φλεγμονή του γναθιαίου ή του μεταπιαίου κόλπου ή των ηθμοειδών κυψελών. Όλες οι κοιλπίτιδες μπορεί να προκαλέσουν τον σχηματισμό αποστήματος, συνήθως οξείας προκαλείται από την απ'ευθείας επέκταση της φλεγμονής από τις ηθμοειδείς κυψέλες. Το υποπεριοστικό απόστημα σχηματίζεται εκτός του περιosteού του κόγχου μεταξύ του παρυώδους πετάλου και του έσω κογχικού περιosteού, ενώ το σύνδρομο του υπερκογχίου σχίσματος προκαλείται από φλεγμονή ή χρωκατακτητική εξεργασία του σφηνοειδούς κόλπου προσβάλλοντας τα στοιχεία της υπερκογχίου σχισμής. Οι διευχερητικές οφθαλμικές επιπλοκές της χειρουργικής των παραρρινίων περιλαμβάνουν την οπισθοκογχική αιμορραγία, τον τραυματισμό του έσω λοξού μυός και τη βλάβη του οπτικού νεύρου, ενώ οι μετεγχειρητικές την επιφορά και το περικογχικό εμφύσημα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και η συχνότητα των παραρρινοκολπίτιδων εξακολουθεί να είναι υψηλή σε όλες τις ηλικίες, οι επιπλοκές τους ευτυχώς είναι σπάνιες. Από τις επιπλοκές οι οφθαλμικές κατέχουν σημαντικό ποσοστό καθότι ο κόγχος είναι η περιοχή που προσβάλλεται συχνότερα από την επέκταση της φλεγμονής των κόλπων. Οφθαλμικές επιπλοκές μπορεί να προκύψουν και κατά την λειτουργική ενδοσκοπική χειρουργική που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση των παραρρινοκολπίτιδων.

### 351. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΦΙΛΑΡΙΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΑΛΓΟΣ ΟΣΧΕΟΥ

Β. Χριστοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Παυλίδης<sup>1</sup>, Φ. Κουσαθανά<sup>1</sup>, Κ. Μητσοκάλης<sup>1</sup>, Γ. Δουμάνης<sup>1</sup>, Β. Μπιζιμ<sup>2</sup>, Ε. Μπαζάνη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>2</sup>Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με ηωσινοφιλία και άλγος στη περιοχή του οσχέου που λόγω της καταγωγής του οδηγήθηκε στη διάγνωση της φιλαρίας η οποία δεν απαντάται στις ευρωπαϊκές χώρες.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής ενών 28 Πακιστανικής καταγωγής προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω άλγους στην περιοχή του ΔΕ οσχέου. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται χειρουργική επέμβαση στο ΔΕ οσχέο προ περίπου 3ετίας λόγω οσχεοκήλης (ασαφείς πληροφορίες). Ο ασθενής βρίσκεται στην Ελλάδα από ενάμιση μήνα και είχε επαναλαμβανόμενες επισκέψεις σε εφημερεύοντα νοσοκομεία τον τελευταίο μήνα. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ΑΠ: 118/78mmHg, σφύξεις: 64/λεπτό, θερμοκρασία: 36,3°C και SO<sub>2</sub>: 97%. Σημείο Giordano(+) δεξιά και οίδημα της ΔΕ επιδιδυμίδας. Λευκά: 8.670, ηωσινόφιλα: 1580 (28,2%), CRP: 3,17mg/l και αύξηση της IgE 2,510. Triplex οσχέου: ικανοποιητική αιμάτωση και των δύο όρχεων, μικρή υδροκήλη ΔΕ. Ηπια δόγκωση της ουράς της ΔΕ επιδιδυμίδας χωρίς ευρήματα από τον έλεγχο των νεφρών. Λόγω της καταγωγής του ασθενούς και της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας ελήφθη επίχρισμα περιφερικού αίματος τις νυκτερινές ώρες όπου εντοπίστηκαν φιλαρίες. Ο ασθενής έλαβε αγωγή με αλβενδαζόλη 800mg άπαξ, διεθυλκαρβαζιμίνη 400mg/24ώρα για 12 ημέρες και δοξκυκλίνη 100mgx2 για 5 εβδομάδες, με αποτέλεσμα την βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας, την πτώση των ηωσινοφίλων σε φυσιολογικά επίπεδα και την μείωση της τιμής της IgE.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ:** Οι φιλαρίες είναι νηματώδεις σκώληκες που διαβιώνουν στους υποδόριους ιστούς και στα λεμφαγγεία. Οκτώ είδη φιλαρίας προσβάλλουν τον άνθρωπο εκ των οποίων τέσσερα προκαλούν βαρύτερες φιλαριάσεις. Η Wuchereria bancrofti είναι η περισσότερη διαδεδομένη παρασιτική φιλαρία του ανθρώπου, απαντάται σε όλες τις τροπικές και υποτροπικές περιοχές, στην Ασία, στα νησιά του Ειρηνικού, την Αφρική, τη Ν. Αμερική. Η W. bancrofti χαρακτηρίζεται από νυκτερινή περιοδικότητα και μεταδίδεται στον άνθρωπο με τα κουνούπια Culex, Fatigans, Anopheles και Aedes. Οι ενήλικι σκώληκες προκαλούν φλεγμονώδεις βλάβες των λεμφαγγείων και απόφραξη. Η νόσος εκδηλώνεται με ασυμπτωματική ή υποκλινική μικροφιλαριαιμία, υδροκήλη, οξεία λεμφαδενίτιδα και χρόνια λεμφική νόσο. Η προσβολή των λεμφαγγείων των γεννητικών οργάνων εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά στις λοιμώξεις από W. bancrofti, που προκαλεί φλεγμονή του σπερματικού τόνου, επιδιδυμίτιδα, πόνο και ευαισθησία του οσχέου. Εκτός της υδροκήλης σε προχωρημένα στάδια προκαλεί λεμφοοίδημα και ελευφάντιση του οσχέου. Επίσης παρατηρείται ηωσινοφιλία και αύξηση των επιπέδων της IgE. Ο ασθενής μας παρουσίαζε άλγος οσχέου, οίδημα επιδιδυμίδας, ηωσινοφιλία, αύξηση της IgE, μικροφιλαριαιμία και προερχόταν από περιοχή που ενδημεί η φιλαρίαση. Αντιμετωπίστηκε με αλβενδαζόλη και διεθυλκαρβαζιμίνη και χρήζει παρακολούθησης ανά τρίμηνο τουλάχιστον για 2 έτη.

### 350. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ACHROMOBACTER XYLOSOXIDANS

Γ. Κατσάνος, Π. Οικονόμου, Μ. Τσουνή, Α. Γερωντής, Θ. Τζίμας, Μ. Μάστορα, Η. Λιάππη

Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

Το *Achromobacter xylosoxidans* είναι ένα Gram-αρνητικό, αερόβιο, κινητό βακτήριο που βρίσκεται κυρίως σε υγρά περιβάλλοντα και προκαλεί λοιμώξεις όπως βακτηριαμία, μηνιγγίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, πνευμονία σε ποσοστό 16%, κυρίως σε ασθενείς με συνυπάρχουσες νοσηρότητες. Η θνητότητα στην βακτηριαμία αναφέρεται στο 30% και 65% στην πνευμονία όπου και σπάνια ανιχνεύεται.

**ΣΚΟΠΟΣ** της εργασίας είναι να αναδειχθεί η ύπαρξη λοιμώξης αναπνευστικού από το *achromobacter xylosoxidans* και η έκβαση αυτής.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:**

Άντρας 82 ετών, κάτοικος Ιωαννίνων, με ιστορικό χολοκυστεκτομής, χολαγγειίτιδων, στένωσης πτυλώου, ανεπάρκειας αορτής, γαστρορραγιών λόγω έλκους δωδεκαδακτύλου, προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω εμπύρετου από 24ώρο έως 39 °C με συνοδό πλευροδυνία αριστερά και δύσπνοια χωρίς απόχρεμψη και κακουχία. Κλινική εικόνα: Θ:37,6 °C, Sat 96%, ΑΠ140/80, Σφύξεις 94/min

Συστολικό φύσημα αορτικής βαλβίδας, τρίζοντες αριστερής βάσης πνεύμονα, κοιλιά μαλακή, ευεπίστε με φυσιολογικούς εντερικούς ήχους.

Εργαστηριακά:

Hct 37,9%	ALP 83 IU/L
WBCs 14450 k/μL	AST 19U/L
Poly 80,6%	ALT 13IU/L
Lymph 13,6%	γGT 35IU/L
Mono 5,3%	LDH 172IU/L
TKE 113	TSH 0,93μIU/mL
d-dimers 1,93	CRP 40,8mg/dl
PLTs 147000k/μL	sACE 45
Fe 9 μg/dl	Λοιπός βιοχημικός έλεγχος κφ
FER 419ng/ml	Ανοσολογικός έλεγχος κφ

Ελήφθη καλλιέργεια αίματος

Γενική ούρων (-), wright (-), Widal (-), καλλιέργεια ούρων (-), mantoux (-)

U/S κοιλίας χωρίς ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα

Ακτινογραφία θώρακος: διηθημα αριστερά περιπυλία και στον κάτω λοβό με άμβλυση και αυξημένη σκιερότητα της αριστερής ΠΔΓ.

CT θώρακος: εγκυτωμένη συλλογή αριστερά και εκτεταμένη πύκνωση στον αριστερό κάτω λοβό, διηθημα-τα βολής ύαλο στον αριστερό άνω λοβό, εικόνα λεμφαδενοπάθειας της αριστερής πύλης.

Παρακέντηση πτυερπτικού υγρού: κύτταρα 365-διήρωμα

Έλαβε αγωγή για λοιμώξη αναπνευστικού, αρχικά Κεφτριαζόνη και Κλινδαμικίνη. Λόγω μη ανταπόκρισης έγινε αλλαγή σε Λεβοφλοξασίνη και Τεϊκοπλανίνη και πάλι χωρίς ανταπόκριση. Αναζητήθηκε η καλλιέργεια αίματος και ευρέθη ότι ανεπύχθη το *Achromobacter xylosoxidans*. Ετέθη αγωγή βάση αντιβιογράμματος σε Πιπερακιλλίνη-Ταζοζιλακτάμη και Λεβοφλοξασίνη και ο ασθενής βελτιώθηκε σημαντικά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:**

- Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού από *Achromobacter xylosoxidans* δεν είναι συνήθεις αλλά έχουν αυξημένη θνητότητα.

- Η καλλιέργεια πτυέλων βοηθά σημαντικά στην εντόπισή του.

- Η έγκαιρη στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή καθορίζει σημαντικά την έκβαση της λοίμωξης.

### 352. ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΒΝ ΛΟΙΜΩΞΗ

Γ. Σκούρη, Α. Μάκινα, Ν. Λούλιας, Β. Γόγολας, Ν. Κουτσουμπός, Ε. Λουκά, Ε. Παπαγεωργίου, Α. Γκουγκούση, Κ. Ηλιοπούλου, Ε. Ρούλια, Ζ. Αλεξίου

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

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι βακτηριακές λοιμώξεις περιλαμβανομένων και των σταφυλοκοκκικών είναι συχνές σε ασθενείς με χρόνια ΗΒΝ λοίμωξη. Η συχνότητα των λοιμώξεων έχει συσχετιστεί με την ύπαρξη ΗΒeAg, τα επίπεδα ALT και ΗΒV DNA. Οι λοιμώξεις από gram θετικούς κόκκους που περιγράφονται στους ηπατοπαθείς φθάνουν έως 20%, παρουσιάζονται με διαφορετική κλινική εικόνα και πολλές φορές με δυσμενή πρόγνωση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγράφεται σταφυλοκοκκική λοίμωξη δέρματος με οξεία νεφρική ανεπάρκεια σε ασθενή με χρόνια ΗΒΝ λοίμωξη.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 46 ετών προσεκομισθη αιτιώμενος θωρακαλγία και ραχιαλγία με συνοδό κηλιδώδες επώδυνο εξάνθημα από ημερών και ολιγουρία από διημέρου. Από το ατομικό αναμνηστικό: αρτηριακή υπέρταση, χρόνια ΗΒΝ λοίμωξη για την οποία δεν είχε λάβει αγωγή. Από την αντικειμενική εξέταση: ΑΠ: 80/45mmHg, Θ=38 S1S2 ρυθμικοί ενκρίσεις χωρίς φυσητά, φυσιολογικό ΑΨ αμφω, περιφερικές σφύξεις ομότιμα ψηλαφητές αμφω, κοιλιά μαλακή ευεπίεστη ανώδυνη. Εργαστηριακός έλεγχος εισόδου: WBC:14000, NEUT:64,2%, HCT:56%, Hb:18,8 g/L, PLTs:195000, Urea:186mg/dl, Crea:9,4mg/d, K:6,0mmol/l, Na:128mmol/l, Ca:1,28mg/dl, Phos:10,3mmol/l, AST:35IU/L, ALT:81IU/L, γGT:127IU/L, ALP:88IU/L, TBIL:1,27mg/dl, DBIL:0,69mg/dl, LDH:184IU/L, CK:250IU/L, AMY:95IU/L, CRP<3,17mg/L, PT:11,2sec, ινωδογόνο:237mg/dl, λευκωματά:6,11g/dl, σφαιρίνες:2,51, rh:7,354, pC02:29,8mmHg, pO2:81,1mmHg, HCO316,6mmol/L, BE-7mmol/L, ΗΒV-DNA=10.000 copies/ml. Το εξάνθημα κατελάμβανε την αριστερά πλάγια θωρακική χώρα επεκτεινόμενο σε αριστερά μασχαλαία περιοχή, στα κάτω και άνω άκρα αμφω με κηλιδώδες αρχικά χαρακτήρα εξελισσόμενο σε πολύμορφο και εν συνεχεία φυσαλιδώδες. Λόγω άνωουρίας, ετέθη σφαιριδικός καθετήρας αιμοκάθαρσης και υπεβλήθη σε μεμονωμένη συνεδρία τεχνητού νεφρού. Από τις αιμοκαλλιέργειες δεν απομονώθηκε παθογόνο ενώ σε καλλιέργειες από τις βλάβες βρέθηκε *Staphylococcus aureus* πολυευσταίητος. Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Ο ασθενής έλαβε θεραπεία με δαπτομυκίνη με σταδιακή βελτίωση της κλινικής εικόνας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι λοιμώξεις από gram + βακτήρια στους ηπατοπαθείς συνοδεύονται με σοβαρή κλινική εικόνα. Αξιοσημείωτο στον ασθενή μας είναι το πολύμορφο εξανθήμα με ερπητόμορφο χαρακτήρα και η συνολική σπητική εικόνα του.

### 353. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ

Α. Αναστασόπουλος, Π. Πετράς, Κ. Γυφτοπούλου<sup>2</sup>, Α. ΠΡΙΦΤΗΣ<sup>2</sup>, Χ. ΚΑΣΙΔΟΚΩΣΤΑ<sup>2</sup>, Ε. ΑΛΑΦΑΚΗ<sup>2</sup>, Ρ. ΧΑΤΖΗΚΥΡΙΑΚΟΥ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Όχη Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», <sup>2</sup>Αιματολογικό Τμήμα, Εργαστηριακός Τομέας, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η χρόνια ηωσινοφιλική πνευμονία αποτελεί μια νόσο που διαδράμει χρονίως με εξάρσεις και υφέσεις και εκδηλώνεται με υποτροπιάζοντα επεισόδια πυρετού, βήχα, δύσπνοια, ηωσινοφιλία στο αίμα και στο BAL και ακτινολογική εικόνα πνευμονικών πυκνώσεων. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού χρόνιας ηωσινοφιλικής πνευμονίας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής θήλυ 60 ετών με ατομικό αναμνηστικό βρογχικού άσθματος υπό εισπνεύσιμα φάρμακα και υποθυρεοειδισμού, εισήχθη στην κλινική λόγω εμπυρέτου έως 38,5οC, αδυναμίας, καταβολής και βήχα. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε περιφερικής κατανομής πυκνωτικά διηθήματα στους άνω και κάτω λοβούς του πνεύμονα αμφοτερόπλευρα. Στον εργαστηριακό έλεγχο στην γενική αίματος, εμφάνιζε αρκετά αυξημένα ηωσινόφιλα τόσο σε απόλυτο αριθμό 4.120/μl (φτ 0-700) όσο και σε ποσοστό 26% (φτ 3-8%), αυξημένο αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων (15810/μl) και αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP, ΤΚΕ). Η ασθενής υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση και το βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL) ανέδειξε ηωσινόφιλα σε ποσοστό 5% (φτ 0-1%)

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Λόγω ύπαρξης ηωσινοφιλίας στο περιφερικό αίμα και στο BAL και της συμβατής κλινικής και απεικονιστικής εικόνας, στην ασθενή ετέθη η διάγνωση της χρόνιας ηωσινοφιλικής πνευμονίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρόνια ηωσινοφιλική πνευμονία είναι μια πάθηση που απαιτεί συμβατή κλινική, εργαστηριακή και απεικονιστική εικόνα προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της.

### 355. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΙΜΟΠΤΥΣΕΙΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΡΤΑΓΕΝΕΡ

Μ. Γεωργανάς, Ε. Κάστη, Ν. Παπαπαναγιώτου, Ε. Δελαπόρτα  
Τμήμα Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας, Γ.Ν. Ρόδου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να παρουσιαστεί η περίπτωση ενός ασθενούς με σύνδρομο Kartagener που εμφανίστηκε στο νοσοκομείο μας λόγω αιμοπτύσεων. Το σύνδρομο Kartagener αποτελεί σπάνια κληρονομική νόσο (1/30.000 γεννήσεις) που κληρονομείται με αυτόσωμο υπολειπόμενο τρόπο. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από διαταραχή του κροσσώτου επιθηλίου των αεροφόρων οδών και η χαρακτηριστική του τριάδα αποτελείται από δεξιοκαρδία, επεισόδια παραρρινοκολπίτιδας, και αναστροφή σπλάγχων. Συχνή είναι επίσης η συνύπαρξη βρογχεκτασιών στους ασθενείς αυτούς. Η πορεία των ασθενών αυτών επηρεάζεται κυρίως από τη συχνότητα και τη βαρύτητα των λοιμώξεων των αεροφόρων οδών, ενώ ο εμβολιασμός για λοιμώδη νοσήματα καθώς και η έγκαιρη αντιμετώπιση και αντιμετώπιση των λοιμώξεων τους επιτρέπει να έχουν προσδόκιμο επιβίωσης παρόμοιο με του γενικού πληθυσμού.

**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για νεαρό άνδρα ηλικίας 20 ετών που προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω εμφάνισης αιμοπτύσεων από διημέρου. Ο ασθενής είχε διαγνωστεί με σύνδρομο Kartagener από παιδικής ηλικίας λόγω ύπαρξης δεξιοκαρδίας, αναστροφής σπλάγχων και συχνών επεισοδίων παραρρινοκολπίτιδας. Ο ασθενής δεν είχε εμφανίσει μέχρι τώρα προηγούμενο επεισόδιο αιμοπτύσεων. Ακολούθως υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία θώρακος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο απεικονιστικός έλεγχος επιβεβαίωσε την δεξιοκαρδία και την αναστροφή σπλάγχων. Ανέδειξε επίσης την παρουσία βρογχεκτασιών σε αμφοτέρωτα πνευμονικά πεδία. Η αντιμετώπιση του ασθενούς ήταν συντηρητική και εξήλθε του νοσοκομείου μας σε καλή γενική κατάσταση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το σύνδρομο Kartagener αποτελεί σπάνια κληρονομική νόσο με χαρακτηριστική τη συνύπαρξη βρογχεκτασιών, δεξιοκαρδίας, αναστροφής σπλάγχων και παρουσίας επεισοδίων παραρρινοκολπίτιδας. Η ορθή και έγκαιρη αντιμετώπιση των λοιμώξεων αναπνευστικού σε αυτούς τους ασθενείς είναι ζωτικής σημασίας

### 354. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ: Η ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Χ. Τσαγκάρης, Δ. Δεσσε

Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (ΣΑΔ) είναι μία κλινική οντότητα με υψηλό επιπολασμό σε πρόωρα νεογνά. Παρουσιάζει ενδιαφέρον τόσο σε θεωρητικό επίπεδο – υπό το πρίσμα των βασικών επιστημών που διεξάγουν σχετική έρευνα – όσο και σε επίπεδο κλινικής πράξης.

Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι διττός. Διερευνούμε αρχικά εμβρυολογικές και εν γένει γενετικές και βιοχημικές ανωμαλίες που οδηγούν στην εμφάνιση του συνδρόμου. Εν συνεχεία εξετάζουμε ορισμένες κλινικές παραμέτρους της συγγενούς αυτής ανωμαλίας γύρω από την πρόγνωση και τις επιχειρούμενες παρεμβάσεις.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η παρούσα εργασία αποτελεί μελέτη ανασκόπησης στο πλαίσιο του υποχρεωτικού μαθήματος «ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ Α'» του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Χρησιμοποιείται τόσο ελληνική όσο και ξένη βιβλιογραφία (medline, Pubmed) ενώ στατιστικά στοιχεία που παρατίθενται αξιολογούνται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εμβρυολογικά το σύνδρομο σχετίζεται κυρίως με το γεγονός ότι σε πρόωρα νεογνά δεν έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη του πνευμονικού παρεγχύματος. Ανάλογα με το σημείο της κύησης οπότε επέρχεται η πρόωρη γέννηση είναι πιθανό να μην έχουν αναπτυχθεί επαρκώς οι κυψελίδες ή να ελλείπει ο επιφανειοδραστικός παράγοντας (ΕΠ). Παράλληλα ενοχοποιούνται για την εκδήλωση ΣΑΔ η ατελής προετοιμασία του θωρακικού κλωβού ή η ατελής λειτουργία του νευρικού συστήματος κατά τη γέννηση. Η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται από τον χρόνο γέννησης του νεογνού και από την αντιμετώπιση της οποίας θα τύχει. Η διάγνωση τίθεται συχνότερα επί κλινικών και απεικονιστικών ευρημάτων και σπανιότερα επί ιστολογικών δειγμάτων με το τελευταίο γεγονός να ενέχει κίνδυνο σφάλματος. Η θεραπεία εδράζεται στην πρόληψη του ΣΑΔ και στην αντιμετώπιση του μετά την εκδήλωση, η οποία είναι αναπνευστική και φαρμακολογική.

Συμπερασματικά η ΣΑΔ καταδεικνύει την επαφή των θεωρητικών γνώσεων που κομίζει η εμβρυολογία με κλινικές οντότητες που θα κληθεί η πλειονότητα των φοιτητών να αντιμετωπίσει στο μέλλον.

### 356. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΥΠΟ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗ

Π. Μπολάνης<sup>1</sup>, Π. Βέργου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΠΕΔΥ Νέας Ιωνίας, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Χαλκίδας

Ο **σκοπός** μας είναι να διερευνήσουμε περιστατικό ρευματοειδούς αρθρίτιδας υπό μεθοτρεξάτη, που εκδήλωσε εικόνα λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Πρόκειται για γυναίκα 41 ετών με παρατεταμένο εμπύρετο, με νυκτερινό πυρετό ως 38,6 °C με ηπατομεγαλία, φυσιολογικό σπλήνα, τραχηλικούς λεμφαδένες διογκωμένους. Η γενική αίματος έδειξε αναιμία υποχρωμή με αιμοσφαιρίνη 9.9 g/dl, λευκά 17.920 κκx, με λεμφοκύτταρα 12.190, μονοκύτταρα 1.320, ηωσινόφιλα 60 κκx. Η μικροσκοπική περιφερικού έδειξε 21% ουδετερόφιλα, 5% ραβδοπύρνη, τυπικά λεμφοκύτταρα 5%, μονοκύτταρα 3%, μυελοκύτταρα 1%, και άτυπα λεμφοκύτταρα με ποικιλομορφία χαρακτηριστική της λοιμώδους μονοπυρήνωσης 65%. Η ΤΚΕ ήταν 49 χιλ και η CRP 2,55 mg/dl. Ο αντισωματικός έλεγχος έδειξε αμφίβολο IgM EBV και θετικό IgM CMV. Διαπιστώθηκαν αυξημένες τρανσαμινάσες, με αύξηση διπλάσια ως τριπλάσια και ως 10πλάσια αύξηση γGT. Τρεις μέρες μετά η γενική εξέταση αίματος έδειξε παρόμοια εικόνα με λευκά 15.410 κκx, λεμφοκύτταρα 10.700, μονοκύτταρα 1.080 κκx, ηωσινόφιλα 90 κκx, βασεόφιλα 59 κκx. Ο τύπος περιφερικού έδειξε 20% ουδετερόφιλα, 31% λεμφοκύτταρα, 4% μονοπύρνη, 1% ηωσινόφιλα, 11% ραβδοπύρνη, 33% άτυπα λεμφοκύτταρα, στα οποία προεξήρχαν διεγερμένα υπερβασεόφιλα λεμφοκύτταρα και υπερβασεόφιλα ανώριμα μονοπύρνη. Η εικόνα λοιμώδους μονοπυρήνωσης, μετά από μεθοτρεξάτη, πιθανώς είναι έναρξη λεμφοπύρνηλαστικής νόσου, του τύπου του Β λεμφώματος, όπως τεκμηριείται βιβλιογραφικά. Συγκεκριμένα η υπό μεθοτρεξάτη, αρνητική για Επστάιν Μπαρ, λεμφοεπιπλαστική νόσος είναι χειρότερης πρόγνωσης από τη θετική για Επστάιν Μπαρ (Ejima-Yamata, 2016). Υπάρχει αρκετή σύγχυση στη βιβλιογραφία σχετικά με την αιτιότητα των λεμφωμάτων μετά από θεραπεία ρευματοειδούς αρθρίτιδας με μεθοτρεξάτη κι άλλες αγωγές. Γενικώς τα λεμφώματα υπό μεθοτρεξάτη θεωρούνται καλύτερης πρόγνωσης. Η απομάκρυνση της μεθοτρεξάτης έχει κυμαινόμενες συνέπειες ανάλογα της μεθυλίωσης των νησίδων κυτοσίνης-φωσφορικού-γουανίνης (Ejima-Yamata, 2016)

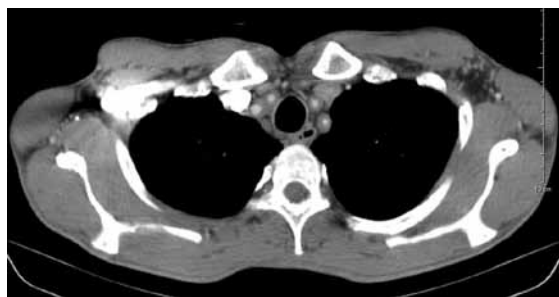
### 357. ΑΡΤΗΡΗΤΙΔΑ ΤΑΚΑΓΑΣΥ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ

N. Βαροάμης, Ν. Μέτσικας, Η. Τάσση, Θ. Τζίμας, Η. Λιάππης, Ν. Τσιφτάκη  
Γ.Ν. Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

Το περιστατικό αφορά άνδρα 33 ετών που προσήλθε στο ΤΕΠ αιτώμενος αιμόπτυση, ρινορραγία και εμπύρετο έως 39°C. Από τετραμήνου αναφέρει εύκολη κόπωση, μη παραγωγικό βήχα και διαλείπουσα χωλότητα άνω άκρων.

Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν ελαττωμένες σφύξεις στις βραχιόνιες αρτηρίες, απουσίες στις κερκιδικές και φυσήματα στις καρωτίδες. Η αρτηριακή πίεση μετρήθηκε 70/50mmHg στην αριστερή και 90/50mmHg στη δεξιά βραχιόνιο. Το αναπνευστικό ψιθύρισμα ήταν μειωμένο με συνοδό παράταση εκπνοής. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε μικροκυτταρική αναιμία (Hb:10.5g/dL), αυξημένη ΤΚΕ(78mm/h) και CRP(5.67mg/dL). Λόγω των ανωτέρω ευρημάτων διενεργήθηκε αρχικά αξονική τομογραφία θώρακα. Σε αυτήν σημειώνεται η παρουσία οζωδών διηθημάτων με απεικόνιση δίκην θολής υάλου με περιβρογχοαγγειακή κατανομή συμβατή με ενδοπαρεγχυματική αιμορραγία. Στο δεξιό άνω λοβό παρατηρείται η παρουσία κοιλότητας ενώ στο επίπεδο του αορτικού τόξου αναγνωρίζονται ευρήματα αγγειίτιδας όπως συμμετρική πάχυνση τοιχώματος. Ο περαιτέρω έλεγχος με CT αορτογραφία αποκάλυψε όμοιες βλάβες στις καρωτίδες και στις υποκλειδίες αρτηρίες, συμβατές με αρτηρίτιδα Takayasu.

Μετά από αρνητική δοκιμασία IGRA ο ασθενής έλαβε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη 32mg/d με μείωση της δόσης και προσθήκη αζαθειοπρίνης 150mg/d στους δύο μήνες. Παρουσίασε κλινική και απεικονιστική βελτίωση. Έναν χρόνο αργότερα ο ασθενής επανήλθε αναφέροντας εκ νέου επεισόδια αιμόπτυσης αφού είχε διακόψει την αγωγή που λάμβανε. Στη νέα αξονική τομογραφία θώρακα τα ευρήματα είναι όμοια με αυτά που της έναρξης της αγωγής.



### 359. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΡΟΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΚΕΝΟΚΟΥΜΑΡΟΛΗ ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΡΙΓΩΣΗ

Μ. Παγόπουλος<sup>1</sup>, Ι. Βαλασοπούλου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ιδιώτης Χειρουργός Οδοντίατρος, <sup>2</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενείς διάφορων ηλικιών υπό αγωγή με ακενοκουμαρόλη για διάφορα νοσήματα, οι οποίοι τυχαία επιλέχθηκαν σε ιδιωτικό οδοντιατρείο.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Προσδιορισμός του χρόνου ροής και άρα του χρόνου διακοπής της αιμορραγίας σε οδοντιατρικούς ασθενείς υπό φαρμακευτική αγωγή με ακενοκουμαρόλη για διάφορα νοσήματα, μετά την ολοκλήρωση της αποτρίγωσης, με αφορμή τη συχνή συνεργασία μεταξύ παθολόγων και οδοντιάτρων για τη ρύθμιση της δοσολογίας ακενοκουμαρόλης.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Προσδιορισμός του χρόνου ροής των ασθενών υπό αγωγή με ακενοκουμαρόλη, με τη χρήση προσροφητικού χαρτίου, μήκους 4cm και πλάτους 2cm, το οποίο τοποθετήθηκε στην ουλοδοντική σχισμή και χρονομετρήθηκε ο χρόνος ροής, αμέσως μετά την αφαίρεση της οδοντικής πλάκας και την ολοκλήρωση των οδοντιατρικών χειρισμών στον κάτω κεντρικό κοπήτρη αριστερά σε βάθος 2mm, με στόχο τον προσδιορισμό του χρόνου της διακόπτης της αιμορραγίας αμέσως μετά την ολοκλήρωση των οδοντιατρικών χειρισμών στο επιλεγμένο σημείο. Μετρήσαμε επίσης τις τιμές σακχάρου σε τριχοειδικό αίμα πριν και μετά την αποτρίγωση.

Στους ασθενείς επιπλέον προσδιορίζεται η ηλικία, το ιστορικό των νοσημάτων, το σάκχαρο πριν και μετά την αποτρίγωση, το INR και η φαρμακευτική αγωγή.

### 358. ΜΕΤΡΗΣΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Δ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΓΙΩΝ ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Α. Μουρτζίκου<sup>1</sup>, Μ. Σταμούλη<sup>2</sup>, Χ. Δημητρίου<sup>3,4</sup>, Γ. Κοντελιά<sup>5</sup>, Χ. Κρούπη<sup>5</sup>, Π. Μουστάτσου<sup>5</sup>, Π. Χουτόπουλος<sup>6</sup>, Α. Σκλήρης<sup>7</sup>, Α. Ακάλεστος<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Διαγνωστικής Κυτταρολογίας ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>2</sup>Βιοχημικό Εργαστήριο, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, <sup>3</sup>Δ' Νευρολογική Κλινική, Κυπριακό Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής, <sup>4</sup>Τμήμα Θετικών Επιστημών, Τομέας Δημόσιας Υγείας, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, <sup>5</sup>Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», <sup>6</sup>Εργαστηριακή Διάγνωση Α.Ε., Ν. Σμύρνη, Αθήνα, <sup>7</sup>Roche Hellas S.A., Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Επιδημιολογικές μελέτες συνδέουν την παρουσία χαμηλών επιπέδων βιταμίνης Δ με τα αυτοάνοσα νοσήματα (ΑΝ). Σκοπός της μελέτης ήταν η μέτρηση της βιταμίνης Δ σε ασθενείς με ΑΝ και σε υγιή άτομα.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Το δείγμα απετέλεσαν 100 ασθενείς με ΑΝ (40 άνδρες και 60 γυναίκες) και 40 άτομα υγείας-μάρτυρες (10 άνδρες και 30 γυναίκες), ηλικίας 30-65 ετών. Η μέτρηση της βιταμίνης Δ έγινε με τη μέθοδο Elecsys Vitamin D total assay της εταιρείας Roche Hellas, η οποία έχει όριο ανίχνευσης τα 3.00 ng/ml. Φυσιολογικές θεωρούνται οι μετρήσεις που είναι μεγαλύτερες από 30 ng/ml και ως έλλειψη οι μετρήσεις που είναι μικρότερες από 20 ng/ml.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές των συγκεντρώσεων της βιταμίνης Δ στους ασθενείς και στους υγείας και έγινε σύγκριση με Mann-Whitney Test. Παρατηρήθηκε ότι τα επίπεδα βιταμίνης Δ είναι μειωμένα στους ασθενείς με ΑΝ σε σχέση με τους υγείας μάρτυρες και ότι η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική (23,02 vs. 38,20, p-value <0,0001)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη περιλαμβάνει ασθενείς με διαφορετικά ΑΝ, οι οποίοι επιλέχθηκαν με αυστηρά κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού. Τα συμπεράσματα δείχνουν στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα βιταμίνης Δ μεταξύ ασθενών και υγιών ατόμων.

### 360. ΑΝΑΣΥΣΤΑΣΗ ΕΔΑΦΟΥΣ ΚΟΓΧΟΥ ΜΕ ΠΟΡΩΔΕΣ ΠΟΛΥΑΙΘΥΛΕΝΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΓΚΟΥ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ε. Παράβαλου<sup>1</sup>, Β. Μέγας<sup>1</sup>, Λ. Μέγας<sup>1</sup>, Σ. Ζανάκης<sup>2</sup>, Ν. Ζωτάλης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ιδιωτικό Ιατρείο, <sup>2</sup>Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>Metropolitan Hospital

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ένα από τα νεότερα αλλομοσχέματα, τα οποία έχουν αντικαταστήσει με μεγάλη επιτυχία τα οστικά αυτομοσχέματα, είναι το πορώδες πολυεθυλένιο με άριστα χαρακτηριστικά βιοσυμβατότητας και βιολεειτουργικότητας.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αντιμετώπιση ενδοστικού αιμαγγειώματος στο σώμα του δεξιού ζυγωματικού οστού και η αποκατάσταση του χειρουργικού ελλείματος με αλλομόσχευμα υψηλού βαθμού ιστοσυμβατότητας.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Γυναίκα 69 ετών προσήλθε με διόγκωση στη δεξιά ζυγωματική περιοχή, η αύξανε αργά και σταθερά κατά την τελευταία 5ετία. Ο οφθαλμίατρος ο οποίος εξέτασε αρχικά την ασθενή διέγινωσε ενδοστικό αιμαγγείωμα. Με βιοψία με λεπτή βελόνα τεκμηριώθηκε η αρχική διάγνωση. Η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση κατά την οποία έγινε εκτεταμένη οστεκτομή στο σώμα του ζυγωματικού οστού και αφαίρεση του αιμαγγειώματος. Ακολούθως το έλλειμα της περιοχής αποκαταστάθηκε με κατάλληλα διαμορφωμένο πορώδες πολυαιθυλένιο (MEDPOR).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Μετά από 16 έτη το αισθητικό περίγραμμα του προσώπου της ασθενούς είναι αρμονικό και η όρασή της λειτουργεί φυσιολογικά από την πλευρά της επέμβασης, ενώ ο άλλος οφθαλμός της έχει καταστραφεί μετά από αποτυχημένη επέμβαση καταρράκτη. Το πορώδες πολυαιθυλένιο, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί από 20ετίας σε περιπτώσεις ελλείματων του σπλαγγχνικού κρανίου, απέδειξε ότι είναι απόλυτα βιοσυμβατό και διαθέτει σταθερότητα και αντοχή στο χρόνο.

### 361. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ (ΚΓΔ) ΑΠΟ ΠΟΛΕΜΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Β. Μέγας<sup>1</sup>, Δ. Ρίζου<sup>2</sup>, Λ. Μέγας<sup>1</sup>, Ε. Παράβαλου<sup>1</sup>, Ν. Ζώταλης<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Ιδιωτικό ιατρείο, <sup>2</sup>Metropolitan Hospital

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα πολεμικά τραύματα της περιοχής του προσώπου αποτελούν ένα από τα σοβαρότερα και δυσκολότερα κεφάλαια της τραυματολογίας στην στοματογναθο-προσωπική χειρουργική.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού αγκύλωσης της κάτω γνάθου σε νεαρό ασθενή, εξαιτίας συντριπτικού κατάγματος του κονδύλου μαζί με τμήμα του ζυγωματικού οστού, μετά από τραυματισμό του σε πολεμική σύρραξη.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας 22 ετών προσήλθε με σοβαρή μείωση διάνοιξης του στόματος μετά από επέμβαση στην οποία υποβλήθηκε σε άλλη χώρα προ 3μήνου, λόγω πολεμικού τραύματος στην γναθοπροσωπική περιοχή. Διαπιστώθηκε σοβαρή ανατομική και λειτουργική διαταραχή της δεξιάς ΚΓΔ με εξαρθρωμένο κόνδυλο, πωρωμένο κάτω γνάθου και παρεκτοπισμένης κροταφικής απόφυσης του ζυγωματικού οστού λόγω κατάγματος. Αποφασίστηκε χειρουργική επέμβαση για αποκατάσταση της διαταραχής. Σε στερεολιθογραφικό εκμαγείο που κατασκευάστηκε προεγχειρητικά έγινε προσομοίωση της προγραμματιζόμενης επέμβασης, η οποία περιλάμβανε αντικατάσταση του κονδύλου από ειδική μεταλλική πρόθεση τιτανίου. Το σχέδιο εφαρμόστηκε ακριβώς στο πραγματικό χειρουργείο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από τον άμεσο μετεγχειρητικό κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε ικανοποιητική αποκατάσταση στην περιοχή της ΚΓΔ. Λόγω όμως της αποτυχημένης χειρουργικής αντιμετώπισης, η οποία είχε πραγματοποιηθεί πριν 3 μήνες, η δεύτερη επέμβαση υπήρξε πιο εργώδης και ριζική με αναγκαστικό ακρωτηριασμό του δεξιού κονδύλου της κάτω γνάθου και αντικατάστασή του με μεταλλική πρόθεση.

### 362. ΟΞΕΙΑ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΟΥΛΟΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟΠΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗΣ

Ε. Λουκά, Α. Μακίνα, Ι. Σκουρή, Β. Γόγολας, Ν. Κουτσουμπός, Γ. Τζίμα, Μ. Σιαμπλή, Κ. Ηλιοπούλου, Ε. Ρούλια, Ζ. Αλεξίου

*Β΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσις»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η οξεία νεκρωτική ελκωτική ουλοστοματίτιδα θεωρείται ως ευκαιριακή λοίμωξη της στοματικής κοιλότητας που οφείλεται στην υπερανάπτυξη των μικροοργανισμών της φυσιολογικής χλωρίδας του στόματος. Εμφανίζεται συνήθως στην παιδική και εφηβική ηλικία, καθώς και σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή νεκρωτικής ουλοστοματίτιδας σε ανοσοεπαρκή νεαρή γυναίκα μετά από χρήση μεθαμφεταμίνης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 31 ετών προσήλθε λόγω εμπυρέτου έως 38,5°C με συνοδό ουλοστοματίτιδα από τριημέρου. Ανέφερε αίσθημα κακουχίας, έντονο άλγος κατά τη μύσηση και την κατάποση και μικροαιμορραγία από τα ούλα. Κατά την επισκόπηση της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας αναδείχθηκε διάχυτη ουλίτιδα με οίδημα, μικροεκχυμώσεις και κατά τόπους διαβρωτικές-ελκωτικές αλλοιώσεις (με προσβολή και των παρισθμίων) που εξελίχθηκαν σε γκριζωπές ψευδομεμβράνες στα μεσοδόντια διαστήματα. Ήταν αιμοδυναμικά σταθερή και από τη λοιπή κλινική εξέταση καρδιάς, πνευμόνων και κοιλίας δεν εντοπίστηκαν παθολογικά ευρήματα, πλην επώδυνων ψηλαφητών τραχηλικών λεμφαδένων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: WBC:1400/μL, με 100 ουδετερόφιλα πολυμορφονύρηνα/μL, Hct: 41,1%, PLT:237000/μL, βιοχημικός έλεγχος κφ, CRP:81,5mg/l, ΤΚΕ:77mm. Απεικονιστικός έλεγχος (ακτινογραφία πνευμόνων και υπερηχογράφημα άνω κοιλίας) κφ

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ιολογικός έλεγχος (προσδιορισμός αντισωμάτων για HIV, CMV, EBV, HSV1,2, HBV, HCV) αρνητικός. Ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών, C<sub>3</sub>, C<sub>4</sub> κφ. Από τις καλλιέργειες αίματος και στοματοφαρυγγα δεν απομονώθηκε κάποιο παθογόνο μικρόβιο. Μετά από επισταμένη λήψη ιστορικού επιβεβαιώθηκε η χρήση μεθαμφεταμίνης τοπικά. Χορηγήθηκε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και αναλγητικά, με ταχεία κλινική βελτίωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η νεκρωτική ουλοστοματίτιδα εκδηλώνεται σε ανοσοκατασταλμένους κυρίως σε ασθενείς με HIV λοίμωξη. Ωστόσο, έχει περιγραφεί και σε υγιή άτομα με πτωχή στοματική υγιεινή, έντονο άγχος, κάπνισμα ή και από τοπική χρήση ουσιών. Η ενδελεχής λήψη του ιστορικού βοήθησε στη διάγνωση.