



ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1835

mednethellas
the greek medical network
Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες
Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση

39^ο

ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

22-25 ΜΑΪΟΥ 2013
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ HILTON, ΑΘΗΝΑ

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

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ

σε συνεργασία

ΜΕ 40 ΕΙΔΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Οι περιλήψεις από τον αριθμό 1-399 ανακοινώθηκαν προφορικά και από 400-543 αναρτήθηκαν Οι εργασίες 67 και 246 πήραν το Α΄ και Β΄ βραβείο αντίστοιχα και η 265 τον Έπαινο στην ενότητα των εργασιών, **Βασικής Έρευνας**.

Οι εργασίες 109 και 85 πήραν το Α΄ και Β΄ βραβείο αντίστοιχα και η 302 τον Έπαινο στην ενότητα των εργασιών της **Εφαρμοσμένης Έρευνας**.

Τα βραβεία των καλύτερων ανά ημέρα Posters, θα γίνουν γνωστά μετά τη λήξη του Συνεδρίου αφού γίνει η επεξεργασία των βαθμολογιών.

Η καταχώρηση περίληψης στον τόμο αυτόν δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι η αντίστοιχη εργασία παρουσιάστηκε στο Συνέδριο. Η Οργανωτική Επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα να πληροφορεί, μετά το τέλος του Συνεδρίου, κάθε ενδιαφερόμενο ποιες από τις εργασίες, δεν παρουσιάστηκαν τελικά από τους συγγραφείς τους.

ΑΘΗΝΑ

Ξενοδοχείο HILTON

22-25 Μαΐου 2013

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ
ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
39ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Πρόεδρος Α. ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
Αντιπρόεδρος Ν. ΜΑΓΚΙΝΑ
Γεν. Γραμματέας Ε. ΘΗΡΑΙΟΣ
Ειδ. Γραμματέας Σ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ
Ταμίας Λ. ΡΑΛΛΙΔΗΣ
Μέλη Ε. ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ
Θ. ΒΡΑΧΛΙΩΤΗΣ
Γ. ΚΟΥΡΑΚΛΗΣ
Μ. ΣΑΜΑΡΚΟΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Κ. ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ	Σ. ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ	Τ. ΞΥΔΑΣ
Γ. ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΣ	Χ. ΚΑΡΑΝΙΚΑΣ	Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ
Γ. ΑΝΤΥΠΙΑΣ	Β. ΚΑΨΙΜΑΛΗ	Ι. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ
Χ. ΑΡΒΑΝΙΤΗ	Κ. ΚΟΝΤΟΥ-ΦΙΛΗ	Β. ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Ε. ΑΡΧΟΝΤΑΚΗΣ	Χ. ΚΟΥΤΣΙΑ	Ι. ΠΑΠΑΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ
Κ. ΒΑΓΙΑΝΟΣ	Γ. ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ	Α. ΠΕΦΑΝΗΣ
Β. ΒΑΝΤΑΛΗ	Σ. ΛΟΥΚΙΔΗΣ	Γ. ΠΙΑΔΙΤΗΣ
Α. ΒΟΖΙΚΗΣ	Θ. ΜΑΚΡΗΣ	Ε. ΠΛΑΤΣΟΥΚΑ
Μ. ΒΟΥΛΓΑΡΕΛΗΣ	Ι. ΜΑΚΡΥΝΙΩΤΟΥ	Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ
Γ. ΒΡΥΩΝΗ	Σ. ΜΑΝΩΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ	Α. ΠΡΩΤΟΠΑΠΠΑΣ
Κ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ	Δ. ΜΑΝΤΑΣ	Χ. ΡΑΠΙΔΗ
Σ. ΓΟΥΛΑΣ	Δ. ΜΑΝΤΖΟΥΡΑΤΟΣ	Κ. ΡΟΚΚΑΣ
Δ. ΓΟΥΜΕΝΟΣ	Π. ΜΑΡΓΟΣ	Α. ΡΟΥΣΑΚΗΣ
Κ. ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ	Α. ΜΕΓΑΛΑΚΑΚΗ	Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ
Γ. ΔΑΪΚΟΣ	Α. ΜΙΧΟΣ	Μ. ΤΕΚΤΟΝΙΔΟΥ
Δ. ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΗΣ	Σ. ΜΟΥΤΑΦΗΣ	Ν. ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ
Ε. ΔΙΑΜΑΝΤΗ-ΚΑΝΔΑΡΑΚΗ	Α. ΜΠΕΡΛΕΡ	Β. ΤΖΙΦΟΣ
ΣΤ. ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ	Α. ΜΠΕΤΡΟΣΙΑΝ	Π. ΤΟΜΟΣ
Λ. ΖΕΛΛΟΣ	ΑΘ. ΜΠΙΜΠΑΣ	Ν. ΤΣΑΒΑΡΗΣ
Ε. ΖΟΥΡΙΔΑΚΗ	Κ. ΜΠΟΚΗ	Γ. ΤΣΟΥΡΟΥΦΛΗΣ
Γ. ΖΩΓΡΑΦΟΣ	Ι. ΜΠΟΛΕΤΗΣ	Ε. ΦΡΑΓΚΟΥΛΗΣ
Ε. ΗΛΙΟΔΡΟΜΙΤΗΣ	Β. ΝΤΕΛΗΣ	Σ. ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΟΥ
Δ. ΚΑΝΕΛΛΑΣ	Σ. ΝΤΟΥΡΑΚΗΣ	Χ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ
		Α. ΧΡΙΣΤΟΦΕΛΗ

ΤΑ ΕΠΟΜΕΝΑ ΕΠΙΣ

40ο ΕΠΙΣ 6-10 Μαΐου 2014

Η στοιχειοθεσία του τόμου των περιλήψεων έγινε με εισαγωγή των στοιχείων από τα CD και τα e-mails που έστειλαν οι συμμετέχοντες στη Γραμματεία του 39ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

1. Ο ΝΕΟΣ ΑΥΤΟ-ΑΔΡΑΝΟΠΟΙΟΥΜΕΝΟΣ ΛΕΝΤΙ-ΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ GGHI-3D ΣΥΝΔΥΑΖΕΙ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΕΝΙΣΧΥΤΩΝ ΗΡFH-1 ΚΑΙ ΗΡFH-2 ΚΑΙ ΕΠΑΓΕΙ ΤΗΝ ΥΨΗΛΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ γ-ΣΦΑΙΡΙΝΗΣ

M. Γεωργιομανώλη^{1,2}, Ε. Δρακοπούλου^{1,3,4}, Ε. Παπανικολάου^{1,2}, Ν. Ανάγνου^{1,2}

¹Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, ΙΙΒΕΑΑ, ³Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, ΙΙΒΕΑΑ, ⁴Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, ⁵Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, ΙΙΒΕΑΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη βελτιωμένων λεντι-ικών φορέων για τη γονιδιακή θεραπεία της β-θαλασσαιμίας με αυξημένη ικανότητα αποτελεσματικής μεταγωγής των αιμοποιητικών κυττάρων και υψηλή έκφραση της θεραπευτικής γ-σφαιρίνης, αποτελεί τον κύριο τρέχοντα θεραπευτικό στόχο της αναπτυσσόμενης αυτής θεραπευτικής προσέγγισης. Στην παρούσα μελέτη, βελτιώσαμε και αξιολογήσαμε λειτουργικά τη δομή του πρόσφατα χαρακτηρισμένου φορέα με GGHI (Hum Gene Ther 23: 15-31, 2012) ο οποίος φέρει τον ενισχυτή της κληρονομικής παραμονής της εμβρυϊκής αιμοσφαιρίνης ΗΡFH-2, ενσωματώνοντας επιρροσθετα τον ισχυρό ενισχυτή 3D ΗΡFH-1 ώστε να αξιοποιηθεί η δυναμική συνεργιστική τους δράση στην έκφραση της γ-σφαιρίνης.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ο νέος αυτο-αδρανοποιούμενος φορέας GGHI-3D κατασκευάστηκε με το σύστημα των τεσσάρων πλασμιδίων μετά από συν-διαμόλυνση στα κύτταρα συσκευασίας HEK-293T. Ακολούθησε η πιλοποίηση του με κυτταρομετρία ροής (FACS), μετά από μεταγωγή της ερυθροκυτταρικής σειράς MEL-585 και ερυθροποιητική διαφοροποίησης. Τα επίπεδα έκφρασης της γ-σφαιρίνης από τον φορέα, αρχικά εκτιμήθηκαν σε MEL-585 κλώνους τόσο σε πρωτεϊνικό επίπεδο με FACS, όσο και σε επίπεδο mRNA μεταγραφών με τη χρήση PCR σε πραγματικό χρόνο (RT-PCR). Ο μέσος αριθμός αντιγράφων του φορέα (VCN) ανά κύτταρο προσδιορίστηκε επίσης με RT-PCR. Η ικανότητα έκφρασης της γ-σφαιρίνης από τον νέο φορέα GGHI-3D, αξιολογήθηκε περαιτέρω σε ανθρώπινα αρχέγονα αιμοποιητικά βλαστικά κύτταρα CD34⁺ ομφαλίου αίματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο GGHI-3D παρουσίασε υψηλό λειτουργικό τίτλο με μέση τιμή 3.85x10⁸ TU/ml. Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε επιλογή θετικών ως προς την έκφραση της γ-σφαιρίνης GGHI-3D MEL-585 κλώνων (n = 6) οι οποίοι μελετήθηκαν για περισσότερο από τρεις μήνες. Παρατηρήθηκε αύξηση και σταθερή μέση ποσοστιαία έκφραση της γ-σφαιρίνης σε πρωτεϊνικό επίπεδο σε σχέση με τους GGHI MEL-585 κλώνους (86.5%±1.5% έναντι 75.6%±1.3%, p = 0.0031) και μέσο αριθμό αντιγράφων (VCN)/κύτταρο 1.72. Υψηλή έκφραση παρατηρήθηκε επίσης και σε επίπεδο μεταγραφών γ-mRNA, όπου οι ίδιοι κλώνοι παρουσίασαν έκφραση της γ-σφαιρίνης σε ποσοστό 227.5%±1.8% ανά αντίγραφο της έκφρασης του γονιδίου της α-σφαιρίνης του ποντικού. Περαιτέρω ανάλυση σε κλωνικό επίπεδο BFUe από CD34⁺ κύτταρα, έδειξε ότι ο GGHI-3D είναι ικανός να επάγει έως και 73.7% αύξηση της γ-σφαιρίνης σε σύγκριση με μη-μεταγόμενο κύτταρο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο νέος λεντι-ικός φορέας GGHI-3D παρουσιάζει υψηλό τίτλο, σταθερότητα έκφρασης χωρίς ενδείξεις αποσιώπησης και είναι θεραπευτικά λειτουργικός, καθώς εκφράζει για πρώτη φορά –μέσω της συνεργιστικής δράσης των δύο ενισχυτών- σαφώς υψηλότερα επίπεδα γ-σφαιρίνης έναντι του φορέα GGHI τόσο σε επίπεδο κυττάρων MEL-585 όσο και σε κλωνικό επίπεδο ανθρώπινων αιμοποιητικών βλαστικών κυττάρων CD34⁺. Συνεπώς, αποτελεί ένα σημαντικό βελτιωμένο και αποτελεσματικό θεραπευτικό φορέα για την περαιτέρω άμεση αξιοποίηση του στη γονιδιακή θεραπεία της β-θαλασσαιμίας.

2. ΟΙ ΝΕΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΥΣ ΓΛΥΚΟΠΡΩΤΕΪΝΙΚΟΥΣ ΦΑΚΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΟΥΝ ΥΨΗΛΗ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΒΛΑΣΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ CD34⁺

E. Δρακοπούλου^{1,2}, M. Γεωργιομανώλη^{1,2}, E. Verhoeven³, F. Cosset³, E. Παπανικολάου^{1,2}, N. Ανάγνου^{1,2}

¹Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, ²Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής Θεραπείας, ΙΙΒΕΑΑ, Αθήνα, ³Department of Human Virology, INSERM, Lyon, France

ΣΚΟΠΟΣ: Οι τρέχοντες φορείς γονιδιακής θεραπείας με τη γλυκοπρωτεΐνη VSV-G στο φακέλο τους, εμφανίζουν μειωμένη μεταγωγή των αιμοποιητικών βλαστικών κυττάρων CD34⁺. Για την αντιμετώπιση του σημαντικού αυτού θεραπευτικού προβλήματος, κατασκευάσαμε και αξιολογήσαμε για πρώτη φορά, νέους φορείς με εναλλακτικούς φακέλους οι οποίοι εμφανίζουν το πλεονέκτημα του *επιλεκτικού τροπισμού* για τα ανθρώπινα αιμοποιητικά βλαστικά κύτταρα CD34⁺.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατασκευάστηκε μια σειρά από νέους λεντι-ικούς φορείς που φέρουν είτε το γονίδιο αναφοράς GFP, είτε το θεραπευτικό γονίδιο της γ-σφαιρίνης (φορέας GGHI) με την προσθήκη των νέων εναλλακτικών τροποποιημένων γλυκοπρωτεϊνών RD114TR και BaEV-Rless. Οι τελευταίες αναγνωρίζονται από τους υποδοχείς hASCT1 /h και hASCT2 των αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων και συμβάλλουν στη βέλτιστη μεταγωγή τους. Ακολούθησε αρχική πιλοποίηση σε αιμοποιητικά κύτταρα K562 και μεταγωγή ανθρώπινων αιμοποιητικών βλαστικών κυττάρων CD34⁺. Η ικανότητα μεταγωγής αξιολογήθηκε σε υπγρές καλλιέργειες ερυθροποιητικής διαφοροποίησης και σε επίπεδο κλώνων BFUe. Φορείς αναφοράς ήταν οι αντίστοιχοι με τη γλυκοπρωτεΐνη VSV-G.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο φορέας GFP/BaEV-Rless ενεργάει τα υψηλότερα επίπεδα μεταγωγής (52%) σε σύγκριση με τους φορείς GFP/RD114TR και GFP/VSV-G, των οποίων τα επίπεδα κυμάνθηκαν κάτω του 35%. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε αύξηση έκφρασης της GFP στους φορείς με εναλλακτικούς φακέλους, τόσο σε επίπεδο υγρών καλλιέργειών, όσο και σε κλωνικό επίπεδο BFUe. Συγκεκριμένα, σε επίπεδο ερυθροβλαστών οι φορείς GFP/RD114TR και GFP/BaEV-Rless παρουσίασαν μέση έκφραση της GFP 14% και 32% αντίστοιχα, έναντι 4% του GFP/VSV-G. Σε κλωνικό επίπεδο, οι φορείς GFP/BaEV-Rless, και GFP/RD114TR εξέφρασαν αντίστοιχα 5 και 2 φορές υψηλότερα επίπεδα της GFP από τον φορέα GFP/VSV-G. Περαιτέρω, τεκμηριώθηκε ότι και οι φορείς της γ-σφαιρίνης με τους εναλλακτικούς φακέλους, παρουσιάζουν σημαντικό πλεονέκτημα έναντι των αντίστοιχων με VSV-G, δεδομένου ότι επιτυγχάνουν αύξηση της εμβρυϊκής αιμοσφαιρίνης (HbF) με σχετικά χαμηλό αριθμό αντιγράφων ανά κύτταρο, εμφανίζοντας παράλληλα και *μειωμένη κυτταροδοτικότητα*.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι νέοι θεραπευτικοί φορείς με τους εναλλακτικούς φακέλους, μεταδίδουν *ex vivo* αποτελεσματικότερα τα ανθρώπινα CD34⁺ βλαστικά κύτταρα έναντι των φορέων με την VSV-G και αποτελούν μια σημαντική εξέλιξη στη θεραπευτική προσέγγιση της θαλασσαιμίας, ενώ επιτρέπουν τη δυνατότητα της απ' ευθείας *in vivo* χορήγησης χωρίς τους προαπαιτούμενους *ex vivo* χειρισμούς. Ειδικότερα, ο νέος βελτιστοποιημένος φορέας με την εναλλακτική γλυκοπρωτεΐνη BaEV-Rless ο οποίος ενεργάει σε τα υψηλότερα επίπεδα μεταγωγής και έκφρασης, επελέγη να αξιολογηθεί θεραπευτικά σε κύτταρα CD34⁺ θαλασσαιμικών ασθενών.

3. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΙΟΓΛΙΤΑΖΟΝΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΝΔΟΠΡΙΛΗΣ ΣΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ ΑΡΧΕΓΟΝΩΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ, ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

A. Καμπόλη¹, Δ. Τούσουλης¹, A. Βλαχοπούλου², Γ. Πατεράκης³, Ν. Παπαγεωργίου¹, A. Μήλιου¹, Z. Παλλαντζά², X. Στεφανιάδης¹

¹Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, ²Αιματολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ³Μονάδα Κυτταρομετρίας Ροής, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

Τα αρχέγονα ενδοθηλιακά κύτταρα (ΑΕΚ) προέρχονται από το μελό των οστών και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη νεοαγγειογένεση των ισχυμικών ιστών και στην επανενδοθηλοποίηση των τραυματισμένων αγγείων. Ο σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι να διερευνηθεί αν η χορήγηση πιογλιταζόνης ή περινδοπρίλης στους διαβητικούς ασθενείς δύναται να τροποποιήσει τον αριθμό των ΑΕΚ και να μεταβάλει την ενδοθηλιακή λειτουργία και τη φλεγμονώδη κατάσταση των αγγείων τους.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πενήντα διαβητικοί ασθενείς τύπου 2 συμμετείχαν στη μελέτη και επιλέχθηκαν τυχαία να λαμβάνουν πιογλιταζόνη (15 mg/day) ή περινδοπρίλη (4 mg/day) για περίοδο ενός μήνα. Αιμοληψίες διενεργήθηκαν τόσο προ της χορήγησης της πιογλιταζόνης όσο και ένα μήνα μετά τη θεραπεία, προκειμένου να μετρηθούν ο αριθμός των κυκλοφορούντων ΑΕΚ και δείκτες φλεγμονής όπως η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), ο αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας (VEGF) και η ασύμμετρη διμεθυλαργινίνη (ADMA). Ο προσδιορισμός των ΑΕΚ έγινε με τη μέθοδο της κυτταρομετρίας ροής χρησιμοποιώντας σαν ανιγόνα επιφανείας τα CD34⁺, CD133⁺ και KDR. Επιπλέον η εκτίμηση της ενδοθηλιακής λειτουργίας πραγματοποιήθηκε με την υπερχορηγραφική τεχνική της ενδοθηλιο-ζαρτυμένης διαμέσου της ροής αγγειοδιαστολής (flow-mediated dilation=FMD).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αποδείχθηκε ότι ούτε η πιογλιταζόνη (p=0.09) ούτε η περινδοπρίλη (p=0.5) επηρέασαν σημαντικά τον αριθμό των ΑΕΚ. Είναι σημαντικό πως η πιογλιταζόνη μείωσε σημαντικά τα επίπεδα πλάσματος CRP (p=0.04) και ADMA (p=0.002). Επιπρόσθετα, η πιογλιταζόνη βελτίωσε το FMD (p=0.04) και αύξησε τα επίπεδα πλάσματος του VEGF (p=0.01). Αντίθετα, η περινδοπρίλη δεν είχε σημαντική επίδραση στα επίπεδα της CRP (p=0.07), στο FMD (p=0.23) καθώς και στα επίπεδα της ADMA (p=0.09). Ωστόσο, η χορήγηση περινδοπρίλης αύξησε σημαντικά τα επίπεδα του VEGF (p=0.03). Επιπλέον, στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να συγκρίνει τις επιδράσεις των δύο φαρμάκων στις προαναφερθείσες παραμέτρους (απόλυτες αλλαγές, delta, Δ). Τα αποτελέσματα της μελέτης απεδείξαν ότι παρόλο που η πιογλιταζόνη είχε σημαντικά ευεργετική επίδραση σε όλους τους εξεταζόμενους δείκτες, δεν πρόκυψε σημαντική διαφορά στις απόλυτες αλλαγές μεταξύ των 2 φαρμάκων: ΔΕΡCS (p=0.34), ΔFMD (p=0.70), ΔVEGF (p=0.27) and ΔDCRP (p=0.85). Είναι ενδιαφέρον ότι η χορήγηση περινδοπρίλης αποδείχθηκε να έχει ανώτερη επίδραση από ότι η πιογλιταζόνη στα επίπεδα ΔADMA (p=0.01), παρά το γεγονός ότι δεν είχε σημαντική επίδραση από μόνη της στα επίπεδα της ADMA.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Βασίζόμενοι στα υπάρχοντα αποτελέσματα, και οι δύο θεραπείες δε φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά τον αριθμό των κυκλοφορούντων ΑΕΚ. Είναι σημαντικό ότι η πιογλιταζόνη επηρέασε ευεργετικά όλες τις παραμέτρους της μελέτης. Αντίθετα, η περινδοπρίλη αύξησε σημαντικά μόνο τα επίπεδα του VEGF, ενώ τα επίπεδα CRP, FMD και ADMA παρέμειναν ανεπηρέαστα. Ένα ακόμα ενδιαφέρον στοιχείο της μελέτης είναι ότι ενώ η περινδοπρίλη δεν επηρέασε σημαντικά τα επίπεδα της ADMA, η επίδραση αυτή ήταν σημαντικότερη συγκρινόμενη σε εκείνη της πιογλιταζόνης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης παρέχονται αποδεικτικά στοιχεία για την πιθανή ευεργετική προώθηση της περινδοπρίλης στη συμβατική θεραπεία της πιογλιταζόνης που θα μπορούσε να επηρεάσει περαιτέρω τη νεοαγγειοποίηση και να μειώσει το οξειδωτικό στρες στους διαβητικούς ασθενείς.

4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΖΑΚΥΤΙΔΙΝΗ (VIDAZA): Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Φ. Κατής, Γ. Παπαγεωργίου, Α. Κωνσταντίνου, Ι. Πατιάς, Α. Μεγαλακίκη, Π. Ρεπούσης, Μ. Κωτιστούλου

Αιματολογική Κλινική, ΕΑΝΠ «Μεταξά»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα μελοδυσπλαστικά σύνδρομα (ΜΔΣ) είναι κοκώδη αιματολογικά νοσήματα με ετήσια συχνότητα εμφάνισης 2-12 ανά 100.000, ενώ στους άνω των 70 ετών, ο αριθμός φτάνει τα 15-50/100.000. Το 10-40% των ΜΔΣ εξελίσσονται σε πηχικής πρόγνωσης οξεία μυελοειδή λευχαιμία (ΟΜΛ) και η μεταμόχωση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων, μετά από εντατική χημειοθεραπεία είναι ίσως η μόνη δυνατότητα ίασης. Για την αντιμετώπιση τους πρόσφατα άρχισαν να εφαρμόζεται θεραπεία με αζακυτιδίνη (azac). Πρόκειται για επιγενετική θεραπεία που ελέγχει την έκφραση των γονιδίων, μεταβάλλοντας τον τρόπο με τον οποίο το κύτταρο ενεργοποιεί και απενεργοποιεί τα γονίδια, παρεμβαίνοντας στην παραγωγή νέου RNA και DNA μέσω υπομεθυλίωσης του DNA.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ΜΕΘΟΔΟΙ: Αριθμός ασθενών: 37 (23 άνδρες, 14 γυναίκες) με ΜΔΣ και ΟΜΛ, με μέσο όρο ηλικίας τα 74 έτη. Μέσος όρος έναρξης θεραπείας από τη διάγνωση 21 μήνες. **Πρωτόκολλο θεραπείας:** Azac 75 mg/m² ΥΔ επί 7 ημέρες για 7 κύκλους 28 ημερών. Παράλληλα, υποστηρίξη με παράγωγα αίματος, αντιπηκτικά, GCSF και ΕΡΟ.

Κλινικά Χαρακτηριστικά-Ομάδες [A: RA, RARS, RCMD (16 ασθενείς), B: RAEB III/T, XMMML, OML (21 ασθενείς)]			
Ταξινόμηση κατά FAB/ΠΟΥ:	Ανδρες	Γυναίκες	Κατάσταση ικανότητας κατά ECOG:
RA:	5	1	Φυσιολογική: 3 άνδρες, 6 γυναίκες
RARS:	1	1	Κάπωση: 15 άνδρες, 5 γυναίκες
RCMD:	5	3	Επηρεασμένη: 5 άνδρες, 3 γυναίκες
RAEBI:	1	1	Κλινικής: 0
RAEBII:	3	2	
RAEB-T:	2	1	
XMMML:	1	1	
RCMD/CMML:	1	0	
OML:	4	4	

IPSS και καρύτυπος (μόνο σε MDS)*	
IPSS ενδιάμεσου -1: άνδρες 10, γυναίκες 5	Καρύτυπος: Καλός: άνδρες 10, γυναίκες 4
ενδιάμεσου -2: άνδρες 7, γυναίκες 4	Ενδιάμεσος: άνδρες 2, γυναίκες 1
υψηλού κινδύνου: άνδρες 2, γυναίκες 1	Άγνωστος: άνδρες 7, γυναίκες 5
*8 ασθενείς ΟΜΛ	

ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 37 ασθενείς, 9 απεβίωσαν μέχρι τον 3-4 κύκλο ΧΜΘ (7 άνδρες, 2 γυναίκες), 3 διεκόπησαν τη θεραπεία λόγω προέλιξης νόσου και 14 είχαν πλήρη ύφεση (6 συνεχιζόμενη θεραπεία πέρα του 7ου κύκλου 4 άνδρες και 2 γυναίκες), 7 είχαν μερική ύφεση και 4 ασθενείς καμία ανταπόκριση. Σε ποσοστό περίπου 50% υπήρχε βελτίωση όσον αφορά το προσδόκιμο και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Περίπου 30% από αυτούς που συνεχίζουν τη θεραπεία (πέρα των 3 κύκλων), δεν χρειάζονται υποστηρίξη με παράγωγα αίματος, ενώ το βασικό τους νόσημα είναι σε ικανοποιητική ύφεση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θεραπεία με αζακυτιδίνη (Vidaza) είναι αποτελεσματικότερη από τη συμβατική φροντίδα στην παράταση του χρόνου επιβίωσης, καθυστερεί την εξέλιξη της νόσου, διατηρεί η/ και βελτιώνει την ποιότητα ζωής.

5. Η ΟΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΑΖΑΚΥΤΙΔΙΝΗΣ

Ι.Δ. Τριανταφυλλοπούλου, Ε.Ε. Χρηστάκη, Α. Κωνσταντίνου, Φ. Κατής, Γ. Παπαγεωργίου, Μ. Κωτσοπούλου, Π. Ρεπούσης, Α. Μεγαλακική

Αιματολογική Κλινική ΕΑΝΠ «Μεταξά», Πειραιάς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οξεία μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ) των ηλικιωμένων συχνά αποτελεί το τελικό στάδιο λανθάνουσας ή και διαγνωσμένης μυελοδυσπλασίας και είναι διαβόητη για την πτωχή πρόγνωση που τη χαρακτηρίζει. Μέχρι σήμερα αντιμετωπιζόταν με κλασικά κυτταροστατικά φάρμακα και η θεραπεία ήταν αποτυχημένη λόγω της ανθεκτικότητας του νεοπλασματικού κλώνου αλλά και της δυσανεξίας στη θεραπεία των ηλικιωμένων ασθενών. Τα τελευταία χρόνια ο επιγενετικός παράγων αζακυτιδίνη έχει πάρει ένδειξη για τη θεραπεία της ΟΜΛ με σχετικά μικρό αριθμό βλαστών.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσιάζουμε 13 ασθενείς, 7 άνδρες, 6 γυναίκες, ηλικίας >62 ετών (62 – 80 – διάμεση ηλικία 72), 8 με ΟΜΛ σε εξέλιξη από μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο και 5 με de novo ΟΜΛ - 2 με μερική ύφεση και 3 σε υποτροπή μετά από πλήρη ύφεση 13-32 μηνών. Όλοι οι ασθενείς με de novo ΟΜΛ είχαν λάβει κλασική χημειοθεραπεία (ΧΜΘ) στο παρελθόν - 3 με ιδιαίτερη δυσανεξία, ενώ 2 είχαν παρουσιάσει καρδιολογικές επιπλοκές απαγορευτικές για συνέχιση της αγωγής.

Οι ασθενείς έλαβαν AzaC 75 mg/m² επί 7 ημέρες σε κύκλους 28 ημερών και παράλληλα μεταγγίσεις αίματος και παραγώνων του καθώς και τη συνήθη φαρμακευτική υποστήριξη. Στους ασθενείς με άριστη ανταπόκριση πέρα των 8 μηνών χορηγήθηκε θεραπεία συντήρησης με AzaC 25-50- 75 mg/m² επί 7 ημέρες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς έλαβαν 6-20 κύκλους θεραπείας (διάμεση τιμή 10 κύκλοι) με τα εξής αποτελέσματα: 7/13 ασθενείς είχαν πλήρη αιματολογική ύφεση-φυσιολογική γενική αίματος και <5% βλάστες στο μυελό (παρακλούθηξη επί 5, 13 και 16 μήνες υπό συνεχιζόμενη θεραπεία), 1 ασθενής έχει φυσιολογική γενική αίματος και παύσιο αριθμό βλαστών 10% στο μυελό επί 11 μήνες, 2 ασθενείς παρουσίασαν στασιμότητα της νόσου με σταθερές αιματολογικές παραμέτρους επί 4, 8 και 9 μήνες και στη συνέχεια σταθερή επιδείνωση και τελικά επανεμφάνιση της νόσου, ενώ 3/13 δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία. Συνολική επιβίωση των ασθενών από τη διαπίστωση της υποτροπής: 5-20 μήνες (διάμεση τιμή 11 μήνες).

Η τοξικότητα της θεραπείας ήταν αποδεκτή, ενώ σε όσους παρουσίασαν εξέλιξη της νόσου και απαιτήθηκε κλασική ΧΜΘ, η προηγηθείσα αγωγή με αζακυτιδίνη δεν φάνηκε να επιβαρύνει ή να επηρεάζει δυσμενώς την πορεία της νόσου.

3 ασθενείς κατέληξαν με προοδευτική νόσο, ενώ 1 παρουσίασε δεύτερο πρωτοπαθές συμπαγές νεόπλασμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η θεραπεία με αζακυτιδίνη στην ΟΜΛ των ηλικιωμένων ασθενών μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα με χαμηλό αριθμό βλαστών καθώς και σε επιλεγμένες περιπτώσεις αδυναμίας χορήγησης κλασικής ΧΜΘ. Ωστόσο, απαιτούνται προενεκτικά σχεδιασμένες μελέτες τόσο για τον καθορισμό των ενδείξεων όσο και για αποφυγή της αλόγιστης off label χρήσης αυτού του ακριβού θεραπευτικού παράγοντα.

6. ΤΑ ΜΗ ΠΡΟΣΔΕΔΕΜΕΝΑ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΣΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΠΟΥ ΜΕΤΡΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΝΑΛΥΤΗ

Π. Μπόλάνης¹, Ε. Μπάρλα², Π. Βέργου³

¹Βιοπαθολογικό Εργαστήριο ΕΟΠΥΥ Ν. Ιωνίας, ²Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου, ³Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Χαλκίδας

ΣΚΟΠΟΣ μας ήταν να διερευνηθεί η μέτρηση του αριθμού των αιμοπεταλίων μικροσκοπικά και μέσω αιματολογικού αναλυτή (μέθοδος sheath flow) και σε επιλεγμένες περιπτώσεις αδυναμίας χορήγησης κλασικής ΧΜΘ. Ωστόσο, απαιτούνται προενεκτικά σχεδιασμένες μελέτες τόσο για τον καθορισμό των ενδείξεων όσο και για αποφυγή της αλόγιστης off label χρήσης αυτού του ακριβού θεραπευτικού παράγοντα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε 15 ασθενείς μετρήθηκαν οι αιματολογικοί παράμετροι και τα αιμοπετάλια, με ένα αιματολογικό αναλυτή (μέθοδος sheath flow) και εκτιμήθηκε ο αριθμός αιμοπεταλίων μικροσκοπικά. Υπολογίσθηκαν μικροσκοπικά τα ΑΜΠολ από τον αριθμό των ερυθρών επί τον μικροσκοπικό αριθμό αιμοπεταλίων ανά 1000 ερυθρά. Ομοίως υπολογίσθηκαν και τα ΑΜΠελεύθ. Ως ελεύθερα ορίστηκαν όσα δεν έχουν κάποια σύνδεση με ερυθρά, είτε από τυχαία συνάφεια ή από συγκόλληση. Από τα ΑΜΠολ και τα ΑΜΠελεύθ υπολογίσθηκαν και τα συνδεδεμένα αιμοπετάλια (ΑΜΠσυνδ) και ο βαθμός συνδεδεμότητας (ΒΣ). Χρησιμοποιήθηκε γραμμική συσχέτιση για έλεγχο συσχέτισεων και ανάλυση παλινδρόμησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ΑΜΠολ ήταν 223% παραπάνω, και τα ελεύθερα 43%, από τα ΑΜΠανάλ. Ο ΒΣ ήταν 55%. Όπως αναμέναμε ο ΒΣ συσχέτισθηκε ισχυρά θετικά με τα ερυθρά (r=0,58**), με αιματοκρίτη (r=0,71**) και με αιμοσφαιρίνη (r=0,68**). Τα ΑΜΠανάλ συσχέτισθηκαν ισχυρά θετικά με τα ΑΜΠολ (r=0,96**) και με τα ΑΜΠελεύθ (r=0,70**).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνδεδεμότητα αιμοπεταλίων ερυθρών είναι καθοριστικός παράγων για τη μέτρηση των αιμοπεταλίων από τον αναλυτή. Τα ΑΜΠσυνδ είναι άσφαιρα για τον αναλυτή, που μετρά τα ΑΜΠελεύθ. Ο ΒΣ επηρεάζεται από τη συνάφεια ερυθρών αιμοπεταλίων και αυτό αποδείχθηκε από τη συσχέτιση που με τον αιματοκρίτη και με τα ερυθρά, που σημαίνει ότι η συνδεδεμότητα, προκαλείται από τη συγκέντρωση (πυκνότητα) των ερυθρών.

7. ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ ΤΟΥ MSBOS (maximum surgical blood order schedule) ΣΤΗΝ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Α. Αργυρού¹, Α. Χαραλάμπους, Κ. Καμιτάκη, Α. Μαντα, Α. Ποδάρας, Α. Γάφρου

ΝΥ Αιμοδοσίας, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Το MSBOS σχετίζεται με τις ακολουθούμενες χειρουργικές τεχνικές και μεθοδολογίες κάθε νοσοκομείου αλλά και αναγκαία τις διεθνώς ακολουθούμενες τακτικές για κάθε είδος επέμβασης. Η κατά το δυνατόν πιστότερη εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών για το MSBOS από τους χειρουργούς και τις Νοσοκομειακές Επιτροπές Ιατρικής Μεταγγίσεων (NEIM) οδηγεί στην καλύτερη διαχείριση αίματος, εργασιακού χρόνου και χρημάτων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της χρήσης του προπαραγγελλένου αίματος από τους χειρουργούς, με στόχο την αποτελεσματική παρέμβαση της NEIM για ορθολογικότερη χρήση του αποθέματος αίματος και των μεταγγίσεων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατεγράφησαν οι χειρουργικές επεμβάσεις κατά το διάστημα 10%/2010-2%/2012, ο ζητούμενος αριθμός ΜΣΕ και οι αντίστοιχες μεταγγισμένες ΜΣΕ στο πρώτο 24ωρο. Υπολογίσθηκε ο συνολικός λόγος Δισταυρωμένες μονάδες (Δ) προς Μεταγγισμένες μονάδες (Μ) για κάθε κλινική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατεγράφησαν 1000 επεμβάσεις. Αυτές αφορούσαν σε περιστατικά γενικής χειρουργικής (63,2%) και ορθοπαιδικής (25%), για αντιμετώπιση καρκίνου (52,4%), καλοήθων καταστάσεων (35%) ενώ 12,6% ήταν διαγνωστικές. Για τις επεμβάσεις γενικής χειρουργικής ζητήθηκαν 627 ΜΣΕ (μέση τιμή 0,99 μονάδες/επέμβαση, εύρος 0-5), ενώ χρησιμοποιήθηκαν 72 (μέση τιμή 0,114 μονάδες/επέμβαση, εύρος 1-4). Ο συνολικός λόγος Δ/Μ ήταν 8,7. Για τις ορθοπαιδικές επεμβάσεις ζητήθηκαν 345 ΜΣΕ (μέση τιμή 1,38 μονάδες/επέμβαση, εύρος 0-8), και χρησιμοποιήθηκαν 152 (μέση τιμή 0,6 μονάδες/επέμβαση, εύρος 1-7). Ο συνολικός λόγος Δ/Μ ήταν 2,27 (σχήματα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1. Τα MSBOS του Νοσοκομείου συμπίπτουν εν πολλοίς με τα διεθνή (πίνακας). 2. Η εκτίμηση για χρήση αίματος τείνει να είναι ακριβέστερη στις αιματηρές επεμβάσεις. Αντιθέτως, παρατηρείται απόκλιση, η οποία επιβάλλει αναθεώρηση του MSBOS σε χαμηλότερη επιπέδα, στις λιγότερο αιματηρές επεμβάσεις (μιαστοκτικές, χολοκυστοκτικές). 3. Η συνεχής ενημέρωση/εκπαίδευση/επιτήρηση των χειρουργικών κλινικών από τις NEIM, οδηγεί σε εξορθολογισμό μεταγγίσεων, αποτελεσματικότερη διαχείριση αποθέματος αίματος και προστασία των ασθενών από ανεπιθύμητα συμβατάτα μεταγγίσεων.

Συγκριτικός Πίνακας MSBOS		
Είδος Επέμβασης	MSBOS νοσοκομείου	MSBOS AABB 14th edition
Βιοψία μαστού	T/S*	T/S
Μιαστοκτική	1	T/S
Βουβονοκλήλη	T/S	T/S
Θυροειδοεκτομή	1	T/S
Χολοκυστοκτική (Λαπαροσκοπική)	1	T/S
Ερευν. Λαπαροτομία	0-1	T/S
Λαρυγγεκτομή	2	2
Σχιζοειδοεκτομή	2	2
Γαστροεκτομή	4	2
Νεφρεκτομή	4-5	4
Ολ. Αρθροπλαστική ισχίου	3	3
Ολ. Αρθροπλαστική Γόνατος	0-1	T/S



8. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Α. Αργυρού¹, Μ. Γεωργοπούλου¹, Χ. Καρελά², Α. Φραγκουλοπούλου², Ε. Μυλωνά², Α. Γάφρου¹

¹ΝΥ Αιμοδοσίας, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα, ²Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Η προχειρουργική αναιμία σχετίζεται με αυξημένη μετεχειρουργική νοσηρότητα/θνητότητα και μεγαλύτερη πιθανότητα μεταγγίσεων συμπτωκτικών ερυθρών (ΣΕ). Οι ενδείξεις δυσμενών κλινικών και οικονομικών επιπτώσεων των μεταγγίσεων ΣΕ οδήγησαν στην αναγκαία εφαρμογή της τακτικής βέλτιστης «διαχείρισης αίματος των χειρουργικών ασθενών» μέσω ανίχνευσης/θεραπείας της προχειρουργικής αναιμίας, μέτρων μείωσης της διεχειρητικής απώλειας αίματος και βελτίωσης της αναχής του οργανισμού στην αναιμία.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των μεταγγίσεων ΣΕ κατά το περιχειρουργικό διάστημα, με στόχο την εφαρμογή μέτρων βέλτιστης διαχείρισης του αίματος των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατεγράφησαν τα χειρουργεία στο διάστημα 10%/2010-2%/2012, οι μεταγγίσεις στους χειρουργικούς ασθενείς στο διάστημα ενός μήνος προ επέμβασης, άμεσα προχειρουργικά και μετεχειρουργικά και οι αντίστοιχες τιμές αιμοσφαιρίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατεγράφησαν 1000 επεμβάσεις (62% γυναίκες). Αυτές αφορούσαν σε περιστατικά γενικής χειρουργικής (63,2%) και ορθοπαιδικής (25%), για αντιμετώπιση καρκίνου (52,4%), καλοήθων καταστάσεων (35%) ενώ 12,6% ήταν διαγνωστικές.

Συνολικά 19 ασθενείς μεταγγίσθηκαν προχειρουργικά (διάμ. τιμή 2 μονάδες, εύρος 1-3). Μόνο 49 (4,9%) ασθενείς έκαναν γενική αίματος ένα μήνα προ επέμβασης (διάμ. τιμή αιμοσφαιρίνης 12,2±1,9 g/dl). Εξ αυτών, 63,26% είχαν αιμοσφαιρίνη <13 g/dl, ενώ μεταγγίσθηκαν προχειρουργικά 6 ασθενείς (1-10 μονάδες ΣΕ), οι 5 απ' τους οποίους χειρουργήθηκαν με προχειρουργική αιμοσφαιρίνη ≤10 g/dl (διάγραμμα 1). Συνολικά 47 ασθενείς είχαν άμεσα προχειρουργική αιμοσφαιρίνη <10 g/dl (διάμ. τιμή 9,3±0,76). Σε 67 μεταγγισθέντες (63%) θα μπορούσε να αποφευχθεί μέρος των μεταγγίσεων καθότι εξήλθαν του χειρουργείου με Hb >10 g/dl (διάμ. τιμή 11,6, εύρος 10,1-15, διάμ. αριθμός μεταγγίσεων 2 μονάδες, εύρος 1-12) (διάγραμμα 2).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1. Παρά το ενδεχόμενο επείγοντος χειρουργείου και δις σε καρκινοπαθείς, παρατηρείται χαμηλό ποσοστό έγκαιρου προχειρουργικού ελέγχου για ανίχνευση αναιμίας (~5%). 2. Άνω του 50% των προχειρουργικά ελεγχθέντων βρέθηκαν αναιμικοί και θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν με μέτρα διαφορετικά της μεταγγίσης (χορήγηση σιδήρου, B12, ερυθροποιητίνη). 3. Στο 63% των διεχειρητικών/μετεχειρουργικών μεταγγίσεων θα μειωνόταν ο αριθμός μεταγγιζόμενων μονάδων, με ακριβέστερη εκτίμηση της διεχειρητικής αναιμίας και επιπλέον, με χρήση μέτρων βελτίωσης της περιχειρουργικής αιμόστασης και προσαρμογής του οργανισμού σε χαμηλότερη αιμοσφαιρίνη.

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα 1: Διάγραμμα 2: Διάγραμμα 3: Διάγραμμα 4: Διάγραμμα 5: Διάγραμμα 6: Διάγραμμα 7: Διάγραμμα 8: Διάγραμμα 9: Διάγραμμα 10: Διάγραμμα 11: Διάγραμμα 12: Διάγραμμα 13: Διάγραμμα 14: Διάγραμμα 15: Διάγραμμα 16: Διάγραμμα 17: Διάγραμμα 18: Διάγραμμα 19: Διάγραμμα 20: Διάγραμμα 21: Διάγραμμα 22: Διάγραμμα 23: Διάγραμμα 24: Διάγραμμα 25: Διάγραμμα 26: Διάγραμμα 27: Διάγραμμα 28: Διάγραμμα 29: Διάγραμμα 30: Διάγραμμα 31: Διάγραμμα 32: Διάγραμμα 33: Διάγραμμα 34: Διάγραμμα 35: Διάγραμμα 36: Διάγραμμα 37: Διάγραμμα 38: Διάγραμμα 39: Διάγραμμα 40: Διάγραμμα 41: Διάγραμμα 42: Διάγραμμα 43: Διάγραμμα 44: Διάγραμμα 45: Διάγραμμα 46: Διάγραμμα 47: Διάγραμμα 48: Διάγραμμα 49: Διάγραμμα 50: Διάγραμμα 51: Διάγραμμα 52: Διάγραμμα 53: Διάγραμμα 54: Διάγραμμα 55: Διάγραμμα 56: Διάγραμμα 57: Διάγραμμα 58: Διάγραμμα 59: Διάγραμμα 60: Διάγραμμα 61: Διάγραμμα 62: Διάγραμμα 63: Διάγραμμα 64: Διάγραμμα 65: Διάγραμμα 66: Διάγραμμα 67: Διάγραμμα 68: Διάγραμμα 69: Διάγραμμα 70: Διάγραμμα 71: Διάγραμμα 72: Διάγραμμα 73: Διάγραμμα 74: Διάγραμμα 75: Διάγραμμα 76: Διάγραμμα 77: Διάγραμμα 78: Διάγραμμα 79: Διάγραμμα 80: Διάγραμμα 81: Διάγραμμα 82: Διάγραμμα 83: Διάγραμμα 84: Διάγραμμα 85: Διάγραμμα 86: Διάγραμμα 87: Διάγραμμα 88: Διάγραμμα 89: Διάγραμμα 90: Διάγραμμα 91: Διάγραμμα 92: Διάγραμμα 93: Διάγραμμα 94: Διάγραμμα 95: Διάγραμμα 96: Διάγραμμα 97: Διάγραμμα 98: Διάγραμμα 99: Διάγραμμα 100: Διάγραμμα 101: Διάγραμμα 102: Διάγραμμα 103: Διάγραμμα 104: Διάγραμμα 105: Διάγραμμα 106: Διάγραμμα 107: Διάγραμμα 108: Διάγραμμα 109: Διάγραμμα 110: Διάγραμμα 111: Διάγραμμα 112: Διάγραμμα 113: Διάγραμμα 114: Διάγραμμα 115: Διάγραμμα 116: Διάγραμμα 117: Διάγραμμα 118: Διάγραμμα 119: Διάγραμμα 120: Διάγραμμα 121: Διάγραμμα 122: Διάγραμμα 123: Διάγραμμα 124: Διάγραμμα 125: Διάγραμμα 126: Διάγραμμα 127: Διάγραμμα 128: Διάγραμμα 129: Διάγραμμα 130: Διάγραμμα 131: Διάγραμμα 132: Διάγραμμα 133: Διάγραμμα 134: Διάγραμμα 135: Διάγραμμα 136: Διάγραμμα 137: Διάγραμμα 138: Διάγραμμα 139: Διάγραμμα 140: Διάγραμμα 141: Διάγραμμα 142: Διάγραμμα 143: Διάγραμμα 144: Διάγραμμα 145: Διάγραμμα 146: Διάγραμμα 147: Διάγραμμα 148: Διάγραμμα 149: Διάγραμμα 150: Διάγραμμα 151: Διάγραμμα 152: Διάγραμμα 153: Διάγραμμα 154: Διάγραμμα 155: Διάγραμμα 156: Διάγραμμα 157: Διάγραμμα 158: Διάγραμμα 159: Διάγραμμα 160: Διάγραμμα 161: Διάγραμμα 162: Διάγραμμα 163: Διάγραμμα 164: Διάγραμμα 165: Διάγραμμα 166: Διάγραμμα 167: Διάγραμμα 168: Διάγραμμα 169: Διάγραμμα 170: Διάγραμμα 171: Διάγραμμα 172: Διάγραμμα 173: Διάγραμμα 174: Διάγραμμα 175: Διάγραμμα 176: Διάγραμμα 177: Διάγραμμα 178: Διάγραμμα 179: Διάγραμμα 180: Διάγραμμα 181: Διάγραμμα 182: Διάγραμμα 183: Διάγραμμα 184: Διάγραμμα 185: Διάγραμμα 186: Διάγραμμα 187: Διάγραμμα 188: Διάγραμμα 189: Διάγραμμα 190: Διάγραμμα 191: Διάγραμμα 192: Διάγραμμα 193: Διάγραμμα 194: Διάγραμμα 195: Διάγραμμα 196: Διάγραμμα 197: Διάγραμμα 198: Διάγραμμα 199: Διάγραμμα 200: Διάγραμμα 201: Διάγραμμα 202: Διάγραμμα 203: Διάγραμμα 204: Διάγραμμα 205: Διάγραμμα 206: Διάγραμμα 207: Διάγραμμα 208: Διάγραμμα 209: Διάγραμμα 210: Διάγραμμα 211: Διάγραμμα 212: Διάγραμμα 213: Διάγραμμα 214: Διάγραμμα 215: Διάγραμμα 216: Διάγραμμα 217: Διάγραμμα 218: Διάγραμμα 219: Διάγραμμα 220: Διάγραμμα 221: Διάγραμμα 222: Διάγραμμα 223: Διάγραμμα 224: Διάγραμμα 225: Διάγραμμα 226: Διάγραμμα 227: Διάγραμμα 228: Διάγραμμα 229: Διάγραμμα 230: Διάγραμμα 231: Διάγραμμα 232: Διάγραμμα 233: Διάγραμμα 234: Διάγραμμα 235: Διάγραμμα 236: Διάγραμμα 237: Διάγραμμα 238: Διάγραμμα 239: Διάγραμμα 240: Διάγραμμα 241: Διάγραμμα 242: Διάγραμμα 243: Διάγραμμα 244: Διάγραμμα 245: Διάγραμμα 246: Διάγραμμα 247: Διάγραμμα 248: Διάγραμμα 249: Διάγραμμα 250: Διάγραμμα 251: Διάγραμμα 252: Διάγραμμα 253: Διάγραμμα 254: Διάγραμμα 255: Διάγραμμα 256: Διάγραμμα 257: Διάγραμμα 258: Διάγραμμα 259: Διάγραμμα 260: Διάγραμμα 261: Διάγραμμα 262: Διάγραμμα 263: Διάγραμμα 264: Διάγραμμα 265: Διάγραμμα 266: Διάγραμμα 267: Διάγραμμα 268: Διάγραμμα 269: Διάγραμμα 270: Διάγραμμα 271: Διάγραμμα 272: Διάγραμμα 273: Διάγραμμα 274: Διάγραμμα 275: Διάγραμμα 276: Διάγραμμα 277: Διάγραμμα 278: Διάγραμμα 279: Διάγραμμα 280: Διάγραμμα 281: Διάγραμμα 282: Διάγραμμα 283: Διάγραμμα 284: Διάγραμμα 285: Διάγραμμα 286: Διάγραμμα 287: Διάγραμμα 288: Διάγραμμα 289: Διάγραμμα 290: Διάγραμμα 291: Διάγραμμα 292: Διάγραμμα 293: Διάγραμμα 294: Διάγραμμα 295: Διάγραμμα 296: Διάγραμμα 297: Διάγραμμα 298: Διάγραμμα 299: Διάγραμμα 300: Διάγραμμα 301: Διάγραμμα 302: Διάγραμμα 303: Διάγραμμα 304: Διάγραμμα 305: Διάγραμμα 306: Διάγραμμα 307: Διάγραμμα 308: Διάγραμμα 309: Διάγραμμα 310: Διάγραμμα 311: Διάγραμμα 312: Διάγραμμα 313: Διάγραμμα 314: Διάγραμμα 315: Διάγραμμα 316: Διάγραμμα 317: Διάγραμμα 318: Διάγραμμα 319: Διάγραμμα 320: Διάγραμμα 321: Διάγραμμα 322: Διάγραμμα 323: Διάγραμμα 324: Διάγραμμα 325: Διάγραμμα 326: Διάγραμμα 327: Διάγραμμα 328: Διάγραμμα 329: Διάγραμμα 330: Διάγραμμα 331: Διάγραμμα 332: Διάγραμμα 333: Διάγραμμα 334: Διάγραμμα 335: Διάγραμμα 336: Διάγραμμα 337: Διάγραμμα 338: Διάγραμμα 339: Διάγραμμα 340: Διάγραμμα 341: Διάγραμμα 342: Διάγραμμα 343: Διάγραμμα 344: Διάγραμμα 345: Διάγραμμα 346: Διάγραμμα 347: Διάγραμμα 348: Διάγραμμα 349: Διάγραμμα 350: Διάγραμμα 351: Διάγραμμα 352: Διάγραμμα 353: Διάγραμμα 354: Διάγραμμα 355: Διάγραμμα 356: Διάγραμμα 357: Διάγραμμα 358: Διάγραμμα 359: Διάγραμμα 360: Διάγραμμα 361: Διάγραμμα 362: Διάγραμμα 363: Διάγραμμα 364: Διάγραμμα 365: Διάγραμμα 366: Διάγραμμα 367: Διάγραμμα 368: Διάγραμμα 369: Διάγραμμα 370: Διάγραμμα 371: Διάγραμμα 372: Διάγραμμα 373: Διάγραμμα 374: Διάγραμμα 375: Διάγραμμα 376: Διάγραμμα 377: Διάγραμμα 378: Διάγραμμα 379: Διάγραμμα 380: Διάγραμμα 381: Διάγραμμα 382: Διάγραμμα 383: Διάγραμμα 384: Διάγραμμα 385: Διάγραμμα 386: Διάγραμμα 387: Διάγραμμα 388: Διάγραμμα 389: Διάγραμμα 390: Διάγραμμα 391: Διάγραμμα 392: Διάγραμμα 393: Διάγραμμα 394: Διάγραμμα 395: Διάγραμμα 396: Διάγραμμα 397: Διάγραμμα 398: Διάγραμμα 399: Διάγραμμα 400: Διάγραμμα 401: Διάγραμμα 402: Διάγραμμα 403: Διάγραμμα 404: Διάγραμμα 405: Διάγραμμα 406: Διάγραμμα 407: Διάγραμμα 408: Διάγραμμα 409: Διάγραμμα 410: Διάγραμμα 411: Διάγραμμα 412: Διάγραμμα 413: Διάγραμμα 414: Διάγραμμα 415: Διάγραμμα 416: Διάγραμμα 417: Διάγραμμα 418: Διάγραμμα 419: Διάγραμμα 420: Διάγραμμα 421: Διάγραμμα 422: Διάγραμμα 423: Διάγραμμα 424: Διάγραμμα 425: Διάγραμμα 426: Διάγραμμα 427: Διάγραμμα 428: Διάγραμμα 429: Διάγραμμα 430: Διάγραμμα 431: Διάγραμμα 432: Διάγραμμα 433: Διάγραμμα 434: Διάγραμμα 435: Διάγραμμα 436: Διάγραμμα 437: Διάγραμμα 438: Διάγραμμα 439: Διάγραμμα 440: Διάγραμμα 441: Διάγραμμα 442: Διάγραμμα 443: Διάγραμμα 444: Διάγραμμα 445: Διάγραμμα 446: Διάγραμμα 447: Διάγραμμα 448: Διάγραμμα 449: Διάγραμμα 450: Διάγραμμα 451: Διάγραμμα 452: Διάγραμμα 453: Διάγραμμα 454: Διάγραμμα 455: Διάγραμμα 456: Διάγραμμα 457: Διάγραμμα 458: Διάγραμμα 459: Διάγραμμα 460: Διάγραμμα 461: Διάγραμμα 462: Διάγραμμα 463: Διάγραμμα 464: Διάγραμμα 465: Διάγραμμα 466: Διάγραμμα 467: Διάγραμμα 468: Διάγραμμα 469: Διάγραμμα 470: Διάγραμμα 471: Διάγραμμα 472: Διάγραμμα 473: Διάγραμμα 474: Διάγραμμα 475: Διάγραμμα 476: Διάγραμμα 477: Διάγραμμα 478: Διάγραμμα 479: Διάγραμμα 480: Διάγραμμα 481: Διάγραμμα 482: Διάγραμμα 483: Διάγραμμα 484: Διάγραμμα 485: Διάγραμμα 486: Διάγραμμα 487: Διάγραμμα 488: Διάγραμμα 489: Διάγραμμα 490: Διάγραμμα 491: Διάγραμμα 492: Διάγραμμα 493: Διάγραμμα 494: Διάγραμμα 495: Διάγραμμα 496: Διάγραμμα 497: Διάγραμμα 498: Διάγραμμα 499: Διάγραμμα 500: Διάγραμμα 501: Διάγραμμα 502: Διάγραμμα 503: Διάγραμμα 504: Διάγραμμα 505: Διάγραμμα 506: Διάγραμμα 507: Διάγραμμα 508: Διάγραμμα 509: Διάγραμμα 510: Διάγραμμα 511: Διάγραμμα 512: Διάγραμμα 513: Διάγραμμα 514: Διάγραμμα 515: Διάγραμμα 516: Διάγραμμα 517: Διάγραμμα 518: Διάγραμμα 519: Διάγραμμα 520: Διάγραμμα 521: Διάγραμμα 522: Διάγραμμα 523: Διάγραμμα 524: Διάγραμμα 525: Διάγραμμα 526: Διάγραμμα 527: Διάγραμμα 528: Διάγραμμα 529: Διάγραμμα 530: Διάγραμμα 531: Διάγραμμα 532: Διάγραμμα 533: Διάγραμμα 534: Διάγραμμα 535: Διάγραμμα 536: Διάγραμμα 537: Διάγραμμα 538: Διάγραμμα 539: Διάγραμμα 540: Διάγραμμα 541: Διάγραμμα 542: Διάγραμμα 543: Διάγραμμα 544: Διάγραμμα 545: Διάγραμμα 546: Διάγραμμα 547: Διάγραμμα 548: Διάγραμμα 549: Διάγραμμα 550: Διάγραμμα 551: Διάγραμμα 552: Διάγραμμα 553: Διάγραμμα 554: Διάγραμμα 555: Διάγραμμα 556: Διάγραμμα 557: Διάγραμμα 558: Διάγραμμα 559: Διάγραμμα 560: Διάγραμμα 561: Διάγραμμα 562: Διάγραμμα 563: Διάγραμμα 564: Διάγραμμα 565: Διάγραμμα 566: Διάγραμμα 567: Διάγραμμα 568: Διάγραμμα 569: Διάγραμμα 570: Διάγραμμα 571: Διάγραμμα 572: Διάγραμμα 573: Διάγραμμα 574: Διάγραμμα 575: Διάγραμμα 576: Διάγραμμα 577: Διάγραμμα 578: Διάγραμμα 579: Διάγραμμα 580: Διάγραμμα 581: Διάγραμμα 582: Διάγραμμα 583: Διάγραμμα 584: Διάγραμμα 585: Διάγραμμα 586: Διάγραμμα 587: Διάγραμμα 588: Διάγραμμα 589: Διάγραμμα 590: Διάγραμμα 591: Διάγραμμα 592: Διάγραμμα 593: Διάγραμμα 594: Διάγραμμα 595: Διάγραμμα 596: Διάγραμμα 597: Διάγραμμα 598: Διάγραμμα 599: Διάγραμμα 600: Διάγραμμα 601: Διάγραμμα 602: Διάγραμμα 603: Διάγραμμα 604: Διάγραμμα 605: Διάγραμμα 606: Διάγραμμα 607: Διάγραμμα 608: Διάγραμμα 609: Διάγραμμα 610: Διάγραμμα 611: Διάγραμμα 612: Διάγραμμα 613: Διάγραμμα 614: Διάγραμμα 615: Διάγραμμα 616: Διάγραμμα 617: Διάγραμμα 618: Διάγραμμα 619: Διάγραμμα 620: Διάγραμμα 621: Διάγραμμα 622: Διάγραμμα 623: Διάγραμμα 624: Διάγραμμα 625: Διάγραμμα 626: Διάγραμμα 627: Διάγραμμα 628: Διάγραμμα 629: Διάγραμμα 630: Διάγραμμα 631: Διάγραμμα 632: Διάγραμμα 633: Διάγραμμα 634: Διάγραμμα 635: Διάγραμμα 636: Διάγραμμα 637: Διάγραμμα 638: Διάγραμμα 639: Διάγραμμα 640: Διάγραμμα 641: Διάγραμμα 642: Διάγραμμα 643: Διάγραμμα 644: Διάγραμμα 645: Διάγραμμα 646: Διάγραμμα 647: Διάγραμμα 648: Διάγραμμα 649: Διάγραμμα 650: Διάγραμμα 651: Διάγραμμα 652: Διάγραμμα 653: Διάγραμμα 654: Διάγραμμα 655: Διάγραμμα 656: Διάγραμμα 657: Διάγραμμα 658: Διάγραμμα 659: Διάγραμμα 660: Διάγραμμα 661: Διάγραμμα 662: Διάγραμμα 663: Διάγραμμα 664: Διάγραμμα 665: Διάγραμμα 666: Διάγραμμα 667: Διάγραμμα 668: Διάγραμμα 669: Διάγραμμα 670: Διάγραμμα 671: Διάγραμμα 672: Διάγραμμα 673: Διάγραμμα 674: Διάγραμμα 675: Διάγραμμα 676: Διάγραμμα 677: Διάγραμμα 678: Διάγραμμα 679: Διάγραμμα 680: Διάγραμμα 681: Διάγραμμα 682: Διάγραμμα 683: Διάγραμμα 684: Διάγραμμα 685: Διάγραμμα 686: Διάγραμμα 687: Διάγραμμα 688: Διάγραμμα 689: Διάγραμμα 690: Διάγραμμα 691: Διάγραμμα 692: Διάγραμμα 693: Διάγραμμα 694: Διάγραμμα 695: Διάγραμμα 696: Διάγραμμα 697: Διάγραμμα 698: Διάγραμμα 699: Διάγραμμα 700: Διάγραμμα 701: Διάγραμμα 702: Διάγραμμα 703: Διάγραμμα 704: Διάγραμμα 705: Διάγραμμα 706: Διάγραμμα 707: Διάγραμμα 708: Διάγραμμα 709: Διάγραμμα 710: Διάγραμμα 711: Διάγραμμα 712: Διάγραμμα 713: Διάγραμμα 714: Διάγραμμα 715: Διάγραμμα 716: Διάγραμμα 717: Διάγραμμα 718: Διάγραμμα 719: Διάγραμμα 720: Διάγραμμα 721: Διάγραμμα 722: Διάγραμμα 723: Διάγραμμα 724: Διάγραμμα 725: Διάγραμμα 726: Διάγραμμα 727: Διάγραμμα 728: Διάγραμμα 729: Διάγραμμα 730: Διάγραμμα 731: Διάγραμμα 732: Διάγραμμα 733: Διάγραμμα 734: Διάγραμμα 735: Διάγραμμα 736: Διάγραμμα 737: Διάγραμμα 738: Διάγραμμα 739: Διάγραμμα 740: Διάγραμμα 741: Διάγραμμα 742: Διάγραμμα 743: Διάγραμμα 744: Διάγραμμα 745: Διάγραμμα 746: Διάγραμμα 747: Διάγραμμα 748: Διάγραμμα 749: Διάγραμμα 750: Διάγραμμα 751

9. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΙΤΙΩΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΕΞΟΡΜΗΣΕΩΝ

Σ. Πατιάκας, Μ. Ντούσκα, Ε. Δούμπαλη

Υπηρεσία Αιμοδοσίας, ΓΝ Καστοριάς

ΣΚΟΠΟΣ: Να καταγραφούν και να μελετηθούν συγκριτικά, οι κυριότερες αιτίες αποκλεισμού των υποψηφίων εθελοντών αιμοδοτών που προσέρχονται στην Υπηρεσία της Αιμοδοσίας εντός του χώρου του νοσοκομείου μας, σε σχέση με αυτούς που έρχονται στα κινητά συνεργεία μας κατά τη διάρκεια διενέργειας οργανωμένων εξωτερικών εξορμήσεων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια των εξετασθέντων υποψηφίων αιμοδοτών, (αυτών που αιμοδοτήσαν αλλά και όσων τελικά αποκλείστηκαν), τόσο από τον χώρο εντός του νοσοκομείου μας, όσο και από τους χώρους διενέργειας των εξωτερικών εξορμήσεων, δηλαδή από αυτές που διοργανώθηκαν & πραγματοποιήθηκαν με πρωτοβουλία των διαφόρων συλλόγων, κατά τη διάρκεια της τελευταίας εξαετίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Προσήλθαν, συνολικά, στη διάρκεια της παραπάνω εξαετίας 16.580 υποψήφιοι αιμοδοτές και πραγματοποιήθηκαν 13.974 αιμοληψίες, δηλαδή αποκλείστηκαν 2.606 αιμοδοτές (ποσοστό 15,7%). Συγκεκριμένα, στο χώρο της Υπηρεσίας μας στο Νοσοκομείο προσήλθαν 14.241 υποψήφιοι αιμοδοτές, έλαβαν χώρα 11.922 αιμοληψίες και αποκλείστηκαν 2.319 υποψήφιοι αιμοδοτές, ενώ, στις εξωτερικές εξορμήσεις, καταγράφηκε προσέλευση 2.339 υποψηφίων εθελοντών αιμοδοτών, πραγματοποιήθηκαν 2.052 αιμοληψίες και αποκλείστηκαν 287. Τα κύρια αίτια του αποκλεισμού, κατά κατηγορία, συνοψίζονται στον Πίνακα που ακολουθεί:

	ΥΠΕΡ-ΤΑΣΗ	ΥΠΟΤΑΣΗ	ΧΑΜΗΛΗ Hb	ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	ΆΛΛΑ ΑΙΤΙΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	108 (4,7%)	118 (5%)	325 (14%)	436 (18,8%)	455 (19,6%)	877 (37,8%)
ΕΞΟΡΜΗΣΕΙΣ	17 (5,9%)	28 (10,1%)	59 (20,6%)	33 (11,5%)	32 (11,1%)	118 (41,1%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) Το ποσοστό των αποκλεισθέντων αιμοδοτών σε σχέση με το σύνολο των προσελθόντων υποψηφίων ήταν μόλις 15,7% (2.606/16.580) γεγονός οπωσδήποτε ικανοποιητικό. 2) Στο χώρο του νοσοκομείου αποκλείστηκε το 16,3% (2.319/14.241), ενώ στις εξωτερικές εξορμήσεις το ποσοστό αποκλεισθέντων ήταν πολύ μικρότερο, 12,3% (287/2.339), γεγονός το οποίο εξηγείται εάν λάβουμε υπόψη μας ότι στις εξωτερικές εξορμήσεις οι υποψήφιοι αιμοδοτές είναι στο σύνολο τους εθελοντές, επομένως είναι κατά κανόνα πολύ καλύτερα ενημερωμένοι και προετοιμασμένοι σε θέματα αιμοδοσίας, σε σχέση με τον μικτό πληθυσμό, εθελοντών και αιμοδοτών αντικατάστασης, που προσέρχονται στον νοσοκομειακό χώρο. Επιπλέον συνήθως στις εξωτερικές εξορμήσεις ένας μεγάλος αριθμός εθελοντών είναι χρόνιοι – τακτικοί αιμοδοτές 3) Έτσι εξηγείται και το γεγονός ότι η συχνότερη αιτία αποκλεισμού στις εξωτερικές εξορμήσεις είναι η χαμηλή τιμή αιμοσφαιρίνης (20,6%) και ακολούθως η λήψη φαρμάκων (11,5%) και οι ασθένειες (11,1%), σε αντίθεση με τους αποκλεισμούς αιμοδοτών στο νοσοκομείο όπου οι παραπάνω είναι οι δύο πρώτες αιτίες με 18,8% και 19,6% αντίστοιχα. Τέλος, 4) Παρατηρείται διπλάσιο σχεδόν ποσοστό απόρριψης λόγω υπότασης στις εξορμήσεις συγκριτικά με το νοσοκομείο (10,1% έναντι 5% αντίστοιχα), στοιχείο που μάλλον αντανακλά το γεγονός της απόρριψης αιμοδοτών που δεν έχουν ορθοστατική υπόταση καθώς δεν μετράται η αρτηριακή πίεση σε όρθια στάση εξαιτίας της πίεσης χρόνου και του φόρτου εργασίας στις εξωτερικές εξορμήσεις.

Βεβαίως, όπως κανείς μπορεί να συμπεράνει από όλα τα ανωτέρω, γίνεται σαφές ότι η εντατικοποίηση των εξορμήσεων αιμοληψιών, καθώς και η κατάλληλη -καλύτερη προετοιμασία τους, μπορεί να συμβάλει στην ακόμη μεγαλύτερη μείωση του ποσοστού απόρριψης των υποψηφίων αιμοδοτών, που σε κάθε περίπτωση, όπως είναι άλλωστε αναμενόμενο, είναι πολύ πιο μικρό σε σχέση με αυτό στο χώρο της αιμοδοσίας.

10. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

11. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

12. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΘΕΝΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΕΞΟΡΜΗΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΩΝ

Σ. Πατιάκας, Ε. Δούμπαλη, Μ. Ντούσκα

Υπηρεσία Αιμοδοσίας, ΓΝ Καστοριάς

ΣΚΟΠΟΣ: Να καταγραφούν και να μελετηθούν συγκριτικά, τα χαρακτηριστικά των αποκλεισθέντων υποψηφίων εθελοντών αιμοδοτών που προσέρχονται στην Υπηρεσία της Αιμοδοσίας εντός του χώρου του νοσοκομείου μας, σε σχέση με αυτούς που έρχονται στα κινητά συνεργεία μας κατά τη διάρκεια διενέργειας οργανωμένων εξωτερικών εξορμήσεων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια των εξετασθέντων υποψηφίων αιμοδοτών από την Υπηρεσία Αιμοδοσίας του Γενικού Νοσοκομείου Καστοριάς, (αυτών που αιμοδοτήσαν αλλά και όσων τελικά αποκλείστηκαν). Τόσο από τον χώρο εντός του νοσοκομείου μας, όσο και από τους χώρους διενέργειας των εξωτερικών εξορμήσεων, (δηλαδή από αυτές που διοργανώθηκαν & πραγματοποιήθηκαν με πρωτοβουλία των διαφόρων συλλόγων, κατά τη διάρκεια της τελευταίας εξαετίας).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, στη διάρκεια της παραπάνω εξαετίας, προσήλθαν 16.580 υποψήφιοι αιμοδοτές. Τελικά αιμοδοτήσαν οι 13.974, ενώ 2.606 αιμοδοτές (ποσοστό 15,7%) αποκλείστηκαν. Αναλυτικότερα, στο χώρο του Νοσοκομείου προσήλθαν 14.241 υποψήφιοι αιμοδοτές, έλαβαν χώρα 11.922 αιμοληψίες και αποκλείστηκαν 2.319 υποψήφιοι αιμοδοτές (ποσοστό 16,3%), ενώ, στις Εξωτερικές εξορμήσεις, καταγράφηκε προσέλευση 2.339 υποψηφίων εθελοντών αιμοδοτών, πραγματοποιήθηκαν 2.052 αιμοληψίες και αποκλείστηκαν 287 (ποσοστό 12,3%). Τα επιμέρους ποσοστά τα αφορούντα στα κύρια χαρακτηριστικά των αποκλεισθέντων αιμοδοτών, κατά κατηγορία, συνοψίζονται στον Πίνακα που ακολουθεί:

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ	ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΠΑΛΑΙΟΙ	ΝΕΟΙ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	56,2%	43,8%	17,7%	82,3%	63,6%	37,4%
ΕΞΟΡΜΗΣΕΙΣ	38,6%	61,4%	78,2%	21,8%	51,7%	48,3%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) Το ποσοστό των αποκλεισθέντων αιμοδοτών ήταν συνολικά σχετικά μικρό, 15,7% (2.606/16.580). Στο χώρο του νοσοκομείου αποκλείστηκε το 16,3% (2.319/14.241), ενώ στις εξορμήσεις μόλις το 12,3% (287/2.339), γεγονός το οποίο εξηγείται εάν λάβουμε υπόψη μας ότι στις εξωτερικές εξορμήσεις οι υποψήφιοι αιμοδοτές είναι στο σύνολο τους εθελοντές, και μάλιστα στη συντριπτική τους πλειοψηφία σχηοί, και ως εκ τούτου, είναι κατά κανόνα πολύ καλύτερα ενημερωμένοι και προετοιμασμένοι σε θέματα αιμοδοσίας, σε σχέση με τον μικτό πληθυσμό, εθελοντών και αιμοδοτών αντικατάστασης, που προσέρχονται στον νοσοκομειακό χώρο. 2) Ως προς το φύλο, στις μεν εξορμήσεις αποκλείστηκαν περισσότερες γυναίκες (61,4%), κυρίως λόγω σιδηροπενικής αναιμίας, ενώ στο χώρο του νοσοκομείου φαινομενικά οι άνδρες ήταν περισσότεροι (56,2%), επειδή η συντριπτική πλειοψηφία των προσερχομένων υποψηφίων αιμοδοτών στο νοσοκομείο ήταν άνδρες. Ωστόσο, αναλογικά, και εδώ το ποσοστό των γυναικών που αποκλείονται σε σχέση με αυτές που προσέρχονται για αιμοδοσία, είναι και σε αυτή την περίπτωση πολύ μεγαλύτερο από ότι στον ανδρικό πληθυσμό, για τον ίδιο ακριβώς λόγο, δηλαδή λόγω χαμηλής αιμοσφαιρίνης. (Συγκεκριμένα, αποκλεισμός λόγω χαμηλής αιμοσφαιρίνης καταγράφηκε στο 14% των αποκλεισθέντων αιμοδοτών στο νοσοκομείο, και στο 20,6% στις εξορμήσεις). 3) Αν και φαινομενικά το ποσοστό των παλαιών αιμοδοτών που αποκλείστηκαν είναι μεγαλύτερο των αιμοδοτών πρώτης φοράς, και στο νοσοκομείο και στις εξορμήσεις, εντούτοις, αυτό αντανακλά μόνον το γεγονός του υψηλότερου ποσοστού των παλαιών αιμοδοτών στους υποψηφίους δότες, και στην πραγματικότητα συμβαίνει το ακριβώς αντίθετο: Αποκλείονται αναλογικά συχνότερα, τόσο στο νοσοκομείο, όσο και στις εξορμήσεις αιμοδοτές, πρώτης φοράς και μάλιστα αιμοδοτές αντικατάστασης. Τέλος, 4) Φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό των προσερχομένων υποψηφίων αιμοδοτών στο νοσοκομείο (37,4%), και ένα ακόμη πολύ μεγαλύτερο (48,3%) στις εξορμήσεις είναι άνθρωποι νεαρής ηλικίας μικρότερης των 35 ετών, γεγονός πολύ ελπιδοφόρο, ιδιαίτερα μάλιστα αν αναλογιστεί κανείς την «πάρηση» του αιμοδοτικού πληθυσμού που μάλλον κυριαρχεί στην υπόλοιπη πατρίδα μας. Όλα δε τα παραπάνω ευρήματα της μελέτης μας, (κυρίως όμως το τελευταίο), υπογραμμίζουν με τον πλέον κατηγορηματικό τρόπο τα πλεονεκτήματα των εξορμήσεων που διοργανώνονται & πραγματοποιούνται με πρωτοβουλία των διαφόρων συλλόγων, σε σχέση με την αιμοδοσία στο χώρο του νοσοκομείου, και επομένως, καταδεικνύουν την ανάγκη στήριξης και ενίσχυσης τέτοιων πρωτοβουλιών από όλους μας, αφού, όπως αποδεικνύεται, χάρη στον εθελοντισμό έχουμε όχι μόνον «ασφαλέστερο» αίμα, αλλά και «περισσότερο» αίμα.

13. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΤΟΚΛΟΠΡΑΜΙΔΗΣ, ΛΙΔΟΚΑΪΝΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΙΣΕΤΡΟΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΥΣΑΛΓΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΕΓΧΥΣΗ ΠΡΟΠΟΦΟΛΗΣ

M. Αγγελίδη¹, Α. Αγγελίδη², Σ. Γιαννούλη¹, Π. Καψαμπέλης³, Μ. Δεναζά¹, Ε. Πάλλη¹, Δ. Κοντοσταυλάκη¹

¹Αναισθησιολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ζακύνθου «Άγιος Διονύσιος», ²Ιατρός, ³Φοιτητής Ιατρικής

ΣΚΟΠΟΣ: Η ενδοφλέβια χορήγηση προποφόλης συχνά προκαλεί έντονο αίσθημα άλγους και καύσους στην περιοχή της έγχυσης, πιθανόν μέσω ενεργοποίησης του συστήματος καλκικρείνης-κινίνης και την παραγωγή βραδυκινίνης. Σκοπός της μελέτης αποτελεί η σύγκριση της αποτελεσματικότητας της μετοκλοπραμίδης, λιδοκαΐνης ή τροπισετρόνης στην πρόληψη της καυσάλγιας στο σημείο της ενδοφλέβιας έγχυσης προποφόλης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 80 ασθενείς, ηλικίας 24-72 ετών, ASA: I-III, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση υπό γενική αναισθησία. Σε όλους τους ασθενείς τοποθετήθηκε ενδοφλέβιος καθετήρας 18 G στη ραχιαία επιφάνεια της άκρας χειρός και κατόπιν χορηγήθηκε 1 mg μιδαζολάμης. Οι ασθενείς χωρίστηκαν κατά τυχαίο τρόπο σε τέσσερις ισάριθμες ομάδες: ομάδα Α, Β, Γ και Δ που έλαβαν ενδοφλεβίως 2 ml φυσιολογικού ορού, 10 mg μετοκλοπραμίδης, 40 mg λιδοκαΐνης και 5 mg τροπισετρόνης αντιστοίχως. Πραγματοποιήθηκε αποκλεισμός της κυκλοφορίας με χρήση ελαστικού ιμάντα για 1 min και κατόπιν αργή χορήγηση του 25% της υπολοιγοθείσας ποσότητας προποφόλης. Οι ασθενείς αξιολόγησαν την ένταση των ενοχλημάτων από την έγχυση του φαρμάκου (πόνος, καύσος, αιμωδία, ψύχος) βάσει κλίμακας (0=χωρίς ενόχληση, 1=ήπια, 2=μέτρια, 3=σοβαρή).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι τρεις ομάδες δεν διέφεραν ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Η ένταση του πόνου στην ομάδα Α (2.15±1.04) ήταν μεγαλύτερη σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (p<0.05) συγκριτικά με την ομάδα Β (0.8±0.83), Γ (0.95±0.1) και Δ (0.2±0.52). Επιπλέον, αναφορικά με το αίσθημα καύσου, αιμωδίας και ψύχους: οι ομάδες Β (0.75±0.72, 0.35±0.59, 0.4±0.68), Γ (0.85±0.88, 0.45±0.69, 0.5±0.76) και Δ (0.1±0.31, 0.15±0.37, 0.2±0.52) υπερέχουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (p<0.05) έναντι της ομάδας Α (2.05±1.1, 1.35±1.09, 1.25±0.1). Τέλος, η ομάδα Δ φάνηκε να υπερέχει έναντι των Β και Γ ως προς την καυσάλγια (p<0.05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προληπτική χορήγηση μετοκλοπραμίδης, λιδοκαΐνης ή τροπισετρόνης μειώνει σημαντικά την ένταση του πόνου, της καύσου της αιμωδίας και του ψύχους που επάγονται από την ενδοφλέβια χορήγηση προποφόλης. Η τροπισετρόνη φαίνεται πως έχει την πιο αποτελεσματική επίδραση στην πρόληψη της καυσάλγιας.

14. ΑΝΑΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟΓΟΝΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΡΕΜΙΦΕΝΤΑΝΥΛΗΣ / ΔΕΣΦΛΟΥΡΑΝΙΟΥ Ή ΡΕΜΙΦΕΝΤΑΝΥΛΗΣ / ΠΡΟΠΟΦΟΛΗΣ

Χ. Μπαλάκα, Λ. Κόμη, Α. Φάσσηρας, Σ. Μαστροκόστα, Β. Λαυράνου, Σ. Πουλάκη, Ν. Σιούτης, Ε. Δραμινού, Κ. Ρωμανά

Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο συνδυασμός βαθείας αναλγησίας και προβλεπόμενης ανάνηψης καθιστά τη ρεμφεντανύλη αξιολογούμενο παράγοντα σε μεγάλες επεμβάσεις. Μελετήσαμε την ανάνηψη μετά από χορήγηση ρεμφεντανύλης με δεσφλουρανίου και ρεμφεντανύλης με προποφόλη σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία, που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική περιφερική γαστρεκτομή (sleeve gastrectomy).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μετά από συγκατάθεση 30 ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία και δείκτη μάζας σώματος BMI > 40 kg/m² περιελήφθησαν με τυχαία κατανομή στη μελέτη. Η εισαγωγή στην αναισθησία έγινε με δόση φόρτισης ρεμφεντανύλης R (0.1 μg. kg⁻¹ Μυϊκής Μάζας Σώματος LBM) και συνεχή έγχυση 0.5 μg. kg⁻¹ / min LBM, προποφόλης 2.5 mg. kg⁻¹ LBM και ροκουρονίου 1.2 mg. kg⁻¹ LBM. Η διατήρηση της αναισθησίας έγινε στην ομάδα D με δεσφλουρανίου ½ MAC σε O₂/N₂O 66% και στην ομάδα Ρ με προποφόλη 6 mg. kg⁻¹ LBM και ροκουρόνιο. Το βάθος αναισθησίας ελεγχόταν με Διαφραγματικό Δείκτη (BIS μεταξύ 45 και 55), 10 min πριν το πέρας της επέμβασης γίνονταν διακοπή των αναισθητικών παραγόντων και στις δύο ομάδες και χορηγήτο 1 g παρακεταμόλης και 40 mg parecoxib. Καταγράφηκαν: ο χρόνος έως την απόκτηση αυτόματης αναπνοής, το άνοιγμα οφθαλμών και ο χρόνος έως την αποσωλήνωση και τον προανατολισμό. Η στατιστική ανάλυση έγινε με Mann-Whitney, U-test (P<0.05 στατιστικά σημαντικό, οι τιμές σε mean ± SD).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

	ΔΕΣΦΛΟΥΡΑΝΙΟ	ΠΡΟΠΟΦΟΛΗ
Ηλικία (έτη)	35 ± 9	34 ± 10
Βάρος (kg)	116 ± 21	115 ± 2
Ύψος (cm)	166 ± 6	164 ± 8
Αυτόματη αναπνοή (min)	8.6 ± 4	8.0 ± 4
Άνοιγμα οφθαλμών (min)	10 ± 6	8.0 ± 4
Αποσωλήνωση (min)	13 ± 3	12 ± 5
Προανατολισμός (min)	16 ± 5	15 ± 6

Τα δημογραφικά στοιχεία ήταν παρόμοια και δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη μας οι χρόνοι ανάνηψης των ασθενών με νοσογόνο παχυσαρκία ήταν παρόμοιοι και στην ομάδα R-D και R-P χωρίς ουδεμία αναπνευστική επιπλοκή ή επαναδιασωλήνωση, καθιστώντας αυτούς τους αναισθητικούς παράγοντες ασφαλείς για τις βαριαιτρικές επεμβάσεις.

15. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ BRUGADA – ΝΟΣΟΣ ΝΑΞΟΥ)

Σ. Σαρχώση, Κ. Καλοπήτα, Α. Μπουλαδάκης, Π. Κονδύλης, Ε. Κούμας, Δ. Δανασή, Κ. Ρωμανά

Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο Brugada αποτελεί συγγενή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από παθολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα (ανάσπαση του διαστήματος ST στις απαγωγές V1-V3 με ή χωρίς συνύπαρξη αποκλεισμού δεξιού σκέλους ή 1ου βαθμού κολποκοιλιακού αποκλεισμού). Η βλάβη αφορά στους διαύλους νατρίου. Η Νόσος Νάξου είναι μια παραλλαγή της αρρυθμογόνου μυοκαρδιοπάθειας της δεξιάς κοιλίας. Αναφέρεται σε ένα οικογενές σύνδρομο που συνδυάζεται παλαμπολεμιαία κεράτωση και καρδιακές διαταραχές. Πρόκειται για δυο σύνδρομα με διαφορετική γονιδιακή προέλευση, κλινική εκδήλωση και μηχανισμό πρόκλησης κακοήθους αρρυθμίας τα οποία όμως οδηγούν εξίσου σε αιφνίδιο θάνατο.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ: Κατά τη διάρκεια του έτους 2012 προσήλθαν προς διεξαγωγή ποικίλων χειρουργικών επεμβάσεων μέτριας και μεγάλης βαρύτητας 4 ασθενείς με διαγνωσμένο σύνδρομο Brugada, 2 με υποψία του συνδρόμου (παρουσία ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων και θετικού αναμνηστικού ιστορικού αλλά απουσία περαιτέρω ελέγχου λόγω επίτευξης κατάστασης) καθώς και 2 ασθενείς με Νόσο Νάξου. Εκλυτικούς παράγοντες για την εμφάνιση κοιλιακής ταχυκαρδίας σε ασθενείς με σύνδρομο Brugada αποτελούν η βραδυκαρδία, η αυξημένη θερμοκρασία σώματος και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Για αυτούς τους λόγους το υποχρεωτικό monitoring περιελάμβανε επιτόπου τοποθέτηση θερμόμετρου στο ρινοφάρυγγα καθώς επίσης τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής προεχειρητικά και διαφραγματικό δείκτη για την παρακολούθηση του βάθους της αναισθησίας. Δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στη διατήρηση της νορμοθερμίας και την αποφυγή ακραίων καταστάσεων διέγερσης του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος.

Εν αντιθέσει με το σύνδρομο Brugada οι συμπτωματικές κοιλιακές αρρυθμίες που περιλαμβάνουν ακόμα και τον αιφνίδιο θάνατο σε ασθενείς με Νόσο Νάξου συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της άσκησης (διέγερσης του συμπαθητικού). Επομένως για τον καλύτερο έλεγχο της καρδιακής συχνότητας των ασθενών έγινε τοποθέτηση επεμβατικών και μη επεμβατικών monitors (αρτηριακή γραμμή, κεντρικός φλεβικός καθετήρας, διαφραγματικός δείκτης).

Σε όλους τους ασθενείς και στις δυο περιπτώσεις τοποθετήθηκαν αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια εξωτερικού απινιδωτή προεχειρητικά. Ακολούθησε εισαγωγή στην αναισθησία με ενδοφλέβια έγχυση προποφόλης, φεντανύλης και ροκουρονίου. Η διατήρηση της αναισθησίας έγινε με ρεμφεντανύλη και προποφόλη. Σκοπός της επιλογής αυτών των φαρμάκων ήταν ο καλύτερος έλεγχος του βάθους της αναισθησίας προς αποφυγή μετρήσεων κάτω του 45 στον διαφραγματικό δείκτη στους ασθενείς με σύνδρομο Brugada ενώ χορηγήθηκε επιπλέον, πτητικό αναισθητικό, στους ασθενείς με Ν. Νάξου επιδιώκοντας σε αυτή την περίπτωση μεγαλύτερο βάθος αναισθησίας. Ως μετχειρητική ανάλυση χορηγήθηκε μορφίνη και για αντιόσμηση χορηγήθηκε sugammadex προς αποφυγή των διαταραχών του αυτόνομου νευρικού συστήματος της αντιόσμησης με ατροπίνη-νεοστιγμίνη.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαχείριση ασθενών με σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου αποτελεί απ' ενός πρόκληση για τον αναισθησιολόγο απ' ετέρου χρήζει ιδιαίτερη συγκρότηση σκέψης και δυνατότητας. Το χειρουργικό stress αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους παράγοντες διαταραχής της ανθρωπίνης ομοιοστασίας. Συνεπώς, πρέπει να γίνονται αναλυτικά τα ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα καθώς επίσης να είναι γνωστή η παθοφυσιολογία των συνδρόμων προς αποφυγή φαρμάκων και συνθηκών ικανών να προκαλέσουν αρρυθμίες. Απαραίτητη κρίνεται η συνεχής ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση διεχειρητικά αλλά και για τις πρώτες 24 ώρες μετεχειρητικά. Η τοποθέτηση εμφυτεύσιμου απινιδωτή είναι αποτελεσματική θεραπεία για τους ασθενείς και των δυο συνδρόμων γ' αυτό και στην περίπτωση απουσίας είναι υποχρεωτική η τοποθέτηση αυτοκόλλητων ηλεκτροδίων εξωτερικού απινιδωτή προεχειρητικά. Η προσεκτική διατήρηση της ομοιοστασίας διεχειρητικά συνυψεύεται όσο τίποτα άλλο στην αποφυγή εμφάνισης αρρυθμιών.

16. ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ

Μ. Νταλούκα, Γ. Ζύλης, Π. Τζίμας, Ε. Αρναούτογλου, Γ. Παπαδόπουλος

Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, ΠΓΝ Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκπαίδευση των ειδικευμένων Αναισθησιολογίας αποτελεί πρόκληση τόσο για τη θεωρητική, όσο και την πρακτική τους κατάρτιση. Σκοπός της μελέτης μας είναι να παρουσιαστούν τα πρώτα αποτελέσματα από την εφαρμογή του θεωρητικού προγράμματος ειδικεύσεως στην Αναισθησιολογία σύμφωνα με την εισήγηση Επιτροπής Εκπαίδευσης ΕΑΕ και ΕΑΕΙΒΕ του Ιανουαρίου 2011.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα μαθήματα των ειδικευμένων έγιναν μια φορά την εβδομάδα, από ειδικευόμενους υπό την επίβλεψη των ειδικευμένων που πληρούσαν τα προκείμενα εκπαιδευτικά κριτήρια σύμφωνα με την εισήγηση της Επιτροπής. Κάθε ενότητα μαθημάτων περιλάμβανε την ύλη 15 μαθημάτων και είχε διάρκεια 3 μήνες. Στο τέλος κάθε κύκλου μαθημάτων, οι ειδικευόμενοι υποβλήθηκαν σε εξετάσεις με τη μέθοδο ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής. Αναλύθηκε η επίδοση των ειδικευόμενων ανάγοντας σε ποσοστό τον αριθμό των σωστών απαντήσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το Μάρτιο του 2011 έως και σήμερα πραγματοποιήθηκαν συνολικά 5 κύκλοι μαθημάτων με 5 επακόλουθες εξετάσεις. Στην πρώτη εξέταση έλαβαν μέρος 10 ειδικευόμενοι ιατροί. Ο μέσος όρος της απόδοσης ήταν 46% (min 8.6%-max 77%). Βαθμολογία <50% συγκέντρωσε το 60% των ειδικευόμενων, από τους οποίους, ποσοστό 20% είχε πλήρη αποτυχία. Στις επόμενες τρεις εξετάσεις παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στην απόδοση όλων των ειδικευόμενων και ιδιαίτερα αυτών που είχαν τη χαμηλότερη βαθμολογία. Την επόμενη εξεταστική περίοδο ο μέσος όρος της απόδοσης ήταν 77% (min 60%-max 89%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η εφαρμογή του θεωρητικού προγράμματος της εισήγησης της Επιτροπής Εκπαίδευσης στην Αναισθησιολογία με επακόλουθες εξετάσεις συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της απόδοσης των ειδικευόμενων όπως αυτή εκφράστηκε με τη μορφή εξετάσεων, ενώ παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στην ατομική επίδοση κάθε ειδικευόμενου ξεχωριστά.

21. ΤΑ ΠΕΠΤΙΔΙΑ ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ ΑΔΕΝΑ ΕΠΑΓΟΥΝ ΑΝΟΣΟΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ, ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΑΣΚΟΥΝ ΑΜΕΣΗ ΚΥΤΤΑΡΟΤΟΞΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΣΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ

Ε. Γουίλλιαμς*, Ν. Καππά*, Π. Σαμαρά, Κ. Ιωάννου, Μ. Τσιατάς, Ι. Βουτσάς, Ο. Τσιτσιλώνη

Τομέας Φυσιολογίας Ζώων και Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Το ανοσορρυθμιστικό πολυπεπτιδίο προθυμοσίνη α (προΤα) και το καρβοξυτελικό της δεκαπεπτιδίο προΤα(100-109) δρουν πλειοτροπικά, ενισχύοντας την αντικαρκινική δραστηριότητα των ανοσοκυττάρων, όπως τα ουδετερόφιλα, τα μονοκύτταρα, τα δενδριτικά κύτταρα, τα ΝΚ και Τ λεμφοκύτταρα. Σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε αν τα πεπτιδία αυτά ασκούν και άμεση κυτταροτοξική δράση σε ανθρώπινα καρκινικά και φυσιολογικά κύτταρα.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανθρώπινα κύτταρα αδενοκαρκινώματος (SKBR3, HCT-116, SKOV3, Ishikawa, FM3) και λευχαιμικά κύτταρα (HL-60, K562) επώαστηκαν με προΤα ή προΤα(100-109) (0,01-10 μg/ml) για 72 ώρες. Οι λευκοκυτταρικοί υποπληθυσμοί απομονώθηκαν από το περιφερικό αίμα υγιών δωτών μετά από φυγοκέντρηση σε κλίση Ficoll-Histopaque και επώαστηκαν με τις ίδιες συγκεντρώσεις πεπτιδίων για 24 ώρες. Η κυτταροτοξικότητα μετρήθηκε με τις δοκιμασίες ΜΤΤ και πολλαπλασιασμού με ραδιενεργό θυμιδίνη. Ως θετικός μάρτυρας χρησιμοποιήθηκε το χημειοθεραπευτικό σκεύασμα δοξορουβικίνη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η προΤα και το προΤα(100-109), ακόμα και σε ιδιαίτερα υψηλές συγκεντρώσεις, δεν φάνηκε να επηρεάζουν τη βιωσιμότητα και την πολλαπλασιαστική ικανότητα των αδενοκαρκινωμάτων και των λευχαιμικών κυττάρων. Επίσης, δεν ήταν τοξικά στα λευκοκύτταρα του περιφερικού αίματος. Αντίθετα, η δράση της δοξορουβικίνης οδήγησε σε σημαντική μείωση της βιωσιμότητας όλων των κυττάρων, με μικρές διακυμάνσεις ανάλογα με την ανθεκτικότητα του κάθε κυτταρικού πληθυσμού σε αυτήν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προΤα και το ανοσοδραστικό της δεκαπεπτιδίο δεν έχουν άμεση κυτταροτοξική δράση στα καρκινικά κύτταρα, ούτε στα λευκοκύτταρα *in vitro*, αλλά δρουν μέσω ανοσοεπαγωγικών μηχανισμών, οδηγώντας τελικά σε λύση των καρκινικών κυττάρων από τα ενεργοποιημένα από τα πεπτιδία ανοσοκύτταρα. Συνεπώς, τα δύο αυτά μόρια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε κλινικές μελέτες για την ενίσχυση της δράσης του ανοσοποιητικού συστήματος έναντι καρκινικών κυττάρων, χωρίς την εμφάνιση τοξικότητας.

*ισόπληρη συμμετοχή

Χρηματοδότηση: IKYDA 2010/165, FP7 REGPOT-CT-2011-284460, INsPIRE

22. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΟΣΟΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΣΟΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΚΑΠΕΠΤΙΔΙΟΥ ΠΡΟΘΥΜΟΣΙΝΗ Α(100-109) ΣΕ IN VIVO ΜΟΝΤΕΛΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Π. Σαμαρά¹, Κ. Ιωάννου¹, Μ. Neagu², D. Radu³, Η. Kalbacher⁴, W. Voelter⁴, Ο. Τσιτσιλώνη¹

¹Τομέας Φυσιολογίας Ζώων & Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, ²«Victor Babes» Institute, Bucharest, Romania, ³«Cantacuzino» Institute, Bucharest, Romania, ⁴Interfakultäres Institut für Biochemie, Universität Tübingen, Germany

ΣΚΟΠΟΣ: Κατά την απόπτωση, η προθυμοσίνη α (προΤα) συσσωρεύεται στο κυτταρόπλασμα, όπου υπόκειται σε πέψη από κασπάσες παράγοντας το δεκαπεπτιδίο προΤα(100-109). Το προΤα(100-109) εξωκυτταρώνεται με άγνωστο μηχανισμό στο υπερκείμενο καλλιέργειας αποπτωτικών κυττάρων και έτσι, πιθανά, δρα ανοσορρυθμιστικά, επάγοντας ανοσοαπάντησεις. Σκοπός μας ήταν να αναπτύξουμε ELISA ειδική για το προΤα(100-109) και ευαίσθητη ώστε να ανιχνεύει χαμηλές συγκεντρώσεις του δεκαπεπτιδίου στον ορό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μικροπλάκα επιστρώθηκε με πρωτεΐνη Α, ενώ οι ειδικές για το πεπτιδίο IgG προεπωάσθησαν με βιοτινυλιωμένο και ελεύθερο προΤα(100-109) προς ανταγωνισμό και μοιράστηκαν στη μικροπλάκα. Προστέθηκαν συζευγμένη με υπεροξειδάση στρεπταβιδίνη, ABTS και μετρήθηκε η οπτική απορρόφηση στα 405 nm.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ευαισθησία της ELISA είναι 10 μg-0.1 ng δεκαπεπτιδίου ανά ml ορού και δεν παρουσιάζει χιασά διασταυρούμενη αντίδραση με άλλες πρωτεΐνες του ορού. Η συγκέντρωση του δεκαπεπτιδίου προσδιορίστηκε στον ορό ποτικών δύο φυλών: BALB/c και C57BL/6, κατά την πορεία λοίμωξης (0-72 ώρες) με τα βακτήρια *Streptococcus pyogenes*, *Salmonella typhimurium*, *Corynebacterium urealyticum*, *Pasteurella multocida* και *Klebsiella oxytoca*. Ανιχνεύθηκαν διαφορές στην ποσότητα του δεκαπεπτιδίου ανάλογα με τη φυλή και το είδος του παθογόνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αρχικά ελάχιστη συγκέντρωση του δεκαπεπτιδίου αυξήθηκε σταδιακά με την πρόοδο της λοίμωξης και, για τα περισσότερα παθογόνα βακτήρια, κορυφώθηκε στις 72 ώρες. Γνωρίζοντας ότι τα συγκεκριμένα βακτηριακά στελέχη προκαλούν μαζική απόπτωση των μακροφάγων, υποθέτουμε ότι μετά τον ενδοκυτταρικό κατακερματισμό της προΤα, το προΤα(100-109) εξωκυτταρώνεται στον ορό, όπου λειτουργεί ως σήμα κινδύνου και δείκτης βακτηριακής μόλυνσης.

Χρηματοδότηση: Η εκπόνηση της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με χρηματοδότηση του Κοινωνικού Ιδρύματος Ιωάννη Σ. Λάτση. Η ευθύνη για το πεπραγμένο της ανήκει αποκλειστικά στους συντάκτες αυτής.

23. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΘΕΤΙΚΩΝ ΑΜΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ

Μ. Πουγιούκα-Μπέη, Α. Πετροχείλου, Σ. Κοντός, Ε. Παπαρηγορίου, Κ. Κοτούλα, Μ. Τούτουζα

Μικροβιολογικό Εργαστήριο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

Τα αντιμιτοχονδριακά αντισώματα (ΑΜΑ) είναι αυτοαντισώματα που στρέφονται κατά αντιγόνων των μιτοχονδρίων και ανευρίσκονται θετικά στο 95% των περιπτώσεων πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης. Η πρωτοπαθής χολική κίρρωση (ΠΧΚ) προσβάλλει συνήθως γυναίκες μέσης ηλικίας. Ο επιπολασμός της νόσου, αναλόγως της περιοχής, κυμαίνεται μεταξύ 20-50 περιπτώσεις ανά 1.000.000.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εύρεση της συχνότητας θετικών ΑΜΑ σε νοσηλευθέντες ασθενείς στη διάρκεια μιας πενταετίας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ελέγχθηκαν ορόι 9000 ασθενών για την ύπαρξη αντιμιτοχονδριακών αντισωμάτων, την πενταετία 2008-2012, με τις μεθόδους του έμμεσου ανοσοφθορισμού και της ELISA. Στον έμμεσο ανοσοφθορισμό χρησιμοποιήθηκαν τα υποστρώματα Hep2 και Mouse Kidney/Stomach ενώ στην ELISA το αντιδραστήριο της INOVA Quanta Lite™ M2 EP.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Θετικά ΑΜΑ με τη μέθοδο του έμμεσου ανοσοφθορισμού ανιχνεύθηκαν σε 75 (0,83%) ασθενείς, 11 άνδρες και 64 γυναίκες. Τα θετικά αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν όλα με τη μέθοδο της ELISA. Σε 40 δείγματα παρατηρήθηκαν θετικά τα ΑΜΑ και αρνητικά τα ΑΝΑ (αντιπυρηνικά αντισώματα), ενώ στα υπόλοιπα 35 παρατηρήθηκαν συγχρόνως θετικά τα ΑΜΑ και τα ΑΝΑ. Από τα 40 δείγματα με θετικά τα ΑΜΑ και αρνητικά τα ΑΝΑ, τα 17 παρουσίασαν εικόνα κυτταροπλασματικού φθορισμού. Στα 35 δείγματα με τα θετικά ΑΜΑ και ΑΝΑ τα 7 είχαν συγχρόνως και εικόνα κυτταροπλασματικού φθορισμού. Στα δείγματα με θετικά τα ΑΝΑ, οι εικόνες που κυριαρχούσαν ήταν του στίκτου φθορισμού σε 22 δείγματα, των πολλαπλών πυρηνικών κηλίδων (multiple nuclear dots) σε 8 δείγματα, του κεντρομεριδίου σε 2 δείγματα, του πυρηνίσκου σε ένα δείγμα, του ομοιογενή φθορισμού σε ένα και του περιφερικού φθορισμού σε ένα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρατηρείται αυξημένη συχνότητα θετικών ΑΜΑ στους εξετασθέντες ασθενείς, αιτιολογούμενη από την ύπαρξη ηπατολογικών κλινικών στο νοσοκομείο και τη συνακόλουθη συχνότερη νοσηλεία ασθενών με αυτοάνοσες διαταραχές. Στη μελέτη επιβεβαιώνεται η αυξημένη, σε σύγκριση με τους άνδρες, συχνότητα θετικών ΑΜΑ σε γυναίκες ασθενείς. Η μελέτη αδυνατεί να συσχετίσει τα εργαστηριακά ευρήματα με τα κλινικά δεδομένα ελλείψει ιστορικών

24. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ε. Πετροπέδες¹, Χ. Κωτισιοπούλου², Κ. Αθανασοπούλος¹, Π. Μάνθος¹, Γ. Σιάμος¹, Σ. Καληγέρου¹, Α. Σταυριανού¹, Γ. Νεοχωρίτης¹, Λ. Βάσιος¹, Ν. Τασίπουλος¹, Κ. Πετροπούλου¹

¹Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Β' Κλινική ΦΙΑΠ, ²Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Τμήμα Διαιτολογίας-Διατροφής

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση κατάστασης θρέψης σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά την τελευταία διετία 2011-2012, νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας 74 ασθενείς, 47 άνδρες-27 γυναίκες, (ΟΜΑΔΑ Α), προκειμένου να υποβληθούν σε πρόγραμμα αποκατάστασης. Εξ αυτών, οι 31 ασθενείς (ΟΜΑΔΑ Β), παραπέμφθηκαν για διατροφική αξιολόγηση, είτε λόγω εμφανούς υποθρεψίας, είτε κατακλίσεων. Η ΟΜΑΔΑ Β, 16 άνδρες-15 γυναίκες, ηλικίας από 30 έως 86 ετών, με μέσο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) από 14,90-48,5 kg/m², διαχωρίστη σε 2 υπο-ομάδες. Τη Β1 υποομάδα: ασθενείς με δεξιά ημιπληγία και τη Β2 υποομάδα: ασθενείς με αριστερή ημιπληγία. Από την ΟΜΑΔΑ Α, οι 19 παρουσίασαν διαταραχές κατάποσης, από τους οποίους οι 12 (9 με ρινογαστρικό καθετήρα σίτησης- 3 με γαστροστομία), ανήκαν στην ΟΜΑΔΑ Β. Η διατροφική αξιολόγηση έγινε με κύριο εργαλείο το Nutritional Risk Screening (NRS 2002). Σύμφωνα με το NRS 2002 θεωρήσαμε ότι ασθενείς με σκορ ≥3 κατατάσσονται σε κατάσταση υποθρεψίας και < 3 καλή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ΟΜΑΔΑ Β, η διατροφική κατάσταση ήταν καλή στο 32,3% (10/31) των ασθενών, ενώ το 67,7% (21/31) παρουσίαζε κατάσταση υποθρεψίας. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι από τους ασθενείς με κατάσταση υποθρεψίας, (16/21) είχαν φυσιολογικό σωματικό βάρος, και το 4/21 ήταν υπέρβαροι και παχύσαρκοι. Η κατανομή της υποθρεψίας στη Β1 υποομάδα, ήταν 83,3% ενώ στη Β2 υποομάδα, ήταν 57,9%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στα ΑΕΕ, το ποσοστό της υποθρεψίας φαίνεται να είναι υψηλό. Η διατροφική παρέμβαση, κατά τη νοσηλεία αποκατάστασης, θα πρέπει να επεκτείνεται όχι μόνο στη ρύθμιση των δεκτών επικινδυνότητας, αλλά και στην εξασφάλιση επαρκούς θρέψης, το οποίο συμβάλλει σημαντικά στη λειτουργική έκβαση. Κρίνεται απαραίτητη η εκτίμηση της κατάστασης θρέψης όλων των ασθενών με ΑΕΕ κατά την εισαγωγή τους, διότι διαπιστώνεται σημαντικό ποσοστό λανθάνουσας υποθρεψίας.

25. ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΝΑΠΝΟΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΕΝΟΡΜΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΙΡΚΕΙΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ν. Παναγοπούλου¹, Α. Τασούλης¹, Σ. Δημόπουλος¹, Λ. Καρατζάνος¹, Γ. Τζάνης¹, Α. Νταλιάνης², Ο. Παπαζάχου¹, Χ. Μανέτος¹, Ι. Τερροβίτης², Σ. Νανάς¹

¹Εργαστήριο Καρδιοαναπνευστικής Δοκιμασίας Κόπωσης & Αποκατάστασης, ΕΚΠΑ, ²3η Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Λαϊκό», ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΧΚΑ) παρουσιάζεται το φαινόμενο της περιοδικής αναπνοής και αυξημένη αναπνευστική ενόρμηση, τα οποία σχετίζονται με μειωμένη ικανότητα για άσκηση και ποιότητα ζωής, αυξημένη θνησιμότητα και αυξημένο ποσοστό αιφνιδίου θανάτου. Προγράμματα αποκατάστασης με άσκηση βελτιώνουν την ικανότητα για άσκηση και την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθεί την επίδραση της άσκησης στο φαινόμενο της περιοδικής αναπνοής και στην αναπνευστική ενόρμηση σε ασθενείς με ΧΚΑ, αφού μέχρι στιγμής υπάρχουν ελάχιστα σχετικά δεδομένα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Αξιολογήθηκαν 36 διαδοχικοί ασθενείς με σταθερή ΧΚΑ (ηλικία: 54±11 έτη, BMI: 27.4±4.3 kg/m², VO_{2peak}: 16.0±4.9 ml/kg/min) από τους οποίους οι 20 παρουσίασαν περιοδική αναπνοή (ηλικία: 54±11 έτη, BMI: 26.9±3.8 kg/m², VO_{2peak}: 15.5±0 ml/kg/min). Όλοι οι ασθενείς παρακολούθησαν πρόγραμμα 36 συνεδριών αερόβιας διαλειμματικής άσκησης με ή χωρίς μυϊκή ενδυνάμωση (3 συνεδρίες/εβδομάδα). Πριν και μετά το πρόγραμμα, οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης. Ο προσδιορισμός της περιοδικής αναπνοής βασίστηκε στο πλάτος των κυκλικών διακυμάνσεων των αναπνοών κατά την ηρεμία και την άσκηση (πλάτος κατά την άσκηση ≥15% του μέσου πλάτους ηρεμίας και διάρκεια ≥60% της διάρκειας άσκησης). Αξιολογήθηκαν οι ασθενείς με περιοδική αναπνοή προ αποκατάστασης ως προς: το ποσοστό διάρκειας της περιοδικής αναπνοής, το μέσο πλάτος και τη μέση διάρκεια των κυκλικών διακυμάνσεων των αναπνοών κατά την άσκηση και την αναπνευστική ενόρμηση όπως αυτή εκφράζεται από τα P_{0.1}/P_imax, P_{0.1} και V_T/T_I. Οι τιμές που αναφέρονται είναι μέσες τιμές και τυπική απόκλιση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς βελτίωσαν (p<0,01) τις VO_{2peak} (από 15,0±5,0 σε 17,1±5,1 ml/kg/min) και VO_{2AT} (από 9,7±2,9 σε 10,9±2,6 ml/kg/min), καθώς και το μέγιστο έργο (από 99±39 σε 114±47 watt, p<0,01). Η άσκηση μείωσε (p<0,01) το ποσοστό διάρκειας της περιοδικής αναπνοής κατά τη δοκιμασία κόπωσης (από 79±12% σε 47±22%, p<0,01 της συνολικής διάρκειας) και τη μέση διάρκεια των κυκλικών διακυμάνσεων των αναπνοών (από 44,0±10,5 σε 40,6±6,5 sec, p=0,05), ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μεταβολή στο μέσο πλάτος των διακυμάνσεων αυτών (από 5,2±1,9 σε 5,0±1,6 L/min, p>0,05). Ως προς τους δείκτες της αναπνευστικής ενόρμησης, δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης αερόβιας άσκησης με ή χωρίς μυϊκή ενδυνάμωση βελτιώνει την περιοδική αναπνοή που παρατηρείται σε ασθενείς με ΧΚΑ. Ο τύπος της αναπνοής κατά την άσκηση φαίνεται ότι θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την επιλογή του βέλτιστου προγράμματος αποκατάστασης σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια.

26. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ) ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Π. Μάνθος¹, Χ. Αθανασιάδη², Α. Σταυριανού¹, Γ. Νεοχωρίτης¹, Σ. Καληγέρου¹, Γ. Σιάμος¹, Ε. Πετσεπέτης¹, Λ. Βάσσης¹, Ε. Γεωργουστάη³, Ε. Μαραγκοδάκη¹, Γ. Λυγίζης¹, Κ. Πετροπούλου¹

¹Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Β' Κλινική ΦΙΑΠ, ²Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Τμήμα Λογοθεραπείας, ³Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Τμήμα Εργοθεραπείας

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκριση της λειτουργικής έκβασης ασθενών με ΑΕΕ με αριστερή και δεξιά ημιπληγία με συνυπάρχουσες αφασικές διαταραχές.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη 120 ασθενών (95 Ισχυαϊκό-25 αιμορραγικό, 72 άνδρες), που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας την τελευταία τριετία (2010-2012), με ιστορικό ΑΕΕ οι οποίοι συμμετείχαν σε πλήρες πρόγραμμα ενδονοσοκομειακής αποκατάστασης μετά την οξεία νοσηλεία τους. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 κατηγορίες: Ομάδα Α: (ΑΡ) ημιπληγία, ομάδα Β: (ΔΕ) ημιπληγία χωρίς αφασικές διαταραχές, ομάδα Γ: (ΔΕ) ημιπληγία και αφασικές διαταραχές. Η ομάδα Γ χωρίζεται σε τρεις υποομάδες Γ1 με αφασία μικτού τύπου, Γ2 με αφασία εκπομπής και Γ3 με αφασία αντίληψης. Η λειτουργική εκτίμηση έγινε με τη λειτουργική κλίμακα Barthel, κατά την εισαγωγή και κατά την έξοδο των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα Α ανήκουν 63 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 63,8 έτη, 21 με έντονο φαινόμενο neglect, Barthel εισόδου 29,1 και εξόδου 45,29 Στην ομάδα Β ανήκουν 29 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 65,8 έτη, Barthel εισόδου 50 και εξόδου 66,1. Στην ομάδα Γ ανήκουν 31 ασθενείς με μοι: 60,1 έτη, Barthel εισόδου: 25,8 και εξόδου: 59,6. Στην υποομάδα Γ1 ανήκουν 23 ασθενείς με Barthel εισόδου 24,5 και εξόδου 61,6 στη Γ2 7 ασθενείς με Barthel εισόδου 33 και εξόδου 77 και στη Γ3 ένας ασθενής με Barthel εισόδου 0 και εξόδου 15.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνύπαρξη αφασίας δεν επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργική έκβαση σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρόγραμμα αποκατάστασης. Μικρότερος βαθμός λειτουργικότητας κατά την έξοδο βρέθηκε σε ασθενείς πάσχοντες από αριστερή ημιπληγία σε σχέση με πάσχοντες από δεξιά ημιπληγία, γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία και πιθανώς οφείλεται σε συνυπάρχουσες διαταραχές αγνωσίας και απραξίας. Από τους ασθενείς με αφασία αυτοί που παρουσίαζαν μόνο αφασία εκπομπής είχαν καλύτερη λειτουργική έκβαση.

27. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ (ΣΚΠ) ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΥΡΗΣΗΣ

Λ. Βάσσης¹, Γ. Σιάμος¹, Α. Σταυριανού¹, Σ. Καληγέρου¹, Ε. Πετσεπέτης¹, Γ. Νεοχωρίτης¹, Π. Μάνθος¹, Κ. Καλοκαιρινού², Χ. Κωνσταντινίδης³, Χ. Ραπίδη¹, Π. Κοσμίδη², Κ. Πετροπούλου¹

¹Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Β' Κλινική ΦΙΑΠ, ²Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Ακτινολογικό Τμήμα, ³Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Ουρολογικό Τμήμα

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη ασθενών με ΣΚΠ που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας τα τελευταία πέντε χρόνια, ο τρόπος διερεύνησης νευρογενών διαταραχών ούρησης καθώς και η αξιοπιστία της απεικονιστικής διερεύνησης σε σύγκριση με την ουροδυναμική μελέτη.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 66 ασθενείς (Α: 21, Γ: 45 με μ.ο. ηλικίας 48,6 και 50,1 αντίστοιχα) με ΣΚΠ. Από αυτούς, οι 38 ασθενείς (ομάδα Α) υποβλήθηκαν σε πλήρη διαγνωστικό έλεγχο ούρησης και ουροδυναμική μελέτη, ενώ οι 26 ασθενείς (ομάδα Β) υποβλήθηκαν σε απεικονιστικό έλεγχο (υπερηχογράφημα νεφρών-ουρητήρων-κύστης με ακριβή μέτρηση και του πάχους της κύστης και ανίχνευση κυστεογραφία). Δύο ασθενείς εξήλθαν «οικεία βουλήσει» χωρίς κανένα έλεγχο. Διαφορετικός μελετητής διερεύνησε τα στοιχεία της ομάδας Α (διάγραμμα ούρησης και απεικονιστικός έλεγχος) και ταξινόμησε τη λειτουργία του εξωστήρα σύμφωνα με τα κριτήρια της ICS (υπερλειτουργικός, υπολειτουργικός, φυσιολογικός εξωστήρας). Έγινε σύγκριση της ταξινόμησής αυτής με τα ουροδυναμικά ευρήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ομάδα Α ο μελετητής ταξινόμησε: 25 ασθενείς (65%) με υπερλειτουργία του εξωστήρα, 7 (18,4%) με φυσιολογικό εξωστήρα και 6 (15,7%) με αρχόμενη υπερλειτουργία του εξωστήρα. Από την ποσοτική μέτρηση των πιέσεων του εξωστήρα με την ουροδυναμική μελέτη σημειώθηκαν: 24 ασθενείς με υπερλειτουργία (63,1%), 7 με φυσιολογικό (18,4%), 5 με τελική υπερλειτουργία (13,1%) καθώς και 2 με υπολειτουργία (5,2%). Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα διαπιστώνουμε μία ταύτιση σε υψηλό ποσοστό 84,2%. Τέλος από την ομάδα Β, το 84,6% είχε στοιχειά νευρογενών διαταραχών ούρησης (από την κλινική εικόνα, το διάγραμμα ούρησης και τον απεικονιστικό έλεγχο).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο σύνολό τους οι ασθενείς εμφανίζουν συχνά συμπτωματολογία διαταραχών ούρησης. Η αξιοπιστία της απεικονιστικής μεθόδου ως ποιοτική καταγραφή της λειτουργίας του εξωστήρα είναι πολύ υψηλή. Δεδομένου του υψηλού ποσοστού διαταραχών ούρησης σε ασθενείς με ΣΚΠ συνιστάται αρχικά η διερεύνηση τους με κλινική εξέταση, διάγραμμα ούρησης και απεικονιστικό έλεγχο και στη συνέχεια χορήγηση κατάλληλης θεραπείας. Η ουροδυναμική μελέτη είναι συμπληρωματική εξέταση σε αυτούς τους ασθενείς και ενώ σε ορισμένες «οριακές» περιπτώσεις είναι εντελώς απαραίτητη.

28. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Α. Λώλης¹, Α. Τάσιο¹, Κ. Τιμιπίδας¹, Α. Σύρος¹, Θ. Σαβαϊδίου², Α. Παπαχρήστος¹

¹Κέντρο Αποκατάστασης «Αρωγή», Καρδίτσας, ²Κέντρο Υγείας Σοφάδων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Κέντρο Αποκατάστασης Καρδίτσας υποδέχεται ασθενείς πάσχοντες από νευρολογικές και ορθοπαιδικές παθήσεις μετά από νοσηλεία στο Νοσοκομείο. Ο χρόνος αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας κυμαίνεται από 1 έως 5 μήνες. Οι λοιμώξεις που παρουσιάζονται επηρεάζουν αρνητικά την πορεία και τα αποτελέσματα της αποκατάστασης.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στον προσδιορισμό του επιπολασμού μικροβιακών λοιμώξεων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο Κέντρο μας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τον ιατρικό φάκελο 292 νοσηλευσμένων (με ΜΟΗ 71.5 έτη), κατά το έτος 2012, ασθενών (103 ανδρών και 189 γυναικών) εξετάστηκε το είδος των λοιμώξεων, ο τρόπος αντιμετώπισής τους και η έκβαση. Αποκλείστηκαν οι περιπτώσεις εκείνες όπου πρόκειται για συνέχιση αντιβιοτικής αγωγής από το Νοσοκομείο για αποθεραπεία λοίμωξης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ του συνόλου 292 ασθενών, 117 (40.07%) παρουσίασαν λοίμωξη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Με συχνότητα εμφάνισης επρόκειτο για: λοιμώξεις ουροποιητικού (59,82%), λοιμώξεις αναπνευστικού (19,65%), διαπίση χειρουργικής τομής (9,4%), διαπίση έλκους κατάκλισης (2,56%), οισοφαγίτις-γαστρίτις (1,7%), χολοκυστίτις (1,7%), κύστη κόκκυγος (0,85%), ερυσίπelas (0,85%), ιογενής λοίμωξη Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (0,85%), προστατίτις (0,85%). Από αυτούς τους ασθενείς, οι 78 (66,7%) αντιμετώπιστηκαν εντός του Κέντρου με χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής από το στόμα, οι 14 (11,96%) αντιμετώπιστηκαν εντός του Κέντρου με ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικής και 25 ασθενείς (21,36%) διεκομίσθησαν στο Νοσοκομείο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά τις συστηματικές προσπάθειες πρόληψης παραμένει εξαιρετικά υψηλό το ποσοστό των ασθενών που θα παρουσιάσουν κάποια λοίμωξη εντός του Κέντρου Αποκατάστασης. Η συχνότερα εμφανιζόμενη λοίμωξη είναι αυτή του ουροποιητικού συστήματος. Η αντιμετώπιση των λοιμώξεων οι οποίες συμβαίνουν εντός του Κέντρου μας γίνεται κατά κύριο λόγο με χορήγηση αντιβιοτικής από το στόμα, χωρίς να απαιτείται, στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων, διακομιδή του ασθενούς στο Νοσοκομείο.

29. ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Χ. Ραπίδη, Α. Σταυριανού, Π. Μάνθος, Γ. Νεοχωρίτης, Μ. Καληγέρου, Γ. Σιάμος, Ε. Πετσεπέζης, Α. Βάσσης, Κ. Πετροπούλου

Μονάδα Νευρογενούς Κύστεως, Β' Κλινική ΦΙΑΠ, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Ίλιον

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη χρόνιων προβλημάτων υγείας που εμφανίζονται σε άτομα με κάκωση νωτιαίου μυελού (ΚΝΜ) με την πάροδο των ετών και επηρεάζουν την ανεξαρτησία και την ποιότητα ζωής τους.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 44 ασθενείς (Α: 32, Γ: 12) με τραυματική ΚΝΜ, 33 με παραπληγία, 11 με τετραπληγία με μ.ο. χρόνου μετά ΚΝΜ 14 έτη (6-34 έτη) που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία σε διάστημα ενός χρόνου. Οι ασθενείς απάντησαν ερωτηματολόγιο για:

Α. χρόνια προβλήματα υγείας
Β. χρόνια προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την ΚΝΜ
Γ. τη λειτουργική ανεξαρτησία στις απλές δραστηριότητες καθημερινής ζωής (ΔΚΖ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Α. Διαβήτη παρουσιάζει το 13,6%, δυσλιπιδαιμία 15,9% ενώ 41% έχουν διαταραχές αρτηριακής πίεσης.

Β. Ποσοστό 60,9% αναφέρει αλγή μυοσκελετικού (σ. υπερκαταπόνησης). Κατακλίσεις εμφανίζει το 56,8% των ασθενών (σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό οι ασθενείς με τετραπληγία 72,7%). Ασθενείς με βλάβη >Θ6 παρουσιάζουν στο 43% έντονη σπαστικότητα. Διαταραχές ούρησης στο 41%, διαταραχές αφόδευσης στο 27,2%. Έκτοπες οστεοποιήσεις στο 15% (ασθενείς με τετραπληγία 71,4%). Κατάγματα οστών σε 11 ασθενείς.

Γ. Ο μ.ο. αρχικής νοσηλείας των ασθενών σε κέντρο Αποκατάστασης ήταν 7,2 μήνες.

Το 34% των ασθενών δεν είναι πλήρως ανεξάρτητοι στις βασικές ΔΚΖ (τετραπληγικοί στο 81,8%, παραπληγικοί στο 45%). Σε αθλητικές δραστηριότητες συμμετέχουν μόνο 10 ασθενείς (8 με παραπληγία).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αυξημένη συχνότητα προβλημάτων του μυοσκελετικού και κατακλίσεων κυρίως μετά την 2^η δεκαετία από την ΚΝΜ, είναι σύμφωνη με τη διεθνή βιβλιογραφία. Ιδιαίτερη αναφοράς χρήζει το γεγονός ότι περίπου ένας στους δύο ασθενείς με παραπληγία έχουν χάσει τη λειτουργική ανεξαρτησία τους. Στη σύγχρονη εποχή ο μέσος όρος επιβίωσης των ατόμων με ΚΝΜ πλησιάζει εκείνον του γενικού πληθυσμού. Τα χρόνια προβλήματα υγείας που εμφανίζονται σε μεγαλύτερες ηλικίες στο γενικό πληθυσμό, στα άτομα με ΚΝΜ αναδεικνύονται νωρίτερα.

30. ΜΕΛΕΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ (ΣΚΠ)

Α. Σταυριανού¹, Γ. Νεοχωρίτης¹, Γ. Σιάμος¹, Σ. Καληγέρου¹, Π. Μάνθος¹, Α. Βάσσης¹, Ε. Πετσεπέζης¹, Κ. Καλοκαιρινού², Χ. Χωνταντινίδης³, Χ. Ραπίδη¹, Π. Κοσμιδής², Κ. Πετροπούλου¹

¹Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Β' Κλινική ΦΙΑΠ, ²Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Ακτινολογικό Τμήμα, ³Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Ουρολογικό Τμήμα

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανώριξη νευρογενών διαταραχών ούρησης σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας που υποβάλλονται σε πρόγραμμα Αποκατάστασης εσωτερικής νοσηλείας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 66 ασθενείς (Α: 21, Γ: 45 με μ.ο. ηλικίας 48,6 και 50,06 αντίστοιχα) με ΣΚΠ (χρόνιας προϊούσας μορφής) που νοσηλεύτηκαν στην Κλινική μας από 2008-2012. Ο λόγος παραπομπής από τους θεράποντες Νευρολόγους αφορούσε κυρίως το πρόγραμμα Αποκατάστασης. Μόνο σε 3 ασθενείς είχε προηγηθεί πλήρης έλεγχος της λειτουργίας της ουροδόχου κύστεως. Σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής όλοι οι ασθενείς διερεύνηθηκαν κλινικά και εργαστηριακά με διάγραμμα ούρησης, υπέρηχο νεφρών –ουρητήρων κύστεως και ανιούσα κυστεογραφία και σε 38 ασθενείς έγινε και πλήρης ουροδυναμικός έλεγχος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στοιχεία νευρογενούς ουροδόχου κύστεως (υπερλειτουργικός ή άτονος εξωστήρας ή δυσσύνεργια) παρατηρήθηκε στο 78,78%, ενώ σε ασθενείς με «φυσιολογική» ουροδόχο κύστη (10,6% των ασθενών) συστήθηκε τακτική ετήσια παρακολούθηση. Η θεραπευτική παρέμβαση αφορούσε σε φαρμακευτική αγωγή (αντιχολινεργικά 71%, α-blocker 15%) σε συνδυασμό ή όχι με διαλείποντες καθητηριασμούς. Η παρέμβαση στην κένωση της κύστης ήταν: 2 με υπερηβικό καθετήρα (3,03%), 25 με εκούσια ή ανεξέλεγκτη ούρηση (37,8%), 13 με διαλείποντες αυτοκαθετηριασμούς CISC (19,7%), 19 με διαλείποντες από έτερο πρόσωπο CIC (28,8%) και 5 με συνδυασμό εκούσιας ούρησης και CISC/CIC (7,6%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με ΣΚΠ έχουν σε μεγάλο ποσοστό συμπτώματα λόγω διαταραχών ούρησης, η οποία διαλάθει συχνά, λόγω της βαρύτητας της κινητικής τους κατάστασης. Κρίνεται αναγκαία η διερεύνηση του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος και η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση.

31. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΑΠΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ "ΑΡΩΓΗ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ" ΛΑΡΙΣΑΣ

Σ. Παπακώστα, Ε. Κόκκα, Χ. Λιάσος, Μ. Καραούζα

Κέντρο Αποκατάστασης «Αρωγή» Θεσσαλίας

ΣΚΟΠΟΣ: Ελλιπής είναι η προσοχή που δίνεται σε συμπτώματα κατάθλιψης και αγχώδων διαταραχών ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς από το κέντρο αποκατάστασης ή ημερήσιας νοσηλείας «Αρωγή Θεσσαλίας» Λάρισας μετά ΑΕΕ. Τούτο αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής προσέγγισης, αφού λαμβάνει υπόψη συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ: Συμμετείχαν 46 ασθενείς (24 άντρες, 22 γυναίκες) με ΑΕΕ (ηλικίας median range 72,5 ± 14,2 μήνες). Από αυτούς:

29 ασθενείς με αριστερή πυραμιδική συνδρομή (ΑΠΣ)

17 ασθενείς με δεξιά πυραμιδική συνδρομή (ΔΠΣ)

15 ασθενείς ήταν κατά το πρώτο εξάμηνο μετά ΑΕΕ (vΑΕΕ), 31 μετά παρέλευση εξαμήνου από ΑΕΕ (πΑΕΕ)

ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκε Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Στατιστικά χρησιμοποιήθηκαν Mann-Whitney t-test, χ^2 και Pearson correlation.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μέση τιμή για κατάθλιψη (HADSK): 7,3±6. Μέση τιμή για αγχώδη διαταραχή (HADSΑ) 6±5. Συσχετισμός μεταξύ φύλου, ΑΠΣ/ΔΠΣ και vΑΕΕ/ πΑΕΕ δεν αναδεικνύεται. Συσχετισμός μεταξύ φύλου και HADSK: άνδρες 5,75±5,4 - γυναίκες 9±6,4 - p = 0,069. Μεταξύ φύλου και HADSΑ δεν αναδεικνύεται στατιστικά σημαντική διαφορά. Η ηλικία συσχετίζεται με HADSK p=0,033. Το HADSK σχετίζεται με HADSΑ p=0,000.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς δε παρουσιάζουν διαφορές ανάλογα με φύλο, εντόπιση ΑΕΕ ή χρονικό διάστημα παρέλευσης μετά από αυτό. Οι γυναίκες παρουσιάζουν σε σημαντικότερο βαθμό κατάθλιψη σε σχέση με τους άντρες, ενώ δεν αναδεικνύονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, όσον αφορά τις αγχώδεις διαταραχές. Ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν πιο συχνά κατάθλιψη. Συμπτώματα κατάθλιψης συσχετίζονται με αντίστοιχα αγχώδεις διαταραχές. Επομένως, είναι σημαντικό να αντιμετωπίζονται συναισθηματικές διαταραχές που δύνανται να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών και των φροντιστών τους.

32. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΤΑΞΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Α. Σαλάχα, Α. Καραβασίλη, Ν. Μαραγκάκης, Ι. Ντάμπος, Γ. Τζάνος

Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝ Ελεσσίνας «Θριάσις»

ΣΚΟΠΟΣ: Η εμπειρία των ομάδων αποκατάστασης ασθενών με παρεγκεφαλική αταξία είναι συνήθως μικρή συγκρινόμενη με τη συχνότητα θεραπείας ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο ή σκλήρυνση κατά πλάκας. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η περιγραφή της διαδικασίας αποκατάστασης ατόμου με παρεγκεφαλική αταξία και η ανασκόπηση των βιβλιογραφικών δεδομένων όσον αφορά την εκτίμηση και θεραπεία.

ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για άνδρα ασθενή, 50 ετών, με ιστορικό νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας λόγω υπερθερμίας και κύματος. Κλινικής ασθενείας με κλινική εικόνα τετραπάρεσης, με γενικευμένη υποτονία και εύκολη κόπωση, δυσκαταποσία (ιστορικό επεισοδίων πνευμονίας από εισρόφηση), αταξική δυσφωνία, δυσμετρία, τρόμο ηρεμίας και κινητική.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο ασθενής ακολούθησε ειδικό πρόγραμμα αποκατάστασης με φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία με αποτέλεσμα σταδιακή βελτίωση της λειτουργικότητάς του. Μετά από 6 μήνες συνεχούς θεραπείας μετακινείται σε καθιστή θέση και σπίζεται μόνος του, αλλά χρειάζεται βοήθεια κατά την ορθοστάση και τη θεραπευτική βάρδια και χρησιμοποιεί αμαξίδιο για τις μεταφορές του. Επίσης βελτιώθηκε η δυσφωνία του και είναι πλέον ικανοποιητική η επικοινωνία του. Παράλληλα ερευνήσαμε τα βιβλιογραφικά δεδομένα για την επιλογή εργαλείων εκτίμησης και θεραπείας: υπάρχουν λίγες μόνο τυχαίοποιημένες μελέτες για τη μελέτη της θεραπείας της αταξίας. Οι περισσότερες μελέτες αφορούν μεμονωμένες αναφορές περιστατικών (case studies) ή ετερογενείς πληθυσμούς ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση, κρανιοεγκεφαλική βλάβη ή εγκεφαλική παράλυση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι περισσότεροι φυσίατροι θεωρούμε δύσκολη και μακροχρόνια διαδικασία τη θεραπεία ατόμων με παρεγκεφαλική αταξία. Η «αμηχανία» που κάθε φορά προκύπτει, οφείλεται στην πολυπλοκότητα του ρόλου της παρεγκεφαλίδας στην κινητική λειτουργία, τη συνακόλουθη δυσχερεία ακριβούς εκτίμησης των επιμέρους λειτουργικών ελλειμμάτων και επομένως και στην επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου λειτουργικής αποκατάστασης. Παρά την έλλειψη επαρκών δεδομένων για την αποτελεσματικότητα, φαίνεται ότι υπάρχει ομοφωνία ως προς τις επικρατέστερες μεθόδους θεραπείας: τις ασκήσεις σταθεροποίησης κορμού, τις ασκήσεις συντονισμού, τον ρόλο των προγραμμάτων μυϊκής ενδυνάμωσης. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει σημαντική πρόοδος στη λεπτομερή μελέτη των συνδέσεων και τον ρόλο της παρεγκεφαλίδας στον κεντρικό κινητικό μηχανισμό, αλλά και δεδομένα υπό έρευνα για σημαντική συμμετοχή της όσον αφορά τις συναισθηματικές και ανώτερες γνωσιακές λειτουργίες.

33. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΝΤΙΝΤΑΙΜΙΩΝ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ 2002-2011 ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε. Μωραΐτου¹, Μ. Μακάρωνα¹, Ε. Κούκια¹, Π. Ροδοπούλου¹, Ε. Καταμπή¹, Ι. Παρρανήσιος¹, Γ. Μεταξάς², Θ. Γεράκης², Ε. Βογιατζάκης¹

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ²Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, ΠΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναδρομική επιδημιολογική διερεύνηση των καντινταιμιών που διαγνώσθηκαν στο Νοσοκομείο μας, σε συνάρτηση με το είδος και τη συχνότητα των υπεύθυνων στελεχών *Candida* που απομονώθηκαν.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη περιέλαβε τις θετικές αιμοκαλλιέργειες με *Candida*, που αξιολογήθηκαν στο Νοσοκομείο μας τη δεκαετία 2002 – 2011. Χρησιμοποιήθηκε το αυτοματοποιημένο σύστημα αιμοκαλλιέργειών Bactec 9240 (BD). Για την ταυτοποίηση χρησιμοποιήθηκε το σύστημα Αρι32C καθώς και το σύστημα Vitek2 (Biomerieux Hellas), στο οποίο πραγματοποιήθηκε και έλεγχος ευαισθησίας στα βασικά αντιμυκητιασικά φάρμακα Αμφοτερικίνη Β, Φλουκυτοσίνη, Φλουκοναζόλη, Βορικοναζόλη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά απομονώθηκαν 218 στελέχη *Candida* από ισάριθμους ασθενείς, αριθμός που αντιστοιχεί στο 3,0% του συνόλου των θετικών αιμοκαλλιέργειών που αναπτύχθηκαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο. Τα συχνότερα απομονωθέντα στελέχη ήταν *C. albicans* (109/218, 50%), *C. parapsilosis* (68/218, 31,2%), *C. glabrata* (15/218, 6,9%) καθώς και διάφορα στελέχη όπως *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. stellatoidea*, *C. lusitana*. Την πρώτη πενταετία 2002-2007, απομονώθηκαν 63 στελέχη *Candida*, εκ των οποίων 41 ήταν *C. albicans* (65,0%), ενώ τη δεύτερη πενταετία η *C. Albicans* αποτέλεσε το 43,0% του συνόλου (68/155), φθάνοντας το 23,1% το έτος 2011, με αντίστοιχη αύξηση των non-albicans στελεχών. Από τα λοιπά στελέχη, η *C. parapsilosis* παρουσίασε τη μεγαλύτερη συχνότητα απομόνωσης σε όλη τη δεκαετία, με διαρκώς αυξανόμενα ποσοστά από 9,0% το 2002 σε 62,5% το 2010. Τα μεγαλύτερα ποσοστά καντινταιμιών παρατηρήθηκαν στις 2 ΜΕΘ (34,4%) και στις πνευμονολογικές κλινικές (33,5%), ενώ η έκβαση της νοσηλείας ήταν ευνοϊκή στο 89,8% του συνόλου των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρατηρείται προοδευτική αύξηση των καντινταιμιών, λόγω αυξημένου αριθμού ασθενών με ανοσοκαταστολή, καθώς και παρατεταμένου χρόνου νοσηλείας στις ΜΕΘ/ΚΑΑ και ΜΕΘ/ΠΠ, που συνεπάγεται επεμβατικές τεχνικές και θεραπείες. Τα στελέχη non-albicans είναι τα τελευταία χρόνια τα συχνότερα απομονωθέντα. Ο έλεγχος ευαισθησίας θα πρέπει να γίνεται πλέον σε όλα τα στελέχη, ώστε να ελέγχεται η τάση ανάπτυξης αντοχής στα συχνότερα χορηγούμενα αντιμυκητιασικά.

34. ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΕΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΙΑΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Α. Φέρκε, Ε. Σταυρούλης, Π. Αθανασάκη, Δ. Παπαδόπουλος, Δ. Χατζηδάκη

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Οι βακτηριαμίες αποτελούν σημαντικό πρόβλημα νοσηρότητας και θνητότητας στα νοσοκομεία. Η παρουσίαση των δεδομένων βακτηριαμίας που διαπιστώθηκαν στο νοσοκομείο μας σε διάστημα δέκα ετών (2003-2012), και η κατανομή των εννοχοποιημένων μικροοργανισμών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάσαμε όλες τις αιμοκαλλιέργειες που ελήφθησαν στο νοσοκομείο μας στο διάστημα από 01/2003 έως και 12/2012, σε 9467 ασθενείς. Στους ασθενείς αυτούς είχαν ληφθεί 17130 αιμοκαλλιέργειες για αερόβια και αναερόβια παθογόνα. Συγκεκριμένα ένα ζεύγος σε 2695 ασθενείς, δύο ζεύγη σε 5881 ασθενείς, τρία ζεύγη σε 891 ασθενείς. Οι φιάλες επωάστηκαν σε αυτοματοποιημένο κλίβανο Bact-Alert και τα θετικά ανακαλλιεργήθηκαν σε αιματούχο, MacConkey και Sabouraud άγαρ. Η ταυτοποίηση των μικροβιακών στελεχών πραγματοποιήθηκε με το σύστημα VITEK 32 με Enterotube II και Oxiferm.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά απομονώσαμε 2198 θετικές αιμοκαλλιέργειες, 1950 για μικροοργανισμούς και 248 για μύκητες του γένους *Candida*. Από τα 1322 Gram (+) μικρόβια κυρίαρχη θέση είχε ο σταφυλόκοκκος (1248), και ακολουθούσε ο στρεπτόκοκκος (74). Από τα στελέχη του σταφυλόκοκκου τα 655 ήταν *Staphylococcus CNS* και τα 593 *Staphylococcus aureus* (MRSA 305, MSSA 288). Από τους 628 Gram (-) μικροοργανισμούς τα 432 ανήκαν στα εντεροβακτηριακά (*Klebsiella pneumoniae* 246, *E. coli* 135, *Proteus mirabilis* 32, *Serratia liquefaciens* 10, *Salmonella spp* 9) και από τα υπόλοιπα 196 τα 104 αφορούσαν είδη *Pseudomonas* και τα 92 *Acinetobacter*.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα δεδομένα της μελέτης μας δείχνουν ότι στο πληθυσμό του νοσοκομείου μας, από τα παθογόνα που προκαλούν βακτηριαμίες ο σταφυλόκοκκος αποτελεί το συχνότερο μικροοργανισμό στα Gram (+) μικρόβια, ενώ στα Gram (-) η *Klebsiella pneumoniae* εξακολουθεί να παραμένει σημαντικό αίτιο νοσηρότητας. Η συστηματική επιτήρηση των παθογόνων που εννοχοποιούνται στην πρόκληση μικροβιαμίας καθώς επίσης και η έγκαιρη διάγνυσή τους, αποτελούν βασικά στοιχεία για την ορθή αντιμετώπιση των λοιμώξεων.

35. ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑΣ (2009-2012)

Σ. Κωνσταντοπούλου, Ν. Σκαρμούτσου, Κ. Σταμούλος, Κ. Γυφτοπούλου, Δ. Δημητριάδη, Μ. Κεχαγιά, Χ. Σαρκατζίδη, Μ. Μαρτσούκου
Εργαστήριο Μικροβιολογίας, ΓΝΑ Σισμανόγλειο

ΣΚΟΠΟΣ: να καθοριστεί η συχνότητα των αιτιών βακτηριαμίας μεταξύ ασθενών ΜΕΘ και να καταγραφούν τα ποσοστά αντοχής σε διάφορα αντιβιοτικά.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Από 1/2009-12/2012 ελέγχθηκαν συνολικά 2.719 καλλιέργειες αίματος. Η απομόνωση και ταυτοποίηση των παθογόνων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με κλασικές μικροβιολογικές μεθόδους. Για τον έλεγχο ευαισθησίας που πραγματοποιήθηκε σε ημιαυτόματους/αυτόματους αναλυτές (Wider-Soria/Microscan-Siemens) και τη φαινοτυπική ανίχνευση παραγωγής ευρέως φάσματος β-λακταμινών, μεταλλο-β-λακταμινών τύπου MBL και καρβαπενεμικών τύπου KPC ακολουθήθηκαν οι οδηγίες του CLSI. Ο έλεγχος ευαισθησίας επιβεβαιώθηκε με E-test όπου κρίθηκε απαραίτητο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα Gram (-) ήταν η αιτία της βακτηριαμίας στο 53,6%, τα Gram (+) στο 42,6%, είδη *Candida* στο 3,2% και τα αναερόβια στο 0,6%. Μεταξύ των Gram (-) πιο συχνά απομονώθηκαν στελέχη *K. pneumoniae*, *A. baumannii* και *P. aeruginosa*: 36.1, 29.3 και 17.4% αντίστοιχα. Από τα *Enterobacteriaceae* τα 28,2% παρήγαγαν MBL και 22,8% KPC, ενώ 7,7% των *K. pneumoniae* και το 21% των ειδών *Enterobacter* ήταν ανθεκτικά στην κολιστίνη. Μεταξύ των στελεχών *P. aeruginosa* το 37,5% ήταν MBL (+). Από τα Gram (+) οι CoNS απομονώθηκαν σε ποσοστό 78,6% και ακολουθούσαν οι *Enterococcus spp* (15,6%) και *S. aureus* (2,7%). Συνολικά 90,8% των σταφυλόκοκκων ήταν ανθεκτικοί στη μεθικιλίνη, ενώ το 11,4 και το 42,9% των *E. faecalis* και *E. faecium* αντίστοιχα ήταν ανθεκτικοί στη βανκομυκίνη. Οι *C. albicans* και *C. parapsilosis* ήταν οι συχνότεροι βλαστομύκητες: 44,7 και 36,8% αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: α) Τα Gram (-) βακτήρια αποτελούν την πλέον συχνή αιτία βακτηριαμίας μεταξύ ασθενών της ΜΕΘ β) Παρατηρείται εκσεσημασμένη αντοχή στις καρβαπενέμες σε στελέχη *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* και *A. baumannii*: 71,7, 56,2 και 88,9% αντίστοιχα γ) Οι CoNS εμφανίζουν σημαντική αντοχή 22,1% στο νεότερο αντιμικροβιακό linezolid.

36. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΣΕ ΚΑΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΠΕΝΤΕ ΕΤΩΝ

Α. Φέρκε¹, Ε. Σταυρούλης¹, Δ. Χατζηδάκη¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Γ. Ντέτσικας², Χ. Παλιούρας²

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου, ²Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η πενταετή μελέτη αιμοκαλλιέργειών και περιτοναϊκού υγρού που προέρχονται από τις παθολογικές και χειρουργικές κλινικές του νοσοκομείου Ρόδου και η αξιολόγηση της συχνότητας απομόνωσης των μικροβιακών στελεχών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάσαμε την περίοδο 01/2007 έως 12/2012 αιμοκαλλιέργειες προερχόμενες από 4234 ασθενείς και καλλιέργειες περιτοναϊκού υγρού από 368 ασθενείς. Τα δείγματα εμβολοδόθηκαν σε 9302 φιαλίδια (αερόβια / αναερόβια) και επωάστηκαν σε αυτοματοποιημένο κλίβανο BACT-ALERT. Τα θετικά δείγματα ανακαλλιεργήθηκαν σε αιματούχο, Mac Conkey και Sabouraud agar και ταυτοποιήθηκαν με VITEK 32, Enterotube II και Oxiferm.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βρέθηκαν 1023 θετικές αιμοκαλλιέργειες και 49 από καλλιέργειες περιτοναϊκού υγρού, όπως απεικονίζονται στον ακόλουθο πίνακα:

ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ n=1072	ΚΑΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ %	ΚΑΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ %
STAPHYLOCOCCUS CNS	31,7	34,8
STAPHYLOCOCCUS MRSA	14,2	16,3
STAPHYLOCOCCUS MSSA	13,6	14,3
STREPTOCOCCUS SPP	3,7	12,2
KLEBSIELLA PNEUMONIAE	19,8	4,0
E. COLI	7,3	6,1
PROTEUS MIRABILIS	1,6	2,0
SERRATIA SPP	0,6	-
SALMONELA SPP	0,4	-
PSEUDOMONAS SPP	4,1	10,2
ACINETOBACTER SPP	3,0	-

Σε 9 βακτηριαμίες με *Klebsiella pneumoniae* απομονώθηκαν επιπλέον μύκητες του γένους *Candida* και σε 14 καλλιέργειες περιτοναϊκού υγρού αναπτύχθηκε αποκλειστικά *Candida spp*.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη μικροβιακών στελεχών κατά την τελευταία πενταετία απέδειξε μεγαλύτερη συχνότητα απομόνωσης σταφυλόκοκκων σε καλλιέργειες αίματος (59,5%) και περιτοναϊκού υγρού (65,4%) συγκριτικά με τα Gram (-) βακτηρίδια.

37. ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΟΚΚΥΤΗ

Ε. Πετρίδου, Ε. Κουτούζης, Π. Ιορδάνου, Α. Στάθη, Β. Κοντογιάννη, Α. Χαρισιάδου, Μ. Γιαννάκη

Μικροβιολογικό Εργαστήριο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της εργαστηριακής προσέγγισης περιπτώσεων κοκκύτη που διαγνώστηκαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Νοσοκομείου μας καθώς και η εκτίμηση της ανοσιακής κατάστασης υγιών ενηλίκων έναντι της *Bordetella pertussis*.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το χρονικό διάστημα από 1/10/2009 έως 31/12/2012 εξετάστηκε ρινικό έκπλυμα ή ρινοφαρυγγικό επίχρισμα 625 παιδιών με κλινικές εκδηλώσεις κοκκύτη. Σε όλα τα δείγματα αναζητήθηκε το γονιδίωμα της *Bordetella*. Για την εξαγωγή DNA χρησιμοποιήθηκε το αυτόματο σύστημα Magna Pure-ROCHE. Για την ανίχνευση του γονιδιώματος *B pertussis* και *parapertussis* εφαρμόστηκε Multiplex Real Time PCR (LightCycler 2.0 - ROCHE). Από τα 625 δείγματα τα 175 παράλληλα καλλιεργήθηκαν σε υλικά Bordet-Gengou και Charcoal agar.

Για την εκτίμηση της ανοσιακής κατάστασης εξετάστηκαν 500 δείγματα ορού υγιών ατόμων ηλικίας 20-40 ετών. Αναζητήθηκαν IgG αντισώματα έναντι της *B pertussis* με ανοσοενζυμική τεχνική (ELISA Nova Tec).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 625 δείγματα που εξετάστηκαν με PCR βρέθηκαν θετικά τα 195 (31,2%): 179 για *B pertussis* και 16 για *parapertussis*. Από τα 175 δείγματα που εξετάστηκαν με καλλιέργεια βρέθηκαν θετικά τα 26 (14,8%): 25 για *B pertussis* και ένα για *B parapertussis*.

Αντισώματα έναντι της *B pertussis* ανιχνεύθηκαν σε 62 από τα 500 δείγματα ορού (12,4%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι περιπτώσεις με κλινική υποψία κοκκύτη θα πρέπει να επιβεβαιώνονται εργαστηριακά με PCR ή ειδική καλλιέργεια ώστε να αποφεύγεται ο κίνδυνος υποδιάγνωσης.

Η προστασία των ενηλίκων έναντι του κοκκύτη είναι περιορισμένη γι' αυτό και οι ενήλικες που νοσούν αποτελούν την κύρια δεξαμενή της *Bordetella* και μολύνουν τα βρέφη. Οι περιπτώσεις ενηλίκων με παρατεταμένο βήχα θα πρέπει να ελέγχονται για λοίμωξη από *Bordetella* με καλλιέργεια και PCR σε δείγμα αναπνευστικού ή με αναζήτηση IgM, IgA και IgG ειδικών αντισωμάτων στον ορό.

Πρέπει να ακολουθείται με ακρίβεια το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού στην παιδική ηλικία αλλά ο εμβολιασμός θα πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε δέκα χρόνια, αν όχι στο γενικό πληθυσμό, τουλάχιστον στα άτομα που ασχολούνται με νεογνά και βρέφη.

38. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΘΟΔΟΥ QUANTIFERON-TB GOLD IN-TUBE ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Σ. Καραμπέλα, Δ. Παπαβέντσης, Ε. Κούκια, Ι. Μαρίου, Ε. Κωνσταντινίδου, Ι. Παπαζαχαρία, Π. Ιωαννίδης, Β. Μαργαρίτη, Ε. Βογιατζάκης

Μικροβιολογικό Εργαστήριο και Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων (ΕΚΑΜ), ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση των απροσδιοριστων αποτελεσμάτων της εμπορικής μεθόδου ανίχνευσης παραγωγής ιντερφερόνης-γ Quantiferon-TB Gold In-Tube (Cellestis Ltd, Australia) στην κλινική πράξη.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διάρκεια της διατίας 2011 – 2012, εξετάστηκαν 3166 ασθενείς με πιθανή λανθάνουσα ή ενεργό φυματίωση. Εξ αυτών, 2153 (68%) δείγματα προέρχονταν από ασθενείς του νοσοκομείου μας. Η μέθοδος εφαρμόστηκε σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή (*cut-off: TBantigen minus Nil <0.35 IU/ml*). Απροσδιόριστα θεωρήθηκαν αποτελέσματα με μειωμένη απάντηση σε μιτογόνο και αρνητικό TB αντιγόνο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Απροσδιόριστο αποτέλεσμα βρέθηκε σε 167 (5,3%) ασθενείς. Εξ αυτών, 87 (52%) ήταν ανοσοκατασταλμένοι και 80 (48%) ανοσοεπαρκείς. Το 95% των απροσδιοριστων αποτελεσμάτων οφειλόνταν σε αποτυχία του θετικού μάρτυρα. Το αποτέλεσμα της δερμοαντίδρασης *mantoux* ήταν γνωστό σε 107 περιπτώσεις (σε 91 ήταν αρνητικό και σε 16 θετικό). Τα απροσδιόριστα αποτελέσματα συσχέτιστηκαν σημαντικά με μεγαλύτερες ηλικίες ασθενών (60% ασθενείς >60 ετών), υποκείμενη ανοσοκαταστολή (75% ασθενείς με κακοήθεια, αυτοάνοσα νοσήματα και κορτιζονοθεραπεία) και πρόλευση του δείγματος από επαρχιακά νοσοκομεία (14/59 [24%] απροσδιόριστα σε δείγματα επαρχιακών νοσοκομείων έναντι 89/954 [9,3%] από νοσοκομεία Αττικής και 64/2153 [3%] σε εσωτερικούς ασθενείς). Η επανεξέταση σε νέο δείγμα μετά από την παρέλευση μηνός σπανίως συνέβαλε στη διάγνωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην παρούσα εργασία η μέθοδος Quantiferon έδωσε παρόμοια ποσοστά απροσδιοριστων αποτελεσμάτων με τα αναφερόμενα στη διεθνή βιβλιογραφία. Η αξιολόγηση σε ηλικιωμένους ασθενείς και ανοσοκατασταλμένους πρέπει να γίνεται με προσοχή. Τεχνικά προβλήματα σε σχέση με τη λήψη και μεταφορά δειγμάτων από απομακρυσμένα νοσοκομεία ή ιδιώτες ιατρούς θα πρέπει να επιλύονται με την τήρηση των παρεχόμενων οδηγιών και την κατάλληλη εκπαίδευση.

39. ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ SHOCK ΕΠΙΜΥΩΝ W1STAR ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΣΚΟΡΒΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ

Τ. Δασκάλου¹, Χ. Χατζηελευθερίου¹, Σ. Καρκαμπούνιας¹, Μ. Καραμούζης²

¹Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ²Εργαστήριο Βιοχημείας Ιατρικής Σχολής ΑΠ Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: α) Να μελετηθεί η δράση του ασκορβικού οξέος (ΑΟ) στην έκβαση του αναφυλακτικού shock που προκαλεί ο Παράγοντας Ενεργοποίησης των Αιμοπεταλίων (PAF) και β) Να συσχετισθεί η δράση αυτή με την παραγωγή Ορομυοελαστίνης Α₂ (TXA₂).

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 50 θήλειες επίμυες W1STAR, ηλικίας οκτώ μηνών και βάρους 250±35 γρ. χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη μας. Αρχικά έγινε αναισθητοποίηση των ζώων με κεταμίνη και μιδαζολάμη και κατόπιν αιμοληψία από την έξω σφαγιτίδα τους για τον προσδιορισμό των επιπέδων TXA₂. Μετά, τα ζώα χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: την ομάδα ελέγχου (μάρτυρες) και την ομάδα πειράματος. Στην ομάδα πειράματος χορηγήθηκε ενδοφλεβίως ο PAF σε θανατηφόρα δόση (12 μg/kg bw). Στην ομάδα ελέγχου χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως 250-350 mg ΑΟ, ενώ πέντε λεπτά αργότερα χορηγήθηκε και ο PAF επίσης σε θανατηφόρα δόση. Δέκα λεπτά μετά τη χορήγηση του PAF έγινε νέα αιμοληψία σε όλα τα ζώα με σκοπό τον προσδιορισμό των επιπέδων TXA₂. Για την πραγματοποίηση των πειραμάτων χρησιμοποιήθηκαν ο φυσιογράφος MK-III της Narko-bio-system και ένας καρδιογράφος 12 απαγωγών της FUCUDA. Η TXA₂ προσδιορίστηκε με RIA σε γ-κάμερα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλα τα πειρατόζωα της ομάδας πειράματος κατέληξαν. Τα ζώα της ομάδας ελέγχου επιβίωσαν σε ποσοστό 45%. Το υπόλοιπο 55% κατέληξε. Τα επίπεδα της TXA₂ στο πλάσμα των ζώων πριν την έγχυση του PAF ήταν: 870±25 pg TXA₂/ml πλάσματος. Τα επίπεδα της TXA₂ στην ομάδα πειράματος μετά την έγχυση του PAF ήταν: 1100±12 pg TXA₂/ml πλάσματος. Στην ομάδα ελέγχου, μετά την έγχυση ΑΟ τα επίπεδα της TXA₂ ήταν: 387.5±51 pg TXA₂/ml πλάσματος. Τέλος, μετά την έγχυση του ΑΟ και δέκα λεπτά μετά τη χορήγηση του PAF η TXA₂ ήταν: 787.5±42 pg TXA₂/ml πλάσματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα δεδομένα δείχνουν ότι το ΑΟ παρατείνει το χρόνο επιβίωσης των πειραματοζώων που υπέστησαν αναφυλακτικό shock από τη δράση του PAF και συγχρόνως ελαττώνει τα επίπεδα της TXA₂ στο πλάσμα των ζώων. Είναι λοιπόν πιθανόν το ΑΟ να δρα με έναν μηχανισμό παρόμοιο με αυτόν των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών ουσιών και μάλιστα σε ανάλογο επίπεδο με αυτές κατά την πορεία των χημικών αντιδράσεων.

40. ΟΡΟΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ

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

Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η οροεπιδημιολογική διερεύνηση του επιπολασμού της ηπατίτιδας Α, της ηπατίτιδας Β και της ηπατίτιδας C σε πρωτοετείς μαθητές στρατιωτικών σχολών σε χρονική περίοδο 2 ετών προκειμένου να διεξαχθεί πρόγραμμα εμβολιασμού σε όσους ήταν απαραίτητο για την ηπατίτιδα Α και την ηπατίτιδα Β.

ΥΛΙΚΑ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν οι οροί 1.100 πρωτοετών μαθητών με ηλικία 19 ± 1,5 έτη από 1/10/2006 έως 31/11/2008. Οι οροί τους ελέγχθηκαν για αυστραλιανό αντιγόνο και αναζητήθηκαν οι δείκτες ηπατίτιδας Β (anti-HBs και anti-HBc). Ελέγχθηκαν ταυτόχρονα και για αντισώματα έναντι των ιών της ηπατίτιδας Α και της ηπατίτιδας C. Χρησιμοποιήθηκε ανοσοενζυμική μέθοδος για το αυστραλιανό αντιγόνο και για τα αντισώματα έναντι των ιών των ηπατιτίδων Α, Β και C.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 1.100 ελεγχθέντες ορούς βρέθηκε ότι α) οι 944 είχαν ήδη εμβολιασθεί έναντι της ηπατίτιδας Β (85,82%), β) οι 5 είχαν έρθει στο παρελθόν σε επαφή με τον ιό (0,45%), γ) οι 291 είχαν αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας Α (26,45%) και δ) όλοι είχαν αρνητικά αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας C.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι περισσότεροι από τους μαθητές σε ποσοστό 85,82% είχαν εμβολιασθεί έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β σε μικρότερη ηλικία.

Το ποσοστό της εμβολιαστικής κάλυψης έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β είναι πολύ υψηλό σε σχέση και με άλλες αντίστοιχες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και μπορεί να αποδοθεί στην αποτελεσματικότητα του εμβολιαστικού προγράμματος και πιθανώς θα οδηγήσει σε περαιτέρω μείωση της επίπτωσης της νόσου.

Αντιθέτως μικρό ήταν το ποσοστό 26,45% των μαθητών που είχαν εμβολιασθεί έναντι του ιού της ηπατίτιδας Α σε μικρότερη ηλικία.

Ετησίως εμφανίζονται περίπου 1,5 εκατομμύρια νέα κρούσματα ηπατίτιδας Α σε όλο τον κόσμο. Το γεγονός ότι στη χώρα μας εξακολουθούν να εμφανίζονται νέα κρούσματα και κατά διαστήματα να εκδηλώνονται επιδημίες όπως έγινε το 2007 υποδηλώνει την ανάγκη παρακολούθησης της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού και τη λήψη μέτρων για την ενίσχυσή της.

41. ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΑ ΑΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟ ΥΓΡΟ ΚΑΙ ΣΤΟΜΙΟ ΕΞΟΔΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΕΠΙΣΟΔΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ

Π. Κωνσταντοπούλου¹, Μ. Καμπερογιάννη¹, Μ. Ορφανίδου¹, Γ. Γκαντέρης¹, Γ. Τσιρπανλής², Ν. Αφεντάκης³, Ε. Βαγιάνου¹, Ε. Μαλάμου-Λαδά¹

¹Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», ²Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», ³Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή του είδους και της ευαισθησίας στα αντιβιοτικά βακτηρίων απομονωθέντων από καλλιέργεια περιτοναϊκού υγρού (ΠΥ) και στομίου εξόδου περιτοναϊκού καθετήρα (ΕΠΚ) σε ασθενείς υπό συνεχή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΠΚ) με επεισόδια περιτονίτιδας σε μία τριετία (1/1/2010 έως 31/10/2012) σε τριτοβάθμιο Νοσοκομείο

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διάρκεια της μελέτης στάλθηκαν 752 δείγματα ΠΥ από 66 ασθενείς και 52 δείγματα ΕΠΚ από 25 εκ των 66 ασθενών. ΠΥ με > 50 λευκοκύτταρα/μλ και πολυμορφοφυρικό τύπο καθώς και όλα τα δείγματα από το στόμιο εξόδου των περιτοναϊκών καθετήρων καλλιεργήθηκαν για αερόβια, αναερόβια βακτήρια και μύκητες στα κατάλληλα θρεπτικά υλικά. Τα απομονωθέντα βακτήρια ταυτοποιήθηκαν με αυτόματα συστήματα. Η ευαισθησία στα αντιβιοτικά ελέγχθηκε με τις συμβατικές μεθόδους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 66 ασθενείς διαγνώσθηκαν 129 επεισόδια περιτονίτιδας, 83 με θετικές καλλιέργειες (64%) και 46 με αρνητικές (36%) ΠΥ. Τα επεισόδια μη λοιμώδους ρωσνοφιλικής περιτονίτιδας εξαιρέθηκαν από τα επεισόδια περιτονίτιδας με αρνητική καλλιέργεια. Από τις 83 θετικές καλλιέργειες ΠΥ μονομικροβιακές ήταν οι 68 (82%) και πολυμικροβιακές οι 15 (18%). Από την καλλιέργεια των 52 δειγμάτων ΕΠΚ οι 43 ήταν θετικές (83%) και οι εννέα αρνητικές (17%). Σε 14 καλλιέργειες ΠΥ και ΕΠΚ των ίδιων ασθενών απομονώθηκε το ίδιο βακτήριο και ειδικότερα 5 στελέχη *S. aureus* ευαίσθητα στη μεθικιλίνη, 5 κοκαγκουλάση αρνητικοί σταφυλόκοκκοι (3 με αντοχή στη μεθικιλίνη), 2 *P. aeruginosa* (όλες ευαίσθητες στη ceftazidime και μία με αντοχή στην aztreonam), 1 *P. mirabilis*, 1 *Citrobacter freundii*.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της μελέτης σημειώθηκαν 129 επεισόδια περιτονίτιδας σε 66 ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση. Στο 64% των επεισοδίων και στο 83% των καλλιεργείων των εξόδων περιτοναϊκών καθετήρων απομονώθηκαν βακτήρια. Περιτονίτιδα σχετιζόμενη με καθετήρα διαπιστώθηκε σε 14 ασθενείς με απομόνωση ιδιαίτερα παθογόνων βακτηρίων (*S. aureus*, *P. aeruginosa*), γεγονός που συνεκτιμάται όσον αφορά τη διατήρηση του καθετήρα.

42. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ERYSIPELOTHRIX RHUSIOPATHIAE

Ε. Μπελεσιώτου, Ε. Περιβολιώτη, Ζ. Φαρουδάκη, Μ. Νέπκα, Α. Νιαβή, Μ. Γκίκα, Α. Μανδραπήλια, Ε. Κόκκαλη, Χ. Μπέλτσας, Α. Αργυροπούλου
Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Το ευρέως διαδεδομένο στο περιβάλλον βακτηρίδιο *Erysipelothrix rhusiopathiae* προκαλεί λοιμώξεις σε ζώα και ψάρια. Στον άνθρωπο προκαλεί ριμωξή μαλακών μορίων ή οποία μπορεί να είναι αυτοπεριοριζόμενη, εντοπισμένη ή διάχυτη δερματική έως συστηματική (βακτηριαμία). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η επισήμανση της ορθής ταυτοποίησης *E. rhusiopathiae* και της κατάλληλης με βάση το αντιβιογράμια θεραπευτικής αγωγής

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά την τελευταία τετραετία έγινε ανίχνευση μικροοργανισμών σε 15651 βιολογικά δείγματα ασθενών τεταρτοβάθμιου νοσοκομείου ύποπτα για λοίμωξη. Στη χρώση κατά Gram υλικού τριών ασθενών ανευρέθη θετικό κατά Gram βακτηρίδιο με πολυμορφισμό το οποίο ταυτοποιήθηκε ως *E. rhusiopathiae*. Ο πρώτος ασθενής έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη με ακρωτηριασμό των δύο κάτω άκρων, ο δεύτερος έφερε τραύματα κάτω άκρων από τροχαίο ατύχημα ενώ ο τρίτος ασθενής ήταν κτηνοτρόφος και έπασχε από αλκοολική κίρρωση με ασκίτη. Στους δύο πρώτους απομονώθηκε από δείγματα μαλακών μορίων ενώ στον τρίτο απομονώθηκε από το περιτοναϊκό υγρό. Και οι τρεις ασθενείς είχαν πυρετό αλλά όλες οι αιμοκαλλιέργειες ήταν αρνητικές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το στέλεχος του πρώτου ασθενούς ήταν ανθεκτικό στην Penicillin που αποτελεί φάρμακο πρώτης επιλογής και ανθεκτικό στα θεραπευτικά δεύτερης επιλογής Ciprofloxacin, Clindamycin, Ceftriaxone, Imipenem, αλλά ευαίσθητο σε Daptomycin, Linezolid, Tigecycline. Τα στελέχη *E. rhusiopathiae* του δεύτερου και τρίτου ασθενούς ήταν πολυευαίσθητα (εκτός βεβαίως από τη χαρακτηριστική ενδογενή αντοχή όλων των *E. rhusiopathiae* στην Vancomycin).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ορθή ταυτοποίηση του *E. rhusiopathiae* είναι πολύ σημαντική (διότι στη βιβλιογραφία αναφέρεται λανθασμένη ταυτοποίηση ως *Lactobacillus* ή *Enterococcus species*). Πρέπει να μην λησμονείται σε λοίμωξη που δεν ανταποκρίνεται σε εμπειρική αγωγή με Vancomycin (έναρξη αγωγής έπειτα από αναφερόμενο θετικό κατά Gram μικροοργανισμό από το αρχικό υλικό) διότι έχει αντοχή στην Vancomycin. Η θεραπευτική αγωγή πρέπει να χορηγείται με βάση το αντιβιογράμια συμβάλλοντας σε ταχύτερη ίαση, μείωση του κινδύνου υποτροπών και περιορισμό της χρήσης μη κατάλληλων αντιβιοτικών που οδηγούν σε αύξηση των δεικτών αντοχής.

43. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Ε. Σταυρούλη¹, Α. Φέρεκ¹, Δ. Χατζηδάκη¹, Ν. Λαουδίκος¹, Γ. Ντέτσας², Χ. Παλιούρας²

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου, ²Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων καλλιεργείων περιτοναϊκού υγρού όπως και η συσχέτιση με το χρόνο θετικοποίησης τους σε ασθενείς υπό Π.Κ (APD).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 292 δείγματα περιτοναϊκού υγρού προερχόμενα από το νεφρολογική κλινική του νοσοκομείου μας την περίοδο 2009-2012. Πραγματοποιήθηκε καταμέτρηση των κυττάρων, χρώση Gram και καλλιέργεια αρχικά σε φιάλες που επωάστηκαν σε αυτοματοποιημένο κλίβανο Bact-alert. Τα θετικά φιαλίδια ανακαλλιεργήθηκαν σε αιματούχο, Mac Conkey και Sabouraud agar. Τα στελέχη ταυτοποιήθηκαν με κλασικές μεθόδους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Απομονώσαμε 32 στελέχη: 24 Gram+ (11 Staphylococcus aureus, 9 CNS, 4 Enterococcus spp), 6 Gram- (3 E. coli, 2 Klebsiella pneumoniae, 1 Pseudomonas aeruginosa) και 2 μύκητες του γένους Candida. Ο χρόνος θετικοποίησης των καλλιεργείων κυμαίνεται από 9-44 ώρες με 80% σε περισσότερο από 16 ώρες. Αναλυτικά:

ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ %	ΧΡΟΝΟΣ ΘΕΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ
Staphylococcus aureus	34.3	17.5 ώρες
CNS	28.5	15,5 »
Enterococcus spp	12.5	16,3 »
E. coli	9.3	9,5 »
Klebsiella pneumoniae	6.2	9,2 »
Pseudomonas aeruginosa	3.1	17,2 »
Candida	6.2	44,5 »

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μικροβιακή περιτονίτιδα αφορά το 10,8% του συνόλου των ασθενών υπό ΠΚ στο νοσοκομείο μας και ο Staphylococcus spp είναι το συχότερο αίτιο μικροβιακής λοίμωξης. Η χρήση νεότερων τεχνικών συνδεσμολογίας και η εφαρμογή αυτοματοποιημένης περιτοναϊκής κάθαρσης έχουν μειώσει τα επεισόδια της μικροβιακής περιτονίτιδας. Ωστόσο ο χρόνος εργαστηριακής διάγνωσης πρέπει να είναι σύντομος και να θέτει άμεσα τις πολύτιμες πληροφορίες στους κλινικούς ιατρούς.

44. Η ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΒΑΚΤΗΡΙΟΥΡΙΑ.

Π. Μπολάνης¹, Ε. Μπάρα², Π. Βέργου³

¹Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, τ. 3ο θεραπευτήριο Βραχείας Νοσηλείας ΙΚΑ, ²Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου, ³Βιοπαθολογικό Εργαστήριο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας

ΣΚΟΠΟΣ: Από παρατηρήσεις σε νεφρολογικούς ασθενείς έχουμε συνάξει εμπειρικές και ερευνητικές παρατηρήσεις ότι η βαρύτητα του νεφρικού προβλήματος συσχετίζεται με χαμηλή βακτηριουρία σε ουρολοιμώξεις. Εξετάσαμε τη διαφοροποίηση στην ανάπτυξη των ουροκαλλιεργείων ανάλογα με τη βαρύτητα της λοίμωξης αναγόμενης από την παρουσία διαφόρων ποιοτήτων κυλινδρών και το βεβαιωμένο βαθμό της νεφρικής δυσλειτουργίας.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ: Σε 369 ασθενείς από διάφορες κλινικές συμπεριλαμβανόμενες της παθολογικής, νεφρολογικής, ουρολογικής, χειρουργικής έγινε συννεκτίμηση της ουροκαλλιέργειας και της μικροσκοπικής εξέτασης ούρων όπου και συγκρίναμε τη σοδεία της καλλιέργειας, την ανάπτυξη του ολικού αριθμού αποικιών ή ολικής συγκέντρωσης αποικιών μικροοργανισμών (ΟΣΑΜ), αναφορικά με την παρουσία διαφόρων ποιοτήτων κυλινδρών, κυρίως των υαλοκοκκιδίων, των ερυθροκυτταρικών, των λευκοκυτταρικών. Διαδοχικές μετρήσεις ουρίας και κρεατινίνης χρησιμοποιήθηκαν ειδικά σε νεφρολογικούς ασθενείς. Στατιστική σύγκριση έγινε βάσει μη παραμετρικής μεθόδου (Kruskal- Wallis)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 369 ασθενείς οι 8 παρουσίασαν πύωδες κυλινδρούς, οι 4 ερυθροκυτταρικούς και οι 24 υαλοκοκκιδείς. Η ΟΣΑΜ στην απουσία πυωδών ήταν υπερδιπλάσια από επί παρουσίας, σε βαθμό στατιστικής σημαντικότητας ($p < 0,05$), ενώ σε άλλους κυλινδρούς, αν και παρατηρήθηκε η ίδια εικόνα, δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Επίσης οι τιμές ουρίας και κρεατινίνης επιβεβαιώθηκαν ως μεγαλύτερες -μέχρι και 5πλάσιες της μέσης τιμής- επί παρουσίας κυλινδρών, αν και η στατιστική σημαντικότητα δεν μπορούσε να επιβεβαιωθεί λόγω μικρής δύναμης των δειγμάτων (statistical power size).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η βαρύτητα νεφρικής λοίμωξης συσχετίζεται με χαμηλότερη σοδεία στην καλλιέργεια ούρων. Αυτό σημαίνει ότι το κατώφλι θετικότητας επηρεάζεται από τη βαρύτητα της νεφρικής νόσου και είναι κατώτερο αναγκαστικά από τα συνήθη πρότυπα. Η μικροσκοπική εξέταση πρέπει να συνεκτιμάται και η παρουσία κυλινδρών συμβάλλει στην αναγνώριση και την αξιολόγηση χαμηλής βακτηριουρίας.

45. ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΕΡΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΣΕ ΥΓΙΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Δ. Παπαδόπουλος¹, Ε. Σταυρούλης¹, Γ. Καλλιγιάς², Ε. Καλπαχίδου², Α. Μηλιώρη², Δ. Χατζηδάκη¹, Δ. Φέρεκ¹

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου, ²Βιοχημικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Στους διαβητικούς ασθενείς η μακροαγγειοπάθεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου προκαλώντας το 75% των θανάτων συγκριτικά με το 35% στους ασθενείς χωρίς διαβήτη. Προκειμένου να ελαττωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης σοβαρής αθηροσκλήρωσης οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει να έχουν μεταξύ άλλων επίπεδα τριγλυκεριδίων κάτω από 160 mg/dl. Σκοπός της εργασίας μας είναι να μελετήσουμε τον επιπολασμό της υπερτριγλυκεριδαίμιας μεταξύ διαβητικών ασθενών και μη στο νησί της Ρόδου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην περίοδο 01-01-2010 έως 31-12-2012 μελετήθηκαν 870 διαβητικοί ασθενείς εκ των οποίων οι 538 ήταν γυναίκες και οι 332 άντρες και 2640 μη διαβητικά άτομα εκ των οποίων 1380 ήταν γυναίκες και 1260 άνδρες. Οι συγκεντρώσεις των τριγλυκεριδίων μετρήθηκαν με ενζυμική χρωματομετρική μέθοδο στο βιοχημικό αναλυτή Olymrus Au2700 της Siemens. Τιμές τριγλυκεριδίων άνω των 160 mg/dl θεωρήθηκαν παθολογικές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 870 διαβητικούς το 61,8% (538) είναι γυναίκες και το 38,2% (332) είναι άνδρες. Το 31,4% (273) των διαβητικών και το 15,4% (406) των μη διαβητικών βρέθηκαν να έχουν αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων. Στις διαβητικές γυναίκες το 32,3% (174) παρουσιάζει αυξημένα τριγλυκερίδια ενώ στις μη νοσούντες παρουσιάζει το 14,6% (201). Στους διαβητικούς άνδρες το 29,8% (99) παρουσιάζει αυξημένα τριγλυκερίδια σε αντιστοιχία με το 16,3% (205) στους μη νοσούντες. Η συχνότητα της υπερτριγλυκεριδαίμιας στον πληθυσμό που δεν νοσεί είναι 15,4% ενώ στους διαβητικούς είναι πάνω από το διπλάσιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην περιοχή μας η συχνότητα του διαβήτη είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες. Το ποσοστό με υπερτριγλυκεριδαίμια στις γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη είναι 2,2 φορές μεγαλύτερο από τις μη νοσούντες και στους άνδρες με διαβήτη 1,8 μεγαλύτερο των μη νοσούντων. Η υψηλή συχνότητα υπερτριγλυκεριδαίμιας στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη συνεπάγεται και μεγαλύτερο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

46. ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΝΕΟΥ ΚΛΩΝΟΥ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Π. Ιωαννίδης¹, Σ. Τσικριά², Δ. Παπαβέντσης¹, Α. Παπαβασιλείου², Σ. Καραμίτσα¹, Ι. Μαρίνου¹, Ε. Κωνσταντινίδου¹, J. De Beer³, M. Stone⁴, D. Van Sooling³, F. Drobniewski⁴, K. Κωνσταντίνου², Ε.Δ. Βογιατζάκης¹

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων (ΕΚΑΜ), ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», ²Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», ³National Tuberculosis Reference Laboratory, RIVM, The Netherlands, ⁴National Mycobacterium Reference Laboratory, Health Protection Agency, Bart's and the London Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, London, UK

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση πιθανής διασποράς στελέχους πολυανθεκτικής φυματίωσης (MDR-TB) σε Έλληνες ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Τα στελέχη απομονώθηκαν την περίοδο 2009-2012 από Έλληνες ασθενείς, ηλικίας plus και MTBDRsl (Hain Lifescience, Germany). Πραγματοποιήθηκε γονοτυπική ανάλυση (MIRU-VNTR, 24-loci) σε συνεργασία με τα Κέντρα Αναφοράς Φυματίωσης Ολλανδίας (RIVM) και Ηνωμένου Βασιλείου (Health Protection Agency, Λονδίνο).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν τέσσερα στελέχη MDR-TB, με τον συνδυασμό των εξαιρετικά σπάνιων μεταλλάξεων H526D στο γονίδιο *groB* και S315T2 στο γονίδιο *katG*, που προκαλούν αντοχή στη ριφαμικίνη και την ισονιαζίδη, αντίστοιχα. Σε δύο στελέχη, εντοπίστηκε και η μετάλλαξη A90V στο γονίδιο *gyrA*, που ενέχεται στην ανάπτυξη αντοχής στις κινολόνες και σε ένα μεικτός πληθυσμός, αγρίου και μεταλλαγμένου (*gyrA* A90V) τύπου. Φαινοτυπικά, επιβεβαιώθηκε σε όλες τις περιπτώσεις το γενετικό αποτέλεσμα. Η γονοτυπική ανάλυση ομαδοποίησε τα στελέχη σε ένα ξεχωριστό *cluster*, της οικογένειας *Haarlem*, κυρίαρχη στην Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη, αλλά και με παγκόσμια διασπορά. Το συγκεκριμένο *cluster* δεν έχει ξαναφερθεί διεθνώς. Επιδημιολογική συσχέτιση επιβεβαιώθηκε σε 2 περιπτώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενεργός διασπορά στελέχους MDR-TB, υποδηλώνει την επιτακτική ανάγκη εφαρμογής των εθνικών και ευρωπαϊκών κατευθυντήριων οδηγιών αντιμετώπισης της πολυανθεκτικής φυματίωσης στη χώρα μας. Η μοριακή γονοτυπική ανάλυση σε πραγματικό χρόνο, είναι σημαντικό εργαλείο για την επιδημιολογική διερεύνηση και πρόληψη της διασποράς της νόσου.

47. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΘΡΟΜΒΟΞΑΝΗΣ-A2 ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΔΙΕΓΕΡΤΕΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

Τ. Δασκάλου¹, Χ. Χατζηλευθερίου¹, Σ. Καρκαμπούνας¹, Μ. Καραμούζης²

¹Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ²Εργαστήριο Βιοχημείας Ιατρικής Σχολής ΑΠ Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: α) Να μελετηθεί η σχέση της Αιμοπεταλιακής Σύσσωρευσης (ΑΣ) με την παραγωγή θρομβοξάνης A₂ (TxA₂) από τα αιμοπετάλια και β) Να μελετηθεί ο ρόλος του ασκορβικού οξέος (ΑΟ) και της τριμεταζιδίνης (TMZ) – που είναι ουσίες με ιδιότητες εκκαθαριστών Ελευθέρων Ριζών Οξυγόνου (ΕΡΟ) – στην ΑΣ και στην παραγωγή TxA₂.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 28 υγιείς εθελοντές έλαβαν μέρος στη μελέτη ως αιμοδότες. Μετά την απομόνωση του πλουσίου σε αιμοπετάλια πλάσματος (PRP) εφαρμόστηκαν σ' αυτό: α) Δοκιμασίες ΑΣ με διεγέρτες το ADP, τον PAF, το αραχιδονικό οξύ, την επινεφρίνη και τη θρομβίνη. β) Μέτρηση παραγωγής TxB₂ (σταθερός μεταβολίτης της TxA₂) με τη μέθοδο RIA (γ-counter). Οι ίδιες δοκιμασίες πραγματοποιήθηκαν με προσθήκη ΑΟ και TMZ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ΑΟ και η TMZ αναστέλλουν την ΑΣ που προκαλείται από την επινεφρίνη, το ADP και τον PAF, ενώ η δράση τους είναι πολύ ασθενής στην ΑΣ που προκαλεί το αραχιδονικό οξύ και η θρομβίνη. Οι ίδιοι αντιοξειδωτικοί παράγοντες μειώνουν την παραγωγή της TxA₂ όταν τα αιμοπετάλια διεγείρονται από ADP, PAF, επινεφρίνη και θρομβίνη, ενώ αφήνουν αμετάβλητα τα επίπεδα της TxA₂ όταν τα αιμοπετάλια διεγείρονται με αραχιδονικό οξύ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όσον αφορά στη διέγερση των αιμοπεταλίων με επινεφρίνη, ADP και PAF, η αναστολή της ΑΣ που προκαλείται από ΑΟ και TMZ συμβαδίζει απόλυτα με ελάττωση της παραγωγής TxA₂ από τα αιμοπετάλια. Όσον αφορά στη διέγερση των αιμοπεταλίων με θρομβίνη, η παραγωγή TxA₂ αναστέλλεται σε σημαντικό ποσοστό ενώ η ΑΣ μένει ανέπαφη από τη δράση του ΑΟ και της TMZ. Αυτό υποδεικνύει ότι η συσσωρευτική δράση της θρομβίνης διαχωρίζεται από την παραγωγή TxA₂. Όσον αφορά στη διέγερση των αιμοπεταλίων με αραχιδονικό, η παραγωγή TxA₂ μένει σχεδόν αμετάβλητη από την προσθήκη ΑΟ και TMZ. Δεδομένου ότι οι δύο αυτές ουσίες προκαλούν μια αναστολή της ΑΣ της τάξης του 25-30% συνάγεται το συμπέρασμα ότι οι δύο αυτοί αντιοξειδωτικοί παράγοντες είναι πιθανόν να δρουν με αναστέλλοντας την παραγωγή TxA₂, αλλά η περίσσεια του αραχιδονικού οξέος – που χορηγείται ως διεγέρτης της ΑΣ – φαίνεται να υπερκαλύπτει την αναστολή της παραγωγής TxA₂, δρώντας ως "πρώτη ύλη" για τα ενζυμικά συστήματα των αιμοπεταλίων.

48. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΣΤΕΡΗΝΟΑΣΚΟΣ CIFERII ΣΕ ΤΕΤΑΡΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε. Μπελεσιώτου, Ε. Περιβολιώτη, Ζ. Ψαρουδάκη, Μ. Νέπκα, Α. Αργυροπούλου

Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι ευκαιριακές μυκητιάσεις στους συνεχώς αυξανόμενους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς αποτελούν σημαντικό διαγνωστικό και θεραπευτικό πρόβλημα. Σημαντικό ρόλο έχει η σωστή ταυτοποίηση των μυκητιακών στελεχών σε επίπεδο είδους και η κατάλληλη σύμφωνη με το αντιμυκητιαγράμμα χορηγούμενη αγωγή. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ορθή διάγνωση της σπάνιας λοίμωξης από *Stephanosascus ciferii* (*Candida ciferii*) η οποία αποτελεί θεραπευτικό πρόβλημα διότι στη βιβλιογραφία αναφέρεται αντοχή του μύκητα *S. ciferii* στη φλουконаζόλη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά την τελευταία διετία έγινε μικροβιολογικός έλεγχος σε 12354 βιολογικά δείγματα ασθενών τεταρτοβάθμιο νοσοκομείου ύποπτα για λοίμωξη. Στη χρώση κατά Gram βιολογικού υλικού δύο νοσηλευόμενων ασθενών από τη μονάδα εντατικής θεραπείας ανευρέθησαν σπόρια μυκήτων. Έπειτα από καλλιέργεια σε θρεπτικά υλικά σε θερμοκρασία 25° C και 37° C αναπτύχθηκαν μύκητες και ταυτοποιήθηκαν με το σύστημα Vitek 2 ως *S. ciferii*. Στον ένα ασθενή απομονώθηκε από ουροκαλλιέργεια και στον έτερο ασθενή από ενδοκοιλιακό απόστημα. Ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιμυκητιακά έγινε με το σύστημα Vitek 2 και με ταινίες E-test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όπως προέκυψε από τον έλεγχο ευαισθησίας στα αντιμυκητιακά και τα δύο στελέχη ήταν ευαίσθητα στη φλουκοκτοσίνη (MIC: 1 S), ιτρακοναζόλη (MIC: 1 S), βορικοναζόλη (MIC: 0.5 S), αμφοτερικίνη Β (MIC: 0.5 S), μικαφουγκίνη (MIC: 0,05 S), κασποφουγκίνη (MIC: 0,19 S) αλλά το στέλεχος του πρώτου ασθενούς ήταν ενδιάμεσης ευαισθησίας στη φλουκοναζόλη (MIC: 16 S) ενώ το άλλο ήταν ανθεκτικό στη φλουκοναζόλη (MIC: 32 I) και ως εκ τούτου η θεραπευτική αγωγή προσαρμόστηκε ανάλογα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ορθή ταυτοποίηση του μύκητα *S. ciferii* σε επίπεδο είδους ως αιτιολογικού παράγοντα λοίμωξης κυρίως σε ομάδες ασθενών υψηλού κινδύνου είναι πολύ σημαντική για τη σωστή και αποτελεσματική χορήγηση με βάση το αντιμυκητιαγράμμα θεραπευτικής αγωγής διότι πιθανόν να εμφανίζει αντοχή στη φλουκοναζόλη.

49. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΟΓΚΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ (MPV) ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ

Β. Γελαδάκη¹, Μ. Τσουκαλά¹, Ε. Γκόβα2, Π. Παρασκευάς², Κ. Φραγκιαδάκη³, Ε. Δεϊλάκης¹, Ι. Λιούρης², Π. Παρασκευοπούλου¹, Ε. Πλατσούκα³

¹Αιματολογικό Τμήμα, Κωνσταντοπούλειο ΓΝΝ Ιωνίας, ²Α' Παθολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο ΓΝΝ Ιωνίας, ³Μικροβιολογικό Τμήμα, Κωνσταντοπούλειο ΓΝΝ Ιωνίας

ΣΚΟΠΟΣ: Ο MPV έχει χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα στη διαφορική διάγνωση κεντρικής και περιφερικής αιτιολογίας θρομβοπενίας. Η βακτηριαίμια αποτελεί μια ανεξέλεγκτη συστηματική φλεγμονώδη διεργασία στην οποία εμπλέκεται και ο μηχανισμός της πήξης. Στην παρούσα μελέτη η τιμή του MPV σε ασθενείς με βακτηριαίμια.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της μελέτης απετέλεσαν 91 ασθενείς, ηλικίας 50-88 ετών, Παθολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου μας με βακτηριαίμια τον τελευταίο χρόνο. Από τους ασθενείς, 37 ανέπτυξαν Gram (+) βακτηριαίμια, 11 Gram (+) και Gram (-) πολυβακτηριαίμια (δύο είδη βακτηρίων) και 43 ανέπτυξαν Gram (-) βακτηριαίμια. Οι ασθενείς διακρίθηκαν σε δύο ομάδες, Ομάδα Α n: 57 (θεραπευθέντες) και Ομάδα Β (καταλήξαντες) n: 34 Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκε γενική αίματος και εκτιμήθηκε ο MPV και ο αριθμός των Αιμοπεταλίων την 1^η ημέρα (προ της Θεραπείας) και την 4^η ημέρα μετά την έναρξη της αγωγής. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό σύστημα SPSS.16

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Ομάδα	MPV (1η ημέρα)	MPV (4η ημέρα) μετά την αγωγή	ΑΜΠ 1η ημέρα	ΑΜΠ (4η ημέρα) μετά την αγωγή
A n: 57 (θεραπευθέντες)	8,6±1,6	8,6±1,3	237,2±121	262,8±134,5
B n: 34 (καταλήξαντες)	8,7±0,9	8,6±0,6	262±159,9	290±144

Η στατιστική συγκριτική ανάλυση ως προς τον MPV και τον αριθμό των Αιμοπεταλίων στις δύο Ομάδες δεν έδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά (p: NS). Η επιπλέον μελέτη των δύο παραμέτρων στην Ομάδα Β δείχνει μια αντίθετη τάση, τάση μείωσης του MPV και αύξησης των αιμοπεταλίων σε συνάρτηση με τις ημέρες Θεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη μας έδειξε ότι ο MPV θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός δείκτης επιβίωσης σε ασθενείς με βακτηριαίμια. Η τεκμηρίωσή του ως προγνωστικό δείκτη επιβίωσης θα γίνει κατόπιν μελέτης μεγαλύτερου αριθμού ασθενών με βακτηριαίμια.

50. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΚΛΑΣΣΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ, 2011

Ε. Κωνσταντινίδου, Σ. Καραμπέλα, Ι. Μαρίνου, Π. Γκρίλλας, Μ. Κωλέττου, Κ. Τουμπανιάρη, Π. Καρφή, Π. Ιωαννίδης, Β. Μαργαρίτη, Π. Ροδοπούλου, Β. Δένδια, Δ. Παπαβέντσης, Ε. Βογιατζάκης

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων (ΕΚΑΜ), ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Να παρουσιαστεί η συμβολή της μικροσκοπικής εξέτασης και της κλασσικής καλλιέργειας στη διάγνωση της φυματίωσης.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Συμπεριλήφθησαν 14666 δείγματα (πνευμονικά - εξοπνευμονικά) που προέρχονταν από νοσηλεύόμενους και εξωτερικούς ασθενείς. Εφαρμόστηκε η μέθοδος καλλιέργειας σε στερεό θρεπτικό υλικό Lowenstein-Jensen μετά από κατεργασία με την τροποποιημένη μέθοδο Petroff και η αυτοματοποιημένη μέθοδος φθορισμού υγρής καλλιέργειας με το σύστημα BACTEC MGIT 960 (Becton-Dickinson).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανευρέθηκαν 1185 (8%) καλλιέργειες θετικές για *M. tuberculosis*. Οι 534/1185 (45%) αφορούσαν σε δείγματα με θετική μικροσκοπική και καλλιέργεια και 651/1185 (55%) σε δείγματα με αρνητική μικροσκοπική και θετική καλλιέργεια. Η συμβολή της μικροσκοπικής εξέτασης στη διάγνωση της φυματίωσης περιλαμβάνει δείγματα με θετική μικροσκοπική και αρνητική καλλιέργεια (n=60) και θετική μικροσκοπική και επιμολυσμένη καλλιέργεια (n=45). Από τα δείγματα με θετικές καλλιέργειες, τα 866/1185 (73%) αφορούσαν καλλιέργειες σε στερεό θρεπτικό υλικό (492/866 [55.5%] είχαν θετική μικροσκοπική) και 207/1185 (17%) σε υγρό και στερεό θρεπτικό υλικό (39/207[19%] είχαν θετική μικροσκοπική).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καλλιέργεια συμβάλλει στη διάγνωση της φυματίωσης σε σχέση με τη μικροσκοπική σε ποσοστό 50%. Αυτό οφείλεται στο μεγάλο αριθμό δειγμάτων με αρχικό στάδιο πνευμονικής φυματίωσης ή/και παιδιατρικών δειγμάτων, είτε σε δείγματα με ψευδώς αρνητική μικροσκοπική εξέταση (καθυστερήση στη μεταφορά δειγμάτων στο εργαστήριο και σφάλματα στις τεχνικές επεξεργασίας των δειγμάτων). Η μέθοδος υγρής καλλιέργειας παρουσίασε χαμηλότερη ευαισθησία (δείγματα κυρίως εξοπνευμονικά με μικρή συγκέντρωση μυκοβακτηριδίων). Οι περιπτώσεις με θετική μικροσκοπική και αρνητική καλλιέργεια πιθανόν οφείλονται σε ψευδώς θετικά αποτελέσματα.

51. ΕΙΔΙΚΑ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΥΤΩΝ

Κ. Διασκώνης¹, Α. Τσόλκας¹, Ν. Κραββαρίτης¹, Ι. Παρασκευόπουλος², Δ. Βασσάλος³, Κ. Τσινιρής⁴, Β. Λυγγουνού¹, Α. Παπανικολάου¹, Δ. Κανδοπούλου¹, Α. Δημητρούλη¹

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

ΣΚΟΠΟΣ: Τα τελευταία χρόνια η συχνότητα των αλλεργικών νοσημάτων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη αυξάνει δραματικά. Συγκριτικές μελέτες που έχουν γίνει στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια δείχνουν τριπλασιασμό της συχνότητας των αλλεργικών νοσημάτων του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος τα τελευταία δέκα χρόνια. Με δεδομένο ότι μεγάλο ποσοστό ασθενών με αλλεργική ρινίτιδα θα εμφανίσουν στο μέλλον αλλεργικό άσθμα η έγκαιρη διάγνωση είναι πολύ σημαντικό στοιχείο της αποτελεσματικής αντιμετώπισης της αλλεργίας. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης των πιο συχνών ειδικών αλλεργιογόνων σε χρονικό διάστημα δύο ετών.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό απετέλεσαν 1048 άτομα που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία και ανέφεραν κάποια αλλεργία και ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο και είχαν εκδηλώσει αλλεργικό νόσημα από 1/12/2009 έως 31/12/2011. Εξετάστηκαν οι οροί στα ειδικά αλλεργιογόνα (RAST Specific IgE) του επιθήλιου της γάτας (E1), του επιθήλιου του σκύλου (E2), της γύρης των δημητριακών (GX5), του άκαρι (Dermatophag. pteron.) (D1), του άκαρι (Dermatophag. farina) (D2), του Cladosporium herbarum (M2), του Aspergillus fumigatus (M3), της Alternaria tenuis (M6), της ελιάς (T9) και της παριετάριας (περδικούλη) (W19) με ανοσοενζυμική μέθοδο σε αυτόματο αναλυτή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι 1048 ασθενείς που εξετάστηκαν εμφάνισαν υψηλή τιμή στα ανωτέρω ειδικά αλλεργιογόνα με τα ακόλουθα ποσοστά: 1) T9 με 27,10%, 2) W19 με 25,29%, 3) GX5 με 24,14%, 4), E1 με 17,27%, 5) D1 με 17,18%, 6) D2 με 16,51%, 7) M6 με 8,21%, 8) E2 με 2,67%, 9) M3 με 0,76% και 10) M2 με 0,19%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σήμερα ένα στα πέντε άτομα παρουσιάζουν αλλεργικά νοσήματα. Για την αντιμετώπιση των αλλεργιών το σημαντικότερο είναι η έγκαιρη διάγνωση ώστε να ξεκινήσει η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Η ελιά (27,10%) είναι πιο συχνό αλλεργιογόνο από την παριετάρια (W19) (25,29%). Ακολουθεί με μικρή διαφορά η γύρη των δημητριακών (GX5) (24,14%). Από τα επιθήλια πιο συχνό αλλεργιογόνο είναι το επιθήλιο της γάτας (E1)(17,27%). Από τα άκαρι πιο συχνό αλλεργιογόνο είναι το Dermatophag. pteron. (D1) (17,18%) και ακολουθεί με μικρή διαφορά το Dermatophag. farina (D2) (16,51%). Από τους μύκητες πιο συχνός είναι η Alternaria tenuis (M6)(8,21%).

52. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΛΕΥΚΩΝ, ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΟΞΕΙΑΣ ΦΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΛΟΓΩΝ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΘΕΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΑΙΜΟΚΑΛΙΕΡΓΕΙΩΝ

Π. Μπολάνης¹, Ε. Μπάρα¹, Π. Βέργου²

¹Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου, ²Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Εμπειρικά έχει παρατηρηθεί ότι χαμηλός λόγος μονοπύρηνων προς CRP κατά την εισαγωγή προδικάζει τη θετικότητα αιμοκαλλιέργειας. Επιχειρείται η διερεύνηση της σχέσης αυτού του συγκεκριμένου λόγου καθώς και των άλλων παραμέτρων οξείας φάσης, γενικά σε περιπτώσεις θετικότητας της αιμοκαλλιέργειας εντός κλινικής και κατά την εισαγωγή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 42 θετικές αιμοκαλλιέργειες συγκρίθηκαν με 27 αρνητικές αιμοκαλλιέργειες, ως προς τις παραμέτρους οξείας φάσης (μονοπύρνηνα, CRP, ουδετερόφιλα) και λόγους τους. Το αίμα για τις αιματολογικές εξετάσεις λήφθηκε ταυτόχρονα με την αιμοληψία για αιμοκαλλιέργεια ή από αιμοληψία εντός της ημέρας. Χρησιμοποιήθηκε μη παραμετρική μέθοδος σύγκρισης, Mann-Whitney.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο λόγος μονοπύρνηνα προς CRP δεν διέφερε, αν και έδειξε σχεδόν υπερδεκαπλάσιες τιμές στις αρνητικές καλλιέργειες. Ομοίως ούτε η CRP διαφοροποιήθηκε, ούτε τα ουδετερόφιλα και οι λόγοι τους με άλλες παραμέτρους δεν διαφοροποιήθηκαν. Η διακύμανση στην ομάδα αρνητικών καλλιεργιών ήταν εκσεκισμασμένη. Αντίθετα σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων βρέθηκε ως προς τα μονοπύρνηνα, και το λόγο λεμφοκύτταρα προς μονοπύρνηνα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο λόγος μονοπύρνηνα/CRP δεν διαφοροποιείται μεταξύ αρνητικών και θετικών αιμοκαλλιεργιών, όταν το δείγμα απαρτίζεται αδιάκριτα από περιστατικά εντός κλινικής ή από μοναδία ή από περιστατικά εισαγωγής. Η διάκριση αυτή είναι απαραίτητη λόγω των ειδικών συνθηκών που ευνοούν τη θετικοποίηση αιμοκαλλιέργειας όπως οι καθετηριασμοί εντός κλινικής. Υπάρχουν ενδείξεις ότι θετικοποίηση αιμοκαλλιέργειας σε περιστατικό εισαγωγής είναι δυνατόν να υποδεχθεί εκ των προτέρων από παρεκκλίσεις παραγόντων οξείας φάσης και των λόγων τους.

53. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Α. Φέρε, Δ. Χατζηδάκη, Δ. Παπαδόπουλος, Γ. Καλλιγιάς, Θ. Ιωαννίδου, Ε. Σταυρούλης

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη και η σύγκριση του αιματολογικού προφίλ ελληνίδων και αλλοδαπών γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αξιολογήσαμε το αιματολογικό προφίλ 200 γυναικών, ηλικίας 18-40 ετών (124 ελληνίδες και 76 αλλοδαπές) κατά τη χρονική περίοδο 30/09/2010-01/12/2012.

Προσδιορίσαμε τον αιματοκρίτη (Ht) με τον αιματολογικό αναλυτή System XE-2100, το σίδηρο (Fe) και τη φερριτίνη (Frtn) με το βιοχημικό αναλυτή Olympus 2700 και το κλάσμα A2 της αιμοσφαιρίνης (HbA2) με ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης με τη μέθοδο HPLC.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των 200 γυναικών οι 54 (33 ελληνίδες και 21 αλλοδαπές) παρουσίασαν φυσιολογική τιμή Ht (>37.7%) ενώ οι 146 (91 Ελληνίδες και 55 αλλοδαπές) παρουσίασαν χαμηλό Ht (<37.7%).

Από τις 146 γυναίκες με χαμηλό Ht, οι 125 παρουσίασαν φυσιολογική τιμή Fe (40-140 μg/dl) και μόνο οι 21 είχαν τιμή Fe <40 μg/dl, ενώ οι 104 παρουσίασαν φυσιολογική τιμή Frtn (16,4-323 ng/dl) και οι υπόλοιπες 42 είχαν τιμή Frtn <16,4 ng/dl. Τέλος με ηλεκτροφόρηση Hb ανευρέθηκε ότι από το σύνολο των 200 γυναικών, οι 36 (όλες ελληνίδες) ήταν με ετερόζυγη β-μεσογειακή αναιμία έχοντας όλες φυσιολογικές τιμές σιδήρου και φερριτίνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) Η μελέτη έδειξε ότι οι περισσότερες ελληνίδες γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας παρουσιάζουν χαμηλό Ht (<37.7%) και ότι τα χαμηλά επίπεδα αιματοκρίτη συνοδεύονται συχνότερα από χαμηλές τιμές φερριτίνης παρά χαμηλές τιμές σιδήρου. Γι' αυτό είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός φερριτίνης σε όλες τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. 2) Το ποσοστό γυναικών με ετερόζυγη β-μεσογειακή αναιμία στα Δωδεκάνησα παραμένει υψηλό (18%).

55. ΜΕΛΕΤΗ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΩΝ ΥΓΡΩΝ

Ο. Λέγγα¹, Σ. Λέτσος², Δ. Γκίκα³, Κ. Καραγκιοζόπουλος³, Κ. Νταφοπούλου⁴, Ι. Κολοβού¹, Β. Σκαρλάτου¹, Ε. Μάνος³, Β. Καλαμπόκης⁵, Κ. Καρκάνης³, Δ. Μπακόλα¹

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ Λαμίας, ²Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ΓΝ Λαμίας, ³Πνευμονολογική Κλινική ΓΝ Λαμίας, ⁴Εργαστήριο Βιοπαθολογίας ΠΠΓΝ Λάρισας, ⁵ΜΕΘ, ΓΝ Λαμίας

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η καταγραφή των πλευριτικών υγρών που εστάλησαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο κυρίως από την Πνευμονολογική κλινική του νοσοκομείου μας, ο διαχωρισμό τους σε διδρώματα και σε φλεγμονώδεις/νεοπλασματικές συλλογές (εξιδρώματα) σύμφωνα με τα στοιχεία της εξέτασης, καθώς επίσης και ο προσδιορισμός της συχνότητάς τους σε σχέση με την ηλικία και το φύλο. Ανάλογα με το είδος του πλευριτικού υγρού έγινε συσχετισμός με την τελική διάγνωση του ασθενούς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό μας αποτέλεσαν 84 πλευριτικά υγρά που εξετάσαμε στο Εργαστήριο μας για ένα έτος (από 1/10/2011 έως 30/9/2012), ένα δείγμα για κάθε ασθενή. Η έκθεση του πλευριτικού υγρού περιελάμβανε τους φυσικούς χαρακτήρες του υγρού (όψη, χρώμα πριν και μετά τη φυγοκέντρηση), τύπο κυττάρων από το ίζημα μετά από χρώση May Grunwald-Giemsa, χρώση Gram, Ziehl-Neelsen και καλλιέργεια του υγρού. Βιοχημικός έλεγχος έγινε για τη μέτρηση σακχάρου, LDH, λευκώματος, αλβουμίνης και σε κάποιες περιπτώσεις μέτρηση χοληστερόλης. Με τα παραπάνω στοιχεία και σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία έγινε ο διαχωρισμός των υγρών σε διδρώματα και εξιδρώματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 84 δείγματα, τα 75 (89.3%) προερχόντουσαν από την Πνευμονολογική κλινική, ενώ τα 9 (10.7%) από τη ΜΕΘ. Όσον αφορά το φύλο, οι 54 (64.3%) ήταν άντρες ασθενείς, ενώ οι 30 (35.7%) ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 72±10 έτη. Μετά την εξέταση του υγρού προέκυψε ότι τα 52 δείγματα (61,9%) ήταν εξιδρώματα και τα 32 (38,1%) διδρώματα. Από τα εξιδρώματα, τα 31 (59,6%) ήταν νεοπλασματικής αιτιολογίας και τα 21 (40,4%) ήταν φλεγμονώδους αιτιολογίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τη μελέτη προκύπτει ότι οι φλεγμονώδεις/νεοπλασματικές συλλογές (εξιδρώματα) προέρχονται από ηλικιωμένους άντρες ασθενείς και στο μεγαλύτερο ποσοστό τους σχετίζονται με πρωτοπαθή ή μεταστατική νεοπλασματική εξεργασία του πνεύμονα.

54. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

56. ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΟΔΟΥ

Π. Αθανασάκη, Ε. Αγγέλου, Φ. Σακελλαρίδη

Τμήμα Αιμοδοσίας, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη και η καταγραφή των βασικότερων αιτιών αποκλεισμού των αιμοδοτών.

ΥΛΙΚΟ: Κατά τη διάρκεια του 2012, σε σύνολο 5329 αιμοληψιών από άτομα που προσήλθαν να αιμοδοτήσουν αποκλείστηκαν 915 αιμοδοτές (17,17%).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η αξιολόγηση των υποψηφίων αιμοδοτών γινόταν από τους γιατρούς της αιμοδοσίας (λήψη ιστορικού, επίπεδα αιματοκρίτη, μέτρηση αρτηριακής πίεσης).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ποσοστά του αποκλεισμού φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Αίτια	Ποσοστό (%)
Χαμηλή Hb	19,5
Υψηλή ΑΠ	17,3
Χαμηλή ΑΠ	14,8
Λήψη Φαρμάκων	13,7
Ασθένειες – Παθολογικά αίτια	11,6
Αϋπνία – Σημαντική κόπωση	7,4
Χειρουργικές επεμβάσεις	6,7
Τατουάζ – Τρύπημα αυτιών	4,2
Πρόσφατη οδοντιατρική πράξη	3,5
Άλλα αίτια	1,3

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα κυριότερα αίτια αποκλεισμού των αιμοδοτών αποτελούν η χαμηλή αιμοσφαιρίνη, η υπέρταση, λήψη φαρμάκων. Απαραίτητη επομένως κρίνεται η λήψη πλήρους ιστορικού, η μέτρηση της αιμοσφαιρίνης και της αρτηριακής πίεσης από τον Ιατρό της Αιμοδοσίας για την επιλογή κατάλληλων αιμοδοτών.

57. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

58. ΜΟΡΙΑΚΗ ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΕΚΑΜ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ECDC

Π. Ιωαννίδης, Δ. Παπασβέντης, Σ. Καράμπελα, Ι. Μαρίνου, Ε. Κωνσταντινίδου, Ε. Βογιατζάκης

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων (ΕΚΑΜ), ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Βασικός άξονας δράσης του ECDC, στον τομέα των μικροβιακών λοιμώξεων, μέχρι το 2016, είναι η ανάπτυξη και εφαρμογή σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, των μοριακών μεθόδων τυποποίησης στην επιδημιολογική διερεύνηση.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Εκτελείται πιλοτικό πρόγραμμα με τίτλο «Ενσωμάτωση της Μοριακής τυποποίησης σε επίπεδο ΕΕ για την επιτήρηση και επιδημιολογική ετοιμότητα, 2012-2013», στο οποίο περιλαμβάνεται η πολυανθεκτική φυματίωση (MDR-TB). Στο πλαίσιο του προγράμματος, αναλύθηκαν 1823 πολυανθεκτικά στελέχη φυματίωσης σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 45% των στελεχών ομαδοποιήθηκε σε clusters. Εντοπίστηκαν 68 «ευρωπαϊκά» clusters (στελέχη από τουλάχιστον δύο ευρωπαϊκές χώρες), μεταξύ αυτών και δύο εξαιρετικά μεγάλα, με τον κύριο όγκον των στελεχών τους να εντοπίζεται στις χώρες της Βαλτικής, αλλά και με πανευρωπαϊκή παρουσία. Αναλύθηκαν 54 MDR στελέχη από την Ελλάδα (τα 10 υπερανθεκτικά-XDR), που απομονώθηκαν από όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας. Το 80% του συνόλου των ασθενών ήταν άνδρες και το 30% γηγενείς. Το ~40% των στελεχών ανήκαν στην οικογένεια Beijing, που εμφανίζει αυξημένη μολυσματικότητα και παθογένεια (9 σε ασθενείς από την πρώην ΣΕ και 3 σε γηγενείς). Εντοπίστηκαν 4 clusters με δύο στελέχη το καθένα. Επιδημιολογικά δεδομένα υπήρχαν για το ένα από αυτά και αφορούσαν συγγενείς πρώτου βαθμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ενεργό διασπορά διασπορά πολυανθεκτικής φυματίωσης, σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η συνέχιση της συμμετοχής του ΕΚΑΜ στο πιλοτικό πρόγραμμα 2012-2013 του ECDC, θα διευκολύνει τη διερεύνηση της διασποράς της MDR/XDR-TB στη χώρα μας και θα βοηθήσει στην προσπάθεια επιδημιολογικής επιτήρησης και λήψης των αναγκαίων μέτρων.

59. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV) ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Γ. Χρονάς, Δ. Κωνσταντινός, Μ. Μένδρης, Ι. Ζωιδάκης, Δ. Χειμαριός
Βιότυπος Ιατρικό Διαγνωστικό Κέντρο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο HPV (Human Papilloma Virus) είναι ένας DNA ιός που μολύνει το δέρμα και τους βλεννογόνους. Έχουν περιγραφεί περισσότεροι από 180 γονότυποι HPV. Περίπου 40 από αυτούς μολύνουν το κατώτερο γεννητικό σύστημα και μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Οι τύποι 16 και 18 προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και καρκίνο του φάρυγγα.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η καταγραφή των θετικών HPV περιστατικών του πληθυσμού του κέντρου μας καθώς και η ταυτοποίηση των αντίστοιχων τύπων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 105 άτομα (17 άνδρες / 88 γυναίκες) ηλικίας 18 - 50 ετών που ελέγχθηκαν για τον ιό του HPV είτε προληπτικά είτε κατόπιν παθολογικών ευρημάτων στο PAP τεστ. Ως μέθοδος ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το σύστημα Clart HPV2 της Genomica το οποίο με τη χρήση μικροσυστοιχιών DNA (micro-arrays) ανιχνεύει και να ταυτοποιεί 35 τύπους του ιού HPV.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των 105 δειγμάτων 45 ήταν θετικά και 60 αρνητικά. Από τα ανδρικά δείγματα 4 στα 17 ήταν θετικά, ενώ από τα γυναικεία 41 στα 88. Οι συνηθέστεροι τύποι είναι οι 16, 59, 58, 18 και 42.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο του πληθυσμού του κέντρου μας που ελέγχθηκε για τον ιό του HPV, το 42,8% έδωσε θετικό αποτέλεσμα. Στις περισσότερες περιπτώσεις του γυναικείου πληθυσμού είχε προηγηθεί PAP τεστ με παθολογικά ευρήματα ενώ η πλειοψηφία του ανδρικού πληθυσμού εξετάστηκε κατόπιν συμβουλής του προσωπικού τους ιατρού. Τα υψηλά ποσοστά των θετικών αποτελεσμάτων δείχνουν ελλιπή προστασία κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα αλλά και άγνοια για τον ιό του HPV και την προφύλαξη από αυτόν.

60. ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΕΙΣΑΓΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΦΡΙΚΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1999-2011

Ε. Βασάλου¹, Κ. Μ. Βασάλου¹, Γ. Σπανάκος¹, Ε. Πατσουλά¹, Β. Παπαβασιλόπουλος¹, Ν. Τέγος¹, Α. Βακάλη¹, Σ. Μπελερή¹, Α. Μπίμπι¹, Ι. Ρόδης¹, Ν. Βακάλης¹

¹Τομέας Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Μέχρι πρότινος η Ελλάδα θεωρείτο χώρα απαλλαγμένη από ελονοσία. Πρόσφατα, όμως, εμφανίστηκαν εγχώρια κρούσματα ελονοσίας από *Plasmodium vivax*, τα περισσότερα στη Λακωνία, μια αγροτική περιοχή με πολλούς μετανάστες από Ασία. Με σκοπό την εκτίμηση του κινδύνου επανεγκατάστασης της νόσου και από μετανάστες ή ταξιδιώτες από Αφρική, αναζητήθηκαν περιστατικά ελονοσίας εισαχθέντα στην Ελλάδα από την Αφρική κατά την περίοδο 1999-2011.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε κάθε εισαγόμενη περίπτωση με συμπτώματα ελονοσίας από την Αφρική αναζητήθηκαν πλασμώδια με μικροσκοπική εξέταση και αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την περίοδο που μελετήθηκε καταγράφηκαν 161 περιπτώσεις εισαγόμενης ελονοσίας στην Ελλάδα από Αφρική. Στην πλειονότητα (151/161, 93,78%) βρέθηκε *P. falciparum*. Σε 8/161 (4,97%) περιπτώσεις βρέθηκε *P. ovale* σε 7/161 (4,35%) *P. vivax* και σε 3/161 (1,86%) *P. malariae*. Όλοι οι ασθενείς, εκτός από δύο με *P. ovale*, διαγνώστηκαν και θεραπεύτηκαν σε χρόνο <30 ημερών από την εισόδό τους στην Ελλάδα.

Πίνακας. Περιστατικά ελονοσίας εισαγόμενα στην Ελλάδα από την Αφρική την περίοδο 1999-2011.

Έτος	Αριθμός περιπτώσεων	Προέλευση													
		Έλληνες	Αλλοδαποί από μη ενδημικές περιοχές	Αφρικανοί	Pf	Po	Pm	Pf & Po	Pf & Pv	Pf & Pm	Pf & Pm	Pv & Pm			
1999	6	3		3	5						1				
2000	6	2		4	6										
2001	11	4	1	6	10			1							
2002	19	6		13	18										
2003	27	10	3	14	23	2	1				1				
2004	21	6		15	17	2		1	1						
2005	11	2	1	8	10	1									
2006	24	5	1	18	23		1								
2007	9	2	2	5	8					1					
2008	2	2			1							1	1		
2009	6	2		4	6										
2010	9	2		7	8										1
2011	10	4	1	5	10										
Σύνολο	161	50	9	102	145	5	3	1	3	3	1	1			

Pf: Plasmodium falciparum, Pm: P. malariae, Po: P. ovale, Pv: P. vivax

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο κύριος όγκος των περιστατικών ελονοσίας οφειλόταν σε μόλυνση των ατόμων με *P. falciparum* ή/και *P. ovale* που ενδημούν στις υποσαχάριες χώρες. Η περίπτωση μόλυνσης των νότιων διαβιβαστών είναι από μηδαμινός μέχρι ανύπαρκτος, δεδομένου ότι η οξεία νόσος από *P. falciparum* οδηγεί σε αναζήτηση θεραπείας, όπως και έγινε, και δεν αφήνει δυνατότητα υποτροπών, ενώ το *P. ovale* δεν φαίνεται να μπορεί να μεταδοθεί στις κλιματικές συνθήκες της Ευρώπης. Υπήρξαν ελάχιστα περιστατικά από *P. vivax* σε ταξιδιώτες, οι Αφρικανοί είναι κυρίως Duffy (-) και δεν νόσησαν. Συνεπώς, στο σημερινό γεωπολιτικό σκηνικό, η Αφρική δεν φαίνεται να είναι η εστία από όπου η ελονοσία θα εξαπλωθεί και θα δημιουργήσει κίνδυνο για την Ελλάδα και την Ευρώπη.

61. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΟΝ ΑΙΜΟΔΟΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΡΟΔΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2006 - 2012

Π. Αθανασάκη, Ε. Αγγέλου, Α. Ζουρούδη, Ε. Σταυρούλης, Ε. Καλπαχίδου, Α. Φέρκε

Τμήμα Αιμοδοσίας-Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη του επιπολασμού των αιματογενών μεταδιδόμενων λοιμώξεων της Ηπατίτιδας Β, της ηπατίτιδας C, του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας HIV και της Τερονεμα ραλίδιου μεταξύ των αιμοδοτών του νοσοκομείου μας, κατά το χρονικό διάστημα 01/01/2006 έως 31/12/12, προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για τον αιμοδοτικό πληθυσμό της περιοχής και την ασφάλεια των μεταγγίσεων.

ΥΛΙΚΟ: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των θετικών εργαστηριακών αποτελεσμάτων από τον έλεγχο 48578 αιμοδοτών για την ηπατίτιδα Β, την ηπατίτιδα C, τον ιό HIV και σύφιλη με VDRL. Η αξιολόγηση έγινε με μελέτη των αποτελεσμάτων ανά έτος. Ο αριθμός αυτός περιλαμβάνει και τις αιμοληψίες που πραγματοποιεί η κινητή μονάδα της αιμοδοσίας, σε διάφορους συλλόγους.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε προσδιορισμός του HbsAg, του anti-HCV και του HIV, με τη μικροσωματιδιακή ανοσοενζυμική μέθοδο MEIA-AxSYM της ABBOT και των αντισωμάτων για σύφιλη με VDRL. Στις περιπτώσεις οριακών, ή και θετικών αποτελεσμάτων, έγινε άμεση ενημέρωση των αιμοδοτών, επανέλεγχος στο εργαστήριό μας και αποστολή των δειγμάτων για επιβεβαίωση. Στα θετικά αποτελέσματα για HCV, έγινε επιβεβαίωση με τη μέθοδο RIBA, ενώ τα θετικά αποτελέσματα για HIV, επανεξετάστηκαν με τη μέθοδο Western Blot, και για VDRL με FTA σε εξειδικευμένο κέντρο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των αιμοδοτών, έχουμα τα παρακάτω αποτελέσματα:

ΕΤΟΣ	ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ	ΘΕΤΙΚΗ	HIV	HbsAg	HCV
2006	5885	13 (0,22%)	-	12	1
2007	6379	16 (0,25%)	-	16	-
2008	7263	24 (0,33%)	1	17	6
2009	7590	23 (0,30%)	1	21	1
2010	8631	19 (0,22%)	-	16	3
2011	7501	23 (0,30%)	1	18	4
2012	5329	22 (0,41%)	1	18	3

Το χρονικό διάστημα που μελετήσαμε ευρέθησαν 82 δείγματα θετικά σε VDRL. Κατόπιν ελέγχου με FTA σε κέντρο αναφοράς ευρέθησαν 4 θετικά δείγματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός των συγκεκριμένων λοιμώξεων στον πληθυσμό των αιμοδοτών βρίσκεται σε χαμηλά και ικανοποιητικά επίπεδα. Παρά όμως, τη χαμηλή συχνότητα αυτών, είναι απαραίτητη η συστηματική ενημέρωση του πληθυσμού, η αυστηρότητα και η σχολαστικότητα στην επιλογή αιμοδοτών, για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου μετάδοσης των λοιμώξεων στους μεταγγιζόμενους.

62. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΤΥΠΩΝ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΩΣΕΩΝ

Δ. Παπαβέντσος¹, D. Hillemann², Ε. Κωνσταντινίδου¹, Σ. Καραμπέλα¹, Ι. Μαρίνου¹, Π. Ιωαννίδης¹, E. Richter², Μ. Παναγή¹, Α. Σκούρουλου¹, S. Guerdes², Ε. Βογιατζάκης¹

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων (EKAM), ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα, ²National Reference Laboratory for Mycobacteria, 23845 Borstel, Germany

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η ποιότητα των διαγνωστικών διαδικασιών στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο - EKAM του ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», από τη συμμετοχή του σε πρόγραμμα Εξωτερικού Ελέγχου Ποιότητας (ΕΕΠ).

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Εστάλησαν δείγματα σε 27 εργαστήρια αναφοράς για μικροσκοπική εξέταση, καλλιέργεια, ταυτοποίηση, μοριακή ανίχνευση και έλεγχο ευαισθησίας στα αντιφυματικά φάρμακα (φαινοτυπικές και μοριακές μέθοδοι).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλες τις περιπτώσεις, η επίδοση επιβεβαιώθηκε με την έκδοση ειδικού πιστοποιητικού (score >80%). Στη μικροσκοπική εξέταση, η επίδοση του EKAM κυμάνθηκε από 93-100% (πιστοποιητικό έλαβε το 78 - 96% συνόλου εργαστηρίων). Στην καλλιέργεια και στη μοριακή ανίχνευση, τα αποτελέσματα του EKAM ήταν άριστα (100%). Στην ταυτοποίηση μυκοβακτηριδίων και τον έλεγχο ευαισθησίας στα αντιφυματικά, ο ΕΕΠ ανέδειξε προβλήματα στην ανίχνευση του *M. bovis* και στον φαινοτυπικό έλεγχο ευαισθησίας του *M. tuberculosis* στην πυραζιναμίδη, τα οποία αντιμετωπίστηκαν με διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες (με βάση το πρότυπο EN ISO 15189: 2007).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ΕΕΠ αποτελεί σημαντικότατο εργαλείο. Στο πλαίσιο ενός δομημένου συστήματος ποιότητας και σε συνδυασμό με τον εσωτερικό έλεγχο ποιότητας, αναδεικνύει τα προβλήματα και τις αδυναμίες, διασφαλίζοντας υψηλή απόδοση και συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών εργαστηριακής διάγνωσης.

63. ΟΡΟΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2007-2012

Μ. Πουγιούκα-Μπέη, Α. Πετροχείλου, Μ. Αγαπίου, Α. Παρασκευά, Δ. Ζαχαράτου, Χ. Κώτση, Μ. Τούτουζα

ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

Η εχινόκοκκιαση είναι μια παρασιτική νόσος του ανθρώπου και των ζώων που προκαλείται από είδη ταινιών που ανήκουν στο γένος *Echinococcus*. Στη χώρα μας ενδημεί ο *Echinococcus granulosus*. Η νόσος, επονομαζόμενη και *υδατιδώση*, χαρακτηρίζεται από την παρουσία υδατιδών κύστεων που αναπτύσσονται στα εσωτερικά όργανα, συχνότερα στο ήπαρ και στους πνεύμονες. Ανήκει στα υποχρεωτικά δηλούμενα νοσήματα και η μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση του νοσήματος στη χώρα μας για τα έτη 2005-2009 ανέρχεται, σύμφωνα με την καταγραφή του ΚΕΕΛΠΝΟ, στο 0,14/100.000 πληθυσμού.

ΣΚΟΠΟΣ: Η οροεπιδημιολογική καταγραφή της νόσου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό μας αφορούσε σε 280 δείγματα από ισάριθμους ασθενείς οι οποίοι εξετάστηκαν με τη μέθοδο της Elisa για αντιεχινόκοκκικά αντισώματα IgG την εξαετία 2007-2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Θετικά για αντιεχινόκοκκικά αντισώματα βρέθηκαν 63 δείγματα, από τα οποία 23 ανήκαν σε άνδρες ασθενείς και τα υπόλοιπα σε γυναίκες. Ιστορικό και δημογραφικά δεδομένα καταγράφηκαν μόνο σε 26 περιστατικά (9 άνδρες, 17 γυναίκες). Στους ασθενείς αυτούς, οι ηλικίες κυμαίνονται από 30 έως 86 ετών, 12 είναι κάτοικοι της Αττικής, 18 νοσηλεύτηκαν για τη νόσο και 14 ανέφεραν την ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού εχινόκοκκιασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά τη δήλωση κάθε θετικού δείγματος εχινόκοκκιασης από το Μικροβιολογικό Εργαστήριο του νοσοκομείου, παρατηρείται απροθυμία από την πλευρά των θεραπόντων ιατρών ως προς τη συμπλήρωση του ειδικού εντύπου καταγραφής της νόσου. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα αποτελέσματα αφορούν σε ασθενείς-«φραντάσματα». Εξαιρετικά πολύτιμη έχει αποδειχθεί η συμβολή των νοσηλευτριών επιτήρησης των λοιμώξεων, χάρη στις οποίες συμπληρώθηκε το έντυπο καταγραφής της νόσου για το 41% των θετικών δειγμάτων, και αυτό, ως σημειώσουμε, με μεγάλη δυσκολία.

64. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ HCV, HIV-2 ΣΕ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΥΣ Β – ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΚΟΥΣ

Π. Αθανασάκη¹, Ε. Αγγέλου¹, Α. Φέρκε¹, Φ. Σακελλαριδής¹, Π. Μαίλη²

¹Τμήμα Αιμοδοσίας, ΓΝ Ρόδου, ²Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση μιας μερίδας πασχόντων μεσογειακής αναιμίας, η οποία λόγω συχνών μεταγγίσεων αποτελεί υψηλότερο κίνδυνο μετάδοσης λοιμώξεων από τους ιούς HCV, HIV-2.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η έρευνα μας αφορά την περίοδο 1983-2012. Σε διάρκεια 29 έτη έγιναν μεταγγίσεις σε 90 πολυμεταγγιζόμενους Β θαλασσαιμικούς, οι οποίοι μεταγγίζονταν ανά 15-20 ημέρες στο νοσοκομείο μας. Η ανίχνευση των anti-HCV, anti HIV1-2 στον ορό έγινε με ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA (AXSYM-Abbott). Η επιβεβαίωση των θετικών δειγμάτων έγινε με τη μέθοδο ανοσοαποτυπώματος RIBA (ortho) και PCR HCV- RNA.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε ό,τι αφορά την ηπατίτιδα C (HCV) βρέθηκαν θετικοί 28 β-θαλασσαιμικοί από τους οποίους ήταν 16 άνδρες και 12 γυναίκες. Σε ό,τι αφορά τον ιό HIV1-2 ανευρέθησαν 3 θετικά δείγματα (1 άνδρας- 2 γυναίκες) όπου επιβεβαιώθηκαν με τη μέθοδο ανοσοαποτυπώματος Western Blot.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την παραπάνω μελέτη προκύπτουν τα κάτωθι:

- 1) Τα ποσοστά των θετικών HCV σε διάρκεια 29 ετών είναι 31%.
- 2) Συγκριτικά χαμηλά ποσοστά στον HIV1-2, 3%.

65. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HTLV I/II ΣΕ ΑΙΜΟΔΟΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ ΓΝ ΡΟΔΟΥ

Π. Αθανασάκη, Ε. Αγγέλου, Φ. Σακελλαριδής

Τμήμα Αιμοδοσίας, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Ο HTLV I/II είναι ο πρώτος ανθρώπινος ρετροϊός που ανακαλύφθηκε, θεωρείται ως αιτιολογικός παράγων της Τ-Λευχαιμίας/Λεμφώματος των ενηλίκων (ATLL) και της τροπικής στασιτικής παραπάρσεσης (HAM/TSP). Παρόλο που το μεγαλύτερο ποσοστό των φορέων θεωρούνται υγιείς, πρόσφατες μελέτες συσχετίζουν την ύπαρξη του ιού με διάφορες νευρολογικές διαταραχές, όπως αδυναμία, συχνοουρία, παραισθησίες κατά τη διάρκεια της νύχτας κ.λπ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε μελέτες που έγιναν στον αιμοδοτικό πληθυσμό του ΓΝ Ρόδου κατά το διάστημα 1/6 /2009 έως 31/12/ 2012 έγινε έλεγχος σε 24816 δείγματα αιμοδοτών εκ των οποίων βρέθηκαν θετικά 18 με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA, η επιβεβαίωση δε των επαναλαμβανόμενων θετικών δειγμάτων έγινε με τη μέθοδο ανοσοαποτυπώματος Western Blot, με την οποία βρέθηκαν 0 θετικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αποδεικνύεται αποτελεσματικός, έως σήμερα, υποχρεωτικός έλεγχος όλων των μονάδων για την ανίχνευση των αντισωμάτων έναντι του ιού HTLV I/II.

67. ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΙΟΤΗΤΩΝ ΕΛΕΥΡΟΠΑΪΝΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΣΕΙΡΑ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Η. Κατσουλιέρη¹, Ε. Κατσάνου², Κ. Κυριακοπούλου², Κ. Μαχαίρα²

¹Ινστιτούτο Βιολογίας, ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος, ²Εργαστήριο Τοξικολογικού Ελέγχου, Μπενάκειο Φυτοπαθολογικό Ινστιτούτο

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η ελευροπαΐνη, μια φυσική ουσία που απαντάται στα φύλλα και τον καρπό της ελιάς, έχει αποδειχθεί πως έχει αντιφλεγμονώδεις και αντιοξειδωτικές ιδιότητες. Ο σκοπός της παρούσης μελέτης είναι ο προσδιορισμός των προστατευτικών ιδιοτήτων της ελευροπαΐνης σε καταστάσεις οξειδωτικού στρες *in vitro* στην κυτταρική σειρά ηπατικών κυττάρων HepG2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα επίπεδα κυτταροτοξικότητας προσδιορίστηκαν με μετρήσεις αναγωγής του MTT. Για τον προσδιορισμό αλλοιώσεων γενετικού υλικού λόγω γονοτοξικής δράσης ή οξειδωτικού στρες καθώς και προστασίας από το οξειδωτικό στρες, χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι «comet» και «modified comet» (χρήση ενζύμου FPG προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι οι προκαλούμενες βλάβες στο DNA οφείλονται σε οξειδωτικό στρες). Το οξειδωτικό στρες ανιχνεύθηκε και ποσοτικοποιήθηκε με τις δοκιμασίες nitro-blue tetrazolium (NBT; μέτρηση υπεροξειδίου ανιόντος) και μαλονδιαλδεύδης (MDA; TBARS; μέτρηση οξειδωσης ενδοκυτταρικών λιπιδίων) assays.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ελευροπαΐνη (0.0001-100 μmol/L) δεν επέδειξε κυτταροτοξική ή γονοτοξική δράση στα κύτταρα HepG2, ενώ επίδραση με ελευροπαΐνη (0.1 μmol/L) για 24 ώρες αναστρέφει πλήρως τις αλλοιώσεις που προκλήθηκαν στο DNA ύστερα από σύντομη επίδραση με H₂O₂ (50 μmol/L). Επιπλέον, 24ωρη επίδραση ελευροπαΐνης (10 μmol/L) με 500 μmol/L paraquat μείωσε την κυτταροτοξικότητα που προκαλείται από το PQ (αύξηση MTT από 55.3±1.48 σε 72.61±2.51, p<0.01), ενώ παράλληλα οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση αναγωγής του NBT, καθώς και σε τριπλάσια ποσότητα μαλονδιαλδεύδης σε συνθήκες επίδρασης με FeSO₄ (p<0.01).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ανωτέρω αποτελέσματα επιδεικνύουν πως η ελευροπαΐνη προστατεύει τα ηπατικά επιθηλιακά κύτταρα από κυτταροτοξικούς μηχανισμούς οξειδωτικού στρες, μειώνοντας τις -προκληθείσες λόγω των ελευθέρων ριζών- αλλοιώσεις του DNA αλλά γεννώντας το παράδοξο που αφορά τον τρόπο δράσης της, καθώς φαίνεται να επάγει την παραγωγή ελεύθερων ριζών.

66. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΞΑΝΘΗΣ

Τ. Μηδιούρα, Ε. Νικολακοπούλου, Α. Τσιλιγγίρης, Γ. Σταματοπούλου

ΓΝ Ξάνθης

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή κρουσμάτων από τον ιό του Δυτικού Νείλου (ΙΔΝ) τους μήνες Αύγουστο-Σεπτέμβριο 2012 στο νομό Ξάνθης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων στον ορό και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ), η κλινική εικόνα, το ιστορικό και τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από 61 ασθενείς που προσήλθαν με συμπτώματα ύπνοπα για ΙΔΝ στάλθηκαν δείγματα για επιβεβαίωση στο εργαστήριο αναφοράς Β. Ελλάδας. Οι 41 (67,2%) ήταν θετικοί για τον ιό. Από αυτούς 23 (56,1%) ήταν άνδρες και 18 (43,9%) γυναίκες. Το 85,4% ήταν από 61 έως 80 ετών, ενώ καταγράφηκαν και δύο περιστατικά νεότερης ηλικίας (29 και 44 ετών). Το 87,8% των ασθενών διέμεναν στην πεδινή, αγροτική περιοχή και μόνο 12,2% στην πόλη της Ξάνθης. Όπως προκύπτει από το ιστορικό των ασθενών 26 (63,4%) είχαν κάποιο υποκείμενο νόσημα (σακχαρώδη διαβήτη, στεφανιαία νόσο, αρτηριακή υπέρταση). Όλοι οι ασθενείς είχαν πυρετό, 15 (36,58%) κεφαλαλγία, 14 (34,15%) καταβολή, 10 (24,39%) εμέτους, 9 (21,95%) διάρροιες και 5 (12,19%) εξάνθημα. Συμπτώματα εγκεφαλίτιδας ή μηνιγγίτιδας εμφάνισαν 14 ασθενείς (34,15%). Η εξέταση του ΕΝΥ που διενεργήθηκε σε 13 ασθενείς με συμπτώματα από το ΚΝΣ έδειξε: αυξημένο αριθμό κυττάρων έως 599/μπμ³ (τύπος λεμφοκυτταρικός), αυξημένο λεύκωμα (31-212 mg/dl) και φυσιολογικό σάκχαρο. Από το βιοχημικό έλεγχο του ορού διαπιστώθηκε υπονατριαιμία στα περισσότερα περιστατικά. Δύο από τους ασθενείς χρειάστηκαν νοσηλεία σε ΜΕΘ. Στο σύνολο των ασθενών η έκβαση ήταν η ίαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειονότητα των κρουσμάτων της νόσου καταγράφηκε στην πεδινή περιοχή του νομού, όπου παρατηρείται μεγαλύτερος πληθυσμός κουνουπιών λόγω ύπαρξης εστιών ανάπτυξης, όπως αρδευτικά κανάλια, όχθες ποταμών, ορυζώνες. Η επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου, η έγκαιρη καταπολέμηση των κουνουπιών και η εφαρμογή μέτρων ατομικής προστασίας αποτελούν τα πλέον ενδεδειγμένα μέτρα για το έλεγχο της νόσου.

68. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΩΝ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ

Ε. Μπαρδάνης¹, Ι. Μπαρδάνης², Μ. Πλατανιώτου³, Α. Σιδέρη³

¹Τμήμα Χημείας, Σχολή Θετικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πατρών, ²ΩΡΛ Τμήμα, ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας, ³Βιοπαθολογικό Τμήμα, ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας

ΣΚΟΠΟΣ: Η εργασία αυτή αποσκοπεί στην παρουσίαση της στατιστικής ανάλυσης των τιμών απόλυτα τυχαίων δειγμάτων των συνηθέστερα μετρούμενων στην καθημερινή πρακτική βιοχημικών δεικτών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Εκτιμήθηκαν συνολικά 10158 μετρήσεις βιοχημικών δεικτών που πραγματοποιήθηκαν από 1 Αυγούστου 2012 ως και 31 Οκτωβρίου 2012 στο ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας. Πιο συγκεκριμένα: 869 μετρήσεις χοληστερίνης, 850 μετρήσεις τριγλυκεριδίων, 1629 μετρήσεις γλυκόζης, 1538 μετρήσεις ουρίας, 1506 μετρήσεις κρεατινίνης, 1287 μετρήσεις SGPT, 1289 μετρήσεις SGOT, 1190 μετρήσεις γGT ορού. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το πρόγραμμα Minitab.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι μέσες καταμετρηθείσες τιμές ήταν: χοληστερίνη (άνδρες): 197,54 mg/dl, χοληστερίνη (γυναίκες): 215,29 mg/dl, τριγλυκερίδια (άνδρες): 130,47 mg/dl, τριγλυκερίδια (γυναίκες): 120,91 mg/dl, γλυκόζη (άνδρες): 119,71 mg/dl, γλυκόζη (γυναίκες): 116,62 mg/dl, ουρία (άνδρες): 47,38 mg/dl, ουρία (γυναίκες): 39,98 mg/dl, κρεατινίνη (άνδρες): 1,05 mg/dl, κρεατινίνη (γυναίκες): 0,73 mg/dl, SGPT (άνδρες): 27,87 U/L, SGPT (γυναίκες): 29,67 U/L, SGOT (άνδρες): 30,39 U/L, SGOT (γυναίκες): 30,97 U/L, γGT (άνδρες): 70,98 U/L, γGT (γυναίκες): 41,16 U/L.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μέσες καταμετρηθείσες τιμές των ανωτέρω βιοχημικών δεικτών ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, εξαιρουμένων των τιμών γλυκόζης ανδρών και γυναικών και της τιμής χοληστερίνης γυναικών.

69. ΔΙΑΣΦΑΓΙΤΙΔΙΚΗ ΠΥΛΑΙΟΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ BUDD-CHIAI ΚΑΙ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΟ ΗΠΑΡ

Κ. Κουλιά, Χ. Κωνσταντός, Κ. Παλιαλέξης, Β. Παπαλουκά, Χ. Χρονά, Η. Μπρούντζος

Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού διασφαγιτιδικής πυλαιοσυστηματικής αναστόμωσης (TIPS) σε ασθενή με Budd-Chiari και πολυκυστικό ήπαρ.

ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 72 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας με ανθεκτικό ασκίτη. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε πολυκυστικό ήπαρ και Budd-Chiari. Ο επακόλουθος εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε ότι το Budd-Chiari εξελίχθηκε σε έδαφος αληθούς πολυκυσταιμίας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Υπό γενική αναισθησία, συνθήκες εκτεταμένης αντισηψίας και u/s καθοδήγησης παρακεντήθηκε η ΔΕ έως σφαγίτιδα και προωθήθηκε αγγειογραφικός καθετήρας στην ΚΚΦ. Παρακεντήθηκε στη συνέχεια η ΑΡ κοινή μηριαία αρτηρία, τοποθετήθηκε αγγειογραφικός καθετήρας στη σπληνική αρτηρία και πραγματοποιήθηκε έμμεση πυλαιογραφία. Ακολούθησε καθετηριασμός της ΔΕ ηπατικής φλέβας (του βατού αρχικού της τμήματος) και επιτυχής διηπατική παρακέντηση της πυλαίας φλέβας. Πραγματοποιήθηκε στη συνέχεια διαστολή της δημιουργηθείσας αναστόμωσης με αεροθάλαμο 8x40 mm και τοποθετήθηκε ενδοπρόθεση επικαλυμμένη κατά το μεγαλύτερο της μήκος 10 mmx80 mm/20 mm.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το τελικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα ανέδειξε ικανοποιητική ροή στην πυλαιοσυστηματική αναστόμωση, ενώ δεν παρατηρήθηκαν άμεσες επιπλοκές. Δέκα ημέρες αργότερα η ασθενής επανεμφάνισε ασκίτη. Ο αγγειογραφικός έλεγχος ανέδειξε μερική θρόμβωση της ενδοπρόθεσης στο κεντρικό της τμήμα, η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με διαστολή με αεροθάλαμο 10 mmx40 mm. Στους μετέπειτα υπερηχοτομογραφικούς ελέγχους (3μηνο follow up) το TIPS αναδεικνύεται βατό και δεν απεικονίζεται ασκίτης

70. ΕΙΝΑΙ Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ; ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗ ΛΑΚΩΝΙΑ

Π. Καλαποθάκος¹, Γ. Κουτούφαρης², Π. Κουρκούλης², Π. Γεωργαντάς², Ε. Γεωργακίλα¹

¹Γαστρεντερολογικό Ιατρείο ΓΝ Σπάρτης, ²Παθολογική Κλινική ΓΝ Σπάρτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υπερνισουλιναμία του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ), μέσω αύξησης του IGF-1, θεωρείται ότι προάγει την κολοορθική καρκινογένεση.

ΣΚΟΠΟΣ: Να αναζητηθεί, αν η παρουσία ΣΔ 2 είναι παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη αδενωμάτων παχέος εντέρου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Τριετής αναδρομική μελέτη ασθενών- μαρτύρων σε αναλογία 1:2. Ασθενείς (N= 240) θεωρήθηκαν όσοι εμφάνισαν ιστολογικά αδενωμάτωδες πολύποδες παχέος εντέρου μεγέθους >0,8 εκ, σε κολονοσκοπήσεις, ενώ μάρτυρες (N=480) αντίστοιχης ηλικίας και φύλου άτομα, χωρίς πολύποδες στην κολονοσκόπηση. Αναζητήθηκαν και καταγράφηκαν συνήθειες, νοσήματα, φαρμακευτική αγωγή. Στους διαβητικούς αναζητήθηκε αν η αγωγή και τα επίπεδα HbA1c σχετίζονται με υψηλό κινδύνου αδενώματα. Στατιστική: υπολογισμός σχετικού κινδύνου και 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης με στατιστικό πρόγραμμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 55% άνδρες, μ.ο. ηλικίας 58,46±7,54 (50-70 έτη). Καπνιστές 18% vs 9%. ΣΔ 2, 28% στους ασθενείς vs 9% στους μάρτυρες. Σωληνολαχνώδη αδενώματα 65%, σωληνολαχνώδη 31%, λαχνώδη 4%. Εντόπιση 65% αριστερό κόλον. Ο ΣΔ σχετίζεται με ανάπτυξη αδενωμάτων ΣΚ 1,52 (95% ΔΕ 1,10-2,20 p = 0,05). Τόσο η χρήση ινσουλίνης ΣΚ 1,8 (95% ΔΕ 1,2-2,70), όσο και p.o αντιδιαβητικών ΣΚ 2,10 (95% ΔΕ 1,30- 4,10), σχετίζονται με την εμφάνιση αδενωμάτων. Ο τύπος της αγωγής και τα επίπεδα HbA1c δεν σχετίζονται με υψηλό κινδύνου αδενώματα. Το κάπνισμα ΣΚ 1,29 (95% ΔΕ 1,05-2,02 p 0,02), σχετίζεται με την εμφάνιση αδενωμάτων, ενώ η χρήση ασπιρίνης ΣΚ 1,01 (95% ΔΕ 0,9-1,2 p ΜΣ), και στατινών ΣΚ 1,05 (95% ΔΕ 0,9-1,2 p ΜΣ), δεν φαίνεται να σχετίζονται, με την εμφάνιση αδενωμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στον υπό μελέτη πληθυσμό, η παρουσία ΣΔ2 σχετίζεται με την εμφάνιση αδενωμάτων παχέος εντέρου. Αν από ευρύτερη μελέτη, τεκμηριωθούν αυτά τα πρόδρομα αποτελέσματα, οι διαβητικοί τύπου 2 θα πρέπει να θεωρούνται ομάδα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κολοορθικού καρκίνου, και η πρόληψή του να περιλαμβάνεται έγκαιρα στο πρόγραμμα παρακολούθησής τους.

71. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ HEMOSUCCUS PANCREATICUS ΜΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΣΜΟ

Κ. Κουλιά, Χ. Κωνσταντός, Γ. Στάθης, Β. Παυλίδης, Ι. Αραπάκης, Σ. Γιάλδαση, Η. Μπρούντζος

Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή περιστατικού αιμορραγίας πεπτικού με ασυνήθιστη αιτιολογία και η επιτυχής αντιμετώπισή του με εμβολισμό.

ΥΛΙΚΟ: Άνδρας 35 ετών με ιστορικό αλκοολισμού και χρόνιας παγκρεατίτιδας εισήχθη σε επαρχιακό νοσοκομείο λόγω οξείας επιγαστραλγίας. Πήρε εξιτήριο με οδηγίες να λάβει γαστροπροστασία, ενώ την επόμενη ημέρα έκανε επανεισαγωγή με αιματέμηση και αιματοχεσία. Δεν έγινε ενδοσκόπηση ή CT. Διεκομίσθη στην Αθήνα 3 ημέρες αργότερα με μέλαινες κενώσεις, αιμοδυναμικά σταθερός και με Hct 25%. Υπεβλήθη σε CTA η οποία ανέδειξε παρουσία ψευδοανεύρυσματος διαμέτρου 3.5 χιλ στην οπίσθια κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική αρτηρία με συνοδό ευμέγεθες αιμάτωμα. Με βάση την κλινική εικόνα του ασθενούς και τα απεικονιστικά ευρήματα ετέθη η διάγνωση του παγκρεατικού αιμόσκακου (Hemosuccus Pancreaticus). Πρόκειται για απώλεια αίματος μέσω του φύματος του Vater, από αιμορραγία αγγείου εντός του παγκρεατικού πόρου. Συνήθως αφορά σε νέους άνδρες με ιστορικό αλκοολισμού και οξείας ή χρόνιας παγκρεατίτιδας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην αίθουσα του Ψηφιακού Αγγειογράφου. Μετά από τοποθέτηση θηκαρίου στη ΔΕ κοινή μηριαία αρτηρία, καθετηριάστηκε η άνω μεσεντέρια αρτηρία. Ο αγγειογραφικός έλεγχος ανέδειξε το ψευδοανεύρυσμα. Με τη βοήθεια μικροκαθετήρα καθετηριάστηκε υπερεκλεκτικά η κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική αρτηρία και το ψευδοανεύρυσμα το οποίο εμβολίστηκε με μικροσπειράματα διαμέτρου 2,3 και 4 χιλιοστών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με ιστορικό οξείας ή χρόνιας παγκρεατίτιδας και αιμορραγία πεπτικού οφείλουμε να έχουμε στο νου μας την πιθανότητα παγκρεατικού αιμόσκακου. Η διάγνωση μπορεί να τεθεί με CTA και μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία με διαδερμικό εμβολισμό.

72. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟ ΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗΣ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ VON HIPPEL-LINDAU

Σ. Καρατάπνης¹, Β. Παπαστεργίου¹, Μ. Γεωργαντάς², Ε. Τσιοπάνου², Κ. Ψαράς², Α. Βενετοκλής², Φ. Λίσκος¹, Γ. Ντέτσκας¹, Μ. Σταμπόρη², Κ. Προδρομιδού², Α. Κώτης²

¹Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, ²Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο Von Hippel-Lindau (VHL) είναι ένα σπάνιο αυτοσωμικό επικρατές γενετικό νόσημα, που οδηγεί σε διαφορετικά είδη καρκίνων ή καλοήθεις όγκους και προκαλείται από μεταλλάξεις του γονιδίου VHL στη χρωμοσωματική θέση 3p26.

ΣΚΟΠΟΣ: Να παρουσιαστεί η περίπτωση ασθενούς VHL με γιγαντιαίο κυσταδένωμα και σύγχρονο παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα σε έδαφος μεμονωμένης πολυκυστικής νόσου παγκρέατος.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πρόκειται για άρρεν, 22 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, ο οποίος προσήλθε αναφέροντας από 3-μήνου αίσημα επιγαστρίου βάρους και διάτασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κλινική εξέταση αποκάλυψε την παρουσία ψηλαφητής μάζας επεκτεινόμενης στο επιγαστριο σε αριστερό υπογαστριο, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Η δυναμική αξονική τομογραφία της άνω κοιλίας ανέδειξε την παρουσία μόνης κοιλότητας γιγαντιαίας κυστικής μάζας (διαστάσεων 23x21 cm) με πεπαχυσμένα τοιχώματα, η οποία εξορμούμενη από το σώμα και την ουρά του παγκρέατος προκαλούσε έντονα πιεστικά φαινόμενα επί του στομάχου, του δωδεκαδάχτυλου και της σπληνικής φλέβας. Το υπόλοιπο πάγκρεας απεικονίζετο έντονα πολυκυστικό με σχεδόν εξ' ολοκλήρου αντικατάσταση του παρεγχύματος από αναριθμητές κύστες. Φυσιολογική ήταν η απεικόνιση του ήπατος καθώς και των νεφρών, επινεφριδίων και του κεντρικού νευρικού συστήματος. Ο ασθενής υπεβλήθη σε ολική παγκρεατεκτομή και η ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος ανέδειξε ορώδες κυσταδένωμα καθώς και σύγχρονη εστία αδενοκαρκινώματος (0.7 cm) επί της κεφαλής του παγκρέατος. Ο γενετικός έλεγχος ήταν συμβατός με σύνδρομο VHL.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το παρόν αποτελεί ένα από τα λίγα διεθνώς περιστατικά συνδρόμου VHL με μεμονωμένη πολυκυστική νόσο παγκρέατος. Πιεστικά φαινόμενα οφειλόμενα σε γιγαντιαία κυστική βλάβη του παγκρέατος δύναται ενίοτε να αποτελέσουν πρώιμη εκδήλωση του συνδρόμου. Σε κάθε περίπτωση ο δείκτης υποψίας για κακοήγη νεοπλασμάτα θα πρέπει να είναι υψηλός.

73. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ**74. ΜΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΕ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΟΝΥΧΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑ**

N. Τσιγαρίδας, E. Πελέχας, Σ. Κυράμα, Α. Καββαδίας, Χ. Μανάτου, Δ. Παπαδόπουλος, Π. Τσαπόνγας

B΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Κέρκυρας

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγράφεται μια οικογένεια με κληρονομική ονυχοδυστροφία **ΜΕΘΟΔΟΙ:** Σε ασθενή 82 ετών με νεφρική ανεπάρκεια, ο οποίος νοσηλεύθηκε λόγω βαριάς γαστρορραγίας, παρατηρήθηκε ονυχοδυστροφία χειρών και ποδιών. Από το οικογενειακό ιστορικό προέκυψε ότι πρόκειται για κληρονομικό χαρακτηριστικό που υπήρχε στη μητέρα του ασθενούς, στα τέκνα και τους εγγονούς του, αλλά και ορισμένους αδελφούς και ανηψιούς του. Ένδεκα συνολικά μέλη της οικογένειας εξετάστηκαν, ενώ αναζητήθηκαν 32 ακόμη εξ αίματος συγγενείς. Σύμφωνα με πληροφορίες που λάβαμε από τους εξετασθέντες οι 8 εκ των 32 φέρουν το φαινότυπο, ενώ οι 26 όχι.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε εννέα μέλη της οικογένειας παρατηρήθηκαν στις άκρες χείρες δυσπλαστικά ή υποπλαστικά, δυσχρωσικά νύχια. Οι βλάβες είναι συμμετρικές και η βαρύτητά τους μειώνεται από τον αντίχειρα προς τον 5^ο δάκτυλο. Σε δύο περιπτώσεις παρατηρήθηκε μόνον μια κάθετη ρωγμή στον ονύχα του 4^{ου} ή 5^{ου} δακτύλου. Σε 2 αδερφούς του πρώτου εξετασθέντος παρατηρήθηκε τριγωνική κοίτη ονύχου (lunula), σε δύο δακτύλους (παθολογικό εύρημα για το ονυχοεπιγονατιδικό σύνδρομο). Ο εξετασθείς παρουσίαζε επιπλέον αδυναμία έκτασης του αντιβραχίου, λόγω υποπλασίας του ωλεκράνου και νεφρική ανεπάρκεια. Στους άκρους πόδες παρατηρήθηκε απλασία ονύχων ή παρουσία μόνον των πλάγιων άκρων τους. Κερατόκωνος υπάρχει σε ένα μέλος.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Καθώς η εικόνα των ονύχων είναι παρόμοια με εκείνη του ονυχοεπιγονατιδικού συνδρόμου αναζητήθηκαν στα μέλη της οικογένειας επισκοπικά και ακτινολογικά και άλλα παθολογικά ευρήματα αυτού του συνδρόμου, χωρίς όμως να εντοπισθούν. Έτσι θεωρήθηκε ότι πρόκειται για μεμονωμένη κληρονομική ονυχοδυστροφία. Προγραμματίζεται ο γονιδιακός έλεγχος ορισμένων μελών της οικογένειας για επιβεβαίωση της κληρονομικότητας, πιθανότατα με αυτσωματική κυρίαρχη κατανομή.

75. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΕΝΔΟΔΙΑΦΥΓΗΣ (ENDOLEAK AFTER EVAR) ΤΥΠΟΥ III ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΓΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

N. Νικολόπουλος¹, Παπαδοπούλου², Τσάλτα², Π. Ανδρομίδας³, Κ. Μπράβου⁴, Α. Αδρακτάς⁵

¹Γενικός Ιατρός, ΓΝ Κορίνθου, ²Γενική Ιατρός, ΓΝ Κορίνθου, ³Ορθοπαιδικός, ΓΝ Κορίνθου, ⁴Χειρουργός, ΓΝ Κορίνθου, ⁵Ιατρός, ΓΝ Κορίνθου

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της σημασίας εκπαίδευσης των ιατρών ΤΕΠ στην αντιμετώπιση καταστάσεων που έπονται της EVAR (Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair).

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 66 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ ΓΝ Κορίνθου με αναφερόμενο άλγος οσφυϊκής χώρας από 3ώρου, κάθιστος με ένα επεισόδιο εμετού και ανέφερε ότι άλγος στην οσφή τον αφύπνισε. Αναφέρει μακροσκοπική αιματοουρία από 2ημέρου. Από την κλινική εξέταση και ΗΚΓ διαπιστώνονται, bnp 110, ΑΠ 160/80 mmHg, SAT 100%. Ατύρετος Θ 36. Κοιλία μαλακή, ευπίεστη με ευαισθησία στο επιγάστριο κατά την ψηλάφηση. Αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο αμφω. Καρδιά S1, S2 ρυθμικός.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνονται, WBC 12.000, Hb 14,3, Hct 45,8, Gluc 148, Ur 55, Cr 1,3, SGPT 12, SGOT 17, PLT 237.000, Am 65, LDH 492, Χολερυθρίνη Ολική 2,6, Άμιαση 0,5, K 4,6, Na 140.

Από τον ουρολογικό έλεγχο διαπιστώνεται μακροσκοπική αιματοουρία.

Αρχικά ο ασθενής αντιμετωπίζεται σαν κωλικός νεφρού και του χορηγείται η παρακάτω φαρμακευτική αγωγή: i.v. 100N/S 0.9% Arotel+Buscopan, μετά από 1 ώρα ο πόνος συνεχίζει να έχει την ίδια ένταση. Στη συνέχεια του χορηγείται: 100N/S 0.9% + 1amp. Morfine. Ο πόνος εξακολουθεί να έχει την ίδια ένταση. Είχε προηγηθεί και 1lbs. Caroten λόγω της υπέρτασης που είχε διαπιστωθεί αρχικά.

Από τον ακτινολογικό έλεγχο U/S νεφρών-ουρητήρων διαπιστώνεται: Νεφροί άμφω φυσιολογικοί σε θέση, σχήμα, μέγεθος, ηχοδομή, αδρή αιμάτωση και πάχος φλοιού. Από τη μελέτη των πτελοκαλκικών συστημάτων παρατηρείται μόλις υποσημειωμένη εικόνα μικροιλίωσης άνευ διάτασης των καλυκικών ομάδων.

Παρεμπίπτον εύρημα: Χειρουργηθέν (τοποθέτηση stent) ατρακτοειδές ανεύρυσμα πρόσθιας επιτροβαλλόμενο στο υπονεφρικό τμήμα της κοιλιακής αορτής μεγίστης διαμέτρου 6.4 cm παρουσία τοιχωματικού θρόμβου 4.3 cm και αληθή αυλό διαμέτρου 2.1 cm. Πέρις του τοιχωματικού θρόμβου αναγνωρίζεται διαταραχή της ηχογένειας ως επί πιθανής ρίξεως του θρόμβου - ενδοδιαφυγή?. Σύσταση για περαιτέρω έλεγχο με ct. Δεν ελέγχεται εικόνα ελεύθερης ενδοπεριτοναϊκής συλλογής υγρού εκ του γενομένου ελέγχου.

Στη συνέχεια και ύστερα από τον ακτινολογικό έλεγχο με ακτινογραφία κοιλίας και ακτινογραφία ΝΟΚ όπου αναγνωρίστηκε ο τύπος του stent (stent δίκην παντελονιού), διότι ουσιαστικά έπαινε όλη την κοιλ. αορτή και τις κοινές λαγόνιες. Ο ασθενής αναφέρει από το καρδιολογικό του ιστορικό, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, χειρουργηθέν προ 2ετίας και αναφέρει την τοποθέτηση stent. Ο ίδιος αναφέρει ότι ουδέποτε είχε γίνει πάλι καρδιολογικός και αιματολογικός έλεγχος μετά από αυτή την επέμβαση.

Στη συνέχεια από τον αιματολογικό έλεγχο διαπιστώνονται: PT 96,2, INR 11,180, APTT 67,9

Ακολουθεί CT κοιλίας όπου διαπιστώνεται πιθανή διαφυγή από το ανεύρυσμα.

Ο ασθενής διακομίζεται στο Λαϊκό νοσοκομείο λόγω ειδικής περιθαλψής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Η αντιμετώπιση του ασθενούς ολοκληρώθηκε χειρουργικά στο ΓΝ Λαϊκό όπου τέθηκε και η διάγνωση της ενδοδιαφυγής (endoleak) τύπου III.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η εκπαίδευση των ιατρών ΤΕΠ και ειδικότερα των Γενικών Ιατρών στην αντιμετώπιση καταστάσεων που έπονται της EVAR (Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair) δύναται να βελτιώσει την κλινική αντιμετώπιση και να μειώσει τη θνητότητα των αντιστοιχών ασθενών.

76. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

77. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

79. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

78. ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΟΠΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ ΓΙΑ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Π. Μπάφα¹, Α. Γαλανοπούλου^{1,2}, Π. Κατσαούνη^{1,2}, Ι. Τσακανίκας¹, Μ. Καπαρέλου¹, Α. Μιχάλης^{1,2}, Ε. Κατσουλιέρη¹, Ι. Ζερβακάκου¹, Λ. Μπούζας¹, Α. Μπούνταλης¹

¹ΚΥ Σαλαμίνας, ²Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ΠΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των ύποπτων καρδιαγγειακών συμβάντων, με κλινική εικόνα συμβατή με οξύ στεφανιαίο επεισόδιο και ο τρόπος αντιμετώπισης τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στο χρονικό διάστημα Ιανουάριος - Μάιος 2012, καταγράφηκαν 70 ασθενείς, εκ των οποίων 71,42% ήταν άνδρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών (31,43%) ήταν ηλικίας 61-70 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το 28,6% των ασθενών οι οποίοι ανέφεραν θετικό ιστορικό, το 15,7% είχε υποστεί τουλάχιστον ένα στεφανιαίο επεισόδιο στο παρελθόν. Το 14,28% έφερε στεφανιογραφικό έλεγχο, το 11,42% είχε πραγματοποιήσει αγγειοπλαστική, ενώ το 1,42% είχε υποβληθεί σε αορτο-στεφανιαία παράκαμψη. Παράγοντες κινδύνου: αρτηριακή υπέρταση (52,85%), κάπνισμα (37,15%), δυσλιπιδαιμία (27,14%), αγχώδης διαταραχή (4,28%), κληρονομικότητα (1,42%). Η κλινική εικόνα κατά την προσέλευση ήταν: προκάρδιο άλγος (62,85%), εφίδρωση (21,42%), αιμωδίες άκρων (18,57%), αντανάκλαση θωρακαλγίας στη ράχη (18,57%), ναυτία/δύσπνοια (2,85%). Ηλεκτροκαρδιογραφικά, στο 32,02% διαπιστώθηκαν εμφράγματα με ανάρπωση του διαστήματος ST (STEMI), με υπερχρήση του κατώτερου τοιχώματος. Σε μια μόνο περίπτωση οξύς προσθίου εμφράγματος (1,42%), άλλαξε η ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα και εμφανίστηκε αποκλεισμός δεξιού σκέλους (RBBB). Το 5,71% παρουσίασε πρωτοεμφανιζόμενο αποκλεισμό αριστερού σκέλους (LBBB). Επαληθεύτηκε θετική ενζυμική κίνηση στο 31,43% των εμφραγμάτων χωρίς ανάρπωση του διαστήματος ST (NON-STEMI). Καταγράφηκαν διαταραχές αναπόλωσης ισχυμικού τύπου (κατάσπαση τμήματος ST) στο 29,42%. Η αντιμετώπιση, ήταν κατά 70% φαρμακευτική, ενώ στο 4,28% διενεργήθηκε θρομβόλυση. Διακομίστηκε το 57,14% συνοδεία γιατρού, ενώ το 1,42% κατέληξε. Οι ασθενείς που δε διακομίστηκαν (41,44%), παραπέμφθηκαν για περαιτέρω καρδιολογική εκτίμηση σε επείγουσα βάση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το Κέντρο Υγείας, επανδρωμένο μόνο με γενικούς ιατρούς, αντιμετωπίζει μεγάλο αριθμό οξέων στεφανιαίων συμβάντων, ενώ ένα υψηλό ποσοστό μπορεί να διαλάβει της ανάλογης προσοχής (NON-STEMI), λόγω έλλειψης αντιδραστηρίων για διερεύνηση της ενζυμικής κίνησης και test τροπονίνης.

80. Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΤΗ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ

Α. Γαλανοπούλου^{1,2}, Π. Μπάφα², Π. Κατσαούνη^{1,2}, Μ. Μπούτση², Ι. Τσακανίκας²

¹Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ΠΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», ²ΚΥ Σαλαμίνας

ΣΚΟΠΟΣ: Η κατά Παπανικολάου, είναι η πλέον επιτυχημένη εξέταση πληθυσμιακού ελέγχου, για την πρόληψη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η εκτίμηση της προσέλευσης των γυναικών για εξέταση, όπως αυτή πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας, στα πλαίσια του εντελώς δωρεάν προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με την υπ. αριθμό πρωτοκόλλου 1601/12-12-2012 εγκύκλιο της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε γυναίκες που εξετάστηκαν κατά τη χρονική περίοδο Μάρτιος 2012-Ιανουάριος 2013, συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία, ατομικό και φαρμακευτικό αναμνηστικό, καθώς και ιστορικό προηγούμενων εξετάσεων κατά Παπανικολάου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν στο σύνολο 163 γυναίκες, οι οποίες ανήκαν στις εξής ηλικιακές κατηγορίες: Το 16,56% ήταν ≤30 ετών, το 23,31% 31-40 έτη, το 25,77% 41-50 έτη, το 17,18% 51-60 έτη και τέλος το 17,18% >60 έτη. Η πλειοψηφία αυτών (88%) ήταν ελληνικής καταγωγής. Τα συχνότερα νοσήματά τους ήταν αρτηριακή υπέρταση (13%), οστεοπόρωση (11%), θυρεοειδοπάθεια (9%) και αγχώδης διαταραχή (9%). Από την ιστολογική εξέταση προέκυψαν κατά σειρά συχνότητας τα παρακάτω αποτελέσματα: δείγμα αρνητικό για κακοήθεια ή άλλη παθολογία 43%, φλεγμονώδη στοιχεία επιχρίσματος 41%, στοιχεία ατροφικής φλεγμονής 8%, μυκητιασική κολπίτιδα 4%, HPV λοίμωξη 3% και τέλος κακοήθεια 1%. Η πλειοψηφία του δείγματος πραγματοποίησε την εξέταση με συχνότητα μια φορά ανά διετία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο δε φέρουν κάποιο συνοδό νόσημα. Προσέχονται συχνότερα εκείνες των μεσαίων ηλικιακών ομάδων, ενώ οι ίδιες επιδεικνύουν και μεγαλύτερη συμμόρφωση με τις οδηγίες που αφορούν στην επανεξέτασή τους μετά από ένα εξάμηνο, συγκριτικά με τις γυναίκες που ανήκουν σε ακραίες ηλικιακές κατηγορίες.

81. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

82. Η ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ

Α. Γαλανοπούλου^{1,2}, Μ. Καπαρέλου², Π. Κατσαούνη^{1,2}, Ι. Τσακανίκας², Κ. Στάγια², Ι. Ζερβακάκου², Ε. Κατσουλιέρη², Μ. Παπανικολάου², Α. Μπούνταλης², Π. Μπάφας²

¹Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ΠΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», ²ΚΥ Σαλαμίνας

ΣΚΟΠΟΣ: Πρόσφατες έρευνες ανέδειξαν τη ΧΑΠ ως 4^η αιτία θανάτου παγκοσμίως. Χαρακτηρίζεται από μόνιμη μη αναστρέψιμη απόφραξη των αεραγωγών λόγω της καταστροφής των τοιχωμάτων τους. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η καταγραφή των επεισοδίων παρόξυνσης ΧΑΠ καθώς και η προσφορά της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην αντιμετώπισή τους.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2012 – Μάιος 2012 προσήλθαν στο ΚΥΣ 78 περιστατικά παρόξυνσης ΧΑΠ, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άντρες (58.9%) και το ηλικιακό φάσμα στο οποίο ανήκαν ήταν 60-80 έτη (61.5%).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους αναγνωρισμένους αιτιολογικούς παράγοντες της ΧΑΠ στο δείγμα μας, σημαντική ήταν η καπνιστική συνήθεια (74%), καθώς επίσης και η επαγγελματική έκθεση σε επιβλαβείς ουσίες (26%). Αξιολογώντας τον βαθμό συννοσηρότητας προέκυψε ότι ΣΝ είχε το 28.2% των ασθενών, ΑΥ το 20.5%, ενώ ΣΔ παρουσίαζε το 12.82%. Ένα ποσοστό 23% του συνόλου των ασθενών είχε προσέλθει με τη γνωστή συμπτωματολογία παρόξυνσης δυο και πλέον φορές στο ΚΥΣ, ενώ ελάχιστες περιπτώσεις ασθενών είχαν υποβληθεί σε διαδικασία σπιρομέτρησης στο μεσοδιάστημα των συμβάντων. Το 65% των ασθενών ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή με εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή και βρογχοδιασταλτικά φάρμακα. Η πλειοψηφία των περιστατικών αντιμετωπίστηκε επιτυχώς, ενώ το 28.2% των περιστατικών διακομίστηκε σε πνευμονολογική κλινική για περαιτέρω κλινικοεργαστηριακό έλεγχο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά τη βαρύτητα των περιστατικών και με μόνα όπλα πέραν της κλινικής εξέτασης, της οξυμετρίας και την ακτινογραφία θώρακος, η πλειοψηφία αυτών ανατάχθηκε και ακολούθησε οδηγίες νεφελοποίησης. Ένα μεγάλο και σημαντικό πρόβλημα των ασθενών με ΧΑΠ είναι η απουσία οργανωμένου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σημαντική η συμβολή του ΚΥΣ στην αποφυγή αυξημένου αριθμού νοσηλείων στο νοσοκομείο.

83. Η ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ 3ΗΣ ΚΑΙ 4ΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΕΝΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

Χ. Λούπα, Ι. Μπάλλας, Ι. Κωτή, Ν. Κοσιώνης, Γ. Πέτρου, Α. Αναγνώστου, Κ. Τζίφας, Μ. Λελέκης

Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝΜ «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή και ποιοτική/ποσοτική εκτίμηση της χρονίας φαρμακευτικής αγωγής σε άτομα 3^{ης} και 4^{ης} ηλικίας σε αστικό πληθυσμό.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Προοπτική μελέτη 88 διαδοχικών ατόμων ≥65 ετών που νοσηλεύθηκαν σε παθολογική κλινική ή προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία κατά το 2012. Σύγκριση με ανάλογο πληθυσμό 323 ατόμων το 2006.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 37/88 ήταν άνδρες. Οι ηλικίες ήταν 65-93 ετών (41 άτομα 3^{ης} και 47 4^{ης} ηλικίας). Μόνον 2 άτομα (2.2%) δεν ελάμβαναν φάρμακα. Ο αριθμός ιδιοσκευασμάτων ανά ασθενή ήταν μέχρι 13, με μέση τιμή 4,4 (4,2 και 4,6 για την 3^η και την 4^η ηλικία αντίστοιχα). Ο αριθμός ημερησίων δόσεων έφθανε μέχρι 17 (μέση τιμή 5,2, ήτοι 5,1 και 5,4 για την 3^η και την 4^η ηλικία αντίστοιχα). Τα άτομα με την ανώτατη/άνωτερη εκπαίδευση ελάμβαναν μικρότερο μέσο αριθμό ιδιοσκευασμάτων (3,5 vs 4,6) και μικρότερο αριθμό ημερησίων δόσεων (3,8 vs 5,5). Σε όλες τις περιπτώσεις τα φάρμακα είχαν συσταθεί από ιατρό. Τα συχνότερα φάρμακα ήταν τα καρδιολογικά/αντιυπερτασικά (77,2% των ασθενών), τα αντιπηκτικά/αντιαιμοπεταλιακά (35,2%) και τα ψυχοληπτικά / ψυχοαναληπτικά, δηλ. αντιψυχωσικά / αγχολυτικά / υπνωτικά / ηρεμιστικά / αντικαταθλιπτικά / νοοτρόπα / άνοιας (31,7% των ασθενών, με 1-3 σκευάσματα ανά ασθενή). Σημειωτέον ότι φάρμακα της τελευταίας αυτής κατηγορίας χορηγούνται και για τη διαβητική νευροπάθεια. Στη μελέτη του 2006, 27 άτομα (8,3%) δεν ελάμβαναν φάρμακα, τα ιδιοσκευάσματα ήταν μέχρι 12 και οι ημερήσιες δόσεις μέχρι 19. Ομοίως, τα συχνότερα φάρμακα ήταν τα καρδιολογικά / αντιυπερτασικά (73,7% των ασθενών), τα αντιπηκτικά/αντιαιμοπεταλιακά (32,5%) και τα ψυχοληπτικά / ψυχοαναληπτικά (24,1% των ασθενών, με 1-3 σκευάσματα ανά ασθενή). Αξιοσημείωτη ήταν η αύξηση στη συχνότητα αντιελκωτικών (26% από 16,7%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) Διαχρονικά και παρά τις αλλαγές στο σύστημα υγείας, η πολυφαρμακία επί του παρόντος φαίνεται ότι είναι ένα σταθερό φαινόμενο στην 3^η και 4^η ηλικία. 2) Οι ηλικιωμένοι ελάμβαναν μέχρι 13 ιδιοσκευάσματα και μέχρι 17 δόσεις ημερησίως, με μικρότερους αριθμούς στα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. 3) Τα καρδιολογικά / αντιυπερτασικά ήταν τα συνηθέστερα φάρμακα. 4) 1 στα 3 άτομα ελάμβανε ψυχοληπτικά / ψυχοαναληπτικά, ποσοστό αυξημένο έναντι του 1 προς 4 του 2006. 5) Τα αντιελκωτικά φάρμακα αυξάνονται, ίσως στο πλαίσιο της κακής εννοούμενης γαστροπροστασίας.

84. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ

Π. Μπάφας¹, Α. Γαλανοπούλου², Ι. Τσακανίκας¹, Π. Κατσαούνη², Ι. Ζερβακάκου¹, Ε. Κατσουλιέρη¹, Μ. Καπαρέλου¹, Μ. Παπανικολάου¹, Λ. Μπούζας¹, Α. Μπούνταλης¹

¹Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας, ²Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ΠΓΝ Νίκαιας «Άγ. Παντελεήμων»-Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας

ΣΚΟΠΟΣ: Η διακοπή ρυθμικής διέγερσης της καρδιάς προκαλεί αρρυθμία. Ο ασθενής προσέρχεται αιτιώμενος ξαφνική ζάλη ή αίσθημα προκάρδιων παλμών. Μελετήσαμε τις παροξυσμικές υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες (ΡΑΤ) και τις παροξυσμικές κολπικές μαρμαρυγές (ΡΑΦ).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στο πρώτο πεντάμηνο 2012, καταγράφηκαν 73 ασθενείς, εκ των οποίων 52,05% άνδρες, μέσης ηλικίας 60-80 έτη (61,64%).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνοδά νοσήματα ήταν κυρίως αρτηριακή υπέρταση (34,24%), σακχαρώδης διαβήτης (13,69%), στεφανιαία νόσος (21,91%) και δυσλιπιδαιμία (10,96%). Καταμετρήθηκαν 49,31% ΡΑΤ, 41,09% ΡΑΦ και 9,6% κολπική μαρμαρυγή (ΑΦ) αγνώστου ενάρξεως. Το 24,66%, ανέφερε προηγούμενο επεισόδιο. Εξ αυτών, 17,81% επισήμανε συχνότητα ενός έως τριών επεισοδίων σε χρονικό διάστημα 2-12 μηνών, το 1,37% συχνότητα τεσσάρων επεισοδίων, ενώ 5,48% δεν έδωσε χρονικό προσδιορισμό. Από τις υποτροπιάζουσες ΡΑΦ, 17,8% ελάμβανε συστηματικά αντιπηκτική αγωγή, όμως μόνο στο 6,85% είχε επιτευχθεί σωστή ρύθμιση. Το 1,37%, είχε υποστεί διαπιστωμένο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, λόγω υποτροπιάζουσας ΑΦ. Πρώτο φάρμακο εκλογής για την ανάταξη των ΡΑΤ ήταν η αδενοσίνη και επί αποτυχίας η βεραπαμίλη. Η εξοικείωση ή μη των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) με τα σύνθετα καρδιολογικά προβλήματα, καθόρισε την αντιμετώπιση. Ανατάχθηκε 80,02% των αρρυθμιών ΡΑΤ, ενώ στις υπόλοιπες δεν έγινε προσπάθεια ανάταξης, αλλά άμεση διακομίδα. Για την κολπική μαρμαρυγή αγνώστου ενάρξεως, έγινε προσπάθεια ελέγχου συχνότητας με β-αποκλειστές και συνεστήθη περαιτέρω έλεγχος. Στο 23% των ΡΑΦ, εδόθησαν β-αποκλειστές, ενώ στο 7% των ασθενών που προσήλθαν έχοντας ήδη λάβει υδροχλωρική προπafenόνη, συνεχίστηκε η χορήγησή της. Από το 70% των ΡΑΦ στις οποίες έγινε φάρμακο με αμωδαρόνη, ανετάχθη το 47%, ενώ το 23% έλαβε δόση συντήρησης και διακομίστηκε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σημαντικό ποσοστό αρρυθμιών αντιμετωπίζονται στο κέντρο υγείας, μιας και οι ασθενείς συχνά υποτιμούν τη σοβαρότητα προβλημάτων καρδιακού ρυθμού. Οι ιατροί ΠΦΥ αντιμετωπίζουν εξειδικευμένα καρδιολογικά προβλήματα, με αξιοσημείωτα ποσοστά επιτυχίας.

85. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ WHOLE EXOME SEQUENCING (WES): ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ, ΔΙΔΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΩΝ 15 ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Χ. Κονιάλης, Κ. Πάγκαλος

InterGenetics-Διαγνωστικό Κέντρο Γενετικής, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Στην καθημερινή κλινική πρακτική βρισκόμαστε πολύ συχνά μπροστά σε διαγνωστικούς «γρίφους», όπου η κλασική γενετική διερεύνηση βασισμένη στη στοχευμένη ανάλυση γονιδίων (1-5), επιλεγμένων με βάση αποκλειστικά τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά, συνήθως δεν οδηγεί στην αποκάλυψη της αιτίας. Σήμερα πλέον, έχουμε την αυξημένη δυνατότητα διάγνωσης με την πλήρη ανάλυση όλων των ~22.000 γονιδίων ενός ατόμου με Whole Exome Sequencing (WES) και Next Generation Sequencing (NGS) σε εύλογο χρονικό διάστημα και με προστό πλέον κόστος. Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της ομάδας μας από τις πρώτες 15 κλινικές εφαρμογές στη χώρα μας, αναδεικνύοντας την ιδιαίτερη αξία της μεθόδου αλλά και τα πολύτιμα μαθήματα και συμπεράσματα που προκύπτουν.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε 15 περιστατικά, που αφορούσαν έμβρυα-προϊόντα αποβολής με πολλαπλές δυσπλασίες καθώς και νέους ή ενήλικες με σύνθετους παθολογικούς φαινοτύπους, εφαρμόστηκε WES-NGS, (Agilent v4 51 Mbp exome capture, NGS σε Illumina Genome Analyzer), με μέση κάλυψη >50x. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με ειδικό λογισμικό που αναπτύχθηκε για τη συγκεκριμένη εφαρμογή (Exome Management Application-EMA) για το φιλτράρισμα και αξιολόγηση των μεταλλάξεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 11 περιστατικά, η ανάλυση αποκάλυψε την παρουσία γνωστών ή νέων παθολογικών γονιδιακών μεταλλάξεων, με αποτέλεσμα τη διάγνωση συγκεκριμένου γενετικού νοσήματος, ενώ σε 4 περιστατικά δεν αποκαλύφθηκε η γενετική αιτιολογία. Σε τουλάχιστο 4 από τις 11 περιπτώσεις η τελική διάγνωση ήταν διαφορετική από αυτή που είχε υποπτευθεί με βάση τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά, ενώ στις περισσότερες η αποκάλυψη της γενετικής αιτιολογίας οδήγησε στη διάγνωση γενετικών νοσημάτων που θα είχαν παραμείνει αδιάγνωστα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εισαγωγή της νέας γονιδιωμικής ανάλυσης στην κλινική πράξη αποδεδειγμένα ανοίγει νέους ορίζοντες στη διάγνωση πολλών γενετικών νοσημάτων, ενώ παράλληλα διαμορφώνονται οι απαιτούμενες προδιαγραφές με βάση την εμπειρία και τα διδάγματα που αποκτούμε.

86. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΚΑΒ ΚΡΗΤΗΣ-Δ. ΒΟΥΡΒΑΧΑΚΗΣ

Δ. Βουρβαχάκης (+)¹, Β. Κοντογιάννης², Δ. Παναγόπουλος², Α. Χρονάκης², Ν. Παπαδόπουλος³, Ε. Φραντζέσκος³, Μ. Μανουσάκης³, Σ. Καστρινάκης⁴, Ε. Ματθαίου¹, Ν. Γιαννακοδάκης¹

¹ΕΚΑΒ Κρήτης, ²Ινστιτούτο Πληροφορικής - Ίδρυμα Τεχνολογίας & Έρευνας, ³Εθελοντές Επεξεργασίας & Εισαγωγής Δεδομένων (Φοιτητές-Πολίτες), ⁴ΠΙ Γερανίου-ΚΥ Κισάμου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σε κάθε επείγουσα κλήση, το προσωπικό του ΕΚΑΒ είναι επιφορτισμένο με τη συλλογή και αξιολόγηση στοιχείων βάση πρωτοκόλλων διαλογής που καθορίζουν την προτεραιότητα και το είδος της παρέμβασης. Οι υπηρεσίες του ΕΚΑΒ ολοένα και περισσότερο καλούνται να απαντήσουν σε κλήσεις για χρόνια νοσήματα π.χ. καρδιολογικά ή αναπνευστικά, όπου το ιατρικό ιστορικό, φαρμακευτική αγωγή, κ.α. θα ήταν χρήσιμο στους διασώστες και το ιατρικό προσωπικό του ΕΚΑΒ. Η ανάλυση των κλήσεων του ΕΚΑΒ από το 2001 ως τώρα φανερώσει μια σημαντική αύξηση του ποσοστού των κλήσεων από ηλικιωμένους (>65), με τα περισσότερα που αφορούν δύσπνοια ή αναπνευστικό πρόβλημα να έχουν διπλάσιασει. Δεδομένου ότι πολλά από αυτά τα άτομα μένουν μόνα, η ύπαρξη ενήμερωμένου ιστορικού στο σύστημα του ΕΚΑΒ διευκολύνει και επαχθύνει την άμεση απόκριση σε τυχόν κλήσεις για άμεση βοήθεια.

ΣΚΟΠΟΣ: Να παρουσιαστούν οι πρώτες εμπειρίες από τη συλλογή ιστορικών χρόνιων ασθενών και την ένταξη της χρήσης τους στα πρωτόκολλα και στις διαδικασίες διαλογής του ΕΚΑΒ-Κρήτης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αξιολογήθηκαν διάφορα πρότυπα συλλογής ιστορικού και δημιουργήθηκε ηλεκτρονικό έντυπο ιστορικού που περιλαμβάνει 24 κατηγορίες χρόνιων νοσημάτων, μαζί με σημαντικές πληροφορίες όπως προσωπικά στοιχεία, ιατρικό ιστορικό, τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή, στοιχεία θεραπείας γιατρού, νοσηλευτή, κ.α. Αναπτύχθηκαν ειδικές εφαρμογές για την εισαγωγή και ενημέρωση του ιστορικού. Δημιουργήθηκε έντυπο συνέντευξης & αποδοχής για τους ασθενείς. Έγινε επαφή με τους φορείς της Κρήτης οι οποίοι έρχονται σε τακτική επαφή με χρόνιους ασθενείς και υπέρληκους που ζουν μόνοι όπως τμήματα νοσοκομείων που χειρίζονται χρόνια νοσήματα και κέντρα υγείας, κοινωνικά προγράμματα όπως βοήθεια στο σπίτι, κέντρα απασχόλησης ηλικιωμένων, σύλλογοι ατόμων με αναπηρία, κ.α. Έγινε επαφή με τη Μητρόπολη Ρεθύμνου & Αυλοποτάμου καθώς και με την Αρχιεπισκοπή Κρήτης για συλλογή ιστορικών από τους κατά τόπους Ιερούς Ναούς. Ακολούθησε η δημιουργία πρωτοκόλλων τα οποία υποβλήθηκαν στις σχετικές επιτροπές ηθικής και δεοντολογίας. Δημιουργήθηκε ομάδα εθελοντών (φοιτητών και πολιτών), όπου επεξεργάστηκαν και εισήγαγαν τα παραπάνω στοιχεία στη Βάση Δεδομένων. Αναδιαμορφώθηκαν οι διαδικασίες διαλογής από τον τηλεφωνητή που λαμβάνει την κλήση ώστε με την είσοδο του τηλεφώνου/διεύθυνσης στο πληροφοριακό σύστημα του ΕΚΑΒ να ανακαλούνται περιστατικά από την ίδια διεύθυνση και να είναι δυνατόν ο τηλεφωνητής να εισάγει ιστορικό ή συμβουλευτεί και να αναλώσει το αρχειοθετημένο ιστορικό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μέχρι τώρα το ιστορικό 12.000 και πλέον ατόμων έχει αρχειοθετηθεί στο σύστημα του ΕΚΑΒ με τους ηλικιωμένους και τις οικογένειες τους, την ιατρική κοινότητα και τον απλό κόσμο να έχει ανακαλύψει την πρωτοβουλία. Στα άτομα αυτά περιλαμβάνεται το ιστορικό 238 κατοίκων του δήμου Ηρακλείου που μένουν μόνοι και έχουν χρόνια προβλήματα υγείας. Η εκπαίδευση των τηλεφωνητών και του ιατρικού προσωπικού του ΕΚΑΒ συνεχίζεται κανονικά και τα πρώτα σχόλια είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα πρώτα πιλοτικά αποτελέσματα, η χρήση δομημένου ιστορικού από το ΕΚΑΒ Κρήτης, κατά την ηλεκτρονική διαλογή, φαίνεται να βελτιώνει τη διαδικασία διαλογής και τη στοχευμένη παροχή οδηγιών από τον τηλεφωνητή, καθώς το ασθενοφόρο κινείται προς τον χώρο από τον οποίο έγινε η κλήση. Η σημαντική αυτή προσπάθεια συνδέεται και μπορεί να υποστηρίξει τη διαχείριση του ενιαίου αριθμού επείγοντων Ε112, καθώς και την ευρωπαϊκή πρωτοβουλία για τη σύνοψη του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας.

87. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ ΤΗ ΔΙΕΤΙΑ 2011-12

Μ. Δανδουλάκης, Α. Πατέλης, Μ. Κραββαρίτου, Θ. Τσώπελας, Π. Χαριτωνίδης, Γ. Τσαχιρίδης, Γ. Ντουλόπουλος, Ε. Θηραϊός
Κέντρο Υγείας Βάρης, Αττικής

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της διαχείρισης των περιπτώσεων που προσήλθαν στα Τακτικά Ιατρεία (ΤΙ) Γεν. Ιατρικής/Παθολογίας και στο Ιατρείο Επείγοντων (Ι.ΕΠ) του ΚΥ Βάρης τη διετία 2011-2012.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν τα συνολικά στοιχεία τα οποία έχουν αποσταλεί στο Esynet κατά τα έτη αυτά. Τα στοιχεία που αφορούν το Ι.ΕΠ, συμπληρώνεται καθημερινά σε ειδικό έντυπο, με κωδικοποίηση της πληροφορίας κατά ICP-2, ενώ υπάρχει μηχανοργάνωση της γραμματείας. Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το EXCEL 2007.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά προσήλθαν 12413 περιπτώσεις στα ΤΙ και 5695 στο Ι.ΕΠ. το έτος 2011, με τα αντίστοιχα στοιχεία για το 2012 να είναι 7767 και 6737, καταγράφοντας μια μείωση των ασθενών που προσήλθαν στα ΤΙ το 2012 κατά 4646 (37,5%) επισκέψεις και μια αύξηση αυτών που προσήλθαν στο Ι.ΕΠ κατά 1042 (18,3%) επισκέψεις.

Από το σύνολο των 12432 περιπτώσεων που εξετάστηκαν στο Ι.ΕΠ τη 2ετία 2011 και 2012, μόνο 68 (0,54%) χρειάστηκαν διακομιδή με ασθενοφόρο (29 (0,5% το έτος 2011 και 39 (0,57% το 2012). Παραπέμφθηκαν χωρίς ασθενοφόρο για άμεση εκτίμηση στα ΤΕΠ του εφημερεύοντος νοσοκομείου 1658 (13,3%) (890 (15,6%) το έτος 2011 και 768 (11,4%) το έτος 2012). Συνολικά 10706 περιπτώσεις (86,1%) αντιμετώπιστηκαν στο ΚΥ Βάρης (4776 (83,9%) το έτος 2011 και 5930 (82,02%) το έτος 2012), ενώ 1420 περιπτώσεις (11,4%) (829 (14,6%) το έτος 2011 και 591 (8,8%) το έτος 2012), παρέμειναν για ολιγόωρη παραμονή στη βραχεία νοσηλεία του ΚΥ Βάρης και στη συνέχεια επείστησαν στήπι τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σημαντική μείωση των τακτικών περιστατικών μπορεί να αποδοθεί, στην υποχρέωση καταβολής του εξετάστρου των 5€, στη λειτουργία του παιδιατρικού ιατρείου καθώς και στη δυνατότητα που έχουν οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ να πηγαίνουν σε περισσότερους ιατρούς της περιοχής για την επαγγελματιζόμενη συνταγογράφηση. Αντίθετα η αύξηση της προσέλευσης στο Ιατρείο Επείγοντων μπορεί να ερμηνευθεί με τη μείωση της οικονομικής δυνατότητας των κατοίκων της περιοχής για να απευθυνθεί σε ιδιώτες ιατρούς. Κρίνεται αναγκαία η οργάνωση της παροχής επείγουσας φροντίδας, πριν ο ασθενής φτάσει ΤΕΠ του νοσοκομείου, να γίνεται με βάση τον ιατρό ΠΦΥ, μιας και φαίνεται βραχυπρόθεσμα ότι είναι η πιο κατάλληλη για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της συμφόρησης των ΤΕΠ των νοσοκομείων.

88. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2011-2012

Α. Πατέλης, Ε. Θηραϊός, Δ. Παπαδοπούλου, Μ. Σταμούλου, Π. Χαριτωνίδης, Μ. Δανδουλάκης

Κέντρο Υγείας Βάρης, Αττικής

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκριση των οικονομικών στοιχείων (έσοδα, έξοδα) για τα έτη 2011 και 2012, προκειμένου να γίνει μια πρώτη αποτίμηση των δαπανών στο ΚΥ Βάρης και να προσδιοριστούν πηγές διαφυγόντων εσόδων και τρόποι αύξησης τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν τα συνολικά στοιχεία τα οποία έχουν σταλεί στο Esynet κατά τα έτη αυτά. Στα έξοδα συνυπολογίζονται η μισθοδοσία, τα φάρμακα, τα αντιδραστήρια και το λοιπό υλικό (αναλώσιμα και εξοπλισμός) και τα πάγια λειτουργικά έξοδα. Στα έσοδα υπολογίζεται η εισπραχθείσα των 5€, καθώς και τα έσοδα από τις εργαστηριακές εξετάσεις (ιδιωτικές καταβολές, προς εισπραχθεί από τον ΕΟΠΥΥ) και τις οδοντιατρικές παροχές. Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το EXCEL 2007.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη 2ετία 2011 και 2012 διαπιστώται μείωση των συνολικών δαπανών κατά 174662,8€ (ποσοστό 17,05%). Ειδικότερα, οι δαπάνες για μισθοδοσία και πάγια έξοδα μειώθηκαν αντίστοιχα κατά 180206,8€ (19,03%) και 2491,02€ (14,3%). Οι δαπάνες για φάρμακα, αντιδραστήρια και λοιπό υλικό, παρουσίασαν την εξής εικόνα: υπήρξε αύξηση για τα αντιδραστήρια κατά 13223,01€ (44,1%) και για το λοιπό υλικό κατά 4295,11€ (32,6%) και μείωση για τα φάρμακα κατά 9483,12€ (32,6%). Τα συνολικά έσοδα από τις εισπράξεις των εξετάστρων των 5€ ήταν 19608,43€ το 2011 και 24895,00€ το 2012, αύξηση κατά 5286,57€ (27%). Τα συνολικά έσοδα από εισπράξεις εργαστηριακών εξετάσεων και οδοντιατρικών πράξεων ήταν 16445,82 € το 2011 και 1829,21€, ενώ το σύνολο των απαιτήσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία το 2012 είναι 31247,5€ για τις εργαστηριακές εξετάσεις και 5992,17 ευρώ για τις οδοντιατρικές εξετάσεις (συνολικά 39060,88€). Η αύξηση των συνολικών εσόδων είναι 22615,06 ευρώ, που αντιστοιχεί σε μια αύξηση κατά 137,5% σε σύγκριση με το 2011.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Επτετεύχθηκε μείωση των πάγιων εξόδων λειτουργίας και των φαρμάκων που καταναλώνει το ΚΥ Βάρης, κυρίως για τη λειτουργία του Ιατρείου Επείγοντων. Η μείωση της αποδοχών του ιατρικού και λοιπού προσωπικού χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψιν η παραγωγικότητα είναι ένας παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν στους μελλοντικούς σχεδιασμούς πολιτικής υγείας, σε συνδυασμό με την στρατηγική αύξησης των εσόδων. Η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση των εσόδων του ΚΥ, λειτουργώντας στην πληθώρα των ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας.

89. ΠΝΙΓΜΟΙ ΕΝΤΟΣ ΘΑΛΑΣΣΙΟΥ ΥΔΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2007-2011 ΣΤΗ ΧΕΡΣΟΝΗΣΟ ΤΗΣ ΚΑΣΣΑΝΔΡΑΣ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

Ε. Κορδή¹, Ο. Τσαχουρίδου¹, Σ. Τσοτουλίδης¹, Κ. Γρίβου¹, Χ. Μακρίδης², Γ. Πετρίδης¹, Τ. Χωριανόπουλος-Μαριέσκου¹, Β. Μίκηκη³, Σ. Σιδηροπούλου¹, Θ. Τσαουρέλος¹

¹Κέντρο Υγείας Κασσάνδρας, ²Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής, ³Λιμεναρχείο Νέων Μουδανιών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χώρα μας κατέχει την πρώτη θέση σε πνιγμούς στην Ευρώπη και τη δεύτερη παγκοσμίως. Παρά τη μείωση των θανάτων από πνιγμό κατά 33% από το 1979, ο πνιγμός παραμένει τρίτη αιτία θανάτου από ατύχημα. Ως «πνιγμός» ορίζεται ο θάνατος από ασφυξία κατά τη βύθιση σε υγρό μέσο, εντός 24 ωρών από τη βύθιση.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των περιστατικών πνιγμού, από το 2007 μέχρι και το 2011 στη χερσόνησο της Κασσάνδρας, με σκοπό την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για την πρόληψη ανάλογων συμβάντων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν από το Λιμεναρχείο Νέων Μουδανιών. Μελετήθηκαν 73 φάκελοι ιατροδικαστικών εκθέσεων. Καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, το ατομικό ιστορικό, η αναγραφόμενη ακριβής αιτία θανάτου καθώς και τα αποτελέσματα των τοξικολογικών μελετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 73 περιστατικά πνιγμών με θανατηφόρα έκβαση, ποσοστό 67% αφορούσε άτομα άνω των 65 ετών, 2 περιστατικά αφορούσαν ανήλικους, ενώ 47 από τα θύματα ήταν άνδρες. Το 82% των θυμάτων ήταν Έλληνες.

Σε ποσοστό 60% ο πνιγμός επήλθε ως συνέπεια οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, ενώ μόνο στο 25% φάνηκε να επήλθε θάνατος λόγω ασφυξίας.

Στο σύνολο των περιστατικών βρέθηκαν 5 θετικές τοξικολογικές αναλύσεις για αλκοόλη, 2 για χρήση οπιούχων ουσιών, ενώ σε 2 μόλις περιστατικά φάνηκε να οφείλεται ο πνιγμός σε κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ηλικιωμένοι άνδρες αποτελούν την πλειοψηφία των θυμάτων πνιγμού. Συνηθέστερο αίτιο είναι το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ενώ μόλις στο 25% επήλθε θάνατος λόγω ασφυξίας. Σημαντικό ρόλο φαίνεται πως παίζει και η κατανάλωση αλκοόλ και άλλων ουσιών από τους λουόμενους.

90. ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Γ. Φιορέτος¹, Ε. Λιναρδούτσου¹, Γ. Στρατιώτης¹, Γ. Γκαϊταρτζάκης¹, Σ. Σακελλαροπούλου¹, Δ. Μιχάλης², Γ. Λυράκος³, Ε. Χελιώτη^{1,4}

¹Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», ²Κέντρο Υγείας Αλιάρτου Βοιωτίας, ³Β' Αναισθησιολογική Κλινική Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ⁴Νεφρολογική Κλινική ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η σχέση ανάμεσα στους παράγοντες κινδύνου και τη βαρύτητα της περιφερικής αγγειακής νόσου (ΠΑΝ) σε διαβητικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 147 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2), (85 άνδρες/62 γυναίκες, μέσης ηλικίας 66,8±6,2 έτη). Χρησιμοποιήθηκαν δύο μέθοδοι ανίχνευσης ΠΑΝ, ο σφυροβραχιόνιος δείκτης και το τρίplex αγγείων κάτω άκρων. Αξιολογήθηκαν παράγοντες κινδύνου που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της ΠΑΝ όπως αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), δυσλιπιδαιμία (ΔΛ), χρόνος έναρξης σακχαρώδους διαβήτη (ΧΕΣΔ), στεφανιαία νόσος (ΣΝ), δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), κάπνισμα (ΚΑΠ) και ηλικία (ΗΛ). πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης σε σχέση με την ύπαρξη της ΠΑΝ. Εφαρμόστηκε χ² και ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με το SPSS 16.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον παράγοντα «φύλο» και στην εκδήλωση ΠΑΝ (χ²=3,110, p= 0.07). Αντίθετα στην ανάλυση παλινδρόμησης ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας είναι ίσος με 0,82 για τη βαρύτητα της ΠΑΝ και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R² είναι ίσος με 0,66. δηλαδή 66% της διασποράς στη βαρύτητα της ΠΑΝ μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Η κλίση της γραμμής παλινδρόμησης είναι σημαντικά διαφορετική του μηδενός, F (6.140)=48,76. Πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές συμβάλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης: ο ΧΕΣΔ (β = 0,27, t= 4,055, p<0.000), ΚΑΠ (β = 0,227, t= 4,817, p<0.000), ΔΛ (β = 0,263, t= 4,817, p<0.000), ΣΝ (β = 0,279, t= 4,997, p=0.000) και ΑΥ (β = 0,104, t= 1,979, p<0.05). ΔΜΣ (β = 0,125, t= 2,442, p=0.01).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όπως φάνηκε από την ανάλυση, παράγοντες κινδύνου όπως η ΣΝ, ΔΛ, ΧΕΣΔ, ΚΑΠ, ΔΜΣ, ΑΥ, σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με τη βαρύτητα της ΠΑΝ σε διαβητικούς ασθενείς. Η πρόληψη και η άμεση αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου κρίνονται αναγκαίες.

91. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Γ. Φιορέτος¹, Γ. Γκαϊταρτζάκης¹, Ε. Λιναρδούτσου¹, Γ. Στρατιώτης¹, Σ. Σακελλαροπούλου¹, Γ. Λυράκος², Δ. Μιχάλης³, Ε. Χελιώτη^{1,4}

¹Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», ²Β' Αναισθησιολογική κλινική Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ³Κέντρο Υγείας Αλιάρτου Βοιωτίας, ⁴Νεφρολογική Κλινική ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση περιφερικής αγγειακής νόσου (ΠΑΝ) σε διαβητικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 147 (57,8% άνδρες) ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) και μέση ηλικία 66,8±6,1 έτη. Χρησιμοποιήθηκαν δύο μέθοδοι ανίχνευσης της ΠΑΝ: ο σφυροβραχιόνιος δείκτης και το τρίplex αγγείων κάτω άκρων. Παράγοντες κινδύνου που αξιολογήθηκαν για την εμφάνιση της ΠΑΝ ήταν: αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), δυσλιπιδαιμία (ΔΛ), χρόνος έναρξης του σακχαρώδους διαβήτη (ΧΕΣΔ), στεφανιαία νόσος (ΣΝ), δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), κάπνισμα (ΚΑΠ), ηλικία (ΗΛ) και φύλο (Φ). Πραγματοποιήθηκε παλινδρομη ανάλυση σε σχέση με την ύπαρξη της ΠΑΝ και εφαρμόστηκε χ² και ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με το SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο των ασθενών και την ΠΑΝ (χ²=3,110, p= 0.07). Αντίθετα στην ανάλυση παλινδρόμησης ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας είναι ίσος με 0,78 για την ύπαρξη της ΠΑΝ και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R² είναι ίσος με 0,60, δηλαδή 60% της διασποράς στην ύπαρξη της ΠΑΝ μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Η κλίση της γραμμής παλινδρόμησης είναι σημαντικά διαφορετική του μηδενός, F (5.141)=44,92. Πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές συμβάλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης: η ΧΕΣΔ (β = 0,163, t= 2,276, p<0.05), ΚΑΠ (β = 0,339, t= 5,627, p<0.001), ΔΛ (β = 0,320, t= 5,411, p<0.001), ΣΝ (β = 0,181, t= 3,043, p<0.05) και ΑΥ (β = 0,152, t= 2,674, p<0.05). Δεν συμμετέχουν στο μοντέλο οι μεταβλητές ηλικία και ΔΜΣ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, η εμφάνιση της ΠΑΝ σε διαβητικούς ασθενείς εξαρτάται από παράγοντες κινδύνου όπως ΑΥ, ΣΝ, ΔΛ, ΚΑΠ, αλλά και από το ΧΕΣΔ ενώ δεν φαίνεται να εξαρτάται από την ηλικία και το ΔΜΣ.

92. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΜΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ

Α. Μαυρομάτης, Γ. Γιαντιδής, Ν. Τσέτσος, Δ. Τζάκρη, Μ. Κιάκου
401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Να παρουσιάσουμε τον τρόπο με τον οποίο το νοσοκομείο μας εκπαιδεύει μη εξειδικευμένο προσωπικό στην παροχή πρώτων βοηθειών σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον και μέχρι την προσέλευση εξειδικευμένης βοήθειας (ασθενοφόρο).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η εκπαίδευση περιλαμβάνει ένα θεωρητικό κι ένα πρακτικό μέρος. Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από έναν κύριο κορμό διάλεξης-επίδειξης που δίνει έμφαση στον αλγόριθμο ABC. Το υπόλοιπο του θεωρητικού διανθίζεται από θέματα τα οποία προσαρμόζονται στο εκάστοτε ακραίο, ενδεικτικά αναφέρονται θέματα που αφορούν στην αντιμετώπιση πολυτραυματία, την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και την αυτόματη εξωτερική απινθίωση, καθώς και κάποιες από τις συχνότερες παιδιατρικές επείγουσες καταστάσεις. Δοθήκε έμφαση στην ανάπτυξη ικανοτήτων λήψης αποφάσεων και την ασφάλεια του διασώστη.



Στο δεύτερο μέρος πραγματοποιείται η εφαρμογή των αποκτηθέντων θεωρητικών γνώσεων σε σταθμούς hands-on σε εθελοντές και προπλάσματα.



Ακολουθως λαμβάνει χώρα η προσομοίωση περιστατικών με τη βοήθεια των εθελοντών και των συμμετεχόντων ιατρών, με σκοπό την αξιολόγηση του βαθμού κατανόησης των θεμάτων από τους εκπαιδευόμενους υπό συνθήκες stress. Τέλος, ακολουθεί συζήτηση για το βαθμό ικανοποίησης των συμμετεχόντων και χορηγείται πιστοποιητικό συμμετοχής.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την τελευταία διετία έχουν εκπαιδευτεί οκτώ εκπαιδευτικές σειρές με διαφορετικό κάθε φορά μη εξειδικευμένο προσωπικό. Από την επίδοση των εκπαιδευόμενων στις πρακτικές δεξιότητες και στα σενάρια αντιμετώπισης περιστατικών συνάγεται ότι οι εκπαιδευόμενοι κατανοούν με επάρκεια τα θέματα που αναπτύσσονται καθώς και το εύρος των δυνατοτήτων και των ελλείψεών τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μη ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αν εκπαιδευτεί κατάλληλα, καθίσταται ικανό να αξιολογεί καταστάσεις, να λαμβάνει πρωτοβουλίες και να παρέχει βασικές πρώτες βοήθειες, χωρίς όμως να υπερεκτιμά τις δυνατότητές του. Εκείνο που είναι απαραίτητο είναι ένα σταθερό πρωτόκολλο, το οποίο ακολουθείται από τον εκπαιδευόμενο ως αδιαμφισβήτητο σημείο αναφοράς.

93. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ

Μ. Δανδουλάκης, Μ. Κραββαρίτου, Θ. Τσότηλας, Γ. Ντουλόπουλος, Γ. Τσαχιρίδης, Π. Χαριτωνίδης, Ε. Θηραϊός

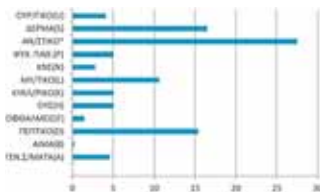
Κέντρο Υγείας Βάρης, Αττική

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των μέτρων συχνότητας των νοσημάτων και των καταστάσεων τα οποία αντιμετωπίζονται από τους ιατρούς γενικής ιατρικής/παθολογίας στο Ιατρείο Επειγόντων του ΚΥ Βάρης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από 1 Οκτωβρίου 2012, παράλληλα με τη χειρόγραφη καταγραφή, γίνεται και ηλεκτρονική καταγραφή των ασθενών που επισκέπτονται το Ιατρείο Επειγόντων του ΚΥ Βάρης. Η καταγραφή των αιτιών προσέλευσης, των νοσημάτων και των καταστάσεων γίνεται σύμφωνα με την κωδικοποίηση ICDPC-2, αμέσως μετά την εξέταση κάθε ασθενούς. Τα στοιχεία επεξεργάστηκαν με EXCEL 2007.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία για των ασθενών που είχαν ηλεκτρονική καταγραφή ήταν 46,3 έτη και η διακύμανση ήταν από 0,5 μέχρι 87 έτη. Σε σύνολο 436 περιπτώσεων που είχαν ηλεκτρονική καταγραφή κατά ICDPC-2, η κατανομή των νοσημάτων ήταν όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα. Πρώτο σε συχνότητα είναι τα νοσήματα του αναπνευστικού (27,5%) και ακολουθεί το δέρμα (16,5%), το πεπτικό (15,4%) και το μυοσκελετικό (10,6%).

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑ (ICPC-2)	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (A)	4,6
ΑΙΜΑ (B)	0,2
ΠΕΠΤΙΚΟ (D)	15,4
ΟΦΘΑΛΜΟΣ (F)	1,4
ΟΥΣ (H)	5,04
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ (K)	5,04
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ (L)	10,6
ΚΝΣ (N)	2,8
ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ (P)	5,04
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ©	27,5
ΔΕΡΜΑ (S)	16,5
ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ (U)	4,1



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα συμπεράσματα της συχνότητας νοσημάτων και καταστάσεων που διαχειρίζονται στο Ιατρείο επειγόντων του ΚΥ Βάρης είναι όμοια με μελέτες άλλων χωρών της ΕΕ. Τα αποτελέσματα μπορούν να βοηθήσουν στον καθορισμό των αντικειμένων εκπαίδευσης των ειδικευομένων ιατρών γενικής ιατρικής, που εκπαιδεύονται σ' αυτό, καθώς και στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών στο χώρο του ΚΥ.

94. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

95. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΙΩΝ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ ΤΑ ΕΤΗ 2011/12

Κ. Γαλεδάκη, Ε. Μεράκου, Β. Θεοδοσίου, Α. Πατέλης, Ε. Θηραϊός, Μ. Δανδουλάκης

Κέντρο Υγείας Βάρης, Αττική

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκριση της κίνησης παροχής υπηρεσιών υγείας του τμήματος μαιών τα έτη 2011 και 2012, καθώς και η αξιολόγηση του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου τραχήλου της μήτρας για τις ευπαθείς ομάδες. Το 2012 είναι η πρώτη χρονιά λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν τα συνολικά στοιχεία τα οποία έχουν σταλεί στο Esynet κατά τα έτη αυτά. Από το 2008 έχει γίνει μηχανοργάνωση του Μαιευτικού Τμήματος. Το 2012 το Τμήμα συμμετέχει στο πρόγραμμα του Υπουργείου Υγείας για τον προσυμπτωματικό έλεγχο γυναικών που ανήκουν σε ευπαθή πληθυσμό. Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το EXCEL 2007.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 2011 εξετάστηκαν 656 γυναίκες και το 2012 722 γυναίκες, αύξηση κατά 67 (10,7%). Οι 508 (77,9%) το 2011 και 538 (74,5%) το 2012 ήταν ελληνικής καταγωγής. Οι 82 (12,6%) και 102 (14,1%) τα αντίστοιχα έτη ήταν αλβανικής καταγωγής, οι 51 (7,8%) και 68 (9,4%) ήταν από την υπόλοιπη Ευρώπη, 5 (0,8%) και 9 (1,2%) από την Ασία και 2 (0,3%) και για τα 2 έτη από χώρες της Αμερικής. 68,2% το 2011 και 69,5% το 2012 είχαν ανώτερη μόρφωση, ενώ εξετάστηκαν μόνο 2 (0,3%) αναλφάβητες το 2012. Τα ποσοστά μητρικού θηλασμού ήταν αντίστοιχα 65,6% και 64,5% τη 2ετία.

Οι ηλικιακές ομάδες των γυναικών που συμμετείχαν στο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου το 2012 φαίνονται στον Πίνακα. Από τις 722 γυναίκες, 77 (10,7%) ανήκαν σε ευπαθή ομάδα, σε σύγκριση με 47 (7,2%) που εξετάστηκαν το 2011, οι 553 (76,6%) γυναίκες κατοικούσαν στην ευρύτερη περιοχή ευθύνης του ΚΥ Βάρης, ενώ 43 (6%) παραπέμφθηκαν για περαιτέρω έλεγχο με κολποσκόπηση.

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
15-25	81 (11,2%)
26-40	183 (25,3%)
41-60	308 (42,7%)
61-85	156 (21,6%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γυναίκες που ανήκουν στην ευπαθή ομάδα αυξήθηκε από 7,2% σε 10,7%, με το σύνολο των γυναικών που εξετάστηκαν να αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό του συνόλου των γυναικών της περιοχής ευθύνης. Το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών ήταν υψηλό, ενώ το ποσοστό μητρικού θηλασμού φαίνεται ότι είναι ικανοποιητικό, αλλά πιθανόν να επηρεάζεται από το μεγάλο ποσοστό αλλοδαπών και κυρίως Αλβανίδων που ήταν ανάμεσα σ' αυτές που εξετάστηκαν. Το πρόγραμμα του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι χρήσιμο στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, όμως χρειάζονται συντονισμένες προσπάθειες των παρόχων υγείας της περιοχής για τον έλεγχο του συνόλου γυναικείου πληθυσμού της περιοχής.

96. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

97. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΕΜΕΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ- ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΥΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Λ. Ζούκας, Π. Ντάνου, Γ. Δημόπουλος, Ν. Καμπάς
Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Γ. Ν. Κορίνθου

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Να εξάγουμε συμπεράσματα σχετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε εγκυμονούσες που διανύουν το πρώτο τρίμηνο της κύησης και παρουσιάζουν υπερέμεση κύησης λαμβάνοντας υπόψη τις παρακάτω παραμέτρους: Μείωση ή εξάλειψη ναυτίας, απόκτηση βάρους, ημέρες νοσηλείας των γυναικών και παρενέργειες των δύο θεραπευτικών σχημάτων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 88 υγιείς εγκυμονούσες γυναίκες με διαγνωσμένη υπερηχογραφικά ηλικία κύησης 8-16 εβδομάδων έλαβαν μέρος σε τυφλή μελέτη με τυχαία κατανομή των γυναικών σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα (Ο1) αποτελείτο από 46 γυναίκες στις οποίες χορηγήσαμε Μετοκλοπραμιδή σε ποσότητα 1 mg/kg κάθε 8 ώρες την πρώτη ημέρα και κατόπιν 2 mg/kg κάθε 8 ώρες από τη δεύτερη ημέρα. Επίσης χορηγήσαμε Μεθυλπρεδνιζολόνη σε ποσότητα 250 mg ενδοφλεβίως κάθε 6 ώρες την πρώτη ημέρα και βιταμίνη Β6 σε ποσότητα 250 mg ημερησίως. Η δεύτερη ομάδα (Ο2) αποτελείτο από 42 γυναίκες που έλαβαν Προμεθαζίνη σε ποσότητα 25 mg ενδομυϊκά κάθε 4 ώρες την πρώτη ημέρα και κάθε 8 ώρες από τη δεύτερη ημέρα και βιταμίνη Β6 σε ποσότητα 250 mg ημερησίως.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ναυτία μειώθηκε στην Ο1 την πρώτη ημέρα θεραπείας σε 32 (69,56%) εγκυμονούσες, ενώ στην Ο2 σε 14 (33,33%). Εξάλειψη της ναυτίας είχαμε στην Ο1 την τρίτη μέρα σε 38 (82,61%), ενώ στην Ο2 την τέταρτη μέρα σε 30 γυναίκες (71,43%). Οι έμετοι μειώθηκαν στην Ο1 τη δεύτερη ημέρα σε 21 εγκυμονούσες (45,65%) και στην Ο2 σε 26 (61,90%). Στην Ο1 εξάλειψη των εμέτων συνέβη κατά την τέταρτη ημέρα, ενώ στην Ο2 την τρίτη ημέρα. Η απόκτηση βάρους >1 kg από αυτό της εισόδου, διαφάνηκε από την τρίτη ημέρα στην Ο1 σε 25 εγκυμονούσες (54,35%) και από την πέμπτη ημέρα στην Ο2 σε 11 γυναίκες (26,19%). Οι ημέρες νοσηλείας των γυναικών της Ο1 ήταν κατά μέσο όρο 4,09 (2 - 6 ημέρες), ενώ αυτών της Ο2 ήταν 5,7 (4 - 8 ημέρες). Οι παρενέργειες που παρουσιάστηκαν ήταν: Υπνηλία σε 17 γυναίκες (40,48%) της Ο2, καταστολή σε 9 γυναίκες (21,43%) της Ο2, ξηροστομία σε 7 γυναίκες (16,67%) της Ο2, κεφαλαλγία σε 16 γυναίκες (34,78%) της Ο1 και σε 5 της Ο2 (11,90%), επιγαστραλγία σε 5 (10,87%) της Ο1 και 7 (16,67%) της Ο2 και τέλος δυσκολιότιπα σε 11 (26,19%) γυναίκες της Ο2.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σαφής υπεροχή του θεραπευτικού σχήματος Μετοκλοπραμιδή και Μεθυλπρεδνιζολόνη έναντι του κλασικού της Προμεθαζίνης όσον αφορά την αντιμετώπιση της υπερέμεσης της κύησης καθώς μειώνει άμεσα τη ναυτία, αυξάνει το βάρος, μειώνει τις ημέρες νοσηλείας των γυναικών και παρουσιάζει τις λιγότερες παρενέργειες στην προτεινόμενη δοσολογία.

98. Η ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΤΕΡΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΟΥ ΓΛΥΚΟΠΡΩΤΕΪΝΙΚΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ Ia ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΕΜΒΡΥΟΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ (IVF-ET FAILURE)

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

Εργαστήριο Θεραπευτικής Εξαστομικεύσης, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αρεταίειο

ΣΚΟΠΟΣ: Η θρομβοφιλία (γενετική και επίκτητη) έχει συσχετιστεί με την αποτυχία επίτευξης ή συνέχισης της κύησης μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση και εμβρυομεταφορά (In vitro fertilization and embryo transfer failure, IVF-ET failure). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της γενετικής ετερογένειας του γονιδίου της γλυκοπρωτεΐνης Ia των αιμοπεταλίων (GpIa-C807T) με τον κίνδυνο αποτυχίας IVF-ET.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για μελέτη ασθενών-μαρτύρων (case-control study). Σε 60 άτοκες γυναίκες με ιστορικό τουλάχιστον μιας αποτυχίας μετά από IVF-ET (ασθενείς) και 60 υγιείς γυναίκες που ολοκλήρωσαν επιτυχώς τον αναπαραγωγικό τους βίο με τουλάχιστον μια ανεπίπλεκη τελειόμορφη κύηση και χωρίς ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό αγγειακής θρόμβωσης (μάρτυρες), διερευνήθηκε η παρουσία γενετικής ετερογένειας του γονιδίου GpIa (C807T) με ανάλυση πυροαλληλούχισης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Γυναίκες φορείς ετεροζυγωτικής ετερογένειας του γονιδίου GpIa (GpIa-807CT) σε σύγκριση με εκείνες που δεν φέρουν γενετική ετερογένεια (GpIa-807CC), έχουν αυξημένο κίνδυνο αποτυχίας IVF-ET (OR=2,80, 95%CI: 1,29-6,09, p=0,009). Ο σχετικός κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για τις γυναίκες φορείς ομοζυγωτικής ετερογένειας του γονιδίου GpIa (GpIa 807TT) (OR=7,09, 95%CI: 1,38-36,38, p=0,014) (p for trend=0,001). Ο σχετικός κίνδυνος αποτυχίας IVF-ET στις γυναίκες φορείς γενετικής ετερογένειας του γονιδίου GpIa γίνεται μέγιστος στις νεότερες ηλικίες (≤33 ετών) (OR=18,57, 95%CI: 2,22-155,19, p<0,001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία γενετικής ετερογένειας του γονιδίου GpIa αποτελεί παράγοντα κινδύνου αποτυχίας IVF-ET και η συσχέτιση είναι ισχυρότερη για τις νεότερες γυναίκες (ηλικίας ≤33 ετών).

99. ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ν. Βλαχάδης¹, Ε. Κορνάρου²

¹Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και στατιστική ανάλυση των εξελικτικών τάσεων της διάρκειας κύησης στην Ελλάδα. Ο πρόωρος τοκετός διακρίνεται σε αυθόρμητο πρόωρο τοκετό με ή χωρίς πρόωρη ρήξη των μεμβρανών και σε ιατρογενή λόγω μητρικών ή εμβρυϊκών ενδείξεων (κυριότερα: προεκλαμψία, ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης-IUGR).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής στατιστικής αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) για τη διάρκεια κύησης στο σύνολο των γεννήσεων ζώντων της περιόδου 1999-2010 στην Ελλάδα (σύνολο: 1.302.357 γεννήσεις ζώντων).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζονται αναλυτικά και κατά έτος η κατανομή των γεννήσεων ζώντων στην Ελλάδα ανάλογα με τη διάρκεια κύησης σε εβδομάδες (<28, 28-31⁺, 32-35⁺, 36, 37-39⁺ και ≥40) για την περίοδο 1999-2010, καθώς και οι διαχρονικές εξελίξεις. Η διάμεση διάρκεια κύησης μειώθηκε από 39⁺ σε 38⁺ εβδομάδες. Οι γεννήσεις πρόωρων νεογνών (<37 εβδομάδων) υπερδιπλασιάστηκαν (+2,3 φορές) σε μόλις 11 έτη. Το (%) ποσοστό προωρότητας αυξήθηκε από 5,30% σε 11,18% (μέση ετήσια % μεταβολή: APC%: +7,0%) και ο αριθμός των πρόωρων νεογνών από 5.335 σε 12.831 (APC%: +8,3%) (OR=2,25, 95%CI: 2,18-2,32, p<0,001). Την τελευταία 9ετία (2002-2010), η αύξηση των πρόωρων συσχετίζεται αντίστροφα με τη διάρκεια κύησης:

Αύξηση γεννήσεων πρόωρων νεογνών (2002-2010)					
Διάρκεια κύησης (εβδομάδες)	(% ποσοστό γεννήσεων)		OR	95%CI	p-value
	2002	2010			
<32	0,82	1,29	1,57	1,44-1,71	<0,0001
32-35+6	2,27	4,68	2,11	2,01-2,22	<0,0001
36-36+6	2,36	5,22	2,27	2,17-2,39	<0,0001

Αν διατηρηθούν οι ρυθμοί της τελευταίας δεκαετίας, το εκθετικό μοντέλο (συντελεστής προσδιορισμού R²=0,966) προβλέπει ότι το ποσοστό προωρότητας στην Ελλάδα θα ξεπεράσει το 20% ως το 2018.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γεννήσεις πρόωρων στην Ελλάδα αυξήθηκαν εκθετικά την τελευταία δεκαετία. Η προωρότητα αποτελεί την κυριότερη αιτία νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας, με τεράστιο οικονομικό και κοινωνικό κόστος.

100. Η ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΤΕΡΟΓΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΩΝ ΓΛΥΚΟΠΡΩΤΕΪΝΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ Ia ΚΑΙ IIIa ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

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

Εργαστήριο Θεραπευτικής Εξαστομικεύσης, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

ΣΚΟΠΟΣ: Η αιμοπεταλιόγνης θρομβοφιλία έχει συσχετιστεί με τις καθ' ἑξίν αποβολές. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση πιθανής σχέσης της φαινοτυπικής αιμοπεταλιόγνης θρομβοφιλίας (προθρομβωτική λειτουργικότητα αιμοπεταλίων) με τη γενετική αιμοπεταλιόγνη θρομβοφιλία (γενετική ετερογένεια των γονιδίων των γλυκοπρωτεϊνικών υποδοχέων Ia και IIIa) σε γυναίκες με ιστορικό αποβολών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 182 άτοκες γυναίκες με ιστορικό τουλάχιστον μιας αποβολής, χωρίς ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό αγγειακής ή φλεβικής θρόμβωσης, διερευνήθηκε η παρουσία γενετικής ετερογένειας των γονιδίων GpIa (C807T) και GpIIIa (P1A1/P1A2) με ανάλυση πυροαλληλούχισης (δείκτης αξιολόγησης γενετικής αιμοπεταλιόγνης θρομβοφιλίας) και ο χρόνος συσσώρευσης των αιμοπεταλίων (δείκτης αξιολόγησης φαινοτυπικής αιμοπεταλιόγνης θρομβοφιλίας) με δοκιμασία διέγερσης κολλαγόνου/επινεφρίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Γυναίκες φορείς γενετικής ετερογένειας του γονιδίου GpIa ή του γονιδίου GpIIIa, έχουν μειωμένη μέση τιμή του χρόνου συγκόλλησης των αιμοπεταλίων κατά 7,87 sec (p=0,019) και κατά 9,41 sec (p=0,009) αντίστοιχα, συγκριτικά με εκείνες που δεν είναι φορείς της αντίστοιχης γενετικής ετερογένειας. Γυναίκες φορείς και των δύο προαναφερθέντων γενετικών ετερογενειών των γλυκοπρωτεϊνικών υποδοχέων Ia και IIIa έχουν μειωμένη μέση τιμή του χρόνου συγκόλλησης των αιμοπεταλίων κατά 17,2 sec, συγκριτικά με εκείνες που έχουν ταυτόχρονη απουσία γενετικής ετερογένειας των γονιδίων GpIa και GpIIIa (p<0,001). Γυναίκες με τουλάχιστον μια αποβολή και τιμή λειτουργικότητας των αιμοπεταλίων ≤118 sec συγκριτικά με εκείνες που έχουν τιμή λειτουργικότητας των αιμοπεταλίων ≥118 sec, έχουν αυξημένο κίνδυνο να είναι φορείς γενετικής ετερογένειας του γονιδίου GpIa (OR=2,14, p=0,014), φορείς γενετικής ετερογένειας του γονιδίου GpIIIa (OR=2,12, p=0,019) και ταυτόχρονοι φορείς των γενετικών ετερογενειών των γλυκοπρωτεϊνικών υποδοχέων Ia και IIIa (OR=4,65, p=0,001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η γενετική ετερογένεια των γονιδίων των γλυκοπρωτεϊνικών υποδοχέων Ia και IIIa των αιμοπεταλίων φαίνεται να σχετίζεται με την προθρομβωτική λειτουργικότητα των αιμοπεταλίων σε γυναίκες με αποβολές.

101. Η ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΗ ΠΕΡΙΝΕΟΤΟΜΗ ΣΕ ΠΡΩΤΟΤΟΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΥΠΕΡΧΕΙ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΠΕΡΙΝΕΟΤΟΜΗΣ ΡΟΥΤΙΝΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΛΗΨΗ 3ου ΚΑΙ 4ου ΒΑΘΜΟΥ ΡΗΞΕΩΝ ΤΟΥ ΠΕΡΙΝΕΟΥ

Π. Ντάνου, Λ. Ζούκας, Γ. Δημόπουλος, Ν. Καμπάς

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΓΝ Κορίνθου

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν στο να καθορισθεί αν η εκλεκτική μεσοπλάγια περινεοτομή συμβάλλει καλύτερα στην πρόληψη 3ου και 4ου βαθμού ρήξεων του περινέου σε σύγκριση με την καθιερωμένη περινεοτομή ρουτίνας σε πρωτοτόκες γυναίκες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Την τριετία 2009 - 2011 προσήλθαν στην παραλαβή της Μαιευτικής Κλινικής του ΓΝ Κορίνθου 1568 επίτοκες από τις οποίες οι 947 γέννησαν με Φυσιολογικό Τοκετό. Από τις 432 πρωτοτόκες που γέννησαν μετά την 36^η εβδομάδα κύησης με κεφαλική προβολή εμβρύου και αφού αποκλείστηκαν οι ασθενείς στις οποίες είχε γίνει πρόκληση τοκετού με οξυτοκίνη ή είχαν παραταμένο δεύτερο στάδιο τοκετού, εκείνες που ήταν σε παραταμένο κύησης (≥ 41 εβδομάδων) και οι περιπτώσεις δυστοκίας ώμων κατά τον τοκετό, επιλέχθηκαν τελικά 356 πρωτοτόκες γυναίκες στις οποίες εφαρμόστηκε τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη κλινική μελέτη και διαιρέθηκαν ισομερώς σε δύο ομάδες για να υποβληθούν είτε σε περινεοτομή ρουτίνας είτε σε επιλεκτική περινεοτομή. Στην πρώτη ομάδα η περινεοτομή έγινε επιλεκτικά και για το λόγο αυτό εφαρμόστηκε μόνο σε περιπτώσεις επικείμενου ρήξεων, δυσφορία εμβρύου ή υποβληθούμενου τοκετού με τεχνητά μέσα, ενώ στη δεύτερη ομάδα, εφαρμόστηκε σε όλες τις επιτόκες μεσοπλάγια περινεοτομή ρουτίνας στην 5^η ώρα του περινέου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη δεύτερη ομάδα, αποτελούμενη από 178 γυναίκες που υπεβλήθησαν σε μεσοπλάγια περινεοτομή ρουτίνας, 26 γυναίκες (14,61%) είχαν τρίτου ή τέταρτου βαθμού ρήξεις περινέου σε σύγκριση με 12 γυναίκες (6,74%) της πρώτης ομάδας των υπολοίπων 178 πρωτοτόκων που υπεβλήθησαν σε εκλεκτική μεσοπλάγια περινεοτομή (σχετικός κίνδυνος 2,25, 95% CI 1,21-3,79). Μολονότι οι επιφανειακές ρήξεις στον κόλπο, στα μικρά χείλη του αιδοίου και περιουρηθρικά ήταν σημαντικά συχνότερες στην ομάδα της επιλεκτικής περινεοτομής όταν όμως αναλυόταν ξεχωριστά η πιθανότητα ρήξεων 3ου και 4ου βαθμού του περινέου υπερέχει σημαντικά στην πρόληψη αυτών έναντι της ομάδας της περινεοτομής ρουτίνας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αν και υπάρχουν σαφείς συστάσεις για περιορισμένη χρήση της περινεοτομής για την πρόληψη του 3ου και 4ου βαθμού ρήξεων του περινέου η εφαρμογή περινεοτομής ρουτίνας σε όλες ανεξαιρέτως τις πρωτοτόκες στην τρέχουσα μαιευτική πρακτική εξακολουθεί να υφίσταται. Αυτό θα πρέπει να αλλάξει μιας και η εργασία μας συμφωνεί με πολλές δημοσιευμένες μελέτες και αυστηρές συστάσεις ότι η περινεοτομία γίνεται, όταν χρειάζεται ή απειλείται η ρήξη των ιστών του περινέου.

102. ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΚΥΗΣΗΣ - ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΕΙΩΘΕΙ Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΜΕΜΒΡΑΝΩΝ ΚΑΙ ΕΝΔΟΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΠΡΟΣΤΑΓΛΑΝΔΙΝΗΣ Ε2;

Λ. Ζούκας, Γ. Δημόπουλος, Π. Ντάνου, Ν. Καμπάς

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Γ. Ν. Κορίνθου

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της δακτυλικής αποκόλλησης των μεμβρανών σε συνδυασμό με την ενδοτραχηλική έγχυση προσταγλανδίνης Ε2, στην έγκαιρη έναρξη τοκετού πριν την 41^η εβδομάδα κύησης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διετία 2010 - 2011, είχαμε 978 τοκετούς στο ΓΝ Κορίνθου. Από αυτές επιλέχθηκαν 200 υγιείς εγκυμονούσες πρωτοτόκες με ηλικία κύησης 38 εβδομάδων, με κεφαλική προβολή εμβρύου, ανώριμο τράχηλο και Bishop score <4, αρνητική καλλιέργεια κολπικού υγρού και υπερηχογραφικά διαπιστωμένο ενάμνιο οι οποίες ήλθαν μέρος στη μελέτη με τυχαία κατανομή αυτών σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα-μελέτης (ΟΜ) αποτελείτο από 112 γυναίκες που ξεκινώντας από την 38^η εβδομάδα γινόταν μία φορά την εβδομάδα εξέταση τραχήλου με ταυτόχρονη δακτυλική αποκόλληση των μεμβρανών και την 41^η εβδομάδα κύησης αποκόλληση και ενδοτραχηλική έγχυση προσταγλανδίνης 0,5 mg σε μορφή gel σε μία δόση. Η δεύτερη ομάδα-σύγκρισης (ΟΣ) αποτελείτο από 88 γυναίκες που αντιμετώπιζόταν μόνο με εβδομαδιαία απλή εξέταση τραχήλου αρχίζοντας από την 38^η εβδομάδα κύησης.

Στις γυναίκες και των δύο ομάδων που έμπαιναν σε παραταση κύησης (>41 εβδομάδες) έγινε πρόκληση τοκετού με υκυτοκίνη.

Εξετάστηκαν οι παρακάτω παράμετροι: τοκετός >41 εβδ., αυτόματη ρήξη υμένων, κερωσμένο αμνιακό υγρό, τρόπος τοκετού, Apgar score < 7 στο 1 min και 5 min.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Επιλέχθη τοκετός περί την 41^η εβδομάδα σε 100 γυναίκες (89,29%) της ΟΜ και σε 61 γυναίκες (69,32%) της ΟΣ, ενώ είχαμε σε 12 γυναίκες της ΟΜ (10,71%) τοκετό πάνω από τις 41 εβδομάδες κύησης και σε 27 της ΟΣ (30,68%). Έγινε καισαρική τομή σε 8 γυναίκες (6,25%) της ΟΜ λόγω δυσαναλογίας και σε 20 γυναίκες (22,73%) της ΟΣ εκ των οποίων οι 16 λόγω εμβρυικής δυσχερείας και οι τέσσερις λόγω δυσαναλογίας. Αυτόματη ρήξη υμένων συνέβη σε 16 γυναίκες της ΟΜ (14,29%) και σε 12 της ΟΣ (13,64%) όλες περί την 40^η εβδομάδα. Κερωσμένο αμνιακό υγρό είχαμε σε δώδεκα γυναίκες της ομάδας μελέτης (10,71%) και σε 26 της ομάδας σύγκρισης (ΟΣ) (30,91%). Το Apgar score στο 1 min ήταν κάτω από 7 σε δέκα νεογνών της ΟΜ (8,93%) και σε 27 της ΟΣ (30,68%), ενώ στα 5 min κάτω από 7 στην ΟΜ είχαμε 3 νεογνών (2,68%) και στην ΟΣ 8 νεογνών (9,09%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η δακτυλική αποκόλληση των υμένων αρχίζοντας από την 38^η εβδομάδα κύησης, μια φορά εβδομαδιαίως συνδυάζοντας επίσης την ενδοτραχηλική έγχυση προσταγλανδίνης Ε2 (εφάπαξ δόση 0,5 mg) την 40^η εβδομάδα αυξάνει τα ποσοστά τοκετών μέχρι και την 41^η εβδομάδα, μειώνοντας συγχρόνως όλες τις δυσμενείς παραμέτρους μιας παρατασιακής κύησης.

103. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΑΠΟ ΠΟΛΥΔΥΜΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ

Ν. Βλαχάδης¹, Ε. Κορνάρου²

¹Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρούσαση και στατιστική ανάλυση των παραγόντων που συσχετίζονται με τις πολύδυμες κύσεις στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής στατιστικής αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) για το σύνολο των γεννήσεων των ετών 2005 και 2006 στην Ελλάδα (σύνολο: 220.384).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μικρότερη συχνότητα γέννησης από πολλαπλό τοκετό καταγράφεται στις μητέρες των νεότερων ηλικιών (<20 ετών: 1,3%) και αυξάνει συνεχώς με την ηλικία της μητέρας (20-24: 1,9%, 25-29: 3,5%, 30-34: 5,4%, 35-44: 7,2%, ≥ 45 : 26,6%). Η σχετική πιθανότητα γέννησης από πολυδύμο κύηση είναι 28 φορές μεγαλύτερη στις μητέρες ≥ 45 ετών, σε σύγκριση με <20 ετών (OR=28,02, 95%CI: 21,25-36,94, $p < 0,001$). Η συχνότητα προωρότητας (<36 εβδομάδες) και γέννησης νεογνού χαμηλού βάρους (<2.500 gr) είναι ~14 και >33 φορές, αντίστοιχα, μεγαλύτερη στις πολύδυμες κύσεις, σε σύγκριση με τις μονήρεις (OR=13,70, 95%CI: 13,01-14,43, $p < 0,001$ και OR=33,23, 95%CI: 31,77-34,77, $p < 0,001$, αντίστοιχα). Πολλαπλές vs μονήρεις κύσεις: διάμεση διάρκεια κύησης: 37⁺³ vs 38⁺⁵ εβδομάδες, διάμεσο βάρος γέννησης: 2.288 gr vs 3.245 gr. Οι γυναίκες που κατοικούν στην Αττική έχουν 23% μεγαλύτερη σχετική συχνότητα γέννησης από πολλαπλή κύηση, σε σύγκριση με αυτές που κατοικούν στην περιφέρεια (5,2% vs 4,3%, OR=1,23, 95%CI: 1,18-1,28, $p < 0,001$). Η συχνότητα γέννησης νεκρού (stillbirth) είναι ~5πλάσια στους πολλαπλούς τοκετούς, σε σύγκριση με τους απλούς (1,5% vs 0,3%, OR=4,85, 95%CI: 4,06-5,80, $p < 0,001$). Τέλος, η αναλογία φύλου (άρρενα/θήλεα) κατά τη γέννηση (secondary sex ratio) είναι 5% μεγαλύτερη στις μονήρεις κύσεις, σε σύγκριση με τις πολύδυμες (1,068 vs 1,013, OR=1,05, 95%CI: 1,01-1,10, $p = 0,009$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αναδεικνύονται σε επίπεδο συνόλου του πληθυσμού (nationwide population based study) οι συσχετίσεις των πολυδύμων κύσεων με την ηλικία της μητέρας, το βάρος γέννησης, τη διάρκεια κύησης, την περιοχική μόνηρης κατοικίας της μητέρας, τη συχνότητα ενδομητρίου θανάτου και το sex ratio.

104. ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ≥ 45 ΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ν. Βλαχάδης¹, Α. Πρωτόπαπα², Ε. Κορνάρου³

¹Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Ανθρωπολογικό Μουσείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ³Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρούσαση και στατιστική ανάλυση της εξέλιξης των γεννήσεων από γυναίκες ηλικίας άνω των 45 ετών στην Ελλάδα τα τελευταία 55 έτη, της ηλικιακής ομάδας με τη μικρότερη φυσική γονιμότητα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) για τις γεννήσεις ζώντων της περιόδου 1956-2010 στην Ελλάδα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εξέλιξη των γεννήσεων από γυναίκες ≥ 45 ετών στην Ελλάδα την τελευταία 55ετία αποδίδεται από καμπύλη U. Το κατιόν σκέλος αναπαριστά τη μείωση του αριθμού των γεννήσεων αυτών κατά -9,2 φορές (1956: 920→1993: 100), του % ποσοστού τους επί του συνόλου των γεννήσεων κατά -5,9 φορές (1956: 0,59%→1993: 0,10%) και του ειδικού δείκτη γονιμότητας της ηλικιακής ομάδας 45-49 ετών (ASFR₄₅₋₄₉) κατά -10,8 φορές (1956: 3,24→1990: 0,30). Την τελευταία εικοσαετία, η ανάπτυξη και διάδοση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Assisted Reproduction Technology, ART) στην Ελλάδα, είχε ως αποτέλεσμα τη ραγδαία άνοδο των γεννήσεων ≥ 45 ετών. Το 2010, αν και το % ποσοστό των γεννήσεων αυτών επί του συνόλου των γεννήσεων έχει επανέλθει στα επίπεδα του 1956, ο αριθμός των γεννήσεων αυτών και ο ASFR₄₅₋₄₉ υπολείπονται κατά -25,4% και -60,5%, αντίστοιχα. Το % ποσοστό πρωτοτοκίας ≥ 45 ετών κατέγραψε συνεχή γραμμική αύξηση σε όλη τη διάρκεια της 55ετίας. Το 1956, σε σύγκριση με το 2010, η σχετική πιθανότητα πρωτοτοκίας ≥ 45 ετών ήταν 9,4 φορές μικρότερη (OR=0,106, 95%CI: 0,079-0,143, $p < 0,001$) και η σχετική πιθανότητα γέννησης >4^{ου} παιδιού ήταν >100 φορές μεγαλύτερη (OR=102,57, 95%CI: 57,04-184,43, $p < 0,001$) (φαινόμενο εξάντλησης της γονιμότητας).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το 2010 η γονιμότητα μετά τα 45 έτη είναι 60% μικρότερη σε σύγκριση με το 1956. Η πρόοδος της αναπαραγωγικής ιατρικής έχει δώσει τη δυνατότητα σε πολλαπλάσιο αριθμό γυναικών ≥ 45 ετών να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί.

105. ΠΟΛΥΔΥΜΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

N. Βλαχάδης¹, Α. Πρωτόπαπα², Ε. Κορνάρου³

¹Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Ανθρωπολογικό Μουσείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ³Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Η προχωρημένη ηλικία της μητέρας αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου πολύδυμης κύησης. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και στατιστική ανάλυση της συσχέτισης της ηλικίας μητρότητας με τη συχνότητα γέννησης από πολύδυμη κύηση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής στατιστικής αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) για τις γεννήσεων ζώντων της περιόδου 2005-2010 στην Ελλάδα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζονται αναλυτικά και κατά έτος ο αριθμός των γεννήσεων ζώντων από πολλαπλή κύηση και το % ποσοστό τους επί του συνόλου των γεννήσεων για την περίοδο 2005-2010, καθώς και οι διαχρονικές εξελίξεις. Αναδεικνύεται η συνεχής αύξηση του σχετικού κινδύνου γέννησης από πολλαπλή κύηση με την αύξηση της ηλικίας της μητέρας.

ΗΛΙΚΙΑ	(%)	OR	95%CI	p-value
<20	1,45	1	-	-
20-24	2,29	1,59	1,17-2,18	0,003
25-29	3,47	2,45	1,82-3,29	<0,0001
30-34	5,48	3,95	2,94-5,30	<0,0001
35-39	7,52	5,54	4,12-7,44	<0,0001
40-44	11,16	8,55	6,30-11,60	<0,0001
≥45	39,80	45,0	32,38-62,51	<0,0001

Οι γεννήσεις από πολλαπλούς τοκετούς παρουσίασαν οριακή άνοδο στις ηλικίες <40 ετών (2008-2010: OR=1,08, 95%CI: 1,04-1,13, p<0,0001) ενώ στις γυναίκες ≥40 ετών διπλασιάστηκαν (2005-2010: 8,2%→14,86%, OR=1,96, 95%CI: 1,69-2,27, p<0,0001). Την τελευταία διετία (2009 και 2010) σχεδόν τα μισά νεογνά από γυναίκες ≥45 ετών προέρχονται από πολύδυμη κύηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην παρούσα μελέτη προσδιορίζεται ποσοτικά η αύξηση του κινδύνου πολλαπλού τοκετού σε σχέση με την ηλικία της μητέρας, στο σύνολο των γεννήσεων της χώρας. Ο διπλασιασμός των γεννήσεων ζώντων από πολύδυμες κύσεις στις ηλικίες ≥40 ετών στην Ελλάδα την τελευταία διετία θα πρέπει να αποδοθεί στην αύξηση της χρήσης θεραπειών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

106. ΒΙΟΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΣΤΡΟΓΩΝΩΝ ΚΑΙ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΡΩΜΑΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΓΛΑΝΔΙΝΗΣ PGE-2

I. Γραμματικάκης¹, Ε. Παντασοάκης¹, Δ. Σιούτης¹, I. Παπαπαναγιώτου¹, Β. Καλλές², Χ. Ευτυχιάδης³

¹Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», ²Μονάδα Μαστού, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ³Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η αιτιοπαθογένεια της ενδομητρίωσης συσχετίζεται με διάφορες ανωμαλίες σε κυτταρικό και μοριακό επίπεδο, όπως η αυξημένη έκφραση της αρωματάσης, ορισμένων κυτταροκινών και ιστικών μεταλλοπρωτεϊνών, ενώ αντίθετα παρατηρείται ανεπάρκεια της 17-β-υδροξυστεροειδικής δεϋδρογονάσης τύπου 2 (17-β-HSD), καθώς και αντίσταση στην προστατευτική δράση της προγεστερόνης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση και ανάλυση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, πρακτικά συνεδρίων και σχετικά συγγράμματα από το 2000 έως το 2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεδομένης της άμεσης συσχέτισης μεταξύ οιστρογόνων και ενδομητρίωσης, η συμμετοχή του ενζύμου της αρωματάσης στην αιτιοπαθογένεια της νόσου μελετήθηκε μέχρι σήμερα αρκετά. Έτσι, αρχικά περιγράφονται εξαιρετικά υψηλά επίπεδα mRNA της αρωματάσης σε ενδομητρίωματα, ενώ αναφέρεται και αυξημένη δραστηριότητα της αρωματάσης. Πιθανότατα διάφοροι παράγοντες προκαλούν αυξημένη δράση της αρωματάσης μέσω ενός μηχανισμού που περιλαμβάνει το c-AMP. Η PGE-2 αποτελεί τον σημαντικότερο από αυτούς τους παράγοντες. Επίσης, τα οιστρογόνα αυξάνουν την παραγωγή της PGE-2 μέσω ενεργοποίησης της κυκλοοξυγονάση-2 (COX-2). Φαίνεται ότι στα έκτοπα ενδομητριοειδή εμφυτεύματα η αυξημένη δράση της αρωματάσης επάγει τοπικά από την επίδραση της PGE-2. Επιπρόσθετα, η όλη διαδικασία της ανάπτυξης του έκτοπου ενδομητριοειδούς ιστού επιτείνεται από την τοπική δράση των παραγόμενων οιστρογόνων (οιστραδιόλης), η οποία με τη σειρά της μαζί με άλλους παράγοντες, όπως η IL-1 και ο TNF-β επάγουν τη δράση της COX-2 (αύξηση της PGE-2).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προσταγλανδίνη PGE-2 παίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της ενδομητρίωσης. Η ανάπτυξη του έκτοπου ενδομητριοειδούς ιστού επάγει τοπικά μέσω της αυξημένης δράσης της αρωματάσης αλλά και της οιστραδιόλης, η οποία μαζί με άλλους τοπικούς φλεγμονώδεις παράγοντες (IL-1β, TNF-α) αυξάνει τη δράση της COX-2 με συνέπεια την περαιτέρω ενεργοποίηση της PGE-2.

107. ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ ΔΙΑΠΛΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ: ΑΚΡΑΝΙΑ ΕΜΒΡΥΟΥ-ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

K. Τσεβής¹, Ε. Παντασοάκης¹, Σ. Μακρυδημά², I. Παπαπαναγιώτου¹, Ν. Ευαγγελινάκης¹, I. Γραμματικάκης¹

¹Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», ²Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Σκοπός η περιγραφή του όρου ακρανία, που ορίζεται ως απουσία μέρους (συνήθως ο θόλος) ή όλου του κρανίου του εμβρύου. Η ακρανία είναι μία κατάσταση συσχετιζόμενη πάντα, τόσο με την εξγκεφαλία όσο και με την **ανεγκεφαλία**. Όταν ο πρόσθιος νευροπόρος κατά την εμβρυογένεση δεν κλείνει, δημιουργούνται αυτές οι πολύ σοβαρές και θανατηφόρες ανωμαλίες. Στις περιπτώσεις αυτές ο εγκέφαλος μπορεί να αναπτύσσεται ανώμαλα ή και καθόλου με το ταυτόχρονο έλλειμμα ή απουσία οστών του κρανιακού θόλου. Εξεγκεφαλία ονομάζουμε την κατάσταση κατά την οποία μεγάλο τμήμα του εξγκεφάλου εξωθείται από το κρανίο ή βρίσκεται εκτεθειμένο. Σε φυσιολογικά ανθρώπινα έμβρυα, σύμφωνα με τις ιστολογικές ενδείξεις, η οστέωση του κρανιακού θόλου ξεκινά τη δέκατη εβδομάδα της κύησης και υπερηχογραφικά, ήδη από την 11η εβδομάδα υπάρχει διαφορά υπερηχογένειας του κρανίου έναντι των υποκείμενων ιστών. Γενικά οι υπερηχογραφικές μελέτες έχουν δείξει πως υπάρχει μια προοδευτική μετάβαση από την ακρανία στην εξγκεφαλία και ακολούθως στην ανεγκεφαλία. Ειδικά για το 1ο τρίμηνο, το παθολογικό γνώρισμα αποτελεί η ακρανία, με τον εγκέφαλο να είναι είτε εξολοκλήρου φυσιολογικός, είτε άλλοτε με ποικίλο βαθμό παραμόρφωσης ή ρήξης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα δευτεροτόκος 32 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, που είχε υποβληθεί σε αμυγδαλεκτομή (26 ετών) και σε καισαρική τομή (31 ετών), και κατά τον προγεννητικό έλεγχο της παρούσας κύησης στις 12 εβδομάδες διαπιστώθηκε εύρημα ακρανίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ζευγάρι ενημερώθηκε ότι η ανωμαλία αποτελεί ακραία μορφή βλάβης και είναι ασύμβατη με τη ζωή. Κατόπιν σχετικής ενημέρωσης και συγκατάθεσης του ζεύγους, έγινε διακοπή κύησης με κολπική χρήση δισκίων προσταγλανδίνης

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τη μελέτη του περιστατικού διαπιστώσαμε την αξία της υπερηχογραφικής απεικόνισης κατά τον προγεννητικό έλεγχο ιδιαίτερα όταν πρόκειται για καταστάσεις που είναι ασύμβατες με τη ζωή.

108. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ ΔΙΑΠΛΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ: ΑΓΕΝΕΣΙΑ ΜΕΣΟΛΟΒΙΟΥ-ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Δ. Σιούτης, Ε. Παντασοάκης, Χ. Παρθένος, I. Παπαπαναγιώτου, Ν. Ευαγγελινάκης, I. Γραμματικάκης

Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Σκοπός της μελέτης η περιγραφή της αγενεσίας μεσολοβίου, που ορίζεται ως η πλήρης ή μερική αγενεσία του μεσολοβίου. Εμφανίζεται με συχνότητα 5/1.000 γεννήσεις. Όταν συνυπάρχουν και άλλες ανωμαλίες του κεντρικού νευρικού συστήματος ανευρίσκεται στο 50%. Μπορεί να οφείλεται σε διαταραχή στην ανάπτυξη ή να είναι δευτεροπαθής λόγω κάποιας καταστροφικής βλάβης. Συσχετίζεται με χρωμοσωμικές ανωμαλίες (συνήθως τρισωμίες 18,13,8) και περισσότερο από 100 γενετικά σύνδρομα. Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο το μεσολόβιο δεν είναι ορατό στις τυπικές εγκάρσιες τομές του εγκεφάλου. Στην πλήρη αγενεσία του μεσολοβίου υπάρχει απουσία του διαφανούς διαφράγματος, ευρύς διαχωρισμός των πλαγίων κοιλιών, διεύρυνση των ινιακών κεράτων (σημείο δακρύου) και των κόλπων και προς τα άνω παρεκτόπιση της τρίτης κοιλίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα πρωτοτόκος 30 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό. Ο προ του β- επιπέδου υπερηχογραφικός προγεννητικός έλεγχος δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ζευγάρι κατόπιν σχετικής συμβουλευτικής για την ύπαρξη σοβαρότατων εγκεφαλικών βλαβών του εμβρύου, αποφάσισε τη διακοπή της κύησης, η οποία και πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δισκίων προσταγλανδίνης από το στόμα και κολπικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την αναφορά του περιστατικού διαπιστώσαμε την αξία του προγεννητικού ελέγχου στην έγκαιρη διάγνωση ανατομικών ανωμαλιών του εγκεφάλου του εμβρύου.

109. ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ: ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΗΣ ΚΙΝΑΣΗΣ-Β, (PKB/AKT2), ΤΟΥ ΜΕΤΑΦΟΡΕΑ ΓΛΥΚΟΖΗΣ-4, (GLUT4) ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΚΟΥΑΓΛΥΚΕΡΟΠΟΡΙΝΗΣ-7 (AQP7) ΣΤΑ ΛΙΠΟΚΥΤΤΑΡΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Ε. Οικονόμου¹, Α. Καρβέλα¹, Ε. Μασιόγκου¹, Γ. Γεωργίου², Β. Γκρέκα-Σπηλιώτη¹

¹Ερευνητικό Εργαστήριο Μοριακής Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Μονάδα Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας και Διαβήτη, Παιδιατρικής Κλινικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα, ²Τμήμα Παιδιατρικής Χειρουργικής, Καρμανδάνειο Νοσοκομείο Παίδων, Πάτρα

Η PKB/Akt2 στο σηματοδοτικό μονοπάτι της ινσουλίνης διευκολύνει την ινσουλινοεξαρτώμενη μετατόπιση του GLUT4 στην πλασματική μεμβράνη των λιποκυττάρων και συμμετέχει στη ρύθμιση της έκφρασης της AQP7, διαύλου εξόδου γλυκερόλης των λιποκυττάρων.

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη της έκφρασης της PKB/Akt2 και της AQP7 σε λιποκύτταρα παχύσαρκων παιδιών για να διερευνηθεί η πιθανή συμμετοχή της διαταραγμένης έκφρασης των μορίων αυτών στην ανάπτυξη επιπλοκών της παιδικής παχυσαρκίας.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναπτύχθηκαν πρωτογενείς καλλιέργειες λιποκυττάρων κοιλιακού υποδορίου λιπώδους ιστού (Λ) από χειρουργεία ρουτίνας 35 παχύσαρκων (BMI >95%) και 54 λεπτόσωμων παιδιών (BMI <85%). Τα παιδιά των ομάδων Α (2 μηνών-7 ετών) και Β (8-12 ετών) ήταν προεφηβικά, ενώ της ομάδας Γ (10-15 ετών) ήταν εφηβικά. Μελετήθηκε η έκφραση της βασικής PKB/AKT2 (Akt2) και της φωσφορυλιωμένης PKB/AKT2 (p-Akt2), του GLUT4 και της AQP7 σε επίπεδο πρωτεΐνης με Western Immunoblotting.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα Λ των μεγαλύτερων προεφηβικών λεπτόσωμων της ομάδας Β σε σύγκριση με αυτά των μικρότερων προεφηβικών και εφηβικών παιδιών έδειξαν σημαντική μείωση των Akt2 (p=0.012, p=0.019), p-Akt2 (p=0.019, p=0.017) και της AQP7 (p=0.009). Τα Λ των παχύσαρκων της ομάδας Β έδειξαν μεγαλύτερη μείωση της Akt2 και του GLUT4 σε σχέση με τα λεπτόσωμα παιδιά της ομάδας Β (p=0.012, p=0.028), και τα Λ των παχύσαρκων εφήβων έδειξαν μια τάση μείωσης της AQP7.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μείωση των Akt2-ισομορφών και της AQP7 στα μεγαλύτερα λεπτόσωμα προεφηβικά παιδιά φαίνεται να προετοιμάζει τα Λ για τη «φυσιολογική ινσουλινοαντίσταση» της εφηβείας. Αντίθετα, η περαιτέρω μείωση της βασικής Akt2 και του GLUT4 στα Λ των μεγαλύτερων προεφηβικών παχύσαρκων παιδιών μπορεί να βάζει τα παιδιά αυτά σε κίνδυνο για σοβαρή αντίσταση στην ινσουλίνη και διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη. Η τάση μείωσης της AQP7 στους παχύσαρκους εφήβους πιθανόν να αντικατοπτρίζει την αρχή της διαταραγμένης εξόδου της γλυκερόλης από τα λιποκύτταρά τους, αυξάνοντας τον κίνδυνο για ανάπτυξη υπερτροφικών λιποκυττάρων και δυσλιπιδαιμία.

110. Ο ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΛΥΤΟΥ ST2 ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΤΥΠΟΥ 2 ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ε. Φουστέρης¹, Γ. Τσαουσής², Β. Δραγουμάνος¹, Σ. Τζερεφός², Σ. Ματσάγγος³, Ε. Μπουτάτση⁴, Γ. Δημητριάδης⁴, Σ. Φούσσας², Α. Μελιδώνης¹, Σ. Ράπτης⁴

¹Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΠ Τζάνειο, ²Καρδιολογική κλινική, ΓΝΠ Τζάνειο, ³Τμήμα Αιμοδυναμικής, ΓΝΠ Τζάνειο, ⁴Β΄ ΠΠΚ & Μονάδα Έρευνας Ιατρικής Σχολής Αθηνών & Ε.ΚΕ.ΔΙ.

ΣΚΟΠΟΣ: 24μηνια παρακολούθηση ελέγχου της προγνωστικής δύναμης του sST2 (διαλυτός ST2: toll-like υποδοχέας της ιντερλευκίνης-1) στην εγκατάσταση διαστολικής δυσλειτουργίας αριστερής κοιλίας (ΔΔΑΚ) σε t2 διαβητικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριελήφθησαν 84 t2 διαβητικοί ασθενείς με φυσιολογική καρδιακή λειτουργία. Ελήφθη πλήρες ιστορικό, υπολογίστηκε ΔΜΣ και μετρήθηκαν HbA1c, FPG, λιπιδαιμικό προφίλ & sST2 (Presage® ST2 ELISA kit) κατά την εισαγωγή στη μελέτη. Ο sST2 επανελέχθηκε 24 μήνες μετά. Η εκτίμηση της διαστολικής λειτουργίας έγινε υπερηχοτομογραφικά σύμφωνα με τα τρέχονα κριτήρια στην αρχή και τέλος της μελέτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον 24μηνια επανέλεγχο οι 45 (53,6%) από τους 84 συμμετέχοντες εμφάνισαν ευρήματα συμβατά με ΔΔΑΚ (ομάδα Α). Το υπόλοιπο 46,4% διατήρησε φυσιολογική διαστολική λειτουργία (ομάδα Β). Μεταξύ των 2 ομάδων δεν παρατηρήθηκε διαφορά στα δημογραφικά, διάρκεια διαβήτη, ιστορικό υπέρτασης και κάπνισμα, εκτός του δείκτη μάζας σώματος. Ο sST2 εισαγωγής δεν διέφερε μεταξύ των 2 ομάδων (11,54±3,49 vs 10,80±2,47, p=0,408). Στον επανέλεγχο η ομάδα Α είχε υψηλότερο sST2 (13,68±3,72 vs 9,77±3,51, p=0,001). Από τις υπόλοιπες παραμέτρους της μελέτης, η ομάδα Α εμφάνισε υψηλότερα επίπεδα HbA1c (p=0,049), FPG (p=0,046), HDL (p=0,037) & Τριγλυκερίδια (p=0,001). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση η μέση τιμή των τριγλυκερίδιων (OR=1,12, CI=1,01-1,24, p=0,029) αναδείχθηκε ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας επίπτωσης ΔΔΑΚ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο sST2 δεν φαίνεται να προβλέπει την εγκατάσταση ΔΔΑΚ σε διαβητικούς ασθενείς. Η αύξηση του sST2 επί παρουσίας ΔΔΑΚ φαίνεται να είναι επιφανικό, συνδεδεμένο με άγνοια ως τώρα φλεγμονώδη μονοπάτια. Παρ' όλα αυτά, η πρωτοεμφάνιση ΔΔΑΚ βρέθηκε να συσχετίζεται με τα HbA1c, FPG, HDL & Τριγλυκερίδια, με τα τελευταία να αναδεικνύονται ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες στην πολυπαραγοντική ανάλυση.

111. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΕ ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ

Α. Αγγελίδη¹, Ι. Πρωτομάλις¹, Θ. Σεργεντάνης², Σ. Ματσάγγος³, Α. Γκριτζάπης⁴, Α. Δημητριάδου¹, Ε. Μπουτάτση⁵, Γ. Δημητριάδης⁵, Α. Μελιδώνης¹, Σ. Ράπτης^{5,6}

¹Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιά, ²Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα, ³ΝΥ Αιμοδυναμικής, ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιά, ⁴Locus Medicus, Αθήνα, ⁵Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, «Αττικόν» Νοσοκομείο, Αθήνα, ⁶Ε.ΚΕ.ΔΙ., Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Τα προγονικά ενδοθηλιακά κύτταρα (EPCs) διαθέτουν την ικανότητα νεοαγγειόγenezης και διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στο μηχανισμό επανενδοθηλιοποίησης / επιδιόρθωσης του βελαμμένου ενδοθηλίου. Μειωμένα επίπεδα EPCs έχουν παρατηρηθεί σε: ινσουλινοαντίσταση, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, υπερηχοκαμία, καταστάσεις σχετιζόμενες με την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, τον προδιαβήτη και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σκοπός της μελέτης είναι η ανίχνευση των παραμέτρων που επιδρούν στα επίπεδα των EPCs στον προδιαβήτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 53 άτομα με προδιαβήτη (μετά από δοκιμασία ανοχής γλυκόζης) δίχως καρδιαγγειακή ή νεφρική συμπεριληφθήσαν. Σε κάθε συμμετέχοντα προσδιορίστηκαν: ανθρωπομετρικοί, βιοχημικοί παράμετροι, δείκτες φλεγμονής (hs-CRP), ινσουλινοαντίστασης (HOMA-IR), HbA1c, ινσουλίνη, C-πεπτιδίο. Ο προσδιορισμός των EPCs πραγματοποιήθηκε με κυτταρομετρία ροής χρησιμοποιώντας μονοκλωνικά αντισώματα (CD34-FITC, VEGF-PE). Η στατιστική ανάλυση έγινε με χρήση λογισμικού STATA11.1.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μονομεταβλητή ανάλυση ανέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των EPCs με: περίμετρο μέσης (rho=-0.418, p=0.003), ηπλικό περιμέτρου μέσης προς το ύψος (rho=-0.478, p=0.0004), μέση αρτηριακή πίεση (rho=-0.350, p=0.350), C-πεπτιδίο (rho=-0.359, p=0.008), ολική χοληστερόλη (rho=-0.404, p=0.003), HDL-χοληστερόλη (rho=-0.345, p=0.011), τη λήψη στατινών (p=0.018), το θετικό οικογενειακό ιστορικό ΣΔ (p=0.021) και την παρουσία μεταβολικού συνδρόμου (NCEP/ATPIII). Στην πολυμεταβλητή ανάλυση ανεξάρτητη συσχέτιση των EPCs διαπιστώθηκε με την περίμετρο μέσης (increment=1 cm, OR=0.92, p<0.001) και τη λήψη στατινών (OR=15.94, p<0.001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η περίμετρος μέσης (και κατά συνέπεια η κοιλιακή παχυσαρκία) συσχετίζεται με μείωση του αριθμού των EPCs συνδέοντας παθοφυσιολογικά τον προδιαβήτη με την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, την αθηρωμάτωση και την καρδιαγγειακή νόσο. Επιπρόσθετα, οι πλειοτροπικές και καρδιοπροστατευτικές δράσεις των στατινών ενδεχομένως να επάγονται μέσω της ισχυρής θετικής συσχέτισης αυτών με τα επίπεδα των EPCs.

112. ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΜΕ ΑΥΣΤΗΡΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Χ. Βούλγαρη¹, Π. Δηλαβέρης², Α. Περγινιάς³, Σ. Αράπη³, Ν. Μιχαλακάκης³, Β. Πυργάκης³, Ν. Αναγνωστόπουλος⁴, Σ. Παώνη¹

¹Γ΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», ²Μονάδα Εμφραγμάτων, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ³Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», ⁴Αιματολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Εκτιμήθηκαν οι μοριακοί μηχανισμοί που ευωδούν τη θετική πρόγνωση των διαβητικών ασθενών μέσω της επίτευξης ηυλακαϊμίας κατά τη μετεμφραγματική περίοδο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 40 άτομα (20♀/20♂, 40±3.2 έτη) με διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2), και πρώτο έμφραγμα μυοκαρδίου, που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική, συγκριτικά με 40 ασθενείς χωρίς ΣΔΤ2 εξομοιωμένων σε φύλο και ηλικία; οι ασθενείς με ΣΔΤ2 χωρίστηκαν σε ομάδα αυστηρού γλυκαιμικού ελέγχου (Ομάδα Α, n=20; σάκχαρο νηστείας 80-140 mg/dl) ή ικανοποιητικού γλυκαιμικού ελέγχου (Ομάδα Β, n=20; σάκχαρο νηστείας 180-200 mg/dl) τουλάχιστον 10 ημέρες μετά το χειρουργείο, αρχικά με συνεχή ήχυση ινσουλίνης και κατόπιν με εντατική ινσουλινοθεραπεία. Οι ασθενείς μελετήθηκαν υπερηχοκαρδιογραφικά προ-και μετά-χειρουργείο, ενώ μετρήθηκαν οι δείκτες: CRP, ομοκυστεΐνη, αναστολέας ενεργοποιητή πλασμινογόνου-1 (PAI-1), αγγειακά ενδοθηλιακά παράγοντας (VEGF), nuclear-factor kappa-B (NFκB), παράγοντας νέκρωσης γάγγυα-α (TNF-α) προ-και μετά-χειρουργείο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς ΣΔΤ2, οι ασθενείς με ΣΔΤ2 είχαν υψηλότερες τιμές Tei-index (p<0.05), μειωμένο κλάσμα-εξώθησης (p<0.05), ενώ μετεμφραγματικά οι δείκτες φλεγμονής ήταν αυξημένοι (p<0.001). Μετά τη θεραπεία, η Ομάδα Β είχε χειρότερη γλυκαιμική ρύθμιση (p<0.001), υψηλότερες τιμές Tei-index (p<0.02), μειωμένο κλάσμα-εξώθησης (p<0.05), και αυξημένους δείκτες φλεγμονής (p<0.001) σε σχέση με την Ομάδα Α. Η θνητότητα μειώθηκε σημαντικά στην Ομάδα Α σε σχέση με την Ομάδα Β (p=0.05). Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε σημαντική συσχέτιση της θνητότητας με τους δείκτες φλεγμονής (OR 1.66, 95%CI 1.27-2.15, p<0.001) και τη γλυκαιμική ρύθμιση (OR 1.6, 95% CI 1.9-2.01, p=0.023).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο αυστηρός γλυκαιμικός έλεγχος, μέσω της ελάττωσης των δεικτών φλεγμονής, πιθανόν να μειώνει την κυτταρική απόπτωση και την ιστική αναδιαμόρφωση των περι-εμφραγματικών περιοχών μετά από οξύ έμφραγμα σε άτομα με ΣΔΤ2.

113. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ 3872AG ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ CRP ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ hs-CRP ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.

Σ. Παπαδοικονόμου¹, Δ. Τούσουλης², Ν. Τεντολούρης¹, Δ. Παπαδογιάννης¹, Α. Μήλιου², Γ. Χατζής², Ν. Παπαγεωργίου², Χ. Στεφανιάδης²

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

ΣΚΟΠΟΣ: Αυξημένα επίπεδα των πρωτεϊνών οξείας φάσης παίζουν ρόλο στην παθογένεση μικροαγγειακών επιπλοκών. Οι γενετικοί πολυμορφισμοί θεωρούνται σήμερα δυναμικοί ρυθμιστές βιοδείκτων, ωστόσο η επίδραση πολυμορφισμών φλεγμονωδών γονιδίων στην εμφάνιση αγγειακών επιπλοκών είναι αμφιλεγόμενη. Στην παρούσα μελέτη εκτιμήσαμε τη συχνότητα του 3872A.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο πολυμορφισμός αποκαλύφθηκε σε 431 ασθενείς με ΣΔ2 με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης και κατάλληλα περιοριστικά ένζυμα πέψης (HpyCH₄III). Η hs-CRP (mg/l) εκτιμήθηκε με μοριακά αυξανόμενη ανοσοφελομετρία. Η παρουσία της νεφροπάθειας βασίστηκε στην ύπαρξη αλβουμινουρίας ή/και πρωτεϊνουρίας, της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας σε βυθοσκόπηση και της περιφερικής νευροπάθειας σε κλινικά κριτήρια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η γονιδιακή κατανομή ήταν GG: 52%, AG: 27.2%, AA: 20.8%. Οι τρεις γονότυποι συγκρίνονται μεταξύ τους, είχαν σημαντική διαφορά ως προς το φύλο, άνδρες/γυναίκες (n%): GG: 103 (46.4)/119 (53.6), AG: 58 (50)/58 (50) ή AA: 55 (61.8)/34 (38.2), (p=0.019) και συγκεκριμένα ο GG γονότυπος καθώς και οι φορείς του «G» αλληλίου (GG+AG): 163 (47.8)/178 (52.2) σε σχέση με τους AA ομοζυγώτες, (p=0.015, 0.020 αντίστοιχα). Ο loghs-CRP ήταν σημαντικά χαμηλότερος στον AG γονότυπο όπως και στους φορείς του «A» αλληλίου (AG+AA): 0.56±0.188 σε σχέση με τους GG ομοζυγώτες, (p=0.044, 0.021 αντίστοιχα). Η επικράτηση (n%) για τη νευροπάθεια ήταν 157 (36.4), για την αμφιβληστροειδοπάθεια 119 (27.6), και τη νεφροπάθεια 153 (35.5), ενώ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την παρουσία τους στους υπό μελέτη γονότυπους, (p=NS για όλα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στους ΣΔ2 ασθενείς, ο CRP3872AG πολυμορφισμός επηρεάζει τα hs-CRP επίπεδα αλλά δε σχετίζεται με την παρουσία μικροαγγειακών επιπλοκών.

114. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ 3872AG ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ CRP ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ hs-CRP ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.

Σ. Παπαδοικονόμου¹, Ν. Τεντολούρης¹, Δ. Τούσουλης², Δ. Παπαδογιάννης¹, Α. Μήλιου², Ν. Παπαγεωργίου², Γ. Χατζής², Χ. Στεφανιάδης²

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

ΣΚΟΠΟΣ: Η συχνότητα του 3872A.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο πολυμορφισμός αποκαλύφθηκε σε 431 ΣΔ2 ασθενείς με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης και κατάλληλα περιοριστικά ένζυμα πέψης (HpyCH₄III). Η hs-CRP (mg/l) εκτιμήθηκε με μοριακά αυξανόμενη ανοσοφελομετρία. Η παρουσία στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) βασίστηκε σε ιστορικό γνωστής στηθάγχης, εμφράγματος του μυοκαρδίου, επέμβασης επαναμείωσης στις στεφανιαίες αρτηρίες, στεφανιαία αγγειογραφία (στένωση >50%), ή θετικό τεστ κόπωσης. Η παρουσία εγκέφαλο-αγγειακής – καρωτιδικής αρτηριακής νόσου (ΚΑΝ) σε ιστορικό ύπαρξης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, φυσήματος στις καρωτίδες, στένωση σημαντικού βαθμού σε έλεγχο με triplex, επέμβαση επαναμείωσης στις καρωτίδες. Η παρουσία περιφερικής αρτηριοπάθειας (ΠΑΝ) σε ιστορικό διαλείπουσας χωλότητας, επέμβασης επαναμείωσης, ανευρύσματος, σημαντικού βαθμού στένωση αρτηριών κάτω άκρων σε έλεγχο με triplex ή κνημοβραχιόνιο δείκτη <0.9.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η γονιδιακή κατανομή ήταν GG: 52%, AG: 27.2%, AA: 20.8%. Ο loghs-CRP ήταν σημαντικά χαμηλότερος στον AG γονότυπο όπως και στους φορείς του «A» αλληλίου (AG+AA): 0.56±0.188 σε σχέση με τους GG ομοζυγώτες, (p=0.044, 0.021 αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την παρουσία (n%) ΣΝ ή ΚΑΝ στους υπό μελέτη γονότυπους, (p=NS για όλα). Οι φορείς του «A» αλληλίου είχαν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα παρουσίας ΠΑΝ, σε σχέση με τους GG ομοζυγώτες, μετά από προσαρμογή σε παράγοντες κινδύνου, (AG+AA): 82 (40.0) vs GG: 76 (34.2), (OR 1.622, 95%CI 1.029-2.536, p=0.037). Υπό-αναλύσεις αποκάλυψαν σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φορέων του «A» αλληλίου με άλλες συνυπάρχουσες αγγειακές επιπλοκές ή τη λαμβανόμενη αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στους ΣΔ2 ασθενείς, ο CRP3872A.

115. ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΥΣΜΑΤΙΚΗ ΓΩΝΙΑ QRS-T ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Σ. Χωρεψιμά¹, Ι. Μωυσάκης², Χ. Βούλαρη¹, Α. Κόκκινος¹, Δ. Παπαδογιάννης¹, Ν. Τεντολούρης¹

¹Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα, ²Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανυσματική γωνία QRS-T (spatial QRS-Tangle, spQRSTa) αποτελεί δείκτη της κοιλιακής εκπόλωσης και επαναπόλωσης του μυοκαρδίου και οι αυξημένες τιμές της σχετίζονται με αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί κατά πόσον η spQRSTa σχετίζεται με τη διάρκεια του διαβήτη και τη γλυκαιμική ρύθμιση σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 202 ασθενείς με ΣΔ2 (127 άνδρες και 75 γυναίκες, μέση ηλικία 64.5±7.6 έτη, διάμεση διάρκεια διαβήτη 12 έτη). Ελήφθη από όλους λεπτομερές ατομικό ιστορικό και πραγματοποιήθηκαν κλινική εξέταση και εργαστηριακός έλεγχος. Για τον υπολογισμό της spQRSTa διενεργήθηκε πεντάεπιτη ψηφιακή ηλεκτροκαρδιογραφική καταγραφή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μονοπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την spQRSTa αναδείχθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με το φύλο (b=0.17, p=0.02), την περίμετρο μέσης (b=0.24, p=0.001), τη διάρκεια του διαβήτη (b=0.28, p<0.001) και την ύπαρξη μακροαγγειοπαθικών επιπλοκών (b=0.16, p=0.022). Η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την spQRSTa (b=0.102, p=0.379). Επίσης, δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με την ηλικία, την ύπαρξη υπέρτασης ή δυσλιπιδαιμίας, το δείκτη μάζας σώματος, το λιπιδαιμικό προφίλ ή το επίπεδο της αρτηριακής πίεσης. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση μετά από διόρθωση ως προς την ηλικία, το φύλο, τη διάρκεια διαβήτη, την περίμετρο μέσης και την ύπαρξη μακροαγγειοπαθικών επιπλοκών, η στατιστική σημαντικότητα διατηρήθηκε για τη διάρκεια διαβήτη (b=0.25, p<0.001) και την περίμετρο μέσης (b=0.21, p=0.004).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αυξημένη spQRSTa σχετίζεται σημαντικά και ανεξάρτητα με τη μεγάλη διάρκεια διαβήτη και την κεντρική παχυσαρκία στα άτομα με ΣΔ2, ενώ δεν σχετίζεται με τη γλυκαιμική τους ρύθμιση.

116. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.

Ι. Κυριαζής¹, Π. Ποταμούση¹, Χ. Σαμαράς¹, Δ. Παπαμιχαήλ¹, Α. Στρίκου¹, Ο. Σπυροπούλου¹, Β. Μιτζέλος¹, Δ. Καμούδας¹, Π. Μπάρας¹, Ν. Καραγκούνη¹, Δ. Παπαμιχαήλ¹, Μ. Σαριδής², Μ. Ρεκλητζή², Α. Κορδαλής¹, Χ. Παρθενίου²

¹Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπείο» Βούλας, ²Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το κάπνισμα είναι ένας από τους κύριους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου. Ο ΣΔ τύπου 2 θεωρείται επίσης ως μια μεταβολική **ΝΟΣΟΣ Η ΟΠΟΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΥΨΗΛΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ.**

ΣΚΟΠΟΣ: Να ερευνησουμε τη συχνότητα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συνυφισμένων του καπνίσματος σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) και τη συσχέτιση του με τις διαβητικές επιπλοκές

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε ασθενείς με ΣΔ2, εκτιμήθηκε η μακροαγγειοπάθεια από την παρουσία στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) - ιστορικό καρδιαγγειακού συμβήματος και/ή από την παρουσία στηθάγχης και/ή από την παρουσία μόνιμων ισχαιμικών ηλεκτροκαρδιογραφικών ανωμαλιών και/ή από την παρουσία παθολογικής στεφανιογραφίας. Η διάγνωση της μικροαγγειοπάθειας σε ασθενείς με ΣΔ2 εκτιμήθηκε από την ύπαρξη παραγωγικής αμφιβληστροειδοπάθειας ή μη παραγωγικής αμφιβληστροειδοπάθειας και/ή από την ύπαρξη μικροαλβουμινουρίας (ρυθμός απώλειας αλβουμίνης 20 έως 200 mg/min) ή από την ύπαρξη μακροαλβουμινουρίας (ρυθμός απώλειας αλβουμίνης >200 mg/min).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύνολο 1213 ασθενών (565 άνδρες, 648 γυναίκες, μέση ηλικία 67.5±0.6 έτη) με μέση περίοδο διάρκειας ΣΔ2 10.6±0.4 έτη. Εξ αυτών 35% ήταν καπνιστές (110 γυναίκες, 314 άνδρες). Το κάπνισμα στους διαβητικούς ασθενείς συσχέτισθηκε με μία μικρή, αλλά όχι στατιστικά σημαντική αύξηση των ορίων της HbA_{1c} (7.39±0.09 vs 7.21±0.05, p=0.3). Μακροαγγειοπάθεια διαγνώθηκε συνολικά στο 40.9% vs 27.2%, p<0.0001. Μικροαγγειοπάθεια διαγνώθηκε στο 41.1% vs 35.6%, p=0,13 και ειδικότερα: μικροαλβουμινουρία 35.9%, μακροαλβουμινουρία 12.8%, παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια 18.5% και μη παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια 32.8%. Αμφιβληστροειδοπάθεια και νεφροπάθεια μαζί παρατηρήθηκαν στο 11.2%, ενώ το 4.9% εμφανίζει και τις 4 επιπλοκές της μικροαγγειοπάθειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μακροαγγειακές επιπλοκές στον ΣΔ2 και κυρίως η καρδιαγγειακή νόσος επιβαρύνονται σημαντικά στους ασθενείς με ΣΔ2 που εξακολουθούν να καπνίζουν. Αυξημένος ο ήδη υπαρκτός κίνδυνος για μικροαγγειοπαθικές επιπλοκές σε ασθενείς με ΣΔ2 που συνεχίζουν να καπνίζουν.

117. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Α. Δημητριάδου, Χ. Βέρρας, Α. Αγγελίδη, Γ. Χριστοφιλίδης, Γ. Καψαλάκης, Ε. Σεβδαλής, Θ. Τέλιος, Α. Μελιδιώνη

Α΄ Παθολογική Κλινική ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η γλυκαιμική μεταβλητότητα (Glucose Variability-GV) ως δείκτης διακύμανσης της γλυκόζης αίματος έχει συσχετισθεί με την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και το οξειδωτικό στρες. Η ρύθμιση της GV αποτελεί δυνητικό προγνωστικό δείκτη της θνησιμότητας των ασθενών και της διάρκειας νοσηλείας τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της GV με τη διάρκεια νοσηλείας και τη θνησιμότητα ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) καθώς και ασθενών που παρουσίασαν υπεργλυκαιμία από στρες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 74 νοσηλευόμενοι ασθενείς ηλικίας 75.95±9.92, (36 άνδρες, 38 γυναίκες). 56 ασθενείς είχαν γνωστό ιστορικό ΣΔ (28 άνδρες, 28 γυναίκες) και 18 (8 άνδρες, 10 γυναίκες) εμφάνισαν υπεργλυκαιμία από στρες κατά τη νοσηλεία τους. Η GV υπολογίσθηκε βάσει του τύπου: $GV=100 \cdot SD/mean$. Σε κάθε ασθενή γίνονταν τουλάχιστον 5 προσδιορισμοί του σακχάρου αίματος καθημερινώς. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε προσδιορισμός του λιπιδαιμικού και μεταβολικού προφίλ των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η GV (30.33±14.98) εμφάνισε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τη διάρκεια νοσηλείας (5.6±2.7) στο σύνολο των ασθενών ($p<0.001$). Ισχυρή συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της GV (29.47±12.9) και της διάρκειας νοσηλείας (5.4±2.8) στα άτομα με ΣΔ ($p=0.001$), ενώ οριακή συσχέτιση εμφάνισε η GV (32.98±20.3) με τη διάρκεια νοσηλείας (5.9±2.4) στους ασθενείς με υπεργλυκαιμία από στρες ($p=0.08$). Δεν ανευρέθηκε στατιστική συσχέτιση της GV με τη θνησιμότητα στο σύνολο των ασθενών καθώς και στις επιμέρους ομάδες ($p>0.05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η GV συνδέεται με αυξημένη διάρκεια νοσηλείας στα άτομα με γνωστό ΣΔ αλλά και στους ασθενείς με υπεργλυκαιμία από στρες. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση της GV με τη θνησιμότητα.

118. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΤΡΙΧΟΕΙΔΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Χ. Βούλγαρη, Α. Κανέλλου, Μ. Κορογιάννου, Σ. Χίνη, Ι. Βασιλή, Π. Τσιόδρα, Σ. Παγώνη

Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Έλεγχος της ακριβείας και της αξιοπιστίας τριών μετρητών σακχάρου τριχοειδικού αίματος στην καθημερινή νοσηλεία των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 650 ασθενείς με ΣΔ τύπου 1 ($n=225$) ή τύπου 2 ($n=425$). Το σάκχαρο στο τριχοειδικό αίμα εκτιμήθηκε με τους μετρητές: Accu-Chek®Aviva (Roche/Ελλάς), Precision-Xceed® (Abbott/Ελλάς), και Glucocard-X-Sensor® (Μεναρνί/Ελλάς). Το σάκχαρο ορού μετρήθηκε στο εργαστήριο με τη μέθοδο οξειδάσης-υπεροξειδάσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ενδιάμεση τιμή σακχάρου ορού ήταν 151.2 mg/dL (13-553 mg/dL) και είχε σημαντική απόκλιση σε σχέση με την καταγραφή του μετρητή σακχάρου τριχοειδικού αίματος ($p<0.001$). Ο μετρητής Accu-Chek®Aviva υποεκτίμησε την υπογλυκαιμία (σάκχαρο ορού ≤ 55 mg/dL) με σταθερή απόκλιση ($\pm SD$) 5.1 mg/dL (95% όρια αξιοπιστίας [CI] 0-29 mg/dL). Ομοίως ο μετρητής Precision-Xceed® ($\pm SD$ 7.2 mg/dL, 95%CI 0-30 mg/dL). Το ίδιο ίσχυε για το μετρητή Glucocard-X-Sensor® ($\pm SD$ 10.1 mg/dL, 95%CI 0-58 mg/dL) ($p<0.001$ για όλους τους μετρητές). Η υπεργλυκαιμία (σάκχαρο ορού ≥ 250 mg/dL) υπερεκτιμήθηκε με τον Accu-Chek®Aviva και τον Precision-Xceed®: $\pm SD$ 5.8 mg/dL (95%CI 0-51 mg/dL) και 11.4 mg/dL (95%CI 0-94 mg/dL), αντίστοιχα. Το ίδιο ίσχυε και για τον Glucocard-X-Sensor® ($\pm SD$ 20.5 mg/dL, 95%CI 0-100 mg/dL, $p<0.001$ για όλους τους μετρητές). Ασυμπτωματική υπογλυκαιμία ανιχνεύθηκε στο 28% των ασθενών με τύπου 1 και στο 18% με ΣΔ τύπου 2. Σε όλες τις περιπτώσεις, οι μετρητές σακχάρου δεν ήταν αξιόπιστοι στην εκτίμηση της υπεργλυκαιμίας. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η υπόταση (συστολική αρτηριακή πίεση <110 mm Hg) και η αναιμία (αιματοκρίτης $<30\%$) επηρέασαν σημαντικά τις μετρήσεις σακχάρου σε όλους τους μετρητές ($p<0.05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ΣΔ, και οι τρεις μετρητές σακχάρου τριχοειδικού αίματος μερικώς υποεκτίμησαν την υπογλυκαιμία και υπερεκτίμησαν την υπεργλυκαιμία. Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζουν αυτούς τους περιορισμούς των μετρητών σακχάρου τριχοειδικού αίματος.

119. Η ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ Η ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΗbA1c ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

Χ. Βούλγαρη, Α. Κανέλλου, Ρ. Γιάννας, Σ. Βογιάνκη, Ε. Αλεξάκη, Π. Τσιόδρα, Σ. Παγώνη

Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) έχει προταθεί ως κριτήριο για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ). Ελέγχθηκε η αξιοπιστία της HbA1c σε παιδιά και εφήβους χωρίς ιστορικό ΣΔ τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 250 παιδιά και έφηβοι ηλικίας 6-17 ετών (139 κορίτσια/111 αγόρια) που χωρίστηκαν στην ομάδα Α ($n=125$) με BMI $\geq 95^{\text{η}}$ Εκατοστιαία Θέση (ΕΘ) με βάση την ηλικία και το φύλο τους και στην ομάδα Β ($n=125$) με $85^{\text{η}}$ ΕΘ \leq BMI $<95^{\text{η}}$ ΕΘ που χαρακτηρίζονται ως υπέρβαρα. Η μέτρηση της HbA1c έγινε με τις DCCT προδιαγραφές (τιμές αναφοράς 4-6%). Η γλυκόζη ορού μετρήθηκε με τη μέθοδο της οξειδάσης-υπεροξειδάσης. Για τη διάγνωση του Προδιαβήτη χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη. Επίσης μετρήθηκε η αντίσταση στην ινσουλίνη (HOMA-IR).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Προδιαβήτη διαγνώστηκε στο 45% των παχύσαρκων και στο 24% των υπέρβαρων παιδιών. Το 30% των παχύσαρκων και το 16% των υπέρβαρων παιδιών παρουσίασαν διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης, έναντι του 15% και του 8% αντίστοιχα με διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας. Η HbA1c ήταν $6.1 \pm 0.3\%$ στα παιδιά με προδιαβήτη έναντι $4.5 \pm 0.2\%$ στα παιδιά χωρίς προδιαβήτη ($p=0.03$). Στο 16% των παιδιών η HbA1c ήταν $>6.5\%$. Η μέση τιμή σταθερή απόκλιση του HOMA-IR ήταν 6.8 ± 0.5 . Η μέση τιμή σταθερή απόκλιση της γλυκόζης ορού ήταν 122.4 ± 4.2 mg/dl. Με τη χρήση της καμπύλης ROC και με κριτήριο θετικότητας τιμή HbA1c $\geq 5.7\%$ ήταν δυνατή η διάγνωση του προδιαβήτη σε ποσοστό της τάξης του 95%, ενώ με κριτήριο θετικότητας τιμή γλυκόζης εργαστηρίου >100 mg/dl ήταν δυνατή η διάγνωση του προδιαβήτη σε ποσοστό της τάξης του 75%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η HbA1c είναι μια απλή, γρήγορη τεχνική και εξαιρετικά χρήσιμη στην κλινική πράξη για τη διάγνωση του προδιαβήτη στα παιδιά και τους εφήβους.

120. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΥΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ

Δ. Κορού¹, Ε. Τζανετάκου¹, Η. Δουλάμης¹, Ι. Βλάχος¹, Δ. Τζιβράς¹, Δ. Μιχαηλίδης², Δ. Περέα¹

¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας «Ν.Σ. Χρηστάς», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Department of Clinical Biochemistry (Vascular Disease Prevention Clinic) Royal Free Hospital Campus, University College, London Medical School University College, London (UCL) Pond Street, London NW3 2QG, United Kingdom

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Ένας παράγοντας που συχνά δεν συνεκτιμάται κατά την εκπόνηση πειραματικών μελετών, είναι η ηλικία των μελετούμενων πειραματοζώων, γεγονός που μπορεί να έχει επιδράσεις στην αξιοπιστία των εξαγόμενων αποτελεσμάτων. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση της χορήγησης μια διαίτας υψηλής σε λιπαρά στο μεταβολικό προφίλ, την ηπατική και νεφρική λειτουργία δύο ομάδων μυών διαφορετικής ηλικίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 16 αρσενικοί C57BL/6J μύες που ανάλογα με την ηλικία τους χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: Α; μύες ηλικίας 10 εβδομάδων ($n=8$) και Β; μύες 58 εβδομάδων ($n=8$). Τα ζώα και των 2 ομάδων ελάμβαναν δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά για χρονικό διάστημα 12 εβδομάδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα νεαρά ζώα παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά μικρότερη αύξηση σε σχέση με τα αρχικά επίπεδα, του σωματικού βάρους, της ολικής χοληστερόλης του ορού, της γλυκόζης και της συγκέντρωσης ουρίας, ενώ παρουσίαζαν μεγαλύτερη αύξηση στα επίπεδα HDL χοληστερόλης συγκριτικά με τα μεγαλύτερης ηλικίας ζώα. Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις μεταβολές από τα αρχικά επίπεδα, των δεικτών ηπατικής λειτουργίας καθώς και των επιπέδων κρεατινίνης και ουρικού οξέος του ορού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η ηλικία των χρησιμοποιούμενων πειραματοζώων θα πρέπει απαραίτητα να λαμβάνεται υπόψη τόσο κατά τον σχεδιασμό όσο και κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων πειραματικών ερευνών, ιδιαίτερα στα πεδία του μεταβολισμού.

121. Η ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΚΑΙ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

I. Κυριαζής¹, Π. Ποταμούση¹, Χ. Σαμαράς¹, Α. Παπαμιχαήλ¹, Ο. Σπυροπούλου¹, Δ. Στρίκου¹, Β. Μιτζέλος¹, Δ. Καφουδάς¹, Π. Μπάφας¹, Δ. Παπαμιχαήλ¹, Μ. Σαριδής², Μ. Ρεκλείτη², Χ. Παρθενοπούλου², Α. Κόρδαλης²

¹Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπείου Βούλας, ²Διαβητολογικό Ιατρείο Παθολογικής Κλινικής ΓΝ Κορίνθου

ΣΚΟΠΟΣ: Ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου είναι οι δυσλιπιδαιμίες. Η αντίσταση στην ινσουλίνη προκαλεί χαρακτηριστικές διαταραχές των λιπιδίων στα άτομα με ΣΔ τύπου 2. Η μελέτη μας αφορά τη συσχέτιση του μεταβολικού φαινοτύπου και με άλλους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση μακροαγγειοπαθητικών επιπλοκών σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 346 ασθενείς με ΣΔ2 (168 άνδρες–178 γυναίκες μ.ο ηλικίας 67.2 έτη και μέση διάρκεια νόσησης 9.2 έτη). Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, η αρτηριακή πίεση, το λιπιδιακό προφίλ, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), οι δείκτες παχυσαρκίας, οι χρόνιες επιπλοκές και η τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή. Διάγνωση δυσλιπιδαιμίας τέθηκε σε περίπτωση προηγούμενης υπολιπιδαιμικής αγωγής ή όταν η HDL < 40 mg/dl για άνδρες και HDL < 50 mg/dl για γυναίκες σε συνδυασμό με LDL > 100 mg/dl.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ομάδα Α (73.2%) περιελάμβανε δυσλιπιδαιμικούς διαβητικούς ασθενείς ενώ η ομάδα Β (26.8%) διαβητικούς ασθενείς χωρίς δυσλιπιδαιμία. Η ομάδα Α σε σχέση με την ομάδα Β είχε χαρακτηριστικά αυξημένη επίπτωση υπέρτασης (69.7% vs. 49.1%, $p < 0.01$), αυξημένη συστολική αρτηριακή πίεση (139±12 mm Hg vs. 127±12 mm Hg, $p = 0.016$), και αυξημένο λόγω περιμέτρου μέσης/γυφών (0.99±0.06 vs 0.92±0.05, $p = 0.001$). Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σε ό, τι αφορούσε την ηλικία, τη διάρκεια νόσου, το δείκτη μάζας σώματος, τη διαστολική αρτηριακή πίεση και τη HbA1c. Όσον αφορά τις χρόνιες επιπλοκές, η ομάδα Α εμφάνισε αυξημένη επίπτωση στεφανιαίας νόσου (27.3% vs. 13.7%, $p = 0.008$) και διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (29.1% vs. 18.1%, $p = 0.003$). Επιπλέον, η ομάδα Α έλαβε πιο συχνά αγωγή με διουρητικά (85.2% vs. 62.1%, $p = 0.002$) και στατίνες (88.2%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι δυσλιπιδαιμικοί διαβητικοί ασθενείς δεν διαφέρουν ως προς τον γλυκαιμικό έλεγχο από τους μη δυσλιπιδαιμικούς διαβητικούς ασθενείς. Εμφανίζουν όμως αυξημένη επίπτωση αρτηριακής υπέρτασης και στεφανιαίας νόσου, που πιθανόν να οφείλεται στην αύξηση του επιπολασμού της κοιλιακής παχυσαρκίας και της σχετιζόμενης αντοχής στην ινσουλίνη.

122. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Σ. Χωρεμμά¹, I. Μωυσάκης², Δ. Παπαδογιάννης¹, Α. Κόκκινος¹, Ν. Τεντολούρης¹

¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα, ²Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Ο δείκτης μυοκαρδιακής απόδοσης της αριστερής κοιλίας (Tei index) συνδυάζει μετρήσεις τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας και οι αυξημένες τιμές του σχετίζονται με αυξημένη καρδιαγγειακή θνητότητα. Η μέτρηση έντασης συστηματικής άσκησης σχετίζεται με μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσουμε τη συσχέτιση μεταξύ του Tei index και του επίπεδου σωματικής δραστηριότητας σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 202 ασθενείς με ΣΔ2 με μέση ηλικία τα 65 έτη και διάμεση διάρκεια διαβήτη τα 12 έτη. Ελήφθη από όλους ατομικό ιστορικό και πραγματοποιήθηκαν κλινική εξέταση και εργαστηριακές έλεγχοι. Έγινε σε όλους υπερηχογράφημα καρδιάς για την εκτίμηση του Tei index. Το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας εκτιμήθηκε με τη χρήση του διεθνούς ερωτηματολογίου για τη σωματική δραστηριότητα (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Tei index δεν διέφερε μεταξύ των ατόμων με χαμηλό, μέτριο ή υψηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας ($p = 0.529$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον Tei index αναδείχθηκαν σημαντικές και ανεξάρτητες συσχετίσεις με το ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης ($b = 0.29$, $p < 0.001$), την ύπαρξη μακροαγγειοπαθητικών επιπλοκών ($b = 0.24$, $p = 0.001$) και τη διάρκεια διαβήτη ($b = 0.19$, $p = 0.008$). Δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με την ηλικία, το φύλο, τη γλυκαιμική ρύθμιση, το δείκτη μάζας σώματος, τις καπνιστικές συνήθειες και το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας δεν συσχετίζεται με τον Tei index στα άτομα με ΣΔ2. Η μυοκαρδιακή απόδοση της αριστερής κοιλίας σχετίζεται σημαντικά και ανεξάρτητα με τη διάρκεια διαβήτη, την αρτηριακή υπέρταση και την ύπαρξη μακροαγγειοπαθητικών επιπλοκών.

123. ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΜΕ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Δ. Ηλιόπουλος, Α. Ζαχαροπούλου, Α. Θανοπούλου

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Μερικά άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1) καθίστανται υπέρβαρα ή παχύσαρκα και εκδηλώνουν φαινοτυπικά χαρακτηριστικά σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει το φαινόμενο και να διερευνήσει τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων αυτών, καθώς και την επίδραση της κληρονομικότητας για ΣΔ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 100 ασθενείς, μέσης ηλικίας 46.6 ετών, με ΣΔ1 διάρκειας τουλάχιστον 10 ετών. Οι διατροφικές συνήθειες 80 ασθενών εκτιμήθηκαν με βάση διατολογικό ερωτηματολόγιο. Ως φαινότυπος τύπου 2 επί διαβήτη τύπου 1 (T2 επί 1) θεωρήθηκε φαινότυπος που καταδεικνύει αντίσταση στην ινσουλίνη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός του T2 επί 1 ήταν 20%. Το 55% του πληθυσμού ήταν παχύσαρκο ή υπέρβαρο και απ' αυτούς μόνο το 30% είχε φαινότυπο T2 επί 1. Συνολικά 6,5% των φυσιολογικού βάρους ατόμων είχαν φαινότυπο T2 επί 1, δηλαδή φαινότυπο αντίστασης στην ινσουλίνη. Τα άτομα με T2 επί 1 ήταν μεγαλύτερης ηλικίας ($p = 0.002$), είχαν μεγαλύτερο BMI ($p = 0.000$) και χαμηλότερη HDL οι άνδρες ($p = 0.27$). Δεν διέφεραν ως προς: ηλικία έναρξης του διαβήτη, αρτηριακή πίεση, A1c, T-Chol, LDL, Tg. Τα άτομα με T2 επί 1 εμφάνιζαν συχνότερα διαβητική νεφροπάθεια ($p = 0.024$), ενώ δεν διέφεραν ως προς τη συχνότητα των άλλων επιπλοκών, του καπνίσματος ή της άσκησης, ούτε ως προς την κληρονομικότητα για ΣΔ2. Τα άτομα με T2 επί 1 καταναλώναν ημερησίως μικρότερο αριθμό θερμίδων ($p < 0.001$) και θερμίδων ανά kg βάρους σώματος ($p = 0.002$), χωρίς να διαφέρουν ως προς την ποιοτική σύνθεση του διατολογίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο φαινότυπος διαβήτη τύπου 2 σε άτομα με διαβήτη τύπου 1 δεν είναι σπάνιο φαινόμενο και δεν μπορεί να προβλεφθεί από την ύπαρξη κληρονομικότητας για διαβήτη τύπου 2. Σχετίζεται με την ηλικία και την παχυσαρκία και δεν φαίνεται να προκαλεί σημαντικές επιπτώσεις στο μεταβολικό έλεγχο και την ανάπτυξη επιπλοκών.

124. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΤΑΙΝΙΑΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ-ΚΕΤΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗΣ

Χ. Βούλγαρη, Α. Κανέλλου, Σ. Αυγέρη, Κ. Φωτοπούλου, Λ. Μάντζαρης, Π. Τσιόδρα, Σ. Παγώνη

Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η Διαβητική Κετοξέωση (ΔΚΟ) είναι μια οξεία μεταβολική διαταραχή, δυνητικά απειλητική για τη ζωή των ατόμων με διαβήτη. Μια από τις σημαντικότερες αιτίες της είναι τα λάθη ή οι παραλείψεις της ινσουλinoθεραπείας. Η ΔΚΟ απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και αυστηρό γλυκαιμικό έλεγχο. Σκοπός της μελέτης ήταν ο έλεγχος της αξιοπιστίας ενός μετρητή σακχάρου-κετόνης στη διάγνωση της ΔΚΟ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 500 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 υπό ινσουλinoθεραπεία, που προσήλθαν στα Επείγοντα Παθολογικά με τιμή τριχοειδικού σακχάρου αίματος ≥ 250 mg/dL, εκ των οποίων 50 ασθενείς (26 άνδρες/24 γυναίκες, ηλικίας 60.2±8.2 έτη) είχαν ΔΚΟ. Η μέτρηση του σακχάρου και του β-ΟΗ-βουτυρικού οξέος πραγματοποιήθηκε με συγχρονική λήψη τριχοειδικού και φλεβικού αίματος. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ο μετρητής Precision-Xtra® (Abbott/Ελλάς) και οι ταινίες Ketodiastik® (Roche/Ελλάς) για το προσδιορισμό οξόνης στα ούρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι τιμές β-ΟΗ-βουτυρικού οξέος στο τριχοειδικό και φλεβικό αίμα σχετίζονταν σημαντικά ($r = 0.99$, $p < 0.001$) και η σταθερή απόκλιση (\pm SD) μεταξύ τους ήταν 9 mg/dL (95% όρια αξιοπιστίας [CI]) 6.3-17 mg/dL, $p = 0.81$). Ομοίως, σημαντικά σχετίζονταν οι τιμές σακχάρου τριχοειδικού αίματος και πλάσματος ($r = 0.86$, $p < 0.001$) και η σταθερή απόκλιση μεταξύ τους ήταν 7.74 mg/dL (95% CI 14.7-17 mg/dL, $p = 0.71$). Οι ασθενείς που παρουσίαζαν ΔΚΟ δεν έλαβαν σωστά τη θεραπεία με ινσουλίνη και δεν παρακολούθωναν τακτικά από Διαβητολόγο (80% σε σχέση με 20% των διαβητικών ασθενών με υπεργλυκαιμία, αλλά χωρίς ΔΚΟ). Η τριχοειδική κετοναμία (τιμές β-ΟΗ-βουτυρικού οξέος > 54 mg/dL) είχε τη μεγαλύτερη ευαισθησία (99.9%) και ειδικότητα (92.9%) και θετική προγνωστική αξία (87.8%) για τη διάγνωση της ΔΚΟ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τακτική παρακολούθηση των τιμών σακχάρου-κετόνης στο τριχοειδικό αίμα σε άτομα με ΣΔ τύπου 2 είναι πιθανόν να μειώσει τις εισαγωγές των διαβητικών ατόμων λόγω ΔΚΟ.

125. Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Α. Γκίκας, Κ. Μαραγιάννης, Θ. Γκουρνέλος, Β. Ζήσης, Σ. Παπασταύρου, Π. Μπουρλιδής

Κέντρο Υγείας Καλυβιών

Τα αποτελέσματα των μέχρι τώρα μελετών που αφορούν στη σχέση του διαβήτη με τη χολοκυστεκτομή είναι αντικρουόμενα.

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί η υπόθεση ότι οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 (Δτ2) έχουν αυξημένο κίνδυνο να υποβληθούν σε χολοκυστεκτομή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 87 ασθενείς με Δτ2 (ηλικίας 40-89 ετών, ΜΗ: 67 έτη) σε σύγκριση με 87 μη διαβητικούς μάρτυρες, οι οποίοι ήταν εξομοιωμένοι ως προς το φύλο και την ηλικία (± 2 έτη). Στα εν λόγω άτομα, εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα συνυπάρχοντα καρδιαγγειακά νοσήματα, καταγράφηκε το ιστορικό των διαφόρων χειρουργικών επεμβάσεων. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο χ^2 , t-test και τη λογιστική παλινδρόμηση (πολυπαραγοντική ανάλυση).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός της χολοκυστεκτομής στο σύνολο του πληθυσμού μελέτης ήταν 13% (23/174), χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών (11% έναντι 17%, $P=0.21$). Τα άτομα που είχαν υποβληθεί σε χολοκυστεκτομή δε διέφεραν σημαντικά με τα άτομα που δεν είχαν υποβληθεί στη συγκεκριμένη επέμβαση, ως προς την ηλικία και το δείκτη μάζας σώματος. Τα ποσοστά συνήθων χειρουργικών επεμβάσεων στους ασθενείς με Δτ2 και μάρτυρες ήταν τα εξής: σκωληκοειδεκτομή (47% έναντι 37%, $P=0.17$), αμυγδαλεκτομή (37% έναντι 33%, $P=0.63$), σορτοστεφανιάια παράκαμψη (10% έναντι 4.5%, $P=0.15$), διόρθωση βουβωνοκλήσης (9% έναντι 9%, $P=1.00$) και υστερεκτομή στις γυναίκες (17% έναντι 14%, $P=0.74$). Σε χολοκυστεκτομή είχε υποβληθεί το 19.5% των ασθενών με Δτ2 και το 6.9% των μαρτύρων ($P=0.014$). Η πολυπαραγοντική ανάλυση επιβεβαίωσε την ισχυρή σχέση του διαβήτη με τη χολοκυστεκτομή (λόγος πιθανοτήτων: 3.2, $P=0.02$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι οι ασθενείς με Δτ2 έχουν 3πλάσια πιθανότητα να υποβληθούν σε χολοκυστεκτομή-καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους- σε σχέση με τα μη διαβητικά άτομα.

126. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΑΙΝΙΑΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ: ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ, ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

Χ. Βούλγαρη, Α. Κανέλλου, Μ. Κορογιάννου, Ρ. Γιάννας, Π. Φουρναράκης, Π. Τσιόδρα, Σ. Παγώνη

Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Αντικρουόμενες είναι οι απόψεις στη βιβλιογραφία σχετικά με την αξιοπιστία που παρέχει η μέτρηση της γλυκόζης αίματος με τη χρήση της ταινίας σακχάρου. Στην παρούσα μελέτη ελέγχθηκε η αξιοπιστία της ταινίας σακχάρου σε άτομα χωρίς γνωστό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) σε σύγκριση με το μικροβιολογικό εργαστήριο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν συνολικά 250 άτομα (139 γυναίκες και 111 άνδρες) χωρίς ιστορικό ΣΔ2 (μέση ηλικία \pm σταθερή απόκλιση: 59.8 \pm 10.9 έτη) που προσήλθαν στα τακτικά παθολογικά ιατρεία της κλινικής μας. Η μέτρηση του σακχάρου αίματος πραγματοποιήθηκε με λήψη τριχοειδικού και φλεβικού αίματος τη δεδομένη χρονική στιγμή και μετά από νηστεία 12 ωρών. Η γλυκόζη στο εργαστήριο μετρήθηκε με τη μέθοδο της οξειδάσης-υπεροξειδάσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση του σακχάρου αίματος στο τριχοειδικό αίμα ήταν 119.9 \pm 18.9 mg/dl, στο φλεβικό αίμα 121.2 \pm 19.8 mg/dl, ενώ η μέση τιμή της γλυκόζης του εργαστηρίου ήταν 122.4 \pm 19.4 mg/dl. Με τη βοήθεια της μεθόδου t-test pairs βρέθηκε ότι οι τιμές του σακχάρου στο τριχοειδικό αίμα ήταν σημαντικά μεγαλύτερες σε σχέση με το φλεβικό ($p=0.023$) και το εργαστήριο ($p<0.001$). Αντιθέτως, οι τιμές του σακχάρου στο φλεβικό αίμα δεν διέφεραν σημαντικά με αυτές του εργαστηρίου ($p=0.41$). Με τη χρήση της καμπύλης ROC και με κριτήριο θετικότητας τιμή σακχάρου εργαστηρίου >100 mg/dl, με τη χρήση της ταινίας είναι δυνατή η διάγνωση του ΣΔ2 σε ποσοστό της τάξης του 95%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ταινία σακχάρου είναι μια απλή, γρήγορη, με χαμηλό κόστος τεχνική και εξαιρετικά χρήσιμη στην καθ' ημέρα κλινική πράξη για τη διάγνωση του ΣΔ2.

127. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Χ. Πάνου, Μ. Μπρισιάνου, Δ. Αστρέχα, Μ. Σαραφάδη, Ε. Καραμπούση, Μ. Παπαγιαννοπούλου, Μ. Καλυβάς, Α. Καλαντζή, Ι. Θεοδοσόπουλος, Γ. Ρούσκας, Γ. Καραϊσκος, Ν. Τόλη, Β. Τσιλιγκρού

ΓΝ Λαμίας

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση συχνότητας νοσηλείας ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 245 διαβητικούς ασθενείς που εισήχθησαν στην κλινική μας τα 2 τελευταία έτη, 139 άνδρες (56.7%) και 106 γυναίκες (43.2%), ηλικίας 42-91 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονταν ετησίως, το 21,3% ήταν διαβητικοί. Από των σύνολο των διαβητικών ασθενών, οι 195 (79,5%), είχαν επισκεφτεί κατά καιρούς τα εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου μας. 213 (86,9%) έχει νοσηλευτεί τουλάχιστον μια φορά λόγω κάποιου λοιμώδους, αγγειακού εγκεφαλικού ή άλλου καρδιαγγειακού συμβάματος, χειρουργείου, ή υπογλυκαιμίας. 81 διαβητικοί (33,6%) είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο περισσότερες από 2 φορές τα τελευταία δύο έτη. 41 ασθενείς (16,7%) δεν είχαν εισαχθεί ποτέ στο νοσοκομείο. Οι κύριες αιτίες εισαγωγής ήταν: λοιμώξεις (ουροποιητικού, αναπνευστικού, ΚΝΣ, μαλακών μορίων, εκκολπωματίτιδα, χολοκυστίτιδα, εμπύρετο ουδετεροπενία μετά από χημειοθεραπεία) 72,3%, Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (39,8%), απορρύθμιση του διαβήτη (23,7%), υπογλυκαιμία (16,9%), διαταραχές νεφρικής λειτουργίας (21,4%), ηλεκτρολυτικές διαταραχές (18,2%), διερεύνηση αναιμίας (14,7%), αιμορραγία πεπτικού (12,9%), λόγω αιματολογικού νοσήματος ή κακοήθειας σε συμπαγή όργανο (9,7%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των διαβητικών ασθενών έχουν νοσηλευτεί τουλάχιστον μία φορά. Στη μελέτη μας οι κυριότερες αιτίες εισαγωγής ήταν οι λοιμώξεις και τα ΑΕΕ.

128. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΟΝΟΝΕΥΡΙΤΙΔΩΝ ΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Π. Χέρας, Β. Νιάρου, Μ. Κωστοπούλου, Α. Μπεχλή, Ν. Σπηλιόπουλος

Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ναυπλίου

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας αυτής είναι η ανεύρεση της συχνότητας των μονονευριτίδων των κρανιακών νεύρων σε διαβητικούς, καθώς και η συχνότητα των προσβαλλομένων νεύρων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 214 διαβητικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο ΓΝ Ναυπλίου την περίοδο 01/01/2011 έως 30/06/2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεκατρείς ασθενείς, 8 άνδρες και 5 γυναίκες, ηλικίας από 50 έως 80 ετών (ποσοστό 6.07%) είχαν προσβολή κρανιακού νεύρου. Η διάρκεια του διαβήτη ήταν 6 έτη σε 7 ασθενείς (ποσοστό 61%), σε έναν ήταν η πρώτη εκδήλωση διαβήτη (ποσοστό 7.6%), σε τρεις βρέθηκε διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη (ποσοστό 23%), ενώ σε ένα μόνο η διάρκεια του διαβήτη ήταν ένας χρόνος (ποσοστό 7.6%). Προσβολή του απαγωγού νεύρου (VI) είχαν 7 ασθενείς, του κοινού κινητικού (III) 4 ασθενείς και του προσωπικού (VII) 2 ασθενείς. Όλοι είχαν αρνητική αξονοκή τομογραφία εγκεφάλου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Φαίνεται ότι το ποσοστό της προσβολής των κρανιακών νεύρων (6.07%) είναι λίγο υψηλότερο από αυτό που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία. Στη μελέτη μας φάνηκε ότι η προσβολή του απαγωγού νεύρου ήταν πιο συχνή, σε ποσοστό 53%.

129. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ**131. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου¹, Π. Αθανασίου², Α. Γκούντουβας³,
Ι. Παπαπαναγιώτου⁴, Φ. Καλδρυμίδης³

¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, ²Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Πάυλος», ³Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Μεταξά, Πειραιά, ⁴Ιατρός

ΣΚΟΠΟΣ: Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός είναι σχετικά συχνή διαταραχή, που σήμερα διαγιγνώσκεται πρώιμα λόγω των τακτικών μετρήσεων ασβεστίου αίματος στο συνήθη βιοχημικό έλεγχο. Η νόσος, εάν δεν αντιμετωπισθεί, μπορεί να προκαλέσει οστεοπόρωση. Η ανεπάρκεια βιταμίνης D είναι σύγχρονη πανδημία που προσβάλλει όλους τους πληθυσμούς και όλες τις ηλικίες σε όλο τον κόσμο. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης D, όταν παρατηρείται σε ασθενείς με πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό, έχει βρεθεί να σχετίζεται με μεγάλο μέγεθος των αδενωμάτων παραθυρεοειδίων. Επιπρόσθετα, δημιουργεί σημαντικά θεραπευτικά διλήμματα. Σκοπός ήταν η περιγραφή ομάδας ασθενών με πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό και ανεπάρκεια βιταμίνης D.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Περιγράφεται ομάδα ασθενών (n=7), 4 γυναίκες και 3 άνδρες ηλικίας 42-87 ετών, με πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό και ανεπάρκεια βιταμίνης D. Οι ασθενείς εμφανίστηκαν με αυξημένα επίπεδα Ca⁺⁺ και PTH αίματος, αυξημένο Ca⁺⁺ ούρων, ελαττωμένα επίπεδα 25(OH)D₃ αίματος και διάχυτα μυοσκελετικά άλγη. Απεικονιστικός έλεγχος με ^{99m}Tc-MIBI και υπερηχογράφημα έδειξε την παρουσία αδενώματος σε όλες τις περιπτώσεις. Το αδένωμα απεικονίστηκε με το σπινθηρογράφημα με ^{99m}Tc-MIBI σε 5 περιπτώσεις, με το υπερηχογράφημα σε 6 περιπτώσεις και με αμφότερες τις μεθόδους σε 4 περιπτώσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε προσεκτικά βιταμίνη D από του στόματος με αποτέλεσμα την άνοδο των επιπέδων της 25(OH)D₃ στο αίμα, χωρίς να αυξηθούν περαιτέρω τα επίπεδα Ca⁺⁺ και PTH. Σε 5 ασθενείς επιλέγη η χειρουργική αντιμετώπιση του υπερπαραθυρεοειδισμού, ενώ σε 2 περιπτώσεις επιλέγη συντηρητική αντιμετώπιση με ενυδάτωση και χορήγηση cinalcetri από του στόματος. Μετεγχειρητικά παρατηρήθηκε "hungry bone syndrome" σε 2 περιπτώσεις. Σε όλους τους ασθενείς η χορήγηση βιταμίνης D συνετέλεσε στην υποχώρηση του διάχυτου μυοσκελετικού πόνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανεπάρκεια βιταμίνης D όταν παρατηρείται στα πλαίσια πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού μπορεί να τροποποιήσει την κλινική του εικόνα και έχει θεραπευτικές επιπτώσεις καθώς καθιστά αναγκαία την προσεκτική χορήγηση βιταμίνης D πριν από την περαιτέρω αντιμετώπιση της νόσου.

130. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΧΟΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΚΑΡΝΙΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΕΠΙΜΥΩΝ

Α. Στριλάκου¹, Σ. Τσακίρης², Κ. Καλαφατάκης², Α. Στυλιανάκη¹,
Π. Καρκαλούσος³, Χ. Λιάπη¹

¹Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

²Εργαστήριο Φυσιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

³Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η χολίνη αποτελεί απαραίτητο συστατικό της διατροφής και η ανεπάρκεια της έχει συνδεθεί με καρδιαγγειακή νοσηρότητα. Η καρδιακή λειτουργία, μέσω του κύκλου εκπόλωσης (συστολής) – επαναπόλωσης (διαστολής), εξαρτάται από ρεύματα ιόντων μέσω διαύλων της μυοκαρδιακής μεμβράνης, όπως είναι η αντλία νατρίου-καλίου και μαγνησίου (Na⁺/K⁺-ATPase και Mg²⁺-ATPase). Η καρνιτίνη, προάγοντας την οξειδωση λιπαρών οξέων που είναι η καύσιμη ύλη του μυοκαρδίου, έχει κατοχυρωμένο επικουρικό ρόλο στις καρδιακές παθήσεις. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης της διαιτητικής στήρησης χολίνης στη δραστηριότητα των μυοκαρδιακών ενζύμων Na⁺/K⁺-ATPase και Mg²⁺-ATPase και ο ρόλος της καρνιτίνης σε αυτό το υπόστρωμα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 28 επίμυες Albino Wistar χωρίστηκαν σε: α) Ομάδα ελέγχου (Ε), β) Ομάδα ισορροπημένης διατροφής με καρνιτίνη στο πόσιμο ύδωρ 0,15% w/v (ΚΑΡΝ), γ) Ομάδα δίαιτας ελλιπούς σε χολίνη (ΔΕΧ) και δ) Ομάδα δίαιτας ελλιπούς σε χολίνη με καρνιτίνη στο πόσιμο ύδωρ (ΔΕΧ+ΚΑΡΝ). Μετά από ένα μήνα διατροφικής παρέμβασης, οι δραστηριότητες των ενζύμων Na⁺/K⁺-ATPase και Mg²⁺-ATPase προσδιορίστηκαν σπεκτροφωτομετρικά στο ομογενοποίηση του μυοκαρδιακού ιστού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η δραστηριότητα της Na⁺/K⁺-ATPase παρουσίασε στατιστικά σημαντική αύξηση στην ομάδα ΔΕΧ+ΚΑΡΝ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (+60%, p<0.05), ενώ η δραστηριότητα της Mg²⁺-ATPase είχε στατιστικά σημαντική μείωση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (-18.14%, p<0.05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καρνιτίνη σε έδαφος ανεπάρκειας χολίνης μεταβάλλει με τέτοιο τρόπο τις ηλεκτροφυσιολογικές ιδιότητες της καρδιάς ώστε να ικανοποιούνται οι αντίστοιχες ενεργειακές της ανάγκες. Η αντιοξειδωτική και αντιφλεγμονώδης ικανότητα της καρνιτίνης φαίνεται ότι μπορούν να αμβλύνουν τις συνέπειες του αυξημένου οξειδωτικού stress που συνεπάγεται η έλλειψη χολίνης, καλύπτοντας τις αυξημένες μεταβολικές απαιτήσεις του μυοκαρδίου.

132. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

133. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΤΕΛΗ ΟΣΤΕΟΓΕΝΕΣΗ

I. Κώστογλου-Αθανασίου, Α. Καραγιάννης, Σ. Πάσχου

Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ

ΣΚΟΠΟΣ: Η ατελής οστεογένεση είναι γενετική διαταραχή των οστών. Ασθενείς με ατελή οστεογένεση φέρουν ελαττωματικό συνδετικό ιστό συνήθως λόγω ανεπάρκειας του κολλαγόνου τύπου I. Η ατελής οστεογένεση χαρακτηρίζεται από ευθραυστότητα των οστών. Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός σε ασθενή με ατελή οστεογένεση είναι εξαιρετικά σπάνιος και μπορεί να συνοδεύεται από βαριά οστεοπόρωση. Σκοπός ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με ατελή οστεογένεση και πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής, γυναίκα 37 ετών, προσήλθε με αυξημένο Ca^{++} και αυξημένη PTH αίματος, ενώ η 25(OH)D₃ αίματος ήταν φυσιολογική. Η ασθενής είχε κυανούς σκληρούς οφθαλμικούς χιτώνες και στην ηλικία των 25 ετών είχε τεθεί η διάγνωση της ατελούς οστεογένεσης. Στην ηλικία των 32 ετών η ασθενής είχε απολέσει όλους τους οδόντες. Ακολουθώντας είχε γίνει εμφύτευση νέων οδόντων. Απεικονιστικός έλεγχος αποκάλυψε την παρουσία αδενώματος παραθυρεοειδούς κάτωθεν του δεξιού λοβού του θυρεοειδούς. Περαιτέρω έλεγχος έδειξε οστεοπόρωση (T score -3.2). Χορηγήθηκε ζολεδρονικό οξύ i.v. για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης και προγραμματίστηκε χειρουργική αντιμετώπιση του αδενώματος παραθυρεοειδών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός στα πλαίσια της ατελούς οστεογένεσης έχει περιγραφεί, είναι, ωστόσο, εξαιρετικά σπάνιος. Η χειρουργική αντιμετώπιση για την αφαίρεση του αδενώματος παραθυρεοειδών και η θεραπεία της συνυπάρχουσας οστεοπόρωσης είναι σημαντικά και αναγκαία θεραπευτικά μέσα για την πρόληψη καταγμάτων σε ασθενή με ατελή οστεογένεση και πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό.

134. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΚΤΟΠΟ ΘΥΜΟ ΑΔΕΝΑ

I. Κώστογλου-Αθανασίου, Σ. Πάσχου, Α. Καραγιάννης

Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι γνωστό ότι ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός μπορεί να συνυπάρχει με μυελοειδές καρκίνωμα θυρεοειδούς στα πλαίσια των συνδρόμων πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας (MEN). Η συνύπαρξη πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού με θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς, ωστόσο, έχει επίσης περιγραφεί. Η συνύπαρξη αυτή δημιουργεί διαγνωστικά και θεραπευτικά διλήμματα. Σκοπός ήταν η περιγραφή σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς, πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό και έκτοπο θύμο αδένα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς που εμφανίστηκε με όζο θυρεοειδούς. Ο όζος αφαιρέθηκε χειρουργικά και η ιστολογική εξέταση έδειξε θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς με εξωθυρεοειδική επέκταση, διηθημένους λεμφαδένες και έκτοπο ιστό θύμου αδένα. Χορηγήθηκε θεραπευτικό ραδιενεργό ιώδιο ¹³¹I 100 mCi και ακολούθως χορηγήθηκε θυροξίνη. Περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος αμέσως μετά τη θυρεοειδεκτομή αποκάλυψε αυξημένα επίπεδα Ca^{++} και PTH αίματος καθώς και αυξημένα επίπεδα Ca^{++} στα ούρα. Τέθηκε η διάγνωση του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού. Περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος με σπινθηρογράφημα με ^{99m}Tc-MIBI έδειξε αδένωμα παραθυρεοειδών κάτω από την κοίτη του θυρεοειδούς δεξιά. Το αδένωμα απεικονίστηκε επίσης σε υπερηχογραφικό έλεγχο. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του αδενώματος των παραθυρεοειδών. Χορηγήθηκε cinacalcet από του στόματος για τον έλεγχο των επιπέδων Ca^{++} και PTH αίματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός μπορεί να συνυπάρχει με θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς. Η συνύπαρξη θηλώδους καρκινώματος θυρεοειδούς με αδένωμα παραθυρεοειδών έχει θεραπευτικές επιπτώσεις. Έτσι, όταν ασθενής με πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό έχει συνυπάρχοντες όζους θυρεοειδούς, οι όζοι θα πρέπει να εκτιμώνται προεγχειρητικά για την παρουσία καρκινώματος του θυρεοειδούς. Η συνύπαρξη κακοήθους όζου του θυρεοειδούς με αδένωμα παραθυρεοειδών καθιστά αναγκαία την ταυτόχρονη αφαίρεση του θυρεοειδούς και του αδενώματος των παραθυρεοειδών.

135. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

136. ΕΜΠΥΡΕΤΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΚΑΡΒΙΜΑΖΟΛΗ

Ε. Αρμένη, Κ. Κόνναρη, Γ. Καρλής, Η. Μακρυγιάννης

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Σισμανόγλειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων έχει συσχετιστεί με την εκδήλωση ανεπιθύμητων ενεργειών στο 3% των ασθενών, όπως χολοστατική ηπατίτιδα, αρθραλγίες και υπογλυκαιμίες. Η ουδετεροπενία εκδηλώνεται στο 0,2-0,5% των περιπτώσεων εντός των 2-3 πρώτων μηνών της θεραπείας. Παρουσιάζουμε την περίπτωση εμπύρετου ουδετεροπενίας σε ασθενή υπό αγωγή με καρβιμαζόλη λόγω υπερθυρεοειδισμού.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής ετών 61 προσήλθε αιπιώμενη εμπύρετο από 5 ημερών έως 39,7° C με συνοδό φαρυγγαλγία, που δεν υφέθησαν παρά τη λήψη κλαριθρομυκίνης, όπως χορηγήθηκε από ιδιώτη ιατρό ως επί οξείας αμυγδαλίτιδας. Η κλινική εξέταση ανέδειξε κύναγχη και εξέρυθρα παρίσθια χωρίς πυώδη βύσματα, ενώ δεν διαπιστώθηκε άλγος τραχήλου. Εργαστηριακά ανεδείχθη σοβαρή λευκοπενία 1,57 K/μl ενώ παρατηρήθηκε πλήρης απουσία ουδετεροφίλων και ηωσινοφίλων από το επίχρισμα του περιφερικού αίματος, με βασεόφιλα 0,01 K/μL. Η ασθενής βρισκόταν από μηνός σε αγωγή με καρβιμαζόλη 30 mg ημερησίως, λόγω θυρεοτοξίκωσης (TSH 0,005 μIU/mL, FT3 4.71 pg/mL, FT4 1.76 ng/dL). Διεκόπη η χορήγηση καρβιμαζόλης και η ασθενής ετέθη σε αυξητικό παράγοντα των ουδετερόφιλων κοκκιοκυττάρων (G-CSF) καθώς και πιπερακιλλίνη-ταζροβακτάμη, με προοδευτική βελτίωση της εικόνας και υποχώρηση του εμπύρετου. Ο ιολογικός, ανοσολογικός καθώς και ο απεικονιστικός έλεγχος όπως και οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικά. Η λευκοπενία υποχώρησε (λευκά αιμοσφαίρια 7,68 K/μl, ουδετερόφιλα 4,28 K/μl) ύστερα από 18 ημέρες νοσηλείας με καθημερινή χορήγηση G-CSF. Τα ευρήματα από το επίχρισμα του περιφερικού αίματος σε συνδυασμό με το ιστορικό έθεσαν τη διάγνωση τοξικότητας από καρβιμαζόλη.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η ουδετεροπενία-ακοκκιοκυτταραιμία είναι συνήθως ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση που δε σχετίζεται με τη δόση, τη διάρκεια της αγωγής ή την προηγούμενη έκθεση στην καρβιμαζόλη. Είναι απαραίτητο να δίδονται σαφείς οδηγίες στους ασθενείς να αναφέρουν άμεσα συμπτώματα ενδεικτικά λοίμωξης, όπως εμπύρετο ή φαρυγγαλγία. Τακτικός έλεγχος με γενική αίματος δεν συνιστάται καθώς υπάρχουν αμφιβολίες για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.

137. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

138. ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ, ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΜΕ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

M. Βενετίκου^{1,2}, Θ. Λάμπου¹, Δ. Γκιζάνη¹

¹Ιατρικό Σεξολογικό Ινστιτούτο Αθηνών (ΙΣΙΑ), ²Τμήμα Βασικών Ιατρικών Μαθημάτων, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΠ), ³Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΑΤΕΙ), Αθήνας

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν η ανάδειξη της συμπτωματολογίας της στυτικής δυσλειτουργίας σε υπερτασικούς ασθενείς από δείγμα 165 ανδρών με στυτική δυσλειτουργία.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Όλοι οι ασθενείς μελετήθηκαν με ουρολογικό, ενδοκρινολογικό και ψυχολογικό έλεγχο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον ολικό αριθμό ασθενών, 56 (33.9%) είχαν οργανική αιτιολογία και 30 (18.2%) αγγειακή αιτιολογία, ενώ 16 (9.7%) ενδοκρινική αιτιολογία (προλακτινικής φύσεως). 36 (21.8%) ήταν υπερτασικοί.

Το 55.5% των υπερτασικών ασθενών (20/36) είχε διαγνωσθεί τουλάχιστον προ πένταετίας. 3 (8.3%) είχαν επίσης διαγνωσθεί ως διαβητικοί τύπου 2. Στο οικογενειακό ιστορικό των υπερτασικών ασθενών υπερτερούσαν οι καρδιαγγειακές παθήσεις.

Τα μέσα επίπεδα τεστοστερόνης των υπερτασικών ασθενών με στυτική δυσλειτουργία ήταν 4.6 ± 1.62 (SD) σε σχέση με 5.38 ± 2.05 (SD) του ολικού δείγματος ανδρών με στυτική δυσλειτουργία.

Υψηλή προλακτίνη > 15 ng/ml υπήρχε σε 8 ασθενείς (22%). Φαρμακευτική υπερπρολακτιναιμία βρέθηκε σε 7 υπερτασικούς ασθενείς (19.4%) και μη φαρμακευτική, υποφυσιακής αιτιολογίας σε 1 ασθενή (2.7%). Η υπερπρολακτιναιμία ήταν συχνότερη στους υπερτασικούς με στυτική δυσλειτουργία (22%) συγκριτικά με εκείνη του γενικού δείγματος ανδρών με την ίδια διαταραχή (9.7%). Η πλειονότητα των υπερτασικών με υπερπρολακτιναιμία, εμφανίζει φαρμακευτικού τύπου αύξηση των επιπέδων της ορμόνης στο αίμα.

Από τους 36 υπερτασικούς ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία, οι 32 (88%) είχαν μερική και σταδιακά αρχόμενη, οι 1 (2.7%) ολική και σταδιακή και οι 3 (8.3%) απότομη και ολική. Αγγειακής αιτιολογίας στυτική δυσλειτουργία διαγνωσθηκε στο 30.5% των υπερτασικών ασθενών, ποσοστό μεγαλύτερο του 18.2% του γενικού δείγματος. Όλοι οι υπερτασικοί με αγγειακή δυσλειτουργία ήταν άνω των 50 ετών.

Συμμετοχή ψυχογενών δυσμενών παραμέτρων ανεξαρτήτως οργανικότητας διαγνωσής διαφαίνεται στη συντριπτική πλειοψηφία (95%) των υπερτασικών ασθενών, έτσι ώστε και η οργανική αιτία να διαγιγνώσκεται ως μεϊκή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ οι υπερτασικοί ασθενείς παρουσιάζουν στην πλειονότητά τους μερική και σταδιακή στυτική δυσλειτουργία, σε υψηλότερο ποσοστό του γενικού δείγματος υπερπρολακτιναιμία, μη στατιστικά σημαντικές διαφορές επιπέδων τεστοστερόνης και υψηλότερο ποσοστό αγγειακής οργανικής διαταραχής.

139. ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ

E. Χατζέλλης, Γ. Μπούτζιος, Μ. Σχοινή, Μ. Χρυσόχου, Μ. Καλτσάτου, Β. Συρίου, Γ. Καλτσάς

Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΓΝΑ Λαϊκό, ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη των κλινικών, ορμονολογικών, ιστοπαθολογικών χαρακτηριστικών ασθενών με φλοιοεπινεφριδιακά (ACC).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 14 ασθενείς (5 γυναίκες) με ACC. Όλοι υποβλήθηκαν σε επινεφριδεκτομή και κατόπιν οι 11 έλαβαν συμπληρωματική θεραπεία με μιτοτάνη. Η ιστολογική διάγνωση τέθηκε με βάση τα κριτήρια Weiss και Van Slooten και προσδιορίστηκε ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού ki-67.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με βάση την ταξινόμηση ENSAT 2008, 10 ασθενείς ήταν σταδίου II, 1 σταδίου III και 3 σταδίου IV. Η μέση ηλικία διάγνωσης ήταν 49 έτη. Οι όγκοι είχαν μέγεθος 6 έως 12 εκατοστά, με εντόπιση 7 (50%) αριστερά και 7 (50%) δεξιά. Επτά από τους 14 ήταν ορμονοπαραγωγοί όγκοι. Ο δείκτης ki-67 ήταν >6 σε 5 ασθενείς (3 παρουσίασαν πρόοδο) και <6 σε 7 ασθενείς (2 παρουσίασαν πρόοδο). Οι 3 ασθενείς που δεν έλαβαν μιτοτάνη εμφάνισαν πρόοδο της νόσου (100%), ενώ από τους 11 ασθενείς που έλαβαν μιτοτάνη υποτροπίασαν 4 (36%). Οι ασθενείς με ορμονοπαραγωγούς όγκους εμφάνισαν σε ποσοστό 71% (5/7) πρόοδο, ενώ αντίθετα κανένας ασθενής με μη λειτουργικό όγκο δεν εμφάνισε πρόοδο (0/5). Από τους 3 ασθενείς που διαγνώστηκαν στο στάδιο IV, υποτροπίασαν μετά από μέσο χρόνο 4,5 μηνών οι δύο. Από τους 11 ασθενείς σταδίου II και III (10 και 1), 6 παραμένουν ελεύθεροι νόσου και 5 παρουσίασαν πρόοδο (3 εξ αυτών κατέληξαν) σε μέση διάρκεια παρακολούθησης 42 μηνών (6-67).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ACC είναι σπάνιοι όγκοι με κακή πρόγνωση. Το στάδιο IV της νόσου κατά τη διάγνωση, ο υψηλός δείκτης ki-67 ($>6\%$), η λειτουργικότητα του όγκου και η μη λήψη συμπληρωματικής θεραπείας με μιτοτάνη μετά την επινεφριδεκτομή, δείχνουν να σχετίζονται με χειρότερη πρόγνωση.

140. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΣΤΡΟΒΙΛΟΥ, ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΣΕΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΔΥΝΑΜΙΚΗΣ ΥΓΡΩΝ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΦΑΣΗ ΣΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ

Δ. Καρακίτσος^{1,2}, Α. Ράπτης³, Μ. Ξένος⁴, Μ. Ματσάγκας³, D. Bluestein⁵, M. Blaiavas², Α. Τασούλης⁶, Σ. Νανάς⁶

¹ΜΕΘ, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», ²University of South Carolina, School of Medicine, Columbia, SC, USA, ³Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ⁴Τμήμα Μαθηματικών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ⁵Department of Biomedical Engineering, Stony Brook University, NY, USA, ⁶1η Πανεπιστημιακή Κλινική ΜΕΘ, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΤΟΧΟΣ: Μελετήθηκαν πιθανές μεταβολές στην αορτική ροή στην πρώιμη φάση του σηπτικού shock (υπερδυναμική κυκλοφορία) με τη χρήση αριθμητικών προσομοιώσεων υπολογιστικής δυναμικής υγρών.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε 2 σταθερούς πολυτραυματίες (35 και 45 ετών, ομάδα ελέγχου, ΟΕ) και 2 σηπτικούς ασθενείς (38 και 50 ετών, ομάδα μελέτης, ΟΜ). Η μελέτη αιμοδυναμικών παραμέτρων έγινε με τη χρήση καθετήρα πνευμονικής, συστήματος FloTrac™/Vigileo και διοσφάνειου υπερηχοκαρδιογραφίας (ΔΥ) με ειδικό πρωτόκολλο ανάλυσης της ροής (Color-flow analysis).

ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΣΗΣ: Χρησιμοποιήθηκαν αξονικές τομογραφίες, λογισμικό για την ανάλυση προτύπων ροής, μοντέλα υπολογιστικής δυναμικής υγρών αλλά και τα αιμοδυναμικά, υπερηχοκαρδιογραφικά ως συνοριακές συνθήκες. Επιλύθηκε ένα σύστημα μη γραμμικών μερικών διαφορικών εξισώσεων (Navier-Stokes) με τη μέθοδο των πεπερασμένων όγκων να τη διακριτοποίησή τους. Το αίμα αξιολογήθηκε ως νευτόνιο υγρό με πυκνότητα 1035 kg/m^3 και ρευστότητα 3.5 cP και υπολογίστηκαν οι αριθμοί Reynolds, Womersley και Dean.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ΟΜ παρουσίασε τιμές γαλακτικού οξέος 6.5 mmol/L , και SVO_2 60% και χορηγήθηκαν υγρά με στόχο πίεσης ενσφύνησης πνευμονικών τριχοειδών $12-15 \text{ mm Hg}$ (καρδιακή παροχή = 8.8 L/m^2 , αντιστάσεις = $710 \text{ dynes} \cdot \text{sec} \cdot \text{cm}^{-5} \cdot \text{m}^2$). Το μοντέλο ανέδειξε: 1) στην ΟΕ, τριδιάστατο αορτικό στρόβιλο (ανιούσα = παρουσία διδυμης στρόβιλώδους ροής, τόξο = ασύμμετρο πεδίο με δευτερογενή ροή στα μεγάλα αγγεία του τραχήλου, καιούσα = ανάδρομη ροή και ζεύγους στρόβιλων ανάστροφα της φοράς των δεικτών του ρολογιού), 2) στην ΟΜ, επίταση ασυμμετρίας του πεδίου ροής στο τόξο με μείωση της δευτερογενούς ροής (αυξημένες ταχύτητες του πεδίου ροής κατά 110% στη συστολή και 65% στη διαστολή), 3) σημαντικές ($p < 0.05$) διαφορές της μεταβολής πιέσεων του πεδίου ροής (DP) και των περιφερικών αντιστάσεων ($R = DP/Q$) στην ΟΜ ($DP = 9.975 \text{ mm Hg}$ και $R = 4.4 \text{ woods}$), κατά τον καρδιακό κύκλο, σε σχέση με την ΟΕ ($DP = 5.375 \text{ mm Hg}$, $R = 14.6 \text{ woods}$). Στην ΟΜ, δεν καταγράφησαν μεταβολές στον αριθμό Womersley, όμως υπήρξε αύξηση ως και 77% ($p < 0.05$) στους αριθμούς Reynolds και Dean.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μοντέλο προσομοίωσης της πρώιμης φάσης σηπτικού shock, έδειξε επίταση της ισομετρίας του αορτικού στρόβιλου κεντρικά και επηρεασμένη «τροφοδοσία» των κλάδων του αορτικού τόξου.

141. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΚΛΕΒΣΙΕΛΛΑ ΣΤΗ ΜΕΘ

Ε. Παπανδρέου, Ε. Σιγγελάκη, Π. Σαραφίδου, Μ. Εφορακοπούλου, Β. Καλδής, Η. Παύλου

Α' ΜΕΘ ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ενδοσσοκομειακές λοιμώξεις από πολυανθεκτικά μικρόβια αποτελούν μείζον πρόβλημα στους ασθενείς της ΜΕΘ κυρίως όταν αυτές εντοπίζονται στο ΚΝΣ. Σκοπός μας είναι να παρουσιάσουμε περιστατικό μετατραυματικής μηνιγγίτιδας από πολυανθεκτική *Klebsiella pneumoniae* σε ασθενή πολυτραυματία που αντιμετώπιστηκε στη ΜΕΘ.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 20 ετών, εισάγεται στη μονάδα μας διασωληνωμένος υπό καταστολή και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, μετά από τροχάιο ατύχημα. Διαπιστώθηκε βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση (GCS 8/15) και κάκωση σπλαγχνικού κρανίου με συνοδό ρινόρροια.

Η ΣΤ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΑΝΕΙΔΙΞΕ: επισκληρίδια αιματώματα δεξιά κροταφοβρεγματικά και αριστερά μετωπία, υπαραχνοειδή και ενδοκοιλιακή αιμορραγία, εγκεφαλικό οίδημα και κατάγματα σπλαγχνικού κρανίου. Αντιμετώπιστηκε χειρουργικά με κρανιοτομία δεξιά μετωπιοβρεγματικά και κρανιοανάτρηση αριστερά μετωπία με τοποθέτηση καθετήρα μέτρησης ενδοκρανιακής πίεσης. Ο ασθενής από την εισαγωγή του παρουσίαζε πυρετό και τις επόμενες ημέρες εγκατέστησε εικόνα λοίμωξης αναπνευστικού. Από τη μικροβιολογική διερεύνηση του εμπυρέτου ανευρέθηκε πολυανθεκτική *Klebsiella pneumoniae* (ευαίσθητη μόνο στην κολιμυκίνη και στη γενταμικίνη) στις τραχειακές εκκρίσεις, στο mini lavage, στο ρινικό έκκριμα και στο αίμα. Στον ασθενή χορηγήθηκαν κολιμυκίνη και γενταμικίνη ενδοφλεβίως δίχως υποχώρηση του εμπυρέτου. Διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση και στο ΕΝΥ αναπτύχθηκε το ίδιο στέλεχος *Klebsiella pneumoniae*. Επανειλημμένες CT εγκεφάλου δεν ανέδειξαν απεικονιστικά κοιλίτιδα Τοποθετήθηκε ενδοκρανιακός καθετήρας (αριστερά πλάγια κοιλία) από τον οποίο χορηγήθηκαν κολιμυκίνη και γενταμικίνη. Μετά από 5 ημέρες θεραπείας το εμπύρετο υποχώρησε και το ΕΝΥ αποστειρώθηκε. Η ενδοκοιλιακή έγχυση αντιβιοτικών διήρκεσε 10 ημέρες οπότε και αφαιρέθηκε ο καθετήρας. Η μετέπειτα πορεία ήταν ομαλή με σταδιακή βελτίωση της νευρολογικής εικόνας του ασθενούς, αποδέσμευση από τον αναπνευστήρα και έξοδο από τη ΜΕΘ σε άριστη νευρολογική κατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδοκοιλιακή χορήγηση αντιβιοτικών παράλληλα με την ενδοφλέβια αγωγή σε περιπτώσεις νοσοκομειακής μηνιγγίτιδας από πολυανθεκτικά μικρόβια, μπορεί να αποδειχθεί σωτήρια, εκεί όπου μόνη η ενδοφλέβια αγωγή αποτυγχάνει.

143. ΙΝΟΠΕΤΑΛΙΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΗΠΑΤΟΣ (FL-HCC) ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ

Σ. Γερακάρη, Β. Γραμματικοπούλου, Σ. Βαγγέλης, Σ. Μακρυγιάννης, Π. Τσελιώτη, Κ. Σακελλαρίδης, Δ. Μερμύγκης, Κ. Κατσίφα, Α. Πρεκατές

ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνη»

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Το παρόν περιστατικό αφορά άνδρα 31 που εισήχθη σε παθολογική κλινική για διερεύνηση κοιλιακού άλγους και οίδημα δεξιού κάτω άκρου από 15ημέρου. Από το ιστορικό του χειρουργηθέν και χημειοθεραπευθέν σεμίνωμα αριστερού όρχεος προ δετίας. Στην αντικειμενική εξέταση βρέθηκε ψηλαφητή μάζα εκτεινόμενη από το δεξιό υποχόνδριο έως το δεξιό λαγόνιο βόθρο και οίδημα δεξιού κάτω άκρου. Υποβλήθηκε σε triplex αγγειών όπου ανεδείχθη θρόμβωση της δεξιάς κοινής ημιαίας φλέβας. Σε αξονική τομογραφία (CT) θώρακος και MRI κοιλίας δεν αποκλείστηκε η πιθανότητα πνευμονικής εμβολής, ενώ ταυτόχρονα ανεδείχθησαν ευμεγέθους μάζα (19×18 cm) εξορμώμενη από τον αριστερό λοβό του ήπατος με διαραχτή της αρχιτεκτονικής αυτού καθώς και έτερη μάζα (13×8 cm) παθολογικού συμπαγούς ιστού στη μέση γραμμή με επέκταση προς τα τμήματα V και VI του ήπατος) που περιβάλλει την πυλαία φλέβα και την κεφαλή του παγκρέατος. Επιπλέον απεικονίζεται εικόνα θρόμβωσης κλάδων της πυλαίας φλέβας, της κάτω κοιλής με επέκταση στη δεξιά κοινή λαγόνια και ημιαία φλέβα. Ο ασθενής διασωληνώθηκε λόγω οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (πιθανή εισρόφηση ή πνευμονική εμβολή) και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ.

ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ: SGOT: 61 IU/L, SGPT: 64 IU/L, γ-GT: 80 IU/L, αλβουμίνη: 2.1 g/dl, WBC: 13100/μL, INR: 1.26, D-Dimers: 35.86 mg/L, ινωδογόνο: 873 mg/dl, CRP: 209 mg/L, Vit B12: 880 pmol/L, a-PP: κ.φ. Οι δείκτες ηπατίτιδας (Α, Β, C) και λοιποί ιολογικοί δείκτες (CMV, EBV, HSV, HIV 1-2) πρόσφατης ή παρελθούσας λοίμωξης ήταν αρνητικοί.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία ήπατος. Το βιοπτικό υλικό ήταν τμήμα ηπατικού παρεγχύματος με διατρανόμενη αρχιτεκτονική (μεγάλα κύτταρα με μεγάλους πυρήνες και ημισφαιρικό κυτταρόπλασμα) και ινώδη ιστό. Στα πυλαία φλεβικά διαστήματα ανεδείχθησαν νεοπλασματικά κύτταρα (νεοπλασματικοί θρόμβοι), των οποίων η ανοσοιστοχημική μελέτη ήταν συμβατή με ινοπεταλιώδες ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Εξαιτίας εκτεταμένης θρόμβωσης της πυλαίας το καρκίνωμα κρίθηκε ανεγχείρητο. Η εξέλιξη της θρόμβωσης ήταν ραγδαία και ο ασθενής κατέληξε παρά τις θεραπευτικές δόσεις αντιπηκτικής αγωγής. Το FL-HCC αποτελεί σπάνιο όγκο που εμφανίζεται συνήθως τη 2η και 3η δεκαετία της ζωής σε έδαφος υγιούς ηπατικού ιστού (χωρίς ιστορικό ηπατίτιδας ή κίρρωσης ήπατος). Η αιτιολογία του είναι άγνωστη. Η α-FP είναι φυσιολογική, ενώ σημειώνεται συνήθως αύξηση της VitB12 στον ορό. Τα κλινικά ευρήματα είναι μη ειδικά. Συνήθως εμφανίζεται με κοιλιακό άλγος, απώλεια βάρους, αδυναμία-καταβολή δυνάμεων και ανευρίσκεται ηπατομεγαλία ή ψηλαφητή μάζα στην κοιλία. Η διάγνωση τίθεται με U/S, CT, MRI, FDG-PET κοιλίας και κυρίως με βιοψία ήπατος. Θεραπεία είναι η χειρουργική εξάιρεση του όγκου ή η μεταμόσχευση ήπατος εφόσον πληρούνται τα κριτήρια. Η πρόγνωση ποικίλλει ακόμα και μετά από πλήρη εκτομή του όγκου λόγω συχνής υποτροπής αυτού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ινοπεταλιώδες ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί σπάνιο όγκο του ήπατος και ακόμα πιο σπάνια εμφανίζεται με ιδιαίτερα εκτεταμένη θρόμβωση πυλαίας και ραγδαία εξέλιξη αυτής ως αρχική εκδήλωση, πράγμα που αναδεικνύει τη σοβαρότητα της νόσου και την ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης παρά την πενιχρή συμπτωματολογία.

142. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

144. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΗΣ ΥΠΕΡΦΟΡΤΩΣΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ (TRANSFUSION ASSOCIATED CIRCULATORY OVERLOAD T.A.C.O.)

Μ. Βαλά, Π. Κάβουρα, Ν. Ανδρούτσος, Α. Ντουζέτη, Π. Αλεξανδρόπουλος, Α. Μελισσάκη

ΜΕΘ ΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιπτώσεως ηπατίτιδας η οποία κατά τη διάρκεια μετάγγισης αίματος εμφάνισε το σύνδρομο κυκλοφορικής υπερφόρτωσης "Transfusion Associated Circulatory Overload T.A.C.O."

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 79 ετών η οποία προ 6μηνου υποβλήθηκε σε υφολική κολεκτομή και τελική ειλεοστομία λόγω οξείας εκκολπωματίτιδος και στις 04/11/2012 σε ειλεορρηκτική αναστόμωση με J rouch (νεολήκυθος). Κατά τη διάρκεια μετεγχειρητικής μετάγγισης 1 μονάδας συμπυκνωμένων ερυθρών, παρουσίασε ξηρό μη παραγωγικό βήχα, δύσπνοια, ταχύπνοια, υποξία (SpO₂ 85%), αρτηριακή υπέρταση (170/90 mm Hg) και φλεβοκομβική ταχυκαρδία (ΚΣ 125/min). Από την κλινική εικόνα διαπιστώθηκε διάταση σφαγιτίδων και ακροαστικώς λεπτοί τελοεκπνευστικοί ρόγχοι στη μεσότητα και στα κάτω πνευμονικά πεδία. Στην ακτινογραφία θώρακος τα ευρήματα ήταν: διάμεσο οίδημα, συμφόρηση πυλών και αυξημένος καρδιοθωρακικός δείκτης. Το ΗΚΓ δεν παρουσίασε αλλαγές σε σχέση με το προεγχειρητικό. Το υπερηχογράφημα ανέδειξε σημαντική διάταση Αρ. κόλπου, διαστάσεις αρ. κοιλίας στα ανώτερα φυσιολογικά όρια και χαμηλό κλάσμα εξώθησης. Το BNP (Brain Natriuretic Peptide) ήταν αυξημένο (1200 pg/ml) κατά και μετά τη μετάγγιση (700 pg/ml) και ο λόγος ήταν 1,8 (λόγος >1,5 συνηγορεί υπέρ TACO). Η τροπονίνη ήταν φυσιολογική. Με αυτά τα δεδομένα τέθηκε η υποψία του TACO και έγινε διαφορική διάγνωση από την οξεία πνευμονική βλάβη (Transfusion Related Acute Lung Injury – TRALI). Με βάση τα κριτήρια διαγνωστικής προσέγγισης χορηγήθηκε διούρηση με βελτίωση τόσο της κλινικής, όσο και της ακτινολογικής εικόνας. Η ασθενής υποβλήθηκε σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και μετά τριήμερο εξήλθε της ΜΕΘ σε καλή γενική κατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το TACO αποτελεί σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή των μεταγγίσεων αίματος και παραγώγων με συχνά δύσκολη διαφορική διάγνωση από την οξεία πνευμονική βλάβη TRALI. Το είδος του πνευμονικού οιδήματος (καρδιογενές, μη καρδιογενές), η αύξηση του λόγου BNP >1,5, τα ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος και το υπερηχοκαρδιογράφημα καθώς και η απόληξη στα διουρητικά συμβάλλουν στη διαφορική τους διάγνωση.

145. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΕΣΙΛΙΚΗΣ ΚΛΟΠΙΔΟΓΡΕΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ, ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ Ή ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ

Α. Παπαταξιάρχου, Ν. Γραϊκάς, Α. Αθανασίου

Τμήμα Κλινικών Μελετών, ELPEN Pharmaceutical Co Inc

ΣΚΟΠΟΣ: Στη μη-παραεμβατική κλινική μελέτη CLOCK (ΕΟΦ36757/21-6-2010) εντάχθηκαν 717 ασθενείς ηλικίας 32-99 ετών, οι οποίοι έλαβαν φαρμακευτικό σκεύασμα βεσιλικής κλοπιδογρέλης σύμφωνα με την καθιερωμένη κλινική πρακτική. Παρουσιάζονται αναλυτικότερα τα αποτελέσματα της υποομάδας που αφορά σε 355 περιστατικά εισαγωγής με καρδιαγγειακά συμβλήματα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ερευνητές από 24 νοσοκομειακά κέντρα συνέλεξαν τα δεδομένα. Η κλοπιδογρέλη χορηγήθηκε σε 342 (47,7%) ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και 13 (1,8%) με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΙΕΕ), ενώ στα λοιπά περιστατικά η αιτία εισαγωγής ήταν διαφορετική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους ασθενείς ποσοστό 69% είχαν υπέρταση, 66,5% υπερχοληστερολαιμία, 34,5% σακχαρώδη διαβήτη, ενώ 42,6% ήταν καπνιστές. 3,0% των ΟΕΜ συνέβησαν σε ασθενείς ηλικίας <45, 35,0% σε 45-64 και 61,8% >65 ετών. 71,5% ΟΕΜ νοσηλεύτηκαν σε μονάδα εμφραγμάτων και 9,6% σε καρδιολογική κλινική. 1 ΙΕΕ νοσηλεύτηκε σε ειδική μονάδα. 16 (4,7%) ασθενείς υπεβλήθησαν σε θρομβόλυση, 36 (10,5%) σε αγγειοπλαστική, με τοποθέτηση non-drug-eluting-stent (1,6%), drug-eluting-stent (2,1%), sypher stent (2,1%) και taxus stent (2,3%). Η πλειονότητα των ασθενών υποστηρίχθηκε με παροχή οξυγόνου. Στο εξιτήριο 7±5 ημέρες μετά το σύμβαμα 98,4% των ασθενών έλαβαν 75 mg κλοπιδογρέλης ως θεραπεία συντήρησης. Η ασπιρίνη συγχρηγήθηκε στο 62,5% των ασθενών. Αναφέρθηκε μια μη σοβαρή μη σχετιζόμενη ανεπιθύμητη ενέργεια. Η θεραπευτική αγωγή δεν μεταβλήθηκε σε διάστημα ενός μήνα μετά το σύμβαμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση της κλοπιδογρέλης σε ασθενείς με καρδιαγγειακά συμβλήματα έχει πλέον καθιερωθεί. Είναι αποτελεσματική και ασφαλής, είτε ως αγωγή εφόδου στο σύμβαμα είτε ως θεραπεία συντήρησης.

147. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΣΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘ

Π. Κάβουρα¹, Κ. Σκοτάδη², Ν. Παντελάς¹, Ν. Ανδρούτσος¹, Π. Αλεξανδρόπουλος¹, Ε. Χήνου², Α. Μελλισάκη¹

¹ΜΕΘ, ΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», ²Μικροβιολογικό Τμήμα, ΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας»

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της συχνότητας της μικροβιαίμιας από Gram αρνητικά βακτήρια, τα είδη των στελεχών και οι αντοχές τους, καθώς και η επίδραση τους στη θνητότητα των ασθενών της ΜΕΘ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν οι νοσηλευθέντες ασθενείς μιας διετίας (2010-2012). Καταγράφηκε ο συνολικός αριθμός δειγμάτων, ο αριθμός των ασθενών με θετικές αιμοκαλλιέργειες από Gram αρνητικά βακτήρια, τα υπεύθυνα στελέχη, η ανθεκτικότητα τους και η θνητότητα των ασθενών αυτών. Καταχωρήθηκε επίσης η ηλικία, το φύλο, η αιτία εισόδου, το APACHE II, το SOFA score και η διάρκεια νοσηλείας των αποβιώσαντων ασθενών με θετικές αιμοκαλλιέργειες από Gram αρνητικά βακτήρια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 550 μελετηθέντες ασθενείς εστάλησαν 3916 ζεύγη αιμοκαλλιεργιών. Εκ των ασθενών αυτών οι 123 (22,36%) είχαν μικροβιαίμια. Στους 71 ασθενείς (57,72%) απομονώθηκαν Gram αρνητικά βακτήρια. Το ποσοστό θνητότητας των ασθενών με μικροβιαίμια από Gram αρνητικά ήταν 19,71% (14/71), η μέση ηλικία 62±12, το APACHE II 14,6±8,1, το SOFA score 8,6±3,1 και η διάρκεια νοσηλείας 13,8±7,4 ημέρες. Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν αντιμικροβιακή αγωγή. Υπεύθυνα στελέχη στους αποβιώσαντες ασθενείς ήταν *Acinetobacter baumannii* 57,14% (8/14), *Pseudomonas aeruginosa* 21,42% (3/14), *Klebsiella pneumoniae* 14,28% (2/14) *Enterobacter cloacae* 7,14% (1/14). Όλα τα στελέχη εκτός του *Enterobacter cloacae* ήταν ανθεκτικά στις καρβαπενέμες και ευαίσθητα μόνο στην κολιστίνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η επίπτωση της μικροβιαίμιας από Gram αρνητικά βακτήρια στη θνητότητα των ασθενών της ΜΕΘ είναι υψηλή. Συχνότερο παθογόνο είναι το πολυανθεκτικό στέλεχος *Acinetobacter baumannii*. Η κολιστίνη παραμένει κατάλληλο αντιμικροβιακό φάρμακο στην αντιμετώπιση των Gram αρνητικών, ανθεκτικών βακτηρίων.

146. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

148. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Α. Εγγλεζοπούλου¹, Ν. Βασιλάκου², Δ. Μητσάκα³, Ν. Μουρούτη⁴, Χ. Παπαβαγγέλης⁴, Π. Πλυντζανοπούλου⁵, Ν. Μαλάμος⁶, Α. Μανούσου⁷, Δ. Παναγιωτάκος⁴

¹Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής-Τμήμα Έλεγχου Ποιότητας-Ερευνάς Και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας-Τομέας Υγιεινής της Διατροφής και Βιοχημείας, ²Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας-Τομέας Υγιεινής της Διατροφής και Βιοχημείας, ³Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας-Β' Χειρουργική Κλινική», ⁴«Χαροκόπειο» Πανεπιστήμιο, Αθήνα-Τμήμα Επιστήμης Διατροφής-Διατροφής, ⁵«Χαροκόπειο» Πανεπιστήμιο, Αθήνα-Τμήμα Επιστήμης Διατροφής-Διατροφής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας-Τομέας Υγιεινής της Διατροφής και Βιοχημείας, ⁶Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου-Παθολογική-Ογκολογική Κλινική», ⁷Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Μεταξά

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της επίδρασης των περιβαλλοντικών παραγόντων στη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού σε Ελληνίδες γυναίκες αναπαραγωγικής και εμμηνοπαυσιακής ηλικίας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη ασθενών-μαρτύρων του Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου εντάχθηκαν 189 ασθενείς με πρόσφατη πρώτη διάγνωση καρκίνου του μαστού, ηλικίας 55±11 ετών, από δημόσια νοσοκομεία του Νομού Αττικής, και 179 υγιείς, επιλεγμένες τυχαία από το γενικό πληθυσμό χωρίς υποψία καρκίνου, εξομοιωμένες κατά ηλικία και περιοχική διαμονής. Έγινε καταγραφή των κοινωνικοοικονομικών στοιχείων, καθώς και του τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένων των διατροφικών συνθηκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού και του μορφωτικού επιπέδου. Η ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού και του Διατροφικού Δείκτη MedDietScore (που αξιολογεί το βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής), κατόπιν προσαρμογής για συγκεκριμένους συγχυτικούς παράγοντες, ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο, έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του MedDietScore και του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού (p=0,006) μόνο στις γυναίκες με υποχρεωτική εκπαίδευση. Δηλαδή η αύξηση του MedDietScore συσχετιζόταν με μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού (odds ratio=0,874, 95% ΔΕ=0,793-0,962).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι σχετίζεται με μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

149. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ ΣΕ ΑΝΟΙΧΤΗ ΚΑΙ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ

Ε. Ζαράνη¹, Γ. Καπογιαννάτος², Α. Παπασπυρόπουλος³, Α. Καπάτης¹, Κ. Ζούμα¹, Φ. Ματζαρίδου¹, Σ. Σωτηριάδου¹, Ν. Ντόγκας¹, Δ. Κοτσαμασούνης¹, Β. Πατρικάκος², Π. Αγγελουπούλου¹

¹Α' Παθολογική Κλινική ΓΝΔΑ «Η Αγία Βαρβάρα», ²Χειρουργική Κλινική ΓΝΔΑ «Η Αγία Βαρβάρα», ³Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΔΑ «Η Αγία Βαρβάρα»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα αποτελούν τη συχνότερη αιτία μετεγχειρητικής νοσηρότητας, σκοπός μας να διερευνήσουμε το ποσοστό αναπνευστικών επιπλοκών συγκρίνοντας τις 2 τεχνικές χολοκυστεκτομής (ανοικτής vs λαπαροσκοπικής).

ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ: 65 προγραμματισμένοι ασθενείς για χολοκυστεκτομή χωρίστηκαν σε 2 ομάδες, Α (35 άτομα λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης), Β (30 ανοικτής). Αποκλείστηκαν ασθενείς με προϋπάρχουσα αναπνευστική ανεπάρκεια οποιαδήποτε αιτιολογίας, με παθολογική προεγχειρητική ακτινογραφία θώρακος και περικαρδική συλλογή. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μια από τις 2 τεχνικές αφαίρεσης της χολής. Μετά το χειρουργείο εκτιμήθηκαν με κλινικό αιματολογικό, ακτινολογικό και υπερηχοκαρδιολογικό έλεγχο για ανεύρεση τυχόν αναπνευστικής επιπλοκής ή περικαρδιακής συμμετοχής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 7,6% του υπό μελέτη πληθυσμού εμφάνισε μετεγχειρητική αναπνευστική επιπλοκή ενώ συμμετοχή από το περικάρδιο βρέθηκε σε 6,1% με αυτόματη αποδρομή στον 1^ο μήνα, με σημαντικά μικρότερα ποσοστά στην ομάδα Α (p<0.01) σε σχέση με τη Β.

ΟΜΑΔΑ	ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ	ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ
A (35)	3	1	1	1
B (30)	8	5	4	3
ΣΥΝΟΛΟ (65)	11	6	5	4

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού σύμφωνα με την παρούσα μελέτη ευθύνονται για το πλείστο των μετεγχειρητικών επιπλοκών στις επεμβάσεις χολοκυστεκτομών, ενώ λαπαροσκοπική τεχνική μειώνει σημαντικά την εμφάνισή τους.

150. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β (HBsAg) ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΤΙ-HCV ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Α. Φέρεκ¹, Α. Ζουρούδη¹, Γ. Καλλιγιάς¹, Π. Αθανασάκης², Ε. Αγγέλου², Β. Παπαστεργίου³, Γ. Ντέτσικας³, Ν. Κώστας³, Η. Τσερκής³, Σ. Καραπαπάνης³

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου, ²Μονάδα Αιμοδοσίας, ΓΝ Ρόδου, ³Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο έλεγχος του αντιγόνου επιφάνειας του ιού της ηπατίτιδας Β (HBsAg) καθώς επίσης και των αντισωμάτων έναντι της ηπατίτιδας C αποτελεί πρακτική ρουτίνας στον αιμοδοτικό πληθυσμό για την ασφάλεια των μεταγγιζόμενων ατόμων. Ο επιπολασμός αυτών των δεικτών είναι ιδιαίτερα σημαντικός γιατί αντικατοπτρίζει έμμεσα και τις μεταβολές στο επιδημιολογικό προφίλ των ιογενών ηπατιτιδών Β και C στο γενικό πληθυσμό.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του επιπολασμού του αντιγόνου επιφάνειας του ιού της ηπατίτιδας Β (HBsAg) και των αντισωμάτων έναντι του ιού της ηπατίτιδας C (anti-HCV) σε πληθυσμό αιμοδοσίας.

ΥΛΙΚΟ: Έγινε προσδιορισμός του HBsAg και των anti-HCV στο πληθυσμό αιμοδοσίας του νοσοκομείου μας στο διάστημα της τελευταίας τριετίας (από 1/1/2010 μέχρι και 31/12/2012). Ο έλεγχος έγινε σε 16727 άτομα που προσήλθαν για αιμοδοσία την ανωτέρω περίοδο.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Το αντιγόνο επιφάνειας για την ηπατίτιδα Β (HBsAg) προσδιορίστηκε με μέθοδο ELISA και τα anti-HCV με την ανοσοενζυμική μέθοδο MEIA-HCV3.0 (AXSYM). Όσα δείγματα ήταν θετικά για τα anti-HCV εστάλησαν για επιβεβαίωση με RIBA σε κέντρο αναφοράς στην Αθήνα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά διαπιστώθηκαν 101 δείγματα θετικά στο HBsAg (0.60%) και 81 θετικά στα anti-HCV (0.48%). Από τα 101 δείγματα που ήταν θετικά στο HBsAg τα 80 προήρχοντο από άτομα Αλβανικής καταγωγής (που αντιστοιχούσαν σε 774 άτομα από τα 16727 που ελέγχθηκαν). Ο επιπολασμός του HBsAg σε αυτή την ομάδα ήταν 80/774 (10.33%) ενώ στους έλληνες αιμοδότες ήταν 21/15953 (0.13%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη μας διαπιστώσαμε το ιδιαίτερα χαμηλό επιπολασμό του HBsAg και των anti-HCV σε πληθυσμό αιμοδοσίας. Ο επιπολασμός του HBsAg ήταν σημαντικά μεγαλύτερος σε ειδικό τμήμα οικονομικών μεταναστών ενώ στον ελληνικό πληθυσμό αιμοδοτών είναι πολύ χαμηλός.

151. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

152. ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ, ΕΛΛΑΔΑ, 2012

Μ. Δέτσης¹, Δ. Περβανίδου¹, Ε. Παπανικολάου¹, Α. Μπάκα¹, Ε. Τερζάκη¹, Κ. Πολίτη¹, Γ. Δουγιάς¹, Α. Βακάλη¹, Χ. Κεφαλούδη¹, Π. Τσερκέζου², Α. Μάρκα², Γ. Κολιόπουλος³, Δ. Δηλαβέρης⁴, Β. Ηλιοπούλου⁴, Α. Κανδύλη⁵, Α. Μεντής⁶, Θ. Γεωργακοπούλου¹, Χ.Ι. Δόβας⁷, Ν. Παπαδόπουλος⁸, Χ. Μπιλίνης⁹, Ν. Βακάλης¹⁰, Α. Παπά¹¹, Α. Τσακρής¹², Χ. Χατζηχριστοδούλου^{1,2}, Τ. Κρεμαστίνου¹

¹Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Αθήνα, ²Ιατρική Σχολή Θεσσαλίας, Λάρισα, ³Μπενάκειο Φυτοπαθολογικό Ινστιτούτο, Αθήνα, ⁴Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων, Αθήνα, ⁵Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων, Θεσσαλονίκη, ⁶Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ, Αθήνα, ⁷Κτηνιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ⁸Σχολή Γεωπονικών Επιστημών Θεσσαλίας, Λάρισα, ⁹Κτηνιατρική Σχολή Θεσσαλίας, Καρδίτσα, ¹⁰Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, ¹¹Ιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ¹²Ιατρική Σχολή Αθηνών, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Το 2010 καταγράφηκε η πρώτη επιδημία λοίμωξης από ιό Δυτικού Νείλου (ΔΝ) στην Ελλάδα, στην Κεντρική Μακεδονία (197 κρούσματα νευροδισιδυτικής νόσου, 35 θάνατοι). Το 2011 ο ιός εξαπλώθηκε νότια (75 κρούσματα νευροδισιδυτικής νόσου, 9 θάνατοι). Το 2012 αναζητήθηκαν και διερευνήθηκαν κρούσματα σε ανθρώπους και ζώα, προκειμένου να περιγραφεί η γεωγραφική και χρονική κατανομή τους και να εφαρμοσθούν έγκαιρα στοχευμένες δράσεις.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εισαχύθηκε η επιτήρηση κρουσμάτων εγκεφαλίτιδας σε ανθρώπους και ενδυναμώθηκε η επιτήρηση σε ιπποειδή, πτηνά και κουνούπια. Αναπτύχθηκε σχέδιο δράσης για προστασία της ασφάλειας του αίματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 2012 διαγνώστηκαν 161 κρούσματα λοίμωξης από ιό ΔΝ (109 με νευροδισιδυτική νόσο) από 15 νομούς της χώρας και καταγράφηκαν 18 (16%) θάνατοι. Ανιχνεύθηκαν δύο επίκεντρα επιδημίας: τα νότια προάστια της Αθήνας, με 28 (26%) κρούσματα νευροδισιδυτικής νόσου, κυρίως τον Ιούλιο, και περιοχή της Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης, με 46 (42%) κρούσματα τον Αύγουστο-Σεπτέμβριο. Τέσσερις (1: 8.741) από 34.964 ελεγχθείσες μονάδες αίματος ανευρέθηκαν θετικές. Ανιχνεύθηκαν δεκατέσσερις εστίες σε ιπποειδή. Προσβεβλημένα ιπποειδή, πτηνά και κουνούπια ανιχνεύθηκαν και σε περιοχές χωρίς ανθρώπινα κρούσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το 2012 καταγράφηκαν κρούσματα σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και χρονικές περιόδους. Η ετήσια εμφάνιση κρουσμάτων από τριετίας και η εξάπλωση του ιού σε νέες περιοχές υποδεικνύουν εγκατάστασή του στην Ελλάδα. Συνεστήθη ενίσχυση της επιτήρησης σε ανθρώπους και ζώα, για έγκαιρη εφαρμογή κατάλληλων μέτρων.

153. ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ ΣΤΗ ΝΟΤΙΑ ΕΛΛΑΔΑ, 2012

Μ. Μαυρούλη¹, Β. Καφιμάλη¹, Γ. Βρυώνη¹, Μ. Δέτση²,
Ε. Παπανικολάου², Τ. Κρεμαστινού², Α. Τσακρής¹

¹Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης, ΚΕ.ΕΛ.Π.Ν.Ο., Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Μετά την πρώτη επιδημία λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου (ΙΔΝ) στη Μακεδονία το 2010 και την εξάπλωσή της στη Νότια Ελλάδα το 2011, ήταν αναμενόμενη η εμφάνιση νέων κρουσμάτων και σε άλλες περιοχές. Το καλοκαίρι-φθινόπωρο 2012, πραγματοποιήθηκε μελέτη των κρουσμάτων λοίμωξης από ΙΔΝ στη Νότια Ελλάδα.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Οροί και ΕΝΥ ασθενών με πιθανή λοίμωξη από ΙΔΝ εξετάστηκαν για ανίχνευση IgG και IgM αντισωμάτων έναντι του ιού με ELISA (WNV IgM capture DxSelect and WNV IgG DxSelect, Focus Diagnostics, USA). Δείγματα ολικού αίματος και ΕΝΥ ελέγχθηκαν για ανίχνευση RNA του ιού με real-time RT-PCR.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τον Ιούλιο-Οκτώβριο 2012, από 328 ασθενείς με συμπτώματα συμβατά με λοίμωξη από ΙΔΝ διαγνώστηκαν εργαστηριακά 61 κρούσματα λοίμωξης από ΙΔΝ (18,6%). Σε 45 ασθενείς (73,8%) μέσης ηλικίας 67 ετών (εύρος 19-95) παρατηρήθηκαν οξείες νευρολογικές εκδηλώσεις, ενώ στους υπόλοιπους 16 (26,2%) κυρίως εμπύρετο νόσημα. Υπέρταση (n=13) και σακχαρώδης διαβήτης (n=6) ήταν τα πιο συχνά υποκείμενα νοσήματα. 33 κρούσματα λοίμωξης από ΙΔΝ καταγράφηκαν σε δήμους της Νότιας Αττικής, ενώ σποραδικές περιπτώσεις σε περιοχές της ΝΔ Ελλάδας. Σημειώθηκαν 5 θάνατοι, όλοι σε ηλικιωμένα άτομα με υποκείμενα νοσήματα. Επιπλέον, 20 ασθενείς από περιοχές όπου παλαιότερα δεν είχαν εντοπιστεί κρούσματα παρουσίασαν μόνο IgG αντισώματα, γεγονός που υποδηλώνει την προηγούμενη κυκλοφορία του ιού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καταγραφή περιστατικών σε περιοχές που δεν είχαν προσβληθεί κατά το 2010-2011 υποδηλώνει ότι ο ΙΔΝ έχει εδραιωθεί στην Ελλάδα και η μετάδοσή της νόσου μπορεί να συνεχιστεί στο μέλλον. Η επιδημιολογική επιτήρηση, η έγκαιρη καταπολέμηση των κουνουπιών και η ενημέρωση του κοινού για ατομική προστασία είναι ζωτικής σημασίας για τον έλεγχο της νόσου.

154. ΥΠΟΔΗΛΩΣΗ ΤΩΝ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΙΓΚΕΛΛΩΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ, 2011

Κ. Μέλλου¹, Θ. Σιδερόγλου¹, Α. Καλλιμάνη¹, Μ. Ποταμίτη-Κόμη¹,
Ε. Λυλλάκου¹, Θ. Γεωργακοπούλου¹, Γ. Μανδηλαρά², Μ. Λαμπίρη²,
Α. Βατόπουλος², Χ. Χατζηχριστοδούλου^{1,3}

¹Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), Αθήνα, ²Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Σαλμονελλών-Σιγκελλών (ΕΚΑΣΣ), Αθήνα, ³Περιφερειακό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας (ΠΕΔΥ) Θεσσαλίας, Λάρισα

ΣΚΟΠΟΣ: α) Εκτίμηση της υποδήλωσης των εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων σαλμονέλλωσης και σιγκελλώσεως από τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας στο Σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΣΥΔΝ) το 2011 μέσω μελέτης σύλληψης-επανασύλληψης (capture-recapture), β) σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα αρχεία των μικροβιολογικών εργαστηρίων των νοσοκομείων και γ) διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων του ποσοστού δήλωσης με συγκεκριμένους παράγοντες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα του ΣΥΔΝ και του Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Σαλμονελλών-Σιγκελλών χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη σύλληψης-επανασύλληψης. Εκτιμήθηκε η συνολική υποδήλωση και η υποδήλωση κάθε νοσήματος κατά περιφέρεια νοσοκομείου, ημερομηνία δήλωσης και ηλικία των ασθενών. Ο υπολογιζόμενος αριθμός των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων σύμφωνα με τα αρχεία των νοσοκομείων συγκρίθηκε με τον εκτιμώμενο από τη μελέτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η υποδήλωση της σαλμονέλλωσης και της σιγκελλώσεως στο ΣΥΔΝ με βάση τη μελέτη σύλληψης-επανασύλληψης το 2011 ήταν 47,8% και 52,0%, αντίστοιχα. Η εκτιμώμενη υποδήλωση διέφερε κατά μήνα και νομό δήλωσης. Η υποδήλωση με βάση τα αρχεία των εργαστηρίων ήταν παρόμοια με την εκτιμώμενη: 53,5% για τη σαλμονέλλωση και 58,4% για τη σιγκελλώση. Ποσοστό δήλωσης άνω του 60% είχαν 27/97 (27,8%) νοσοκομεία που συμμετείχαν στη μελέτη υποδήλωσης της σαλμονέλλωσης και 4/82 (4,9%) νοσοκομεία που συμμετείχαν στη μελέτη υποδήλωσης της σιγκελλώσεως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό δήλωσης των δύο νοσημάτων από τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας είναι χαμηλό. Η διερεύνηση των αιτιών και η λήψη μέτρων για την ευαισθητοποίηση των κλινικών και εργαστηριακών ιατρών με σκοπό την αύξηση της πληρότητας δήλωσης αποτελούν προτεραιότητες του συστήματος.

155. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

156. ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ

Α. Λάμπρου¹, Ν. Μπισσόλας², Κ. Καλογριπούλου³, Ν. Παλαιολόγου⁴,
Θ. Γεωργακοπούλου¹, Χ. Χατζηχριστοδούλου^{1,2}

¹Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Αθήνα, ²Περιφερειακό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, Θεσσαλία, ³ΓΝ Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, ⁴ΓΝ Παιδών Αθηνών «Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η αποτύπωση της συχνότητας ανίχνευσης συγκεκριμένων παθογόνων μικροοργανισμών και θετικών ορολογικών εξετάσεων όπως δηλώθηκαν στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) κατά τη διάρκεια της πιλοτικής εφαρμογής του Συστήματος Εργαστηριακής Επιδημιολογικής Επιτήρησης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν κατά την πιλοτική εφαρμογή του Συστήματος Εργαστηριακής Επιδημιολογικής Επιτήρησης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. σε δύο γενικά νοσοκομεία παιδών στην περιοχή της Αττικής και αφορούσαν τη χρονική περίοδο από Ιούνιο έως Δεκέμβριο 2012. Το σύστημα επιτηρεί τα εργαστηριακά ευρήματα κλινικών δειγμάτων από ασθενείς/κρούσματα λοιμωδών συνδρόμων ή νοσημάτων. Τα παθογόνα που επιτηρούνται μέσω του συστήματος είναι τα εξής: *Salmonella* spp., *Shigella* spp., STEC, *Campylobacter* spp., *Yersinia enterocolitica*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum*, *Entamoeba histolytica*, *Streptococcus pneumoniae*, *Brucella* spp., *Rotavirus*, *Adenovirus*, *Norovirus*, ιός Ερυθράς, ιός Ηπατίτιδας Α, και *Toxoplasma gondii*. Η ανάλυση περιελάμβανε περιγραφική στατιστική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των απομονωθέντων μικροοργανισμών (N=122) που δηλώθηκαν στο Σύστημα Εργαστηριακής Επιδημιολογικής Επιτήρησης κατά τη χρονική περίοδο των επτά μηνών, οι σαλμονελλώσεις εμφάνισαν τη μεγαλύτερη συχνότητα (N=47, 39%) ακολουθούμενες από τα θετικά ευρήματα του μικροοργανισμού *Campylobacter* spp. (N=41, 34%). Οι συχνότεροι ορότυποι αυτών των μικροοργανισμών ήταν η *Salmonellatyphimurium* (N=20, 44%) και το *Campylobacter jejuni* (N=11, 83%) αντίστοιχα για τα εργαστηριακά ευρήματα που διέθεταν πληροφορία σχετικά με τον ορότυπο (N=46 και N=13, αντίστοιχα). Όσον αφορά στις θετικές ορολογικές εξετάσεις που δηλώθηκαν στο σύστημα (N=348), η ανίχνευση αδενοϊών εμφάνισε το μεγαλύτερο ποσοστό (N=160, 46%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το Σύστημα Εργαστηριακής Επιδημιολογικής Επιτήρησης δύναται να παρέχει δεδομένα για έγκαιρη ανίχνευση παθογόνων με αυξημένη πιθανότητα εξάπλωσης, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ανίχνευση επιδημικών εξάρσεων.

157. ΤΟ ΔΙΑΛΥΤΟ CD146 ΑΝΤΙΓΟΝΟ ΩΣ ΝΕΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ

Ε. Νομικού¹, Α. Αλεξοπούλου², Ε. Παύλου¹, Α. Βασιλιεβα², Ν. Κίττου², Γ. Θεοδοσιάδης¹, Σ. Ντουράκης²

¹Κέντρο Αιμοδοσίας, ΠΓΝ «Ιπποκράτειο», Αθήνα, ²Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

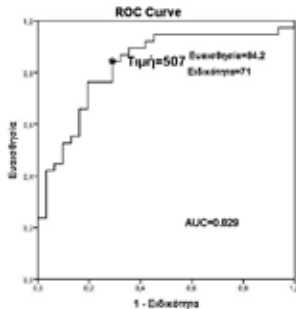
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το διαλυτό CD146 αντιγόνο (sCD146) – έμμεσος δείκτης των κυκλοφορούντων ενδοθηλιακών κυττάρων (ΚΕΚ) - συσχετίζεται με την ενδοθηλιακή λειτουργία. Τα κυκλοφορούντα ενδοθηλιακά κύτταρα έχουν συσχετιστεί με κίρρωση και πυλαία υπέρταση, λόγω αγγειακών διαταραχών που πιθανόν σχετίζονται με την παράπλευρη κυκλοφορία των κίρρωτικών. Ωστόσο η κυτταρομετρία ροής, μέθοδος με την οποία κατεξοχήν υπολογίζονται τα ΚΕΚ είναι τεχνικά δύσκολη και ακριβή.

ΣΚΟΠΟΣ: Έλεγχος της συσχέτισης του σταδίου της κίρρωσης με το sCD146 αντιγόνο με τη μέθοδο ELISA.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη, όπου εξετάστηκε η σημασία κλινικο-εργαστηριακών παραμέτρων και κυρίως του sCD146 αντιγόνου, σε κίρρωτικούς ασθενείς που νοσηλεύτηκαν την περίοδο 2011-2012. Αποκλείστηκαν ασθενείς που είχαν στεφανιαία νόσο, αγγειίδια, πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση και ηπατοκυτταρικό ή άλλο καρκίνο. Στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με SPSS 21.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπεριλήφθηκαν 69 ασθενείς (42 άνδρες) και 20 υγιείς αιμοδότες, ως ομάδα ελέγχου. Οι κίρρωτικοί ασθενείς είχαν υψηλότερη τιμή sCD146 αντιγόνου σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($P<0.001$). Η τιμή sCD146 = 346.6, έχει τη μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα για πρόβλεψη της κίρρωσης, 78.3% και 70%, αντίστοιχα. Όταν συγκρίθηκαν οι κίρρωτικοί μεταξύ τους, οι ασθενείς με μη αντιρροπούμενη είχαν υψηλότερη τιμή sCD146, σε σύγκριση με αυτούς με αντιρροπούμενη κίρρωση ($P<0.001$). Η τιμή sCD146=507 (εικόνα) έχει τη μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα για πρόβλεψη της μη αντιρροπούμενης κίρρωσης, 84.2% και 71%, αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο προσδιορισμός του sCD146 αποτελεί αξιόπιστο και ευαίσθητο δείκτη της αξιολόγησης της εξέλιξης της κίρρωσης.



158. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΩΝ Cu ΚΑΙ Zn ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΟΞΕΙΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ

Κ. Παπανικολόπουλος¹, Α. Βασιλιεβα¹, Α. Αλεξοπούλου¹, Α. Χατζηγιάννη¹, Α. Ντονά², Σ. Ντουράκης¹

¹Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ²Εδρα Τοξικολογίας και Ιατροδικαστικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο χαλκός (Cu) και ο ψευδάργυρος (Zn) είναι απαραίτητα ιχνοστοιχεία και παίζουν σημαντικό ρόλο σε ποικίλες βιολογικές διεργασίες.

ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνηθούν αν υπάρχουν διαταραχές στις τιμές των Cu και Zn στον ορό μεταξύ ασθενών με οξεία ηπατίτιδα συγκριτικά με υγιείς μάρτυρες και να προσδιορισθούν πιθανές συσχετίσεις των ιχνοστοιχείων με την αιτιολογία και τη βαρύτητα της ηπατοπάθειας.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι συγκεντρώσεις στον ορό Cu και Zn 40 ασθενών με οξεία ηπατίτιδα και 150 υγιών μάρτυρων, προσδιορίστηκαν με φασματοφωτόμετρο ατομικής απορρόφησης Varian.

Οι διαφορές στα επίπεδα Cu και Zn μεταξύ ασθενών και μάρτυρων αξιολογήθηκαν με Chi-Square και μη παραμετρικές δοκιμασίες. Μεταξύ των ασθενών μόνον, ο συσχετισμός Cu και Zn με διάφορα εργαστηριακά ευρήματα έγινε με Spearman's rank correlation.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα Zn στον ορό ήταν υψηλότερα στους ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα σε σχέση με τους μάρτυρες (διάμεση τιμή 106,5 μg/dl έναντι 74 μg/dl, $p<0,001$), ενώ του Cu δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά (διάμεση τιμή 133,5 μg/dl έναντι 118 μg/dl, $p=0,374$).

Το 48,8% των ασθενών είχαν παθολογικές τιμές είτε του Cu ή/και του Zn συγκρινόμενο με το 23,3% των μάρτυρων ($p<0,001$).

Υπήρχε η τάση για τις σοβαρές μορφές οξείας ηπατίτιδας να έχουν παθολογικές τιμές Cu. Στην υποκατηγορία αυτή, ο Cu και ο Zn συσχετίζονται θετικά με το χρόνο προθρομβίνης και την αλανινική αμινοτρανσφεράση αντίστοιχα.

Τέλος, οι αυτοάνοσες και φαρμακευτικές οξείες ηπατίτιδες είχαν συχνότερα παθολογικές τιμές Zn σε σύγκριση με τις ιογενείς και κρυψιγενείς ηπατίτιδες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην οξεία ηπατίτιδα παρατηρούνται συχνά διαταραχές των ιχνοστοιχείων. Παθολογικές τιμές Zn είναι συχνότερες στις φαρμακευτικές και αυτοάνοσες οξείες ηπατίτιδες. Στις σοβαρές μορφές της ηπατοπάθειας, ο Cu και ο Zn συσχετίζονται με εργαστηριακά ευρήματα που υποδηλώνουν τη βαρύτητα της νόσου. Συνήθως δεν παρατηρείται ανεπάρκεια των ιχνοστοιχείων στην οξεία ηπατίτιδα και επομένως δεν χρειάζεται θεραπεία για τη διόρθωση των τιμών τους.

159. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

160. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΩΤΟΤΥΠΟΥ ΖΩΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΠΛΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Α. Γιάννου, Μ. Σπέλλα, Α. Μαραζιώτη, Α. Μουστάκη, Θ. Αγαλιώτη, Γ. Σταθόπουλος

Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Ρίο, Πάτρα

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η ηπατική μετάσταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα θνητότητας ασθενών με αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου, ως εκ τούτου η διαλεύκανση και θεραπευτική στόχευση των βιολογικών της μηχανισμών μπορεί να οδηγήσει σε κλινικά οφέλη των ασθενών αυτών. Διεθνώς, δεν υπάρχει ζωικό πρότυπο αυτόματης ηπατικής μετάστασης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ετεροτοπικοί όγκοι προκλήθηκαν σε ποντικούς των στελεχών C57BL/6 και Balb/c μέσω υποδόριας έγχυσης 500.000 συγγενικών καρκινικών κυττάρων των σειρών (n=10 ζώα/σειρά) LLC (αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα), MC38 (αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου), AE17 (μεσοθηλίωμα υπεζωκότα), B16F10 (μελάνωμα δέρματος) ή PANO2 (αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος) και C26 (αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου), AB1 ή AB2 (μεσοθηλίωμα υπεζωκότα), αντίστοιχα. Χρησιμοποιήθηκαν καρκινικά κύτταρα σταθερά διαμολυσμένα με ιχνηλάτες λουσιφεράσης και GFP προς ανίχνευση απομακρυσμένων μεταστάσεων δια ζώσης και ιστολογικά. Μελετήθηκε ο ρυθμός αύξησης των όγκων και η εμφάνιση έκτοπων εστιών φωτεινής εκπομπής ή φθορισμού μέσω απεικόνισης βιοφωταύγειας ή μικροσκοπίας φθορισμού. Εκτιμήθηκαν ο αριθμός/μέγεθος ηπατικών μεταστάσεων καθώς και η ηπατική ιστολογία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ενώ όλοι οι ετεροτοπικοί όγκοι παρουσίαζαν σημαντική νεοπλασματική αύξηση, μόνο η κυτταρική σειρά C26 προκάλεσε την αυτόματη ανάπτυξη ηπατικών μεταστάσεων σε ποντικούς Balb/c μετά από 8 εβδομάδες, οι οποίες προδίδονταν από έκτοπη φωτεινή εκπομπή και φθορισμό. Οι μεταστάσεις αυτές ήταν ορατές μακροσκοπικά, πολυάριθμες ($95\pm37/ήπαρ$) και μικρής διαμέτρου ($0,21\pm0,07$ mm), ενώ ιστολογικά εμφάνιζαν μορφολογία συμπαγούς αδενοκαρκινώματος. Ποντικοί με όγκους C26 και ηπατικές μεταστάσεις παρουσίαζαν σπληνομεγαλία και περιφερική ουδεροφιλία σε σύγκριση με ποντικούς με υποδόριους όγκους AB2, γεγονόςτα ενδεικτικά βιολογικού και όχι ανατομικού μηχανισμού του ηπατοτροπισμού των κυττάρων C26.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Περιγράφεται για πρώτη φορά ζωικό πρότυπο αυθόρμητης ηπατικής μετάστασης αδενοκαρκινώματος παχέος εντέρου σε ανοσοεπαρκείς ποντικούς. Η χρήση του προτύπου αυτού μπορεί να επικουρήσει στη βαθύτερη κατανόηση των βιολογικών μηχανισμών της ηπατικής μετάστασης με απώτερο στόχο τον αποτελεσματικότερο χειρισμό ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ: Οι παρούσες μελέτες υποστηρίχθηκαν από ερευνητική χορηγία του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Έρευνας.

161. Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΑ-ΣΠΙΡΟΥΝΙΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΠΤΩΧΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Λ. Βασιλείβα, Θ. Κανελλοπούλου, Α. Αλεξοπούλου, Σ. Πουρίκη, Α. Σουλιτάτη, Ν. Κίττου, Σ. Ντουράκης
B' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, «Ιπποκράτειο» ΠΓΝΑ, Αθήνα

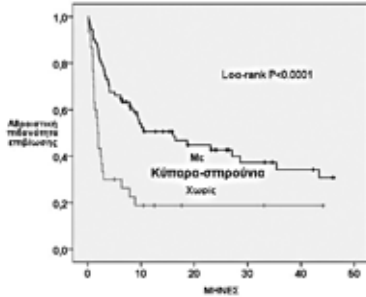
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αιμολυτική αναιμία από κύτταρα-σπιρούνια (ΑΑΚΣ) οφείλεται σε διαταραχές λιπιδίων της μεμβράνης των ερυθροκυττάρων και συναντάται σε προχωρημένη κίρρωση του ήπατος. Τα ΚΣ φέρουν προσεκβολές με αποτέλεσμα την παγίδευση και καταστροφή τους στο σπλήνα.

ΣΚΟΠΟΣ: Έλεγχος της συσχέτισης της ΑΑΚΣ με κλινικο-εργαστηριακές παραμέτρους και την επιβίωση.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη, όπου εξετάστηκε η σημασία κλινικο-εργαστηριακών παραμέτρων και κυρίως η παρουσία ΑΑΚΣ, σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν την περίοδο 2008-2011. Αποκλείστηκαν ασθενείς που στην πρώτη εκτίμηση για ένταξη στη μελέτη είχαν ενεργό λοίμωξη, ηπατονεφρικό σύνδρομο, επεισόδιο κίρρωσης ή/και ηπατοκυτταρικό καρκίνιο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπεριλήφθηκαν 116 ασθενείς (89 άνδρες), 36 με ΑΑΚΣ (ποσοστό ΚΣ >5%) και 80 χωρίς ΑΑΚΣ, ως ομάδα ελέγχου. Η διάμεση παρακολούθηση ήταν 2 (0,5-45) και 9 (0,5-47) μήνες, αντίστοιχα. Οι ασθενείς με ΑΑΚΣ είχαν βαρύτερη ηπατική νόσο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (MELD και MELD-Na, $P=0.001$), χαμηλότερη αιμοσφαιρίνη ($P=0.024$), υψηλότερη ολική χολεστερόλη ($P<0.0001$) και INR ($P=0.004$). Οι ασθενείς με παρουσία ΑΑΚΣ είχαν βραχύτερη επιβίωση (log rank $P<0.0001$). Ειδικότερα στο πρώτο, δεύτερο και τρίτο έτος παρακολούθησης, το ποσοστό επιβίωσης ήταν 23%, 23% και 19% και 52%, 42% και 41% για τους ασθενείς με και χωρίς ΑΑΚΣ, αντίστοιχα. Σημειωτέον, ότι η επιβίωση των ασθενών με ΑΑΚΣ στον πρώτο, δεύτερο και τρίτο μήνα ήταν 77%, 45% και 33%, αντίστοιχα. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση επιβίωσης, ως ανεξάρτητοι παράγοντες επιβίωσης αναδείχθηκαν, η ηλικία ($P=0.001$), το MELD-Na ($P<0.0001$) και η παρουσία ΑΑΚΣ ($P=0.009$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η παρουσία αναιμίας από κύτταρα-σπιρούνια σε κίρρωτικούς ασθενείς είναι δείκτης κακής πρόγνωσης και αποτελεί ισχυρό ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για πτωχή επιβίωση.



163. ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΧΑΜΗΛΗΣ ΔΟΣΗΣ ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Β. Παπαστεργίου¹, Δ. Σκορδά², Ν. Κώστας¹, Γ. Ντέτσας¹, Χ. Ψελλας¹, Ι. Κετίκογλου³, Λ. Παπακωνσταντίνου¹, Κ. Προδρομίδου¹, Μ. Σταμπόρη¹, Φ. Λίσγος¹, Σ. Καραταπάνης¹

¹Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, ²Παθολογική Κλινική, ΝΕΕΕ «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Αθηνών, ³Κρατική Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Ιπποκράτειο» Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι αιμοκαθαίρομενοι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) αποτελούν μια δυσχερώς θεραπευόμενη ομάδα με λίγα διαθέσιμα δεδομένα όσον αφορά στην ασφάλεια/αποτελεσματικότητα θεραπείας συνδυασμού με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη (PegIFN) και ριμπαβιρίνη (RBV).

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθεί η ασφάλεια και αποτελεσματικότητα συνδυασμένης αντιικής αγωγής με PegIFN και εξατομικευμένη χαμηλής-δόσης RBV σε αιμοκαθαίρομενους με ΧΗC.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε μία προοπτική, ανοιχτή μελέτη μονού σκέλους, συμπεριλήφθηκαν 14 ασθενείς με ΧΗC (Α/Γ: 8/6, γονότυπος 1/3/4: 7/3/4) και ιστορικό αιμοκάθαρσης τουλάχιστον από έτους. Ετέθησαν σε αγωγή με PegIFN-a/2a υποδοριώς (δόση έναρξης: 135 μg/εβδομάδα) και από του στόματος RBV (δόση έναρξης: 200 mg/δεύτερη ημέρα) για 24-48 εβδομάδες βάσει γονότυπου. Η PegIFN-a/2a προτιμήθηκε καθότι μεταβολίζεται κυρίως από το ήπαρ. Προηγούμενος και κατά τη διάρκεια της μελέτης όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν ερυθροποιητίνη στις συνιστώμενες δόσεις. Τα επίπεδα πλάσματος RBV προσδιορίζονται ανά 2 εβδομάδες, πριν από τη συνεδρία αιμοκάθαρσης, και ≥ 24 h από την τελευταία λήψη φαρμάκου, με χρήση μεθόδου υγρής χρωματογραφίας (HPLC assay). Γινόταν προσαρμογή της δόσης για διατήρηση επιπέδων-στόχου RBV 1.5-2.5 μg/ml. Η επίτευξη παρατεταμένης ιολογικής ανταπόκρισης (SVR) και η εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων ήταν τα καταληκτικά σημεία της μελέτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, SVR παρατηρήθηκε σε 8 ασθενείς (57.1% σε κατα πρόθεση θεραπείας ανάλυση, Α/Γ: 5/3, γονότυπος 1/3/4: 3/3/2) των ασθενών. Η αναιμία αποτέλεσε το συχνότερο ανεπιθύμητο συμβάν. Μετάγγιση 2-4 μονάδων ΣΕ έγινε σε 4 ασθενείς λόγω πτώσης της αιμοσφαιρίνης <8 mg/dl. Παρά της αυξανόμενης δόσης ερυθροποιητίνης και τις μεταγγίσεις, χρειάστηκε να γίνει διακοπή της RBV σε 2 ασθενείς (εβδομάδα 12 και 32). Αμφότεροι δεν ανταποκρίθηκαν στην αντιική αγωγή. Η PegIFN ήταν γενικά καλώς ανεκτή παρότι ήπια συμβάντα τύπου γριπώδους συνδρομής και κόπωσης ήταν κοινά σε όλους τους ασθενείς. Μείωση της δόσης σε 90 μg/εβδομάδα χρειάστηκε σε 1 ασθενή λόγω ουδετεροπενίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προσθήκη εξατομικευμένων χαμηλών δόσεων RBV δύναται να αποτελέσει ασφαλή στρατηγική βελτίωσης της αντιικής αποτελεσματικότητας σε αιμοκαθαίρομενους με ΧΗC.

162. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΓΟΝΟΤΥΠΟΥ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ ΚΑΙ ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΠΡΩΙΜΩΝ ΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΣΤΑΘΕΡΗΣ ΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ.

Β. Παπαστεργίου¹, Λ. Σκορδά², Γ. Ντέτσας¹, Ν. Κώστας¹, Φ. Λίσγος¹, Ι. Κετίκογλου³, Μ. Σταμπόρη¹, Λ. Παπακωνσταντίνου¹, Θ. Πλακομήτη¹, Σ. Καραταπάνης¹

¹Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, ²Παθολογική Κλινική, ΝΕΕΕ «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Αθηνών, ³Κρατική Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο γονότυπος 5 του ιού της ηπατίτιδας C (HCV-5) αποτελεί σπάνιο γονότυπο με λίγα διαθέσιμα επιδημιολογικά και θεραπευτικά δεδομένα, για τον οποίο το ενδεχόμενο εξατομίκευσης της θεραπείας με βάση την πρώιμη ιολογική κινητική δεν έχει ποτέ μελετηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Σε ασθενείς με HCV-5, να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα θεραπείας με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη (PegIFN) και ριμπαβιρίνη (RBV), καθώς και η προγνωστική αξία πρώιμων ιολογικών δεικτών ως προς την επίτευξη σταθερής ιολογικής ανταπόκρισης (SVR).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε μία προοπτική, ανοιχτή μελέτη μονού σκέλους, συμπεριλήφθηκαν 22 πρωτοθεραπευόμενοι ασθενείς με HCV-5 (Α/Γ: 5/17, μέση ηλικία: 60.2±5.5 έτη). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν θεραπεία συνδυασμού με PegIFN και RBV διάρκειας 48 εβδομάδων. Ως ταχεία (RVR), πρώιμη (EVR), ανταπόκριση 24 εβδομάδων (24-wkVR), ανταπόκριση στο τέλος της θεραπείας (EOT) και σταθερή ιολογική ανταπόκριση (SVR) ορίστηκε η μη-ανίχνευση ιικού φορτίου κατά τις εβδομάδες 4, 12, 24, 48 και 72 από την έναρξη της αγωγής αντιστοίχως.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Προχωρημένη ηπατική ίνωση (Metavir F3-F4) και υψηλό προθεραπευτικό ιικό φορτίο (>800000 IU/ml) παρατηρήθηκαν σε 68.2% και 59.1% αντίστοιχα. Δεκατέσσερις (63.6%) παρουσίασαν SVR ενώ RVR, EVR και 24-wkVR παρατηρήθηκαν σε 13 (59.1%), 20 (90.9%) και 19 (86.4%) ασθενείς. Όλοι οι ασθενείς με 24-wkVR παρέμειναν HCV-RNA αρνητικοί ως το τέλος των 48 εβδομάδων της αγωγής, ωστόσο 5 (26.4%) εξ αυτών παρουσίασαν ιολογική υποτροπή πριν από το τέλος των 72 εβδομάδων παρακολούθησης. Η θετική/αρνητική προγνωστική αξία (positive/negative predictive value) των επιμέρους πρώιμων ιολογικών δεικτών ως προς την επίτευξη SVR ήταν RVR: 92.3%/77.8%, EVR: 70%/100%, 24-wkVR: 68.4%/66.7%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με HCV-5 παρουσιάζουν καλή ανταπόκριση στη συνδυασμένη αγωγή με PegIFN και RBV (SVR: 63.6%) με το ενδεχόμενο μη-ανταπόκρισης να οφείλεται κυρίως σε εμφάνιση ιολογικής υποτροπής μετά το πέρας των 48 εβδομάδων θεραπείας. Πρώιμοι ιολογικοί δείκτες (RVR, EVR) προβλέπουν με ακρίβεια την τελική έκβαση της θεραπείας και θα μπορούσαν να υποστηρίξουν ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό αλγόριθμο σε ασθενείς με HCV-5.

164. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

165. Η F18-FDG-PET/CT ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΟΝΗΡΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΟΖΩΝ (SPN): Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΩΝ ΛΗΨΕΩΝ

Φ. Βλάχου, Β. Φιλιππίη, Δ. Νικάκη, Δ. Σαββίδου, Δ. Αντωνίου, Ι. Ανδρέου, Κ. Γώγος, Β. Παπουτσής, Ρ. Ευθυμιάδου, Β. Πρασόπουλος

Τμήμα PET/CT, ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Λαμβάνοντας υπόψη ότι το μέγεθος ενός SPN, ο ιστολογικός τύπος και φλεγμονώδεις διαδικασίες μπορούν να προκαλέσουν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα, εξετάσαμε τον πιθανό ρόλο προσθήκης καθυστερημένης απεικόνισης PET στην καθιερωμένη λήψη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 17 ασθενείς υποβλήθηκαν σε F18-FDG-PET/CT απεικόνιση 60 (καθιερωμένη λήψη) και 120 λεπτά (καθυστερημένη λήψη) μετά τη χορήγηση 18F-FDG. 8 είχαν SPN <1 cm, 6 SPN 1-2 cm και 3 SPN >2 cm. Έγινε εκτίμηση της πρόσληψης (SUVmax) του ραδιοφαρμάκου από τον όζο στην καθιερωμένη και στην καθυστερημένη λήψη. ιστολογική επιβεβαίωση ή εξάμηνη παρακολούθηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 8 ασθενείς με SPN ≤1 cm ο μέσος όρος (μo) του SUVmax στην καθιερωμένη λήψη ήταν 1,7, αντίστοιχα στην καθυστερημένη 2,1. Σε 1/8 υπήρχε απουσία πρόσληψης στις πρώιμες και καθυστερημένες λήψεις και αποδείχθηκε καλοήθης. 1/8 είχε SUVmax 1,2 στην καθιερωμένη λήψη και 1,5 στην καθυστερημένη, αλλά καλοήθη μορφολογικά χαρακτηριστικά, και ο ασθενής ετέθη σε παρακολούθηση. Για 6/8 ασθενείς το καθυστερημένο SUVmax ήταν μεγαλύτερο από αυτό της πρώτης απεικόνισης, αυξημένο 1-1,38 φορές και τελική διάγνωση αδενοκαρκινώματος. Σε 6 ασθενείς με όζους 1-2cm μo SUVmax πρώτων λήψεων ήταν 1,97 και καθυστερημένων 2,75. Σε 2/6 SUVmax καθυστερημένης λήψης ήταν μικρότερο από αυτό της πρώτης και οι ασθενείς ετέθησαν σε παρακολούθηση. Σε 4/6 καθυστερημένο SUVmax αυξήθηκε 1,2-2,9 φορές με τελική διάγνωση νευροενδοκρινή όγκο για 2 περιστατικά και αδενοκαρκίνωμα για 2. Σε 3 ασθενείς με SPN >2 cm μo SUVmax καθιερωμένης λήψης 4,8, μo καθυστερημένης 6,1 (μεγαλύτερο 1,28-1,48 φορές) και τελική διάγνωση αδενοκαρκίνωμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Προσθήκη καθυστερημένων λήψεων FDG-PET μπορεί να είναι χρήσιμη στη διαφοροδιάγνωση μονήρων πνευμονικών όζων ειδικά μικρού μεγέθους. Γενικά, αύξηση της πρόσληψης με το χρόνο σχετίζεται με κακοήθεια ενώ μείωση με λιγότερο επιθετικές βλάβες.

166. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ PET/CT ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ HODGKIN (HD) ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΥΤΟΛΟΓΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Δ. Νικάκη, Δ. Κεχαγιάς, Φ. Βλάχου, Β. Φιλιππίη, Θ. Πιπτικός, Ι. Ανδρέου, Κ. Νταλιάνης, Κ. Γώγος, Ρ. Ευθυμιάδου, Β. Πρασόπουλος

Τμήμα PET/CT, ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ

ΣΚΟΠΟΣ: α) Η συσχέτιση της προ-μεταμοσχευτικής με τη μετα-μεταμοσχευτικής PET, β) η συσχέτιση της μετα-μεταμοσχευτικής PET με την τελική έκβαση της νόσου σε ασθενείς με HD που υποβλήθηκαν σε αυτόλογη μεταμόσχευση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 41 ασθενείς με HD συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. 36/41 υποβλήθηκαν σε PET/CT προ μεταμόσχευσης (1^η PET), 41/41 μεταμοσχευτικά (2^η PET). Τα δεδομένα 9-48 μηνών παρακολούθησης ήταν διαθέσιμα για 24/41. Εξωλεμφαδενική νόσος (ELN) και επιπλέον θεραπεία (χημειο-ακτινοθεραπεία) μεταξύ των δύο PET/CT εξετάσεων συνεκτιμήθηκαν. SUVmax 2,5 χρησιμοποιήθηκε για διάκριση θετικών και αρνητικών αποτελεσμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 29/36 PET μελέτες ήταν θετικές προ-μεταμόσχευσης. 19/29 έλαβαν επιπλέον θεραπεία μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} PET και η PET παρέμεινε θετική για 10 (8 με ELN). Οι 10/29 δεν έλαβαν επιπλέον θεραπεία και η PET έγινε αρνητική για 4 (2 με ELN) και θετική για 5 (2 με ELN). Σε 1/10 ασθενή η 2^η PET ήταν αρνητική, έγινε θετική 3 μήνες μετά, ο ασθενής έλαβε επιπλέον θεραπεία και τελικά έφτασε σε πλήρη ανταπόκριση. Για 7/36 το προμεταμοσχευτικό PET ήταν αρνητικό, κανείς δεν έλαβε επιπλέον θεραπεία και η PET παρέμεινε αρνητική για 6/7. Για 24/41 ασθενείς ήταν διαθέσιμα δεδομένα παρακολούθησης. 2/24 με θετική μεταμοσχευτική PET συνέχισαν να έχουν ενεργή νόσο. 2/24 με θετική μεταμοσχευτική PET έφτασαν σε πλήρη ύφεση. 7/24 ασθενείς με αρνητική 2^η PET συνέχισαν να είναι σε πλήρη ύφεση. Για 3/24 με αρνητική μεταμοσχευτική PET υπήρξε υποτροπή της νόσου. 1/24 διεγνώσθη με δεύτερο πρωτοπαθή όγκο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αρνητική προ-μεταμοσχευτική PET μελέτη διασφαλίζει αρνητική μεταμοσχευτική και καλή έκβαση νόσου. Ασθενείς με θετική προμεταμοσχευτική PET και ειδικά ασθενείς με εξωλεμφαδενικές υπερμεταβολικές βλάβες είναι πιθανότερο να έχουν θετική μετα-μεταμοσχευτική PET και παρατεταμένη πορεία νόσου.

167. Η F18-FCH PET/CT ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΑΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Δ. Νικάκη, Δ. Κεχαγιάς, Φ. Βλάχου, Β. Φιλιππίη, Δ. Αντωνίου, Ι. Ανδρέου, Κ. Νταλιάνης, Σ. Μερσιόγλου, Ρ. Ευθυμιάδου, Β. Πρασόπουλος

Τμήμα PET/CT, ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναδρομική διερεύνηση του ρόλου της FCH-PET/CT στην επανασταδιοποίηση ασθενών με καρκίνο του προστάτη.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: 21 ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, που είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε θεραπεία, αναφέρθηκαν στο τμήμα μας για FCH-PET/CT λόγω αυξημένων ή αυξανόμενων επιπέδων PSA. Πραγματοποιήθηκε ολόσωμη PET/CT 60 λεπτά μετά τη χορήγηση του ραδιοφαρμάκου. Τα ευρήματα της PET συγκρίθηκαν με αυτά του λοιπού απεικονιστικού ελέγχου για οστικές μεταστάσεις (CT, MRI, σπινθηρογράφημα οστών), (αριθμός ασθενών 21) και με την MRI για τοπική υποτροπή – λεμφαδενική διήθηση (αριθμός ασθενών 11).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οστικές μεταστάσεις: ο λοιπός απεικονιστικός έλεγχος ήταν θετικός σε 4 περιπτώσεις, ενώ η PET σε 3/4. Σε 1/4, οι απεικονιζόμενες οστεοσκληρυντικές βλάβες στη CT δεν προσλάμβαναν FCH. Η συμβατική απεικόνιση ήταν μη διαγνωστική σε 4 περιστατικά; η PET ήταν αρνητική σε 3/4 και θετική (πολλαπλές βλάβες) σε 1/4. Η συμβατική απεικόνιση ήταν αρνητική σε 13 ενώ η PET θετική σε 2/13 και αρνητική σε 11/13.

Τοπική υποτροπή/λεμφαδενική διήθηση: Η MRI ήταν αρνητική σε 6/11 περιστατικά, εκ των οποίων η PET ήταν αρνητική σε 3 και θετική σε 3 (μικροί <1 εκ λεμφαδένες). Η MRI ήταν θετική σε 4 περιπτώσεις, ενώ η PET αρνητική σε 1/4 και θετική σε 3/4 (σε 1/3 λεμφαδενική διήθηση στην PET- απουσα στην MRI). Σε ένα περιστατικό η MRI ήταν μη διαγνωστική ενώ η PET θετική για τοπική υποτροπή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η FCH PET/CT είναι μια υποσχόμενη ολόσωμη απεικονιστική μέθοδος για ασθενείς με καρκίνο του προστάτη. Ο κύριος ρόλος της σε αυτούς τους ασθενείς έγκειται στην εκτίμηση μικρών λεμφαδένων και αμφιβόλων βλαβών στις συμβατικές απεικονιστικές μεθόδους- ειδικά στην κοίτη του προστάτη- όπως και για τον οστικό έλεγχο.

168. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ (ΤΥΠΟΥ II) ΤΟΥ Α2 ΣΠΟΝΔΥΛΟΥ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μ. Τσιτσικάκη, Δ. Φιλιππίδης, Α. Μαζιώτη, Χ. Κωνσταντός, Ε. Αλεξοπούλου, Ν. Κελέκης, Α. Κελέκης

Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της διαδερμικής σπονδυλοπλαστικής στην αντιμετώπιση καταγμάτων τύπου II και τύπου III του Α2 σπονδύλου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομικά μελετήθηκαν οι περιπτώσεις 3 ασθενών με κατάγματα τύπου II του Α2 σπονδύλου. Υπό γενική αναισθησία και εκτεταμένη τοπική αναισθησία πραγματοποιήθηκε διαδερμική σπονδυλοπλαστική. Υπό ακτινοσκόπηση και διαστοματική προσπέλαση προωθήθηκε αυλοφόρος βελόνη (15 G, 150 mm) στον Α2 σπόνδυλο. Η τελική θέση της βελόνας στη μεσότητα του σπονδύλου επιβεβαιώθηκε ακτινοσκοπικά μετά από έγχυση μικρής ποσότητας σκιαγραφικού μέσου. Ακολούθησε υπό συνεχή ακτινοσκόπηση ενδοσπονδυλική έγχυση πολυμερούς PMMA. Την επόμενη ημέρα πραγματοποιήθηκε Υπολογιστική Τομογραφία για τον έλεγχο της διασποράς του πολυμερούς και για τον έλεγχο πιθανών διαφυγών. Χρησιμοποιήθηκε το Ελληνικό Δελτίο Πόνου (που περιέχει βαθμολογημένες κλίμακες άλγους) για την καταγραφή του άλγους και της μείωσης κινητικότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη μας, και στους 3 ασθενείς παρατηρήθηκε πλήρης αποδρομή του άλγους. Όλοι οι ασθενείς σταδιακά επανήλθαν στις αρχικές τους δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς. Δεν παρατηρήθηκαν κλινικά σημαντικές διαφυγές ή άλλες επιπλοκές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Συμπερασματικά η διαδερμική σπονδυλοπλαστική αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης καταγμάτων Α2 σπονδύλου τύπου II προσφέροντας μια ελκυστική εναλλακτική στις ήδη υπάρχουσες χειρουργικές τεχνικές.

169. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΥΠΟ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΤΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ (ΥΤ): ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

Μ. Τσιτσάκη, Δ. Φιλιππίδης, Γ. Βελονάκης, Α. Μαζιώτη, Σ. Αργέντος, Α. Κελέκης, Ν. Κελέκης

Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο πνευμοθώρακας αποτελεί συχνή επιπλοκή της διαδερμικής βιοψίας πνεύμονα. Η μείωση της συχνότητάς του αποτελεί αντικείμενο ιατρικής έρευνας.

Σκοπός της μελέτης μας είναι η αξιολόγηση της επίδρασης της τοποθέτησης του ασθενούς στην εμφάνιση πνευμοθώρακα. Ελέγχθηκε η τοποθέτηση ασθενών σε πλάγια θέση με το ημιθωράκιο που θα υποστεί βιοψία προς τα κάτω σε ΥΤ καθοδηγούμενες βιοψίες πνεύμονα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναδρομική μελέτη 193 βιοψιών πνεύμονα υπό ΥΤ καθοδήγηση σε διάρκεια 36 μηνών. Σε 158 ασθενείς (ομάδα Α) πραγματοποιήθηκε βιοψία σε ύπτια, πρηνή, ή πλάγια θέση με το ημιθωράκιο που εντοπιζόταν η αλλοίωση προς τα άνω, ενώ σε 35 ασθενείς (ομάδα Β) σε πλάγια θέση με την πλευρά της βλάβης προς τα κάτω. Πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση και μελέτη των ποσοστών εμφάνισης πνευμοθώρακα και κλινικά σημαντικού πνευμοθώρακα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα Α παρατηρήθηκε πνευμοθώρακας σε 25 ασθενείς (15.9%), έναντι 1 (2.9%) στην ομάδα Β ($p=0.042$). Από τους πνευμοθώρακες της ομάδας Α κλινικά σημαντικοί ήταν 10 (15%), έναντι 0 (0%) της ομάδας Β. Το μέγεθος της αλλοίωσης και οι εμψυσηματικές αλλοιώσεις ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για πνευμοθώρακα, ενώ οι εμψυσηματικές αλλοιώσεις στην πορεία της βελόνας ήταν ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για κλινικά σημαντικό πνευμοθώρακα. Δεν αναγνωρίστηκε ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου στην ομάδα Β.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τοποθέτηση του ασθενή σε πλάγια θέση με τη μεριά της βλάβης προς τα κάτω σε διαδερμικές βιοψίες υπό ΥΤ καθοδήγηση μειώνει τις συχνότητες εμφάνισης πνευμοθώρακα, κλινικά σημαντικού πνευμοθώρακα και την επιρροή παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου.

170. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΟΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΣ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΟΓΚΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΜΙΚΡΟΚΥΜΑΤΩΝ ΥΨΗΛΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

Β. Παπαλουκά, Δ. Φιλιππίδης, Μ. Μαδεμλή, Α. Μαράτος, Α. Μαζιώτη, Α. Κελέκης, Ν. Κελέκης

Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος της αναδρομικής αυτής μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της ασφάλειας και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας (κλινική/τεχνική επιτυχία στον τοπικό έλεγχο της νόσου) της θερμοκαυτηρίασης κακοήθων αλλοιώσεων με τη χρήση γεννήτριας μικροκυμάτων υψηλής ενέργειας υπο την καθοδήγηση πολυτομικού αξονικού τομογράφου (CT-MWA).

ΥΛΙΚΑ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μεταξύ Σεπτεμβρίου 2010 και Μαΐου 2012, 35 ασθενείς με εστιακές κακοήθεις αλλοιώσεις (27/8 άρρενες / θήλειες) υποβλήθηκαν σε CT-MWA με τη χρήση υψηλής ενέργειας συστήματος (AMICA system, με παροχή έως και 100 W συνεχούς κύματος σε 2450 MHz). Οι αλλοιώσεις περιελάμβαναν: νεφροκυτταρικό καρκίνωμα (3), οστικές μεταστάσεις υφής μαλακών μορίων (4) και εστιακές αλλοιώσεις ήπατος (28) εκ των οποίων: ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (16), χολαγγειοκαρκίνωμα (1) και ηπατικές μεταστάσεις (11) [7/4 από καρκίνο του παχέος εντέρου / πνεύμονα]. Η μέση διάμετρος των αλλοιώσεων ήταν $2,9 \pm 1,5$ cm. Μία 16 G αντένα μικροκυμάτων τοποθετήθηκε διαδερμικά εντός του όγκου υπό την καθοδήγηση αξονικού τομογράφου. Κάθε συνεδρία θερμοκαυτηρίασης διήρκεσε 3 -10 λεπτά ανάλογα με το μέγεθος της αλλοίωσης και το πρωτόκολλο καυτηρίασης. Στα πλαίσια παρακολούθησης της νόσου διενεργήθηκε Αξονική Τομογραφία με IV σκιαγραφική ουσία αμέσως μετά το θερμοκαυτηριασμό καθώς και Gd-DTPA Μαγνητική Τομογραφία κατά τον 1^ο και κάθε 3^ο μήνα μετά τη θεραπεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε πλήρη νέκρωση της βλάβης σε 31/35 (88,6%) ασθενείς ενώ αποκάλυψε υπολειμματικό κακοήθη ιστό σε 4/35 (11,4%) ασθενείς οι οποίοι χρειάστηκε να υποβληθούν σε μια δεύτερη συνεδρία (3/4) ακόμη και σε τρίτη συνεδρία (1/4) για την πλήρη καταστροφή του όγκου. Δεν αναφέρθηκε θάνατος ή μείζονες επιπλοκές. Ελάσσονες επιπλοκές περιελάμβαναν μικρό υποκόκκιο αιμάτωμα ήπατος (1 ασθενής), δερματικό συρίγγιο (1 ασθενής) και κλινικά μη σημαντικό πνευμοθώρακα (2 ασθενείς με αλλοιώσεις στην υποδιαφραγματική μοίρα του ήπατος).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση υψηλής ενέργειας συστήματος CT-MW θερμοκαυτηρίασης (έως 100 W συνεχούς κύματος σε 2450 MHz) είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική εναλλακτική μέθοδος σε ήδη υπάρχοντα συστήματα μικροκυμάτων με συγκρίσιμες δυνατότητες και ποσοστά επιπλοκών. Τυχαίοποιημένες, συγκριτικές κλινικές μελέτες κρίνονται απαραίτητες για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων.

171. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ F18-FDG-PET/CT ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΑΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΗΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ.

Φ. Βλάχου, Β. Φιλιππίδη, Α. Νικάκη, Ι. Ανδρέου, Δ. Κεχαγιάς, Σ. Μερσιόγλου, Β. Παπουτσής, Ρ. Ευθυμιάδου, Β. Πρασόπουλος
Τμήμα PET/CT, ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της F18-FDG-PET/CT στην επανασταδιοποίηση ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου μετά θεραπεία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 34 PET/CT εξετάσεις, 28 ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου αξιολογήθηκαν αναδρομικά. Όλες είχαν λάβει την κατάλληλη θεραπεία σύμφωνα με το στάδιο της νόσου (χειρουργική αφαίρεση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) και αναφέρθηκαν στο τμήμα PET/CT για επανασταδιοποίηση της νόσου. Οι εξεταζόμενες είχαν προηγουμένως επανασταδιοποιηθεί με συμβατική απεικονιστική μέθοδο (CT). Πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των δύο απεικονιστικών τεχνικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 11/34 (32,3%) των περιστατικών τόσο η CT όσο και η PET/CT μελέτες ήταν θετικές. Σε 1/11 η PET μελέτη αποκάλυψε περισσότερες μεταστατικές βλάβες (λεμφαδενική και οστική νόσο), ενώ η PET δεν ανέδειξε μικρούς πνευμονικούς όζους σε δύο περιπτώσεις και μία μικρή πνευμονική μετάσταση σε μία περίπτωση. Σε 2/34 (5,8) των περιπτώσεων η CT ήταν θετική (πνευμονικούς όζους) αλλά η PET μελέτη αρνητική καθώς οι ανωτέρω όζοι δεν συγκέντρωναν το ραδιοφάρμακο. Σε 6/34 περιπτώσεις (17,6%), τόσο η CT όσο και η PET ήταν αρνητικές. Σε 5/34 περιστατικά (14,7%), η CT ήταν αρνητική ενώ η PET θετική (λεμφαδένες, περιτοναϊκές εμψυτεύσεις, οστικές μεταστάσεις και τοπική νόσος). Σε 10 (30%) περιστατικά η CT ήταν σταθερή συγκρινόμενη με προηγούμενη μελέτη ή αμφίβολη. Η PET ήταν θετική σε 4/10 (λεμφαδενική διήθηση σε 3, τοπική νόσος σε 1), αρνητική για 5/10 (όλα αληθώς αρνητικά σε παρακολούθηση 3ετίας) και αμφίβολη σε 1/10.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η PET/CT είναι μια ολόσωμη απεικονιστική μέθοδος, χρήσιμη στην επανασταδιοποίηση ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου, με γενικά υψηλότερη ακρίβεια συγκρινόμενη με τις συμβατικές απεικονιστικές τεχνικές. Ειδικότερα, είναι χρήσιμη στο χαρακτηρισμό λεμφαδένων, περιτοναϊκών διηθήσεων, τοπικής νόσου και οστικών μεταστάσεων. Χρειάζεται προσοχή στην εκτίμηση μικρών πνευμονικών οζιδίων και μικρών ηπατικών βλαβών.

172. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΚΟΛΟΥΘΙΑΣ DIFFUSION ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΛΕΜΦΩΜΑΤΩΝ

Α. Ψαρούλα¹, Γ. Καλύβα¹, Ι. Τσούγκος², Μ. Ιωάννου³, Κ. Πατεράκης⁴, Ε. Καφαλάκη¹, Κ. Φούντας⁴, Ι. Φεζουλίδης¹

¹Εργαστήριο Ακτινολογίας-Ιατρικής Απεικόνισης, ²Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής,

³Παθολογανατομικό Εργαστήριο, ⁴Νευροχειρουργική κλινική

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της ευαισθησίας και της ειδικότητας της ακολουθίας diffusion (DWI) των πρωτοπαθών λεμφωμάτων εγκεφάλου από άλλους όγκους του εγκεφάλου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην παρούσα αναδρομική κλινική μελέτη συμπεριλαμβάνονται 8 ασθενείς με μονήρεις πρωτοπαθείς εξεργασίες εγκεφάλου που υποβλήθηκαν σε Μαγνητική Τομογραφία (MT) εγκεφάλου. Σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε ακολουθία διάχυσης (DWI) προεγχειρητικά και η πιθανή διάγνωση ήταν πρωτοπαθές λέμφωμα εγκεφάλου. Οι αλλοιώσεις στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου αναγνωρίζονταν ως σαφώς αφορισζόμενες ομοιογενείς εξεργασίες, περιβάλλονταν από ποσότητα οίδηματος, προσλάμβαναν έντονα και ομοιογενώς το σκιαγραφικό και εμφανίζαν περιορισμό της διάχυσης. Πέντε από τους οκτώ ασθενείς υποβλήθηκαν σε μαγνητική φασματοσκοπία πρωτονίων. Επτά ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική εξαίρεση της βλάβης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 8 ασθενείς, σε 7 η απεικονιστική διάγνωση ήταν λέμφωμα και σε έναν δεν μπόρεσε να διαφοροδιαγνωστεί η πιθανότητα λεμφώματος και μετάστασης. Η παθολογοανατομική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση του λεμφώματος σε 6 ασθενείς ενώ στον ασθενή με προεγχειρητικό διαφοροδιαγνωστικό δίλημμα, η ιστολογική διάγνωση ήταν μικροκυτταρικό γλοίωμα. Ο ασθενής που δεν χειρουργήθηκε επιβίωσε εντός μηνός από τη διάγνωση και δεν έχουμε ιστολογική επιβεβαίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου με την εφαρμογή της ακολουθίας διάχυσης συμβάλλει στην προεγχειρητική διάγνωση του λεμφώματος με πολύ μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα, συνεισφέροντας στη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών αυτών.

173. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

174. ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΟΙ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

N. Βλαχάδης

Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της εξέλιξης του αριθμού διπλωματούχων των προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών (ΠΜΣ) των ιατρικών σχολών της Ελλάδας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα προέρχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ) και παρουσιάζονται μετά από αξιολόγηση, επεξεργασία και στατιστική ανάλυση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζονται αναλυτικά, κατά έτος και κατά φύλο οι απόφοιτοι των ΠΜΣ των ιατρικών σχολών της χώρας από το ακαδημαϊκό έτος 1995-96 ως και το 2009-2010, καθώς και οι διαχρονικές εξελίξεις. Οι πρώτοι απόφοιτοι ΠΜΣ από Ελληνική ιατρική σχολή καταγράφονται το ακαδημαϊκό έτος 1995-96 από το τμήμα ιατρικής του πανεπιστημίου Πάτρας. Κατά τη δεκαπενταετία αυτή, οι διπλωματούχοι ΠΜΣ των ιατρικών σχολών της Ελλάδας αυξήθηκαν κατά ~23 φορές (από 25 το 1995-96, σε 571 το 2009-10, μέση ετήσια % αύξηση, annual percent change, APC=25%). Την τελευταία πενταετία αντιστοιχούν ένας απόφοιτος ΠΜΣ σε 3,5 πτυχιούχους και 1,4 διδάκτορες ιατρικής. Η αναλογία αποφοίτων διδακτορικού προς τους απόφοιτους ΠΜΣ κυμαίνεται στις περιφερικές ιατρικές σχολές από 0,1 (Ιωάννινα) ως 0,9 (Θράκη και Θεσσαλία), ενώ στις ιατρικές σχολές Αθήνας και Θεσσαλονίκης είναι 1,5 και 5,0, αντίστοιχα. Παρουσιάζεται σαφής επικράτηση των γυναικών έναντι των ανδρών αποφοίτων ΠΜΣ. Το συνολικό ποσοστό γυναικών αποφοίτων ΠΜΣ είναι 58,0% και βαίνει διαχρονικά αυξανόμενο: η αναλογία γυναίκες/άνδρες την τελευταία πενταετία (2005-2010) αυξήθηκε κατά 57% σε σύγκριση με την πρώτη πενταετία (1995-2000): OR=1,57, 95%CI: 1,16-2,13, p=0,003. Η αναλογία γυναίκες/άνδρες των διπλωματούχων ΠΜΣ είναι 40% μεγαλύτερη, σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ιατρικής (OR=1,40, 95%CI: 1,29-1,53, p<0,001) και 2,3 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με τους διδάκτορες (OR=2,30, 95%CI: 2,08-2,55, p<0,001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μεταπτυχιακές σπουδές στις ιατρικές σχολές της Ελλάδας σε λιγότερο από δύο δεκαετίες γνώρισαν ταχεία ανάπτυξη και εκθετική αύξηση των αποφοίτων τους οι οποίοι έχουν ξεπεράσει τον αριθμό των διδακτόρων στις περιφερικές ιατρικές σχολές.

175. ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

N. Βλαχάδης

Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και στατιστική ανάλυση των προτιμήσεων των νέων ιατρών για την επιλογή ειδικότητας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα προέρχονται από την περιφέρεια Αττικής και αφορούν στο σύνολο των αιτήσεων ιατρών για άσκηση σε πλήρη ειδικότητα στα νοσοκομεία των νομαρχιών Αθήνας και Πειραιά κατά το έτος 2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο συνολικός αριθμός των θέσεων άσκησης πλήρους ειδίκευσης στα νοσοκομεία της περιφέρειας Αττικής είναι 4.484 (37 ειδικότητες). Ο συνολικός αριθμός των αιτήσεων κατά τη διάρκεια του 2012 είναι 1.046, με επικράτηση των γυναικών (535, 51,1%) έναντι των ανδρών (511, 48,9%). Σε 23 ειδικότητες (62,2%) υπερτερούν οι αιτήσεις των γυναικών και σε 13 (35,1%) αυτές των ανδρών ιατρών. Οι ειδικότητες με τον μεγαλύτερο αριθμό αιτήσεων συνολικά είναι η παθολογία (95), η παιδιατρική (83) και η καρδιολογία (77). Οι ειδικότητες με τη μεγαλύτερη ζήτηση είναι η πλαστική χειρουργική και η νευρολογία (λόγος ετησίως προσφερόμενων θέσεων πλήρους ειδίκευσης/αριθμό αιτήσεων: 0,46) και αυτές με τη μικρότερη ζήτηση είναι η αλλεργιολογία και η βιοπαθολογία (4,50 και 2,81, αντίστοιχα). Συνολικά σε 19 ειδικότητες φαίνεται να μειώνεται η αναμονή και σε 18 να αυξάνει (λόγος ετησίως προσφερόμενων θέσεων πλήρους ειδίκευσης/αριθμό αιτήσεων >1 και <1, αντίστοιχα). Οι πλέον δημοφιλείς ειδικότητες σε απόλυτο αριθμό προτιμήσεων μεταξύ των ανδρών είναι η χειρουργική (60), η καρδιολογία (50) και η παθολογία (48) και μεταξύ των γυναικών η παιδιατρική (74), η παθολογία (47) και η μαιευτική-γυναικολογία (38). Οι ειδικότητες με το υψηλότερο % ποσοστό αιτήσεων γυναικών είναι η παιδιατρική (89,2%) και η παιδοψυχιατρική (85,7%) και ανδρών: η χειρουργική θώρακος και η αγγειοχειρουργική (100%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αναδεικνύεται έντονη ανισοκατανομή των προτιμήσεων των νέων ιατρών με αποτέλεσμα περίπου στο ένα ήμισυ (μη δημοφιλείς ειδικότητες) οι δηλώσεις να είναι λιγότερες από τις ετησίως προσφερόμενες θέσεις και στο άλλο ήμισυ των περιζήτητων ειδικοτήτων να αναμένεται αύξηση της αναμονής.

176. ΧΡΟΝΟΙ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΑΘΗΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΙΡΑΙΑ

N. Βλαχάδης

Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και στατιστική ανάλυση των χρόνων αναμονής διορισμού για άσκηση πλήρους ειδικότητας των ιατρών στα νοσοκομεία Αθήνας και Πειραιά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα προέρχονται από τις ιστοσελίδες των νομαρχιών Αθήνας και Πειραιά στο διαδίκτυο, αφορούν στο σύνολο των διορισμών ιατρών για άσκηση σε πλήρη ειδικότητα στα νοσοκομεία Αθήνας και Πειραιά κατά το έτος 2011 (1.300 διορισμοί) και παρουσιάζονται μετά από αξιολόγηση και στατιστική ανάλυση του συγγραφέα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζονται τα στοιχεία για 33 ιατρικές ειδικότητες. Δεν περιλαμβάνονται οι ειδικότητες της ψυχιατρικής, της νευρολογίας, της παιδοψυχιατρικής και της φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, λόγω της πρόσφατης αλλαγής του τρόπου δηλώσεων σε αυτές. Δεν περιλαμβάνονται οι διορισμοί υπεραριθμικών. Ως χρόνος αναμονής θεωρείται το χρονικό διάστημα μεταξύ της ημερομηνίας κατάθεσης της αίτησης και της ημερομηνίας υπογραφής του διορισμού για άσκηση σε πλήρη ειδικότητα. Για καθεμία ιατρική ειδικότητα παρουσιάζονται: ο συνολικός αριθμός διορισμών το 2011, ο μέσος χρόνος αναμονής, οι ακραίες τιμές (μέγιστος και ελάχιστος χρόνος αναμονής ανά ειδικότητα) και η διαφορά μεταξύ των ακραίων τιμών (εύρος κατανομής). Ο μέσος χρόνος αναμονής για πλήρη ειδικότητα ήταν 41,5 μήνες ανά νοσοκομείο και 42,1 μήνες ανά ιατρό (~3,5 έτη). Οι μεγαλύτεροι μέσοι χρόνοι αναμονής (σε μήνες) καταγράφηκαν για την ενδοκρινολογία (72,7), την πλαστική χειρουργική (71,6) και την παιδιατρική (64,6), και οι μικρότεροι για την ακτινοθεραπευτική ογκολογία (5,2), την παθολογική ανατομική (10,3) και την αιματολογία (12,5). Τεράστιες διαφορές χρόνου αναμονής για την ίδια ειδικότητα καταγράφονται μεταξύ των νοσοκομείων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έλλειψη συστήματος επιλογής των ειδικευομένων ιατρών στην Ελλάδα έχει οδηγήσει στη δημιουργία λιστών αναμονής που ποικίλλουν σημαντικά ανά νοσοκομείο και ειδικότητα. Στην παρούσα μελέτη για πρώτη φορά παρουσιάζονται στοιχεία για το πραγματικό μέγεθος του προβλήματος των αναμονών.

177. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΗΚΟΝΤΑΕΤΙΑ (1959-2009)

Ν. Βλαχάδης¹, Ε. Κορνάρου²

¹Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και στατιστική ανάλυση της εξέλιξης του αριθμού των ιατρών στην Ελλάδα την τελευταία πενήνταετία (1959-2009).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα προέρχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ) και παρουσιάζονται μετά από αξιολόγηση, επεξεργασία και στατιστική ανάλυση των συγγραφέων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζονται αναλυτικά σε απόλυτες τιμές και κατά αναλογία πληθυσμού, ανά έτος και ανά δεκαετία: ο συνολικός αριθμός των ιατρών, ο αριθμός και το (%) ποσοστό των ειδικευμένων και ανειδίκευτων ιατρών της Ελλάδας καθώς και οι διαχρονικές εξελίξεις, για μια περίοδο 50 ετών, από το 1959 ως και το 2009. Κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση χρονικής περιόδου το σύνολο των ιατρών στην Ελλάδα εξαπλασιάστηκε σε απόλυτο αριθμό (+59.088 ιατροί, από 9.942 σε 69.030, μέση ετήσια % αύξηση, Annual Percent Change, APC=3,7%) και υπερτετραπλασιάστηκε σε αναλογία πληθυσμού (από 1,20 σε 6,12 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους). Οι ειδικοί ιατροί αυξήθηκαν σε απόλυτο αριθμό κατά 5,3 φορές (+34.671 ιατροί, από 6.568 σε 41.239). Οι ανειδίκευτοι ιατροί αυξήθηκαν περισσότερο, κατά 7,2 φορές, (+24.417 ιατροί, από 3.374 σε 27.791). Τη δεκαετία του 1970 διαπιστώνεται η μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση των ανειδίκευτων (+101,6%) και του συνόλου των ιατρών (+62,9%), ενώ η μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση των ειδικευμένων ιατρών έλαβε χώρα τη δεκαετία του 1980 (+55,8%). Η μεγαλύτερη αριθμητική αύξηση για όλες τις κατηγορίες καταγράφεται τη δεκαετία του 2000 (+10.119, +12.787 και +22.906, για τους ειδικευμένους, τους ανειδίκευτους και το σύνολο των ιατρών, αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ιατρικός πληθωρισμός (πρώτη θέση στην Ευρώπη σε αναλογία ιατρών/πληθυσμού) αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα δημόσιας υγείας της χώρας μας, δεδομένου ότι ένα σημαντικό ποσοστό αυτών είναι χωρίς ειδικότητα και αποκλεισμένοι από οργανωμένες υπηρεσίες υγείας.

178. Ο ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΟΡΟΣ ΑΠΟΠΤΩΣΗ (ΑΡΟΡΤΟΣΙΣ) ΠΡΟΕΡΧΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

Ν. Βλαχάδης¹, Α. Πρωτόπαπα²

¹Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, ²Ανθρωπολογικό Μουσείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Ο διεθνής όρος απόπτωση (apoptosis) σημαίνει τον προγραμματισμένο κυτταρικό θάνατο, ένα φαινόμενο με τεράστια σημασία για τη φυσιολογική ανάπτυξη αλλά και πολλές παθολογικές καταστάσεις, όπως οι νεοπλασίες και τα εκφυλιστικά νοσήματα, και >235.000 δημοσιεύσεις στο PubMed (>23.000 το 2012). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του "ταξιδιού" του όρου αυτού, ο οποίος επανεμφανίστηκε στην ιατρική ορολογία τις τελευταίες 4 δεκαετίες, και η ανάδειξη του Ιπποκράτη ως πρώτου εισηγητή του.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Βιβλιογραφική ανασκόπηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο John Foxton Ross Kerr, τότε λέκτορας Παθολογικής Ανατομικής στην ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Queensland της Αυστραλίας, στο κλασικό άρθρο του στο British Journal of Cancer το 1972 (J.F.R. Kerr et al. Apoptosis: a basic biological phenomenon with wideranging implications in tissue kinetics. Br. J. Cancer, 1972; 26: 239-257), εισήγαγε τον όρο "apoptosis" στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία για να περιγράψει ένα ιδιαίτερο είδος "εκ των έσω" κυτταρικού θανάτου με χαρακτηριστικές μορφολογικές αλλοιώσεις. Στη δημοσίευση αυτή ως εμπνευστής του όρου δηλώνεται ο James Cormack, καθηγητής αρχαίας ελληνικής φιλολογίας στο πανεπιστήμιο του Aberdeen της Σκωτίας, ο οποίος την πρότεινε παρομοιάζοντας τον κυτταρικό θάνατο με την πτώση των πετάλων των λουλουδιών και των φύλλων των δένδρων (από-πτώση). Οι Kerr και Cormack, πιθανότατα εν αγνοία τους, χρησιμοποίησαν την ελληνική λέξη που υπήρχε στο Ιπποκρατικό έργο "Μοχλικόν" (κεφ. 35): "αι δε των οστέων αποπτώσιες" και αναφέρονταν (στον πληθυντικό) στη γαγγραινώδη απόπτωση οστικών τμημάτων από την κακή εφαρμογή των ναρθήκων ακινητοποίησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο John Kerr, σύγχρονος πατέρας του όρου απόπτωση, και ο ελληνιστής καθηγητής Cormack έδωσαν ένα πολύ επιτυχημένο ελληνικό όνομα στο φαινόμενο του προγραμματισμένου κυτταρικού θανάτου. Εκ των υστέρων αναδεικνύεται ότι ο όρος είναι Ιπποκρατικός και υπήρχε στην ιατρική βιβλιογραφία εδώ και 24 αιώνες.

179. ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΟΥ

Κ. Ηλιακόπουλος, Ε. Πουλάκου – Ρεμπτελάκου, Δ. Λάππας

Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη του λεμφικού συστήματος και η παρουσίαση της ιστορικής αναδρομής, όσον αφορά στην ανατομική μελέτη του.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ελληνική και ξένη βιβλιογραφία ανατομίας και ιστορίας της ιατρικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος γιατρός που ανέφερε το λεμφικό σύστημα τον 5^ο π.Χ. αιώνα. Στο έργο του «Περί Αρθρώσεων» ανέφερε τους λεμφαδένες με μια φράση. Ο Έλληνας γιατρός Γαληνός περιέγραψε τα χυλοφόρα και τα μεσεντέρια λεμφογάγγλια που παρατήρησε στην ανατομή πιθήκων και χοίρων κατά το 2^ο μ.Χ αιώνα. Ο Γαληνός αξιοποίησε και τα συμπεράσματα των προγενέστερων του, του Ηρόφιλου και του Ρούφου του Εφέσιου.

Το λεμφικό μελετήθηκε συστηματικά κατά το πέρας του ύστερου Μεσαίωνα. Το 1622 ο Gaspere Aselli εντόπισε λεμφαγγεία των εντέρων σε σκύλους και τα ονόμασε «venae alba et lacteae», γνωστά πλέον ως χυλοφόρα. Εκτιμήθηκαν ως το τέταρτο είδος των αγγείων (μαζί με τις αρτηρίες, τις φλέβες και τα νεύρα, τα οποία τότε πιστευόταν πως αποτελούσαν ένα είδος αγγείου) και διέψευσε τον ισχυρισμό του Γαληνού. Το λεμφικό σύστημα περιγράφηκε ολοκληρωμένα, ανεξάρτητα από τους Olaus Rudbeck και Thomas Bartholin, ενώ μέχρι τότε ήταν ακόμα σε ισχύ οι ιδέες του Γαληνού. Το 1652 ο Olaus Rudbeck ανακάλυψε διάφανα αγγεία στο ήπαρ τα οποία και ονόμασε «ηπατικοϋδατικά αγγεία». Ένα χρόνο αργότερα ο Thomas Bartholin ανέφερε πως τα συγκεκριμένα αγγεία βρίσκονται σε όλο το σώμα κι όχι μόνο στο ήπαρ και τα ονόμασε λεμφαγγεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη του λεμφικού συστήματος καθυστέρησε πολύ σε σχέση με τη μελέτη άλλων ανατομικών μορφωμάτων ή συστημάτων παρά τη μεγάλη σπουδαιότητά του. Αυτή επιτελέστηκε μόλις το 17^ο αιώνα κι αυτό καθιστά το λεμφικό ως το πλέον πρόσφατα μελετημένο σύστημα.

180. ΙΠΠΟΦΑΕΣ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ

Κ. Σώρρας¹, Σ. Κολιαντζάκη², Σ. Δημητράκοπουλος³, Β. Φιλίππου¹, Α. Στραβοδρόμου¹, Ι. Χαλίμου¹, Α. Μπόννας¹

¹Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», ²Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ³Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου»

ΣΚΟΠΟΣ: Να καταγραφούν τα θεραπευτικά αποτελέσματα από τη χρήση προϊόντων από το φυτό ιπποφαές.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ιπποφαές, αγκαθωτός φυλλοβόλος βλάχος που ανήκει στην οικογένεια των Ελαιαγνιδιών και χρονολογείται ότι υπάρχει πριν την ετοχή των παγετώνων. Αναφέρεται σε κείμενα του Θεόφραστου και Διοσκουρίδη. Κατά την εκστρατεία του Μεγάλου Αλεξάνδρου παρατηρήθηκε ότι τα άλογα που έτρωγαν το συγκεκριμένο φυτό είχαν γρήγορη ανάρρωση από τραύματα και λαμπερό τρίχωμα εξ ου και δόθηκε το όνομα στο φυτό (ιπποφαές από ίππος και φάος=λάμψη). Υπάρχουν τουλάχιστον 10 υπότυποι του φυτού για ιατρική χρήση χρησιμοποιείται κυρίως το ραμνοειδές (Hipporphaes rhamnoides). Από τα αρχαία χρόνια χρησιμοποιούνται για ιατρική χρήση. Ο φλοιός και τα φύλλα αλλά κυρίως οι καρποί του φυτού. Δυνατόν να παρασκευασθούν αλοιφές (δερματική χρήση), αφεψήματα η έλαιο (πόσιμο η σε κάψουλες). Το έλαιο που παράγεται από τους καρπούς περιέχει περίπου 190 δραστικά συστατικά όπως βιταμίνη C, E, A, D, χλωροφύλλη, καροτενοειδή, φλαβονοειδή, πολυακόρεστα ω3, ω6 ω9 λιπαρά οξέα μέταλλα (Κ, Να, Μg, Ca, Fe, Ζn, Se) βιταμίνες συμπλέγματος Β. Οφέλη από χρήση ελαίου ιπποφαούς δυνατόν να είναι: Αυξημένη ενεργητικότητα, ταχύτερη ανάρρωση μετά από οξείες νόσους. Εμμεγχετική δράση στο καρδιαγγειακό, στη μικροκυκλοφορία και στα λιπίδια, ταχύτερη ανάπαυση των ιστών μετά τραύματα, εγκαύματα, έκθεση σε ακτινοβολία, ισχυρότερο ανοσοποιητικό, ανοχή σε καταστάσεις stress. Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι το ιπποφαές ωφελεί ασθενείς με Σηθάγχη/στεφανιαία νόσο, υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, κίρρωση, άσθμα, κοινό κροουλόγημα, ακμή, έκζεμα, ψωρίαση, τραύματα, εγκαύματα. Υπερπλασία προστάτη, εμμηνοπάυση δυσμηνόρροια, ξηροφθαλμία, προληπτική δράση κατά καταρράκτη και χωράς κηλίδας.

Μελέτες δεν έχουν δείξει παρενέργειες μετά χρήση ελαίου ιπποφαούς έως 6 μήνες. Λόγω ήπιας αντιαιμοπεταλιακής δράσης χρειάζεται προσοχή κατά τη συγχρήγηση με αντιαιμοπεταλιακά (κλοπιδογρέλη, σαλικυλικό οξύ) και επίσης να μην χρησιμοποιείται περιεγχειρητικά. Οι μελέτες που αναδεικνύουν αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα είναι λίγες. Δεν έχει προσδιορισθεί με ακρίβεια η μέγιστη ασφαλής δόση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ιπποφαές έχει χρησιμοποιηθεί ως μέρος της παραδοσιακής ιατρικής με επιτυχία από την αρχαιότητα (κυρίως στην Ασία) για μεγάλη ποικιλία παθήσεων. Στη σύγχρονη κλασική ιατρική δεν έχει μέχρι τώρα επίσημη ένδειξη. Αποτελεί επικουρική ή/και εναλλακτική θεραπεία για ποικιλία παθήσεων.

181. ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ΑΝΑ ΤΟΥΣ ΑΙΩΝΕΣ

Χ. Ιαβάτσο, Π. Ιαβάτσο, Φ. Ντζιώρα

(1) *Gynaecological Department - St Bartholomew's Hospital, London, UK*

ΣΚΟΠΟΣ: Αναδρομή στην ιστορία της μαστεκτομής.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ: Η μαστεκτομή περιγράφεται στον κώδικα του Χαμουραμί ως μέθοδος τιμωρίας, ενώ ήταν γνωστή και στους Αιγύπτιους. Στην ελληνική μυθολογία βρίσκεται το μύθο των Αμαζόνων. Ο Ιπποκράτης περιέγραψε ένα περιστατικό με καρκίνο του μαστού σε μία γυναίκα από τα Αβδέρη. Ο Δημοκρίδης θεράπευσε από καρκίνο του μαστού τη βασίλισσα των Περσών, Ατοσσα. Οι πρώτες μαστεκτομές περιγράφονται από τον Αέτιο (502-571 μ.Χ.) με τη χρήση της καυτηρίασης. Τη μέθοδο εξέλιξαν ο Henri de Mondeville, ο Wilhem Fabry von Hilden (1560-1624) και ο Johannes Scultetus (1595-1645). Ο Andreas Vesalius (1514-1564) ήταν ο πρώτος που κατάφερε να ελέγξει τη βαριά αιμορραγία της επέμβασης, ενώ ο Barthelemy Cabrol, μαθητής του Αμβρόσιου Παρέ (1509-1590) ήταν ο πρώτος που αφαίρεσε και το μείζονα θωρακικό μυ. Στις αρχές του 1600, ο Marco Aurelio Severino πραγματοποίησε την πρώτη μασχαλιαία λεμφαδενεκτομή. Ο Angelo Nannoni (1715-1790) παρουσίασε τις γνώσεις της εποχής του για τη μαστεκτομή, ενώ ο Jean-Louis Petit εξέδωσε τις πρώτες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Οι Lorenz Heister (1683-1758) και Joseph Pancoast (1805-1882) περιέγραψαν τεχνικές μαστεκτομής ποικίλης ριζικότητας. Ο Sir James Paget (1814-1899) ήταν ο πρώτος που μείωσε τη θνησιμότητα της μεθόδου στο 10%. Οι Willy Meyer (1858-1932) και William Stewart Halsted (1852-1922) ήταν οι πρώτοι που εφάρμοσαν τη ριζική μαστεκτομή με αφαίρεση και του ελάσσονος θωρακικού μυ. Το 1896, ο George Beatson (1848-1933) πρότεινε και την αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή για να βελτιώσει το προσδόκιμο επιβίωσης. Με την ανακάλυψη της ακτινοθεραπείας, ο Geoffrey Keynes (1887-1982) εμφύτευσε βελόνες ραδίου στο μαστό για να το θεραπεύσει. Σήμερα, χρησιμοποιείται η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, ενώ γίνονται προσπάθειες για τον περιορισμό του εύρους της επέμβασης όπου υπάρχουν ενδείξεις.

182. ΟΤΑΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΗΚΕ Ο ΝΙΤΣΕ: ΝΕΥΡΟΣΥΦΙΛΗ;

Ε. Κουκάκη, Δ. Λαλού, Ε. Πουλάκου Ρεμπελάκου

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Πρόσφατα αυξήθηκαν οι αμφισβητήσεις της αρχικής διάγνωσης του Νίτσε η οποία μέχρι πρόσφατα ήταν κοινώς αποδεκτή ότι ήταν νευροσύφιλη. Στόχος αυτής της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και η διερεύνηση της ορθότητας αυτής της διάγνωσης.

ΜΕΘΟΔΟΙ/ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν τα άρθρα της τελευταίας δεκαετίας που υπάρχουν στη βάση δεδομένων medline (PubMed) και πληροφορίες από το διαδικτυακό χρονολόγιο του πανεπιστημίου του Dartmouth για τη ζωή του Νίτσε.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Φρίντριχ Νίτσε εμφάνισε στη ζωή του μια κλινική εικόνα νευρολογικής φύσεως η οποία προβλημάτισε τους μεταγενέστερους ιατρούς. Τα συμπτώματά του ήταν κυρίως νευρολογικής φύσεως: ημικρανίες, οφθαλμολογικά προβλήματα και τελικά άνοια. Πέθανε στα 45 του από πνευμονία. Οι γιατροί της εποχής τον διέγνωναν με τριτογενή σύφιλη (νευροσύφιλη), στηρίζοντο στην εμφάνιση ανισοκορίας με αργή αντίδραση της δεξιάς κόρης στο φως και την ύπαρξη παράξενων ιδεών και μεγαλομανίας. Παρόλα αυτά μια καλύτερη μελέτη του ιστορικού του αποκαλύπτει κενά όπως το ότι η ανισοκορία ήταν παρούσα από την παιδική ηλικία και το μεγάλο χρονικό διάστημα από τα πρώτα συμπτώματα ως την κατάληξη. Επιπλέον, οι μεγαλομανείς και περίεργες ιδέες του δεν είναι νέα συμπτώματα αλλά υπάρχουν σε λανθάνουσα μορφή από την αρχή της ζωής του, ενώ κάποια νευρολογικά σημεία χαρακτηριστικά της τριτογενούς σύφιλης απουσιάζουν. Κάποιες ασθένειες που μπορεί να εξηγούν με μεγαλύτερη ευστοχία τα παραπάνω προταθεί: η αυτοσωματική επικρατής εγκεφαλική αρτηριοπάθεια με υποφλοιώδη έμφρακτα και εγκεφαλοπάθεια (CADASIL), μηνιγγίωμα, και η μετωποκροταφική άνοια (νόσος του Pick).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η νόσηση από νευροσύφιλη τίθεται υπό αμφισβήτηση και αναζητείται μια εναλλακτική διάγνωση η οποία θα μπορεί να συμπεριλάβει την κλινική εικόνα και το ιστορικό του συνολικά. Εξακολουθούν όμως να υπάρχουν οι δυσκολίες της μετά θάνατον διάγνωσης χωρίς αποτελέσματα από νεκροψία καθώς και σκοτεινές πτυχές της ζωής του φιλοσόφου, που αφορούν τις ερωτικές του εμπειρίες.

183. HANS CHRISTIAN JOACHIM GRAM

Φ. Ντζιώρα, Π. Ιαβάτσο, Χ. Ιαβάτσο

(2) *Gynaecological Department - St Bartholomew's Hospital, London, UK*

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της ζωής και του έργου του Hans Christian Joachim Gram.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ: Γεννήθηκε στις 13 Σεπτεμβρίου 1853 στην Κοπεγχάγη. Ο Hans Christian Joachim Gram ήταν γιος του Frederik Terkel Julius Gram, καθηγητή νομολογίας και της Louise Christiane Roulund. Ξεκινώντας χωρίς τις σπουδές του στις φυσικές επιστήμες, ο Gram πήρε πτυχίο από το Copenhagen Metropolitan School το 1871 και εργάστηκε ως βοηθός στη βοτανική. Ο Gram ανέπτυξε σύντομα το ενδιαφέρον του στον τομέα της ιατρικής και το 1878 απέκτησε το πτυχίο από το Πανεπιστήμιο της Κοπεγχάγης. Το 1882, του απονεμήθηκε το χρυσό μετάλλιο για ένα πανεπιστημιακό δοκίμιο σχετικά με τον αριθμό και το μέγεθος των ανθρώπων ερυθροκυττάρων. Το 1891, έγινε λέκτορας φαρμακολογίας και αργότερα διορίστηκε καθηγητής παθολογίας και θεραπευτικής. Το 1892, έγινε προϊστάμενος παθολόγος στην παθολογική κλινική του Νοσοκομείου Kongelige Frederiks και Rigshospitalet. Κατείχε αυτή τη θέση μέχρι το 1923. Το έργο του που χάρισε διεθνή αναγνώριση ήταν η μέθοδος του για τη βακτηριακή χρώση. Το 1884, ενώ εργαζόταν με τον Karl Friedländer (1847-1887) στο Βερολίνο, η μέθοδος του Gram δημοσιεύθηκε στο περιοδικό του Friedländer «Ιατρική πρόοδος». Ενώ εξέταζε τον ιστό των πνευμόνων ασθενών που πέθαναν από πνευμονία, ο Gram ανακάλυψε ότι ορισμένες κηλίδες κατά πρότυπη εναιωπόθησαν και διατηρούνταν από τα βακτηριακά κύτταρα. Αρχικά, αποξήρανε ένα υγρό επίχρισμα σε γυάλινη αντικειμενοφόρο πλάκα πάνω από μια φλόγα και πρόσθεσε διάλυμα ιωδιούχου γεντιανής. Μετά από πλύση με νερό, πρόσθεσε διάλυμα Lugol το οποίο λειτούργησε ως διαβρωτικό για τον καθορισμό της βαφής. Τότε έριξε αιθανόλη πάνω στην πλάκα για να ξεπλύνει τη χρωστική ουσία. Ορισμένα βακτήρια (για παράδειγμα ο πνευμονιόκοκκος) διατήρησαν το χρώμα τους (θετικά gram), ενώ άλλα είδη αποχρωματίστηκαν (αρνητικά gram).

184. Η ΠΡΩΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΣΥΦΙΛΗΣ: Η ΙΔΡΥΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ VAUGIRARD ΤΩΝ ΠΑΡΙΣΙΩΝ

Μ. Καραμάνου¹, Κ. Κυριάκης², Γ. Τσουκαλάς¹, Κ. Λαίος¹, Γ. Ανδρούτσος¹

¹Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Δερματολογικό τμήμα, ΓΝ Δυτικής Αττικής «Αγ. Βαρβάρα»

Στα τέλη του 17^{ου} αιώνα τίθεται ζήτημα για τα νεογνά που έχουν προσβληθεί από σύφιλη και νοσηλεύονται στα νοσοκομεία του Παρισιού καθώς πολλά τμήματα νοσοκομείων για παιδιά μικρής ηλικίας, όπως αυτό του Saint-Esprit και του Enfants Rouges, αρνούνται να δεχθούν και να φιλοξενήσουν συφιλιδικά παιδιά. Η ανάγκη δημιουργίας ενός νέου νοσηλευτικού ιδρύματος είναι πλέον επιτακτική. Έτσι, το 1780, δημιουργείται στην περιοχή Vaugirard του Παρισιού, το πρώτο σημαντικό νοσηλευτικό ίδρυμα αποκλειστικά αφιερωμένο στη θεραπεία των συφιλιδικών εγκύων και νεογνών. Ο γενικός επιθεωρητής Jean Colombier (1736-1789) εμπιστεύεται τη διεύθυνση αυτού του ξενώνα στον ιατρό François Doublet (1751-1795), ο οποίος μελετά διεξοδικά τη συγγενή σύφιλη. Σύμφωνα με τις αναφορές του δούκα La Rochefoucauld προς την *Επιτροπή Επαιτίαις*, 1959 παιδιά έγιναν δεκτά στο Hospice de Vaugirard μεταξύ του 1780 και 1790. Από αυτά, 440 παιδιά θεραπεύτηκαν, ενώ 1519 απεβίωσαν, αριθμός αρκετά ικανοποιητικός συγκριτικά με το υψηλό ποσοστό θνητότητας των συφιλιδικών παιδιών (90%). Είναι σαφές, άλλωστε, πως το Hospice de Vaugirard αποτέλεσε ένα πρότυπο νοσηλευτικό ίδρυμα, όπου τροφί και έγκυες γυναίκες κοιμόντο σε ξεχωριστά κρεβάτια, κάθε παιδί διέθετε τη δική του κούνια, ενώ οι κανόνες υγιεινής τηρούντο αυστηρά. Εισαγωγή ασθενών, εξιτήρια και ιατρική φροντίδα ακολουθούσαν αυστηρούς κανόνες. Όσον αφορά στην υδραργυρική θεραπευτική αγωγή, αυτή ήταν πολύ περιορισμένη, και χορηγείτο κυρίως στις μητέρες ή στις προσβεβλημένες τροφούς που θηλάζαν. Από αυτό το ίδρυμα μάλιστα, ο René-Joseph-Hyacinthe Bertin (1767-1827) συγκέντρωσε τα απαραίτητα στοιχεία και το 1810 δημοσίευσε την κλασική μονογραφία του για τη συγγενή σύφιλη με τίτλο *Traité de la maladie syphilitique chez les nouveaux-nés, les femmes enceintes et les nourrices* (Πραγματεία για τη σύφιλη στα νεογνά, τις εγκύους και τις τροφούς). Ο Bertin αναγνώρισε τις διάφορες δερματικές βλάβες της νόσου, τις οφθαλμικές, τις οστικές, συμπεριλαμβανομένης της επιφυσίτιδας, καθώς και εκείνες της ρινός, και της ουρήθρας. Η συμβολή του νοσοκομείου Vaugirard ήταν μέγιστη τόσο στην περίθαλψη των συφιλιδικών εγκύων και νεογνών όσο και στη μελέτη της συγγενούς σύφιλης.

185. ΕΧΙΝΑΚΕΙΑ: ΟΦΕΛΗ & ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ

Κ. Σώρρας¹, Σ. Κολιαντζάκη², Σ. Δημητρακόπουλος³, Β. Φιλιππίδης¹, Α. Στραβοδρόμου¹, Ι. Χαλίμου¹

¹Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ²Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ³Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου», Ιατρός εργασίας

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθούν τα αποτελέσματα από τη χρήση εχινάκειας

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μετά ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εχινάκεια, είναι ιθαγενές φυτό της Αμερικής, (έλαβε όνομα από λέξη εχίνος=αγκάθι). εχρησιμοποιείτο για ιατρική χρήση από Ινδιάνους. Το γένος αποτελείται από 9 είδη για ιατρική χρήση χρησιμοποιούνται τα είδη: *Echinacea purpurea*, *angustifolia* & *pallida*. Εχινάκεια περιέχει πολλά ενεργά συστατικά όπως αλκαλαμίδες (αλκαμίδες), πολυσακχαρίτες και φαινόλες (όπως *cichoric acid*, *caffeic acid*, *echinacoside*) που έχουν ισχυρή επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα κυρίως. Τα ενεργά συστατικά διαφέρουν ανάμεσα στα 3 είδη εχινάκειας. Επίσης διαφέρουν αν χρησιμοποιούνται ολόκληρο το φυτό η οι ρίζες του. Η Εχινάκεια αυξάνει τον αριθμό κυκλοφορούντων λευκών αιμοσφαιρίων. Επίσης οι αλκαλαμίδες συνδέονται με τους CB 1 και CB2 καναβινοειδείς υποδοχείς και έτσι επηρεάζουν ανοσολογικούς μηχανισμούς, την απόπτωση και μετανάστευση κυττάρων και ρύθμιση της έκφρασης του γονιδίου του TNF-α.

Όταν χορηγηθεί έγκαιρα για 4 ημέρες περίπου μετά από έκθεση σε ιούς που προκαλούν νόσους του ανώτερου αναπνευστικού (όπως το κοινό κρυολόγημα) ελαττώνει την εκδήλωση της νόσου η εφόσον εκδηλωθεί νόσος παρουσιάζεται με ηπιότερα συμπτώματα και μικρότερη διάρκεια. Δυνατόν να δοθεί προληπτικά για την πρόληψη γρίπης και άλλων λοιμώξεων του αναπνευστικού τους χειμερινούς μήνες όχι για περισσότερο από 4-8 εβδομάδες (κατά άλλους μόνο 2 εβδομάδες) Άλλες ενδείξεις είναι ακμή, εγκαύματα, σηψαιμία, ψωρίαση έρπητας ζωστήρ, δήγματα εντόμων γενικά ιογενείς και μικροβιακές λοιμώξεις και σε τραύματα (ως αλοιφή) Συνήθως δεν παρουσιάζονται παρενέργειες σπανίως όμως παρατηρούνται διαταραχές γαστρεντερικές (ναυτίας, κοιλιακά άλγη, διάρροιες), δερματολογικές (κνησμός, εξανθήματα) η αλλεργικές αντιδράσεις. Ακόμα πιο σπάνια έχουν αναφερθεί λευκοπενία, ηπατικές διαταραχές, νεφρική ανεπάρκεια, θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα. Αντενδείκνυται σε, εγκύους θηλάζουσες παιδιά κάτω των 4 ετών ασθενείς με λευχαιμία, αυτοανοσία (SLE κλπ), κατά πλάκας σκλήρυνση η υπό ανοσοκατασταλτική αγωγή. Η ασφάλεια για μακρόχρονη χρήση είναι άγνωστη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Εχινάκεια ευρεία χρήση για βραχύχρονη διάρκεια λήψης για πρόληψη/θεραπεία γενικά λοιμώξεων συνήθως με καλά αποτελέσματα. Η παρουσία της ταυτοποιείται στο χώρο της παραδοσιακής/ Εναλλακτικής Ιατρικής.

186. ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Σ. Κολιαντζάκη¹, Κ. Σώρρας², Σ. Δημητρακόπουλος

¹Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ²Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ³Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των γνώσεων των ιατρών της αρχαιότητας για τη νόσο στον Ελλαδικό χώρο.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό μας προέρχεται από τη μελέτη της αρχαίας Ελληνικής γραμματείας. Η μεθοδολογία της εργασίας στηρίχτηκε στην καταγραφή των ιστορικών δεδομένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Ηρόδοτος αναφέρει ότι ο Δημόκριτος θεράπευσε τη γυναίκα του Δαρείου Άτσοσα, η οποία έπασχε από καρκίνο, «Επί δε μαστού έφη ψύμα μετά δε εκραγέν ενέμετο πρόσω». Ο Ιπποκράτης στο έργο του «περί επιδημιών» αναφέρεται στον καρκίνο «γυναίξ εν Αβδήροις καρκίνωμα εγένετο περί το στήθος: ην δε τοιούτον: δια της θηλής ιχθύρ ύψαιμος έρρει: επιληφθείσης δε της ρύσιος, απέθανεν». Εδώ έχουμε την πρώτη επιστημονική αναφορά για τη νόσον. Ο Αριστοτέλης επίσης μας δίνει στοιχεία για τη νόσο. Ο Γαληνός αναφέρει «καρκίνωμα εστίν όγκος κακοήθης και περίσκληρος, ανέλκωτος η έλκωμένος». Στους Ελληνορωμαϊκούς χρόνους ο Celsius αναφέρει τη μαστεκτομή ως θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τους Αρχαίους προσκομίζεται μια πληθώρα διαθέσιμων πληροφοριών για τη νόσο, η οποία έθεσε τα θεμέλια για την εξέλιξη της σύγχρονης θεραπευτικής αντιμετώπισης.

187. ΜΥΚΗΤΙΑΚΗ ΒΙΟΔΙΑΒΡΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΙΝΩΝ ΣΕ ΑΝΑΣΚΑΦΙΚΟ ΥΦΑΣΜΑ ΤΟΥ 5ου ΑΙ. π.Χ. ΑΠΟ ΤΑΦΟ ΤΟΥ ΚΕΡΑΜΕΙΚΟΥ

Μ. Κιντή¹, Χ. Μαργαρίτη², Α. Μαυρίδου³, Μ. Δασκαλάκης⁴, Μ. Αραμπιτζής⁵, Α. Βελεγράκης⁵

¹4η Εφορεία Βυζαντινών Αρχαιοτήτων, ²Διεύθυνση Συντήρησης Αρχαίων και Νεωτέρων Μνημείων, ³Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, ⁴Τμήμα Χημικών Μηχανικών ΕΜΠ, ⁵Ερευνητικό Εργαστήριο Μυκητολογίας, Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση μεθόδων ιατρικής μοριακής μυκητολογίας για τον έλεγχο της ταυτότητας υφασμάτινου ανασκαφικού ευρήματος του 5ου αι. π.Χ. από τον τάφο 35 ΗΤΡ 73 στο νεκροταφείο Κεραμεικού, που βάσει Γερμανικής μελέτης μικροσκοπίας (Hundt, 1969) θεωρήθηκε το αρχαιότερο μεταξωτό δείγμα του Ευρωπαϊκού χώρου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Δείγματα του ανασκαφικού υφάσματος, μελετήθηκαν με περιβαλλοντικό ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σάρωσης ESEM (PhilipsXL30) και κατόπιν επιχρυσώσής τους με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο (JEOL JSM-5310). Η άμεση εκχύλιση DNA μυκήτων έγινε ρομποτικά (Forensic System, Maxwell0, Promega). Το DNA-στόχος από το δείγμα ενισχύθηκε με PCR της περιοχής ITS, των γονιδίων β-τουμπουλίνης και καλμοντουλίνης και ακολούθησε αλληλούχηση των προϊόντων για τον χαρακτηρισμό του μύκητα. Οι αλληλουχίες κατατέθηκαν (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>): JF509458, JF509463, JF927640. Ακολούθησε εμβολιασμός βαμβακερών, λινών και μεταξωτών δοκιμίων με στελέχη του χαρακτηρισθέντος μύκητα, προκειμένου να αντιπαραβληθούν οι βλάβες κάθε τύπου δοκιμίου με αυτές του ανασκαφικού ευρήματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι αλληλουχίες των ενισχυθέντων περιοχών και γονιδίων παρουσίασαν 100% ομολογία με πρότυπες αλληλουχίες του γνωστού ευκαριακού παθογόνου *Aspergillus terreus*. Στα εμβολιασθέντα μεταξωτά δοκίμια με *A. terreus* παρατηρήθηκε επικάλυψη της ύφανσης με υφές και ελάχιστες αλλοιώσεις στη μορφολογία των ινών. Στα κυτταρινικά δοκίμια (βαμβάκι/λινό) παρατηρήθηκαν δομικές βλάβες στο εσωτερικό των ινών και έντονη κατά μήκος διάνοιξη τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία κυτταρινικού μύκητα (*A. terreus*) στο εύρημα, σε συνδυασμό με προηγούμενες αναλύσεις φασματομετρίας Fourier (FTIR) (Margariti *et al.*, 2011), συνηγορούν υπέρ των κυτταρινικών και όχι μεταξωτών ινών. Οι αναλύσεις μοριακής μυκητολογίας στα ευρήματα με βιοδιάβρωση, συμβάλλουν καθοριστικά στην ταυτοποίηση των ινών και στην επιλογή μεθόδου αντιμετώπισης της βιοδιάβρωσης. Η διεπιστημονική ερμηνεία των δεδομένων παρέχει πολλαπλές πληροφορίες ως προς την ταυτότητα και τη σημασία του ευρήματος.

188. ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΛΕΜΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΚΡΑΝΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΣΑΙΩΝΙΚΗ ΡΟΔΟ

Α. Πρωτόπαπα, Ν. Βλαχάδης, Θ. Πίτσιος

Ανθρωπολογικό Μουσείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην παρουσίαση δύο πιθανών περιπτώσεων πολεμικών τραυματών σε κρανιακά ευρήματα με προέλευση τη μεσαιωνική πόλη της Ρόδου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα κρανιακά ευρήματα που παρουσιάζονται, προέρχονται από ταφές που εντοπίστηκαν στο νεκροταφείο της οδού Αγησάνδρου (13^{ος}-16^{ος} αι.). Στο ένα από αυτά (εύρημα ΔΩΡ2Α) αντιστοιχεί ακέραιο κρανίο (cranium) ενώ στο δεύτερο (εύρημα ΔΩΡ2Β) περιλαμβάνονται μόνο τα οστά του θόλου του κρανίου (calvarium). Οι μέθοδοι μελέτης περιλαμβάνουν: μακροσκοπική παρατήρηση, παρατήρηση με τη χρήση X5 μεγεθυντικού φακού, παρατήρηση με στερεοσκοπικό μικροσκόπιο, απεικονιστική ανάλυση με ακτίνες Χ, και εφαρμογή πρότυπων μεθόδων ανθρωπολογικής ανάλυσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο προσδιορισμός του φύλου και της βιολογικής ηλικίας των δύο κρανιακών ευρημάτων υποδηλώνει ότι ανήκουν σε δύο άνδρες ηλικίας 30-40 ετών. Το εύρημα ΔΩΡ2Α φέρει στη δεξιά βρεγματική χώρα εκτεταμένη εμπιωματική βλάβη της έξω πλάκας, αντίστοιχα προς το μέγιστο βάθος της οποίας, κυκλοτερής οστική παρυφή βρίσκεται «εγκλωβισμένη» στην έσω επιφάνεια του κρανίου υπό τα γειτονικά οστά, ενώ η έσω πλάκα προβάλλει αντίστοιχα προς τη βλάβη. Το εύρημα ΔΩΡ2Β φέρει δύο εμπιωματικές οστικές βλάβες ανά μία στο δεξιό και αριστερό βρεγματικό οστό με προβολή της έσω πλάκας αντιστοίχως. Οπτή με αποστρωγγυλεμένα χείλη παρατηρείται αντίστοιχα προς το μέγιστο βάθος της βλάβης του δεξιού βρεγματικού οστού. Στο πρώτο κρανίο υπάρχουν ενδείξεις εκτεταμένης φλεγμονής στην περιοχή της βλάβης ενώ στο δεύτερο η βαρύτητα της βλάβης δεν επιτρέπει την πλήρη αποκατάσταση της συνέχειας του οστού και παραμένει οπτή στη βάση της. Ο σημαντικός βαθμός επούλωσης που ελέγχεται τόσο στην έξω όσο και στην έσω πλάκα των δύο κρανιακών ευρημάτων, δηλώνει ότι οι δύο πολεμιστές επιβίωσαν παρά τη βαρύτητα των τραυματικών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι βλάβες που περιγράφονται παραπάνω πιθανότατα αντιπροσώπων σε εμπιωματικά κατάγματα του κρανίου με μηχανισμό πρόκλησης την πλήξη με αμβλύ όργανο. Τα παραπάνω ευρήματα αποτελούν πιθανά παραδείγματα πολεμικών τραυματών της κεφαλής στη μεσαιωνική Ρόδο της ιπποτικής περιόδου.

189. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

I. Βαρβαρίδη, M. Κωνσταντελάκη, Έ. Πουλάκου - Ρεμπτελάκου

Ιατρική Σχολή Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της επιρροής που έχει ασκήσει η μουσική στην ιατρική καθώς και η σκιαγράφηση της σχέσης τους στο πέρασμα της ιστορίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η αναζήτηση ξεκίνησε από τη βιβλιοθήκη του τμήματος Μουσικολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και συνεχίστηκε σε άρθρα στη βάση δεδομένων medline και σε περιοδικά μουσικοθεραπείας και μουσικολογίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή της μουσικής για θεραπευτικούς σκοπούς είναι τόσο παλιά όσο και η ιστορία της μουσικής. Ξεκίνησε με τη μορφή ψαλμωδιών και στη συνέχεια προστέθηκαν ήχοι. Η θεραπευτική δράση της μουσικής εμφανίζεται σε πολλούς μύθους αρχαίων πολιτισμών, όπως ο Αιγυπτιακός, ο Εβραϊκός και ο Κινέζικος.

Στην αρχαιοελληνική μυθολογία, αλλά και σε κείμενα αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων, η μουσική είναι έντονα συνυφασμένη με την υγεία. Η μουσικοθεραπεία απελευθερώνεται από μαγικές ή θρησκευτικές δοξασίες, βασίζεται στην κλινική παρατήρηση και εφαρμόζεται σε ψυχικές και σωματικές παθήσεις. Στον Μεσαίωνα η μουσικοθεραπεία βασίζεται στις αντιλήψεις των Αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων, ενώ επιπλέον χρησιμοποιείται και προληπτικά για τη διατήρηση της ψυχοσωματικής υγείας. Κατά την Αναγέννηση συνδέεται η φύση της μουσικής με τη φυσιολογία του ανθρώπου, από διάφορους γιατρούς ή ερευνητές.

Κατά τη μετάβαση στη σύγχρονη εποχή διερευνάται η επίδραση της μουσικής στον άνθρωπο. Τον 18ο αιώνα πραγματοποιούνται πειράματα για την επίδραση της μουσικής στη φυσιολογία του ανθρώπου και ξεκινάει η εφαρμογή της ενεργητικής μουσικοθεραπείας. Πρόδρομος της σύγχρονης μουσικοθεραπείας θεωρείται ο Emile Jacques-Dalcroze, που εφευρέθηκε το ρόλο της μουσικής στην επικοινωνία με τον ασθενή. Από τα μέσα του 20ου αιώνα, η μουσικοθεραπεία αναπτύσσεται ως μορφή ψυχοθεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μουσική είναι συνυφασμένη με τη θεραπευτική πρακτική ανά τους αιώνες και πλέον αποτελεί μία αναγνωρισμένη παραϊατρική ειδικότητα, ενώ μελετάται η δράση της στον ανθρωπινό οργανισμό και η πιθανή συνεισφορά της σε άλλους τομείς της ιατρικής, όπως η αναληψία.

190. ΔΥΟ ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΩΡΑΝΟ

N. Βλαχάδης¹, Α. Πρωτόπαπα²

¹Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Ανθρωπολογικό Μουσείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των δύο πρώτων γνωστών αναφορών στην κλινική εικόνα του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών (Polycystic Ovary Syndrome, PCOS) στο έργο δύο κορυφαίων Ελλήνων ιατρών της αρχαιότητας, του Ιπποκράτη του Κώου και του Σωρανού του Εφέσιου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Βιβλιογραφική ανασκόπηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών αποτελεί μια συχνή ενδοκρινολογική διαταραχή που εμφανίζεται με συχνότητα 7-10% των γυναικών. Η πρώτη περιγραφή του στη σύγχρονη ιατρική βιβλιογραφία έγινε από τους Stein και Leventhal το 1935. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν: υπερανδρογοναιμία (κλινική και βιοχημική), παχυσαρκία, διαταραχές εμμήνου ρύσεως (ολιγο/αριαιομηνόρροια ή δευτεροπαθή αμηνόρροια), ανωθυλακιορρηξία, υπογονιμότητα και πολυκυστική μορφολογία των ωοθηκών. Ο Ιπποκράτης ο Κώος ήταν ο πρώτος που ασχολήθηκε επιστημονικά με τη μαιευτική-γυναικολογία απορρίπτοντας τις προλήψεις και τις δεισιδαιμονίες. Στο κεφάλαιο 6 της πραγματείας του «Περί γυναικείων Α΄» ασχολείται με τις διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και περιγράφει με ζωντάνια και δεισοδικότητα τις κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου. Αναφέρει ότι οι γυναίκες με μικρή διάρκεια ή ποσότητα εμμήνων είναι αρρενωπής εμφάνισης, και πάσχουν από παχυσαρκία και στειρότητα. Ο Σωράνος ο Εφέσιος ήταν ο διαπρεπέστερος ιατρός της Μεθοδικής Σχολής και θεωρείται ο θεμελιωτής της μαιευτικής-γυναικολογίας. Στο έργο του «Περί γυναικείων παθών» στο κεφάλαιο 4 (περί εμμήνων καθάρσεως) μελετά διεξοδικά τις διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και σημειώνει ότι οι περισσότερες από τις νέες γυναίκες που δεν έχουν περίοδο (δευτεροπαθή αμηνόρροια) έχουν αρρενωπτό σώμα και είναι στειρές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ισχυρή γενετική συνιστώσα, τα εξελικτικά πλεονεκτήματα και η παρόμοια συχνότητα στις διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες, υποδεικνύει ότι το PCOS πρωτοεμφανίστηκε εδώ και >50.000 χρόνια. Οι ακριβείς περιγραφές της κλινικής εικόνας στο έργο των δύο μεγάλων Ελλήνων ιατρών θεωρούνται οι αρχαιότερες αναφορές του συνδρόμου.

191. Η ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

K. Μαρμάς¹, Δ. Λάππας², Β. Σμυρνιώτης³

¹Πειραματικό Χειρουργείο Κ. ΤΟΥΝΤΑΣ, ²Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία μελετά την ανατομία, εγχειρητική και πειραματική της πρώτης μεταμόσχευσης στην Ελλάδα από τον Καθηγητή Κωνσταντίνο Τούντα, στις 09/07/1968.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΑ: Η εργασία βασίζεται στη μελέτη: 1) της βιογραφίας και εργο-βιογραφίας του Καθηγητού Κ. Τούντα, 3) της εργασίας του περί της πρώτης μεταμόσχευσης στην Ελλάδα, 4) της σύγχρονης βιβλιογραφίας περί της μεταμόσχευσης νεφρού, 5) της ιστορίας της χειρουργικής των μεταμοσχεύσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μελέτη ανέδειξε ότι ο Καθηγητής και Ακαδημαϊκός Κ. Τούντας: 1) ήταν πρωτοπόρος σε όλα τα πεδία της κλινικής και πειραματικής χειρουργικής στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, 2) παρακολούθησε στενά τις εξελίξεις της Χειρουργικής στην Ευρώπη και την Αμερική, 3) συνέγραψε βιβλία χειρουργικής εφάμιλλα των αντίστοιχων σε παγκόσμιο επίπεδο, 4) ανέπτυξε και άσκησε τη χειρουργική στο πειραματικό χειρουργείο, 5) εκτέλεσε επιτυχώς τις πρώτες δύσκολες χειρουργικές επεμβάσεις θώρακος, αγγείων και κοιλίας στην Ελλάδα, 6) εκτέλεσε την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού στην Ελλάδα, που ήταν η έκτη στην Ευρώπη και ανάμεσα στις πρώτες στον κόσμο. Αναλύονται λεπτομερώς 1) επιλογή και προετοιμασία του λήπτη, η επιλογή του δότη, η εγχειρητική μέθοδος (ανατομία και εγχειρητική τεχνική), η πρόληψη της απόρριψης του μοσχεύματος, 2) ο τύπος της αναισθησίας, 3) οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και 4) η έκβαση της πρώτης μεταμόσχευσης στην Ελλάδα. Τέλος προσεγγίζεται η επίδραση της πρώτης αυτής μεταμόσχευσης στην εξέλιξη του τομέα των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα, καθώς οι συνεργάτες του Καθηγητού Κ. Τούντα υλοποίησαν τις πρώτες μεταμοσχεύσεις ήπατος (Καθηγητής Ι. Παπαδημητρίου) και καρδιάς (Χ. Λόλας) στην Ελλάδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πρώτη μεταμόσχευση στην Ελλάδα, που ήταν και η έκτη κατά σειρά την Ευρώπη ήταν αποτέλεσμα: 1) συνεργασίας του νεφρολογικού τμήματος της Α΄ Παθολογικής (Καθ. Δ. Βαλιή) με την Α΄ Χειρουργική Κλινική (Καθ. Κ. Τούντα) του ΑΠΘ, 2) της γνώσης και εμπειρίας της πειραματικής χειρουργικής επί κυνών, 3) της προεκπαίδευσης του προσωπικού σε ξένα κέντρα. Η ανατομία, η εγχειρητική και περι-εγχειρητική τεχνική, ταυτίστηκαν με τις αντίστοιχες και σύγχρονες για την εποχή εκείνη μεταμοσχεύσεις στην Ευρώπη και την Αμερική.

192. Ο ΜΟΝΑΔΙΚΟΣ ΠΕΡΙΣΤΡΕΦΟΜΕΝΟΣ ΝΑΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΚΟΥΡΙΟΥ ΑΠΟΛΛΩΝΟΣ

Σ. Κολιαντζάκη¹, Κ. Σώρρας², Σ. Δημητρακόπουλος³

¹Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ²Ενδοκρινολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ³Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ανδρέας Παπανδρέου»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο μοναδικός ναός στον Ελληνικό χώρο που περιστρέφεται γύρω από άξονα. Πρώτο στην Ελλάδα που συμπεριελήφθη στα Μνημεία Παγκόσμιας Κληρονομιάς της UNESCO, το 1986.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ναός του Επικούριου Απόλλωνος Βάσσες (μικρές κοιλίδες) στη Φιγαλία, κατασκευάστηκε σε φυσικό βράχο όρους Κωπιλίου. Προσωνυμία «Επικούριος» συμπαράστατης πόλεμο ή αρρώστια. Αφιερώθηκε στον Απόλλωνα λόγω επιδημίας πανώλης του Πελοποννησιακού πολέμου (431-404 π.Χ.).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανεγέρθηκε (420-410 π.Χ.) από τον Ικτίνο. Ιερείς του Απόλλωνα από Δελφούς οδηγίες για σημείο κατασκευής και ρυθμό του επιμήκη Ναού και αποκάλυψαν «μυστικών των θεών» γνώση πως περιστρέφεται ο Ναός. Αρχιτεκτονικό ρυθμό εξωτερικά Δωρικού ρυθμού, εσωτερικό Ιωνικού ρυθμού οι κίονες κοσμούονται με Κορινθιακό ρυθμό κιονόκρανα. Πρόναο, σηκό, άδυτο και οπισθόδομο, με 6 κίονες στις στενές και 15 στις μακρές πλευρές. Διαστάσεις ναού 39,87 μ.Χ. 16,13 μ.

Στις μετόψεις και ζωοφόρους του ναού απεικονίζονται η επιστροφή του Απόλλωνα στον Όλυμπο από τις Υπερβόρειες χώρες, η αρπαγή των θυγατέρων του Μεσσήνιου βασιλιά Λεύκιππου από τους Διόσκουρους, η Αμαζονομαχία και η Κενταυρομαχία.

Δεν ακολουθεί συνήθη προσανατολισμό ανατολή – δύση αλλά βορρά – νότο. Είσοδος βόρεια πλευρά με προσανατολισμό τους Δελφούς. Στον χάρτη στις 65 μοίρες από ναό βρίσκονται αρχαιολογικοί χώροι Μικθώνων και Ελευσινίας. Γι' αυτό σήμερα έπρεπε να ήταν στραμμένος, προς Ιερό χώρο Ελευσινίας.

Απέχει 160 χλμ από την Ελευσίνα (Ελευσίς). Αλλά σε απόσταση όμως 160 χλμ από την Ελευσίνα είναι κορυφή Ταυγέτου, γνωστή πυραμίδα. Σχηματίζουν ισόσκελές τρίγωνο. 410 π.Χ. Περιστρεφόταν 50,2 δευτερά της μοίρας ετησίως. Είναι μοναδικός περιστρεφόμενος και μόνιμα ευθυγραμμισμένος με Σείριο είναι κατασκευασμένος για να διευκολύνει Έλευση του Απόλλωνα. «Ικτίνος ο αρχιτέκτων τον εν Φιγαλία ναού γεγονώς την ηλικία κατά Περικλέα και Αθηναίους τόν Παρθενώνα καλούμενον κατασκευάσας». (Παυσανίας VIII, 41,9) «Ναυν ὄ' ὅσοι Πελοποννησίους εἰσὶ, μετὰ γε τὸν εν Τεγέα προτιμώτο οὗτος αν του λίθου τε ἐς κάλλος καί της αρμονίας ἔνεκα». (Παυσανίας VIII, 41,8)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τελευταίος χρησμός μαντείου Δελφών 394 μ.Χ. «ΕΣΤ' ΗΜΑΡ ΟΤΕ ΦΟΙΒΟΣ ΠΑΛΙΝ ΕΛΕΥΣΕΤΑΙ ΚΑΙ ΕΣ ΑΕΙ ΕΞΕΤΑΙ» ΗΜΑΡ ΕΣΤΙ.

193. ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΑΙ ΑΠΟΦΕΙΣ

Α. Πάσχος

Ιατρός, Μέτσοβον

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: η καταγραφή οικολογικών απόψεων Ιπποκράτους Πατρός Ιατρικής.**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** τα έργα του Ιπποκράτους. Συστηματική μελέτη οικολογικών απόψεων Ιπποκράτους Τέχνης.**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η επιστημονική ιατρική του Έλληνα Μεγάλου Ιπποκράτους συλλαμβάνει, μελετά, καταγράφει τας επιπτώσεις των συνθηκών περιβάλλοντος, του κλίματος, των ρευμάτων, ανέμων επί του ανθρώπου αλλά και τας εναλλαγές των εποχών, της χλωρίδος, πανίδος της ποιότητας του εδάφους εις τη δι-αμόρφωσιν του συνόλου ανθρώπου και ηθών, εθίμων της κοινωνίας, της ανα-πτύξεως και οικονομίας του ανθρώπου. Αποδίδει μεγάλην σημασίαν εις την ποι-ότητα των υδάτων, θεωρών τα βρόχινα ως φυσικά, υγιεινά, καλύτερα, ευπρό-σβλητα, ενώ τα στάσιμα αποκαλεί νοσογόνα. Προσθέτει ότι η σκληρότης, αλμυ-ρότης του ύδατος προκαλεί δυσπεπτικές διαταραχάς. Τονίζει ότι οι ψυχροί άνε-μοι προκαλούν ενδημικά νόσους, πλευρίτιδα, φαρυγγίτιδα, δυσκοιλιότητα. Θε-ωρεί ότι η ποιότης, σταθερότης κλίματος και ρού δεν είναι νοσογόνοι, ενώ πάσα απότομη διαταραχή αυτών προκαλεί βαρείας ασθενείας. Τονίζει ότι ο ιατρός ο-φείλει, δύναται να προβλέπη την παρουσία, ανέλιξιν των νοσηρών καταστάσε-ων της περιοχής, όπου ασκεί την ιατρικήν καθ' όλας τας εποχάς του έτους. Συ-γκρίνει τους Ευρωπαίους και Ασιάτας κατοίκους ως προς τον χαρακτήρα, το α-νάστημα και τονίζει ότι οι Ευρωπαίοι είναι σκληρότεροι των Ασιατών, ευερέθισ-τοι, πλέον θαρραλέοι, ενώ οι άνθρωποι της Ασίας είναι ράθυμοι εκ κλιματολογι-κής ομοιότητας των εποχών, οι δε Ευρωπαίοι εμφανίζουν σωματικήν, πνευματι-κήν δραστηριότητα, ψυχικήν ενέργειαν.**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι οικολογικά απόψεις του Ιπποκράτους αποτελούν επιστη-μολογικές θέσεις εκπληκτικού δια του πλήθος επιστημόνων, διαπιστώσεων, πα-ρατηρήσεων επιστημονικής εμπειρίας της εποχής του. Συνιστούν κανόνας διά τον ιατρόν, ο οποίος οφείλει να είναι γνώστης περιβάλλοντος, πανίδος, χλωρί-δος, εδάφους, υδάτων, κλίματος, διά την πρόληψιν, αντιμετώπισιν νοσηρών κα-ταστάσεων εξατομικευμένως, προσφέρων τας ιατρικάς του υπηρεσίας. Όντως περιοσίσει μέχρι τας ημέρας μας αι οικολογικά απόψεις του Ιπποκράτους.**194. AL ZAHRAWI Η ΑΜΠΟΥΛΚΑΣΗΣ**

Χ. Ιαβάτσο, Π. Ιαβάτσο, Φ. Νιζιώρα

(1) *Gynaecological Department - St Bartholomew's Hospital, London, UK***ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση της ζωής και του έργου του Al Zahrawi.**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ:** Ο Al Zahrawi γεννήθηκε το 936 μΧ στην πόλη Al Zahra, πέντε μί-λια βορειοδυτικά της Κόρδοβας, στην Ισπανία. Ο Al Zahrawi είναι γνωστός στη Δύση ως Albucasis. Έγραψε το Kitab Al Tasrif ένα ιατρικό εγχειρίδιο 30 τόμων, που περιλάμβανε κεφάλαια για τις χειρουργικές επεμβάσεις, την ιατρική, την ορ-θοπεδική, την οφθαλμολογία, τη φαρμακολογία, τη διατροφή. Περιέγραψε πολ-λές χειρουργικές επεμβάσεις και εργαλεία τα οποία δεν εμφανίζονται στα υπάρχ-οντα κλασικά γραπτά και μπορούν να θεωρηθούν ως δικά του. Το βιβλίο του «Χειρουργική» περιλαμβάνει πολλές εικόνες χειρουργικών εργαλείων και εξηγή-σεις για τη χρήση τους. Παραδείγματα χειρουργικών εργαλείων που εφηύρε εί-ναι: η λαιμητόμος αμυγδαλών, το συγκαλυμμένο μαχαίρι και η χρήση του στη δι-άνοιξη αποστημάτων, η βελόνα παρακέντησης, η σύριγγα, ο λιθοτρυπίτης, ο δια-στολέας του κόλπου. Το κεφάλαιο για τα γυναικολογικά εργαλεία είναι ο λόγος που θεωρείται ότι ο Albucasis πρόβλεψε τις λαβίδες μαιευτικής Chamberlen. Πε-ριέγραψε την έκθεση και διάτρηση της κροταφικής αρτηρίας για την ανακούφιση ορισμένων τύπων πονοκεφάλων και μείωση του μαστού σε υπερβολικά μεγάλο μαστό. Έγραψε εκτενώς για τραυματισμούς στα οστά και τις αρθρώσεις. Περιέ-γραψε τη χρήση καυτηριασμού στις χειρουργικές επεμβάσεις. Στο δεύτερο μισό του 12^{ου} αιώνα μεταφράστηκε στα Λατινικά στο Τολέδο από τον Gerard της Κρε-μόνας, με τον τίτλο «Liber Alshaharavi de cirurgia». Η πρώτη σύγχρονη έκδοση του κειμένου, σε μετάφραση από τα λατινικά από τον John Channing, δημοσιεύ-τηκε στην Οξφόρδη το 1778. Η πρώτη μετάφραση της «Χειρουργικής» σε σύγ-χρονη γλώσσα ήταν του Lucien Leclerc μία γαλλική έκδοση «La Chirurgie d' Albucasis», που δημοσιεύτηκε στο Παρίσι το 1861. Η «Χειρουργική» του Al Zahrawi διαμόρφωσε την Ευρωπαϊκή χειρουργική πρακτική μέχρι την Ανα-γέννηση.**195. ΠΡΩΤΟΣ ΘΕΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΟΣΜΟ. ΠΙΝΑΚΙΔΑ ΤΟΥ ΙΔΑΛΙΟΥ ΚΥΠΡΟΥ (480-470 π.Χ.)**Μ. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Α. Σαλιχού², Ι. Παγώνης², Α. Γκέργκη², Ν. Παράχου², Μ. Ορφανού², Π. Λογοθέτη², Χ. Μέλλος², Α. Βοντζαλιδής², Π. Μουτεβελής², Π. Ταβλαντάς²¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΓΝ Κορίνθου-Παιδιατρική Κλινική

Το Ιδάλιο βρίσκεται έξω από τη σημερινή Λευκωσία. Το νησί ήταν χωρισμένο σε βασιλεία τότε. Στο δήμο Ιδαλίου βασιλέας ήταν ο Στασίκυπρος. Η Κύπρος στα αρχαία χρόνια έτυχε να έχει σημαντική παρουσία επιφανών ιατρών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης μας είναι η παρουσίαση της συμφωνίας που έκα-νε τότε (π.Χ.) ο βασιλιάς του Ιδαλίου με γιατρούς, για την παροχή ιατρικής βοή-θειας στους πολεμιστές του. Να επιστημονούμε ότι η συμφωνία αποτελεί πρότυ-πο ιδέας του θεσμού στον ελληνικό κόσμο τότε.**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αρχαιότερη και ίσως σημαντικότερη επιγραφή, η οποία σχετίζεται με το θέμα μας, είναι η Πινακίδα του Ιδαλίου η οποία χρονολογείται γί-ναι στο 480-470 π.Χ. Αναφέρεται σε συμφωνία την οποία έκανε ο βασιλιάς του Ι-δαλίου Στασίκυπρος και ο δήμος με τον γιατρό Ονάσιλο και τα αδέρφια του κατά τη διάρκεια της πολιορκίας του βασιλείου από τους Πέρσες και τους Κιπείς. Κατά τη συμφωνία αυτή, ο Ονάσιλος και τα αδέρφια του ανέλαβαν να περιθάλψουν τους τραυματίες της μάχης χωρίς να λάβουν αμοιβή από τους ίδιους τους τραυ-ματίες. Αντί αυτής θα ελάμβαναν από τον βασιλιά και το δήμο λεφτά ή γη και διά-φορα προνόμια, μερικά από τα οποία θα απολάμβαναν και οι απόγονοί τους. Το πλήρες κείμενο της συμφωνίας σώζεται χαραγμένο στις δύο όψεις της ορειχάλ-κινης αυτής πινακίδας, η οποία ήταν τοποθετημένη στον Ναό της Αθηνάς. Πρό-κειται για το μακροσκελέστερο σωζόμενο κείμενο στο κυπριακό συλλαβήριο και ένα από τα πολυτιμότερα. Από τις πολλές και ποικίλες πληροφορίες που περιέ-χει η επιγραφή, μερικές, όπως είναι φυσικό, έχουν σχέση με το επάγγελμα του γιατρού: είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι ήδη από τον 5^ο αιώνα π.Χ. γίνεται α-ναφορά σε επαγγελματίες γιατρού και όχι απλώς σε κάποιον, που μεταξύ άλλων ε-νασχολήσεων εκτελούσε και καθήκοντα γιατρού. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γε-γονός ότι η ιατρική ήταν οικογενειακό επάγγελμα, αφού, όπως αναφέρεται, βοη-θεί του Ονάσιλου ήταν τα ίδια του τα αδέρφια. Ακόμη πιο σημαντικό είναι το γεγο-νός ότι το κράτος, για να διασφαλίσει την ορθή περίθαλψη των τραυματιών, προ-έβρινε στην υπογραφή συμβολαίου με γιατρούς. Αυτό αποτελεί είδος **κοινωνι-κής ασφάλισης** των υπερασπιστών της πόλης και παραμένει η αρχαιότερη μαρτυρία της ιδέας του θεσμού αυτού στον ελληνικό κόσμο.**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η άσκηση της ιατρικής στην αρχαία Κύπρο γινόταν από ε-παγγελματίες γιατρούς. Τότε αποτελούσε οικογενειακή παράδοση. Η επιγραφή στην Πινακίδα του Ιδαλίου μαρτυρεί ένα είδος κοινωνικής ασφάλισης και παρα-μένει η αρχαιότερη μαρτυρία της ιδέας του θεσμού αυτού στον ελληνικό κόσμο.**196. ΒΙΑΙΟΠΡΑΓΙΕΣ ΚΡΑΝΙΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΓΙΩΝ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΟΥ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΜΗΝΩΝ ΜΑΡΤΙΟΥ-ΜΑΪΟΥ (3ος μ.Χ. -20ος μ.Χ. ΑΙΩΝΑΣ)**Ν. Πεταλωτής¹, Ε. Κατοπώδη², Λ. Λογοθετίδου³, Χ. Σταυριανός⁴¹ΚΥ Σιδηροκάστρου, ΓΝ Σερρών, ²ΚΥ Βασιλικής, ΓΝ Λευκάδας, ³ΓΝ Λευκάδας,⁴Οδοντιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην Ορθόδοξη εκκλησία κάθε ημέρα εορτάζεται η μνήμη αγίων αν-δρών και γυναικών. Στους βίους των αγίων και ιδιαίτερα των μαρτύρων γίνεται συχνά αναλυτική αναφορά στις κακώσεις (βασανιστήρια) που υπέστησαν. Σκο-πός της εργασίας είναι η ονομαστική αναφορά αγίων που εορτάζονται στους τρεις μήνες της Άνοιξης και η διερεύνηση του τρόπου και το είδος των κακώσεων που υπέστησαν στο κρανιοπροσωπικό σύστημα.**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Χρησιμοποιήθηκαν βιβλία που ονομάζονται Συναξαριστές και περι-έχουν τους βίους των αγίων που εορτάζονται κάθε ημέρα κάθε μήνα του χρόνου.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά βρέθηκαν 57 αγίοι (21 τον Μάρτιο, 19 τον Απρίλιο και 17 τον Μάιο) που εορτάζονται σε 35 ημέρες (10 ημέρες του Μαρτίου, 11 του Απριλίου, 14 του Μαΐου). Ανάμεσα του ιδιαίτερα λαοφιλείς αγίοι όπως ο Αγ. Γε-ώργιος, Ραφαήλ, Χριστόφορος, Γλυκερία κ.α. Βρέθηκε στατιστικά ότι αριθμός των ανδρών (51 άνδρες-89,5%) είναι μεγαλύτερος από των γυναικών (6 γυναί-κες-10,5%). Τα αποτελέσματα της διερεύνησης έδειξαν ότι οι αποτρόπαιοι μέθο-δοι ήταν ποικίλοι με σαδιστικές συμπεριφορές (γρόνθοι στην προσωπική χώρα, κατάγματα οστών γνάθων και δοντιών, βίαιες εκμοχλεύσεις δοντιών, αποκοπή/ εκρίζωση γλώσσας, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, πρόκληση εγκαυμάτων κ.α.). Οι δράστες είχαν σκοπό την πρόκληση πόνου, τον εξευτελισμό, τον δημόσιο παραδειγματισμό και την αλλαγή των θρησκευτικών πεποιθήσεων των θυμά-των. Οι μάρτυρες μαρτύρησαν από τον 3^ο μ.Χ. αι. έως και των 20^ο αιώνα, ανή-καν σε διαφορετικές εθνότητες (Έλληνες, Πέρσες, Ρωμαίοι κ.α.) και έζησαν σε διαφορετικές χώρες (Ελλάδα, Ρωσία, Ισπανία κ.α.).

197. Η ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ι. Μπιανάκας, Γ. Νικολάου, Ι. Μπούσιος, Σ. Νηφάκου, Γ. Πετράκος, Ε. Ζιώγος, Ε. Πλυτά, Α. Νταγκλή

Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της εξέλιξης της Μαιευτικής και της Γυναικολογίας μέσα από την «Συλλογή των Ιατρικών συγγραμμάτων της Ιπποκρατικής Εποχής».

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από την «Ιπποκράτειο Συλλογή» και τους Ιπποκρατιστές συγγραφείς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην «Ιπποκρατική Συλλογή», παρ' όλο που δεν είναι γνωστές οι ωσθήκες και ο ρόλος που παίζουν, αναφέρονται λεπτομέρειες όπως: αμηνόρροια, δυσμηνόρροια, φλεγμονές των γεννητικών οργάνων και αποστήματα της μήτρας, τα οποία παροχετεύονται. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στα αίτια της στέρωσης, που τη συνέδεαν, χωρίς βέβαια να γινώσκεται η συσχέτιση με διαταραχές των ενδοκρινών αδένων, όπως η υπερλιπώση ή η ανδροειδής μορφή ή οι ανατομικές ανωμαλίες, οι φλεγμονές κ.ά. Θεραπευτικά χρησιμοποιούνται τοπικά ή γενικά φάρμακα, λουτρά, υποκαπνισμοί, ενέσεις, πλύσεις, πεισοί. Διάφορα χειρουργικά εργαλεία διευκολύνουν τη διάγνωση και θεραπεία, όπως το μητροσκόπιο ή η διόπτρα ή μητρομήλη, διάφορα μεταλλικά κηρία χρησιμοποιούνται για τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας, η ξύστρα της μήτρας και διάφορα άλλα. Αναφέρονται κυρίως απλές εγχειρήσεις, όπως πολυποδεκτομή του στομίου, παροχευέσεις εσωτερικών και εξωτερικών αποστημάτων, εκπιρήνιση ινομυμάτων. Περιγράφονται η φυσιολογική κύηση και ο τοκετός, όπως επίσης και οι θέσεις του εμβρύου κατά τον τοκετό. Η Καισαρική τομή δεν αναφέρεται. Ο Ιπποκράτης θεωρεί τον «επί κεφαλής» τοκετό φυσιολογικό και συνιστά τη στροφή του εμβρύου με εξωτερικούς και εσωτερικούς χειρισμούς αν προπίπτει κάποιο μέλος, όπως ο βραχίονας ή το πόδι. Υπάρχει πλήρης γνώση της χρήσης του εμβρουσκίου, του εμβρουστόμου, του ελκυστήρα και πολλών άλλων μαιευτικών εργαλείων. Ενώ απαγορεύεται η έκτρωση στον «Όρκο», στην «Ιπποκρατική Συλλογή» περιγράφεται λεπτομερώς πώς αυτή πρέπει να γίνεται σωστά. Στην πραγματικότητα, δε, «Περί φύσιος παιδίου», εντύπωση προκαλούν τα πειράματα σε γονιμοποιημένα αβγά κότας, προκειμένου να παρακολουθηθεί η εξέλιξη του εμβρύου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Μαιευτική και η Γυναικολογία ήταν κλάδοι ιδιαίτερα εξελιγμένοι στην Ιπποκρατική Ιατρική η οποία θεωρείται ακόμη και σήμερα το απόγειο της αρχαίας ορθολογικής ιατρικής.

198. ΔΗΜΟΚΛΗΣ Ο ΚΡΟΤΩΝΙΑΤΗΣ. Ο ΕΛΛΗΝΑΣ ΙΑΤΡΟΣ ΣΤΗΝ ΑΥΛΗ ΤΟΥ ΔΑΡΕΙΟΥ

Σ. Κολιαντζάκη¹, Κ. Σώρρας², Σ. Δημητρακόπουλος

¹Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ²Ενδοκρινολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ³Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου»

ΣΚΟΠΟΣ: Η έρευνά μας αποσκοπεί στην παρουσίαση του ιατρού Δημοκλήδη από τον Κρότωνα στην Περσική Αυλή.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκοπήθηκαν έργα επιφανών Ελλήνων, ξένων ιστορικών της Ιατρικής καθώς και των κειμένων του Ηροδότου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ήταν γιος του Ασκληπιάδη γιατρού Καλλιφώντα. Εξ αιτίας του οργίλου χαρακτήρα του πατέρα του μετανάστευσε από τον Κρότωνα στην Αίγινα στερούμενος τα στοιχειώδη μέσα για την άσκηση της ιατρικής. Κατόρθωσε όμως να διαπρέψει. Από το 2ο έτος της παραμονής του στην Αίγινα του έδιναν μισθό ένα τάλαντο για τις υπηρεσίες του, το 3ο έτος οι Αθηναίοι 100 μνες και το 4ο ο Πολυκράτης, ο τύραννος Σάμου με 2 τάλαντα. Με δόλο τον καλεί στη Μαγνησία ο Πέρσης σατράπης Οροίπτης και τον κρατά αιχμάλωτο. Μετά από πώση του Δαρείου και τραυματισμού του στο πόδι (διάστρεμμα) αναζητείται λόγω της φήμης του και σιδηροδέσμιος οδηγείται για να τον θεραπεύσει. Αρχικά αρνείται τις ιατρικές του γνώσεις, αλλά κατόπιν βασιανιστηρίων ομολογεί και θεραπεύει τον Πέρση βασιλιά ενώ έχουν αποτύχει οι Αιγύπτιοι γιατροί του. Ως χάρη ζητά τη διατήρηση της ζωής των συναδέλφων του. Στη συνέχεια θεραπεύει τη γυναίκα του Δαρείου Άτοσσα από «φύμα» στο μαστό. Ως αντάλλαγμα ζητά από την Άτοσσα να μεσολαβήσει στον Δαρείο και να ορισθεί ως επικεφαλής των Περσών κατασκόπων που πηγαίνουν στην Ελλάδα πριν τους Περσικούς πολέμους. Φτάνοντας στον Τάραντα καταφέρνει να διαφύγει από τους Πέρσες και εγκαθίσταται στον Κρότωνα, όπου και ζει την υπόλοιπη ζωή του και διδάσκει στην Κροτωνιάδα ιατρική σχολή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη μορφή αποτυπώνεται η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού-ασθενούς (Άτοσσα-Δημοκλήδης), η αποχή από σεξουαλικές πράξεις με γυναίκες ασθενείς – Ιπποκράτειος όρκος-, η προφύλαξη ιατρών που έσφαλλαν από άλλους ομότεχνούς τους και η έξοχη κλινική ικανότητα και εμπειρία στη χειρουργική της Ελληνικής Δυτικής Ιατρικής. Ήταν τιμή για την αρχαία Ελληνική ιατρική η ύπαρξη ενός ιατρού αυτού του διαμετρήματος στην Περσική αυλή.

199. Η ΤΕΧΝΗ ΑΠΟΤΥΠΩΝΕΙ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Π. Σούκουλη¹, Γ. Αγγέλης¹, Β. Γιακίμοβα¹, Χ. Αλεξανδρόπουλος²

¹Κέντρο Υγείας Πύλης Τρικάλων, ²Ορθοπαιδική Κλινική ΓΝ Τρικάλων

ΣΚΟΠΟΣ: Η εξέλιξη της ψυχιατρικής συνδέεται εμφανώς με την πολιτική, ανθρωπολογική, επιστημονική και κοινωνιολογική εξέλιξη κάθε κοινωνίας. Η τέχνη από την άλλη, αποτελεί από την αρχή σχεδόν της ιστορίας του ανθρώπινου πολιτισμού πνευματική ανάγκη, αλλά συγχρόνως αντικατοπτρίζει τον άνθρωπο και την εποχή του. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καταδείξει τον τρόπο που αυτές οι δύο συνδέονται, μέσω έργων και συγκεκριμένα πινάκων ζωγραφικής, μεγάλων καλλιτεχνών που αποτύπωσαν στο έργο τους την έκφραση της ψυχικής νόσου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν πίνακες γνωστών ζωγράφων και η σύγχρονη βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπάρχει μια πληθώρα έργων τέχνης όπου σκιαγραφείται ο ψυχιατρικός ασθενής, όπως «The Madman» του Theodore Gericault, «Dulle Griet (Mad Meg)» του Bruegel, Pieter the Elder, «St. Jerome in a Dark Chamber» του Rembrandt Van Rijn, «Healing of a Madman» του Vittore Carpaccio, «Courtyard with Lunatics» και «Saturn Devouring His Son» του Francisco Goya, «A Corridor in the Asylum» του Vincent van Gogh και πολλοί ακόμη. Άλλωστε, πολλοί από τους μεγάλους ζωγράφους ήταν οι ίδιοι για μεγάλο χρονικό διάστημα ψυχικά ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ψυχική νόσος αλλά και η εξέλιξη της ψυχιατρικής αποτυπώθηκε ανά τους αιώνες σε έργα μεγάλων ζωγράφων, δίνοντας στον σύγχρονο μελετητή μια αξιολογική πηγή δεδομένων για να αποκρυπτογραφήσει.

200. ΙΣΤΟΡΙΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Σ. Αμπραχίμ¹, Λ. Κουρκούτα², Θ. Ζιώγου², Ι. Γκέγκες¹

¹ΓΝΑ «ΚΑΤ», ²Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα ιστορική μελέτη παρέχεται η ιστορική αναδρομή της επεμβατικής καρδιολογίας και η συμβολή της στη βελτίωση της πρόγνωσης των καρδιακών παθήσεων και της ποιότητας της ζωής των καρδιοπαθών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή και μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (ΙΑΤΡΟΤΕΚ) και στη μηχανή αναζήτησης Google Scholar, με λέξεις-κλειδιά: επεμβατική καρδιολογία, αγγειοπλαστική και ιστορία ιατρικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην επεμβατική καρδιολογία γίνεται αιματηρή προσπέλαση του ασθενούς μέσω καθετηριασμού των μεγάλων αγγείων που οδηγούν στην καρδιά, για διάγνωση ή θεραπεία της εκάστοτε καρδιακής νόσου. Όσον αφορά την ιστορία της, αυτή «ξεκινά» το 1929, με τον πρώτο τεκμηριωμένο ανθρώπινο καρδιακό καθετηριασμό, που εκτελείται από τον Δρ Werner Forssmann στο Eberswald, στη Γερμανία. Το 1941 ο Courmand Richards χρησιμοποίησε τον καρδιακό καθετήρα ως ένα διαγνωστικό εργαλείο, για τη μελέτη της καρδιακής λειτουργίας. Το 1976 ο Gruentzig παρουσιάζει αποτελέσματα μελετών από στεφανιαία αγγειογραφία σε ζώα, σε συνενδίαση της American Heart Association. Και το 1977 ο Gruentzig εκτελεί τον πρώτο καρδιακό καθετηριασμό σε «εργαστήριο καρδιακού καθετηριασμού» στη Ζυρίχη. Ενώ από το 1978 καρδιακοί καθετηριασμοί εκτελούνται στην Αμερική από Myler στο Σαν Φρανσίσκο και Stertzer στη Νέα Υόρκη. Κατά την περίοδο 1987-1993 ένας μεγάλος αριθμός νέων επεμβατικών συσκευών χρησιμοποιούνται σε όλο τον κόσμο, π.χ. οι ενδοπρωθέσεις (stents). Ήδη το 2001 σχεδόν 2.000.000 αγγειοπλαστικές πραγματοποιήθηκαν σε όλο τον κόσμο, με εκτιμώμενη αύξηση της τάξης του 8% ετησίως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαχρονική χρήση και εξέλιξη, καθώς και οι τεράστιες πρόοδοι που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα της επεμβατικής καρδιολογίας, συνέβαλε στη βελτίωση της ζωής των καρδιοπαθών και την «εξοικονόμηση» χιλιάδων ανθρώπινων ζωών παγκοσμίως.

201. ΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΠΑΣΙΑ ΚΥΠΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΓΓΛΟΚΡΑΤΙΑΣ (1878-1959)

Μ. Ταβλαντά¹, Α. Σαλίχου², Ι. Παγώνης², Α. Γκέργκη², Α. Λάππα², Χ. Λιούλη², Α. Μπάρα², Μ. Ορφανού², Π. Λογοθέτη², Χ. Μέλλος², Π. Ταβλαντάς²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Κορίνθου

Οι Άγγλοι όταν το 1878 κατέλαβαν την Κύπρο κληρονόμησαν από τους Τούρκους προκαταρκτικούς τους άθλιες υγειονομικές συνθήκες και ένα νησι χωρίς καμία ιατρική και νοσηλευτική υποδομή. **ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της έρευνάς μας είναι να καταγράψουμε τους ιατρούς και το προσωπικό υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της αγγλοκρατίας στην Καρπασία της επαρχίας Αμμοχώστου της Κύπρου. Μέσα από αυτή να αναδείξουμε το έργο τους, την προσφορά τους και τη φροντίδα τους στο δοκιμαζόμενο λαό της Καρπασίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα πρώτα χρόνια της αγγλικής κατοχής ίδρύσαν σε όλες τις πόλεις της Κύπρου τα φαρμακεία – εξωτερικά ιατρεία και τα στελέχωναν με στρατιωτικούς ιατρούς. Στη συνέχεια, από το 1880 αντικατέστησαν αυτούς με ιατρούς Άγγλους, Κυπρίους και Ελλαδίτες, κυρίως από τα νησιά του Αιγαίου και τη Μικρά Ασία. Στην Αιγαίουσα εγκαταστάθηκε ο Σάμιος ιατρός Βασιλάκης Α. Σκουριάδης το 1889. Το 1882 ο ιατρός Μ. Καρούδης εξασκούσε το επάγγελμά του στο Ριζοκάρπασο. Το 1900 η Παλιούσα γίνεται αγροτικό ιατρικό κέντρο. Πρώτος αγροτικός γιατρός διορίζεται το 1901 ο Ονούφριος Παυλίδης. Το 1902 δύο άλλοι γιατροί υπηρετούν ιδιωτικά στη Γαλιούσα, ο Μιλτιάδης Π. Λαζαρίδης και ο Κωνσταντίνος Παπαδόπουλος. Το 1903-1906 αγροτικός γιατρός στη Γαλιούσα ήταν ο Σ. Βασιλειάδης. Το 1905 διορίζεται αγροτικός γιατρός στη Παλιούσα ο Γ. Π. Γεννηματάς. Το ίδιο χρόνο (1905) ο Μιλτιάδης Λαζαρίδης, διορίζεται αγροτικός γιατρός στην Καρπασία. Ο Νικόλαος Γιαννοπούλος υπηρετήσε ως αγροτικός ιατρός στη Παλιούσα από το 1910-1930. Το 1917 ο γιατρός Ευθύβουλος Κ. Παρασκευαΐδης – γυναικολόγος από τη Λευκωσία και ο Γεώργιος Ζ. Νίκις, παθολόγος – νευρολόγος από την Κύμη – Κεπτήρ ίδρυσαν Αγροτική Κλινική στον Άγιο Θεόδωρο. Στην περίοδο 1924-1931 ο γιατρός Αιλιανός Γεωργιάδης εξασκεί το ιατρικό επάγγελμα στη Γαλιούσα. Στη δεκαετία του 1930 διορίζεται στη Παλιούσα αγροτικός γιατρός ο Ζ. Ζαρούλης και ο Κώστας Ζαχαριάδης. Ο εγχώριος Κυριάκος Κάμαρης υπηρετεί ως ιδιωτικός γιατρός στη Παλιούσα στις αρχές του 1930. Ο φαρμακοποιός Γιάγκος Μικελιάδης μετακίει από τη Λάρνακα στη Παλιούσα και ιδρύει το πρώτο φαρμακείο ο «Αγλιάνος» στις αρχές της δεκαετίας 1930. Στη Παλιούσα εργάστηκαν και οι γιατροί Λεοντιάδης και Αρτέμιος. Το 1938 εργάστηκε και υπηρετήσα απειδωμένα το χωριό του ο γιατρός Ανδρέας Χ. Γαβριήλ. Από το 1956 εργάστηκε στη Παλιούσα ο κυβερνητικός γιατρός Χρ. Σ. Λαγούδης, τον οποίο διαδέχθηκε ο γιατρός Γιάγκος Χρ. Φραγκούδης. Από τη Παλιούσα καταγόταν και ο Συμεών Χριστόπουλος, ο οποίος υπηρετήσε ως Κυβερνητικός φαρμακοποιός σε διάφορα κέντρα στην Κύπρο. Εγχώριοι φαρμακοποιοί ο Ανδρέας Γ. Μικελιάδης, ο Λάμπρος Ιωάννου, ο Πάνος Χ. Νικολάου και ο Νικόλαος Λοΐφου. Η συνεισφορά των μαιών στις περιοχές της Καρπασίας ήταν ιδιαίτερα σημαντική, οι οποίες είναι η Μαρινού Χατζηαντωνή, η Μαρία Σκορδού, η Μυροφόρα Τοφή, η Ελένη Μαρκοδικού και η Σταυρούλα Κυπριανού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Καρπασία κατά την περίοδο της αγγλοκρατίας ανέδειξε πολλούς και ικανούς επιστήμονες στον χώρο της υγείας. Η οργάνωση και η δομή του συστήματος υγείας τότε τους βοήθησε να εργαστούν αποδοτικά και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στον δοκιμαζόμενο λαό της περιοχής. Ο κόσμος κατέφυγε σε αυτούς και άφησε κατά μέρος τους εξορκιστές, τους γηύτες, τους τσαρλατάνους, τους θαυματουργούς και τα ιατροσόφια. Τις υπηρεσίες τους τις παρέχον σε όλους ανεξαρτήτως θρησκείας. Σε μία περιοχή με πλούσιο ιατρικό ιστορικό υπόβαθρο και πολύ σωστές και αποδοτικές υποδομές τότε, σταμάτησε ο χρόνος του 1974. Από τότε η Καρπασία είναι υπό τουρκική κατοχή. Είμαστε περήφανοι για εκείνα που πετύχαμε και καθιερώσαμε τότε, παρακαταθήκη αισιόδοξιας για τις νεότερες γενιές, έχοντας στη σκέψη τους στίχους του ποιήματος του Πέτρου Αιγιαλούση:

«Αιγιαλούσα κόρη του βοριά με σύντροφο το κύμα,

να είσαι σκλάβια είναι κρίμα....

Είσαι πατρίδα ελληνική,

Το μαρτυρούν όλα σου τα ακρογιάλια,

όπου είχαν αράξει οι Άχαιοι με ελληνικά καράβια...»

202. Η ΚΙΝΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ

Χ. Ιαβάτσο, Π. Ιαβάτσο, Φ. Ντζιώρα

(1) *Gynaecological Department - St Bartholomew's Hospital, London, UK*

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση των πρωτοπόρων της κίνησης για τον έλεγχο των γεννήσεων.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ: Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός, ως κίνηση, άρχισε στις αρχές του αιώνα μας με πρωτοπόρους τρεις γυναίκες τη Margaret Sanger στις ΗΠΑ το 1912, νοσοκόμα σε βιομηχανική περιοχή της Νέας Υόρκης, τη Mary Stope, ιατρό, και την Edith How-Martyn στη Μεγάλη Βρετανία το 1915. Η Sanger υποστήριζε ότι ο έλεγχος των γεννήσεων και η απελευθέρωση της γυναίκας από τις ανεπιθύμητες κινήσεις συνδέεται άμεσα με την προαγωγή της υγείας της μητέρας και του παιδιού. Στα χρόνια που ακολούθησαν η κίνηση αυτή λάμβανε συνεχώς όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις και σε αυτό βοήθησε αποφασιστικά η υποθέτηση της από τα γυναίκα σωματεία κυρίως της Αγγλίας. Το 1916 λειτουργεί στη Νέα Υόρκη την πρώτη κλινική ελέγχου των γεννήσεων. Η ενέργεια αυτή θεωρήθηκε επαναστατική και η Sanger συλλαμβάνεται και φυλακίζεται. Αυτό, όμως, δεν αποθαρρύνει τη Sanger και τους συνεργάτες της, οι οποίοι συνεχίζουν το έργο τους και το 1921 συγκροτούν στην Αμερική τον «Σύνδεσμο ελέγχου των γεννήσεων» (Birth Control). Παράλληλα, στο Λονδίνο, η Mary Stope ανοίγει το 1921 τη δική της κλινική «Mary Stope Mother's Clinic for Birth Control», ενώ το 1930 συγκαλείται στη Ζυρίχη η πρώτη διεθνής συνάντηση για τον έλεγχο των γεννήσεων των οποία παίρνουν μέρος αντιπρόσωποι από 12 χώρες, με γενικό σκοπό την περαιτέρω εξάπλωση και διεθνοποίηση του κινήματος. Ταυτόχρονα, η συνάντηση αυτή είχε και ένα πιο ειδικό σκοπό, να πλησιάσει και να εξασφαλίσει την υποστήριξη του ιατρικού κόσμου. Μέχρι την έναρξη του Β' Παγκοσμίου πολέμου, το κίνημα ελέγχου των γεννήσεων άρχισε να εξαπλώνεται προοδευτικά σε Ευρώπη, Ασία και Βόρεια Αμερική διακόπηκε όμως η κίνηση συνεργασίας με την έναρξη του πολέμου.

203. ΤΟ ΑΝΙΑΤΟΝ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΣΤΟΝ ΠΛΑΤΩΝΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ

Ε. Σταυρούλακης

Παιδοχειρουργός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η νομική και φιλοσοφική θεώρηση του ιπποκρατικού ιατρικού "ανιάτου" στον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αρχαία Ελληνική Γραμματεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Ιπποκράτης πρέσβευε ότι η γνώση των ανιάτων νόσων είναι απαραίτητη για να μη δημιουργείται ιατρογενών μάταιη ταλαιπωρία και άσκοπος πόνος στους ασθενείς. Υπεστήριξε ότι πρέπει να επινοούνται μέσα, ώστε οι θεραπευσιμείς παθήσεις να μην καθίστανται ανίατες. Θεωρούσε δε σωστή διάγνωση, αυτήν που προέβλεπε αν κάποια νόσος δύναται να θεραπευθεί ή παρήμενε ανίατος. Ισχυριζότο ότι μεταξύ νόσου και Ιατρικής υπάρχει μια διαρκής αναμέτρηση, όπου η μέν νόσος τείνει προς το ανιάτον η δε Ιατρική προς το ιατόν. Ο Δημοσθένης αντιπαρέθετε το κοινωνικώς ανιάτον, θέλοντας να καταδείξει το ανιάτον της παρανομίας κάποιων ανδρών απέναντι στην Πολιτεία. Ο Πλάτων ο οποίος συνυπήρξε με τον Ιπποκράτη για πενήντα έτη ζωής (427-377 π.Χ.), γνώριζε το έργο του ιατρού και πολλές περιπτώσεις των Νόμων αναφορές του, αποτελούν δάνειο Ιατρικών όρων στη νομική τους διάσταση, όπως π.χ. "το ανιάτον έλκος", σπουδαία έκφραση του Ποινικού Δικαίου. Ο Αριστοτέλης, σε φιλοσοφικό επίπεδο, μετέρχεται τον όρο "ανιάτον" μέσω του ήθικου του διερμηνείας, αποδειχόμενος ότι, όπως το Ιατρικώς ανιάτον είναι ανεπιδέκτο θεραπείας, έτσι και το ηθικώς ανιάτον είναι έρμαιο κακοηθών ανείων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το καθ' Ιπποκράτην "ανιάτον" αποτελεί θεμελιώδη όρο κοινωνικών, νομικών και φιλοσοφικών ιδεών.

204. ΚΑΠΟΙΕΣ ΑΓΝΩΣΤΕΣ ΠΤΥΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΤΗΣ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗΣ ΤΟΥ ΔΑΜΑΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ EDWARD JENNER (1749-1823)

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

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Η ευλογία είναι ιογενής νόσος που προσβάλλει αποκλειστικά τον άνθρωπο. Από την αρχαιότητα, διάφορες μέθοδοι τεχνητής ανοσοποίησης είχαν αναπτύχθει με κορυφαία εκείνη των Ελλήνων ιατρών Εμμανουήλ Τιμόνη (1669-1720) και Ιάκωβου Πυλαρινού (1659-1718) που στις αρχές του 18ου αιώνα προέβησαν στην επιστημονική εφαρμογή του εμβολιασμού χρησιμοποιώντας υγρό από φλύκταινες ευλογιάς νοσούντων παιδιών. Ωστόσο εκείνος που τροποποίησε τη μέθοδο των Τιμόνη και Πυλαρινού καθιστώντας δυνατή τη μαζική παραγωγή του πρώτου στην ιστορία εμβολίου ήταν ο Άγγλος χειρουργός Edward Jenner. Ο Jenner γεννήθηκε στις 17 Μαΐου του 1749 στη μικρή πόλη Berkeley της Αγγλίας. Σε ηλικία 17 ετών μετέβη στο Λονδίνο για να σπουδάσει Ιατρική έχοντας δάσκαλο τον διαπρεπή χειρουργό και ανατόμο John Hunter (1728-1793). Ολοκληρώνοντας τις σπουδές του, το 1773, επέστρεψε στη γενέτειρά του για να ασκήσει την Ιατρική. Την περίοδο εκείνη, η ευλογία είχε λάβει επιδημικές διαστάσεις επιφέροντας τον θάνατο στο 30% των νοσούντων ασθενών. Ο Jenner παρατήρησε πως όσοι κτηνοτρόφοι μολύνονταν από τον ιό της δαμαλιπιδας (ευλογία των βοοειδών) προστατεύονταν από την ευλογία που προσέβαλε τους ανθρώπους. Παρακινούμενος από τη συμβουλή του Hunter: «Μην σκέφτεσαι, πειραματίσου», αποφάσισε να διεξάγει ένα πείραμα: πήρε υγρό (δαμάλιο λύμφη) από τις φλύκταινες της χωρικής Sarah Nelms, που είχε μολυνθεί με δαμαλιπίδα και ετάλειψε με αυτό δύο μικρές επιφανειακές τομές που έκανε στον βραχίονα του μικρού James Phipps. Το πείραμα εστέφθη με επιτυχία καθώς ο μικρός δεν νόσησε από ευλογία. Αρχικά οι επιστημονικοί κύκλοι της εποχής αντιμετώπισαν με δυσπιστία τα αποτελέσματα της μεθόδου του και ο Jenner αναγκάστηκε να δημοσιεύσει ι-δια δαπάνη το θεμελιώδες έργο του «An Inquiry into the Causes and Effects of the Variolae Vaccina». Ωστόσο σύντομα, μέσα από πολυάριθμες μεταφράσεις, το έργο του έλαβε τέρσιμα απήχηση στο εξωτερικό. Το 1803, χάρις σε δωρεά της αγγλικής κυβέρνησης ιδρύθηκε το *Royal Jennerian Institute* με πρώτο διευθυντή τον ίδιο τον Jenner. Ήδη από τον 19ο αιώνα η ευλογία περιορίστηκε σημαντικά ενώ σήμερα έχει πλέον εξαλειφθεί.

205. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΠΡΟΪΠΟΚΡΑΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Γ. Τσουκαλάς¹, Κ. Περογιάννη², Μ. Καραμάνου¹, Ι. Τσουκαλάς³

¹Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Κλινική Δερματικών-Αφροδισιαολογικών Νοσημάτων Πανεπιστημίου Αθηνών, ³ιδιώτης Ιατρός, Χαλάνια

Ο πρώτος μυθικός ιατρός στην Ελλάδα, ο Μελάμπους (ΙΔ΄ ή ΙΒ΄ αιώνα π.Χ.), είναι ο πρώτος ιατρός-ψυχοθεραπευτής που αναφέρει η Ιστορία. Θεράπευσε από τη μανία, με μαύρο ελλέβορο και θεράπευσε το επώδυνο έκζεμα των γεννητικών οργάνων των θυγατέρων του βασιλιά της Τυρηνθού, αποτέλεσμα αυνανισμού. Σύμφωνα με τον Πλούταρχο: ο Ησίοδος (Θ΄/Η΄ αιώνα π.Χ.), «είχε γνώσεις ιατρικές», και είχε επιμαρτυρήσει πως οι ίδιες κόρες έπασχαν από δύο δερματικά νοσήματα το κνύος (ψώρα) και τον αλφά (λεύκη). Ο λυρικός ποιητής Ιππώναξ (ΣΤ΄ αιώνας π.Χ.) περιγράφει μεταξύ άλλων φάρμακα, μύρα, χειμετλα, δερματικά μολυσματικά νοσήματα. Στους Ορφικούς Ύμνους, μουσικοπαθείς Ορφικοί ποιητές (ΣΤ΄ αιώνας π.Χ.) και όχι ο Ορφείας, αναφέρουν φάρμακα, όπως το πεύκο, τον κνίκιο (καλάγκαθο), ψιλόχορτο, και διάφορους λίθους για διάφορες παθήσεις, όπως: ελαφοκερατίτης, που αφού τον τρίψεις με λάδι, τον επιχρίεις στη φαλάκρα και βγαίνουν νέες τρίχες: οφίτης ως αποτελεσματικό αφροδισιακό σπάλιο ειδικό προς τα αφροδισια των παιδών. Τον ΣΤ΄ αιώνα π.Χ. αρχίζουν να ιδρύονται διάφορες Φιλοσοφικές-Ιατρικές Σχολές στην Ελλάδα, όπου διδάσκεται η Ιατρική ως κλάδος της Φιλοσοφίας. Ο Πυθαγόρας, ιδρυτής της Σχολής της Κρότωνος, γνώστης της δύναμης και της ενέργειας των φαρμάκων, χρησιμοποίησε ποικίλα καταπλάσματα και φυτικά φάρμακα, όπως σκιλλοκρέμμυδο, χληνοπόδιο, σινάπι κ.λπ., αναφέρει τη δράση του ομηρικού «νηπενθούς», ενώ ο Διοσκουρίδης περιγράφει ονόματα φαρμάκων που χρησιμοποιούσε ο Πυθαγόρας. Από αυτά αναφέρει εκείνα που έχουν δράση στη Δερματολογία: ΑΝΑΘΕΜΑ, μαλάχη κηπαία, ΔΡΑΚΤΥΛΙΣ, ανεμύνη φοινική, ΠΑΡΜΟΡΟΝ, σιδηρίτις, είδος βοτάνης, ΕΡΥΣΙΣΚΗΠΤΡΟΝ, περιστερών ύπτιος, κοινώς περιστερόχορτο, ΠΡΟΦΗΤΗΣ, υσσοκίμος λευκός ή μαύρος, ΑΝΘΡΩΠΟΜΟΡΦΟΝ, μανδραγόρας. Οι απόψεις των αρχαίων συναδέλφων μας προκαλούν ενθουσιασμό για την ορθότητά τους.

206. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑΣ ΩΣ ΜΕΣΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΤΕΡΟΥΣ ΧΡΟΝΟΥΣ

Σ. Δημητρακόπουλος¹, Σ. Κολιαντζάκη¹, Ν. Αθανασόπουλος², Κ. Σώρρας²

¹Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου», ²Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου»

ΣΚΟΠΟΣ: Ιστορία της υπερηχογραφίας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Διεθνούς Βιβλιογραφίας

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 1956 (κολλική προσέγγιση) 07/06/1958: δημοσίευση για αξία του υπερήχου, στο Lancet, με τίτλο «Βιερωμένη κοιλιακή μάζα με παλμικό υπέρηχο». Ian Donald, υπερήχων στη μαιευτική-γυναικολογία.

1964: Bertil Sundén (Σουηδία): διαγνώσεις ανεγκεφαλία σε κύηση τρίτο τρίμηνο.

1967: ενόπηση θέσης πλακούντα υπερηχογραφικά πριν από την αμνιοπαράκνιση (Hoffmann & Hollander, Γερμανία)

1968: ρόλος υπερήχων στην ανίχνευση εμβρυικών δυσμορφιών-ανωμαλιών (δημοσίευση Garrett, Robinson, Kossoff)

1968: Hoffmann & Hollander (Γερμανία) υπερηχογραφική διάγνωση εμβρυικού οδρωτά.

O Hollander το 1968, διαγνώσκει με real time υπέρηχο όγκους ωοθηκών. Το 1969 ο Malte Hinselmann με real time scanners προσέδωσαν πολύ πιο αποτελεσματική διάγνωση πολλών εμβρυικών ανωμαλιών-δυσμορφιών, ειδικά στις καρδιακές ανωμαλίες του εμβρύου.

1969: Καθυστάση υπερηχογραφική απεικόνιση εξωμήτριας κύησης.

1970: Garrett (Σκωτία) διαγνώσκει με υπέρηχο σε έμβryo 31 εβδομάδων ύπαρξη πολυκυστικών νεφρών.

O Stuart Campbell, συμμαθητής του Donald, και καθηγητής στο King's College Hospital (Λονδίνο). O Campbell ήταν αυτός που βελτίωσε τη μέθοδο μέτρησης BPD (1964-1970)

1983: Doppler εκτίμηση εμβρύου και προεκλαμψία.

Alfred Kratochvil (Βιέννη): 1968 κατόρθωσε να ανιχνεύσει την κίνηση της καρδιάς εμβρύων σε γυναίκες με επαπειλούμενες εκτρώσεις.

1972: Hugh Robinson (Γλασκώβη): 1973 μέτρηση στο CRL εμβρύων.

1972: Αμνιοπαράκνιση υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση (J. Bang & A. Northeved, Κοπεγχάγη).

1974: Εμβρυοσκόπηση υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση (J. Hobbs & M. Mahoney).

1976: Hansmann με υπέρηχο μετράει μέγεθος και αριθμό ωοθυλακίων.

1977: J.E. Drumh και D.E. Fitzgerald (Ιρλανδία) αρχισχετίζουν doppler ομφαλικής αρτηρίας με προεκλαμψία και υποεκλαμψική ενδομήτρια ανάπτυξη.

1977: Robert Gill: Doppler ομφαλικής φλέβας.

1979: Mantoni και Pederson (Κοπεγχάγη) βλέπουν με υπέρηχο λεκτικό ασκία.

1979: John Hobbs (Yale, Connecticut) μέτρηση FL προκείμενου να εκτιμήσει εμβρυικές σκελετικές ανωμαλίες.

Αργότερα οι Gregory ο'Brien και John Queenan χρησιμοποιούν το FL για την εκτίμηση της εμβρυικής ανάπτυξης.

1980: Manning και Plat δημοσιεύουν ότι οι κινήσεις του σώματος του εμβρύου και οι αναπνευστικές εμβρυικές κινήσεις που βλέπουν υπερηχογραφικά έχουν την ίδια προγνωστική αξία με reactive nst.

1980: Peter Cooperberg με βελόνα 20 g υπό υπέρηχο οδηγεί στη διάγνωση αιμορροφιλίας.

1984: Jensen & Hahnesmann (Κοπεγχάγη) διενεργούν διακολιακή λήψη χοριακών λαχνών υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση.

1984: Phillipre Jeanty (Yale) μετράει υπερηχογραφικά όλα τα μακρά οστά του εμβρύου.

1985: O real time διακολιακός υπέρηχος γίνεται πολύ δημοφιλής στη Γυναικολογία.

1985: Beryl Benacerraf (Harvard): μέτρηση αυχενικής διαφάνειας σε έμβρυα.

1986: Wladimiroff group: doppler μέτρηση εγκεφαλικής αρτηρίας.

1987: Asim Kurjak: color flow doppler.

1988: Beryl Benacerraf group (Harvard): Αμνιοπαράκνιση χωρίς στην κύηση (11 έως 14 εβδομάδες).

1990: Cullen (Yale): Διαγνώσκει εμβρυικές ανωμαλίες στο 1ο τρίμηνο κύησης χρησιμοποιώντας διακολιακό υπέρηχο.

1992: Nikolaides (King's College Hospital, London) δημοσιεύει στο British Medical Journal τη μέτρηση της αυχενικής διαφάνειας στις 11 με 14 εβδομάδες κύησης. Στην ομφαλοδόκνηση.

1994: Οι Bengt Karlsson και Seth Granberg (Ελσίνκι, Φινλανδία) καθιερώνουν τη μέτρηση πάχους ενδομητρίου πάνω από 5 mm ως «καμπανάκι» για καρκίνο ενδομητρίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: 1970 η υπερηχογραφία αποτελεί εργαλείο στη φάρετρα του Μαιευτήρα-Γυναικολόγου.

207. WILLIAM STUART HASTED. «ΤΑ ΓΑΝΤΙΑ ΤΟΥ ΕΡΩΤΑ» ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΗΨΙΑ

Σ. Κολιαντζάκη¹, Κ. Σώρρας², Σ. Δημητρακόπουλος³

¹Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ²Ενδοκρινολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ³Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου»

ΣΚΟΠΟΣ: Η έρευνά μας απσκοπεύει στην ιστορική παρουσίαση των ελαστικών γαντιών του Hasted, τα οποία αποτέλεσαν το μέσο αντιστηψίας των χειρών κατά τις χειρουργικές επεμβάσεις.

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο William Stuart Hasted (1853-1922), Αμερικανός χειρουργός και καθηγητής επέβαλε τη χειρουργική αντιστηψία. Την επιινόηση της δημιουργίας και χρήσης των ελαστικών γαντιών στο χειρουργείο την οφείλουμε στο αίσθημά του με την αδελφή Caroline Hampton, προϊσταμένη του χειρουργείου. Αυτή φορούσε άσπρα γάντια και με αυτά πρόσφερε καφέ στον καθηγητή. Στην αρχή η συνήθεια της αυτή θεωρήθηκε ως μια από τις ιδιορρυθμίες του καθηγητή, αλλά ακολούθως διαδόθηκε ότι έπασχε από αθεράπευτο έκζεμα, το οποίο παρεμπόδιζε τη βοήθειά της στον καθηγητή κατά το χειρουργείο. Οι ανατόμοι της εποχής χρησιμοποιούσαν χονδρά ελαστικά γάντια, τα οποία ήταν όμως ακατάλληλα για το χειρουργείο. Ο Hasted προκειμένου να τη βοηθήσει προσέφερε τα χέρια του να γίνουν χάλκινα εκμαγεία για να κατασκευαστούν λεπτά ελαστικά γάντια από την Good Year για την αγαπημένη του. Την ημέρα που της τα φόρεσε έδωσε στα γάντια το όνομά του και έγιναν οι προστάτες των χειρών της. Η χρήση των «γαντιών του έρωτα», όπως τα αποκάλεσε ο Ν. Λούρος καθιερώθηκε στην αντιστηψία των χειρών στις εγχειρήσεις από τον βοηθό του Hasted, Blood good.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η συνεισφορά του έρωτα του Hasted για την Caroline, υπήρξε αναμφισβήτητα τεράστια για την πρόοδο της ιατρικής αντιστηψίας. Στάθηκε η απαρχή της χρήσης ελαστικών γαντιών αντιστηψίας στις σημερινές χειρουργικές αθήσεις.

208. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ

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

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ο Αριστοτέλης, η «αυθεντία», όπως αναγνωρίστηκε ήδη στην αρχαιότητα χαρακτηρίζεται κυρίως ως φυσιογνώστης, καθώς το μεγαλύτερο μέρος του έργου του αφιερώθηκε στη μελέτη της φύσης και των έμβιων όντων. Παρόλα αυτά, αν και ίδιος δεν ήταν ιατρός και δεν άσκησε την ιατρική, οι ιατρικές γνώσεις του εμφανίζονται έντονα μέσα στο έργο του και μάλιστα επηρέασαν ιδιαίτερα τους ιατρούς της αρχαιότητας. Στις ιατρικές του θεωρίες διαπραγματεύθηκε τα περισσότερα στοιχεία της λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος. Ανέλυσε διεξοδικά την αναπαραγωγική διαδικασία, ώστε να δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη γενετήσια λειτουργία, τη σύλληψη, την εμβρυολογία και την τερατολογία. Ανέπτυξε θεωρίες για τη φυσιολογία του ανθρώπου υποδεικνύοντας τον κεντρικό ρόλο της καρδιάς και του αίματος, όπως και προσπαθώντας να επιστημονήσει την επίδραση των χυμών και των ποιοτικών τους χαρακτηριστικών για τη ζωή και τις ασθένειες του ανθρώπου. Μεγάλη έμφαση έδωσε στη διερεύνηση της λειτουργίας των αισθητηρίων οργάνων του ανθρώπου, όπως και στην εξέταση των τύπων της αναπνοής, όχι μόνο για να διευκρινίσει τους μηχανισμούς τους, αλλά κυρίως να καταδείξει τη σχέση τους με την ψυχική λειτουργία. Το μεγάλο του ενδιαφέρον για την ψυχή δεν περιορίστηκε μόνο σε ένα θεωρητικό και φιλοσοφικό πλαίσιο, αλλά απέκτησε πραγμαστικά στοιχεία, ώστε να παρατηρούμε στα έργα του αναφορές σχετικά με τη νευρολογία, όπως και με την ψυχιατρική, όταν αναλύονται ψυχοπαθολογικές οντότητες, ενώ ακόμη πρωτοπόρος ήταν για την εποχή του οι θέσεις για τα όνειρα και την επίδραση των βιωμάτων της καθημερινότητας για την εμφάνισή τους. Τέλος δε θα πρέπει να ξεχνούμε και τις παρατηρήσεις του για τη θεραπευτική και τη φαρμακολογία, καθώς διατύπωσε θεωρίες για μεθόδους θεραπευτικές και εξέταση τη δράση φυτών και αρχαίων φαρμάκων.

209. ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΙΚΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σ. Κολιαντζάκη¹, Κ. Σώρρας², Σ. Δημητρακόπουλος³

¹Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ²Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ³Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου»

ΣΚΟΠΟΣ: Πρώτο αυτοκινητιστικό τροχαίο και θανατηφόρο ατύχημα, που αναφέρεται στην Ελλάδα έγινε Κυριακή 4 Μαρτίου 1907 στη Λεωφόρο Συγγρού, μετά την Πύλη του Αδριανού στο εργοστάσιο ΦΙΞ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: (Αποσπάσματα από τις εφημερίδες «Ακρόπολις», «Καιροί» και «Εστία» της 5ης Μαρτίου 1907)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πρίγκιψ Ανδρέας μετά της συζύγου του Αλίκης και του Υπασιπιστού του Μεταξά, οδηγούσε το αυτοκίνητό του στη λεωφόρο Συγγρού για να μεταβεί στο Παλαιό Φάληρο και εκείθεν εις Πειραιά. Όπισθεν και σε απόσταση 30-40 μ. ακολουθούσε το αυτοκίνητο του Νικολάου Σιμόπουλου Υπουργού, Βουλευτού Φθιώτιδος. Όταν τα δυο αυτοκίνητα ευρίσκοντο προ της γέφυρας και πλησίον του Ζυθοπωλείου Φιξ, ο Σιμόπουλος ηθέλησε να υπερβεί το αυτοκίνητο του Πρίγκιπτος, αυξάνων κατά τι την ταχύτητα του αυτοκινήτου του. Η οδός ήτο ελεύθερη από πεζούς και το αυτοκίνητο του Σιμόπουλου αφού προσπέρασε το προπορευόμενο, κατέλαβε το δεξιό της οδού και έβαινε κανονικώς επί της λεωφόρου. Ξαφνικά μία γυναίκα ευρισκόμενη με ένα παιδί επί του πεζοδρομίου εισήλθε επί της λεωφόρου και ευρέθη αντιμέτωπη με το αυτοκίνητο του Σιμόπουλου. Αυτός βλέποντας τον προφανή κίνδυνο ηθέλησε δι' ελιγμών ν' αποφύγει τη μετά της γυναικός σύγκρουση, πλην όμως η άτυχη γυναίκα φοβηθείσα δεν εσταμάτησε αλλά έτρεξε να περάσει στο απέναντι πεζοδρόμιο με αποτέλεσμα το αυτοκίνητο να τη ριξεί επί του εδάφους και να περάσει από το σώμα της. Φαίνεται ότι πάνω από το σώμα της άτυχης γυναίκας διήλθε και το αυτοκίνητο του Πρίγκιπτος Ανδρέου, παρά το γεγονός ότι προσπάθησε να ανακόψει την ταχύτητά του. Ούτω, το πρώτο τροχαίο ατύχημα στην Αθήνα, είχε διαπραχθεί. Το πρώτο θύμα ήτο η άτυχη γυναίκα Ευφροσύνη Βαμβάκα, ηλικίας 25 ετών, καταγόμενη από το Αργασσόλι, σύζυγος του σανδαλοποιού Θεοδώρου'. «Ο βασιλεύς έδωσε εντολή, στο Διευθυντήν της Αστυνομίας κ. Δαμηλάτην. Η υπόθεση ανετέθη στον τακτικό ανακριτή κ. Λογοθέτη υποβάλλοντας τη δικογραφίαν στον Εισαγγελέα κ. Λυκουρέζου, όστις θα ασκήσει στη συνέχεια ποινικήν δίωξη για φόνο εξ αμελείας...»

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τίτλος εφημερίδας: «Με επτά αυτοκίνητα θρηνούμε θύματα, φανταστείτε να γίνουν 70...»

210. Ο PAUL GEORGES DIEULAFOY (1839–1911) ΚΑΙ Η ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΠΑΝΙΑΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΑΛΛΟΙΩΣΗΣ ΠΟΥ ΦΕΡΕΙ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ

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

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ο Dieulafoy γεννήθηκε στην Τουλούζη, ενώ σπούδασε ιατρική στο Παρίσι, όπου και πήρε το διδακτορικό του το 1869. Η εξέλιξη του υπήρξε γοργή, καταλαμβάνοντας θέσεις στα νοσοκομεία «Hôpital Saint-Antoine» και «La Charité». σύντομα έγινε επικεφαλής ιατρός στο φημισμένο νοσοκομείο «Hôtel-Dieu de Paris». Δίδαξε εσωτερική παθολογία στο Πανεπιστήμιο των Παρισίων, και εξελέγη πρόεδρος της Γαλλικής Ακαδημίας της Ιατρικής το 1910. Ασχολήθηκε με την ανατομική του εγκέφαλου, τη φαρμακοκινητική του χλωροφορμίου, τη θωρακοκέντηση με ειδική συσκευή τρόμπας-αναρρόφησης, τις παθήσεις του ήπατος και τη φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφουσης. Στο πόνημα του «Exulceratio simplex: Leçons 1-3» το 1898, περιγράφει για πρώτη φορά ένα σπάνιο σύνδρομο. Αναφέρει μια σειρά από 10 ασθενείς που παρουσιάζονται με μαζική αιματέμηση, περίπου 4 λίτρα αίματος σε λιγότερο από 24 ώρες. Κατά τη νεκροψία, βρέθηκε μια επιφανειακή εξέγκωση του γαστρικού βλεννογόνου, με ένα χαινόν αρτηρίδιο του γαστρικού επιθηλίου. Τα όρια της αλλοίωσης ήταν σαφή και το υπόλοιπο επιθήλιο ήταν απόλυτα υγιές. Ο Dieulafoy κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αυτή η αλλοίωση δεν ήταν ένα τυπικό γαστρικό έλκος και την ονόμασε «Exulceratio simplex». Η «απλή εξέγκωση του Dieulafoy» ή «μονήρης γαστρική εξέγκωση» ή «κίρσοειδές ανεύρησμα» ή «νόσος του Dieulafoy» είναι μια σπάνια και επικίνδυνη αιτία μαζικής αιματέμησης, η οποία εύκολα μπορεί να διαφύγει της διαγνωστικής. Παρατηρείται σχεδόν αποκλειστικά στο στομάχο, με κλινική εικόνα μαζικής αιματέμησης και μέλαινες κενώσεις σε ασθενείς χωρίς προηγούμενο σχετικό ιστορικό. Ο Dieulafoy αγάπησε τόσο την ιατρική, ώστε εργαζόταν συνεχώς χωρίς διακοπές για ξεκούραση και το μόνο του διάλειμμα ήταν μερικές μέρες μετά το γάμο του. Πέθανε αγκαλιά με την επιστήμη τον Αύγουστο του 1911 στο Παρίσι.

211. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

212. ΝΕΑ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΛΑΜΙΝΗΣ A/C (LYS78GLU) ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗ ΩΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑΓΩΓΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Γ. Κουργιαννίδης¹, Α. Αναστασάκης², Κ. Λαμπρόπουλος³, Ε. Ζαχαριάδη¹, Θ. Ηλιόπουλος¹

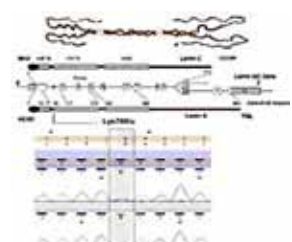
¹Καρδιολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, ²Μονάδα Κληρονομικών Καρδιαγγειακών Παθήσεων Α' Καρδιολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, ³Καρδιολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Πολυκλινική

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς που παρουσίασε κοιλιακή ταχυκαρδία, διαταραχές του ερεθισματοαγωγού συστήματος και ήπια συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, οφειλόμενα σε νέα μετάλλαξη στο γονίδιο της Λαμίνης A/C.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 42 ετών, προσήλθε με συμπτώματα κόπωσης και αισθήματος παλμών. Το ΗΚΓ επιφανείας έδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό, πρώτου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό και επεισόδια μονόμορφης μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας. Από το ατομικό του αναμνηστικό αναφέρεται ότι η αδερφή του πάσχει από διατακτική μυοκαρδιοπάθεια με εμφύτευση απινιδωτή στην ηλικία των 40 ετών μετά από επεισόδιο καρδιακής ανακοπής. Στο διαθωρακικό υπερηχογράφημα, τη μαγνητική τομογραφία καρδιάς και τη στεφανιογραφία του ασθενούς παρατηρήθηκε μια μικρή δυσλειτουργία της συσπαστικότητας της αριστερής κοιλίας (KE=50%), με φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία. Στην ΗΦΕ που ακολούθησε δεν προκλήθηκε εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία, ενώ παρατηρήθηκε δυσλειτουργία φλεβοκόμβου. Βάσει των ανωτέρων ευρημάτων εμφυτεύθηκε διεστακός απινιδωτής. Δύο έτη μετά ο ασθενής είναι βηματοδοτοεξαρτώμενος χωρίς ενεργοποίηση του απινιδωτή και παρουσιάζει το ίδιο ΚΕ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο γονιδιακός έλεγχος που ακολούθησε επιβεβαίωσε στον ασθενή και στην αδερφή του μια σημειακή μετάλλαξη στη θέση 444 του νουκλεοτιδικού κώδικα του γονιδίου (αντικατάσταση αδενίνης από γουανίνη, εξώνιο 1 του χρωμοσώματος 1) η οποία οδηγεί στην αντικατάσταση του αμινοξέος Λυσίνης από γλουταμικό οξύ στη θέση 78 της αλληλουχίας αμινοξέων της λαμίνης A/C.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στις καρδιολαμινοπάθειες οι θανατηφόρες αρρυθμίες και η προσβολή του ερεθισματοαγωγού συστήματος προηγούνται συχνά της καρδιακής συστολικής δυσλειτουργίας. Γονιδιακές μελέτες θα μπορούσαν να καθορίσουν τη χαρακτηριστική αυτής και των άλλων μεταλλάξεων της Λαμίνης A/C και τη συχνότητά τους στον ελληνικό πληθυσμό.



213. ΑΠΕΣΥΡΩΗ

214. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΝΟΜΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Σ. Τζερεφός, Δ. Καρλής, Κ. Κοντοπριάς, Γ. Κουλεντιανός, Δ. Μπίρμπα, Α. Γιαννούλης, Α. Κατσιάνης, Α. Ζώια, Δ. Χρυσός

Καρδιολογικό Τμήμα Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης

ΣΚΟΠΟΣ: Αν και η κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί τη συχνότερη αρρυθμία, δεν είναι γνωστή η ετήσια συχνότητα εμφάνισης μίας από τις εκδηλώσεις της, της παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής (ΠΚΜ) καθώς και τα επιδημιολογικά της δεδομένα. Σκοπός της μελέτης είναι η ανίχνευση της μέσης ετήσιας επίπτωσης της ΠΚΜ και των επιδημιολογικών δεδομένων στο νομό μας με πληθυσμό 102.035.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε τους ασθενείς (Α) που νοσηλεύθηκαν με ΠΚΜ. από 1/1/2006-31/12/2011. Επειδή οι Α με ΠΚΜ αντιμετωπίζονται όλοι στο νοσοκομείο, αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα ανίχνευσης της επίπτωσης της αρρυθμίας στο νομό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε σύνολο 4919 Α, που νοσηλεύθηκαν στην καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου μας, 599 είχαν ΠΚΜ (12.2%). Άνδρες ήταν οι 328 (54.8%) και γυναίκες οι 271 (45.2%). Η μέση ηλικία ήταν 69.3 έτη. Η αρρυθμία αυτοανατάχθηκε στους 31 Α (5.2%). Η πλειοψηφία ανατάχθηκε εντός 24-36 ωρών (82.8%). Φαρμακευτική ανάταξη με αμιωδαρόνη επιτεύχθηκε στους 451 (75.3%), ενώ με συνδυασμό φαρμάκων σε 45 (7.5%). Η αρρυθμία κατέστη εμμένουσα σε 72 (12%). Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 1.9 ημέρες. Ηλικιακή κατανομή: 16 Α <40 ετών (2.7%), 173 μεταξύ 41-65 (28.9%) και 410 >65 (68.4%). Πιθανές αιτίες της ΠΚΜ: θυρεοειδοπάθεια 86 Α (14.4%), αρτηριακή υπέρταση 389 (65%), βαλβιδοπάθεια 50 (8.4%), χωρίς εμφανές αίτιο 74 (12.2%). Η μέση ετήσια επίπτωση της ΠΚΜ στο γενικό πληθυσμό του νομού υπολογίσθηκε σε 98/100.000 κατοίκους. Η ΠΚΜ είναι μια συχνή αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο, ανατάσσεται σύντομα, είναι συχνότερη στους άνδρες, η εμφάνισή της αυξάνεται με την ηλικία, είναι συχνότερη στους Α με αρτηριακή υπέρταση και θυρεοειδοπάθεια και η μέση ετήσια επίπτωσή της δεν είναι υψηλή στο νομό μας.

215. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ (ΣΥΠΖ) ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Ι. Βρεπτός¹, Α. Παπαδόπουλος^{1,2}, Β. Παππά³, Κ. Καμποσιώρας¹, Ε. Παππά⁴, Δ. Νιάκας⁴

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ Αττικών, Αθήνα, ²Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, ³Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, ⁴Ελληνική Ανοιχτό Πανεπιστήμιο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παροχή φροντίδας σε ασθενείς με νεοπλάσματα κατά τη διάρκεια της νόσου τους έχει σημαντικό σωματικό και ψυχολογικό κόστος για τους φροντιστές -συγγενείς τους που τους συμπαραστέκονται

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν η ΣΥΠΖ των συγγενών ασθενών με νεοπλάσματα κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας διαφέρει από αυτήν του γενικού πληθυσμού

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 212 συγγενείς ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία (62,7% γυναίκες) μέσης ηλικίας (M ± 1SD) 48,9 ±14,3 έτη συμπληρώθηκε το εγκυρωμένο ερωτηματολόγιο διερεύνησης της ΣΥΠΖ SF-36. Από τους συνοδούς 46,2% ήταν σύζυγοι, 22,2% τέκνα, 18,9% γονείς και 12,7% είχαν άλλη σχέση. Σε ποσοστό 72,1% είχαν την κύρια φροντίδα του ασθενούς και σε ίδιο ποσοστό ζούσαν στο ίδιο σπίτι. Η σύγκριση έγινε με δεδομένα από μελέτη της ΣΥΠΖ του γενικού πληθυσμού με τη χρήση του SF-36. Το SF-36 περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που συνοψίζονται σε 8 κλίμακες: τη Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ), το Σωματικό Ρόλο (ΣΩΡ), το Σωματικό Πόνο (ΣΠ), τη Γενική Υγεία (ΓΥ), τη Ζωτικότητα (Ζ), τον Κοινωνικό Ρόλο (ΚΡ), το Συναίσθηματικό Ρόλο (ΣΥΡ) και την Ψυχική Υγεία (ΨΥ). Οι ανωτέρω παράμετροι συνοψίζονται σε δύο Συνοπτικές Κλίμακες, της Φυσικής Υγείας (ΣΚΦΥ) και της Ψυχικής Υγείας (ΣΚΨΥ). Η εξαγωγή των αποτελεσμάτων έγινε στην κλίμακα 0-100 (100 = άριστη υγεία). Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη δοκιμασία Mann-Whitney

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εμφανίζονται στον Πίνακα 1 οι Μέση Τιμή και η Σταθερή Α-πόκλιση (σε παρένθεση)

ΣΛ	ΣΩΡ	ΣΠ	ΓΥ	Ζ	ΚΡ	ΣΥΡ	ΨΥ	ΣΚΦΥ	ΣΚΨΥ
93.3 (15.7)	83.0 (33.5)	88.2 (23.0)	72.6 (18.5)	67.1 (25.6)	65.6 (32.7)	55.9 (41.1)	60.3 (23.4)	57.0 (8.0)	40.1 (13.6)
80.87 (27.4)	80.03 (42.3)	72.40 (31.9)	66.68 (23.8)	66.32 (22.5)	81.97 (29.1)	84.31 (56.7)	68.47 (21.0)	48.74 (11.36)	49.46 (11.84)
p<0.0001	p>0.05	p<0.0001	p=0.005	p>0.05	p<0.0001	p<0.0001	p<0.0001	p<0.0001	p<0.0001

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι συγγενείς, σε σύγκριση με τα άτομα του γενικού πληθυσμού, έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα Φυσικής Υγείας (ΣΛ, ΣΠ, ΓΥ, ΣΚΦΥ) αλλά χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής (ΚΡ, ΣΥΡ, ΨΥ, ΣΚΨΥ).

216. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γ. Κουλούρης¹, Γ. Γιαννούλης², Χ. Τζουμάκα-Μπακούλα³, Θ. Τρουπής⁴, Ι. Κυριόπουλος⁵, Α. Σαμόλης⁴

¹Εργαστήριο Γενικής, ²Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ³Β' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ⁴Εργαστήριο Ανατομίας-«Ανατομείο» ΕΚΠΑ, ⁵ΕΣΥΔΥ

ΣΚΟΠΟΣ: Στη μελέτη αυτή προσδιορίσαμε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε σχέση με την προσβασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη διεξήχθη στα ΚΑΠΗ του Δήμου Αγίων Αναργύρων, ενός Δήμου που κοινωνικοοικονομικά βρίσκεται κοντά στον μέσο όρο του Ελληνικού πληθυσμού. Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν ηλικίας >50 ετών. Εδόθη ερωτηματολόγιο του Καθηγητή Ι. Κυριόπουλου «Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας», τροποποιημένο για το συγκεκριμένο πληθυσμό. Συμπληρώθηκε με προσωπική επαφή, έγγραφη συγκατάθεση των ερωτηθέντων και με τη βοήθεια εξειδικευμένου προσωπικού που περιελάμβανε ιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλεύτριες οι οποίοι κατέγραψαν, σε διάστημα 5 μηνών, δημογραφικά στοιχεία, ιατρικά και κοινωνικά ιστορικά και αξιολόγηση της παροχής και πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας σε σχέση με την οικονομική κρίση. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με επιστημονικά αποδεκτές μεθόδους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 1500 άτομα (άνδρες: 38%), με μέση ηλικία 72,2 έτη συμμετείχαν στη μελέτη. Το 94% του πληθυσμού αναφέρουν ότι είναι άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένοι.

Ομάδες πληθυσμού	Λόγω έλλειψης χρημάτων έστω και μια φορά το 2012:	
	ανέβαλε επίσκεψη σε γιατρό-νοσοκομείο για θεραπευτικούς σκοπούς	ανέβαλε προγραμματισμένες προληπτικές-διαγνωστικές εξετάσεις
Ομάδα Α 1035 (69%)	280 (27%)	683 (66%)
Ομάδα Β 465 (31%)	158 (34%)	335 (72%)
Σύνολο 1500 (100%)	435 (29%)	1018 (68%)

Ομάδα Α: Άτομα με πολλή καλή και καλή υγεία.

Ομάδα Β: Άτομα με μέτρια, κακή και πολλή κακή υγεία.

Το 99% του πληθυσμού θεωρεί ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρατηρείται σημαντική μείωση πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης. Η μείωση εμφανίζεται με διπλάσια ποσοστά στην πρόληψη από ό,τι στη θεραπεία και εντείνεται στα άτομα με μέτρια, κακή και πολλή κακή υγεία, με αποτέλεσμα να αναμένεται αύξηση του κόστους υγείας εξαιτίας της επιδείνωσης της υγείας τους.

217. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

N. Βλαχάδης¹, E. Κορνάρου²

¹Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και στατιστική ανάλυση των παραγόντων που συσχετίζονται με τις γεννήσεις εκτός γάμου στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής στατιστικής αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) για το σύνολο των γεννήσεων των ετών 2005 και 2006 στην Ελλάδα (σύνολο: 220.384).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφεται αντίστροφη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης της μητέρας και του κινδύνου γέννησης εκτός γάμου. Η μικρότερη συχνότητα καταγράφεται στις γυναίκες αποφοίτους ανωτάτης εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) και η μεγαλύτερη στις αναλφάβητες (57,4% vs 1,9%, OR=71,13, 95%CI: 65,04-77,79, p<0,001). Οι άγαμες μητέρες είναι κατά μέσο όρο >4 έτη νεότερες από τις έγγαμες (διάμεση ηλικία: 26,4 vs 30,5 έτη). Ο σχετικός κίνδυνος (OR) γέννησης εκτός γάμου ως προς την ηλικία κατανέμεται σε καμπύλη τύπου U: η μικρότερη συχνότητα αφορά στην ηλικιακή ομάδα 30-34 (2,7%) και ο σχετικός κίνδυνος αυξάνει συνεχώς προς τις ακραίες ηλικιακές ομάδες (<20 ετών: OR=20,30, 95%CI: 18,97-21,73, p<0,001, ≥45 ετών: OR=3,87, 2,98-5,01, p<0,001). Οι άγαμες μητέρες έχουν >3,5 φορές μικρότερη πιθανότητα γέννησης με παράσταση ιατρού (OR=0,28, 95%CI: 0,21-0,38, p<0,001) και >13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα γέννησης με παράσταση ανειδίκευτου προσωπικού (OR=13,12, 7,67-22,43, p<0,001), σε σύγκριση με τις έγγαμες. Παρουσιάζεται γεωγραφική διακύμανση ως προς την περιφέρεια που συνέβη ο τοκετός, με τη μεγαλύτερη συχνότητα γεννήσεων εκτός γάμου στην περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας και τη μικρότερη στην περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας (11,4% vs 2,0%, OR=6,47, 95%CI: 5,14-8,14, p<0,001). Οι άγαμες μητέρες έχουν 65% μεγαλύτερο κίνδυνο γέννησης νεκρού (stillbirth) σε σύγκριση με τις έγγαμες (OR=1,65, 95%CI: 1,28-2,12, p<0,001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αναδεικνύεται σε επίπεδο συνόλου του πληθυσμού (nationwide population based study) ότι οι έφηβες και χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου γυναίκες έχουν αυξημένη πιθανότητα να γίνουν άγαμες μητέρες και οι γυναίκες αυτές έχουν υψηλότερο κίνδυνο γέννησης χωρίς παράσταση ειδικευμένου προσωπικού και ενδομητρίου θανάτου.

219. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

N. Βλαχάδης¹, M. Βλαχάδη², E. Κορνάρου³

¹Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, ³Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και στατιστική ανάλυση της εξέλιξης των γεννήσεων εκτός γάμου στην Ελλάδα τα τελευταία 55 έτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής στατιστικής αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) για τις γεννήσεις ζώντων της περιόδου 1956-2010 σε όλη την επικράτεια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζονται αναλυτικά και κατά έτος ο αριθμός των γεννήσεων ζώντων εκτός γάμου και το (%) ποσοστό τους επί του συνόλου των γεννήσεων για όλη την περίοδο 1956-2010, καθώς και οι διαχρονικές εξελίξεις. Παρουσιάζεται αρχικά (1957-1966) μείωση του % ποσοστού (1,51%→0,99%, ελάχιστο περίοδο, -34,4%, μέσο ετήσιο % ποσοστό μεταβολής, APC%=-4,8%) και του αριθμού των γεννήσεων αυτών (2.360→1.534, ελάχιστο περίοδο, -35,0%, APC%=-4,9%), και ακολούθως άνοδος (1967-2010: 0,99%→7,28%, μέγιστο περίοδο, +7,4 φορές, APC%=+4,7%) και (1966-2010: 1.534→8.351, μέγιστο περίοδο, +5,4 φορές, APC%=+3,9%). Οι ρυθμοί άνοδου των γεννήσεων εκτός γάμου στην Ελλάδα επιταχύνθηκαν μετά το 1989. Συγκεκριμένα, από το 1989 ως το 2010 αναδεικνύεται σχεδόν πλήρως εκθετική αύξηση του αριθμού (2.095→8.351, +4,0 φορές, APC%=+6,8%) και του % ποσοστού (2,06%→7,28%, +3,5 φορές, APC%=+6,2%) των εκτός γάμου γεννήσεων (συντελεστής προσδιορισμού: R²=0,993 και 0,991, αντίστοιχα). Οι προβλέψεις των εκθετικών μοντέλων δίνουν ότι, αν διατηρηθούν οι τάσεις της τελευταίας 20ετίας, το % ποσοστό των γεννήσεων εκτός γάμου στην Ελλάδα θα ξεπεράσει το 10% το 2017.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γεννήσεις από άγαμες μητέρες έχουν ιδιαίτερα ενδιαφέρον για την κοινωνική ιατρική διότι σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική υποβάθμιση και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Οι γεννήσεις αυτές στην Ελλάδα κυμαίνονταν παραδοσιακά σε χαμηλά επίπεδα (η Ελλάδα συγκρινόμενη με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες έχει το μικρότερο % ποσοστό εκτός γάμου γεννήσεων) αλλά καταγράφουν συνεχή εκθετική άνοδο μετά το 1989 λόγω της αλλαγής των παραδοσιακών αντιλήψεων και της εισόδου στη χώρα μεγάλου αριθμού μεταναστών.

218. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΛΥΤΟΚΙΑ

N. Βλαχάδης¹, M. Βλαχάδη², E. Κορνάρου³

¹Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, ³Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα το αριθμού των παιδιών που αυτή γεννά κατά τη διάρκεια του αναπαραγωγικού της βίου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και στατιστική ανάλυση της συσχέτισης της πολυτοκίας και του εκπαιδευτικού επιπέδου της μητέρας στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής στατιστικής αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) για το σύνολο των γεννήσεων ζώντων των ετών 2008-2010 στην Ελλάδα (σύνολο: 351.001).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζεται αναλυτικά η κατανομή των γεννήσεων κατά σειρά τόκου (πρωτοτόκες, δευτεροτόκες και τριτοτόκες και άνω) και εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας (αναλφάβητες, γυναίκες που φοίτησαν για ορισμένα χρόνια στο σχολείο αλλά δεν ολοκλήρωσαν την υποχρεωτική εκπαίδευση, απόφοιτοι γυμνασίου, λυκείου και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης). Παρατηρείται στατιστικά σημαντική αντίστροφη συσχέτιση του επιπέδου εκπαίδευσης της μητέρας και της πιθανότητας πολυτοκίας (γέννησης 3^{ου} παιδιού και άνω) (p<0,0001). Την τελευταία διετία (2008-2010), η συχνότητα πολυτοκίας στις γυναίκες που δεν έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση αυξήθηκε κατά 4 ποσοστιαίες μονάδες (+24%, OR=1,24, 95%CI: 1,18-1,31, p<0,0001), χωρίς μεταβολή για αυτές που έχουν τουλάχιστον απολυτήριο τριτάξιο γυμνασίου.

	(% ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΟΛΥΤΟΚΙΑΣ (≥3ο ΠΑΙΔΙ))		
ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	14,0	14,2	13,9
ΔΕΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	22,5	24,6	26,5

	ΣΧΕΤΙΚΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΠΟΛΥΤΟΚΙΑΣ (ΓΕΝΝΗΣΗΣ ≥3ου ΠΑΙΔΙΟΥ) (Odds Ratio, OR)		
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	2008	2009	2010
ΑΝΩΤΑΤΗ	1	1	1
ΛΥΚΕΙΟ	1,16	1,18	1,29
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	1,70	1,78	1,82
ΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΣΗ	1,77	1,97	2,34
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΕΣ	4,88	5,04	6,38

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αναδεικνύεται σε επίπεδο συνόλου του πληθυσμού η πολύ ισχυρή αντίστροφη συσχέτιση επιπέδου εκπαίδευσης της γυναίκας και πολυτοκίας. Την τελευταία διετία (2008-2010) οι διαφορές μεταξύ των επιπέδων εκπαίδευσης γίνονται εντονότερες (μεγαλύτερες τιμές ORs): η συσχέτιση γίνεται προοδευτικά ισχυρότερη.

220. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

N. Βλαχάδης¹, M. Βλαχάδη², E. Κορνάρου³

¹Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, ³Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα που καθορίζει την ηλικία της μητρότητας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και στατιστική ανάλυση της συσχέτισης της ηλικίας γέννησης και του εκπαιδευτικού επιπέδου της μητέρας στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής στατιστικής αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) για το σύνολο των γεννήσεων των ετών 2005 και 2006 στην Ελλάδα (σύνολο: 220.384).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζεται αναλυτικά η κατανομή των γεννήσεων κατά ηλικία μητρότητας και εκπαιδευτικό επίπεδο (αναλφάβητες, γυναίκες που απλώς γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση αλλά δεν ολοκλήρωσαν την υποχρεωτική εκπαίδευση, απόφοιτοι γυμνασίου, λυκείου και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης). Παρατηρείται συνεχής αύξηση της ηλικίας μητρότητας με την αύξηση του επιπέδου εκπαίδευσης. Μια γυναίκα που γεννά πριν τα 15 της χρόνια έχει >200 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι αναλφάβητη, σε σύγκριση με μια γυναίκα που γεννά σε ηλικία >30 ετών (OR=207,64, 95%CI: 147,64-292,03, p<0,0001). Οι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) έχουν >16 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα γέννησης μετά τα 30 έτη σε σύγκριση με τις αναλφάβητες (OR=16,24, 95%CI: 14,87-17,74, p<0,0001), 8πλάσια σχετική πιθανότητα σε σύγκριση με αυτές που απλώς γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση (OR=7,82, 95%CI: 7,56-8,09, p<0,0001) και 5,7 φορές και 3 φορές μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα σε σύγκριση με τις αποφοίτους γυμνασίου (OR=5,66, 95%CI: 5,48-5,84, p<0,0001) και λυκείου (OR=2,97, 95%CI: 2,91-3,04, p<0,0001), αντίστοιχα.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΔΙΑΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΣΕ ΕΤΗ)	ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΗΛΙΚΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΣΕ ΕΤΗ)
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΕΣ	23,2	20-24
ΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΣΗ	26,5	20-24
ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	27,9	25-29
ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ	30,3	25-29
ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΑΕΙ-ΤΕΙ	32,9	30-34

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αναδεικνύεται σε επίπεδο συνόλου του πληθυσμού (nation wide population based study) η πολύ ισχυρή συσχέτιση του επιπέδου εκπαίδευσης της γυναίκας με την ηλικία μητρότητας.

221. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΛΥΚΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟ AIDS – ΤΙ ΑΛΛΑΞΕ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 25 ΧΡΟΝΙΑ

Μ. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Ι. Παγώνης², Α. Σαλίχου², Α. Γκέργκη², Ν. Παράσχου², Μ. Ορφανού², Π. Λογοθέτη², Χ. Μέλλος², Α. Βοντζαλιδής², Π. Μουτεβελής², Π. Ταβλαντάς²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΓΝ Κορίνθου-Παιδιατρική Κλινική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, οφείλεται στον ιό RNA-HIV. Το πρώτο κρούσμα AIDS καταγράφηκε παγκοσμίως το 1981, ενώ στην Ελλάδα το 1982 σύμφωνα με τα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ). Η καλύτερη προφύλαξη κατά του ιού HIV είναι η ενήμερωση.

ΣΚΟΠΟΣ: Η έρευνά μας έγινε κατά τη διάρκεια του 2012 σε μαθητές του νομού Κορινθίας. Σκοπός της εργασίας μας είναι η αποτύπωση των γνώσεων μαθητών λυκείου, σχετικά με το AIDS, και ο συσχέτισμός με τις γνώσεις που είχε πριν 25 χρόνια αντίστοιχος μαθητικός πληθυσμός του νομού Αργολίδας. Επίσης, να αναδείξουμε με τη ευρήματά μας κατά πόσο είναι ενήμεροι σήμερα οι νέοι της επαρχίας σε ένα πολύ σοβαρό και παγκόσμιο πρόβλημα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Διανεμήθηκαν 200 ανώνυμα ερωτηματολόγια σε μαθητές λυκείου αγροτικής περιοχής του νομού Αργολίδας ηλικίας 16-18 χρονών. Σε 110 αγόρια και 90 κορίτσια. Καταγράψαμε τις απαντήσεις τους όσον αφορά τον ορισμό, αιτιολογία, τρόπο μετάδοσης, προστασία, πηγές ενημέρωσης, κοινωνική επανένταξη φορέων, συμπτωματολογία και πιθανότητα μετάδοσης από ειδή ατομικής χρήσης του ασθενούς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι σωστές απαντήσεις επί τoις εκάστoς ως προς τα θέματα του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στον πίνακα. Επίσης, οι προ 25ετίας αντίστοιχες απαντήσεις και η εκατοστιαία απόκλιση των δύο ερευνών. Δεν υπήρξε σημαντική απόκλιση στις απαντήσεις μεταξύ αγοριών- κοριτσιών.

	1987	2012	% απόκλιση
ΟΡΙΣΜΟΣ	40%	80%	+40%
ΑΙΤΙΟ	42%	95%	+53%
ΜΕΤΑΔΟΣΗ			
Σπέρμα	75%	91%	+16%
Αίμα	71%	93%	+22%
Κολπικά υγρά	45%	95%	+50%
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ			
Χρήση προφυλακτικού	76%	95%	+19%
ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ			
ΜΜΕ	60%	85%	+25%
Ιατρούς	43%	93%	+50%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ			
Ναι, με προφυλάξεις	40%	91%	+51
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	25%	81%	+56%
ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΑΠΟ ΕΙΔΗ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ	45%	93%	+48%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι νέοι της επαρχίας σήμερα έχουν πολύ καλό επίπεδο γνώσεων των βασικών τρόπων μετάδοσης, προφύλαξης και προστασίας από το AIDS. Η κοινωνική συμπεριφορά είναι σωστή απέναντι στο φορέα. Η ενημέρωσή τους για το πρόβλημα 25 χρόνια μετά, δεν είναι ανεπαρκής, αλλά διαρκής και σταθερή. Έτσι αποδεικνύεται ότι, όλα αυτά τα χρόνια η παρέμβαση των φορέων υπήρξε θετική και οι νέοι μας έχουν αξιολογή, σωστή και διαρκή ενημέρωση. Όμως το ανησυχητικό είναι η συνεχής αύξηση των κρουσμάτων και αυτό πρέπει να μας προβληματίζει.

222. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ ≥35 ΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ν. Βλαχάδης¹, Α. Πρωτόπαπα², Ε. Κορνάρου³

¹Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Ανθρωπολογικό Μουσείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ³Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και στατιστική ανάλυση της εξέλιξης των γεννήσεων από γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής στατιστικής αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) για τις γεννήσεις ζώντων της περιόδου 1956-2010 στην Ελλάδα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εξέλιξη του αριθμού των γεννήσεων από γυναίκες ≥35 ετών στην Ελλάδα την τελευταία 55ετία αποδίδεται από καμπύλη U. Το κατιόν σκέλος αναπαριστά τη μείωση (-2,9 φορές) από τις 22.192 γεννήσεις του 1956, στις 7.656 γεννήσεις το 1987 (ιστορικά χαμηλότερο) (1969-1987: εκθετική μείωση, συντελεστής προσδιορισμού R²=0,989, μέσο ετήσιο % ποσοστό μεταβολής APC%=-5,3%, χρόνος υποδιπλασιασμού: 13,1 έτη). Το ανιόν σκέλος αποδίδει την άνοδο (+3,5 φορές) των γεννήσεων αυτών από το 1987 ως το 2010 (26.698 γεννήσεις, ιστορικά υψηλότερο, εκθετική αύξηση: R²=0,989, APC%+=6,0%, χρόνος διπλασιασμού: 11,6 έτη). Το ποσοστό των γεννήσεων από γυναίκες ≥35 ετών επί του συνόλου των γεννήσεων, παρουσιάζει πτώση -50% (1956: 13,4%→1985: 6,7%, ελάχιστη τιμή) και ακολουθεί συνεχής εκθετική άνοδος (+3,5 φορές) στο 23,3% το 2010 (ιστορικά υψηλότερο ποσοστό) (R²=0,992, APC%+=5,1%, χρόνος διπλασιασμού=13,6 έτη). Ο αριθμός των πρώτων γεννήσεων από γυναίκες ≥35 ετών, μετά από ιστορικό χαμηλό 2.019 το 1985, την τελευταία εικοσαετία (1990-2010) παρουσιάζει εκθετική αύξηση (R²=0,991, APC%+=7,6%, χρόνος διπλασιασμού: 9,1 έτη). Το % ποσοστό πρωτοτόκων ≥35 ετών τριπλασιάστηκε με συνεχή γραμμική αύξηση σε όλη τη διάρκεια των 55 ετών (μέση ετήσια αύξηση: +0,38 ποσοστιαίες μονάδες, R²=0,977).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γεννήσεις σε ηλικία ≥35 ετών έχουν ιδιαίτερη σημασία για την κοινωνική ιατρική, διότι σχετίζονται με υπογονιμότητα, αύξηση των κυήσεων υψηλού κινδύνου και της χρήσης υπηρεσιών υγείας. Παρουσιάζονται στατιστικά μοντέλα που αποδίδουν την εξέλιξη των γεννήσεων αυτών με εξαιρετική προσαρμογή στα δεδομένα (R²~1).

223. ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ν. Βλαχάδης¹, Μ. Βλαχάδης², Ε. Κορνάρου³

¹Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, ³Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και στατιστική ανάλυση της κατανομής των γεννήσεων κατά γεωγραφική περιφέρεια της Ελλάδας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής στατιστικής αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) για τις γεννήσεις της διετίας 2005-2006 στην Ελλάδα (σύνολο: 220.384 γεννήσεις).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζονται αναλυτικά για καθεμία από τις 13 περιφέρειες της χώρας οι γεννήσεις ανάλογα με τη μόνιμη κατοικία της μητέρας και τον τόπο που έλαβε χώρα ο τοκετός. Η πλειοψηφία των γεννήσεων συνέβη στην Αττική (93.952 γεννήσεις, 42,6%). Αναλογικά με τον αριθμό γυναικών που κατοικούν σε κάθε περιφέρεια, η μεγαλύτερη γεννητικότητα στη χώρα καταγράφεται στην Κρήτη (4,80 γεννήσεις/100 γυναίκες) και η μικρότερη στην «Ηπειρο (3,34 γεννήσεις/100 γυναίκες). Η διάμεση ηλικία της μητέρας είναι 1,7 έτη μεγαλύτερη στις γυναίκες που κατοικούν στην Αττική σε σύγκριση με τη λοιπή επικράτεια (31,4 vs 29,7 έτη). Το (%) ποσοστό των γεννήσεων από μητέρες που κατοικούν μόνιμα στην Αττική επί του συνόλου των γεννήσεων της χώρας αυξάνει συνεχώς με την αύξηση της ηλικίας της μητέρας, από <15 ετών: 20,7% ως ≥45 ετών: 49,5%. Συγκρίνοντας τις κατανομές των γεννήσεων (περιφέρεια τοκετού vs περιφέρεια μόνιμης κατοικίας) αναδεικνύεται ο αριθμός των γεννήσεων που έλαβαν χώρα με μετακίνηση προς (+) και από (-) την κάθε γεωγραφική περιφέρεια. 9 περιφέρειες παρουσιάζουν μείωση (μεγαλύτερη η Στερεά Ελλάδα:-59,4% και το Νότιο Αιγαίο:-36,9%) και 4 αύξηση (μεγαλύτερη η Αττική:+16,8%). Η αναλογική μετακίνηση για τοκετό στην Αττική από τη λοιπή επικράτεια είναι εντονότερη αυξανόμενη της ηλικίας της μητέρας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη της κατά περιφέρεια κατανομής των γεννήσεων της χώρας είναι σημαντική για την Κοινωνική Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. Ένας μεγάλος αριθμός γυναικών μετακινείται από την περιφέρεια μόνιμης κατοικίας του στον τοκετό.

224. Η ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΑΥΤΗ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥΣ

Μ. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Ι. Παγώνης², Α. Σαλίχου², Α. Γκέργκη², Ν. Παράσχου², Μ. Ορφανού², Π. Λογοθέτη², Χ. Μέλλος², Α. Βοντζαλιδής², Π. Μουτεβελής², Π. Ταβλαντάς²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΓΝ Κορίνθου-Παιδιατρική Κλινική

Ο τρόπος που ζουν και μεγαλώνουν τα σημερινά παιδιά διαφέρει πάρα πολύ από αυτού του μεγάλωσαν οι παλαιότερες γενιές. Σήμερα, αυτά τις περισσότερες ώρες από πάρα πολύ μικρή ηλικία ασχολούνται με προϊόντα αναπτυσσόμενης τεχνολογίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης μας είναι να καταγράψουμε αν τα παιδιά της περιοχής μας παίζουν – ασχολούνται με προϊόντα νέας τεχνολογίας και αν αυτή η ενασχόληση επηρεάζει τον χαρακτήρα τους και τον τρόπο συμπεριφοράς τους.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η έρευνά μας έγινε σε αστική περιοχή του Ν. Κορινθίας κατά το 2012. Σε ειδικό ερωτηματολόγιο, απάντησαν 300 γονείς, παιδιών ηλικίας 2 – 14 χρονών, μετά από προφορική συνέντευξη.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε: 1. Αν έχουν τα παιδιά Η/Υ, videogames ή κινητό τηλέφωνο; 2. Από ποια ηλικία τα χρησιμοποιούν και πόσες ώρες την ημέρα; 3. Αν πιστεύουν ότι η ενασχόλησή τους αυτή τα κάνει πιο έξυπνα; Πιο πολυάσχολα; Ποιο επικοινωνιακά; 4. Αν αναπτύσσουν διαφορετικές δεξιότητες; 5. Αν θεωρούν ότι η ενασχόληση αυτή είναι καλύτερη από τα βιβλία; 5. Αν παίζουν σκληρά videogames; 6. Έχουν ενδοιασμούς ότι η χρήση τους θα βλάψει την υγεία των παιδιών τους; 7. Αν παρατήρησαν αλλαγές στη συμπεριφορά τους;

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά απάντησαν 300 γονείς: 1. Σε ποσοστό 91% τα παιδιά τους ασχολούνται με videogames από τη μικρή ηλικία. 2. Ποσοστό 65% έχουν Η/Υ. 3. Ποσοστό 45% έχουν κινητό τηλέφωνο και σε πολύ μεγάλο ποσοστό 88% παίζουν με το κινητό από την προνηπιακή ηλικία. 4. Ασχολούνται αρκετές ώρες την ημέρα (4-5 ώρες). 5. Σε πολύ μεγάλο ποσοστό 93% πιστεύουν ότι αναπτύσσουν δεξιότητες, γίνονται πιο επικοινωνιακά, αλλά και πολυάσχολα και ακονίζεται καλύτερα το μυαλό τους. 6. Σε ποσοστό 71% παίζουν σκληρά παιχνίδια. 7. Σε ποσοστό 89% θεωρεί ότι βρίσκουν διάφορα πράγματα που τα ενδιαφέρουν και δεν υπάρχουν στα βιβλία. 8. Σε πολύ μεγάλο ποσοστό 91% γνωρίζουν αν η συνεχή χρήση τους μπορεί μελλοντικά να βλάψει την υγεία των παιδιών τους, εντούτοις τους επιτρέπουν να ασχολούνται. 9. Σε πολύ μεγάλο ποσοστό 68% αναφέρουν ότι παρατήρησαν αλλαγές στη συμπεριφορά και τον χαρακτήρα των παιδιών τους (επιθετικά, νευρικά, βίαια, ανόρεκτα, μιμητικά).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όπως διαπιστώσαμε από τη μελέτη μας οι παιδικές αισθήσεις βομβαρδίζονται με πληροφορίες που προέρχονται από κάθε κατεύθυνση. Η μεγάλη ενασχόληση των παιδιών με τη νέα τεχνολογία οφείλεται πρωτίστως στην οικογένεια και αυτό πρέπει υποσώφιστε να διαφοροποιηθεί. Ένα επιπλέον σοβαρό πρόβλημα που προκύπτει είναι ότι τα παιδιά κρατούν επαφή με συνομήλικούς τους, αλλά και με την οικογένειά τους, όμως υπάρχει πάντα ανοιχτό το παράθυρο της επαφής με αγνώστους με όλες τις συνέπειες. Η ζημία που δυναμικά μπορεί να προκληθεί στην ψυχοσύνθεσή τους από τη συνεχή τους ενασχόληση, όπως προκύπτει από τη μελέτη μας, είναι υπαρκτή.

225. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (ΗΒΝ, ΗΙΝ, ΣΥΦΙΛΗ) ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Α. Φέρκε¹, Π. Αθανασάκη², Ε. Αγγέλου², Α. Ζουρούδη¹, Γ. Καλλιγας¹, Β. Παπαστεργίου³, Γ. Ντέσκας³, Ν. Κώστας³, Η. Τσέρκης³, Σ. Καραπατάνης³

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου, ²Μονάδα Αιμοδοσίας, ΓΝ Ρόδου, ³Α Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο έλεγχος των υποψηφίων αιμοδοτών για ηπατίτιδα Β (προσδιορισμός του αντιγόνου επιφάνειας του ιού - ΗΒsAg), για τον ιό του ΗΙΝ καθώς επίσης και για σύφιλη αποτελεί αναγκαία πρακτική για την ασφάλεια των μεταγγιζομένων ατόμων. Ο επιπολασμός αυτών των δεικτών είναι ιδιαίτερα σημαντικός γιατί αντικατοπτρίζει έμμεσα και τις μεταβολές στο επιδημιολογικό προφίλ των λοιμώξεων αυτών στο γενικό πληθυσμό.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του επιπολασμού της λοίμωξης των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων (ηπατίτιδα Β, ΗΙΝ, σύφιλη) σε πληθυσμό αιμοδοσίας.

ΥΛΙΚΟ: Έγινε προσδιορισμός του ΗΒsAg, των αντισωμάτων έναντι του ΗΙΝ και έναντι της σύφιλης στο πληθυσμό αιμοδοσίας του νοσοκομείου μας στο διάστημα της τελευταίας πενταετίας (από 1/1/2008 μέχρι και 31/12/2012). Ο έλεγχος έγινε σε 36314 άτομα που προσήλθαν για αιμοδοσία την ανωτέρω περίοδο.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Το αντιγόνο επιφάνειας για την ηπατίτιδα Β (ΗΒsAg) προσδιορίστηκε με μέθοδο ELISA καθώς επίσης τα αντι-ΗΙΝ ενώ και για τη σύφιλη χρησιμοποιήθηκε η εξέταση VDRL.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά διαπιστώθηκαν 197 δείγματα θετικά στο ΗΒsAg (0,54%), 4 άτομα θετικά στα anti-ΗΙΝ καθώς επίσης και 4 άτομα θετικά στην VDRL. Από τα 197 δείγματα που ήταν θετικά στο ΗΒsAg τα 145 προήρχοντο από άτομα Αλβανικής καταγωγής (που αντιστοιχούσαν σε 1427 άτομα από τα 36314 που ελέγχθηκαν). Ο επιπολασμός του ΗΒsAg σε αυτή την ομάδα ήταν 145/1427 (10,16%) ενώ στον ελληνικό αιμοδοτέα ήταν 52/34887 (0,15%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη μας διαπιστώσαμε το χαμηλό επιπολασμό του ΗΒsAg, αλλά και τον πολύ χαμηλό επιπολασμό για ΗΙΝ και σύφιλη σε πληθυσμό αιμοδοσίας. Ο επιπολασμός του ΗΒsAg ήταν σημαντικά μεγαλύτερος σε ειδικό τμήμα οικονομικών μεταναστών ενώ στον ελληνικό πληθυσμό αιμοδοτών είναι πολύ χαμηλός.

227. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΟ ΣΤΑΘΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΓΝ ΣΥΡΟΥ ΕΠΤΑΕΤΙΑΣ (2006-2012)

Π. Φωτίου, Α. Γουδεσίδου, Σ. Κατσιούλη, Α. Κασνακίδου, Δ. Μπιρμπίλη, Μ. Μώρου, Β. Σουλάκης
Τμήμα Αιμοδοσίας, ΓΝ Σύρου

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση διαχείρισης μονάδων αίματος από σταθμό αιμοδοσίας σε νησιωτική Ελλάδα

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ: Ο σταθμός αιμοδοσίας Σύρου λειτουργεί αρκετά χρόνια καλύπτοντας τις ανάγκες του γενικού νοσοκομείου Σύρου αλλά στηρίζοντας και σε ένα μεγάλο ποσοστό άλλα Νοσηλευτικά Ιδρύματα.

Καλύπτει ανάγκες σε συμπυκνωμένα ερυθρά, πλάσμα και ένα μικρό ποσοστό λευκαφαιρέμενα ερυθρά και πλάσμα για ειδικές ομάδες ασθενών.

Οι αιμοφίλες γίνονται καθημερινά πρωινές ώρες και μόνο εντός του Νοσοκομείου στο Τμήμα Αιμοδοσίας καθώς ακόμα δεν υπάρχει κινητή μονάδα αιμοληψίας.

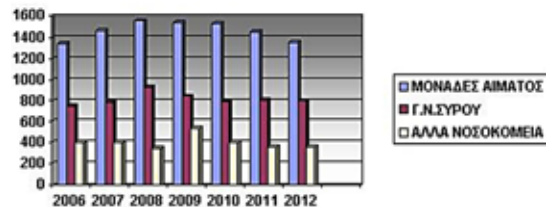
Στις μονάδες γίνεται πλήρης ιαλογικός έλεγχος εντός και μοριακός έλεγχος με αποστολή δειγμάτων στην Αθήνα ενώ στους αιμοδοτές γίνεται εργαστηριακό έλεγχο όταν κρίνεται απαραίτητο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βάσει των καταγραφών στο διάστημα της επταετίας (2006-2012) ο σταθμός διαχειρίστηκε 10226 μονάδες αίματος εκ των οποίων 477 (ποσοστό 4,7%) προήλθε από άλλα νοσοκομεία.

Με αυτές τις μονάδες ο σταθμός κάλυψε πλήρως τις ανάγκες του νοσοκομείου αλλά και σε ένα σημαντικό ποσοστό άλλα νοσοκομεία της χώρας.

Δηλαδή από τις 10226 μονάδες αίματος διατέθηκαν 5702 (ποσοστό 55,8%) στο ΓΝ Σύρου και οι 2818 μονάδες (ποσοστό 27,6%) σε άλλα νοσοκομεία.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται αναλυτικά οι κινήσεις των μονάδων αίματος για την επταετία 2006-2012.



Όπως φαίνεται υπάρχει μια σταδιακή, μικρή όμως ελάττωση στη συλλογή μονάδων αίματος και στη διακίνηση τους προς άλλα νοσοκομεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο σταθμός αιμοδοσίας εξασφαλίζει πλήρη επάρκεια των αναγκών του νοσοκομείου παρά το γεγονός ότι καλύπτει πληθυσμιακά όλο το νομό Κυκλάδων αλλά και τις αυξημένες ανάγκες τους θερινούς μήνες λόγω τουρισμού Ένα μεγάλο ποσοστό των μονάδων αίματος διατίθενται σε άλλα νοσοκομεία της χώρας παρά τη δύσκολη επικοινωνία με την ηπειρωτική Ελλάδα

226. ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑ ΣΕ ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ «ΧΑΡΤΖΙΛΙΚΙ ΑΝΤΙ ΑΓΚΑΛΙΑΣ»

Μ. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Ι. Παγώνης², Α. Σαλίχου², Α. Γκέργκη², Ν. Παράσχου², Μ. Ορφανού², Π. Λογοθέτη², Χ. Μέλλος², Α. Βοντζαλίδης², Π. Μουτεβελής², Π. Ταβλαντάς²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΓΝ Κορίνθου-Παιδιατρική Κλινική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η έρευνα μας που έγινε σε αγροτική περιοχή του νομού Αργολίδας, παρουσιάστηκε στο Παν. Συντ το 2008 και κίνησε άμεσα το ενδιαφέρον των ΜΜΕ και έντυπο τύπο της πατρίδας μας. Έγκριτες εφημερίδες όπως η Καθημερινή την παρουσίασαν εκτενώς, μετά από σχετικό αίτημα τους προ εμάς, και το ραδιόφωνο και η τηλεόραση με πανελλήνια – διεθνή εμβέλεια ασχολήθηκαν εκτενέστατα με το θέμα μας. Έτσι μας ανάγκασαν από το ενδιαφέρον το δικό τους, αλλά και από την απήχηση που είχε στο κόσμο, να μας δώσουν το απαιτούμενο κουράγιο να ασχοληθούμε ξανά με το θέμα. Του έδωσαν το εύστοχο και επίκαιρο τίτλο - Χαρτζιλίκι αντί αγκαλιάς-.

ΣΚΟΠΟΣ της έρευνάς μας, που έγινε το 2012, η καταγραφή των απόψεων γονιών παιδιών, αγροτικής περιοχής άλλου νομού (Κορινθίας), που αφορά τη σχέση που πρέπει να έχει το παιδί με το χρήμα και αν αυτές έχουν διαφοροποιηθεί από τις κρατούσες οικονομικές συγκυρίες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγράψαμε τις απόψεις 300 γονιών παιδιών, ηλικίας 6-14 χρονών. Απάντησαν σε ερωτηματολόγιο 300 γονείς, 150 άνδρες και 150 γυναίκες, ηλικίας από 25-55 χρονών, μόρφωσή τους ήταν απόφοιτοι δημοτικού, μέσης και ανώτατης εκπαίδευσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Γενικά τα ποσοστά των αποτελεσμάτων είναι καλύτερα από παιλαιότερη έρευνα. Αυτό δεν οφείλεται μόνο στην ευαισθησία της οικογένειας στο θέμα, αλλά και στις δυσμενείς οικονομικές συνθήκες. Υπάρχει διαπραγμάτευση μεταξύ των γονιών και του παιδιού για την ανάγκη του σε χαρτζιλίκι και πόσο, σε ποσοστό 67%. Το χρηματικό ποσό είναι πάντοτε συμφωνημένο και σταθερό, σε ποσοστό 61%. Η υπέρβαση τιμωρείται σε ποσοστό 35%. Το παιδί γνωρίζει ότι το ποσό είναι ορισμένο και όχι απεριόριστο σε ποσοστό 65%. Ανταμείβονται τα παιδιά που προσφέρουν υπηρεσίες στο σπίτι σε ποσοστό 44%. Παροτρύνουν τα παιδιά και εφηβούς να κερδίζουν το χαρτζιλίκι τους εργαζόμενα σε ποσοστό 16%. Αντί να έχουν χρόνο ενασχόλησης με τα παιδιά, τα ανταμείβουν με χρήματα σε ποσοστό 62%. Υπάρχει το σύνδρομο της στήριξης -να περάσει καλά- σε ποσοστό 54%. Προσφέρουν στα παιδιά αντικείμενα που δεν τα ζητήσανε σε ποσοστό 31%. Προτιμούν να μη αγοράζουν τίποτα στα παιδιά σε ποσοστό 15%. Ζητούν πάντα το μέτρο σε ποσοστό 44%. Τα παιδιά συνεχώς ζητούν διάφορα για να φτάσουν ή να ξεπεράσουν τους φίλους τους, σε ποσοστό 66%. Οι γονείς είναι εκείνοι που περνούν τα μηνύματα του ανταγωνισμού στα παιδιά σε ποσοστό 44%. Τα ΜΜΕ τα βομβαρδίζουν με δεκάδες προϊόντα που κυκλοφορούν σε ποσοστό 66%, το σχολείο σε ποσοστό 88%. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονιών παίζει σημαντικό ρόλο, σε ποσοστό 88%, όσον αφορά την ενημέρωσή. Το φύλο και η ηλικία των γονιών, οι μικρές ηλικίες και οι μητέρες διατηρούν καλύτερη επαφή-ενημέρωσή με τα παιδιά τους, σε ποσοστό 77%. Εκείνοι που έχουν καλή σχέση με τα παιδιά, αλλά είναι τελειώς έξω από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας και τα καλά ποσοστά, είναι οι παππούδες και οι γιαγιάδες, οι οποίοι προκειμένου να έχουν καλή σχέση με τα εγγόνια τους, δεν τους διδάσκουν την αξία του χρήματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ορθή αντιμετώπιση του προβλήματος είναι η σωστή στάση της οικογένειας, γιατί το παιδί έρχεται σε επαφή με το χρήμα από πολύ νωρίς, βλέποντας τις συνήθειές της και στη έρευνα μας βρήκαμε ότι γίνεται προστάθεια, αλλά όχι αυτή που πρέπει, περισσότερο όμως από παιλαιότερη έρευνά μας, αλλά με πολύ μικρή διαφορά προς το καλύτερο. Όμως ο παιδικός καταναλωτισμός αντικατοπτρίζει τη σημερινή κοινωνική πραγματικότητα. Η σχέση του παιδιού με το χρήμα δεν πρέπει να είναι χαρτζιλίκι, πρέπει να είναι σταδιακή και με μέτρο, ώστε να μη μολυνουμε την παιδική ψυχή με αυτό το καθημερινό εφιάλη. Δεν πρέπει να υπάρχει υπερεκτίμηση αλλά ούτε υποτίμηση για τα χρήματα αφού τα ενημερώσουμε σωστά.

228. ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΠΑΡΑΔΟΞΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ

Σ. Δημητρακόπουλος¹, Σ. Κολιαντζάκη¹, Κ. Σώρρας², Α. Σαλταμάουρος³, Π. Πεύκος⁴

¹Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου», Ιατρός εργασίας, ²Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ³Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου, ⁴ΚΕΠΕΚ Δυτικής Ελλάδας, Ηπείρου, Ιονίων νήσων

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση των παραδόξων που συμβαίνουν στους χώρους εργασίας των Νοσοκομείων της Δυτικής Ελλάδας, Πελοποννήσου και Ιονίων Νήσων σχετικά με την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων και των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Υγιεινή και Ασφάλεια στους χώρους εργασίας των Νοσοκομείων. Επанаσχεδιασμός του υγειονομικού χάρτη της χώρας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έχει κατασκευασθεί σύγχρονο νοσοκομείο σε βάλο ευάλωτο σε πλημμύρες χωρίς τα αποτελεσματικά αντιπλημμυρικά μέτρα προστασίας. Σε μέτριας παλαιότητας νοσοκομείο που κάλυπτε τις υγειονομικές ανάγκες ενός Νομού όταν έπεσε η τάση της ΔΕΗ δεν λειτουργήσε ούτε η μοναδική γεννήτρια του νοσοκομείου ούτε ήταν φορτισμένες οι μπαταρίες τρίωρης διάρκειας με αποτέλεσμα να είναι εκτός λειτουργίας για λίγες ώρες. Έχει παρατηρηθεί σε Νοσοκομείο να είναι φραγμένες με υλικά ή κλειδωμένες οι έξοδοι κινδύνου σε κλινικές ή εργαστήρια με διευθυντές υψηλού μορφωτικού επιπέδου δυστυχώς οι απλές και λογικές σκέψεις ασφαλείας απαιτούν εκπαίδευση και παιδεία. Ολισθηρότητα διαπέδων. Έλλειψη μέσων ατομικής προστασίας κατά χρονικές περιόδους... Έλλειψη ή μη ολοκληρωμένης γραπτής εκτίμησης επαγγελματικού κινδύνου. Μη ολοκληρωμένων προγραμμάτων εμβολιασμού των εργαζομένων. Καταγραφή επαγγελματικών ασθενειών και εργατικών ατυχημάτων από το ΣΕΠΕ. Επιθεώρηση ενημέρωση για φυσικούς, βιολογικούς, χημικούς παράγοντες από τους αντίστοιχους υπεύθυνους επιστημονικούς ανεξάρτητους κρατικούς φορείς. Έλεγχος ποιότητας τροφίμων. Εφαρμογή μεσογειανής δίαιτας. Στους Νομούς Αιτωλοακαρνανίας, Αργολίδας, Κεφαλληνίας, Μεσσηνίας, Λακωνίας υπάρχουν δύο Νοσοκομεία ενώ στην Ηλεία τρία Νοσοκομεία ενώ θα μπορούσε οι υγειονομικές ανάγκες να καλύπτονταν με ένα άρτια και πληρέστερο δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο ανά Νομό με την αναδιάρθρωση και σχεδιασμό ενός νέου υγειονομικού χάρτη στη χώρα τόσο για τα Νοσοκομεία όσο και για τα Κέντρα Υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε εθνικό επίπεδο είναι επιτακτική ανάγκη η δημιουργία ενός νέου υγειονομικού χάρτη και η πρόληψη επιτυγχάνεται με την εφαρμογή της Ευρωπαϊκής και Εθνικής Νομοθεσίας για την Υγιεινή και Ασφάλεια στους χώρους εργασίας.

229. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ**231. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΤΡΟΦΟΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ**

Α. Παπασπυρόπουλος, Χ. Γράσσο, Κ. Κονδύλη, Ι. Μπαφάκης,
Α. Κρανίδης

Ιατρείο Λιπιδίων Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής

ΣΚΟΠΟΣ: Η πρωτοπαθής δυσλιπιδαιμία, αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Ο σκοπός της μελέτης να συγκρίνουμε την αποτελεσματικότητα των νέων υπολιπιδαιμικών παραγόντων (τροφοφάρμακα) με τη διαιτητική υπολιπιδαιμική διαίτα (μεσογειακή διατροφή).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 80 ασθενείς (46 άνδρες και 34 γυναίκες, ηλικίας 49±10,6 ετών) με πρωτοπαθή δυσλιπιδαιμία που δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή. Συμπεριλάβαμε άτομα με tCHOL >200 mg/dl ή LDL >160 mg/dl & TG >150 mg/dl, ενώ αποκλείσαμε τους στεφανιαίους ασθενείς, τους παχύσαρκους (BMI >30 kg/m²) καθώς και τους σάκχαρο-διαβητικούς. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες των 40 ατόμων με ισοκατανομή ανδρών γυναικών. Η πρώτη ομάδα έλαβε το τροφοφάρμακο (ARMOLIPID) 1 δισκίο ημερησίως ενώ η δεύτερη έλαβε υπολιπιδαιμική διατροφική διαίτα. Προσδιορίσαμε το λιπιδαιμικό προφίλ των 2 ομάδων (tCHOL, LDL, HDL, TG), τις τρανσαμινάσες (AST, ALT), κατά την εισαγωγή τους και 6 μήνες μετά. Στους ασθενείς έγινε σύσταση αποφυγής αλκοόλ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ομάδα που έλαβε τροφοφάρμακο παρουσίασε στατιστικά σημαντική βελτίωση του ολικού λιπιδαιμικού προφίλ (p<0.001), ενώ η ομάδα της μεσογειακής διατροφής μια μη στατιστικά σημαντική μείωση του (p<0,02), τα τριγλυκερίδια δεν μειώθηκαν σημαντικά σε καμία ομάδα ενώ τα ηπατικά ένζυμα έμειναν σε φυσιολογικά επίπεδα και στις δυο ομάδες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση του τροφοφάρμακου βελτιώνει σημαντικά το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών σε σχέση με την υπολιπιδαιμική διαίτα, χωρίς καμία ανεπιθύμητη ενέργεια, ώστε με ασφάλεια να αποτελούν εναλλακτική θεραπεία σε άτομα τουλάχιστον ήπιας ή μέτριας υπερχοληστερολαιμίας για την πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Πληθυσμός μελέτης	tCHOL	TG	HDL	LDL
	Αρχική – Τελική	Αρχική – Τελική	Αρχική – Τελική	Αρχική – Τελική
Ομάδα τροφοφάρμακου (=40)	240.55±31.45	101.65±28.35	53.25±9.75	166.37±29.63
	vs 211.7±13.5	vs 100.1±16	vs 57.76±10.24	vs 133.92±17.92
Ομάδα μεσογειακής διατροφής (=40)	240.42±32.57	103.87±26.12	52.15±10.85	162.37±34.63
	vs 223.13±28.8	vs 101.35±29.35	vs 55.05±13.9	vs 147.45±30.45

230. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ**232. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ**

233. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΓΟΝΟΤΥΠΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ *Trichosporon* spp. ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΤΟΥΣ ΣΤΑ ΑΝΤΙΜΥΚΗΤΙΑΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Μ. Αραμπατζής¹, Μ. Κανελλοπούλου², Δ. Αδάμου², P. Abel^{1,3}, Ε. Αλεξάνδρου-Αθανασούλη⁴, Α. Στάθη⁴, Ε. Πλατσούκα⁵, Α. Μηλιώνη¹, Α. Πάγκαλη⁴, Α. Βελεγράκη¹

¹Ερευνητικό Εργαστήριο Μυκητολογίας (ΚΑ70/4/5905, ΚΑ70/3/6915), Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Σισμανόγλειο, ³Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών, ΕΜΠ, ⁴Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», ⁵Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας

ΣΚΟΠΟΣ: Κλασικά και νέα είδη του ζυμομύκητα *Trichosporon* αποτελούν αναδυόμενα ευκαιριακά παθογόνα σε επιπολής, βλεννογόνους και συστηματικές λοιμώξεις. Στη χώρα μας, η κατανομή των ειδών *Trichosporon* στις μυκητιάσεις και οι ευαισθησίες αυτών παραμένουν αδιερεύνητες. Στην παρούσα μελέτη, ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ελληνικών στελεχών *Trichosporon*, απομονωθέντων από επιβεβαιωμένες λοιμώξεις ανοσοκατεσταλμένων ασθενών (2000-2011), επαναταυτοποιήθηκε πολυφασικά, τυποποιήθηκε και προσδιορίστηκε η ευαισθησία του στα κλασικά και νεότερα αντιμυκητιακά φάρμακα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά, 42 στελέχη απομονωθέντα από αίμα (n=7), ούρα (21), αναπνευστικό σύστημα (7), βλεννογόνους (2), περικάρδιο (1), έντερο (1) και νύχια (n=7), ταυτοποιήθηκαν ως *Trichosporon* με το σύστημα API 32C, ταυτοποιήθηκαν με μελέτη μορφολογίας, φυσιολογίας και αλληλούχηση του γονιδίου 26S και οι αλληλουχίες κατατέθηκαν στη GenBank (www.ncbi.nlm.nih.gov). Τα στελέχη *T. asahii* τυποποιήθηκαν περαιτέρω με αλληλούχηση της διαγονιδιακής περιοχής IGS. Οι ελάχιστες ανασταλτικές συγκεντρώσεις (MIC) στην amphotericin B, fluconazole, itraconazole, posaconazole, voriconazole, anidulafungin, caspofungin, και micafungin προσδιορίστηκαν με τη μέθοδο μικροαραιώσεων CLSI M27-A3.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το *Trichosporon asahii* (37) ήταν το κυρίως ανευρεθέν είδος, ενώ τα *Trichosporon coremiiforme* (1), *Trichosporon dermatis* (1), *Trichosporon faecale* (1), *Trichosporon loubieri* (1), και *Trichosporon mycotoxinivorans* (1) απομονώθηκαν για πρώτη φορά στη χώρα μας. Οι κύριοι υπότυποι IGS του *T. asahii* ήταν οι 3, 4, 5, 7, ενώ ανευρέθησαν δύο νέοι διεθνώς υπότυποι, χαρακτηρισθέντες ως 10 και 11. Υψηλές τιμές MIC έβγαζε το *T. asahii* της amphotericin B ($\geq 1 \mu\text{g/ml}$) παρουσίασαν 67% των στελεχών. Υψηλή MIC fluconazole, itraconazole, posaconazole και voriconazole καταγράφηκε στο 14%, 52%, 29% και 32% των στελεχών αντίστοιχα. Οι τιμές MIC anidulafungin, caspofungin και micafungin ήταν υψηλές ό-πως έχει καταγραφεί στο παρελθόν. Οι απόλυτες τιμές MIC itraconazole, posaconazole and voriconazole ήταν σημαντικά χαμηλότερες από τις τιμές των άλλων φαρμάκων (ANOVA; p<0.05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανεύρεση σπάνιων ειδών *Trichosporon* σε κλινικά δείγματα, το υψηλό ποσοστό αντοχής στην amphotericin B και στις κανδίνες (θεραπεία εκλογής για ζυμομύκητες), η υψηλότερη του αναμενόμενου αντοχή στο δεύτερο ενδοκινούμενο αντιμυκητιακό στις ζυμομυκητιάσεις fluconazole και τα καταγραφέντα υψηλά MICs στα υπόλοιπα αντιμυκητιακά επιτάσσει την ταχεία κλινική και εργαστηριακή αναγνώρισή τους, καθώς και την πολυφασική ταυτοποίηση αυτών και τον προσδιορισμό ρουτίνας της ευαισθησίας τους στα αντιμυκητιακά.

234. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*: 2012

Μ. Σουλή, Α. Αργυροπούλου, Ν. Βακάλης, Λ. Γαλανή, Ε. Καραντάνη, Ι. Καρατζόγλου, Λ. Κονδύλη, Σ. Μαράκη, Γ. Νταλέκος, Ε. Παπαδογεωργάκη, Β. Παπουτσάκη, Α. Πασχάλη, Ε. Περιβολιώτη, Ε. Τρίκα, Σ. Τσιπλάκου, Ε. Τσορλίνη, Α. Χαρσιάδου, Ε. Γιαμαρέλλου

Διοργάνωση από την Ελληνική Εταιρεία Χημειοθεραπείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος παραμένει σημαντικό παθογόνο τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην κοινότητα διεθνώς. Η αυξανόμενη αντοχή επιβάλλει τη συνεχή επιτήρηση σε εθνικό επίπεδο, ώστε να διαμορφωθούν εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τον Απρίλιο ως το Νοέμβριο 2012, 42 νοσοκομεία σε όλη την Ελλάδα (22 στην περιοχή της Αττικής και τα υπόλοιπα σε άλλες μεγάλες πόλεις) έστειλαν όλα τα στελέχη *S. aureus* (ένα στέλεχος ανά ασθενή) στο Ερευνητικό Εργαστήριο Λοιμώξεων του Νοσοκομείου «Υγεία» για να υποβληθούν σε έλεγχο ευαισθησίας. Προσδιορίστηκαν οι MIC της οξακιλλίνης, ερυθρομυκίνης, κλινδαμυκίνης, κοτριμοξαζόλης, φουσιδικού οξέος, μοξιφλοξασίνης, λινεζολιδής, γικεκυκλίνης και μπιπροσίνης με Vitek 2 και της βανκομυκίνης και δαπτομυκίνης με Etest. Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν σύμφωνα με τα όρια ευαισθησίας της CLSI εκτός της γικεκυκλίνης και του φουσιδικού οξέος για τα οποία χρησιμοποιήθηκαν τα όρια του FDA και της EUCAST, αντίστοιχα. Ο έλεγχος της ετεροαντοχής στη βανκομυκίνη (hVISA) έγινε με Etest GRD.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από σύνολο 1045 στελεχών, 301 στελέχη αφορούσαν βακτηριαίμειες. Αντοχή στη μεθικιλίνη ανιχνεύθηκε στο 40.2%. Τα ποσοστά ευαισθησίας ήταν: ερυθρομυκίνη 67.8%, κλινδαμυκίνη 79%, κοτριμοξαζόλη 99.3%, ριφαμπικίνη 98.2%, φουσιδικό οξύ 69.3%, μοξιφλοξασίνη 76.7%, μπιπροσίνη 98.9% και λινεζολιδή, γικεκυκλίνη, δαπτομυκίνη και βανκομυκίνη 100%. Εν τούτοις, οι MIC₅₀/MIC₉₀ της βανκομυκίνης ήταν 1.5/1.5 μg/ml τόσο για το σύνολο όσο και για τις υποομάδες των MSSA και MRSA, 60.8% είχαν MIC >1 και 9% MIC=2 μg/ml. Από 98 στελέχη που υποβλήθηκαν σε έλεγχο ετεροαντοχής στη βανκομυκίνη, 2 (2.04%) είχαν θετικό αποτέλεσμα. Η αύξηση της MIC της βανκομυκίνης δεν επηρέασε τις MIC της δαπτομυκίνης (εύρος 0.03-1, MIC₅₀/MIC₉₀ 0.125/0.19 μg/ml).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πρόκειται για την πρώτη πολυκεντρική πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη της αντοχής των σταφυλόκοκκων στα ελληνικά νοσοκομεία. Σημαντικό ποσοστό των στελεχών έχουν MIC βανκομυκίνης >1 μg/ml, που καθιστά απαγορευτική τη χρήση της στη θεραπεία σοβαρών σταφυλοκοκκικών λοιμώξεων ενώ το ποσοστό των hVISA ήταν πολύ χαμηλό. Η in vitro δραστηριότητα παλαιότερων αντιβιοτικών όπως της κοτριμοξαζόλης και της ριφαμπικίνης καθώς και πολλών νεότερων όπως της λινεζολιδής, γικεκυκλίνης και δαπτομυκίνης παραμένει υψηλή.

235. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΦΘΟΡΙΟΥΒΡΙΔΙΣΜΟΥ (PNA-FISH) ΓΙΑ ΤΑΧΥ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΑΙΤΙΟΥ ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑΣ

Α. Βελεγράκη¹, Κ. Ζανιώτη², Γ. Αρσένης³, Τ. Κουρέα-Κρεμαστινού⁴

¹Μυκητολογικό Εργαστήριο, ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ, Διεθνή Διαγνωστικά Εργαστήρια, Αθήνα και Ερευνητικό Εργαστήριο Μυκητολογίας, Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα, ²Μυκητολογικό Εργαστήριο, ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ, Διεθνή Διαγνωστικά Εργαστήρια, Αθήνα, ³Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ Διεθνή Διαγνωστικά Εργαστήρια, Αθήνα, ⁴Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ Διεθνή Διαγνωστικά Εργαστήρια, Αθήνα και ΕΣΔΥ

ΣΚΟΠΟΣ: Αξιολόγηση της PNA-FISH (peptide nucleic acid-fluorescent in situ hybridization), Yeast Traffic Light® (YTL®) και Panfungal® (PF®) (AdvanDx, Denmark), σε θετικές αιμοκαλλιέργειες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μέθοδος εκδίδει αποτέλεσμα σε 90 min και συνδυάζει rRNA φθοριουβρίδιο με μικροσκοπική παρατήρηση. Ελέγχθηκαν (Ιούλιος-Δεκέμβριος 2012), και σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή, 70 φιάλες αιμοκαλλιέργειας (50 BacT/Alert και 20 BACTEC) ασθενών μονάδων εντατικής θεραπείας (n=34) και αιματολογικών/ογκολογικών ασθενών (n=37). Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με καλλιέργειες και επιβεβαιώθηκαν με αλληλούχηση των περιοχών ITS και D1/D2 και, κατά περίπτωση, των γονιδίων calmodulin, β-τραυμλίνη, EF. Στις αρνητικές φιάλες η επιβεβαίωση αποτελέσματος έγινε με PCR πραγματικού χρόνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 30/70 φιάλες ήταν θετικές για ζυμομύκητες, 9/70 για νηματοειδείς μύκητες, 1/70 για *Malassezia* sp., ενώ 30/70 ήταν αρνητικές. Η YTL® αναγνώρισε σε 18/30 αιμοκαλλιέργειες *C. albicans*/C. *parapsilosis*, 4/30 *C. tropicalis* και 8/30 *C. glabrata*/C. *krusei*. Η αλληλούχηση επιβεβαίωσε τα συνολικά αποτελέσματα εντός των *C. albicans*/C. *dubliniensis*, του συμπλέγματος ειδών *C. parapsilosis*, των *C. tropicalis* και *C. krusei*, καθώς και εντός του συμπλέγματος ειδών *C. glabrata* (συμφωνία 100%). Η PF® ανίχνευσε μύκητες ως εξής: σε 4/10 αιμοκαλλιέργειες *Aspergillus fumigatus*, 2/10 *A. terreus*, 1/10 *A. flavus*, 2/10 *Fusarium solani*, 1/10 *Malassezia furfur*.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ευαισθησία της PNA-FISH ήταν ταυτώση στα συστήματα BacT/Alert και BACTEC. Η YTL® ανίχνευσε κλινικά σημαντικά συμπλέγματα ειδών στα ζεύγη *C. albicans*/C. *parapsilosis*, *C. glabrata*/C. *krusei*, και την *C. dubliniensis* και διαχώρισε αξιόπιστα είδη με αντοχή στη φλουκοναζόλη (*C. glabrata*/C. *krusei*). Η PF® ανίχνευσε κοινούς και σπάνιους μύκητες. Η μέθοδος μπορεί να συνεισφέρει στην άμεση θεραπευτική παρέμβαση και στοχευμένη αγωγή, να συντελέσει στη βελτίωση της πρόγνωσης της μυκητίασης και στη μείωση του κόστους θεραπείας.

236. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ, ΕΛΛΑΔΑ, 2012

Δ. Περβανιδού¹, Μ. Τσερώνη¹, Μ. Δέτσης¹, Α. Μπάκα¹, Ζ. Ευαμπίδου², Κ. Ντάνης¹, Ε. Τερζάκη¹, Ε. Παπανικολάου¹, Α. Μάρκα³, Μ. Διονυσίου⁴, Α. Λεγάκη⁵, Γ. Δουγάς¹, Α. Καλλιμάνη¹, Α. Μπαλάσκα¹, Χ. Κεφαλοδμή¹, Α. Βακάλη¹, Γ. Κολιόπουλος⁶, Α. Βεΐζης², Ε. Βασσάλου⁷, Κ. Πολίτη¹, Γ. Σαρόγλου⁸, Ν. Βακάλης⁷, Α. Τσακρής⁹, Σ. Τσιόδρας^{1,9}, Θ. Γεωργακοπούλου¹, Χ. Χατζηχριστοδούλου^{1,3}, Τ. Κρεμαστινού¹

¹Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Αθήνα, ²Γιατροί Χωρίς Σύνορα, Αθήνα, ³Ιατρική Σχολή Θεσσαλίας, Λάρισα, ⁴ΓΝ Σπάρτης, ⁵ΓΝ-ΚΥ Μολάων, ⁶Μπενάκειο Φυσιολογικό Ινστιτούτο, Αθήνα, ⁷Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, ⁸Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ⁹Ιατρική Σχολή Αθηνών, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η Ελλάδα είναι χώρα ελεύθερη ελονοσίας από το 1974. Το 2011 καταγράφηκαν 42 εγχώρια κρούσματα ελονοσίας *P. vivax* στην Ελλάδα, 36 εκ των οποίων στο Δήμο Ευρώτα Λακωνίας, μία αγροτική περιοχή με πολλούς μετανάστες από ενδημικές χώρες. Το 2012 συνεχίστηκε και αξιολογήθηκε η ενισχυμένη επιδημιολογική επιτήρηση σε όλη τη χώρα, με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία όλων των κρουσμάτων και την εφαρμογή στοχευμένων δράσεων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε περιοχές με ενδείξεις εγχώριας μετάδοσης, αναζητήθηκαν κρούσματα ελονοσίας πόρτα-πόρτα, με έλεγχο εμπιρέτου ή/και εργαστηριακό έλεγχο με Γρήγορες Διαγνωστικές Δοκιμασίες και μικροσκοπική εξέταση (στον Ευρώτα αδιαλείπτως, με επισκέψεις ανά 15νθημέρο και σε άλλες περιοχές για ένα μήνα μετά τη δήλωση κρούσματος). Συγκρίθηκε (1) ο αριθμός των κρουσμάτων συνολικά στην Ελλάδα και ειδικά στον Ευρώτα και (2) ο χρόνος διάγνωσης στον Ευρώτα, μεταξύ 2011 και 2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 2012 καταγράφηκαν 18 εγχώρια κρούσματα *P. vivax* ελονοσίας στην Ελλάδα. Στον Ευρώτα καταγράφηκαν 10 εγχώρια κρούσματα (μείωση 72% από 2011) και 17 εισαγόμενα, 16 (94%) εκ των οποίων ανιχνεύθηκαν ενεργητικά. Ο διάμεσος χρόνος μεταξύ έναρξης συμπτωμάτων και διάγνωσης στον Ευρώτα μειώθηκε από 6 ημέρες (εύρος 2-17) το 2011 σε 3 (εύρος 0-15) το 2012.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενεργητική αναζήτηση κρουσμάτων στον Ευρώτα επέφερε σημαντική επίπτωση της διάγνωσης και συνεισέφερε στη μείωση των εγχώριων κρουσμάτων ελονοσίας. Συνεπείθη συνεχής ενεργητική αναζήτηση κρουσμάτων σε όλες τις περιοχές με εγχώρια κρούσματα, για την πρόληψη της επανακατάστασης της ελονοσίας στην Ελλάδα.

237. ΘΑΝΑΤΟΦΟΡΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ CA-MRSA ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟΥ ΜΟΝΟ ΣΕ ΑΝΑΕΡΟΒΙΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Π. Ζώτος¹, Θ. Βλάχου², Α. Σπυροπούλου³, Π. Κατσάνου⁴, Α. Ντούνη⁵, Ε. Σούκη², Κ. Γκιάρφης¹

¹Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Αγρινίου, ²Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝ Αγρινίου, ³Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝ Αγρινίου, ⁴Παθολογική Κλινική, ΓΝ Αγρινίου, ⁵Αγρίνιο, ⁵Παθολογική Κλινική, ΓΝ Αγρινίου, Αγρίνιο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι λοιμώξεις από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ανθεκτικό στη μεθικιλίνη (MRSA) μπορεί να παρατηρηθούν στην κοινότητα μεταξύ υγιών ατόμων (community acquired MRSA, CA-MRSA). Ενώ στην πλειονότητα αφορούν το δέρμα και τα μαλακά μόρια, σε 5-10% των περιπτώσεων είναι διεισδυτικές και απειλητικές για τη ζωή.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού με CA-MRSA συστηματικής λοίμωξης που εκδηλώθηκε με εικόνα toxic shock και scalded skin syndrome.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενής ηλικίας 66 ετών με ελεύθερο αναμνηστικό παρουσίασε από εβδομάδος χαμηλή πυρετική κίνηση και επώδυνη ερυθρά διόγκωση αριστερού άνω άκρου. Κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ είχε υψηλό πυρετό, ανθεκτική υπόταση, ολιγουρία, σύγχυση-αποπροσανατολισμό, αναπνευστική δυσχέρεια, καθώς και ερυθρότητα, διόγκωση και εκτεταμένη αποφολιδωση δέρματος του αριστερού άνω άκρου. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου διαπιστώθηκαν: σημαντική λευκοκυττάρωση και θρομβοπενία, νεφρική ανεπάρκεια, υποξαιμία, διαταραχή της ηπαιτικής βιοχημείας. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε αμφοτερόπλευρα πλευρικές συλλογές και διάσπαρτες πνευμονικές εστίες, ορισμένες εξ αυτών με κοιλότητα. Σε 4 ζεύγη καλλιέργειών αίματος και 2 καλλιέργειες πνευμονικού υγρού (σε φιάλες αιμοκαλλιέργειών) απομονώθηκε το ίδιο στέλεχος MRSA, το οποίο σε όλες τις περιπτώσεις αναπτύχθηκε χαρακτηριστικά μόνο σε ανασρόβιες συνθήκες και ποτέ σε αερόβιες. Παρά τις τροποποιήσεις της αντιβιοτικής αγωγής βάσει του αντιβιογράμματος και τη μηχανική υποστήριξη της αναπνευστικής και νεφρικής λειτουργίας, ο ασθενής παρέμεινε ε-ξαιρετικά ασταθής αιμοδυναμικά και κατέληξε με πολυοργανική ανεπάρκεια μετά από 10 ημέρες νοσηλείας. Από τον περαιτέρω μοριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ότι το στέλεχος του MRSA ήταν mecA (+), PVL (+), agr 3 (+).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι λοιμώξεις δερματικές και μαλακών μορίων από CA-MRSA χρήζουν έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισης. Για ένα νέο στέλεχος MRSA υποχρεωτικώς ανασρόβια αναπτυσσόμενου υπάρχουν πολύ λίγες αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία. Η παρατήρηση αυτή χρήζει περαιτέρω ελέγχου.

238. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ LAMP

R. Ocker, P. Karanis

Medical and Molecular Parasitology, Medical School, Cologne, Germany.

ΣΚΟΠΟΣ: Η γρήγορη διάγνωση της ελονοσίας σε δείγματα αίματος με την τεχνική LAMP (= loop-mediated isothermal amplification).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η σύγκριση LAMP έγινε με την του φωλεακού PCR και με μικροσκοπική εξέταση (Giemsa) σε 132 δείγματα αίματος τα οποία συλλέχθηκαν από ασθενείς σε περιοχή της Ν. Ταϊλάνδης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στα δείγματα που εξετάστηκαν ανιχνεύθηκαν μόνο *P. vivax* και *P. falciparum*. Τα 117 δείγματα που ήταν θετικά με εμφωλιασμένη PCR για παράσιτα του γένους *Plasmodium*, ήταν θετικά και μικροσκοπικά (ευαισθησία 100%) ενώ με LAMP ήταν θετικά τα 116 δείγματα (ευαισθησία 99%). Όλα τα δείγματα που ήταν αρνητικά για παράσιτα του γένους *Plasmodium* με την εμφωλιασμένη PCR ήταν επίσης αρνητικά με την τεχνική LAMP (ειδικότητα 100%), ενώ με τη μικροσκόπηση ένα δείγμα ήταν ψευδώς θετικό (ειδικότητα 93%). Από τα 77 δείγματα που ήταν αρνητικά για *P. falciparum* με εμφωλιασμένη PCR, 73 ήταν θετικά με μικροσκόπηση (ευαισθησία 95%) και 69 με LAMP (ευαισθησία 90%). Μεταξύ των 55 δειγμάτων που ήταν αρνητικά για *P. falciparum* με εμφωλιασμένη PCR, ανιχνεύθηκαν με LAMP 4 ψευδώς θετικά (ειδικότητα 93%) και με μικροσκόπηση 2 (ειδικότητα 2). Επιπλέον, με μικροσκόπηση ανιχνεύθηκαν 85 αρνητικά δείγματα από τα 86 που ήταν αρνητικά με εμφωλιασμένη PCR (ειδικότητα 99%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της ειδικής LAMP για το γένος *Plasmodium* είναι συγκρίσιμα με τα αποτελέσματα της εμφωλιασμένης PCR και ενδεικτικά της καταλληλότητας της LAMP να ανιχνεύει *Plasmodium* σε κλινικά δείγματα. Όμως είναι απαραίτητες κάποιες βελτιώσεις, ώστε η τεχνική να αποτελέσει τη μέθοδο εκλογής για τη διάγνωση της ελονοσίας στο κλινικό εργαστήριο.

239. ΜΕΛΕΤΗ ΓΟΝΙΔΙΩΝ bla_{OXA} ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ACINETO-BACTER BAUMANNII

Σ. Λυκοσύη, Ζ. Ρούσου, Ε. Πάλλα, Ο. Κορδανούλη, Μ. Τσουκαλά, Ε. Πλατούκα

Μικροβιολογικό Τμήμα, «Κωνσταντοπούλειο» ΓΝΝ Ιωνίας

ΣΚΟΠΟΣ: Οι λοιμώξεις από *Acinetobacter baumannii* είναι συχνές ιδιαίτερα στους ασθενείς υψηλού κινδύνου. Μελετήσαμε τα ανθεκτικά στις καρβαπενέμες κλινικά στελέχη *A. baumannii* κατά τη διετία 2010 - 2012 και αναζητήθηκε η παρουσία γονιδίων bla_{OXA}.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 186 ανθεκτικά στις καρβαπενέμες *A. baumannii* στελέχη υπεύθυνα για λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, βακτηριαμίες, λοιμώξεις χειρουργικών τραυμάτων και ουρολοιμώξεις αποτέλεσαν το υλικό της μελέτης. Σε όλα τα στελέχη υπολογίστηκαν και οι ελάχιστες ανασταλτικές πυκνότητες (MICs) της τιγκεκυκλίνης, κολιστίνης, αμικασίνης, γενταμικίνης και τομπραμικίνης. Η αναζήτηση των γονιδίων bla_{OXA} πραγματοποιήθηκε με πολλαπλή PCR χρησιμοποιώντας ταυτόχρονα εκκινητές για OXA-23, OXA-24, OXA-25 και OXA-58.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλα τα στελέχη ανιχνεύθηκε το γονίδιο bla_{OXA-51}. Από τα 186 *A. baumannii*, 155 (83.33%) φέρουν συνδυασμό bla_{OXA-58}/bla_{OXA-51} γονιδίων και 31 (16.13%) το bla_{OXA-23}/bla_{OXA-51}. Το γονίδιο bla_{OXA-23} ανιχνεύθηκε για πρώτη φορά στο νοσοκομείο μας, στο μέσο του 2011. Σε 1 στέλεχος (0.54%) ανιχνεύτηκε μόνο το γονίδιο bla_{OXA-51}. Δεν βρέθηκε κανένα στέλεχος με το γονίδιο bla_{OXA-24}. Η αντοχή στην τιγκεκυκλίνη (MIC > 2 µg/ml) για τις υποομάδες με bla_{OXA-58}/bla_{OXA-51} και bla_{OXA-23}/bla_{OXA-51} ήταν αντίστοιχα 11.12% και 7.14%, στην κολιστίνη 1.1% και 6.67%, στη γενταμικίνη και αμικασίνη κυμάνθηκε μεταξύ 96.6% και 100% και στην τομπραμικίνη 8,97% και 23,34%. Κατά τη διάρκεια της μελέτης παρατηρήθηκε μια αύξηση στον αριθμό bla_{OXA-23} στελεχών κατά το 2011, ενώ ακολούθησε σποραδική απομόνωση κατά το 2012. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση της παρουσίας του γονιδίου bla_{OXA-58}, που ανιχνεύαμε και κατά τα έτη 2008-2009.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο νοσοκομείο μας η αντοχή στις καρβαπενέμες των κλινικών στελεχών *A. baumannii* συνδέθηκε κυρίως με την παρουσία του γονιδίου bla_{OXA-58}. Τα bla_{OXA-23} *A. baumannii*, ήταν ανθεκτικότερα απ' ό,τι τα bla_{OXA-58} σε κολιστίνη και τομπραμικίνη.

240. ΟΡΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΧΑΝΤΑΪΩΝ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΑΧΑΪΑΣ

Μ. Σαργιάνου^{1,2}, Γ. Πάνος^{1,3}, Χ. Γώγος^{1,3}, Α. Πατά²

¹Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, ²Α' Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, ³Τμήμα λοιμώξεων, Παθολογική Κλινική, Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Οι χανταϊοί (γένος *Hantavirus*, οικογένεια *Bunyaviridae*) ευθύνονται για τον αιμορραγικό πυρετό με νεφρικό σύνδρομο (hemorrhagic fever with renal syndrome-HFRS) στην Ασία και την Ευρώπη, και για το αναπνευστικό σύνδρομο από χανταϊούς (Hantavirus pulmonary syndrome- HPS) στην Αμερική. Ο ιός μεταδίδεται στον άνθρωπο με την εισπνοή αερολυμάτων αποξηραμένων εκκρίματων μολυσμένων τρωκτικών. Στην Ελλάδα ενδημεί ο ορότυπος Dobrava-Belgrade, και κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 1-5 περιστατικά της νόσου. Με αφορμή την πρόσφατη διάγνωση ενός περιστατικού HFRS στην Αχαΐα, σχεδιάστηκε μια ορεπιδημιολογική μελέτη, με σκοπό να υπολογιστεί το ποσοστό οροθετικότητας στους χανταϊούς στην Αχαΐα και να καθοριστούν οι προδιαθεσικοί παράγοντες για τη μόλυνση.

ΥΛΙΚΟ: Από τον Μάρτιο έως τον Ιούνιο 2012, συγκεντρώθηκαν 207 οροί από υγιή άτομα που επιλέχθηκαν τυχαία μεταξύ άλλων που προσήλθαν στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών και στα Κέντρα Υγείας Χαλανδρίτσας, Κάτω Αχαΐας, Καλαβρύτων και Κλειτορίας για εξετάσεις αίματος. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τη μελέτη, έδωσαν γραπτή συγκατάθεση και έδωσαν πληροφορίες σχετικές με δημογραφικά στοιχεία και πιθανούς προδιαθεσικούς παράγοντες μόλυνσης από τον ιό.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δείγματα ορού ελέγχθηκαν για IgG αντισώματα εναντίων των χανταϊών με την τεχνική της ELISA (Anti-Hanta Virus Pool 1 "Eurasia" ELISA IgG, Euroimmun, Lübeck, Germany), σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Τα θετικά στην ELISA δείγματα ελέγχθηκαν περαιτέρω με ανοσοφθορισμό, προς αποκλεισμό διασταυρούμενων αντιδράσεων. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 20.0. Λογαριθμιστική εξάρτηση (logistic regression) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση παραγόντων κινδύνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Είκοσι από τα 207 (9.66%) άτομα της μελέτης βρέθηκαν θετικά για IgG-ειδικά για χανταϊούς αντισώματα. Η οροθετικότητα διέφερε μεταξύ των δήμων της Αχαΐας, με ποσοστά που κυμαίνονται από 0-18.5%. Εντοπίστηκε δε ένα τοπικό μέγιστο οροθετικότητας στο Δήμο Δυτικής Αχαΐας, όπου βρέθηκαν θετικά 5 από τα 27 ελεγχθέντα δείγματα. Η μονοπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για μόλυνση από χανταϊούς στην περιοχή της Αχαΐας είναι: η ηλικία (OR 1.036, 95%CI 1.011-1.062), η παρουσία τρωκτικών κοντά στον τόπο κατοικίας (έως και 200 μέτρα γύρω από αυτήν, OR 4.538, 95% CI 1.019-20.219) και η ιδιοκτησία υπόγειας αποθήκης (OR 2.892, 95%CI 1.004-8.327). Αυτό το μη αναμενόμενο υψηλό ποσοστό οροθετικότητας στην περιοχή της Αχαΐας φανερώνει την κυκλοφορία των χανταϊών στην περιοχή και την πιθανή έκθεση των κατοίκων σε κίνδυνο λοίμωξης από αυτούς. Απαιτούνται μελέτες σε τρωκτικά για την ανίχνευση του κυκλοφορούντος στελέχους του ιού, ενώ οι κλινικοί γιατροί της περιοχής θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν τη νόσο κατά τη διαφορική διάγνωση εμπύρετων νοσημάτων, ιδιαίτερα όταν αυτά συνοδεύονται από αιμορραγικές εκδηλώσεις ή οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

241. ΑΤΥΠΕΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΙΤΡΟΦΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Μπαρμπαντιάννη, Ν. Σκληρός, Ε. Γαλανίδη, Χ. Βαδάλα, Π. Σφακιανάκη, Γ. Αδάμος, Χ. Τότσιος, Δ. Δόβας, Χ. Βουγιουκλάκη, Β. Τσεκρέκος, Δ. Λοβέρδος, Α. Σκουτέλης
Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η σπλαχνική λείσμανιαση είναι ανθρωποζωνόσος, με κλασσικά κλινικοεργαστηριακά ευρήματα: πυρετό, σπληνομεγαλία, υπεργαμμασφαιριναιμία, παγκυτταροπενία. Ατυπες εκδηλώσεις εμφανίζονται συνήθως σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Παρουσιάζουμε άτυπες εκδηλώσεις σπλαχνικής λείσμανιασης σε ανοσοεπιτροφείς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 1) Άνδρας 77 ετών με πυρετό με ρίγος από διμήνου, χωρίς παθολογικά κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα. Εμφάνιση πανκυτταροπενίας μετά δυο μήνες πυρετού. Τα αντισώματα για leishmania, το επίχρισμα μυελού και η οστεομελική βιοψία ήταν αρνητικά. Υπεβλήθη σε ποιοτική PCR μυελού οστών, που κατέστη θετική για λείσμανιαση. 2) Γυναίκα 71 ετών με συμπτωματολογία καταβολής δυνάμεων από διμήνου, πανκυτταροπενία, σπληνομεγαλία και υπεργαμμασφαιριναιμία. Εμφάνιση κατά την 11ήμερη διάρκεια της νοσηλείας της δυο πυρετικών κυμάτων έως 38° C, διάρκειας 24 ωρών το καθένα. Ο ορολογικός έλεγχος και το επίχρισμα μυελού ανέδειξαν λείσμανιαση. 3) Άνδρας 38 ετών με πυρετό από διμήνου, χωρίς παθολογικά κλινικοεργαστηριακά ευρήματα. Υποχώρηση πυρετού χωρίς αγωγή και υποτροπή μετά από 20 ημέρες, με κλινικοεργαστηριακό έλεγχο φυσιολογικό, πλην διαπίστωσης πανκυτταροπενίας και διήθησης μυελού από μονοκλωνικό πληθυσμό λεμφοκυττάρων. Υποχώρηση πυρετού και κατόπιν νέα υποτροπή. Επανεισαγωγή χωρίς νέα ευρήματα, αλλά από τον έλεγχο του μυελού διάγνωση λείσμανιασης, χωρίς μονοκλωνικό πληθυσμό λεμφοκυττάρων. Η χορήγηση λιποσωματικής αμοφτερικίνης Β οδήγησε σε κλινική και εργαστηριακή ανταπόκριση σε όλες τις περιπτώσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ιδιομορφία των ανωτέρω περιπτώσεων είναι η εξής: Έλλειψη σπληνομεγαλίας στην πρώτη περίπτωση, ενώ η πανκυτταροπενία εμφανίστηκε αργότερα. Απουσία πυρετού στη δεύτερη περίπτωση. Έλλειψη σπληνομεγαλίας κι όψιμη εμφάνιση πανκυτταροπενίας στην τρίτη περίπτωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σπλαχνική λείσμανιαση είναι σοβαρή συστηματική νόσος και επί μη χορήγησης θεραπείας θανατηφόρος. Για το λόγο αυτό, η νόσος θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση και σε περιπτώσεις διερεύνησης πυρετού αγνώστου αιτιολογίας ή πανκυτταροπενίας σε ανοσοεπιτροφείς άτομα.

242. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΧΑΛΚΟΥ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ

Μ. Αναγνωστάκου¹, Π. Ευσταθίου², Ε. Κουσκούνη³, Χ. Πετροπούλου¹, Κ. Καραγιώργου², Ζ. Μανωλίδου², Σ. Παπανικολάου², Μ. Τσερώνη², Ε. Λογοθέτης³, Β. Καρυιώτη²

¹Β΄ Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) Αγία Σοφία, ΓΝΠ Αθηνών, ²Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας-Υπουργείο Υγείας, ³Μικροβιολογικό Εργαστήριο Αρεταίου Νοσοκομείου Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής αντιμικροβιακών κραμάτων χαλκού (Cu⁺), σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) σε σχέση με τη μείωση της μικροβιακής χλωρίδας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε επιπέδου ΙΙΙ ΜΕΝΝ αναφοράς, ενός Παιδιατρικού Νοσοκομείου, με είκοσι έξι (26) θερμοκοιτίδες, τοποθετήθηκαν αντικείμενα και επιφάνειες Cu⁺. Το κράμα του χαλκού ήταν Cu 63% - Zn 37% (Lead Low). Σε τρεις διαφορετικές χρονικές περιόδους, πριν και μετά την εφαρμογή του Cu⁺ έγιναν καλλιέργειες και ταυτοποιήσεις από δείγματα με δύο τρόπους λήψης με υγρή και ξηρά τεχνική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην παραπάνω ΜΕΝΝ η μείωση της μικροβιακής χλωρίδας στις επιφάνειες και τα αντικείμενα με αντιμικροβιακό χαλκό (Cu⁺) ήταν στατιστικά σημαντική ($n=15$, $p<0,05$) και καταγράφη σε ποσοστό 90%. Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν σε υψηλά ποσοστά (CFU/ml) πριν την επιχάλκωση ήταν οι εξής: *Klebsiella spp.*, *Staph. epidermidis*, *Staph. aureus*, *Enterococcus spp.*

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη αυτή αναδεικνύεται η θετική επίδραση του αντιμικροβιακού χαλκού (Cu⁺) αποδεικνύοντας ότι οι επιχάλκωμένες επιφάνειες καθώς και αντικείμενα είναι αποτελεσματικά στην εξουδετέρωση μικροβίων, τα οποία είναι υπεύθυνα για λοιμώξεις που σχετίζονται με Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (HCAs).

Η καινοτόμος εφαρμογή του αντιμικροβιακού χαλκού στις ΜΕΝΝ και η σημαντική μείωση της μικροβιακής χλωρίδας προαναγγέλλει τη μείωση της χρήσης των αντιμικροβιακών φαρμάκων, την πιθανή μείωση των λοιμώξεων και του χρόνου νοσηλείας.

243. Η ΑΝΤΟΧΗ ΤΟΥ ESCHERICHIA COLI ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΗ ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ ΤΟ 2012: ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΝΤΑΣ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΑ ΤΗΝ ΕΜΠΕΡΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Ι. Κατσαρόλης¹, Α. Αντωνιάδου¹, Κ. Πρωτοπαπάς¹, Ι. Δημοπούλου², Μ. Δρογγάρη-Απειρανθίου¹, Α. Καμπάλωνης², Ε. Γαλάνη¹, Α. Κρίκου², Μ. Δημητρίδου², Κ. Παπαβασιλείου³, Λ. Κούρος², Α. Βατόπουλος⁴, Τ. Κρεμαστινού², Γ. Πετρίκος¹

¹Δ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ Αττικών, ²Βιοιατρική, ³Αιτρολόγος Μαγνητική Τομογραφία ΑΕ, Χαλάνδρι, ⁴Εθνική Σχολή Δημοσίας Υγείας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός της αντοχής στελεχών *E. coli* από ασθενείς με οξεία ανεπιπλεκτή κυστίτιδα (ΟΑΚ) στην Ελλάδα κατά το 2012 και η συγκριτική αξιολόγηση σε σχέση με τα αποτελέσματα παρόμοιας μελέτης το 2005-6.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν στελέχη *E. coli* από ουροκαλλιέργειες εξωτερικών ασθενών το 2012. Ορισμός ΟΑΚ αν γυναίκες >16 ετών χωρίς ανωμαλίες ουροποιητικού, κύηση, πρόσφατη νοσηλεία ή/και χειρισμούς ουροποιητικού, σακχαρώδη διαβήτη, νεφρολιθίαση. Η ευαισθησία στα αντιμικροβιακά μελετήθηκε με μέθοδο διάχυσης δίσκου (CLSI 2012) και για μεσιλλινάμη και σιπροφλοξασίνη με E-test. Ως αντοχή θεωρήθηκε το άθροισμα αντοχών και ενδιάμεσης αντοχής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από 657 ουροκαλλιέργειες αξιολογήθηκαν 283 ΟΑΚ. Το *E. coli* ήταν το συχνότερο παθογόνο (σύνολο/ΟΑΚ, 83%/85,8%). Τα % ποσοστά αντοχής για τα στελέχη *E. coli* σε ΟΑΚ/σύνολο ήταν: αμπικιλίνη 32,1/36,9-κοτριμοξαζόλη 23,5/24,6-κεφαλοθίνη 10,7/14,9-νιτροφουραντοίνη 4,9/5,0-αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό 7,0/9,0-ναλιδιξικό οξύ 10,7/16,0-μεσιλλινάμη 5,8/7,4-σιπροφλοξασίνη 6,2/10,2-κεφουροξίμη 4,1/6,2-φωσφομυκίνη 1,2/1,5-κεφοταξίμη 3,7/5,7. Οι MIC50/90 (mg/L) για σιπροφλοξασίνη και μεσιλλινάμη ήταν 0,032/0,25 και 0,5/4, αντίστοιχως. Οι διάμετροι αναστολής της κεφουροξίμης το 2012 παρουσίασαν σημαντική μετατόπιση προς χαμηλότερες τιμές σε σχέση με το 2005-6 (<19 mm: 4,5% vs. 5,1% και 19-22 mm: 20,6% vs. 6,9% και >22 mm: 74,9% vs. 88%, αντίστοιχως). Η αντοχή στη σιπροφλοξασίνη σε στελέχη ΟΑΚ ήταν αυξημένη σε περίπτωση πρόσφατης χρήσης αντιμικροβιακών (22,2% vs. 4%, $P=0,003$) και σε γυναίκες >65 έτη (13,5% vs. 4%, $P=0,021$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κοτριμοξαζόλη δεν ενδείκνυται ως πρώτης επιλογής εμπειρική αγωγή ΟΑΚ. Τα ποσοστά αντοχής του *E. coli* στις φθοριοκινολόνες αυξάνουν, επιβάλλοντας προσοχή στη χρήση τους σε ανεπιπλεκτες λοιμώξεις της κοινότητας. Μεσιλλινάμη και νιτροφουραντοίνη αποτελούν στοχευμένες και δραστηρικές επιλογές πρώτης γραμμής για τη θεραπεία της ΟΑΚ.

244. Οικονομικά οφέλη από ΤΗν εφαρμογή αντιμικροβιακού χαλκού σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Π. Ευσταθίου

Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας, Υπουργείο Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας έρευνας, ήταν να αξιολογηθεί η μείωση της μικροβιακής χλωρίδας σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), μετά την εφαρμογή αντιμικροβιακών κραμάτων χαλκού Cu⁺ και η επίδραση αυτής στις οικονομικές - επιδημιολογικές παραμέτρους της λειτουργίας της.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε Γενική ΜΕΘ, καταγράφηκαν και αναλύθηκαν τα ιατρικά, επιδημιολογικά και οικονομικά δεδομένα σε δύο περιόδους, πριν και μετά την επιχάλκωση (Cu⁺ 63% - Zn 37%, Low Lead). Οι παράμετροι, οι οποίες εκτιμήθηκαν ήταν: η βαρύτητα των ασθενών κατά την εισαγωγή (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation - APACHE II* και *Simplified Acute Physiology Score - SAPS*), η καταγραφή της μικροβιακής χλωρίδας της ΜΕΘ πριν και μετά την εφαρμογή του Cu⁺ καθώς και οι επιπτώσεις σε επιδημιολογικές και οικονομικές παραμέτρους της λειτουργίας της ΜΕΘ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά το χρονικό διάστημα του Δεκεμβρίου 2010 – Μαρτίου 2011 και αντίστοιχα Δεκεμβρίου 2011 – Μαρτίου 2012 τα συγκριτικά αποτελέσματα κατέδειξαν στατιστικά σημαντική μείωση της μικροβιακής χλωρίδας (CFU/ml) κατά 95%, της χρήσης αντιμικροβιακών φαρμάκων (ανά ασθενή ανά ημέρα) κατά 30% ($p=0,014$), του χρόνου και του κόστους νοσηλείας των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καινοτόμος εφαρμογή του αντιμικροβιακού χαλκού στις ΜΕΘ συμβάλλει στη σημαντική μείωση της μικροβιακής χλωρίδας σε αυτές, στη μείωση της χρήσης των αντιμικροβιακών φαρμάκων με διαφαινόμενη θετική επίδραση (μείωση) τόσο στο χρόνο όσο και στο κόστος νοσηλείας των ασθενών. Υπό τις παρούσες συνθήκες της οικονομικής κρίσης τα αποτελέσματα της έρευνας προσλαμβάνουν ιδιαίτερη σημασία και αξία.

245. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ ΑΠΟ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟ ΧΑΛΚΟ (Cu+) ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ-ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΤΟΥ ΔΡΑΣΗΣ

Ε. Κουσκούνη¹, Π. Ευσταθίου², Κ. Καραγεώργου², Ζ. Μανωλίδου², Σ. Παπανικολάου², Μ. Τσερώνη², Ε. Λογοθέτης¹, Χ. Πετροπούλου³, Β. Καρυώτη²

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο Αρεταίου Νοσοκομείου Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας-Υπουργείο Υγείας, ³Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) Αγία Σοφία, ΓΝΠ Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η καταγραφή της διαδικασίας ελέγχου των τελικών προϊόντων από αντιμικροβιακό χαλκό (Cu⁺) που εφαρμόστηκαν σε διαφορετικές εγκαταστάσεις, με σκοπό τη μείωση της μικροβιακής χλωρίδας.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: Σε χώρους που έχει ήδη εφαρμοστεί Cu⁺ (ΜΕΘ, σχολεία) έγιναν τυχαίοποιημένες λήψεις δειγμάτων για καλλιέργειες και ταυτοποίηση, με δύο τρόπους υγρή και ξηρά τεχνική. Οι λήψεις έγιναν σε 3 φάσεις: κατά τη διάρκεια της εφαρμογής, 2 και 6 μήνες μετά. Καταγράφηκαν και λήφθηκαν υπ' όψιν οι φάσεις παράγωγης από την κατασκευαστική εταιρία όπως επίσης και ο τρόπος και τα υλικά καθαρισμού των επιφανειών του Cu⁺. Οι τεχνικές των καλλιέργειών σε όλα δείγματα ήταν ίδιες. Εξετάστηκαν 256 επιφάνειες και αντικείμενα από Cu⁺ και έγιναν πάνω από 768 καλλιέργειες για μικρόβια και ιούς σε 4 διαφορετικές εγκαταστάσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αντιμικροβιακή αποτελεσματικότητα των ερευνηθέντων αντικείμενων και επιφανειών από κράματα Cu⁺ κυμάνθηκε από 90-95%. Παράμετροι όπως η πολλαπλή χρήση, τα υλικά καθαρισμού, οι συνθήκες υγρασίας και ξηρότητας, φαίνεται ότι δεν επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του Cu⁺. Καταγράφηκε αλγόριθμος της διαδικασίας του ελέγχου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαδικασία ελέγχου του τελικού προϊόντος του Cu⁺ ήταν απαίτηση των υπευθύνων των χώρων που επιχαλκώθηκαν. Η παραπάνω διαδικασία αποτελεί μέθοδο διασφάλισης και πιστοποίησης των εφαρμογών δίνοντας περαιτέρω αξία στην καινοτόμο εφαρμογή των αντιμικροβιακών κραμάτων και εξασφαλίζει τις πιθανές παρενέργειες της νόθευσης της πρώτης ύλης και της παραγωγής αντιγράφων (FALSE).

246. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ «ΣΤΕΦΑΝΗΣ» («HALO» PHENOMENON) ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΧΑΛΚΟΥ

Π. Ευσταθίου¹, Μ. Αναγνωστάκου², Ε. Κουσκούνη³, Χ. Πετροπούλου², Κ. Καραγεώργου¹, Μ. Τσερώνη¹, Ζ. Μανωλίδου¹, Σ. Παπανικολάου¹, Ε. Λογοθέτης³, Η. Τζούμα³, Ι. Αγράφα¹

¹Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας-Υπουργείο Υγείας, ²Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) Αγία Σοφία, ΓΝΠ Αθηνών, ³Μικροβιολογικό Εργαστήριο Αρεταίου Νοσοκομείου Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αντιμικροβιακής δράσης των κραμάτων χαλκού υπό μορφή «Στεφάνης» (*halo phenomenon*), με τελικό αποτέλεσμα την περαιτέρω μείωση των μικροβιακών φορτίων σε πολυαγγιζόμενες επιφάνειες μη επιχαλκωμένες.

ΜΕΘΟΔΟΣ – ΥΛΙΚΟ: Σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) με 26 κλίνες (boxes) παιδιατρικού Νοσοκομείου η οποία έχει επιχαλκωθεί με αντιμικροβιακό χαλκό Cu⁺ (Cu⁺63% Zn - 37% low lead) και έχει πιστοποιηθεί για την αντιμικροβιακή δράση των αντικειμένων και επιφανειών, έγιναν μετρήσεις και καλλιέργειες δειγμάτων σε ακτίνα απόστασης 50 cm από τις εφαρμογές των κραμάτων. Η παραπάνω διαδικασία αφορούσε την περίοδο πριν, κατά και 2 μήνες μετά την εφαρμογή. Τα Πρωτόκολλα Λειτουργίας και το προσωπικό της ΜΕΝΝ κατά τη διάρκεια της έρευνας δεν διαφοροποιήθηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μείωση του μικροβιακού φορτίου στις πολυαγγιζόμενες επιφάνειες από Cu⁺ καταγράφηκε σε ποσοστό 90%, και σε απόσταση 50 cm από τα σημεία εφαρμογής του Cu⁺. Η μείωση των μικροβιακών φορτίων (cfu/ml) καταγράφηκε σε ποσοστό 70-75% (N=36-P<0,05). Τα μικροβιακά στελέχη που απομονώθηκαν είναι: *Klebsiella spp.*, *Staph. epidermidis*, *Staph. aureus*, *Sphingomonas paucimobilis*.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καταγραφή ακτινικής δράσης των κραμάτων Cu⁺ υπό μορφή στεφάνης (*halo phenomenon*) αποτελεί μια επιπλέον επιβεβαίωση της αντιμικροβιακής ικανότητας του χαλκού. Το «halo phenomenon» προσδίδει στις εφαρμογές του Cu⁺ περαιτέρω δυνατότητες στη μείωση της μικροβιακής χλωρίδας αυξάνοντας τα ευεργετικά αποτελέσματα στον τομέα Υγείας, χρήζει δε περαιτέρω συγκριτικής μελέτης.

247. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΧΑΛΚΟΥ (Cu+)

Π. Ευσταθίου¹, Ε. Κουσκούνη², Κ. Καραγεώργου¹, Μ. Τσερώνη¹, Ζ. Μανωλίδου¹, Σ. Παπανικολάου¹, Ε. Λογοθέτης², Η. Τζούμα², Χ. Πετροπούλου³, Ι. Αγράφα¹

¹Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας-Υπουργείο Υγείας, ²Μικροβιολογικό εργαστήριο Αρεταίου Νοσοκομείου Πανεπιστημίου Αθηνών, ³Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) Αγία Σοφία, ΓΝΠ Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων σε μαθητές σχολείων Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης μετά την εφαρμογή Cu⁺ σε πολλαπλές επιφάνειες αφής.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκε κράμα αντιμικροβιακού χαλκού (Cu 63% - Zn 37%, LowLead) για την κάλυψη ή αντικατάσταση επιφανειών πολλαπλής αφής (χειρολαβές, κουπαστές σκάλας), σε πέντε σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (N=1596 μαθητές). Έγινε επιδημιολογική επιτήρηση των μαθητών για συμπτώματα γριππώδους συνδρομής από την 40^η εβδομάδα 2011 έως τη 15^η εβδομάδα του 2012 με καταγραφή των απουσιών των μαθητών βάση πρωτοκόλλου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η σημαντική μείωση των παθογόνων μικροβιακών στελεχών και των ιών μετά την εφαρμογή του αντιμικροβιακού χαλκού επηρέασε την εμφάνιση των λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος ιογενούς αιτιολογίας. Παρατηρήθηκε μείωση της εποχιακής γρίπης (Influenza Like Illness) στους μαθητές των συγκεκριμένων σχολικών μονάδων. Ο κλινικός δείκτης νοσηρότητας των μαθητών καταγράφηκε σε ποσοστό 36, 01% (μέσος όρος 5 σχολείων), ενώ στην κοινότητα την ίδια χρονική περίοδο (2011-2012) ήταν 48, 8%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση αντιμικροβιακού χαλκού σε χώρους μαζικών πληθυσμιακών συγκεντρώσεων, όπως τα σχολεία, αποτελεί μια καινοτόμο εφαρμογή, η οποία σε συνδυασμό με την υγιεινή των χεριών συμβάλλει σημαντικά στη μείωση ιογενών λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος και αναδεικνύεται ως ένας από τους πιο σημαντικούς συμμάχους της Δημόσιας Υγείας

248. ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΑΠΟ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΥΟΥ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ

Ι. Αποστολόπουλος¹, Σ. Τσιπλάκου², Ε. Κολυμπιανάκης¹

¹Ορθοπαιδική Κλινική ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», ²Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας ήταν να μελετηθεί η συχνότητα απομόνωσης παθογόνων βακτηρίων από λοιμώξεις ορθοπαιδικών ασθενών και να ελεγχθεί η ευαισθησία τους στα αντιμικροβιακά φάρμακα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από το 2007 έως το 2011 μελετήθηκαν 1034 θετικές καλλιέργειες δειγμάτων ορθοπαιδικών ασθενών. Τα δείγματα περιελάμβαναν καλλιέργειες πύου από μαλακά μόρια, χειρουργικά τραύματα, κατάγματα και υλικά οστεοσύνθεσης. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας των παθογόνων έγιναν με το σύστημα Vitek 2 (Biomerieux) και όπου χρειάστηκε έγινε έλεγχος ευαισθησίας με E-test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Απομονώθηκαν 621 Gram-θετικοί κόκκοι, 437 Gram-αρνητικά βακτήρια, 17 μύκητες και 11 αναερόβια βακτήρια. Περισσότερα από ένα μικρόβια απομονώθηκαν στο 5% των καλλιεργειών. Από τους Gram-θετικούς κόκκους, απομονώθηκαν 242 (39%) στελέχη *S. epidermidis* και 211 (34%) *S. aureus*. Από τα Gram-αρνητικά βακτήρια, απομονώθηκαν 118 (27%) στελέχη *Pseudomonas aeruginosa*, 66 (15%) *Acinetobacter baumannii*, 53 (12%) *Enterobacter spp.*, 48 (11%) *E. coli*, 39 (9%) *Klebsiella spp.*, 35 (8%) *Proteus spp.* και 13 (3%) *Stenotrophomonas spp.* Από τον έλεγχο ευαισθησίας διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των MRSE ήταν 64% και των MRSA 32%. Όλα τα στελέχη ήταν ευαίσθητα στα γλυκοπεπτιδικά, τη λινεζολιδη, την τιγκεκυκλίνη και τη δαπτομυκίνη. Το ποσοστό αντοχής των στελεχών *P. aeruginosa* σε κεφαζιδική, ιμιπενέμη, μεροπενέμη, αμινογλυκοσίδες πιπερακίλη / ταζομπακτάμη και σιπροφλοξασίνη ήταν 35%, 26%, 25%, 29%, 18% και 35% αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό απομόνωσης Gram-θετικών κόκκων από ορθοπαιδικές λοιμώξεις ήταν 58% και Gram-αρνητικών βακτηρίων ήταν 39%. Υψηλό ήταν το ποσοστό των ανθεκτικών στη μεθικιλίνη σταφυλοκόκκων. Χαμηλά ποσοστά αντοχής εμφάνιζαν τα στελέχη *Pseudomonas*, *Enterobacter* και *E. coli* στα αντιμικροβιακά εκλογής για τις ορθοπαιδικές λοιμώξεις.

249. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ**251. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΟΣΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**

Π. Νίκου¹, Ε. Γιαννιτσιώτη¹, Σ. Αθανασιά¹, Α. Δράκου², Σ. Κανελλάκη¹, Ε. Κορατζάνη¹, Π. Παπαγγελόπουλος², Ε. Γιαμαρέλλου³, Κ. Κανελλακοπούλου¹, Α. Παπαδόπουλος¹

¹Δ' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ, ²Α' Ορθοπαιδική Κλινική Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ, ³Δ' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ, ΣΤ Παθολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο «Υγεία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρόνια οστεομυελίτιδα άκρου ποδός (ΧΟΑΠ) εγείρει διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα. Η παρούσα μελέτη αναλύει παράγοντες που σχετίζονται με την έκβαση ασθενών με ΧΟΑΠ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε προοπτική καταγραφή ασθενών με ΧΟΑΠ στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ (1999-2009). Η διάγνωση ΧΟΑΠ τέθηκε σύμφωνα με τους διεθνείς ορισμούς. Ως «ίαση» ορίστηκε η πλήρης αποκατάσταση κλινικών, ακτινολογικών και εργαστηριακών παραμέτρων συμβατών με ΧΟΑΠ Έγινε πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση για τους παράγοντες που δυνητικά επηρέασαν την έκβαση ΧΟΑΠ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενείς με ΧΟΑΠ (n=137), άνδρες (59%), διάμεσης ηλικία + IQR (25-75)=60 (52-70) με συννοσηρότητα (n=76) δηλαδή σακχαρώδη διαβήτη, (ΣΔ n=64), ρευματοειδή αρθρίτιδα (n=3), αγγειοπάθεια χωρίς ΣΔ (n=6). Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ορού (HbA1c) ήταν >7 σε 32 ασθενείς. Οστεοδερματικό συρίγγιο και έλκη καταγράφηκαν σε 71 και 49 ασθενείς αντίστοιχα. Διεγχειρητικές καλλιέργειες ανέδειξαν *Staphylococcus aureus* ανθεκτικό στη μεθικιλίνη- Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* MRSA (32.5%). Σε 84 πολυμικροβιακές ΧΟΑΠ, 16.6% αφορούσαν *S. aureus* μαζί με *Pseudomonas aeruginosa* Συνδυασμένη αντιμικροβιακή θεραπεία χορηγήθηκε σε 117 ασθενείς (φθοριοκινολόνες, 67%). Δεκαέξι περιπτώσεις ανεπιθύμητων-αναστρέψιμων- ενεργειών αναφέρθηκαν. Η διάμεση διάρκεια θεραπείας ήταν 6 μήνες (34% αφορούσε διάστημα μικρότερο των 3 μηνών, 42% ως 6 μήνες 24% περισσότερο από 6 μήνες). Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης μετά τη θεραπεία ήταν 12 μήνες. Αγωγή < 3 μηνών και HbA1c >7 συνδεόνταν ανεξάρτητα με την έκβαση ΧΟΑΠ [OR: CI95%, 0.34: 0.13-0.89, (p=0.028)], [OR: CI95%, 0.03: 0.006-0.146, (p<0.0001)] αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αγωγή μικρότερη των 3 μηνών και αρρυθμιστος ΣΔ σχετίζονται με απουσία ύφεσης σε ασθενείς με ΧΟΑΠ.

250. ΚΡΥΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΝΣ ΣΕ ΦΟΡΕΑ ΤΟΥ ΙΟΥ HTLV I/II: ΕΝΑΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΓΙΑ ΕΥΚΑΙΡΙ-ΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

D. Watson, M. Σαργιάνου, Γ. Πάνος, Χ. Σκλάβου, Κ. Φίλος

Γενικό Νοσοκομείο Πανεπιστημίου Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Επισήμανση του ρόλου της υποκείμενης λοίμωξης από HTLV σε ένα περιστατικό με λοίμωξη ΚΝΣ, αρχικά αγνώστου αιτιολογίας.

ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 24 χρόνων προσήλθε αιτώμενη αιφνίδια απώλεια ακοής και περιφερικές παραισθησίες. Δύο ημέρες νωρίτερα έλαβε εξιτήριο μετά τη δεκαπενθήμερη νοσηλεία της για grand mal σπασμούς, που αποδόθηκαν σε λοίμωξη ΚΝΣ αγνώστου αιτιολογίας.

Το ατομικό αναμνηστικό της ήταν ελεύθερο, ενώ το ταξιδιωτικό της ιστορικό περιελάμβανε ταξίδια στον Αμαζόνιο και την Ανταρκτική. Η κλινική της εικόνα χειρότερη τις ημέρες μετά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο μας: έκδηλη μύκη αδυναμία, δυσαρθρία, και εμφάνιση status epilepticus οδήγησαν την ασθενή στη ΜΕΘ. Η MRI εγκεφάλου έδειξε πολλαπλές εστίες αυξημένου σήματος στον φλοιό και στις υπό-φλοιώδεις περιοχές, σε T2 ακολουθία.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Διαγνωστικές εξετάσεις αίματος και ENY για επιλεγμένους ιούς, παράσιτα, βακτήρια, νόσους του συνδετικού ιστού, και άλλα νοσήματα που θα μπορούσαν να εξηγήσουν τα ευρήματα της ασθενούς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η ασθενής βρέθηκε θετική για: (α) HTLV I/II RNA και αντισώματα στον ορό, και (β) παρουσία *Cryptococcus gattii* στο ENY (τεστ Σινικής μελάνης (India ink) και συγκολλητινο-αντίδρασης με latex).

Περίπου 20 εκατομμύρια άνθρωποι είναι μολυσμένοι με τον ανθρώπινο ιό της λευχαιμίας από T-κύτταρα (Human T-cell leukemia virus, HTLV), τον πρώτο ρετροϊό που ανακαλύφθηκε ποτέ. Στις περισσότερες χώρες, ο επιπολασμός της μόλυνσης από HTLV στον γενικό πληθυσμό είναι <1%. Από την άλλη, υπάρχουν περιοχές όπου ενδημεί ο ιός, όπως αυτή της Καριβικής και των της λεκάνης απορροής του Αμαζονίου ποταμού, όπου ο επιπολασμός ξεπερνάει το 5%. Η σεξουαλική επαφή και η χρήση κοινών συριγγίων μεταξύ των χρηστών ουσιών είναι οι συχνότεροι τρόποι μετάδοσης, ενώ σε ενδημικές χώρες ο μητρικός θηλασμός είναι σημαντικός τρόπος μετάδοσης του ιού.

Μόλις 10% των μολυσμένων ατόμων θα παρουσιάσουν κάποια από τα νοσήματα που σχετίζονται με τον HTLV (όπως λευχαιμία από T-λεμφοκύτταρα και στασιακή παραπάρεση), ενώ οι υπόλοιποι θα παραμείνουν ασυμπτωματικοί για όλη τους τη ζωή. Ακόμα και στους τελευταίους, όμως, φαίνεται πως ο ιός τροποποιεί την επάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος: επιδημιολογικές μελέτες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά συνύπαρξης ευκαιριακών λοιμώξεων (όπως κρυπτοκοκκική λοίμωξη ΚΝΣ στη δικιά μας περίπτωση) σε HTLV θετικά άτομα. Σε μια δεκαετή μελέτη στη Γαλλική Γουιάνα, φάνηκε ότι 12.1% των ατόμων με λοίμωξη από κρυπτοκόκκο ήταν μολυσμένοι από HTLV. Ο μηχανισμός της ανοσοκαταστολής αποτελεί σύγχρονο πεδίο έρευνας: τα πρώτα αποτελέσματα δείχνουν ότι σχετίζεται με τη μόλυνση υποπλευσμών CD4+ T-λεμφοκυττάρων που εκφράζουν την πρωτεΐνη FoxP3. Συγκεκριμένα έχει βρεθεί αύξηση του αριθμού των FoxP3^{low} non-Tregs σε ασυμπτωματικούς φορείς HTLV.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ, όταν υπάρχει ιστορικό υψηλού κινδύνου για λοίμωξη από HTLV, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο μόλυνσης, και ταυτόχρονα να μην εξαιρούνται οι ευκαιριακές λοιμώξεις από τη διαφοροδιάγνωση δύσκολων περιστατικών με υποκείμενη λοίμωξη από HTLV.

252. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

253. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΑ ΑΚΡΑ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

A. Παπαδόπουλος, A. Ζιώγκου, A. Δράκος, B. Κοντογεωργάκος, K. Μαλίζος

Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική Λάρισας

ΣΚΟΠΟΣ: Η συστηματική καταγραφή και προοπτική μελέτη των λοιμώξεων των μαλακών μορίων στα άνω και κάτω άκρα καθώς και η διαμόρφωση και εφαρμογή διαγνωστικών και θεραπευτικών αλγορίθμων στην αντιμετώπιση τους με ιδιαίτερη έμφαση στις επιπλεγμένες πτυογόνους και στις νεκρωτικές λοιμώξεις.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά το έτος 2012 αντιμετωπίστηκαν στα επείγοντα, στα εξωτερικά ιατρεία και στην Ορθοπαιδική κλινική του ΠΓΝΛ 267 λοιμώξεις μαλακών μορίων, αυξημένες κατά 43% σε σχέση με το 2011 ($p < 0.05$). Από αυτούς τους ασθενείς το 15,3% χρειάστηκε να νοσηλευτεί (και το ¼ αυτών να υποβληθούν σε τουλάχιστον μια χειρουργική επέμβαση), ενώ στο 35,2% αυτών πραγματοποιήθηκε διάνοιξη αποστηθιακής κοιλότητας ή/και ενδοφλέβια αντιβιοτικά για 12 - 23 ώρες. Στους υπόλοιπους δόθηκαν αντιβιοτικά από του στόματος. 3 κύρια αντιμικροβιακά σχήματα εφαρμόστηκαν και εξετάστηκαν για την αποτελεσματικότητά τους βάση των οδηγιών του Αμερικανικού Κέντρου Ελέγχου Παθήσεων (CDC-2007).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην πλειοψηφία τους (98,9%) οι λοιμώξεις των μαλακών μορίων στα άκρα παρουσίασαν πλήρη ίαση χωρίς επιπλοκές. 3 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ακρωτηριασμό μέλους ή σκέλους, εκ των οποίων ο ένας κατέληξε σε δεύτερο χρόνο παρά την πλήρη ίαση από τη λοίμωξη. Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 2 νεκρωτικές περιτονίτιδες και 2 επιπλεγμένες πτυογόνες λοιμώξεις μαλακών μορίων. Διαπιστώθηκε η παρουσία ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών σε αρκετούς ασθενείς (ειδικά MRSA). Η επιδημιολογία των λοιμώξεων των μαλακών μορίων στα άκρα κατέδειξε τη συσχέτιση τους με δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή ενός αυστηρού διαγνωστικού και θεραπευτικού αλγορίθμου στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων των μαλακών μορίων στα άκρα είναι απολύτως απαραίτητη και εφικτή, καθώς αποδεικνύεται αποτελεσματική και με απώτερα οφέλη-αποτελέσματα. Η έγκαιρη διάγνωση, επίληψη βαρύτητας και πρόγνωσης των νεκρωτικών και πτυογόνων λοιμώξεων είναι το δυσκολότερο βήμα στην ορθή και αποτελεσματική αντιμετώπιση τους.

254. ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗ ΩΣ ΙΚΤΕΡΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ

Ο. Σπυροπούλου, A. Παπαμαχαίρα, A. Στρίκου, Π. Οικονόμου, N. Καραγκούνη, Π. Μπάφας, I. Κυριαζής, Π. Ποταμούση, A. Κορδαλής

A' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπιείο Βουλιαγ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος κλινικού περιστατικού ασθενούς που εισήχθη στην Κλινική μας με κλινική εικόνα αποφρακτικού ικτέρου και ουρολοίμωξης, που τελικώς έπαυσε από Πολυκυστική Νόσο των Νεφρών και η ικτερική συνδρομή οφειλόταν σε μηχανική πίεση του φύματος του Vater εκ της νεφρικής κύστεως.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για ασθενή άντρα 54 ετών, ο οποίος προσήλθε στα επείγοντα με υψηλό πυρετό έως 39 °C, με συνοδό ρίγος και δυσουρικά ενοχλήματα από 10ημέρου, και ελάμβανε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή. Από το Ιστορικό του ήταν γνωστά: αρτηριακή υπέρταση, νεφρολιθίαση και υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις από 20ετίας. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκώτων και από τον εργαστηριακό έλεγχο επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία και E. coli στην ουροκαλλιέργεια. Στα πλαίσια διερεύνησης του αποφρακτικού ικτέρου, ο ασθενής υποβλήθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο με CT και MRI άνω κοιλίας, όπου διαπιστώθηκαν ευρήματα συμβατά με Πολυκυστική Νόσο των Νεφρών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εικόνα αποφρακτικού ικτέρου αποδόθηκε σε νεφρική κύστη με πλειοτικά φαινόμενα στο φύμα του Vater. Μετά τη λήψη αντιβιοτικής αγωγής βάση αντιβιογράμματος ο ασθενής σταδιακά απυρέτησε και είχαμε σταδιακή βελτίωση της ηπατικής του βιοχημείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έγκαιρη διάγνωση της Πολυκυστικής Νόσου των Νεφρών είναι σημαντική. Κληρονομείται είτε ως αυτοσωματική επικρατούσα (η οποία είναι και η πιο συχνή) ή ως υπολειπόμενη διαταραχή. Μόνο το 50% περίπου των περιπτώσεων θα διαγνωστεί, καθώς η νόσος είναι συχνά κλινικά ασυμπτωματική. Το 30%-50% των ασθενών με Πολυκυστική νόσο θα έχουν ένα ή περισσότερα επεισόδια λοιμώξεων ουροποιητικού κατά τη διάρκεια της ζωής τους, με υπεροχή στις γυναίκες. Η συχνότητα ουρολοιμώξεων είναι περίπου 0,01 επεισόδια ανά ασθενή (ανά έτος), οφείλονται κατά 75% σε Gram αρνητικούς εντερόκοκκους, (E. coli) και συνοδεύονται από οσφυϊκό άλγος και εμπύρετο. Η διαφορική διάγνωση είναι συχνά δύσκολη καθώς μπορεί να οφείλονται είτε σε λοίμωξη του νεφρικού παρεγχύματος, είτε σε λοίμωξη της κύστεως. Στοιχεία και ευρήματα που αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα ύπαρξης ΠΝΝ και πρέπει να οδηγούν σε περαιτέρω διερεύνηση για τη διαπίστωση της νόσου είναι η ύπαρξη στο ιστορικό: επανειλημμένων λοιμώξεων του ουροποιητικού, Νεφρολιθίασης, Πυελονεφρίτιδας, Νεφρικής Ανεπάρκειας, ΑΥ (>50%), Μικροσκοπικής ή Μακροσκοπικής Αιματοουρίας, μεγάλων ακόμα και ψηλαφητών Νεφροί κατά την κλινική εξέταση, με ταυτόχρονη διαπίστωση συνύπαρξης Κύστεων (50%) ήπατος, παγκρέατος, σπληνός ακόμα και θυρεοειδούς και Ανευρυσμάτων (10-15%) εγκεφαλικών, αορτικών.

255. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΚΑΛΥΨΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗΣ (ΗΜΙΔΙΗΘΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΜΑ) ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

E. Μάνος¹, Δ. Κολοβός¹, B. Μπλάνη¹, B. Μπατσούλη¹, Δ. Γκίκα¹, K. Καραγκιοζόπουλος¹, Π. Πολύζου², Δ. Αστρέχα³, E. Παθιάκη⁴, K. Καρκάνης¹

¹Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝ Λαμίας, ²Τμήμα Γαστροσκοπήσεων, ΓΝ Λαμίας, ³Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, ΓΝ Λαμίας, ⁴Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝ Λαμίας

ΣΚΟΠΟΣ: Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική αύξηση της προσβολής του ανθρώπου από *Aspergillus* spp. ως αποτέλεσμα κυρίως των ανοσοκατασταλτικών θεραπειών. Η μέθοδος που νόσος γίνεται αερογενής, με εντυπωσιακή ποικιλομορφία κλινικών συνδρόμων, άλλοτε με ανοσολογική ευαισθητοποίηση του ξενιστή (άσθμα ή πνευμονίτιδα εξ υπερευαισθησίας) και άλλοτε με τροπισμό στο βρογχικό δένδρο, (αλλεργική βρογχοπνευμονική ή διηθητική ασπεργίλλωση).

ΥΛΙΚΟ: Άνδρας, 82 ετών, μη καπνιστής, ινσουλινοθεραπευόμενος, με λήψη dexamethazone ως αποδηματική αγωγή [εγκεφαλικές μεταστάσεις λόγω κακοήθειας (ΔΕ) νεφρού με νεφρεκτομή προ πενταετίας], εισάγεται απίωμενος πυρετό, προοδευτικές επιπνευμονική δύσπνοια, παραγωγικό βήχα και απώλεια βάρους. Παρουσιάζει οδοντοφαγία, δυσκαταποσία και οπισθοστερνικό άλγος στη λήψη τροφής και υγρών, με λευκοπενία και υψηλούς δείκτες φλεγμονής (CRP >250).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η Α/α και η CT θώρακα αναδεικνύουν ευμεγέθη κοιλοτική εξέργασια (ΑΡ) παραπλευσίου καθώς και μικρότερες κοιλοτικές αλλοιώσεις άνω λοβών, ευρήματα συμβατά με κλινικά νεκρωτική διηθητική ασπεργίλλωση. Υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση, ενώ δε συνεγράφηκε για την πραγματοποίηση βρογχοσκόπησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι καλλιέργειες πτυέλων αναδεικνύουν μαλακής σύστασης και υψής υλικό (μορφή εκμαγείου βρόγχου μακροσκοπικά) με απομόνωση *Aspergillus fumigatus* και τη χαρακτηριστική εικόνα του fungus ball του ασπεργίλλωματος. Οι ληφθείσες αιμοκαλλιέργειες δεν απομόνωσαν άλλο παθογόνο αίτιο, ενώ ο ορολογικός έλεγχος για *Aspergillus* ήταν αρνητικός. Το βιοψικό υλικό της γαστροσκόπησης ανέδειξε συνλοίμωξη με Herpes Simplex Virus (ερπητική οισοφαγίτιδα). Στον ασθενή χορηγήθηκε συνδυασμός βορινοκαζόλης και acyclovir (iv), με σταδιακή βελτίωση της κλινικής εικόνας. Οι εκδηλώσεις από λοίμωξη με *Aspergillus* spp. εμφανίζουν αξιοσημείωτη ποικιλομορφία (η συνύπαρξη της ερπητικής λοίμωξης έκανε πιο σύνθετη την κλινική και εικόνα). Ο παθογενετικός μηχανισμός του συνδρόμου αλληλοεπικάλυψης της πνευμονικής ασπεργίλλωσης οφείλεται σε υποκείμενο πνευμονικό νόσημα, τη χρήση κορτικοστεροειδών και σε γενετική προδιάθεση. Υπάρχουν, παρά τα νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα, πολλές άγνωστες πτυχές στη συμπεριφορά του μύκητα και στην παθογένεια των εκδηλώσεων. Η αντιμετώπιση είναι δυσχερής και εμπειρική, με υψηλό κόστος θεραπευτικές αγωγές και αυξημένη θνητότητα.



256. ΒΑΡΕΙΑ ΑΣΗΠΤΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΜΕ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΥΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΩΣ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ

Θ. Στρομπινή, Δ. Κανελλόπουλος, K. Γκαγκανάκη, A. Βισβάρδη, X. Μπουτζιούκα, A. Μούζακ, I. Μαρκάκης, E. Αλεξίου

Νευρολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Πολυκλινική»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι συνήθεις νευρολογικές εκδηλώσεις των ασθενών με πολλαπλούν μυέλωμα είναι αποτέλεσμα της πειστικής επίδρασης των εξωμυελικών πλασματοκυττάρων (μυελοπάθεια, ριζοπάθεια), της υπερασβεσταιμίας (εγκεφαλοπάθεια / οργανικό ψυχοσύνδρομο / κρίσεις "E"), της τοξικότητας των φαρμάκων και της ενάποσης αμυλοειδούς στους περιφερικούς ιστούς (πολυνευροπάθειες) καθώς και της αυξημένης γλοιότητας του αίματος (αγγειακά εγκεφαλικά συμβλήματα).

Η απ' ευθείας διήθηση του ΚΝΣ από πλασματοκύτταρα είναι σπανιότατη και προκαλεί ανάπτυξη ενδοκρανίου πλασματοκυττάρων και άσηπτη εγκεφαλίτιδα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής γυναίκα, ηλικίας 52 ετών με γνωστό πολλαπλούν μυέλωμα διαγνωσθέν προ διατίας διεκομίσθη στην κλινική μας σε βαρεία κλινική κατάσταση με υπερπυρεξία (39-40° C) και διαταραχή του επιπέδου συνείδησης. Κατά τη νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκαν: σύγχυση, έντονη δυσαρθρία με παλιλαλία, χορειοσθετωσικές κινήσεις (ΑΡ) άκρων καθώς και επανειλημμένα επεισόδια καθήλωσης του βλέμματος επιληπτικού χαρακτήρα.

Οι CT και MRI εγκεφάλου ήταν φυσιολογικές. Διενεργήθη επείγουσα μαγνητική φλεβογραφία εγκεφάλου η οποία απέκλεισε τη θρόμβωση φλεβωδών κόλπων και οσφρονωπιαία παρακέντηση στην οποία ανευρέθησαν: 550 κύτταρα /κ.χ. καθ' υπεροχήν πλασματοκύτταρα (80%), λεύκωμα 161 mg/dl, σάκχαρο 128 mg/dl (ορού 190 mg/dl). Η ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοστεροειδών οδήγησε σε ταχεία υποστρόφη της υπερπυρεξίας. Μετά την έναρξη ενδορραχιαίων εγχύσεων κυτταροστατικής αγωγής η ασθενής εμφάνισε εντυπωσιακή βελτίωση και ένα μήνα μετά πλήρη ύφεση της συμπτωματολογίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η άσηπτη εγκεφαλίτιδα αποτελεί σπάνια επιπλοκή του πολλαπλούν μυελώματος (1%). Αν και θεραπευτικά είναι απολύτως αναστρέψιμη για διάστημα αρκετών μηνών, δυστυχώς αποτελεί ένδειξη τελικού σταδίου της νόσου.

257. ΑΥΤΟΜΑΤΑ ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΑ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗΣ WEGENER

Κ. Γκαγκανάκη, Α. Βισβάρδη, Δ. Κανελλόπουλος, Θ. Στρουμπίνη, Χ. Μπουρτζιούκα, Α. Μούζακ, Ι. Μαρκάκης, Ε. Αλεξίου
Νευρολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Πολυκλινική»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Αν και η κοκκιωμάτωση Wegener αποτελεί σπάνια συστηματική αγγειίτιδα, οι νευρολογικές διαταραχές είναι συχνότερες (30-40%). Καταστάσεις όπως τα ΑΕΕ, οι κρίσεις "Ε", οι κρανιακές νευρίτιδες, η θρόμβωση φλεβιδίων κόλπων, η μυελοπάθεια, η παχυμηνιγγίτιδα και η πολυνευροπάθεια είναι συνήθεις.

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας μας είναι η παρουσίαση περιστατικού με αυτόματα υποσκληριδία αιματώματα ως πρώτη εκδήλωση κοκκιωμάτωσης Wegener.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Ασθενής ηλικίας 72 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων λόγω έντονης κεφαλαλγίας συνοδευόμενης από διπλωπία. Η νευρολογική εξέταση ανέδειξε πάρεση τροχλιακού νεύρου (ΔΕ). Από 20ημέρου εμφάνιζε δεκαδική πυρετική κίνηση. Η CT εγκεφάλου και η οσφυονωτιαία παρακέντηση ήσαν αρνητικές για παθολογικά ευρήματα. Στην MRI εγκεφάλου διαπιστώθηκαν μικρά υποσκληριδία αιματώματα, η δε CT θώρακος ανέδειξε μικροζυδιακή νόσο των πνευμόνων με συνοδό πάχυνση του υπεζωκότος. Η βρογχοσκόπηση και η βιοψία υπεζωκότος επιβεβαίωσαν τη διάγνωση της κοκκιωμάτωσης Wegener.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η πιθανότητα προσβολής του ΚΝΣ στην κοκκιωμάτωση Wegener αυξάνεται προϊούσας της ηλικίας. Είναι σπάνιες οι αναφορές υποσκληριδίων αιματωμάτων στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αποτέλεσμα συνεχών μικροαιμορραγιών στον υποσκληριδίο χώρο στα πλαίσια της αγγειίτιδας. Η πιθανότητα κοκκιωμάτωσης Wegener πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν στα αυτόματα υποσκληριδία αιματώματα ακόμη και σε διαπίστωση αρνητικών ANCA αντισωμάτων.

259. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

Π. Ζωγόπουλος, Γ. Σταματόπουλος, Π. Κόκκαλης, Ι. Υδραΐος, Β. Ξενάκη, Χ. Γκολέμης, Μ. Φρατζόγλου, Θ. Παλαιολόγος, Θ. Κυριακού

Νευροχειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Μεγάλος αριθμός ασθενών με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (ΚΕΚ) προσέρχεται στα ιατρεία επειγόντων περιστατικών κάθε χρόνο. Η εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης στα πλαίσια της αντικειμενικής νευρολογικής εξέτασης αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της προσέγγισης αυτών των ασθενών. Ωστόσο, υπάρχουν ειδικές ομάδες ασθενών, όπως αυτοί που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή αλλά και οι ηλικιωμένοι, που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής ακόμα και όταν είναι ασυμπτωματικοί. Παρουσιάζουμε την επίπτωση εγκεφαλικών βλαβών σε αυτούς τους ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε αναδρομική μελέτη όλων των περιστατικών ΚΕΚ, ανεξαρτήτως μηχανισμού κάκωσης, που προσήλθαν στα επείγοντα του νοσοκομείου μας τα τελευταία 2 έτη, τα οποία είχαν άριστη νευρολογική εικόνα (GCS: 15/15 και απουσία εστιακής νευρολογικής σημειολογίας), αλλά υπεβλήθησαν σε CT εγκεφάλου διότι ανήκαν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου (λήψη αντιπηκτικής αγωγής, ηλικιωμένοι άνω των 70 ετών).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, 534 ασθενείς άνω των 70 ετών, που πληρούσαν τα ανωτέρω κριτήρια περιελήφθησαν στη μελέτη και καταμετρήθηκαν σε 2 ομάδες, ανάλογα με το αν λαμβάνανε αντιπηκτικά ή όχι. Στους άντρες δεν ανεδείχθη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων όσον αφορά την ανάδειξη βλαβών στην CT εγκεφάλου. Αντίθετα, στις γυναίκες υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά (P<5%) μεταξύ εκείνων που λαμβάνανε αντιπηκτικά και εκείνων που δεν λαμβάνανε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαφορά της επίπτωσης εγκεφαλικών βλαβών όπως αυτές αναδεικνύονται με την CT εγκεφάλου, μετά από ΚΕΚ σε ασυμπτωματικούς άντρες και γυναίκες είναι μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση, άγνωστης ωστόσο αιτιολογίας. Πιθανά αίτια μπορεί να είναι η μη καλή συμμόρφωση των αντρών στη λήψη της αντιπηκτικής αγωγής ή γενετικοί παράγοντες, καθώς πολλές από τις πρωτεΐνες που εμπλέκονται στη διαδικασία της αιμόστασης κωδικοποιούνται από γονίδια ρυθμιζόμενα από ορμόνες του φύλου.

258. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

260. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΙ Η ΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΝΑ ΤΟΥΣ ΑΙΩΝΕΣ

Α. Γκουλιόβα¹, Γ. Γεωργιάδης¹, Α. Καράβατος²

¹Ίπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης, ²Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης αποτελεί η καταγραφή της προσπάθειας για επιστημονική αναγνώριση τους περασμένους αιώνες της πολλαπλής σκλήρυνσης, μιας νόσου που χαρακτηρίζεται από επεισοδιακή και προϊούσα έκπτωση της μυϊκής ισχύος, οριζόμενη ως «παραπληγία» και η ανάδειξη των επιστημόνων των οποίων οι παρατηρήσεις και τα συγγράμματα οδήγησαν στην πλήρη περιγραφή, απεικόνιση και θεραπευτική αντιμετώπιση της.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η έρευνά μας στηρίχθηκε σε βιβλιογραφικές αναφορές του 19ου και 20ου αιώνα, που περιγράφουν τα πρώτα κρούσματα πολλαπλής σκλήρυνσης και τις πρώτες επιστημονικές καταγραφές, τη σύγκρισή τους με σύγχρονα συγγράμματα και την τοποθέτησή τους σε χρονολογική σειρά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το πρώτο κρούσμα πολλαπλής σκλήρυνσης περιγράφεται τον 14ο αιώνα στην Ολλανδία, της μοναχής Αγίας Lidwina του Schiedam. Μέσα από μια σειρά ημερολογίων και απομνημονευμάτων ασθενών όπως του πρίγκηπος D'Este, εγγονού του Βασιλέα Γεωργίου του 3ου της Αγγλίας, καθώς και διαφόρων κλινικών και νεκροτομικών ερευνών, ο Carswell, ο Cruveilh και ο Charcot στα μέσα του 19ου αιώνα έθεσαν το επιστημονικό πλαίσιο της νόσου. Στις δεκαετίες που ακολούθησαν καταγράφονται αξιόλογες θεραπευτικές τακτικές που περιελάμβαναν τη χρήση βδελλών, ηλεκτροσόκ έως και τη χρησιμοποίηση αντιβιοτικών με την ανακάλυψη της πενικιλίνης. Τα σύγχρονα ανοσοτροποποιητικά και οι προοπτικές που διαφαίνονται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αποτελούν τις τελευταίες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Σημαντικότερη όμως θεωρείται η οπτικοποίηση της δραστηριότητας της νόσου με τη μαγνητική τομογραφία στα τέλη του 20ου αιώνα συμβάλλοντας στην περιγραφή της διασποράς της σε τόπο στο κεντρικό νευρικό σύστημα και σε χρόνο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από το πρώτο καταγεγραμμένο κρούσμα της πολλαπλής σκλήρυνσης έως και σήμερα, η επιστημονική κοινότητα έχει πραγματοποιήσει αξιοσημείωτη πρόοδο στην κατανόηση της ασθένειας, τη διασπορά και εξέλιξη της που με τη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας και των σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων στοχεύει στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

261. ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Α. Γκουλιόβα, Γ. Γεωργιάδης, Θ. Καραπαναγιωτίδης, Γ. Καρακατσούλης, Μ. Μανάνη, Α. Μαργαρίτης

Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας αποτελεί η καταγραφή των σπάνιων επιδράσεων της ρευματοειδούς αρθρίτιδας στο κεντρικό νευρικό σύστημα, η διαφοροποίηση της από τα υπόλοιπα νοσήματα του συνδετικού ιστού και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τις διεθνείς αναφορές.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναφέρεται η περίπτωση ενός ασθενούς με διαγνωσμένη ρευματοειδή αρθρίτιδα που εισήχθη στη νευρολογική κλινική του νοσοκομείου μας, με συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα που αποδόθηκαν στην υποκείμενη νόσο. Ο παρακλινικός έλεγχος περιελάμβανε τη χρήση ειδικών ψυχομετρικών εργαλείων, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, καταγραφή ταχυτήτων αγωγής, οσφουρωπαία παρακέντηση, ειδικές ορολογικές δοκιμασίες στον ορό του αίματος και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ανοσοαποτύπωση ολιγοκλωνικών αντισωμάτων, μαγνητική τομογραφία και μαγνητική αγγειογραφία. Συγκρίνονται τα ευρήματά μας με παρόμοια περιστατικά της διεθνούς βιβλιογραφίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα νοσήματα του συνδετικού ιστού όπως ο συστηματικός ερυθριματώδης λύκος, η αγγειίτιδα Wegener και η σαρκοειδωση παρουσιάζουν συχνές επιπλοκές από το κεντρικό νευρικό σύστημα, σε αντίθεση με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, που οι σπάνιες επιπλοκές της συνοψίζονται σε έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, δυσλειτουργία κρανιακών νεύρων, επιληπτικές κρίσεις και έκπτωση μυϊκής ισχύος. Αυτό συντελείται λόγω της ύπαρξης ρευματοειδών οζιδίων, παχυμηνιγγίτιδας και νεκρωτικής αγγειίτιδας όπως γίνεται εμφανές με βιοψίες του εγκεφαλικού παρεγχύματος. Η περιαγγειακή λεμφοκυτταρική διήθηση διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό προκαλώντας αγγειογενές οίδημα και αγγειίτιδα και σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές η συνύπαρξη έκπτωσης νοητικών λειτουργιών και κατάθλιψης θεωρείται δεδομένη. Η αντιμετώπιση είναι άμεση και επιθετική με κορτικοστεροειδή, κυκλοφωσφαμίδη και ανοσοτροποποιητικούς παράγοντες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα διεθνή δεδομένα στις επιπλοκές της ρευματοειδούς αρθρίτιδας στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι ελάχιστα λόγω της σπανιότητας των περιστατικών που καταγράφονται. Η σοβαρή όμως έκπτωση των νοητικών λειτουργιών και οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που παρατηρούνται, επιβάλλουν την επαγρύπνηση των κλινικών ιατρών στην άμεση αντιμετώπιση τους με ανοσοκατασταλτικά, ανοσοτροποποιητικά και κορτικοστεροειδή.

262. ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΑ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΑ ΑΜΦΩ

Δ. Ράδος, Λ. Βοϊδονικόλας

Κλινική Νέων Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η διαφοροποίηση της σημειολογίας όσον αφορά τη διάγνωση των αμφοτερόπλευρων χρόνιων υποσκληριδίων αιματωμάτων

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζονται 6 περιστατικά της προηγούμενης τριετίας που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με διάγνωση χρόνια υποσκληρία αιματώματα άμφω. Πρόκειται για 4 άνδρες και 2 γυναίκες ηλικίας από 71 έως και 86 ετών. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν στο ιστορικό τους κάκωση στο προηγούμενο χρονικό διάστημα από 20 ημέρες έως και 40 ημέρες. Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν αντιπηκτική αγωγή είτε κουμαρινικά είτε αντιαιμοπεταλιακά. Υποβλήθηκαν σε αφοτερόπλευρες κρανιοαναφίξεις με δύο ή μία σε κάθε πλευρά. Ο χρόνος νοσηλείας ήταν από 3-7 ημέρες.

Η κλινική εικόνα που εμφάνιζαν προεγχειρητικά οι ασθενείς ήταν η βυθιότης και όχι η πλαγίωση της νευρολογικής σημειολογίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς εξελίχθηκαν καλά με πλήρη αποκατάσταση έως και το επίπεδο προ του τραυματισμού τους. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε έλεγχο με αξονική τομογραφία τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα και ένα ή δύο μήνες μετά την επέμβαση

263. ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (II): ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΝΩΝ ΔΟΤΩΝ ΜΕ ΤΑ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΑ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΔΥΝΑΜΗΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΑΡΩΣΗΣ

Δ. Σταμόπουλος¹, Ν. Μπακιρτζή², Ν. Αφεντάκης², Ε. Γράφα³

¹Ινστιτούτο Προηγμένων Υλικών, Φυσικοχημικών Διεργασιών, Ναυτοτεχνολογίας και Μικροσυστημάτων, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», Αγία Παρασκευή-Αθήνα, ²Νεφρολογική Κλινική ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα, ³Νεφρολογικό Τμήμα ΠΓΝΑ «Αρεταίειο», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Δύο παράγοντες που δημιουργούν/επιτείνουν την αναιμία στους ασθενείς υπό Αιμοκάθαρση (ΑΚ) είναι η μειωμένη έκκριση ερυθροποιητίνης και η ατελής διαχείριση σιδήρου. Ένας τρίτος παράγοντας είναι η μειωμένη επιβίωση (30-60%) των ερυθροκυττάρων (ΕΚ), που φυσιολογικά είναι 120 μέρες. Ένας βασικός ενδογενής μηχανισμός που έχει κατηγορηθεί για τη μειωμένη επιβίωση των ΕΚ είναι το ουραιμικό περιβάλλον. Για τη διερεύνηση αυτού του θέματος μελετήσαμε ΕΚ ΑΚ ασθενών και υγιών δοτών (ΥΔ) με ισχυρά απεικονιστικά Μικροσκόπια.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα Μικροσκόπια Ατομικής Δύναμης (ΜΑΔ) και Ηλεκτρονικής Σάρωσης (ΜΗΣ), διακριτικής ικανότητας νανόμετρου (1 nm=10⁻⁹m), χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη ΕΚ 14 ΑΚ ασθενών (N=863) και 14 υγιών δοτών (ΥΔ) (N=910).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ΜΑΔ και ΜΗΣ κατέδειξαν ότι η μεμβράνη των ΕΚ εμφανίζει μορφολογικές ανωμαλίες, υπό μορφή κυκλικών στομιών/εξελκώσεων, τυπικών διαστάσεων 100-2000 nm τόσο στους ΑΚ ασθενείς, βέλη στην Εικόνα-αριστερά, (πληθυσμός=5.0 ανά ΕΚ) όσο και στους ΥΔ, βέλη στην Εικόνα-κέντρο, (πληθυσμός=3.4 ανά ΕΚ), παρουσιάζοντας στατιστικά σημαντική αύξηση +47% (p=0.00041) στους ΑΚ ασθενείς, Εικόνα-δεξιά. Ο πληθυσμός των στομιών/εξελκώσεων παρουσιάζει συσχέτιση με τους κύριους ουραιμικούς δείκτες Ur, Cr, Ca και P.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μεμβράνη των ΕΚ παρουσιάζει μορφολογικές ανωμαλίες τόσο στους ΑΚ ασθενείς όσο και στους ΥΔ, ένδειξη ότι αυτές σχετίζονται με τη γήρανση των ΕΚ. Ο σημαντικά αυξημένος πληθυσμός τους στους ΑΚ ασθενείς υποδηλώνει ότι η γήρανση των ΕΚ επιταχύνεται από αίτια σχετικά με την υποκείμενη νόσο, ενώ η συσχέτισή τους με τους βασικούς ουραιμικούς δείκτες υποδηλώνει ότι οι τοξίνες τροποποιούν βιοχημικά την ΕΚ μεμβράνη υποκινώντας/προάγοντας τη μειωμένη επιβίωσή τους, συμβάλλοντας έτσι στην αναιμία.

264. ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (I): ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΑ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΔΥΝΑΜΗΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΑΡΩΣΗΣ

Δ. Σταμόπουλος¹, Ν. Μπακιρτζή², Ε. Μάνιος¹, Ν. Αφεντάκης², Ε. Γράφα³

¹Ινστιτούτο Προηγμένων Υλικών, Φυσικοχημικών Διεργασιών, Ναυτοτεχνολογίας και Μικροσυστημάτων, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», Αγία Παρασκευή-Αθήνα, ²Νεφρολογική Κλινική ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα, ³Νεφρολογικό Τμήμα ΠΓΝΑ «Αρεταίειο», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Δύο παράγοντες που δημιουργούν/επιτείνουν την αναιμία στους ασθενείς υπό Αιμοκάθαρση (ΑΚ) είναι η μειωμένη έκκριση ερυθροποιητίνης και η ατελής διαχείριση σιδήρου. Ένας τρίτος παράγοντας είναι η μειωμένη επιβίωση (30-60%) των ερυθροκυττάρων (ΕΚ), η οποία φυσιολογικά είναι 120 μέρες. Ένας βασικός εξωγενής μηχανισμός που έχει κατηγορηθεί για τη μειωμένη επιβίωση των ΕΚ είναι η εξωσωματική κυκλοφορία κατά τη συνεδρία ΑΚ λόγω της μηχανικής καταπόνησης και της βιοχημικής ενεργοποίησης που ίσως επάγει. Για τη διερεύνηση αυτού του θέματος μελετήσαμε ΕΚ ασθενών πριν και μετά τη συνεδρία ΑΚ με ισχυρά απεικονιστικά μικροσκόπια.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Με χρήση των Μικροσκοπίων Ατομικής Δύναμης και Ηλεκτρονικής Σάρωσης, διακριτικής ικανότητας νανόμετρου (1 nm=10⁻⁹m), μελετήσαμε ΕΚ 11 ασθενών πριν (N=306) και μετά (N=305) τη συνεδρία ΑΚ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πριν τη συνεδρία ΑΚ, η μεμβράνη των ΕΚ εμφανίζει μορφολογικές ανωμαλίες, υπό μορφή κυκλικών εξελκώσεων σε σχετικά μεγάλη συχνότητα (τυπικές διαστάσεις 100-2000 nm και πληθυσμός 5.24 ανά ΕΚ) και γραμμικών εξελκώσεων σε σχετικά μικρή συχνότητα (τυπικές διαστάσεις 500-3000 nm και πληθυσμός 0.25 ανά ΕΚ), Εικόνας-αριστερά. Ο πληθυσμός των ανωμαλιών της μεμβράνης των ΕΚ παρουσιάζει στατιστικά ασήμαντη (p>0.05) μείωση -9.2% και αύξηση +12.0% για τις κυκλικές και γραμμικές εξελκώσεις, αντίστοιχα κατά τη συνεδρία ΑΚ, Εικόνα-δεξιά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στους ΑΚ ασθενείς η μεμβράνη των ΕΚ παρουσιάζει μορφολογικές ανωμαλίες οι οποίες δεν υποκινούνται/προάγονται από/κατά τη συνεδρία ΑΚ. Η εξωσωματική κυκλοφορία του αίματος δεν καταπονεί μηχανικά ή ενεργοποιεί βιοχημικά τα ΕΚ, συνεπώς δεν συμβάλλει στη μειωμένη επιβίωσή τους και στη σχετιζόμενη αναιμία που παρατηρείται στους ΑΚ ασθενείς.

265. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΣΧΕΔΙΑΣΗ, ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΥ ΦΙΛΤΡΟΥ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΑ-ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Δ. Σταμόπουλος¹, Ε. Μάνιος¹, Ν. Παπαχρήστος¹, Β. Γκόγκολα¹, Γ. Παπαγεωργίου¹, Ε. Γράψα²

¹Ινστιτούτο Προηγμένων Υλικών, Φυσικοχημικών Διεργασιών, Νανοτεχνολογίας και Μικροσυστημάτων, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», Αγία Παρασκευή-Αθήνα, ²Νεφρολογικό Τμήμα ΠΓΝΑ «Αρεταίειο», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Στη Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου απαιτείται θεραπεία υποκατάστασης με κλασικότερη την αιμοκάθαρση (ΑΚ) που βασίζεται στα φαινόμενα διάχυσης/μεταφοράς. Η Μαγνητικά Υποβοηθούμενη Αιμοκάθαρση (ΜΥΑΚ), μια νέα εκδοχή της ΑΚ, βασίζεται σε φαινόμενα μαγνητισμού. Ειδικότερα, βασίζεται στην εφαρμογή συμπλόκων σιδηρομαγνητικών μικροσωματιδίων/νανοσωματιδίων (ΣΜ/ΣΝ) με βιομόρια μεγάλης χημικής δραστηριότητας με τις ουραιμικές τοξίνες. Ιδανικά, τα σύμπλοκα χορηγούνται στον ασθενή πριν τη συνεδρία ΜΥΑΚ, ώστε κυκλοφορώντας στο καρδιαγγειακό να συλλέγουν τις ουραιμικές τοξίνες. Τα ολικά σύμπλοκα απομακρύνονται από το εξωσωματικό κύκλωμα ροής μέσω ενός μαγνητικού φίλτρου (ΜΦ), εξαιρετικά γρήγορα, πιθανά καθιστώντας τη ΜΥΑΚ αποτελεσματικότερη της ΑΚ. Στην παρούσα ερευνητική εργασία μελετήσαμε το βασικό συστατικό της ΜΥΑΚ, το ΜΦ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα κριτήρια καταλληλότητας που θέσαμε για το ΜΦ ήταν (α) γεωμετρία χωροταξικά/εργονομικά λειτουργική/ενσωματώσιμη στο μηχάνημα τεχνητού νεφρού, (β) μεγάλη αποδοτικότητα απομάκρυνσης ΣΜ/ΣΝ και (γ) η ασφάλεια του ασθενούς προστατεύοντας τον από πιθανή επανείσοδο των ΣΜ/ΣΝ στο εξωσωματικό κύκλωμα ροής. Το ΜΦ μελετήθηκε θεωρητικά με προσομοίωση του μαγνητικού του πεδίου (Εικόνα-αριστερά), υλοποιήθηκε πειραματικά (Εικόνα-δεξιά) και αξιολογήθηκε εργαστηριακά σε πρότυπες συνθήκες προσομοίωσης εξωσωματικής ροής ΣΜ σιδήρου (Fe) και ΣΝ οξειδίων του σιδήρου, μαγνητίτη (Fe₃O₄) διασπαρμένων σε φυσιολογικό ορό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ΜΦ απομάκρυνε 100% τα ισχυρά ΣΜ Fe μόλις σε ένα πέρασμα, ενώ είχε ικανοποιητική απόδοση της τάξης του 70% στα ασθενέστερα ΣΝ Fe₃O₄ στο πρώτο πέρασμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το παρόν ΜΦ μπορεί να απομακρύνει με αποτελεσματικότητα και ασφάλεια ΣΜ Fe και ΣΝ Fe₃O₄ από ένα εξωσωματικό κύκλωμα ροής. Αυτό ανοίγει ενδιαφέρουσες προοπτικές στη δυνατότητα εφαρμογής του σε πειρατάριω *in vitro* πειράματα στο μηχάνημα τεχνητού νεφρού.

267. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

266. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

268. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

269. ΑΠΕΣΥΡΘΗ**271. ΑΠΕΣΥΡΘΗ****270. ΑΠΕΣΥΡΘΗ****272. ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

Κ. Μαρμάς¹, Σ. Γερόπουλος¹, Σ. Ζιώγας², Χ. Λεμωνίδου²

¹Πειραματικό Χειρουργείο Κ. ΤΟΥΝΤΑΣ, ²Εργαστήριο Κλινικών Εφαρμογών Νοσηλευτικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη εξετάζει την εφαρμογή και την αξιοπιστία της διαχείρισης του ηλεκτρονικού περιβάλλοντος εργασίας των συστημάτων τηλειατρικής (ΣΤ) στη διαδικασία συντονισμού της μεταμόσχευσης οργάνων (ΜΟ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σαράντα συμμετέχοντες (n = 40) καταμεμήθηκαν σε δύο ομάδες: τους ειδικούς και τους μη ειδικούς. Μετά από μία συνεδρία διδασκαλίας, και οι δύο ομάδες συμμετείχαν σε μια προοπτική, τυχαίοποιημένη, πειραματική μελέτη προσομοίωσης επί ενός σεναρίου συντονισμού των μεταμοσχεύσεων. Ο πειραματισμός προσομοίωσε την τρέχουσα μεθοδολογία συντονισμού με Τηλέφωνο/Fax και στην εξεταζόμενη επί του ΣΤ. Οι προσομοιώσεις έλαβαν χώρα σε ένα τοπικό δίκτυο, ανάμεσα σε τρεις αίθουσες συνεδριάσεων στο εργαστήριο κλινικών εφαρμογών του Πανεπιστημίου Αθηνών: Κάθε δωμάτιο προσομοίωσε αντίστοιχα: 1. Τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, 2. Το νοσοκομείο του δότη, και 3. Το νοσοκομείο του λήπτη. Στο τέλος ένα δομημένο ερωτηματολόγιο μοιράστηκε στους συμμετέχοντες με σκοπό την ανάλυση της στάσης των δύο ομάδων σε 10 πεδία ευθύνης του συντονισμού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Και οι δύο ομάδες χρησιμοποιούν εξίσου τις δυνατότητες του ηλεκτρονικού περιβάλλοντος εργασίας των τηλεπικοινωνιακών μονάδων, (PC, κινητά, Android κτλ.), 2. Δε διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την εφαρμογή και την αξιοπιστία του ηλεκτρονικού περιβάλλοντος του ΣΤ στα 10 πεδία ευθύνης του συντονισμού της ΜΟ (του Pearson chi-square και ακριβής δοκιμασία Fisher, .05, SPSS 17). 3. Οι ειδικοί θεωρούν στατιστικώς σημαντικά το ΣΤ πιο αξιόπιστο για την τήρηση των ιατρο-νομικών προϋποθέσεων της ΜΟ (p<.001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι Έλληνες συντονιστές της ΜΟ φαίνεται να έχουν οικειότητα με το ηλεκτρονικό περιβάλλον εργασίας και θεωρούν το συντονισμό με τη χρήση των ΣΤ εφικτό, αξιόπιστο και βέλτιστο. Η δυνατότητα μετάδοσης πληροφοριών των ΣΤ σε σύγκριση με το τρέχον φαξ/τηλέφωνο εμπλουτίζει σημαντικά τον ιατρικό φάκελο με εικόνες και επιτρέπει την τηλεδιάσκεψη, την υποστήριξη λήψης αποφάσεων και τον προεγχειρητικό σχεδιασμό. Κλινικές μελέτες θα αξιολογήσουν την εφαρμογή την αξιοπιστία καθώς και την οικονομική, κοινωνική, νομική και ηθική επίδραση των ΣΤ στη ΜΟ.

273. ΟΡΙΑΚΗΣ ΖΩΝΗΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΜΕΜΒΡΑΝΟΥΪ-ΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΜΕ ΕΝΑΠΟΘΕΣΗ IgMk ΣΕ ΑΝΤΙ-ΗCV ΘΕΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ: Η ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΝΕΦΡΟΥ

Ε. Χελιώτη, Μ. Σωτηράκη, Ε. Ευθυμίου, Ε. Γκαλίτσιου, Σ. Μικρός, Α. Παπαλεξάνδρου, Γ. Παπαδάκης

Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Λευκωματουρία νεφρωσικού εύρους και σοβαρή νεφρική βλάβη στα πλαίσια χρόνιας φλεγμονώδους κατάστασης όπως λοίμωξη από ηπατίτιδα C συχνά αποδίδεται σε δευτεροπαθή μεμβρανούπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα και συνακόλουθη κρουσφαιριναιμία τύπου II, αν και εμφανίζονται ενίοτε και άλλων ειδών νεφρικές βλάβες. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ενσπόδηση IgM στη βασική σπειραματική μεμβράνη παρατηρείται σπάνια. Από την άλλη πλευρά, νεφρικές βλάβες στα πλαίσια λεμφούπερπλαστικών διαταραχών έχουν αναγνωριστεί και καταγραφεί ιστορικά. Σε αυτή την περίπτωση η σπειραματική βλάβη είναι συνήθως το άμεσο αποτέλεσμα της διήθησης του νεφρικού παρεγχύματος από λεμφικά κύτταρα απομακρυσμένων εντοπίσεων. Σε μία πρόσφατη μελέτη 18 ασθενών με λεμφούπερπλαστική νόσο και νεφρική βλάβη, η νεφρική δυσλειτουργία υπερίσχυε κλινικά και η λεμφογενής νεσπλασία διενγύσθη έπειτα από βιοψία νεφρού.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 50 ετών, με ιστορικό αλκοολισμού και χρόνια ηπατίτιδα C προσεκοιμήθη με βαριά ουραιμική συνδρομή όπου και αντιμετώπιστηκε άμεσα με συνεδρία αιμοκάθαρσης. Λαμβάνοντας υπ' όψιν το ιστορικό του ασθενούς, η αρχική διαγνωστική προσέγγιση μας κατευθύνθηκε σε νεφρική βλάβη συσχετιζόμενη με ηπατίτιδα C στα πλαίσια κρουσφαιριναιμίας. Η ταχεία επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας, η υποαλβουμιναιμία, η αναιμία, θρομβοπενία, σπειραματικά ερυθρά στη γενική ούρων=40-60/κοπ, λεύκωμα ούρων 24ώρου =3,06 g και το φυσιολογικό μέγεθος νεφρού με αυξημένη ηχογένεια επέβαλαν την πραγματοποίηση βιοψίας νεφρού.

Η βιοψία νεφρού επιβεβαίωσε την αρχική υποψία αλλά εκτός της επικρατούσας ενσπόδησης μονοκλωνικών IgMk στη βασική σπειραματική μεμβράνη, πληθώρα IgM-θετικών λεμφικών κυττάρων διηθούσαν το διάμεσο χώρο. Περαιτέρω απεικονιστική διερεύνηση ανέδειξε ηπατοσπληνομεγαλία χωρίς εμφανή ανάμειξη λεμφαδένων. Ο αιματολογικός έλεγχος και ο ανοσοφαινότυπος ήταν συμβατός με λεμφοκυτταροπλασματικό λέμφωμα-οριακής ζώνης λέμφωμα από μικρά B λεμφοκύτταρα με πλάσμακυτταρική διαφοροποίηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πορεία του ασθενή και η ακόλουθη διαπίστωση μεμβρανούπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδας δευτεροπαθή εξ ενσποθέσεως IgMk και μονοκλωνικής γαμμαπάθειας από λεμφούπερπλαστική νόσο ως οριακής ζώνης λέμφωμα αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα. Παρόμοια περιστατικά υπογραμμίζουν σαφώς τη διαγνωστική αξία της βιοψίας νεφρού.

274. ΕΙΝΑΙ Η ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΓΙΑ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ;

Ε. Χελιώτη, Ε. Ευθυμίου, Α. Παπαλεξάνδρου, Μ. Σωτηράκη, Σ. Μικρός, Ε. Γκαλίτσιου, Μ. Τσιλιβίγκου, Γ. Παπαδάκης

Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) είναι ένα ισχυρό προγνωστικό μέσο για καρδιαγγειακά συμβάματα σε διαβητικούς ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN). Ο βέλτιστος στόχος για το γλυκαιμικό έλεγχο δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί σε αυτούς τους ασθενείς. Υπάρχουν λίγες μελέτες που υποστηρίζουν πως η HbA1c ίσως σχετίζεται με την εκδήλωση σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) σε ασθενείς με XNN.

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της σχέσης μεταξύ HbA1c και εκδήλωσης ΣΔ σε μη διαβητικούς ασθενείς με XNN σταδίου 3 και 4.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η αναδρομική μελέτη διεξήχθη στο Τακτικό Νεφρολογικό Ιατρείο. Συμμετείχαν 121 μη-διαβητικοί με XNN σταδίου 3 και 4 (51,2% άνδρες, ηλικιακό εύρος 29-97 έτη, μέση διάρκεια της μελέτης 12 μήνες). Μετρήθηκαν τα επίπεδα γλυκόζης νηστείας (FGL), HbA1c και η κρεατινίνη ορού (SCr) κατά το χρόνο 0 και μετά από 12 μήνες (χρόνος 1) σε ασθενείς με σταθερή νεφρική λειτουργία. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες ανάλογα με την αρχική HbA1c και FGL: φυσιολογικοί (HbA1c <5,7%, FGL <100 mg/dl) και προδιαβητικοί (HbA1c >5,7%, FGL >100 mg/dl).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι 121 ασθενείς είχαν μέση τιμή HbA1c 5,99% και 5,78% στους χρόνους 0 και 1 αντίστοιχα ενώ η μέση τιμή FGL στους αντίστοιχους χρόνους ήταν 105,6 mg/dl και 104,7 mg/dl. Η μέση τιμή SCr δεν μεταβλήθηκε σημαντικά στους χρόνους 0 και 1. Φυσιολογικοί ασθενείς (HbA1c <5,7%) παρουσίασαν στατιστικά σημαντική αύξηση των επιπέδων της HbA1c κατά τη διάρκεια της μελέτης (p=0,04). Το ίδιο ισχύει και για τους ασθενείς με φυσιολογικό FGL (<100 mg/dl) δηλαδή είχαν FGL σημαντικά υψηλότερα μετά από ένα χρόνο (p=0.013). Ωστόσο, η μέση τιμή FGL και τα επίπεδα της HbA1c παρέμειναν κάτω από 100 mg/dl και 5,7% αντίστοιχα. Για τους προδιαβητικούς ασθενείς με αρχική τιμή HbA1c >5,7% και FGL >100 mg/dl δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μετά από ένα έτος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε μη-διαβητικούς ασθενείς με XNN σταδίου 3 και 4, HbA1c και FGL δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση ΣΔ, ενώ η νεφρική λειτουργία τους παραμένει σταθερή. Μόνο σε φυσιολογικούς ασθενείς παρατηρούμε σημαντική επιδείνωση της HbA1c και FGL, αλλά πάντα μέσα σε φυσιολογικά επίπεδα. Τέλος, η σταθερότητα της νεφρικής λειτουργίας στους ασθενείς αυτούς μάλλον συμβάλλει στο σταθερό έλεγχο της γλυκόζης αίματος.

275. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Κ. Τρίγκα, Π. Δουζδαμπάνης, Μ. Ρόδη, Η. Κυρίτσης

Κυανούς Σταυρός Πατρών Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Πάτρα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός ήταν να καθοριστεί ο επιπολασμός της κατάθλιψης και του άγχους σε ασθενείς με XNN, με την εφαρμογή 5 ερωτηματολογίων και συσχετίσεις μεταξύ τους αλλά και με κλινικο-εργαστηριακές μεταβλητές.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Εφαρμόσαμε πέντε ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από 84 ασθενείς και αφορούσαν στα εξής: Beck Depression Inventory (BDI), Geriatric Depression Scale Score (GDS), ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη καθώς και τα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) και το Generalised Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7) που αφορούν τόσο στο άγχος όσο και στην κατάθλιψη. Επιπρόσθετα συλλέχθηκαν πληροφορίες που αφορούσαν σε κλινικο-εργαστηριακές παραμέτρους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο δείκτης Spearman για τους ασθενείς που θετικοποίησαν το HADS ερωτηματολόγιο, ανέδειξε θετική συσχέτιση με την αυξημένη χρήση των φαρμάκων που λαμβάνονται συνολικά (Spearman Δείκτης = 0,421, p <0,001). Οι ασθενείς που θετικοποίησαν το BDI, ανέδειξαν θετική συσχέτιση με τη διάρκεια παραμονής στην αιμοκάθαρση (Pearson = 0,240 Δείκτης, p = 0,031) καθώς και με την αύξηση του σωματικού βάρους μεταξύ των συνεδριών αιμοκάθαρσης (Pearson = -0,242 Δείκτης, p = 0,030). Στην ομάδα των ασθενών που θετικοποίησε την GDS κλίμακα κατάθλιψης υπήρξε θετική συσχέτιση με τον αριθμό προσλαμβανόμενων φαρμάκων (Spearman = 0,2555 Δείκτης, p <0,021).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Επιβεβαιώθηκε μεγάλο ποσοστό καταθλιπτικής συνδρομής και αγχώδους διαταραχής μεταξύ των ασθενών σε αιμοκάθαρση. Η διάρκεια παραμονής στην αιμοκάθαρση, η αύξηση του σωματικού βάρους ενδιάμεσου των συνεδριών και η ποσότητα των προσλαμβανόμενων φαρμάκων, αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη κατάθλιψης ή άγχους σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Πρέπει να υπογραμμιστούν οι ιδιαιτερότητες των αιμοκαθαριζόμενων ασθενών, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη θεραπευτική στρατηγική.

276. ΑΣΒΕΣΤΙΟΜΙΜΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Σ. Γιαννακάκη, Ε. Γκαλιτσιού, Ε. Ευθυμίου, Μ. Σωτηράκη, Γ. Παπαδάκης

Νεφρολογική Κλινική-Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα ασβεστομιμητικά φάρμακα ενισχύουν τη δράση του ασβεστίου (Ca) στους παραθυρεοειδείς αδένες μέσω αύξησης της ευαισθησίας στο Ca του αντίστοιχου υποδοχέα στην επιφάνεια του κύριου κυττάρου του αδένος, προκαλώντας έτσι μείωση της έκκρισης παραθορμόνης (PTH) με ταυτόχρονη μείωση των επιπέδων Ca και φωσφόρου (P) στον ορό.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια χορήγησης σινακαλσέτης σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου υπό αιμοκάθαρση.

ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη συμμετείχαν 35 ασθενείς (μέση ηλικία 60,1±0,7 έτη) που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (μέσο διάστημα 6,7±0,6 έτη) με φίλτρα παρόμοιας κάθαρσης για το Ca και το P. Τα επίπεδα της PTH ήταν υψηλά (μέση τιμή 580 pg/ml) σε όλους τους ασθενείς παρά τη θεραπεία με βιταμίνη D και φωσφοροδεσμευτικά.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Το σύνολο των ασθενών υποβλήθηκε για χρονικό διάστημα 12 μηνών σε θεραπεία με σινακαλσέτη και βιταμίνη D. Παρατηρήσαμε και καταγράψαμε όλες τις επιπλοκές της θεραπείας και εξετάσαμε την αποτελεσματικότητά της στη διαχείριση της υπερφωσφαταιμίας και της οστικής νεφρικής νόσου στους αιμοκαθαριζόμενους ασθενείς. Τέλος, εξετάσαμε τη συσχέτιση της θεραπείας με τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης και διπανθρακικών στον ορό των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αγωγή με σινακαλσέτη οδήγησε σε μείωση των επιπέδων των βασικών παραμέτρων του οστικού μεταβολισμού στον ορό των ασθενών. Η μέση μείωση για την iPTH, Ca, P, CaXp στο 6μηνο θεραπείας ήταν 37%, 4%, 8% και 11% αντίστοιχα. Στους 12 μήνες θεραπείας η αντίστοιχη μείωση ανήλθε σε 42%, 7%, 11% και 17%. Η μέση από του στόματος δόση της σινακαλσέτης στο τέλος του έτους ήταν 60 mg ημερησίως. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν διαπιστώθηκαν αλλαγές στα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης των ασθενών, ενώ παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των επιπέδων των διπανθρακικών στον ορό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θεραπεία με ασβεστομιμητικούς παράγοντες είναι ασφαλής και οδηγεί σε μείωση των επιπέδων iPTH, Ca, P, CaXp στον ορό, βοηθώντας στην επίτευξη των συνιστώμενων θεραπευτικών στόχων για τη διαχείριση της οστικής νόσου στους αιμοκαθαριζόμενους ασθενείς.

277. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΠΡΟΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Ε. Χελιώτη¹, Δ. Αθανασόπουλος², Ε. Γκαλιτσίου¹, Ε. Ευθυμίου¹, Μ. Σωτηράκη¹, Μ. Τσιλιβίγκου¹, Γ. Παπαδάκης¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», ²Κέντρο Υγείας Δημητσάνας, Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Διαταραχές του οστικού μεταβολισμού και της οστικής νόσου κυριαρχούν στη χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ). Δύο από τις πιο συνήθεις επιπλοκές είναι η υπερφωσφαταιμία και ο δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός (ΔΥΠΘ). Η εξέλιξη της ΧΝΝ έχει συσχετιστεί με ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα φωσφόρου (Ρ), γινομένου ασβεστίου-φωσφόρου (CaΧΡ), παραθορμόνης (iPTH) και μειωμένα επίπεδα ασβεστίου (Ca) και 1,25 διυδροξυβιταμίνης D.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν να εξεταστεί η επίπτωση και η συσχέτιση του ΔΥΠΘ και υπερφωσφαταιμίας σε ασθενείς με ΧΝΝ προτελικού σταδίου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 168 ασθενείς με ΧΝΝ (95 άντρες/73 γυναίκες, μέση ηλικίας 63±14 ετών και μέσο εκτιμώμενο GFR 34±9,5 ml/min/1,73 m²), και οι οποίοι δεν ελάμβαναν συμπληρώματα ασβεστίου, φωσφοροδεσμευτικά ή βιταμίνη D κατά την 1^η επίσκεψη στο Νεφρολογικό Ιατρείο. Μετρήθηκαν και αναλύθηκαν οι ακόλουθοι παράμετροι: Ca ορού, Ρ ορού, γινομένο CaΧΡ και παραθορμόνη (iPTH).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό των ασθενών που πληρούσε τους συνιστώμενους στόχους για Ca, Ρ, CaΧΡ και iPTH ήταν 37,5%, 60,1%, 31,7% και 13,7% αντίστοιχα. Το 57,7% των ασθενών με ΧΝΝ είχε iPTH πάνω από τα συνιστώμενα επίπεδα. Εκτός των τιμών-στόχων για το Ρ ήταν το 32,7% των ασθενών, ενώ το 86,31% αυτών είχε γινομένο CaΧΡ > 55 mg²/dl². Επίσης το 21,4% των ασθενών είχε Ca κάτω από τα συνιστώμενα όρια. Τέλος ο φώσφορος συσχετίστηκε θετικά με την iPTH και το γινομένο CaΧΡ ($r=0,25$ $p=0,001$ and $r=0,41$ $p<0,001$ αντίστοιχα) και αρνητικά με το Ca ($r=-0,85$ $p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα Ρ και iPTH εκτός των τιμών-στόχων εμφάνισαν ιδιαίτερα υψηλή επίπτωση στη ΧΝΝ προτελικού σταδίου. Η πρώιμη διάγνωση του ΔΥΠΘ και της υπερφωσφαταιμίας είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ασθενείς με ΧΝΝ προτελικού σταδίου ενώ η έγκαιρη αντιμετώπισή τους θα μπορούσε να συμβάλει στην καθυστέρηση της εξέλιξης της νεφρικής νόσου.

279. ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ ΕΡΥΘΗΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗΣ ΒΑΝΚΟΜΥΚΙΝΗΣ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ε. Χελιώτη¹, Ε. Γκαλιτσίου¹, Ε. Ευθυμίου¹, Μ. Σωτηράκη¹, Κ. Μανωλοδάκη², Μ. Τσιλιβίγκου¹, Γ. Παπαδάκης¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», ²Παθολογολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά, Τζάνειο, Πειραιάς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υδροχλωρική βανκομυκίνη (VAN-HCL) είναι ένα γλυκοπεπτιδίο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία λοιμώξεων από gram θετικά βακτήρια ανθεκτικά στα β-λακταμικά αντιβιοτικά. Ερυθρότητα στο πρόσωπο και στον κορμό (red man syndrome) με συνοδό υπόταση έχει αναφερθεί ως ανεπιθύμητη αντίδραση κατά την ενδοφλέβια (i.v.) χορήγηση σε >10% των περιπτώσεων. Η εμφάνιση γενικευμένου ερύθημα με συνοδό απολέπιση, επηρεάζει >90% της επιφάνειας σώματος. Προσβάλλει κυρίως άνδρες με μέση ηλικία 60+έτη και για χρονικό διάστημα μικρότερο από ένα μήνα θεραπείας με i.v. VAN-HCL. Μέχρι σήμερα 114 ασθενείς (5,14%) εμφάνισαν γενικευμένο ερύθημα όντας σε αγωγή με i.v. VAN-HCL και μόνο 4 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί το 2012.

Αναφέρουμε την περίπτωση γενικευμένου ερυθρήματος, στα πλαίσια μακροχρόνιας i.v. χορήγησης VAN-HCL σε ασθενή με μόνιμο ουροκαθετήρα και υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 72 ετών με χρόνια νεφρική νόσο σε έδαφος χρόνιας αποφρακτικής ουροπάθειας (υπερτροφία προστάτη) και μόνιμο καθετήρα ουροδόχου κύστεως, προσεκομίσθη με βαριά ουραιμική συνδρομή που έρχεζε άμεσης αντιμετώπισης με αιμοκάθαρση. Παρά τη βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας μετά από 5 συνεδρίες αιμοκάθαρσης, ο χρόνος νοσηλείας του ασθενή μας παρατάθηκε επί μακρόν λόγω εμφάνισης πυρετού και υποτροπιάζουσων ουρολοιμώξεων οφειλόμενες βάση των καλλιέργειών εν *Enterococcus faecium*, *Acinetobacter Baumanni*, και *Enterobacter aerogenes*. Επίσης, ο ασθενής παρουσίασε υποτροπιάζοντα επείσοδια μικροβιακής α-πύθης ανθεκτικό στη μεθικιλίνη *Staphylococcus epidermidis*, *haemolyticus* και *capitis* και με βάση τη νεφρική του λειτουργία αντιμετωπίστηκε με i.v. VAN-HCL.

Η κλινική κατάσταση του ασθενούς παρέμεινε βαριά και σε διάστημα μεγαλύτερο από ένα μήνα συνεχούς θεραπείας με i.v. VAN-HCL, εμφανίστηκε ένα συμμετρικό, γενικευμένο, καθολικό, ερύθημα με επιφανειακή απολέπιση. Στα πλαίσια μη ανταπόκρισης στη συντηρητική αντιμετώπιση, πάρθηκαν επιχρίσματα των δερματικών αλλοιώσεων και διενεργήθηκε βιοψία δέρματος. Η ιστολογική έκθεση ήταν συμβατή με δερματίτιδα φαρμακευτικής αντίδρασης, ενχοπιώνοντας τη βανκομυκίνη. Η διακοπή χορήγησης βανκομυκίνης και η έναρξη αγωγής με κορτικοστεροειδή οδήγησε σε βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς αλλά στην πορεία κατέστη σηπτικός και απεβίωσε ένα μήνα αργότερα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το γενικευμένο ερύθημα είναι μία σπάνια αντίδραση υπερευαίσθησης κατά την ενδοφλέβια χορήγηση βανκομυκίνης. Συχνά συσχετίζεται με τη γρήγορη (<1 ώρα) έγχυση της πρώτης δόσης και 94% των ασθενών βρίσκονται σε αγωγή για λιγότερο από ένα μήνα. Η μακροχρόνια ενδοφλέβια χορήγηση βανκομυκίνης σχετίζεται με την εμφάνιση ερυθρήματος σε μόλις 5% των περιπτώσεων.

278. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

280. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Κ. Τρίγκα, Π. Τρίγκας, Π. Δουζδαμάνης

Κυανούς Σταυρός Πατρών, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Πάτρα

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καθορισμός της ποιότητας του ύπνου σε αιμοκαθαίρομενους ασθενείς και τον αντίκτυπο της στις καθημερινές δραστηριότητες. Επιπλέον αξιολογήθηκε ο επιπολασμός του συνδρόμου των ανήσυχων ποδιών (ΣΑΠ) και η σύνδεσή του με την αύπνια

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Εφαρμόσαμε δύο ερωτηματολόγια σε 75 ασθενείς: Erworth sleep scale (ESS) για την αξιολόγηση της ημερήσιας υπνηλίας καθώς και την Αθηναϊκή Κλίμακα Αύπνιας Athens insomnia Scale (AIS), που ποσοτικοποιεί τη δυσκολία του ύπνου στους αιμοκαθαίρομενους.

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα κλινικά κριτήρια που προτείνονται από τη Διεθνή Ομάδα Μελέτης του Συνδρόμου των Ανήσυχων Ποδιών για τη διάγνωση του συνδρόμου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 83,33% των ασθενών παρουσίασαν AIS ≥ 6 και χαρακτηρίστηκαν ότι πάσχουν από αύπνια. 25% των ασθενών παρουσίασαν ESS > 10 και χαρακτηρίστηκαν ως υπνηλικοί. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ υπνηλικών και μη υπνηλικών ασθενών, σχετικά με την πρωινή βάρδια αιμοκάθαρσης σε σχέση με τις υπόλοιπες βάρδιες, την ηλικία, το φύλο και αιμοκάθαρση σε σχέση με την αιμοδιαδίθηση. 91,66% των ασθενών, είχαν κακή ποιότητα ύπνου. Όσον αφορά τη σωματική και ψυχική λειτουργία, κατά τη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν όλοι οι ασθενείς, 91,67%, ανέφεραν μη-φυσιολογική καθημερινή (πρωινή) δραστηριότητα. Όσον αφορά το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (RLS) το 33,33% ασθενών ήταν θετικό. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ υπνηλικών ασθενών με RLS έναντι μη υπνηλικών ασθενών με RLS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

- Η αύπνια είναι συχνή μεταξύ των αιμοκαθαίρομενων ασθενών, με αντίκτυπο στην ημερήσια δραστηριότητα και ευημερία, αλλά συχνά υποθεραπεύεται.
- Η ποιότητα ζωής δεν διέφερε σημαντικά σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, το είδος αιμοκάθαρσης και με τη βάρδια αιμοκάθαρσης.
- Το ΣΑΠ δεν είναι πολύ συχνό σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Δεν υπάρχει σημαντικότητα μεταξύ ΣΑΠ και αύπνιας σε αυτούς τους ασθενείς.

281. ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΓΟΝΙΔΙΟΥ KRAS ΩΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ

A. Μαραζιώτη, Α. Μουστάκη, Μ. Σπέλλα, Α. Γιάννου, Ι. Γιοτάνου, Μ. Ηλιοπούλου, Γ. Σταθόπουλος

Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Ρίο, Πάτρα

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η κακοήθης υπεζωκοτική συλλογή (ΚΥΣ) αποτελεί σημαντικό κλινικό πρόβλημα και συνήθως προκαλείται από μεταστατικά αδενοκαρκινώματα. Οι μεταλλάξεις του ογκογονιδίου *KRAS* είναι συχνές στα αδενοκαρκινώματα, πιθανή σχέση τους όμως με την ΚΥΣ δεν έχει διερευνηθεί.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η ικανότητα πρόκλησης ΚΥΣ από όγκους LLC (αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα), MC38 (αδενοκαρκίνωμα εντέρου), AE17 (μεσοθηλίωμα), B16F10 (μελάνωμα) και PANO2 (αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος) μελετήθηκε μετά ενδοϋπεζωκοτική έγχυση 150.000 καρκινικών κυττάρων σε συγγενικούς ποντικούς C57BL/6. Μεταλλάξεις (Δ) *Kras*, *Nras*, *Hras*, *Braf*, *Egfr*, *Pik3ca* και *Trp53* μελετήθηκαν με αλληλούχιση. Η *in vitro* και *in vivo* νεοπλασματική αύξηση και η επαγωγή φλεγμονής, αγγειογένεσης και αγγειακής διαπερατότητας μελετήθηκαν με δοκιμασίες αποικιών σε άγαρ, υποδόριας ογκογένεσης, μεταμόσχευσης σηματοδοτούμενου μυελού οστών, χοριοαλλαντοϊκής μεμβράνης και φόρτισης με ιχνηλάτη λευκωματίνης, αντίστοιχα. Η έκφραση *Kras* αποσιωπήθηκε μέσω σταθερής διαμόλυνσης με ειδικό βραχύ ανασταλτικό (sh) RNA.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μόνο όγκοι που έφεραν μεταλλάξεις *Kras* (Δ *Kras*: LLC, MC38, AE17) ήταν σε θέση να προκαλέσουν ΚΥΣ (23 ± 10 ml/kg) και σύντομη επιβίωση των ποντικών (15 ± 5 ημέρες), ενώ ζώα με υπεζωκοτικούς όγκους με φυσικού τύπου (*wt*) *Kras* (B16F10, PANO2) επιβίωναν πολύ περισσότερο (30 ± 6 ημέρες) χωρίς ανάπτυξη ΚΥΣ (2 ± 1 ml/kg) (*wtKras* έναντι Δ *Kras*: $P < 0,001$). Η ικανότητα Δ *Kras* όγκων για πρόκληση ΚΥΣ δε σχετιζόταν με διαφορική νεοπλασματική αύξηση, αλλά με την ικανότητά τους για επαγωγή φλεγμονής, αγγειογένεσης και αγγειακής διαπερατότητας. Σε σύγκριση με κύτταρα MC38 που εξέφραζαν τυχαίο shRNA (*shC*), κύτταρα MC38 εκφράζοντα shRNA έναντι *Kras* (*shKras*) έχαναν την ικανότητα πρόκλησης ΚΥΣ (6 ± 11 έναντι 25 ± 8 ml/kg), βραχείας επιβίωσης (20 ± 4 έναντι 13 ± 2 ημέρες), φλεγμονής, αγγειογένεσης και αγγειακής διαπερατότητας (*shC* έναντι *shKras*: $P < 0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζονται λειτουργικά δεδομένα που υποστηρίζουν αιτιολογική σχέση μεταξύ μεταλλάξεων *Kras* και του νεοπλασματικού φαινοτύπου της ΚΥΣ. Η στόχευση της σηματοδοσίας του Δ *Kras* μπορεί μελλοντικά να αποβεί ωφέλιμη για ασθενείς με ΚΥΣ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ: Οι παρούσες μελέτες υποστηρίχθηκαν από ερευνητική χορηγία του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Έρευνας.

282. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

A. Βαϊόπουλος^{1,2}, Ι. Κωστάκης^{1,2}, Ε. Γκιόκα¹, Α. Παπαλάμπρος³, Κ. Αθανασούλα¹, Γ. Κουράκλης², Μ. Κουσιλιέρης¹

¹Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, ²B' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα, ³A' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Ο καρκίνος του παχέος του εντέρου αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Τα κυκλοφορούντα καρκινικά κύτταρα θεωρούνται υπεύθυνα για τη διασπορά της νόσου. Η ανάπτυξη τεχνικής ανίχνευσής τους στο περιφερικό αίμα θα συντελέσει στην κατανόηση της παθογένειας της νόσου, στην ανάπτυξη στοχευμένων θεραπευτικών στρατηγικών, ενώ ταυτόχρονα θα προσφέρει έναν επιπρόσθετο προγνωστικό δείκτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε περιφερικό αίμα 81 ασθενών με αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου, το οποίο ελήφθη προεγχειρητικά. Η ανίχνευση των κυκλοφορούντων καρκινικών κυττάρων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης αντίστροφης μεταγραφής. Η παρουσία του mRNA των επιθηλιακής προέλευσης δεικτών κυτταροκερατίνης 19 (CK19), κυτταροκερατίνης 20 (CK20) και του υποδοχέα του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (EGFR) θεωρήθηκε ενδεικτική της παρουσίας κυκλοφορούντων καρκινικών κυττάρων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανίχνευση του δείκτη EGFR στο περιφερικό αίμα συσχετίζεται με την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων, ενώ η παρουσία της CK19, μόνης ή σε συνδυασμό με την CK20, συσχετίζεται με τη διήθηση του καρκίνου πέραν του μυϊκού χιτώνα του παχέος εντέρου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανίχνευση κυκλοφορούντων κυτταρικών κυττάρων στο περιφερικό αίμα ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα, υποδεικνύοντας την επέκταση της νόσου πέραν του μυϊκού χιτώνα και/ή την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.

283. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

284. ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΛΙΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟΝ TUMOR NECROSIS FACTOR-RELATED APOPTOSIS-INDUCING LIGAND (TRAIL) ΚΑΙ ΤΟΝ ΟΓΚΟΛΥΤΙΚΟ ΑΔΕΝΟΪΟ ΔΕΛΤΑ-24

Γ. Αλεξίου, Κ. Τσάμης, Ε. Βαρθολομάτος, Α. Κυρίτσος

Νευροχειρουργικό Ινστιτούτο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Το γλοιοβλάστωμα είναι ο πιο επιθετικός και πιο συχνός όγκος εγκεφάλου στους ενήλικες με μέση επιβίωση 15 μήνες παρά τη χειρουργική εξαίρεση, χημειοθεραπεία και ακτινοβολία. Πρόσφατες μελέτες αναδεικνύουν τον tumor necrosis factor-related apoptosis-inducing ligand (TRAIL) να έχει εκλεκτική δράση στα καρκινικά κύτταρα και να προκαλεί το θάνατο τους. Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας με δράση έναντι των γλοιωμάτων αποτελεί ο αδενοϊός Delta-24 ο οποίος προσβάλλει κύτταρα με ανεπάρκεια στην οδό του p16/Rb/E2F. Παρόλα αυτά, σε κάποιες σειρές γλοιωμάτων υπάρχει ανοχή στο TRAIL, ενώ και η δραστηριότητα του ιού θα πρέπει να αυξηθεί προκειμένου να έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Ο συνδυασμός των δύο θεραπειών δεν έχει δοκιμαστεί έως σήμερα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της συνδυασμένης χορήγησης TRAIL και του αδενοϊού Delta-24 σε κυτταρικές σειρές γλοιώματος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε την ευαισθησία στο TRAIL και τον αδενοϊό Delta-24 σε 4 κυτταρικές σειρές γλοιοβλαστώματος (U87, T98, D54, U251). Η βιωσιμότητα και το αυξητικό δυναμικό των κυττάρων μελετήθηκε με τις τεχνικές Trypan Blue, Crystal Violet και xCELLigence system. Η απόπτωση (Anexin-PI), ο κυτταρικός κύκλος και η ενεργοποίηση της κασπάσης-8 μελετήθηκαν με κυτταρομετρία ροής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συνδυασμένη θεραπεία με το TRAIL και τον αδενοϊό Delta-24 προκάλεσε στατιστικά σημαντική μείωση της βιωσιμότητας των U87, D54 και U251 κυττάρων και ανέστειλε τον πολλαπλασιασμό των T98 κυττάρων ($p < 0,05$). Ο κυτταρικός θάνατος και η αναστολή του κυτταρικού κύκλου επιβεβαιώθηκε με κυτταρομετρία ροής σε όλες τις κυτταρικές σειρές. Αυξημένη ενεργοποίηση της κασπάσης-8 παρατηρήθηκε στα D54 και αυξημένη έκφραση της Anexin στα U251 και T98.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνδυασμένη θεραπεία κυτταρικών σειρών γλοιοβλαστώματος με το TRAIL και τον αδενοϊό Delta-24 έχουν συνεργική δράση μέσω της ενεργοποίησης διαφορετικών μηχανισμών σε κάθε κυτταρική σειρά. Ο συνδυασμός αυτός μπορεί να αποτελέσει μια νέα θεραπευτική στρατηγική για την αντιμετώπιση του γλοιοβλαστώματος.

285. Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ SURVIVIN ΣΕ ΒΙΟΨΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Γ. Καπέλλος¹, Κ. Πολονούφη¹, Δ. Φαρμάκης¹, Ε. Σπαρτάλης², Π. Τόμος², Α. Αϊσωπός¹, Μ. Μαντζουράνη¹

¹Α Παθολογική Κλινική Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», ²Β Χειρουργική Κλινική Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

ΣΚΟΠΟΣ είναι να προσδιοριστούν οι μεταβολές της έκφρασης της SURVIVIN, σε βιοψίες και σε δείγματα περιφερικού αίματος ασθενών με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Έγινε σύγκριση των επιπέδων της SURVIVIN μεταξύ καρκινικών βιοψιών και αντίστοιχων φυσιολογικών ιστών και εξετάστηκε η διαφορά στα επίπεδα της SURVIVIN ανάμεσα σε δείγματα περιφερικού αίματος ασθενών και υγιών εθελοντών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ποσοτικοποιήθηκαν τα επίπεδα έκφρασης mRNA της SURVIVIN σε 15 βιοψίες ασθενών με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα και 15 βιοψίες υγιούς πνευμονικού ιστού με τη μέθοδο PCR σε πραγματικό χρόνο. Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε με 32 δείγματα αίματος ασθενών και 49 δείγματα αίματος υγιών εθελοντών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αυξημένα εμφανίζονται τα επίπεδα έκφρασης mRNA της SURVIVIN στους καρκινικούς ιστούς και στα δείγματα αίματος των ασθενών, ενώ χαμηλή αντίθεση παρουσιάζεται σε φυσιολογικούς πνευμονικούς ιστούς και στα δείγματα αίματος των υγιών εθελοντών. Μεταξύ των ιστολογικών τύπων που εξετάστηκαν το ακανθοκυτταρικό βρέθηκε με την υψηλότερη έκφραση σε σύγκριση με το πλακώδες (p=0.026) και το αδενοκαρκίνωμα (p=0.009). Οι μετρίως διαφοροποιημένοι καρκινικοί ιστοί εμφάνισαν υψηλότερη έκφραση σε σχέση με τους χαμηλά διαφοροποιημένους (p=0.0054). Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του σταθίου της νόσου και των επιπέδων έκφρασης της SURVIVIN.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα επίπεδα έκφρασης της SURVIVIN υπερεκφράζονται και συσχετίζονται με τον ιστολογικό τύπο και το βαθμό διαφοροποίησης τόσο στο αίμα όσο και στους καρκινικούς ιστούς.

286. ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΩΣ ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Ν. Χολής¹, Κ. Λιόση¹, Σ. Φαραγιώργου², Κ. Ψαθάκης³, Κ. Μπαλλάσης¹, Ν. Τσουκαλάς¹, Χ. Χριστοφιλιάκης¹

¹Ογκολογικό Τμήμα, 401 ΓΣΝΑ, Αθήνα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, 401 ΓΣΝΑ, Αθήνα, ³Πνευμονολογικό Τμήμα, 401 ΓΣΝΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή ενός ασθενούς με μεταστατικό νεφροκυτταρικό καρκίνο το οποίο εκδηλώθηκε με δερματική μετάσταση και μάζα στο θωρακικό τοίχωμα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στα πλαίσια διερεύνησης ωμαλγίας (ΔΕ) σε άνδρα ηλικίας 67 ετών πραγματοποιήθηκε απεικονιστικός έλεγχος της περιοχής (CT θώρακα). Η αξονική αποκάλυψε οζώδεις σκιάσεις των πνευμόνων άμφω και μάζα του οπίσθιου θωρακικού τοιχώματος. Ακολούθησε πλήρης απεικονιστικός έλεγχος με σπινθηρογράφημα οστών, CT άνω-κάτω κοιλίας και εγκεφάλου. Επίσης στάλθηκε βιοψία τόσο από τη μάζα στο θωρακικό τοίχωμα (FNA) όσο και από μόρφωμα της κροταφικής χώρας (ΑΡ). Τα αποτελέσματα της ιστολογικής από το μόρφωμα της κροταφικής χώρας ήταν ενδεικτικά για μεταστατικό διαιουκυτταρικό καρκίνωμα νεφρού ενώ από τη μάζα του οπίσθιου θωρακικού τοιχώματος προέκυψε καρκίνωμα αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας με φτωχή διαφοροποίηση. Ο απεικονιστικός έλεγχος φανέρωσε δευτεροπαθείς οστικές εντοπίσεις στην ωμοπλάτη (ΔΕ) και στην 8η πλευρά (ΔΕ), ύπαρξη διογκωμένων μασχαλαίων (ΔΕ), προτοπιδικών και υποτοπιδικών λεμφαδένων καθώς και διογκωμένο λεμφαδένα στη δεξιά πύλη του πνεύμονα. Ως πρωτοπαθής εστία αναγνωρίστηκε μάζα 5,5×4,5×4 εκ. στο κάτω πόλο του δεξιού νεφρού. Ακόμη από τον εργαστηριακό έλεγχο του ασθενή ανευρέθηκε τιμή ασβεστίου 13 mg/dl (φτ 8,1-10,5 mg/dl) με τιμή PTH 12 pg/ml (φτ 16-84 pg/ml). Η υπερασβεσταιμία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ενυδάτωση διούρηση και διφωσφονικά. Αποφασίστηκε έναρξη θεραπείας με tab Sunitinib 50 mg 1×1 4 weeks on και 2 weeks off. Ο ασθενής 4 μήνες μετά και κατόπιν 2 κύκλων θεραπείας παρουσιάζει βελτίωση της κλινικής του εικόνας, ενώ απεικονιστικά το μέγεθος της πρωτοπαθούς εστίας όσο και των δευτεροπαθών παραμένει μετάβλητο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ενδιαφέρον στη συγκεκριμένη περίπτωση έγκειται στην ύπαρξη μετάστασης στο υποδόριο ιστό του τριχωτού της κεφαλής και μάλιστα ως αρχική εκδήλωση της νόσου. Στο νεφροκυτταρικό καρκίνωμα η μεταστατική νόσος παρουσιάζεται πιο συχνά στους πνεύμονες (50%), στους λεμφαδένες (35%), στο ήπαρ (30%), στα οστά (30%), και στο επινεφρίδιο (5%) ενώ η εκδήλωση δερματικής μεταστατικής νόσου θεωρείται λίαν ασυνήθιστη και αναφέρεται σχετικά σπάνια στη βιβλιογραφία. Επιπλέον η ανατομική θέση όπου εμφανίστηκε η δερματική μετάσταση στον ασθενή μας δηλαδή στην αριστερή κροταφική χώρα είναι εξαιρετικά ασυνήθιστη.

287. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΥΣ ΟΓΚΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Ν. Χολής¹, Ε. Βογιατζή¹, Κ. Λιόση¹, Σ. Φαραγιώργου², Κ. Μπαλλάσης¹, Ν. Τσουκαλάς¹, Χ. Χριστοφιλιάκης¹

¹Ογκολογικό Τμήμα, 401 ΓΣΝΑ, Αθήνα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, 401 ΓΣΝΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με νευροενδοκρινές καρκίνωμα παγκρέατος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας 79 ετών παρουσίασε αδυναμία, καταβολή και σταδιακή μείωση του σωματικού του βάρους. Από την κλινική εξέταση προέκυψε ήπια ψηλαφητό με ομαλή παρυφή χωρίς λοιπά παθολογικά ευρήματα. Υπεβλήθη σε απεικονιστικό και ενδοσκοπικό έλεγχο που κατέδειξε μάζα στην κεφαλή του παγκρέατος με πολλαπλές δευτεροπαθείς ηπιακές εντοπίσεις καθώς και στένωση του κοινού χοληδόχου πόρου. Η βιοψία ήπατος που ακολούθησε ανέδειξε νευροενδοκρινές καλώς διαφοροποιημένο καρκίνωμα παγκρέατος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκαν χρωμογρανίνη Α >1100 ng/ml (φ. τ. 19,4-98,1 ng/ml), 5-HIAA ούρων =27 mg/24 h (φ. τ. 2-9 mg/24 h) και υψηλές τιμές ολικής χολερυθρίνης. Το σπινθηρογράφημα υποδοχών σωματοστατίνης (Octreoscan) ήταν ενδεικτικό της ύπαρξης υποδοχών σωματοστατίνης στην περιοχή της κεφαλής του παγκρέατος και στο ήπαρ. Αποφασίστηκε έναρξη θεραπείας με tb everolimus 10 mg 1×1 το οποίο είναι ένας αναστολέας του mTOR και τοποθέτηση stent στον κοινό χοληδόχο πόρο λόγω εμφάνισης αποφρακτικού ίκτερου. Τέσσερις μήνες μετά ο ασθενής παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής του εικόνας με περαιτέρω μείωση του σωματικού του βάρους, αδυναμία, εύκολη κόπωση, ανορεξία, δυσγευσία και διάρροια. Ακολούθησε προσωρινή διακοπή της θεραπείας για λίγες μέρες. Μετά την υποχώρηση των οξέων συμπτωμάτων ο ασθενής ξεκίνησε πάλι τη θεραπεία με τον αναστολέα του mTOR και με ταυτόχρονη χορήγηση αναλόγων σωματοστατίνης με στόχο τη βελτίωση των συμπτωμάτων που οφείλονται στην εκκριτική δραστηριότητα του όγκου. Ένα μήνα αργότερα σημειώνεται σημαντική βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενή με σαφή υποχώρηση των ενόχλημάτων. Επίσης υπήρχε σημαντικότερη βιοχημική αναπώριση της νόσου με σχεδόν >50% μείωση τόσο της χρωμογρανίνης Α όσο και του 5-HIAA στα ούρα 24ώρου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ενδιαφέρον στη συγκεκριμένη περίπτωση έγκειται στην καταγραφή και μελέτη ενός σχετικά σπάνιου όγκου. Οι ενδοκρινικοί όγκοι του παγκρέατος είναι σπάνιοι με συχνότητα μικρότερη από 1/100.000 πληθυσμού ανά έτος. Λόγω της έκκρισης σεροτονίνης από τα κύτταρα του όγκου συμπτώματα όπως εξάψεις, διάρροια και κοιλιακό άλγος εμφανίζονται συχνά στους λειτουργικούς νευροενδοκρινείς όγκους. Η χορήγηση αναλόγων σωματοστατίνης βοηθά στον έλεγχο των παραπάνω συμπτωμάτων όπως και στην περίπτωση μας όπου με τη χρήση τους καταφέραμε να πετύχουμε βελτίωση στην ποιότητα ζωής του ασθενή μας. Επίσης στη μεταστατική νόσο έχουν ένδειξη οι αναστολέες του mTOR.

288. ΝΕΦΡΙΤΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κ. Λιόση¹, Ν. Χολής¹, Χ. Μπιτσιή¹, Α. Σχοινιάς², Κ. Μπαλλάσης¹, Ν. Τσουκαλάς¹, Χ. Χριστοφιλιάκης¹

¹Ογκολογικό Τμήμα, 401 ΓΣΝΑ, ²Νεφρολογικό Τμήμα, 401 ΓΣΝΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή ασθενούς με σπειραματονεφρίτιδα μεταλοιμώδους αιτιολογίας και κλινική εικόνα νεφριτιδικού συνδρόμου μετά από τοποθέτηση port-a-cath.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Γυναίκα 49 ετών πάσχουσα από χειρουργηθέν καρκίνο παχέος εντέρου σταδίου C2 κατά Astler-Coller λαμβάνει επικοινωνική ΧΜΘ (eloxatin, leucovorin, fluorogracil). Στην τρίτη συνεδρία τοποθετήθηκε port-a-cath στην ασθενή και ακολούθησε χορήγηση της ΧΜΘ. Δύο ημέρες μετά η ασθενής παρουσίασε υψηλό πυρετό με ρίγος και σημεία κυτταρίτιδας στο σημείο του port-a-cath (έντονη ερυθρότητα, άλγος, οίδημα). Ελήφθησαν αιμοκαλιέργειες από το σημείο αλλά και περιφερικά και κατόπιν τέθηκε σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή. Πραγματοποιήθηκε υπερηχογράφημα τράχηλου όπου ανευρέθηκε θρόμβωση (δε) έσω σφραγίδας με επέκταση στην ανώμου φλέβα. Από τα αποτελέσματα των αιμοκαλιεργειών απομονώθηκε staphylococcus aureus. Χορηγήθηκε ενδοφλεβίως αντιβίωση με τεικοπλανίνη, πιπερακιλλίνη-ταζομπτακίμη, αντιπηκτική αγωγή και αποφασίστηκε η αφαίρεση του port-a-cath. Ακολούθησε σαφής βελτίωση της κλινικής εικόνας της ασθενούς. Όμως κατά την 14^η ημέρα νοσηλείας η ασθενής εμφάνισε γενικευμένο οίδημα άνω και κάτω ακρών με ταυτόχρονη εκδήλωση ολιγουρίας, λευκωματουρίας, υπέρτασης και αιματοουρίας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκαν αλβουμίνη 2.3, φυσιολογικές τιμές κρεατινίνης και ουρίας, ενώ η ακτινογραφία θώρακος αποκάλυψε μικρή πλευριτική συλλογή άμφω. Επίσης διερευνήθηκε τρίπλεξ καρδιάς και διοισοφάγιο υπερηχογράφημα για αποκλεισμό πιθανούς λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Μετά την πάροδο 4 ημερών η ασθενής εμφάνισε ανουρία, πυρετό, αύξηση της ΑΠ (150/90 mm Hg) και αύξηση της τιμής της κρεατινίνης. Το υπερηχογράφημα νεφρών κατέδειξε οίδημα του νεφρικού παρεγχύματος χωρίς λοιπά παθολογικά ευρήματα. Αποφασίστηκε η χορήγηση διουρητικής αγωγής φουροσεμιδίδης με αποτέλεσμα τη σταδιακή αλλά πλήρη αποκατάσταση της νεφρικής της λειτουργίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ενδιαφέρον στη συγκεκριμένη περίπτωση έγκειται στην εμφάνιση σήψης εντός μικρού χρονικού διαστήματος μετά την τοποθέτηση του port-a-cath. Η εκδήλωση ONA σε περιπτώσεις σήψης ανέρχεται στο 9-40% και επιβαρύνει σημαντικά την πρόγνωση. Η θεραπεία του νεφριτιδικού συνδρόμου σχετίζεται με την αιτία που το προκάλεσε. Οι περισσότερες περιπτώσεις νεφριτιδικού συνδρόμου αντιμετωπίζονται με ένα σχήμα ανοσοκατασταλτικής θεραπείας που περιλαμβάνει κορτικοειδή, κυτταροστατικά και πλάσμαφαίρεση. Σε μεταλοιμώδεις καταστάσεις απαιτείται κατάλληλη αντιμικροβιακή θεραπεία.

289. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ**290. ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ - ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**Δ. Αντώνογλου¹, Γ. Αντώνογλου²¹MSc, MBA Οικονομολόγος Υγείας, ²Φοιτητής Ιατρικής

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Η ύπαρξη κρουσμάτων διαφθοράς είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, που αντιμετωπίζει σήμερα ο χώρος της υγείας. Στην παρούσα αυτή μελέταμε την παραοικονομία στις πληρωμές των ιατρών, οδηγώντας μας σε «εγκληματικά» αποτελέσματα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Προκείμενου να ερευνήσουμε, αναλύσουμε και να αποδείξουμε έμπρακτα τα ανωτέρω προχωρήσαμε σε δεύτερη δειγματοληπτική έρευνα με τη βοήθεια δομημένου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο επαναμοιράστηκε σε 3100 άτομα στην πόλη της Θεσσαλονίκης περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με πρόσθετες πληρωμές, μη έκδοση αποδείξεων κ.τ.λ.. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με τη βοήθεια του Excel και παρουσιάζονται σε απεικονιστικά διαγράμματα και συγκρίνονται με αποτελέσματα προγενέστερης μελέτης. Για το θεωρητικό – επεξηγηματικό μέρος της παρουσίασης χρησιμοποιήθηκε σχετική βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο δείγμα μας το 48% (1488 άτομα) των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες, ενώ το 74% (2294 ερωτηθέντες) αντιστοιχεί στην ηλικιακή ομάδα 25-44 ετών, 11% (341 άτομα) στην ηλικιακή ομάδα 45-60 ετών και το 13% (403 άτομα) των ερωτηθέντων είναι άνω των 60 ετών. Το 24% (744 άτομα) των επισκεπτών σε ιδιωτικά ιατρεία δεν τους δόθηκε απόδειξη, ούτε και αναφέρθηκε το κόστος της επίσκεψης με απόδειξη. Το 39% (1209 άτομα) των νοσηλευθέντων σε δημόσια νοσοκομεία δήλωσαν τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή προς γιατρούς, η οποία σε κάποιες περιπτώσεις χαρακτηρίστηκε ως «φακελάκι» και σε άλλες ως «φιλοδώρημα».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παραοικονομία στον χώρο της υγείας αυξάνεται συνεχώς απ' ότι συμπεραίνετε με δεύτερη έρευνα. Το κατατεταμένο και παθολόγο Εθνικό Σύστημα Υγείας ολοένα διαφθείρεται και επηρεάζεται από τις παράνομες πρόσθετες αμοιβές. Κατά τα παραπάνω αναγκαίος είναι ο αποτελεσματικός έλεγχος, της παραοικονομίας και της διαφθοράς που θα είχε ως συνέπεια τη μείωση του δημοσίου ελλείμματος.

291. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε. Αθανασοπούλου, Ε. Αδάμου, Α. Αθανασίου, Σ. Λιάτης

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη των χαρακτηριστικών και του κόστους παρακλινικού ελέγχου των ασθενών που προσήλθαν σε γενική εφημερία της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής στο ΓΝΑ «Λαϊκό» κατά την περίοδο Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου 2012 και που δεν εισήχθησαν στο νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Από τα βιβλία των επειγόντων περιστατικών της κλινικής συλλέχθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα ασθενών που προσήλθαν στη γενική εφημερία, οι οποίοι δε χρειάστηκε τελικά να εισαχθούν. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η αιτία προσέλευσης, η κλινική εικόνα και η αντιμετώπιση. Αναζητήθηκαν οι αιματολογικές/βιοχημικές εξετάσεις από το ηλεκτρονικό σύστημα του νοσοκομείου και οι απεικονιστικές εξετάσεις από το αρχείο του ακτινολογικού τμήματος. Ακολούθως τα παραπάνω δεδομένα αναλύθηκαν στατιστικά ανάλογα με τα επιμέρους χαρακτηριστικά των ασθενών. Το κόστος των εξετάσεων υπολογίστηκε με βάση τις τιμές του ΕΟΠΥΥ. Δεν συνυπολογίστηκε το κόστος των υλικών που χρησιμοποιήθηκαν για τη διεξαγωγή των εξετάσεων (σύριγγες, δοχεία συλλογής, γάντια, βαμβάκι κλπ), το κόστος που αναλογεί στην εργασία του προσωπικού και το κόστος τυχόν χορηγηθέντων φαρμάκων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν 346 άτομα (μέσης ηλικίας 51.3±20.7, 41.9% άνδρες). Από το σύνολο των ασθενών, οι 56 (16.2%) ήταν αλλοδαποί. Οι 236 ασθενείς (68.2% υποβλήθηκαν σε αιματολογικό ή/και βιοχημικό έλεγχο (μέσο κόστος 41.9±39.4€), ενώ 163 (47.1%) υποβλήθηκαν σε ακτινολογικό έλεγχο (μέσο κόστος 9.5±13.3€). Ο καθοριστικότερος παράγοντας για τη διαμόρφωση του κόστους ήταν η διενέργεια πιο δαπανηρών εξετάσεων (πχ. τροπονίνη ορού και υπερηχογραφήματα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε συνθήκες γενικής εφημερίας υπάρχει σημαντική οικονομική επιβάρυνση του νοσοκομείου από περιστατικά, που στην πλειοψηφία τους αφορούν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η γενική εφημερία του νοσοκομείου εκτελεί σε κάποιο βαθμό χρέη πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιδιαίτερα για συγκεκριμένες κατηγορίες πληθυσμού.

292. Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣΕ. Στόκου¹, Α. Βοζίκη², Γ. Χονδροκούκης³¹Υποψήφια διδάκτωρ, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Επίκουρος Καθηγήτριας, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης Πανεπιστημίου Πειραιά, ³Καθηγήτριας, Τμήμα Βιομηχανικής Διοίκησης και Τεχνολογίας Πανεπιστημίου Πειραιά

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα κέντρα υγείας της Ελλάδας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η συλλογή πληροφοριών μέσω ερωτηματολογίων από 188 διευθυντές (93% ποσοστό ανταπόκρισης) και 193 διοικητικούς υπαλλήλους (96% ποσοστό ανταπόκρισης) από το σύνολο των 202 κέντρων υγείας της Ελλάδας. Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε από τον Ιούνιο του 2011 έως το Μάιο του 2012. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS και χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι Pearson χ^2 test, Kolmogorov-Smirnov test, t-test, Mann-Whitney test με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 73% των διευθυντών δήλωσε ότι οι ασθενείς συμμορφώνονται με τη συμμετοχή στο κόστος, αλλά το 41.5% των διοικητικών υπαλλήλων σημείωσε τη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στο κέντρο υγείας. Οι διευθυντές επεσήμαναν ότι η πληρωμή εξετάσεων έχει συμβάλει στη συνειδητοποίηση του κόστους των υπηρεσιών από τους ασθενείς και τους υπαλλήλους (66.3%), όμως οι εισπράξεις δεν καλύπτουν τα τρέχοντα έξοδα των κέντρων υγείας (81.5%) και δεν προάγεται η αποτελεσματικότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας (80%). Το 61% των διευθυντών χαρακτήρισε θετικό το μέτρο της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, ενώ το 80% υποστηρίζει την αναγκαιότητα οικονομικής αυτονομίας των κέντρων υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος έχει συμβάλει στην εισοδηματική απόδοση των μονάδων υγείας και στη συνειδητοποίηση της δαπάνης από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Δεν εξασφαλίζει όμως την οικονομική και διοικητική βιωσιμότητα των κέντρων υγείας.

293. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΩΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΚΑΡΙΑ

I. Μπαρδάνης

ΩΡΛ Τμήμα, ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Επειδή πολλά γράφονται και συζητούνται σχετικά με την επίδραση της οικονομικής κρίσης και των περικοπών που αυτή συνεπάγεται στην υγεία σκεφτήκαμε να διερευνήσουμε τις ενδεχόμενες συνέπειες της στην επίπτωση των ωτολογικών παθήσεων παιδιών προσχολικής ηλικίας στην Ικαρία. Η συγκεκριμένη ηλικία ενδείκνυται για διερεύνηση της επίδρασης εξωτερικών παραγόντων επί της επίπτωσης ωτολογικών παθήσεων, λόγω της αυξημένης τους συχνότητας σε αυτή την ηλικία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Την άνοιξη του 2012 επισκεφθήκαμε τα νηπιαγωγεία του Αγίου Κηρύκου Ικαρίας και προβήκαμε σε μαζικό προληπτικό έλεγχο των παιδιών με ωτοσκόπηση και ακουομετρία ακουστικής αντιστάσεως. Συγκρίναμε τα αποτελέσματα με τα ήδη διαθέσιμα αντίστοιχα στοιχεία του 2000 και του 2004.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συγκρίναμε την παρουσία αθροιστικά κάποιων ωτολογικών πάθησης, και επιμέρους της δυσλειτουργίας ευσταχιανής σάλπιγγας, της μέσης ωτίτιδας με υγρό και της παρουσίας βύσματος κυψελίδας (συνχόντερες παθήσεις) μεταξύ των ετών αφενός 2000 (1ο έτος της χιλιετίας) και 2012, αφετέρου 2004 (μέγιστος ρυθμός ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας) και 2012 εφαρμόζοντας τη στατιστική δοκιμασία χ^2 σε επιμέρους τετράπτυχους πίνακες. Όλες οι δοκιμασίες απέδωσαν μη στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, εκτός από τη σύγκριση της επίπτωσης αθροιστικά των ωτολογικών παθήσεων μεταξύ των ετών 2000 και 2012, όπου φαίνεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($P < 0,001$) μεγαλύτερη επίπτωση το 2000 σε σχέση με το 2012, και μάλιστα με εφαρμογή της διόρθωσης κατά Yates.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τουλάχιστον προς το παρόν και στη συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή η οικονομική κρίση δείχνει να μην έχει επηρεάσει τον εν λόγω τομέα της υγείας του πληθυσμού.

294. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ (NHS) ΩΣ ΠΡΩΤΟ-ΠΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Δ. Αντώνογλου¹, Γ. Αντώνογλου²

¹MSc, MBA Οικονομολόγος Υγείας, ²Φοιτητής Ιατρικής

ΣΚΟΠΟΣ: Στα πλαίσια της παρουσιάσεως θα γίνει μία προσπάθεια να καταγραφεί και να αναλυθεί το «Σύστημα Υγείας» που επικρατεί στη χώρα της Μεγάλης Βρετανίας. Αρχικά θα αναφερθούν μερικά γενικά στοιχεία τα οποία αφορούν τη Μεγάλη Βρετανία, όπως το πολίτευμα και ο τρόπος διακυβέρνησης, οι πηγές του εθνικού εισοδήματος της χώρας, η οικονομία και η φορολογία. Έπειτα, γίνεται αναφορά σε κάποια γενικά και ιστορικά σημεία του συστήματος υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, στη δομή που έχει το σύστημα υγείας, καθώς και στη μεταρρύθμιση που έγινε το 1991. Επίσης, αναλύεται το σύστημα υγείας που επικρατεί πλέον στη χώρα. Τέλος, αναλύονται χωριστά οι τέσσερις χώρες που απαρτίζουν το Ηνωμένο Βασίλειο της Μεγάλης Βρετανίας και είναι η Αγγλία, η Σκωτία, η Ουαλία και η Βόρεια Ιρλανδία, καθώς και τι ακριβώς ισχύει όσον αφορά το σύστημα υγείας σε κάθε μία από αυτές. Κλείνοντας την εργασία παραθέτονται κάποια συμπεράσματα, τα οποία βγήκαν κατά τη διάρκεια της αναζήτησης και καταγραφής των στοιχείων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την εργασία μας χρησιμοποιήθηκε βιβλιογραφία ελληνική και ξένη προερχόμενη κυρίως από το διαδίκτυο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) είναι ένα εθνικό σύστημα που χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Αποτελεί σήμερα πηγή αυξημένου διεθνούς ενδιαφέροντος για το χαμηλό του κόστος, την καλή του οργάνωση και την αποτελεσματικότητά του, συχνά δε θεωρείται ως παράδειγμα προς μίμηση και για άλλα κράτη.

295. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΠΟΠΛΗΡΩΜΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Δ. Αντώνογλου¹, Γ. Αντώνογλου², Ε. Χρυσοπούλου³

¹MBA, MSc Οικονομολόγος Υγείας, ²Φοιτητής Ιατρικής, ³MSc Νοσηλεύτρια ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Οι χώρες οι οποίες επλήγησαν περισσότερο από τα προγράμματα λιτότητας στην Ευρώπη είναι η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία, η Ρουμανία, η Ισπανία και η Τουρκία. Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα υπήρξαν ανακοινώσεις πως θα υπάρξουν δομικές και ομοιομορφικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα του Φαρμακείου. Οι υπόλοιπες χώρες έχουν επίσης λάβει μέτρα για περιορίσουν τη φαρμακευτική τους δαπάνη αλλά θα υπάρξουν επιπλέον μέτρα που αναμένεται να παρθούν στο μέλλον. Σε κάποιες χώρες, όπως το Βέλγιο, έχει φανεί πως το αποτέλεσμα των μέτρων για τη συγκράτηση του κόστους της δαπάνης είναι μικρότερο από τη στιγμή που το σύστημα άλλαξε δίνοντας στο Φαρμακοποιοί ποσοστό επί της πώλησης και αμοιβή επί των υπηρεσιών που παρέχει. Σε άλλες χώρες, όπως η Ιταλία, έχουν ήδη ξεκινήσει διαπραγματεύσεις με τις κυβερνήσεις για την αλλαγή του συστήματος αμοιβής του Φαρμακοποιοί. Το δίκτυο των φαρμακείων στην Ελλάδα είναι πλέον ομοιομορφα καταμετρημένο δίκτυο Φαρμακείων ανά κατοίκους στην Ευρώπη, στη χώρα με το πλέον δύσμορφο γεωγραφικό ανάγλυφο τόσο στην ηπειρωτική όσο και στη νησιωτική επικράτεια, σύμφωνα με έρευνα του Muy Illustre Colegio Oficial de Farmaceuticos de Valencia, 2010. Ήδη υπάρχουν πολλά όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα που απεικονίζει τον αριθμό των φαρμακείων ανά κάτοικο σε χώρες της ΕΕ.

ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

ΕΛΛΑΔΑ	1185,
ΒΕΛΓΙΟ	2088,
ΙΣΠΑΝΙΑ	2176,
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	2803,
ΓΑΛΛΙΑ	2849,
ΙΤΑΛΙΑ	3374,
ΠΟΛΩΝΙΑ	3586,
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	3796,
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	3827,
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	4162,
ΤΣΕΧΙΑ	4462,
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	5738,
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	6600,
ΑΥΣΤΡΙΑ	6776,
ΕΛΒΕΤΙΑ	10483,
ΔΑΝΙΑ	17332,

296. ΘΑΝΑΤΟΣ ΤΟ ΣΑΒΒΑΤΟΚΥΡΙΑΚΟ: ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΠΡΩΤΟΥ ΤΡΙΗΜΕΡΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Δ. Χρύσης¹, I. Καραφωτιάς, Μ. Γιακουμής, Η. Μπάλλα, Γ. Μηναστή, Μ. Γεωργησογιαννάκου, I. Grossi, Α. Παπακυριακού, Κ. Χριστόπουλος

ΓΝ Μελισσίων «Α. Φλέμιγκ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της συσχέτισης μεταξύ ημέρας εισαγωγής στο νοσοκομείο και θνητότητας ασθενών με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από μια ψηφιακή βάση δεδομένων αναλύθηκαν οι εισαγωγές σε ένα Παθολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου στη διάρκεια μιας 10ετίας. Εντοπίστηκαν 920 ασθενείς με διάγνωση «Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο» (ΑΕΕ) από τους οποίους μελετήθηκαν οι 721 (414 γυναίκες-307 άνδρες, μέση ηλικία 78 έτη) αφού εξαιρέθηκαν οι περιπτώσεις όπου δεν υπήρχαν πλήρη στοιχεία και εκείνες με διάγνωση «παροδικό ΑΕΕ». Πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολυπαραμετρικής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το θάνατο και ανεξάρτητες μεταβλητές την ηλικία, το φύλο και την ημέρα εισαγωγής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συνολική ενδονοσοκομειακή θνητότητα των ασθενών με ΑΕΕ ήταν 18,5% με το 37,3% των θανάτων να σημειώνονται εντός του πρώτου τριημέρου από την εισαγωγή. Η θνητότητα του πρώτου τριημέρου για τους ασθενείς που εισήχθησαν την Παρασκευή ήταν 13,3% ενώ η αντίστοιχη των ασθενών που εισήχθησαν τις υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας ήταν 6,9%. Μετά από διόρθωση για ηλικία και φύλο η διαφορά παρέμεινε στατιστικά σημαντική ($p=0.0062$) με λόγο πιθανοτήτων (OR, odds ratio) 2,43 και 95% όρια αξιοπιστίας (CI) 1,29-4,57. Η συνολική ενδονοσοκομειακή θνητότητα των ΑΕΕ που εισήχθησαν την Παρασκευή ήταν επίσης σημαντικά μεγαλύτερη ($p=0.033$) σε σύγκριση με αυτή των υπόλοιπων ημερών (OR: 1,63, 95% CI: 1,02-2,59).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Εάν, όπως είναι πιθανό, η βαρύτητα των ΑΕΕ που εισάγονται την Παρασκευή δεν διαφέρει από αυτήν των υπόλοιπων ημερών, η αυξημένη θνητότητα των πρώτων είναι πιθανό να οφείλεται στην υποστολέχωση του νοσοκομείου κατά το Σαββατοκύριακο. Τα παραπάνω ευρήματα χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης και θα πρέπει να εκτιμηθούν κατά το σχεδιασμό των προγραμμάτων εφημέρευσης

297. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

299. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΕΞΥ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΛΟΙΠΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

Δ. Πηγής¹, Α. Βοζίκης²¹Α΄ Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»,
²Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

Η επιλογή ειδικότητας από τους πτυχιούχους ιατρικής είναι μία σύνθετη, πολυ-παραγοντική διαδικασία, στην οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο διάφοροι προσωπικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των κριτηρίων επιλογής της ειδικότητας της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής από ειδικευόμενους ιατρούς σε σύγκριση με τα κριτήρια επιλογής ειδικότητας ιατρών άλλων ειδικοτήτων, καθώς και η ανίχνευση της επίδρασης διαφόρων παραγόντων σε αυτήν την επιλογή.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την πραγματοποίηση της έρευνας δημιουργήθηκε κατάλληλο αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου που αφορούσαν διάφορους παράγοντες που συσχετίζονται με την τελική επιλογή ιατρικής ειδικότητας και παράλληλα αναδείκνυαν το γενικότερο προφίλ των ιατρών της κάθε ιατρικής ειδικότητας. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πακέτο για κοινωνικές επιστήμες SPSS 13.00 (Statistical Package for Social Sciences).

ΥΛΙΚΟ: Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν οι απαντήσεις τυχαίου δείγματος 368 Ελλήνων ειδικευόμενων ιατρών (165 Γενικής Ιατρικής και 203 άλλων ειδικοτήτων).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τη μελέτη προέκυψε, ότι η πλειονότητα των ιατρών επιλέγουν την ειδικότητα δίνοντας προτεραιότητα στο ενδιαφέρον για το επιστημονικό αντικείμενο και στην ιεραρχία των κριτηρίων ακολουθούν η καλή επαγγελματική προοπτική και η επαφή με τον ασθενή. Ειδικότερα, όμως, στους γενικούς ιατρούς φαίνεται ότι ο κυριότερος λόγος είναι η καλή και άμεση επαγγελματική προοπτική. Τέλος, σε σύγκριση με τα αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών στο εξωτερικό, παρουσιάζεται σημαντική διαφοροποίηση ως προς τα κριτήρια επιλογής της ιατρικής ειδικότητας από τους Έλληνες Ιατρούς.

298. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

300. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΕΣΥ: ΤΑΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Ε. Σίμου, Ε. Καραμαγκιώλη, Α. Ρουμελιώτη

ΕΣΔΥ

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του ιατρικού προσωπικού του ΕΣΥ υπό το πρίσμα της υφιστάμενης δημοσιονομικής κρίσης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα που αναλύονται συλλεχθήκαν κατά το 1^ο τρίμηνο του 2011 μέσω του διαδικτυακού πληροφοριακού συστήματος του Υγειονομικού Χάρτη και αναφέρονται σε δεδομένα του έτους 2010. Αφορούν το ιατρικό προσωπικό που απασχολείται στα 134 νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα 202 κέντρα υγείας (ΚΥ) και τα εποπτευόμενα από αυτά περιφερειακά ιατρεία (ΠΙ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των 25.665 ιατρών του ΕΣΥ, το 43,5% υπηρετούν σε οργανικές θέσεις, το 38,6% είναι ειδικευόμενοι, το 6,4% αγροτικοί ιατροί και το 3,6% επικουρικοί ιατροί.

Σε επίπεδο δομών η υψηλότερη συγκέντρωση του ιατρικού προσωπικού παρουσιάζεται στα Νοσοκομεία (85,8%). Στα ΚΥ το ποσοστό του ιατρικού προσωπικού είναι στο 7,6% και στα ΠΙ στο 6,6%.

Παρατηρείται έντονη ανισομερής γεωγραφική κατανομή τόσο επί του συνόλου των θέσεων όσο και των διαφόρων επιμέρους κλάδων και κατηγοριών του συνολικού ιατρικού προσωπικού του ΕΣΥ. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση ιατρών εμφανίζεται στην περιφέρεια της πρωτεύουσας (38,5%) και η μικρότερη στη νησί του Ιονίου (1,6%).

Σχετικά με την κατανομή του ιατρικού προσωπικού στις επιμέρους ειδικότητες, το 9,4% των υπηρετούντων γιατρών είναι Παθολόγοι, το 7% είναι Γενικοί Χειρουργοί, το 6,3% είναι Μικροβιολόγοι, το 6,2% είναι Παιδίατροι και το 5,9% Γενικοί Γιατροί.

Η μέση ηλικία του μόνιμου ιατρικού προσωπικού είναι υψηλή. Ο κύριος όγκος του ιατρικού προσωπικού κατανέμεται στις ηλικίες 55-59 ετών, όπου η ποσοστιαία κατανομή ανέρχεται σε 49% επί του συνόλου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υφιστάμενη δημοσιονομική κρίση υπαγορεύει την ορθολογική διαχείριση του υφιστάμενου ιατρικού προσωπικού λαμβάνοντας υπ' όψιν γεωγραφικά, πληθυσμιακά, επιδημιολογικά και δημογραφικά κριτήρια.

301. ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ “ON LINE” ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΑΣΚΟΠΩΝ ΕΚΤΥΠΩΣΕΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΦΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Π. Βασιλείου, Η. Κάσσο, Ξ. Αγγελής, Σ. Βριζίδου, Μ. Σακαλίδου, Γ. Τριανταφυλλίδου, Ε. Μπαγιαζίδου, Ι. Κασκαρέλης

Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΓΝ «Ασκληπείο» Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Να υπολογιστεί ο περιορισμός των εκτυπώσεων που προκύπτει από την κατάρτιση και διαδικτυακή αποθήκευση των προγραμμάτων εφημέρευσης των ιατρών του τμήματος και την εκτύπωση μόνο των απολύτως απαραίτητων και επισήμως υποβαλλομένων στη Διοίκηση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο Διευθυντής του τμήματος ο οποίος κατάρτιζε το πρόγραμμα εφημέρευσης των ειδικευμένων και ειδικευόμενων ιατρών του τμήματος, δημιούργησε λογαριασμό σε συγκεκριμένο πάροχο δωρεάν ψηφιακών υπηρεσιών. Δόθηκαν δικαιώματα ανάγνωσης του ψηφιακού εγγράφου σε όσους από τους ιατρούς (9 άτομα επί συνόλου 20 εφημερευόντων) είχαν ή ήθελαν να δημιουργήσουν ανάλογους λογαριασμούς στον ίδιο πάροχο. Οι υπόλοιποι ιατροί (11 άτομα) δήλωσαν ότι προτιμούν να τους διανεμείται έντυπο πρόγραμμα κάθε φορά που πραγματοποιούνται αλλαγές.

Καταμετρήθηκαν 61 αλλαγές προγράμματος κατά τη διάρκεια του 2012 (επιπλέον των 12 αρχικών μηνιαίων).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο αριθμός των σελίδων που εκτυπώθηκαν για υποβολή στη διοίκηση (σελίδες 219), για ανάρτηση στους πίνακες ανακοινώσεων του τμήματος (σελίδες 146) και για διανομή στους ιατρούς που επιμωμούσαν έντυπο πρόγραμμα (σελίδες 803).

Υπολογίστηκαν με αναγωγή ότι αν γινόταν εκτυπώσεις για το σύνολο των εφημερευόντων θα χρειαζόνταν επιπλέον 657 σελίδες.

Υπήρξε ανάλογη μείωση του καταναλωθέντος μελανιού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την αξιοποίηση της παραπάνω υπηρεσίας το τμήμα περιόρισε τις εκτυπώσεις σελίδες από 1825 σε 1168. Η αξιοποίηση της εν λόγω εφαρμογής επέφερε μείωση των εκτυπώσεων χωρίς να απαιτεί πρόσθετη εργασία ή εξοπλισμό.

Υπήρξε σχετική απροθυμία συμμετοχής του ιατρικού προσωπικού σε εκσυγχρονισμένες μορφές επικοινωνίας.

Η εφαρμογή προσφέρει άμεση ενημέρωση και βοηθάει στην εξοικείωση των ιατρών στην ψηφιακή τεχνολογία με κατεύθυνση της μελλοντικής αξιοποίησης ανάλογων εφαρμογών ολοκληρωμένης νοσοκομειακής ψηφιακής πλατφόρμας.

302. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΚΥΦΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΜΕ ΜΠΑΛΟΝΑΚΙ

Α. Παπαδόπουλος, Μ. Πατάς

Ολύμπιο Θεραπευτήριο Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της κυφοπλαστικής με μπαλονάκι στην αντιμετώπιση των πρόσφατων οστεοπορωτικών καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τον Μάρτιο του 2006 έως τον Μάρτιο του 2012, 285 ασθενείς του έπασχαν από πρόσφατα οστεοπορωτικά κατάγματα της οσφυϊκής και θωρακικής μοίρας της Σπονδυλικής Στήλης αντιμετώπισθηκαν από τη χειρουργική ομάδα μας με τη μέθοδο της κυφοπλαστικής με μπαλονάκι. Πρόκειται για 78 άνδρες και 207 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 78 έτη. Οι ασθενείς εξετάστηκαν προεγχειρητικά και κατά τη διάρκεια των μετεγχειρητικών επισκέψεων με απεικονιστικό έλεγχο και κλινική αξιολόγηση. Ο βαθμός του πόνου καταγράφηκε μέσω της κλίμακας VAS ενώ για τη λειτουργικότητα των ασθενών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Oswestry. Επιπλέον, μετρήθηκαν τα ύψη της πρόσθιας και μέσης κολόνας των σπονδυλικών σωματίων καθώς και η προκύπτουσα γωνία κύφωσης. Σε όλες τις περιπτώσεις ο προεγχειρητικός βαθμός του πόνου ήταν μεγαλύτερος από 60% ενώ το πρόσφατο του κατάγματος τεκμηριώθηκε με MRI ή CT. Ανάλογα με τον αριθμό των προσβεβλημένων σπονδύλων κάθε ασθενής υπεβλήθη σε κυφοπλαστική ενός ή περισσότερων σπονδύλων (1 έως 6 σπονδύλους, Μ.Ο. 2,3 σπόνδυλο ανά ασθενή). Η παρέμβαση γινόταν υπό γενική αναισθησία με τον ασθενή σε ύπτια θέση. Ο μέσος χρόνος κυφοπλαστικής για κάθε σπόνδυλο ήταν 15 λεπτά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μειζόντες επιπλοκές της μεθόδου δεν υπήρξαν στο σύνολο των ασθενών. Ανάταξη της σπονδυλικής παραμόρφωσης έγινε σε ποσοστό περίπου 70%. Όλοι οι ασθενείς μπόρεσαν και κινητοποιήθηκαν (βάση ή καθιστή θέση), χωρίς πόνο, μερικές ώρες μετά την επέμβαση. Ο χρόνος νοσηλείας ήταν 1-3 ημέρες (Μ.Ο. 1,2 ημέρες). Όλοι οι ασθενείς επέστρεψαν στις προ του κατάγματος δραστηριότητές τους μέσα στην 1η εβδομάδα από την επέμβαση. Κατά τις επανεξετάσεις (1,3,6,12 μήνες μετεγχειρητικά) δεν διαπιστώθηκε καθίζηση ή αποδιοργάνωση στους εν λόγω σπονδύλους (εκτός μιας περιπτώσης). 5% των ασθενών προσήλθαν μέσα σε 1 έτος με νέο οστεοπορωτικό κάταγμα σε άλλο σπόνδυλο. Ο Μ.Ο. βελτίωσης στο VAS score ήταν 55 mm, ενώ στο Oswestry score ήταν 52%. Ο Μ.Ο. ανάταξη του ύψους των σπονδυλικών σωματίων ήταν 1,5 mm ενώ η γωνία κύφωσης βελτιώθηκε κατά Μ.Ο. 1,6 μοίρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αντιμετώπιση των πρόσφατων οστεοπορωτικών καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης με κυφοπλαστική με μπαλονάκι αποτελεί μια γρήγορη και ασφαλή μέθοδο μέσω της οποίας επιτυγχάνεται η άμεση και ανώδυνη κινητοποίηση των ασθενών με απώτερο αποτέλεσμα τόσο την ανατομική και λειτουργική τους αποκατάσταση όσο και την αποφυγή επιπλοκών από την παρατεταμένη (λόγω του κατάγματος) κατάκλιση τους.

303. ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΣΕ ΑΥΧΕΝΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΟΣΦΥΙΟΣΧΙΑΛΓΙΑ – Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ 167 ΑΣΘΕΝΩΝ

Π. Κόκκαλης, Π. Ζωγόπουλος, Ν. Παπαγεωργίου, Γ. Τσάνης, Π. Παπανικολάου, Θ. Κυριακού

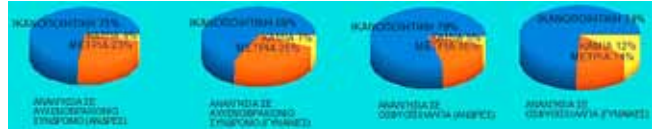
Νευροχειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζουμε σειρά 167 ασθενών της κλινικής μας, πάσχοντες από αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο ή οσφυοίσχιαλγία, με υποκείμενες αλλοιώσεις της σπονδυλικής στήλης (ΚΜΔ, εκφυλιστική σπονδυλοαρθροπάθεια κ.ά.) που αντιμετώπιστηκαν με συνεδρίες βελονισμού. Αναδεικνύουμε έτσι την αναλγητική δράση του βελονισμού στις συγκεκριμένες παθήσεις.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά, 167 ασθενείς, 66 με αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο και 101 με οσφυοίσχιαλγία υπεβλήθησαν σε συνεδρίες βελονισμού τα τελευταία 2 έτη στη νευροχειρουργική κλινική του νοσοκομείου μας (88 άνδρες, μέση ηλικία: 48,4 έτη & 79 γυναίκες, μέση ηλικία: 47,2 έτη). Όλοι οι ασθενείς είχαν υποκείμενη παθολογία της σπονδυλικής στήλης. Οι ασθενείς ανάλογα με την εντόπιση του άλγους υπεβλήθησαν σε 3-9 συνεδρίες βελονισμού. Η επίτευξη αναλγησίας αξιολογήθηκε με τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων (Oswestry Disability Index και οπτική αναλογική κλίμακα πόνου-VAS) πριν την πρώτη και μετά την τελευταία συνεδρία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο παρουσίασαν ικανοποιητική ύφεση του άλγους σε ποσοστό 73%(άνδρες) και 68%(γυναίκες) ενώ μέτρια αναπτόκριση στο 23%(άνδρες) και στο 25%(γυναίκες). Το 79% των ανδρών με οσφυοίσχιαλγία ανέφερε ικανοποιητική ή πλήρη ύφεση του άλγους και το 16% είχε μέτρια αναπτόκριση, ενώ οι γυναίκες ανέφεραν ικανοποιητική αναλγησία στο 74% και μέτρια στο 14%. Ο μέσος αριθμός συνεδριών ήταν 5,8 (≈14 ημέρες) για οσφυοίσχιαλγία και 6,7 (≈17 ημέρες) για αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο βελονισμός αποτελεί μια εναλλακτική και ασφαλή μέθοδο για την επίτευξη αναλγησίας σε ασθενείς με αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο ή οσφυοίσχιαλγία, με υποκείμενα προβλήματα της σπονδυλικής στήλης και η προσεκτική επιλογή των ασθενών αυτών, σε συνδυασμό με την εμπειρία του θεράποντος ιατρού-βελονιστή μπορεί να τους βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής.



304. ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ-ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΥΠΟΥ III κατά OESTERN και TSCHERNE

Π. Καραμπίνας, Α. Αλμπανί, Κ. Αδαμίδου-Λαμπροπούλου, Ι. Σταθόπουλος, Ι. Βλάμης

Γ΄ Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Εξαιτίας της σταθερότητας που προσφέρει η ανατομική επαλληλία της αρθρικής επιφάνειας της ποδοκνημικής άρθρωσης, των συνδέσμων και των τενόντων της περιοχής, υψηλής ενέργειας κακώσεις συνοδεύουν τα εξάρθραμα της ποδοκνημικής από κάταγμα των σφυρών ή της περόνης. Μετά την επείγουσα ανάταξη του, η χειρουργική αντιμετώπιση συμπεριλαμβάνει την εσωτερική ή εξωτερική σταθεροποίηση του κατάγματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Να παρουσιάσουμε σειρά περιστατικών ανοικτού κατάγματος-εξάρθραματος της ποδοκνημικής συνοδευόμενο από βαρείες κακώσεις μαλακών μορίων τα οποία και αντιμετώπισθηκαν με άμεση ανάταξη και σταθεροποίηση με δύο βελόνες Stainman διά της πτέρνας και της ποδοκνημικής άρθρωσης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 9 ασθενείς μέσου όρου ηλικίας 32 ετών (28-39) μετά από τραχίο ατύχημα με ανοικτό κάταγμα εξάρθραμα ποδοκνημικής (πδκ) άρθρωσης τύπου Gustilo 3β και χωρίς παθολογικά ευρήματα κατά τον αδρό νευρολογικό και αγγειολογικό έλεγχο. Σύμφωνα με την κατάταξη των Oestern και Tscherne οι κακώσεις των μαλακών μορίων χαρακτηρίστηκαν τύπου 3. Κατά τον ακτινολογικό έλεγχο παρατηρήθηκαν κάταγμα έσω σφυρού σε 4 ασθενείς, κάταγμα κάτω τριτημορίου περόνης, Weber C σε 3 ασθενείς και μεικτή βλάβη έσω σφυρού και περόνης σε 2 ασθενείς.

Στο χειρουργείο πραγματοποιήθηκαν χειρουργικός καθαρισμός των μαλακών μορίων και επανέλεγχος της νέυρωσης και αιμάτωσης της περιοχής. Εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε ανάταξη του εξάρθραματος-κατάγματος υπό C-arm και σταθεροποίηση της ποδοκνημικής άρθρωσης με δύο βελόνες Stainman διά της πτέρνας και της ποδοκνημικής άρθρωσης. Στον μετεγχειρητικό ακτινολογικό έλεγχο τα κατάγματα ήταν ανατεταγμένα σε αποδεκτή θέση και η επαλληλία της ποδοκνημικής άρθρωσης είχε διατηρηθεί.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς ακινητοποιήθηκε με γύψινο νάρθηκα και αποφόρτιση του σκέλους για 6 εβδομάδες και εν συνεχεία μετά την αφαίρεση των βελόνων με λειτουργικό νάρθηκα για διάστημα 4 εβδομάδων. Η πώρωση των καταγμάτων επιβεβαιώθηκε ακτινολογικά στις 8 και 12 εβδομάδες. Στην επανεξέταση ένα χρόνο μετά όλοι οι ασθενείς είχαν ικανοποιητικό εύρος κίνησης της πδκ άρθρωσης, ανώδυνο και με AOFAS 92/100. Σε μια περίπτωση παρατηρήθηκε ψευδάρθρωση της περόνης και αστάθεια της κνημοπερονιαίας συνδέσμου όπου και υποβλήθηκε ο ασθενής σε δεύτερο χειρουργείο αποκατάστασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνδεσμική αποκατάσταση και ιδιαίτερα η αποκατάσταση της κνημοπερονιαίας συνδέσμου σε περιπτώσεις ανοικτού εξάρθραματος της ποδοκνημικής άρθρωσης είναι απαραίτητη για τη σταθερότητα της άρθρωσης. Η σταθεροποίηση της άρθρωσης και του κατάγματος σε ανατομική θέση είναι απαραίτητη και μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση βελόνων Stainman σε περιπτώσεις βαρέων κακώσεων των μαλακών μορίων και δερματικού ελλείμματος.

307. ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΑΝΤΟΧΗΣ GRAM-ΘΕΤΙΚΩΝ ΚΟΚΚΩΝ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΩΝ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σ. Τσιπλάκου¹, Ι. Αποστολόπουλος², Ε. Κολυμπιανάκης²

¹Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ΚΑΤ», ²Ορθοπαιδική Κλινική ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετηθούν τα διαφορετικά είδη Gram-θετικών κόκκων που απομονώνονται από λοιμώξεις ορθοπαιδικών ασθενών, η συχνότητα απομόνωσης τους και η ευαισθησία τους στα αντιμικροβιακά εκλογής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διάρκεια μιας τετραετίας (2008 έως 2011) μελετήθηκαν 750 θετικές καλλιέργειες δειγμάτων ορθοπαιδικών ασθενών. Τα δείγματα περιελάμβαναν καλλιέργειες πύου από μαλακά μόρια, χειρουργικά τραύματα, κατάγματα, καλλιέργειες αρθρικού υγρού, εμφυτευμάτων αρθροπλαστικών και υλικών οστεοσύνθεσης. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας των παθογόνων έγιναν με το σύστημα Vitek 2 (Biomerieux) και με E-test (AB Biodisk).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι λοιμώξεις οφείλονταν σε Gram-θετικούς κόκκους σε ποσοστό 58%. Απομονώθηκαν 435 στελέχη που περιελάμβαναν 168 *S. epidermidis* (38%), 140 *S. aureus* (32%), 74 άλλους CoNS (17%), 26 *E. faecalis* (6%), 9 *E. faecium* (2%), 7 *S. pyogenes* (1,6%), 5 *S. agalactiae* (1,1%), 6 *S. constellatus* (1,3%). Το ποσοστό των MRSE ήταν 62,5% και των MRSA 31%. Η αντοχή των στελεχών *S. epidermidis* στην ερυθρομυκίνη, κλινδαμυκίνη, ριφαμυκίνη, σιπροφλοξασίνη, τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη και φουσιδικό οξύ ήταν 65%, 51%, 15%, 42%, 26% και 79% και του *S. aureus* ήταν 24%, 20%, 8%, 23%, 6% και 28% αντίστοιχα. Όλα τα στελέχη σταφυλοκόκκων ήταν ευαίσθητα στα γλυκοπεπτιδία, τη λινεζολιδη, την τιγκεκυκλίνη και τη δαπτομυκίνη. Η αντοχή του *E. faecalis* στην αμικικιλίνη, σιπροφλοξασίνη, λεβοφλοξασίνη και γενταμικίνη ήταν 50%, 42%, 35% και 54% αντίστοιχα, και η αντοχή του *E. faecium* ήταν 56%, 67%, 67% και 22%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα συχνότερα απομονούμενα Gram-θετικά μικρόβια από ορθοπαιδικές λοιμώξεις είναι οι κοαγκουλάση αρνητικοί σταφυλοκόκκοι και ο *S. aureus*. Το ποσοστό των ανθεκτικών στη μεθικιλίνη σταφυλοκόκκων είναι υψηλό και θεραπευτικές επιλογές για τις ορθοπαιδικές λοιμώξεις αποτελούν τα νεότερα αντιμικροβιακά φάρμακα.

308. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΑΛΓΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑΣ (S-M SUDECK) ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΠΙΘΕΜΑΤΩΝ ΚΑΦΑΪΚΙΝΗΣ 8%

Χ. Λυριτζής, Κ. Νάσης, Ν. Αναστασόπουλος

Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα επιθέματα καφαΐκινης (8%) χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου. Με τον όρο αντανάκλαστική συμπαθητική αλγοδυστροφία αναφερόμαστε στο σύνολο συμπτωμάτων που χαρακτηρίζονται από πόνο, αισθητικές διαταραχές, αλλοδυνία, μεταβολές της θερμοκρασίας, διαταραχές της παραγωγής του ιδρώτα, οίδημα και μεταβολές της χροιάς του δέρματος σε μια περιοχή του σώματος μετά από κάποιο ερέθισμα ή τραυματισμό. Για την αντιμετώπιση του χρησιμοποιούνται αντιφλεγμονώδη, κορτιζόνη, ανταγωνιστές ασβεστίου, καλσιτονίνη, διφωσφονικά, οπιοειδή, αντιεπιληπτικά και ψυχοαναλγητικά.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση αποτελεσμάτων χρήσης επιθέματων καφαΐκινης 8% στην αντιμετώπιση συνδρόμου αντανάκλαστικής συμπαθητικής αλγοδυστροφίας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Εφαρμόστηκαν επιθέματα καφαΐκινης σε 3 ασθενείς μετά από τη διάγνωση συνδρόμου αντανάκλαστικής συμπαθητικής αλγοδυστροφίας διαφορετικής αιτιολογίας και με διαφορετική εντόπιση. Η πρώτη ασθενής 58 ετών έπασχε από το σύνδρομο στον άκρο πόδα επί εδάφους νόσου Parkinson. Ο δεύτερος ασθενής 52 ετών έπασχε από το σύνδρομο στην ποδοκνημική και στον άκρο πόδα μετά από αμφισφύριο κάταγμα το οποίο αντιμετώπιστηκε συντηρητικά. Ο τρίτος ασθενής 51 ετών έπασχε από το ίδιο σύνδρομο στο γόνατο μετά από αρθροσκόπηση. Τοποθετήθηκαν επιθέματα καφαΐκινης μετά από την εφαρμογή τοπικού αναισθητικού στις πάσχουσες περιοχές. Εκτιμήθηκε το άλγος με το VAScale πριν την εφαρμογή, στις 10 ημέρες, σε ένα μήνα και σε τρεις μήνες από την εφαρμογή του. Σε όλους τους ασθενείς χορηγούνταν διφωσφονικά και παρακεταμόλη για αναλγησία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το επίπεδο του άλγους μειώθηκε από 10/8/8 πριν την εφαρμογή σε 3/2/0 τη δέκατη ημέρα και 2/2/0 στο μήνα από την εφαρμογή του επιθέματος αντίστοιχα για κάθε ασθενή. Στους τρεις μήνες το άλγος ήταν 6/2/0 και αποφασίστηκε δεύτερη εφαρμογή επιθέματος στην πρώτη ασθενή. Δεν υπήρχαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Στον ένα ασθενή επιδεινώθηκε η καυσalgία το πρώτο 24ωρο και σε δυο από τους τρεις παρέμεινε ερυθρότητα στην περιοχή για 3 ημέρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα επιθέματα καφαΐκινης 8% μείωσαν το άλγος του συνδρόμου αντανάκλαστικής συμπαθητικής αλγοδυστροφίας. Η χρήση του σε περισσότερα περιστατικά, καθώς και η σύγκριση με άλλες μεθόδους αντιμετώπισης, καθώς και σε συνδυασμό με άλλη φαρμακευτική αγωγή θα μας προσφέρουν πιο επιβεβαιωμένα αποτελέσματα.

309. ΟΣΤΙΚΑ ΑΛΛΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘ' ΗΜΕΡΑ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΑΞΗ. ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ 12 ΜΗΝΩΝ

Κ. Ανανυσωτάκος¹, Ε. Βαβουράκη², Σ. Κυριαζής¹, Ν. Κορρές¹, Ν. Σαργιώτης¹, Κ. Ράπτης¹, Θ. Χρυσικόπουλος¹

¹Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ «ΚΑΤ», ²ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος

ΣΚΟΠΟΣ: Η ορολογία της οστικής μεταμόσχευσης είναι περίπλοκη, λόγω των διαφορετικών ιστολογικών τύπων των οστικών μοσχευμάτων. Αλλομόσχευμα είναι ιστός που μεταφέρεται μεταξύ δύο γενετικά διαφορετικών ατόμων ίδιου είδους. Τα οστικά μοσχεύματα, παρέχουν τόσο μηχανική όσο και βιολογική λειτουργία. Σκοπός μας είναι να μελετηθεί η χρησιμοποίηση και ο έλεγχος της μηχανικής και βιολογικής συμπεριφοράς, οστικών μοσχευμάτων από κεφαλές μηριαίου που επεξεργάζονται στην Τράπεζα Ιστικών Μοσχευμάτων του ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», σε αναθεωρήσεις ολικών αρθροπλαστικών ισχίου (ΟΑΙ).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι κεφαλές μηριαίου ελήφθησαν από υποκεφαλικά κατάγματα ισχίου μετά από χειρουργική αποκατάσταση. Σε κάθε περίπτωση ακολουθήθηκαν τα ειδικά κριτήρια επιλογής δότην. Οι μεταφερόμενοι στον «Δ» ιστόι υπέστησαν σειρά φυσιοχημικών διεργασιών προς παραγωγή των μοσχευμάτων.

Οι ασθενείς (ηλικίας 66-80 μ.ο 71 έτη) στους οποίους χρησιμοποιήθηκαν τα ως άνω παραχθέντα μοσχεύματα ήσαν 51. Η οστεοενσωμάτωση αξιολογήθηκε κλινικώς και ακτινολογικώς σε χρονικά διαστήματα 3,6, και 12 μηνών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς μας ελάμβαναν γνώση για τη διαδικασία μεταμόσχευσης και συναινούσαν. Πρόκειται για ασθενείς που υποβάλλονταν σε αναθεώρηση ΟΑΙ για πρώτη ή/και δεύτερη φορά. Κατά τη διάρκεια της μελέτης δεν εμφανίσθηκαν μείζονες επιπλοκές που θα μπορούσαν να αποδοθούν στη χρησιμοποίηση των παραπάνω μοσχευμάτων. Η κλινική αξιολόγηση έδωσε 39% βελτίωση ποιότητας ζωής, βάσει του Harris Hip Score, σε ποσοστό 95% των ασθενών, καθώς και από τα πρώιμα ακτινολογικά αποτελέσματα της παρούσας εκτιμάται ότι υπάρχει ποσοστό 85% οστεοενσωμάτωσης στους 12 μήνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα αποτελέσματα συμπεραίνεται ότι η χρησιμοποίηση των οστικών μοσχευμάτων που παράγονται στον «ΔΗΜΟΚΡΙΤΟ», σε συνδυασμό με την κατάλληλη χειρουργική προσέγγιση στις αναθεωρήσεις των ΟΑΙ, παρουσιάζουν βέλτιστα αποτελέσματα. Η έρευνα συνεχίζεται με αλλομόσχευματα διαφορετικού σχήματος, μεγέθους και επεξεργασίας.

310. ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΑΡΧΙΑ

Κ. Βελτιστάς, Π. Φλωροσκούφη, Α. Ξυλωμένος, Χ. Γιαννάκος,

Σ. Κολύβα, Π. Πλιάτσικα

ΓΝ Αγρινίου, Αγρίνιο

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε για να διερευνηθεί εάν ακολουθούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες μέτρησης οστικής πυκνότητας και αντιμετώπισης της οστεοπόρωσης σε περιφέρεια της ελληνικής επαρχίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 70 διαδοχικοί ασθενείς που παραπέμφθηκαν για μέτρηση οστικής πυκνότητας με DEXA στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης σε επαρχιακό Νοσοκομείο, αξιολογήθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα μέτρησης και θεραπείας και μετρήθηκαν εκ νέου μετά από 1 έτος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 92,9% (65) ασθενείς ήταν γυναίκες, ενώ η ηλικία ήταν 62 (±12,1) έτη. Η πλειονότητα των ασθενών (70,0%) παραπέμφθηκε από ορθοπαιδικό, ενώ ικανό ποσοστό εμφάνισε παράγοντες κινδύνου για κάταγμα (θυρεοειδοπάθεια, σακχαρώδη διαβήτης, νόσο συνδετικού ιστού υπό κορτικοειδή, υστερεκτομή σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες) (πίνακας 1). Ενδείξεις μέτρησης αναφορικά με την ηλικία είχαν 30 ασθενείς (42,9%), με δεκαετή κίνδυνο κατάγματος 25 (35,7%), με χρόνιες παθήσεις 20 (28,6%), με προηγούμενο κάταγμα 1 (1,4%), ενώ 2 ασθενείς (2,8%) δεν είχαν σαφή ένδειξη. Αρχικά 45 ασθενείς (64,3%) κατατάσσονταν ως οστεοπενικοί, ενώ 21 (30,0%) ως οστεοπορωτικοί. 55,7% των ασθενών αρχικώς έλαβε διφωσφονικά, ενώ 27,1% αρχικά δεν έλαβαν αντι-οστεοπορωτικά φάρμακα (πίνακας 2). 21 ασθενείς (30%) είχαν ένδειξη θεραπείας λόγω χαμηλού T-score και 30 (42,9%) λόγω δεκαετούς κινδύνου κατάγματος. 89,7% όλων θεραπευούνταν με διφωσφονικά συνέχισαν την ίδια αγωγή μετά το έτος. Οι μισοί ασθενείς αρχικώς ελάμβαναν συμπληρωματικά σκευάσματα ασβεστίου ή βιταμίνης D3, ποσοστό που αυξήθηκε μετά το έτος (πίνακας 3). Ενώ παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση T-score κατά την αρχική (p-value <0,001) και την τελική μέτρηση (p-value 0,033) ανάλογα με την αγωγή, ως αναμενόμενα από την επιλογή θεραπείας με βάση το T-score, η μεταβολή οστικής πυκνότητας δεν ήταν σημαντικά διαφορετική μεταξύ των θεραπευτικών ομάδων (πίνακας 4).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ενδείξεις μέτρησης οστικής πυκνότητας και θεραπείας της οστεοπόρωσης, σε γενικές γραμμές, ακολουθούνται από τους ιατρούς της περιφέρειας. Πρώτη θεραπευτική επιλογή παραμένουν τα διφωσφονικά. Όταν χορηγούνται σύμφωνα με τις ενδείξεις, όλες οι κατηγορίες φαρμάκων φαίνεται να παρέχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα.

311. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΑΝ ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΟΛΑΝΖΑΠΙΝΗ

Μ. Πλατανιάς, Ι. Σωλήνης

Ουρολογική Κλινική Νοσοκομείου Διδυμοτείχου

ΣΚΟΠΟΣ: Αξιολόγηση των ασθενών, που ήρθαν στο νοσοκομείο για έρευνα και θεραπεία ακράτειας και κατακράτησης ούρων ενώ ελάμβαναν νευροληπτική αγωγή με ολανζαπίνη. Παρακολούθησαμε αυτούς τους ασθενείς για να διερευνήσουμε τις πιθανές επιπλοκές από αυτό το φάρμακο στο ουροποιητικό σύστημα.

ΑΞΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά την περίοδο 2009-2012, 22 ασθενείς (ηλικία: 30-75) παρουσιάστηκαν στο ουρολογικό τμήμα για ιατρικό λόγο δυσουρικών ενοχλημάτων και επαναλαμβανόμενων λοιμώξεων του ουροποιητικού. Οι ασθενείς αυτοί ακολουθούσαν νευροληπτική αγωγή με ολανζαπίνη. Εξετάστηκαν σύμφωνα με την ηλικία τους, το ιστορικό, αν ελάμβαναν λοιπή φαρμακευτική αγωγή, την κλινική εξέταση, εργαστηριακή αξιολόγηση, αιμορραγικές διαταραχές, έγινε έλεγχος για νοσήματα του ουροποιητικού. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν σε διαστήματα 25-30 ημερών για χρονικό διάστημα 3 μηνών με κλινική εξέταση, αναλύσεις αίματος και ούρων και υπερηχογράφημα ουροποιητικού συστήματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 12 ασθενείς που ακολούθησαν νευροληπτική αγωγή με ολανζαπίνη είχαν κακή ούρηση και μεγάλο υπόλειμμα ούρων και αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο της εμφάνισης ακράτειας ούρων, οξείας επίσχεσης ούρων, ακόμη και να εμφανίσουν αργότερα νεφρική ανεπάρκεια. Στους υπόλοιπους ασθενείς ανευρέθηκαν άλλα αίτια δυσουρικών ενοχλημάτων κυρίως από το ουροποιητικό σύστημα υπερπλασία προστάτου, στένωμα ουρήθρας, λιθίαση ουροποιητικού, καρκίνος κύστεως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αξιολόγηση των ασθενών για την έρευνα και τη θεραπεία των δυσουρικών ενοχλημάτων, της ακράτειας και της κατακράτησης ούρων, που λαμβάνουν νευροληπτική αγωγή με ολανζαπίνη, πρέπει να αποκλείει πρώτα άλλους αιτιολογικούς παράγοντες. Εξετάσεις αίματος, ουρίας και κρεατινίνης, εξέταση ούρων και υπερηχογράφημα ουροποιητικού συστήματος θα πρέπει να γίνονται για διερεύνηση του περιστατικού. Εάν η θεραπεία με ολανζαπίνη βρεθεί να παίζει το αιτιολογικό ρόλο των επιπλοκών στο ουροποιητικό σύστημα ψυχιατρική εκτίμηση πρέπει να πραγματοποιηθεί, προκειμένου να μειωθεί η δόση ή να γίνει αλλαγή στο φάρμακο με κάποιο χωρίς αντιχολινεργική επίδραση.

312. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗ: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΟΠΤΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ, ΤΗΣ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΗΜΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ ΝΕΦΡΟΛΙΘΩΝ ΜΕ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ

Δ. Σταμόπουλος¹, Γ. Νικολάου¹, Ν. Μπακιρτζή², Β. Ψυχάρης¹, Ε. Καραγιωτή³, Ν. Αφεντάκης²

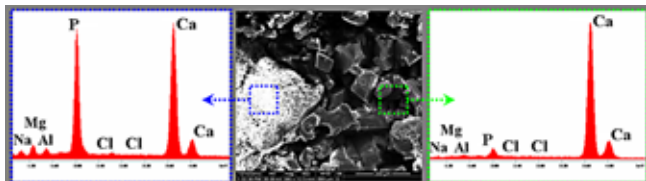
¹Νισσιτούτο Προηγμένων Υλικών, Φυσικοχημικών Διεργασιών, Ναυτοτεχνολογίας και Μικροσυστημάτων, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», Αγία Παρασκευή-Αθήνα, ²Νεφρολογική Κλινική ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα, ³Μονάδα Εξωσωματικής Λιθοτριψίας, Ουρολογική Κλινική ΓΝ «Σισμανόγλειο», Μαρούσι-Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η νεφρολιθίαση δημιουργεί σημαντικά ουρολογικά/νεφρολογικά προβλήματα και παρά το ότι η εξωσωματική λιθοτριψία είναι μια ασφαλής επεμβατική τεχνική αποδόμησης των νεφρολιθίων δεν υπάρχει μετεπεμβατική προσέγγιση που να προστατεύει από τον επανασχηματισμό τους. Στην παρούσα εισαγωγική έρευνα μελετήσαμε λιθιασικά συγκρίματα (ΛΣ), εντάσσοντας στη στοιχειακή/χημική σύσταση/δομή τους, με στόχο την εύρεση νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων στη νεφρολιθίαση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Με χρήση συμβατικού Οπτικού Μικροσκοπίου (ΟΜ), προηγμένου Μικροσκοπίου Ηλεκτρονικής Σάρωσης (ΜΗΣ) με δυνατότητα Φασματοσκοπίας Ενεργειακής Διασποράς Ακτίνων-Χ (ΦΕΔΑ-Χ) και Περιθλάσης Ακτίνων-Χ (ΠΑ-Χ) μελετήσαμε ΛΣ ασθενούς η οποία υποβλήθηκε σε προγραμματισμένη λιθοτριψία μετά από επεισόδιο κολικού (απόφραξη δεξιού ουρητήρα και τοποθέτηση καθετήρα rig-tail). Τα ΛΣ απομονώθηκαν από συλλογή ούρων 48-ώρου μετά τη λιθοτριψία. Κατηγοριοποιήθηκαν βάσει των οπτικών/μορφολογικών χαρακτηριστικών τους με ΟΜ/ΜΗΣ και ακολούθησε λεπτομερής μελέτη της στοιχειακής/χημικής σύστασης/δομής τους με ΦΕΔΑ-Χ/ΠΑ-Χ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ΛΣ ήταν ποικίλης στοιχειακής/χημικής σύστασης/δομής και αποτελούσαν τόσο από ενδογενή στοιχεία (ηλεκτρολύτες Ca, P, K, Na και Mg), όσο και από εξωγενή συστατικά (Si και Al). Τα συγκριτικά αποτελέσματα ΟΜ/ΜΗΣ (Εικόνα-κέντρο) με ΦΕΔΑ-Χ/ΠΑ-Χ (Εικόνας-πλευρικές) έδειξαν ότι οι οπτικές/μορφολογικές ιδιότητες των ΛΣ σχετίζονται με τη στοιχειακή/χημική σύσταση/δομή τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ΛΣ μπορούν να μελετηθούν βάσει των οπτικών/μορφολογικών χαρακτηριστικών τους με το συμβατικό ΟΜ και να εκασθεί η πιθανή στοιχειακή/χημική σύσταση/δομή τους. Ισχυρότερες τεχνικές εφαρμοσμένης Φυσικής όπως ΜΗΣ, ΦΕΔΑ-Χ και ΠΑ-Χ αποκαλύπτουν λεπτομέρειες της μορφολογίας και την ακριβή στοιχειακή/χημική σύσταση/δομή των ΛΣ, επιτρέποντας ίσως στον κλινικό γιατρό να δώσει εξατομικευμένες φαρμακευτικές και διατροφικές οδηγίες στον ασθενή για την αποφυγή επανασχηματισμού των νεφρολιθίων.



313. ΑΙΜΟΣΠΕΡΜΙΑ: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μ. Πλατανιάς, Ι. Σωλήνης

Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝ Διδυμοτείχου

ΣΚΟΠΟΣ: Αξιολόγηση και διερεύνηση των ασθενών που ήρθαν στο νοσοκομείο για εξέταση και θεραπεία της αιμοσπερμίας. Αιμοσπερμία είναι μια κατάσταση που μπορεί να προκαλέσει άγχος στους ασθενείς και θα πρέπει να αξιολογείται για κάθε συσχέτιση της νόσου, εάν χαρακτηρίζεται εμμένουσα.

ΑΞΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά την περίοδο από το 2007 - 2012, 11 ασθενείς (ηλικία: 30 - 65) προσήλθαν στο ουρολογικό τμήμα λόγω αιμοσπερμίας. Αξιολογήθηκαν και εξετάστηκαν για αυτά τα επεισόδια ανάλογα με την ηλικία τους, το ιστορικό, την κλινική εξέταση, εργαστηριακή αξιολόγηση, πιθανές αιμορραγικές διαταραχές και διερεύνηση πιθανών αιτιολογικών αιτιών. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν: με δακτυλική εξέταση προστάτου, ανάλυση σπέρματος, διορθικό υπερηχογράφημα προστάτου και κυστεοσκόπηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πέντε από αυτά τα περιστατικά αποδόθηκαν σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού με έντονη συμπτωματολογία. Δύο ασθενείς είχαν αιμοσπερμία μετά από διορθική βιοψία του προστάτη, τρεις από τους ασθενείς είχαν αιμοσπερμία μετά από έντονη σεξουαλική επαφή ή τραύμα όρχων ενώ σε ένα ασθενή δεν ανευρέθηκε η αιτιολογία της αιμοσπερμίας. Αν υπάρχει ένα επαναλαμβανόμενο επεισόδιο αιμοσπερμίας ή εμμένουσα αιμοσπερμία, θα πρέπει να διερευνηθεί και το ενδεχόμενο νεοπλασμάτος του προστάτη, να γίνει εργαστηριακός έλεγχος, ολικό και ελεύθερο PSA, διορθικό υπερηχογράφημα προστάτου και παρακολούθηση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι μόνοι ασθενείς στη μελέτη μας που ακολούθησαν θεραπεία ήταν αυτοί που βρέθηκαν να έχουν λοίμωξη. Δεν χορηγήθηκε θεραπεία στους ασθενείς χωρίς αιτιολογία αιμοσπερμίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αιμοσπερμία είναι μια καλοήγητη κατάσταση. Οι περισσότερες από τις αιτίες στη μελέτη μας ήταν λοιμώξεις και τραύμα. Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι υπό παρακολούθηση για μεγάλο χρονικό διάστημα για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων και να αποκλειστεί η πιθανότητα κακοήθειας ή κάθε οργανικής αιτίας για αιμοσπερμία, αν είναι επίμονη και επαναλαμβανόμενη.

314. ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΟΣΧΕΟΒΟΥΒΩΝΟΚΛΗΣ ΜΕ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΟΥΡΟΔΟΧΟ ΚΥΣΤΗ

Ο. Πορφύρης¹, Κ. Τζελέτης¹, Α. Μπάμπη², Μ. Πατούρα², Π. Καλομοίρης¹

¹Ουρολογική Κλινική, ΓΝ Σπάρτης, ²Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝ Σπάρτης

ΣΚΟΠΟΣ: Η ουροδόχος κύστη ως περιεχόμενο σε βουβωνοκλή ανευρίσκεται σε ποσοστό μικρότερο του 4%. Να διεχθούν τα ιδιαίτερα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα που χαρακτηρίζουν αυτή την ασυνήθη κατάσταση γιατί η προεγχειρητική διάγνωση μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ιατρογενούς κάκωσης της κύστεως κατά την πλαστική της κήλης.

ΥΛΙΚΟ: Άνδρας ηλικίας 71 ετών υποβλήθηκε στο νοσοκομείο μας σε πτελοπλαστική ΑΡ νεφρού για να αντιμετωπίσει στένωμα πτελοουρηθρικής συμβολής εξαιτίας προληπτικής ΑΡ πτελολιθομής. Μετεγχειρητικά, πριν την αφαίρεση του ουρητηρικού stent, έγινε στον ασθενή μια ακτινογραφία ΝΟΚ (εικόνα 1). Η περίεργη αυτή ακτινολογική εικόνα έθεσε την υποψία μιας βουβωνοκλήλης με περιεχόμενο ουροδόχο κύστη, παρόλο που η ενδοφλέβια πτελογραφία προεγχειρητικά ήταν φυσιολογική. Η φυσική εξέταση ανέδειξε μια εμμεγέθη, μη επιδύνη ΑΡ οσχεοκλήλη, η οποία αναστασσόταν σχετικά εύκολα. Η διάγνωση της κήλης με περιεχόμενο ουροδόχο επιβεβαιώθηκε με αξονική τομογραφία και με ανιούσα κυστεογραφία. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε μια ΑΡ βουβωνοκλήλη με περιεχόμενο πυκνότητας υγρού, η οποία συνεχόταν με το ΑΡ πλάγιο τοίχωμα της ουροδόχου και η οποία περιελάμβανε το κατώτερο τμήμα του stent (Εικόνα 2). Η κήλη δεν περιείχε τμήμα εντέρου ή επίπλοκο. Η ανιούσα κυστεογραφία με υδατοδιαλυτό σκιαγραφικό ανέδειξε μέρος της ουροδόχου στην πύελο και μέρος αυτής στον κηλικό σάκο, με επέκταση μέχρι τη βάση του οσχέου, και το κατώτερο τμήμα του stent εντός του κηλικού σάκου (Εικόνα 3). Ο ασθενής προγραμματίστηκε για πλαστική ΑΡ βουβωνοκλήλης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το ποσοστό των βουβωνοκλήλης με περιεχόμενο ουροδόχο κύστη κυμαίνεται στο 1% με 4% των βουβωνοκλήλης. Παρόλο που συνήθως είναι ασυμπτωματικές, οι εμμεγέθεις κήλες μπορεί να εμφανιστούν με διαλείπουσα διάγκωση του οσχέου και συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν ούρηση σε δυο φάσεις και αυξημένη ροή ούρησης μετά από εξακρίση πίεσης στην κήλη ή ανώριση του οσχέου. Ο όγκος της κήλης μπορεί να ελαττωθεί μετά την ούρηση. Επιπλοκές μπορεί να συμβούν και διακρίνονται σε αυτές που είναι κοινές για όλες τις κήλες (π.χ. αδυναμία ανάνηξης, περιφίση- νέκρωση) και σε αυτές που σχετίζονται με το ουροποιητικό σύστημα: αμφοτερόπλευρη υδρονέφρωση με ή χωρίς οξεία νεφρική ανεπάρκεια, λιθίαση στο προβάλλον τμήμα της κύστεως, όγκος κύστεως, κυστεοουρηθρική πανδρόμηση, απόστημα οσχέου και κυστεοδερματικό συρίγγιο. Η διάγνωση μπορεί να τεθεί με διάφορες απεικονιστικές μεθόδους, όπως το υπερηχογράφημα, η ενδοφλέβια ουρογραφία (ΙVU), η κυστεογραφία, η αξονική τομογραφία (CT), η κυστεοσκόπηση. Το υπερηχογράφημα μπορεί να αναδείξει το υγρό περιεχόμενο της κήλης και τυχόν άλλο παθολογικό εύρημα π.χ. λίθους. Η ανιούσα και η κυστεογραφία ούρησης μπορούν να γίνουν εύκολα και δίνουν μια εικόνα της κύστεως διχην «αλήθρα». Στην ενδοφλέβια ουρογραφία παρατηρείται κάποιες φορές μια διαγνωστική τριάδα (πλάγια μετατόπιση του κατώτερου τριτημορίου του ενός ή των δυο ουρητήρων, μικρή και ασύμμετρη κύστη και ατελής απεικόνιση της βάσης της κύστεως) που θέτει τη διάγνωση της κήλης με ουροδόχο. Η κυστεοσκόπηση ενδείκνυται όταν υποπτευόμαστε συνυπάρχουσα παθολογία της κύστεως (π.χ. όγκο). Τέλος η αξονική τομογραφία είναι το πιο χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο καθώς μπορεί να περιγράψει την ανατομία της περιοχής και να αποκλείσει πιθανές επιπλοκές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η βουβωνοκλήλη με περιεχόμενο την ουροδόχο κύστη είναι μια ασυνήθη κατάσταση, ειδικά η μαζική πρόπτωση της κύστεως στο οσχεο. Ενώ οι περισσότερες περιπτώσεις ανακαλύπτονται διεγχειρητικά, η προεγχειρητική διάγνωση είναι σημαντική γιατί μπορεί να αποφευχθεί ιατρογενής κάκωση της κύστεως. Υποψία για τέτοιου είδους κήλη πρέπει να τίθεται σε παχύτερους άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό που σχετίζονται με την κήλη.



315. ΑΠΕΣΥΡΩΗ

316. Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΙΑΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΦΘΑΛΜΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΟΝΙΑΣ

B. Ανδρεάνος¹, K. Ανδρεάνος², Γ. Δημητριάδης², Δ. Παπακωνσταντίνου²

¹ΓΝ Σπάρτης, ²Τμήμα Γλαυκώματος, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

Με τον όρο οφθαλμική υπερτονία χαρακτηρίζεται η κατάσταση του οφθαλμού που η ενδοφθάλμια πίεση σε επανειλημμένες μετρήσεις κυμαίνεται μεταξύ του ανώτερου κλινικά φυσιολογικού ορίου (21 χιλ ηg) και του ανώτερου στατιστικά φυσιολογικού ορίου (26 ή 27 χιλ ηg) χωρίς όμως να παρουσιάζει αλλοίωση της οπτικής θηλής ή διαταραχή του οπτικού πεδίου γλαυκωματικού τύπου.

Επιβαρυντικοί παράγοντες που συντελούν στην εξέλιξη της οφθαλμικής υπερτονίας σε χρόνια γλαύκωμα, σύμφωνα με την AGS (1992) και την EGS (1994), οι οφθαλμικοί όπως η τιμή και οι διακυμάνσεις της ενδοφθάλμιας πίεσης το πάχος του κερατοειδή η παρουσία ψευδοαποφολιδωσης η μελαγχρωστικής στη γωνία του π.θ. και οι σωματικοί όπως το κληρονομικό το φύλο η ηλικία η φυλή η υπόταση η υψηλή υπέρταση και ο διαβήτης.

Σύμφωνα με μελέτη στον ελληνικό χώρο (Γερ. Γεωργόπουλος, 2002) κάθε έτος 3-4% των ατόμων που παρουσιάζουν οφθαλμική υπερτονία εξελίσσεται σε χρόνια γλαύκωμα χωρίς την ύπαρξη αξιολογών επιβαρυντικών παραγόντων.

Από την παρακολούθηση και μελέτη 67 περιπτώσεων οφθαλμικής υπερτονίας, που κατά τα έτη 2007-2011 εξελίχθηκε σε χρόνια γλαύκωμα, σχετικά με τη συμβολή της εξοφθάλμιας πίεσης αναφέραμε τα εξής:

Σε 9 περιπτώσεις η ενδοφθάλμια πίεση κυμαίνεται σε επίπεδα πλησίον του ανώτερου κλινικά φυσιολογικού ορίου, δηλαδή μεταξύ 22-24 μm ηg χωρίς όμως απορύθμιση της τονομετρικής καμπύλης.

Σημειώνεται ότι στις περιπτώσεις αυτές δεν διαπιστώθηκε αξιολογή υπερροχή κάποιου φύλου η ηλικίας. Σε 32 περιπτώσεις η ενδοφθάλμια πίεση κυμαίνεται σε επίπεδα πλησίον του ανώτερου στατιστικά φυσιολογικού ορίου δηλαδή 25-27 mm Ηg χωρίς όμως απορύθμιση της τονομετρικής καμπύλης.

Σημειώνεται ότι στις περιπτώσεις αυτές διαπιστώθηκε υπερροχή στις γυναίκες (70%) και σε ηλικία πέραν των 40 ετών (62%) ακόμη υψηλή είναι η συμμετοχή της επιβαρυντικής για γλαύκωμα κληρονομικότητας.

Σε 26 περιπτώσεις η ενδοφθάλμια πίεση κυμαίνεται στα όρια της οφθαλμικής υπερτονίας, αλλά παρουσιάζει προοδευτική έκδηλη απορύθμιση της τονομετρικής καμπύλης.

Σημειώνεται ότι στις περιπτώσεις αυτές δεν διαπιστώθηκε αξιολογή υπερροχή κάποιου φύλου ή ηλικίας αλλά σοβαρό ρόλο φαίνεται να παίζει το πάχος του κερατοειδούς και χρήζει περαιτέρω μελέτης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ αναφέραμε ότι στην εξέλιξη της οφθαλμικής υπερτονίας σε χρόνια γλαύκωμα ισχυρό επιβαρυντικό παράγοντα αποτελεί η ενδοφθάλμια πίεση και μάλιστα όταν κυμαίνεται σε επίπεδα πλησίον του ανώτερου στατιστικά φυσιολογικού ορίου (26-27 μm ηg) καθώς και η έκδηλη απορύθμιση της τονομετρικής καμπύλης.

317. ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΟΞΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑ

B. Ανδρεάνος¹, K. Ανδρεάνος², Γ. Δημητριάδης², Δ. Παπακωνσταντίνου²

¹ΓΝ Σπάρτης, ²Τμήμα Γλαυκώματος, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

Το οξύ γλαύκωμα αντιπροσωπεύει το 4-7% των γλαυκωμάτων και ανήκει στα επείγοντα περιστατικά της οφθαλμολογίας. Κύριο χαρακτηριστικό είναι ο απότομος έντονος πόνος του οφθαλμού με εμετούς και ζάλη που περιγράφεται σαν ο εντονότερος πόνος του ανθρώπινου σώματος (Π. Βελισσαρόπουλος 1974). Συνοδεύεται από μεγάλη αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης, ερυθρότητα επιπεφυκότων, θόλωση κερατοειδή ημιμυδρίαση της κόρης και μεγάλη πτώση της όρασης. Από τη μελέτη 41 περιπτώσεων με οξύ γλαύκωμα αναφέραμε από άποψη παθογένειας το οξύ γλαύκωμα απαντά σε οφθαλμούς με εκ γενετής στέννη γωνία π.θ., συνήθως σε γυναίκες 18-45 ετών. Της αρχικής τυπικής κρίσης προϋπάρχουν άτυπες κρίσεις που αυτοανατάσσονται και δεν γίνονται ανιληπτές υπό ορισμένες συνθήκες δημιουργείται λειτουργικός κορικός αποκλεισμός μεταξύ της οπίσθιας επιφάνειας της ίριδας και της πρόσθιας επιφάνειας του περιφακίου, με αποτέλεσμα τη δυσκολία κυκλοφορίας του υδατοειδούς υγρού. Έτσι δημιουργείται υψηλή συγκέντρωση υδατοειδούς υγρού στον οπίσθιο θάλαμο επιτείνοντας την ήδη στενή γωνία του π.θ. που κλείνει εντελώς (γλαύκωμα κλειστής γωνίας). Κατά τη διάρκεια της κρίσης δημιουργούνται συμφύσεις και γωνιοσυνέχειες που προδιαθέτουν για χρ. γλαύκωμα στενής γωνίας. Από θεραπευτικής άποψης χορηγούμε παυσίπονα για τον εντονότατο πόνο, ωσμωτικά φάρμακα για ελάττωση του όγκου του υαλοειδούς και μετακίνηση προς τα πίσω του ιριδο-φακικού διαφράγματος με αποτέλεσμα το άνοιγμα της γωνίας του π.θ., μυωπικά φάρμακα για δημιουργία μύσης, αντιφλεγμονώδη για αντιμετώπιση της άσηπτης φλεγμονής. Μετά την ανάταξη συνίσταται η ιριδοτομία με laser ή η χειρουργική ιριδεκτομία. Εφόσον έχει εγκατασταθεί χρόνια γλαύκωμα στενής γωνίας συνίσταται αντιγλαυκωματική θεραπεία ή εγχείρηση. Για τον έτερο οφθαλμό συνίσταται προληπτική ιριδοτομία με laser ή χρήση κολλύριου πιλοκαρπίνης 2% 1-2 φορές την ημέρα για διατήρηση της κόρης σε μύση

Σαν συμπέρασμα αναφέραμε ότι το οξύ γλαύκωμα είναι επείγον περιστατικό και απαιτεί έγκαιρη και άμεση αντιμετώπιση.

318. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΔΙΑΧΥΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΩΧΡΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΪΑΛΟΕΙΔΙΚΕΣ ΕΓΧΥΣΕΙΣ RANIBIZUMAB

Δ. Κανελλάς, K. Παυλάκης, Π. Μινακάκης, Θ. Πασχαλίδης, M. Ζώζολου,

X. Ρενδούμης, E. Βαϊκούσης

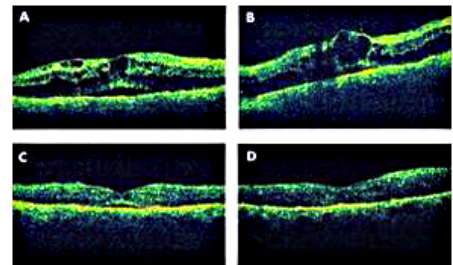
Οφθαλμολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιά

ΣΚΟΠΟΣ: Να καταγράψουμε τη μεταβολή του διάχυτου οιδήματος της ωχράς των διαβητικών ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική μας με ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις ranibizumab.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: 58 ασθενείς με διάχυτο διαβητικό οίδημα ωχράς, που δεν είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε άλλη θεραπεία, εντάχθηκαν σε πρόγραμμα θεραπείας με ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις ranibizumab. Καταγράφηκαν η αρχική οπτική οξύτητα και το πάχος του κεντρικού αμφιβλδούς με τη βοήθεια της οπτικής τομογραφίας συνοχής (OCT). Ακολούθησε το πρωτόκολλο ενέσεων της μελέτης RESTORE, βάσει της οπτικής τομογραφίας εγκρίθηκε από το FDA. Αξιολογήθηκε η ασφάλεια του φαρμάκου βάσει των επιπλοκών που προκάλεσε ή ένεση και η δραστηριότητά του με τη μέτρηση του πάχους του κεντρικού αμφιβλδούς και τη λήψη της οπτικής οξύτητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την 1/4/2011 έως 31/10/2012 εντάχθηκαν στη μελέτη 58 ασθενείς με διάχυτο διαβητικό ωχρικό οίδημα, 31 άνδρες και 27 γυναίκες, ηλικίας 54-82 ετών, που δεν είχαν υποβληθεί μέχρι τότε σε κάποια θεραπεία. Έγιναν συνολικά 246 ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις ranibizumab, δηλ. κατά μέσο όρο 3,63 ενέσεις ανά ασθενή. Για την πλειονότητα των ασθενών απαιτήθηκαν 2-4 εγχύσεις, ενώ για έναν απαιτήθηκαν 7 και για άλλον ένα 9. Το οίδημα της ωχράς υποχώρησε σε όλους τους ασθενείς μετά τις εγχύσεις. Η μείωση του οιδήματος κυμάνθηκε από 100-300 μ. και η βελτίωση της οπτικής οξύτητας από 1-5/10. Συμπληρωματική laser φωτοπηξία δεν έγινε σε κάποιον ασθενή. Η παρακολούθηση των ασθενών βεβαίως συνεχίζεται. Συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες δεν αναφέρθηκαν. Τοπικές επιπλοκές από τις εγχύσεις του φαρμάκου (ενδοφθαλμίτιδα, καταρράκτης, αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης) δεν παρατηρήθηκαν πλην τοπικού ερεθισμού και μικρών υποσφαγμάτων. Στην παρακάτω εικόνα καταγράφεται περίπτωση ασθενούς με βελτίωση του ωχρικού οιδήματος μετά 3 εγχύσεις ranibizumab.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ενδοϋαλοειδική έγχυση ranibizumab για την αντιμετώπιση του διάχυτου διαβητικού οιδήματος της ωχράς είναι απολύτως ασφαλής και έχει εξαιρετικά αποτελέσματα καθώς μειώνει σημαντικά το ωχρικό οίδημα βελτιώνοντας ταυτόχρονα την οπτική οξύτητα.



319. ΑΠΕΣΥΡΩΗ

320. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ. Κατσαρά¹, Δ. Τσάτα¹, Γ. Βόρσου¹, Α. Νικολόπουλος¹, Ε. Καστρινέλλη², Π. Παρασκευοπούλου³, Ν. Κομπόπουλος¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο ΓΝ Ν. Ιωνίας, ²Βιοχημικό Τμήμα, Κωνσταντοπούλειο ΓΝ Ν. Ιωνίας, ³Αιματολογικό Τμήμα, Κωνσταντοπούλειο ΓΝ Ν. Ιωνίας

ΣΚΟΠΟΣ: Η ραβδομυόλυση συνιστά ασυνήθη επιπλοκή συχνά απαντώμενων κλινικών καταστάσεων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε παθολογική κλινική με ραβδομυόλυση και η διερεύνηση των επιδημιολογικών και κλινικοεργαστηριακών χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 27 ασθενείς (17 άνδρες) με μέσο όρο ηλικίας 67,6±18,2 έτη και με αυξημένη τιμή κρεατινικής φωσφοκινάσης (CPK) ορού που νοσηλεύτηκαν στη Β' Παθολογική Κλινική του Κωνσταντοπούλειου Γενικού Νοσοκομείου το χρονικό διάστημα 2011-2012. Κριτήριο εισαγωγής στη μελέτη θεωρήθηκε τιμή CPK πενταπλάσια της ανώτερης φυσιολογικής (ΦΤ 60-300 mg/dL), με αρνητική τροπονίνη ορού. Προσδιορίστηκαν κλινικές και εργαστηριακές παράμετροι, η αιτία εισόδου, ο αριθμός και το είδος της φαρμακευτικής αγωγής, συνοδά νοσήματα, πιθανά αίτια και επιπλοκές της ραβδομυόλυσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους ασθενείς που μελετήθηκαν 40,7% παρουσίαζαν πτώση επιπέδου συνείδησης κατά την εισαγωγή τους, 30,8% νοσηλεύτηκαν για λοίμωξη, 15,3% παρουσίαζαν ηλεκτρολυτικές διαταραχές και 11,5% νοσηλεύτηκαν λόγω επίδρασης φαρμακευτικών ουσιών ή άλλων ουσιών με τοξική δράση. Μέσος αριθμός ληφθέντων φαρμάκων κατά την εισαγωγή ήταν 5,6±2,9. Ποσοστό 18,5% των ασθενών λάμβαναν στατίνη και μόλις 7,4% μακρολίδιο. Σε αντιψυχρωσική αγωγή ήταν το 33,3% των ασθενών με ραβδομυόλυση. Πτώση ή κάκωση ανέφερε 25,9% των υπό μελέτη ασθενών. Μυαλγίες και μυϊκή αδυναμία αναφέρθηκαν σε ποσοστό 51,9% και 66,7% αντίστοιχα, αιμωδίες στο 37%, οίδημα της πάσχουσας περιοχής διαπιστώθηκε στο 14,8% ενώ σκληρία εντοπίστηκε σε 3 ασθενείς. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια ανέπτυξε το 30,8% των υπό μελέτη ασθενών. Ο μέσος όρος CPK ορού ήταν 7189 IU/L, κρεατινίνης 1,7 mg/dL, ουρίας 82 mg/dL, K⁺ 4,2 mmol/L, Na⁺ 136 mmol/L, Ca⁺⁺ 8.1 mg/dL, SGOT 223 IU/L, SGPT 103 IU/L, γGT 107 IU/L, LDH 497 IU/L. Η γενική ούρων ανέδειξε αιμοσφαιρίνη (+++) χωρίς συνοδό αιματουρία στο 44,4% των υπό μελέτη ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ραβδομυόλυση αποτελεί σύνδρομο που ανιχνεύεται όλο και συχνότερα με τη βοήθεια των εργαστηριακών ευρημάτων. Συνήθως συνιστά αποτέλεσμα μυϊκής καταπόνησης από άσκηση ή τραυματισμό, ενώ συχνά αφορά ανεπιθύμητη δράση φαρμακευτικών ουσιών ή τοξινών. Πρόκειται για επικίνδυνο για επιπλοκές σύνδρομο, με συχνότερη αιτιών την οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

321. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΑΟΡΤΗΣ ΣΑΝ ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Χ. Τότσικας¹, Γ. Αδάμος¹, Π. Σφακιανάκη¹, Χ. Πέττας², Κ. Σουλτάνης³, Ι. Κοκοτάκης³, Θ. Κρατημένος⁴, Ι. Κουτσουβέλης¹, Α. Σκουτέλης¹

¹Ε' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, ²Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών «Λευκός Σταυρός», Αθήνα, ³Β' Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, ⁴Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας ως αποτέλεσμα οξέως διαχωρισμού της αορτής αποτελεί σπάνια εκδήλωση της νόσου.

Παρουσιάσαμε γυναίκα 39 ετών η οποία προσήλθε για δεκατική πυρετική κίνηση και επιγαστραλγία από τριημέρου. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση από τετραετίας. Είχε προηγηθεί τοκετός προ εξαιμήνου. Κατά την εισαγωγή της, ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, με αυξημένη συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ= 170 mmHg), σφύξεις 92/min, θερμοκρασία 37,4° C ενώ από την αντικειμενική εξέταση παρατηρήθηκε μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στην αριστερή πνευμονική βάση, ευαισθησία κατά την πλήξη τόσο της δεξιάς νεφρικής χώρας όσο και στη σπονδυλική στήλη, στο ύψος του Θ₁₂-Ο₂. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε φυσιολογικό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων αλλά αυξημένα επίπεδα CRP και d-Dimers.

Στην ασθενή χορηγήθηκε εμπειρικά αντιβιοτική αγωγή χωρίς όμως ύφεση του πυρετού. Ο έλεγχος προς την κατεύθυνση συστηματικής ή εσπιακής λοίμωξης και λοιπών φλεγμονωδών νοσημάτων ήταν αρνητικός. Πραγματοποιήθηκε CT θώρακος -χωρίς την έγχυση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού λόγω αναφερόμενης αλλεργίας- η οποία ανέδειξε αριστερή υπεζωκοτική συλλογή και οριακή διεύρυνση της καπούσης θωρακικής αορτής με ατελεκτακτικές αλλοιώσεις περί αυτής. Ακολούθησε μαγνητική αγγειογραφία της θωρακικής αορτής η οποία απεικόνισε διαχωρισμό κάτωθεν της εκφύσεως της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας (τύπου Β κατά Stanford). Η ασθενής υπεβλήθη σε τοποθέτηση ενδοαορτικού stent, με σταδιακή ύφεση του πυρετού και των δεικτών φλεγμονής.

Ο πυρετός ως σημείο οξέως αορτικού διαχωρισμού, έχει περιγραφεί κατά το παρελθόν. Στους περισσότερους ασθενείς διαρκεί 2-3 εβδομάδες και υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου. Η δημιουργία θρόμβου, η ιστική καταστροφή, διάφορες κυτταροκίνες και ελεύθερες ρίζες οξυγόνου παραγόμενες από τον καταστραμμένο ιστό, έχουν εννοηθεί ως αιτιολογικοί παράγοντες του πυρετού. Η συγκεκριμένη περίπτωση υποδεικνύει ότι αδιευκρίνιστος πυρετός μπορεί να αποτελεί πρώιμη εκδήλωση του οξέως αορτικού διαχωρισμού.

322. ΠΑΡΑΔΟΞΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΑ

Χ. Τότσικας¹, Γ. Αδάμος¹, Κ. Λάμπρου¹, Ε. Γαλιανίδη¹, Σ. Μπενάκης², Ε. Πράππα³, Ι. Κουτσουβέλης¹, Α. Σκουτέλης¹

¹Ε' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, ²Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, ³Β' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Παρουσιάζεται περίπτωση άνδρα 28 ετών ο οποίος προσήλθε για αιφνίδιο κωλικοειδές άλγος στην αριστερή νεφρική περιοχή συνοδευόμενου από χολώδεις εμέτους. Κατά την εισαγωγή του ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος με έντονη ευαισθησία κατά την πλήξη της αριστερής νεφρικής χώρας. Σταθερό εύρημα κατά την ακρόαση της καρδιάς ήταν ο δίχαμος του δεύτερου καρδιακού τόνου.

Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα LDH καθώς και μικροσκοπική αιματοουρία.

Η CT νεφρών απεικόνισε πολλαπλές υπόπυκνες αλλοιώσεις στο παρέγχυμα του αριστερού νεφρού που αντιστοιχούν σε πολλαπλά έμφρακτα, ενώ μαγνητική αγγειογραφία επιβεβαίωσε τα ευρήματα της CT χωρίς να αναδεικνύει έτερο θρομβογόνο εστία. Το στατικό σπινθηρογράφημα νεφρών δεν ανέδειξε λειτουργική βλάβη.

Ο έλεγχος προς την κατεύθυνση θρομβοφιλίας, ύπαρξης συστηματικού νοσήματος ή κακοήθειας απέβη αρνητικός.

Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς περιέγραψε ανεύρυσμα μεσοκοιλιακού διαφράγματος, ενώ ακολούθησε διοισοφάγγειος μελέτη στην οποία απεικονίζεται ανοικτό ωοειδές τρήμα (PFO) με αυτόματη ροή από το δεξιό προς τον αριστερό κόλπο κατά τη δοκιμασία Valsalva.

Με βάση τα ευρήματα που αναφέρθηκαν υποθέσαμε ότι τα νεφρικά έμφρακτα στον αριστερό νεφρό ήταν αποτέλεσμα παράδοξης εμβολής, λόγω PFO. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί ελάχιστα περιπτώσεις παράδοξης εμβολής στο νεφρικό παρέγχυμα, λόγω ανοικτού ωοειδούς τρήματος ενώ αυτή όταν συμβαίνει εκδηλώνεται ως κρυστινικές αγγειακές εγκεφαλικές επεισόδια. Η θεραπευτική αντιμετώπιση αποτελεί πρόκληση δεδομένου ότι δεν έχει αποδειχθεί επιτυχία της επεμβατικής σύγκλισης του ωοειδούς τρήματος σε σύγκριση με τη χορήγηση αντιαιμοπεταλιακής αγωγής.

Στον ασθενή χορηγήθηκαν από του στόματος αντιπηκτικά για έξι μήνες με αποτέλεσμα την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων και στη συνέχεια αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.

323. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΟΓΚΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ, ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ «Η ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Α. Αγγελίδη, Γ. Κασαλάκης, Α. Δημητριάδου, Χ. Βέρρας, Π. Γαβρά, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο μέσος όγκος αιμοπεταλίων (Mean Platelet Volume - MPV), ως δείκτης ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων, έχει συσχετισθεί με τα καρδιαγγειακά συμβλήματα κι αποτελεί έναν δυναμικό προγνωστικό δείκτη αυξημένης θνησιμότητας και δυσμενούς έκβασης σε άτομα με καρδιαγγειακά επεισόδια. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του πιθανού συσχετισμού του MPV με τη νευρολογική έκβαση των νοσηλευόμενων ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), τη διάρκεια νοσηλείας και τους συνυπάρχοντες παράγοντες κινδύνου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 62 ασθενείς (34 άνδρες, 28 γυναίκες) μέσης ηλικίας: 79.03 ± 7.61 με ΑΕΕ δίχως γνωστή καρδιαγγειακή νόσο. 29% των ασθενών εμφάνιζε κολπική μαρμαρυγή (ΑΦ) και 48% σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Η νευρολογική τους εκτίμηση έγινε σύμφωνα με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) κατά την εισαγωγή και εξοδό τους από το νοσοκομείο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο MPV (11.45 ± 1.15) παρουσίασε θετική συσχέτιση με τη διάρκεια νοσηλείας (7.58 ± 2.63) για το σύνολο των ασθενών ($p < 0.05$). Επιπλέον, ο MPV εμφάνισε θετική συσχέτιση με τη NIHSS εισόδου των ασθενών με ΑΦ ($p = 0.02$) ή ΣΔ ($p < 0.05$) και της NIHSS εξόδου των ασθενών με ΑΦ ($p = 0.02$). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του MPV και της θνησιμότητας των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα υψηλά επίπεδα MPV σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα (μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας) αλλά όχι με αυξημένη θνησιμότητα σε ασθενείς με ΑΕΕ.

324. ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΛΟΓΩ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

Μ. Χρυσανθακοπούλου, Κ. Ηλιοπούλου, Ε. Ρούλια, Δ. Καλφούντζος, Α. Μακίνα, Β. Τσιώρα, Ε. Λιακοπούλου, Χ. Νοδάρης, Μ. Σιαμπλή, Ε. Παπαγεωργίου, Κ. Πανταζή, Π. Βρέκος, Γ. Καραχάλιος

Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΝ Ελευσίνας «Θράσιος»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι μυϊκές διαταραχές είναι συνήθεις στον υποθυρεοειδισμό. Η υποθυρεοειδική μυοπάθεια περιορίζεται σε μυαλγίες, μυϊκή δυσκαμψία και κράμπες και μερικές φορές μέτρια αύξηση των μυϊκών ενζύμων στο αίμα. Από την άλλη, η ραβδομυόλυση λόγω υποθυρεοειδισμού είναι σπάνια, με ελάχιστες περιπτώσεις να έχουν περιγραφεί.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ: Γυναίκα 36 ετών προσήλθε στα επείγοντα με αδυναμία, άλγος άκρων και κορμού, αιμωδίες γαστροκνημίας και βραχιονίων από μηνός. Κατά την κλινική εξέταση ήταν ωχρή με περικογχικό οίδημα και απύρετη. Εργαστηριακά ευρήματα: WBC: 5.9, RBC: 3.52, Hb: 10.3, Hct: 31.4, PLT: 282, TKE: 17 mm, Fe: $\mu\text{g/dl}$, Φερριτίνη: 5.6 ng/dl, φυλλικό: 3.36 ng/dl, B12: 187 pg/dl, Ur: 26 mg/dl, Cr: 1.0 mg/dl, SGOT: 100 IU/L, SGPT: 331 IU/L, LDH: 844 IU/L, CK: 5667 IU/L, fT3: < 1.54 pmol/L, fT4: < 5.15 pmol/L, TSH: > 100.000 $\mu\text{IU/mL}$, antiTg: 101.36, antiTPO: 572.05. HAV/HBV/HCV/HIV/PRP: αρνητικό.

Ποσοτικός προσδ. ανοσοσφαιρινών, ανοσολογικός έλεγχος, HMG: φυσιολογικά. U/S θυρεοειδούς: συμβατά με χρόνια υποθυρεοειδία.

CT άνω-κάτω κοιλίας: μικρή πνευμονική συλλογή άμφω, λοιπά φυσιολογικά. Τα ευρήματα είναι συμβατά με πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό και ραβδομυόλυση.

«Έλαβε θεραπεία με λεβοθυροξίνη και μετά από 5 μήνες οι θυρεοειδικές ορμόνες επανήλθαν στα φυσιολογικά επίπεδα και η συμπτωματολογία παρήλθε.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Ο υποθυρεοειδισμός, αν και σπάνια, θα πρέπει να θεωρείται αιτία της ραβδομυόλυσης. Η ακριβής αιτία ραβδομυόλυσης στον υποθυρεοειδισμό παραμένει αδιευκρίνιστη. Συνήθως, για την πρόκληση ραβδομυόλυσης ενοχοποιούνται παράγοντες όπως: υπολιπιδαιμικά φάρμακα, άσκηση, αλκοόλ, ΧΝΑ. Η παρούσα περίπτωση περιγράφει ασθενή που πάσχει από ραβδομυόλυση λόγω υποθυρεοειδισμού χωρίς άλλο επιβαρυντικό παράγοντα. Ως αποτέλεσμα, ο υποθυρεοειδισμός θα πρέπει να περιλαμβάνεται σε κάθε περίπτωση ραβδομυόλυσης.

325. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ FITZ-HUGH-CURTIS ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ

Ε. Θαλασσινός, Μ. Καβουσάνα, Μ. Φραγκάκη, Ε. Παπαδοκωστάκη, Α. Κουράκη, Γ. Λαγουδιανάκης, Χ. Λυδάκης

ΓΝ Ηρακλείου Βενιζέλιο-Πανάειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Το σύνδρομο Fitz-Hugh-Curtis συνδυάζει την εμφάνιση περιηπατίτιδας και ενίοτε φαρυγγίτιδας μετά από ενδοπυελική λοίμωξη από χλαμύδια ή γονόκοκκο. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή του συνδρόμου σε ασθενή που αρχικώς ετέθη η διάγνωση οξείας χολοκυστίτιδας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 27 ετών εισήχθη στη γυναικολογική κλινική νομαρχιακού νοσοκομείου της Κρήτης λόγω άλγους υπογαστρίου και πυρετού έως 39° C ως πιθανή ενδοπυελική λοίμωξη και άρχισε αγωγή με σπιροφλοξασίνη ενδοφλεβίως. Επτά ημέρες αργότερα, ενώ επέμενε ο πυρετός ανέφερε φαρυγγαλγία και μεταφέρθηκε στην ΩΡΛ κλινική ως οξεία αμυγδαλίτιδα, όπου έγινε αλλαγή της αντιβιοτικής αγωγής σε κεφουροξίμη iv. Τρεις μέρες αργότερα διαπιστώθηκε αύξηση των τρανσαμινασιών και στο υπερηχογράφημα αναγνωρίστηκε πάχυνση του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης ως επί οξείας χολοκυστίτιδας. Ακολούθως εξετάστηκε από χειρουργό ο οποίος αποφάσισε την παραπομπή της σε Χειρουργική Κλινική του Ηρακλείου για περαιτέρω αντιμετώπιση ως οξεία χολοκυστίτιδα επειδή δεν εφημέρευε αναισθησιολόγος.

Στο Βενιζέλιο νοσοκομείο ζητήθηκε παθολογική εκτίμηση. Η ασθενής κατά την εξέταση της είχε θερμοκρασία 38,6° C. Στην ψηλάφηση της κοιλίας είχε ήπια διάχυτη ευαισθησία λίγο εντονότερη στο δεξιό υποχόνδριο. Δεν είχε σημείο Murphy ούτε αναπηδώσα ευαισθησία. Από τη λοιπή εξέταση διαπιστώθηκε μόνο μια ήπια ερυθρότητα των παρισθμίων.

Από το ιστορικό και την κλινική εικόνα ετέθη η υποψία του συνδρόμου Fitz-Hugh-Curtis και έγινε έναρξη αγωγής με κεφτριαξόνη iv και δοξυκυκλίνη po. Η ασθενής εμφάνισε βελτίωση των συμπτωμάτων και ύφεση του πυρετού το δεύτερο 24ωρο νοσηλείας και την τέταρτη μέρα απύρετησε. Οι καλλιέργειες φαρυγγικού και κοιλιακού επιχρίσματος δεν ανέδειξαν παθογόνο, ωστόσο βρέθηκαν θετικά αντισώματα έναντι του χλαμυδίου της πνευμονίας IgM (+) και IgG (-). Η ασθενής εξήλθε την πέμπτη μέρα νοσηλείας σε άριστη κατάσταση. Τρεις εβδομάδες αργότερα έγινε επανάληψη των αντισωμάτων έναντι του χλαμυδίου όπου βρέθηκε αρνητικοποίηση των IgM και θετικοποίηση των IgG.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία του να θεθεί η κλινική υποψία του συνδρόμου σε περιπτώσεις «άτυπης» οξείας χολοκυστίτιδας ώστε να αποφευχθεί ένα περιττό χειρουργείο.

326. ΑΣΘΕΝΗΣ 77 ΕΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ STILL ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Γ. Αδάμος¹, Κ. Λάμπρου¹, Χ. Τότσικας¹, Η. Σιέμπτος², Ι. Κουτσουβέλης¹, Α. Σκουτέλης¹

¹Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», ²ΚΕΘ-Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού σε ασθενή με νόσο του still των ενηλίκων και πνευμονική συμμετοχή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής, άρρη, 77 ετών προσήλθε λόγω εμπύρετου έως 39,2 από τετραήμερου. Ατομικό αναμνηστικό: νεφρολιθίαση, υπέρταση, αλλεργία σε β-λακτάμες. Φυσική εξέταση: κνιδωτικό εξάνθημα κορμού, ολοσυστολικό φύσημα μιτροειδούς 2/6. Εργαστηριακός έλεγχος: αύξηση ηπατικών ενζύμων, LDH, CRP, φερριτίνης. Γενική ούρων (-), ακτινογραφία θώρακος (-), HCV (-), HBV (-), HIV (-), AG test pneumoniae (-), brucella (-), AMK (-), rapid test για ελονοσία (-), τίτλοι αντισωμάτων για mycoplasma (-), RF (-), ανά (-), rapca (-), capca (-), κατά τη νοσηλεία του εμφάνισε: αρθρίτιδα αριστερού γόνατου, αρθρίτιδα των καρπό-μετακαρπικών αρθρώσεων της αριστερής ποδοκνημικής, κηλιδώδες εξάνθημα ρόδινης απόχρωσης κορμού και άκρων, ταχύπνοια, υποξυγοναιμία. Η CT θώρακος ανέδειξε πνευμονικές συλλογές άμφω, αλλοιώσεις θαμβής υάλου στον δεξιό πνεύμονα. Η παρακέντησή του υγρού έδειξε πολυμορφοκυτταρικό εξίδρωμα και η βρογχοσκόπηση: B-koch (-), νοκαρδία (-), CMV (-), PCP (-), ακτινομυκτές (-). Έλαβε αρχικά σπιροφλοξασίνη και στη συνέχεια ιμιπενέμ/σιλαστατόνη. Λόγω επιδείνωσης αναπνευστικής λειτουργίας και εμφάνισης Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), διασωληνώθηκε μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ και ετέθη σε αγωγή με λινεζολίδη, μοξιφλοξασίνη, ιμιπενέμ, κολιστίνη και κορτικοστεροειδή ως επί νόσου still των ενηλίκων. Μετά 48 ώρες βελτιώθηκε κλινικοεργαστηριακά και αποσωληνώθηκε. Η νέα CT θώρακος έδειξε υποχώρηση των προϋπαρχόντων ευρημάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λόγω των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων όπως επίσης και το ότι ο ασθενής πληρούσε τρία κύρια και δύο ελάσσονα κριτήρια yamaguchi ετέθη η διάγνωση της νόσου still των ενηλίκων και ετέθη σε θεραπεία με κορτικοστεροειδή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η νόσος του still των ενηλίκων είναι σπάνιο φλεγμονώδες νόσημα αγνώστου αιτιολογίας. Επίσης η πνευμονική συμμετοχή είναι σπάνια, περιλαμβανει πνευμονικές συλλογές και παρεγχυματικές βλάβες και επίσης σπανιότερη είναι η εμφάνιση ARDS.

327. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΟΙΔΗΜΑΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΛΟΓΩ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΑΠΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟ ΘΡΟΜΒΟ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ

Η. Δημηνίκας, Χ. Ζήσης, Σ. Μυλωνάς

ΓΝ Τρικάλων, Τρίκαλα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Τα οίδηματά κάτω άκρων αποτελούν συχνή κλινική οντότητα, τα δε αίτια τους ποικίλουν. Σπάνιο αίτιο οίδημάτων κάτω άκρων αποτελεί η θρόμβωση της κάτω κοιλής φλέβας. Ιδιαίτερα σπάνιο αίτιο θρόμβωσης της κάτω κοιλής φλέβας αποτελούν οι όγκοι αυτής (πρωτοπαθείς ή μεταστατικοί), οι οποίοι απαντώνται σε πολύ μικρή συχνότητα. Σε ικανό ποσοστό ασθενών με μεταστατικά αδενοκαρκινώματα δεν ανευρίσκεται η πρωτοπαθής εστία.

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ασθενή, του οποίου η συμπτωματολογία προσέλευσης δεν κατεύθυνε αρχικά τη διαγνωστική σκέψη στην αιτία και την έκταση της πάθησης του.

ΥΛΙΚΟ -ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας 74 ετών με ελεύθερο ιστορικό προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αισθήματος δύσπνοιας από 4ημέρου, μετεωρισμού κοιλιάς από 10ημέρου και οίδημάτων κάτω άκρων από 15ημέρου. Απο την αντικειμενική εξέταση προέκυψε ήπια ταχυκαρδία, ταχύπνοια, ήπια διόγκωση κοιλιάς και αμφοτερόπλευρα οίδηματά κάτω άκρων (ήπια - ζυμώδη), χωρίς κίρσους ή συνοδές αλλοιώσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Απο τις συνήθεις εξετάσεις αίματος δεν προέκυψε κάτι που να μας κατευθύνει διαγνωστικά. Όμως ο απεικονιστικός έλεγχος (υπερηχογράφημα καρδιάς & κοιλιάς, CT και MRI θώρακος – κοιλιάς) ανέδειξε ασκίτη και ευμεγέθη ανομοιογενή χρωκοκατακτιτική εξεργασία διαστάσεων 6x4 cm στην κάτω κοίλη φλέβα με επέκταση ως το δεξιό κόλπο της καρδιάς, καθώς και εικόνα θρόμβωσης της κάτω κοιλής (ευρήματα συμβατά με νεοπλασματικό θρόμβο). Αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με διάνοιξη του δεξιού κόλπου, εκτομή και απελευθέρωση της κάτω κοιλής φλέβας από το θρόμβο- όγκο. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε αδενοκαρκίνωμα μέτριας διαφοροποίησης αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα κλινικά αξιοπερίεργα περιστατικά στην καθημερινή άσκηση της ιατρικής, δεν είναι συχνά. Απαιτείται όμως κάθε φορά ιδιαίτερη προσοχή στη διαγνωστική σκέψη και προσέγγιση, μιας και το σύνθημα στην ιατρική δεν αποτελεί πάντοτε κανόνα.

328. ΣΥΝΔΡΟΜΟ SCHNITZLER ΚΑΙ NON-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ

Μ. Κωστάκη¹, Χ. Βουρλάκου², Δ. Ροντογιάννη², Ε. Αναστασίου¹, Κ. Γκορίτσας¹

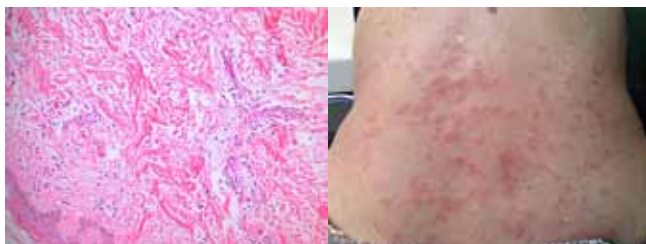
¹Παθολογική κλινική ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», ²Τμήμα παθολογικής ανατομικής ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Το σύνδρομο Schnitzler αποτελεί μία σπάνια επίκτητη νοσολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζον κνιδωτικό εξάνθημα, IgM μονοκλωνική υπεργαμμασφαιριναιμία και 2 ελάσσονα κριτήρια: διαλείποντα πυρετά, οστικό πόνο, αρθραλγία/αρθρίτιδα, λεμφαδενοπάθεια, ηπατοσπληνομεγαλία και λευκοκυττάρωση. Σκοπός της εργασίας η παρουσίαση ενός περιστατικού και η συζήτηση των χαρακτηριστικών του συνδρόμου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα 80 ετών με ιστορικό παραθυρεοειδεκτομής για αδένωμα παρουσιάζει παρατενόμενο εμπύρετο, αδυναμία και καταβολή. Η κλινική εξέταση δεν παρουσιάζει παθολογικά ευρήματα ενώ απ' τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται σημαντική αύξηση της IgM ανοσοσφαιρίνης με μικρότερη αύξηση της IgA. Η ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών αναδεικνύει παθολογικό κλάσμα στην περιοχή των γ-σφαιρινών και η ανοσοκαθέλωση μονοκλωνική δέσμη τύπου IgM κ. Απ' τις αξονικές θώρακος-κοιλιάς, δε διαπιστώνονται παθολογικά ευρήματα ενώ η οστεομυελική βιοψία αναδεικνύει εστιακή διήθηση αιμοποιητικού μυελού από non-Hodgkin λέμφωμα Β από μικρά λεμφοκύτταρα. Η ασθενής αντιμετωπίζεται συμπτωματικά. Σε διάστημα 18 μηνών παρουσιάζει υποτροπιάζοντα επεισόδια εμπύρετου, αρθραλγιών, μυαλγιών και κνιδωτικού εξανθήματος. Πραγματοποιείται βιοψία δέρματος στην οποία παρατηρούνται αλλοιώσεις ουδετεροφιλικής-ηωσινοφιλικής κνιδωτικής δερματοπάθειας, ενώ ο ανοσοφθορισμός είναι αρνητικός.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έτσι τίθεται η διάγνωση του συνδρόμου Schnitzler. Η πορεία της ασθενούς 2,5 χρόνια μετά την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων είναι σταθερή και εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται συμπτωματικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παθογένεια του συνδρόμου είναι άγνωστη. Η παρουσία αυξημένων επιπέδων ιντερλευκινών ενισχύει την υπόθεση ότι το σύνδρομο ανήκει στα αυτοφλεγμονώδη νοσήματα και οφείλεται στην ανεξέλεγκτη έκκριση κυτοκινών μέσω της αλληλεπίδρασης ενός μονοκλωνικού προϊόντος με κάποιο βασικό στοιχείο του μονοπατιού της IL-1. Η πορεία της νόσου είναι μακροχρόνια, ενώ υπολογίζεται ότι το 20% των ασθενών θα αναπτύξει λεμφοπύρεπταστική νόσο. Η θεραπεία εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου. Προτείνονται πολλοί διαφορετικοί παράγοντες (ΜΣΑΦ, κορτικοειδή, ανοσοκατασταλτικά, anti-TNF) με ποικίλη αποτελεσματικότητα, που όμως αναιρείται μετά τη διακοπή τους. Στις βαρύτερες περιπτώσεις προτείνεται η χρήση anakinra, rituximab ή tocilizumab.



329. ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΗΚΟΥΣ ΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΚΡΟΤΑΦΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΤΙΔΑΣ

Σ. Καττανής¹, Κ. Χαλκιάς², J. Perera¹, N. Caton¹, S. Vig¹

¹Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Κρόντον, ²Νοσοκομείο Χάμερσμιθ

ΣΚΟΠΟΣ: Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα είναι νόσος των αρτηριών μέσου και μεγάλου μεγέθους. Η διάγνωση μπορεί να τεθεί με τη βιοψία της κροταφικής αρτηρίας, αλλά μια αρνητική βιοψία δεν αποκλείει τη νόσο. Έχει προταθεί ότι μεγαλύτερο μήκος βιοψίας (τουλάχιστον 1 εκατοστό) βελτώνει τη διαγνωστική ακρίβεια.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη σε 151 βιοψίες από τον Απρίλιο 2006 έως το Φεβρουάριο 2012. Επαλήθευση σε 23 ασθενείς από το Μάρτιο ως το Σεπτέμβριο 2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 23 βιοψίες ήταν θετικές (13.2%), 142 αρνητικές (81.6%) και 9 δείγματα ακατάλληλα για διάγνωση (5.2%). Το μέσο μέγεθος βιοψίας ήταν 0.73 cm για τα θετικά δείγματα και 0.65 cm για τα αρνητικά (t-test: P= .229 NS). Η διαφορά του 0.08 cm δεν είναι κλινικά σημαντική. 108 ασθενείς ικανοποιούσαν 3/5 κριτήρια της Αμερικανικής Εταιρείας Ρευματολογίας (ACR) πριν τη βιοψία (62%), και μόνο 2 ασθενείς άλλαξαν βαθμολογία από 2 σε 3 μετά τη βιοψία. Το μέσο μήκος βιοψίας αυξήθηκε από 0.65 σε 0.7 cm στην επαναληπτική μελέτη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λήψη βιοψίας μεγαλύτερης από 0.6 cm (μετά τη μονιμοποίηση) δε φαίνεται να έχει διαγνωστικά πλεονεκτήματα. Η θεραπεία με κορτικοστεροειδή δεν πρέπει να καθυστερεί εν αναμονή των αποτελεσμάτων. Οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν λήψη μεγαλύτερου μήκους βιοψίας, και αυτή είναι εφικτή.

330. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

331. ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑ ΜΕΤΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΧΡΥΣΙΖΟΝΤΑ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΛΑΣΜΑ-ΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΔΥΣΚΡΑΣΙΑ.

Μ. Παναγάκη¹, Κ. Παπαγγελοπούλου¹, Π. Μπαρμπουνάκης¹, Ε. Ζαχαροπούλου¹, Ε. Σοφού¹, Σ. Κουτσοβίτη¹, Α. Χατζηδάκης¹, Δ. Αλεξάκος¹, Ε. Παπανικολάου¹, Ν. Τσοούκαλης¹, Δ. Χρυσός¹, Σ. Λουμπαρδίας¹, Ε. Γιαννοπούλου¹, Θ. Βασιλακόπουλος², Β. Βασιλείου¹
¹ΓΓΠΝ Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια», ²Αιματολογική Κλινική, ΓΝ «Λαϊκό», Αθήνα

Η βακτηριαμία από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο (ΧΣ) αποτελεί το συνηθέστερο αίτιο πυογόνου μη φυματιώδους σπονδυλικής οστεομυελίτιδας (ΣΟ) ενώ επίκτητη θρομβοφιλία αναφέρεται στα πλαίσια σοβαρών βακτηριακών ή ιογενών λοιμώξεων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με πολλαπλά σπηκτικά έμβολα από ΧΣ και μερική θρόμβωση ενδοκοιλιακών φλεβών.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άντρας 45 ετών εισήλθε στην κλινική με εμπύρετο από τετραήμερου και οσφυαλγία. Ο ασθενής είχε εξετασθεί 5 ημέρες πριν λόγω οσφυαλγίας και έλαβε ενδομυϊκή φαρμακευτική αγωγή. Επρόκειτο για κτηνοτρόφο με ελεύθερο αναμνηστικό. Αντικειμενικά είχε ελαττωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα, φυσιολογικούς καρδιακούς τόνους χωρίς φυσήματα, έντονη ευαισθησία στην ΟΜΣΣ, και υποξυγοναιμία. Στον ακτινολογικό έλεγχο υπήρχαν διηθήματα στο δεξιό κάτω πνευμονικό πεδίο και διαυγασίες στα σπονδυλικά σώματα της ΟΜΣΣ. Με αυτά τα δεδομένα έλαβε ενδοφλεβίως πιπερακιλίνη-ταζομπιτάμη και τιγκεκυκλίνη ενώ στη συνέχεια προσετέθη βανκομυκίνη σύμφωνα με τα αποτελέσματα των καλλιιεργειών αίματος όπου βρέθηκαν άφρονες αποικίες ΧΣ ευαίσθητο στη μεθικιλίνη. Η MRI ΟΜΣΣ ανέδειξε φλεγμονώδη διήθηση στους Ο3 και Ο4 σπονδύλους και αποστήματα στους λαγονοψοίτες με βαθμό θρόμβωσης της αρτηρίας κοινής λαγόνιου και κατώτερης κάτω κοίλης φλέβας όποτε και ετέθη σε αγωγή με ΜΜΒΗ. Ο περαιτέρω έλεγχος αποκάλυψε την παρουσία αποστημάτων στον δεξιό πνεύμονα και χαμηλών επιπέδων αντιθρομβίνης III. Το διοισοφάνειο υπερηχοκαρδιογράφημα και ο υπόλοιπος έλεγχος ήταν αρνητικά. Η οστεομυελική βιοψία που έγινε λόγω δέσμης ελευθέρων λ-αλυσιδίων στην ανοσοκαθάρωση ορού ήταν διαγνωστική πλάσματοκυτταρικής δυσκρασίας (ΠΔ). Ο ασθενής, παρουσίασε άμεση ανταπόκριση στην αγωγή που έλαβε για συνολικά 6 εβδομάδες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η βακτηριαμία από ΧΣ ευθύνεται για τις πολλαπλές πυογόνες εστίες και τη συνακόλουθη θρομβοφιλία ενώ η κλινική ευαισθησία αποδίδεται στην ΠΔ.

333. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

332. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Π. Χέρας, Β. Νιάρου, Α. Μπεχλή, Μ. Κωστοπούλου, Ν. Σπηλιόπουλος
 Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ναυπλίου

ΣΚΟΠΟΣ: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων είναι συχνές ιδίως στην τρίτη ηλικία λόγω υπερκατανάλωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, συχνά χωρίς συστηματική ιατρική παρακολούθηση. Σκοπός της μελέτης είναι να εντοπισθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων που μπορούν να οδηγήσουν στο νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά το διάστημα από 01/03/2010 μέχρι 01/12/2010 νοσηλεύτηκαν στο τμήμα μας συνολικά 216 ασθενείς (90 άνδρες και 126 γυναίκες). Ο μέσος όρος ηλικίας στο σύνολο των ασθενών ήταν 66.2 έτη (διακύμανση: 18-93). Το μεγαλύτερο ποσοστό (56.9%) των εισαγωγών αφορούσε ασθενείς μεγαλύτερους των 70 ετών. Καταγράφηκαν και μελετήθηκαν ασθενείς που είχαν ως αιτία εισόδου στο νοσοκομείο κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκου. Σημειώνεται ότι οι ασθενείς λάμβαναν τα φάρμακα στη συνιστώμενη δόσολογία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 24 από τους 216 ασθενείς (11.1%) εισήλθαν στο νοσοκομείο λόγω ανεπιθύμητης ενέργειας φαρμάκου. 18 από τους 24 (75%) ήταν >70 ετών. Στους 22/24 (91.6%) η ανεπιθύμητη ενέργεια ήταν η μοναδική αιτία εισόδου στο νοσοκομείο. Σε έναν ασθενή αναγνωρίστηκαν 2 ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν οι εξής: οξεία νεφρική ανεπάρκεια ± καταπληξία από αντιυπερτασικά διουρητικά σε 6 ασθενείς, βαριά υπονατρίαμια από διουρητικά σε 2, μεγάλη απορρόθμιση αντιπηκτικής αγωγής με δικουμαρικά σε 3 ασθενείς, 2 από τους οποίους είχαν βαριά αιμορραγική διάθεση, υπογλυκαιμικά επεισόδια από αντιδιαβητικά δισκία σε 3, αιμορραγία ανώτερου πεπτικού από μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη σε 5, οξεία νεφρική ανεπάρκεια από σκιαγραφική ουσία σε 1, γαλακτική οξέωση από μεθορμίνη σε 1, αλλεργική αντίδραση σε 1 και συγχοιδοδιεγερτική κατάσταση από κατάχρηση αντιψυχωσικών φαρμάκων σε 1 ασθενή. Η έκβαση όλων των ασθενών ήταν καλή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αποτελούν συχνή αιτία εισόδου στο νοσοκομείο ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς. Συνιστάται μεγάλη προσοχή κατά τη χορήγηση φαρμάκων για την εντόπιση και αντιμετώπιση τυχόν παρενεργειών τους.

334. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ SSRI ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Π. Χέρας, Β. Νιάρου, Α. Μπεχλή, Μ. Κωστοπούλου, Ν. Σπηλιόπουλος
 Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ναυπλίου

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας από τη χρήση εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική κλινική χωρίς αναφερόμενο ψυχιατρικό ιστορικό.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 43 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας και χρειάστηκε να χορηγηθεί συμπληρωματικά SSRI αγωγή. Πρόκειται για 18 άνδρες και 25 γυναίκες με μέση ηλικία τα 63 έτη (57-69) οι οποίοι εισήχθησαν από το ΤΕΠ για διερεύνηση ή αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων όπως: εμπύρετο μακράς διάρκειας, αφυδάτωση, ΑΕΕ, κολλαγνώση/αρθρίτιδα, φλεγμονώδεις νόσοι, αναιμία. Κανένας δεν ανέφερε ιστορικό ψυχιατρικής νόσου ούτε έκανε λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ενώ η αρχική κλινική εκτίμηση δεν αποκάλυπτε αντίστοιχο υπόστρωμα. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας τους ήταν 9 ημέρες (7-15) κατά τη διάρκεια της οποίας διαπιστώθηκε συμπτωματολογία καταθλιπτικής συνδρομής - κατά βάση ήπιας- (δυσθυμία, απόσυρση, δυσκολία επικοινωνίας με το περιβάλλον, αρνητισμός). Στους ασθενείς χορηγήθηκε συμπληρωματικά υποστηρικτική αγωγή με κάποιον SSRI, είτε παροξετίνη, είτε σιταλοπράμη στη συνιστώμενη δόσολογία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στους ασθενείς έγινε ανεκτή καλώς η αγωγή, η οποία και θεωρήθηκε ότι συνέβαλε στην αποκατάστασή τους (αποδοχή των προτεινόμενων εξετάσεων, της ενδεδειγμένης αγωγής, συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό). Δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερες παρενέργειες- ήπια ναυτία/κεφαλαλγία/ζάλη σε 7 ασθενείς (16%). Επίσης παρατηρήθηκε μικρή αύξηση των τρανσαμινασών σε χρονική συσχέτιση με τη χορήγηση των SSRI σε 5 ασθενείς (11.5%) χωρίς να χρειασθεί να γίνει διακοπή τους. Η κλινικώς εμφανής χρονική ανταπόκριση στην αγωγή παρατηρήθηκε την 3η ημέρα (το ενωριότερο)- σε 8 ασθενείς (18.5%) έως τη 12η ημέρα (το αργότερο)-σε 12 ασθενείς (27%). Σε 5 ασθενείς θεωρήθηκε ότι δεν ωφέλησε η αγωγή (πιθανόν λόγω του μικρού χρόνου νοσηλευτικής παρακολούθησής τους)-11.6%. Οι ασθενείς τέθησαν σε πρόγραμμα παρακολούθησης για τυχόν μακρόχρονη αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση των SSRI σε νοσηλευόμενους παθολογικούς ασθενείς, όπου κρίνεται αναγκαία, αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική επιλογή.

335. ΒΑΡΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΟΡΘΟΣΤΑΤΙΚΗ ΥΠΟΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 73 ΕΤΩΝ

Μ. Κούγιας, Ι. Γεωργαντώνης, Δ. Θηρίου, Μ. Βαδιάκα, Α. Ναζάκη, Ε. Σιούλα

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Ευαγγελισμός

ΣΚΟΠΟΣ: Η ορθοστατική υπόταση, οριζόμενη ως μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 20 mm Hg ή μείωση της διαστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 10 mm Hg, κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων λεπτών ορθοστάτησης, ιδιαίτερα χωρίς σημαντική αντιρροπιστική αύξηση των καρδιακών παλμών είναι χαρακτηριστική εκδήλωση ανεπαρκείας του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα 73 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης, που συνέβη μετά την έγερση από το κρεβάτι, χωρίς σπασμούς ή απώλεια ούρων ή κοπράνων. Αναφέρονται παρόμοια επεισόδια τον τελευταίο μήνα.

Εκ του ατομικού αναμνηστικού αναφέρεται αυχενικό σύνδρομο και αρτηριακή υπέρταση διαπιστωθείσα τον τελευταίο καιρό, με αναφερόμενη λήψη αμλοδιπίνης/βαλασαρτάνης, διαλειπόντως.

Εκ της κλινικής εξέτασης της ασθενούς διαπιστώθηκε βαριά ορθοστατική υπόταση (πίεσεις στην όρθια θέση 40-60 mmHg με μικρή αύξηση της καρδιακής συχνότητας στην όρθια θέση από 87 σε 90 σφύξεις το λεπτό, με συχνά επεισόδια απώλειας συνείδησης και υψηλές πιέσεις σε κατακεκλιμένη θέση (170-200 mm Hg). Εκ της ακρόασης των καρδιακών τόνων S1, S2 ρυθμική, χωρίς φυσηήματα. Κάτω άκρα χωρίς οιδήματα, σφύξεις ψηλαφητές άμφω. Νευρολογική εξέταση χωρίς εστιακή σημειολογία.

Κατά τη νοσηλεία, πραγματοποιήθηκε CT εγκεφάλου με ευρήματα ισχαιμικής λευκοεγκεφαλοπάθειας, καθώς και CT θώρακος- κοιλίας χωρίς αξιόλογα ευρήματα. Το τρίplex καρδιάς ήταν φυσιολογικό ενώ τρίplex καρωτίδων ανέδειξε αθηρωματικές πλάκες στους διχασμούς καρωτίδων που προκαλούσαν στενώσεις της τάξεως του 50%, χωρίς αιμοδυναμική διαταραχή. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός, καθώς και η ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ετέθη σε φθοριοϋδροκορτιζόνη αρχικά χωρίς βελτίωση και στη συνέχεια προστέθηκε μιδοδρίνη. Υπήρξε μόνο μικρή βελτίωση της συστολικής πίεσης στην όρθια θέση (70-80 mm Hg).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία βαριάς ορθοστατικής υπότασης, απαιτεί προσεκτική διερεύνηση. Ειδικά όταν αποκλειστούν οι συνηθέστερες αιτίες και αποδειχθεί νευρογενούς αιτιολογίας, είναι ιδιαίτερως δύσκολη στην αντιμετώπιση.

336. ΑΠΕΣΥΡΩΗ

337. ΑΔΕΝΩΜΑ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΤΡΟΦΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ

Μ. Χρυσανθακοπούλου, Κ. Ηλιοπούλου, Ε. Ρούλια, Δ. Καλφούντζος, Α. Μακίνα, Β. Τσιώρα, Ε. Λιακοπούλου, Χ. Νοδάρης, Μ. Σιαμπλή, Ε. Παπαγεωργίου, Κ. Πανταζή, Π. Βρέκος, Γ. Καραχάλιος

Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα αδενώματα αποτελούν καλοήθεις όγκους των παραθυρεοειδών αδένων. Η αίτια των περισσότερων αδενωμάτων είναι άγνωστη, ωστόσο το 10% έχουν κληρονομική υπόσταση. Τα αδενώματα προκαλούν υπερέκκριση παραθορμόνης που οδηγεί σε πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ: Άνδρας 44 ετών προσήλθε στα επείγοντα με αιματολογικές εξετάσεις αλλαγού που διαπιστώνεται Hct 19%. Κλινικά εμφανίζει άλγος κάτω άκρων. Ελεύθερο ατομικό ιστορικό. Εργαστηριακά ευρήματα: WBC: 5.5, RBC: 2.58, Hct: 19%, Hb: 8.2, MCV: 125, MCH: 36.1, PLT: 191, GLU: 90, Ur: 28, Cr: 0.8, SGOT/SGPT: 15/9, TBIL: 1.23 (υπεροχή αμμου: 1.23), LDH: 747, CK: 31, Na: 141, K: 4.4, Ca: 11.26, Λευκώματα ορού: 6.41, Σφαιρίνες: 4.43, P: 3.2. Φερριτίνη: 180.2, Vit B12: 13, φυλλικό: 6.48, θυρεοειδικές ορμόνες-αντισώματα: κφ, ποσοτ. προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών: κφ, CA 15-3: 98.2, όγκος ούρων 24 h: 3400 mL, Ασβέστιο ούρων: 8.05 mg/dl, Φώσφορο ούρων: 23. PTH: 172.5. U/S άνω-κάτω κοιλίας: χωρίς παθολογικά ευρήματα. U/S θυρεοειδούς αδένος: κυστικός όζος στον (ΑΡ) λοβό με περιφερική στικτή αποπίπνωση, υποχογενής όζος στον (ΑΡ) λοβό χωρίς αγγείωση.

Βιοψίες από τη γαστροσκόπηση έντονη ατροφία γαστρικού βλεννογόνου με πλήρη εξέλιξη της γαστρικής πτύχωσης και από την ανοσοϊστοχημική χρώση αναδεικνύεται γραμμική και οζοειδής υπερπλασία των ενδοκρινών κυττάρων.

CT θώρακος, άνω-κάτω κοιλίας: χωρίς παθολογικά ευρήματα. Σπινθηρογράφημα παραθυρεοειδών αδένων με 99Tc-M.I.B.I: εικόνα συμβατή με αδένωμα παραθυρεοειδών.

Από τα ανώτερα απεικονιστικά και εργαστηριακά ευρήματα τίθεται η διάγνωση του αδενώματος παραθυρεοειδών αδένων. Προγραμματίστηκε σε δεύτερο χρόνο χειρουργική εκτομή του αδενώματος.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Τα περισσότερα αδενώματα παραθυρεοειδούς αδένου είναι λειτουργικά με υπερασβεταϊμία που προκαλεί κατάγματα οστών και λιθίαση του ουροποιητικού.

338. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ-ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Π. Κατσάνου, Β. Ντόβα, Α. Ντούνη, Ε. Γκαμπρέλα, Ι. Μαργαρίτη

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου, Αγρίνιο

ΣΚΟΠΟΣ: Παρά τις μελέτες για την πρόγνωση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ) σε μεγάλα κέντρα παρακολούθησης είναι σημαντικό το κάθε νοσοκομείο να γνωρίζει την προγνωστική αξία κλινικών και παρακλινικών δεδομένων που αφορούν τους νοσηλευόμενους σε αυτό ασθενείς, η οποία μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με την εμπειρία του και τις δυνατότητες του.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν προοπτικά οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με διάγνωση ΑΕΕ στο Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ενδελεχή εξέταση με πλήρη καταγραφή του ιστορικού, της κλινικής τους εικόνας, των εργαστηριακών δεδομένων και της αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου κατά την είσοδό τους. Τελικό σημείο της μελέτης θεωρήθηκε ο ενδο-νοσοκομειακός θάνατος κάθε αιτίας. Το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 16.0 χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξετάστηκαν 91 ασθενείς (ηλικία 77±9 έτη). Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας συνολικά 14 ασθενείς (15.3%) κατέληξαν σε 9 ±8 ημέρες από την εισαγωγή τους. Η Receiver Operative Curve Analysis ανέδειξε ότι ηλικία > 84 έτη έχει ευαισθησία 71.4% και ειδικότητα 81.8% για την πρόγνωση θανάτου (AUC 0.801, St Error 0.064, 95% CI 0.625-0.927). Από την Univariate ανάλυση οι παράγοντες ηλικία > 84 έτη (HR 11.250, 95% CI 3.078-41.119, p<0.001), η σοβαρή κλινική εικόνα (αφασικές διαταραχές ή κώμα) (HR 3.763, 95% CI 0.973-14.553, p=0.055) και η απεικόνιση αιμορραγίας στην αξονική τομογραφία (HR 37.500, 95% CI 6.503-216.230, p<0.001) εισήχθησαν στη Multivariate ανάλυση. Η ηλικία > 84 ετών (HR 15.982, 95% CI 2.815-90.735, p=0.002) και τα απεικονιστικά ευρήματα αιμορραγίας (HR 40.935, 95% CI 4.595-360.653, p=0.001) ήταν οι μόνες ανεξάρτητες προγνωστικοί παράμετροι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ηλικία > 84 ετών και η αιμορραγική απεικόνιση στην αξονική τομογραφία εισόδου είναι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες θανάτου για τους νοσηλευόμενους με ΑΕΕ. Οι ασθενείς αυτοί θα χρειαστούν εντατικότερη παρακολούθηση.

339. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

341. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

340. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

342. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΙΝΔΟΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΤΟΥ ΖΥΜΟΜΥΚΗΤΑ *Malassezia furfur* ΣΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΣΕ ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ

Α. Βελεγράκη¹, Α. Χρυσάκη², Π. Μαγιάτης³, Α. Στάθη², Γ. Γαϊτάνης⁴, Σ. Κρητικού⁵, Α. Βλάχου⁶, Ν. Τουρκαντώνη⁶, Α. Κατάμης⁶, Α. Χαρισιάδου²

¹Ερευνητικό Εργαστήριο Μυκητολογίας, Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα, ²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, ³Εργαστήριο Φαρμακογνώσις και Χημείας Φυσικών Προϊόντων, Τμήμα Φαρμακευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα, ⁴Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ⁵Ερευνητικό Εργαστήριο Μυκητολογίας, Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα, ⁶Μονάδα Αιματολογίας-Ογκολογίας, 1η Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική ΕΚΠΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Διερεύνηση πηγής μυκηταιμίας *Malassezia furfur* παιδιατρικού ασθενούς με οξεία προμυελοκυτταρική λευχαιμία και χαρακτηρισμός των βιοδραστικών μεταβολιτών του παθογόνου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 13 ετών, 40 ημέρες μετά την ολοκλήρωση του τρίτου χημειοθεραπευτικού σχήματος, παρουσίασε μυκηταιμία από λιπόφιλο ζυμομύκητα. Το στέλεχος χαρακτηρίστηκε με βιοχημικές μεθόδους και με αλληλούχηση της ITS περιοχής του rDNA. Η ελάχιστη ανασταλτική συγκέντρωση (ΕΑΣ) των αντιμυκητιακών προσδιορίστηκε με τροποποιημένη μέθοδο μικροραιομέτρων CLSI M27-A3. Προς διερεύνηση της πηγής λοίμωξης λήφθηκαν καλλιέργειες από τις βλάβες ποικιλόχρωσης πιτυρίωσης (ΠΠ) κορμού και λεπίων τριχωτού κεφαλής του ασθενούς και των συγγενών-συνοδών του κατόπιν συγκατάθεσής τους, και ακολούθησε μοριακή τυποποίηση με M13 PCR. Η εκχύλιση των μεταβολιτών των στελεχών έγινε με στήλες Sephadex και χρωματογραφία λεπτής στοιβάδας και ο διαχωρισμός με HPLC. Οι μεταβολίτες χαρακτηρίστηκαν με NMR και φασματοσκοπία μάζας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλα τα στελέχη (αίματος, δέρματος, τριχωτού) ασθενούς και συγγενών χαρακτηρίστηκαν ως *M. Furfur* (GenBank accession KC464507-KC464508). Για το στέλεχος μυκηταιμίας η ΕΑΣ (μg/mL) ήταν χαμηλή: αμφοτερικίνη Β (0,12), φλουκοναζόλη (0,25),πρακοναζόλη (0,03), βορικοναζόλη (0,03), ποσακοναζόλη (0,06), και φθοριοκυτοσίνη (0,03). Τα στελέχη αίματος και δερματικών βλαβών του πατέρα είχαν ταυτόσημο γονότυπο. Στο στέλεχος μυκηταιμίας μετρήθηκαν σημαντικά επίπεδα ($P < 0.005$) ινδολικών παραγώγων (indolo[3,2-b]carbazole, indole-3-carbaldehyde, malassezina και pityriacitrin).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αναγνώριση ΠΠ σε αιματολογικούς ασθενείς υπό χημειοθεραπεία και στους συγγενείς-συνοδούς αυτών καθορίζει τη στρατηγική επαγρύπνησης για μυκηταιμία από *Malassezia*. Ο ρόλος των ινδολών *M. furfur* ως αναστολέων φαγοκυττάρωσης και συστασίων απόπτωσης κατά τη μυκηταιμία μελετάται για πρώτη φορά.

343. ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΓΟΝΕΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗΣ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

N. Βλαχάδης¹, Μ. Βλαχάδης², Ε. Κορνάρου³

¹Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, ²Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, ³Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση των γεννήσεων στην Ελλάδα από αλλοδαπούς γονείς, με έμφαση στις γεννήσεις από γονείς διαφορετικής υπηκοότητας (ο ένας ελληνικής και ο άλλος αλλοδαπής υπηκοότητας). Η γέννηση παιδιού (εντός ή εκτός γάμου) αλλοδαπών με Έλληνες πολίτες αποτελεί δείκτη κοινωνικής ενσωμάτωσής τους στην Ελληνική κοινωνία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και στατιστική ανάλυση δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) (Data analysis).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της περιόδου 2004-2009 καταγράφεται διαρκής άνοδος των γεννήσεων από μητέρες μη Ελληνικής υπηκοότητας: ως ποσοστό επί του συνόλου των γεννήσεων: 15,95% → 18,91% (+18,6%, μέση ετήσια ποσοστιαία αύξηση, annual average rate of change: AARC = +3,5%, εκθετικό μοντέλο: συντελεστής προσδιορισμού R²=0,960) και σε απόλυτο αριθμό: 16.852 → 22.296 (+32,3%, AARC = +5,8%, εκθετικό μοντέλο: R²=0,973) με μία μικρή υποχώρηση το 2010 στο 18,80% (-0,6%) (21.574 γεννήσεις, -3,2%). Από την ανάλυση των γεννήσεων ζώντων στην Ελλάδα της διετίας 2005-2006 (σύνολο: 219.587), προκύπτει ότι >19% των παιδιών που γεννήθηκαν στην Ελλάδα (>40.000) έχουν τουλάχιστον ένα γονέα μη ελληνικής εθνικότητας. Τουλάχιστον το ¼ αυτών (>25%) προέρχονται από έναν ελληνικής και έναν μη ελληνικής εθνικότητας. Η σχετική πιθανότητα γέννησης παιδιού από Έλληνα πατέρα με αλλοδαπή μητέρα είναι >100 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με αυτή από Ελληνίδα μητέρα με αλλοδαπό πατέρα (OR=108,78, 95%CI: 103,15-114,72, p<0,0001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αναδεικνύεται η ραγδαία άνοδος των γεννήσεων αλλοδαπών στην Ελλάδα. Ένα σημαντικό ποσοστό αυτών είναι από συνδυασμό Έλληνα και αλλοδαπού γονέα, εκφράζοντας έναν υψηλό δείκτη ενσωμάτωσης των αλλοδαπών στην Ελληνική κοινωνία. Η ενσωμάτωση αυτή είναι πολύ υψηλότερη για τις αλλοδαπές γυναίκες σε σύγκριση με τους αλλοδαπούς άνδρες, πιθανόν λόγω αντανακλώντας συγκεκριμένα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της Ελληνικής κοινωνίας. Το διακύβευμα για τις υπηρεσίες υγείας είναι η επαρκής μαιευτική κάλυψη των κυήσεων αυτών.

344. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΤΟ ΧΡΗΜΑ ΣΕ ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

M. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Α. Σαλίχου², Ι. Παγώνης², Α. Γκέργκη², Ν. Παράσχου², Μ. Ορφανού², Π. Λογοθέτη², Χ. Μέλλος², Α. Βοντζαλιδής², Π. Μουτεβελής², Π. Ταβλαντάς²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΓΝ Κορίνθου-Παιδιατρική Κλινική

Η έρευνα μας που έγινε σε αγροτική περιοχή του νομού Αργολίδας, παρουσιάστηκε στο Παν. Συν. το 2008 και κίνησε άμεσα το ενδιαφέρον των ΜΜΕ και έντυπο τύπο της πατρίδας μας. Έγκριτες εφημερίδες όπως η Καθημερινή την παρουσίασαν εκτενώς, μετά από σχετικό αίτημα τους προ εμάς, και το ραδιόφωνο και η τηλεόραση με πανελλήνια – διεθνή εμπέδεια ασχολήθηκαν εκτενέστατα με το θέμα μας. Έτσι μας ανάγκασαν από το ενδιαφέρον το δικό τους, αλλά και από την απήχηση που είχε στο κόσμο, να μας δώσουν το απαιτούμενο κούραγμα να ασχοληθούμε ξανά με το θέμα. Του έδωσαν το εύστοχο και επίκαιρο τίτλο - Χατζήλικι αντί αγκαλιάς-.

ΣΚΟΠΟΣ της έρευνας μας η καταγραφή των απόψεων γονιών παιδιών που αφορά τη σχέση που πρέπει να έχει το παιδί με το χρήμα σε αστική περιοχή στο νομό Κορίνθιας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το 2012 καταγράψαμε τις απόψεις 300 γονιών παιδιών, κατοίκων αστικής περιοχής, ηλικίας 6-14 χρονών. Απάντησαν σε ερωτηματολόγιο 300 γονείς, 150 άνδρες και 150 γυναίκες, ηλικίας από 25-55, μόρφωσή τους ήταν απόφοιτοι δημοτικού, μέσης και ανώτατης εκπαίδευσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Γενικά τα ποσοστά των αποτελεσμάτων είναι καλύτερα από παισιότερη έρευνα μας. Αυτό δεν οφείλεται μόνο στην ευαισθησία της οικογένειας στο θέμα, αλλά και στις δυσμενείς οικονομικές συνθήκες. Υπάρχει διαπραγματευση μεταξύ των γονιών και του παιδιού για την ανάγκη του σε χατζήλικι και πόσο, σε ποσοστό 75%. Το χρηματικό ποσόν είναι πάντοτε συμφωνημένο και σταθερό, σε ποσοστό 71%. Η υπέρβαση τιμωρείται σε ποσοστό 55%. Το παιδί γνωρίζει ότι το ποσό είναι ορισμένο και όχι απεριόριστο σε ποσοστό 80%. Ανταμείβονται τα παιδιά που προσφέρουν υπηρεσίες στο σπίτι σε ποσοστό 55%. Παροτρύνουν τα παιδιά και εφήβους να κερδίζουν το χατζήλικι τους εργαζόμενα σε ποσοστό 12%. Αντί να έχουν χρόνο ενασχόλησης με τα παιδιά, τα ανταμείβουν με χρήματα σε ποσοστό 46%. Υπάρχει το σύνδρομο της στέρησης-να περάσει καλά- σε ποσοστό 66%. Προσφέρουν στα παιδιά αντικείμενα που δεν τα ζητήσανε σε ποσοστό 26%. Προπιούν να μη αγοράζουν τίποτα στα παιδιά σε ποσοστό 26%. Τηρούν πάντα το μέτρο σε ποσοστό 55%. Τα παιδιά συνεχώς ζητούν διάφορα για να φτάσουν η να ξεπεράσουν τους φίλους τους, σε ποσοστό 79%. Οι γονείς είναι εκείνοι που περνούν τα μηνύματα που αντανακλώνται στα παιδιά σε ποσοστό 71%. Τα ΜΜΕ τα βομβαρδίζουν με δεκάδες προϊόντα που κυκλοφορούν σε ποσοστό 88%. το σχολείο σε ποσοστό 91%. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονιών παίζει σημαντικό ρόλο, σε ποσοστό 92% όσον αφορά την ενημέρωση. Επίσης το ίδιο και οι μεσαίες εισοδημάτων Το φύλο και η ηλικία των γονιών: οι μικρές ηλικίες και οι μητέρες διατηρούν καλύτερη επαφή-ενημέρωση με τα παιδιά τους, σε ποσοστό 89%.

Εκείνοι που έχουν καλή σχέση με τα παιδιά, αλλά είναι τελείως έξω από τα αποτελέσματα της έρευνά μας και τα καλά ποσοστά, είναι οι παππούδες και οι γιαγιάδες, οι οποίοι προκειμένου να έχουν καλή σχέση με τα εγγόνια τους, δεν τους διδάσκουν την αξία του χρήματος. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο τρόπος με το οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται την έννοια του χρήματος, εξαρτάται από τα μηνύματα που δέχεται από το οικογενειακό του περιβάλλον καθώς και από το σχολείο. Καθοριστικό ρόλο στην αγωγή του θα παίζει η στάση των γονιών του. Η σχέση του παιδιού με το χρήμα πρέπει να είναι σταδιακή και με μέτρο, ώστε να μη μολύνουμε την παιδική ψυχή με αυτό το καθημερινό εφιάλτη. Δεν πρέπει να υπάρχει υπερεκτίμηση αλλά ούτε υποτίμηση για τα χρήματα αφού τα ενημερώσουμε σωστά.

345. ΤΟ ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

M. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Α. Σαλίχου², Ι. Παγώνης², Α. Γκέργκη², Ν. Παράσχου², Μ. Ορφανού², Π. Λογοθέτη², Χ. Μέλλος², Α. Βοντζαλιδής², Π. Μουτεβελής², Π. Ταβλαντάς²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΓΝ Κορίνθου-Παιδιατρική Κλινική

Ο ρόλος και η θέση του παιχνιδιού στη ζωή του παιδιού είναι αναμφίβολα πολύ σοβαρή, γιατί αποτελεί μια βασική παράμετρο για την ψυχοσωματική του ανάπτυξη. Προάγει τους δικούς του κανόνες συμπεριφοράς και πνεύμα συνεργασίας και σαν ελεύθερη δραστηριότητα, έχει ένα πλήθος συνεπειών για την ανάπτυξη του παιδιού και την εγχαράξη σε αυτό, συγκεκριμένων κανόνων, στάσεων και συμπεριφορών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της έρευνάς μας είναι να καταγράψουμε τις απόψεις των γονέων, αλλά και των μικρών παιδιών όσον αφορά στο παιδικό παιχνίδι σήμερα σε αστική περιοχή. Αποτυπώσαμε τη γνώμη τους κατά πόσο αυτό είναι απαραίτητο στη σημερινή ζωή των παιδιών, εάν αυτό έχει θετικές επιπτώσεις, εάν διαμορφώνει κανόνες και στάσεις συμπεριφοράς και αν συμβάλλει στην ψυχοσωματική ανάπτυξη του παιδιού.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Διερευνήσαμε την έρευνά μας κατά τη διάρκεια του 2012 σε αστική περιοχή του Νομού Κορίνθιας. Με ανώνυμο ερωτηματολόγιο καταγράψαμε τις απόψεις γονέων - παιδιών ηλικίας από 6-14 ετών, σχετικά με το παιδικό παιχνίδι. Η ηλικία των γονέων ήταν από 25-55. Από τα παιδιά αποτυπώσαμε τις απόψεις τους με προφορική συνέντευξη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 1. Η μεγάλη πλειοψηφία των γονέων σε ποσοστό 94% συμφωνεί ότι το παιχνίδι προάγει τη σωματική και ψυχική ευεξία των παιδιών, 2. Σε ποσοστό 79% αφήνουν τα παιδιά να παίζουν ότι θέλουν χωρίς όμως να τους διδάσκουν παραδοσιακά παιχνίδια, 3. Σε ποσοστό 38% δεν γνωρίζουν τα παλιά παιχνίδια, 4. Σε ποσοστό 82% συμφωνούν ότι τα παιδιά σήμερα δεν έχουν αρκετό χρόνο και αυτόν τον σπαταλούν στα φροντιστήρια και μπροστά στην ΤV, 5. Σε ποσοστό 73% ομολογούν ότι στρώνουν τα παιδιά να παίζουν για να έχουν την ησυχία τους, 6. Όλοι σχεδόν οι γονείς, ποσοστό 96%, αναφέρουν ότι δεν υπάρχουν οι κατάλληλοι χώροι για παιχνίδι αλλά σκέυα, χωράφια και δρόμοι, 7. Υπάρχουν ελάχιστα παιδικές χαρές και οι περισσότερες με χαλασμένα εξοπλισμό, 8. Ο ελεύθερος χρόνος που διαθέτουν τα παιδιά τις καθημερινές για παιχνίδι είναι περίπου 2 ώρες και αυτό εξαρτάται από την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ: 1. Όλα τους θέλουν να έχουν την ανάγκη να παίζουν, 2. Συνήθως παίζουν κνημητό, κρυφτό, μπάλα, τις κούκλες, 3. Έχουν παράπονο ότι δεν υπάρχουν οι κατάλληλοι χώροι για να παίζουν (παιδοτόποι, παιχνιδοκατασκευές, παιδικές χαρές), 4. Στο σύνολο τους παίζουν με έτοιμα βιομηχανικά παιχνίδια, 5. Δεν έχουν διαδαχτεί στο σχολείο παραδοσιακά παιχνίδια, αλλά ούτε στο σπίτι, 6. Δεν έχουν πετάξει σχεδόν κανέναν χαρτάκι, ούτε ξέρουν πώς κατασκευάζεται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαπιστώσαμε ότι: 1. Τα παιδιά δεν έχουν ελεύθερο χρόνο για παιχνίδι, 2. Δεν υπάρχουν οι κατάλληλοι χώροι για να παίζουν, 3. Τον μικρό ελεύθερο χρόνο τους τις καθημερινές και τις αργίες τον σπαταλούν μπροστά στην τηλεόραση, σε φροντιστήρια και σε ειδικά μαθήματα, 4. Δεν διδάσκονται στο σχολείο, αλλά ούτε και στο σπίτι παραδοσιακά παιχνίδια – κατασκευές. Είναι γεγονός ότι το παιχνίδι είναι συνυφασμένο με τη ζωή του παιδιού. Από τα αρχαία χρόνια μέχρι σήμερα υπάρχουν παιχνίδια που προάγουν την ψυχική και πνευματική ευεξία των παιδιών και καθιερώνουν τρόπους συμπεριφοράς.

346. ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΕ ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

M. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Α. Σαλίχου², Ι. Παγώνης², Α. Γκέργκη², Μ. Ορφανού², Π. Λογοθέτη², Χ. Μέλλος², Α. Βοντζαλιδής², Π. Μουτεβελής², Π. Ταβλαντάς²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΓΝ Κορίνθου-Παιδιατρική Κλινική

Ο θηλασμός αποτελεί ιδανική τροφή για το βρέφος και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη σωματική και ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης μας είναι η καταγραφή του ποσοστού του μητρικού θηλασμού από μητέρες που κατοικούν σε αγροτική περιοχή του νομού Κορίνθιας, στην οποία κατοικούν και αρκετοί αλλοδαποί.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο στη διάρκεια του 2012 από Ελληνίδες και ξένες. Συνολικά 200 ερωτηματολόγια, 120 Ελληνίδες και 80 ξένες, κυρίως αλβανικής καταγωγής, ηλικίας από 18-40 χρονών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ποσοστό 75% θηλάζουν και 25% δεν θηλάζουν. Από αυτές που θηλάζουν το 56% δεν εργάζεται και το 44% εργάζεται. Μορφωτικό επίπεδο: από αυτές που θηλάζουν έχει καλύτερο 28%, μέσο 56%, ανώτατο 16%. Η πιο συχνή ηλικία των μητέρων που θηλάζουν είναι μεταξύ 22-30 χρονών. Οι Ελληνίδες θηλάζουν σε ποσοστό 66% και οι αλλοδαπές σε ποσοστό 88%. Μέση διάρκεια θηλασμού από τις Ελληνίδες 4,5 μήνες και από τις αλλοδαπές 10 μήνες. Ενημέρωση όσον αφορά τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού έχουν όλες οι μητέρες. Απίες διακοπής του μητρικού θηλασμού αναφέρονται: η εργασία της μητέρας, η μαστίτιδα, ανωμαλίες στη θηλή, ανεπαρκής έκκριση γάλακτος και σε μικρό ποσοστό η φαρμακευτική αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ανεξάρτητα από το μορφωτικό τους επίπεδο και την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, πάρα πολλές μητέρες θηλάζουν σήμερα τα παιδιά τους, όχι όμως όσο πρέπει. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ Ελληνίδων και ξένων, με τις ξένες να θηλάζουν πιο πολύ και για πιο πολλούς μήνες τα παιδιά τους, όμως τα ποσοστά μητρικού θηλασμού και στις δύο κατηγορίες μειώνονται και για αυτό πρέπει να εντείνουμε και να συνεχίσουμε τις προσπάθειές μας για τη σημασία των πλεονεκτημάτων του μητρικού θηλασμού.

347. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

348. Ο ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ COHEN ΑΠΟ ΙΔΡΥΤΙΚΗ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΣΕ ΕΝΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Σ. Ντούζγου, Γ. Γυφτοδήμου, Μ. Γρηγοριάδου, Μ. Petersen

Διεύθυνση Γενετικής, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα

Το σύνδρομο Cohen είναι μια κληρονομική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από αναπτυξιακή καθυστέρηση, νοητική υστέρηση, μικρό μέγεθος της κεφαλής (μικροκεφαλία), και ελαττωμένο μυϊκό τόνο (υποτονία). Το σύνδρομο προκαλείται από μεταλλάξεις στο γονίδιο *VPS13B*.

Αναφέρουμε τον ειδικό αντίκτυπο της παροχής υπηρεσίας κλινικής γενετικής της Διεύθυνσης Γενετικής του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού (Αθήνα), σε ασθενείς με σύνδρομο Cohen σε νησί της Ελλάδας όπου παρουσιάστηκε αυξημένος επιπολασμός του συνδρόμου λόγω της διάδοσης ιδρυτικής μετάλλαξης σε γεωγραφικά απομονωμένο πληθυσμό με υψηλά ποσοστά συγγενικών γάμων.

Στα πλαίσια αυτής της παροχής υπηρεσίας

- περιγράφηκε ο φαινότυπος του συνδρόμου Cohen που προκύπτει από τη συγκεκριμένη ιδρυτική μετάλλαξη, ο οποίος χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα συμπτώματα του μυοσκελετικού συστήματος, αλλαγές του κερατοειδούς, περιοδοντική νόσο, υψηλά ποσοστά αυτισμού και μη-λεκτικής επικοινωνίας και, περιστασιακά, μικροκεφαλία.
- έγινε συστηματική οφθαλμολογική εκτίμηση των ασθενών. Όλοι παρουσίαζαν μυωπία και ατροφία του αμφιβληστροειδούς. Σε αντίθεση με όλες τις ομάδες ασθενών με σύνδρομο Cohen οι οποίες έχουν αναφερθεί μέχρι στιγμής, η πλειονότητα παρουσίαζε επίσης μεταβολές του κερατοειδούς, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, και το οικογενειακό ιστορικό. Δύο αδελφές, ηλικίας 11 και 15 ετών, παρουσίαζαν κερατόκωνο άμφω. Πιο συχνά (86%) από ό, τι σε οποιαδήποτε άλλη εθνική ομάδα, οι Έλληνες ασθενείς είχαν καταρράκτη που συχνά ήταν αμφοτερόπλευρος, συχνά της τάξης του 3, ακόμη και σε νεαρή ηλικία. Ως σύνολο, ο οφθαλμολογικός φαινότυπος του ελληνικού συνδρόμου Cohen από ιδρυτική μετάλλαξη χαρακτηρίζεται από τη συμμετοχή τόσο του οπίσθιου και του πρόσθιου τμήματος του οφθαλμού, άμφω, στην πλειονότητα των περιπτώσεων (93%). Αυτοί οι ασθενείς βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν τύφλωση σε σχέση με άλλες εθνικότητες ή γονοτύπους. Η μελέτη αυτή κατέδειξε την ανάγκη παχυμετρίας ως μέσο για την παρακολούθηση και την πρόβλεψη της ικανότητας όρασης σε αυτούς τους ασθενείς.
- υπολογίστηκε η επίπτωση του συνδρόμου στο νησί ως περίπου 1/110.
- δόθηκε γενετική συμβουλευτική σε πολλές οικογένειες του νησιού.

349. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΓΑΛΑΚΤΟΚΙΝΑΣΗΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μ. Τρικούπη, Γ. Καφαλίδης, Π. Ζώση, Σ. Γαλανού, Α. Κατσαρής, Χ. Στριμπάκος, Λ. Κανάρης

Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»

Το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα περιέχουν λακτόζη, τη βασική διατροφική πηγή γαλακτόζης. Η λακτόζη μεταβολίζεται μέσω της λακτάσης σε γαλακτόζη και γλυκόζη. Η γαλακτοζαιμία αποτελεί διαταραχή του μεταβολισμού της γαλακτόζης, χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα γαλακτόζης και οφείλεται σε 3 διακριτές συγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού της γαλακτόζης με ανεπάρκεια ενός εκ των τριών ενζύμων: της ουριδουλοτρανσφεράσης της 1-φωσφορικής γαλακτόζης, της 4-επιμεράσης της ουριδίνου-διφωσφορικής γαλακτόζης και της γαλακτοκινάσης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Νεογνό άρρεν τελειόμηνο, γεννήθηκε με καισαρική τομή λόγω προηγηθείσας καισαρικής τομής, με βάρος γέννησης 3450 γρ. (25^η ΕΘ). Πρόκειται για το δεύτερο παιδί μιας οικογένειας ΡΟΜΑ με Ελληνική καταγωγή. Δεν υπάρχει συγγένεια μεταξύ των δυο γονέων και το πρώτο παιδί της οικογένειας είναι ελεύθερο κληρονομικών μεταβολικών νοσημάτων. Κατά τη διάρκεια του προληπτικού ελέγχου νεογνών την 3^η ημέρα ζωής (Guthrie test) τέθηκε η υπόνοια γαλακτοζαιμίας. Την 7^η ημέρα ζωής κατόπιν ανάνηψης των αποτελεσμάτων διεκόπη ο θηλασμός και το νεογνό τέθηκε σε στοιχειακό γάλα σε αναμονή της περαιτέρω διερεύνησης για επιβεβαίωση της νόσου. Το νεογνό ήταν σε καλή γενική κατάσταση με φυσιολογική κατά συστήματα κλινική εξέταση. Στον οφθαλμολογικό έλεγχο που έγινε σε ηλικία 7 ημερών ανευρέθη καταρράκτης σε πολύ πρώιμα στάδια, ο οποίος και υποχώρησε σε επανέλεγχο που έγινε μετά 1 μήνα και ενώ το νεογνό βρισκόταν σε δίαιτα αποκλεισμού γαλακτόζης. Ο λοιπός έλεγχος του νεογνού ήταν φυσιολογικός. Στάλθηκε έλεγχος σε εργαστήριο μεταβολικών νοσημάτων του εξωτερικού όπου ανιχνεύθηκε ανεπαρκής δραστηριότητα του ενζύμου γαλακτοκινάση στα ερυθρά αιμοσφαίρια και τέθηκε η διάγνωση ανεπάρκειας γαλακτοκινάσης. Μετά τη διάγνωση το βρέφος σίτιστηκε με ειδικό γάλα Galactamil-17. Σε ηλικία 6 μηνών έχει φυσιολογική σωματική και ψυχοκινητική ανάπτυξη, ΒΣ=6650 γρ (25^η ΕΘ) καθώς και φυσιολογικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο.

350. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σ. Γαλανού, Γ. Καφαλίδης, Δ. Καρακαϊδός, Μ. Τρικούπη, Θ. Ξενοπούλου, Γ. Πατσούρας, Θ. Βλάχου

Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»

ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ: Είναι κλινικό σύνδρομο το οποίο οφείλεται κατά κύριο λόγο στον ιό Erstein-Barr. Χαρακτηρίζεται από εκδήλωση πυρετού, κακουχίας, φaryγγαλγίας και γενικευμένης λεμφαδενωπάθειας. Αρχικά περιγράφηκε ως αδενικός πυρετός. Έλαβε το όνομά της από την αύξηση των μονοπύρηνων άτυπων λεμφοκυττάρων που συνοδεύει τη νόσο.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Στα ΤΕΠ της κλινικής μας προσκομίσθηκε αγόρι 6 ετών σε επηρεασμένη γενική κατάσταση (ωχρότητα, ανορεξία, αδυναμία λήψης τροφής) με αναφερόμενο εμπύρετο από 12ώρου έως 39° C και από 2 εβδομάδες εμέτους και διαρροϊκές κενώσεις περίπου 6/ημερησίως. Από την κλινική εξέταση: Διογκωμένες αμυγδαλές με βύσματα, διογκωμένοι τραχηλικοί λεμφαδένες άμφω, ήπαρ/σπλήνας ±, λοιπά συστήματα: κ.φ.

ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ: Γεν. αίματος: WBC: 12070 κκx (Π: 15,9%, Λ: 71%, Μ: 7,9%), PLT: 331000 κκx, Hb: 14,9 gr/dl, Hct: 39,9%, B/X: Glu: 108 mg/dl, Ur: 14 mg/dl, Cr: 0,6 mg/dl, K: 3,6 mmol/L, Na: 139 mmol/L, SGOT: 1425 IU/L, SGPT: 822 IU/L, χολερυθρίνη: 0,6 mg/dl, ALP: 263 IU/L, γ-GT: 165 IU/L, LDH: 428 IU/L, CRP: 2,5 mg/dl, χρόνοι πήξεως: κφ, Κ/α κοπράνων: καμία ανάπτυξη, Ag Adeno: +, Ag Rota: αρνητικός, Strep test: αρνητικό, κ/α φaryγγικού: αρν. Έλεγχοι για HAV, HBV, HCV: αρνητικός, IgG IgM Adenovirus: αρνητικά, IgG IgM TOXO: αρνητικά, IgG IgM CMV: θετικά, IgM EBV-VCA: θετικά IgG EBV-VCA: αρνητικά, U/S κοιλίας: ήπαρ με ελαφρά αυξημένες διαστάσεις (14 εκ), σπλήνας με οριακό αυξημένο μέγεθος (11,2 εκ). Ανοσοδιαγνωστικός έλεγχος: αρνητικός.

Παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση των SGOT και SGPT ήδη από το πρώτο 24ωρο της νόσου που υποχώρησαν σταδιακά, το παιδί έμεινε απύρετο από το 4^ο 24ωρο νοσηλείας, ενώ έλαβε πενικιλίνη iv. για 4 24ωρα και κεφακλόρη per os για 6 24ωρα μετά την έξοδο.

351. ΑΠΕΣΥΡΘΗ**353. ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΚΑΙ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**

Α. Κυριακόπουλος, Α. Καρονίδης, Α. Κριθάρης, Π. Παλαιολόγου, Δ. Τσούτσος

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι. Ιωάννοβιτς», ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση φωτογραφιών προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά είναι ο σύγχρονος τρόπος τεκμηρίωσης των ιατρικών ή χειρουργικών πράξεων της Πλαστικής Χειρουργικής, ανάδειξης του επιστημονικού έργου και διέπεται από κανόνες ηθικούς και νομικούς. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστούν οι βασικές αρχές της ιατρικής φωτογραφικής τεκμηρίωσης σε ηθικό, νομικό και πρακτικό επίπεδο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική βιβλιογραφική μελέτη και παρουσίαση της κλινικής εμπειρίας μας σε φωτογραφίες άνω των χιλίων περιστατικών Πλαστικής Χειρουργικής. Το υλικό περιλαμβάνει φωτογραφίες σε περισσότερα από χίλια περιστατικά της Κλινικής και η εμπειρία που αναπτύξαμε από αυτό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Περιγράφονται οι βασικές αρχές της φωτογραφίας, οι τύποι των φωτογραφικών μηχανών, οι λειτουργίες τους, οι κανόνες φωτισμού και η προσαρμογή αυτών στην Πλαστική Χειρουργική καθώς και οι ειδικές προϋποθέσεις που απαιτούνται σε σχέση με κάθε ανατομική περιοχή. Η πραγματοποίηση της φωτογραφικής τεκμηρίωσης θα πρέπει να συνάγει με τις αρχές της Ιατρικής ηθικής, τη διατήρηση του ιατρικού απορρήτου και να συμφωνεί με τα ισχύοντα της ιατρικής νομοθεσίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η φωτογραφική τεκμηρίωση βασισμένη σε αλγόριθμο αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ορθή περιεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών της Πλαστικής Χειρουργικής.

352. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΤΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ ΛΕΠΤΟΥ ΠΑΧΟΥΣ (ΠΑΧΟΣ BRESLOW ≤ 1.0 mm)

Γ. Κεχαγιάς, Α. Μάρρα, Α. Καρονίδης, Δ. Τσούτσος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μονάδα Εγκαυμάτων, Μικροχειρουργικής και Άκρας Χείρας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, «Γ. Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επέμβαση της βιοψίας του λεμφαδένα φρουρού (Sentinel Lymph Node Biopsy SLNB) στη θεραπευτική προσέγγιση του πρωτοπαθούς μελανώματος θεωρείται σπουδαίο εργαλείο σταδιοποίησης της νόσου, σύμφωνα με την Αμερικανική Κοινή Επιτροπή για τον Καρκίνο (American Joint Committee of Cancer AJCC) και το Εθνικό Γενικό Αντικαρκινικό Δίκτυο (National Comprehensive Cancer Network NCCN). Είναι αποδεκτό ότι οι επιπτώσεις αυτής της διαδικασίας στη συνολική επιβίωση παραμένουν ασαφείς. Σκοπός της εργασίας είναι να εξετάσει το ρόλο του SLNB στα μελανώματα λεπτού πάχους (πάχος Breslow ≤ 1.0 mm).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Από το 2010 μέχρι και το 2012, 47 ασθενείς διαγνωσμένοι με πρώιμο μελάνωμα Σταδίου (AJCC), IA (T1a, N0, M0 με παρουσία δυσμενών χαρακτηριστικών) και IB (T1b, N0, M0) αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και περιλαμβάνονται στη μελέτη. Οι ασθενείς αυτοί είχαν υποβληθεί σε εκτομή της πρωτοπαθούς εστίας, η οποία επιβεβαίωσε την ύπαρξη μελανώματος και σε συμπληρωματική ευρεία εκτομή και SLNB.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 47 επεμβάσεις ευρείας εκτομής και SLNB, 2 ασθενείς εμφάνισαν θετικό λεμφαδένα φρουρό. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν σε συμπληρωματικό λεμφαδενικό καθαρισμό του αντίστοιχου λεμφαδενικού σταθμού και παραπομπή σε ογκολόγο για περαιτέρω αντιμετώπιση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η επέμβαση βιοψίας του λεμφαδένα φρουρού στη σταδιοποίηση και περαιτέρω θεραπεία του μελανώματος είναι μια διαδικασία παγκοσμίως αποδεκτή, με τάσεις επέκτασης πραγματοποίησής της σε όλο και περισσότερα στάδια. Σε αντίθεση με παλαιότερες πρακτικές, η πραγματοποίησή της ακόμη και στα μελανώματα λεπτού πάχους, συμβάλλει στη σταδιοποίηση και την ανάλογη θεραπευτική προσέγγιση, περαιτέρω διενέργεια συμπληρωματικού λεμφαδενικού καθαρισμού όπου χρειάζεται και έγκαιρη ογκολογική αντιμετώπιση. Τα ευρήματα αυτά δικαιολογούν την πραγματοποίηση της επέμβασης SLNB ακόμη και στα μελανώματα λεπτού πάχους.

354. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

355. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΑΚΡΟΔΑΚΤΥΛΟΥ, ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Α. Κυριακόπουλος, Α. Κριθάρης, Π. Παλαιολόγου, Α. Κορονίδης, Α. Γραββάνης, Δ. Τσούτσος

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι. Ιωάννοβιτς», ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι τραυματικές κακώσεις ακροδακτύλων μπορούν να αποκατασταθούν

- κατά 2^ο σκοπό με εφαρμογή επιθεμάτων,
- με τη διαμόρφωση κολοβώματος και σύγκλιση κατά 1^ο σκοπό,
- την τοποθέτηση δερματικών μοσχευμάτων
- την παρασκευή ομοδακτυλικών ή ετεροδακτυλικών κρημνών.

Σκοπός της εργασίας είναι να εστίασει στις τεχνικές αποκατάστασης ελλειμμάτων ακροδακτύλων και να προτείνει έναν αλγόριθμο αντιμετώπισής τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη κακώσεων-ελλειμμάτων ακροδακτύλων, που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική μας το 2012. Αποκαταστάθηκαν 220 τραυματισμοί ακροδακτύλων σε 198 ασθενείς: 156 άνδρες και 42 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 41,1 έτη (range: 16-78). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών μας ήταν 2,3 μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συχνότερα το έλλειμμα αφορούσε την τελική φάλαγγα του μέσου δακτύλου (24,54%), του δείκτη (23,63%) και ακολουθούν αντίχειρας, παράμεσος και μικρός. Πρέπει να αναφερθεί πώς οι περισσότερες κακώσεις ήταν στο αριστερό χέρι (59%), με συχνότερο τον τραυματισμό στο μέσο δάκτυλο (30,77%), ενώ στο δεξί χέρι (41%) η συχνότερη κάκωση ήταν στον δείκτη (31,11%). Το 45,0% των ελλειμμάτων αποκαταστάθηκε με τοπικούς ή περιοχικούς κρημνούς. Διαμόρφωση κολοβώματος με βράχυνση της τελικής φάλαγγας καταγράφηκε στο 27,8% των ελλειμμάτων και η κάλυψη με δερματικό μόσχευμα στο 13,9%. Οι υπόλοιπες κακώσεις αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Καταγράφηκε πλήρης επουλώση των δακτύλων με καλό λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα και οι ασθενείς επέστρεψαν στην εργασία τους μετά από 1,8 μήνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι κακώσεις στα ακροδάκτυλα είναι πολύ συχνές και η αντιμετώπιση τους θα πρέπει να στοχεύει στην αποκατάσταση του λειτουργικού αλλά και αισθητικού ελλείμματος του τραυματισμένου δακτύλου. Ο γεωμετρικός προσανατολισμός του ελλείμματος μαζί με τις διαστάσεις του καθορίζουν την επιλογή της μεθόδου αποκατάστασης.

356. Η ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

Α. Κορονίδης, Α. Diab, Α. Κυριακόπουλος, Π. Παλαιολόγου, Π. Γεράρδος, Δ. Τσούτσος

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι. Ιωάννοβιτς», ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αντιμετώπιση των εγκαυματικών λοιμώξεων έχει σημαντική επίδραση στη συνολική πορεία της νόσου. Σκοπός της εργασίας είναι να καταγραφεί η επίπτωση των πιο συχνών μικροοργανισμών κατά τη μετεγκαυματική περίοδο, καθώς και τα αντιβιοτικά που χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση των λοιμώξεων στη Μονάδα Εγκαυμάτων της κλινικής μας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από το 2008 ως το 2011, 38 ασθενείς με βαθέως μερικού και ολικού πάχους εγκαύματα νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα. Οι ασθενείς είχαν εγκαύματα με έκταση κατά μέσο όρο 36% ΟΕΣ. Αρχικά δόθηκε εμπειρική αγωγή που τροποποιήθηκε κατάλληλα μετά τη λήψη θετικών καλλιέργειών και αντιβιογραμμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κοινά παθογόνα μικρόβια απομονώθηκαν σε καλλιέργειες εγκαυματικών επιφανειών και αίματος. Οι λοιμώξεις που οφείλονταν σε Gram (-) βακτήρια όπως *Pseudomonas* και *Acinetobacter Baumannii*, συνδέθηκαν με βαρύτερη εικόνα νόσου, αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η μεροπενέμη ήταν το πιο αποτελεσματικό αντιβιοτικό στη Μονάδα μας,

σε σχέση με τις άλλες καρβαπενέμες και τα άλλα πρώτης γραμμής αντιβιοτικά που τέθηκαν εμπειρικά μετά την πρώτη μετεγκαυματική εβδομάδα, σε επιδείνωση της κλινικής εικόνας ή μικροβιολογική επιβεβαίωση λοίμωξης. Η κολιστίνη ήταν ο πιο αποτελεσματικός αντιμικροβιακός παράγοντας στις πολυανθεκτικές gram (-) λοιμώξεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επιτυχής αντιμετώπιση αυτών των λοιμώξεων περιλαμβάνει την εμπειρική χρήση των κατάλληλων αντιβιοτικών, που μπορούν να ελέγξουν τη λοίμωξη που οφείλεται σε μικροοργανισμούς που αναμένεται να αποικήσουν την εγκαυματική επιφάνεια σε μία μονάδα εγκαυμάτων σε σχέση με τη μετεγκαυματική περίοδο και πριν τη λήψη του αντιβιογράμματος. Η μεροπενέμη αποτελεί μια αξιόπιστη επιλογή. Όταν οι ευαισθησίες των μικροβίων επιβεβαιώσουν την πολυανθεκτικότητα της Gram (-) λοίμωξης συνήθως λόγω *Pseudomonas* και *Acinetobacter baumannii* και η λοίμωξη εμμένει ή επιδεινώνεται, τότε η κολιστίνη πρέπει να χορηγείται.

357. ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΡΙΛΕΧ ΑΓ ΩΣ ΕΠΙΘΕΜΑ ΕΠΙ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕΡΙΚΟΥ ΠΑΧΟΥΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Α. Κυριακόπουλος, Π. Παλαιολόγου, Α. Κριθάρης, Κ. Σπηλιόπουλος, Α. Κορονίδης, Δ. Τσούτσος

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι. Ιωάννοβιτς», ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η τοποθέτηση δερματικών μοσχευμάτων μερικού πάχους (ΔΜΜΠ) επί ελλειμμάτων δέρματος αποτελεί συνήθη τρόπο αντιμετώπισής τους στην πλαστική χειρουργική. Η χρήση του Merilex Ag αποτελεί μία νέα τεχνική κάλυψης του ΔΜΜΠ και βασίζεται στην ευεργετική χρήση της βραδείας αποδέσμευσης του Ag στο ΔΜΜΠ, η οποία αυξάνει το ποσοστό επιτυχούς πρόσληψης. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει την εφαρμογή και το αποτέλεσμα της νέας αυτής τεχνικής στην κλινική πράξη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 43 ετών προσήλθε με έλκος κατάκλισης (ΔΕ) πτέρνης το οποίο αποκαταστάθηκε με ΔΜΜΠ. Η καθήλωση του δερματικού μοσχεύματος πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Meritel Ag, ως σπόγγου τυλιγμένου με βαζελινούχος γάζα, περιόδεση με αποστειρωμένη γάζα και ελαστικό επίδεσμο. Ο έλεγχος του ΔΜΜΠ έγινε την 5^η μετεγχειρητική ημέρα με ταυτόχρονη φωτογραφική τεκμηρίωση του αποτελέσματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το Merilex Ag ως σπόνγγος συνέβαλε στην επαρκή καθήλωση του ΔΜΜΠ, ενώ η βαζελινούχος γάζα συνέβαλε στη μη αποκόλληση του μοσχεύματος κατά την αφαίρεση της περιόδεσης. Η αντιμικροβιακή δράση του αργύρου σε συνδυασμό με την αντιβιοτική αγωγή του ασθενούς συνέλεξαν στη μη επιμόλυνση το μοσχεύματος και στην 100% πρόσληψη του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τεχνική με τη χρήση του Merilex Ag για την καθήλωση και περιόδεση του ΔΜΜΠ μπορεί να εξασφαλίσει την 100% πρόσληψη του μοσχεύματος ακόμα και σε επιπλεγμένα περιστατικά και μπορεί μετά από περαιτέρω έρευνα σε μεγάλη σειρά περιστατικών, να προσθέσει μία αξιόπιστη εναλλακτική επιλογή στη φαρέτρα του Πλαστικού Χειρουργού.

358. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ ΜΕΤΑ ΒΡΑΧΕΙΑ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

Σ. Βακάλη, Σ. Γεννηματά, Σ. Τσικρικά, Α. Παλαμίδας, Γ. Καλτσάκας, Ν. Κουλούρης, Χ. Γκράτζιου

Κέντρο Έρευνας και Ελέγχου του Καπνίσματος, Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι ένα νέο προϊόν που χρησιμοποιείται στη χώρα μας, ολοένα και περισσότεροι ως μια ασφαλέστερη εκδοχή καπνίσματος από το «συμβατικό» τσιγάρο χωρίς όμως να υπάρχει ανάλογη επιστημονική τεκμηρίωση της ασφάλειάς του.

ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος μας ήταν η μελέτη της βραχείας επίδρασης του ηλ. τσιγάρου σε ομάδα μη καπνιστών και σε ομάδα καπνιστών με και χωρίς αποφρακτικά νοσήματα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκε η εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων, οι μεταβολές του καρδιακού ρυθμού της αρτηριακής πίεσης και του κορεσμού (SatO₂) μετά την 10λεπτη χρήση ηλ. τσιγάρου, ενώ παράλληλα, μετρήθηκαν μη επεμβατικοί δείκτες ανίχνευσης φλεγμονής των αεραγωγών όπως το εκπνεόμενο ΝΟ, το εκπνεόμενο CO και η θερμοκρασία των αεραγωγών.

ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 37 συμμετέχοντες (17 άντρες, 20 γυναίκες), μέσης ηλικίας 42±14 έτη, από τους οποίους 9 μη καπνιστές, 15 καπνιστές με φυσιολογικές τιμές στον λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής και 13 καπνιστές με αποφρακτικό νόσημα (7 με βρογχικό άσθμα και 6 με ΧΑΠ) οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν ως μία κοινή ομάδα, με χρόνια απόφραξη των αεραγωγών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά την έκθεση υπήρξε εμφάνιση συμπτωμάτων με ποσοστό 65% να εμφανίζουν βήχα οι μη καπνιστές, οι καπνιστές με φυσιολογική σπιρομέτρηση παρουσίασαν ξηρότητα λαιμού (68%), οι μη καπνιστές σχολίασαν διαφορά στη γεύση στους σε ποσοστό 78%, ενώ το άσθμα ευχαρίστησης ήταν 51% στους καπνιστές με φυσιολογική σπιρομέτρηση. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση των καρδιακών σφύσεων (προ έκθεσης 75±10 σε 92±17 μετά έκθεσης) σε όλες τις ομάδες των συμμετεχόντων, καθώς και πτώση του κορεσμού του αρτηριακού οξυγόνου στους καπνιστές χωρίς αποφρακτικό νόσημα. Ταυτόχρονα, σημειώθηκε σημαντική αύξηση στις τιμές του εκπνεόμενου CO στην ομάδα των μη καπνιστών, χωρίς στατιστικά σημαντικές μεταβολές στους λοιπούς δείκτες φλεγμονής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η βραχυχρόνια χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου προκαλεί κλινικά συμπτώματα ερεθισμού του αναπνευστικού με αύξηση του καρδιακού ρυθμού και μείωση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για τη μελέτη της μακροχρόνιας ασφάλειας των προϊόντων αυτών.

359. Η ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ ΔΕΝ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟΑΠΝΟΪΚΟ ΔΕΙΚΤΗ

Κ. Λάμπρου, Χ. Τσελεπή, Κ. Βαγγελή, Α. Τσατσούλης, Σ. Κωνσταντόπουλος, Γ. Δασκαλόπουλος

Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Αναφέρεται βιβλιογραφικά μείωση της libido σε ασθενείς με υπνική άπνοια και αποδίδεται από μερικούς συγγραφείς σε μείωση των επιπέδων τεστοστερόνης. Να μελετηθεί η συσχέτιση των επιπέδων της τεστοστερόνης με τη βαρύτητα του συνδρόμου της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας όπως εκφράζεται από τον υπνο-απνοϊκό δείκτη (ΑΗ).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 34 ασθενείς με σύνδρομο αποφρακτικής υπνικής άπνοιας, μέσο ΑΗΙ 40.9±26.1 επεισόδια/ώρα-, με μέσο όρο ηλικίας 58.6±12.1 έτη, μέσο δείκτη μάζας σώματος 38.9±7.5 kg/m², και μέση τιμή τεστοστερόνης 3.0±1.7 ng/ml (φυσιολογικές τιμές 2.6-11.0 ng/ml). Η συσχέτιση του ΑΗΙ με τα επίπεδα τεστοστερόνης έγινε με τη βοήθεια της απλής γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης. Από τους 34 ασθενείς, οι 17 είχαν μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης 1.7±0.8 ng/ml, ενώ οι υπόλοιποι 17 είχαν φυσιολογικές τιμές 4.4±1.4 ng/ml.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην απλή γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης τα επίπεδα τεστοστερόνης σχετίζονταν αντιστρόφως ανάλογα με το δείκτη μάζας σώματος (R²: 0.290; p: 0.01). Αντίθετως, η ηλικία και ο δείκτης απνοιών-υποπνοιών δεν σχετίζονται με τα επίπεδα τεστοστερόνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης στους ασθενείς με υπνική άπνοια της συγκεκριμένης μελέτης είναι ανεξάρτητα από τον δείκτη απνοιών-υποπνοιών και την ηλικία και δεν σχετίζονται με τη βαρύτητα του συνδρόμου. Σχετίζονται μόνο με το δείκτη μάζας σώματος αντιστρόφως ανάλογα (R²: 0.290; p: 0.01). Πιθανόν η πτώση των επιπέδων τεστοστερόνης στους υπνοαπνοϊκούς οφείλεται στην παχυσαρκία.

360. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Α. Λιαπικού¹, Α. Σπηλιωτοπούλου¹, Ε. Θεοδωρακοπούλου¹, Μ. Μελαχροινίδου¹, Α. Ανασταόπουλος², Π. Πετράς³, Α. Χροναίου¹, Η. Καϊνής¹, Π. Δεμερτζής¹

¹3η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», ²6η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», ³8η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι συχνή συννοσηρότητα σε ασθενείς με πνευμονία της κοινότητας (ΠΚ). Ωστόσο, η θνησιμότητα των ασθενών με ΧΑΠ και ΠΚ φέρεται να είναι χαμηλή, γι «αυτό και δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την πρόγνωση της σοβαρότητας της ΠΝ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε, κατά τη διάρκεια 3 ετών, τους φακέλους νοσηλευόμενων ασθενών με πνευμονία της κοινότητας σε πνευμονολογική κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου των Αθηνών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανάμεσα σε 241 νοσηλευόμενους ασθενείς με ΠΚ οι 84 (35%) είχαν ΧΑΠ. Οι ασθενείς με ΧΑΠ ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία (71 ετών έναντι 62 ετών) και κυρίως άνδρες (70% έναντι 50%, p=0.002) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Είχαν όλοι σχεδόν συνυπάρχουσες νόσους (99%) και ήταν όλοι καπνιστές. Παρουσιάστηκαν συχνότερα με δύσπνοια ηρεμίας και αποβολή πτυέλων, με υποξαιμία (84% έναντι 59%, p<0.001), και κατατάσσονταν σε υψηλότερες τάξεις σοβαρότητας κατά CURB65 (2,4 έναντι 1,7, p=0.011). Κατά τη θεραπεία τους χορηγήθηκαν κατά μεγαλύτερη συχνότητα κορτικοειδή (35% έναντι 22%, p=0.03) σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Ο συνολικός χρόνος νοσηλείας ήταν 10 ημέρες. Συνολικά 13 ασθενείς απεβίωσαν εκ των οποίων οι 3 είχαν ΧΑΠ. Παρόλη την κλινική εικόνα οι ασθενείς με ΧΑΠ είχαν σχεδόν το ίδιο ποσοστό επιπλοκών (20%) και λίγο χαμηλότερη θνητότητα σε σχέση με τους άλλους ασθενείς (5,7% vs 4,8%, p=0,9).

Πίνακας 1. Πορεία σε σχέση με ΧΑΠ

Μεταβλητή	ΧΑΠ (N=84), %	ΟΧΙ-ΧΑΠ (N=157), %	p-value
Πνευμονικές Επιπλοκές	16 (20)	32 (22)	0.83
Θεραπεία με Κορτικοειδή	28 (35)	33 (22)	0.03
Ημέρες Νοσηλείας	10,7 ± 5,5	10,17 ± 8	0.629
Θνητότητα	4 (4,8)	9 (5,8)	0.14

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αν και η αρχική κλινική εικόνα είναι βαρύτερη σε ασθενείς με ΧΑΠ και ΠΚ η πορεία και η θνητότητα δε διαφέρει σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς.

361. «ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ» ΕΝΑ ΕΠΕΙΓΟΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κ. Λάμπρου, Ε. Δούκα, Ι. Γαληνός, Χ. Τότσικας, Α. Αδάμος, Β. Παπασταμόπουλος, Α. Σκουτέλης

Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Να εκτιμηθεί η συχνότητα εμφάνισης φυματίωσης σε HIV+ ασθενείς της Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων (ΜΕΛ) του Νοσοκομείου <<Ο Ευαγγελισμός>>.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου του 2012 διαγνώστηκαν 8 νέα κρούσματα φυματίωσης σε οροθετικούς ασθενείς της ΜΕΛ, εκ των οποίων οι 5 ήταν νοσηλευόμενοι. Το σύνολο των νοσηλευόμενων ασθενών την ίδια χρονική περίοδο στη ΜΕΛ ήταν 49 (μέσος όρος ηλικίας 43 έτη ± 5.4). Από αυτούς οι 11 ήταν χρήστες ενδοφλεβίων τοξικών ουσιών (22,4%) με πρόσφατη τη διάγνωση της HIV λοίμωξης, ενώ οι 8 ήταν αλλοδαποί (39,2%).

Στους ασθενείς με παθολογική ακτινογραφία θώρακος, η διάγνωση της φυματίωσης ταυτοποιήθηκε με καλλιέργεια βιολογικών υλικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό φυματίωσης στους νοσηλευόμενους ασθενείς (5/49) είναι (10,2%). Η απομόνωση του μυκοβακτηριδίου σε 4 νοσηλευόμενους ασθενείς και σε 3 του εξωτερικού ιατρείου έγινε με καλλιέργεια πτυέλων ενώ σε έναν με καλλιέργεια κοπράνων. Ένας ασθενής έπασχε από κεχροειδή φυματίωση, ενώ οι άλλοι είχαν φυματίωση με πνευμονική εντόπιση, εκ των οποίων η μια ήταν MDR με ανοχή σε Ισονιζιδά και Ριφαμπικίνη. Και οι 5 νοσηλευόμενοι ασθενείς ήταν άστεγοι, αλλοδαποί, χρήστες ενδοφλεβίων τοξικών ουσιών, με πρόσφατη διάγνωση της HIV λοίμωξης. Το ποσοστό φυματίωσης στους νοσηλευόμενους αλλοδαπούς ασθενείς της ΜΕΛ είναι 62,5% (από τους 8 νοσηλευόμενους οι 5 έπασχαν).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συχνότητα εμφάνισης φυματίωσης στους νοσηλευόμενους ασθενείς της ΜΕΛ του Ευαγγελισμού παρουσιάζει αύξηση, με ιδιαίτερη εντόπιση σε συγκεκριμένη ομάδα (άστεγοι, αλλοδαποί, χρήστες ενδοφλεβίων τοξικών ουσιών, HIV+). Η παρατήρηση αυτή αποτελεί επείγον πρόβλημα δημόσιας υγείας το οποίο πρέπει να απασχολήσει τις υγειονομικές υπηρεσίες και την πολιτική γενικότερα, δεδομένου ότι η συχνότητα των μεταναστών αυξάνεται δραματικά, και η πρόσβαση τους στις δομές υγείας είναι περιορισμένη. Η πλήρης απουσία κοινωνικών δομών για τη φροντίδα και πλήρη αποθεραπεία αυτών των ασθενών κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο κάνει το πρόβλημα ακόμα πιο ανησυχητικό.

362. ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΑΣΕΩΝ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Σ. Τσικρικά, Α. Παπαβασιλείου, Μ. Γιαννουλοπούλου - Ρεμούνη, Ε. Καμαρινού, Κ. Μπρούπη, Μ. Γκορούζα, Κ. Κωνσταντίνου

Αντιφυματικό Τμήμα- Μονάδα Πολυανθεκτικής Φυματίωσης Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Σωτηρία

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή ο βαθμός σωματικής, ψυχικής και συναισθηματικής κόπωσης των εργαζομένων στη Μονάδα Πολυανθεκτικής Φυματίωσης και στο Αντιφυματικό Τμήμα του νοσοκομείου νοσημάτων θώρακος η «Σωτηρία». Επίσης, να μελετηθούν για πρώτη φορά απόψεις όσο αφορά την προσωπική και την προστασία των οικογενειών τους, αλλά και τη συνολικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Διενεμήθη ανώνυμο ερωτηματολόγιο αποτυπώνοντας δημογραφικά στοιχεία, την αντίληψη κινδύνου για τη φυματίωση, τρόπους διαχείρισης καταστάσεων κρίσεως, πηγές πληροφόρησης και λήψη προληπτικών μέτρων. Συμπληρώθηκε από το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ παράλληλα ερωτήθηκε το προσωπικό καθαριότητας, σίτισης και εξωτερικοί συνεργάτες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: στη μελέτη 41 άτομα (11 άντρες και 30 γυναίκες), μέσης ηλικίας 42±3 έτη, ανώτατης εκπαίδευσης, στην πλειοψηφία τους έγγαμοι με τέκνα. Σε ποσοστό 89% θεωρούν ότι η φυματίωση αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας και ένα 71% δηλώνει μη εμπιστοσύνη στους κρατικούς μηχανισμούς ως προς τον έλεγχο της διασποράς της νόσου. Το πλύσιμο των χεριών (68%), η χρήση γαντιών ατομικής χρήσης (54%), η χρήση μάσκας (39%), η αποφυγή πολυσύχναστων χώρων (p<0.003) είναι τα μέτρα προστασίας που τηρούνται περισσότερο ως προσωπικό του τμήματος. Η συντριπτική πλειοψηφία (74%) φοβάται για πιθανή μόλυνση και νόσηση από φυματίωση τόσο στους ίδιους όσο και στις οικογένειές τους (p<0.0013) λόγω της επαγγελματικής τους ιδιότητας. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι 46% σκέφτεται να αλλάξει το τιμήμα εργασίας και να πάρει άδεια για ολιγοήμερη απομάκρυνση (p<0.007). Κύριοι τρόποι ενημέρωσης του προσωπικού είναι η τηλεόραση (49%), καθώς και επισημιακά συνέδρια (47%) το Internet (23%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: παρόλο που η πλειοψηφία του προσωπικού δεν φαίνεται να αντιλαμβάνεται τη φυματίωση ως νόσο απειλητική για τη ζωή του, ωστόσο αναγνωρίζει το αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης τόσο του ίδιου όσο και της οικογένειάς του λόγω της φύσης της εργασίας του. Η φυματίωση θεωρείται ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας για το οποίο απαιτείται άμεσα ολοκληρωμένο εθνικό πρόγραμμα και ορθή κρατική στρατηγική και δράση καταπολέμησης της φυματίωσης.

363. ΦΥΜΑΤΙΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΩΝ ΑΘΙΓΓΑΝΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΥΛΙΣΜΟ Ν. ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ- ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2012

Γ. Πιτσιδιανάκης¹, Α. Γερακιανάκης², Ε. Κοκκιόδη², Μ. Μιχαλακάκη², Γ. Σεργετάρη², Κ. Αθανασάκη², Σ. Σκαρμαλιωράκη², Ι. Μπιμπτάκης²

¹ΠΑΓΝΗ, ²Αντιφυματική Μονάδα ΓΝ Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η μελέτη του φυματινικού δείκτη σε παιδιά αθιγγανων οι οποίοι θεωρούνται πληθυσμός υψηλού κινδύνου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το σύνολο των παιδιών ήταν 109 εκ των οποίων ελέγχθησαν 99, λόγω απουσίας την ημέρα ελέγχου 10 παιδιών. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 5 έτη. Ελέγχθησαν με τη δερμοαντίδραση ΜΑΝΤΟΥΧ. Χρησιμοποιήθηκε φυματίνη (PPD) του ινστιτούτου ΠΑΣΤΕΡ (2 Τ.Υ/0,1 ml) με διαδερμική χορήγηση (με σύριγγα και βελόνα 27 Gx1/2") και μετρήθηκε το αποτέλεσμα μετά από 48 ώρες.

Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΣ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 99 παιδιά όλα βρέθηκαν με Mantoux (0 mm) και έγινε χορήγηση BCG σε 41 παιδιά ηλικίας 6 ετών και άνω. Τα υπόλοιπα δεν εμβολιάστηκαν επειδή βρισκονταν ηλικία μικρότερη από 6 χρονών, και μερικά από αυτά είχαν υποβληθεί σε άλλο εμβολιασμό και προγραμματίστηκε νέο ραντεβού εμβολιασμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επίπτωση της μυκοβακτηριδιακής μόλυνσης στα παιδιά των αθιγγανων δεν ήταν η αναμενόμενη σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα των ειδικών αυτών πληθυσμιακών ομάδων. Μια εξήγηση για αυτά τα ποσοστά είναι η προσπάθεια ενημέρωσης που γίνεται από τις τοπικές υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα από το ιατρείο μας ώστε να υπάρχει ικανοποιητικός προληπτικός έλεγχος αυτών των ομάδων, καθώς και διευκόλυνση στην προσπέλαση των δομών υγείας

Κρίνεται σκόπιμη η αντιπαραβολή των στοιχείων μας με άλλων αντιφυματικών ιατρείων προς διεξαγωγή κι άλλων συμπερασμάτων.

364. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΕΙΣΠΝΟΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ν. Γραϊκας, Α. Παπαταξιάρχου, Α. Αθανασίου

Τμήμα Κλινικών Μελετών, ELPEN Pharmaceutical Co Inc

ΣΚΟΠΟΣ: Οι επαγγελματίες Υγείας θεωρούν, ότι η ευχρηστία των συσκευών εισπνοής φαρμάκων και το αίσθημα ικανοποίησης από την πλευρά των ασθενών είναι βασικά στοιχεία για την επιλογή της συσκευής. Οι μετρήσεις γίνονται συνήθως με κατάλληλα ερωτηματολόγια. Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται συγκεκριμένα τα αποτελέσματα από τις μελέτες που έγιναν ως σήμερα στην Ελλάδα με το ερωτηματολόγιο FSI-10, το οποίο σχεδιάστηκε για να συγκρίνει τη χρησιμότητα μεταξύ των συσκευών και την ικανοποίηση των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά, αναλύθηκαν δεδομένα 1.499 ασθενών με πνευμονικές διαταραχές, ηλικίας 16-97 ετών, οι οποίοι συμπλήρωσαν πλήρως το FSI-10. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις με κλιμακούμενες απαντήσεις τύπου Likert (βαθμολογία από 1 έως 5). Όσο υψηλότερη είναι η συνολική βαθμολογία, τόσο υψηλότερο είναι το αίσθημα ικανοποίησης του ασθενούς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 909 ασθενείς πάσχουν από άσθμα, 529 από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ενώ 29 και από τις δύο νόσους. 470 από τους συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν τη συσκευή Diskus®, 465 Eipnhaler®, 458 Turbuhaler® και 106 Aerolizer®. Η μέση συνολική βαθμολογία ήταν 40,2 / 43,6 / 41,3 και 37,0 αντίστοιχα. Μολονότι ελήφθησαν ικανοποιητικά αποτελέσματα για όλες τις συσκευές που εξετάστηκαν, παρατηρήθηκαν ορισμένες στατιστικές σημαντικές διαφορές μεταξύ τους στη βαθμολογία ανά ερώτηση και στη μέση συνολική βαθμολογία. Στον έλεγχο της αξιοπιστίας, ο συντελεστής Cronbach α βρέθηκε ίσος με 0,916. Υψηλοί συντελεστές (>0,9) καταγράφονται, όταν εξαιρεθούν οι ακραίες τιμές στη συνολική βαθμολογία, αλλά και όταν ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ανά φύλο, συσκευή ή νόσο χωριστά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ερωτηματολόγιο FSI-10 είναι κατάλληλο για να μετρηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις εισπνευστικές συσκευές που χρησιμοποιούν. Αναδεικνύει τυχόν διαφορές στις βαθμολογίες μεταξύ των συσκευών και στην αποδοχή που έχουν οι ασθενείς για αυτές. Αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο στα χέρια των ιατρών για να καταγράφουν τη γνώμη των ασθενών.

365. ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΙΟΤΡΟΠΙΟΥ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Α. Μαθιουδάκης^{1,2}, Β. Χατζημαυρίδου-Γρηγοριάδου¹, Π. Καναβίδης¹, Γ. Σίμου³, Ε. Κυρίτση², Η. Πέτρος², Ε. Ευαγγελοπούλου², Γ. Μαθιουδάκης²

¹Ομάδα Πνευμονολογίας, Ελληνική Εταιρεία για την Προώθηση της Βιοϊατρικής Έρευνας, ²Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων», ³Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Είναι γνωστό ότι το τιοτρόπιο (Tiotropium Handihaler -TioH) μειώνει τη συχνότητα των παροξύνσεων ενώ παράλληλα βελτιώνει την πνευμονική λειτουργία και την ποιότητα ζωής των ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη συγκέντρωση και την απαρτίωση των έως τώρα αντιφατικών δεδομένων σχετικά με την επίδραση του TioH στο προσδόκιμο επιβιώσεως των ασθενών αυτών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Δύο ανεξάρτητοι μεταξύ τους ερευνητές ανασκόπησαν την υπάρχουσα βιβλιογραφία από τις βιβλιοθήκες Cochrane, Medline, Scopus, EMBASE, PschINFO, CINAHL και Web of Science. Επιλέχθηκαν τυχαιοποιημένες μελέτες και μελέτες φάλαγγας που συνέκριναν ασθενείς που λάμβαναν τιοτρόπιο ή εικονικό φάρμακο ή συνταγές με ή χωρίς τιοτρόπιο για τη θεραπεία συντήρησης της ΧΑΠ. Εξήχθησαν δεδομένα θνησιμότητας των ασθενών. Ο σχετικός κίνδυνος και τα 95% όρια αξιοπιστίας της συνολικής θνησιμότητας υπολογίσθηκαν για κάθε μελέτη. Η μετα-ανάλυση, καθώς και ο έλεγχος της ετερογένειας των μελετών, του κινδύνου σφάλματος και του σφάλματος δημοσίευσης έγινε σύμφωνα με τις οδηγίες της Cochrane.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Επιλέχθηκαν 28 τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες και δύο μελέτες φάλαγγας, συνολικού πληθυσμού 37291 ασθενών. Τα δεδομένα ήταν ομοιογενή, συνεπώς χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο σταθερής επίδρασης για τη μετα-ανάλυση. Η προσθήκη TioH στην αγωγή ασθενών με ΧΑΠ συσχετίστηκε με μειωμένη γενική θνησιμότητα (σχετικός κίνδυνος 0.78, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0.72-0.85). Επιπλέον, στατιστικά σημαντική μείωση της γενικής θνησιμότητας αναδείχθηκε μεταξύ των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών TioH – εικονικού φαρμάκου (σχετικός κίνδυνος 0.86, σχετικός κίνδυνος 0.76-0.98). Ο αριθμός ασθενών που απαιτείται να θεραπευθεί για να αποφευχθεί ένας θάνατος υπολογίσθηκε 65.53.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με τη μετα-ανάλυση κλινικών μελετών δείξαμε ότι το TioH επιμηκύνει την επιβίωση των ασθενών με ΧΑΠ συγκρινόμενο με εικονικό φάρμακο (1Α επίπεδο τεκμηρίωσης). Επιπροσθέτως, η μετα-ανάλυση κλινικών μελετών και μελετών φάλαγγων ανέδειξε στατιστικά σημαντική μείωση της γενικής θνησιμότητας των ασθενών που λαμβάνουν τιοτρόπιο.

366. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗΣ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΣΤΙΣ ΜΕΓΙΣΤΕΣ ΠΙΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΜΥΩΝ

Σ. Μιχαηλίδης¹, Ε. Κουρτελέση¹, Α. Αλεξόπουλος¹, Γ. Μπαμπλέκος², Π. Μπακάκος³, Α. Κουτσούκου³, Ν. Κουλούρης³

¹Α Πνευμονολογικό Τμήμα, Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα, ²Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Αθήνα, ³Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Γνωστού όντος του γεγονότος ότι οι ασθενείς με ικανή ποσότητα πλευριτικής συλλογής ανακουφίζονται από τη δύσπνοια ευθύς μετά την εκκενωτική παρακέντηση, μελετήσαμε την άμεση αλλά και απώτερη επίδραση της απομάκρυνσης του υγρού στην ισχύ των αναπνευστικών μυών.

ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 32 ασθενείς από 18-82 ετών (18 άντρες και 14 γυναίκες, ηλικίας 61±10,7 έτη) με ετερόπλευρη μεγάλη νεοπλασματικής αιτιολογίας πλευριτική συλλογή χωρίς αξιοσημείωτη συνοδό παρεγχυματική βλάβη.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη έγινε σε τρεις διαφορετικούς χρόνους: Ακριβώς πριν την παρακέντηση (ΑΠ), αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της (ΜΠ) και 48 ώρες μετά την ολοκλήρωσή της (ΠΜ). Η μέτρηση έγινε σε όρθια θέση με χρήση του Mouth Pressure Meter (Precision Medical –UK™). Έγιναν τρεις μετρήσεις τόσο για τη Μέγιστη Εισπνευστική Πίεση (ΜΙΡ) όσο και για τη Μέγιστη Εκπνευστική Πίεση (ΜΕΡ) και καταγράφη η καλύτερη απόλυτη τιμή. Η στατιστική σύγκριση έγινε με τη δοκιμασία Student για παρατηρήσεις κατά ζεύγη μεταξύ των τριών καταγραφών των μυικών πιέσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι μεταβολές της ΜΙΡ κατέδειξαν μείωση της εισπνευστικής ισχύος αμέσως μετά την παρακέντηση, από -47±12 (ΑΠ) σε -41±9 (ΜΠ) και στη συνέχεια αύξηση αυτής σε -51±7 (ΠΜ) cm H₂O (στατιστικά σημαντικές μεταβολές, p<0,05). Οι μεταβολές της ΜΕΡ κατέδειξαν προοδευτική αύξηση στις τρεις διαδοχικές μετρήσεις, από 67±11 (ΑΠ) σε 71±9 (ΜΠ) και εν συνεχεία 79±8 (ΠΜ) cm H₂O (στατιστικά λίκαν σημαντικές, P<0,01).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε μεγάλες πλευριτικές συλλογές η παρακέντηση για απομάκρυνση ικανής ποσότητας πλευριτικού υγρού συνοδεύεται από στατιστικά σημαντική μείωση της Μέγιστης Εισπνευστικής Πίεσης αμέσως μετά την παρακέντηση και η οποία αυξάνει σημαντικά 48 ώρες μετά. Αντίθετα η Μέγιστη Εκπνευστική Πίεση παρουσιάζει αύξηση αμέσως μετά την παρακέντηση και ακόμα.

367. ΥΠΕΡΟΥΡΙΧΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΥΠΙΝΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ

Κ. Λάμπρου, Χ. Τσελεπτή, Κ. Βαγγελή, Α. Τσατσούλης, Σ. Κωνσταντόπουλος, Γ. Δασκαλόπουλος

Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτες αναφέρουν ότι το ουρικό οξύ αυξάνει σε καταστάσεις ιστικής υποξυγοναιμίας. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να μελετηθεί το επίπεδο του ουρικού οξέως σε ασθενείς με υπινική άπνοια και οι παράγοντες που το επηρεάζουν.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 44 ασθενείς (28 άνδρες-16 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας 57.0±12.6 έτη και με μέση τιμή ουρικού οξέως 7.4±2.0 mg/dl στους άνδρες (φυσιολογικές τιμές 3.4-7.0 mg/dl) και 5.6±1.4 mg/dl στις γυναίκες. (φυσιολογικές τιμές 2.4-6.0 mg/dl). Ο μέσος δείκτης μάζας σώματος στους ασθενείς ήταν 38.7±8.0 kg/m², ο μέσος δείκτης απνοιών-υποπνοιών ήταν 44.8±30.2 επεισόδια/ώρα, ο μέσος κορεσμός αιμοσφαιρίνης κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης ήταν 92.7±4.0, η μέση συστολική πίεση ήταν 165±28 mm Hg και η μέση διαστολική πίεση ήταν 101±13 mm Hg.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 44 ασθενείς, οι 22 ασθενείς (14 άνδρες-8 γυναίκες) είχαν αυξημένο ουρικό οξύ (μέσος όρος στους άνδρες 8.9±1.0 mg/dl και στις γυναίκες 6.7±0.7 mg/dl). Στα άτομα με αυξημένο ουρικό οξύ στην πολλαπλή γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης, το ουρικό οξύ συσχετίζεται ανεξάρτητα με το άρρεν φύλο (R²: 0.589) και τον κορεσμό της αιμοσφαιρίνης (R²: 0.110). Στην ομάδα με φυσιολογικό ουρικό οξύ η μεταβλητότητα του ουρικού οξέως συσχετιζόταν ανεξάρτητα μόνο με το άρρεν φύλο (R²: 0.248).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα ουρικού οξέως στη συγκεκριμένη μελέτη είναι ανεξάρτητα από τον δείκτη απνοιών-υποπνοιών και επηρεάζονται από το άρρεν φύλο και τον κορεσμό της αιμοσφαιρίνης στην ομάδα με αυξημένο ουρικό οξύ.

368. ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΠΥΡΙΤΙΑΣΗΣ-ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ-ΠΑΛΑΙΑΣ ΤΒC & ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΟΣ

Α. Αλεξίκου¹, Η. Σαμαρτζή², Ι. Νικολόπουλος¹, Α. Τσαγκαράκη¹, Δ. Μπούμπας³, Δ. Βελδέκης¹

¹Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», ²4η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», ³Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

Άνδρας ετών 65, νοσηλεύεται λόγω δύσπνοιας, εμπυρέτου, και αναπνευστικής ανεπάρκειας. Αυξημένος RF (37.7), πολυαρθρίτιδα ρευματοειδούς τύπου, χωρίς οζίδια. Λοιπός κολλαγικός έλεγχος αρνητικός. Συχνές νοσηλείες στο παρελθόν με την ίδια συμπτωματολογία.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ

2004 (HRCT): Δικτυοζώδεις αλλοιώσεις

2007 (HRCT): Αύξηση των δικτυοζωδών αλλοιώσεων. Ατελεκτασία ΔΜΛ-πολλαπλοί όζοι παρόντες-πιλαίοι λεμφαδένες διογκωμένοι (3,5 cm) με αποπτανώσεις.

2011 (HRCT): Πυκνοατελεκτασία με αεροβρογχόγραμμα στο ΔΜΛ. Οζώδεις αλλοιώσεις υπο-υπεζωκοτικά. Αποπτανωμένοι πιλαίοι και παρα τραχειακοί λεμφαδένες (2,9 cm).

2012 (HRCT): Μαζική πνευμονική ίνωση.

ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:

2008 (BAL στο ΔΑΛ): Ανθρακωσικές εστίες.

2010 (Βιοψία τρόπιδος-TBNB παρατραχειακού λεμφαδένα δεξιά):

Διάσπαρτες λεμφοκυτταρικές διηθήσεις. Αρχόμενη μεταπλάσια επιθηλίου.

2010 (BAL): Λεμφοκυτταρικό 18% (κ.φ.<13%), CD4/CD8=1.45, Σίδηροφάγα 43%.

2011 (FNB): Αύξηση διάμεσου ιστού κατά τόπους με εναπόθεση κολλαγόνου (θετικό στη χρώση Masson)

Πάχυνση κυψελιδικών τοιχωμάτων με παρουσία κυρίως λεμφοκυττάρων

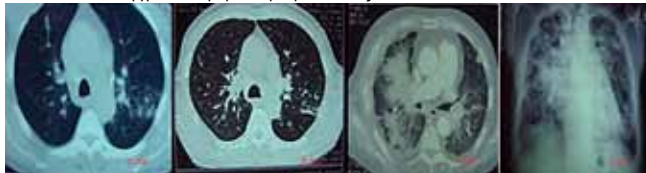
Επιθηλιομορφες αθροίσεις

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: ΒΛΑΒΕΣ ΣΥΜΒΑΤΕΣ ΜΕ ΕΙΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ	- ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΠΝΕΥΜΩΝ
- ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ	- ΑΝΘΡΑΚΩΣΗ
- ΠΥΡΙΤΙΑΣΗ	- ΒΥΡΙΔΩΣΗ
- ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ	- ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑ
- ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΝΩΣΗ	- ΚΕΧΡΟΕΙΔΗΣ ΤΒC

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Δεδομένου του ιστορικού έκθεσης και των ακτινολογικών ευρημάτων ο ασθενής παρουσιάζει πυρίτιση και μαζική πνευμονική ίνωση. Συνυπάρχουν βλάβες συμβατές με παλαιά ΤΒC. Συνυπάρχει πολυαρθρίτιδα ρευματοειδούς τύπου.



369. ΣΥΝΟΒΙΑΚΟ ΣΑΡΚΩΜΑ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κ. Λάμπρου, Π. Μιχαλοπούλου, Η. Σαμαρτζή, Α. Καβαβιάς, Β. Βίτσας, Π. Μπουλάς, Γ. Τσουκαλάς

4η Πνευμονολογική Κλινική Νοσοκομείο «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού σε ασθενή ηλικιωμένο με συνοβιακό σάρκωμα υπεζωκότα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής, άνδρας 86 ετών προσήλθε λόγω δύσπνοιας και κόπωσης από μηνός. Ατομικό αναμνηστικό: υπέρταση, μη καπνιστής. Φυσική εξέταση: μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος κυρίως δεξιά. Εργαστηριακός έλεγχος εισόδου: χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ακτινογραφία εισόδου: υπεζωκοτική συλλογή δεξιά στο μέσο και κάτω πνευμονικό πεδίο. Κατά τη νοσηλεία του παρουσιάσε συλλογή ταχέως αναπαραγόμενη, κι υπεβλήθη σε παρακέντηση του υγρού: εικόνα λεμφοκυτταρικού εξιδρώματος. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε συμπαγείς αλλοιώσεις στην περιφέρεια του δεξιού κάτω λοβού με συνυπάρχουσες πυκνοατελεκτατικές αλλοιώσεις και υπεζωκοτική συλλογή δεξιά. Η αξονική άνω-κάτω κοιλίας όπως και η αξονική εγκεφάλου δεν είχε παθολογικά ευρήματα. Η βρογχοσκόπηση ήταν αρνητική. Η καλλιέργεια πλευριτικού υγρού έδειξε μη μικροκυτταρικό κακοήθες νεόπλασμα μη καθοριζόμενου τύπου και ο ανοσοκυτταρικός έλεγχος έδειξε: Panker (+), Vim (+), TTF-1 (-), BerEP4 (-), LCA (-), Carletin (-). Στη συνέχεια υπεβλήθη σε FNB δεξιού πνεύμονα στη συμπαγή εστία της περιοχής του υπεζωκότα όπου ετέθη η τελική διάγνωση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος του νεοπλασματικού ιστού έδωσε θετικά αποτελέσματα σε Vimentin, AE1/AE3, CD99, Bcl2 (σπάνια κύτταρα) και αρνητικά σε CK7, TTA, Carletin. Ο ανοσοφαινότυπος του νεοπλασματος καθώς και η μορφολογία του συνηγορούν υπέρ συνοβιακού σαρκόματος υπεζωκότα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα πρωτοπαθή συνοβιακά σαρκώματα του υπεζωκότα είναι εξαιρετικά σπάνια (ποσοστό κάτω του 1%) και η πρωτοπαθής διάγνωση σε ηλικιωμένο είναι ακόμη σπανιότερη. Λόγω της μικρής τους συχνότητας η θεραπεία τους όπως και η πρόγνωση τους δεν είναι ακόμη σαφής.

370. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

371. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΚΑΙ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ

Ι. Νικολούτσου¹, Ε. Αγαπηδόκη², Χ. Δημητρακάκη¹, Γ. Τούντας²
¹Νισπιούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα, ²Κέντρο Μελετών Υπη-
 ρεσιών Υγείας, ΕΚΠΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η πνευμονιοκοκκική νόσος είναι συχνή στους ενήλικες και η διηθητι-
 κή νόσος σχετίζεται με υψηλή θνησιμότητα. Το εμβόλιο έναντι του πνευμονιοκόκ-
 κου μπορεί να προλάβει τη διηθητική νόσο και συνιστάται σε άτομα ηλικίας ≥ 50
 ετών ή/ και σε άτομα υψηλού κινδύνου λόγω χρόνιων νοσημάτων. Ο σκοπός της
 έρευνας ήταν να εκτιμηθεί το κατά δήλωση ποσοστό του πληθυσμού που έχει
 εμβολιαστεί έναντι του πνευμονιοκόκκου και να διερευνηθούν τα α-
 υτο-αναφερόμενα εμπόδια στον εμβολιασμό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η πανελλαδική έρευνα Hellas Health V πραγματοποιή-
 θηκε τον Ιανουάριο του 2013 σε δείγμα 1087 ενηλίκων. Η συλλογή των δεδομέ-
 νων έγινε με τη μέθοδο των τηλεφωνικών συνεντεύξεων βάση πολυσταδιακής
 δειγματοληψίας με χρήση κωδικού ως προς τη γεωγραφική κατανομή του πληθυ-
 σμού, το φύλο και την ηλικία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των ατόμων που χρήζουν εμβολιασμό έναντι
 του πνευμονιοκόκκου (άτομα άνω των 50 ετών ή /και υψηλού κινδύνου λόγω
 χρόνιων νοσημάτων), το 15,3% δήλωσε ότι έχει εμβολιαστεί έναντι του πνευμο-
 νιοκόκκου. Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους δεν εμβολιάστηκαν είναι ότι δεν
 το πρότεινε ο γιατρός τους (18,5%), ότι πιστεύουν ότι είναι υγιείς (16,5%), ότι δε
 θεωρούν πιθανό να αρρωστήσουν από πνευμονία (16,5%), ότι δε γνωρίζουν ότι
 πρέπει να εμβολιαστούν (16,5%), ότι δεν το σκέφτηκαν (16,5%) και ότι φοβό-
 νται τις ανεπιθύμητες ενέργειες (9%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ποσοστά του εμβολιασμού στις ομάδες υψηλού κινδύνου
 δεν είναι ικανοποιητικά. Προκειμένου να αυξηθεί η εμβολιαστική κάλυψη έναντι
 του πνευμονιοκόκκου, οι προσπάθειες πρέπει να στραφούν στους επαγγελματι-
 ες υγείας ώστε να θέσουν ως προτεραιότητα τον εμβολιασμό των ασθενών.

373. ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟΣ ΑΓΩΝΑΣ 22 ΧΡΟΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ

Μ. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Α. Ζαφειρόπουλος², Γ. Γιαννακόπουλος²,
 Ε. Παπαδοπούλου², Α. Κούκου², Α. Σπανιδού², Μ. Πατσουρατή²,
 Π. Ταβλαντάς²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΚΥ Λυγουριού

Η φυματίωση και εξοχόν κοινωνική νόσος, αποτελούσε μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του
 1950, μεγάλα προβλήματα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου σε
 συνάρτηση με την επιτυχία του αντιφυματικού αγώνα συνέβαλαν στη σημαντική μείωσή της.
ΣΚΟΠΟΣ: της αναδρομικής μας μελέτης είναι να αναδείξουμε την προσπάθεια που κάναμε για
 περισσότερο από 20 χρόνια αντιφυματικού αγώνα, να επισημειώσουμε τα προβλήματα και να
 προτείνουμε λύσεις.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από το Κέντρο Υγείας που καταγράψαμε ανά έτος
 στα πλαίσια του αντιφυματικού αγώνα. Γίνεται κάθε χρόνο στα παιδιά της Α΄ τάξης των δημοτικών
 σχολείων. Χρησιμοποιείται διάλυμα φυματίνης 0.1 ml Tuberculin PPD 23 SSI και εμβόλιο BCG
 Vaccine SSI σκόνη και διαλύτης που μας τα χορηγεί το κράτος. Η δερμοαντίδραση ΜΑΝΤΟΥΧ-
 BCG γίνεται αυστηρά ενδοδερμικά από ειδική εξειδικευμένη ομάδα του ΚΥΛ που αποτελείται από
 παιδίατρος και επισκέπτες υγείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το πρώτο εμβόλιο BCG ανακαλύφθηκε το 1921 από τους Calmette και
 Guerin. Η αποτελεσματικότητα του εμβολίου αμφισβητείται από πολλούς. Πρόσφατες και παλιές
 μελέτες έδειξαν ότι τουλάχιστον προστατεύει από την πρωτολοίμωξη σε ποσοστό μέχρι 50%.

Ο αντιφυματικός αγώνας της περιοχής μας γίνεται από εξειδικευμένη ομάδα. Από τον πίνακα
 φαίνεται ότι το ποσοστό εμβολιασμού με BCG είναι κατά μέσο όρο 79,6% πλησιάζει το ποσο-
 στό που δίνει ο ΠΟΥ (85%). Από το σχολικό έτος 1989 έως το 2011 έχουμε καταγράψει 2559
 παιδιά. Από αυτά το 88,2% έκαναν ΜΑΝΤΟΥΧ ενώ μόλις το 79,6 έκαναν το εμβόλιο BCG. Ο
 αριθμός των αμφιβόλων ή θετικών ΜΑΝΤΟΥΧ είναι 14 (0,6%) και από αυτά τα 5 παιδιά
 (0,2%) είχαν μαπούλω μικρότερη των 5 mm και τα υπόλοιπα 9 παιδιά (0,4%) διήθηση με διά-
 μετρο 6-9 mm αλλά είχαν κάνει εμβόλιο BCG. Επομένως από τα στοιχεία φαίνεται ότι δεν έ-
 χουμε πρόβλημα φυματίωσης στην περιοχή μας. Όμως οι σημερινές επιπλοκές κοινωνιο-
 οικονομικές συνθήκες επιβάλλουν επαγρύπνηση και όχι εφησυχασμό. Υπάρχει μια φθίνου-
 σα πορεία στον αριθμό των παιδιών που φοιτούν στην Α΄ τάξη των δημοτικών σχολείων που
 αντικατοπτρίζει το μεγάλο πρόβλημα υπευθυνότητας και σε εμάς. Σημαντικό πρόβλημα που
 είχαμε για πολλά χρόνια ήταν ο τρόπος και οι συνθήκες διεξαγωγής του αντιφυματικού αγώνα.
 Γίνονταν κατά τρόπον νομαδικό με επισκέψεις στα σχολεία, εντελώς αντιεπιστημονικός αλλά
 και επικίνδυνος για την υγεία των παιδιών. Με πρωτοβουλία δική μας και εφοδιασμού από
 την εμπειρία τόσων χρόνων κατορθώσαμε να κάνουμε τον αντιφυματικό αγώνα στο ΚΥ, στο
 τμήμα πρόληψης και εμβολίων. Τα παιδιά συνοδεύονται από τον γονέα τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό της εμβολιαστικής κάλυψης με BCG της περιοχής μας είναι
 αρκετά υψηλό 79,6%, κοντά στο ποσοστό που δίνει ο ΠΟΥ. Οι θετικές ΜΑΝΤΟΥΧ είναι 14 σε
 ποσοστό (0,6%) επομένως δεν έχουμε πρόβλημα φυματίωσης εδώ, όμως, ο αγώνας για την
 αντιμετώπιση της είναι «μονόδρομος» και είναι το εμβόλιο BCG.

ΠΑΙΔΙΑ	ΜΑΝΤΟΥΧ BCG		ΜΑΝΤΟΥΧ		ΜΑΝΤΟΥΧ BCG %	
	(+)	%	(+)	%	(+)	%
ΣΥΝΟΛΟ	2559	2258	2039	14(0.6%)	88.2	79.6

372. ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ: ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Ε. Αγαπηδόκη¹, Χ. Δημητρακάκη¹, Ι. Νικολούτσου², Ι. Τούντας¹
¹Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και
 Βιοστατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
²Νισπιούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής

ΣΚΟΠΟΣ: Παρά τις προσπάθειες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρό-
 νια για την αύξηση της κάλυψης του αντιγριπικού εμβολιασμού, τα ερευνητικά δε-
 δομένα δείχνουν ότι ο στόχος δεν επιτυγχάνεται. Σκοπός της παρούσας μελέτης
 ήταν η διερεύνηση των στάσεων και των συμπεριφορών του γενικού πληθυ-
 σμού για τον αντιγριπικό εμβολιασμό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα πανελλαδική μελέτη διεξήχθη τον Ιανουά-
 ριο του 2013, με τη μέθοδο της πολυσταδιακής δειγματοληψίας με χρήση
 κωδικού, ως προς τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού, το φύλο και την ηλι-
 κία. Το συνολικό δείγμα αποτέλεσαν 1087 άτομα και η συλλογή των δεδομένων
 έγινε με τηλεφωνικές συνεντεύξεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό του πληθυσμού της μελέτης, που δηλώνει ότι έ-
 χει κάνει το εμβόλιο της γρίπης στην ενήλικη ζωή, είναι 25,97%. Αντίστοιχα, πο-
 σοστό μόλις 11% των ατόμων, εμβολιάστηκε κατά το διάστημα Οκτώβριος 2012-
 Ιανουάριος 2013. Οι κυριότεροι λόγοι που δεν εμβολιάστηκαν φέτος, όσοι είχαν
 εμβολιαστεί στο παρελθόν, είναι η ελλιπής ενημέρωση (24,3%), οι λανθασμένες
 πεποιθήσεις (11%), το ότι δεν του το συνέστησε ο θεράπων ιατρός (11%), ενώ
 ποσοστό 22,7% δήλωσε ότι το ξέχασε. Αντίστοιχα, οι λόγοι για τους οποίους πο-
 σοστό πάνω από 50% δήλωσε ότι δεν έχει κάνει ποτέ αντιγριπικό εμβολιασμό,
 είναι ότι θεωρούν πως δεν το χρειάζονται (43,5%), ότι δεν αρρωσταίνουν συχνά
 (20,2%) και ότι είναι υγιείς και τα υγιή άτομα δε χρειάζεται να κάνουν εμβόλια
 (18,7%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προκύπτει η
 ανάγκη εφαρμογής παρεμβάσεων για την αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού.

374. ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΑΝΤΟΥΧ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-7 ΧΡΟ- ΝΩΝ ΤΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΝΑΥΠΛΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗ- ΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Μ. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Α. Ζαφειρόπουλος², Γ. Γιαννακόπουλος²,
 Ε. Παπαδοπούλου², Α. Κούκου², Α. Σπανιδού², Μ. Πατσουρατή²,
 Π. Ταβλαντάς²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΚΥ Λυγουριού

Την τεχνική της δερμοαντίδρασης που πρότεινε ο ΜΑΝΤΟΥΧ το 1908, και από τότε φέρει το όνομά του για τη
 διάγνωση της φυματίωσης, έγινε ευρύτατα αποδεκτή. Η φυματίωση είναι αρρώστια αρχαιότητα, συνοδεύει το
 ανθρώπινο γένος από τότε που εμφανίσθηκε στο πλανήτη. Είναι η παλαιότερη ανθρώπινη μεταδοτική νόσος και
 εξακολουθεί να παραμένει μια διαρκής εν δυνάμει απειλή. Στις 24 Μαρτίου του 1882 ο Robert Koch ανακάλυψε
 την ανακάλυψη του βακίλλου της φυματίωσης κάνοντας ένα σημαντικό βήμα στον αγώνα του ελέγχου της θανα-
 τηφόρας αυτής νόσου. Έναν αιώνα μετά το 1982 ο ΠΟΥ καθιέρωσε την 24 Μαρτίου ως παγκόσμια ημέρα φυ-
 ματίωσης. Ο μόνος τρόπος σίγουρος και ασφαλής να μάθει κάποιος αν έχει μολυνθεί με το μικροβιακό
 φυματίωσης είναι η δερμοαντίδραση ΜΑΝΤΟΥΧ.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας μας είναι η μελέτη της δερμοαντίδρασης ΜΑΝΤΟΥΧ στους μαθητές από τάξεις
 των δημοτικών σχολείων της επαρχίας του νομού Αργολίδας, το 2011, στα πλαίσια του αντιφυματικού αγώνα. Έ-
 γινε εκτίμηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη δερμοαντίδραση ΜΑΝΤΟΥΧ (εμβόλιο BCG, μολύνση με
 μικροβιακό).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγράψαμε τη δερμοαντίδραση μαπούχ που έγινε σε μαθητές 6-7 χρόνων των δη-
 μοτικών σχολείων. Τα αγόρια ήταν 292 και τα κορίτσια ήταν 328. Έγινε αυστηρά ενδοδερμικά με σύριγγα για 1 ml
 με 0,1 ml κάθε δόση από φυματίνη PPD RT 23SSI, περίπου 2 TU/0,1 ml. Διαβάστηκαν τα αποτελέσματα της με-
 τή από 48-72 ώρες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το πρώτο εμβόλιο της φυματίωσης BCG παρουσίασαν το 1921 ο Α. Calluette και ο C.
 Guerin. Οι πρώτες εφαρμογές του έγιναν το 1924 στη Γαλλία και το 1950 ο ΠΟΥ το περιέβαλε στο πρόγραμμα
 των συστηματικών εμβολιασμών. Το BCG γίνεται αφού προηγηθεί αναχνεϊκός έλεγχος με δερμοαντίδραση
 μαπούχ και αφού είναι αρνητική τότε ακολουθεί εμβολιασμός. Από τα στοιχεία που έχουμε βρήκαμε τα εξής.

	ΠΑΙΔΙΑ	ΜΑΝΤΟΥΧ	BCG
ΣΥΝΟΛΟ	620	538 (86,7%)	453 (73%)

Διενεργήθηκαν στα πλαίσια του αντιφυματικού αγώνα 538 μαπούχ σε ποσοστό 86,7% και 453 BCG σε ποσο-
 στό 73% και πλησιάζει το ποσοστό που δίνει ο ΠΟΥ που είναι 85%. Θετικές ή αμφίβολες ΜΑΝΤΟΥΧ βρέθηκαν
 32 (6%). Σε δεκαπέντε παιδιά (2,17%) η ΜΑΝΤΟΥΧ ήταν μικρότερη των 5 mm και σε δεκαεφτά παιδιά (3,15%)
 6-9 mm αλλά είχαν κάνει εμβόλιο BCG. Ο δείκτης διαμόρφωσης όπως φαίνεται από τα στοιχεία μας είναι σχεδόν
 μηδενικός. Επομένως δεν υπάρχει πρόβλημα φυματίωσης στην περιοχή μας. Αντιθέτως τα αποτελέσματα δα-
 λων περιοχών της Ελλάδας είναι τα εξής. Κατά τα τελευταία 30 χρόνια και σε εθνική κλίμακα για την ηλικιακή
 ομάδα από 4 ή 6 ετών μέχρι την πρώιμη εφηβεία εμφανίζει την παρακάτω πορεία: Από 8,48% (Εβρος) 9,22%
 (Ιωάννινα) 0,23% (Ρόδος) και 2,3% (Δυτική Αττική) με τάση ελαχιστοποίησης σε αρκετές περιοχές της χώρας
 στο 1%. Προβλήματα που αντιμετωπίσαμε ήταν ο τρόπος διεξαγωγής του αντιφυματικού αγώνα (χώροι και νο-
 μαδικές επισκέψεις). Έγινε διάλογος με το εκπαιδευτικό προσωπικό σε συνεργασία με τους γονείς και τα παιδιά
 για τη σημασία του αντιφυματικού αγώνα και αποφασίστηκε επίτευλο ο αντιφυματικός αγώνας να γίνεται σε
 οργανωμένα κέντρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο τρόπος διεξαγωγής του αντιφυματικού αγώνα για ένα τόσο ζωτικό και σημαντικό βήμα στις
 ζωές των παιδιών είναι επιστημονικά απαράδεκτος. Ο δείκτης δια μολύνσης για τα παιδιά του σχολείου που ελέγ-
 ζαμε, με τη δερμοαντίδραση μαπούχ είναι σχεδόν αρνητικός. Όμως η αποτελεσματική καταπολέμηση της φυμα-
 τίωσης είναι μονόδρομος και αυτό είναι το εμβόλιο BCG και η συμβολή της δερμοαντίδρασης Μαπούχ στην πρό-
 ληψη της νόσου τεράστια. Οι λόγοι που σήμερα πρέπει να επαγρυπνούμε είναι ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων
 ζουν σε συνθήκες ανέχειας με αποτέλεσμα να έχουμε εξάρσεις λοιμωδών νοσημάτων αλλά και κυμάτων μετανά-
 στευσης. Πρέπει να επαγρυπνούμε και να αγωνιζόμαστε για την αντιμετώπιση της, για να μην έχουμε μετανά-
 στες μας τους στήσιους από το ποίημα του Κ. Καρυωτάκη του 1920
 Λάμπει το βλέμμα της από την ασθένεια
 σαμψις να λιώνουν χέρια κερνά...

375. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ**377.** ΑΠΕΣΥΡΘΗ**376.** ΑΠΕΣΥΡΘΗ**378.** ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΟΡΕΙΝΗΣ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Θ. Μούκας, Σ. Φεργαδάκη, Κ. καρυδάκη, Β. Κορδίνας, Γ. Τουζένη, Α. Βλαχογιώργου

Κέντρο Υγείας Έμπωνα Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας ήταν η καταγραφή του λιπιδαιμικού προφίλ των κατοίκων μίας ορεινής νησιωτικής περιοχής, καθώς και η ανίχνευση νέων δυσλιπιδαιμικών ασθενών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε τυχαία επιλογή 50 αρρένων και 50 θηλέων κατοίκων του ορεινού χωριού Έμπωνας Ρόδου, αποκλείοντας γνωστούς δυσλιπιδαιμικούς ασθενείς, και στους οποίους έγινε εργαστηριακός έλεγχος για ολική χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL και LDL. Ακολούθως έγινε προσδιορισμός του αθηρωματικού δείκτη αυτών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξετάσθηκαν 50 γυναίκες μέσης ηλικίας 48,7 ετών (16 – 89 ετών) και 50 άνδρες μέσης ηλικίας 44,5 ετών (17 – 75 ετών). Στους άνδρες βρέθηκε μέση τιμή ολικής χοληστερόλης 186,36 mg/dl, ενώ η αντίστοιχη τιμή στις γυναίκες ήταν 179,14 mg/dl, διαφορά στατιστικά μη σημαντική. Υπήρξε όμως διαφορά στατιστικά σημαντική στα επίπεδα των τριγλυκεριδίων (άνδρες 95,5 mg/dl – γυναίκες 85,82 mg/dl), της HDL χοληστερόλης (άνδρες 40,74 mg/dl–γυναίκες 50,38 mg/dl), της LDL χοληστερόλης (άνδρες 124,56 mg/dl–γυναίκες 112,68 mg/dl) καθώς και του αθηρωματικού δείκτη (άνδρες 4,714 – γυναίκες 3,636). Μετά τη μελέτη αυτή 7 γυναίκες και 9 άνδρες ετέθησαν σε αντιλιπιδαιμική αγωγή με στατίνη, ενώ 6 γυναίκες και 18 άνδρες ετέθησαν σε υγειονομιακά μέτρα και παρακολούθηση. Σε όλους τους εξετασθέντες χορηγήθηκε ενημερωτικό έντυπο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ακόμη και σε ορεινές νησιωτικές περιοχές η επίπτωση της δυσλιπιδαιμίας είναι σημαντική. Οι γυναίκες φαίνεται να διατηρούν καλύτερο λιπιδαιμικό προφίλ σε σύγκριση με τους άνδρες. Ο ρόλος του Γενικού Ιατρού είναι σημαντικότερος στη διερεύνηση και αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας στην περιοχή ευθύνης του.

379. ΛΙΠΙΔΙΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΙΤΟΥΞΙΜΑΜΠΗΣ

I. Κώστογλου-Αθανασίου¹, Α. Τζαναβάρη², Α. Γκούντουβας³,

1. Παπαπαναγιώτου⁴, Δ. Μπασδραγιάννη², Α. Παπαδάκη², Π. Αθανασίου²

¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, ²Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», ³Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Μεταξά, Πειραιάς, ⁴Ιατρός

ΣΚΟΠΟΣ: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) σχετίζεται με πρώιμη και αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Ειδικότερα, η ΡΑ σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο πρώιμης αθηροσκλήρωσης. Η θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες στη ΡΑ έχει βελτιώσει την κλινική εικόνα της νόσου και ενδέχεται μακροπρόθεσμα να επηρεάσει και την πορεία της νόσου. Ωστόσο, η θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες φαίνεται ότι επηρεάζει τα επίπεδα των λιπιδίων στο αίμα των ασθενών. Η ριτουξίμαμπη είναι βιολογικός παράγοντας που στοχεύει το CD20 μόριο στα Β λεμφοκύτταρα και χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της ΡΑ. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της επίδρασης της ριτουξίμαμπης στα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος σε ασθενείς με ΡΑ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε ομάδα 20 ασθενών με ΡΑ μελετήθηκαν τα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος πριν, μετά 6 και μετά 12 μήνες θεραπείας με το βιολογικό παράγοντα ριτουξίμαμπη (2×1000 mg i.v. εγχύσεις σε διάστημα 15 ημερών) στην αρχή της μελέτης, 6 και 12 μήνες αργότερα. Όλοι οι ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια ACR/EULAR 2010 για τη ΡΑ. Μετρήθηκαν η ολική χοληστερόλη, η HDL χοληστερόλη, η LDL χοληστερόλη και τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων του αίματος στην αρχή της μελέτης, 6 και 12 μήνες αργότερα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην αρχή της μελέτης η ολική χοληστερόλη ήταν 207.41±8.33 mg/dl (μέση τιμή ± SEM), 6 μήνες και 12 μήνες μετά αυξήθηκε σε 218.27±7.02 και 226.12±8.71 mg/dl, αντίστοιχα (p<0.001, Student's t test). Στην αρχή της μελέτης η HDL χοληστερόλη ήταν 59.17±3.31 mg/dl, 6 και 12 μήνες αργότερα ήταν 66.05±3.49 and 58.81±3.04 mg/dl, αντίστοιχα (p<0.001). Στην αρχή της μελέτης η LDL χοληστερόλη ήταν 122.89±8.96 mg/dl, 6 και 12 μήνες αργότερα ήταν 124.58±5.61 και 141.56±7.95 mg/dl, αντίστοιχα (p<0.001). Στην αρχή της μελέτης τα τριγλυκερίδια αίματος ήταν 138.50±13.91 mg/dl, 6 και 12 μήνες αργότερα ελαττώθηκαν σε 122.55±10.52 και 118.65±9.91 mg/dl, αντίστοιχα (p<0.001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θεραπεία με το βιολογικό παράγοντα ριτουξίμαμπη στη ΡΑ αυξάνει τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, της HDL χοληστερόλης και ταυτόχρονα της LDL χοληστερόλης, ενώ ελαττώνει τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων του αίματος. Η αθηρογόνος επίδραση στην ολική χοληστερόλη μπορεί να αναστρέφεται από την επίδραση στην HDL χοληστερόλη και στα επίπεδα των τριγλυκεριδίων του αίματος με τον τρόπο αυτό επιτάσσοντας ευμενής επίδραση στους ασθενείς όσο αφορά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Φαίνεται ότι η παρακολούθηση των λιπιδίων του αίματος είναι αναγκαία σε ασθενείς με ΡΑ που λαμβάνουν βιολογικούς παράγοντες, όπως είναι η ριτουξίμαμπη. Σε ασθενείς με ΡΑ και υπερλιπιδαιμία που λαμβάνουν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες μπορεί να είναι αναγκαία η χορήγηση στατινών για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

380. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΣΕΡΤΟΛΙΤΣΟΥΜΑΜΠΗ. ΤΑΧΕΙΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ. REAL LIFE DATA

Π. Αθανασίου¹, Α. Τζαναβάρη¹, I. Κώστογλου-Αθανασίου²,

Δ. Μπασδραγιάννη¹, Α. Παπαδάκη¹

¹Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», ²Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ

ΣΚΟΠΟΣ: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι χρόνια φλεγμονώδης νόσος αυτοάνοσης αιτιολογίας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι βιολογικοί αντι-TNF-α παράγοντες χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της νόσου. Η πεγκυλιωμένη είναι διαδοχικά που τροποποιεί το μόριο και το χρόνο δράσης της χορηγούμενης φαρμακευτικής ουσίας. Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με ΡΑ πριν και μετά 3 μήνες από τη χορήγηση του βιολογικού παράγοντα πεγκυλιωμένης σερτολιτσουμάμπης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 20 ασθενείς με ΡΑ πριν και 3 μήνες μετά τη χορήγηση πεγκυλιωμένης σερτολιτσουμάμπης. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς ελάμβαναν μεθορεξάτη ως θεραπεία βάσης. Στους ασθενείς χορηγήθηκε πεγκυλιωμένη σερτολιτσουμάμπη (θεραπεία εφόδου 200 mg s.c. × 2 σε χρόνο 0, 2 και 4 εβδομάδες) και κατόπιν 200 mg s.c. ανά 2 εβδομάδες. Πριν και μετά τη χορήγηση της πεγκυλιωμένης σερτολιτσουμάμπης οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο HAQ και το δείκτη VAS του πόνου με κλίμακα οπτικού αναλόγου (visual analogue scale-VAS) και υπολογίσθηκε ο δείκτης DAS28.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στους ασθενείς που χορηγήθηκε πεγκυλιωμένη σερτολιτσουμάμπη επί 3 μήνες παρατηρήθηκε βελτίωση της ΤΚΕ (p<0,05, Student's t test), της CRP (p<0,05), του δείκτη DAS28 (p<0,05), του δείκτη HAQ (p<0,05) και του δείκτη VAS (p<0,05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στους ασθενείς με ΡΑ παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των δεικτών φλεγμονής και της ποιότητας ζωής 3 μήνες μετά τη χορήγηση πεγκυλιωμένης σερτολιτσουμάμπης. Σημειώνεται η ταχεία ανταπόκριση των δεικτών φλεγμονής και των δεικτών ποιότητας ζωής μετά τη χορήγηση της πεγκυλιωμένης σερτολιτσουμάμπης.

381. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ CANAKINUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΑΥΤΟΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΟΥ (TRAPS)

Μ. Ζακαλάκη¹, Κ. Κούτουρη¹, Μ. Μιχαηλίδου¹, Α. Γαρούφαλλος², Λ. Σέττας¹

¹Ρευματολογικό Τμήμα, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, ²Ρευματολογικό Τμήμα, Δ΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το περιοδικό σύνδρομο TRAPS χαρακτηρίζεται από εμπύρετα επεισόδια διάρκειας ημερών με πολυαρθρίδα, περικογχικό οίδημα, μεταναστευτικό εξάνθημα, μυαλγίες και ορογονίδια. Η νευρική αμυλοείδωση είναι η πιο σοβαρή μακροχρόνια επιπλοκή του, με επίπτωση από 14% έως 25%.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή ασθενή με TRAPS και δευτεροπαθή αμυλοείδωση (AA) που του χορηγήθηκε επιτυχώς και ασφαλώς Canakinumab (πλήρως ανθρώπινο μονοκλωνικό αντισώμα έναντι της IL-1β) επί 6 μηνών.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα ηλικίας 72 ετών παρουσιάει από 25ετίας επαναλαμβανόμενα επεισόδια με πολυαρθρίδα, μυαλγίες και πυρετό. Ως αδιαφοροποίητη αρθρίτιδα με συχνές εξάρσεις και παράλληλα αυξημένους δείκτες φλεγμονής, παρουσιάσε καλή ανταπόκριση σε μέτρια δόση κορτικοστεροειδών και μέτρια έως κακόλυπη ανταπόκριση σε διάφορα αντιρρευματικά φάρμακα σε μονοθεραπεία ή συνδυασμό. Εμφάνισε κλινικοεργαστηριακή ύφεση με τη χορήγηση Anakinra (αναστολέα του υποδοχέα της IL-1) παράλληλα με κορτικοστεροειδή επί 4 μηνών, που διεκόπη λόγω αλλεργικού εξανθήματος. Από 5ετίας παρουσίασε χρόνια νευρική ανεπάρκεια (XNA) σταδίου III (24ωρη CrCl: 59.2 ml/min/1.73 m²), (eGFR_{MDRD}: 52 ml/min/1.73 m²) με μικρολευκματοουρία. Με την κλινική διαγνώση πιθανού αυτοφλεγμονώδους νοσήματος, στάθηκε μοριακή ανάλυση γενετικού υλικού και ελέγχθηκαν τα εξής 4 γονίδια: MEFV, MVK, TNFRSF1A και NALP3. Ανιχνεύθηκε η μετάλλαξη R92Q/c.362G>A σε ετεροζυγωτία στο εξόνιο 4 του γονιδίου TNFRSF1A που οδηγεί σε αντικατάσταση αμινοξέος σε πρωτεΐνη του TNF-α υποδοχέα (pArg121Gln) και έχει συσχετιστεί με TRAPS ως μετάλλαξη χαμηλής διεισδυτικότητας στους Καυκάσιους. Ακόμη βρέθηκαν οι μεταλλάξεις c.769-38C>T στο εξόνιο 8 και c.885+24G>A στο εξόνιο 9 σε ομοζυγωτία στο γονίδιο MVK (η πρώτη μετάλλαξη έχει συσχετιστεί με περιστατικά HIDS), καθώς επίσης και οι σιωπηλοί πολυμορφισμοί pA242A/c.726G>A, pR260R/c.780G>A σε ομοζυγωτία και ο πολυμορφισμός pS434S/c.1302C>T σε ετεροζυγωτία στο εξόνιο 3 του γονιδίου NALP3. Έγινε βιοψία υποδόριου λίπους, όπου καταδείχθηκε η παρουσία αμυλοειδούς Α με τις ειδικές χρωστικές PAS, Congo-Red και mouse anti-Hu Amyloid-A clone mc1. Χορηγήθηκε Canakinumab 150 mg υποδόριως ανά 8 εβδομάδες και μετά την πρώτη ένεση η πολυαρθρίτιδα και τα γενικά συμπτώματα υπέβηκαν πλήρως και παράλληλα οι δείκτες φλεγμονής επανήλθαν στα φυσιολογικά όρια ΤΚΕ: 68 mm/h→5 mm/h (φτ <20 mm/h) και CRP: 37.3 mg/l→1.9 mg/l (φτ <6 mg/l). Επιπλέον, από τη δεύτερη ένεση εξαφανίσθηκε η μικρολευκματοουρία (λευκώματα ούρων 24ωρο: 0,132 g/24ωρο→0,07 g/24ωρο (φτ <0,114 g/24ωρο)), ενώ η νευρική λειτουργία παρουσίασε βραδύτερη της αναμενόμενης επίδειξη (24ωρη CrCl: 50.3 ml/min/1.73 m²), (eGFR_{MDRD}: 43 ml/min/1.73 m²) και διεκόπησαν τα κορτικοστεροειδή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αυτή είναι η πρώτη αναφορά για την επιτυχή δράση και ασφάλεια του Canakinumab σε ενήλικα ασθενή με TRAPS, μικρολευκματοουρία και XNA σταδίου III λόγω δευτεροπαθούς αμυλοείδωσης (AA) στον οποίο επιτεύχθηκε κλινικοεργαστηριακή ύφεση λόγω του κυρίαρχου παθογενετικού ρόλου της IL-1 στο σύνδρομο αυτό.

382. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗ CANAKINUMAB ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μ. Ζακαλάκη¹, Κ. Κούτουρη¹, Μ. Μιχαηλίδου¹, Φ. Λαδά², Δ. Δημοπούλου²,

Β. Κοντογιάννης³, Α. Κοτρώτσιος^{3,4}, Λ. Σέττας¹, Α. Γαρούφαλλος²

¹Ρευματολογικό Τμήμα, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, ²Ρευματολογικό Ιατρείο, Δ΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ³Ιδιώτης Ρευματολόγος, ⁴Ε. Καθηγητής Φυσιολογίας-Ανατομίας ΤΕΙ Καρδίτσας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα αυτοφλεγμονώδη νοσήματα χαρακτηρίζονται από επανειλημμένα επεισόδια φλεγμονής με πολυαρθρίδα και οδηγούν σε σημαντική νοσηρότητα και λειτουργική αναπηρία, χωρίς να υπάρχουν γι' αυτά συνιστώμενες θεραπευτικές οδηγίες. Η ανίχνευση γενετικών μεταλλάξεων επιβεβαιώνει εργαστηριακά τη διαγνώση των αυτοφλεγμονωδών νοσημάτων, ιδιαίτερα όταν δεν παρουσιάζουν παθολογικά κλινικά χαρακτηριστικά και οι ασθενείς και επακόλουθα κατευθύνει στη θεραπεία τους. Μέρος αυτών αποτελούν τα σύνδρομα περιοδικού πυρετού στα οποία κληρονομούμενες ή de novo μεταλλάξεις προκαλούν ενεργοποίηση του φλεγμονοσώματος και αυξημένη σύνθεση IL-1.

ΣΚΟΠΟΣ: Προδιορισμός της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας του Canakinumab σε ασθενείς με Cryopyrin-associated periodic syndrome (CAPS) ενηλίκων, ανθεκτικό στη θεραπεία με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, συστηματικά κορτικοστεροειδή, νυστροπιοπαϊκά αντιρρευματικά φάρμακα καθώς και βιολογικούς παράγοντες.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους ασθενείς που παρακολούθησαν στα ρευματολογικά Ιατρεία δύο τριτοβάθμιων νοσοκομείων της Βορείου Ελλάδας μελετήθηκαν αναδρομικά 3 ενήλικες ασθενείς που παρουσίαζαν από ετών επαναλαμβανόμενα επεισόδια αδιαφοροποίητης πολυαρθρίτιδας με συνοδά συμπτώματα μυαλγίας, αρθραλγίας, κόπωσης, πυρετού και εξανθημάτων, καθώς και παράλληλα αυξημένους δείκτες φλεγμονής (↑ΤΚΕ, ↑CRP) και μη ανταπόκριση σε διάφορα θεραπευτικά σχήματα με αντιρρευματικά φάρμακα. Στον ένα λόγω του χαρακτηριστικού εξανθήματος, των υποτροπιάζουσων επιπεφυκτιδίων και της έναρξης νόσου από την παιδική ηλικία θεωρήθηκε τυπική η κλινική διαγνώση του Familial cold autoinflammatory syndrome (FCAS). Στους άλλους 2, με την κλινική ύπνωση αυτοφλεγμονώδους νοσήματος, ζητήθηκε μοριακή ανάλυση γενετικού υλικού και εξετάσθηκαν τα εξής 4 γονίδια: TNFRSF1A, MVK, MEFV, NALP3. Και στους 2 βρέθηκαν οι ίδιες σιωπηλές μεταλλάξεις pA242A/c.726G>A και pR260R/c.780G>A σε ομοζυγωτία στο εξόνιο 3 του γονιδίου NALP3. Στον έναν βρέθηκαν επιπλέον οι μεταλλάξεις pL411L/c.1231C>T και pS434S/c.1302C>T σε ετεροζυγωτία στο εξόνιο 3 του ίδιου γονιδίου (οι μεταλλάξεις αυτές δεν είναι καταχωρημένες στη βάση δεδομένων INFEVERS). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν Canakinumab υποδόριως 150 mg ανά 8 εβδομάδες για ένα εξάμηνο. Όλοι παρουσίασαν κλινική ανταπόκριση μετά την πρώτη ένεση και μείωση των παθολογικών δεικτών φλεγμονής (μείωση ΤΚΕ κατά: 1^{ος} 45%, 2^{ος} 37%, 3^{ος} 80% και αντίστοιχα μείωση CRP κατά: 1^{ος} 40%, 2^{ος} 37%, 3^{ος} 60%), χωρίς την εμφάνιση υποτροπών και παρενεργειών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η γρήγορη και διαρκής κλινικοεργαστηριακή ύφεση αυτών των 3 ασθενών δείχνει την ευεργετική δράση του μονοκλωνικού αντισώματος έναντι της IL-1β (Canakinumab) σε ανθεκτικούς θεραπευτικά ασθενείς με CAPS ενηλίκων. Άλλωστε, η ανταπόκριση στη χορήγηση αναστολέα της IL-1 θεωρείται διαφοροδιαγνωστικό κριτήριο της νόσου CAPS.

383. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ Ή ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΥΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ; Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΜΠΩΝΑΣ ΡΟΔΟΥ

Θ. Μούκας, Σ. Φεργαδάκη, Β. Κορδίνας, Α. Βλαχογιώργου, Γ. Τουζένη, Κ. Καρυδάκη

Κέντρο Υγείας Έμπωνα Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας ήταν η σύγκριση της κλασικής θεραπευτικής προσέγγισης της ουρικής νόσου με αλλοπουρινόλη, χορηγούμενη σε δόση 300 mg ημερησίως, της νέας θεραπευτικής προσέγγισης με χορήγηση 80 mg φεβουξοστάτης ημερησίως και της διαιτητικής παρέμβασης, σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθέντα ουρική νόσο. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανοικτού τύπου προοπτική μελέτη παρατήρησης σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθέντα ουρική νόσο (με τουλάχιστον 2 επεισόδια κρίσης ουρικής αρθρίτιδας στο παρελθόν), που δε λάμβαναν καμία αγωγή μείωσης των επιπέδων ουρικού οξέος στο αίμα. Επιλέχθηκαν συνολικά 30 ασθενείς και των δύο φύλων (10 στην ομάδα της αλλοπουρινόλης, 10 στην ομάδα της φεβουξοστάτης και 10 στην ομάδα της διαιτητικής παρέμβασης), με αρχική τιμή ουρικού οξέος στο αίμα μεγαλύτερο από 6 mg/dl. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν στις ομάδες ελέγχου ανάλογα με την ηλικία και την αρχική τιμή ουρικού οξέος. Λόγοι αποκλεισμού από τη μελέτη ήταν η λήψη ασπιρίνης, θειαζιδικών διουρητικών, φουροσεμιδής και άλλων φαρμάκων που επηρεάζουν το ουρικό οξύ. Επανελέγχος της τιμής του ουρικού οξέος έγινε 2 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ομάδα Α (αλλοπουρινόλη) συμπεριέλαβε 8 άνδρες και 2 γυναίκες μέσης ηλικίας 58,3 έτη και μέσης αρχικής τιμής ουρικού οξέος 9,1 mg/dl, η ομάδα Β (φεβουξοστάτη) συμπεριέλαβε 8 άνδρες και 2 γυναίκες μέσης ηλικίας 58,9 έτη και μέσης αρχικής τιμής ουρικού οξέος 9,2 mg/dl, ενώ η ομάδα Γ (διαιτητική παρέμβαση) συμπεριέλαβε 8 άνδρες και 2 γυναίκες μέσης ηλικίας 57,8 έτη και μέσης αρχικής τιμής ουρικού οξέος 8,9 mg/dl. Δεν παρατηρήθηκε καμία απόσυρση από τη μελέτη σε καμία από τις τρεις ομάδες ελέγχου. Κατά τον επανελέγχο η ομάδα Α είχε μέση τιμή ουρικού οξέος 6,94 mg/dl, η ομάδα Β είχε μέση τιμή ουρικού οξέος 5,19 mg/dl, ενώ η ομάδα Γ είχε μέση τιμή ουρικού οξέος 7,56 mg/dl. Η τιμή στόχος για ουρικό οξύ μικρότερο από 6 mg/dl επιτεύχθηκε στο 20% της ομάδας Α, στο 90% της ομάδας Β στο 10% της ομάδας Γ. Στην ομάδα Α παρατηρήθηκε μικρή αύξηση των τρανσαμινασών, ενώ στην ομάδα Β μικρή αύξηση της ουρίας αίματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση φεβουξοστάτης για τη μείωση των επιπέδων ουρικού οξέος στο αίμα, φαίνεται να υπερφέρει κατά πολύ της κλασικής θεραπείας με αλλοπουρινόλη. Η δόση των 80 mg για τη φεβουξοστάτη φαίνεται να είναι αρκετή για να ρυθμίσει την πλειοψηφία των ασθενών, ενώ η δόση των 300 mg για την αλλοπουρινόλη φαίνεται ανεπαρκής για την επίτευξη του στόχου τιμής ουρικού οξέως μικρότερου του 6 mg/dl στην πλειοψηφία των ασθενών και πιθανώς να χρειάζεται αύξηση της δόσεως με επιφύλαξη όμως για την τοξική της δράση σε αυξημένη δόσολογία. Η διαιτητική αγωγή δεν επαρκεί για τη ρύθμιση των ασθενών με ουρική νόσο, αφού η μείωση των επιπέδων αυτού δεν επαρκεί ώστε να επιτευχθεί ο στόχος του 6 mg/dl.

384. ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ WEGENER ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου¹, Α. Παπαδάκη², Δ. Μπατσδραγιάννη², Α. Τζαναβαρτζή², Π. Αθανασίου²

¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, ²Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

ΣΚΟΠΟΣ: Η κοκκιωμάτωση Wegener είναι νεκρωτική κοκκιωμάτωδης αγγειίτιδα. Λαμβάνει κατ' αρχήν τοπική μορφή, επεκτείνεται δε σε διάφορο βαθμό και προσβάλλει το αναπνευστικό σύστημα και τους νεφρούς. Είναι συστηματική νόσος αυτοάνοσης αιτιολογίας, μια αγγειίτιδα που σχετίζεται με τα αντισώματα ANCA. Πρόσφατα, η ανεπάρκεια της βιταμίνης D σχετίσθηκε με την εμφάνιση αυτοανασίας. Ο σκοπός της ήταν η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με κοκκιωμάτωση Wegener που εμφανίσθηκε μετά την εμφάνιση ανεπάρκειας της βιταμίνης D που επήλθε από χειρουργική αντιμετώπιση νοσογόνου παχυσαρκίας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα, ηλικίας 47 ετών, εμφανίσθηκε με χρόνια επισκληρίτιδα, επιπεφυκίτιδα, οπισθοβολβικό άλγος και ερύθημα αριστερού οφθαλμού σε διάστημα 2 ετών. Η ασθενής είχε υποβληθεί σε χειρουργική αντιμετώπιση νοσογόνου παχυσαρκίας και σε θυρεοειδεκτομή για την αντιμετώπιση όζου του θυρεοειδούς. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε αιμορραγικό εξάνθημα στα κάτω άκρα και αμφοτερόπλευρος βαρηκοΐα. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε ανεπάρκεια βιταμίνης D καθώς τα επίπεδα της 25(OH)D₃ στον ορό ήταν 11.7 ng/ml (φυσιολογικές τιμές >30 ng/ml), μικροσκοπική αιματοουρία, πρωτεϊνουρία και θετικά c-ANCA. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε οζίδια και εικόνα θολής υάλου στους πνεύμονες και φλεγμονή του αριστερού οφθαλμικού κόγχου. Χορηγήθηκαν ωςίες μεθυλπρεδνιζολόνης ενδοφλεβίως και βιταμίνη D από του στόματος με επακόλουθη σταθερή βελτίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με κοκκιωμάτωση Wegener και ανεπάρκεια βιταμίνης D μετά από χειρουργική αντιμετώπιση νοσογόνου παχυσαρκίας. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης D σχετίζεται με την εμφάνιση συστηματικών αυτοανώδων νοσημάτων, όπως η κατά πλάκας σκληρυνση και η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης D μπορεί να σχετίζεται με την εμφάνιση της συστηματικής αυτοανώδου νόσου που είναι η κοκκιωμάτωση Wegener με οφθαλμικές εκδηλώσεις στην περιγραφόμενη περίπτωση.

385. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΑΙΑ 5ΕΤΙΑ

Σ. Γαζή, Ν. Χατζησταμάτας, Π. Παπαγεωργίου, Κ. Δευτερίου, Α. Μισγίρη, Δ. Δάνου, Ο. Λουκαδάκη, Μ. Δρογκάρης, Θ. Αναγνώστης, Α. Κανδύλη, Ι. Ξένος, Π. Τσατσάνη, Α. Καραχάλιου, Δ. Λάσκος, Κ. Τέμπος

Ρευματολογική Κλινική ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το πρόβλημα των ρευματικών παθήσεων είναι μεγάλο λόγω της αυξημένης συχνότητάς τους, αλλά και λόγω των επιπτώσεων στους ασθενείς, στις οικογένειές τους, στο κοινωνικό σύνολο, στο Σύστημα Υγείας και στην Εθνική Οικονομία.

ΣΚΟΠΟΣ: Αναδρομική μελέτη των ασθενών που έρχονταν νοσηλείας στη Ρευματολογική Κλινική τα έτη 2008-2012, προκειμένου να αναδειχθεί το μέγεθος του προβλήματος και η ανάγκη λειτουργίας ρευματολογικών κλινικών για τη διάγνωση και αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν τα ιστορικά 1989 νοσηλευθέντων στην κλινική μας από 2008-2012 και διεξήχθησαν συμπεράσματα για την ηλικία, το φύλο, τα ποσοστά των νοσημάτων, την ιθαγένεια των νοσηλευθέντων και τρέχουσες νέες περιπτώσεις ασθενών προέκμων. Δεν περιελήφθησαν στη μελέτη 6333 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για έγχυση φαρμάκου, ούτε 22515 εξετασθέντες στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Νοσηλεύτηκαν 1989 ασθενείς, ηλικίας 15-91 ετών, γυναικεία 1299 (65%) και άνδρες 690 (35%). Οι 1479 (74%) ήταν πρωτοδιαγνωσθέντες περιπτώσεις. Το 12% (n=238) δεν ήταν Ελληνικής καταγωγής. Τα αποτελέσματα για τα επί μέρους νοσήματα φαίνονται στον πίνακα.

Νόσος	Φύλο N (%)	Ηλικία (μ.τ.±SD)	RF (+) N (%)	Πρωτοδια-γνωσθέντες N (%)	% επί του συνόλου (N=1989)
RA	♂ 208 (30) ♀ 488 (60)	66±10 52±13	52 (25) 170 (35)	164 (79) 344 (70)	
Σύνολο	696	55,5±12	222 (32)	508 (73)	35%
SrA (ΨΑ, ΑΣ, Αντι-δραστική)	♂ 253 (49) ♀ 264 (51)	41±14 47±15		222 (88) 196 (74)	
Σύνολο	517	42±14		418 (81)	26%
OA + περιοχ. σύνδρομα	♂ 79 (25) ♀ 239 (75)	63±17 60±13		79 (100) 227 (95)	
Σύνολο	318	61±13		305 (96)	16%
Μεταβολικές νόσοι οστών	♂ 10 (10) ♀ 89 (90)				
Σύνολο	99	68±11		99 (100)	5%
Συστηματικά νοσήματα	♂ 65 (25) ♀ 193 (75)	54±14 49±16		19 (29) 68 (35)	
Σύνολο	258	55±18		64 (25)	13%
Ουρική νόσος	♂ 75 (74) ♀ 26 (26)				
Σύνολο	101	68±9		85 (84)	5%
ΣΥΝΟΛΟ	1989			1479 (74%)	100%

RA=Ρευματοειδής αρθρίτις, SrA=σπονδυλαρθρίτιδες, ΨΑ=Ψωριασική αρθρίτιδα, ΑΣ= Αγκυλοποιητική σπονδυλίτις, OA= οστεοαρθρίτιδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τη μελέτη προκύπτει ότι στην 5ετία το 74% των ρευματικών παθήσεων είναι νέες περιπτώσεις. Δεδομένης της χρονιότητας των ασθενών αυτών το πρόβλημα και οι επιπτώσεις του συνεχώς αυξάνουν. Επομένως οι ρευματολογικές κλινικές είναι απαραίτητες για τη διάγνωση και αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

386. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΟΡΦΥΡΑΣ HENOCCH-SCHONLEIN ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΛΙΝΑΡΟΣΠΟΡΟΥ

Α. Δρόσου¹, Γ. Λιναρδάκη¹, Ν. Ρούσσοις¹, Α. Σωτηρόπουλος¹, Ι. Μπακάλης¹, Κ. Μανωλοδάκη², Σ. Αντωνόπουλος¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιά Τζάνειο, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά Τζάνειο

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή περιστατικού πορφύρας Henoch-Schonlein (HSP) σε ενήλικη ασθενή που προσήλθε λόγω αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού συστήματος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα 67 ετών προσήλθε λόγω κοιλιακού άλγους, μελαίνων κενώσεων και ψηλαφητής πορφύρας κάτω άκρων. Επίσης ανέφερε καθημερινή λήψη λιναρόσπορου από μηνός. Η γαστροσκοπηση ανέδειξε ισοφαθίτιδα 2^{ου} βαθμού κατά Los Angeles, γαστροτροπική και δωδεκαδακτυλίτιδα. Η βιοψία βλεννογόνου του δωδεκαδακτύλου κατέδειξε λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα. Από κολονοσκόπηση διαπιστώθηκε οίδημα, ερυθρότητα και πολλαπλά έλκη στην περιοχή του τελικού ειλεού, ενώ ιστολογική εξέταση των βλαβών κατέδειξε στοιχεία οξείας ελκωτικής ισχαιμικής εντερίτιδας. Από την ιστολογική εξέταση των δερματικών βλαβών διαπιστώθηκε λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα με εναποθέσεις IgA σφαιρίνης σε αγγεία του θηλώδους χορίου του δέρματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρά το γεγονός ότι η HSP αποτελεί συστηματική αγγειίτιδα των μικρών αγγείων η οποία εμφανίζεται συνήθετα σε παιδιά, μπορεί σπάνια να εκδηλωθεί και σε ενήλικες. Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη. Έχει συσχετιστεί με λήψη ορισμένων τροφών όπως στην περίπτωση της ασθενούς στην οποία η νόσος εκδηλώθηκε μετά από λήψη λιναρόσπορου. Η διάχυτη προσβολή του γαστρεντερικού συστήματος στην HSP είναι πολύ συχνή, σπάνια όμως έχει διαπιστωθεί ενδοσκοπικά εικόνα τελικής ειλεΐτιδας η οποία θεωρείται ότι οφείλεται σε ανοσοδιέγερση των πλάκων του Peyer.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η HSP αν και αποτελεί νόσο κυρίως της παιδικής ηλικίας πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ακόμα και σε ασθενείς τρίτης ηλικίας με συμβατή κλινική εικόνα. Αν και ορισμένες τροφές πιθανώς αποτελούν εκλυτικό αίτιο, δεν αναφέρεται στη βιβλιογραφία άλλο περιστατικό εκδήλωσης της νόσου μετά από λήψη λιναρόσπορου. Τέλος, σπάνια είναι η εκδήλωση της νόσου με τυπική εικόνα τελικής ειλεΐτιδας.

387. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

I. Κώστογλου-Αθανασίου¹, Α. Παπαδάκης², Δ. Μπασδραγιάννη², Α. Τζαναβάρη², Π. Αθανασίου²

¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, ²Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μεταναστευτική παροδική οστεοπόρωση του ισχίου, αναφερόμενη και ως σύνδρομο παροδικού οίδηματος μυελού των οστών είναι συχνότερη στους άνδρες μέσης ηλικίας και μπορεί να παρατηρηθεί ακόμη και μετά ελάχιστο τραυματισμό. Η διάγνωση γίνεται εξ αποκλεισμού άλλων αιτιών άλγους στο ισχίο. Η μαγνητική τομογραφία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση και δείχνει οίδημα του μυελού των οστών. Δεν υπάρχει ομοφωνία όσο αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση της μεταναστευτικής παροδικής οστεοπόρωσης του ισχίου. Σκοπός ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς που εμφανίστηκε με μεταναστευτική παροδική οστεοπόρωση του ισχίου και εν σειρά προσβολή αμφοτέρων των ισχίων σε διάστημα 3 ετών.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής, άνδρας ηλικίας 44 ετών, εμφανίσθηκε με άλγος στο αριστερό ισχίο. Η μαγνητική τομογραφία έδειξε οίδημα του μυελού των οστών στην κεφαλή και τον αυχένα του αριστερού μηριαίου καθώς και ενδοαρθρική συλλογή υγρού. Συστήθηκε ανάπαυση και χορηγήθηκε καλσιτονίνη ενδορρινικά. Το άλγος και το οίδημα υποχώρησαν σε διάστημα 4 μηνών. Η κατάσταση προσέβαλε το δεξιό ισχίο μετά 2 έτη. Στη μαγνητική τομογραφία διαπιστώθηκε οίδημα μυελού των οστών στο δεξιό ισχίο, ενώ το αριστερό ήταν φυσιολογικό. Στην περαιτέρω παρακολούθηση διαπιστώθηκε υποκεφαλικό κάταγμα δεξιού μηριαίου στη μαγνητική τομογραφία που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Συστήθηκε ανάπαυση και χορηγήθηκε αλενδρονάτη με αποτέλεσμα βελτίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μεταναστευτική παροδική οστεοπόρωση του ισχίου είναι σπάνια νόσος. Αν και θεωρείται καλοήθης, μπορεί να μεταναστεύσει και σε άλλες αρθρώσεις με την πάροδο του χρόνου και να οδηγήσει σε διαταραχή της κινητικότητας των προσβεβλημένων αρθρώσεων. Η ανάπαυση έχει ευνοϊκό αποτέλεσμα. Πρόσφατα, χορηγήθηκε αλενδρονάτη για τη μεταναστευτική παροδική οστεοπόρωση του ισχίου. Στην περιγραφόμενη περίπτωση η χορήγηση καλσιτονίνης στο πρώτο επεισόδιο και αλενδρονάτης στο δεύτερο είχε θεραπευτική επίδραση.

388. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Χ. Λυδάκης¹, Ε. Στεφανάκη², Ε. Θαλασσινός¹, Σ. Στεφανάκη², Μ. Καβουσανάκη¹, Α. Τσιλιμγκάκη², Ε. Κούμπα¹

¹Παθολογική Κλινική, Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου, ²Παιδιατρική Κλινική, Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης της παχυσαρκίας και κεντρικών αιμοδυναμικών παραμέτρων (κεντρική αρτηριακή πίεση και αρτηριακή σκληρία (ΑΣ)) στα παιδιά με την παχυσαρκία και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Έγινε σωματομετρία σε 277 υγιή παιδιά ηλικίας 12,8 ετών (Α΄ Γυμνασίου) και καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων τους με ερωτηματολόγιο (BMI και επίπεδο εκπαίδευσης). Οι κεντρικές αιμοδυναμικές παράμετροι στα παιδιά μετρήθηκαν με το μηχάνημα R6.5 Pulsecore®, το οποίο καταγράφει τα σφυγμικά κύματα κατά τη διάρκεια «υπερσυστολικής» μέτρησης. Οι καταγραφείσες παράμετροι ΑΣ ήταν: η κεντρική αρτηριακή πίεση, ο λόγος περιφερικής/κεντρικής πίεσης σφυγμού (ΠΠΣ/ΚΠΣ) και ο λόγος: χρόνος ανακλώμενου κύματος/ύψος (ΧΑΚ/ύψος).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 1) Το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών αθροιστικά ήταν 43,3%. 2) Το BMI των παιδιών συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με το BMI καθώς και με το μορφωτικό επίπεδο (τριποβάθμια έναντι πρωτο-/δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης) αμφοτέρων των γονέων ($\chi^2 < 0,0001$). 3) Τα παιδιά με BMI αντίστοιχο για ενήλικα $>30 \text{ kg/m}^2$ είχαν σημαντικά υψηλότερες κεντρικές αρτηριακές (συστολική / διαστολική) πιέσεις και μικρότερο λόγο ΠΠΣ/ΚΠΣ σε σύγκριση με παιδιά με φυσιολογικό BMI. Παρόμοιες διαφορές διαπιστώθηκαν και στη σύγκριση παιδιών με περίμετρο μέσης $>95^{\text{th}}$ θέση με παιδιά με περίμετρο μέσης $<90^{\text{th}}$ θέση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι ο γονεϊκός φαινότυπος (γονεϊκό BMI και το μορφωτικό επίπεδο) επηρεάζει το BMI των παιδιών με επακόλουθη εμφάνιση αγγειακής δυσλειτουργίας (αυξημένη κεντρική αρτηριακή πίεση, αρτηριακή σκληρία) ήδη από την ηλικία των 12 ετών.

389. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ 24ΩΡΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ, ΟΠΩΣ ΜΕΤΡΗΘΗΚΕ ΜΕ ΜΙΑ ΝΕΑ ΤΑΛΑΝΤΩΣΙΜΕΤΡΙΚΗ ΣΥΣΚΕΥΗ, ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Α. Αργύρης¹, Γ. Κόλλιας¹, Θ. Παπαϊωάννου², Ε. Νασοθύμιου³, Α. Αχλείματος³, Α. Πρωτογέρου¹, Π. Σφηκάκης¹

¹Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Έρευνας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, ²Μονάδα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, ³Κέντρο Υπέρτασης, Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Σωτηρία

ΣΚΟΠΟΣ: Αυξανόμενες ενδείξεις υποδηλώνουν την υπεροχή της αορτικής πίεσης (ΑΠ) ιατρείου έναντι της βραχιόνιας πίεσης στη διαχείριση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ). Η 24ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ θεωρείται ιδανική μέθοδος αξιολόγησης της διακύμανσης της ΑΠ. Η 24ωρη περιπατητική καταγραφή της αορτικής ΑΠ είναι πλέον εφικτή. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης της 24ωρης αορτικής πίεσης με τη διαστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας (ΔΔΑΚ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Για την 24ωρη καταγραφή της ΑΠ (βραχιόνιας και αορτικής) χρησιμοποιήθηκε η συσκευή Mobil-O-Graph, IEM, μία πιστοποιημένη ταλαντωσιμετρική συσκευή, η οποία βαθμονομεί την καταγραφόμενη βραχιόνια κυματομορφή πίεσης χρησιμοποιώντας είτε τη συστολική και διαστολική ΑΠ (Βαθμ. 1) είτε τη μέση και διαστολική ΑΠ (Βαθμ. 2). Σε 229 διαδοχικά άτομα (ηλικία 54±15 έτη, 56% άνδρες, 75% υπέρτατοι) μετρήθηκε η βραχιόνια (Watch BPoffice, Microlife) και αορτική (Shygmosor, Atcor) ΑΠ ιατρείου καθώς και η 24ωρη βραχιόνια και αορτική ΑΠ, ενώ υποβλήθηκαν σε καρδιακή υπερηχοτομογραφία για την εκτίμηση της ΔΔΑΚ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι συσχέτισης των διαφόρων εκφράσεων της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) με το δείκτη διαστολικής λειτουργίας E/E' καθώς και ο σχετικός κίνδυνος, όπως εκφράζεται στην πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής ταλινδρόμησης φαίνονται στον Πίνακα 1.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η 24ωρη αορτική ΣΑΠ βαθμονομημένη με τη χρήση της μέσης και της διαστολικής ΑΠ φαίνεται πως υπερισχύει της 24ωρης βραχιόνιας ΣΑΠ και της ΣΑΠ ιατρείου (αορτικής και βραχιόνιας) ως προς την αξιολόγηση της ΔΔΑΚ. Μελλοντικές μελέτες μείνει να αποδείξουν την προγνωστική ισχύ της 24ωρης αορτικής ΑΠ και την αξία της στην πρόληψη της ΔΔΑΚ.

Πίνακας 1. Συσχετίσεις του δείκτη E/E' με τις διάφορες εκφράσεις συστολικής ΑΠ

Συστολική ΑΠ	E/E' septum	E/E' lateral	Πολυπαραγοντικά μοντέλα – Σχετικός κίνδυνος (ΟΑ)
Βραχιόνια ιατρείου	0.12	0.05	1.36 (0.85-2.18)
Αορτική ιατρείου	0.20*	0.10	1.77 (1.05-2.97)*
24ωρη βραχιόνια	0.25**	0.17*	2.14 (1.29-3.57)*
24ωρη αορτική (Βαθμ. 1)	0.23*	0.16*	1.95 (1.19-3.21)*
24ωρη αορτική (Βαθμ. 2)	0.28**	0.21*	2.22 (1.37-3.58)**

Μετά από διόρθωση για ηλικία, φύλο, ιστορικό υπέρτασης και λήψη αντιυπερτασικής αγωγής

*p<0.05, **p<0.001

390. ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ 24ΩΡΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΜΙΑ ΝΕΑ ΤΑΛΑΝΤΩΣΙΜΕΤΡΙΚΗ ΣΥΣΚΕΥΗ

Α. Αργύρης¹, Ε. Νασοθύμιου², Δ. Βραχάτης³, Θ. Παπαϊωάννου³, Δ. Τζαμουράνης², Γ. Στεργίου², Α. Πρωτογέρου¹, Π. Σφηκάκης¹

¹Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Έρευνας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, ²Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Σωτηρία, ³Μονάδα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

ΣΚΟΠΟΣ: Αυξανόμενες ενδείξεις υποδηλώνουν την υπεροχή της αορτικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) ιατρείου έναντι της βραχιόνιας στη διαχείριση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ). Είναι επιπλέον καλά τεκμηριωμένη η υπεροχή της 24ωρης ΑΠ όσον αφορά στη διαγνωστική και προγνωστική αξία σε σχέση με τη βραχιόνια ΑΠ ιατρείου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επαναληψιμότητας της 24ωρης βραχιόνιας και αορτικής ΑΠ όπως αξιολογήθηκε με μια νέα ταλαντωσιμετρική συσκευή (Mobil-O-Graph, IEM), η οποία καταγράφει τη βραχιόνια ΑΠ καθώς και τη βραχιόνια κυματομορφή πίεσης. Η αορτική ΑΠ υπολογίζεται μέσω μαθηματικού μετασχηματισμού της κυματομορφής της πίεσης στη βραχιόνια αρτηρία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 30 διαδοχικά άτομα (μέση ηλικία 53±12 έτη, 17 άνδρες) υποβλήθηκαν σε δύο 24ωρες καταγραφές ΑΠ με μεσοδιάστημα 1-4 εβδομάδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος αριθμός των έγκυρων μετρήσεων της βραχιόνιας 24ωρης ΑΠ ήταν 69.9±10.4 (±SD) έναντι 58.0±13.3 της αορτικής 24ωρης ΑΠ στην πρώτη 24ωρη καταγραφή (p<0.001) και 68.3±10.8 έναντι 56.4±13.6 στη δεύτερη καταγραφή (p<0.001). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη μέση τιμή της αορτικής 24ωρης ΑΠ μεταξύ των 2 καταγραφών (συστολική 115.9±7.7 έναντι 115.1±6.0 mm Hg αντίστοιχα, p=0.48, διαστολική 79.7±7.4 έναντι 79.2±8.7, p=0.54). Ο δείκτης intraclass correlation coefficient (συστολική 0.80 [95% ΟΑ 0.58-0.90] και διαστολική 0.92 [0.83-0.96]) και η τυπική απόκλιση των διαφορών (αορτική-βραχιόνιας 24ωρη ΑΠ, συστολική/διαστολική 6.0/4.5 mm Hg) υποδεικνύουν καλή επαναληψιμότητα της αορτικής ΑΠ. Τα γραφήματα Bland-Altman δεν ανέδειξαν κάποιο συστηματικό σφάλμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μη επεμβατική 24ωρη περιπατητική καταγραφή της αορτικής πίεσης παρέχει επαναλήψιμες μετρήσεις. Μελλοντικές μελέτες είναι απαραίτητες για να διερευνηθούν την προγνωστική αξία των 24ωρων αορτικών παραμέτρων.

391. ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΑΟΡΤΙΚΩΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕ ΜΙΑ ΜΗ ΕΜΕΜΒΑΤΙΚΗ 24ΩΡΗ ΤΑΛΑΝΤΩΣΙΜΕΤΡΙΚΗ ΣΥΣΚΕΥΗ

Α. Αργύρης¹, Δ. Βραχάτης², Ε. Νασοθύμιου³, Θ. Παπαϊωάννου², Δ. Τζαμουράνης³, Γ. Στεργίου³, Α. Πρωτογέρου¹, Π. Σφηκάκης¹

¹Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Έρευνας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, ²Μονάδα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, ³Κέντρο Υπέρτασης, Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Σωτηρία

ΣΚΟΠΟΣ: Η αορτική σκληρία όπως εκτιμάται με την καρωτιδομηρίαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (κ-μΤΣΚ-pulse wave velocity) και δείκτες ανακλώμενων κυμάτων πίεσης όπως ο δείκτης επαύξησης (ΔΕ-augmentation index) και η πίεση επαύξησης (ΠΕ-augmentation pressure) στην αορτή καθώς και η ενίσχυση της πίεσης παλμού (ΕΠΠ-pulse pressure amplification) αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επαναληψιμότητας της κ-μΤΣΚ, ΔΕ, ΠΕ, ΕΠΠ, οι οποίες εκτιμήθηκαν με νέα 24ωρη περιπατητική, ταλαντωσιμετρική συσκευή (Mobil-O-Graph, IEM).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 30 διαδοχικά άτομα (μέση ηλικία 53±12 έτη, 17 άνδρες) υποβλήθηκαν σε δύο διαδοχικές 24ωρες καταγραφές με μεσοδιάστημα 1-4 εβδομάδων. Οι δείκτες ανακλώμενων κυμάτων και αρτηριακής σκληρίας υπολογίστηκαν με τη χρήση τεχνικών ανάλυσης σφυγμικού κύματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις 24ωρες αιμοδυναμικές παραμέτρους μεταξύ των 2 καταγραφών (ΕΠΠ 1.26±0.06 έναντι 1.28±0.06, p=0.098, ΔΕ 27.09±9.14% έναντι 26.79±9.64%, p=0.717, ΠΕ 11.09±5.01 mm Hg έναντι 10.86±5.07 mm Hg, p=0.557; ΤΣΚ 7.37±1.55 m/s έναντι 7.36±1.52 m/s, p=0.449). Ο δείκτης συμφωνίας μεταξύ των 2 επαναλαμβανόμενων μετρήσεων intraclass correlation coefficient (ΕΠΠ: 0.90 (95% ΟΑ 0.79-0.95); ΔΕ: 0.94 (0.88-0.97); ΠΕ: 0.95 (0.90-0.97); ΤΣΚ: 0.99 (0.98-0.99)) και η τυπική απόκλιση των διαφορών (ΕΠΠ: 0.04, ΔΕ: 4.42, ΠΕ: 2.15, ΤΣΚ: 0.085) υποδεικνύουν καλή επαναληψιμότητα. Τα γραφήματα Bland-Altman δεν έδειξαν συστηματικό σφάλμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υπό εξέταση συσκευή μη επεμβατικής 24ωρης αξιολόγησης δεικτών ανακλώμενων κυμάτων και αρτηριακής σκληρίας παρέχει επαναλήψιμα δεδομένα. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να πιστοποιήσουν την ακρίβεια αυτών των μετρήσεων καθώς και να διερευνήσουν την πιθανή προγνωστική τους αξία.

392. ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ eNOS και iNOS ΜΕΤΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΠΡΟ – ΚΑΙ ΜΕΤΑΓΥΜΝΑΣΗ. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Χ. Γεωργίου¹, Μ. Τασουλή¹, Γ. Φραγκουλίδης¹, Κ. Χονδρογιάννης², Χ. Κωνσταντινίδης¹, Α. Μελεμενής², Α. Τσαρουχά², Α. Παπαηλιά¹, Β. Ψυχιογιού¹, Α. Βεζζάκης¹, Δ. Βώρος¹

¹Πειραματικό Εργαστήριο, Β΄ Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ²Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σκοπός της εργασίας ήταν η εξέταση του οξειδίου του αζώτου (nitric oxide, NO) στην εμφάνιση της βλάβης ισχαιμίας – επαναιμάτωσης, καθώς και της επίδρασης της ισχαιμικής προ- και μεταγύμνασης στην έκφραση των γονιδίων της eNOS (endothelial NO synthase) και iNOS (inducible NO synthase) στον ηπατικό ιστό μετά μείζονα ηπατεκτομή.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 18 θηλυκοί χοίροι βάρους 30 – 35 kg, που υποβλήθηκαν σε μείζονα ηπατεκτομή με ισχαιμία διάρκειας 90 λεπτών (χειρισμός Pringle), ακολουθούμενη από περίοδο επανάρδευσης διάρκειας 12 ωρών. Τα πειραματόζωα τυχαιοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες: α) την ομάδα έλεγχου (Control, n=6), β) την ομάδα προγύμνασης (PreCon, n=6) με την προσθήκη δύο κύκλων ισχαιμίας – επαναιμάτωσης διάρκειας 10 λεπτών προ της ηπατεκτομής και γ) την ομάδα μεταγύμνασης (PostCon, n=6) με προσθήκη δύο κύκλων ισχαιμίας – επαναιμάτωσης διάρκειας 10 λεπτών μετά την ηπατεκτομή. Η μελέτη της έκφρασης των γονιδίων των eNOS και iNOS στον ηπατικό ιστό, στις 0, και 6, 12 ώρες μετά την ηπατεκτομή πραγματοποιήθηκε με τη χρήση RealTimePCR (RotorGene 6000™, Corbett Life Science). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη μέθοδο ANOVA χρησιμοποιώντας τη διόρθωση κατά Bonferroni.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή της ισχαιμικής προγύμνασης και μεταγύμνασης δε βρέθηκε να επηρεάζει την έκφραση των γονιδίων των eNOS (F=2.570, p=0.108) και iNOS (F=2.132, p=0.151) μετά μείζονα ηπατεκτομή συγκριτικά με την ομάδα έλεγχου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι η επαγωγή με τη ηπατεκτομή βλάβη ισχαιμίας – επαναιμάτωσης δε μπορεί να αποδοθεί σε οξειδωτικό stress ως αποτέλεσμα αυξημένης παραγωγής NO. Επιπλέον, η διεγερτική προ- ή μεταγύμναση του ήπατος δεν επηρεάζει την έκφραση των γονιδίων eNOS και iNOS.

393. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

394. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΚΤΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Α. Χαραλαμπίδης, Δ. Σχιζας, Β. Ντόμπη, Ε. Καπετανάκης, Κ. Ροδίτης, Δ. Σωτηρόπουλος, Α. Μπακόπουλος, Α. Μαχαίρας

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Να καταγράψει το είδος και τα αποτελέσματα των χειρουργικών επεμβάσεων σε ασθενείς με πρωκτικά συρίγγια.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 178 ασθενείς (131 άνδρες, 47 γυναίκες, φάσμα ηλικιακό 16-87 έτη, μέση ηλικία 57 έτη) την τελευταία πενταετία χειρουργήθηκαν με πρωκτικό συρίγγιο. Ο διαχωρισμός σε απλά και σύνθετα, έγινε με βάση: α) την κλινική εξέταση (πρωκτοσκόπηση), υπό αναισθησία κατά τη διάρκεια της επέμβασης, β) τη μαγνητική τομογραφία ορθοπρωκτικού σωλήνα και περινέου σε 55 ασθενείς, γ) Το ενδοσκόπιο υπερηχογράφημα σε 9 ασθενείς. Με βάση τη θέση του έσω στομίου, 135 (76%) χαρακτηρίστηκαν σαν οπίσθια κατά Salmon και Goodssal. Θέση του έσω στομίου στο ορθό σε 6 περιπτώσεις (3.3%). Ταυτόχρονη αντιμετώπιση του συριγγίου με αποστηματική κοιλότητα σε 9 ασθενείς (5%). Με βάση την αιτιοπαθογένεια 162 ήταν ιδιοπαθή και 16 δευτεροπαθή (9%): 3 με νόσο Crohn, 1 με πιθανή νόσο Crohn, 2 μετακινικά, 3 σε κοπρόσταση, 1 με εκκολπωματίτιδα, 2 με λέμφωμα non Hodgkin ουδεροτενία, 4 με νεοπλασία και ανοσοκαταστολή. Χειρουργικές τεχνικές που έγιναν: η συριγγιοτομή, η τοποθέτηση cutting ή non-cutting setton, η κολοστομία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: α) πλήρης συριγγιοτομή με διατομή μικρού πάχους του σφιγκτηριακού μυϊκού συστήματος σε 79 άτομα (44%) με πλήρη ίαση. β) Συριγγιοτομή και cutting setton σε 88 άτομα (50%), γ) 4 επεμβάσεις με μερική συριγγιοτομή-αφαίρεση κοιλότητας ισχιορθικού χώρου και loose setton. δ) τετραπλή επέμβαση με συριγγιοτομή, αφαίρεση κοιλότητας cutting και non-cutting setton, ε) μεγάλου μεγέθους υπερανελκτήριο-μετακινικό συρίγγιο, αδυναμία μύλωσης έσω στομίου στο κατώτερο ορθό: αφαίρεση αποστηματικής κοιλότητας ισχιορθικού χώρου, εξωτερική συριγγιοτομή, στ) 4 κολοστομίες, ζ) καθαρισμός κοιλότητας ισχιορθικού χώρου σε εξωσφιγκτηριακό συρίγγιο-μετακινικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ιδιοπαθή πρωκτικά συρίγγια παρουσιάζουν χαμηλό ποσοστό υποτροπής εφόσον ταξινομηθούν σωστά και με κάποια τεχνική καταστροφών ή αφαιρεθούν. Τα δευτεροπαθή χρειάζονται πιο σύνθετες επεμβάσεις, αρκέτα είναι δυσίατα, η πρόγνωση

395. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΚΤΙΚΗΣ ΣΗΨΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 2 ΕΤΩΝ

Α. Χαραλαμπόπουλος, Ν. Ζάβρας, Σ. Κριβάν, Κ. Κοπανάνκης, Ε. Καπετανάκης, Κ. Ροδίτης, Δ. Σωτηρόπουλος, Α. Μαχαίρας
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Να καταγράψει τα αποτελέσματα και τη φυσική ιστορία σε ιδιοπαθή πρωκτική σήψη (αποστήματα και συρίγγια) σε παιδιά άνω των 2 ετών, κατηγορία που παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες και διαφορές με την ενήλικη πρωκτική σήψη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 98 άτομα (89 άρρενες, 9 θήλεα, 2,5-16 ετών, μέση ηλικία 7,1 έτη), χειρουργήθηκαν για πρωκτικό απόστημα (46 άτομα) και πρωκτικό συρίγγιο (52 άτομα). Στα αποστήματα έγινε χειρουργική τομή και παροχέτευση, με τοπική αναισθησία σε εξωτερική βάση, σε όλες τις περιπτώσεις επρόκειτο για πρώτο επεισόδιο. Τα συρίγγια αντιμετωπίστηκαν με γενική αναισθησία, η συριγγιοτομή ήταν η συννηθέστερη χειρουργική επέμβαση, σπανιότερα χρειάστηκε η τοποθέτηση seton και η κρυπτοτομή. Χειρουργική επέμβαση εγένετο για πρώτη φορά. Όλοι οι ασθενείς ήταν εμφανώς υγείς χωρίς αιτιοπαθογενετικούς ή προδιαθεσιακούς παράγοντες για πρωκτική σήψη, όπως φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, καταστάσεις με ανοσοκαταστολή, συνυπάρχοντα χρόνια πρωκτικά νοσήματα ή διαβήτη τύπου Ι.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα 46 άτομα με απόστημα, μετά από χειρουργικό καθαρισμό και παροχέτευση, παρουσίασαν μικρό δείκτη σχηματισμού συριγγίου της τάξεως του 13%. Τα 52 άτομα με συρίγγιο, είχαν απλό συρίγγιο, μόνο σε 3 περιπτώσεις το πάχος συμμετοχής του σφιγκτηριακού συστήματος θεωρήθηκε σημαντικό και τοποθετήθηκε seton (3/52, 5,8%), παρεμβολή αποστηματικής κοιλότητας στην πορεία του συριγγιώδους πόρου με εκροή πύου, μόνο σε 4 περιπτώσεις (4/52, 7,7%), ενώ κρυπτοτομή έγινε σε 5 άτομα (5/52, 9,6%). Συνθετα συρίγγια, όπως υψηλά διασφιγκτηριακά, εξωσφιγκτηριακά, υπερανελκτήρια ή διαανελκτήρια δεν ανευρέθησαν. Σε καμία περίπτωση δεν υπήρξε υποτροπή συριγγιώδους πόρου μετεγχειρητικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πρωκτική σήψη παρουσιάζει εύκολη χειρουργική αντιμετώπιση: Τα αποστήματα έχουν πολύ χαμηλό δείκτη δημιουργίας συριγγίου μετά την παροχέτευση. Τα συρίγγια παρουσιάζουν εύκολη χειρουργική αντιμετώπιση με συριγγιοτομή, σπανιότερα χρειάζεται τοποθέτηση seton ή κρυπτοτομή. Συνθετα συρίγγια και πολυπλοκότερες επεμβάσεις είναι σπάνιες για τις μικρές ηλικίες. Η χειρουργική θεραπεία είναι η βασική μέθοδος θεραπείας με άριστα αποτελέσματα.

396. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

397. ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΔΙΑ ΛΕΠΤΗΣ ΒΕΛΟΝΗΣ (FNA) ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΙΑΣ ΟΚΤΑΕΤΙΑΣ

Χ. Μαρκογιαννάκης¹, Ι. Φαράκλα¹, Μ. Τσιρίβα¹, Δ. Θεοδοίου¹, Μ. Φώτου², Β. Οικονόμου², Γ. Ζωγράφος¹, Α. Μανουράς¹

¹Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ²Κυτταρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρακέντησης δια λεπτής βελόνης (FNA) του θυρεοειδούς αδένος.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε FNA θυρεοειδούς στο νοσοκομείο μας σε μία περίοδο 8 ετών συμπεριλήφθηκαν στην αναδρομική αυτή μελέτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη εισήχθησαν 2240 ασθενείς (ηλικία: 48,7±6,8 έτη-γυναίκες: 80%). Τα κυριότερα ευρήματα του υπερηχογραφήματος θυρεοειδούς ήταν: πολυοζώδης βρογχοκήλη (53,6%), μονήρης συμπαγής όζος (33,5%) και μονήρης κυστικός όζος (5,3%). Η μέση μέγιστη διάμετρος του επικρατούστος/μονήρους όζου ήταν 3,2±0,4 cm. Τα συχνότερα ευρήματα στο σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς ήταν: ψυχρός όζος (51,3%), θερμός όζος (13,5%) και πολυοζώδης βρογχοκήλη (10%). Με βάση την κλινικοεργαστηριακή και απεικονιστική εικόνα, οι συνηθέστερες πιθανές διαγνώσεις προ της FNA ήταν: πολυοζώδης βρογχοκήλη (50,2%), μονήρης μη τοξικός όζος (25,9%), τοξική πολυοζώδης βρογχοκήλη (4,1%), καρκίνωμα θυρεοειδούς (3,3%) και μονήρης τοξικό αδένωμα (2,4%). Τα αποτελέσματα της FNA ήταν: μη διαγνωστικό/επαρκές υλικό σε 135 ασθενείς (6%), καλοήθεια 1833 (81,8%), αμφίβολη/ύποπτη εικόνα για καρκίνωμα θυρεοειδούς 122 (5,4%) και κακοήθεια θυρεοειδούς 150 (6,8%). Στα καλοήθη αποτελέσματα περιλαμβάνονταν 270 (12%) με ευρήματα συμβατά με θυρεοειδίτιδα, εκ των οποίων 243 (10,8%) παρουσίαζαν εικόνα Hashimoto και 27 (1,2%) De Quervain. Από τις αμφίβολες/ύποπτες για κακοήθεια περιπτώσεις, 100 (4,4%) είχαν θυλακίωδες αδένωμα και 22 (1%) όζο με αρκετά κύτταρα Hürthle. Όσον αφορά στις κακοήθειες, ανευρέθησαν: 122 ασθενείς (5,5%) με καλά διαφοροποιημένο καρκίνο θυρεοειδούς (κυρίως θηλώδους τύπου), 12 (0,5%) μυελοειδείς, 8 (0,4%) καρκίνο από κύτταρα Hürthle, 6 (0,3%) αναπλαστικό, 1 (0,05%) μεταστατικό καρκίνωμα από καρκίνο νεφρού και 1 (0,05%) non-Hodgkin λέμφωμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η FNA του θυρεοειδούς προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για τη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση διαφόρων θυρεοειδοπαθειών.

398. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ CONN: ΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΑΠΩΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ι. Σπυριδάκης, Η. Περισινάκης, Α. Κατσέλη, Ι. Λάιος, Α. Κορωναίος, Α. Νίξον, Χ. Μειδάνης, Σ. Τσάλλας, Α. Αθανασίου, Γ. Ζωγράφος

Γ Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των άμεσων και απώτερων αποτελεσμάτων της λαπαροσκοπικής χειρουργικής σε ασθενείς με πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό οφειλόμενο σε αδένωμα.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τον Ιούνιο 1997 έως 11/1/2013 μελετήθηκαν αναδρομικά 302 επινεφριδιοεκτομές σε 288 ασθενείς. 14 ασθενείς υπεβλήθησαν σε σύγχρονη ή μετάχρονη αμφοτερόπλευρη επινεφριδιοεκτομή. Από αυτούς 47 είχαν σύνδρομο Conn. Πρόκειται για 28 γυναίκες και 19 άνδρες ηλικίας από 14 έως 80 (μέσος όρος 51,5 έτη).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς προσεγγίστηκαν λαπαροσκοπικά, ενώ σε 3 περιπτώσεις έγινε μετατροπή σε ανοικτή. Σε 3 ασθενείς διατηρήθηκε τμήμα του επινεφριδίου. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας για τις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις ήταν 2 μέρες. Μία ασθενής εμφάνισε μετεγχειρητικά ατελεκτασία αριστερού κάτω λοβού, ενώ ένας ασθενής υψηλού εγχειρητικού κινδύνου κατέληξε μετά από νοσηλεία 2,5 μηνών στη μονάδα εντατικής θεραπείας από πολυοργανική ανεπάρκεια. Η ιστολογική εξέταση έδειξε σε 41 ασθενείς αδένωμα και σε 6 ασθενείς οζώδη υπερπλασία. 37 ασθενείς (78,7%) λάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή πριν την επέμβαση, εκ των οποίων οι 18 ασθενείς (48,7%) λάμβαναν διπλό σχήμα και οι 19 (51,3%) ένα είδος αντιυπερτασικού φαρμάκου. Μετά την επέμβαση το 59,5% (22) διέκοψαν την αγωγή, 29,7% (11) τη μείωσαν και 10,8% (4) τη διατήρησαν αμετάβλητη. Η υποκαλιαιμία διορθώθηκε σε όλους τους ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λαπαροσκοπική χειρουργική για την αντιμετώπιση του συνδρόμου Conn είναι αποτελεσματική τόσο για την αντιμετώπιση της υποκαλιαιμίας όσο και της υπέρτασης.

399. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

400. ΣΠΑΝΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΕΚΤΟΜΗΣ

Χ. Μαρκογιαννάκης, Ν. Μέμος, Δ. Τσάμης, Ι. Φλέσσας, Δ. Λιναρδούτσος, Ι. Μανουράς, Ε. Λαγουδιανάκης, Α. Παπαδήμα, Π. Κέκης, Γ. Ζωγράφος, Α. Μανουράς

Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή των σπάνιων περιπτώσεων λαπαροσκοπικής επινεφριδίου εκτομής που διενεργήθηκαν στο τμήμα μας από 1/1/2005 έως 31/12/2012.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα όλων των περιστατικών που υποβάλλονταν σε λαπαροσκοπική επινεφριδίου εκτομή καταγράφονται προοπτικά. Από το σύνολο των ασθενών επελέγησαν αυτοί που παρουσίαζαν κάποια σπάνια κλινική ή ιστολογική περίπτωση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την 8ετή χρονική περίοδο της μελέτης, διενεργήθηκαν 104 λαπαροσκοπικές επινεφριδίου εκτομές σε 102 ασθενείς (γυναίκες: 56,8%-ηλικία: 54,7±5,3 έτη). Με βάση την πλήρη κλινικοεργαστηριακή, ενδοκρινολογική, απεικονιστική και παθολογοανατομική εξέταση οι συχνότερες τελικές διαγνώσεις ήταν: μη λειτουργικό αδένωμα σε 31 (30,4%), μη ACTH-εξαρτώμενο σύνδρομο Cushing 18 (17,7%), σύνδρομο Conn 16 (15,7%) και φαιοχρωμοκύτωμα 14 (13,7%). Τα περισσότερα αυτά αποτέλεσαν τη μεγάλη πλειοψηφία των λαπαροσκοπικών επινεφριδίου εκτομών στη σειρά μας (n=79, 77,5%). Οι υπόλοιποι 23 ασθενείς (22,5%) παρουσίαζαν σπανιότερες κλινικές ή ιστολογικές οντότητες και αποτέλεσαν την ομάδα μελέτης. Αναλυτικότερα, μονήρη μετάσταση επινεφριδίου είχαν 10 (9,8%) ασθενείς (6 από Ca πνεύμονα και 1 από Ca κόλου, ωοθήκης, νεφρού και ουροδόχου κύστης). Σπάνιες ιστολογικές οντότητες παρουσίαζαν 11 (10,8%) ασθενείς (ένas αρρενοποιητικό όγκο, ένas οπococύτωμα, ένas schwannoma, ένas γαγγλιονευρίνωμα, ένas αγγειομυολίπωμα, ένas σπριγγώδης αιμαγγείωμα, ένas κύστη, δύο μυελολίπωμα και δύο λίπωμα). Επίσης, 2 ασθενείς (1,9%) υπεβλήθησαν σε αμφοτερόπλευρη λαπαροσκοπική επινεφριδίου εκτομή λόγω ανθεκτικού έκτοπου ACTH-εξαρτώμενου συνδρόμου Cushing: στον ένα η έκτοπη ACTH προέρχεται από μη εξαιρέσιμο αδενοκαρκίνωμα θύμου αδένος ενώ στον άλλο ο πρωτοπαθής όγκος δεν έχει ακόμη βρεθεί παρά τους επανειλημμένους, ενδελχείς ελέγχους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη διαφορική διάγνωση των ασθενών με νόσους των επινεφριδίων, εκτός των συνηθέστερων λειτουργικών και μη λειτουργικών παθήσεων, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται και άλλες σπανιότερες κλινικές και ιστολογικές οντότητες όπως αυτές που παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία.

401. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΡΩΚΤΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Α. Χαραλαμπίδης, Κ. Κοπανάκης, Σ. Κριβάν, Ε. Καπετανάκης, Δ. Σωτηρόπουλος, Η. Τζέπη, Ν. Ζάβρας, Α. Μαχαίρας

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Να ταξινομήσει τα πρωκτικά συρίγγια σε απλά και σύνθετα, παράμετρος σημαντική για τη χειρουργική τεχνική που θα γίνει

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 178 ασθενείς (131 άνδρες, 47 γυναίκες, φάσμα ηλικιακό 16-87 έτη, μέση ηλικία 57 έτη) την τελευταία πενταετία χειρουργήθηκαν με πρωκτικό συρίγγιο. Για την ταξινόμησή τους χρησιμοποιήθηκαν 3 παράμετροι: 1. Κλινική εξέταση του πρωκτικού σωλήνα και του συριγγώδους πόρου υπό αναισθησία κατά τη στιγμή του χειρουργείου σε όλους τους ασθενείς 2. Η μαγνητική τομογραφία του орθο-πρωκτικού σωλήνα και του περινέου σε 55 ασθενείς. Το ενδο-αυλικό υπερηχογράφημα σε 9 ασθενείς. Σαν απλά συρίγγια χαρακτηρίστηκαν: α) τα χαμηλά μεσοσφιγκτηριακά (intersphincteric) ή διασφιγκτηριακά (transsphincteric) συρίγγια β) τα μικρού μήκους συρίγγια γ) ο πόρος περιέχει ελάχιστο ποσό σφιγκτηριακών μυϊκών ινών, δ) εντόπιση του έξω στομίου πολύ κοντά στον πρωκτικό δακτύλιο, ε) πόρος χωρίς δεύτερο ή δευτερεύον συριγγώδη πόρο, χωρίς αποστηματική κοιλότητα και στ) όταν δεν είναι δευτεροπαθή (νοσήματα του πρωκτοσωλήνα που σχετίζονται με τα συρίγγια όπως η νόσος Crohn, τοπική ακτινοβολία και νεοπλασία). Σαν σύνθετα χαρακτηρίστηκαν αυτά που: α) εμπιερύχουν σημαντικό πάχος σφιγκτηριακών μυϊκών ινών, 2) Υπάρχει δεύτερος συριγγώδης πόρος ή δευτερεύον με αποστηματική κοιλότητα 3) μεγάλο μήκος συριγγώδους πόρου, 4) έσω στόμιο στο κατώτερο ορθό, έξω στόμιο πολύ μακριά από το άνοιγμα του πρωκτοσωλήνα, 5) υπερανελκίτρια πορεία του συριγγώδους πόρου (surglelevator), 6) σημαντική προσβολή εξωσφιγκτηριακών ανατομικών χώρων: ισchioπρωκτικός (ischioanal) ή ισchioρθικός (ischio-rectal), 7) Όταν είναι δευτεροπαθή, 8) Οι υποτροπές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 114 ασθενείς είχαν απλά συρίγγια (64%) και 64 σύνθετα (36%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα σύνθετα συρίγγια δεν είναι σπάνια και απαιτούν καθορισμό της εγχειρητικής τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί, για να γίνει σωστή θεραπεία και αποφυγή των υποτροπών. Το υψηλό ποσοστό σε σχέση με τη βιβλιογραφία οφείλεται στα αυστηρά κριτήρια ταξινόμησης, αντιμετώπιση πολλών περιπτώσεων υποτροπών και δευτεροπαθών συριγγίων (μετακινικά, νεοπλασίες και ανασκαταστολή) και ποικίλλει από κέντρο σε κέντρο.

402. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΛΟΡΝΟΞΙΚΑΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΩΝ. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΠΙΜΥΣ

Σ. Δρακοπούλου¹, Γ. Φραγκουλιδής², Α. Κόντη-Παφίτη³, Ε. Αργυρά⁴, Δ. Καρανδρέα⁵, Ε. Αραβίδου⁵, Δ. Βώρος²

¹Α' Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Τζάνειο, Πειραιάς, ²Β' Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁴Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁵Πειραματικό Εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η λορνοξικάμη είναι ένα Μη Στεροειδές Αντιφλεγμονώδες Φάρμακο που αναστέλλει μη εκλεκτικά την κυκλοοξυγονάση -1 και -2 και χρησιμοποιείται ευρέως στη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου ως παράγοντας συνδυασμένης αναλγητικής θεραπείας. Στη βιβλιογραφία είναι αμφιλεγόμενη η επίδρασή της στην επούλωση των ιστών καθώς θεωρείται ότι καταστέλλει τη φλεγμονώδη φάση της επούλωσης. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της λορνοξικάμης στην επούλωση αναστομώνσεων του παχέος εντέρου σε επίμυες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εικοσιτέσσερις ενήλικοι αρσενικοί επίμυες της ποικιλίας των Wistar τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες και υποβλήθηκαν σε διατομή του παχέος εντέρου και αναστόμωση. Στην πειραματική ομάδα χορηγήθηκε μετεγχειρητικά, ενδοπεριτοναϊκά λορνοξικάμη (1,2 mg/kg ΣΒ) και στην ομάδα μαρτύρων φυσιολογικός ορός. Τα πειραματόζωα από κάθε ομάδα θανατώθηκαν την 3^η ή την 7^η μετεγχειρητική ημέρα και αξιολογήθηκε η επούλωση κατά τα νεκροτομή με επισκόπηση από ουδέτερο παρατηρητή και ιστολογικά με χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξετάστηκαν διάφοροι μακροσκοπικοί και μικροσκοπικοί παράμετροι επουλωτικής διαδικασίας. Τα βάθος βλάβης και ο βαθμός νέκρωσης ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα στην πειραματική ομάδα, όπου και βρέθηκαν περισσότερα περιαναστομωτικά αποστήματα τόσο την 3^η όσο και την 7^η μετεγχειρητική ημέρα. Επίσης ανευρέθηκε μικρότερος βαθμός επιθηλιοποίησης και λιγότερο ινοβλάστες στην πειραματική ομάδα. Ακολούθησε ανοσοϊστοχημική και μοριακή ανάλυση παραγόντων επούλωσης στο βιοπτικό υλικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση λορνοξικάμης φαίνεται να επηρεάζει την επούλωση εντερικών αναστομώνσεων κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, σύμφωνα με τα παθολογοανατομικά αρχικά ευρήματα της μελέτης.

403. ΙΝΟΕΛΑΣΤΩΜΑ ΩΜΟΠΛΑΤΗΣ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

Κ. Μαμμάς¹, Δ. Βενιεράτος², Π. Σκανδαλάκης²

¹ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», ²Τμήμα Περιγραφικής Ανατομίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Το ινοελάστωμα είναι ένας μη συνηθισμένος, καλοήθης, αργά εξελισσόμενος όγκος των μαλακών μοριών με ασαφή αιτιολογία. Ανακοινώνουμε τα συμπτώματα, τη λειτουργική εξέταση και την έκβαση της χειρουργικής αντιμετώπισης μίας περίπτωσης ινοελαστώματος δεξιάς ωμοπλάτης σε γυναίκα ασθενή 43 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, με σκοπό την προτύπωση της διάγνωσης και την ανάλυση της χειρουργικής ανατομίας.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μάζα δεξιάς ωμοπλάτης που ασκούσε τάση κατά την προσαγωγή και έσω στροφή του βραχίονα του δεξιού άνω άκρου, εντοπισμένη στον κάτω πόλο της δεξιάς ωμοπλάτης, σκληρή, ανώδυνη, ακίνητη, χωρίς κλυδασμό και ψηλαφητούς λεμφαδένες, διαστάσεων 3×4×5 cm. Στον απεικονιστικό έλεγχο με CT Θώρακος διαγνώσθηκε «αλλοίωση εντοπισμένη στο θωρακικό τοίχωμα στο ύψος της κάτω γωνίας της δεξιάς ωμοπλάτης με χαρακτηριστικά πιθανού ινοελαστώματος» που έθεσε την ένδειξη της χειρουργικής αφαίρεσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Χειρουργική εξέταση: Η τάση κατά την προσαγωγή και έσω στροφή του βραχίονα ερμηνεύθηκε από τη διάταση των πρωταγωνιστών πλατύ ραχιαίου και μείζονος στρογγύλου, καθώς και του ανταγωνιστή της έσω στροφής υπακάνθιου μύος. **Χειρουργική Ανατομία:** Εντοπισμός των δια-νευρικών πλάνων μεταξύ του υπακάνθιου και του ελάσσονος στρογγύλου. Ελκυσμός του υπακάνθιου άνωθεν και του ελάσσονος στρογγύλου κάτωθεν. Τα αγγεία και τα νεύρα που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη είναι η οπίσθια περισπυμένη βραχιόνιος αρτηρία, το μασχαλιαίο και το υπερπλάτιο νεύρο. **Χειρουργική τεχνική:** Η μάζα αφαιρέθηκε με την κάψα της, σε απόσταση 1 cm από τα όρια της. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και η ασθενής εξήλθε μετά από 24 ώρες. Η ιστολογική εξέταση διέγινωσε ινοελάστωμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ινοελάστωμα προκαλείται από την αντίδραση των ιστών και δεν είναι μία νεοπλασματική εξεργασία. Η διαγνωστική προσέγγιση διακρίνει την καλοήθη από την κακοήθη επεξεργασία και γι' αυτό είναι απαραίτητη η εξέταση με MRI ή CT που θα προσδιορίσει τα ανατομικά όρια και θα καθορίσει την εγχειρητική τεχνική προς αποφυγή διεγχειρητικών και περιεγχειρητικών επιπλοκών, καθώς και για τη διασφάλιση υγιών ορίων, τουλάχιστον 1 cm από τα όρια της βλάβης.

404. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

405. ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΣΤΟ ΜΕΙΖΟΝΑ ΨΟΪΤΗ ΜΥ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ PROTEUS MIRABILIS ΚΑΙ KLEBSIELLA PNEUMONIAE. ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ν. Ζάχαρη¹, Μ. Γαβανά², Ε. Καραγκούνη², Χ. Πότσιο^{3,4}, Π. Ξαπλαντέρη^{5,6}, Γ. Ζάχαρης⁷

¹Ειδικός Παθολόγος, Πάτρα, ²Ακτινοδιαγνωστικό τμήμα, ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ³ΓΝ Καλαβρύτων Αχαΐας, ⁴ΚΥ Καλαβρύτων Αχαΐας, ⁵ΑΤΕΙ Πατρών, ⁶Ιδιωτικό Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Πάτρα, ⁷Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 36 ετών αφρικανικής καταγωγής προσήλθε με κοιλιακό άλγος και δεκατική πυρετική κίνηση. Από τη φυσική εξέταση: διάταση κοιλίας, αναπηδύσα ευαισθησία δεξιού λαγόνιου βόθρου, δακτυλική εξέταση αρνητική για αιμορραγία, θερμοκρασία 38,2° C. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: λευκά αιμοσφαίρια 11400/μL, 92% ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρνα και φυσιολογικά επίπεδα αιματοκρίτη και κρεατινίνης.

Η CT κοιλίας με σκιαγραφικό ανέδειξε στον δεξιό οπισθοπεριτοναϊκό χώρο υπό-πυκνη βλάβη 5,6×5 εκ. σε συνέχεια με το τυφλό, εύρημα συμβατό με απόστημα δεξιού ψοΐτου και λαγονοψοΐτου μύος. Συνυπήρχε οίδηματώδης απεικόνιση της ειλεοτυφλικής βαλβίδας, θολερότητα του περισκληκοειδικού λίπους και διογκωμένοι λεμφαδένες περιτυφλικά.

Ο ασθενής ενυδατώθηκε και έλαβε μετρονιδαζόλη και σιπροφλοξασίνη. Εκτελέστηκε μέση λαπαροτομή και ανευρέθη διάτρηση της σκληροκοειδούς απόφυσης στο οπισθοπεριτόναιο. Ακολούθησαν σκληροκοειδεκτομή και εκτενής πλύση του αποστήματος. Η καλλιέργεια του υλικού ήταν θετική για *Proteus mirabilis* και *Klebsiella pneumoniae*. Το δείγμα της σκληροκοειδεκτομής ανέδειξε γαγγραινώδη σκληροκοειδίτιδα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Το απόστημα ψοΐτου θεωρείται πολύ σπάνια νόσος, που σχετίζεται με τη φυματίωση της σπονδυλικής στήλης. Στη σύγχρονη χειρουργική εξάσκηση και στις ανεπτυγμένες χώρες όμως αποτελεί επιπλοκή γαστρεντερικής πάθησης, όπως η νόσος του Crohn, η σκληροκοειδίτις, η εκκολπωματίτις του σιγμοειδούς, το καρκίνωμα του παχέος εντέρου.

Εξαιτίας της άτυπης συμπτωματολογίας, η κλινική διάγνωση είναι δύσκολη και συχνά διαφεύγει.

Οι συνηθέστεροι μικροοργανισμοί που ανευρίσκονται είναι εντεροβακτηριοειδή. Η αξονική τομογραφία αποτελεί τη διαγνωστική εξέταση επιλογής.

Η έγκαιρη αντιμετώπιση με παροχέτευση σε συνδυασμό με την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή παρουσιάζει τα περισσότερα πλεονεκτήματα και τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.

406. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

407. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

408. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΩΝ/ΑΝΤΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

Π. Ζωγόπουλος, Β. Ξενάκη, Π. Κόκκαλης, Θ. Παλαιολόγος, Ε. Χατζηδάκης, Θ. Κυριακού

Νευροχειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση της συχνότητας χρήσης και της αποτελεσματικότητας των ηρεμιστικών/αντιψυχωσικών φαρμάκων σε διεγερτικούς ασθενείς οι οποίοι έχουν υποστεί κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις που δεν χρήζουν χειρουργικής παρέμβασης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε 182 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας τα τελευταία 3 έτη λόγω κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων που δεν έρχονταν χειρουργικής παρέμβασης και αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Από το σύνολο των ασθενών αυτών, στους 49 (44 άνδρες και 5 γυναίκες) ετέθη σε κάποια φάση της νοσηλείας τους αγωγή με ηρεμιστικά/αντιψυχωσικά (αλοπεριδόλη, βρωμαζεπάμη, διαζεπάμη) λόγω επεισοδίων διέγερσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των ασθενών που έλαβαν ηρεμιστική αγωγή ήταν 49,2 έτη, ενώ οι ασθενείς που δεν χρειάστηκαν τέτοια αγωγή είχαν μέση ηλικία 50,4 έτη. Η μέση διάρκεια της αγωγής με ηρεμιστικά ήταν 3½ ημέρες. Όσον αφορά τα απεικονιστικά ευρήματα της κάκωσης, στους 19 υπήρχαν θλάσεις μετωπιαίου λοβού, στους 17 υποσκληρίδιο αιμάτωμα το οποίο δεν έρχριζε νευροχειρουργικής παρέμβασης, σε 7 θλάσεις κροταφικού λοβού, σε 4 ανεδείχθη τραυματική υπαραχνοειδής αιμορραγία και σε 2 πνευμοεγκεφάλους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ηλικία του ασθενούς δεν φαίνεται να αποτελεί ισχυρό προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση επεισοδίων διέγερσης. Αντίθετα, το είδος και η εντόπιση της κάκωσης φαίνεται ότι σχετίζεται με τέτοια επεισόδια. Οι ασθενείς με μετωπιαίες θλάσεις παρουσιάζουν συχνότερα επεισόδια διέγερσης για τα οποία χρειάζονται ηρεμιστική αγωγή και μάλιστα, για περισσότερες ημέρες απ' ό,τι οι ασθενείς με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις άλλου είδους. Το συχνότερα χρησιμοποιούμενο φάρμακο είναι η αλοπεριδόλη σε συνδυασμό με το αντιχολινεργικό βιπεριδένη. Παρόλο που σε αυτούς τους ασθενείς είναι συνήθως ανεπιθύμητη η χορήγηση ηρεμιστικών, διότι δυσχεραίνουν την παρακολούθηση του επιπέδου συνείδησης, η χρήση των φαρμάκων αυτών συχνά καθίσταται επιτακτική διότι, λόγω της διέγερσής τους, κινδυνεύουν να αυτοτραυματιστούν και δυσχεραίνουν τη νοσηλεία τους (αφαίρεση καθετήρων, καλωδίων monitor κτλ).

409. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΕΦΗΒΩΝ ΑΠΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΟΥ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ε. Κακάλου, Α. Τερζίδης, Ε. Θέμελη, Θ. Ρόζενμπεργκ

ΓΜΣ Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιαστεί η οργάνωση ενός προγράμματος από μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα ίδρυμα. 11 φορείς παιδοψυχιατρικής φροντίδας έλαβαν χρηματοδότηση με κριτήρια καινοτομίας, και πολλαπλασιαστικών επιδράσεων μέσα από έναν σύγχρονο τρόπο σχεδιασμού, παρακολούθησης και διαρκούς αξιολόγησης. Το πρόγραμμα διαχειρίζεται ομάδα έργου του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διεθνής Ιατρική & Διαχείριση Κρίσεων Υγείας».

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα αποτελέσματα του 1^{ου} έτους λειτουργίας του προγράμματος, αναλύθηκαν και παρουσιάζονται συνοπτικά, όσον αφορά τον αριθμό επωφελομένων, το μέσο κόστος θεραπείας και τις καινότερες προσεγγίσεις που εισάγει. Παρουσιάζεται η μεθοδολογία σχεδιασμού, παρακολούθησης και αξιολόγησης που εκτελεί η ομάδα έργου ως συνεργάτες του χρηματοδότη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Περίπου 2000 άτομα του πληθυσμού στόχου επωφελήθηκαν και 200 επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύτηκαν. Το κόστος παροχής υπηρεσιών ανά ωφελούμενο κυμάνθηκε από 150 ευρώ έως 4.262 ευρώ. Το κόστος εκπαίδευσης κυμάνθηκε από 120 ευρώ έως 2.083 ανά εκπαιδευόμενο. Οι παρεμβάσεις συνολικά αφορούσαν σε 2 είδη δράσεων τη βρεφική ηλικία, 12 την παιδική ηλικία και 7 την εφηβική ηλικία. Τα πρώτα ποιοτικά στοιχεία που έχουν αναλυθεί, δείχνουν σημαντική επίδραση στους ωφελομένους, παρόλο που οι παρεμβάσεις δεν έχουν ολοκληρωθεί στο σύνολό τους. Τα προγράμματα εκτέλεσαν τον προϋπολογισμό του πρώτου έτους σε ποσοστά από 60-113% με βάση τον σχεδιασμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καινοτόμος σύλληψη της ανάθεσης διαχείρισης, παρακολούθησης και αξιολόγησης του συνολικού προγράμματος σε μία εξωτερική ομάδα έργου με την κατάλληλη εμπειρία, φαίνεται να είναι μία αποτελεσματική στρατηγική για τον συντονισμό και διασφάλιση ποιότητας χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων υγείας ευρείας κλίμακας. Το κόστος δεν υπερβαίνει το 5-7% του συνολικού προϋπολογισμού, μειώνοντας τα συνολικά κόστη και διασφαλίζοντας συνοχή, ποιότητα και έγκαιρες διορθωτικές με βάση τη διαρκή ανατροφοδότηση.

410. ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ

Α. Ρέβελα¹, J. Ia Mokroctle², Δ. Μετοχιανάκης³

¹Κέντρο Υγείας Ν. Μηχανιώνας, ²Netcare Parklane Hospital SA, ³Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός του βαθμού αλεξιθυμίας σε ασθενείς με ψωρίαση καθώς και η σύγκριση με το βαθμό αλεξιθυμίας υγιών μαρτύρων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 49 ασθενείς με ψωρίαση (22 άνδρες και 27 γυναίκες) μελετήθηκε η παρουσία αλεξιθυμίας με τη χρήση της κλίμακας TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale). Στη συνέχεια η κλίμακα TAS 20 δόθηκε σε 48 υγιείς μάρτυρες (23 άνδρες και 25 γυναίκες). Έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο φύλο και στην ηλικία στις δυο ομάδες (48,71±14,71 προς 46,10±10,07, t=0,96). Δεν υπάρχουν επίσης διαφορές στη συνολική βαθμολογία για την κλίμακα TAS 20 και στις υποκλιμένες αυτής για άνδρες και γυναίκες στα άτομα με ψωρίαση ενώ το ίδιο ισχύει και για τους μάρτυρες με τη διαφορά ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της δυσκολίας αναγνώρισης συναισθημάτων (t=2,35, p<0,05). Οι ασθενείς με ψωρίαση εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα TAS20 από τους μάρτυρες (t=4,46, p<0,001) καθώς και σε όλες τις υποκλίμακες αυτής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο βαθμός της αλεξιθυμίας στους ασθενείς με ψωρίαση είναι υψηλότερος, σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό, σε σχέση με το βαθμό της αλεξιθυμίας στους μάρτυρες και στη συνολική βαθμολογία και σε όλες τις υποκλίμακες της TAS 20. Επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι η ψωρίαση έχει μια ψυχοσωματική συνιστώσα και ο βαθμός της αλεξιθυμίας στους ασθενείς αυτούς είναι υψηλότερος από άτομα του γενικού πληθυσμού.

411. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ**413. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ. ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

Γ. Παπαναστασίου, Ε. Σδραβική, Α. Μακρή

Ψυχιατρικός Τομέας, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Περιγράφεται περιστατικό το οποίο νοσηλεύθηκε στο ΨΤ του ΓΠΝΤ κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας για διάστημα δεκαπέντε ημερών. Πρόκειται για άνδρα 42 ετών με καλές σπουδές, με μόνο μια προηγούμενη νοσηλεία πριν δέκα χρόνια, έκτοτε ελεύθερος ψυχιατρικής παρακολούθησης και ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παρουσιάστηκαν διαφοροδιαγνωστικά και θεραπευτικά ζητήματα. Σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνηθούν και να συζητηθούν οι δυσκολίες που προέκυψαν για την αντιμετώπιση του περιστατικού σε σχέση με τη διάγνωση και τη θεραπεία του, καθώς είναι καθοριστικά για τη μετέπειτα πορεία της νόσου του.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε έχει συλλεχθεί από τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς καθώς και από πληροφορίες τρίτων (αστυνομικούς, οικείους).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Προέκυψαν δυσκολίες όσον αφορά τη συλλογή πληροφοριών για το ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό ιστορικό του ασθενή και τη διασταύρωση στοιχείων τα οποία σχετίζονταν με το συμβάν το οποίο τον οδήγησε ακούσια στο Ψυχιατρικό Τομέα.

Επίσης καθοριστικό ρόλο έπαιξε η αρχική κλινική εικόνα του ασθενούς για την πιθανή διάγνωσή η οποία όμως μετεβλήθη άμεσα, σε μη αναμενόμενο χρονικό διάστημα, γεγονός που οδήγησε στην τροποποίηση της τελικής διάγνωσης και της φαρμακευτικής του αγωγής.

Από τη συζήτηση και την παρουσίαση του περιστατικού στην κλινική ετήσια από τους ιατρούς πέντε διαφορετικές διαγνώσεις σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD – 10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς.

Καταλήξαμε στη διάγνωση Κυκλοθυμικής Διαταραχής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι πολύ σημαντικό να τίθεται η κατάλληλη διάγνωση και φαρμακευτική αγωγή στους ασθενείς με σκοπό να αποκτούν εναισθησία και λαμβάνοντας το εξιτήριο τους από τα ψυχιατρικά ιδρύματα, να συμμορφώνονται με τις ιατρικές οδηγίες εξόδου ώστε να αποφεύγονται οι υποτροπές.

412. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΒΗΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΓΕΝΙΚΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΟΚ. Πασχαλίδης¹, Π. Αργίτης², Π. Ντάλλης³, Ζ. Χαβιάρας⁴

¹Διδάκτωρ Ιατρικής, ειδικευόμενος στην Ψυχιατρική, Ιατρός Ο.ΚΑ.ΝΑ, ²ειδικευόμενος στην Ψυχιατρική - Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, ³Ψυχίατρος - Επιμελήτρια Α' - Γ' κλινική - Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, ⁴Ψυχίατρος - Διευθυντής ΕΣΥ - Γ' κλινική - Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Σχιζοφρένεια είναι μία ψυχική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από θετικά και αρνητικά συμπτώματα καθώς και από δυσλειτουργίες στον επαγγελματικό και κοινωνικό τομέα (American Psychiatric Association, 1994). Οι επιπτώσεις της σχιζοφρένειας στο άτομο και στον κοινωνικό του περίγυρο μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο σε ένα πολυπαραγοντικό θεραπευτικό πλαίσιο, στο οποίο ο συνδυασμός διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων (φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία) βρίσκεται στο επίκεντρο.

ΣΚΟΠΟΣ: Σήμερα, η κυρίαρχη τάση στην Ψυχιατρική είναι η «κοινωνική ψυχιατρική». Δίδεται έμφαση στην, κατά το δυνατόν, εκτός θεραπευτηρίου περιθαλψη, με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, φαρμακευτική αγωγή και συμμετοχή της κοινότητας στην προσπάθεια πρόληψης και αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας. Στην εργασία παρουσιάζεται η πορεία της νόσου, ασθενούς, ο οποίος πάσχει από σχιζοφρένεια τα τελευταία 20 χρόνια και στον οποίο η ψυχοκοινωνική παρέμβαση είχε ως σκοπό την κατά το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητά του, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασης του να ζει, ν' αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει όπως όλοι άλλοι οι άνθρωποι.

ΥΛΙΚΟ: Χρησιμοποιήθηκε υλικό από τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς στις διάφορες δομές του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας, καθώς επίσης και από τις αναφορές τόσο της οικογένειάς του, όσο και του ιατρών που τον παρακολουθούσαν την τελευταία εικοσαετία.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Κατά τη διάρκεια της έρευνας μελετήθηκε ο ιατρικός φάκελος του ασθενούς, οι αναφορές της νοσηλευτικής υπηρεσίας, οι φαρμακευτικές αγωγές του από το 1999 έως και σήμερα καθώς επίσης η συμπεριφορά του τα τελευταία 3 (τρία) χρόνια, αλλά ειδικότερα η τελευταία διετία όπου ζει μόνος του και επιτηρείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα από την ιατρική ομάδα που τον παρακολουθεί καθώς και από το οικογενειακό του περιβάλλον.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αυτόνομη διαβίωση του ασθενούς με επίβλεψη την τελευταία διετία, η συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες μαζί με την ιατρική ομάδα, η ενθάρρυνσή του για ν' ασχοληθεί με νέα πράγματα (εκμάθηση υπολογιστή, χρήση Ιντερνετ) είχε ως αποτέλεσμα να αποτραπεί η επαναεισαγωγή του στο Τμήμα Οξείας του νοσοκομείου καθώς επίσης και να μειωθεί στο ελάχιστο η φαρμακευτική του αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά την απαισιοδοξη προοπτική που έχουν οι πιο πολλοί άνθρωποι σε ότι αφορά τους σχιζοφρενείς και την «ανάρρωσή» τους, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι άνθρωποι αυτοί μπορούν να βελτιώσουν τους όρους ζωής τους, και σημαντικό βήμα για αυτό είναι η ανάκτηση των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων, μέσω των οποίων μπορούν να εκφραστούν, να αλληλεπιδράσουν, να γίνουν πάλι ανεξάρτητοι. Είναι καθήκον όλων μας να απομακρύνουμε οποιεσδήποτε προκαταλήψεις και να συμβάλλουμε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, στοιχείο που θα επιφέρει βελτίωση του γενικότερου κοινωνικού πλαισίου στο οποίο ζούμε και αλληλεπιδρούμε με τους συνανθρώπους μας.

414. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

415. ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Γ. Παπαναστασάπουλος, Π. Καπερώνη, Ε. Σδραβική, Α. Μακρή
Ψυχιατρικός Τομέας, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας απαρτίζεται από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που ανήκει σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή κέντρο ψυχικής υγείας ή ψυχιατρικό φορέα.

Η κινητή μονάδα μπορεί να είναι αστικού και αγροτικού τύπου. Επισκέπτεται δε περιοχές που ανήκουν γεωγραφικά στον τομέα της.

Η εργασία αυτή έχει ως σκοπό την παρουσίαση του έργου της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση και μελέτη Ελληνικής βιβλιογραφίας κατά το χρονικό διάστημα 1989 – 2005 με λέξεις κλειδιά: ψυχική υγεία, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κοινωνική – κοινοτική ψυχιατρική και Μονάδες κοινωνικής – κοινοτικής ψυχιατρικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας απευθύνεται σε άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές ή που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Παρέχει κλινικές υπηρεσίες διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών. Έμφαση δίνεται στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση τόσο κατά την έναρξη της νόσου, όσο και στην πρόληψη της υποτροπής.

Επίσης λαμβάνεται μέριμνα ώστε να παρέχεται η κατάλληλη συμβουλευτική και υποστηρικτική βοήθεια στην οικογένεια του ασθενούς, με στόχο την καλύτερη επικοινωνία τους και τη μείωση του άγχους τόσο της οικογένειας όσο και του ίδιου του αρρώστου.

Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας απευθύνεται επίσης στον υγιή πληθυσμό προωθώντας προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης καθώς και εκπαίδευσης με σκοπό την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού των ασθενών και του στίγματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω στοιχεία διαφαίνεται η αναγκαιότητα ύπαρξης της ΚΜΨΥ διότι οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι καθοριστικές όχι μόνο για την αναγνώριση αλλά και την έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

417. ΜΟΡΙΑΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΟΥΛΙΝΔΑΚΗΣ ΣΕ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Κ. Κατομάς¹, Ν. Νικητάκης¹, Δ. Περρέα², Ι. Δοντά², Α. Σκλαβούρου¹

¹Εργαστήριο Στοματολογίας, ²Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ²Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η σουλινδάκη εμφανίζει αντινεοπλασματική δράση σε διάφορους τύπου καρκίνου συμπεριλαμβανομένου του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του στόματος (ΑΚΣ).

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της αντινεοπλασματικής δράσης της σουλινδάκης στο μοντέλο καρκινογένεσης του παρειακού θυλάκου (ΜΚΠΘ) των Syrian golden hamsters.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τριάντα Syrian golden hamsters καταμετρήθηκαν τυχαία σε 3 πειραματικές ομάδες (Α₁, Α₂, Β) και 2 ομάδες ελέγχου (C₁, C₂) (6 ζώα ανά ομάδα). Οι δεξιοί παρειακοί θύλακοι όλων των ζώων επαλείφονταν με DMBA (0,5%) για 9 (Α₁, C₁) και 14 εβδομάδες (Α₂, Β, C₂), αντίστοιχα.

Οι ομάδες Α₁ και Α₂ λάμβαναν 500 ppm σουλινδάκης στην τροφή για όλη τη διάρκεια του πειράματος. Η ομάδα Β έλαβε σουλινδάκη από την 10^η εβδομάδα, ενώ οι C₁ και C₂ δεν έλαβαν σουλινδάκη. Οι παρειακοί θύλακοι των ζώων αφαιρέθηκαν και εξετάστηκαν μακροσκοπικά, ιστοπαθολογικά και ανοσοϊστοχημικά για την έκφραση των μορίων Ki-67, phospho-Stat3 (Tyr705) και επιβιωτίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ζώα της ομάδας Α₂ ανέπτυξαν ΑΚΣ σε στατιστικά μικρότερο ποσοστό σε σχέση με την C₂ (p<0,10). Οι ομάδες Α₂ και Β ανέπτυξαν καλύτερη διαφοροποίηση ΑΚΣ σε σχέση με την C₂ (p<0,05). Η ομάδα Α₁ εμφάνισε λιγότερο σοβαρή επιθηλιακή δυσπλασία σε σχέση με την C₁ (p<0,05). Το ποσοστό θετικότητας στο Ki-67 ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα C₂ σε σχέση με τη Β και στην C₁ σε σχέση με την Α₁ (p<0,05). Όλα τα ζώα που έλαβαν σουλινδάκη ήταν αρνητικά στο phospho-Stat3, ενώ στις ομάδες C₁ και C₂ παρατηρήθηκε εστιακή θετικότητα. Η έκφραση της επιβιωτίνης ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα C₂ σε σχέση με τις Α₂ και Β (p<0,05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σουλινδάκη φαίνεται να ασκεί αντινεοπλασματική δράση στο ΜΚΠΘ, να μειώνει τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και να εμποδίζει την έκφραση των ογκογόνων μορίων phospho-Stat3 και επιβιωτίνης. Η σουλινδάκη μπορεί να έχει πιθανό ρόλο στη χημειοπροφύλαξη και θεραπεία των προκαρκινικών και καρκινικών βλαβών του στόματος.

416. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ

418. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΧΛΩΡΩΜΑ ΜΑΣΤΟΕΙΔΟΥΣ, ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σ. Αναστασάπουλος, Α. Σούρλα, Π. Βρεττάκος, Θ. Παπαδόπουλος, Ι. Φαρομάτης, Μ. Τσακανίκος

Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα, ΓΠΝ Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

ΣΚΟΠΟΣ: Το μυελοβλαστικό σάρκωμα, γνωστό ως χλωρώμα, αποτελεί σπάνιο εξωμυελικό συμπαγή όγκο, πρόδρομων αρχέγονων κύτταρων της λευκής σειράς. Απαντάται συγχρόνως στην οξεία ή χρόνια μυελογενή λευχαιμία και σε μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα. Σπάνια αποτελεί πρώτη εκδήλωση λευχαιμίας, και σπανιότερα απαντάται ως πρωτοπαθές. Στην τελευταία περίπτωση συνήθως αναπτύσσεται λευχαιμία 1 με 2 χρόνια μετά τη διάγνωση του χλωρώματος. Συχνότερα εντοπίζεται στους οφθαλμικούς κόγχους και τον υποδόριο ιστό. Μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί ελάχιστα περιστατικά πρωτοπαθούς χλωρώματος, με εντόπιση το κροταφικό οστό.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Παρουσιάζουμε θήλυ 29 μηνών στην οποία, μετά από επεισόδιο οξείας μέσης ωτίτιδος ΑΡ, πάρεσης προσωπικού νεύρου σύστοιχα και μη βελτίωση με συντηρητική αγωγή, διενεργήθηκε ανάρτηση μαστοειδούς. Διεγχειρητικά παρατηρήθηκαν μυξώδεις πολυποσοειδείς μάζες, η βιοψία των οποίων ανέδειξε φλεγμονώδη κύτταρα. Ύστερα από υποτροπιάζοντα επεισόδια ωτόρροιας – μαστοειδίτιδας και επιδείνωση των ακτινολογικών ευρημάτων στις αξονικές τομογραφίες (διάβρωση οστικών δοκίδων μαστοειδούς) εκτελέστηκε νέα διάνοιξη της μαστοειδούς κοιλότητας. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε πλήρης κατάληψη της κοιλότητας από πρασινίζοντα αντιδραστικό ιστό καθώς και διάβρωση του οπισθίου τοιχώματος του ΕΑΠ. Η βιοψία ανέδειξε όγκο με ιστολογικά χαρακτηριστικά χλωρώματος. τη διάγνωση ενίσχυσαν μοριακές μελέτες που ανέδειξαν παρουσία γονιδιακής μετάθεσης t(8;21)(q22;q22) ενώ το μυελόγραμμα δεν ανέδειξε διήθηση από μυελοβλάστες. Η ασθενής έλαβε 2 κύκλους χημειοθεραπείας και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Μετά από διάστημα 4 ετών ελεύθερο νόσου εμφάνισε εκ νέου ωτόρροια ΑΡ και οπισθωτιαία φλεγμονή και υπεβλήθη σε νέα διάνοιξη της μαστοειδούς. Διαπιστώθηκε πλήρωση της μαστοειδικής κοιλότητας με οροπιώδες υγρό, διάβρωση του ΕΑΠ, δημιουργία συριγγίου και περιορισμένης έκτασης χολοστεάτωμα, ενδεχομένου ιατρογενούς αιτιολογίας. Ακολούθησε ριζική ανάρτηση μαστοειδούς. Η ιστολογική εξέταση δεν ανέδειξε υποτροπή της νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πρωτοπαθής εξωμυελική εντόπιση του όγκου και ιδιαίτερα στη μαστοειδή είναι εξαιρετικά σπάνια. Κάθε περίπτωση άτυπης, υποτροπιάζουσας ή επιμένουσας μέσης ωτίτιδας/ωτόρροιας/μαστοειδίτιδας θα πρέπει να ελέγχεται και για μη λοιμώδη υποστρώματα, η έγκαιρη αντιμετώπιση των οποίων, κυρίως με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία, είναι πολύ σημαντική στην πρόγνωση της νόσου.

419. ΕΚΤΟΠΟΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΣ ΘΥΜΟΣ ΑΔΕΝΑΣ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ

Α. Σουράλα, Π. Βρεττάκος, Σ. Αναστασάπουλος, Ι. Ανδρομιδάς, Ι. Ψαρρομάτης, Μ. Τσακανίκος
ΩΡΛ Κλινική, ΠΓΝ Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού με έκτοπο θύμο αδένα στην αριστερή υπογνάθια χώρα σε βρέφος.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Αγόρι 55 ημερών, προσκοιμήθηκε στο νοσοκομείο με διόγκωση υπογνάθιας χώρας (ΑΡ) που έγινε αντιληπτή από 2ημέρου. Κατά την ψηλάφηση παρατηρήθηκε ευπίεστο μόρφωμα μαλακής σύστασης, περιγεγραμμένο και ανώδυνο. Ο υπόλοιπος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός. Επανειλημμένα US τραχήλου περιέγραψαν διόγκωση αριστερού υπογνάθιας αδένα με φυσιολογική ηχοδομή και αιμάτωση. Ακολούθησε MRI τραχήλου που κατέδειξε μόρφωμα στη γωνία της αριστερής κάτω γνάθου διαστάσεων 2,5×3,5×2,8 εκατοστά, χωρίς ειδικούς απεικονιστικούς χαρακτήρες, που απώθησε τον ΑΡ υπογνάθιο αδένα και ήταν σε επαφή με την ΑΡ έσω καρωτιδα και σφαγιτιδα φλέβα. Με πιθανότερες διαγνώσεις αυτές της διόγκωσης του υπογνάθιας σιελογόνου, των συγγενών ανωμαλιών τύπου δερμοειδούς κύστεως και του λεμφαγγειώματος, το βρέφος υπεβλήθη σε χειρουργική αφαίρεση του μορφώματος υπό Γ/Α. Η ιστολογική εξέταση συνδυαζόμενη με τον ανοσοϊστοχημικό έλεγχο απέδειξε ότι επρόκειτο περί έκτοπου θύμου αδένα με αρχιτεκτονική ως επί το πλείονος παλινδρομήσεως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι ανωμαλίες του θύμου αδένα είναι σπάνιες, συνήθως ασυμπτωματικές και δύσκολες στην προεγχειρητική διαγνωστική προσέγγιση. Μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα σε προχωρημένη παιδική ηλικία οπότε και αφαιρούνται. Το ενδιαφέρον του περιστατικού έγκειται στη σπανιότητά του και στην ηλικία εμφάνισης. Ο έκτοπος τραχηλικός θύμος αδένας είναι μια συνηθής αιτία τραχηλικής διόγκωσης σε βρέφη με ελάχιστα καταγεγραμμένα περιστατικά στη βιβλιογραφία. Συχνά αγνοείται παντελώς από αναγνωρισμένα ωτορινολαρυγγολογικά συγγράμματα αναφοράς. Ωστόσο, η περιγραφείσα περίπτωση διδάσκει ότι θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση των τραχηλικών διογκώσεων στο παιδιατρικό πληθυσμό, ακόμα και από τη νεογνική και πρώτη βρεφική ηλικία.

420. ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΠΥΛΩΔΟΥΣ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΟΤΙΤΙΔΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Π. Σαραβάκος¹, Α. Μακρή², Ν. Παπαπετρόπουλος¹, Ε. Καραματζάνης¹, Β. Γιαννακοπούλου¹, Γ. Γεωργουλιά², Α. Βογιατζή², Κ. Σαραβάκος¹

¹ΩΡΛ Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης, ²Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης

ΣΚΟΠΟΣ: Η μεταβολή του φάσματος των βακτηρίων που ενέχονται στην πυώδη ωτίτιδα (ΠΩ) μετά τους εμβολιασμούς και οι φαινόμενα ανοχής για την έγκαιρη θεραπεία.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν τα αποτελέσματα ωτικών καλλιιεργειών από 651 ασθενείς παιδιατρικού Νοσοκομείου με συμπτωματολογία ωτίτιδας κατά την τετραετία 2009-2012. Η καλλιέργεια των δειγμάτων, ταυτοποίηση των βακτηρίων και έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με συμβατικές τεχνικές. Με βάση το ιστορικό οι περιπτώσεις ταξινομήθηκαν σε οξεία μέση ωτίτιδα (ΟΜΩ), χρόνια ωτίτιδα (ΧΩ) και εξωτερική ωτίτιδα (ΕΩ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 81,5% των ωτικών καλλιιεργειών (531/651) ήταν θετικές. Τα κυριότερα βακτήρια στις περιπτώσεις ΟΜΩ ήταν *H. influenzae* (Hi) 32,8%/S. *pyogenes* 31,8%/S. *Pneumoniae* (Sp) 28,3%/T. *otitidis* 5,9% και *M. catarrhalis* 1,2%. Στη ΧΩ βρέθηκαν αναερόβια βακτήρια (6 στελέχη *Peptostreptococcus*/3 *Clostridium perfringens*). Στις ΕΩ επικρατούσαν τα βακτήρια: *P. aeruginosa* 44,3%/S. *aureus* 42,2% και *V. alginolyticus* 1%, ενώ βρέθηκε *Candida* spp 10,9% και *Aspergillus* spp 1,6%. Στην πλειονότητα τα στελέχη Hi ήταν μη τυποποιήσιμα (NTHi, 70%). Από τον NTHi επικρατούσαν οι βιότυποι III/IV/Ι με σταδιακή αύξηση συχνότητας του επιθετικού βιοτύπου Ι την τελευταία διετία. Σημαντική ανοχή του Hi παρατηρήθηκε στην cotrimoxazole 40%/ampicillin 18,6%/clarithromycin 16,7%. Συνολικά 30% του Sp παρουσίαζε υψηλού βαθμού ανοχή στην penicillin / cotrimoxazole 30% / cefotaxime 20% / levofloxacin 10% και μακρολίδες 40%. Μετά τους εμβολιασμούς παρατηρήθηκε μείωση της συχνότητας ωτίτιδας με Sp από 27,3% (2009) σε 11,6% (2011), ενώ σημειώθηκε σημαντική αύξηση το 2012 λόγω ανάδυσης οροτύπων που δεν περιλαμβάνονται στα εμβόλια, όπως 19A/3. Οι κυριότεροι οροτύποι ήταν: 19A (30%)/19F (25%) και οι οροτύποι 14/3 (14%) έκατος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μετά τους εμβολιασμούς έναντι του Hib και Sp αν και σημειώθηκε μείωση των ωτικών λοιμώξεων, εντούτοις παρατηρήθηκε επικράτηση επιθετικών κλώνων του NTHi, βιοτύπου και Sp, οροτύπου 19A, υπεύθυνου για ανάπτυξη ανοχής. Σημειώνεται η παρουσία του S. *pyogenes* σε αυξημένο ποσοστό στην ΟΜΩ και της *P. aeruginosa* στην ΕΩ. Επιβάλλεται σχεδιασμός νέας στρατηγικής για προληπτικούς εμβολιασμούς έναντι αυτών των παθογόνων βακτηρίων.

421. Η ΠΡΩΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ 24ΩΡΗΣ ΦΑΡΥΓΓΙΚΗΣ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Δ. Ιωαννίδης, Δ. Μούρκας, Τ. Τερζής
Ρινολογικό Κέντρο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η αξιολόγηση συστήματος φαρυγγικής πεχαμετρίας που πρόσφατα διατέθηκε στην Ελληνική αγορά και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τη διεθνή βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα αξιολογήθηκαν η ευκολία εφαρμογής του καθετήρα μέτρησης, η ανοχή της εξέτασης από τον ασθενή και η χρησιμότητα της εξέτασης στην καθημερινή κλινική πράξη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Δώδεκα ασθενείς με άτυπη συμπτωματολογία λαρυγγοφαρυγγικής παλινδρόμησης υποβλήθηκαν σε εικοσιτετράωρη μέτρηση με το σύστημα φαρυγγικής πεχαμετρίας της εταιρείας Restech (ΗΠΑ). Το σύστημα περιλαμβάνει: α) Λεπτό ρινοφαρυγγικό καθετήρα, ο οποίος φέρει στο φαρυγγικό άκρο του αισθητήρα οξύτητας (pH), ο οποίος μετρά το pH σε υγρό ή αέριο περιβάλλον, και στο άλλο άκρο του μονάδα ασύρματης σύνδεσης, β) Συσκευή καταγραφής, η οποία επιτρέπει συνεχή καταγραφή των μετρήσεων έως 48 ώρες και επιπλέον δίνει τη δυνατότητα δήλωσης συμπτωμάτων, λήψης τροφής και κατάκλισης και γ) ειδικό λογισμικό, που επιτρέπει την ανάλυση και μελέτη των μετρήσεων. Για τον κάθε ασθενή συμπληρώθηκε ειδικό έντυπο, το οποίο περιλάμβανε ερωτηματολόγιο συμπτωματολογίας και τεχνικές λεπτομέρειες σχετικές με την ανοχή στην εξέταση και την ευκολία συμμόρφωσης στις οδηγίες του εξεταστή. Στο ίδιο έντυπο συμπληρώθηκαν όλες οι παράμετροι που υπολογίστηκαν αυτόματα από το λογισμικό, όπως η μέση τιμή pH, ο αριθμός επεισοδίων πτώσης του pH, ο χρόνος παραμονής σε χαμηλές τιμές σε όρθια και κατακεκλιμένη θέση και το Ryan Composite Score σε όρθια και κατακεκλιμένη θέση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η τοποθέτηση του ρινοφαρυγγικού καθετήρα ήταν τεχνικά απλή και άριστα ανεκτή από όλους τους ασθενείς. Πολύ καλή επίσης ήταν και η ανοχή της όλης εξέτασης, γεγονός που αποδίδεται στην υψηλή θέση του αισθητήρα στο ρινοφάρυγγα και τη μη όχληση του μηχανισμού κατάποσης. Σημειώθηκε άριστη συμμόρφωση στις οδηγίες, που αφορούσαν τη χρήση της συσκευής. Στις 10 από τις 12 περιπτώσεις, οι μετρήσεις ήταν σε θετική συσχέτιση με τη συμπτωματολογία, ενώ στις 2 υπόλοιπες περιπτώσεις, οδήγησαν σε επανάληψη της κλινικής αξιολόγησης, προς όφελος των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η 24ωρη φαρυγγική πεχαμετρία με τη συσκευή Restech είναι τεχνικά απλή, καλά ανεκτή και φαίνεται ότι είναι χρήσιμη στην αξιολόγηση των ασθενών με λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση.

**422. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΡΙΝΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.**

Ν. Παπαπετρόπουλος¹, Π. Σαραβάκος¹, Γ. Γεωργουλιά², Ε. Καραματζάνης¹, Β. Γιαννακοπούλου¹, Μ. Δασκαλάκη², Α. Μακρή², Κ. Σαραβάκος¹

¹ΩΡΛ Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης, ²Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή και αξιολόγηση της συχνότητας των παθογόνων βακτηρίων που απομονώνονται από περιπτώσεις υποτροπιάζουσας χρόνιας ρινιτίδας (ΥΧΡ) σε παιδιατρικό πληθυσμό, οικολογική φωλιά για διεισδυτικές ωτικές και οφθαλμικές λοιμώξεις.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά την τετραετία 2009-2012 εξετάσθησαν στην ΩΡΛ κλινική Παιδιατρικού Νοσοκομείου 413 ασθενείς, ηλικίας 12 μηνών – 14 ετών, με συμπτωματολογία ΥΧΡ. Αντλήθηκαν στοιχεία από το ιστορικό των ασθενών με βάση συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Η επεξεργασία των κλινικών δειγμάτων έγινε με τις κλασσικές μεθόδους καλλιιεργείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 413 δείγματα θετικά για παθογόνα βακτήρια βρέθηκαν 253 (61,25%). Επικρατέστεροι μικροοργανισμοί ήταν: *S. aureus* 32,8%, *M. catarrhalis* 22,2%, *H. influenzae* 20,5%, *S. pneumoniae* 18,6%, *S. pyogenes* 4,7% και *P. aeruginosa* 1,2%.

Η φαινοτυπική εικόνα ανοχής για τον *S. aureus* ήταν: penicillin 85%, methicillin 35%, ciprofloxacin 40%, fucidic acid 55%, erythromycin 60%, gentamicin 20%, amikacin 20% και στα γλυκοτεπιδία (vancomycin, teicoplanin) 6% και 8% αντίστοιχα.

Τα στελέχη *S. pyogenes* παρουσίαζαν ανοχή στην erythromycin 13% και στην clindamycin 8% με συχνότερη την έκφραση της επαγωγίσιμης ανοχής. Σημειώθηκε υψηλή ανοχή της *M. catarrhalis* έναντι της ampicillin 82% ενώ παρατηρήθηκε χαμηλή ανοχή σε μακρολίδες και συνδυασμούς β-λακταμικών με αναστολέα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Επισημαίνεται το υψηλό ποσοστό επιπολασμού στελεχών *S. aureus* 32,8% στα παιδιά με ΥΧΡ.

Η αυξημένη παρουσία MRSA στελεχών περιορίζει τη φαρμάκων των αντιβιοτικών για την αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση, γεγονός που αποτελεί πρόβλημα Δημόσιας Υγείας στην κοινότητα.

Ενδιαφέρον είναι ότι τα παθογόνα βακτήρια *H. influenzae*, *S. pneumoniae* και *M. catarrhalis*, αποδείχθηκε ότι αποτελούν πρωταρχικά αίτια ΥΧΡ, κλινικής οντότητας η οποία αποτελεί ενταλή διασποράς αυτών των βακτηρίων για σοβαρές αναπνευστικές λοιμώξεις στα παιδιά.

423. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ**425. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΟΥ ΨΥΧΡΩΝ ΣΥΓΚΟΛΛΗΤΙ-
ΝΩΝ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΒΙΟΨΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ
ΜΕ ΣΥΜΒΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΟΗΓΜΕΝΑ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΑ**Δ. Σταμόπουλος¹, Δ. Μπαρμπαρούση², Χ. Ματσούκα², Ν. Μπακιρτζής³¹Ινστιτούτο Προηγμένων Υλικών, Φυσικοχημικών Διεργασιών, Νανοτεχνολογίας και Μικροσυστημάτων, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», Αγία Παρασκευή-Αθήνα, ²Αιματολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Αθήνα, ³Νεφρολογική Κλινική ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ψυχροσυγκολλητίνες είναι αντισώματα δραστικά σε θερμοκρασίες μικρότερες των 37° C τα οποία προσβάλλουν τα ερυθροκύτταρα με αποτέλεσμα τη συγκόλλησή τους. Οι ψυχροσυγκολλητίνες προκαλούν αιμολυτική αναιμία και συνδέονται με σοβαρά υποκείμενα νοσήματα όπως λέμφωμα, μυκόπλασμα πνευμονίας, χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία κ.α. Εργαστηριακά, παρουσιάζονται ιδιαίτερότητες με αλλοίωση των αποτελεσμάτων της γενικής αίματος.**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Δείγματα περιφερικού αίματος ασθενούς με ιδιοπαθή νόσο ψυχρών συγκολλητινών μελετήθηκαν με το συμβατικό Οπτικό Μικροσκόπιο (ΟΜ) και τα προηγμένα Μικροσκόπια Ατομικής Δύναμης (ΜΑΔ) και Ηλεκτρονικής Σάρωσης (ΜΗΣ) διακριτικής ικανότητας νανόμετρου (1 nm=10⁻⁹m) και δυνατότητας στοιχειακής ανάλυσης. Μελετήθηκαν υμένα από κύτταρα περιφερικού αίματος (ΚΠΑ): (α) άθικτα (αΚΠΑ) με παρουσία ψυχροσυγκολλητινών [επίστρωση υμενίων στους 37° C] και (β) εκπλυμένα (εΚΠΑ) με NaCl 0.9% για την απομάκρυνση των ψυχροσυγκολλητινών [επίστρωση υμενίων στους 37° C και 4° C].**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στα υμένα αΚΠΑ παρατηρήθηκαν συσσωματώματα ψυχροσυγκολλητινών με κρυστάλλους ηλεκτρολυτών μεγέθους 5-10 μm, Εικόνα 1(α) [ΟΜ] και Εικόνες 1(β)-1(γ) [ΜΑΔ] και μερικώς λυμένα ερυθροκύτταρα πάχους 100-200 nm. Στα υμένα εΚΠΑ δεν παρατηρήθηκαν συσσωματώματα ψυχροσυγκολλητινών-ηλεκτρολυτών αλλά παρατηρήθηκε αύξηση των μερικώς λυμένων ερυθροκυττάρων στους 37° C με επίταση στους 4° C αλλά και εμφάνιση μερικώς λυμένων λευκοκυττάρων. Επιπλέον, στα υμένα εΚΠΑ στους 4° C παρατηρήθηκαν εναποθέσεις κρυστάλλων ηλεκτρολυτών και λοιπού βιολογικού υλικού στη μεμβράνη σημαντικού ποσοστού ερυθροκυττάρων (50%), Εικόνα 2(α) [ΟΜ] και Εικόνες 2(β)-2(γ) [ΜΑΔ].**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η έκπλυση με NaCl 0.9% απομακρύνει αποτελεσματικά τα συσσωματώματα ψυχροσυγκολλητινών-ηλεκτρολυτών αλλά δεν απομακρύνει πλήρως τις ψυχροσυγκολλητίνες από τη μεμβράνη των ερυθροκυττάρων. Οι ψυχροσυγκολλητίνες επηρεάζουν τη σταθερότητα των έμμορφων στοιχείων καθιστώντας τα τρωτά σε λύση ακόμα και με ισοτονικά μέσα (ειδικά στους 4° C).**424. ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΕ****426. ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙ-
ΑΣ ΤΟΥ ΓΝ ΛΑΜΙΑΣ**Ι. Κολοβού¹, Κ. Νταφοπούλου², Ι. Σοφατζής³, Δ. Παπαγιάννης⁴, Ι. Ξυνοτρούλας⁵¹Εργαστήριο Βιοπαθολογίας ΓΝ Λαμίας, ²Εργαστήριο Βιοπαθολογίας ΠΠΓΝ Λάρισας, ³Παθολογική Κλινική ΓΝ Λαμίας, ⁴ΜΡΗ. ΜΒΑ, Ιατρικό Τμήμα Λάρισας, ⁵Τμήμα Αιμοδοσίας ΓΝ Λαμίας**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας μας είναι η μελέτη και η καταγραφή των βασικότερων αιτιών του αποκλεισμού των αιμοδοτών στο Γ. Ν. Λαμίας.**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Το υλικό μας αποτέλεσαν 5650 άτομα, τα οποία προσήλθαν για να αιμοδοτήσουν στο σταθμό Αιμοδοσίας του νοσοκομείου μας κατά το έτος 2012. Η αξιολόγηση των υποψηφίων γινόταν από τους ιατρούς της αιμοδοσίας (λήψη ιστορικού, μέτρηση αρτηριακής πίεσης, επίπεδα αιματοκρίτη) και το αίτιο του αποκλεισμού καταγραφόταν στο ειδικό έντυπο «ιστορικό αιμοδοτών».**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά καταγράφηκαν 730 αποκλεισθέντες αιμοδότες, ποσοστό 12,9%. Τα επιμέρους ποσοστά των αιτιών αποκλεισμού φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

ΑΙΤΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Χαμηλή αιμοσφαιρίνη	21%
Υπέρταση	19%
Υπόταση	9%
Αλκοόλ	8%
Λήψη φαρμάκων	8%
Ιός Δυτικού Νείλου - γρίππη	6%
Ασθένειες – παθολογικά αίτια	5%
Αϋπνία – κόπωση	5%
Χειρουργικές επεμβάσεις	4%
Αύξηση σφύξεων	3%
Τατουάζ – τρύπημα αυτιών	3%
Πρόσφατη οδοντιατρική πράξη	3%
Έντονο άγχος	2%
Έμμηνος ρύση	2%
Άλλα αίτια	2%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα κυριότερα αίτια αποκλεισμού των αιμοδοτών αποτελούν η χαμηλή αιμοσφαιρίνη, η υπέρταση, το αλκοόλ, αλλά σημαντικό είναι το ποσοστό αποκλεισμού των αιμοδοτών υπό τον φόβο του ιού του Δυτικού Νείλου την καλοκαιρινή περίοδο, που δυσκολεύει το έργο της Αιμοδοσίας στο νοσοκομείο μας.

427. ΑΙΤΙΑ ΟΓΚΩΔΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Α. Κωνσταντίνου¹, Ι. Ιακωβίδου², Ε. Μαρτάκη³, Μ. Μουνδρέα², Ι. Παταιάς², Η. Ευμορφιάδης², Μ. Κωτσοπούλου², Π. Ρεπούσης², Α. Μεγαλακική²

¹Αιματολογική Κλινική ΕΑΝΠ «Μεταξά», ²Παθολογοανατομικό Τμήμα ΕΑΝΠ «Μεταξά», Τμήμα Υπερήχων, Κλινική, ΕΑΝΠ «Μεταξά»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα νεοπλασματικά νοσήματα συχνά συσχετίζονται με σημαντική λεμφαδενοπάθεια, η οποία έχει χαρακτηριστικά μεγέθους, υφής και σύστασης των λεμφαδένων που την καθιστούν ύποπτη. Στην εργασία αυτή παρουσιάζουμε ασθενείς με επιμένουσα ύποπτη λεμφαδενοπάθεια, οι οποίοι απεδείχθη ότι είχαν μη νεοπλασματικά νοσήματα.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά την τελευταία δεκαετία μεταξύ των ασθενών που παραπέμφθηκαν με πιθανό νεοπλασματικό νόσημα λόγω εκσεσημασμένης (>1,5 εκ) διόγκωσης λεμφαδένων, βρέθηκαν 38 περιπτώσεις όπου διαγνώθηκαν μη νεοπλασματικά νοσήματα.

Στους περισσότερους ασθενείς είχε προηγηθεί διερεύνηση σε πρωτοβάθμια υπηρεσία παροχής υγείας χωρίς να εξακριβωθεί το αίτιο. Ορισμένοι ασθενείς ήσαν ασυμπτωματικοί, ενώ σε άλλους η κλινική συμπτωματολογία κυμαινόταν από ήπια, έως και θορυβώδης. Το 30% των ασθενών παρουσίαζε σπληνομεγαλία.

Η διαγνωστική προσέγγιση περιελάμβανε λήψη ιστορικού και αντικειμενική εξέταση, πλήρη εργαστηριακό, ιολογικό και κολλαγονικό έλεγχο, ακτινογραφία θώρακος, υπερηχογραφικό ή/και ειδικό απεικονιστικό έλεγχο, δερματοντίδραση Mantoux, παρακέντηση ή βιοψία λεμφαδένα, μυελόγραμμα και οστεομυελική βιοψία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα εργαστηριακά ευρήματα ήταν ανάλογα με την υποκείμενη νόσο, αλλά ο υπερηχογραφικός έλεγχος στο 75% των ασθενών κατήυθνε προς αντιδραστική υπερπλασία των λεμφαδένων. 4 ασθενείς είχαν άτυπες μικροβιακές λοιμώξεις, 4 λοιμώδη μονοπυρήνωση, 2 λοιμώξεις από κυτταρομεγαλοϊό, 2 HIV, 3 TBC, 4 νόσο Castleman, 3 σαρκοείδωση, 2 λεμφαδενοπάθεια Kikuchi, 1 νόσο Graves, 1 συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο και 12 ασθενείς αντιδραστική μη ειδική λεμφαδενοπάθεια. Από αυτούς 2 ανέπτυξαν λέμφωμα σε μεταγενέστερο χρόνο (6 και 9 μήνες αργότερα), σε 6 η λεμφαδενοπάθεια υποχώρησε αφ' εαυτής και 4 παραμένουν σε στάσιμη κατάσταση μετά από 1-12 χρόνια παρακολούθησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λεμφαδενική διόγκωση είναι σημαντικό σύμπτωμα που χρήζει ενδελεχούς ελέγχου εξαιτίας της φύσης των απειλητικών για τη ζωή νοσημάτων, τα οποία μπορεί να υποκρύπτει. Το υπερηχογράφημα των λεμφαδένων προσφέρει σημαντικές πληροφορίες κατά τη διαγνωστική προσέγγιση.

428. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΑΒΟ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ. ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ Η ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ;

Α. Αργυρού¹, Ι. Ασημακόπουλος², Ε. Σαμαντάς¹, Α. Χαράλαμπος¹, Κ. Καμπάκη¹, Α. Γάφου¹

¹ΝΥ Αιμοδοσίας, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», ²Γ' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Η σχέση της ομάδας αίματος με συγκεκριμένους τύπους καρκίνου είναι γνωστή από παλιά, με γνωστότερη εκείνη μεταξύ ομάδας Α και πεπτικού καρκίνου. Η ύποπτη παλαμορφικών των ΑΒΟ γονιδίων, αυξανόμενη με τα αυξημένα επίπεδα ουραϊνικού οξέως της φλεγμονής στο πλάσμα ασθενών με καρκίνιο παγκρέατος, εγείρον την υπόνοια της τροποποίησης της απάντησης του οργανισμού στη συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση που επάγει την καρκινογένεση, ως τον πιθανότερο μηχανισμό συμμετοχής της ΑΒΟ ομάδας στην εκδήλωση νεοπλασίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο έλεγχος κατανομής της ΑΒΟ ομάδας στους καρκινοπαθείς και η ανίχνευση πιθανής συσχέτισης μεταξύ ομάδας αίματος-τύπου καρκίνου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Από το αρχείο Αιμοδοσίας του νοσοκομείου καταγράφησαν 1329 περιστατικά καρκίνου και η αντίστοιχη ομάδα αίματος. Συγκρίθηκε η ΑΒΟ κατανομή στο σύνολο των ασθενών και σε κάθε τύπο καρκίνου χωριστά, με την αντίστοιχη στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδος (Lialianis et al. Distribution of ABO and Rhesus bloodgroups in Greece: an update. Int J Immunogenet. 2011 Feb; 38(1): 1-5). Επιπλέον, μελετήθηκε η κατανομή των συχνότερων καρκίνων ως προς Ομίλ-Ο, Α1μ1-Α και Β1μ1-Β ομάδα (χ² test).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον πίνακα 1 φαίνεται η κατανομή ΑΒΟ στους καρκινοπαθείς συνολικά, σε υποομάδες καρκινοπαθών αναλόγως του τύπου καρκίνου, και στο γενικό πληθυσμό. Επίσης φαίνεται τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας, όσον αφορά στη συχνότητα Ο και μη-Ο ομάδας στις παραπάνω κατηγορίες. Στους πίνακες 2-3 φαίνεται η κατανομή ομάδων Α1μ1-Α και Β1μ1-Β στους ασθενείς με καρκίνιο παγκρέατος και πνεύμονα αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1. Η ΑΒΟ κατανομή μεταξύ καρκινοπαθών-γενικού πληθυσμού δε διαφέρει στατιστικά και συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία. 2. Η ομάδα Α σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με καρκίνιο παγκρέατος, σύμφωνα και με τη διεθνή βιβλιογραφία (Iodice, et al. ABO blood group and cancer. Eur J Cancer. 2010 Dec; 46(18): 3345-50). 3. Η μη-Β ομάδα σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με καρκίνιο πνεύμονα. Η συσχέτιση περισσότερων δεδομένων θα ενισχυθεί το βαθμό στατιστικής σημαντικότητας των αποτελεσμάτων.

Πίνακας 1: ΑΒΟ κατανομή (καρκινοπαθείς - γενικός πληθυσμός).

ΕΝΤΟΠΙΣΗ	N (%)	A (%)	B (%)	AB (%)	O (%)	P-value
ΜΑΣΤΟΣ	312 (23,5)	127 (40,7)	48 (15,4)	16 (5,1)	121 (38,8)	0,989
ΠΛΥΝ ΕΝΤΕΡΟ	189 (14,2)	79 (41,8)	24 (12,7)	13 (6,9)	73 (38,6)	0,546
ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ	164 (12,3)	70 (42,7)	12 (7,3)	7 (4,3)	75 (45,7)	0,022
ΠΑΓΚΡΕΑΣ	71 (5,3)	40 (56,3)	7 (9,9)	2 (2,8)	22 (31)	0,049
ΜΗΤΡΑ	63 (4,7)	27 (42,9)	8 (12,7)	3 (4,8)	25 (39,7)	0,489
ΣΤΟΜΑΧΟΣ	63 (4,7)	31 (49,2)	4 (6,3)	3 (4,8)	25 (39,7)	0,489
ΩΡΟΘΗΚΕΣ	53 (4)	25 (47,2)	6 (11,3)	2 (3,8)	20 (37,7)	0,655
ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ	44 (3,3)	17 (38,6)	12 (27,3)	0 (0)	15 (34,1)	0,535
ΚΕΦΑΛΗ-ΤΡΑΧΗΛΟΣ	40 (3)	14 (35)	6 (15)	4 (10)	16 (40)	
ΚΕΦΑΛΗ-ΤΡΑΧΗΛΟΣ	33 (2,5)	11 (33,3)	2 (6,1)	1 (3)	19 (57,6)	
ΝΕΦΡΟΣ	32 (2,4)	16 (50)	3 (9,4)	0 (0)	13 (40,6)	
ΟΣΤΕΟΣΑΡΚΩΜΑ	31 (2,3)	11 (35,5)	3 (9,7)	4 (12,9)	13 (41,9)	
ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ	26 (2)	10 (38,5)	3 (11,5)	2 (7,7)	11 (42,3)	
ΜΕΛΑΝΩΜΑ	13 (1)	9 (69,2)	2 (15,4)	0 (0)	2 (15,4)	
ΛΟΙΠΑ	195 (14,7)	74 (38)	34 (17,4)	7 (3,6)	80 (41)	
ΣΥΝΟΛΟ	1329 (100)	561 (42,2)	174 (13,1)	64 (4,8)	530 (39,9)	0,172
ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1105 (100)	441 (39,9)	178 (16,1)	58 (5,2)	428 (38,7)	

Πίνακας 2: Α1μ1-Α κατανομή (καρκινοπαθείς παγκρέατος-γενικός πληθυσμός)

	N (%)	A (%)	μη-Α (%)	p-value
Καρκινοπαθείς Πνεύμονα	71 (5,3)	40 (56,3)	31 (43,7)	0,006
Γενικός Πληθυσμός	1105 (100)	441 (39,9)	664 (60,1)	

Πίνακας 3: Β1μ1-Β κατανομή (καρκινοπαθείς πνεύμονα-γενικός πληθυσμός)

	N (%)	B (%)	μη-Β (%)	p-value
Καρκινοπαθείς Πνεύμονα	164 (12,3)	12 (7,3)	152 (92,7)	0,003
Γενικός Πληθυσμός	1105 (100)	178 (16,1)	927(83,9)	

429. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΜΕΘΟΠΡΙΜΗ-ΣΟΥΛΦΑΜΕΘΟΞΑΖΟΛΗ ΕΝΤΕΡΟΒΑΚΤΗΡΙΑΚΩΝ ΣΕ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Δ. Χατζηδάκη, Ε. Σταυρούλης, Ν. Λαουδίκος, Α. Φέρκε
Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η τριετής μελέτη ουροκαλλιέργειών, γυναικών που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Ρόδου. Η αξιολόγηση της συχνότητας απομόνωσης των εντεροβακτηριακών και των ποσοστών αντοχής τους στην τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη (SXT).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Την περίοδο 01/2010 έως 12/2012 εξετάσαμε ουροκαλλιέργειες προερχόμενες από 10.328 γυναίκες ηλικίας 17 έως 65 ετών με συμπτώματα ουρολοίμωξης. Τα δείγματα ούρων καλλιεργήθηκαν με την κλασική μέθοδο, σε αιματούχο, Mac Conkey και Sabouraud άγαρ. Οι ταυτοποιήσεις έγιναν με Enterotube II και ο έλεγχος αντοχής στο SXT πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο διάχυσης δισκίων Kirby Bauer.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βρέθηκαν 4608 θετικές ουροκαλλιέργειες με Gram (-) βακτηρίδια, όπως απεικονίζονται στον ακόλουθο πίνακα σε σχέση με την ευαισθησία σε SXT.

ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ	ΣΥΝΟΛΟ (n) %	ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ SXT %
E. COLI	3802 82,5	84,2
KLEBSIELLA SPP	405 8,7	77,6
PROTEUS MIRABILIS	255 5,6	75,0
SERRATIA SPP	101 2,2	74,5
ENTEROBACTER SPP	45 1,0	68,0

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα παραπάνω η E. coli αποτελεί το συχνότερο ουροπαθογόνο μικροοργανισμό, ενώ το ποσοστό αντοχής της στο SXT είναι σχετικά χαμηλό (15,8%). Δεδομένου ότι το αντιβιοτικό προς μελέτη παραμένει πρώτης γραμμής για τη θεραπευτική αντιμετώπιση ουρολοιμώξεων στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών η παρακολούθηση ευαισθησίας του κρίνεται απαραίτητη μέσα στο πλαίσιο της επιδημιολογικής επιτήρησης.

430. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ STAPHYLOCOCCUS AUREUS ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΔΙΕΤΙΑΣ 2011-2012

Ε. Σταυρούλης, Δ. Χατζηδάκη, Δ. Παπαδόπουλος, Α. Φέρκε
Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Τα στελέχη Staphylococcus aureus που απομονώνονται από διάφορα κλινικά δείγματα είναι ένα από τα πιο σημαντικά αίτια λοιμώξεων σε νοσηλεύομενους και εξωτερικούς ασθενείς Ο σκοπός της εργασίας μας είναι η μελέτη επιπολασμού και η καταγραφή ευαισθησίας των στελεχών Staphylococcus aureus που απομονώθηκαν από καλλιέργειες κλινικών δειγμάτων την περίοδο 1/1/2011- 31/12/2012.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 398 στελέχη Staphylococcus aureus προερχόμενα από 252 άνδρες και 146 γυναίκες από αίμα, υγρά, ούρα, καθέτηρες, κοιλτικά, ουρηθρικά, βρογχικές εκκρίσεις. Τα δείγματα καλλιεργήθηκαν σε αιματούχο, Mac Conkey και Sabouraud agar. Η ταυτοποίηση έγινε με Staphytest plus. Πραγματοποιήθηκε τεστ ευαισθησίας σε Muller-Hinton Agar με τη μέθοδο Kirby-Bauer στα παρακάτω αντιβιοτικά: Methicillin (MET), Cefoxitin (FOX), Teicoplanin (TEIC), Linezolid (LZD), Vancomycin (VA) και Tigecycline (TGC).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τη διετία 2011-2012 απομονώθηκαν 398 στελέχη Staphylococcus aureus προερχόμενα από:

Παθολογικό τομέα	Χειρουργικό τομέα	ΜΕΘ	MTN	ΜΕΠΕ	Εξωτερικά ιατρεία
173 κλίνες	131 κλίνες	8 κλίνες	18 κλ.	6 κλ.	
137	116	26	32	13	74

Η ευαισθησία του Staphylococcus aureus αναγράφεται στο παρακάτω πίνακα:

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟ	ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ %	
	2011	2012
MET	49.5%	51.7%
FOX	50.7%	51.8%
TEIC	1%	2.5%
LZD	1.3%	6.9%
VA	0%	0%
TGC	0%	0%

Συνολικά ταυτοποιήσαμε 203 MSSA (51,0%) και 195 MRSA (49,0%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο Staphylococcus aureus παραμένει ένα σοβαρό θεραπευτικό πρόβλημα στην περιοχή μας. Διαπιστώσαμε ότι ο επιπολασμός των νοσοκομειακών λοιμώξεων από Staphylococcus aureus MRSA αυξήθηκε το έτος 2012 παράλληλα με την αύξηση των MRSA της κοινότητας αλλά και της ανθεκτικότητας των στελεχών νοσηλεύομενων ασθενών σε LZD και TEIC. Όλα τα στελέχη Staphylococcus aureus παραμένουν ευαίσθητα στη TGC και VA.

431. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ (MEN) ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Α. Βαρβαρέσσου¹, Γ. Οικονομόπουλος¹, Α. Δημητρούλεα¹, Ε. Τοπούλου¹, Δ. Κωνσταντίνου², Α. Χαρθάλου¹

¹Κεντρικά Εργαστήρια, Ιασώ, ²Ιδιωτική Μαιευτική, Γυναικολογική, Παιδιατρική Κλινική, ³MEN, Ιασώ, ⁴Ιδιωτική Μαιευτική, Γυναικολογική, Παιδιατρική Κλινική

ΣΤΟΧΟΣ της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν από τις αιμοκαλλιέργειες της Μονάδας Εντατικής Νεογνών (MEN) του Μαιευτηρίου Ιασώ και η ευαισθησία τους στα χορηγούμενα αντιβιοτικά.

ΥΛΙΚΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ αποτέλεσαν οι θετικές αιμοκαλλιέργειες κατά το έτος 2012 από τα δύο από τα τέσσερα τμήματα της MEN του Μαιευτηρίου Ιασώ.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι αιμοκαλλιέργειες επωάστηκαν στο αυτοματοποιημένο σύστημα Bactec. Η ταυτοποίηση των μικροοργανισμών έγινε με τις κλασικές μεθόδους ενώ ο έλεγχος της ευαισθησίας τους με τη μέθοδο της διάχυσης των δίσκων (Kirby Bauer), η επιβεβαιωτική χρησιμοποιήθηκε το Vitek 2.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις 2837 αιμοκαλλιέργειες της MEN θετικοποιήθηκαν οι 87. Οι παθογόνοι οργανισμοί που απομονώθηκαν ήταν: *Coagulase Negative Staphylococci (CNS)* 69 (79,3%), *Escherichia coli* 8 (9,2%), *Klebsiella oxytoca* 2 (2,3%), *Acinetobacter spp* 1 (1,1%), *Enterococcus spp* 1 (1,1%), *Candida albicans* 2 (2,3%), *Candida parapsilosis* 4 (4,6%). Τα στελέχη *CNS* ήταν ανθεκτικά κατά 85,5% σε penicillin G, 23,2% σε amoxicillin + clavulanic acid, 7,2% σε amikacin, και 89,8% σε gentamycin και μόνο 1,4% σε netilmicin. Τα Gram (-) στελέχη ήταν ανθεκτικά: στην ampicillin 72,7%, σε amoxicillin + clavulanic acid 9,1%, σε amikacin 9,1%, σε gentamycin 36,4% και σε netilmicin 9,1%. Όλα τα στελέχη σταφυλοκόκκων ήταν ευαίσθητα σε τεικοπλανίνη και βανκομυκίνη. Η ευαισθησία στις κινολόνες αξιολογήθηκε για επιδημιολογικούς σκοπούς, και βρέθηκε αντοχή σε περίπου 28,0% στα Gram -, ενώ τα Gram+ ήταν το 50%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο πιο συχνά απομονωθείς μικροοργανισμός από τις αιμοκαλλιέργειες της MEN ήταν ο *Staphylococcus epidermidis*. Μέχρι σήμερα η θεραπευτική έκβαση των νεογνών με θετικές αιμοκαλλιέργειες είναι καλή. Παρόλα αυτά, το προσωπικό της μονάδας και του εργαστηρίου παραμένει σε συνεχή επαγρύπνηση εφαρμόζοντας πρωτόκολλα συνεχούς επιτήρησης του αποικισμού της MEN και της αντιμικροβιακής ευαισθησίας.

432. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΩΝ ΕΚ ΧΗΜΙΚΩΝ ΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ

Π. Μπολάνης^{1,2}, Ε. Μπάρα², Π. Βέργου³

¹ΕΟΠΥΥ Ν. Ιωνίας Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, ²Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου, ³Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, Βιοπαθολογικό Εργαστήριο

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθεί in vitro η επίδραση φυσικοχημικών παραγόντων με ειδική θεραπευτική και βιολογική λειτουργία, όπως το ασκορβικό οξύ και η κουρκουμίνη, στην κινητικότητα βακτηριδίου από δείγμα ούρων.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Δείγμα ούρων με μεγάλη συγκέντρωση λίαν κινητού Gram αρνητικού βακτηριδίου μοιράστηκε σε 2 διαφορετικά σωληνάρια και αναμειχθηκε στο πρώτο σωληνάριο με ίση ποσότητα αραιού διαλύματος ασκορβικού οξέος και στο δεύτερο με ίση ποσότητα εναιωρήματος κουρκουμίνης. Ένα τρίτο σωληνάριο με ακέραιο δείγμα παρέμεινε ως μάρτυρας. Έγινε μικροσκοπική εξέταση της κινητικότητας άμεσα, συγκριτικά με ακέραιο δείγμα, αλλά και μετά από 2 ώρες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κινητικότητα του βακτηριδίου τετραπλασιάστηκε άμεσα με την επίδραση του ασκορβικού οξέος. Τα ακίνητα βακτηρίδια ανά τεταρτημόριο οπτικού πεδίου 60x στο ακέραιο δείγμα ήταν 32 ενώ στο μετά ασκορβικού οξέος 8. Η κινητικότητα του ακέραιου δείγματος ήταν 33% (το 1/3 του συνόλου των βακτηριδίων ήταν έντονα κινητά), ενώ στο μετά ασκορβικού μίγμα η κινητικότητα ήταν 90%. Στο μετά κουρκουμίνης μίγμα η κινητικότητα έμεινε σχεδόν ανεπηρέαστη με μικρή τάση μείωσης άμεσα. Μετά δίωρο η κινητικότητα του ασκορβικού μίγματος έπεσε στο 0%, ενώ η κινητικότητα του μίγματος με κουρκουμίνη έμεινε ανεπηρέαστη, περίπου στο 30%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ασκορβικό οξύ αρχικά φαίνεται να αυξάνει, αλλά μετά δίωρο in vitro επίδραση, αναστέλλει την κινητικότητα λίαν κινητού Gram αρνητικού βακτηριδίου, ενώ η κουρκουμίνη, in vitro, τη διατηρεί. Δεδομένης της σημασίας της κινητικότητας των βακτηριδίων για την παθογονικότητα των βακτηριδίων το συμπέρασμα είναι προφανές για την αναγκαιότητα περαιτέρω διερεύνησης του φαινομένου.

433. ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ (MOTILITY) ΣΕ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ACINETOBACTER BAUMANNII ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΑΝΟ-ΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Β. Παπαεμμανουήλ¹, Ε. Λάμπρου¹, Γ. Κακλαμάνης¹, Β. Γαλάνη¹, Ε. Κακλαμάνη¹, Σ. Περλορέντζου¹, Μ. Φαρμάκης²

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΕΑΝ Πειραιά «Μεταξά», ²Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας, ΕΑΝ Πειραιά «Μεταξά»

Το *Acinetobacter baumannii* έχει χαρακτηριστεί ως σημαντικός και προβληματικός παθογόνος μικροοργανισμός για τον άνθρωπο καθώς είναι η αιτία αρκετών νοσοκομειακών λοιμώξεων όπως μηνιγγίτις, πνευμονία, σηψαιμία και λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Η μεγάλη αντοχή στα αντιβιοτικά (MDR) είναι ιδιότητα του *A. baumannii* και όχι των άλλων στελεχών των *Acinetobacter* και δεν είναι καινούριο φαινόμενο. Ιστορικά οι μικροοργανισμοί του γένους *Acinetobacter* περιγράφονταν ως μη κινούμενοι, λόγω της απύλειας των βλεφαρίδων που έφεραν και έτσι ήταν ανίκανοι να κινηθούν. Εν τούτοις μετά από σαράντα χρόνια απομονωθέντα στελέχη που ανήκαν στο γένος *Acinetobacter* αναφέρθηκε πως κινούνται σε υγρές επιφάνειες (motility).

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσουμε εάν η πολυανθεκτική αντοχή στα φάρμακα Multi drugs resistans (MDR) που εμφανίζει το *A. baumannii* ευνοείται από την κινητική ικανότητα (motility) που παρουσιάζει κατά τη διάρκεια της λοίμωξης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό προήλθε από καλλιέργειες διαφόρων δειγμάτων όπως (καλλιέργειες πτυέλων, βρογχικών εκκρίσεων, καλλιέργειες αίματος κ.ά.) που προήλθαν ως επί το πλείστον από τη ΜΕΘ αλλά και από άλλες Κλινικές του Νοσοκομείου ΕΑΝ Πειραιά Μεταξά. Μελετήθηκαν 58 πολυανθεκτικά στελέχη *A. baumannii* ανθεκτικά στις Carvarepems τα οποία ταυτοποιήθηκαν με τη βοήθεια πρότυπων μικροβιολογικών διαδικασιών gram χρώση, μορφολογία αποικιών, δοκιμασία καταλάσης, αντίδραση οξειδωσίας και τη χρήση βιοχημικών δοκιμασιών. Η ταυτοποίηση σε επίπεδο είδους έγινε με τη χρήση του αναλυτικού profile του API 20 NE (BIOMERIEUX).

Η δοκιμασία ευαισθησίας στα αντιβιοτικά (σύνολο 14) προσδιορίστηκε με την τεχνική των δίσκων Kirby-Bauer. Η δοκιμή ανίχνευσης παραγωγής καρβαπενεμάσων έγινε με το τροποποιημένο Hodge test (Modified Hodge Test), (MHT) όπως ακριβώς συστήνεται από το CLSI για την ανίχνευση καρβαπενεμάσων. Η κινητική ικανότητα των εξετασθέντων στελεχών μελετήθηκε όπως ακριβώς περιγράφεται από τους (Semmler και συν 1999) σε Mueller-Hinton Medium που περιείχε 1% agar. Οι αποικίες συνελέγησαν με ένα αποστειρωμένο ευθύ συρματίνο στυλεό και έγινε νυχθμός του εν λόγω υλικού μέχρι τον πυθμένα του τρυβλίου. Θετικά ως προς την κινητικότητα καθορίστηκαν αυτά.

Τα στελέχη τα οποία έδειξαν ζώνη μεγαλύτερη από 10 mm γύρω από τη θέση του ενοφθαλμισμού. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά από τα 58 εξετασθέντα πολυανθεκτικά στελέχη *A. baumannii* που παράγονταν καρβαπενεμάσες βρέθηκαν να έχουν κινητική ικανότητα τα 50 ποσοστό 86,2%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα αποτελέσματά μας βρέθηκε ότι τα στελέχη *A. baumannii* παρουσιάζουν κινητική ικανότητα η οποία είναι ικανή να αποικίσει ιατρικούς καθετήρες, ιστούς, καθώς και υγρές επιφάνειες στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Επίσης βρέθηκε μια ταυτόχρονη ανίχνευση της κινητικής ικανότητας (motility) σε πολλά από τα εξετασθέντα στελέχη και αντοχή αυτών των στελεχών σε πολλά αντιβιοτικά (MDR) η οποία αντιπροσωπεύει μια σοβαρή απειλή στη θεραπεία των νοσοκομειακών ασθενών και δη των ανασοκαταστάμενων. Πιθανώς η κινητική ικανότητα των στελεχών *A. baumannii* να έχει σχέση με τη λοιμογόνο δύναμη του μικροβίου.

434. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΓΛΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΝΑΙΩΡΗΜΑΤΟΣ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ 2 ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ

Π. Μπολάνης^{1,2}, Ε. Μπάρα², Π. Βέργου³

¹ΕΟΠΥΥ Νέας Ιωνίας Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, ²Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου, ³Βιοπαθολογικό Εργαστήριο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας

ΣΚΟΠΟΣ: Να ερευνηθεί in vitro η επίδραση της γλοιότητας εναιωρήματος βακτηριδίων αναφορικά με 2 διαφορετικά γένη βακτηρίων στην ανάπτυξη της καλλιέργειας τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Για τη δημιουργία εναιωρήματος με διαφόρους βαθμούς ιξώδους χρησιμοποιήθηκε *rynus cerasus extract syrup* (ΣΑΒ) σε 4 διαφορές αραιώσεις σε φυσιολογικό ορό (1/2, 1/3, 1/5 και 1/9) που αναμειχθηκε με εναιώρημα μίας αποικίας από καλλιέργεια σταφυλοκόκκου αιμολυτικού και συγκρίθηκε με μάρτυρα εναιώρημα. Τα εναιωρήματα καλλιεργήθηκαν σε Brain Heart infusion άγαρ. Σε άλλο πείραμα μία αποικία κολοβακτηριδίου αναμειχθηκε με αναραιώτο ΣΑΒ και με 3 αραιώσεις του σε φυσιολογικό ορό (1/5, 1/6, 1/10) και ακολουθώς καλλιεργήθηκε στο ίδιο άγαρ. Επὶ πλέον ένα 24ωρο μετά, εξετάσθηκαν μικροσκοπικά όλα τα εναιωρήματα, που διατηρήθηκαν σε θερμοκρασία δωματίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από 24ωρη επώαση ο σταφυλόκοκκος έδειξε διαφοροποίηση μεταξύ των αραιώσεων και μία τάση αύξηση της ανάπτυξης σε σχέση με την ελάττωση του ιξώδους. Η ανάπτυξη συγκριτικά με τον μάρτυρα ήταν 20% στη μικρότερη αραιώση, 70% στις δύο μεσαίες και 100% στη μεγαλύτερη αραιώση. Αντίθετα το κολοβακτηρίδιο έδειξε άφθονη ανάπτυξη, ίδιου βαθμού, μεταξύ του αναραιώτου και των αραιώσεων, στο 100% του μάρτυρα. Ένα 24ωρο μετά, η μικροσκοπική εξέταση των εναιωρημάτων έδειξε μεγάλο πολλαπλασιασμό σε όλα τα εναιωρήματα του κολοβακτηριδίου πλην του αναραιώτου, όπου παρατηρήθηκε διάλυση των μορφών, ενώ στα εναιωρήματα του σταφυλοκόκκου δεν παρατηρήθηκε καμία μορφολογική ή ποσοτική διαφορά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάπτυξη των βακτηρίων υπό την επίδραση in vitro διαφόρων βαθμών ιξώδους διαφέρει ανάλογα με το είδος του μικροβίου. Αυτό γεννά ερωτήματα κατά πόσον βιολογικά υλικά με αυξημένο ιξώδες, όπως η βλέννα, επηρεάζουν το κολοβακτηρίδιο πολύ λιγότερο από ό,τι τον σταφυλόκοκκο.

435. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA

Μ. Γκίκα, Μ. Νέτκα, Ε. Περιβολιώτη, Ε. Μπελεσιώτου, Ε. Κόκκαλη, Χ. Μπέλτσος, Κ. Φουντούλης

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η *Stenotrophomonas maltophilia* είναι ένα σημαντικό νοσοκομειακό παθογόνο με ενδογενή αντοχή σε πληθώρα αντιβιοτικών, που ευθύνεται για λοιμώξεις ιδιαίτερα σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς και απαντάται με ολοένα αυξανόμενη συχνότητα τα τελευταία χρόνια. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των κλινικών και μικροβιολογικών χαρακτηριστικών σε ασθενείς με βακτηριαμία από *S. maltophilia*.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το 2012 απομονώθηκαν 16 στελέχη του βακτηριδίου από 20 αιμοκαλλιέργειες. Οι κλινικές πληροφορίες συλλέχθηκαν από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών και αφορούσαν: ατομικό αναμνηστικό, υποκείμενο νόσημα, παρουσία κεντρικού αγγειακού καθετήρα (ΚΑΚ), παρεντερική σίτιση, ανοσοκαταστολή, ημέρες νοσηλείας και έκβαση νόσου. Ο έλεγχος ευαισθησίας έγινε με το αυτοματοποιημένο σύστημα Vitek 2 (BioMerieux).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλες οι βακτηριαμίες ήταν νοσοκομειακές και στο 87,5% των ασθενών συνέβησαν μετά από παρατεταμένη νοσηλεία (>30 ημέρες). Η πλειοψηφία των ασθενών (62,5%) είχαν ΚΑΚ, 37,5% είχαν υποκείμενη αιματολογική ή άλλη κακοήθεια σε φάση χημειοθεραπείας, 25% ελάμβαναν παρεντερική σίτιση και 37,5% ήταν σηπτικοί. Η συχνότερη πηγή της βακτηριαμίας ήταν ο ΚΑΚ (43,75%), τα διατηρηθέντα κοιλιακά χειρουργικά τραύματα (18,75%), το αναπνευστικό (18,75%), ενώ στο 18,75% των βακτηριαμιών η πηγή παρέμεινε άγνωστη. Ο αδρός δείκτης θνησιμότητας ήταν 37,5%. Ο έλεγχος ευαισθησίας ανέδειξε ένα χαρακτηριστικό προφίλ με 100% αντοχή στις καρβαπενέμες και 100% ευαισθησία στην κωτριμοξάζολη. Υψηλά ποσοστά ευαισθησίας βρέθηκαν επίσης σε κολιμυκίνη, κεφετίμ και νεότερες κινολόνες

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όλες οι βακτηριαμίες ήταν νοσοκομειακές και η πλειοψηφία των ασθενών έφεραν ΚΑΚ, ο οποίος ήταν και η συχνότερη πηγή της βακτηριαμίας. Η γνώση τόσο των παραγόντων κινδύνου λοίμωξης από *S. maltophilia* όσο και του προφίλ ευαισθησίας του μικροοργανισμού, καθορίζουν τους ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο για βακτηριαμία και πρέπει να λάβουν κατάλληλη εμπειρική αντιμικροβιακή θεραπεία.

436. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ ΥΠΕΥΘΥΝΩΝ ΓΙΑ ΩΤΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΤΟΥΣ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ, ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ

Α. Πασχάλη, Ι. Αποστολίδου, Σ. Μπάμπη, Γ. Καπνίση, Κ. Γεωργαλίδης

Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ Κέρκυρας

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της συχνότητας και της αντοχής στα αντιβιοτικά των μικροβίων που απομονώθηκαν από ωτικά εκκρίματα ασθενών, στο ΓΝ Κέρκυρας, κατά την πενταετία 2007-2011.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό αποτέλεσαν δείγματα ωτικών εκκρίσεων ασθενών με κλινική εικόνα ωτίτιδας. Η καλλιέργεια των δειγμάτων έγινε σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά, η ταυτοποίηση των μικροβίων με κλασικές μεθόδους και με σύστημα Vitek 2 Compact (bioMerieux). Ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με τη μέθοδο διάχυσης δίσκων σύμφωνα με το CLSI και με σύστημα Vitek 2 Compact, η MIC με E-test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις 530 θετικές καλλιέργειες ωτικών εκκρίσεων, σε 405 (76%) απομονώθηκαν παθογόνοι μικροοργανισμοί, εκ των οποίων οι 288 (71,1%) αφορούσαν ενήλικες και οι 117 (28,9%) παιδιά. Σε 125 καλλιέργειες (24%) απομονώθηκαν μη παθογόνοι. Σε 25 δείγματα ενηλίκων απομονώθηκαν 2 μικροοργανισμοί (8,6%).

Αναλυτικά, απομονώθηκαν:

Gram (-) βακτηρίδια	265 (65,4%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	196 (73,9%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	32 (12%)
<i>Proteus mirabilis</i>	30 (11,3%)
<i>Haemophilus influenzae</i>	7 (2,8%)

Gram (+) κόκκοι	105 (25,9%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	72 (68,6%)
<i>Streptococcus pyogenes</i>	18 (17,1%)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	15 (14,3%)

Μύκητες	35 (8,6%)
<i>Candida albicans</i>	25 (71,4%)
<i>Candida parapsilosis</i>	7 (20%)
<i>Candida famata</i>	3 (8,6%)

Η *P. aeruginosa* παρουσίασε αντοχή σε: ciprofloxacin 2%, gentamicin 2,5%, tobramycin και amikacin 3%, aztreonam 2%, ceftazidime 2%, cefepime 0,6%.

Ο *S. aureus* παρουσίασε αντοχή σε: oxacillin 15%, penicillin 51%, erythromycin και clindamycin 16%, gentamicin και tobramycin 8%, cotrimoxazole 2%. Το 15% των *S. aureus* ήταν MRSA.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπεύθυνοι για τις ωτικές λοιμώξεις αποδείχθηκαν συχνότερα η *P. aeruginosa* και ο *S. aureus*, με εποχιακή κατανομή της *P. aeruginosa* και αύξηση της απομόνωσής της κατά τους θερινούς μήνες, ενώ η συχνότητα απομόνωσής του *S. aureus* δεν παρουσίασε εποχιακές διακυμάνσεις.

437. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ, ΣΕ ΜΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ

Α. Πασχάλη, Ι. Αποστολίδου, Γ. Καπνίση, Σ. Μπάμπη, Κ. Γεωργαλίδης

Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ Κέρκυρας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας, η μελέτη των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν από βακτηριαμίες σε ασθενείς του νοσοκομείου μας,

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό αποτέλεσαν 2660 ζεύγη αιμοκαλλιεργιών, από ενήλικους ασθενείς των κλινικών μας, την τριετία 2008-2010. Οι αιμοκαλλιέργειες έγιναν σε ζυμούς Bactec Aerobic και Bactec Anaerobic, για την απομόνωση αερόβιων και αναερόβιων μικροβίων (Σύστημα BACTEC/ALERT). Η καλλιέργεια των δειγμάτων έγινε και σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά, η ταυτοποίηση των μικροβίων με κλασικές μεθόδους και με σύστημα Vitek 2 Compact (bioMerieux). Ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με τη μέθοδο διάχυσης δίσκων σύμφωνα με το CLSI και με σύστημα Vitek 2 Compact. Η MIC με E-test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις 1260 αιμοκαλλιέργειες ήταν θετικές 324 (12,1%), των οποίων το 72% προερχόταν από τις Παθολογικές Κλινικές.

Οι συχνότερες υποκείμενες νόσοι ήταν: ουρολοιμώξη-πυελονεφρίτις, σακχαρώδης διαβήτης, αιματολογικές και άλλες κακοήθειες.

Σε 68 ασθενείς απομονώθηκε ο ίδιος μικροοργανισμός και από την καλλιέργεια ούρων.

Απομονώθηκαν συνολικά 324 μικροβιακά στελέχη, εκ των οποίων 150 Gram (+) κόκκοι (46,2%): *Staphylococcus epidermidis* 80 (53,3%), *Enterococcus faecalis* 26 (17,3%), *Staphylococcus aureus* 6 (4%), *Staphylococcus haemolyticus* 4 (2,6%) και λοιποί Coagulase Negative Staphylococcus 30 (20%), *Enterococcus faecium* 2 (1,3%), *Streptococcus pneumoniae* 2 (1,3%). Απομονώθηκαν 136 Gram (-) βακτήρια (41,98%): *Escherichia coli* 58 (42,6%), *Klebsiella pneumoniae* 33 (24,2%), *Pseudomonas aeruginosa* 30 (22%), *Acinetobacter baumannii* 7 (5,1%), *Proteus mirabilis* 5 (3,6%), *Enterobacter aerogenes* 3 (2,2%). Μύκητες ήταν 38/324 (11,7%) με επικράτηση της *Candida albicans*.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συχνότητα της βακτηριαμίας στην τριετία ήταν 12,1%. Επικράτησαν οι Gram (+) κόκκοι (46,2%) και ακολούθησαν τα Gram (-) βακτήρια (41,98%), με συχνότερο απομονωθέν την *Escherichia coli* και συχνότερη πύλη εισόδου το ουροποιητικό, και οι μύκητες (11,7%).

Η επικράτηση των κοαγκουλάση αρνητικών σταφυλοκόκκων στις θετικές αιμοκαλλιέργειες, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με σκεπτικισμό, ως προς την ορθότητα του τρόπου λήψης των αιμοκαλλιεργιών.

438. IN VITRO ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΤΙΓΚΕΚΥΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ KLEBSIELLA PNEUMONIAE

Δ. Χατζηδάκη, Ε. Σταυρούλης, Α. Φέρκς

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκριση in vitro ευαισθησίας στελεχών *Klebsiella pneumoniae* ανθεκτικών στις καρβαπενέμες λόγω παραγωγής KPC β-λακταμάσης της TIGECYCLINE (TCG) με δομή βενζολικού δακτυλίου και ίδιο μηχανισμό δράσης την αναστολή της πρωτεϊνσύνθεσης στην 30s υπομονάδα των ριβοσωμάτων και COLISTIN (COL) μια πολυμυξίνη, ένα κυκλικό πολυπεπτιδίο που δρα στην κυταροπλασματική μεμβράνη σαν κατιονικό απορροπτικό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντικείμενο της μελέτης μας είναι στελέχη *Klebsiella pneumoniae* KPC που απομονώθηκαν την περίοδο 2011 έως 2012 από όλες τις κλινικές του νοσοκομείου μας σε καλλιέργειες αίματος, καθετήρων, βρογχικών εκκρίσεων, υγρών και ούρων Εφαρμόσαμε τη μέθοδο Kirby-Bauer σε TCG και COL.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την περίοδο 2011-2012 απομονώσαμε 133 πολυανθεκτικά στελέχη *Klebsiella pneumoniae*. 26 από καλλιέργειες αίματος, 42 από ενδοαγγειακού καθετήρες, 34 από βρογχικές εκκρίσεις, 21 από καλλιέργειες ούρων και 20 από καλλιέργειες ούρων.

Τα 28 (73%) στελέχη απομονώθηκαν από ασθενείς ΜΕΘ, τα 21 (15,8%) από χειρουργικές κλινικές, τα 10 (8%) από παθολογικές κλινικές, τα 3 (2,4%) από ΜΤΝ και 1 (0,8%) από ΜΕΠΕ.

Η ευαισθησία στα ελεγχόμενα αντιβιοτικά καταγράφηκε στον πίνακα

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟ	ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ %
TCG	95 (71,5%)
COL	128 (96,2%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρατηρούμε ότι in vitro δραστηριότητα της TCG εμφανίζεται μειωμένη 24,7% έναντι της COL. Η αντοχή στελεχών *Klebsiella pneumoniae* στα β-λακταμικά αντιβιοτικά και τελευταία στις καρβαπενέμες οδήγησε τους θεράποντες ιατρούς να εφαρμόσουν σχήματα που περιέχουν ένα από τα δυο αντιβιοτικά προς μελέτη. Η COL και η TCG αποτελούν πρώτη επιλογή σε ασθενείς ΜΕΘ όπως και για κάθε αντιμετώπιση λοιμώξεων από στελέχη *Klebsiella pneumoniae* KPC.

439. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΕΛΕΧΩΝ P. AERUGINOSA ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

M. Ντούσκα¹, Ε. Δούμπαλη¹, Β. Λεονταρίδη¹, Σ. Καλλιτά¹, Β. Δημούση¹, Σ. Πατιάκας²

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο-ΚΥ Φιλιατών, ²Τμήμα Αιμοδοσίας, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της συχνότητας και της ευαισθησίας της *Pseudomonas aeruginosa*, ενός Gram (-) βακτηριδίου, στελέχη της οποίας έχουν αναπτύξει ανθεκτικότητα σε πολλές κατηγορίες αντιβιοτικών δημιουργώντας μειζόν πρόβλημα στη θεραπευτική τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν τα στελέχη *P. aeruginosa* που απομονώθηκαν από εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του ΓΝ-ΚΥ Φιλιατών κατά τη διετία 2011-2012. Η καλλιέργεια έγινε σε αιματούχο και MacConkey άγαρ. Η ταυτοποίηση των μικροβίων και η μελέτη της ευαισθησίας έγιναν με το ημι-αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (auto-SCAN4) της Siemens.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Απομονώθηκαν συνολικά 45 στελέχη *P. aeruginosa*. Τα 22 (49%) προέρχονταν από καλλιέργειες ούρων, τα 12 (27%) από καλλιέργειες ωπικού εκκρίματος, 5 (11%) από τραύματα, 3 από πτύελα (7%), 2 από αποστήματα (4%) και ένα από ενδογαγγεικό καθετήρα (2%). Ελέγχθηκε η ευαισθησία τους έναντι των αντιψευδομοναδικών πενικιλινών (Πιπερακιλλίνη/Ταζομπτακτάμη), κεφαλοσπορινών 3ης γενιάς (Κεφαταξιδίμη), αμινογλυκοσιδών (Αμικασίνη), κινολονών (Σιπροφλοξασίνη) και καρβαπεμενών (Ιμιπενέμη) και είχε ως ακολούθως:

	Πιπερακιλλίνη/Ταζομπτακτάμη	Κεφαταξιδίμη	Αμικασίνη	Σιπροφλοξασίνη	Ιμιπενέμη
Sensitive	91%	76%	89%	71%	87%
Intermediate	0%	4%	9%	2%	2%
Resistant	9%	20%	2%	27%	11%

Δύο στελέχη (4%) βρέθηκαν ανθεκτικά σε περισσότερες από 3 κατηγορίες αντιβιοτικών (πολυανθεκτικά). Το ένα απομονώθηκε από δείγμα ούρων ασθενούς με Ca και το άλλο από δείγμα πτυέλων ασθενούς με τραχειοστομία. Και οι δύο ασθενείς είχαν πολλαπλές προηγούμενες νοσηλείες σε 3^οβάθμιο νοσοκομείο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι αντιψευδομοναδικές πενικιλίνες φάνηκε να έχουν την καλύτερη ευαισθησία έναντι της *P. aeruginosa* σε σχέση με όλες τις κατηγορίες αντιβιοτικών ουσιών. Το ποσοστό πολυανθεκτικών στελεχών *P. aeruginosa* στην περιοχή είναι χαμηλό (4%). Την παρουσία πολυανθεκτικότητας θα πρέπει να υποπτευθούμε σε ασθενείς με επιβαρημένο ιστορικό και ιδίως σε αυτούς που προσέρχονται στα επαρχιακά νοσοκομεία μετά από προηγούμενη νοσηλεία τους σε 3^οβάθμιο μονάδες υγείας.

440. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ESBΛ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ E. COLI ΣΕ ΟΥΡΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ

M. Ντούσκα¹, Ε. Δούμπαλη¹, Β. Λεονταρίδη¹, Σ. Καλλιτά¹, Β. Δημούση¹, Σ. Πατιάκας²

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ-ΚΥ Φιλιατών, ²Τμήμα Αιμοδοσίας, ΓΝ Καστοριάς

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της συχνότητας και της ευαισθησίας ουροπαθογόνων στελεχών *E. coli* που παράγουν ευρέως φάσματος β-λακταμάσες (ESBL).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διετία 2011-2012 απομονώθηκαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του ΓΝ-ΚΥ Φιλιατών 643 στελέχη *E. coli* από καλλιέργειες ούρων, που αφορούσαν 338 εξωτερικούς και 305 εσωτερικούς ασθενείς. Η καλλιέργεια έγινε σε αιματούχο και MacConkey άγαρ. Η ταυτοποίηση των μικροβίων και η μελέτη της ευαισθησίας έγιναν με το ημι-αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (auto-SCAN4) της Siemens. Η φαινοτυπική επιβεβαίωση της παρουσίας ESB� έγινε με τη σύγκριση των MICs των cefotaxime και ceftazidime μόνων τους έναντι του συνδυασμού τους με clavulanic acid με το σύστημα Microscan.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παραγωγή ευρέως φάσματος β-λακταμάσας διαπιστώθηκε σε 77 στελέχη (ποσοστό 12%) και συγκεκριμένα 39 προερχόμενα από εξωτερικούς ασθενείς (11,5%) και 38 από εσωτερικούς (12,5%). Η ευαισθησία των ESB� (+) στελεχών ήταν η ακόλουθη:

	Sensitive (S)	Intermediate (I)	Resistant (R)
Amox/Clav	31%	52%	17%
Cefoxitin	84%		16%
Ciprofloxacin	16%		84%
Amikacin	81%	13%	6%
SXT	25%		75%
Tigecycline	95%	4%	1%
Imipenem	100%		
Colistin *	96%	2%	2%
Nitrofurantoin *	91%	2%	7%

*H Colistin και η Nitrofurantoin ελέγχθηκαν σε 60 στελέχη.

Ειδικότερα, στους εξωτερικούς ασθενείς τα ESB� (+) στελέχη βρέθηκαν ευαίσθητα σε αντιβιοτικά που δυνατόν να δοθούν per os σε ποσοστά: Amox/Clav (S) =44%, Ciprofloxacin (S) =13%, SXT (S) =26%, Nitrofurantoin (S) =85%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συχνότητα ESB� (+) στελεχών *E. coli* βρέθηκε σημαντική ίση με 12%. Η συχνότητά τους στην κοινότητα είναι όμοια με αυτή στους εσωτερικούς ασθενείς, γεγονός που υποστηρίζει τον ανεπαρκή έλεγχο της διασποράς τους. Όλα τα στελέχη έχουν 100% ευαισθησία στην Imipenem και 95% στην Tigecycline, ενώ για τη θεραπεία των εξωτερικών ασθενών καλύτερη επιλογή παρουσιάζεται η Nitrofurantoin.

441. Η ΥΠΕΡΕΖΙΣΤΙΝΑΙΜΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΛΑΣΙΑΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ, ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

M. Νταλαμάγκα¹, Α. Λέκκα², Γ. Αντωνάκος¹, Κ. Καρμανιώλας², Γ. Σωτηρόπουλος³, Α. Διονυσίου-Αστερίου¹

¹Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας, «Αττικόν», Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Αιματολογικό Εργαστήριο & Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα, ³Χειρουργικός Τομέας, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παχυσαρκία, η αντίσταση στην ινσουλίνη και οι ορμόνες του λιπώδους ιστού έχουν ενοχοποιηθεί στην αιτιοπαθογένεια του μετεμμηνοπασιακού καρκίνου του μαστού. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του ρόλου της ρεζιστίνης, ορμόνης του λιπώδους ιστού, στην παθογένεια του μετεμμηνοπασιακού καρκίνου του μαστού (ΜΚΜ) συναρτήσει άλλων σημαντικών παραγόντων της νόσου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε μια συγκριτική μελέτη τύπου ασθενών-μαρτύρων που διενεργήθηκε μεταξύ των ετών 2003-2010 έγινε ανάλυση 102 ασθενών με πρόσφατη διάγνωση ΜΚΜ και 102 εξωτερικών ασθενών, χωρίς νεοπλασματικά ή φλεγμονώδη νοσήματα, εξομοιωμένων ως προς την ηλικία (± 5 χρόνια) και το μήνα διάγνωσης (± 1 μήνας) με τις ασθενείς. Προσδιορίστηκαν ο δείκτης HOMA-IR, η συγκέντρωση στον ορό της ρεζιστίνης, λεπτίνης, αντιπυονεκτίνης, ιντερλευκίνης-6, TNF-α και hsCRP, καθώς και άλλων μεταβολικών παραγόντων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 1) Οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣΙ) (27.7 έναντι 25.9 kg/m², p=0.01) και περίμετρο μέσης (85.1 έναντι 82.3 cm, p=0.06) σε σύγκριση με τις μάρτυρες, 2) Η ρεζιστίνη ήταν στατιστικώς σημαντικά αυξημένη στις ασθενείς σε σχέση με τις μάρτυρες (11.2 έναντι 7.7 ng/mL, p<0.001), 3) Η υπερεζιστιναιμία συσχετίζεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης ΜΚΜ μετά από αμοιβαίο έλεγχο για την ηλικία, τα ανθρωπομετρικά και μεταβολικά στοιχεία, σημαντικούς παράγοντες κινδύνου ΜΚΜ και φλεγμονώδεις παράγοντες (OR: 1.17, 95% CI 1.03-1.34; p=0.02).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ρεζιστίνη αποτελεί μια λιπο-κυταροκίνη που σχετίζεται με τη χρόνια υποκλινική φλεγμονώδη διεργασία της παχυσαρκίας. Χρειάζονται μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες για να διερευνηθούν εις βάθος οι υποκείμενοι μηχανισμοί που συνδέουν τη ρεζιστίνη με τον κίνδυνο ανάπτυξης ΜΚΜ.

442. ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΛΕΠΤΙΝΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΠΟΝΕΚΤΙΝΗ ΟΡΟΥ ΣΤΑ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

M. Νταλαμάγκα^{1,2}, Γ. Αντωνάκος¹, Κ. Καρμανιώλας³, J. Chamberland⁴, Α. Νικολαΐδου¹, Α. Λέκκα², Α. Διονυσίου-Αστερίου¹, Χ. Μαντζώρος⁴

¹Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας, «Αττικόν» Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Αιματολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα, ³Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα, ⁴Τομέας Ενδοκρινολογίας, Σ. Διαβήτη και Μεταβολισμού, Ιατρικό Κέντρο Beth Israel Deaconess, Βοστώνη, ΗΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παχυσαρκία, η υπερινσουλιναιμία και η αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια αρκετών κακοηθικών συμπεριλαμβανομένων και των αιματολογικών κακοηθειών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης της ελεύθερης λεπτίνης, που αναπαριστά τη βιολογικά δραστική μορφή της λεπτίνης, και της αντιπυονεκτίνης σε συνάρτηση με την ινσουλιναιμία στην αιτιοπαθογένεια των μυελοδυσπλαστικών συνδρόμων (ΜΔΣ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε μια συγκριτική μελέτη τύπου ασθενών-μαρτύρων έγινε ανάλυση 101 ασθενών με πρόσφατη διάγνωση πρωτοπαθούς ΜΔΣ και 101 νοσοκομειακών μαρτύρων, χωρίς νεοπλασματικά ή φλεγμονώδη νοσήματα, εξομοιωμένων ως προς το φύλο και την ηλικία (± 5 χρόνια) με τους ασθενείς. Ο εργαστηριακός έλεγχος περιελάμβανε: τον προσδιορισμό της λεπτίνης, του υποδοχέα της λεπτίνης, της ινσουλίνης και της αντιπυονεκτίνης στον ορό των ασθενών. Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SAS[®] 9.1.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 1) Τα μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα χαρακτηρίζονται από στατιστικώς σημαντική υποαντιπυονεκτιναιμία και υπολεπτιναιμία τόσο σε μονοπαράγοντικές αναλύσεις όσο και μετά από αμοιβαίο έλεγχο για την ηλικία, το φύλο, το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), το κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας του λεμφο-αιμοποιητικού συστήματος, το κάπνισμα, και την ινσουλίνη (p=0.01 και, p<0.001) 2) Αντίθετα, η ολική λεπτίνη δε συσχετίζεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης ΜΔΣ παρά το γεγονός ότι εμφανίζεται πιο αυξημένη στους τύπους RAEB και RAEB-t.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η υπολεπτιναιμία και η υποαντιπυονεκτιναιμία ενδέχεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη σχέση παχυσαρκίας και ΜΔΣ. Οι υποκείμενοι μηχανισμοί που τη συνδέουν με τη μυελοποίηση και λευχαιμογένεση χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

443. ΤΑ ΥΨΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΦΕΤΟΥΙΝΗΣ-Α ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Μ. Νταλαμάγκα^{1,2}, Γ. Αντωνάκος¹, Κ. Καρμανιώλας³, J. Chamberland⁴, Α. Νικολαΐδου¹, Α. Λέκκα², Α. Διονυσίου-Αστερίου¹, Χ. Μαντζώρος⁴

¹Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας, «Αττικόν», Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Αιματολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα, ³Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα, ⁴Τομέας Ενδοκρινολογίας, Σ. Διαβήτη και Μεταβολισμού, Ιατρικό Κέντρο Beth Israel Deaconess, Βοστώνη, ΗΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Νεότερα δεδομένα αναδεικνύουν το ρόλο της παχυσαρκίας και της υπερινσουλιναιμίας στην αιτιοπαθογένεια αιματολογικών κακοηθειών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης της φετουίνης-Α (fetuin-A) σε συνάρτηση με την ινσουλιναιμία στην αιτιοπαθογένεια των μυελοδυσπλαστικών συνδρόμων (ΜΔΣ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε μια συγκριτική μελέτη τύπου ασθενών-μαρτύρων έγινε ανάλυση 101 ασθενών με πρόσφατη διάγνωση πρωτοπαθούς ΜΔΣ και 101 νοσοκομειακών μαρτύρων, χωρίς νεοπλασματικά ή φλεγμονώδη νοσήματα, εξομοιωμένων ως προς το φύλο και την ηλικία (± 5 χρόνια) με τους ασθενείς. Ο εργαστηριακός έλεγχος περιελάμβανε: τον προσδιορισμό της φετουίνης-Α, της ινσουλίνης και της αντιπυρηνικής στον ορό των ασθενών. Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SAS[®] 9.1.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι: 1) τα επίπεδα της φετουίνης-Α παρουσιάζουν μια στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τον κίνδυνο ανάπτυξης ΜΔΣ τόσο σε μονοπαραγοντικές αναλύσεις όσο και μετά από αμοιβαίο έλεγχο για την ηλικία, το φύλο, το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), το κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας του λεμφο-αιμοποιητικού συστήματος, το κάπνισμα, την ινσουλίνη και τις ορμόνες του λιπώδους ιστού (Σχετικός κίνδυνος: 2.45, 95% C. I. 0.99-6.22, $p=0.03$). 2) Ειδικότερα, αυτή η συσχέτιση είναι προεξέχουσα στους παχύσαρκους ασθενείς με ΜΔΣ, ενώ η φετουίνης-Α παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη λεπτίνη συναρτήσει του ΔΜΣ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η φετουίνης-Α πιθανώς να διαμεσολαβεί ως συνδετικός κρίκος στη σχέση παχυσαρκίας, υπερινσουλιναιμίας και ανάπτυξης ΜΔΣ. Η περαιτέρω διερεύνηση της φετουίνης-Α στη μυελοποίηση καθώς και στην αιτιοπαθογένεια του ΜΔΣ κρίνεται αναγκαία.

444. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΡΕΖΙΣΤΙΝΗΣ ΟΡΟΥ, ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ CA 15-3 ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΕΜΒΡΥΚΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ (CEA) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ

Μ. Νταλαμάγκα^{1,2}, Γ. Αντωνάκος¹, Σ. Αρχοντάκης³, Γ. Σωτηρόπουλος⁴, Κ. Καρμανιώλας², Α. Διονυσίου-Αστερίου¹, Α. Λέκκα²

¹Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας, «Αττικόν», Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Αιματολογικό Εργαστήριο & Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα, ³Κυτταροπαθολογικό Εργαστήριο, 401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα, ⁴Χειρουργικός Τομέας, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Επί του παρόντος, δεν υπάρχει κατάλληλος βιοδείκτης για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση της διαγνωστικής αξίας της ρεζιστίνης ως βιοδείκτη στον καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με τους δείκτες CA 15-3 και CEA συναρτήσει κλινικο-παθολογοανατομικών χαρακτηριστικών, μεταβολικών και φλεγμονωδών παραμέτρων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε μια συγκριτική μελέτη τύπου ασθενών-μαρτύρων που διενεργήθηκε μεταξύ των ετών 2003-2010 έγινε ανάλυση 102 ασθενών με πρόσφατη διάγνωση διηθητικού μετεμμηνοπαυσιακού καρκίνου του μαστού (ΜΚΜ), 102 εξωτερικών ασθενών που προσήλθαν για ετήσιο έλεγχο και 51 ασθενών με ινοκυστική μαστοπάθεια (ΙΝΜ), χωρίς νεοπλασματικά ή φλεγμονώδη νοσήματα, εξομοιωμένων ως προς την ηλικία (± 5 χρόνια) και το μήνα διάγνωσης (± 1 μήνας) με τις ασθενείς. Προσδιορίστηκε η συκέντρωση στον ορό της ρεζιστίνης, CEA και CA 15-3.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 1) οι ασθενείς με ΜΚΜ εμφανίζουν στατιστικώς σημαντικά αυξημένη ρεζιστίνη, CA 15-3 και CEA σε σύγκριση με τις υγιείς μάρτυρες και τις ασθενείς με ΙΝΜ ($p<0.05$). 2) Η ρεζιστίνη άνω των 8.22 ng/mL παρουσιάζει ευαισθησία και ειδικότητα 66% και 65% αντίστοιχα 3) Στις ασθενείς, η ρεζιστίνη συσχετίζεται με τον δείκτη CA 15-3 και με φλεγμονώδεις παράγοντες ($p<0.05$). 4) Η διαγνωστική αξία του CA 15-3 υπερέρχει έναντι της ρεζιστίνης με εμβαδό κάτω από την ROC καμπύλη: 0.85 (95% C.I. 0.79-0.91).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Χρειάζονται μεγαλύτερες προοπτικές και διαδοχικές μελέτες για να προσδιοριστεί η προγνωστική και διαγνωστική αξία της ρεζιστίνης ως βιοδείκτη παρακολούθησης του ΜΚΜ.

445. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

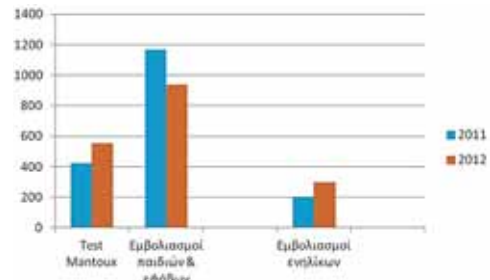
446. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΑΙ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ ΤΑ ΕΤΗ 2011/12

Ε. Παπαβασιλείου, Α. Πατέλης, Μ. Γεμελιάρη, Β. Δαρδαμάνη, Δ. Παναγιωτόπουλος, Γ. Τσαχίριδης, Γ. Ντουλόπουλος, Μ. Δανδουλάκης
Κέντρο Υγείας Βάρης, Αττική

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκριση των λειτουργικών στοιχείων παροχής υπηρεσιών στο παιδιατρικό ιατρείο και το τμήμα επισκεπτών υγείας του ΚΥ Βάρης τη 2ετία 2011 και 2012, λαμβάνοντας υπόψη και το γεγονός ότι το 2012 είναι η πρώτη χρονιά λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν τα συνολικά στοιχεία τα οποία έχουν σταλεί στο Esynet κατά τα έτη αυτά. Τα στοιχεία του παιδιατρικού ιατρείου συμπληρώνονται από την παιδίατρο στην κάρτα υγείας του παιδιού. Για την καταγραφή των στοιχείων της κίνησης του τμήματος επισκεπτών υγείας, έχει γίνει μηχανοργάνωση του τμήματος από το έτος 2008. Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το EXCEL 2007.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το δεύτερο εξάμηνο του 2011, κατά το οποίο άρχισε τη λειτουργία του το παιδιατρικό ιατρείο, εξετάστηκαν συνολικά 803 παιδιά, ενώ το 2012 εξετάστηκαν συνολικά 1640 παιδιά. Σημειώνεται αύξηση στον αριθμό των υποβληθέντων στη δερμοαντίδραση μαπoux κατά 30,5% (από 423 σε 552) και των εμβολιασμών ενηλίκων κατά 46,3% (από 203 σε 297), ενώ παρατηρήθηκε μείωση των εμβολιασμένων παιδιών και εφήβων κατά 19,5% (από 1167 σε 940), καθώς και των παιδιών και εφήβων που συμπλήρωσαν το Ατομικό Δελτίο Υγείας (ΑΔΥ) κατά 46% (από 858 σε 464).



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αύξηση του εμβολιασμού των ενηλίκων (κυρίως αντιγριπικός εμβολιασμός τους χειμερινούς μήνες) κατά 46,3%, μπορεί να αποδοθεί στην ευαισθητοποίηση των κατοίκων για τη χρησιμότητα που έχει για την προστασία της υγείας τους. Η μείωση του ποσοστού των εμβολιασμένων παιδιών και εφήβων κατά 19,5% συμφωνεί με την τάση που παρατηρείται σε εθνικό επίπεδο, σαν συνέπεια της οικονομικής κρίσης, αλλά εν μέρει μπορεί να αποδοθεί στη δυνατότητα που παρέχεται με την ηλεκτρονική συναγοράφιση εμβολίων από συμβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς. Η συντονισμένη συνεργασία της παιδίατρο με τους γενικούς γιατρούς και τους επισκέπτες υγείας, μπορεί να οδηγήσει σε πιο ολοκληρωμένες υπηρεσίες ΠΦΥ στον πληθυσμό της περιοχής.

447. Ο ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΕ ΑΛΛΟΔΑΠΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ

Α. Γαλανοπούλου^{1,2}, Π. Κατσαούνη^{1,2}, Π. Μπάφα², Μ. Μπούτσι², Ι. Τσακανίκας²

¹Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ΠΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», ²ΚΥ Σαλαμίνας

ΣΚΟΠΟΣ: Στα πλαίσια του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου που το Υπουργείο Υγείας εκπόνησε δωρεάν, κατά το έτος 2012 (εγκύκλιος 1601/12-12-2012 της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας), στο Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας, υποβλήθηκαν σε εξέταση όλες οι ενδιαφερόμενες γυναίκες, ανεξαρτήτως καταγωγής. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η καταγραφή και παρακολούθηση της πληθυσμιακής αυτής κίνησης, καθώς και η εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Από το σύνολο των 163 γυναικών που εξετάστηκαν, το 12% ήταν αλλοδαπές και εξ' αυτών το 10% ήταν αλβανικής καταγωγής. Στην πλειοψηφία τους, είχαν αρνητικό ιατρικό αναμνηστικό, με εξαίρεση το 3% που ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή για αρτηριακή υπέρταση και το 2% αγχολυτικά φάρμακα. Από τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης, προέκυψε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (90%) ήταν αρνητικό για κακοήθεια ή άλλη παθολογία, ενώ στο 8% ανιχνεύθηκαν στοιχεία φλεγμονής του επιχρίσματος, η οποία χαρακτηρίστηκε ως έντονη κολποτραχηλίτιδα. Στην τελευταία πληθυσμιακή ομάδα, συνεστήθη λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την οδηγία γυναικολόγου και στη συνέχεια έγινε παραπομπή για επανέλεγχο κατόπιν τριμήνου. Τέλος, στο 2% των γυναικών παρατηρήθηκαν στοιχεία κολπικής μικητρίωσης και ακολουθήθηκε η αρμόζουσα φαρμακευτική αντιμετώπιση. Σημαντικό είναι δε, το γεγονός ότι στο σύνολό τους, οι αλλοδαπές γυναίκες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, πραγματοποίησαν την εξέταση κατά Παπανικολάου, για πρώτη φορά στη ζωή τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατόπιν σωστής και έγκαιρης ενημέρωσης του πληθυσμού της Σαλαμίνας, στον προληπτικό έλεγχο συμμετείχαν και αλλοδαπές γυναίκες. Η προσέλευσή τους, αποτελεί γεγονός αξιοσημείωτο, καθότι με βάση τις τελευταίες δημογραφικές καταγραφές, σημαντικό ποσοστό αλλοδαπών (20% επί των καταγεγραμμένων προ πενταετίας), επέστρεψε στη χώρα καταγωγής του, κατά το χρονικό διάστημα της τελευταίας διετίας.

449. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ**448. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ****450. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ**

ΔΕΝ
ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

451. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

453. Η ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΩΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Ι. Γκαϊταριτζακης¹, Χ. Βέρρας¹, Έ. Λιναρδούτσου¹, Α. Δημητριάδου², Ε. Φουστέρης², Κ. Μπότσιος¹, Ρ. Παπαρηγόπουλος¹, Γ. Φιορέτος¹, Σ. Κατσουλάκου³, Ε. Χελιώτη^{4,5}

¹Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ΓΝΠ «Τζάνειο», ²Α Παθολογική Κλινική, ΓΝΠ «Τζάνειο», ³Νευρολογική Κλινική, ΓΝΠ «Τζάνειο», ⁴Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ΓΝΠ «Τζάνειο», ⁵Τμήμα Νεφρολογικής Κλινικής, ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση ισχαιμικού ή αιμορραγικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) στους ενήλικες.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 130 ασθενείς, που νοσηλεύτηκαν στη Νευρολογική Κλινική λόγω ΑΕΕ κατά τη διάρκεια ενός έτους. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε μέσω αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου. Παράγοντες κινδύνου που εκτιμήθηκαν για την εκδήλωση ΑΕΕ: αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (Τ2ΣΔ), δυσλιπιδαιμία (ΔΛ) και χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ). Η στατιστική ανάλυση και ο έλεγχος των συγκρίσεων έγινε με χ^2 και λογιστική παλινδρόμηση με το SPSS 20.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 130 ασθενείς (70% άνδρες, μέσης ηλικίας 56±7 έτη και 30% γυναίκες, μέσης ηλικίας 55±7 έτη), οι 105 (80,8%) διαγνώστηκαν με Ισχαιμικό ΑΕΕ (Ι-ΑΕΕ), ενώ οι 25 (19,2%) εκδήλωσαν αιμορραγικό ΑΕΕ (Α-ΑΕΕ). 70 (53,8%) ασθενείς είχαν ΑΥ εκ των οποίων οι 52 (74,3%) παρουσίασαν Ι-ΑΕΕ. Από τους 29 (22,3%) Τ2ΣΔ, μόλις 4 (13,8%) είχαν Α-ΑΕΕ. Από τους 13 (10%) με ΔΛ μόνο ένας (7,7%) είχε Α-ΑΕΕ ενώ, από τους 13 (10%) με ΧΝΝ οι 9 (69,2%) είχαν Ι-ΑΕΕ. Από τους παράγοντες κινδύνου στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρουσίασε μόνο η ΑΥ ($p<0,032$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Φαίνεται ότι μεταξύ των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, η ΔΛ, η ΧΝΝ και ο Τ2ΣΔ αν και ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες, είχαν χαμηλότερη επίπτωση σε σχέση με την υπέρταση. Στοχευμένες παρεμβάσεις κατά της υπέρτασης θα μπορούσαν να μειώσουν σε σημαντικό βαθμό τα ΑΕΕ.

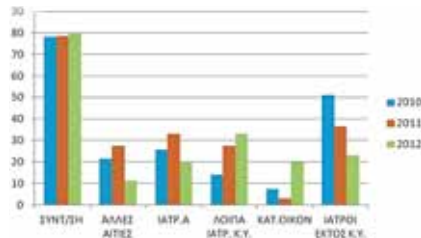
452. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΤΑΚΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΥ ΒΑΡΗΣ

Μ. Δανδουλάκης, Κ. Γιαλεδάκη, Ε. Μεράκου, Β. Θεοδοσίου
Κέντρο Υγείας Βάρης, Αττική

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι ο διαχρονικός έλεγχος της λειτουργίας ενός τακτικού ιατρείου του ΚΥ Βάρης, στα πλαίσια της στατιστικής των ασθενών που προσέρχονται μόνο για συνταγογράφηση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκε ο λόγος προσέλευσης όλων των ασθενών που ήλθαν σε ένα τακτικό ιατρείο γενικής ιατρικής του ΚΥ Βάρης. Παράλληλα με το σύνολο των ασθενών που προσήλθαν για συνταγογράφηση από τον Απρίλιο του 2010, καθορίστηκε το είδος συνταγογράφησης, καθώς και εάν αφορούσε άλλη αιτία προσέλευσης εκτός από συνταγογράφηση. Για κάθε κατηγορία καθορίστηκε ένας κωδικός αριθμός (συνολικά καθορίστηκαν 31 διαφορετικοί κωδικοί προσέλευσης).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι υπολογισμοί έγιναν σε 975 επισκέψεις το 2010, σε 911 το 2011 και 568 το 2012. Από αυτές συνταγογράφηση αφορούσαν 762 (78,15%) επισκέψεις το 2010, 758 (78,54%) το 2011 και 453 (79,73%) το 2012. Οι επισκέψεις για συνταγογράφηση σε ασθενείς του ιατρείου ήταν 194 (25,5%) για το 2010, 250 (33%) για το 2011 και 114 (20,07%) για το 2012, ενώ οι συνταγογραφήσεις σε ασθενείς που παρακολουθούνται από άλλο ιατρό του ΚΥ Βάρης ήταν 56 (7,4%), 208 (27,5%) και 188 (33,1%) και για ασθενείς εκτός ΚΥ Βάρης ήταν 386 (51%), 277 (36,5%) και 131 (23,06%) αντίστοιχα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους ασθενείς που ήλθαν για άλλες αιτίες προσέλευσης, κυρίως εμβολιασμοί παιδιών και χορήγηση βεβαιώσεων για τη γυμναστική στο σχολείο, ήταν 213 (21,5%), 207 (27,5%) και 115 (11,21%) αντίστοιχα.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαπιστώνεται μία μείωση του ποσοστού των ασθενών που έρχονται για συνταγογράφηση στο τακτικό ιατρείο της μελέτης και ανήκουν σε ιατρό εκτός ΚΥ Βάρης. Οι ασθενείς του ιατρείου παρακολούθησης μειώθηκαν από 25,5% σε 20,07% και οι ασθενείς από άλλα ιατρεία του ΚΥ Βάρης αυξήθηκαν από 14% σε 33,1%. Χρειάζεται συντονισμός των προσπαθειών ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, με εφαρμογή λίστας ασθενών ανά προσωπικό ιατρό, καθώς και βελτίωση των κλινικών δεικτών ποιότητας για τα χρόνια νοσήματα, για τα οποία παρακολουθούνται οι ασθενείς του ΚΥ Βάρης.

454. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ ΤΑ ΕΤΗ 2011/12

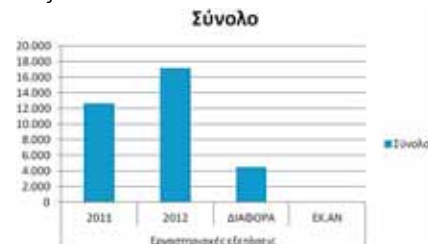
Δ. Παπαδοπούλου, Μ. Κραββαρίτου, Θ. Τσώπτελας, Γ. Ντουλόπουλος, Γ. Τσαχιρίδης, Π. Χαριτωνίδης, Μ. Δανδουλάκης
Κέντρο Υγείας Βάρης, Αττική

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκριση των λειτουργικών στοιχείων παροχής υπηρεσιών υγείας του μικροβιολογικού εργαστηρίου στο ΚΥ Βάρης τη 2ετία 2011 και 2012, λαμβάνοντας υπόψη και το γεγονός ότι το 2012 είναι η πρώτη χρονιά λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν τα συνολικά στοιχεία τα οποία έχουν σταλεί στο Esynet κατά τα έτη αυτά. Για την καταγραφή των στοιχείων της κίνησης του μικροβιολογικού εργαστηρίου, έχει γίνει μηχανοργάνωση του. Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το EXCEL 2007.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά προσφέρθηκαν υπηρεσίες μικροβιολογικού εργαστηρίου σε 1348 τακτικά και επείγοντα περιστατικά το έτος 2011, έναντι 1497 περιστατικών αντίστοιχα για το έτος 2012, καταγράφοντας μια αύξηση 11,0,5% (149 περιπτώσεις) το 2012.

Στο διάγραμμα φαίνονται οι μικροβιολογικές εξετάσεις οι οποίες επιτελέστηκαν στο σύνολο των ανωτέρω επισκέψεων. Συνολικά έγιναν 12640 μικροβιολογικές εξετάσεις το 2011 και 17177 το 2012, καταγράφοντας έτσι μια αύξηση κατά 4537 (35,9%) εξετάσεις.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σημαντική αύξηση των μικροβιολογικών μπορεί να αποδοθεί στη δυνατότητα που είχαν οι πρώην ασθενείς του ΙΚΑ αλλά και των άλλων ταμείων που έχουν μπει στο ΕΟΠΥΥ να διενεργούν εξετάσεις στο ΚΥ Βάρης, κατόπιν ηλεκτρονικής εντολής του ιατρού. Το 2011 ήταν η πρώτη χρονιά που ξεκίνησε να ζητείται αποζημίωση για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες μέχρι τότε παρέχονταν δωρεάν κυρίως για τους ασφαλισμένους ΟΓΑ, ενώ από το 2012, με την ηλεκτρονική αναγραφή των παραπεμπτικών και τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, η δαπάνη βαρύνει τον οργανισμό, χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου, σε αντίθεση με τη συμμετοχή του κατά 15% σε συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ εργαστήρια.

455. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΠΑΝΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Π. Κατσαούνη^{1,2}, Α. Γαλανοπούλου^{1,2}, Μ. Καπαρέλου², Μ. Παπανικολάου², Ι. Τσακανίκας², Ε. Κατσουλιέρη², Ι. Ζερβακάκου², Α. Βαγενά^{1,2}, Θ. Χατζής^{1,2}, Π. Μπάφα²

¹Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ΠΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», ²ΚΥ Σαλαμίνας

ΣΚΟΠΟΣ: Κρίση πανικού είναι αιφνίδιας έναρξης περίοδος εντόνου άγχους, ψυχολογικής διέγερσης, φόβου και αδιαθεσίας που σχετίζονται με ποικιλία σωματικών και νοητικών συμπτωμάτων. Οι περισσότεροι ασθενείς αιτώνται θωρακικό άλγος, αίσθημα παλμών και γαστρεντερικές διαταραχές. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της προσέλευσης και η αντιμετώπιση σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Από Ιανουάριο-Μάιο 2012, προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας 93 ασθενείς με εικόνα κρίσης πανικού. Καταγράφηκαν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες, όπως δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητα, φαρμακευτική αγωγή που ελάμβαναν και αριθμός προσελεύσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (65%), μέσης ηλικίας 31-40 ετών. Στις μεγαλύτερες ηλικίες, το 28% παρουσίαζε συννοσηρότητα (ΑΥ, ΣΔ κλπ). Ένα 30% είχε συχνές προσελεύσεις. Το 20% ασθενών ηλικίας <40 ετών γνώριζαν ότι πάσχουν από διαταραχή πανικού που δεν μπορεί να ελεγχθεί, αφού αρνούνταν φαρμακευτική αγωγή και γνώμη ειδικού. Εξ' αυτών, το 5% προσερχόταν τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα, με εμφανή συμπτώματα κατάθλιψης. Οι ασθενείς συνήθως αιτούνταν καρδιολογικό πρόβλημα. Το 98% των περιστατικών αντιμετωπίστηκε στο Κέντρο Υγείας με χορήγηση κυρίως αλπραζολάμης, σε δόσεις 0,5 mg-1 mg. Στο 8% χορηγήθηκε εικονικό φάρμακο και δεν αναδείχθηκε ιδιαίτερη διαφορά στη βελτίωση της συμπτωματολογίας, σε σχέση με τη χορήγηση βενζοδιαζεπινών. Στα περιστατικά με τις συχνότερες προσελεύσεις συνεστήθη λήψη συστηματικής αγωγής. Μόνο το 10% ήταν δεκτικό, ενώ ένα 20% παραπέμφθηκε σε ειδικό λόγω σύνθετων προβλημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη αναδεικνύει επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των κρίσεων πανικού στην ΠΦΥ. Οι ασθενείς αρκούνται στον τρόπο και την αποτελεσματικότητα της δικής μας πρώτης παρέμβασης για μείωση του άγχους και αποφεύγουν την επαφή με τον ψυχίατρο. Το ποσοστό των ασθενών που δέχεται να λάβει τακτικά σωστή φαρμακευτική αγωγή, είναι πολύ μικρό και συνήθως συμφορώνεται για μικρό χρονικό διάστημα.

456. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ ΤΑ ΕΤΗ 2011/12

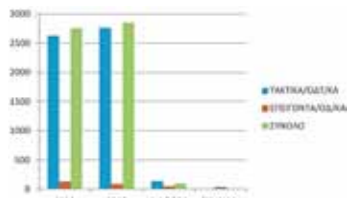
Μ. Σταμούλου, Π. Μακρή, Α. Πατέλης, Μ. Δανδουλάκης

Κέντρο Υγείας Βάρης, Αττική

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκριση των λειτουργικών στοιχείων παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών στο ΚΥ Βάρης τη 2ετία 2011 και 2012, λαμβάνοντας υπόψη και το γεγονός ότι το 2012 είναι η πρώτη χρονιά λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

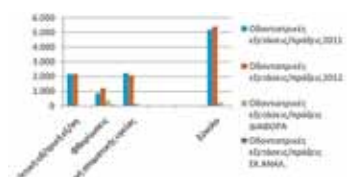
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν τα συνολικά στοιχεία τα οποία έχουν σταλεί στο Esynet κατά τα έτη αυτά. Τα στοιχεία προήλθαν από το βιβλίο κίνησης των ασθενών του οδοντιατρικού τμήματος. Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το EXCEL 2007.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά εξετάστηκαν 2627 τακτικά οδοντιατρικά περιστατικά το έτος 2011 και 2763 το έτος 2012, καθώς και 127 επειγόντα το 2011 και 84 επειγόντα το 2012. Δηλαδή υπάρχει μια αύξηση των τακτικών οδοντιατρικών περιστατικών κατά 136 (4,9%) που προσήλθαν στο οδοντιατρείο του ΚΥ Βάρης το 2012 και μία μείωση των επειγόντων κατά 43 (33,9%) περιστατικά. Συνολικά η κίνηση των οδοντιατρικών περιστατικών αυξήθηκε κατά 93 (3,4%) όπως φαίνεται στο διάγραμμα 1.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1:

Στο διάγραμμα 2 φαίνεται το σύνολο των οδοντιατρικών πράξεων. Οι οδοντιατρικές πράξεις που αφορούσαν προληπτική οδοντιατρική δεν παρουσίασαν ιδιαίτερη μεταβολή τη 2ετία 2011 και 2012 (2145 έναντι 2146). Η φθορίωση αυξήθηκε το 2012 κατά 356 (42,9%) πράξεις και η αγωγή και προαγωγή υγείας μειώθηκε κατά 140 παρότι αυξήθηκαν τα συνολικά προγράμματα αγωγής υγείας από 12 σε 13.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αύξηση της φθορίωσης οφείλεται στην οικονομική δυσκολία των κατοίκων. Τα υπόλοιπα διατηρήθηκαν στα ίδια επίπεδα με το 2011. Στην περιοχή μας δεν υπάρχει άλλος δημόσιος φορέας παροχής υπηρεσιών οδοντιατρικής περιθαλψής για παιδιά από 0-18 ετών.

457. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

458. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Σαμόλης¹, Γ. Γιαννούλη², Θ. Τρουπή¹, Ι. Κυριόπουλος³, Κ. Παρασκευόπουλος⁴, Γ. Κουλούρης⁴

¹Εργαστήριο Ανατομίας-«Ανατομείο» ΕΚΠΑ, ²Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ³ΕΣΣΥ, ⁴Εργερευνητική ΜΚΟ

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθεί η συχνότητα των κυριότερων προδιαθεσικών παραγόντων σε πάσχοντες από στεφανιαία νόσο και να προσδιοριστούν οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν οι κλασσικοί προδιαθεσικοί παράγοντες σε 173 στεφανιαίους ασθενείς, ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών, εκ των οποίων 86 γυναίκες και 87 άνδρες, στα ΚΑΠΗ του Δήμου Αγίων Αναργύρων – Καματερού, οι οποίοι βρέθηκαν σε δείγμα 1650 εξετασθέντων. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε λήψη ιστορικού και προσδιορισμό κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, και πραγματοποιήθηκε μέτρηση ύψους, βάρους, υπολογισμού ΔΜΣ και έλεγχος της φαρμακευτικής αγωγής. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια εξειδικευμένου προσωπικού, σε διάστημα 5 μηνών, με προσωπική επαφή και μετά από έγγραφη συγκατάθεση των ερωτώμενων. Η έρευνα ολοκληρώθηκε σύμφωνα με επιστημονικά αποδεκτές μεθόδους. Το στατιστικό πρόγραμμα SPSS χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των αποτελεσμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βρέθηκαν 173 ασθενείς με στεφανιαία νόσο, σε σύνολο 1650 ατόμων, εκ των οποίων 86 γυναίκες και 87 άνδρες.

ΦΥΛΟ	ΚΑΠΝΙΣΜΑ	BMI	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ	ΣΔ
ΑΝΔΡΕΣ	54 (62%)	8 (9,1%)	7 (8%)	9 (10,3%)	23 (26,4%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	18 (20,9%)	15 (17,4%)	6 (6,9%)	9 (10%)	28 (20,9%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στους άνδρες, οι τρεις κατά σειρά συχνότητας προδιαθεσικοί παράγοντες είναι το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης και η αυξημένη χοληστερόλη ενώ στις γυναίκες ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα και ακολουθεί ο ΔΜΣ (υπέρβαροι/παχύσαρκοι) σε ποσοστό σχεδόν διπλάσιο των ανδρών.

459. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΣΕ 3 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΟΘΕΡΜΙΑ

Χ. Καρδάμης¹, Ν. Τσιγαρίδας², Σ. Κυράμα², Α. Κατσάνου³, Π. Τσαπάογας²
¹Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Κέρκυρας, ²Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Κέρκυρας, ³Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Κέρκυρας

Στο τμήμα επείγοντων περιστατικών επαρχιακού νοσοκομείου προσεκομίσθησαν εντός 20 ημερών τρεις ασθενείς με θερμοκρασίες 27,2 - 28,8° C. Και στις τρεις περιπτώσεις το ΗΚΓ παρουσίαζε φλεβοκομβική βραδυκαρδία (38/min -43/min), παράταση του QT (52 sec -72 sec) καθώς και κύμα Osborne. Με τη σταδιακή αποκατάσταση της θερμοκρασίας, τα ανωτέρω παθολογικά ευρήματα αποκατεστάθησαν.

Υποθερμία ορίζεται ως θερμοκρασία ορθού <35° C (ήπια: 32-35, μέτρια: 29-32, σοβαρή <29). Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις επί υποθερμίας περιλαμβάνουν βραδυαρρυθμίες (φλεβοκομβική βραδυκαρδία, κοιλιακή μαρμαρυγή βραδείας ανταπόκρισης, κομβικός ρυθμός, κοιλιοκοιλιακός αποκλεισμός), κύματα Osborne (ή κύματα J), παράταση PR, QRS, QT, έκτακτες κοιλιακές συστολές, παράσιτα και καρδιακή ανακοπή λόγω κοιλιακής ταχυκαρδίας/μαρμαρυγής ή ασυστολίας.

Τα κύματα Osborne μοιάζουν με κύματα δ ή δικην ύβου καμής μετά το QRS στις απαγωγές II και V2-V6. Είναι παρόντα στο 80% των ασθενών με θερμοκρασία ορθού <30° C. Μπορούν ωστόσο να ανευρεθούν και σε υπερασβεστιαμία, σύνδρομο Brugada καθώς και σε διαταραχές επαναπόλωσης. Το ύψος τους είναι ανάλογο της υποθερμίας, όμως η παρουσία τους δεν είναι προγνωστικός παράγοντας, σε αντίθεση με την παρουσία κοιλιακής μαρμαρυγής που είναι αρνητικός προγνωστικός παράγοντας.

460. ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ BRUGADA ΩΣ ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σ. Κυράμα¹, Ν. Τσιγαρίδας¹, Χ. Καρδάμης², Π. Τσαπάογας¹

¹Β' Παθολογική Κλινική ΓΝ Κέρκυρας, ²Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κέρκυρας

ΠΡΩΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: Άνδρας 36 ετών προσήλθε στο τμήμα επείγοντων περιστατικών αιτιώμενος κοιλιακό άλγος. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) ανευρέθη ατελής block δεξιού σκέλους και ανόσπαση του ST δικην θόλου >2 mm στο σημείο J, ακολουθούμενο από αρνητικό κύμα T. Αυτό εκτιμήθηκε ως ηλεκτροκαρδιογραφικό πρότυπο Brugada τύπου I. Παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο όπου υπεβλήθη σε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη (ΗΦΜ) και σε εμφύτευση απινιδωτή.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: Άνδρας 61 ετών που προσήλθε λόγω εμπύρετου ουρολοιμώξης με θερμοκρασία 40° C. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα αναδείχθηκε πρότυπο Brugada τύπου 1 στη V1 και τύπου 2 στη V2. Έγινε ΗΚΓ επίσης επί απυρεξίας, το οποίο ανέδειξε Brugada τύπου 3 μόνο στη V1. Ο συγκεκριμένος ασθενής παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για αρρυθμιολογικό έλεγχο που απέκλεισε τη διάγνωση του συνδρόμου Brugada.

Το σύνδρομο Brugada χαρακτηρίζεται ηλεκτροκαρδιογραφικά από ανόσπαση του διαστήματος ST στις δεξιές προκάρδιες απαγωγές (δικην θόλου ή εκκολπώματος) και ατελής block δεξιού σκέλους (RBBB).

Στο σύνδρομο Brugada οι αλλοιώσεις αυτές είναι συχνά εμφανείς εξ αρχής. Μπορεί όμως να είναι λανθάνουσες και να αποκαλυφθούν σε καταστάσεις όπως: εμπύρετο, υποκαλιαιμία, υπερκαλιαιμία, υπερασβεστιαμία, κατάχρηση αλκοόλ και κοκαΐνης, χορήγηση φαρμάκων όπως αποκλειστές διαύλων Na (ανταρρυθμικά κατηγορίας Ia-Ib-Ic), παρασυμπαθητικοί παράγοντες, α-αδρενεργικοί αγωνιστές, β-αδρενεργικοί αγωνιστές, τρικυκλικά ή τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά καθώς και συνδυασμένη χορήγηση γλυκόζης/ινσουλίνης. Εκτός των ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων, για τη διάγνωση του συνδρόμου είναι απαραίτητη η παρουσία ενός από τα ακόλουθα κλινικά κριτήρια: καταγεγραμμένη κοιλιακή μαρμαρυγή, αυτοπεριοριζόμενη πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία, οικογενειακό ιστορικό αιφνιδίου καρδιακού θανάτου (<45 ετών), ΗΚΓ «δικην θόλου» σε άλλα μέλη της οικογένειας, κοιλιακή ταχυκαρδία σε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη, συγκοπή και νυχτερινή αγωνιώδης αναπνοή.

Η τοποθέτηση αυτόματου απινιδωτή (implantable cardiac defibrillator-ICD) είναι η μοναδική αποδεδειγμένα αποτελεσματική θεραπεία για το σύνδρομο Brugada.

461. ΣΗΠΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΤΕΡΝΟΚΛΕΙΔΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Π. Κατσάνου¹, Β. Ντόβα¹, Θ. Βλάχου², Ε. Σούκκ², Ι. Μαργαρίτης¹

¹Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου, Αγρίνιο, ²Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου, Αγρίνιο

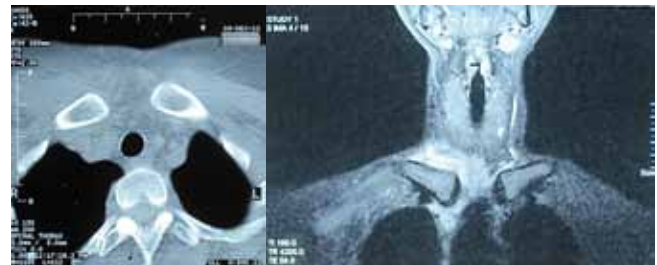
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η στερνοκλειδική άρθρωση είναι μια σπάνια εντόπιση πύθους αρθρίτιδας σε ασθενείς με ιστορικό νεφρικής ή ηπατικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου, ρευματοειδούς αρθρίτιδας, σακχαρώδους διαβήτη και άλλων ανοσοκατασταλτικών νοσημάτων ή σε χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού με σηπτική αρθρίτιδα στερνοκλειδικής άρθρωσης χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες

ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα 45 ετών με ελεύθερο ιστορικό προσήλθε στο τμήμα επείγοντων περιστατικών με πόνο στο δεξί πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και υψηλό πυρετό έως 39° C με ρίγος από πνευμήνιου. Κλινικά παρουσίαζε οίδημα στην περιοχή της στερνοκλειδικής άρθρωσης, ερυθρότητα και ευαισθησία. Δεν παρατηρήθηκε καμία πύλη εισόδου στο δέρμα παρά μια μικρή αμυχή του αντίχειρα που αποδόθηκε από την ίδια σε πρόσφατο τραυματισμό από κόκκαλο ψαριού. Ο εργαστηριακός έλεγχος κατά την είσοδο ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής (WBC=16.840/μL, CRP=38,2 mg/dL, TKE=102 mm την πρώτη ώρα). Εισήχθη στην παθολογική κλινική για διερεύνηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αξονική τομογραφία (CT) της περιοχής ήταν συμβατή με φλεγμονή της στερνοκλειδικής άρθρωσης και του γειτονικού κυτταρολιπώδους ιστού χωρίς οστική συμμετοχή, ενώ η μαγνητική τομογραφία (MRI) επιβεβαίωσε τη διάγνωση της σηπτικής αρθρίτιδας. Λόγω της μικρής ποσότητας υγρού δεν κρίθηκε σκόπιμη η παρακέντηση της άρθρωσης. Η αιμοκαλλιέργεια απομόνωσε staphylococcus aureus MRSA. Η ασθενής έλαβε παρεντερικά για 4 εβδομάδες συνδυασμό κεφαζόλημης με βανκομυκίνη. Ο έλεγχος για αυτοάνοσο ή ανοσοκατασταλτικό νόσημα απέβη αρνητικός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πύθους αρθρίτιδα της στερνοκλειδικής άρθρωσης σε ασθενείς με ελεύθερο ιστορικό, αν και σπάνια, χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη διαφοροδιαγνωστικά για την έγκαιρη αντιμετώπιση της και την αποφυγή πιθανών επιπλοκών.



462. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΠΟΙΟΥ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΝΑ ΣΥΝΕΒΑΛΕ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΑΓΓΕΙΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΙΦΑΜΠΙΚΙΝΗΣ

Β. Χριστοπούλου¹, Α. Τσαμίγκος¹, Π. Κατσαούνης¹, Ν. Χαραλαμπίκης¹, Ν. Οικονομόπουλος², Π. Φούκας³, Π. Χαλβασιώτης¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», ²Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «Αττικόν», ³Β' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ασθενούς πάσχοντος από μεσοθηλίωμα περιτοναίου στην αντιμετώπιση του οποίου φαίνεται να συνέβαλε και η αντιαγγειογενετική δράση της ριφαμπικίνης.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Πρόκειται για άνδρα 65 ετών ο οποίος εισήχθη στην κλινική για διερεύνηση ασκτικής συλλογής. Ατομικό αναμνηστικό, καπνιστής και υπέρταση. Η αξονική κοιλίας ανέδειξε περιοχές θολερότητας και πάχυνσης των πετάλων του περιτοναίου (εικόνα επιπεδικού κέικ), λεμφοαδένες διαμέτρου μέχρι 1 εκ. και σημαντική ποσότητα ελεύθερου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η παρακέντηση του ασκτικού υγρού, ανέδειξε εικόνα εξιδρώματος, η κυτταρολογική του ασκτικού υγρού ήταν αρνητική για κακοήθεια, άμεση για β-Koch και Lowenstein ήταν επίσης αρνητικές. Έγινε στον ασθενή Mantoux που ήταν θετική και δοκιμασία με Quantiferon επίσης θετική, γι' αυτό στον ασθενή χορηγήθηκε αντιφυματική αγωγή η οποία περιελάμβανε και ριφαμπικίνη. Ο ασθενής παρουσίασε αρχικά ήπια επιβράδυνση της αναπαραγωγής του ασκτικού υγρού, αλλά λόγω μη υποχώρησης, όπως θα αναμένεται αν επρόκειτο για φυματιώδη περιτονίτιδα, αποφασίστηκε η βιοψία περιτοναίου, η οποία ανέδειξε μεσοθηλίωμα, επιθηλιοειδούς/φλεγμονώδους τύπου. Μακροσκοπικά κατά τη βιοψία εδίδετο η εντύπωση τυροειδοποίησης σε ιστοτεμάχια τα οποία παρουσίαζαν εκτεταμένη νέκρωση. Ακολούθως ο ασθενής παράλληλα με την αντιφυματική αγωγή έλαβε και χημειοθεραπεία (ΧΜΘ) με σισπλατίνη και πεμετρεξέδη. Ο ασθενής παρουσίασε θεματική βελτίωση με υποχώρηση του ασκτικού και στον γρόμφο απεικονιστικό έλεγχο αμέσως μετά το τέλος της ΧΜΘ και σχεδόν ένα έτος μετά τη ΧΜΘ είναι ελεύθερος νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ: Από τη βιβλιογραφία μελέτες δείχνουν ότι η ριφαμπικίνη έχει αντιαγγειογενετικές ιδιότητες, καθώς και σε υψηλές συγκεντρώσεις ασκεί απευθείας δράση κατά των καρκινικών κυττάρων που προέρχονται από διάφορους όγκους. Φαίνεται δε, να είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση όγκων του ήπατος, καθώς και για την αντιμετώπιση της νεοαγγείωσης του αμφιβληστροειδούς. Στην περίπτωση μας ο ασθενής ελάμβανε αντιφυματική αγωγή, όταν έγινε η βιοψία, πιθανώς η αντιαγγειογενετική δράση της ριφαμπικίνης να συνέβαλε στην εκτεταμένη νέκρωση που παρουσίαζε ο όγκος, παράλληλα δε, με τη ΧΜΘ ο ασθενής συνέχισε να λαμβάνει ριφαμπικίνη, που πιθανώς να συνέβαλε σαν αντιαγγειογενετικός παράγων με αποτέλεσμα τη θεματική υποχώρηση του μεσοθηλιώματος και ο ασθενής βρίσκεται σε αρίστη κατάσταση ελεύθερος νόσου.

463. ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ-ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Ε. Κιτρομυλίδη¹, Ε. Μαργαρίτης², Α. Αργυράκη¹, Ι. Σταύρακα¹, Κ. Γκορίτσας¹

¹Παθολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», ²ΣΤ' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝ Βούλας

Παρουσιάζουμε ασθενή με σταφυλοκοκκική σπονδυλοδισκίτιδα, ο οποίος παρά την ενδοδεγμένη επιτυχή αντιμικροβιακή αγωγή, λόγω καθυστερημένης διάγνωσης παρέμεινε με μόνιμες οστικές βλάβες ΣΣ.

Η Σπονδυλοδισκίτιδα αποτελεί φλεγμονή μεσοσπονδύλιου δίσκου και παρακείμενων σπονδυλικών πλάκων.

Συχνότητα 2.4/100.000, ηλικία >70 ετών 6/100.000. Κυρίως παρουσιάζει άλγος ΣΣ με/χωρίς πυρετό. Η διάγνωση καθυστερεί λόγω της σπανιότητας της νόσου και υψηλής συχνότητας οσφυαλγίας στον πληθυσμό. Συχνότεροι παθογόνοι μικροοργανισμοί: Σταφυλόκοκκος (40%-60%), Μυκοβακτηρίδιο της Φυματίωσης (20%).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 63 ετών με θωρακαλγία-πυρετό εκτιμήθηκε σε ΚΥ, θεωρήθηκε ιογενής συνδρομή χορηγήθηκαν ΜΖΑΦ. Κατόπιν σε ΤΕΠ νοσοκομείου αρνητική ΣΤΡΑ για ΠΕ.

Έξι εβδομάδες μετά εισήχθη σε πνευμονολογική κλινική, έλεγχος με ΣΤΡΑ, σπινθηρογράφημα αιμάτωσης πνευμόνων για πιθανή ΠΕ με αρνητικά αποτελέσματα. Παρουσίασε επιδείνωση, αδυναμία έγερσης, και αυξημένους δείκτες φλεγμονής. **CT Θώρακος:** Παρασπονδυλική μάζα μαλακών μορίων κατώτερων θωρακικών σπονδύλων, κατάγματα Θ10-Θ11.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μεταφέρθηκε στην Π/Θ κλινική με δυσαισθησία, μειωμένη μύκη ι-σχύ κάτω άκρων, διαταραχή της εν τω βάθει αισθητικότητας. **MRI/ΘΜΣΣ:** Σπονδυλοδισκίτιδα Θ8-Θ9 & Θ9-Θ10, πίεση θωρακικού μυελού Θ9-Θ10. **FNA πύθωνος συλλογής υπό CT** και από την καλλιέργεια απομονώθηκε *staphylococcus aureus* (MSSA)

ΛΟΙΠΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Στείρες αιμοκαλλιέργειες. Διοισοφάνειο U/S καρδιάς (-), κ/α ούρων στείρα, έλεγχος για TBC αρνητικός. Βάσει αντιβιογράμματος χορηγήθηκαν i.v κλοξακιλίνη 3 g×4, και συνέχιση σε ros αγωγή. Παρουσιάστηκε υποκειμενική και αντικειμενική βελτίωση, φυσιολογικοί δείκτες φλεγμονής (WBC 5930-CRP 0.95-TKE 25).

2η MRI ΘΜΣΣ ΕΝΑ ΜΗΝΑ ΜΕΤΑ: Σχετική βελτίωση ευρημάτων με παραμονή πειστικών φαινομένων επί νωτιαίου μυελού. Κινητοποίηση ασθενούς με θωρακοοσφυϊκό κηδεμόνα, μεταφορά σε κέντρο αποκατάστασης, παραμονή για έξι εβδομάδες, κλινική βελτίωση. Σε επανεκτίμηση μετά 6 μήνες διαπιστώθηκε μερική κλινική αποκατάσταση και ακτινολογική βελτίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με οσφυαλγία συχνά καθυστερεί η διάγνωση της σπονδυλοδισκίτιδας λόγω σπανιότητας της νόσου σε σχέση με την υψηλή συχνότητα οσφυαλγίας στον γενικό πληθυσμό και λόγω μη ειδικών-αμβληχρών αρχικά συμπτωμάτων. Η καθυστερημένη διάγνωση μπορεί να προκαλέσει μη αναστρέψιμες αλλοιώσεις ΣΣ, κινητικά προβλήματα, παρατεταμένη αποκατάσταση και κακή ποιότητα ζωής του ασθενούς.

464. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ – ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ν. Τσιγαρίδας, Σ. Κυράμα, Χ. Μανάντου, Π. Τσαπόγας

Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Κέρκυρας

Η υπερτριγλυκεριδαμία είναι η τρίτη συνθετότερη αιτία οξείας παγκρεατίτιδας μετά το οινόπνευμα και τη χολολιθίαση. Η υπερτριγλυκεριδαμική παγκρεατίτιδα (ΥΤΓΠ) προκαλείται όταν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων ξεπερνούν τα 1000 mg/dl.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η διάκριση αυτής της κλινικής οντότητας από τα υπόλοιπα αίτια παγκρεατίτιδων και η ανάδειξη των νέων προτεινόμενων θεραπευτικών μέσων.

Αγγλίδα 49 ετών, με ιστορικό οικογενούς υπερλιπιδαιμίας και ιστορικό μακροχρόνιας κατανάλωσης αλκοόλ, παρουσίασε οξεία παγκρεατίτιδα, η οποία επιβεβαιώθηκε με αξονική τομογραφία κοιλίας. Η ασθενής δεν ελάμβανε υπολιπιδαιμικά φάρμακα. Η αμυλάση ορού και ούρων ήταν ήπια αυξημένες, όχι όμως σε διαγνωστικά επίπεδα. Ο ορός αρχικά ήταν έντονα λιπαιμικός, και μετά από αραιώση τα τριγλυκερίδια μετρήθηκαν στα 1735 mg/dl. Στην ΥΤΓΠ τα επίπεδα αμυλάσης μπορεί να είναι ψευδώς φυσιολογικά λόγω του λιπαιμικού ορού.

Λόγω έλλειψης δυνατότητας πλάσμοφαίρεσης στο συγκεκριμένο νοσοκομείο χορηγήθηκε στην ασθενή ινσουλίνη σε στάδην έγχυση, 144 IU/h (0,1 IU/kg/h) και ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους 6.000 IU/24ωρο υποδοριως καθώς και υπολιπιδαιμική αγωγή από του στόματος. Εντός 24-ώρου παρατηρήθηκε σημαντική πτώση της τιμής των τριγλυκεριδίων (565 mg/dl).

Η νωσουλίνη ενεργοποιεί τη λιποπρωτεϊνική λιπάση η οποία επιταχύνει την αποσύνθεση των χυλομικρών σε γλυκερόλη και ελεύθερα λιπαρά οξέα. Η ηπαρίνη προκαλεί την απελευθέρωση της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης του ενδοθηλίου στην κυκλοφορία. Η χρήση της ωστόσο τίθεται πλέον υπό αμφισβήτηση γιατί παρατηρείται νέα άνοδος των επιπέδων των τριγλυκεριδίων την τέταρτη ημέρα, καθώς η λιποπρωτεϊνική λιπάση μεταφέρεται στο ήπαρ όπου και αποδομείται.

Επί αδυναμίας ή αντένδειξης εφαρμογής πλάσμοφαίρεσης για τη θεραπεία της ΥΤΓΠ, η χρήση ινσουλίνης i.v. με ή χωρίς ηπαρίνη είναι αποτελεσματική στην ταχεία μείωση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων.

465. ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΑΦ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΕΕ

Ε. Κιτρομυλίδη, Ι. Καράμπελα, Ε. Απειθή, Ε. Κουλοφούτου, Ν. Μακρυλιά, Ε. Μαργαρίτης, Α. Αργυράκη, Κ. Γκορίτσας

Παθολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Μελετήθηκε η πρόγνωση ασθενών με ΑΕΕ σε σχέση με προδιαθεσικούς παράγοντες και την παρουσία ή μη κολλικής μαρμαρυγής

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη όλων των ασθενών με ΑΕΕ που νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική του ΓΝΝΘΑ Η ΣΩΤΗΡΙΑ το 2012. Η ανάλυση των στοιχείων έγινε με στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από 83 ασθενείς με ΑΕΕ, μελετήθηκαν οι 62 με αξιόπιστα στοιχεία:

Ανδρες 20/62 (32.3%) Μέση Ηλικία 82.5, Γυναίκες 42/62 (67.7%) Μέση Ηλικία 82.2. ΑΦ είχαν 31/62 (50%) ενώ 31/62 δεν είχαν ΑΦ (50%),

54/62 είχαν Ισχυαμικό ΑΕΕ (87.1%) και 8/62 Αιμορραγικό ΑΕΕ (12.9%),

Προδιαθεσικοί Παράγοντες

Σακχαρώδης Διαβήτης 12/62 (19.4%)

Υπέρταση 41/62 (66.1%)

Καρδιοπάθεια 36/ 62 (58.1%)

Υπερλιπιδαιμία 17/62 (24%)

Φαρμακευτική αγωγή ελάμβανε το 96.8%: Αντιδιαβητικά 10/61 (16.4%),

Αντιυπερτασικά 37/62 (59%), Αντιθρομβωτικά 9/62 (14.5%), Αντιπηκτικά 16/62

(25.8%), Αντιαρρυθμικά 24/62 (38.7%)

Αγωγή κατά τη νοσηλεία: Αντιπηκτικά σε 25/62 (47%), Αντιαρρυθμικά σε 37/62

(80%), συνδυασμός αντιπηκτικών- αντιαρρυθμικών σε 11/62 (17.7%)

Πρόγνωση: Σταθερή 7/62 (11.3%), Βελτίωση 48/62 (77.2%), Επιδείνωση-Θάνατος

7/62 (11.34%).

Η πρόγνωση των ασθενών βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τους εξής παράγοντες:

α) Φύλο: Επιδείνωση-Θάνατος Άνδρες 0, Γυναίκες 7/42 (3.76%) (16.7%), $\chi^2= 7.3$ p 0.03

β) Τύπος ΑΕΕ: Επιδείνωση /Θάνατος Ισχυαμικό 4/53 (7.5%), Αιμορραγικό 3/8 (37.5%) $\chi^2= 6.3$ p0.04,

γ) Αγωγή κατά τη νοσηλεία με Αντιαρρυθμικά: Επιδείνωση-Θάνατος δεν έλαβαν 6/25 (24%), έλαβαν αντιαρρυθμικά 1/37 (2.7%) $\chi^2= 6.7$ p 0.014

Βελτίωση: Έλαβαν 30/38 (83.8%) Δεν έλαβαν 17/25 (68%) $\chi^2= 7$ p0.032.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρότι η ΑΦ αναγνωρίστηκε και στην παρούσα μελέτη ως σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας ΑΕΕ (50%) δεν βρέθηκε να επηρεάζει την πρόγνωση. Αντίθετα το ήπιο φύλο, ο τύπος του ΑΕΕ (αιμορραγικό) και η μη πρώτη λήψη αντιαρρυθμικών βρέθηκε να επηρεάζουν δυσμενώς την πρόγνωση των ασθενών με ΑΕΕ.

466. ΜΑΖΑ ΣΤΗΝ ΚΟΡΥΦΗ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΑ

Β. Κουράνος, Μ. Ράλλη, Γ. Κωνσταντοπούλου, Π. Πετράς, Ι. Καραγιάννης, Α. Τσαρουχά, Γ. Παυλάκου

8η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

Περιγράφεται η περίπτωση άνδρα 57 ετών που παραπέμφθηκε στο νοσοκομείο μας για διερεύνηση σκίασης στην αριστερή κορυφή που βρέθηκε στα πλαίσια διερεύνησης εμπυρέτου μέχρι 38° C από δήμευο ιδίως τις απογευματινές ώρες με συνοδό άλγος στη σύστοιχη κατ' όμον άρθρωση. Ο ασθενής είχε λάβει αντιβιοτική αγωγή για μικρόβια της κοινότητας επί 15ημέρου σε αυτό το χρονικό διάστημα χωρίς ύφεση των συμπτωμάτων. Η αξονική τομογραφία θώρακα ανέδειξε συμπαγή μάζα μαλακών μορίων στην αριστερή κορυφή χωρίς αεροβρογχόγραμμα και συνοδό λεμφαδενοπάθεια. Ο βρογχοσκοπικός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Οι εξετάσεις των βρογχικών εκκρίσεων και των πτυέλων ήταν αρνητικές για κοινά μικρόβια, μυκοβακτηριδία και κακοήθη κύτταρα, ενώ η φυματινοαντίδραση ήταν θετική. Αποφασίστηκε η διερεύνηση βιοψίας υπό αξονικό τομογράφο, η οποία δεν ήταν διαγνωστική.

Πριν η ασθενής οδηγηθεί στο χειρουργείο για ανοιχτή βιοψία αποφασίστηκε η έναρξη πλήρους αντιφυματικής αγωγής με θεραπευτικό κριτήριο. Υπέρ της απόφασης αυτής ήταν η κλινική συμπτωματολογία, η θέση της βλάβης, η απουσία λεμφαδένων και η θετική φυματινοαντίδραση. Ένα μήνα μετά στην ακτινογραφία θώρακα παρατηρήθηκε υποχώρηση της σκίασης και στο δήμευο διακόπηκε η πυραζιναμίδα. Έσσερις μήνες μετά επανελέγχθηκε ο ασθενής με αξονική τομογραφία θώρακα που ανέδειξε εκ νέου σημαντική υποχώρηση της βλάβης και διακόπηκε η εθαμβουτόλη. Στον ασθενή μας δεν είχαμε ποτέ βακτηριολογική επιβεβαίωση με καλλιέργεια παρά τις επανειλημμένες εξετάσεις πτυέλων.

Το θεραπευτικό κριτήριο για την έναρξη αντιφυματικής αγωγής αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια του έμπειρου κλινικού ιατρού. Βασίζεται κατά κύριο λόγο στην ισχυρή κλινική υποψία καθώς παρατηρείται σημαντικό ποσοστό ασθενών με ενεργό πνευμονική φυματίωση και αρνητικά πτύελα-μικροβιολογική επιβεβαίωση. Τα συνθετότερα αίτια είναι ο μικρός αριθμός των βακίλων καθώς και λάθη στη συλλογή, αποστολή και επεξεργασία των δειγμάτων. Η απόφαση πρέπει να παίρνεται μετά από προσεκτική συνειστέμηση όλων των παραμέτρων καθώς και ο ασθενής να παρακολουθείται και να επανεκτιμάται από τον ιατρό που έθεσε την αγωγή σε τακτά χρονικά διαστήματα.

467. ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΤΥΧΑΙΟ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΥΠΟΚΡΥΠΤΟΥΣΑ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Μ. Ράλλη, Γ. Κωνσταντοπούλου, Χ. Φεβράνγλου, Ι. Καραχάλιου, Π. Πετράς, Σ. Φκιάρα, Α. Τσαρουχά, Γ. Παυλάκου
θη Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Περιγράφεται η περίπτωση υπερήλικα άνδρα, 82 ετών, ο οποίος ανά τακτά χρονικά διαστήματα υποβαλλόταν σε αιματολογικό έλεγχο λόγω υπερχοληστεριναίμιας. Από το ατομικό του αναμνηστικό αναφέρεται μόνο ήπια υπέρταση. Από τα αποτελέσματα των εξετάσεων το μόνο αξιόλογο που διαπιστώθηκε ήταν υπονατρίαμια 121 mEq/lit σε δύο μετρήσεις. Ο ασθενής ήταν σε άριστη κλινική κατάσταση, περιπατητικός και σε πλήρη δραστηριότητα. Λόγω της υπονατρίαμιας ζητήθηκε συμπληρωματικός έλεγχος με απλή ακτινογραφία θώρακα η οποία ανέδειξε σκίαση στο δεξιό μέσο πνευμονικό πεδίο. Ο έλεγχος ολοκληρώθηκε με σταδιοποίηση και βρογχοσκόπηση η οποία ανέδειξε περιορισμένο μικροκυτταρικό CA πνεύμονος.

Ο ίδιος ο ασθενής μετά από ενημέρωση δεν επιθυμούσε περαιτέρω θεραπευτικούς χειρισμούς με χημειοθεραπεία. Μετά από ένα μήνα εμφάνισε διαταραχές προσανατολισμού, σύγχυση, μυϊκή αδυναμία και ναυτία οπότε και εισήχθη στην κλινική μας. Το Na ορού ήταν 111 mEq/lit. Κατά τη νοσηλεία του έγινε σταδιακή διόρθωση του Na, με διαλύματα NaCl και χαμηλές δόσεις φουροσεμιδίδης με παρακολούθηση των ηλεκτρολυτών και κατόπιν με περιορισμό υγρών. Η αξονική εγκεφάλου ήταν αρνητική για δευτεροπαθείς εντοπίσεις. Εξήλθε του νοσοκομείου και δύο μήνες μετά κατέληξε από γενικευμένη νόσο.

Η υπονατρίαμια αποτελεί σοβαρή ηλεκτρολυτική διαταραχή και σχετίζεται με απειλητικές για τη ζωή νευρολογικές επιπλοκές. Συμβαίνει λόγω απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (SiADH) και είναι μία από τις συχνότερες παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις του μικροκυτταρικού Ca πνεύμονα. Αν και το 82% των ασθενών παρουσιάζει υπονατρίαμια κατά τη στιγμή της διάγνωσης, ελάχιστοι εμφανίζονται με συμπτώματα. Καλό θα ήταν λοιπόν, όταν διαπιστώνεται ασυμπτωματική υπονατρίαμια, στη διαφορική διάγνωση να συμπεριλαμβάνεται το μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα και ο έλεγχος να περιλαμβάνει πρωτίστως ακτινογραφία θώρακα.

468. ΦΥΜΑΤΙΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Γ. Πιτσιδιανάκης¹, Α. Γερακιανάκη², Ε. Κοκκιιάδη², Μ. Μιχαλακάκη², Γ. Σερζετάκη², Κ. Αθανασάκη², Σ. Σκαρμυλιωράκη², Α. Χαριτάκης², Ι. Μπιμπάκης²

¹ΠΑΓΝΗ, ²Αντιφυματική Μονάδα, ΓΝ Ηρακλείου Βενιζέλιου, Πανάειο

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η μελέτη του φυματινικού δείκτη σε εργαζομένους του Βενιζελείου Νοσοκομείου στο προσήλθαν στην Αντιφυματική Μονάδα στα πλαίσια του προληπτικού ελέγχου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ελέγχθηκαν με τη δερμοαντίδραση ΜΑΝΤΟΥΧ 265 άτομα με μέσο όρο ηλικίας τα 41 έτη, οι οποίοι προσήλθαν στην Αντιφυματική Μονάδα του Βενιζελείου κατά τη χρονική περίοδο 2002-2012. Χρησιμοποιήθηκε φυματίνη (PPD) του ινστιτούτου ΠΙΑΣΤΕΡ (2Τ.Υ/0,1 ml) με διαδερμική χορήγηση (με σύριγγα και βελόνα 27Gx1/2") και μετρήθηκε το αποτέλεσμα μετά από 48-72 ώρες.

Διήθηση 0-9 mm Θεωρήθηκε αρνητική, >10 mm θετική. Οπου απαιτήθηκε έγινε Ro θώρακος και περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος (αιματολογικός, πτύελα για β-κοχ, κτλ). Δεν βρέθηκε κρούσμα ενεργούς Φυματίωσης. Χορηγήθηκε ΧΜΠ όπου κρίθηκε απαραίτητο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στα 265 άτομα που ελέγχθηκαν βρέθηκε mantoux 0-9 mm σε 122 (46,03%), mantoux 10-19 mm σε 123 (46,41%), 20 mm-29 σε 14 (5,28%), 30-39 mm σε 3 (1,14%) και mantoux >40 mm σε 3 (1,14%).

ΜΑΝΤΟΥΧ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0-9 mm	122	46,03%
10 mm-19 mm	123	46,41%
20 mm-29 mm	14	5,28%
30 mm-39 mm	3	1,14%
>40 mm	3	1,14%
ΣΥΝΟΛΟ	265	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο έλεγχος της φυματινικής ευαισθησίας των εργαζομένων αν και υψηλός, δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά από αντίστοιχα δεδομένα εργαζομένων σε υπηρέσεις υψηλού κινδύνου όπως αυτά έχουν καταγραφεί από επιδημιολογικά δεδομένα παλιότερων δικών μας καταγραφών.

Ο επιδημιολογικός έλεγχος σε ομάδες υψηλού κινδύνου κρίνεται απαραίτητος ενώ αναδεικνύεται ο σημαντικός ρόλος των αντιφυματικών ιατρικών προς την κατεύθυνση αυτή.

469. ΠΑΡΑΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΕ ΧΡΗΣΤΗ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C.

Δ. Αλεξάκος¹, Μ. Παναγάκη¹, Σ. Κουτσοβίτη¹, Α. Χατζηδάκης¹, Κ. Παπαγγελοπούλου¹, Ε. Ζαχαροπούλου¹, Ε. Σοφού¹, Ε. Παπανικολάου¹, Μ. Καλαφατέλη¹, Κ. Κιντής¹, Λ. Λαμπρόπουλος², Γ. Βλάχου³, Ε. Γιαννοπούλου¹, Σ. Λουμπαρδιάς¹, Β. Βασιλείου¹

¹Παθολογική Κλινική, ΓΠΝ Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια», ²Χειρουργική Κλινική, ΓΠΝ Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια», ³Πνευμονολογικό Ιατρείο, ΓΠΝ Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»

Η παραπνευμονική πυογόνος συλλογή δεν είναι ιδιαίτερα συχνή επιπλοκή των λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού ενώ οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών (ΧΕΦΝΟ) είναι συνήθως ευαίσθητοι σε ιογενείς και βακτηριακές λοιμώξεις.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περίπτωσης ΧΕΦΝΟ με παραπνευμονική συλλογή μετά από πνευμονοκοκκική λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 28 ετών εισήλθε στην Κλινική με εμπύρετο και πλευριτική συλλογή. Επρόκειτο για ΧΕΝΟ που ανέφερε πως ήταν αρνητική σε παλαιότερο έλεγχο για ηπατίτιδα Β, C και HIV. Η ασθενής είχε εξετασθεί 20 ημέρες πριν λόγω πυρετού όποτε διαγνώθηκε ιογενής συνδρομή. Τότε είχε μέτριο πυρετό, φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος, ήπια αύξηση των τρανσαμινασών και αυξημένη την C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP). Είκοσι μέρες μετά επανέρχεται αναφέροντας συνεχή πυρετό, καταβολή και πλευριτικό πόνο. Στην ακτινογραφία θώρακος υπήρχε κλινικά σημαντική πλευριτική συλλογή ενώ στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αναμια, αυξημένες τρανσαμινάσες (3 φορές άνω του φυσιολογικού) και CRP (30 φορές άνω του φυσιολογικού). Έγινε διαγνωστική παρακέντηση της συλλογής που ανέδειξε πως επρόκειτο για πυογόνο εξίδρωμα όπου στην άμεση επισκόπηση διαπιστώθηκαν ζωντανοί μικροοργανισμοί. Στην GRAM χρώση φάνηκε πως επρόκειτο για πνευμονοκοκκο. Ετέθη billau και έγινε παροχέτευση της συλλογής ενώ έλαβε αρχικά εμπειρική αγωγή με κεφτριαξόνη, λινεζολιδη, κλινδαμυκίνη και μοξιφλοξασίνη. Η τελευταία διεκόπη σύμφωνα με το αντιβιογράμμα. Ο υπόλοιπος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος έδειξε την παρουσία αντισωμάτων έναντι του ιού της ηπατίτιδας C ενώ η επιμονή των τρανσαμινασών συνηγορεί υπέρ χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η πνευμονοκοκκική λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού είναι συχνή αλλά η απομόνωση αυτού σε αποστηθιακή παραπνευμονική συλλογή είναι σπάνια. Στην περίπτωσή μας οφείλεται ενδεχομένως στη ΧΕΦΝΟ, στη χρόνια ηπατίτιδα C και στη συνακόλουθη ανοσοκαταστολή.

470. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΦΥΛΑΚΕΣ

Μ. Βαλαμουτοπούλου¹, Η. Σαμαρτζή^{1,2}, Χ. Βαλαμουτοπούλου³, Κ. Νικολοπούλου⁴, Β. Βίτσας¹, Π. Μπουλάς¹, Α. Μπάτσας¹, Α. Προβατά¹, Γ. Τσουκαλάς¹, Ε. Κάκαλου^{2,5}, Θ. Ρόζενμπεργκ⁴

¹4η Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών Η Σωτηρία, Αθήνα, ²Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, ³Ψυχολόγος, Αθήνα, ⁴Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα, ⁵Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προταθεί ένα πρωτόκολλο παρέμβασης για τη θεραπεία της φυματίωσης στις φυλακές

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Μελέτη των δημοσιευμένων οδηγιών και συστάσεων (WHO, CDC), ανίχνευση άρθρων 2000- 2012 που αξιολογούν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στις φυλακές σε διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία (αναζήτηση: PubMed· ανεύρεση: HEAL-Link, βιβλιοθήκες), γενική αναζήτηση στο διαδίκτυο με λέξεις αναζήτησης: «φυματίωση, θεραπεία και φυλακές».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Δείκτες επιτυχίας

Ο αριθμός αυτών με θετικά-μικροσκοπικά πτύελα που ξεκίνησαν θεραπεία (ΣΤΟΧΟΣ 100%)

Ο αριθμός αυτών με υποψία λανθάνουσας φυματίωσης που ξεκίνησαν θεραπεία (ΣΤΟΧΟΣ 100%)

Ο αριθμός αυτών με θετικά-μικροσκοπικά πτύελα που ξεκίνησαν θεραπεία εντός 24 ωρών μετά τη διάγνωση (ΣΤΟΧΟΣ 100%)

Ο αριθμός αυτών που έχουν άμεση επίβλεψη θεραπείας (ΣΤΟΧΟΣ 100%)

Άμεση πρόσβαση σε αντιφυματική θεραπεία μέσα στις φυλακές (ΣΤΟΧΟΣ 100%)

Άτομα με θετικά-μικροσκοπικά πτύελα που θεραπεύτηκαν ή ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (ΣΤΟΧΟΣ 85%)

Ασθενείς που ξεκίνησαν θεραπεία και αυτή δεν ολοκληρώθηκε (ΣΤΟΧΟΣ <15%)

Οι ύποπτοι που έχουν δώσει άμεσα δείγματα πτυέλων θετικά για φυματίωση θα πρέπει να μεταφέρονται στο κοντινότερο νοσοκομείο με πνευμονολογική κλινική, όπου θα τους χορηγηθεί αντιφυματική αγωγή και θα παρακολουθηθούν για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες αυτής. Αφού σταματήσουν να μεταδίδουν (συχνά 2 εβδομάδες μετά την έναρξη της αντιφυματικής αγωγής) θα μεταφέρονται πάλι πίσω στις φυλακές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων είναι απαραίτητη για τον έλεγχο της μετάδοσης της φυματίωσης στις φυλακές. Η εφαρμογή ενός κατάλληλου πρωτοκόλλου για τη θεραπεία της φυματίωσης στις φυλακές αποτελεί σημαντικό όπλο στο χώρο της δημόσιας υγείας.

471. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Χ. Τσάπας, Φ. Μίχα, Ι. Μάλλιου, Θ. Τσάρας, Μ. Ανδρίτσου, Α. Λιατίκου, Η. Καϊνής, Π. Δεμερτζής

3η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί το δεύτερο πιο συχνό νεόπλασμα και τη σημαντικότερη αιτία θανάτου μεταξύ των κακοηθειών. Περίπου τα ¼ των ασθενών παρουσιάζονται με όγκους ανευρέσιμους κατά την πρώτη διάγνωση τους.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Προοπτική μελέτη νοσηλεύμενων ασθενών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, με ακτινολογικά ευρήματα και κλινική εικόνα συμβατή με καρκίνο του πνεύμονα, κατά τη διάρκεια 6 μηνών. Έγινε σύγκριση των διαγνωστικών μεθόδων της βρογχοσκόπησης, χειρουργικής βιοψίας, ΤΒΝΑ-ΤΒΝΒ και εκτιμήθηκε η χρονική διάρκεια ως τη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 42 ασθενείς με μέση ηλικία 66,5 έτη. Οι ασθενείς παρουσιάστηκαν μετά από μέσο χρόνο ασθένειας 58 μέρες με πιο συχνό σύμπτωμα το βήχα (56%) και τη δύσπνοια προσπαθείας (49%). Ήταν κυρίως καπνιστές (75%) και οι 32 στους 40 είχαν συνυπάρχουσες νόσους. Η πιο συχνή εντόπιση κακοήθειας αφορούσε τον ΔΑΛ (30%), με υπεζωκοτική συλλογή (42%) και με 50% των ασθενών να έχουν μεταστατική νόσο. Βρογχοσκόπηση έγινε σε 31 ασθενείς με διάγνωση κυρίως από βιοψία βρογχικού βλεννογόνου (45%) και βρογχικές εκκρίσεις (28%). Ενδιάφερον αποτελεί ότι 28% διαγιγνώσκονταν μόνο με κυτταρολογική πτυέλων. Μόνο 2 ασθενείς οδηγήθηκαν για χειρουργική βιοψία.

Ο συχνότερος ιστολογικός τύπος είναι ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος (78%), κυρίως αδενικού τύπου (50%) με συχνότερη μεταστατική θέση τα οστά (36%). Μέσος χρόνος διάγνωσης νόσου 12 ημέρες και οι περισσότεροι οδηγήθηκαν για χημειοθεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζονται διαγιγνώσκονται έγκαιρα στην κλινική μας με βρογχοσκόπηση, αλλά έχουν δυστυχώς έχουν ήδη μεταστατική νόσο.

472. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ SCREENING ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΦΥΛΑΚΕΣ

Μ. Βαλαμουτοπούλου¹, Η. Σαμαρτζή^{1,2}, Χ. Βαλαμουτοπούλου³, Κ. Νικολοπούλου⁴, Β. Βίτσας¹, Ο. Κουνιάκη¹, Α. Μπάτσας¹, Α. Προβατά¹, Γ. Τσουκαλάς¹, Ε. Κάκαλου^{2,5}, Θ. Ρόζενμπεργκ⁴

¹4η Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών Η Σωτηρία, Αθήνα, ²Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, ³Ψυχολόγος, Αθήνα, ⁴Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα, ⁵Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προταθεί ένα πρωτόκολλο παρέμβασης για screening της φυματίωσης στις φυλακές

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Επιμελής μελέτη των δημοσιευμένων οδηγιών και συστάσεων (WHO, CDC), ανίχνευση άρθρων 2000- 2012 που αξιολογούν την εφαρμογή της ανίχνευσης της φυματίωσης σε διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία (αναζήτηση: PubMed- ανεύρεση: HEAL-Link, βιβλιοθήκες), γενική αναζήτηση στο διαδίκτυο με τις λέξεις αναζήτησης: «φυματίωση, screening και φυλακές».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δείκτες επιτυχίας: Screening στους νέους κρατούμενους σε 72 ώρες τουλάχιστον από την άφιξη τους στη φυλακή μεταξύ του συνόλου των νέων κρατουμένων (**Στόχος 100%**)

Ο αριθμός των κρατουμένων με θετικά-μικροσκοπικά πτύελα μεταξύ όλων των ατόμων με TB (**Στόχος >75%**)

Ο αριθμός των κρατουμένων στους οποίους έγινε το screening ετησίως σε σχέση με αυτούς στους οποίους θα μπορούσε να είχε γίνει (**Στόχος 100%**)

Πρόσβαση σε 1 εργαστήριο (Κέντρο αναφοράς μυκοβακτηριδίων του ΝΝΘΑ ΣΩΤΗΡΙΑ) (**Στόχος 100%**)

Στην είσοδο θα γίνεται ειδικό ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων. Οι τρόφιμοι που θα έχουν συμπτώματα, τα οποία υποδηλώνουν τη νόσο της φυματίωσης θα πρέπει να υποβληθούν σε ειδικό έλεγχο, που θα περιλαμβάνει δοκιμασία φυματιοαντίδρασης και εάν αυτή είναι θετική (>10 mm ή >5 mm σε ανοσοκατασταλλόμενους) σε ακτινογραφία θώρακος και εξετάσεις πτυέλων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έγκαιρη ανίχνευση κρουσμάτων και επιβεβαίωση αυτών με σωστά διαγνωστικά κριτήρια είναι απαραίτητη για τον έλεγχο της μετάδοσης της φυματίωσης στις φυλακές. Η εφαρμογή ενός κατάλληλου πρωτοκόλλου για screening της φυματίωσης στις φυλακές αποτελεί σημαντικό όπλο στο χώρο της δημόσιας υγείας.

473. Η ΕΠΑΝΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ ΤΗΣ ΓΗΣ ΜΑΣ, ΟΙ ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΜΕΤΑΛΛΑΓΜΕΝΕΣ ΤΡΟΦΕΣ

Μ. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Α. Σαλίχου², Ι. Παγώνης², Ν. Παράσχου², Μ. Ορφανού², Χ. Μέλλος², Π. Ταβλαντά²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΓΝ Κορίνθου-Παιδιατρική Κλινική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα γενετικά λάθη δεν μπορούν να διορθωθούν. Είναι μη ανατρέψιμα. Είμαστε σε μια περίοδο της ιστορίας του κόσμου μας, όπου δεν μπορούμε πια να παραβιάζουμε τους νόμους της φύσης στη βίωσή μας για πρόοδο.

ΣΚΟΠΟΣ της έρευνας μας οι γενετικά μεταλλαγμένες τροφές και οι πιθανοί κίνδυνοι για την υγεία μας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την εκπόνηση της έρευνας μας ανατρέξαμε στην Ελληνική και ξένη βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην Αμερική την περίοδο 1996-97 υπήρχαν 19 πηγές γενετικά μεταλλαγμένων προϊόντων για τα οποία είχε εγκριθεί η διάθεσή τους στην αγορά.-σπόρια σόγιας (3 ποικιλίες)-καλαμπόκι (10 ποικιλίες), ελαϊοκράμβη κανόλα (4 τύποι) -πατάγνια-πατάτες-τομάτες (5 ποικιλίες)-κίτρινα κολοκύθια crook-neck (2 ποικιλίες) και βαμβάκι (5 ποικιλίες), γαλακτοκομικά προϊόντα από αγελάδες στις οποίες έχουν γίνει ενέσεις με τη γενετικά α μεταλλαγμένη αυξητική ορμόνη των βοοειδών (rBGH), ραπανάκια «ραντίσιο» Σήμερα εκτιμάται ότι το 60-70% των τροφίμων στα καταστήματά μας περιέχουν γενετικά μεταλλαγμένα συστατικά Τα παρακάτω προϊόντα μπορούν επίσης να μεταλλαχθούν γενετικά ή να προκύψουν από γενετικά μεταλλαγμένους οργανισμούς: ένζυμα που χρησιμοποιούνται στην επεξεργασία του τυριού, γλυκά, μπισκότα, ψωμιά, δημητριακά, σιρόπια από καλαμπόκι, λάδια, χυμοί, απορρυπαντικά, βελτιωτικά ζύμης, μαγιές, ζάχαρη, ζωοτροφές και βιταμίνες. Επειδή κανένα από τα προϊόντα αυτά δεν φέρει ετικέτα που να λέει ότι έχει μετασκευασθεί γενετικά ή όχι, οποιαδήποτε τρώμε απτό τις αντίστοιχες τροφές είναι ύποπτη.

Η γενετική μηχανική είναι παγκόσμιο πρόβλημα. Η απειλή για τα ιθαγενή είδη από τις γεμάτες με χημικές ουσίες γεωργικές μεθόδους, με την τεχνητή μεταφορά γονιδίων και η πιθανότητα δημιουργίας νέων ιών ή μικροβίων από την ολισθηρή ρευστότητα του DNA, είναι όλα παγκόσμιες ανησυχίες. Μέχρι σήμερα δε υπάρχουν οδηγίες για τυχόν κινδύνους στην υγεία μας, φυσικά για ευνόητους λόγους και αυτό πρέπει να μας ανησυχεί πολύ περισσότερο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπάρχει μια τάξη στο σύμπαν, ένας ιστός χωρίς ραφές που τρέφει και συνδέει όλους εμάς- από τον πιο μικροσκοπικό σπόρο μέχρι το χτύπο της καρδιάς μας και μέχρι τα άστρα στους γαλαξίες. Ο φυσικός νόμος είναι η οργανωτική δύναμη που κυβερνά το σύμπαν και κάθε προσπάθεια ανατροπής του ενέχει εν δυνάμει απρόοπτες δυσμενείς εξελίξεις για την υγεία μας. Είναι απαραίτητο όλα τα μεταλλαγμένα προϊόντα να φέρουν ειδική σήμανση, μέχρι σήμερα δεν γίνεται, και όποιος θέλει τότε να τα χρησιμοποιεί.

474. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΠΩΔΥΝΟ ΔΙΑΡΡΟΪΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΟΞΙΚΟΥ ΨΑΡΙΟΥ

Θ. Μούκας, Κ. Καρυδάκη, Β. Κορδίνας, Γ. Τουζένη, Α. Βλαχογιώργου, Σ. Φεργαδάκη

Κέντρο Υγείας Έμπωνα Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας ήταν η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού εμφάνισης επώδυνου διαρροϊκού συνδρόμου σε ανήλικο ασθενή μετά από κατανάλωση τοξικού ψαριού.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγραφή της συμπτωματολογίας, των ζωτικών σημείων, του ιστορικού και των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων σε ασθενή ηλικίας 12 ετών που προσήλθε με επώδυνο διαρροϊκό σύνδρομο στο Κέντρο Υγείας Έμπωνας Ρόδου μετά από κατανάλωση τοξικού ψαριού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής ηλικίας 12 ετών προσήλθε στο Κέντρο Υγείας Έμπωνας Ρόδου, λόγω επώδυνου διαρροϊκού συνδρόμου από 2 ωρών. Τα ζωτικά του σημεία ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων και ο ασθενής ήταν άπυρετος. Είχε ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και όμη φυσιολογική. Η κοιλιά του ήταν μαλακή, ευαίσθητη με διάχυτη ευαισθησία κατά την ψηλάφηση. Αναφέρθηκαν 4 επεισόδια διαρροϊών, ελαϊώδους συστάσεως και χρώματος πορτοκαλί, χωρίς συνοδούς εμέτους. Χαρακτηριστικά η μητέρα του ανέφερε ότι η λεκάνη δεν καθάριζε μετά τις κενώσεις και ότι μύριζε έντονα σα μπουρνολάδο. Ο ασθενής πραγματοποίησε επιπλέον μία διάρροια στο Κέντρο Υγείας και επιβεβαιώθηκαν τα αναφερθέντα. Από το ιστορικό αναφέρθηκε κατανάλωση ψαριού το οποίο πρώτη φορά έτρωγαν, το οποίο είχε ιδιαίτερα λιπαρή όψη και γεύση. Ο ασθενής παραπέμφθηκε και νοσηλεύτηκε για 2 ημέρες στην παιδιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου, όπου αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Αναζητήσαμε το συγκεκριμένο ψάρι, το οποίο αλιεύτηκε στο θαλάσσιο χώρο μεταξύ Ρόδου και Χάλκης, από τον τοπικό ψαρά. Το ψάρι αυτό ονομάζεται *Ruvettus pretiosus* το γένος *Perciformes Gempylidae* ή φραγκοσκυλιά ή μυρσίνη ή βάτσος. Ζει στον ειρηνικό ωκεανό, είναι καρχαριοειδές και οι ντόπιοι το ονομάζουν χαρακτηριστικά και oilfish – ψαρόλαδο. Έχει αλιευθεί, άλλη μία φορά ανοικτά της Λευκάδος. Είναι πλούσιο σε λιπώδη οξέα και η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας προκαλεί λιπαρές διαρροϊκές κενώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κατανάλωση άγνωστων σε εμάς τροφών, μπορεί να προκαλέσει ποικίλη και θορυβώδη συμπτωματολογία, από αθώα περιστατικά, όπως αυτό, αλλά μέχρι και αιφνίδιους θανάτους, όπως με το ψάρι λαγοκέφαλο που παράγει νευροτοξίνες. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην κατανάλωση ειδών άγνωστων προς εμάς.

475. ΛΙΠΙΔΙΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΜΕΓΑΛΑΚΡΙΑ

I. Κώστογλου-Αθανασίου¹, A. Γκούντουβας², Π. Αθανασίου³, I. Κεραμίδας², I. Παπαπαναγιώτου⁴, Φ. Χατζημάρκου², Φ. Καλδρυμίδης²
¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, ²Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Μεταξά, Πειραιά, ³Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», ⁴Ιατρός

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι γνωστό ότι η μεγαλακρία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νοσημάτων του κυκλοφορικού συστήματος. Ακόμη, η μεγαλακρία σχετίζεται με διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των επιπέδων των λιπιδίων του αίματος σε ασθενείς με μεγαλακρία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 32 ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα μεγαλακρία μελετήθηκαν τα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος. Ειδικότερα μετρήθηκαν τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, της HDL χοληστερόλης, της LDL χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων του αίματος. Όλοι οι ασθενείς διαπιστώθηκε ότι είχαν αδένωμα υπόφυσης και όλοι είχαν αυξημένα επίπεδα IgF₁. Οι μετρήσεις έγιναν και σε 32 μάρτυρες αντίστοιχης ηλικίας και φύλου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ολική χοληστερόλη ήταν 220.59±8.24 mg/dl (μέση τιμή ± SEM) στους ασθενείς με μεγαλακρία και 198.55±4.85 mg/dl στην ομάδα των μαρτύρων (p<0.001, Student's t test). Τα επίπεδα της HDL χοληστερόλης ήταν 52.96±2.89 mg/dl στους ασθενείς με μεγαλακρία και 58.44±3.62 mg/dl στην ομάδα των μαρτύρων (p<0.001). Η LDL χοληστερόλη ήταν 151.70±13.77 mg/dl στους ασθενείς με μεγαλακρία και 114.06±5.31 mg/dl στην ομάδα των μαρτύρων (p<0.001). Τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων ήταν 140.34±14.79 mg/dl στους ασθενείς με μεγαλακρία και 133.50±14.27 mg/dl στην ομάδα των μαρτύρων (p<0.001). Έτσι, τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, της LDL χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων ήταν αυξημένα στους ασθενείς με μεγαλακρία συγκριτικά με την ομάδα των μαρτύρων, ενώ τα επίπεδα της HDL χοληστερόλης ήταν ελαττωμένα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Φαίνεται ότι η μεγαλακρία συνοδεύεται από επίπεδα λιπιδίων στο αίμα που προάγουν την αθηρογένεση και μπορεί με τον τρόπο αυτό να συμβάλλουν στον αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο που σχετίζεται με τη νόσο.

476. Ο CLAUDE BOURGELAT (1712-1779) ΚΑΙ Η ΙΔΡΥΣΗ ΤΗΣ ΠΑΣΙΓΝΩΣΤΗΣ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΙΣΙΩΝ «MAISON D'ALFORT»

M. Καραμάνου¹, A. Τσαρακλής², M. Πιάγκου², Γ. Τσουκαλάς¹, K. Λάιος¹, Γ. Ανδρούτσος¹

¹Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο Claude Bourgelat γεννήθηκε στις 11 Νοεμβρίου του 1712 στη Λυών της Γαλλίας. Σπούδασε νομική στο Πανεπιστήμιο της Τουλούζης και άσκησε τη δικηγορία για μικρό χρονικό διάστημα στη γενέτειρά του Λυών ενώ την περίοδο εκείνη εισήλθε στους κύκλους των εγκυκλοπαιδιστών. Στις 29 Ιουλίου του 1740, με απόφαση του Βασιλιά της Γαλλίας Λουδοβίκου ΙΕ' (1710-1774) διορίζεται σταβλάρχης στη Βασιλική Σχολή Ιππασίας της Λυών. Το 1744 δημοσιεύει το σύγγραμμά του με τίτλο *Le Nouveau Newcastle* όπου αναφέρεται εκτενώς στην ανυπαρξία υγειονομικής περίθαλψης των αλόγων οφειλόμενη στις ελλιπείς ανατομικές γνώσεις της εποχής. Το βιβλίο του σύντομα γίνεται δημοφιλές σε ολόκληρη της Ευρώπης και ο Bourgelat, σε συνεργασία με τους καθηγητές χειρουργικής του νοσοκομείου Hôtel-Dieu της Λυών Claude Routeau (1725-1775) και Jean-Baptiste Charmetton (1710-1781), αποφασίζει να διεξάγει έρευνα στην ανατομία και φυσιολογία του αλόγου. Το 1750 δημοσιεύεται ο πρώτος τόμος του βιβλίου του με τίτλο *Éléments d'hippiatrique* (Στοιχεία ιππιατρικής) που περιελάμβανε γνώσεις ανατομίας, φυσιολογίας, παθολογίας, υγιεινής και θεραπευτικής του αλόγου. Το 1752 εκλέγεται αντεπιστάλλον μέλος της Ακαδημίας Επιστημών των Παρισίων ενώ έπειτα από πρόσκληση του φίλου του εγκυκλοπαιδιστή Jean le Rond d'Alembert (1717-1783) συγγράφει ένα κεφάλαιο ιππολογίας και ιππιατρικής στην *Εγκυκλοπαίδεια*. Η φιλία του με τον υπουργό οικονομικών του Βασιλιά Λουδοβίκου ΙΕ', Henri-Léonard Bertin (1720-1792) συμβάλλει καθοριστικά στην ίδρυση της πρώτης Κτηνιατρικής Σχολής στη Λυών, με στόχο τη διασφάλιση της υγείας των παραγωγικών ζώων και την ασφάλεια τροφίμων, που εν τέλει θα εξυπηρετούσε την υγεία του ανθρώπου. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1766 ιδρύεται και η δεύτερη Κτηνιατρική Σχολή στην περιοχή Alfort, έξω από το Παρίσι και ο Bourgelat διορίζεται γενικός διευθυντής όλων των Κτηνιατρικών Σχολών του Βασιλείου. Έκτοτε η ανάπτυξη της Κτηνιατρικής επιστήμης υπήρξε ραγδαία ενώ αξίζει να τονισθεί και η συμβολή της στην εξέλιξη της ιατρικής μιας και ο πρώτος καρδιακός καθετηριασμός από τον Étienne-Jules Marey (1830-1904) αλλά και τα πρώτα πειράματα για το αντιετανικό και αντιδηφερτικό εμβόλιο από τους μαθητές του Louis Pasteur (1822-1895), Emile Roux (1853-1933) και Edmond Nocard (1850-1903) διεξήχθησαν στην Κτηνιατρική Σχολή Alfort των Παρισίων.

477. ΤΟ ΠΕΡΙΛΟΥΤΡΟΥ ΠΟΝΗΜΑ ΜΙΧΑΗΛ ΤΟΥ ΨΕΛΛΟΥ

E. Σταυρούλακης

Παιδοχειρουργός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Γίνεται καταγραφή και αποτίμηση των δια του λουτρού παρεχομένων ευεργεσιών στην υγεία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το "Περί Λουτρού" έργο του, typis et imp. G. Raimeri, Berol. MDCCCXLII (1842).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη Μεσοβυζαντινή Περίοδο απεκατεστάθη πλήρως η λειτουργία των δημοσίων λουτρών της Αρχαιότητας, που είχε ανασταλεί, θεωρηθείσα μη συμβατή με τις χριστιανικές ηθικές αρχές διαβίωσης. Λούσις, σωματική υγιεινή και λουτροθεραπεία, ενσωματώνονται στο νέο χριστιανικό τρόπο ζωής. Ο Μιχαήλ Ψελλός (1018-1078 μ.Χ.) στο μικρό Περί Λουτρού πονημάτιο του επισημαίνει τις ευεργεσίες του λουτρού, αφού: χυμόν κατασπά, λύει φλέγμα, εκκενοί τη χολήν, καθαίρει χυμούς, αποτρέπει κνησμόν, οξύνει τη βλεπτικήν αίσθησιν, καθαίρει ώτων τους πεφραγμένους πόρους, φυλάττει μνήμη, εκφέρει λήθη, καταστέλλει κνισμονάς, φέρει θυμηδίαν και παράκλησιν, τρανεί τον νουν, λαμπρύνει το σώμα προς κάθαρσιν και προξενεί το της ψυχής κάλλος. Υποστηρίζει ότι για να γίνονται αισθητά τα αποτελέσματα της λουτροθεραπείας, αυτή πρέπει να εκτελείται με ορθό τρόπο και χωρίς σταπάλη, για να μην εκτρέπεται αρνητικά. Αναφέρει δε ως παράδειγμα συνετής λούσεως τον Σολομώντα και τους λουτήρες που καθιέρωσε για το λαό του, που μέχρι τότε ήταν "...αφρόνωνς λελουμένοι".

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το λουτρό κατά τον Μιχαήλ τον Ψελλό δεν αποτελεί μόνο τρόπο ψυχής τε και σώματος, αλλά και μέσον αποκαταστάσεως και διατηρήσεως της υγείας αμφοτέρων.

478. ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΤΗ ΡΩΜΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΚΡΑΤΟΡΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ

A. Χανιώτου¹, I. Μανώλης²

¹ΓΝ «Α. Φλέμιγκ», ²ΓΝ Πατησίων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ζήλος που επέδειξαν οι Ρωμαίοι για τη δημόσια υγεία, γίνεται εύκολα αντιληπτός από εκείνους που μελετούν τους νόμους τους και μπορούν ακόμα και σήμερα να παρατηρούν τα μνημεία που έφθασαν ως εμάς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Ακουήλιος νόμος προέβλεπε την επιτήρηση των ιατρών και τους καθιστούσε υπεύθυνους σε περίπτωση αμέλειας.

Ο Κορνήλιος νόμος τιμωρούσε με εξορία ή αποκεφαλισμό εκείνους που προκαλούσαν το θάνατο ενός ασθενούς. Η επίβλεψη της πορνείας ήταν αυστηρή. Τα πορνεία άνοιγαν μόνο το βράδυ και έπρεπε να βρίσκονται εκτός της πόλεως. Οι αστυνόμοι κατέγραφαν τις πόρνες που τους ήταν απαγορευμένο να χρησιμοποιούν τα οικογενειακά τους ονόματα.

Ο νόμος εναντίον των εκτρώσεων ήταν επίσης αυστηρός. Ο Κορνήλιος νόμος όριζε πως οποιοσδήποτε χορηγούσε αφροδιστικό ποτό ή προκαλούσε έκτρωση θα τιμωρευόταν με εξορία και με απώλεια μέρους της περιουσίας του.

Εάν ο ασθενής πέθανε λόγω εφαρμογής πρακτικών φαρμάκων, ο ένοχος καταδικαζόταν σε θάνατο.

Επίσης προέβλεπε ότι η ύπαρξη εγκυμοσύνης πρέπει να διαπιστωθεί από 5 μαιείς. Ο νόμος της Δεκανδρίας όριζε τη διάρκεια κυήσεως σε δέκα μήνες και τον κτίσιμο δεξαμενής για πόσιμο νερό.

Ο ενταφιασμός των νεκρών με τον νόμο των 12 τραπέζων απαγορευόταν εντός της πόλης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πόλη που εφοδίαζε τους κατοίκους της με ένα τέλειο σύστημα υδρεύσεως που είχε ορίσει επιμελητές υπονόμων, που ίδρυσε λουτρά (Διοκλητιανός), που εφάρμοσε δωρεάν θεραπεία των φτωχών και διευθέτησε τον ενταφιασμό των νεκρών, αξίζει να πάρει μια σπουδαία θέση στην ιστορία της Ιατρικής.

479. LEONARDO DA VINCI

X. Ιαβάτσο, Π. Ιαβάτσο, Φ. Ντζιώρα

(1) *Gynaecological Department - St Bartholomew's Hospital, London, UK***ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση τα ζωής και του έργου του Leonardo Da Vinci.**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ:** Γεννήθηκε στις 15 Απριλίου του 1452 στο Αντσάνο, πόλη της Ιταλίας. Ήταν νόθος γιος του Πιέρο ντα Βίντσι και μίας φτωχής χωρικής, που ονομαζόταν Κατερίνα. Από μικρή ηλικία, ο Λεονάρντο ντα Βίντσι επέδειξε καλλιτεχνικό ταλέντο και διέθετε οξύ νου. Σπούδασε στο διάσημο εργαστήριο του Αντρέα ντελ Βερόκιο στη Φλωρεντία, όπου διδάχτηκε ζωγραφική, γλυπτική, αρχιτεκτονική, βοτανολογία, μουσική και οπτική. Το 1482 μετακομίζει στο Μιλάνο, ως πρεσβευτής πολιτισμού της Φλωρεντίας. Το 1516 εγκαταλείπει την Ιταλία και πηγαίνει στο Παρίσι ύστερα από πρόσκληση του βασιλιά Φραγκίσκου του 1^{ου}. Την τελευταία του πνοή την άφησε στις 2 Μαΐου του 1519 σε ηλικία 67 ετών.

Πολυτεχνίτης και πανεπιστήμονας, αν και είναι ιδιαίτερα γνωστός για το καλλιτεχνικό του έργο, συνέβαλε και στην ιατρική επιστήμη. Ανάμεσα στις μελέτες του, εξέχουσα θέση κατείχε η μελέτη του ανθρώπινου σώματος. Στο διάσημο σχέδιο του «Ο άνθρωπος του Βιτρούβιου» παρουσιάζονται οι αναλογίες του αντρικού ανθρώπινου σώματος. Ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την ανατομία του ανθρώπινου σώματος κάνοντας ανατομές πτωμάτων τόσο στη Φλωρεντία στο νοσοκομείο Σάντα Μαρία Νουόβα, όσο και στη Ρώμη στο νοσοκομείο Σάντο Σπίριτο της Σασίας. Με γνώμονα τα κείμενα του Αριστοτέλη, του Κέλσου και του Γαληνού, ο Λεονάρντο επέτυχε ένα σημαντικό επίτευγμα στο τομέα της ιατρικής. Πολύ πριν τη σύγχρονη τεχνική της μαγνητικής τομογραφίας και το ενδιαφέρον για τη δομή των ανθρώπων και τη διαδικασία του τοκετού, τα σχέδια του ήταν επαναστατικά και επιδείκνυαν εξαιρετική δεξιοσύνη και ομορφιά. Απεικόνισε με πολλή ακρίβεια το γενετικό σύστημα της γυναίκας καθώς και τη λειτουργία του σφικτήρα του πρωκτού. Επίσης αναφέρθηκε στο αρτηριακό σύστημα μίας εγκύου καθώς και στα «νεύρα» του πέους και της μήτρας που εμπλέκονται στην αναπαραγωγή.

481. ΟΙ ΔΙΑ ΤΩΝ ΤΡΟΧΙΣΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΑΥΛΟΥ ΤΟΥ ΑΙΓΙΝΗΤΟΥ

Ε. Σταυρουλάκης

*Παιδοχειρουργός, Αθήνα***ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της χρήσεως των τροχίσκων στις θεραπείες Παύλου του Αιγινήτου.**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το "Περί τροχίσκων" ιατρικό του σύγγραμμα, et P. Aeginetae, Lib.VII, C.XII, Lug. 1551, pp. 584-591.**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο τροχίσκος, που ονομάστηκε έτσι λόγω του σχήματός του, όπως μαρτυρεί και ο Παύλος ο Αιγινήτης (625-690 μ.Χ.), ήταν μία ευρέως διαδεδομένη μορφή χορήγησης φαρμάκων στους Αρχαίους Αιγυπτίους και Έλληνες που χρησιμοποιείται ακόμη σήμερα. Το κονιοποιημένο φάρμακο προσμεμιγμένο με ζάχαρη για να είναι πιο εύγευστο, πλάσθην σε δισκίο από ζυμάρι λαμβάνεται υπό μορφή καταποτίου. Λόγω αυτής της ζύμης ο τροχίσκος επεκράτησε γλωσσολογικά με τη μορφή *pastillus* (=σφαιροειδής αρτίσκος) *latin*. αλλά και ως *pastiglia*, αφού *pasta*=ζύμη (*venet.-ital.*). Ο δισκοειδής τροχίσκος στη σφαιρική-τερη εκδοχή του καθιερώθηκε ως *pilula* (*latin.*), *pilola* (*venet.*), *pillola* (*ital.*) και *pilla* (*κοιν.*), ενώ στη βυζαντινή και μεσαιωνική φαρμακοποιία της Δύσης ο όρος διτηρήθη ανεξίτηλος ως *trochiscus*. Ο Παύλος ο Αιγινήτης διευρύνοντας τον τρόπο χορήγησης των τροχίσκων, τους ταξινομεί σε πότιμους, ενεπτικούς και κατάχριστους. Στους πότιμους υπάγονται οι επισχετικοί ρύσεως αίματος και κοιλίας, οι ανώδουνοι ή παρά το ναρκούν ή διαχέιν την αίσθησιν και οι εκφρακτικοί σπληνός, νεφρού και ήπατος. Στους ενεπτικούς (εγχεομένους εντός του οργανισμού) συγκαταριθμούνται οι αμβλωπικοί, οι συππτικοί και οι καυστικοί. Της ίδιας ταξινόμησης τυγχάνουν και οι κατάχριστοι, μόνο που αυτοί δρουν εξωτερικά δια τοπικών επαλείψεων και επιχρισμάτων. Παράδειγμα τροχίσκου προς το "ναρκούν την αίσθησιν του πόνου" αποτελεί ο πότιμος κροκώδης τροχίσκος, αποτελούμενος εξ "αννήσου, δαύκου κρητικού σπέρματος ανά δραχμή πέντε, σμύρνης, καστορίου ανά δραχμή δύο, κρόκου, σπίου ανά δραχμή έξι, σελίνου σπέρματος, στύρακος ανά δραχμή τέσσερις, υοσκιάμου σπέρματος δραχμάς έξι, ύδατι λείου", με τη δραχμή ως μονάδα βάρους τεσσάρων γραμμαρίων. Στον διά φυσαλίδων τροχίσκο, ο Αιγινήτης συνιστά: "σικίου ημέρου, λελεπισμένου σπέρματος ουγγιές τέσσερις, υοσκιάμου σπέρματος, κονίου ανά ουγγιά δύο, μαράθρου, λαπάθου σπέρματος, κρόκου, στροβίλων, αμυγδάλων πικρών, σπίου, ανά ουγγιά ένα, φυσαλλίδος ξέσται τρεις, οίνου το αρκούν".**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στη βυζαντινή ιατρική Παύλου του Αιγινήτου, ο τροχίσκος αποτελεί μία σημαντικότερη μορφή χορήγησης φαρμάκων στις θεραπείες του.**480. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ****482. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ**

483. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΩΝ ΟΜΗΡΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΛΙΑΔΑΣ. Κολιαντζάκη¹, Κ. Σώρρας², Σ. Δημητρακόπουλος³¹Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ²Ενδοκρινολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ³Μαιευτήρ-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου»**ΣΚΟΠΟΣ:** Η προβολή της ιατρικής επιστήμης όπως αντικατοπτρίζεται στους στίχους της Ιλιάδας, ως η αρχαιότερη εξέχουσα λογοτεχνική μαρτυρία από την πρώτη εποχή του ελληνικού πολιτισμού.**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελέτη και ανάλυση του έπους της Ιλιάδας. Ανάλυση των ιατρικών πράξεων της εποχής.**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στους στ. Δ. 190-191 ο Αγαμέμνονας μιλώντας στον πληγωμένο Μενέλαο μιλά για φαρμακευτική και αντισηπτική αγωγή που εφαρμόζει ο γιατρός για τη θεραπεία των τραυμάτων (γιατρός το τραύμα σου θα δει, βοτάνια θα σου βάλει, να δώσει ανακούφιση στους μαύρους σου τους πόνους). Στους στ. Δ. 210-219 περιγράφεται η ιατρική αντιμετώπιση του Μενέλαου από τον ιατρό Μαχάονα (αφαίρεση βέλους, αιμόσταση και η χρήση φαρμάκων που είχε προμηθευθεί ο ιατρός από τον Χείρωνα). Στους στ. Ε. 401-402 ο ιατρός των θεών, Παιήοντας με ανάλογο τρόπο θεραπεύει τον πληγωμένο Αχιλ, καθώς και στο στ. Ε. 900 θεραπεύει τον τραυματισμένο Άρη. Στο στ. Λ. 515 περιγράφονται χειρουργικές πράξεις (αφαίρεση ξένων σωμάτων και περιποίηση τραύματος). Στους στ. Λ. 828-835 ο Ευρύπυλος προτρέπει τον Πάτροκλο ο οποίος εδώ αναφέρεται ότι έχει γνώσεις ιατρικής να τον περιθάλπει (βγάλε το βέλος, πλύνε το τραύμα... που σου μάθε ο Αχιλλέας, που έμαθε από τον Χείρωνα). Στο στ. Ν. 598 ο Αγήνορας (ιατρός των Τρώων) εφαρμόζει αιμόσταση στον τραυματισμένο Έλενο, (έβγαλε το βέλος και έδωσε το χέρι με μάλλινη καλόσφιχτη λουρίδα). Στους στ. Ο. 390-393 ο Πάτροκλος εφαρμόζει τις ιατρικές του γνώσεις και θεραπεύει τον Ευρύπυλο. Στο στ. Π. 28 ο Πάτροκλος περιγράφει στον Αχιλλέα πως οι γιατροί περιποιούνται τους τραυματισμένους συμπολεμιστές τους**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συνύπαρξη του πολεμιστή και του γιατρού είναι χαρακτηριστική για τη φύση της ελληνικής ιατρικής, που ήταν κατεχόμενη χειρουργική. Οι ήρωες στην Ιλιάδα παρουσιάζονται να έχουν ιατρικές γνώσεις έχοντας έτσι τη δυνατότητα περιθάλψης των τραυματισμένων. Οι γιατροί στην Ιλιάδα έχουν έλθει εφοδιασμένοι με φάρμακα τα οποία και χρησιμοποιούν ευρέως (φαρμακογνωσία).**484. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΧΡΗΣΕΙΣ ΤΟΥ BLACK COHOSH**Κ. Σώρρας¹, Σ. Δημητρακόπουλος², Σ. Κολιαντζάκη³, Π. Λουκοπούλου¹, Θ. Τηλιγάδας¹, Β. Φιλιππίδου¹, Ι. Χαλίμου¹, Α. Στραβοδήμου¹, Α. Σαλταμαύρος¹¹Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ²Μαιευτήρ-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου», Ιατρός Εργασίας, ³Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ⁴Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας»**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αναζήτηση θεραπευτικών ιδιοτήτων του black cohosh**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** το black cohosh παρασκευάζεται από τις αποξηραμένες ρίζες του ομώνυμου φυτού που είναι αυτοφύες κυρίως στην Αμερική. Δυνατόν να ανευρεθεί με άλλα ονόματα όπως actaea racemosa, cimicifuga racemosa, black snakeoot, ταμιταϊφούγκα, η βοτρυοειδής κορίανδρος. Περιέχει ενεργά συστατικά όπως γλυκοσιδία τριτερπενίου (actein, cimigogin, cimifugin) που έχουν αντιμικροβιακές και υπολιπιδαιμικές ιδιότητες, ισοφερούλικό οξύ (αντιφλεγμονώδη δράση) φυτοοιστρογόνα (κατά συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης) ισοφλαβόνες, (fofmonopetin), τανίνες, σαλικυλικό οξύ και λιπαρά οξέα. Καθώς και άλλες δραστικές ουσίες όχι επαρκώς ταυτοποιημένες που δρουν στους υποδοχείς αποιεδίων και σεροτονίνης στο ΚΝΣ με αναλγητική και αντιφλεγμονώδη δράση.

Αν και κατά το παρελθόν έχει χρησιμοποιηθεί ως αναλγητικό, αντιφλεγμονώδες υπνωτικό, σήμερα κυρίως χρησιμοποιείται για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης (εξάψεις, ιδρώτες, νευρική όρεξη) και άλλες γυναικολογικές νόσους/συμπτώματα (δυσμηνόρροια, αραιομηνόρροια). Επίσης έχει χρησιμοποιηθεί κατά της κεφαλαλγίας, ρευματοειδούς αρθρίτιδας, ισχιαλγίας καθώς και για εμβόες, υστερία, χορεία Sydenham. Χρόνια βρογχίτιδα (σπασμολυτική, βλενολυτική δράση).

Παρενέργειες σε κανονική δόση: επιγαστραλγία σε μεγαλύτερες δόση ποικίλα ενοχλήματα (κεφαλαλγία, ζάλη, ίλιγγος, βραδυκαρδία, κοιλιακά άλγη, ναυτία, εμετοί αύξηση βάρους). Αντενδείκνυται σε έγκυες (δυνατόν να προκαλέσει αποβολή) επίσης λόγω της οιστρογονικής δράσης σε γυναίκες με Ca μαστού αν και οι μέχρι τώρα κλινικές μελέτες έχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το black cohosh είναι φάρμακο της παραδοσιακής Εναλλακτικής Ιατρικής με ενδείξεις αντενδείξεις και παρενέργειες. Φαίνεται ότι έχει καλά θεραπευτικά αποτελέσματα κυρίως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αλλά χρειάζονται (κατά τη γνώμη μας) περισσότερες μελέτες για την έγκριση λοιπών ενδείξεων και τη μακροπρόθεσμη ασφάλεια**485. Ο JACQUES SPON, (1647-1685), ΣΠΟΥΔΑΙΟΣ ΓΑΛΛΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΑΡΧΑΙΟΛΟΓΟΣ**Γ. Τσουκαλάς¹, Κ. Λάιος¹, Μ. Καραμάνου¹, Σ. Γιάτσιου², Γ. Ανδρούτσος¹¹Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Γενικός Ιατρός, ΓΝ Λάρισας

Ο Jacques Spon, (1647-1685) υπήρξε σημαντικός Γάλλος ιατρός και πρωτοπόρος αρχαιολόγος και ένας από τους πρώτους που μελέτησε τα ελληνικά αρχαιολογικά μνημεία. Γεννήθηκε στις 7 Ιανουαρίου 1647 στην Lyon. Ο πατέρας του ήταν ο επίσης ιατρός Charles Spon, με καταγωγή από την Ulm. Ο Γιάκομπ σπούδασε ιατρική στο Πανεπιστήμιο του Στρασβούργου, για μικρό χρονικό διάστημα παρέμεινε στο Παρίσι και κατόπιν αναγορεύτηκε σε διδάκτωρ της ιατρικής το 1668 στην Ιατρική Σχολή του Montpellier. Εργάστηκε αρκετά χρόνια ως ιατρός στη γενέτειρά του. Ταξιδεύοντας προς τη Ζυρίχη έπεσε θύμα ληστείας, έχασε όλα του τα υπάρχοντα και τελικά πέθανε από φυματίωση στο σανατόριο του Vevey. Στην εποχή του ο Spon υπήρξε αυθεντία στις «μπύρες ασθενείας». Το σύγγραμμά του «Observations sur les fièvres et les febrifuges» (1867) αποτέλεσε το σημαντικότερο εγχειρίδιο της εποχής. Για πρώτη φορά εισαγάγει την κίνηση από το Περού στη θεραπεία της πυρετού. Έγραψε επίσης ένα σπουδαίο ιατρικό λεξικό το «Dictionnaire des Sciences Médicales». Στη δεύτερη του αγάπη την αρχαιολογία μύηθηκε από τον συνομήλικό του Charles Patin. Κατά τη διάρκεια της διετίας 1675-1676 περιηγήθηκε στην Ιταλία, Ελλάδα, Κωνσταντινούπολη και τη Λεβάντη, με συνοδό του τον νεαρό βοτανολόγο Sir George Wheeler. Συνέγραψε έργα «Voyage d'Italie, de Dalmatie, de Grèce et du Levant» (1678), «Histoire de la république de Genève» (1680), «Recherches curieuses d'antiquité» (1683), «Miscellanea erudita antiquitatis» (1685). Η τεράστια συλλογή του από αγαλματίδια, νομίσματα και άλλα πολύτιμα αρχαιολογικά κειμήλια δωρίστηκε στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης. Είναι ο πρώτος που εισαγάγει τον όρο «αρχαιολογία». Ο Jacques Spon αγάπησε την ιατρική, παντρεύτηκε την αρχαιολογία και πέθανε σε ηλικία μόλις 38 χρονών, έχοντας στην καρδιά του την Αρχαία Ελλάδα.

486. ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ Ο ΟΡΘΟΣ ΟΡΟΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ-ΟΣ

Α. Πάσχος

Ιατρός, Μέτσοβον

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης η παρουσία αναδείξεως του ορθού όρου Ορθοπεδική-ός, ως απάντησης έναντι του ελλειπούς νοηματικού όρου Ορθοπαδική-ός.**ΥΛΙΚΟΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** η Ελληνική Γραμματεία γλωσσολογικά, ετυμολογικά, λεξιλογικά, Ρουδιανόν Λεξικόν. Λεξικόν Ελληνικής Γλώσσης G. rarrpe, F. Passow Στυλιανός Κουμανούδης, Λεξικά Ελληνικά και ξένα, Καθηγητά Ιατρικής Μωκελαίρ 1938, Μπονόλα 1939 Συνέδριον Ορθοπεδικής Βερολίνου, ηλεκτρονικοί διευθύνσεις Πανεπιστημίων, ερευνητικών κέντρων.**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο Γάλλος Καθηγητής Ιατρικής Νικολέ Αντρί άνευ γνώσεως της Ελληνικής Γλώσσης παραγάγει, εισηγάγει το 1741, μετά θάνατον δημοσιεύεται ο όρος Ορθοπαδική εκ των ορθός, παιδί, ως ειδικότης της Ιατρικής προλήψεως, θεραπείας παιδικών δυσμορφιών. Γλωσσολογικά, λεξιλογικά, ετυμολογικά, νοηματικά ο όρος είναι αδόκητος, ελλειπής, άσχετος και απολύτως εκτός νοηματικής εννοίας υποκειμένου, αντικείμενου εννοίας, περιεχομένου της ιατρικής ειδικότητας Ορθοπεδική του λειτουργικού της Τέχνης του Ιπποκράτους. Δεδομένου ότι η Ελληνική Γλώσσα είναι η μόνη παγκοσμίως νοηματική Γλώσσα η λέξις Ορθοπεδική περικλείει, εμπριέχει φύσει, θέσει, ουσία υποκειμένου και αντικείμενον ορθός, πεδώ (πεδίων ενεργείας, δράσεως). Το ρήμα πεδώ σημαίνει παρά πέδον, εμπεδώ.. παρά τω πεδώ, δεσμών πέδον, δεσμην (Γουδιανόν Λεξικόν). Τουτό αυτό γράφει και το Λεξικόν Ελληνικής Γλώσσης G. Farris, F. Passow, Στυλιανός Κουμανούδης, πεδάω σημαίνει δεσμεύω, δένω με δεσμά κυρίως πόδας, στερεώνω τι, εν προκειμένω προβαίνω εις επαναφοράν κατά φύσιν διαταραχάς μορφολογικάς, κακώσεις, τραύματα εις το σκελετικόν σύστημα του ανθρώπου.**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο ιατρικός όρος Ορθοπαδική-ός είναι αδόκητος, ελλειπής, εσφαλμένος, άσχετος, επιβολητικός από γλωσσολογικής, λεξικογραφικής, ετυμολογικής, νοηματικής απόψεως και αληθείας Ελληνικής Γλώσσης. Ο Ελληνικός όρος Ορθοπεδική-ός είναι ο απολύτως ορθός νοηματικός, γλωσσολογικός, ετυμολογικός, υποκειμένου, αντικείμενου, άρα επιβάλλεται η επαναφορά του εις την Ελληνικήν Εταιρείαν Ορθοπεδικής και τούτο αποτελεί τιμήν και δόξαν των Ελλήνων.

487. ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Α. Πρωτόπαπα, Ν. Βλαχάδης, Θ. Πίτσιος

Ανθρωπολογικό Μουσείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην παρουσίαση των θεωριών που έχουν προταθεί για την ερμηνεία της προέλευσης της σύφιλης στην Ευρώπη.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Βιβλιογραφική ανασκόπηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τέσσερις κύριες θεωρίες αντιπαρατίθενται στο διάλογο για την προέλευση της σύφιλης στον Παλαιό Κόσμο και την ιστορία της νόσου. Η «Ενοποιημένη υπόθεση» (Unitarian hypothesis) εντοπίζει την αφετηρία της σύφιλης στην Αφρική, από όπου ξεκινά η διασπορά της νόσου στις πέντε ηπείρους, παράλληλα με τις μετακινήσεις ανθρώπινων πληθυσμών, χρονολογούμενη έως και 100.000 χρόνια πριν τις μέρες μας. Η «υπόθεση του Κολόμβου» (Columbian hypothesis), σύμφωνα με την οποία η σύφιλη «εισάγεται» στην Ευρώπη το 1492 από τα πληρώματα του Κολόμβου. Η «προ-Κολόμβου υπόθεση» (pre-Columbian hypothesis) υποθέτει την ύπαρξη της σύφιλης στην Ευρώπη πριν το 1492 ενώ συγχέονταν με άλλες νόσους, όπως η λέπρα. Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη «Εναλλακτική υπόθεση» (Alternative hypothesis), η νόσος που ενδημούσε στην Ευρώπη, εισάγεται στο Νέο Κόσμο με την άφιξη των πληρωμάτων των των Ισπανών θαλασσοπόρων. Η πρώτη ιστορική καταγραφή που αναφέρεται στη σύφιλη χρονολογείται στα 1495, έτος πολιορκίας της Νεαπόλεως από τις δυνάμεις του Ισπανού στρατηγού Cordoba. Η εξέλιξη και οι φυλογενετικές σχέσεις ανάμεσα στις παθογόνες σπειροχαίτες *T. pallidum*, *T. pertenue*, *T. endemicus* και *T. carateum*, οι οποίες προκαλούν τις αντίστοιχες τρεποννηματώσεις: Σύφιλη, Τροπική Μόρωση (Yaws), Ενδημική Σύφιλη (Bejel), Pinta, αποτελούν βασικές παραμέτρους της σύγχρονης επιστημονικής έρευνας γύρω από το θέμα. Ο διεπιστημονικός κλάδος της Παλαιοπαθολογίας μπορεί να αναδείξει στοιχεία πολύτιμα για τη μακρά επιστημονική διαμάχη, ερευνώντας τεκμήρια της συφιλιδικής λοίμωξης σε ανθρώπινα σκελετικά ευρήματα του Ευρωπαϊκού χώρου που χρονολογούνται πριν από το 1492.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι διαφορετικές θεωρίες αναφορικά με την προέλευση και τη διασπορά της σύφιλης και των ανθρώπινων τρεποννηματικών νόσων συνολικά, αποτελούν τη βάση μιας επιστημονικής αντιπαράθεσης με διάρκεια 500 ετών.

488. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ: ΟΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΑ ΔΙΕΘΝΗ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Ν. Βλαχάδης

Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Ο Γεώργιος Ν. Παπανικολάου (1883-1962) αποτελεί τη σημαντικότερη Ελληνική ιατρική προσωπικότητα του 20^{ου} αιώνα, με τεράστια προσφορά στη γυναικολογική ογκολογία. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των επιστημονικών του δημοσιεύσεων στα διεθνή ιατρικά περιοδικά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς αγγλόφωνης ιατρικής βιβλιογραφίας και αξιολόγησε και στατιστική ανάλυση των δημοσιεύσεων του Γεωργίου Παπανικολάου που είναι καταχωρημένες στη βιβλιογραφική βάση Pubmed.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Γεώργιος Παπανικολάου γεννήθηκε στην Κύμη Ευβοίας το 1886, το 1904 αποφοίτησε από την Ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Αθηνών και έλαβε το διδακτορικό του δίπλωμα από το ζωολογικό ινστιτούτο του πανεπιστημίου του Μονάχου το 1910. Το 1914 ξεκίνησε την ερευνητική και ακαδημαϊκή του καριέρα στην Ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Cornell της Νέας Υόρκης. Παρουσιάζονται συνολικά 51 δημοσιεύσεις του Γεωργίου Παπανικολάου, στις 33 εκ των οποίων (64,7%) είναι πρώτος συγγραφέας, οι οποίες δημοσιεύτηκαν συνολικά σε 27 ιατρικά περιοδικά, από το 1917 ως το 1961. Οι περισσότερες μελέτες του (9) δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό Cancer και ακολουθούν τα περιοδικά Science, Journal of American Medical Association και American Journal of Obstetrics and Gynecology, με 5. 48 από τα 51 άρθρα του (94,1%) έχουν κυτταρολογικό περιεχόμενο και από αυτά τα 19 (39,6%) αναφέρονται σε θέματα μαιευτικής-γυναικολογίας. Συνολικά 13 δημοσιεύσεις (25,5%) αφορούν στις έρευνές του για τον καρκίνο της μήτρας (τραχήλου και ενδομητρίου) και 3 δημοσιεύσεις για την ογκολογία του μαστού. Η θεματολογία των υπόλοιπων δημοσιεύσεων κατανέμεται ως εξής: γενική κυτταρολογία (11), πεπτικό (8), αναπνευστικό (5), ουροποιητικό (4) και επαγγελματικά νεοπλασμάτα (1).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το επιστημονικό έργο του Γεωργίου Παπανικολάου καλύπτει όλο το εύρος της κυτταρολογικής διάγνωσης. Οι μελέτες του δημοσιεύτηκαν στα εγκυρότερα ιατρικά περιοδικά, που η φιλοξενία στις σελίδες τους αποτελεί την κορυφαία φιλοδοξία όλων των ιατρών-ερευνητών παγκοσμίως.

489. Η ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΑΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΝΔΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Α. Χανιώτου¹, Ι. Μανώλης²

¹ΓΝ «Α. Φλέμιγκ», ²ΓΝ Πατησίων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υγιεινή παίζει σπουδαίο ρόλο στην Ινδική Ιατρική. Κατά τους νόμους του Μανού, αυστηροί κανονισμοί υγιεινής και συχνές πλύσεις αποτελούν τη βάση της θρησκευτικής Ιατρικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μόνο το κρέας ζώων που εσφάζονται για το σκοπό αυτό μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τροφή. Ύστερα από κάθε γεύμα απαιτείτο ένα γενναίο πλύσιμο και ύστερα από διάφορες επαφές με άλλους ανθρώπους, ένα λουτρό. Όλα τα απεκκρίματα, καθώς και το νερό του λουτρού έπρεπε να απομακρύνονται αμέσως από το σπίτι. Υπάρχουν συστάσεις για το συχνό πλύσιμο των ματιών. Η υγιεινή των γυναικών κατά την καταμήνια περίοδο και τη λοχεία υποδεικνύεται από αυστηρούς κανονισμούς. Το καθημερινό καθαρίσμα του σώματος παραγγέλλεται με λεπτομέρειες.

Τα δόντια έπρεπε να καθαρίζονται με γλυφίδες κατασκευασμένες από τους πιο στυφούς κλάδους ορισμένων δέντρων, το στόμα πλενόταν με κρύο νερό, το πρόσωπο πλενόταν με προσοχή και τα μάτια καθαρίζονταν καθημερινά με μια αλοιφή από αντιμόνιο. Το σώμα εχρίετο με αρωματικό λάδι. Τα λουτρά εθεωρούντο υγιεινά μόνο για τα κατώτερα μέρη του σώματος και βλαβερά για τα ανώτερα.

Ο Ινδικός νόμος διέτασσε σχεδόν αποκλειστικά φυτική διαίτα, διέτασσε την καύση των νεκρών και επέβαλλε αυστηρούς νόμους για την κατάχρηση οινοπνευματωδών και ναρκωτικών ποτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρόλο που η χρονολόγηση του κειμένου είναι δύσκολη και ίσως διεκδικεί μεγαλύτερη αρχαιότητα από όση του αποδίδεται, το χαρακτηριστικό γεγονός παραμένει η υψηλή αντίληψη της υγιεινής στην Ινδική Ιατρική.

490. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

491. ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΛΕΙΨΑΝΟΘΗΚΕΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΑΓΙΩΝ ΔΥΤΙΚΟΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΤΕΧΝΗΣ (9ος-15ος ΑΙΩΝΑΣ)

Ν. Πεταλωτής¹, Ε. Κατωπόδη², Χ. Σταυριανός³

¹ΚΥ Σιδηροκάστρου, ΓΝ Σερρών, ²ΚΥ Βασιλικής, ΓΝ Λευκάδας, ³Οδοντιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Η λατρεία των αγίων λειψάνων γνώρισε ευρεία διάδοση από την παλαιохριστιανική εποχή τόσο στην Ανατολή όσο και σχετικά αργότερα στη Δύση. Για να προφυλαχθούν, να τιμηθούν και να προβληθούν τα αγία λείψανα (συμπεριλαμβανομένων των δοντιών) κατασκευάστηκαν λειψανοθήκες από πολύτιμα συνήθως μέταλλα. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση τεσσάρων λειψανοθηκών δυτικοευρωπαϊκής τέχνης που περιέχουν ή περιείχαν δόντια αγίων.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκαν βιβλία που αναφέρονται στην αργυροχρυσοχοΐα και ιδιαίτερα την εκκλησιαστική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά παρουσιάζονται τέσσερις λειψανοθήκες, εξάριετα έργα αργυροχρυσοχοΐας. Είναι κατασκευασμένες από επιχρυσωμένο ασήμι και στολίζονται με πολύτιμους λίθους. Η παλαιότερη χρονολογείται στον 9^ο αιώνα, θησαυρίζεται στην Ιταλική πόλη Monza και διαφυλάσσει δόντι του Αγίου Ιωάννη του Προδρόμου. Η δεύτερη χρονολογείται τον 14^ο αιώνα, περιείχε κάποτε 4 δόντια αγίων και φυλάσσεται στην Ουτρέχτη. Η τρίτη είναι έργο του 14^{ου} αιώνα, περιέχει δόντι του Αγίου Ιωάννη του Προδρόμου και βρίσκεται στο Σικάγο. Η τέταρτη είναι έργο του 14^{ου}-15^{ου} αιώνα, περιέχει δόντι της Αγίας Μαρίας της Μαγδαληνής και εκτίθεται στη Νέα Υόρκη.

Οι λειψανοθήκες της Monza και της Νέας Υόρκης είναι ιταλικής προέλευσης ενώ της Ουτρέχτης και του Σικάγου γερμανικές. Οι λειψανοθήκες της Ουτρέχτης, της Νέας Υόρκης και του Σικάγου είναι χαρακτηριστικά δείγματα γοτθικής τεχνοτροπίας ενώ της Monza ένα από τα πιο εντυπωσιακά έργα της Καρολίγειας αναγέννησης.

493. ALOIS ALZHEIMER

Φ. Ντζιώρα, Π. Ιαβάτσο, Χ. Ιαβάτσο

(2) *Gynaecological Department - St Bartholomew's Hospital, London, UK*

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της ζωής και του έργου του Alois Alzheimer.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ: Γεννήθηκε στις 14 Ιουνίου 1864, στο Marktbreit, της Βαυαρίας, όπου ο πατέρας του ήταν συμβολαιογράφος. Σπούδασε στα πανεπιστήμια των Aschaffenburg, Tübingen, Berlin, and Würzburg, από όπου αποφοίτησε με πτυχίο ιατρικής το 1887. Την ίδια χρονιά υποστήριξε τη διδακτορική του διατριβή. Την επόμενη χρονιά το 1888, ο Alzheimer πέρασε 5 μήνες συνοδεύοντας μια ψυχικά άρρωστη γυναίκα σε ένα ταξίδι, πριν ενταχθεί στο προσωπικό του ψυχιατρικού ασύλου της πόλης Frankfurt am Main –η Städtische Irrenanstalt– με επικεφαλής τον Emil Sioli (1852-1922). Ξεκίνησε μια εκτεταμένη έρευνα για την παθολογία του νευρικού συστήματος μελετώντας συγκεκριμένα τη φυσιολογική και παθολογική ανατομία του εγκεφαλικού φλοιού. Η έρευνα αυτή είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική εργασία: «Histologische und histopatologische Arbeiten über die Grosshirnrinde» που δημοσιεύτηκε μεταξύ 1906 και 1918. Ο Alzheimer διορίστηκε διευθυντής του Irrenanstalt το 1895, συνεχίζοντας την ερευνά του σε ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, συμπεριλαμβανομένων των κλινικών μελετών του για τη μανιοκατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια. Το 1908 εντάχθηκε στο προσωπικό του Ψυχιατρικού Ινστιτούτου ως συνεργαζόμενος καθηγητής και διαδέχτηκε τον Robert Gaupp ως διευθυντής του εργαστηρίου ανατομίας της κλινικής. Κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο Μόναχο, ο Alzheimer περιέγραψε την ασθένεια που έμελλε να φέρει το όνομά του. Πιο συγκεκριμένα, σε ένα συνέδριο τον Νοέμβριο του 1906 ο Alzheimer περιέγραψε μια παράξενη ασθένεια του εγκεφαλικού φλοιού «eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde» με τα κλινικά και νευροπαθολογικά χαρακτηριστικά της ασθενούς Auguste Deter. Στις 16 Ιουλίου του 1912, ο βασιλιάς Γουλιέλμος Β΄ της Πρωσίας υπέγραψε το πιστοποιητικό διορισμού του ως τακτικού καθηγητή της Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Breslau (σήμερα Wrocław, Πολωνία). Πέθανε σε ηλικία 51 ετών στις 19 Δεκεμβρίου του 1915 στο Breslau.

492. Ο ΕΕΣ ΣΤΗΝ ΞΑΝΘΗ ΤΟΝ ΚΑΙΡΟ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΚΗΣ ΚΑΤΟΧΗΣ

Λ. Κουρκούτα¹, Κ. Βαρσαμίδης², Μ. Λαβδανίτη¹, Μ. Αβραμικά¹

¹Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, ²Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα ιστορική μελέτη περιγράφεται η προσφορά του παραρτήματος του ΕΕΣ Ξάνθης προς τον ελληνικό πληθυσμό, στα χρόνια της Γερμανικής Κατοχής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε εμπειριστατωμένη καταγραφή και μελέτη των αρχείων του παραρτήματος του ΕΕΣ Ξάνθης, καθώς και σχετικές βιβλιογραφικές αναφορές σε βάσεις δεδομένων (ΙΑΤΡΟΤΕΚ) και στη μηχανή αναζήτησης Google Scholar, με λέξεις-κλειδιά: Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, παράρτημα ΕΕΣ Ξάνθης, Γερμανική Κατοχή και Βουλγαρική Κατοχή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι αυξημένες ανάγκες περίθαλψης και νοσηλείας των ελληνικών πολιτών της περιφέρειας, οδήγησαν στην ίδρυση επαρχιακών τμημάτων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στην επικράτεια της χώρας, όπως αυτό στην ακριτική Ξάνθη. Ο ΕΕΣ Ξάνθης ιδρύθηκε το 1922, συνδράμοντας στη φροντίδα του προσφυγικού Ελληνισμού και των κατοίκων της περιοχής με επιτυχία. Με την κήρυξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου (1939) - συνεργαζόμενος με το Υπουργείο Στρατιωτικών - ίδρυσε τετράμηνη Σχολή Εθελοντριών Αδελφών Νοσοκόμων, οι οποίες πρόσφεραν υπηρεσίες σε διάφορες δομές του ΕΕΣ, καλύπτοντας με επιτυχία «πατριωτικές» ανάγκες της εποχής. Με την κατάρρευση του Μετώπου και την παραχώρηση της Θράκης στους Βούλγαρους, αρχίζει η *Βουλγαρική κατοχή* της περιοχής. Συστήνεται η *Επιτροπή Διαχείρισης* της πόλης και συνεργαζόμενη με τον ΕΕΣ δημιουργούνται «συσσίτια» για τον τοπικό πληθυσμό και τους επιστρέφοντες στρατιώτες του Μετώπου Αλβανίας, τους οποίους περιθάλπουν, προστατεύουν από συλλήψεις και τους φυγαδεύουν προς τις οικογένειές τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ΕΕΣ Ξάνθης παρείχε σημαντικό πατριωτικό έργο στα χρόνια της Γερμανικής Κατοχής, σύμφωνα με τις αρχές του Διεθνούς και του Ελληνικού ΕΣ.

494. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

495. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

496. Ο JOHANNES BAPTISTA VAN HELMONT (1579-1644) ΚΑΙ Η ΠΡΩΤΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

N. Βλαχάδης¹, Α. Πρωτόπαπα²

¹Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικής, ΓΝΑ Ελπίς, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσία εργασίας αποσκοπεί στην παρουσίαση της πολυσχιδούς επιστημονικής και φιλοσοφικής προσωπικότητας του Φλαμανδού ιατρού Johannes Baptista van Helmont, στο έργο του οποίου εμφανίζονται οι πρώτες ιδέες για την επιστημονική αξιολόγηση των θεραπευτικών μέτρων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο van Helmont γεννήθηκε το 1579 στις Βρυξέλλες και, πνεύμα ανήσυχο, αφού περιπλανήθηκε σπουδάζοντας διάφορες επιστήμες (φιλοσοφία, θεολογία, φυσική, χημεία), απέκτησε δίπλωμα ιατρικής από το πανεπιστήμιο της Leuven το 1599. Θεωρείται ο ιδρυτής της ιατροχημικής σχολής. Επηρεασμένος από τον Παράκελσο, πίστευε στη μεταμόρφωση των μετάλλων (φιλοσοφική λίθος) και το "ζωτικό πνεύμα" (archaeus). Το έργο του κυριαρχείται από τις ιδέες του blas (αόρατη δύναμη-αρχή) και του gas (πνοή) για την ερμηνεία μιας βιολογικών φαινομένων, και επεκτείνεται σε πολλούς τομείς, όπως οι χημικές ιδιότητες των αερίων (θεωρείται ο πατέρας της χημείας των αερίων- pneumatic chemistry) και το περίφημο 5ετές πείραμα της μέτρησης του βάρους μιας αναπτυσσόμενης ιτιάς (θεωρείται από τους πρωτοπόρους της ιδέας της φωτοσύνθεσης). Στο έργο του "Ortus medicinae" (1648) απευθύνεται στους αντιπάλους του, που είναι οπαδοί του Γαλιανού (οπαδοί της θεωρίας των χυμών) και τους προκαλεί να δοκιμαστούν οι θεραπευτικές τους μέθοδοι με τις δικές του, χωρίζοντας έναν επαρκή αριθμό ασθενών με πυρετό (200-500), με τυχαίο τρόπο (ρίχνοντας ζάρια), σε δύο ομάδες, και συγκρίνοντας στη συνέχεια τη θνητότητα (μετρώντας τις κηδείες, όπως γράφει χαρακτηριστικά). Στις λίγες αυτές γραμμές, με το χαρακτηριστικό ύφος του συγγραφέα, εμφανίζονται οι πρώτες ιδέες για την επιστημονική αξιολόγηση των θεραπευτικών μεθόδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο έργο του van Helmont, 300 χρόνια πριν την πρώτη τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη κλινική μελέτη (Randomized and Controlled Trial, RCT, 1948), ανιχνεύονται τα σπέρματα της τυχαίοποίησης (randomization) και της δημιουργίας συγκρίσιμων ομάδων (allocation), ως βάση της επιστημονικής μεθοδολογίας στην κλινική έρευνα.

497. JOHN LANGDON HAYDON DOWN

Π. Ιαβάτσο, Φ. Ντζιώρα, Χ. Ιαβάτσο

(2) Gynaecological Department - St Bartholomew's Hospital, London, UK

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της ζωής και του έργου του John Langdon Haydon Down.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ: Ο John Langdon Haydon Down γεννήθηκε το 1828 στο Torpoint της Κορνουάλλης. Ο Down έδειξε το επιστημονικό του ενδιαφέρον ήδη από τον καιρό που ήταν μαθητής, αλλά εγκατέλειψε το σχολείο σε ηλικία 13 ετών για να βοηθήσει τον πατέρα του που ήταν φαρμακοποιός. Σε ηλικία 18 ετών, μετακόμισε στο Λονδίνο, δουλεύοντας ως βοηθός σε ένα χειρουργό σε ιδιωτικό ιατρείο στην οδό Chapel White. Ο Down έδωσε διαλέξεις στο Torpoint στη χημεία και θέλησε να συνεχίσει την έρευνα στην οργανική χημεία, αλλά όταν ο πατέρας του πέθανε το 1853, μπήκε στην Ιατρική Σχολή του Νοσοκομείου του Λονδίνου, κυρίως για οικονομικούς λόγους. Ο John Langdon Haydon Down είχε προβλεφθεί να έχει μια λαμπρή καριέρα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, αλλά εξέπληξε τον καθηγητή του όταν το 1858 έγινε μόνιμος ιατρός και στη συνέχεια ιατρικός επισκέπτης στο Άσυλο Earlswood για διανοητικά καθυστερημένους στο Surrey. Ο Down ήθελε να εργαστεί με τα σοβαρά καθυστερημένα παιδιά και για μια περίοδο δέκα ετών (1858-1868) μοίραζε το χρόνο του μεταξύ του ιδρύματος για τη νοητική στέρηση Earlswood και της πρακτικής του στο Λονδίνο. Τα πρώτα 9 χρόνια από τον διορισμό του, συνέχιζε να ζει στο άσυλο Earlswood και να εργάζεται εκεί ώστε να επιβλέπει την οργάνωση και ανάπτυξη του ασύλου. Έτσι, δημιουργήθηκε ένα συγκεκριμένο μοντέλο της φροντίδας των ψυχικά ασθενών στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ο Down περιέγραψε τον μογγολισμό στην εργασία του με τον τίτλο «Μερικές από τις ψυχικές πηλές της παιδικής ηλικίας και της νεολαίας» που δημοσιεύθηκε το 1887. Τιμήθηκε με αρκετά μετάλλια για τις δημοσιεύσεις του σχετικά με την ψυχιατρική.

498. ΗΔΟΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΛΕΟΠΑΤΡΑΣ-ΜΗΤΡΟΔΩΡΑΣ

Κ. Περονιάννη¹, Γ. Τσουκαλάς², Ι. Τσουκαλάς³

¹Κλινική Δερματικών- Αφροδισιαλογικών Νοσημάτων Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Ιδιώτης Ιατρός, Χανιά

Οι δημοφιλέστερες αφροδισιακές συνταγές της Κλεοπάτρας-Μητροδώρας; ποτό: δενδρολίβανο, ποντικοτροπημένη ρίζα ζιγγίβερι, ευφόρβιο, πέπερι, σατύριο, επιθύμιο, σπόρια ρόκας, ανακάτευε σε γλυκό Κρητικό κρασί, φτιάξε τροχίσκους, (δίνε) έναν μαζί με αρωματικό κρασί στο λουτρό. Εντατικό ηδονικό: σπόρια σατυρίου, πέπερι, σχιστή στυπτηρία, ξηρό κερί, φύλαξε σε γυάλινο αγγείο. Μια ώρα προ συνουσίας πασπάλιζε το πέος και συνευρέσου! λόγω μεγάλης ηδονής η γυναίκα, δεν θα το διακρίνει. Αυτή προσθέτει εξωτερικά (στο αιδόιο) χλωρό κλαρί: θα δημιουργηθεί σύση, μεγάλη ηδονή στον άνδρα. Ηδονικά: Τηγάρισε μήτρα λαγού σε λάδι ρόδων. Έπειτα, λειώσε ξύγκι σε ευωδιαστό λάδι, κόπρανα σαύρας, χυλό σκορπίου, ρου ερυθρού, μέλι, λίπος σπουργίτου. Η γυναίκα θα λέγει θρασείες και ανασίχυντους λόγους, θα συμπληρώνει παντός είδους φωνές: κόκκοι κνιδίου, μαύρου κισσού, σμύρνα, πέπερι, άγριες σταφίδες, σκουλήκια λουτρών με ουρές, μέλι όσο χρειάζεται, ώστε να γίνει εύρηστο. Αλείμματα αφροδισιακά: σπόρους ευφορβίου, ρόκας, πεπέρως, υποβάλασμο, δαφνέλαιο, στα γεννητικά μόρια ζευγαριού: σπόρους ευφορβίου, ρόκας, πέπερι, ή σπόρια ανήθου, λειοτριβείς με κρασί, δίνεις να πιεί. Ηδονικό εκ πείρας: ουρά σαύρας, ζιγγίβερι, σπόρους φυτών καρδάμου, ευζώμου, πυρέθρου, πεπέρως, μοσχοκαρφίου: προσθέτει αρωματικό κρασί, το ζεστάνεις, και δίνεις να το πιεί νηστικός στο συζυγικό κρεβάτι και διακριθής! Άριστο πόμα διέγερσης: καρπός μαύρου κισσού, κόκκος χαμομηλιού, τα ακριανά κλαδάκια βούρλου, σπόρια πράσου, ευζώμου, σατυρίου, πεπέρως, ανακατεύεις με κρασί, κατασκευάζεις τροχίσκους, τα δίνεις με κρασί, ενώ (ο εραστής ή σύζυγος) λούζεται ή αφού λουστεί: όταν δημιουργηθεί διέγερση το δίνεις ως ποτό με αφέψημα ρεβιθιών, τρεις κυάθους από το καθένα, και τρεις οβολούς λειοτριβημένου και πασπαλισμένου δυόσμου και κανείς από αυτούς που λαμβάνουν τον τροχίσκο να μην φάει μέχρι κορεσμού, αλλά να πίνει περισσότερο κρασί. Η παρασκευή ηδονικών φαρμάκων απασχολεί έντονα τους παλαιούς ιατρούς.

499. ΤΟΥΡΚΙΑΝ ΑΖΙΖ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Μ. Ταβλανάτ¹, Ε. Παναγιώτου¹, Α. Ζαφειρόπουλος², Γ. Γιαννακόπουλος², Ε. Παπαδοπούλου², Α. Κούκου², Α. Σπανίδου², Μ. Πατσουράτη², Π. Ταβλανάτ²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΚΥ Λυγουριού

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η συνεργασία Έλληνο-Κυπρίων και Τούρκο-Κυπρίων μέχρι το 1963 ήταν αρμονικότερη χωρίς δυσκολίες και διακρίσεις. Φωτεινό παράδειγμα η ουσιαστική σταδιοδρομία μέσα στη νοσηλευτική υπηρεσία Κύπρου της Τουρκιάν Αζίζ.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης μας είναι η παρουσίαση της σταδιοδρομίας μιας Τουρκοκύπριας που έτυχε να είναι η πρώτη προϊσταμένη της νοσηλευτικής υπηρεσίας Κύπρου. Να αναδείξουμε το έργο της και μέσα από αυτό να παραδειγματιστούν οι νεότερες γενιές.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πρώτη προϊσταμένη νοσοκόμα της Κύπρου, η Τουρκιάν Αζίζ, γεννήθηκε το 1917 στη Λευκωσία. Φοίτησε στο Δημοτικό σχολείο Θηλέων Αγ. Σοφίας. Συνέχισε την εκπαίδευσή της στην Αμερικανική Ακαδημία από όπου αποφοίτησε το 1935. Από το 1935 μέχρι το 1938 φοίτησε μαζί με δύο Ελληνόκυπριες στο Αμερικανικό Πανεπιστήμιο της Βυρηνόυ με υποτροφία της αγγλικής αποδοκιματικής κυβέρνησης, υποτροφία που πρώτη φορά η αποδοκιματική κυβέρνηση παραχωρούσε σε τρεις Κύπριες για νοσοκομειακές σπουδές. Επιστρέφοντας στην Κύπρο η Τουρκιάν Αζίζ υπηρέτησε στο Κρατικό Νοσοκομείο Λεμεσού. Ήταν η πρώτη Τουρκοκύπρια νοσοκόμα στο χώρο. Το 1940 παρακολούθησε σεμινάρια διάρκειας 9 μηνών στην Αγγλία για ασθένειες του θώρακος και φυματίωση και εργάστηκε τρία χρόνια ως βοηθός προϊσταμένης στο σανατόριο Elswick στην Αγγλία. Επιστρέφοντας στο νησί, ανέλαβε καθήκοντα προϊσταμένης στο νεοιδρυθέν νοσοκομείο ασθενών θώρακος στην Κυπερούνη. Εργάστηκε εκεί από τις 16 Ιουλίου 1943 μέχρι τις 8 Φεβρουαρίου 1948. Σε αυτήν την περίοδο συνεργάστηκε με τον Σύνδεσμο Καταπολέμησης Φυματίωσης για την ίδρυση των υγειονομικών κέντρων στη Λευκωσία, τη Λεμεσό και τη Λάρνακα και οργάνωσε την εκπαίδευση του προσωπικού της. Αργότερα άρχισε να εργάζεται ως διευθύντρια και προϊσταμένη. Το 1953 εκπαιδεύτηκε στη μαιευτική στο νοσοκομείο "Kinsbun Maternity Hospital" της Αγγλίας και επιστρέφοντας στο νησί προήχθη στις 3 Νοεμβρίου 1949 σε πρεσβύτερη προϊσταμένη νοσοκόμα. Δίδαξε στη νοσοκομειακή σχολή που ιδρύθηκε με τη βοήθεια μιας νοσοκόμας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και συνέβαλε στην αύξηση του αριθμού των Κυπρίων και στη μείωση του αριθμού των Αγγλίδων νοσοκόμων. Το 1959 η Αγγλική αποδοκιματική διοίκηση της απένεμε το παράσημο ΜΒΕ. Παρασημοφορήθηκε επίσης με το μετάλλιο St. Johns Ambulance Serving Sister. Όταν το Δεκέμβριο του 1963 ζήτησαν οι δικονομικές συγκροτήσεις, η Τουρκιάν Αζίζ υπηρετούσε ως προϊσταμένη και ήταν υπεύθυνη για το συντονισμό του νοσοκομείου με τα εξωτερικά ιατρεία, για τον εναρμονισμό των εκπαιδευτικών προγραμμάτων με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και για τον έλεγχο των ελεύθερων εργαζόμενων μαιών. Μετά το Δεκέμβριο 1963 και μέχρι τη συνταξιοδότησή της το 1977, η Τουρκιάν Αζίζ υπηρέτησε στο Τουρκικό νοσοκομείο που ιδρύθηκε στην τουρκική πλευρά της Λευκωσίας. Μετά τη συνταξιοδότησή της υπηρέτησε στη θέση του προέδρου του παραρτήματος Λευκωσίας του "Ιδρύματος Προστασίας Τουρκοκυπρίων Παιδιών" του οποίου ήταν από τα ιδρυτικά στελέχη. Διετέλεσε μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου παιδικού σταθμού και νηπιαγωγείου, όπως επίσης και μέλος της γυναικείας οργάνωσης προσκόπων. Η Τουρκιάν Αζίζ υπηρέτησε τις αναμνήσεις της επαγγελματικής ζωής σε ένα βιβλίο: "The Death of a Friendship: A Cyprus Memoir by Chief Matron Turkaz Aziz, MBE".

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ουσιαστική συμβολή της στην ανάπτυξη και θεμελίωση των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο ήταν καθοριστική. Υπηρετήσε σαν Κύπρια για πολλά χρόνια σε διάφορους τομείς της νοσηλευτικής υπηρεσίας ουσιαστικά, αποδοτικά και με πίστη στο σύστημα υγείας και στους ασθενείς.

500. ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΕΛΛΗΝΟΡΘΟΔΟΞΩΝ ΓΗΓΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΕΙΣ ΤΟΝ ΜΑΚΕΔΟΝΙΚΟΝ ΑΓΩΝΑ

Α. Πάσχος

Ιατρός, Μέτσοβον

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης η καταγραφή, παρουσίασις της προσφοράς γηγενών Ελληνορθόδοξων ιατρών εις τον Μακεδονικόν Αγώνα 1897-1908.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: η προσήχη Γραμματεία του Μακεδονικού Αγώνος και η καταγραφή της προσφοράς των Ελληνορθόδοξων γηγενών ιατρών εις τον Μακεδονικόν Αγώνα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ των ΙΙΙ ιατρών του Μακεδονικού Αγώνος οι 95 είναι Μακεδόνες και Θράκες και οι υπόλοιποι 16 εκ της υπολοίπου ελληνικής επικράτειας. Άπαντες λαμβάνουν Ελληνορθόδοξον Παιδείαν και Αγωγήν ανεξαρτήτως οικονομικής καταστάσεως, σπουδάζουν την Τέχνην του Ιπποκράτους εις τας Αθήνας ή το εξωτερικόν, σπεύδουν με τη λήψιν του πτυχίου ή την εξειδίκευσιν να προσφέρουν αφιλοκερδώς προς την πατρίδα την πολύπλευρον προσφοράν εις τον Μακεδονικόν Αγώνα. Πολλοί καταλείπουν Πανεπιστημιακὰς θέσεις και την αλλοδαπήν, τρέχουν εις την Ελληνικήν Μακεδονία. Πολλοί διδάσκουν εις τα Ελληνικά Σχολεία Ανθρωπολογίας, Υγιεινής και εμπέδονουν εις τα Ελληνοπούλα την Ελληνορθόδοξον ταυτότητα, ιδιοπροσωπεύειν, το φρόνημα. Συνεργάζονται νυχθημερόν υπό ψευδώνυμα με Μητροπολίτας, Κληρικούς, Μοναστήρια, αφανείς Συνδέσμους, ανώνιμους πατριώτας, ι ιατρός Μιχαήλ Κωνσταντίνου σπουδάζας εις το Μόναχον φέρει το διακριτικόν όνομα Μοχαχός, ο δε Χριστόδουλος Περδικάρης ονομάζεται Κουτσόβλαχος. Πολλοί είναι πολύτεκνοι και άλλοι τέκνα του Ολύμπου συνεργάζονται δε αφανώς με φορείας Εθνικής Ιδέας και του Μακεδονικού Αγώνος. Ο Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών Γεώργιος Μακκάς ιδρύει Ταμείον Υπανδρεύσεως Ελληνορθόδοξων Κορασιδών προς διατήρησιν μετά ελληνομαθών της Ελληνικής Γλώσσης και της Ορθόδοξου Εκκλησίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ΙΙΙ γηγενείς Ελληνορθόδοξοι ιατροί φορείς της Ελληνορθόδοξου Παιδείας και Αγωγής, άξιοι λειτουργοί της Τέχνης του Ιπποκράτους τίθενται αναργύτως εις τον Μακεδονικόν Αγώνα, προσφέροντες ακόμη και περιουσίας προς απελευθέρωσιν της Ελληνικής Μακεδονίας. Πόσοι των ημερών ιατροί αναλόγως τους μιμούνται;

501. ΤΡΥΠΑΝΙΣΜΟΣ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Σ. Κολιαντζάκη¹, Σ. Δημητρακόπουλος², Α. Μπόντας³, Κ. Σώρρας

¹Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ²Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου», ³Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ⁴Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ανδρέας Παπανδρέου»

ΣΚΟΠΟΣ: Η προβολή μιας παράδοξης θεραπευτικής πρακτικής και η επίδρασή της στην επιστημονική θεραπευτική.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πηγές της μελέτης μας αποτέλεσαν τα συγγράμματα επιφανών ιστορικών της Ελληνικής και Ξένης Βιβλιογραφίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ήδη από την προϊστορική περίοδο έχουμε αναφορά για την εφαρμογή του τρυπανισμού (κρανιανάντηρηση). Κατά την επέμβαση αυτή απομακρύνονταν ένα τμήμα του βρέγματος, συνήθως κυκλικά με τρύπημα ή απόξεση ή με τομές. Το τρυπάνι το οποίο χρησιμοποιείτο είχε τη μορφή μικρού κυλίνδρου, με πριονωτά χείλη κάτω και σταυρωτό οδηγό στο εσωτερικό που ρύθμιζε το βάθος στην τομή και περιστρεφόμενον στο επιθυμητό μέρος με τη βοήθεια ενός δοξαριού. Πίστευαν ότι με την παράδοση αυτή μέθοδο απομακρύνονταν τα κακοποιά πνεύματα, που προκαλούσαν ασθένεια στον άνθρωπο. Τρυπανισμένα κρανία προϊστορικών ανθρώπων έχουν βρεθεί στη Λέρνα, στις Μυκήνες, στη Βρετανία, στη Γαλλία και σε άλλες περιοχές της Ευρώπης. Οι ασθενείς σε πολλές περιπτώσεις επιβίωναν της επέμβασης και μερικά κρανία παρουσιάζουν πολλαπλή ανάντηρηση. Στην Ιπποκρατική ιατρική εφημερίζονταν ο τρυπανισμός για την απομάκρυνση θραυσμάτων οστών και πηγμένου αίματος, τα οποία είχαν εισχωρήσει στο κρανίο μετά από τραυματισμό ή για την εξουδετέρωση όγκων που τους αντιλαμβάνονταν από πόνους. Ο Αρεταίος ο Καππαδόκης χρησιμοποίησε τον τρυπανισμό ως θεραπεία της επιληψίας. Ο Αdr. Spigelius (1578-1625), Βέλγος ανατόμος και χειρουργός εφήρμοσε συχνά τον τρυπανισμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αν και ξεκίνησε ως μια μαγικό-θηρηκευτική μέθοδος έθεσε τις βάσεις για τη σημερινή νευροχειρουργική.

502. Ο ΙΩΑΝΝ ΡΕΤΡΟΒΙΧ ΡΑΒΛΟΝ (1849–1936) ΚΑΙ Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΩΝ

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

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ο Ραβλον γεννήθηκε στο Ρουζάν της Ρωσίας και απέκτησε πτυχίο ιατρικής από τη Στρατιωτική Ιατρική Ακαδημία. Διετέλεσε καθηγητής στη Στρατιωτική Ιατρική Ακαδημία της Αγίας Πετρούπολης και διευθυντής του Ινστιτούτου Πειραματικής Ιατρικής. Μελετά τη φυσιολογία των παγκρεατικών νεύρων, και το 1883 ανακαλύπτει τη νεύρωση της καρδιάς από το περιφερικό νευρικό σύστημα. Μελετά τη φυσιολογία της πέψης και παρατηρεί πως η έκκριση του γαστρικού υγρού ελέγχεται από νεύρα που ξεκινούν από τον εγκέφαλο. Κατέδειξε και το ρόλο του αυτόνομου νευρικού συστήματος που δρα μέσω συμπαθητικών και παρασυμπαθητικών ινών στις διαδικασίες της πέψης. Χρησιμοποιώντας ένα σκύλο συσχέτισε τη φυσική έκκριση των αδένων με τα εξωτερικά αντανακλαστικά ερεθίσματα. Το 1903 παρουσιάζει τη θέση του για θέματα πειραματικής ψυχολογίας και ψυχοπαθολογίας των ζώων, υποστηρίζοντας πως ένα ψυχολογικό φαινόμενο όπως ένα εξαρτημένο αντανακλαστικό μπορεί και πρέπει να εξετάζεται ταυτόχρονα ως ένα φυσιολογικό φαινόμενο. Με τη μελέτη του περί οριακής αναστολής του πόνου απέδειξε πως διαφορετικοί τύποι οργανισμών αντιδρούν διαφορετικά στα εξωτερικά ερεθίσματα και έχουν διαφορετικό χρόνο αναστολής της επίπτωσης του ερεθίσματος. Τα πολλά οικονομικά, αλλά και οικογενειακά προβλήματα με μία αποβολή τοκετού της γυναίκας του Sara και το θάνατο δύο παιδιών του, δεν τον εμπόδισαν να μεγαλοουργήσει στον τομέα της φυσιολογίας των νεύρων. Ο Ραβλον έδειξε πως η μάθηση είναι παθητική και άνοιξε το δρόμο για τη μελέτη βασικών εννοιών γύρω από τη φύση των αντανακλαστικών, όπως η ενδυνάμωση, η απόσβεση, η διάκριση και η πειραματική νεύρωση.

503. Ο ΚΕΝΤΑΥΡΟΣ ΧΕΙΡΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ΣΥΜΒΟΛΟ ΚΑΙ ΑΡΧΕ-ΤΥΠΟ ΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΜΑΓΕΙΑΣ

Σ. Κολιαντζάκη¹, Κ. Σώρρας², Σ. Δημητρακόπουλος³

¹Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου», ²Ενδοκρινολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ³Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου α «Ανδρέας Παπανδρέου»

ΣΚΟΠΟΣ: Κένταυρος Χείρων θεραπευτής.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ελληνική μυθολογία Ιλιάδα τα «πρέποντα» ήταν θεραπεία. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κένταυρος Χείρων γιος του Κρόνου και της νύμφης Φιλύρας υβριδική μορφή ελληνικής μυθολογίας ανθρώπου και αλόγου, διακρίνεται από τους υπόλοιπους Κένταυρους και χιμαιρικά πλάσματα για την προαιώνια σοφία που κατέχει. Ο Θεός Απόλλων έγινε θετός πατέρας (όπου εγκαταλείφθηκε από το πατέρα του τον Κρόνο) και έτσι έμαθε μουσική και ιατρική. Ζούσε σε σπηλιά στο Πηλίο. Ιατρός και χειρουργός, φυσικές επιστήμες του αρχαίου κόσμου, διδασκαλία ηρώων συνδυασμός θετού πατέρα και διδασκάλου. και άσκησε τέχνες φιλοσοφίας, μαγείας, βοτανικής, θεραπείας, αστρονομίας, πολεμικής, μουσικής και κυνηγίου. Δάσκαλος του Ασκληπιού, Ιάσων και Διοσκούρων. Να αποβάλουν τον ανθρώπινο μανδύα και να αναλάβουν ως κυνηγοί, όπως Αχιλλέας ή Ακταίον, είτε να χρησιμοποιήσουν τη φύση ως θεραπευτές, ή με αστρολογία ή με μαγεία όπως Αρισταίος. Χρησιμοποιήθηκε από Ηρακλή για τους άθλους του ή από Προμηθέα για διεύρυνση ανθρώπινης γνώσης. Δύο τρόποι να μάχεσαι, μέσω νόμου και μέσω δύναμης. Τούτος συμβολισμός φαίνεται με σαφήνεια στο θάνατο του αθάνατου Χείρωνα προήλθε από τη σύγκρουση αυτών των δύο κόσμων του φυσικού και του πολιτισμένου, το αποτέλεσμα μιας σύγκρουσης μεταξύ του είδους του, των άλλων Κενταύρων και του Ηρακλή Κατά τη διάρκεια της μάχης τραυματίστηκε από βέλος εμποτισμένο στο αίμα Λερναίας Ύδρας, προκαλεί θάνατο του Ηρακλή μέχρι να ολοκληρωθεί ο κύκλος του αίματος στο Προμηθέα. Δίος τον απαλλάσει από αθανασία, θάνατός του υπηρέτησε τη γνώση. Απελευθέρωσε ένα σύμβολο της γνώσης από τα δεσμά του – Προμηθέα, που έδωσε στους ανθρώπους φωτιά συμβολικό τριπλό δεσμό. Αγριότητα του ανθρώπου της φύσης, γέφυρα ανάμεσα άνθρωπο και γνώση φύσης και απελευθέρωση του ανθρώπου μέσω του συμβόλου μελλοντικής γνώσης Ο Χείρων είχε ευρύτητα γνώσεων και διακρινόταν από άλλους Κένταυρους για περίσκεψη, σύνεση, σωφροσύνη, σοφία. Κένταυροι επιτίθενται στους Λαπίθες, εμπλεκόμενοι σε βιασμούς και λεηλασίες, στη γαμήλια τελετή του Πειρίθου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Γνώστης παρασκευής φαρμάκων και Ιατρός με γιάτρευτη πληγή.

504. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΠΑΣΙΑ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΚΥΠΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΓΓΛΟΚΡΑΤΙΑΣ

Μ. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Α. Σαλιχού², Ι. Παγώνης², Α. Γκέργκη², Ν. Παράσχου², Μ. Ορφανού², Π. Λογοθέτη², Χ. Μέλλος², Α. Βοντζαλιδής², Π. Μουτεβελής², Π. Ταβλαντάς²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΓΝ Κορίνθου-Παιδιατρική Κλινική

Η χειρόνσηος της Καρπασίας βρίσκεται στην ανατολική Κύπρο και οι κάτοικοι της είναι απόγονοι Αχαιών. Αποκαλείται χειρόνσηος αγίων και ηρώων γιατί εκεί έζησαν, μεγαλούργησαν και θησαύιστηκαν για τον ελληνισμό, αφήνοντας εθνικές παρακαταθήκες για εμάς τους νεότερους.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της έρευνάς μας η καταγραφή των υπηρεσιών υγείας στην Καρπασία, κατά την περίοδο της αγγλοκρατίας (1878-1959 μ.Χ.). Μέσα από τη μελέτη να αναδείξουμε αυτές και να αποτιμήσουμε φόρο τιμής στην επαρχία αυτή, που από το 1974 βρίσκεται υπό τουρκική κατοχή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την τουρκοκρατία διαδέχθηκε το 1878 η αγγλοκρατία. Κατά τη διάρκεια της πρώτης δεν υπήρξε ποτέ καμία ιατρική, νοσηλευτική περιθαλή και φροντίδα για τους κατοίκους της Κύπρου. Επί αγγλοκρατίας λειτουργήσαν σχεδόν άμεσα τα πρώτα νοσοκομεία στις πόλεις και από το 1900 άρχισαν τη λειτουργία τους τα πρώτα αγροτικά ιατρεία. Οι Άγγλοι είχαν καθιερώσει σύντομα σε όλες τις πόλεις της Κύπρου τον θεσμό φαρμακεία – εξωτερικά ιατρεία και ίδριον σε αυτά επαρχιακούς στρατιωτικούς ιατρούς. Από το 1880 άρχισαν να αντικαθιστούν αυτούς με λαϊκούς ιατρούς, Άγγλους, Κύπριους και Ελλαδίτες. Από το 1882 εξασκούσε το ιατρικό επάγγελμα στο Ριζοκάρπασο ο Μ. Καρύδης. Το 1900 η Γαλιούσα γίνεται αγροτικό ιατρικό κέντρο και πρώτος αγροτικός ιατρός είναι ο Ονούφριος Παυλιδής. Το 1939 ιδρύθηκε και λειτουργήσε το Νοσοκομείο Αιγιαλούσης στο οποίο εργάστηκαν διαχρονικά πολλοί ιατροί και νοσηλεύτριες. Ο πρώτος Ιατρός που διορίστηκε σε αυτό ήταν ο Ανδρέας Χατζηγαβριήλ. Ήταν τότε πλήρως στελεχωμένο με ιατρούς, φαρμακοποιό, νοσηλευτές και μαία. Στη συνέχεια ιδρύθηκαν, Αγροτικά ιατρεία στο Ριζοκάρπασο, Τρίκωμο, Κώμη-Κεπρί. Το 1917 ο ιατρός Ευθύβουλος Παρασκευαΐδης, γυναικολόγος, και ο Γεώργιος Νίκιας Παθολόγος-Νευρολόγος ιδρύουν στο Άγιο Θεόδωρο Κλινική ιδιωτική. Αξίζει να αναφέρουμε και τη συμβολή των μαϊών στην υπηρεσία των γυναικών της περιοχής, όπως Μαρину Χατζηαντώνη, Μαρία Σκρόδου, Μυροφόρα Κάττου, Ελένη Μαρκουδικίου και η Σταυρούλα Κυπριανού. Το κεφαλοχώρι της Καρπασίας, η Κωμύπολη της Αιγιαλούσης ευτύχησε να αναδείξει σπουδαίους επιστήμονες στο χώρο της Υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι κάτοικοι της Καρπασίας, μετά από αγώνες των κατοίκων της προς τους κατακτητές, διεκδίκησαν και πέτυχαν από το 1900 να έχει υπηρεσίες υγείας τις οποίες χρησιμοποιούσαν όλοι οι κάτοικοι ανεξαρτήτως θρησκείας. Χώρος με πλούσιότητα ιστορία, γεμάτη Ελληνισμό, από τότε έβαλε θστάτα τα θεμέλια της σημερινής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Δυστυχώς το 1974 σταμάτησε ο χρόνος και η περιοχή είναι υπόδουλη, υπό τουρκική κατοχή.

505. ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΠΙΔΗΜΙΕΣ ΤΟΥ ΠΑΡΕΛΘΟΝΤΟΣ ΣΤΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΣΗΜΕΡΑ. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Σ. Κολιαντζάκη¹, Κ. Σώρρας², Σ. Δημητρακόπουλος³

¹Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, ²Ενδοκρινολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», ³Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να κάνουμε μία ιστορική αναδρομή της ασθένειας και να καταδείξουμε τις αλλαγές που συντελέστηκαν στο πέρασμα των χρόνων τόσο στα χαρακτηριστικά της ασθένειας όσο και στη στάση των ατόμων απέναντι της στον τρόπο κατανόησης και πρόσληψης της.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά των σημερινών ασθενειών σε σχέση με αυτά των ασθενειών του παρελθόντος. Χρησιμοποιήθηκε ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία καθώς και διαδικτυακές πηγές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι επιδημίες όπως βουβωνική πανώλη είναι οι ασθένειες που κυριάρχησαν τον μεσαίωνα. Οι ασθένειες αυτές παραπέμπουν άμεσα στον θάνατο, έχουν μεταδοτικό χαρακτήρα, σχετίζονται με χαμηλό υγειονομικό επίπεδο, έχουν συλλογικό χαρακτήρα, προκαλούν έντονο φόβο και πανικό και μετέβαλαν την όψη μίας κοινωνίας. Σε αντίθεση με τις ασθένειες του παρελθόντος οι ασθένειες του σήμερα δεν είναι μεταδοτικές (εξαιρέση αποτελεί το AIDS), διαρκούν μεγάλο διάστημα, είναι εξατομικευμένες, προκαλούν περιορισμό στη λειτουργικότητα και έχουν αβέβαιη πορεία. Παραδείγμα χρόνιας ασθένειας αποτελεί η νόσος Alzheimer Στο πέρασμα των χρόνων αλλαγές συντελέστηκαν και στον τρόπο πρόσληψης της ασθένειας και του επιστημονικού προσδιορισμού της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η φύση των ασθενειών τις τελευταίες δεκαετίες έχει αλλάξει. Οι οξείες μεταδοτικές ασθένειες του παρελθόντος έχουν αντικατασταθεί από τα χρόνια νοσήματα του σήμερα. Οι σύγχρονες χρόνιες ασθένειες έχουν ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις έτσι τα τελευταία χρόνια η ανάγκη απομάκρυνσης από το μονοδιάστατο βιοιατρικό μοντέλο ιατρικής και η στροφή προς το πολυδιάστατο μοντέλο του Engel το οποίο συνεκτιμά εκτός από τις βιολογικές και τις κοινωνικές και ψυχολογικές παραμέτρους της νόσου είναι γεγονός.

506. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ ΜΕ ΑΡΣΕΝΙΚΟ

Μ. Καραμάνου¹, Κ. Κυριάκης², Γ. Τσουκαλάς¹, Κ. Λαΐος¹, Γ. Ανδρούτσος¹

¹Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ²Δερματολογικό τμήμα, ΓΝ Δυτικής Αττικής «Αγ. Βαρβάρη»

Το αρσενικό (As) είναι χημικό στοιχείο με ενδιάμεσες ιδιότητες μεταξύ των μετάλλων και των αμετάλλων, ενώ οι θειούχες ενώσεις του ήταν γνωστές από την αρχαιότητα. Στη θεραπευτική της σύφιλης, το αρσενικό εισήχθη στα μέσα του 19ου αιώνα, με ικανοποιητικά αποτελέσματα, ενώ παρέμεινε έως τα μέσα της δεκαετίας του 1940 είτε ως μονοθεραπεία είτε σε συνδυασμό με άλλα αντισηπτικά φάρμακα. Η υδροχλωρική διοξιδιοαιμινοαρσενοβενζόλη ανακαλύφθηκε το 1909 από τον βραβευμένο με Νόμπελ ιατρικής (1908) γερμανό ερευνητή Paul Ehrlich (1854-1915). Διανεμήθηκαν 400.000 δόσεις αρσενοβενζόλης σε κλινικές μελέτες πριν το φάρμακο με την κωδική ονομασία 606 κυκλοφορήσει το 1910 με την εμπορική ονομασία *Salvarsan*. Για τη φαρμακοκινητική δράση του φαρμάκου, ο Sahachiro Hata (1873-1938), μέλος της ομάδας του Ehrlich, ανέφερε πως το αρσενικό ανιχνεύεται στον οργανισμό 30 λεπτά μετά την ενδοφλέβια έγχυσή του και παραμένει 2-3 εβδομάδες (μέσος όρος 10-15 μέρες), ακόμα και έτη μετά από μακροχρόνια χορήγηση ενδομυϊκών ενέσεων. Μετά την έγχυση του *Salvarsan* τα τρεπονήματα υφίστανται αλλοιώσεις ως προς την ευκινησία και το σχήμα τους. Καθίστανται ανώμαλα και κοκκώδη, αθροϊζόμενα κατά σωρούς εκτός των κυτταρικών τοιχωμάτων. Η εξαφάνισή τους επέρχεται εντός μιας εβδομάδας. Οι επιστήμονες της εποχής πίστευαν πως το *Salvarsan* δρούσε απευθείας στις σπειροχαΐτες καταστρέφοντάς τες, ενώ κάποιοι άλλοι διατύπωναν την άποψη πως το συγκεκριμένο φάρμακο καταστρέφει εμμέσως το μικροοργανισμό με την αύξηση των λευκοκυττάρων, δηλαδή με φαγοκυττάρωση. Άλλοι ισχυρίζοντο πως δρα αυξάνοντας τα αντισώματα του οργανισμού και άλλοι πως έχει τονωτική δράση, καθότι παρατήρησαν αύξηση βάρους και ευεξία στους ασθενείς. Οι ενδομυϊκές ενέσεις ξεκινούσαν από 0,10 γραμμάρια και αυξανότο διαδοχικά σε 0,20, 0,30, 0,40, 0,50 και 0,60 γραμμάρια, αναλόγως της ηλικίας του πάσχοντος, των σφιλιδικών εκδηλώσεων και της ιδιοσυγκρασίας του. Η συνιστώμενη δόση ήταν 0,30-0,50 γραμμάρια εφάπαξ ενδομυϊκά, ενώ ως εναλλακτικό σχήμα προτεινότο δόση 0,15-0,20 γραμμαρίων και επανάληψη μετά από οκτώ ημέρες. Ωστόσο η εισαγωγή της πενικιλίνης στη θεραπευτική της σύφιλης από τον John Mahoney (1889-1957) το 1943 σηματοδότησε και το τέλος της θεραπείας με αρσενικό.

507. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

508. Ο ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑ ΤΟΥΣ ΑΙΩΝΕΣ

Π. Σουκούλη¹, Χ. Αλεξανδρόπουλος², Β. Γιακίμοβα³, Γ. Αγγελής³, Μ. Βενιζέλος³

¹ΚΥ Πύλης Τρικάλων, ²ΓΝ Τρικάλων, ³ΚΥ Πύλης Τρικάλων

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα εργασία επιχειρείται να μελετηθεί η πορεία ανά τους αιώνες του εγκλεισμού και της ιδρυματοποίησης του ψυχιατρικού αρρώστου, ξεκινώντας από την αρχαία Ελλάδα και φτάνοντας στη σύγχρονη εποχή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν ιατρικά δοκίμια καθώς και η υπάρχουσα βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναφορά για εγκλεισμό του ψυχικά ασθενούς απαντάται για πρώτη φορά στους Νόμους του Πλάτωνα. Οι Ρωμαίοι πρώτοι αναπτύσσουν δικαιο, σχετικά με τον ψυχικά ασθενή, ενώ αναφορές για το θέμα υπάρχουν στα κείμενα του Σωκρανού του Εφέσιου και του Αρεταίου. Στη βυζαντινή εποχή τη θέση του θεράποντα την ψυχική νόσο λαμβάνουν οι ηγούμενοι των μοναστηριών, ενώ θεωρείται ότι ίσως το πτωχοκομείο που ίδρυσε ο Μ. Βασίλειος να είναι το πρώτο ιδρυθέν ψυχιατρικό άσυλο. Τον Μεσαίωνα, οι ψυχικά νοσούντες απομονώνονται και αντιμετωπίζονται ως κάτι το απεχθές, ενώ οι Άραβες από τον 8^ο αιώνα έχουν ειδικούς χώρους εγκλεισμού με ανθρωπιστικές συνθήκες. Το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο ιδρύθηκε στη Βαλένθια το 1409, ενώ από το 18^ο αιώνα πύργοι μετατρέπονται σε φρενοκομεία σε Αγγλία, Γερμανία και Γαλλία. Ο Pinel, Γάλλος ανθρωπιστής ψυχίατρος, πρώτος κατήργησε τις αλυσίδες των ψυχιατρικών τροφίμων και βελτίωσε τις συνθήκες εγκλεισμού. Το 19^ο αιώνα δεν έχουμε ουσιαστική πρόοδο και τα πρώτα «αξιοπρεπή» ψυχιατρικά ιδρύματα ξεκινούν να ιδρύονται από τον 20^ο πλέον αιώνα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρακολουθώντας τον τρόπο που αντιμετωπίζεται το ψυχικά διαταραγμένο άτομο ανά τους αιώνες, βλέπουμε την καταπίεση των στοιχειωδών δικαιωμάτων του, τον «στοιβαγμό» του σε ιδρύματα υπό άθλιες συνθήκες και τον στιγματισμό όχι μόνο του ίδιου αλλά και του περιβάλλοντός του. Σήμερα, το μοντέλο της περίθαλψης στην ψυχική υγεία μετατοπίστηκε από το «άσυλο» στη φροντίδα στο επίπεδο της κοινότητας, την αποιδρυματοποίηση και την αποφυγή της χρονιότητας, χωρίς παραταύτα να έχει επιτευχθεί το μοντέλο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που επιθυμείτο.

509. OLIVER HOWE LOWRY (1910-1996): Ο ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΑΡΙΘΜΟ ΑΝΑΦΟΡΩΝ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΩΝ

Ν. Βλαχάδης¹, Α. Πρωτόπαπα²

¹Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα, ²Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικής, ΓΝΑ Ελπίς, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην παρουσίαση του ιατρού-βιοχημικού Oliver Lowry, του συγγραφέα της δημοσίευσής με τον μεγαλύτερο αριθμό αναφορών (citations) στην ιστορία της επιστήμης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Oliver Howe Lowry γεννήθηκε στο Σικάγο το 1910 και αφού σπούδασε χημεία στο πανεπιστήμιο Northwestern (1932), απέκτησε διπλώματα ιατρικής και διδακτορικό δίπλωμα στη βιοχημεία από το πανεπιστήμιο του Σικάγο (1937). Από το 1947 ως το 1976 διέτέλεσε καθηγητής φαρμακολογίας στην ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Washington στο Saint Louis. Ο Lowry κατέχει αναμφίβολα μία ξεχωριστή θέση στην ιστορία της ιατρικής και της βιοχημείας του 20^{ου} αιώνα, χάρη στο διάσημο άρθρο του "πρωτεϊνικός προσδιορισμός με το φαινολικό αντιδραστήριο του Follin", που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Journal of Biochemical Chemistry το 1951 (Lowry OH, Rosebrough NJ, Farr AL, Randall RJ, Protein measurement with the follin phenol reagent, J Biol Chem, 1951; 193: 265-275). Το άρθρο αυτό κατέχει το ρεκόρ του μεγαλύτερου αριθμού αναφορών στην ιστορία της παγκόσμιας ιατρικής και γενικότερα της επιστημονικής βιβλιογραφίας. Ο συνολικός αριθμός των αναφορών του ως τις 11-11-2012, σύμφωνα με το Web of Science, ήταν 298.710. Στη δημοσίευση αυτή περιγράφεται η χρωματομετρική μέθοδος ποσοτικού προσδιορισμού πρωτεϊνών που φέρει το όνομά του (Lowry protein assay), με την οποία προσδιορίζεται η ολική ποσότητα πρωτεΐνης σε ένα διάλυμα. Το επιστημονικό του έργο κυριαρχείται από την ανάπτυξη υπερευαίσθητων μεθόδων ποσοτικού προσδιορισμού ενζύμων και μεταβολιτών στους ιστούς (ποσοτική ιστοχημεία-quantitative histochemistry). Το 1964 εξελέγη μέλος της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ (National Academy of Sciences).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο Oliver Lowry κατέχει την πιο περιζήτητη θέση στην ιστορία της ιατρικής βιβλιογραφίας ως συγγραφέας ενός άρθρου που σύντομα θα ξεπεράσει τον άπιστευτο αριθμό των 300.000 αναφορών.

510. ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΣΤΟ ΓΝ ΣΥΡΟΥ

Π. Φωτίου, Α. Γουδεσίδου, Σ. Κατσιούλη, Α. Κασνακίδου, Δ. Μπιρμπίλη, Μ. Μύρου, Β. Σουλάκης

Τμήμα Αιμοδοσίας ΓΝ Σύρου

ΣΚΟΠΟΣ: Στην περίοδο της επιστασίας 2006-2012 μελέτησαμε την κίνηση της εθελοντικής αιμοδοσίας σε ένα τμήμα της νησιωτικής Ελλάδας με σκοπό την καταγραφή των αναγκών σε αυτές τις περιοχές

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν τα δεδομένα διαχείρισης 10226 μονάδων αίματος για το διάστημα 1/1/2006-31/12/2012.

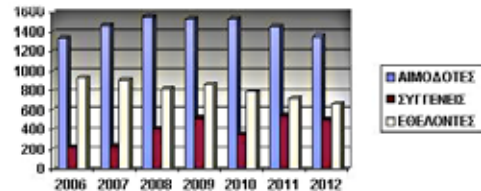
Το σύνολο των αιμοφιλίων έγινε αποκλειστικά και μόνο εντός του Τμήματος Αιμοδοσίας του ΓΝ Σύρου καθώς δεν υπάρχει κινητή μονάδα αιμοληψίας.

Τους αιμοδότες απαρτίζουν σχεδόν αποκλειστικά κάτοικοι του νησιού και είναι συγγενείς ασθενών και εθελοντές οι οποίοι είναι κυρίως μέλη του Συλλόγου αιμοδοτών Σύρου, της Ανωτάτης Σχολής Εμποροπλοίαρχων Ναυτικού, της Πυροσβεστικής αλλά και των Ένοπλων Δυνάμεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον παρακάτω πίνακα όπου φαίνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα διαπιστώσαμε μια σταδιακή πτώση των εθελοντών αιμοδοτών.

ΕΤΟΣ	ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ	ΕΝΟΠΛΙΑΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ	ΆΛΛΕΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
2012	502	660	22	61	1355 (110)
2011	543	720	27	60	1450 (100)
2010	355	787	21	99	1530 (268)
2009	519	871	0	55	1534 (89)
2008	414	824	27	47	1555 (243)
2007	233	915	0	98	1465 (219)
2006	227	942	0	57	1337 (111)

Από το διάγραμμα δε που παρατίθεται φαίνεται ότι οι εθελοντές αιμοδότες σαφώς αποτελούν τον βασικό κορμό της αιμοδοσίας αλλά δυστυχώς μειώνονται διαρκώς ενώ αυξάνονται σημαντικά οι αιμοδότες αντικατάστασης για συγγενείς του ίδιου ή άλλων νοσοκομείων.



Η επάρκεια της αιμοδοσίας του νοσοκομείου αποδεικνύεται από την ελάχιστη εισαγωγή μονάδων αίματος από άλλα νοσοκομεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1. Η σημασία της αιμοεπαγρύπνησης κρίνεται αναγκαία.

2. Θα πρέπει να βελτιωθεί η ενίσχυση της Αιμοδοσίας του Νοσοκομείου της Σύρου από τα υπόλοιπα νησιά των Κυκλάδων

3. Να υπάρχει μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση των κρατικών φορέων προς τις νησιωτικές περιοχές όπου η σημασία της αυτάρκειας κρίνεται ζωτικής σημασίας.

511. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ

Ζ. Μπιτσώρη

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ «Ελλάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι μέσα από αναφορές από τη διεθνή βιβλιογραφία και την καθημερινή πρακτική εμπειρία, να διερευνηθούν οι απόψεις σχετικά με την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ώστε να επιτευχθεί ο βασικός στόχος, που είναι η αύξηση της ποιότητας φροντίδας υγείας.

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν πάντα να τηρούν τους κατάλληλους κανόνες συμπεριφοράς που τιμούν το επάγγελμά τους. Με δεδομένο ότι ο τελικός σκοπός κάθε ενέργειας όσων υπηρετούν στην υγεία είναι η φροντίδα για τον άρρωστο, η συνεργασία μεταξύ τους είναι αυτονόητη. Όσο πιο εξειδικευμένη είναι η επιστημονική εργασία τόσο πιο πολύπλοκη γίνεται η επικοινωνία. Η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας γίνεται είτε προφορικά είτε μέσα από τηλεφωνήματα, σημειώσεις και φύλλα νοσηλείας. Προβλήματα δημιουργεί η έλλειψη σαφών εντολών, οι πολύπλοκες οδηγίες, οι ταυτόχρονες εντολές, η κόπωση που οδηγεί σε έλλειψη προσοχής, η μη ομοιογενής αντίληψη της έννοιας του επείγοντος. Δυσμενής επίδραση στην επικοινωνία ασκεί και το στενό περιβάλλον του ασθενή, όταν είναι αγχώδες, συναισθηματικά φορτισμένο, ανυπόμονο, αναποφάσιστο και προκατειλημμένο. Γενικά σημαντικότερα εμπόδια στην επικοινωνία ανάμεσα στο προσωπικό, είναι η έλλειψη χρόνου και ο διαφορετικός τρόπος εκπαίδευσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο αμοιβαίος επαγγελματικός σεβασμός και η ποιότητα της επικοινωνίας αποτελούν σημαντικά συστατικά μίας καλής διεπιστημονικής συνεργασίας. Η τέχνη της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι μια δεξιότητα που μαθαίνεται με το χρόνο και την έκθεση σε διαφορετικές καταστάσεις. Η επικοινωνία αναπτύσσεται μεταξύ απόμυον μόνο αν το θέλουν. Η συχνή και αποτελεσματική επικοινωνία νοσηλευτή-ιατρού σχετίζεται με την επιβίωση των ασθενών και το περιορισμό των ιατρικών λαθών. Η καλή επικοινωνία δεν επιτυγχάνεται με ανοιχτές πόρτες, καλούς τρόπους ή αστέρια. Τη βοήθει η ακρόαση όσων πραγματικά λένε οι ομιλητές κι η σύλληψη μηνυμάτων που κρύβονται πίσω από τα λόγια, τις εκφράσεις του προσώπου, τον τόνο της φωνής και τις πράξεις. Η καλή επικοινωνία προϋποθέτει δεξιότητες για καλή αποστολή και καλή ακρόαση μηνυμάτων. Συμπερασματικά ο επαγγελματίας υγείας έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης όχι μόνο στις εξελίξεις της επιστήμης του, αλλά και στις ικανότητες συνεργασίας-επικοινωνίας στα πλαίσια της ομάδας. Ας μην ξεχνάμε ότι στόχος της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι η μείωση των λαθών μέσα σε μία μονάδα υγείας και η επίτευξη της μέγιστης ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας καθώς και η ικανοποίηση των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Η επιτυχία στη διαπροσωπική και την οργανωτική επικοινωνία καθορίζουν, σε μεγάλο βαθμό, τη συνολική επιτυχία. Η αναποτελεσματική επικοινωνία και οι συγκρούσεις που επιφέρει, υπάρχουν σε όλους τους Οργανισμούς. Μπορεί να οδηγεί σε επιθετική συμπεριφορά, αλλά μπορεί να απελευθερώσει την ενεργητικότητα και τη δημιουργικότητα του προσωπικού και μπορεί να αποτελέσει κίνητρο για ομαδική συνεργασία. Το ποια θα είναι η τελική έκβαση καθορίζεται από τις ικανότητες του κάθε στελέχους και την εφαρμογή από τον Οργανισμό των κατάλληλων μεθόδων χειρισμού των κρίσεων.

512. ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Δ. Αντώνογλου¹, Γ. Αντώνογλου²

¹MSc, MBA Οικονομολόγος της Υγείας, ²Φοιτητής Ιατρικής

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη παρούσας κατάστασης και τρεχουσών μεταβολών στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και η διερεύνηση πιθανών διεξόδων με τις οποίες θα μπορούσε να βελτιωθεί η ποιότητα στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκε υλικό προερχόμενο από ξένη και ελληνική βιβλιογραφία συσχετιζόμενο με οικονομία, πολιτικές και οργάνωση υπηρεσιών υγείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σημαντικό είναι ότι συγγραφείς και αρθρογραφούντες στον χώρο της υγείας συμφωνούν πως η ποιότητα είναι απαραίτητη συνιστώσα για επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας. Έτσι, συμπεραίνεται πως όλοι οι οργανισμοί του τομέα της υγείας πρέπει να έχουν ως πρώτη προτεραιότητα τη διασφάλιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών οδηγώντας στην ικανοποίηση των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Προκειμένου να εφαρμοστεί από το Εθνικό Σύστημα Υγείας η διασφάλιση συστήματος που να παράγει και να προάγει ποιότητα, πρέπει να το ίδιο το ΕΣΥ να συμπεριλάβει κατάλληλες στρατηγικές ποιότητας, αποτελεσματικά συστήματα, δράσεις ποιότητας, πρακτικές ενδυναμώνοντας το προσωπικό του και στέκοντας δίπλα στον πολίτη – ασθενή. Με τους ανωτέρω τρόπους δύναται να προαχθεί η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί πως στο εξωτερικό τα αντίστοιχα συστήματα υγείας εκλαμβάνουν σοβαρά την έννοια της ποιότητας και προσπαθούν συνεχώς γι' αυτήν. Σ' αυτόν τον άξονα θα πρέπει να κινηθεί και το δικό μας σύστημα υγείας προκειμένου να έχουμε θετικά και επαρκή αποτελέσματα προς το κοινωνικό σύνολο και το κράτος.

513. ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δ. Αντώνογλου¹, Ε. Χρυσοπούλου², Α. Βοζικής³

¹MSc, MBA Οικονομολόγος Υγείας, ²MSc Διοίκηση Υγείας, Νοσηλεύτρια, ³Επίκουρος Καθηγητής, Τμ. Οικονομικών Επιστημών Πανεπιστημίου Πειραιώς

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Στην παρουσίασή μας θα αναλυθούν οι όροι e-health, e-heals και θα διευκρινιστεί η έννοια αλφαριθμητικής ηλεκτρονικών υπηρεσιών που τόσο συναντάται πλέον. Κύριος σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση του επιπέδου γνώσης των Ελλήνων πολιτών στο e-health (information literacy & ehealth literacy) και το επίπεδο επαφής τους με το διαδίκτυο (computer literacy), σε σύγκριση με τη μελέτη της έρευνας για την ανάπτυξη και διείσδυση υπηρεσιών ηλεκτρονικής εξυπηρέτησης πολιτών και επιχειρήσεων του Παρατηρητηρίου για τη Διοικητική Μεταρρύθμιση της ΚΤΠ, παραθέτοντας προτάσεις ανάπτυξης και λειτουργίας της ψηφιοποίησης και της επαφής του απλού κόσμου με αυτή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την επίτευξη της παρουσιάσής μας διανεμήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο σε 160 άτομα, που περιείχε δύο σκέλη: (α) προσωπικά στοιχεία, καθώς και μία ερώτηση, που αφορούσε τις διαδικτυακές δραστηριότητες, με τις οποίες ασχολήθηκαν οι ερωτώμενοι, τον τελευταίο μήνα (β) 10 ερωτήσεις, στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η ψυχομετρική κλίμακα 5 σημείων του Likert. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος STATA/SE v.11 και Μ.Ο. Excel. Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η έκθεση του Παρατηρητηρίου Διοικητικής Μεταρρύθμισης της ΚΤΠ / Σεπτέμβριος 2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο δείγμα μας το φύλο επηρεάζει τη χρήση του διαδικτύου. Οι άντρες χρησιμοποιούν καλύτερα και πιο σύνθετα το διαδίκτυο, σε αντίθεση με τις γυναίκες. Από την άλλη, το μορφωτικό επίπεδο και η ηλικία, παρόλο που έχουν θετική σχέση με τις δεξιότητες (τουλάχιστον διαγραμματικά), δεν αποδειχτηκε, ότι τις επηρεάζουν. Στο δείγμα μας παρατηρούμε μέτριο επίπεδο γνώσεων γύρω από το ehealth, αρκετά ικανοποιητικό αποτέλεσμα μιας και δεν έχει προηγηθεί εκπαίδευση των συμμετεχόντων ή διερεύνηση των γνώσεων τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπεραίνοντας θα λέγαμε ότι το επίπεδο επαφής των Ελλήνων με το διαδίκτυο έχει αυξηθεί αρκετά (όπως συμπεραίνουμε από τα συγκριτικά αποτελέσματα των δυο ερευνών) και είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντική η χρησιμοποίησή του σε όλες τις εκφάνσεις της καθημερινότητας. Φαίνεται ότι το e-health δεν είναι άγνωστη έννοια και είναι ενδιαφέροντα τα αποτελέσματα που αφορούν τη χρήση και τη χρησιμότητά του.

514. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

515. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗΣ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Μ. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Χ. Μέλλος², Μ. Ορφανού², Α. Κούκου³, Α. Σπανίδου³, Μ. Πατσουράτη³, Π. Ταβλαντάς³

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΓΝ Κορίνθου-Παιδιατρική Κλινική, ³ΚΥ Λυγουριού

Η ανθρωπότητα από τα αρχαία χρόνια έχει θρηνησίσει εκατόμβες νεκρών από επιδημίες και λοιμούς που οφείλοντουσαν σε λοιμώδη νοσήματα. Η σταδιακή ανακάλυψη των εμβολίων αλλά και η εφαρμογή τους έφερε πραγματική επανάσταση στην υγεία σε όλη την ανθρωπότητα

ΣΚΟΠΟΣ: Της μελέτης μας, είναι η διαχρονική καταγραφή της πορείας της ανακάλυψης των εμβολίων και η αποτύπωση των ευεργετικών αποτελεσμάτων στην προληπτική ιατρική.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από τη βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πρόληψη των ασθενειών είναι η καλύτερη μέθοδος αντιμετώπισης οποιασδήποτε ασθένεια. Αυτό είναι γνωστό από τα αρχαία χρόνια και το αναφέρει και ο Ιπποκράτης. Έτσι καταγράφονται προσπάθειες του ανθρώπου να προλάβει την εκδήλωση κάποιων ασθενειών, με κάποια μέθοδο εμβολιασμού, που χρονολογούνται από την αρχαιότητα.

Οι σημερινές προσπάθειες των επιστημόνων στοχεύει στην παρασκευή νέων εμβολίων, πολυδύναμων, ακίνδυνων, καθαρών, χωρίς παρενέργειες. Ασθένειες όπως: η ευλογιά, χολέρα, πανώλη, λύσσα, άνθρακας, τέτανος εξαφανίσθηκαν. **Σειρά ανακάλυψης εμβολίων:**

18ος αιώνας: 1796 πρώτο εμβόλιο για την ευλογιά, πρώτη κατασκευή εμβολίου στην ανθρωπότητα (Jener). 19ος Αιώνας: 1879 πρώτο εμβόλιο για τη χολέρα. 1881 το πρώτο εμβόλιο για το άνθρακα. 1882 το πρώτο εμβόλιο για τη λύσσα. 1890 το πρώτο εμβόλιο για το τέτανο. 1896 α' για το τυφοειδή πυρετό. 1897 το α εμβόλιο για την πανώλη. **20ος αιώνας:** 1921 α εμβόλιο για τη διφθερίδα. 1926 α εμβόλιο για την κοκκύτη. 1927 α εμβόλιο για τη φυματίωση. 1932 α εμβόλιο για το κίτρινο πυρετό. 1937 α εμβόλιο για το τύφο. 1945 α εμβόλιο για τη γρίπη. 1952 α εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα. 1954 α εμβόλιο για την ιαπωνική εγκεφαλίτιδα. 1957 α εμβόλιο για τους αδενοϊούς 4 και 7. 1962 το α στοματικό εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα. 1963 α εμβόλιο για την ιλαρά. 1967 α εμβόλιο για την παρωπίδα. 1970 α εμβόλιο για την ερυθρά. Δεκαετία του 70 α εμβόλια για το αιμόφιλο της ινφλουεντζας και μηνιγγιδοκοκκο. 1977 α εμβόλιο για το πνευμονιδοκοκκο. 1981 α εμβόλιο για την ηπατίτιδα Β. 1990 α εμβόλιο για την ηπατίτιδα Α. 1995 α εμβόλιο για την ανεμοβλογιά. Στη συνέχεια ανακαλύφθηκαν τα πολυδύναμα, για τη γαστρεντερίτιδα των βρεφών, του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, μηνιγγίτιδας. Δυστυχώς παρά της αδιάκοπες και επίμονες έρευνες δε βρέθηκαν ακόμα εμβόλια για το AIDS και το καρκίνο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανακάλυψη των εμβολίων παρείχε αποτελεσματική ανοσοποίηση και συνέβαλε πολύ στην εξάφηση πολλών λοιμωδών νόσων. Επίσης η λήψη υγειονομικών μέτρων καθώς και η βελτίωση της ατομικής και κοινωνικής υγιεινής βοήθησαν παρὰ πολύ. Οι μέρες που έρχονται ίσως σηματοδοτήσουν νέους ορίζοντες στην παρασκευή νέων εμβολίων, γιατί η εκρηκτική ανάπτυξη της επιστήμης συνεχίζεται με γρήγορο ρυθμό και δίνει στο άνθρωπο την ικανότητα ελέγχου πάνω στη ίδια του τη ζωή και τις δυνάμεις που το περιβάλλουν.

517. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

516. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Μ. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Α. Ζαφειρόπουλος², Γ. Γιαννακόπουλος², Ε. Παπαδοπούλου², Α. Κούκου², Α. Σπανίδου², Μ. Πατσουράτη², Π. Ταβλαντάς²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΚΥ Λυγουριού

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο κόσμος της υπαίθρου για πολλά χρόνια ήταν χωρίς κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Με τον νόμο 3487/95 ιδρύθηκαν στην επαρχία 1300 αγροτικά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί.

Σε αυτά διορίζονταν γιατροί χωρίς ειδικότητα για να εκτελέσουν την υπηρεσία υπαίθρου. Είχαν πρακτικά καθήκοντα μιας υποτυπώδους Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά ουσιαστικά κατευθύναν τους ασθενείς στα νοσοκομεία. Με το νόμο 1397/83 του ΕΣΥ τα αγροτικά ιατρεία μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Ιατρεία. Στο πλαίσιο αυτό εντάχθηκαν στο ενιαίο διοικητικό σύνολο του Κέντρου Υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης μας η καταγραφή της διαχρονικής εξέλιξης του αγροτικού ιατρείου σε Περιφερειακό Ιατρείο στη σημερινή λειτουργική μονάδα του Κέντρου Υγείας. Η θετική του προσφορά στη διεύρυνση και ολοκλήρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο νομό Αργολίδας και η καθοριστική του συμβολή στην ουσιαστική προσφορά του σε αυτήν, στελεχωμένα από ειδικευμένους γενικούς γιατρούς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από το Κέντρο Υγείας Λυγουριού, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τους δήμους και τη στατιστική υπηρεσία του δημοσίου του νομού Αργολίδας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον νομό Αργολίδας στις επαρχίες Άργους και Ναυπλίας λειτουργούσαν υποτυπώδη αγροτικά ιατρεία με γιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου. Με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ 1397/83 αλλά και με την υπουργική απόφαση του 1994 (ΦΕΚ 470Β/94) ιδρύθηκαν στην περιοχή μας 13 Περιφερειακά Ιατρεία μαζί με 41 εξεταστήρια και η λειτουργία τους είναι άμεσα συνδεδεμένη με το Κέντρο Υγείας Λυγουριού. Με τη στελέχωσή τους και τον πλήρη εξοπλισμό τους με ιατροτεχνικό υλικό με ειδικευμένους γιατρούς άρχισε η ουσιαστική ανάπτυξη της παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις επαρχίες μας και βέβαια το τρίπτυχο της πρόληψης-θεραπείας-αποκατάστασης στη θέση της μονοσήμαντης περιθαλψής. Τα Περιφερειακά Ιατρεία του Κέντρου Υγείας Λυγουριού είναι τα εξής: Αγίας Τριάδας, Αγίου Ανδριανού, Αγρίλιτσας, Αχλαδάκματου, Αραχναίου, Δρεπάνου, Κουτισσοπιδίου, Λυρκείας, Μύλων, Ν. Επδαύρου, Ν. Κίου, Προσύμης και Φυλίων. Από αυτά τα Περιφερειακά Ιατρεία τα μισά είναι καινούρια ιδιοκτησία του δημοσίου. Σε αυτά ανήκουν τα εξής δημοτικά διαμερίσματα: Ασίνης, Ασκληπιείου, Επδαύρου, Κουτισσοπιδίου, Λέρνας, Λυρκείας, Μηδίας, Μυκηνίων, Ν. Κίου και Ν. Τρινυθίας. Υπηρετούν 21 γιατροί εκ των οποίων οι 16 είναι ειδικευμένοι γενικοί γιατροί. Λειτουργούν πλήρως σε καθημερινό πρωινό ωράριο και καλύπτουν το 41% του πληθυσμού της Αργολίδας.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ Κ. Υ. ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ 2010

ΠΕΡ. ΙΑΤΡΕΙΟ	ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ	ΠΕΡ. ΙΑΤΡΕΙΟ	ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ
ΑΓ. ΑΝΔΡΙΑΝΟΥ	5143	ΛΥΡΚΕΙΑΣ	2058
ΑΓ. ΤΡΙΑΔΑΣ	30603	ΜΥΛΩΝ	10956
ΑΓΡΙΛΙΤΣΑΣ	3379	ΝΕΑΣ ΕΠΙΔΑΥΡΟΥ	17841
ΑΡΑΧΝΑΙΟΥ	3598	ΝΕΑΣ ΚΙΟΥ	10231
ΑΧΛΑΔΟΚΑΜΠΟΥ	1218	ΠΡΟΣΥΜΝΗΣ	4886
ΔΡΕΠΑΝΟΥ	3111	ΦΙΧΤΙΩΝ	9762
ΚΟΥΤΣΟΠΙΔΙΟΥ	14366	ΓΕΝ. ΣΥΝΟΛΟ	117152

Όπως φαίνεται από τα στοιχεία τα Περιφερειακά Ιατρεία είναι στελεχωμένα με ειδικευμένους γενικούς γιατρούς οι οποίοι παρέχουν ουσιαστική πλέον Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις περιοχές τους. Ο συνολικός αριθμός των εξετασθέντων είναι πάρα πολύ μεγάλος αλλά εξίσου σημαντική είναι και η προσφορά υπηρεσιών υγείας από ειδικευμένους γενικούς γιατρούς οι οποίοι εργάζονται σε Περιφερειακά Ιατρεία πλήρως ανακαταναλωμένα με τον απαραίτητο ιατροτεχνικό εξοπλισμό. Επιπέδους σταμάτησε η υποτυπώδης μονοσήμαντη προσφορά Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η απλή παρατηρητή του ασθενούς στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Οι υπηρετούντες γιατροί δεν ασχολούνται πλέον μόνο με τη συνταγογραφία αλλά πραγματικά και ουσιαστικά με τη σωστή παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Τα προηγούμενα χρόνια οι αγροτικοί γιατροί ήταν σχεδόν συνταγογράφοι, σήμερα οι υπηρετούντες ειδικευμένοι γιατροί εκτελούν πλήρως την ειδικότητά τους και αυτό φαίνεται από την κτήριτη αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας στις επαρχίες μας. Βέβαια η συνταγογραφία υπάρχει αλλά σε μεγάλο ποσοστό αυτής αφορά χρόνιους πάσχοντες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα Περιφερειακά Ιατρεία είναι στελεχωμένα με ειδικευμένους γιατρούς και προκάλουν να διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο σήμερα στις επαρχίες μας και το κάνουν με υψηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στον κόσμο της υπαίθρου με ιδιαίτερες προκλήσεις. Η συμβολή τους στην προληπτική Ιατρική ουσιαστική και ανεκτίμητη. Σε εμάς πλέον είναι η σημαντική η προσφορά τους και βαθύζουμε παράλληλα και σταθερά μαζί με την πρόοδο της ιατρικής, την εξέλιξη της τεχνολογίας και της πληροφορικής, τομείς που επηρεάζουν άμεσα τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας σήμερα αλλά και του μέλλοντος.

518. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

519. ΓΝΩΡΙΜΙΑ ΜΕ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΥΓΟΥΡΙΟΥ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ, 25 ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Μ. Ταβλαντά¹, Ε. Παναγιώτου¹, Α. Ζαφειρόπουλος²,
Γ. Γιαννακόπουλος², Ε. Παπαδοπούλου², Α. Κούκου², Α. Σπανίδου²,
Μ. Πατσουράτη², Π. Ταβλαντάς²

¹Επιστημονικός συνεργάτης, ²ΚΥ Λυγουριού

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην Ελλάδα, η υιοθέτηση της ΠΦΥ αποτέλεσε ένα από τα βασικά στοιχεία της πολιτικής του ΕΣΥ και συνδέθηκε με την ίδρυση-στελέχωση-λειτουργία Κέντρων Υγείας στην ύπαιθρο. Παράλληλα προχώρησε και η ανάπτυξη της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της αναδρομικής μας μελέτης, η διαχρονική καταγραφή των αποτελεσμάτων της 25χρονης λειτουργίας μας. Μέσα από αυτή να αναδείξουμε την προσφορά μας στην ΠΦΥ, τα προβλήματα μας αλλά και τις επιδιώξεις-στόχους μας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αντλήσαμε στοιχεία από το ΚΥ, το ΓΝΝ, το δήμο Επιδαύρου καθώς και τους συνεργαζόμενους δήμους, τη στατιστική υπηρεσία του Ν. Αργολίδας. Καταγράψαμε ανά έτος τα αποτελέσματα της λειτουργίας μας στα διάφορα τμήματα που έχουμε και λειτουργούν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ΚΥΛ άρχισε τη λειτουργία του το 1986. Από τότε άρχισε ουσιαστικά να ενεργοποιείται το τρίπτυχο πρόληψη-θεραπεία-αποκατάσταση στη θέση της μονοήμερης ιατρικής περιθαλψής. Είναι στελεχωμένο πλήρως από ιατρικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό. Τομείς που λειτουργούν είναι: η ιατρική υπηρεσία, η νοσηλευτική υπηρεσία, η υπηρεσία διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης και το τμήμα κοινωνικής εργασίας (γραφέοι επισκεπτών υγείας). Τμήματα που λειτουργούν είναι: το παθολογικό με (1 παθολόγο και 5 γενικούς γιαιτρούς), παιδιατρικό με (2 παιδίατρος), μικροβιολογικό με (βιοπαθολόγο και βοηθό παρασκευαστών), ακτινολογικό με (χειρίστρια - εμψανίστρια), οδοντιατρικό με (1 οδοντίατρο), κοινωνικής εργασίας με (κοινωνικό λειτουργό και 2 επισκέπτες υγείας) και φυσικοθεραπευτήριο με (1 φυσικοθεραπευτή). Λειτουργεί σε 24ωρη βάση εδώ και 25 χρόνια. Βρίσκεται κοντά στο Αρχαίο Θέατρο της Επιδαύρου που φιλοξενεί 450.000 επισκέπτες και θεατές το χρόνο. Τα Περιφερειακά Ιατρεία του Κέντρου Υγείας Λυγουριού είναι 13. Υπηρετούν 21 γιατροί εκ των οποίων οι 16 είναι ειδικευμένοι γενικοί γιατροί. Μαζί με τα Π.Ι. καλύπτουμε το 48% του πληθυσμού της Αργολίδας. Οι βασικές αρχές λειτουργίας μας είναι:

1) Η συνέχεια της περίθαλψης. 2) Η δυνατότητα εύκολης προσπέλασης των πολιτών σε εμάς. 3) Η 24ωρη λειτουργία. 4) Η δυνατότητα της περισσότερης φορές να λύνονται τα προβλήματα επί τόπου και να μην γίνονται άσκοπες παραπομπές στα νοσοκομεία.

Το πιο σημαντικό τμήμα λειτουργίας που συνεβάλε ουσιαστικά στην πρόληψη είναι το ιατρείο παρακολούθησης και εμβολίων. Είναι στελεχωμένο με παιδίατρος και επισκέπτες υγείας. Τα χρόνια που πέρασαν είναι πάνω από 70.000 εμβόλια. Αποτελεί την αιχμή του δόρατος αλλά και την ασπίδα στον αγώνα που κάνουμε τόσα χρόνια για την πρόληψη γιατί τα ποσοστά εμβολιασμών στην περιοχή μας, σε όλα τα είδη εμβολίων, πλησιάζουν το 100%.

ΕΤΟΣ	ΠΑΘ/ΚΟ	ΠΑΙΔΙΚΟ	ΟΔΟΝΤΟ	ΜΙΚΡ/ΚΟ	ΑΚΤ/ΚΟ	ΦΥΣ/ΚΟ	ΣΥΝΟΛΟ
1987	3500	2500	3000	915	450		10365
1988	13005	4451	4322	2824	1806		26408
2010	34230	3487	1438	1701	1072	1614	43542
ΓΕΝΙΚΟ	487185	97774	52921	40757	30129	4092	712418

Από τον πίνακα φαίνεται η συνολική λειτουργία των τμημάτων όλα αυτά τα χρόνια, με τις όποιες δυσκολίες. Στα 25 χρόνια λειτουργίας εξετέθησαν στο ΚΥΛ 712418 ασθενείς. Διαπιστώνεται επίσης ο αριθμός των ασθενών τα πρώτα χρόνια λειτουργίας συγκρίνοντας το με τα τελευταία χρόνια να είναι τετραπλάσιος και διπλάσιος. Τα πρώτα στατιστικά στοιχεία πριν 25 χρόνια η χρήση φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή ήταν στο 91% των επισκεπτών του Κέντρου Υγείας Λυγουριού. Πριν 15 χρόνια ήταν στο 45% και σήμερα στο 12% και αυτό κυρίως περιλάμβανε παυσίπονα και αντιβιοτικά. Βέβαια η συνταγογραφία υπάρχει αλλά σε μεγάλο ποσοστό αυτής αφορά χρόνιους πάσχοντες. Σημειώνουμε την παρουσία του ΚΥΛ στην εκπόνηση και παρουσίαση επιστημονικών εργασιών. Δεν μείναμε απάθεις μπροστά στις ευκαιρίες-προκλήσεις. Περισσότερες από 400 εργασίες εκπονήθηκαν από το προσωπικό του ΚΥΛ και παρουσιάστηκαν σε πανελλήνια συνέδρια αλλά και διεθνή πολλές από τις οποίες βραβεύθηκαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το Κέντρο Υγείας Λυγουριού λειτουργεί σήμερα αποτελεσματικά και ουσιαστικά παρέχοντας στους ασθενείς Προνομήματα Φροντίδα Υγείας. Έθεσε στερέα τα θεμέλια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο νόμο Αργολίδας. Διαθέτει άριστη κτηριακή υποδομή και επιστημονικό προσωπικό. Είναι σε πλήρη ανάπτυξη και εδώ και 25 χρόνια έχει καταβληθεί στο χώρο μας για τη συμμόρφωσή του και την απόδοσή του.

520. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΜΙΠΛΗΓΙΚΟ ΕΠΩΔΥΝΟ ΩΜΟ

Π. Καραγκούνης, Σ. Σιβετίδου, Α. Κάππας, Σ. Πάγκαλης, Ε. Μπάκας

Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Νοσοκομείο ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ: Η μεσοθεραπεία αποτελεί μία θεραπευτική μέθοδο έγχυσης μίγματος φαρμακευτικών ουσιών στο μεσόδερμα, όπου επιτυγχάνεται μακράς διάρκειας θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ο επώδυνος ώμος στον ημιπληγικό ασθενή μπορεί να εμφανιστεί σε διάστημα 2 εβδομάδων μετά το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), με συννηθέστερη εμφάνιση σε διάστημα 2-3 μηνών μετά το ΑΕΕ. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της επίδρασης της μεσοθεραπείας στη μείωση του άλγους στον επώδυνο ημιπληγικό ώμο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε διάστημα 1 έτους αντιμετωπίστηκαν με τη μέθοδο της μεσοθεραπείας 6 ασθενείς (5 άρρενες και 1 γυναίκα, μ.ο. ηλικίας 54.7 έτη) με άλγους στην άρθρωση του ώμου του ημιπληγικού ημιμορίου. Ο μέσος όρος έναρξης του άλγους ήταν 67 ± 5 ημέρες, ενώ η θεραπεία αποτελούταν από 8 συνεδρίες μεσοθεραπείας, με μεσοδιάστημα μεταξύ των συνεδριών τις 7 ημέρες. Για τη μέτρηση μείωσης του άλγους χρησιμοποιήθηκε η οπτική αναλογική κλίμακα VAS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ανατομικά σημεία με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης άλγους ήταν η αύλακα της μακράς κεφαλής του δικεφάλου (83%) και ο υπερακάνθιος μύς (66%). Η έναρξη της αναλγησίας εμφανίστηκε από την 1^η συνεδρία στους 4 από τους 6 ασθενείς (66%). Σε διάστημα 8 εβδομάδων η ένταση του άλγους μειώθηκε από το 8 στο 4 (50%), με μέγιστη επίτευξη του αναλγητικού αποτελέσματος στην 5^η συνεδρία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μεσοθεραπεία αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο αναλγησίας στον επώδυνο ημιπληγικό ώμο. Ο συνδυασμός μεσοθεραπείας και κατάλληλων φυσικών μέσων συνιστάται ανεπιφύλακτα, με σκοπό την ταχύτερη λειτουργική αποκατάσταση του ημιπληγικού ώμου.

521. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ: ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΤ – ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μ. Σεργέδου, Κ. Ζωνίου, Α. Κοτρώνη, Χ. Χατζηθανασίου, Ε. Μπάκας

Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ΓΝ Αττικής «ΚΑΤ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση των πρώτων αποτελεσμάτων από την έναρξη λειτουργίας του ιατρείου βελονισμού της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης στο νοσοκομείο ΚΑΤ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στο χρονικό διάστημα από 1 Ιουνίου έως 31 Δεκεμβρίου του 2012 επιλέχθηκαν 37 εξωτερικοί ασθενείς, σύμφωνα με τις ενδείξεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και εντάχθηκαν σε θεραπευτικά πρωτόκολλα ιατρικού βελονισμού.

Το κύριο αναφερόμενο σύμπτωμα των ασθενών που ακολούθησαν θεραπεία με βελονισμό ήταν άλγος, οξύ ή χρόνιο, ενώ 2 μόνο απευθύνθηκαν στο ιατρείο βελονισμού για άλλο λόγο (πάρεση προσωπικό, στατιστικό). Ο αριθμός των συνεδριών που χρειάστηκε κάθε ασθενής εξατομικεύτηκε σύμφωνα με το ιστορικό του και την πορεία των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η εκτίμηση πραγματοποιήθηκε με πενταβάθμια περιγραφική κλίμακα (VRS) στην αρχή, κατά τη διάρκεια και το τέλος της θεραπείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 37 ασθενείς οι 8 δεν ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών έμειναν ικανοποιημένοι από τη συμπληρωματική δράση του βελονισμού στη θεραπεία τους δηλώνοντας πολύ καλή και αρκετά καλή ανταπόκριση. Η χρονιότητα φαίνεται ότι επηρέασε τα αποτελέσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή του ιατρικού βελονισμού ως συμπληρωματικής θεραπείας γίνεται ολοένα πιο αποδεκτή από τον πληθυσμό, όπως προκύπτει από τη μεγάλη προσέλευση ασθενών τους πρώτους μήνες λειτουργίας του ιατρείου βελονισμού της ΦΙΑΤ του νοσοκομείου ΚΑΤ. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με βελονισμό φαίνεται να εξαρτάται από τη σωστή επιλογή των περιστατικών, τη χρονιότητα των συμπτωμάτων και τη συμμόρφωση των ασθενών στο πρόγραμμα των θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

522. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ

Ι. Αλεξίου¹, Ε. Βασιλειάδου¹, Β. Γιουρέλη¹, Θ. Αλεξίου²

¹Τμήμα Φυσικοθεραπείας Γ Κ Ν Νικαίας «Άγιος Παντελεήμων», ²Τμήμα Πρωτοβάθμιας Περιθαλψής, ΕΟΠΥΥ, Πειραιά

Μετά την αρχική διαγνωστική προσέγγιση της οστεοπόρωσης η οποία δεν προβάλλει ιδιαίτερα σοβαρές δυσκολίες, αρχίζει ο θεραπευτικός σχεδιασμός. Βασικό ρόλο στο σχεδιασμό αυτό, παίζει η χορήγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων τα οποία εγγυώνται σε μεγάλο βαθμό τη συμπτωματική ανακούφιση και την τροποποίηση της πορείας της πάθησης. Δυστυχώς συνήθως ελλείπει από τη στρατηγική της μακροχρόνιας αντιμετώπισης των αρρώστων με οστεοπόρωση η λογική της αποκατάστασης.

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας μελέτης είναι να αναφερθούμε στη μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης, την αποκατάσταση καθώς παίζει σημαντικό ρόλο με τις λύσεις που προτείνονται στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των οστεοπορωτικών ασθενών, αυξάνοντας τα λειτουργικά τους επίπεδα και προσδίδοντας μεγαλύτερη ατομικότητα και ενεργητικότητα στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Με βάση την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία συμπεριλάβαμε τυχαίοποιημένες και επιδημιολογικές μελέτες που αναφέρονταν σε μη φαρμακολογικές αντιμετώπισεις της οστεοπόρωσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα μέτρα που αφορούν τη μη φαρμακευτική αντιμετώπιση πρέπει να θεωρηθούν ως ένα ουσιαστικό μέρος της πρόληψης και της αποκατάστασης των οστεοπορωτικών καταγμάτων. Αυτά τα μέτρα δε είναι:

Διαιτητικοί παράγοντες (ασβέστιο, φωσφόρος, νάτριο, κάλιο, πρωτεΐνες, συμπληρώματα βιταμινών).

LifeStyle (αποφυγή παραγόντων καθημερινής ζωής) όπως ποτά ανθρακούχα, κάπνισμα, εκθεση στον ήλιο, κατανάλωση αλκοόλ).

Αποφυγή των πτώσεων Οι πτώσεις είναι αποτέλεσμα γενικών –ιδιικών –περιβατολογικών αιτιών. Στα γενικά αίτια αναφέρεται η κακή στάση του σώματος, διαταραχές της βίδισης, μυϊκή αδυναμία, η κακή όραση και η καθυστέρηση των αντανακλαστικών κινήσεων. Ειδικά αίτια είναι οι αρθρίτιδες, η άνοια, η νόσος του Parkinson. Περιβατολογικά αίτια είναι ο κακός φωτισμός, ολισθηρά δάπεδα, σκαλοπάτια και οι καιρικές συνθήκες.

Φυσική δραστηριότητα, άσκηση. Είναι να επιτευχθεί ο βέλτιστος οστικής μάζας (η έλξη που ασκείται στο σκελετό από τους μύες έχει με τη άσκηση και τη δραστηριότητα ως αποτέλεσμα την αντίδραση των οστών στα ερεθίσματα που λαμβάνουν για τη σωστή αναδόμησή τους.

Πρόγραμμα επανεκπαίδευσης της ισορροπίας. Οι πτώσεις επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και είναι ο κύριος παράγοντας ο οποίος προκαλεί τον θάνατο λόγω ατυχημάτων στους υπερηλικείς. Συνήθως αυτά τα προγράμματα αποκατάστασης γίνονται μετά από πτώση και οστεοπορωτικό κάταγμα. Είναι σωστό να εκτιμάται η ισορροπία και κινητικότητα σαν μέρος της αξιολόγησης των δεξιοτήτων της καθημερινής ζωής του ασθενούς.

Χρήση γαργάκων και κηδεμώνων, συσκευές προστασίας του ισχίου.

Πρόγραμμα ενδυνάμωσης που προάγει τη σταθεροποίηση του κορμού και αυξάνει το εύρος τροχιάς κίνησης αλλά αυξάνει και την οστική πυκνότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης είναι μια σημαντική και μεγάλης έκτασης στρατηγική. Δυστυχώς η Φυσιοθεραπεία δεν κατέχει τη θέση που της αξίζει στην πρόληψη και αποκατάσταση της οστεοπόρωσης και τούτο διότι δίνεται έμφαση κυρίως στη φαρμακευτική-ορμονική αντιμετώπιση αυτής.

523. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΟΜΑΔΑΣ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΕΛΚΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Σ. Μπαλάσης, Χ. Ραπίδη, Π. Φιλτισένιου, Μ. Πουλοπούλου, Η. Παναγιωτόπουλος

Κλινική Αποκατάστασης Ασθενών με Κακώσεις Νωτιαίου Μυελού, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Τα έλκη πίεσης (κατακλίσεις) είναι μια πολύ συχνή επιπλοκή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, ιδιαίτερα σε ειδικές ομάδες ασθενών. Σκοπός της έρευνάς μας ήταν να μελετήσουμε τον επιπολασμό των ελκών πίεσης σε ένα τριτοβάθμιο γενικό νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Εκτιμήθηκαν τα έλκη πίεσης στο σύνολο των νοσηλευόμενων ασθενών (εξαιρέθηκαν οι ασθενείς των παιδιατρικών κλινικών). Η εκτίμηση έγινε με βάση τη νοσηλευτική λογοδοσία, κλινική εκτίμηση και στοιχεία από το ιστορικό των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε ότι το ποσοστό των νοσηλευόμενων που φέρουν έλκη πίεσης ανέρχεται σε 10,5%, (46/437), ενώ με βάση τη νοσηλευτική λογοδοσία αυτό ανέρχεται σε 8,5% (37/437). Σταδιοποίηση έγινε βάσει του European Pressure Sores Advisory Panel: σταδίου (I) 52,2%, (II) 32,6%, (III) 13,0%, (IV) 2,2%. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ελκών πίεσης ήταν ο σακχαρώδης διαβήτης που συνυπήρχε σε 34,8% (16/46), η κακή θρέψη (αλβουμίνη <3,5 gr/dl) σε 30,4% (14/46), η υποκείμενη νεοπλασματική νόσος σε 23,9% (11/46), οι κινητικές διαταραχές σε 65,2% (30/46) και οι διαταραχές αισθητικότητας σε 19,6% (9/46). Η παρατηρούμενη υποεκτίμηση των ασθενών με έλκη πίεσης με βάση τη νοσηλευτική λογοδοσία ήταν η μη καταγραφή κυρίως ελκών πίεσης Σταδίου I.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα έλκη πίεσης αυξάνουν τη νοσηρότητα και εκτινάσσουν το κόστος και τις ημέρες της νοσηλείας. Ο υψηλός επιπολασμός των ελκών πίεσης στο ελληνικό γενικό νοσοκομείο καθιστά αναγκαία τη δημιουργία ομάδας διαχείρισης ελκών και τη δημιουργία συγκεκριμένου πρωτοκόλλου εκτίμησης του κινδύνου, εφαρμογής μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης των ασθενών με έλκη πίεσης. Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα εξειδικευμένοι νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και ιατροί στα πλαίσια της ομάδας διαχείρισης ελκών συμβάλλουν στον σημαντικό περιορισμό της συχνότητας των ελκών πίεσης που περιορίζεται στο 3% - 5%.

524. ΑΣΥΡΜΑΤΗ ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΕΓΕΡΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ IN VITRO ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κ. Πουλιάς¹, Μ. Καμπούρης¹, Ε. Κούγια², Γ. Λαγουμιντζής¹, Μ. Μπαρτσάκουλια¹, Α. Ramadhinara³, Ε. Θεοδοροπούλου⁴, Α. Βανταράκης²

¹Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας και Ανοσολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, ²Μονάδα Περιβαλλοντικής Μικροβιολογίας, Εργαστήριο Υγιεινής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, ³Wound Medical Care Service Centre, Jakarta, Ινδονησία, ⁴Νοσοκομείο Μεσολογίου «Χατζηκώστα»

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η Ηλεκτροδιέγερση χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ελκών/τραυμάτων που παρουσιάζουν δυσκολία επουλώσης. Η χρήση της είναι περιορισμένη, λόγω της δυσκολίας εφαρμογής και της ενόχλησης/ πόνου από τη χρήση ηλεκτροδίων. Η τεχνολογία της Ασύρματης Ηλεκτροδιέγερσης (Α.Η.) δημιουργεί μετρήσιμο μικρορεύμα στον ιστό διοχετεύοντας ιόντα ατμοσφαιρικού αέρα, συνδυάζοντας ανώδυνη και ευκολότερη εφαρμογή με άριστο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στην παρούσα, εφαρμόστηκε σε κλινικά περιστατικά και εξετάστηκε η *in vitro* αντιμικροβιακή δράση της έναντι των συχνότερων ενδοσσοκομειακών βακτηρίων που εντοπίζονται σε έλκη/τραύματα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκε η συσκευή Wetling (Δανία) σε δύο ασθενείς: Ο πρώτος, με από έτους ακρωτηριασμένο κάτω άκρο, συνεπεία χρόνιου διαβητικού έλκους. Η δεύτερη, με Διαβήτη Τύπου II, υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση λόγω επιπλοκών στο χέρι, αλλά τα έλκη δεν επουλώνονταν. Η θεραπεία εφαρμόστηκε για μια ώρα (ημερησίως 1,5 μΑ στον πρώτο, μέρα παρά μέρα στη δεύτερη). Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε *in vitro* μελέτη της βακτηριοστατικής δράσης του δημιουργούμενου μικρορεύματος σε καλλιέργειες *Staphylococcus aureus*, για 30' και 60', με ένταση 1,5 μΑ, που αντιστοιχεί στη θεραπευτικώς χρησιμοποιούμενη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πρώτος ασθενής παρουσίασε επούλωση σε 45 ημέρες, ενώ η δεύτερη μερική επούλωση μετά από 4 συνεδρίες. Κατά την *in vitro* μελέτη παρατηρήθηκε τάση μείωσης του *S. aureus* στα 60' εφαρμογής του μικρορεύματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζεται η πρώτη εφαρμογή της Α.Η. σε διαβητικά έλκη. Οι συνεδρίες Α.Η., συνδυασμένες με τυπική φροντίδα, φαίνονται πολλά υποσχόμενες. Η έλλειψη άμεσης επαφής περιορίζει την πιθανότητα μόλυνσεων, ενώ πρόδρομα αποτελέσματα υποστηρίζουν αντιμικροβιακή δράση έναντι νοσοκομειακών παθογόνων σε χρόνους και εντάσεις ταυτόσημες με αυτές των θεραπευτικών συνεδριών.

525. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

526. ΜΙΚΡΟΒΙΟΥΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΟΝΙΜΟ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Α. Τάσιου¹, Α. Λώλης¹, Κ. Τσιμπιδάς¹, Α. Σύρος¹, Σ. Παπακώστα², Θ. Σαββαΐδου³, Α. Παπαχρήστος¹

¹Κέντρο Αποκατάστασης «Αρωγή» Καρδίτσας, ²Κέντρο Αποκατάστασης «Αρωγή» Λάρισας, ³Κέντρο Υγείας Σοφάδων

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι να διερευνηθεί ο αποικισμός του ουροποιητικού συστήματος με μικρόβια, σε ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται για νοσηλεία σε Κέντρο Αποκατάστασης φέροντας καθετήρα κύστης, μετά από νοσηλεία σε Γενικό Νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Διενεργήθηκε καλλιέργεια στα δείγματα ούρων του συνόλου των ασθενών οι οποίοι εισήχθησαν, φέροντας καθετήρα κύστης, στο Κέντρο Αποκατάστασης Καρδίτσας κατά το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου - Δεκεμβρίου 2012. Η ανωτέρω καλλιέργεια έγινε την επομένη της εισαγωγής τους στο Κέντρο, ώστε να προσδιοριστούν τα μικροβιακά στελέχη τα οποία «εισήχθησαν» στο Κέντρο Αποκατάστασης διά του αποικισμού του ουροποιητικού συστήματος των ασθενών στο διάστημα της νοσηλείας τους στο Νοσοκομείο. Συνοπτικά, μελετήθηκαν τα μικροβιακά στελέχη που απομονώθηκαν στις καλλιέργειες των ούρων, το φύλο και η ηλικία των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ του συνόλου των 292 ασθενών, έφεραν μόνιμο καθετήρα κύστεως οι 254 (87 άνδρες και 167 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 77.9 έτη) και οι 38 δεν έφεραν. Από το σύνολο των ασθενών με καθετήρα κύστης οι 202 (δηλαδή το 80,15%) ανέπτυξαν θετική καλλιέργεια δείγματος ούρων. Τα μικροβιακά στελέχη τα οποία απομονώθηκαν κατά σειρά συχνότητας ήταν τα κάτωθι: *Escherichia coli* (32,35%), *Pseudomonas aeruginosa* (16,66%), *Proteus mirabilis* (13,72%), *Acinetobacter baumannii* (12,74%), *Klebsiella* (8,82%), *Candida* (7,84%), *Enterococcus* (5,88%), MRSA (1,96%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο μόνιμος καθετήρας κύστεως οδηγεί σε αποικισμό του ουροποιητικού συστήματος με μικρόβια, τα οποία ποικίλλουν, σε ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών. Η σωστή πρόληψη, η όσο το δυνατόν ταχύτερη αφαίρεση του καθετήρα και η χρήση αντιβιοτικών με στενό φάσμα δράσης θα μειώσει τον κίνδυνο ουρολοιμώξεων και θα διευκολύνει την αποθεραπεία των ασθενών στα κέντρα αποκατάστασης.

527. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ**529. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ****528. ΝΕΥΡΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΦΟΔΕΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΕΕ**

Ε. Στέφας¹, Μ. Σταφυλίδου², Ν. Γκρούμας¹, Ν. Ανανίδης¹, Δ. Ψυλλάκη¹, Β. Τραγούλιας¹

¹Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, ²Παράρτημα Σισμανογλείου

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη όλων των μορφών νευρογενών διαταραχών αφόδευσης, σε ασθενείς που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η επίπτωση στην κοινωνική τους ζωή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ως πληθυσμός μελέτης επιλέχθηκαν 112 ασθενείς οι οποίοι υπέστησαν ΑΕΕ και δεν παρουσίασαν αφασικές διαταραχές. Χρησιμοποιήθηκε τροποποιημένο ερωτηματολόγιο της ICI (International Consultation on Incontinence) το οποίο έπρεπε να συμπληρωθεί από τους ασθενείς και το περιβάλλον τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 18 ασθενείς παρουσίασαν επιτακτική ακράτεια κοπράνων (11 άνδρες-7 γυναίκες), 11 ασθενείς παρουσίασαν στάγδην απώλεια κοπράνων (6 άνδρες-5 γυναίκες), 37 ασθενείς παρουσίασαν δυσκοιλιότητα (16 άνδρες-21 γυναίκες), ενώ 4 ασθενείς παρουσίασαν αδυναμία διαχωρισμού επιθυμίας για αφόδευση από αποβολή αερίων.

Το σύνολο των συμπτωμάτων υποχώρησε στους περισσότερους ασθενείς (85,7%) μέσα στο πρώτο εξάμηνο, ενώ μόνο το 14,28% ανέφερε συνέχιση των συμπτωμάτων μετά το πρώτο έτος από το ΑΕΕ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι νευρογενείς διαταραχές αφόδευσης αποτελούν σοβαρό κλινικό πρόβλημα και η διερεύνηση της λειτουργίας του εντέρου είναι επιτακτική σε όλους τους ασθενείς που πάσχουν από ΑΕΕ.

530. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΔΟΝΤΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Χ. Ιαβάτσο¹, Μ. Παπακυρίτσης²

¹Gynaecological Oncology Department, St Bartholomew's Hospital, London, UK, ²Χειρουργός Οδοντίατρος – τ. Καθ. Εφαρμογών Τμήμα Οδοντικής Τεχνολογίας, ΤΕΙ Αθήνας

Ως υποδοντία ορίζεται η πιο συχνή αναπτυξιακή ανωμαλία της μόνιμης οδοντοφυΐας. Αποτελεί την εκ γενετής έλλειψη ενός ή περισσότερων δοντιών με εξαίρεση τους τρίτους γομφίους. Εμφανίζεται σε ποσοστό 3,5-6,5% στο γενικό πληθυσμό, ενώ στους λάτλωνες η επίπτωση ανήγει το 30%. Έχει παρατηρηθεί μία υπερχρή των γυναικών σε αναλογία 3:2. Η υποδοντία έχει συσχετισθεί με την εξωδερμική δυσπλασία, τη χειλιοϋπερωσιστία, το σύνδρομο van der Woude και το σύνδρομο Down. Θεωρείται πολυπαραγοντική κατάσταση που οφείλεται σε συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Έχει βρεθεί οικογενής προδιάθεση στην υποδοντία, αλλά όχι συσχέτιση με την υγεία της μητέρας και την κύηση. Προτείνεται ένα πολυγονιδιακό μοντέλο κληρονομικότητας. Τα γονίδια που σχετίζονται έως τώρα είναι τα: PAX9, MSX1 και AXIN2. Έχει βρεθεί ότι οι γονιδιακές μεταλλάξεις που σχετίζονται με την υποδοντία μπορεί επίσης να σχετίζονται με τον καρκίνο των ωοθηκών. Προσφάτως, οι Chalothorn et al συσχέτισαν την υποδοντία με τον επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών. Πιο συγκεκριμένα μελέτησαν 50 γυναίκες με διαγνωσμένο καρκίνο των ωοθηκών και τις συνέκριναν με 100 γυναίκες χωρίς καρκίνο. Βρέθηκε ότι στο 20% των ασθενών με επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών και στο 3% των υγιών συνυπήρχε υποδοντία. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική και φάνηκε ότι οι γυναίκες με επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών έχουν οκταπλάσια πιθανότητα να έχουν και υποδοντία. Με βάση αυτά τα ευρήματα περαιτέρω έρευνες είτε αναδρομικές ή προοπτικές είτε γονιδιακής ανάλυσης προτείνεται να πραγματοποιηθούν ώστε να διερευνηθεί ο ρόλος της αποδοτέας ως προγνωστικός δείκτης του καρκίνου των ωοθηκών.

531. ΒΛΑΣΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΕΝΑ «ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΚΛΕΙΔΙ» ΜΕ ΕΛΠΙΔΟΦΟΡΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ.

Ι. Παπανικολάου

Master of Science (MSc) Ρομποτικής Χειρουργικής, Ελάχισια Επεμβατικής Χειρουργικής και Τηλεχειρουργικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Υπ. Διδάκτωρ (PhD) Χειρουργικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Αριστούχος – Υπότροφος Ιατρικής.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ικανότητα των βλαστοκυττάρων να μετασηματίζονται σε οποιοδήποτε τύπο κυττάρου αποτελεί χρήσιμο «εργαλείο» για την αναγεννητική ιατρική και είναι αναμφισβήτητη ένα ιδιαίτερα ελπιδοφόρο μήνυμα για εκατομμύρια ασθενείς. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην αξιολόγηση του θεραπευτικού δυναμικού των βλαστοκυττάρων και στην αξιολόγηση των δυνατοτήτων τους σε αυτόν τον τομέα μελλοντικά.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Η βιβλιογραφία επί του θέματος είναι εκτενής και σκοπός της μελέτης ήταν η επιλογή και κριτική αξιολόγηση αγγλόφωνων άρθρων σε cited περιοδικά με έμφαση στο θεραπευτικό δυναμικό των βλαστοκυττάρων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σήμερα είναι γνωστό, ότι το ομφαλοπλακουντιακό αίμα, είναι πλούσιο σε αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα, δηλαδή βλαστοκύτταρα, τα οποία μπορούν να επιδιορθώσουν βλάβες σε όργανα του ανθρωπίνου σώματος. Το ομφαλοπλακουντιακό αίμα περιέχει βλαστοκύτταρα, από τα οποία παράγονται τα κύτταρα του αίματος, δηλαδή τα ερυθρά, τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια. Είναι τα ίδια κύτταρα, που βρίσκονται στο μυελό των οστών και χρησιμοποιούνται για μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών. Όμως τα βλαστοκύτταρα της ομφαλοπλακουντιακής μονάδας, έχουν ορισμένα πλεονεκτήματα όπως ότι δεν έχουν περάσει από τη φυσική φθορά της γήρανσης και μπορούν να εξελιχθούν σχεδόν σε όλους τους τύπους ιστών. Επίσης, για τα βλαστοκύτταρα της ομφαλοπλακουντιακής μονάδας, δεν υπάρχουν ηθικοί φραγμοί όπως με τα εμβρυονικά βλαστοκύτταρα, δεν έχουν εκτεθεί σε ακτινοβολία και ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι πολύ χαμηλός, η συλλογή είναι ανώδυνη και χωρίς κανένα κίνδυνο για τη μητέρα ή το νεογνό, τα βλαστοκύτταρα είναι άμεσα και οποιαδήποτε στιγμή διαθέσιμα, και βέβαια δεν υπάρχει ο φόβος ανάπτυξης GVHD με τη χρήση αυτών των κυττάρων. Αποδεδειγμένο θεραπευτικό δυναμικό σε: Λεμφώματα, άλλες μορφές καρκίνου, μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα, διαταραχές του πολλαπλασιασμού των κυττάρων του αίματος, ανοσοανεπάρκειες και αιμοσφαινοπάθειες.

532. ΔΙΟΞΙΝΕΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ: ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Ι. Γραμματικάκης¹, Κ. Μίγκλη¹, Ν. Ευαγγελινάκης¹, Ι. Παπαπαναγιώτου¹, Β. Καλλές², Π. Τρομπούκης¹, Χ. Ευτυχιάδης³

¹Γ' Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», ²Μονάδα Μαστού, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ³Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Οι διοξίνες δρουν σε ένζυμο του κυττάρου, ενώ μπορούν να προκαλέσουν την ανάπτυξη και διαφοροποίηση κυττάρων. Η δράση τους δεν εντοπίζεται μόνο στο επίπεδο των υποδοχέων των διάφορων ορμονών αλλά και στο μεταβολισμό και στη μεταφορά τους. Επίσης, οι διοξίνες δρουν και σε διάφορους αυξητικούς παράγοντες (TGF-a-b, IGF, EGF) μέσω διάφορων υποδοχέων. Με βάση πειράματα που έχουν γίνει σε ζωικά πρότυπα έχει αποδειχθεί ότι η διοξίνη συσχετίζεται με αυξημένη επίπτωση ενδομητρίωσης. Οι διοξίνες μπορεί μέσω της παραγωγής κυτταροκινών να προκαλέσουν τη σύνθεση PGE-2, η οποία με τη σειρά της δρα τοπικά στη μετατροπή των κυκλοφορούντων ανδρογόνων σε οιστρογόνα.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ: Ανασκόπηση και ανάλυση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, πρακτικά συνεδρίων και σχετικά συγγράμματα από το 2000 έως το 2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε μελέτες που έγιναν σε ζώα αναφέρεται στατιστική συσχέτιση μεταξύ διοξινών και ενδομητρίωσης. Σε ανθρώπους οι μελέτες είναι αντικρουόμενες. Έτσι, ο Mayani et al και ο Pauwel et al. περιγράφουν ότι σε γυναίκες με ενδομητρίωση διαγνωσμένη χειρουργικά παρατηρήθηκαν αυξημένα επίπεδα TCDF (2,3,7,8 – τετραχλωροδιβενζοδιοξίνη: διοξίνη). Αντίθετα, σε άλλες μελέτες των Boyd et al και Lebel et al δεν αναφέρεται συσχέτιση. Ωστόσο, οι αποκλίσεις αυτές οφείλονται στις διαφορετικές κατά περίπτωση μετρούμενες διοξίνες (π.χ. πολυαλογονούχες – διβενζο - p- διοξίνες PCBs – PBBs, διβενζοφουράνια PCDF – PBDF, ναφθαλίνες PCN – PBN κ.α.). Έτσι, οι περισσότερες μελέτες εμφανίζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα, ενώ στις μελέτες εκείνες που υποστηρίζεται η συσχέτιση μεταξύ διοξινών και ενδομητρίωσης οι περιγραφόμενοι μηχανισμός είναι ο ακόλουθος: οι τοξικές διοξίνες δρουν μέσω υποδοχέων στους αυξητικούς παράγοντες (π.χ. IL-1β, TNF-α κ.α) οι οποίοι με τη σειρά τους επάγουν τη δράση της προσταγλανδίνης PGE-2. Η PGE-2 ενεργοποιεί την αρωμάση η οποία συμμετέχει στη βιοσύνθεση των οιστρογόνων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδομητρίωση ως πολυπαραγοντική νόσος (ανοσολογικοί, φλεγμονώδεις, γενετικοί, ορμονικοί παράγοντες) αποτελεί πιθανότητα και αποτέλεσμα τοξικής δράσης περιβαλλοντολογικών παραγόντων, όπως οι διοξίνες. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες μελέτες έτσι ώστε να επιβεβαιωθούν οι υπάρχουσες ενδείξεις για τη συσχέτιση ενδομητρίωσης και διοξινών.

533. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ι. Παπανικολάου

Master of Science (MSc) Ρομποτικής Χειρουργικής, Ελάχισια Επεμβατικής Χειρουργικής και Τηλεχειρουργικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Υπ. Διδάκτωρ (PhD) Χειρουργικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Αριστούχος – Υπότροφος Ιατρικής.

Η επιλογή της καισαρικής τομής στα μέσα του 19ου αιώνα στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ περιοριζόταν σε δύσκολες περιπτώσεις δυστοκίας, συνοδευόμενη από πολύ υψηλή μητρική θνησιμότητα που σε κάποια κέντρα ξεπερνούσε το 50%. Ο Ιταλός Γυναικολόγος Eduardo Porro εισήγαγε το 1876 στην Pavia μια καισαρική τομή που ακολουθήτω από υφολική υστερεκτομή, ελπίζοντας ότι μια τέτοια διαδικασία θα μπορούσε να αποτρέψει το θάνατο της μητέρας από αιμορραγία ή περιτονίτιδα. Η καισαρική κατά Porro στα πρώτα χρόνια της διενέργειάς της, παρουσίασε θνησιμότητα σε ποσοστά της τάξης του 15%. Το 1882, ο Max Sänger (1853-1903), βοηθός Καθηγητής της Credi στο Leipzig και ο Ferdinands Kehrer Adolf (1837-1914), Καθηγητής στο Heidelberg, παρουσίαζαν περιπτώσεις καισαρικής τομής στις οποίες πραγματοποιήθηκε συρραφή της μήτρας με απορροφήσιμο ράμμα σε δύο στρώματα. Το τέλος του 19ου αιώνα θα μπορούσε να θεωρηθεί ως η πιο σοβαρή επιστημονική προσπάθεια για την εξέλιξη της χειρουργικής τεχνικής της καισαρικής τομής. Ο Αμερικανός χειρουργός Phillip Syng Physick υποστήριξε την εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή, προκειμένου να περιοριστεί ο κίνδυνος της μετεγχειρητικής περιτονίτιδας και ακολούθως ο Wilhelm Latzko (1863-1945) στη Βιέννη παρουσίασε 30 περιπτώσεις εξωπεριτοναϊκής καισαρικής τομής το 1909. Η Γερμανίδα Γυναικολόγος Heinrich Sellheim, την ίδια περίοδο, παρουσίασε δική της αποτελέσματα εξωπεριτοναϊκών καισαρικών τομών, καταλήγοντας ότι αυτή η τεχνική είναι πολύ δύσκολη και απαιτεί υψηλή δεξιοτεχνία. Ο Bernhard Kröning (1863-1917), Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας στο Πανεπιστήμιο του Freiburg, εισήγαγε την καισαρική τομή στο κατώτερο τμήμα της μήτρας. Πρωτοπόρος της σύγχρονης καισαρικής τομής θεωρείται ο L.K. Phaneuf ο οποίος επινόησε την εγκάρσια χαμηλή καισαρική τομή του τραχήλου της μήτρας το 1927. Στην Ελλάδα, η πρώτη καισαρική τομή έγινε από το Χατζηγιάννη το 1893. Η κλασική επέμβαση αναπτύχθηκε περαιτέρω (1915-1922) από τον καθηγητή Κ. Λούρο. Την πρώτη εγκάρσια χαμηλή καισαρική τομή του τραχήλου της μήτρας πραγματοποίησε ο Σ.Ι. Μανταλενάκης το 1967 στο Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα». Η βελτίωση της χειρουργικής τεχνικής καθώς και η πρόοδος στην αναισθησία, η βελτιώσεις στη μετάγγιση αίματος και στη φαρμακοθεραπεία, οδήγησαν σε εντυπωσιακή μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας που σχετίζονται με την καισαρική τομή. Αυτό επέτρεψε τη διέγερση των ενδείξεων της με αποτέλεσμα μέσα σε λίγα χρόνια η επίπτωση της να αυξηθεί τόσο πολύ, φτάνοντας σε ορισμένες περιπτώσεις το 50% των περιπτώσεων. Σήμερα, η θνησιμότητα είναι μικρότερη από 0.1-0.2%, αλλά υπάρχει. Είναι σαφές ότι, προκειμένου να διατηρηθεί η μεγάλη επιτυχία της επέμβασής, η απόφαση του Μαιευτήρα-Γυναικολόγου για διενέργεια καισαρικής θα πρέπει να υπακούει στους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας.

534. ΑΠΕΣΥΡΩΗ

535. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΚΥΗΣΕΩΝ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΜΗΤΡΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Γ. Στρατουδάκης, Α. Ζησιού, Η. Πολύζου, Β. Χριστοφοράκη, Α. Χατζηνάκη, Α. Τσόπελας, Γ. Δασκαλάκης

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της προχωρημένης ηλικίας σε πρωτοτόκες και πολυτόκες γυναίκες εγκύους και η επίδρασή της στη μητρική και περιγεννητική έκβαση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε αναδρομικά τα στοιχεία από τους τοκετούς γυναικών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών, πρωτοτόκες και πολυτόκες, που γέννησαν στην Κλινική μας την περίοδο 2006-2012 και συγκρίθηκαν με εκείνα εγκύων γυναικών ηλικίας μικρότερης των 35 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε σύνολο 5257 τοκετών, 431 γυναίκες είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 35 ετών (8.2%). Η ηλικία κύησης στον τοκετό ήταν σημαντικά χαμηλότερη στις γυναίκες μεγαλύτερες των 35 ετών σε σύγκριση με εκείνες μικρότερες των 35 ετών (37.1 έναντι 39.2 εβδομάδες). Οι 155 από τις 431 γυναίκες της ομάδας μελέτης ήταν πρωτοτόκες (35.96%), στις οποίες η μέση τιμή βάρους γέννησης νεογνών ήταν σημαντικά χαμηλότερη από τις πρωτοτόκες μικρότερες των 35 ετών (3010 έναντι 3320 gr). Αντίθετα δεν υπήρχε διαφορά βάρους γέννησης νεογνών στις πολυτόκες μεγαλύτερες των 35 ετών από την αντίστοιχη ομάδα μικρότερων των 35 ετών (3370 έναντι 3365 gr). Η καισαρική τομή ήταν συχνότερη τόσο στις πρωτοτόκες όσο και στις πολυτόκες μεγαλύτερες των 35 ετών (55.1% και 31.4% αντίστοιχα) σε σύγκριση με τις έγκυες μικρότερες των 35 ετών (12% και 10% αντίστοιχα). Στις γυναίκες μεγαλύτερες των 35 ετών ήταν συχνότερη η εμφάνιση αιμορραγιών, σακχαρώδη διαβήτη κύησης, προεκλαμψίας, αποκόλλησης πλακούντα και εμβρυϊκής δυστοκίας, χωρίς όμως να παρουσιάζεται σημαντική στατιστική διαφορά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γυναίκες μεγαλύτερες των 35 ετών έχουν πιθανά μεγαλύτερο κίνδυνο για επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης. Ειδικότερα στις πρωτοτόκες παρατηρείται αυξημένη συχνότητα πρόωρου τοκετού, καισαρικής τομής και χαμηλότερο βάρος γέννησης νεογνών. Η εγκυμοσύνη σε αυτή την ηλικιακή ομάδα πρέπει να θεωρείται και να αντιμετωπίζεται ως πιθανή κύηση υψηλού κινδύνου.

536. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΚΑΙ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ: ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΣΕ ΜΟΡΙΑΚΟ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Ι. Γραμματικάκης¹, Κ. Μίγκλη¹, Ν. Ευαγγελινάκης¹, Ι. Παπαπαναγιώτου¹, Β. Καλλές², Χ. Ευτυχιάδης³

¹Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», ²Μονάδα Μαστού, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ³Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η ενδομητρίωση αποτελεί συχνή νόσο η οποία συνήθως χαρακτηρίζεται από υπογονιμότητα και πυελικό πόνο. Παρά το γεγονός ότι η ακριβής αιτιολογία της νόσου παραμένει αδιευκρίνιστη, πιθανότατα πρόκειται για αποτέλεσμα πολύπλοκων γενετικών, περιβαλλοντικών, ανοσολογικών και ενδοκρινολογικών διαταραχών. Η ενδομητρίωση συσχετίζεται πιθανώς και με νεοπλασματικές εξεργασίες, γεγονός που στηρίζεται σε ομοιότητες μεταξύ των δύο καταστάσεων σε μοριακή και κυτταρική βάση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση και ανάλυση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, πρακτικά συνεδρίων και σχετικά συγγράμματα από το 2000 έως το 2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρατηρείται αυξημένη ευαισθητοποίηση των κυττάρων σε αυξητικούς παράγοντες (π.χ. ιστρογόνα, TGF-β, IGF-1) γεγονός που χαρακτηρίζει και τους ιστρογονοεξαρτώμενους όγκους. Επίσης, παρατηρείται έλλειψη ανταπόκρισης σε αντιαιμοπηκτικά κυτταρικά σήματα (τα σήματα αυτά μεταβιβάζονται διαμέσου εξωκυττάρων πρωτεϊνών και ενδοκυττάρων υποδοχέων). Ακόμη, παρατηρείται διασπορά και εμφύτευση των κυττάρων (αύξηση δράσης των μεταλλοπρωτεϊνών -MMP). Τέλος, παρατηρούνται τρεις παρόμοιοι μηχανισμοί σε γονιδιακό επίπεδο: 1) αύξηση ογκογόνου δραστηριότητας του κυττάρου, 2) απενεργοποίηση ογκοκατασταλτικών γονιδίων, 3) διαταραχή των μηχανισμών επισκευής του DNA (μικροδορυφορική αστάθεια, υπερμεθυλίωση του γονιδίου MLH1, μετάλλαξη των γονιδίων PTEN).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι παθολογικοί μηχανισμοί της ενδομητρίωσης εμφανίζουν πολλές ομοιότητες με αντίστοιχους σε νεοπλασματικές εξεργασίες, π.χ. καρκίνου του μαστού και του ενδομητρίου. Παρά ταύτα αποτελεί καλοήγη νόσο, η ακριβής κατανόηση της οποίας αποτελεί αντικείμενο περαιτέρω έρευνας.

537. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Γ. Στρατουδάκης, Α. Ζησιού, Η. Πολύζου, Β. Χριστοφοράκη, Α. Χατζηνάκη, Α. Τσόπελας, Γ. Δασκαλάκης

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση και παρουσίαση των κλινικών χαρακτηριστικών μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών με ενδομητρίωση και η αξιολόγηση της θέσης, της έκτασης και των ιστολογικών ιδιοσημασιών των παραπάνω βλαβών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάσαμε αναδρομικά τις περιπτώσεις γυναικών στην εμμηνόπαυση, που αντιμετωπίστηκαν στη Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του ΓΝ Χανίων, την περίοδο 2000-2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική μας 25 περιπτώσεις γυναικών στην εμμηνόπαυση, που χειρουργήθηκαν και βρέθηκαν να πάσχουν και από ενδομητρίωση. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών την ημέρα του χειρουργείου ήταν 56.8 έτη. Τέσσερις ασθενείς (16%) ανέφεραν στο ιστορικό τους ενδομητρίωση με συντηρητική αντιμετώπιση και πέντε ασθενείς (20%) είχαν χειρουργηθεί στο παρελθόν για ενδομητρίωση. Δύο ασθενείς (8%) βρέθηκαν σε θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης πριν το χειρουργείο. Η συχνότερη εντόπιση της νόσου ήταν στην ωοθήκη και ανάμεσα σε αυτές τις ασθενείς με ενδομητρίωμα, 33% (6/18) υπήρχε διαφορετικού βαθμού μεταπλασία, υπερπλασία, ατυπία και ενδομητριοειδές καρκίνωμα από εστιακή ενδομητρίωση. Βρέθηκε ότι το ποσοστό επιθηλίου, στρώματος και αιμορραγίας ήταν υψηλότερο στις ασθενείς με καρκίνιο ενδομητρίου ή ωοθηκών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία κυστικών βλαβών ή μορφωμάτων σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση δεν θα πρέπει να αποκλείουν την ενδομητρίωση στη διαφορική διάγνωση. Η χορήγηση εξωγενών οιστρογόνων στην εμμηνόπαυση δεν συνεπάγεται και αυτόματα ενδομητρίωση και αντίθετα η παρουσία στις ιστολογικές εξετάσεις αυξημένων ενδομητρίωσης παρατηρήθηκε και σε απουσία εξωγενούς θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης.

538. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Χ. Ιαβάτσο

Μαιευτράς-Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Αθηνών, Senior Clinical Fellow, Gynaecological Oncology Department, Royal Surrey County Hospital, Guildford, United Kingdom

Ο καρκίνος του ενδομητρίου αποτελεί τη συχνότερη γυναικολογική κακοήθεια και αντιμετωπίζεται χειρουργικά μέσω λαπαροτομίας, λαπαροσκοπικής ή και προσφάτως ρομποτικά. Θα παρουσιάσουμε στοιχεία που αφορούν τα χειρουργικά και ογκολογικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου με τη βοήθεια της ρομποτικής. Στις πιο πρόσφατες μελέτες της ρομποτικής υστερεκτομής στη διαχείριση του καρκίνου του ενδομητρίου, ο ΔΜΣ ήταν συγκρίσιμος μεταξύ των ομάδων της ολικής λαπαροσκοπικής και ολικής ρομποτικής υστερεκτομής. Ο μέσος όρος των ασθενών με καρκίνιο του ενδομητρίου είναι παχύσαρκος. Το ποσοστό μετατροπής από ρομποτική σε κοιλιακή υστερεκτομή είναι χαμηλότερο σε σύγκριση με τη λαπαροσκοπική υστερεκτομή. Το ρομποτικό σύστημα παρέχει τρισδιάστατη απεικόνιση, πιο εργονομική στάση του χειρουργού και επαρκέστερα εργαλεία προσομοίωσης του καρπού, αυξάνοντας τη χειρουργική ακρίβεια και επιδεξιότητα και μειώνοντας στο ελάχιστο την απώλεια αίματος. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η ελάχιστη επεμβατική χειρουργική έχει μεγαλύτερη διάρκεια εκτέλεσης σε σχέση με την αντίστοιχη ανοικτή διαδικασία. Παράλληλα, πρέπει να συνηγορηθεί και ο κίνδυνος της παρατεταμένης αναισθησίας στο χειρουργείο, έναντι των πλεονεκτημάτων της μικρότερης διάρκειας ανάρρωσης. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας στη σύγκριση των χειρουργικών τεχνικών για τον καρκίνιο του ενδομητρίου είναι το κόστος. Συμπερασματικά, η αναφερόμενη εμπειρία με τη ρομποτική υποβοηθούμενη λαπαροσκοπική φαίνεται να είναι ισοδύναμη, αν όχι καλύτερη, στις περισσότερες κλινικές πτυχές, όταν συγκρινοίται με τη συνήθη λαπαροσκοπική ή με τη λαπαροτομία.

539. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

X. Ιαβάτσου

Μαιευτράς-Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Αθηνών, Senior Clinical Fellow, Gynaecological Oncology Department, Royal Surrey County Hospital, Guildford, United Kingdom

Η ριζική υστερεκτομή θεωρείται η βασική θεραπεία για ασθενείς με πρώιμου σταδίου καρκίνου του τραχήλου. Τις προηγούμενες δύο δεκαετίες, οι γυναικολόγοι ογκολόγοι πραγματοποίησαν λιγότερο επεμβατικές τεχνικές για τη μείωση της νοσηρότητας. Πολλές μελέτες έχουν καταδείξει την ασφάλεια και τη χρησιμότητα της λαπαροσκοπικής ριζικής υστερεκτομής για τη θεραπεία του πρώιμου σταδίου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η λαπαροσκοπική προσέγγιση παρέχει συγκρίσιμα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα σε σχέση με την ανοιχτή ριζική υστερεκτομή με πρόσθετα πλεονεκτήματα όπως τη λιγότερο επεμβατική χειρουργική επέμβαση όσον αφορά την απώλεια αίματος, των απαιτήσεων σε αναλγητική αγωγή και της παραμονής στο νοσοκομείο. Παρά όλα τα εμφανή πλεονεκτήματα, η λαπαροσκοπική ριζική υστερεκτομή δεν έχει ευρέως υιοθετηθεί ως χειρουργική πρακτική, πιθανώς εξαιτίας κάποιων μειονομιμάτων όπως είναι η χρονοβόρα διαδικασία εκμάθησης, η διαδιάστατη όραση, η μη εργονομική θέση του χειρουργού και οι περιορισμένες κινήσεις των εργαλείων. Αυτές οι συνθήκες επηρεάζουν αρνητικά το αποτέλεσμα της επέμβασης, με αποτέλεσμα περισσότερο φόβο, κόπωση και επακόλουθη μικρότερη ακρίβεια. Αντιθέτως, το ρομπोटικό σύστημα παρέχει τρισδιάστατη απεικόνιση, πιο εργονομική στάση του χειρουργού και επαρκέστερα εργαλεία προσομοίωσης του καρπού, αυξάνοντας τη χειρουργική ακρίβεια και επιδεξιότητα.

Θα παρουσιάσουμε στοιχεία που αφορούν τα χειρουργικά και ογκολογικά αποτελέσματα στην υποβοηθούμενη ρομπोटικά ριζική υστερεκτομή για την αντιμετώπιση του πρώιμου σταδίου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

541. Η ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ WILSON ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 20 ΕΤΩΝ

I. Σαρανταένας¹, Π. Κοτσάφτης¹, Α-Σ. Μαγριζού¹, Ε. Πάνου¹, Α. Τσιόγκα¹, Β. Τσιόγκα¹, Δ. Καραϊνδρού¹, I. Παναγιωτοπούλου¹, Β. Λάζαρη¹, Γ. Καλαμπόκης²

¹Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδας, ² Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νόσος Wilson αποτελεί αυτοσωματική υπολειπόμενη κληρονομική διαταραχή μεταβολισμού του χαλκού, με συσσώρευση αυτού στο αίμα και στους ιστούς.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 20 ετών, προσήλθε απώδυνη ανορεξία, αδυναμία, ξηροφθάλμια και αιμωδίες άκρων από δεκαπενθημέρου. Τα τελευταία τρία έτη παρουσίαζε ολιγομηνορροια με σταδιακή εγκατάσταση αμηνόρροιας και συνοδό ήπια τρανσαμιναιμία αιγνώστου αιτιολογίας τους τελευταίους οκτώ μήνες. Στη γυναικολογική εξέταση δεν υπήρχαν παθολογικά ευρήματα. Η φυσική εξέταση ανέδειξε ανώδυνο, σκληρό, ψηλαφητό ήπαρ ενώ φυσιολογικά ήταν τα ευρήματα από τα υπόλοιπα συστήματα. Ο υπέρηχος κοιλίας ανέδειξε ήπαρ με φυσιολογικά όρια και ετερογένεια παρεγχύματός και στις αιματολογικές εξετάσεις διαπιστώθηκε ήπια τρανσαμιναιμία, φυσική ανασία έναντι ηπατίτιδας Α και Β και θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα. Η ασθενής μετά από πέντε ημέρες παρουσίασε δυσαρθρία, δυσκαταποσία, σαρδόνιο γέλυτα και προσωποκρανιοτραχηλική δυστονία. Στην οφθαλμολογική εξέταση αναδείχθηκε δακτύλιος Kayser-Fleischer (εικόνα) και στον εργαστηριακό έλεγχο μειωμένη τιμή σερούλπλασμίνης ορού και αυξημένη αποβολή χαλκού στα ούρα 24ώρου (πίνακας). Η βιοψία ήπατος έθεσε ιστολογικά τη διάγνωση της νόσου Wilson και χορηγήθηκε D-Penicillamin. Η ασθενής παρουσίασε ομαλοποίηση της εμμηνορροίας αλλά επιδείνωση της νευρολογικής εικόνας, με έκδηλη τετρασπαστικότητα, δυσδιαδοκινησία και σπαστική βόδιση. Πραγματοποιήθηκε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου τα ευρήματα της οποίας ήταν παθολογικά για τη νόσο Wilson. Εξαιτίας εμφάνισης κεντρομελικής αδυναμίας άκρων έγινε διακοπή της D-Penicillamin και έναρξη άλατος ψευδαργύρου, ενώ αποκλείστηκε η μισασθένια. Μετά την υποχώρηση της κεντρομελικής αδυναμίας των άκρων έγινε επανέναρξη της D-Penicillamin στη μισή δόση της αρχικής σε συνδυασμό με το άλας ψευδαργύρου οδηγώντας σε βελτίωση της νευρολογικής εικόνας.



ANA	1/160
SGOT	66 U/L
SGPT	66 U/L
ΣΕΡΟΥΛΠΛΑΣΜΙΝΗ	18,9 mg/dl
ΧΑΛΚΟΣ ΟΥΡΩΝ 24ΩΡΟΥ	303,6 µg/

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η περίπτωση μας αναφέρεται σε γυναίκα 20 ετών η οποία εμφάνισε αμηνόρροια ως πρωταρχικό σύμπτωμα της νόσου Wilson.

540. ΕΠΩΔΥΝΗ ΓΥΝΑΙΚΟΜΑΣΤΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ ΚΑΙ ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C, ΩΣ ΠΡΩΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ KLINEFELTER - MIA ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Α. Σκορδά¹, Β. Παπαστεργίου², Γ. Ντέσκας², Α. Σιάννη³, Ν. Κώστας², Θ. Πλακομύτης², Γ. Γιαννιάς², Μ. Σταμπόρη², Κ. Προδρομίδου², Σ. Καραταπάνης²

¹Παθολογική Κλινική ΝΕΕΣ «Κοργιολέινο Μπενάκειο», Αθήνα, ²Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, ³Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Νέας Ιωνίας, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επώδυνη γυναικομαστία μπορεί να αποτελεί σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια της συνδυασμένης αντιικής αγωγής με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC). Το σύνδρομο Klinefelter αποτελεί σπάνια χρωμοσωμιακή τρισωμία με την παρουσία ενός επιπρόσθετου χρωμοσώματος X (47, ΧΧΥ) και απαντάται περίπου σε 1/800 γεννήσεις αρρένων νεογνών. Το υπεράριθμο Χ χρωμόσωμα προέρχεται από τη μητέρα στο 60% των περιπτώσεων. Τα προσβεβλημένα άρρενα συνήθως έχουν υψηλό ανάστημα με δυσανάλογα μακριά χέρια και πόδια. Συχνά εμφανίζουν μικρούς και συμπαγείς όρχεις και ενίοτε γυναικομαστία. Υπάρχει στειρότητα σε σημαντικό ποσοστό όμως σε παρουσία μωσαϊκισμού (15%) μπορεί να υπάρξει γονιμότητα.

ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για έναν ασθενή με χρόνια ηπατίτιδα C που εμφάνισε επώδυνη γυναικομαστία στη διάρκεια της αγωγής του και οδήγησε σε περαιτέρω διερεύνηση και διάγνωση συνδρόμου Klinefelter.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής ηλικίας 47 ετών με χρόνια ηπατίτιδα C (γονότυπος 4) ελάμβανε συνδυασμένη αντιική αγωγή με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη και ευρίσκειτο στον 10^ο μήνα της προγραμματισμένης 12μηνιαίας θεραπείας. Ο ασθενής εμφάνισε ιδιαίτερα επώδυνη γυναικομαστία που οδήγησε στον εκτεταμένο έλεγχο για το αίτιο της γυναικομαστίας. Ο ασθενής πέραν του λοιπού εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου υπεβλήθη και σε καρυστοτικό έλεγχο ο οποίος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του συνδρόμου Klinefelter.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η καρυστοτική εξέταση έδειξε την παρουσία μωσαϊκισμού που ερμηνεύει τη γονιμότητα του ασθενούς δεδομένου ότι είχε ήδη τεκνοποιήσει. Η αγωγή με ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη συνεχίστηκε μέχρι και τον 12^ο μήνα και ο ασθενής εκρίζωσε επιτυχώς τον ιό. Η επώδυνη γυναικομαστία υποχώρησε περίπου ένα μήνα μετά τη διακοπή της αντιικής αγωγής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εμφάνιση επώδυνης γυναικομαστίας μπορεί να αποτελεί σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια της αντιικής αγωγής με ριμπαβιρίνη, η οποία όμως πρέπει να διερευνάται περαιτέρω γιατί μπορεί να υποκρύπτονται και σπανιότερα σύνδρομα όπως το σ. Klinefelter.

542. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ D ΚΑΙ C ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΟΓΕΝΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ B

B. Καραμπάση, Μ. Μπέτη, Κ. Αχιλλέως, Φ. Παπαϊωάννου, Α. Νίτσα, Κ. Πατίδης, Μ. Τούτουζα

ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας είναι η μελέτη του επιπολασμού της ηπατίτιδας D και C σε ασθενείς με οξεία και χρόνια ιογενή ηπατίτιδα B. Στους ασθενείς αυτούς η συνύπαρξη του ιού της ηπατίτιδας B (HBV) με τους ιούς HDV και HCV έχει σαν αποτέλεσμα την επιβάρυνση της έκβασης της νόσου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν συνολικά 1128 ασθενείς του Νοσοκομείου μας με θετικό αντιγόνο επιφανείας (HBsAg). Εξ αυτών 264 ήταν γυναίκες και 864 άνδρες. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο (2) ομάδες A και B. Ομάδα A: 1014 ασθενείς με χρόνια ιογενή ηπατίτιδα B (Χ.Ι.Η.Β.) και ομάδα B: 114 ασθενείς με οξεία ιογενή ηπατίτιδα B (Ο.Ι.Η.Β.). Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με τη βοήθεια κλινικών στοιχείων, βιοχημικών εξετάσεων και ορολογικών δεικτών. Οι ασθενείς ελέγχθηκαν για ολικά αντισώματα (Ab) έναντι της ηπατίτιδας C και D. Οι προσδιορισμοί των ορολογικών δεικτών της ηπατίτιδας B και C έγιναν με τη μέθοδο της χημειοφωταύγειας (Architect- Abbott) και η ανίχνευση των ολικών αντισωμάτων έναντι της ηπατίτιδας D έγινε με την ανοσοενζυμική μέθοδο Murex anti-Delta total Abbott

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 1128 συνολικά εξετασθέντες ασθενείς με ηπατίτιδα B στους 72 (6,4%) ανιχνεύθηκαν ολικά Ab έναντι HDV και στους 34 (3,0%) αντισώματα έναντι HCV (anti-HCV). Ειδικότερα στην ομάδα A από τους 1014 ασθενείς με Χ.Ι.Η.Β. ανιχνεύθηκαν ολικά anti-HDV σε 66 ασθενείς (6,5%) και anti-HCV σε 30 ασθενείς (2,9%) εκ των οποίων 4 (0,4%) είχαν θετικά επίσης και τα ολικά anti-HDV. Όλοι οι ασθενείς της ομάδας A είχαν θετικά anti-HBc και anti-HBe. Στην ομάδα B από τους 114 ασθενείς με Ο.Ι.Η.Β. ανιχνεύθηκαν ολικά anti-HDV σε 6 ασθενείς (5,3%) και anti-HCV σε 4 άλλους ασθενείς (3,5%) Από τους 114 ασθενείς της ομάδας B, 66 είχαν θετικό ΗΒεAg, anti-HBc και anti-HBcIgM και 48 είχαν θετικό anti-HBc, anti-HBcIgM και anti-HBe

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη μας δείχνει ότι υπάρχει ένας αξιοσημείωτος επιπολασμός της ηπατίτιδας D και C σε ασθενείς με ηπατίτιδα B με άμεση συνέπεια την επιβάρυνση της πρόγνωσης των ασθενών. Προκύπτει λοιπόν η ανάγκη της λήψης μέτρων πρόληψης με διαρκή ενημέρωση του πληθυσμού και με συστηματικό έλεγχο και εμβολιασμό κατά του ιού της ηπατίτιδας B και ιδιαίτερα των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

543. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΩΝ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΥΤΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ν. Τσαπατσάρης, Γ. Κατσουρίνης, Ν. Ρεκλείτη, Ξ. Κουφομιχάλη, Γ. Καμπέλος, Δ. Λεβισιανού, Ε. Κοζινίδου, Ε. Μπαλαμπάνη, Μ. Ισιδώρου, Ε. Λυδατάκη, Χ. Μπιλίνης, Χ. Δρακούλης

Ηπατολογικό Ιατρείο, Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Τα αυτοάνοσα νοσήματα του ήπατος αποτελούν το 5% των ηπατοπαθειών. Τα συχνότερα είναι η πρωτοπαθής χολική κίρρωση και η αυτοάνοση ηπατίτιδα. Σκοπός μας να διαπιστώσουμε πως οι σύγχρονες θεραπείες επηρεάζουν τη φυσική πορεία της νόσου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 3000 ασθενείς του ηπατολογικού μας ιατρείου και ανευρέθησαν 69 ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα του ήπατος, 11 άνδρες και 58 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 61,22 έτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανευρέθησαν 19 ασθενείς με ΑΗ (17 γυναίκες, 1 άνδρας), 17 με τύπο ΑΗ1α και 1 με ΑΗ2β. Από αυτούς βιοχημική βελτίωση σε 3 μήνες είχε 1 ασθενής (5,5%), σε 6 μήνες 12 (66,7%), ενώ ιστολογική βελτίωση παρουσίασαν στα 2 χρόνια 1 ασθενής (5,5%), στα 3 χρόνια 1 (5,5%) και στα 4 χρόνια 5 (27,8%). Δεν ανταποκρίθηκε 1 ασθενής (5,5%), δεν συμμορφώθηκε 1, απεβίωσε 1, ενώ για 2 δεν υπάρχουν στοιχεία.

ΠΧΚ είχαν 28 ασθενείς (25 γυναίκες, 3 άνδρες). Βιοχημική βελτίωση σε 3 μήνες παρουσίασαν οι 18 (64,3%), σε 6 μήνες 6 (33,3%), σε 1 χρόνο 11 (61,1%) και σε 2 χρόνια 1 (5,5%) και ιστολογική βελτίωση στα 2 χρόνια 5 (17,9%). Δεν συμμορφώθηκαν με την αγωγή 5 (17,9%), απεβίωσε 1 και για 4 ασθενείς δεν υπάρχει κάποιο στοιχείο.

ΠΣΧ είχαν 6 ασθενείς (2 γυναίκες, 4 άνδρες). Βιοχημική βελτίωση εντός του έτους είχαν 4 (66,7%) και 1 δεν συμμορφώθηκε ως προς αυτή.

Σύνδρομο ΟΥΕΡΛΑΡ είχαν 16 ασθενείς. Βιοχημική βελτίωση στους 6 μήνες εμφάνισαν 9 (52,9%), ιστολογική στα 3 χρόνια 3 ασθενείς (17,6%), δεν ανταποκρίθηκε 1, απεβίωσαν 2, δεν συμμορφώθηκαν με την αγωγή 2 ενώ για 2 δεν υπάρχουν στοιχεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θεραπεία των αυτοάνοσων ηπατοπαθειών είναι πολύχρονη και σε μεγάλο ποσοστό η νόσος υποτροπιάζει μετά τη διακοπή της. Η θεραπεία φαίνεται ότι όχι μόνο αναστέλλει την πορεία της νόσου προς κίρρωση του ήπατος αλλά παρατηρείται και ιστολογική βελτίωση.

544. ΟΞΕΙΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ, ΜΙΑ ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

Ε. Μπαλαμπάνη¹, Γ. Κατσουρίνης¹, Χ. Καλιούλη², Ε. Λυδατάκη¹, Α. Ελευθεριάδου¹, Γ. Καμπέλος¹, Μ. Ισιδώρου¹, Α. Παράση³, Χ. Μπιλίνης¹, Ε. Παππά², Χ. Δρακούλης¹

*¹Ηπατολογικό Ιατρείο, Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων»,
²Ανοσολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων»,
³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων»*

ΣΚΟΠΟΣ: Η αυτοάνοση ηπατίτιδα ανήκει στα αυτοάνοσα νοσήματα του ήπατος που έχουν σαν αντιγονικό στόχο το ηπατοκύτταρο. Εμφανίζεται σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα, με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στο γυναικείο φύλο (4/1). Παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια όσον αφορά επιδημιολογικά, εργαστηριακά ευρήματα, καθώς και στην κλινική εικόνα.

ΥΛΙΚΟ, ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Θα σας παρουσιάσουμε δύο περιστατικά οξείας αυτοάνοσης ηπατίτιδας.

1) Άνδρας 58 ετών προσήλθε αιτώμενος αίσημα κοπώσεως από δεκαήμερο με SGOT 925 IU/L, SGPT 1271 IU/L, γGT 778 IU/L, ALP 107 IU/L και ολ. χολερυθρίνη 2.1 mg/dl. Δεν αναφέρει λήψη φαρμάκων. Ο ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Είχε αύξηση του ποσοστού των γ-σφαιρινών στο 22,5% και από τον ανοσολογικό έλεγχο παρατηρήθηκε ANA+(1/80), SMA+(1/80) και θετικά αντισώματα έναντι F-ακτίνης (33,5 U/ml φ.τ <20). Από τη βιοψία ήπατος διαπιστώθηκαν έντονες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις με πυλαία και περιπυλαία κατανομή. Το φλεγμονώδες διήθημα περιελάμβανε λεμφοκύτταρα, αλλά χωρίς εμφανή αριθμό πλάσματοκυττάρων. 2) Γυναίκα 56 ετών προσήλθε για διερεύνηση επεισοδίου οξείας ηπατίτιδας μετά από ένα μήνα νοσηλείας σε ιδιωτικό θεραπευτήριο. Αρχικός εργαστηριακός έλεγχος: SGOT 2359 IU/L, SGPT 3114 IU/L, γGT 140 IU/L, ALP 400 IU/L. Ο ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Ανοσολογικός έλεγχος: ANA+ (1/160), SMA+ (1/320), με αντισώματα έναντι F-ακτίνης θετικά (27,1 U/ml φ.τ <20). Βιοψία ήπατος: πυλαία διαστήματα με ελαφρά προς μέτρια φλεγμονώδη διήθηση με αρκετά πλάσματοκύτταρα, χωρίς εμφανείς χολαγγειοκαταστρεπτικές αλλοιώσεις ή χολαγγειοπτεία.

Σύμφωνα με το απλοποιημένο σύστημα διάγνωσης της αυτοάνοσης ηπατίτιδας το πρώτο περιστατικό έχει score 7 και το δεύτερο 8, που επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της αυτοάνοσης ηπατίτιδας τύπου Ια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε κάθε περίπτωση οξείας ηπατίτιδας και ειδικά με αρνητικό ιολογικό έλεγχο θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν η περίπτωση της αυτοάνοσης.

545. ΘΕΡΑΠΕΙΑ 24 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΜΕ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ 12 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΜΕ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Β. Παπαστεργίου¹, Λ. Σκορδά², Γ. Ντέτσος¹, Μ. Σταμπόρη¹, Χ. Ψέλλας¹, Ι. Κετίκογλου³, Α. Παπακωνσταντίνου¹, **Ν. Κώστας**¹, Κ. Προδρομίδου¹, Σ. Καραπαπάνης¹

¹Α Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, ²Παθολογική Κλινική, ΝΕΕΕ «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο», Αθήνα, ³Κρατική Παθολογική Κλινική, ΓΝ Αθηνών «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οξεία ηπατίτιδα C (ΟΗC) διαδράμει κυρίως υποκλινικά ενώ μεταπίπτει συχνά (50%-90%) σε χρονιότητα. Η μονοθεραπεία με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη (PegIFN), προκαθορισμένης διάρκειας 24 εβδομάδων, αποτελεί το συνιστώμενο σχήμα για ασθενείς με ΟΗC και εμμένουσα (2-4 μήνες) ιαμία. Ωστόσο, λόγω προφανούς δυσχέρειας στο σχεδιασμό προοπτικών μελετών, τα υπάρχοντα δεδομένα θεραπευτικού χειρισμού της ΟΗC παραμένουν ανεπαρκή.

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα σχήματος μονοθεραπείας με PegIFN διάρκειας 24 εβδομάδων σε σύγκριση με σχήμα συνδυασμού με προσθήκη ριμπαβιρίνης (RBV), διάρκειας 12 εβδομάδων, σε ασθενείς με ΟΗC.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Κατά την περίοδο 2003-2012 τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα ασθενών που έλαβαν θεραπεία για ΟΗC συλλέχθηκαν προοπτικά. Σε όλες τις περιπτώσεις η έναρξη της αντιικής αγωγής έγινε έπειτα από τη διαπίστωση HCV-RNA οροθετικότητας, 12 εβδομάδες έπειτα από την εισβολή ενός τεκμηριωμένου επεισοδίου ΟΗC. Ως παρατεταμένη ιολογική ανταπόκριση (SVR) ορίστηκε η μη-ανίχνευση HCV-RNA, 24 εβδομάδες από το τέλος της θεραπείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά μελετήθηκαν 33 ασθενείς (Α/Γ: 20/13, διάμεσος ηλικία: 38 ετών, γονότυπος 2/3: 72.7%), εκ των οποίων 21 (63.3%) εμφάνιζαν ίκτερο κατά την παρουσίαση. Η πλειονότητα (28/33, 84.9%) ήταν χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών. Δεκαεπτά ασθενείς (Ομάδα Α) έλαβαν θεραπεία συνδυασμού με PegIFN-α/2α (δόση: 180 μg/εβδομάδα) και RBV (δόση: 1000 mg/ημέρα) για 12 εβδομάδες, και 16 ασθενείς (Ομάδα Β) μονοθεραπεία με PegIFN-α/2α (ίδια δόση) για 24 εβδομάδες. Δεν παρουσιάστηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες και όλοι οι ασθενείς ολοκλήρωσαν την αγωγή. Παρατηρήθηκε SVR σε 15/17 (88.2%) και 13/16 (81.2%) με συνδυασμένη αγωγή και μονοθεραπεία αντίστοιχα (p=NS).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προσθήκη RBV φαίνεται να αποτελεί αποτελεσματική και ασφαλή επιλογή για τη μείωση της διάρκειας της αντιικής αγωγής σε ασθενείς με ΟΗC. Τα ευρήματα αυτά χρήζουν επιβεβαίωσης σε τυχαίοποιημένες μελέτες.

546. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

547. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ**548. ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΕ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΑ ΜΥΕΛΟΛΙΠΩΜΑΤΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ, ΜΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ**

Α. Ψαχούλα, Ε. Μπακράτση, Α. Σιώκα, Ι. Φεζουλιδής

*Εργαστήριο Ακτινολογίας-Ιατρικής Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας***ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού (case report) γιγάντιων αμφοτερόπλευρων μυελολιπωμάτων των επινεφριδίων με εκδήλωση αιμορραγίας.**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 60 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτούμενος ασαφή κοιλιακή δυσφορία και πλευρικό άλγος αριστερά από δεκαήμερου.**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έγινε αρχικά διαγνωστικός έλεγχος με υπολογιστική τομογραφία κοιλίας και κατόπιν μαγνητική τομογραφία για περαιτέρω διερεύνηση.**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην υπολογιστική τομογραφία αναδείχθηκαν στην ανατομική θέση των επινεφριδίων αμφοτερόπλευρα ευμεγέθης χωροκατακτητικές εξεργασίες, με σαφή και ομαλά όρια, μεγίστης διαμέτρου 20 εκ εκάστη. Η εντοπιζόμενη δεξιά εξεργασία παρουσίαζε δίλοβη μορφολογία. Οι μονάδες μέτρησης πυκνότητας και η γενική μορφολογία των βλαβών, οι οποίες απεικονίζονταν υπόπυκνες αλλά ανομοιογενείς, συνηγορούσαν υπέρ παρουσίας λιπώδους ιστού με συνύπαρξη εντόνων αιμορραγικών στοιχείων αμφοτερόπλευρα, ιδία αριστερά. Συνυπήρχε βαθμός ρύπανσης του περινεφρικού χώρου, ιδίως αριστερά και πάχυνση της νεφρικής περιτονίας. Οι εξεργασίες ασκούσαν πιεστικά φαινόμενα επί των παρακείμενων ανατομικών δομών χωρίς φαινόμενα διήθησης αυτών. Τα ευρήματα ήταν περισσότερο συμβατά υπέρ ευμεγέθων μυελολιπωμάτων εκ των επινεφριδίων άμφω, με εικόνα αιμορραγίας κυρίως αριστερά. Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε το λιπασάρκωμα οπισθοπεριτοναίου. Η μαγνητική τομογραφία επιβεβαίωσε τα ευρήματα.**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα μυελολιπώματα είναι σχετικά σπάνιοι καλοήθεις όγκοι με πυκνότητες λίπους, το μέγεθος των οποίων ποικίλει από ελάχιστα εκατοστά έως και >7 εκ., εντοπίζονται αμφοτερόπλευρα σε ποσοστό 10-15% ενώ η επιπλοκή της αιμορραγίας εμφανίζεται σε ποσοστό ~20%. Η ανάδειξη των ευρημάτων γίνεται πρωτίστως με ΥΤ ή δε ΜΤ επιβεβαιώνει τη διάγνωση, χωρίς να προσφέρει επιπλέον διαγνωστικά στοιχεία.**549. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΑΠΟΛΥΜΑΤΟΣ**

Α. Ψαχούλα, Ε. Μπακράτση, Α. Σιώκα, Ι. Φεζουλιδής

*Εργαστήριο Ακτινολογίας-Ιατρικής Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας***ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της ευαισθησίας και της ειδικότητας της υπολογιστικής αγγειογραφίας (CTA θωρακικής-κοιλιακής αορτής), στη διάγνωση του πνευμονικού απολύματος.**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Περιγράψουμε την περίπτωση μιας ασθενούς με γνωστό από προηγούμενο απεικονιστικό έλεγχο πνευμονικό απόλυμα, η οποία προσήλθε για τη διενέργεια υπολογιστικής αγγειογραφίας προς ανάδειξη του αρτηριακού κλάδου που αρδεύει τη βλάβη.**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στον αριστερό κάτω λοβό αναδείχθηκε ευμεγέθης πολυλοβωτή κυστική βλάβη – γνωστό πνευμονικό απόλυμα. Αναδείχθηκε ευμεγέθης αρτηριακός κλάδος άρδευσης της βλάβης από το αριστερό πλεγμό τοίχωμα της κατώτερης θωρακικής αορτής. Δεν αναγνωρίστηκε άλλος αρτηριακός κλάδος άρδευσης της βλάβης από την κοιλιακή αορτή.**ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το πνευμονικό απόλυμα μπορεί να προκαλέσει διαγνωστικό πρόβλημα λόγω των μη ειδικών συμπτωμάτων και των μη τυπικών απεικονιστικών ευρημάτων. Συνεπώς, είναι σημαντικό να αποδείξουμε πριν τη χειρουργική αντιμετώπιση, την αρτηριακή τροφοδοσία και τη φλεβική παροχέτευση της βλάβης. Η αρτηριακή τροφοδοσία συνήθως προέρχεται από την αορτή, αλλά μπορεί να εκφύεται και από την υποκλειδίο, την πνευμονική, την έσω μαστική, τη σπληνική, τη νεφρική κ.α. αρτηρίες, ακόμη και τις στεφανιαίες. Η φλεβική παροχέτευση γίνεται μέσω των πνευμονικών φλεβών στην ενδοπνευμονική μορφή, και μέσω των βρογχικών ή άλλων συστηματικών φλεβών στην εξωπνευμονική μορφή. Σήμερα, με τη βοήθεια των μη-επεμβατικών τεχνικών απεικόνισης, όπως είναι η υπολογιστική αγγειογραφία με ακρίβεια που φτάνει το 90%, μπορούμε εύκολα να χαρτογραφήσουμε την άρδευση και αποχέτευση του πνευμονικού απολύματος, στοιχείο μείζονος σημασίας για τη χειρουργική αντιμετώπισή του, αποφεύγοντας ταυτόχρονα την επεμβατική μέθοδο της ενδαρτηριακής αγγειογραφίας.**550. ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΓΛΥΚΟΖΥΛΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ;**

Ε. Χελιώτη, Σ. Μικρός, Μ. Σωτηράκη, Ε. Ευθυμίου, Ε. Γκαλιτσίου,

Μ. Τσιλιβίγκου, Γ. Παπαδάκης

*Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»***ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Υπάρχουν ενδείξεις ότι η υποκαλιαιμία που προκαλείται από τα διουρητικά αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) σε υπερτασικούς ασθενείς. Ωστόσο σε καμία αναδρομική μελέτη δεν έχει μελετηθεί η σχέση μεταξύ διουρητικών και εμφάνισης ΣΔ τύπου 2 σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN) και κάθαρση κρεατινίνης (ClCr)<60 ml/min.**ΣΚΟΠΟΣ** της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των διουρητικών και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) ως πιθανού παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση ΣΔ σε μη διαβητικούς ασθενείς με XNN και ClCr <60 ml/min.**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 135 ασθενείς (52,2% άνδρες, μέσης ηλικίας 70±12 ετών) χωρίς ιστορικό ΣΔ, οι οποίοι ελάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή συμπεριλαμβανόμενων των διουρητικών, με XNN και ClCr <60 ml/min, για μια περίοδο έξι μηνών στο Τακτικό Νεφρολογικό Ιατρείο. Η μέση δόση των διουρητικών ήταν 40±20 mg. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου μελετήθηκαν η HbA1c και η κρεατινίνη (SCr) ορού. Η XNN επιβεβαιώθηκε με τη MDRD εξίσωση. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με συσχέτιση κατά Pearson και χ².**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εκ των 135 μη διαβητικών ασθενών, 49 (36,3%) ελάμβαναν διουρητικά και 9 (18,4%) είχαν HbA1c >6,5%. Από τους 135 μη διαβητικούς ασθενείς, 32 (23,7%) είχαν XNN με ClCr <60 ml/min, εκ των οποίων οι 15 (46,9%) ελάμβαναν διουρητικά ενώ οι 12 (37,5%) δεν ελάμβαναν. Από τους 15 ασθενείς υπό διουρητική αγωγή, 9 (60%) είχαν HbA1c <6,5%. Οι μη διαβητικοί ασθενείς με XNN που λαμβάνουν διουρητικά θα έχουν χαμηλή HbA1c (<6,5%) (p=0,036). Επίσης επιβεβαιώθηκε αρνητική στατιστική συσχέτιση (r=0,0552) μεταξύ διουρητικών και επιπέδων HbA1c (p=0,016).**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι τόσο τα διουρητικά όσο και η HbA1c στους ασθενείς με XNN δεν αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Αντίθετως τα διουρητικά συμβάλλουν στη μείωση των επιπέδων της HbA1c σε ασθενείς με XNN.

551. ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΑΡΧΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, ΜΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΗΝ

Ε. Ευθυμίου, Ε. Γκαλίτσιου, Μ. Σωτηράκη, Σ. Γιαννακάκη, Γ. Παπαδάκης
ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διαβητική νευροπάθεια μπορεί να ευθύνεται για την ανάπτυξη αναιμίας σε ασθενείς ακόμη και σε πρώιμα στάδια νεφρικής ανεπάρκειας. Η αυτόματη νευροπάθεια με επακόλουθη νεφρική απονεύρωση, σε συνδυασμό με τη μειωμένη παραγωγή ερυθροποιητίνης στους νοσούντες του νεφρικού φλοιού, μπορούν να συμβάλουν στην πρώιμη ανάπτυξη αναιμίας σε ασθενείς με Διαβήτη.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν να εξετάσει εάν παράγοντες όπως η υπερπλαστική αμφιβληστροειδοπάθεια, η νευροπάθεια του αυτονόμου, η μικρολευκωματινουργία, και η μέτρια νεφρική ανεπάρκεια μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη αναιμίας. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 35 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, ηλικίας 47-78 ετών, με αναιμία, αλλά με ήπια έκπτωση της νεφρικής τους λειτουργίας. Μετρήσαμε τα επίπεδα ερυθροποιητίνης, αιμοσφαιρίνης (Hb), κρεατινίνης ορού (Cr), μικρολευκωματινουργίας, το ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR), χοληστερίνης (LDL), γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), τα επίπεδα γλυκόζης. Εξετάσαμε επίσης τους ασθενείς για καρδιαγγειακή νόσο (CVD), διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και οίδημα ωχράς κηλίδας. Η παχυσαρκία και ο τρόπος ζωής είχαν ληφθεί υπ' όψιν. Αντιμετωπίσαμε το σύνολο των ασθενών με ερυθροποιητίνη και μετρήσαμε τις νέες τιμές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναιμία διαπιστώθηκε σε 20 από τους 35 ασθενείς (μέση τιμή Hb του 10.6 g/dl), με μειωμένη παραγωγή ερυθροποιητίνης, ήπια αμφιβληστροειδοπάθεια (H, 5.3,95% CI, 2.3-12 0.6), Cr επίπεδα <1.87 mg/dl. Ήπια μικρολευκωματινουργία βρέθηκε σε 18 ασθενείς από τους 20. Ο GFR μεταξύ 110 και 88 ml/h/1.73, τα επίπεδα γλυκόζης μεταξύ 92 και 213/mg/dl, τα επίπεδα HbA1c > 5,5% για όλους τους ασθενείς, τα επίπεδα LDL > 200 mg/dl για 18 ασθενείς. Πραγματοποιήθηκε θεραπεία με ερυθροποιητίνη, προκειμένου να διατηρηθεί η Hb >12 g. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς πέτυχαν μια μικρή αύξηση της σωματικής τους δραστηριότητας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Τα επίπεδα Cr και η πρωτεϊνουρία παρέμειναν αμετάβλητα. Ο EF αυξήθηκε σε 8 ασθενείς, η συμπαθητική νευροπάθεια βελτιώθηκε στο 50% των ασθενών, τα επίπεδα της LDL μετρήθηκαν <180 mg/dl σε 45% μετά από την αγωγή με ερυθροποιητίνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αιτία της πρώιμης αναιμίας σε ασθενείς με διαβήτη, δεν είναι μόνο η νεφροπάθεια. Καθώς εξελίσσεται ο διαβήτης, η βασική μεμβράνη των σπειραμάτων παχύνει ως αποτέλεσμα της γλυκοζυλίωσης, οδηγώντας σε αυξημένη ενδονεφρική πίεση. Άλλοι παράγοντες εκτός από CKD συμβάλουν στην ανάπτυξη αναιμίας. Η νευροπάθεια του αυτονόμου συστήματος υποδηλώνει ότι χρειάζεται θεραπεία με ερυθροποιητίνη.

552. Η ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Γ. Βλαχοπάνος, Ν. Γηρούσης, Ε. Φραγγεδάκη
Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης ΙΑΤΟΣ, Χανιά

ΣΚΟΠΟΣ: Η δημιουργία και εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών (ΚΟ) αποβλέπει εκτός των άλλων και στη βελτίωση της κλινικής έκβασης των ασθενών μέσω από την προτυποποίηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Με μια αναδρομική μελέτη κοόρτης, εξετάσαμε τη συσχέτιση μεταξύ των στόχων των ΚΟ που επιτεύχθηκαν και της επιβίωσης των χρόνιων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σε ένα κέντρο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην ανάλυση περιελήφθησαν 47 σταθεροποιημένοι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε τριεβδομαδιαίο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Οι στόχοι των ΚΟ που μελετήθηκαν ήταν: 1) Η χρήση αρτηριοφλεβικής (ΑΦ) φίστουλα ως αγγειακής προσπέλασης, 2) Η αιμοσφαιρίνη ≥ 11 g/dl και 3) Η λευκωματίνη ορού $\geq 3,8$ g/dl. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 11,2 \pm 2,0 μήνες και σε όλο αυτό το διάστημα καταγράφηκαν η θνητότητα, οι νοσηλείες και οι ημέρες νοσηλείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την έναρξη της μελέτης, η αγγειακή προσπέλαση στο 78,7% των ασθενών ήταν (ΑΦ) φίστουλα, το 72,3% των ασθενών είχαν αιμοσφαιρίνη ≥ 11 g/dl και το 76,6% των ασθενών είχαν λευκωματίνη ορού $\geq 3,8$ g/dl. Το ποσοστό των ασθενών που πληρούσαν ένα, δύο ή και τους τρεις στόχους ήταν αντίστοιχα 17%, 31,9% και 48,9%. Η ύπαρξη λειτουργικής (ΑΦ) φίστουλα προσέφερε το μεγαλύτερο όφελος στην επιβίωση (hazard ratio HR: 0,11, p=0,002). Η επίτευξη άνω του ενός στόχου των ΚΟ σχετίζεται επίσης με χαμηλότερη θνητότητα (HR: 0,10 και HR: 0,07 για ταυτόχρονη επίτευξη δύο ή τριών στόχων των ΚΟ αντίστοιχα, p<0,05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η βελτιστοποιημένη μεσοπρόθεσμη επιβίωση σε χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς συνδέεται με την επιτυχή πλήρωση των στόχων των ΚΟ, και ιδιαίτερα τη χρησιμοποίηση της (ΑΦ) φίστουλα ως αγγειακής προσπέλασης.

553. ΛΟΙΜΩΔΗ ΑΙΤΙΑ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Χ. Παλιούρας¹, Φ. Λαμπριανού¹, Γ. Ντέσκακ¹, Γ. Μάττας¹, Π. Αληβάνης¹, Ε. Σταυρούλης², Α. Φέρκε²

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου, ²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ρόδου

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της αιτιολογίας των επεισοδίων της λοιμώδους περιτονίτιδας που οδήγησαν σε αφαίρεση του περιτοναϊκού καθετήρα σε ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τους ασθενείς που εντάχθηκαν σε περιτοναϊκή κάθαρση στην Κλινική μας κατά την περίοδο 2003-2012 μελετήθηκαν εκείνοι στους οποίους αφαιρέθηκε ο περιτοναϊκός καθετήρας κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου περιτονίτιδας. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία και οι βασικές παράμετροι της θεραπείας, ο αριθμός των κυττάρων του περιτοναϊκού υγρού κατά τη διάγνωση και τα αποτελέσματα των καλλιέργειών του περιτοναϊκού υγρού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τα έτη 2003-2012 εντάχθηκαν σε περιτοναϊκή κάθαρση 70 ασθενείς. Ο καθετήρας αφαιρέθηκε σε 9 ασθενείς λόγω περιτονίτιδας λοιμώδους αιτιολογίας (12,8%). Πρόκειται για 4 άνδρες και 5 γυναίκες που έπασχαν από ΧΝΝ τελικού σταδίου, μέσης ηλικίας 67 ετών (min=51 έτη, max=78 έτη). Οι 8 ασθενείς ήταν ενταγμένοι σε πρόγραμμα χρόνιας αυτοματοποιημένης περιτοναϊκής κάθαρσης και 1 σε συνεχή φορητή μέθοδο. Η μέση διάρκεια θεραπείας ήταν 15,7 μήνες (min=3,1 μήνες, max=60,1 μήνες). Στην καταμέτρηση των κυττάρων σε πλάκα Neubauer ο αριθμός των κυττάρων κατά τη διάγνωση ήταν >5000 κύτταρα/mm³. Από τις καλλιέργειες του περιτοναϊκού υγρού απομονώθηκαν τα ακόλουθα στελέχη: Pseudomonas Aeruginosa σε 4 ασθενείς, Pseudomonas Maltophilia σε 1, Klebsiella Ozaenae σε 2, Aspergillus Niger σε 2 και Candida spp σε 1 ασθενή. Μετά την αφαίρεση του καθετήρα όλοι οι ασθενείς εντάχθηκαν σε πρόγραμμα χρόνιας αιμοκάθαρσης, ενώ 3 ασθενείς (30%) απεβίωσαν λόγω σηψαιμίας (2 από Pseudomonas Aeruginosa και 1 από Klebsiella Ozaenae).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση η βακτηριακή περιτονίτιδα από gram (-) και η μυκητιασική περιτονίτιδα αποτελούν συχνά αίτια αφαίρεσης του περιτοναϊκού καθετήρα και εμφανίζουν υψηλή θνητότητα.

554. ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Ι. Αλεξίου¹, Ε. Βασιλειάδου¹, Β. Κυριακού¹, Θ. Αλεξίου²

¹Τμήμα Φυσικοθεραπείας ΓΚΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», ²Τμήμα Πρωτοβάθμιας Περιθαλψής, ΕΟΠΥΥ, Πειραιά

Η Σπονδυλική Στήλη (ΣΣ) δεν είναι ένα άμυχο σκληρό υλικό, ανθεκτικό σε κάθε κακοποίηση, αλλά ένα ολοζώντανο και ευαίσθητο πολύτιμο όργανο, τα καθήκοντα του οποίου αρχίζουν με την αρχή της ζωής μας και τελειώνουν με το τέλος της.

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσουμε κατά πόσον το γήρας επηρεάζει όλες τις δομές της σπονδυλικής στήλης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Με βάση την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία μελετώνται οι διάφορες μεταβολές των στοιχείων της ΣΣ ανάλογα με την ηλικία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι βιοχημικές, μακροσκοπικές και εμβιομηχανικές μεταβολές που παρατηρούνται κατά τη γήρανση της ΣΣ είναι δυσδιάκριτες από εκείνες που παρατηρούνται σε εκφυλισμένους μεσοσπονδυλίου δίσκους συμπτωματικών ασθενών. Ο πόνος και η επώδυνη δυσκαμψία και ο περιορισμός της κινητικότητας είναι η κλινική έκφραση της γερασμένης ΣΣ. Οι μεταβολές που συμβαίνουν αφορούν:

1) Γήρανση του μεσοσπονδυλίου δίσκου. Σε ένα φυσιολογικό δίσκο υπάρχει ισορροπία μεταξύ σύνθεσης και καταστροφής των στοιχείων του υποστρώματος. Απώλεια πρωτεογλυκάνης και νερού καθώς και μείωση στην οργάνωση του κολλαγόνου και του ύψους του δίσκου είναι οι πρώτες εμφανίσεις της γήρανσης. Η καταστροφή της ισορροπίας του μεταβολισμού που παρατηρείται με τη γήρανση είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει μια προδιαθεσική γενετική κατάσταση. Η ελάττωση των θρεπτικών παροχών των κυττάρων (μέσω της αιμάτωσης είναι ένας σταθερός παράγοντας που προκαλεί εκφύλιση του δίσκου.

2) Γήρανση των ζυγοσπονδυλικών αρθρώσεων (facets). Οι μηχανικές συνέπειες της εκφύλισης του δίσκου, περιλαμβάνουν ελάττωση του ύψους του δίσκου και αστάθεια, αυξάνουν τα φορτία στις ζυγοσπονδυλικές αρθρώσεις και παράγουν υπερφόρτωση των αρθρώσεων και εξαλλαγή του αρθρικού χόνδρου σε ινώδη ιστό. Η οστεοαρθρίτιδα των facets είναι παρόμοια με εκείνη που συμβαίνει σε όλες τις διάρθρωσεις αρθρώσεων. 3) Γήρανση των συνδέσμων και των μυών. Σαν μέρος του φαινομένου της γήρανσης οι σύνδεσμοι κάτω από χημικές και μακροσκοπικές μεταβολές συμπεριλαμβανομένης της αύξησης της ελαστικότητας, η οποία ελαττώνει τις διαταπικές τους ιδιότητες, έχει ως αποτέλεσμα η αντοχή του συνδεσμικού ιστού σε δυνάμεις εκκυσμού να ελαττώνεται. Αυτό επηρεάζει τη σταθεροποιητική λειτουργία των μακρών συνδέσμων.

4) Γήρανση οστικής απώλειας. Η ποσότητα του οστού που σχηματίζεται κατά τη διάρκεια της οστικής ανακατασκευής ελαττώνεται με την πάροδο της ηλικίας και στα δύο φύλα με συνέπεια ελάττωση του πάχους του τοιχώματος των οστών, ενώ η οστική πυκνότητα ελαττώνεται. Τα σπονδυλικά κατάγματα είναι τυπικές εκδηλώσεις της γεροντικής οστικής απώλειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η γήρανση των κινητών δομών της στοιχειώδους σπονδυλικής μονάδας δηλαδή (του δίσκου και των facets) και των μυών μπορεί να οδηγήσουν σε εκφυλιστική προοδευτική αποδιοργάνωση της ΣΣ, αποσταθμεύση και διαταραχή της ισορροπίας. Καθώς ο πληθυσμός γεννά η στένωση και οι παραμορφώσεις στη ΣΣ είναι πιο κοινές. Η πρώιμη παρέμβαση με φυσικοθεραπεία και εξοαπομεικωμένα σχήματα σωματικής άσκησης πρέπει να περιλαμβάνονται στο θεραπευτικό πλάνο για τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη.

555. ΡΑΓΔΑΙΑ ΕΠΙΔΕΙΝΟΥΜΕΝΗ ΟΣΤΕΟΛΥΣΗ Α4-Α5 ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΛΟΥΤΙΑΙΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ

Ν. Λασιανίδης, Ν. Ανδριανόπουλος, Ν. Κουτσούρη, Ι. Τσαρούχας
Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης ταχέως επιδεινούμενης σπονδυλικής οστεόλυσης και η επίσημανση των κλινικών ιδιαιτεροτήτων της.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής θήλυ 60 ετών προσήλθε λόγω επιδείνωσης εμπίρετου αυχενάλγας (έναρξη συμπτωματολογίας από 20ημέρου) και συνυπάρχων άλγος στη ΔΕ γλουτιαία χώρα. Η ασθενής έφερε μαζί της ακτινογραφία ΑΜΜΣ, διενεργηθείσα κατά την έναρξη της αυχενάλγας, η οποία δεν παρουσίαζε οστική παθολογία. Ο νέος ακτινολογικός έλεγχος απεκάλυψε σχεδόν πλήρη οστεόλυση των σωμάτων Α4 & Α5. Η διενέργεια εκλεκτικότερου ελέγχου με MRI τόσο στην ΑΜΜΣ όσο και στην πύελο, απ' ενός επιβεβαίωσε την αυχενική οστεόλυση απ' ετέρου διέγνωσε ενδογλουτιαίο απόστημα διαστάσεων 6x7,5 εκατοστών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο αυχένος της ασθενούς σταθεροποιήθηκε με κηδεμόνα στήριξης 4 σημείων. Καλλιέργειες με λεπτή βελόνη, που ελήφθησαν από την οστεολυτική περιοχή της ΑΜΜΣ και από την πύελο, ανέπτυξαν τον ίδιο παθογόνο μικροοργανισμό (*Staphylococcus hominis hominis*). Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τον εργαστηριακό και απεικονιστικό αποκλεισμό κακοήθειας, επιβεβαίωσε την υπόθεση αιματογενούς σπονδυλικής οστεομυελίτιδας. Η ασθενής υπεβλήθη σε παροχέτευση του πυελικού αποστήματος και ετέθη σε κατάλληλη χημειοπροφύλαξη βάσει αντιβιογράμματος. Στον αυχένα συνεχίστηκε η συντηρητική αγωγή καθώς οποιαδήποτε απόπειρα σπονδυλοδεσίας επί του φλεγμονώδους οστεολυτικού υπόβαθρου θεωρήθηκε επισφαλής και αφέρθηκε ως μελλοντική θεραπευτική εφεδρεία. Η συντηρητική αντιμετώπιση απέδωσε καθώς κατόπιν εννιάμηνου είχε επιτευχθεί αυτόματα σπονδυλοδεσία άνευ απεικονιστικών ευρημάτων στένωσης του μυελικού καναλιού και άνευ μυελοπάθειας ή άλλης νευρολογική σημειολογίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σπονδυλική οστεόλυση συνεπεία απομακρυσμένης φλεγμονώδους εστίας είναι μια σπάνια εκδήλωση αιματογενούς οστεομυελίτιδας. Εκτός από τη σπανιότητα, ιδιαίτερότητα της συγκεκριμένης περίπτωσης αποτελεί και η ταχεία εξέλιξη της οστεόλυσης εντός 20ημέρου από τη έναρξη των συμπτωμάτων. Περιπτώσεις οξέως αυτόματου άλγους της σπονδυλικής στήλης, ειδικά αν συνδυάζονται με εμπύρετο ή συνυπάρχουσα φλεγμονή θα πρέπει να κινητοποιούν το θεράποντα προς την εκλεκτική απεικονιστική και εργαστηριακή διερεύνηση.

556. ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ Η ΠΙΟ ΠΡΟΧΟΥΣΑ ΑΚΑΝΘΩΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ ΑΥΤΗ ΤΟΥ ΕΒΔΟΜΟΥ ΑΥΧΕΝΙΚΟΥ ΣΠΟΝΔΥΛΟΥ;

Γ. Τσιλιμίδης, Χ. Βέρρας, Κ. Μπότσιος, Μ. Χατζησαράγγου, Θ. Χαρικόπουλος, Δ. Ματσαϊδώνης, Θ. Γρίβας

Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η απάντηση στο ανωτέρω ερώτημα σε ελληνικό πληθυσμιακό δείγμα.

ΜΕΘΟΔΟΣ & ΥΛΙΚΟ: Χρησιμοποιήθηκαν οι ακτινογραφίες (προσοπίθια & πλάγια) της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (ΑΜΣΣ) σε 195 άτομα - 93 άνδρες (47,7%) με μέσο όρο (ΜΟ) ηλικίας 42,14 έτη και 102 γυναίκες (52,3%) με ΜΟ ηλικίας 49,43 έτη, που προσήλθαν για εξέταση ή νοσηλεία από τον Αύγουστο έως τον Δεκέμβριο του 2012. Το μήκος εκάστης ακανθώδους απόφυσης (ΑΑ) μετρήθηκε στην πλάγια ακτινογραφία της ΑΜΣΣ από τη μεσοτήτα της έκφυσης της ΑΑ από το σπονδυλικό πέταλο έως και τη μεσοτήτα της κορυφής της ίδιας ακανθώδους απόφυσης των σπονδύλων Α7 και Θ1. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν η ενεργός κακοήθεια και ο πρόσφατος τραυματισμός. Η στατιστική ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας το SPSS 20.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στους άνδρες η ΑΑ του Α7 προείχε στο 72,90% και του Θ1 στο 27,10% ($p < 0,001$), ενώ, στις γυναίκες 42,70% και Θ1 57,3% ($p < 0,001$) αντίστοιχα. Το μέσο μήκος της ΑΑ του Α7 μετρήθηκε 44,11 mm στους άνδρες (23,70 mm - 61,90 mm) και 37,82 mm στις γυναίκες (26,10 mm - 54,20 mm) και αυτής του Θ1 47,93 mm (24,20 mm - 58,70 mm) και 40,44 mm (24,40 mm-53,10 mm) αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ανατομικές αυτές διαφορές της ΑΑ του Α7 και Θ1 περιγράφονται πλέον αριθμητικά σε Ελληνικό πληθυσμιακό δείγμα, γνώση που έλλειπε από τη βιβλιογραφία μας. Διαπιστώθηκε ότι στους άνδρες ως προχούσα ΑΑ συχνότερα είναι του Α7 ενώ στις γυναίκες του Θ1. Άρα επιβεβαιώνεται η αναγκαιότητα της ακριβούς διαπίστωσης του πραγματικού επιφανειακού οδηγού σημείου (Α7 ή Θ1) για μια σειρά από ειδικότητες που χρησιμοποιούν ανατομικά σημεία στην καθημερινή κλινική πρακτική.

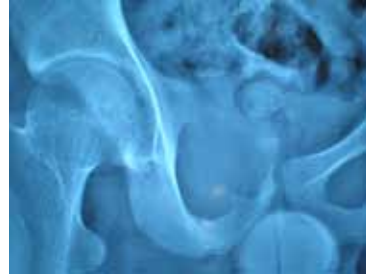
557. ΑΛΓΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΒΘΡΟΥ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ ΑΝΩ ΗΒΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Χ. Λυριτζής, Κ. Νάτσις, Σ. Αποστολίδης, Ε. Παπαθανασίου
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής, Ιατρική σχολή, ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το άλγος του δεξιού λαγονίου βθρού αποτελεί το συχνότερο σύμπτωμα παθόντων της σκληροειδούς απόφυσης. Αποτελεί συχνό διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα στην καθημερινή πρακτική του χειρουργού.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η παρουσίαση περίπτωσης άλγους δεξιού λαγονίου βθρού (ΔΛΒ) επί εδάφους ευμεγέθους ανευρυσματικής κύστης άνω ηβικού κλάδου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 23 ετών ανέφερε άλγος στην περιοχή του ΔΛΒ και παρουσίαζε κλινικά όλα τα σημεία οξείας σκληροειδίτιδας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκε WBC 11.000, Ne 90%, CRP 3. Έγινε σκληροειδοεκτομή και βρέθηκαν στοιχεία ήπιας φλεγμονής. Τρεις μήνες μετεγχειρητικά υπήρχε περιστασιακό άλγος στο ΔΛΒ. Τον δέκατο μήνα μετεγχειρητικά το άλγος επιδεινώθηκε και ο ασθενής ανέφερε άλγος στην ηβική σύμφυση, ιδιαίτερα κατά την κάμψη του ισχίου. Αντιμετώπιστηκε με αντιφλεγμονώδη και κλινοστασιμό, τα οποία οδήγησαν στην ύφεση των συμπτωμάτων για 10 ημέρες. Μετά τη διακοπή της θεραπείας τα συμπτώματα επιδεινώθηκαν. Κλινικά υπήρχε άλγος στο ΔΛΒ, στο βουβωνικό σύνδεσμο και στην ηβική σύμφυση, το οποίο αντανακλούσε προς την πρόσθια επιφάνεια του μηρού. Έγινε ακτινολογικός έλεγχος, κατά τον οποίο ανέδειξε λύση της συνέχειας του άνω ηβικού κλάδου. Ο ασθενής επεβλήθη σε περατέρω απεικονιστική και εργαστηριακή διερεύνηση.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι εξετάσεις αίματος έδειξαν φυσιολογική ΤΚΕ, αυξημένη CRP και αλκαλική φωσφατάση. Η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία ανέδειξαν ακτινοδιαυγή ευμεγέθη κύστη στον άνω ηβικό κλάδο με παρουσία διαφραγμάτων, η οποία παρεκτόπηξε την ουροδόχο κύστη και προκάλεσε πίεση στα μηριαία αγγεία και το νεύρο. Ο ασθενής επεβλήθη σε κατευθυνόμενη βιοψία με βελόνη. Τα ευρήματα της βιοψίας ήταν συμβατά με ανευρυσματική οστική κύστη. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για χειρουργική αφαίρεση της βλάβης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πιθανότητα παθόντων των οστών της πύελο δεν πρέπει να παραβλέπεται στη διαφορική διάγνωση του εμμένουστος άλγους του δεξιού λαγονίου βθρού. Η πύελος αποτελεί σπάνια εντόπιση ανευρυσματικής κύστης οστών.

557α. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ - ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ

Ι. Τσαρούχας, Ν. Ανδριανόπουλος, Ν. Λασιανίδης
Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η ανάδειξη μιας σπάνιας και συχνά υποδιαγνωστούμενης επιπλοκής των επεμβάσεων αντικατάστασης των οστεοαρθρικών αρθρώσεων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 65 ετών υποβλήθηκε προ τριμήνου σε ολική αρθροπλαστική γόνατος με μεταλλική πρόθεση κράματος Τιτανίου-Νικελίου προσήλθε προς εξέταση λόγω δυσάρεστης αίσθησης μεταλλικής γεύσης και διαρκούς αισθήματος διάχυτου κνησμού. Η έναρξη της συμπτωματολογίας συνέπιπτε με το προηγηθέν χειρουργείο ενώ η ασθενής είχε διακόψει από διμήνου την οποία αντιβιοτική, αναλγητική ή αντιπηκτική μετεγχειρητική αγωγή. Στα πλαίσια του ελέγχου, μεταξύ των άλλων, διενεργήθηκαν ειδικές δοκιμασίες αλλεργίας σε μέταλλα καθώς και σε βιολογικό τσιμέντο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ειδικές δοκιμασίες ανέδειξαν αλλεργία στο νικέλιο και σε βιολογικό τσιμέντο τύπου Pallasos, γεγονός που εξηγούσε τη συμπτωματολογία της αρρώστου μετεγχειρητικά. Ακολούθησε ειδική αγωγή με κορτικοστεροειδή και αντιισταμινικά η οποία προκάλεσε ύφεση αλλά όχι και εξάλειψη της συμπτωματολογίας. Αποφασίστηκε η αναθεώρηση της ολικής αρθροπλαστικής του γόνατος με ειδική πρόθεση κεραμικού ζirkonium (oxinilium) ή οποία είναι πλήρως απαλλαγμένη νικελίου. Πρω, βέβαια, της νέας αρθροπλαστικής έγινε νέος αλλεργιολογικός έλεγχος της ασθενούς σχετικά με το νέο υλικό καθώς και το βιολογικό τσιμέντο που θα χρησιμοποιούνταν ο οποίος κατέστησε τα νέα υλικά ασφαλή. Μετά την αναθεώρηση της αρθροπλαστικής η αλλεργικού τύπου συμπτωματολογία της ασθενούς υποχώρησε ραγδαία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι βιολογικές ιδιότητες του νικελίου το καθιστούν κατάλληλο για χρήση σε βιολογικές μεταλλικές προθέσεις. Παρά το γεγονός πως το 30% του γενικού πληθυσμού έχει κάποιου είδους αλλεργία προς το νικέλιο, οι περιπτώσεις αλλεργίας μετά από επεμβάσεις ολικών αρθροπλαστικών με νικελούχα υλικά, είναι πολύ σπάνιες. Όταν όμως συμβούν μπορούν να αναπαράγουν μια σειρά μη ειδικών συμπτωμάτων (λχ τοπικός πόνος, γενικευμένος κνησμός) που επιπλέον σε ευρύτερο διαγνωστικό φάσμα Το γεγονός αυτό μπορεί να καθυστερήσει τη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση. Σε ασθενείς με γνωστή αλλεργία συστήνεται η διενέργεια αλλεργιολογικών δοκιμασιών προεγχειρητικά, βάσει των οποίων να καθορίζεται το υλικό της πρόθεσης που θα χρησιμοποιηθεί.

557β. ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΝΗΜΙΑΙΑΣ ΑΚΑΝΘΑΣ ΤΥΠΟΥ III ΚΑΤΑ MEYERS & MCKEEVER ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΛΙΚΩΝ

Ι. Τσαρούχας, Ν. Ανδριανόπουλος, Ν. Λασσανιάνας

Α' Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η παρουσίαση ενός τρόπου αρθροσκοπικής αποκατάστασης καταγμάτων της κνημιαίας άκανθας χωρίς τη χρήση μεταλλικών υλικών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζονται οι περιπτώσεις 3 ασθενών με αποσπαστικά κατάγματα της κνημιαίας άκανθας (2 κατάγματα τύπου IIIA και 1 τύπου IIIB κατά Meyers & McKeever). Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε κλειστή ανάταξη υπό αρθροσκοπικό έλεγχο και οστεοσύνθεση των καταγμάτων υπό τάση, με τη χρήση ισχυρού ράμματος Ethibond no.0. Το ράμμα εισήχθη στην άρθρωση από 2 οστικά τούνελ εκατέρωθεν του κνημιαίου κυρτώματος και τοποθετήθηκε έτσι ώστε να καθλώνει το κάταγμα πάνω στο κνημιαίο πλάτω. Το μετεγχειρητικό πρωτόκολλο κινητοποίησης επέτρεπε ακόμα και πλήρη φόρτιση του σκέλους με το γόνατο σε πλήρη έκταση για 6 εβδομάδες (χρήση κατάλληλου κηδεμόνα). Παθητικές ασκήσεις εύρους κίνησης ξεκινούσαν άμεσα μετεγχειρητικά με στόχο την επίτευξη κάμψης 90° στις 3 εβδομάδες και πλήρους κάμψης μέχρι την 6^η εβδομάδα οπότε ο ασθενής απελευθερωνόταν από τη χρήση του κηδεμόνα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς συμμορφώθηκαν επιτυχώς με το πρωτόκολλο κινησιοθεραπείας και 3 χρόνια μετεγχειρητικά (μέσος χρόνος παρακολούθησης) δεν έχουν παρουσιάσει οποιαδήποτε υποτροπή ή επιπλοκή. Το μέσο Lysholm Knee Score τους καταμετρήθηκε στο 88%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παραδοσιακά, τα αποσπαστικά κατάγματα της κνημιαίας άκανθας αντιμετωπίζονται με τη χρήση βιδών ή σύρματος. Ωστόσο η χρήση αυτών των υλικών μπορεί να προκαλέσει σύνθλιψη του κατάγματος, νεύραγγειακές βλάβες ενώ παραμένει και η εκκρεμότητα της αφαίρεσης των υλικών. Οι τεχνικές οστεοσυνθέσεις των καταγμάτων αυτών με ισχυρά μη απορροφήσιμα ράμματα θεωρούνται εξίσου ασφαλείς, χωρίς να εμπεριέχουν και τους προαναφερόμενους κινδύνους. Σε περίπτωση συνοδών ενδοαρθρικών βλαβών (αχ μηνισκικές βλάβες) συστήνεται η οστεοσύνθεση της κνημιαίας άκανθας να προηγείται ώστε να αποφεύγεται ιατρογενής περαιτέρω παρεκτόπιση ή σύνθλιψη του κατάγματος. Ένα διπλά περασμένο ράμμα Ethibond no.0 είναι επαρκές για τη συγκράτηση της οστεοσύνθεσης.

558. ΑΠΛΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΤΕΣ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΟΡΘΩΣΗ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΥΣΜΟΡΦΙΩΝ

Δ. Ρίζου, Β. Μέγας, Σ. Καλέντζης, Π. Αρεταίου, Ν. Ζώταλης

Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κωνσταντοπούλειο ΓΝ Ν. Ιωνίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ορθογναθική χειρουργική επιλύει σοβαρά προβλήματα δυσμορφιών του γναθοπροσωπικού συμπλέγματος. Οι εφαρμόζομενες μέθοδοι για την άνω γνάθο είναι οι επεμβάσεις τύπου Le Fort I, II και III, ενώ για την κάτω γνάθο επικρατεί κυρίως η οβελιαία οστεοτομία των κλάδων της.

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικών με σοβαρές γναθοπροσωπικές ανωμαλίες, οι οποίες διορθώθηκαν με ορθοδοντική θεραπεία και οστεοτομίες είτε στη μία ή και στις δύο γνάθους μαζί, ανάλογα με το είδος της ανωμαλίας και τα προεγχειρητικά κεφαλομετρικά δεδομένα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά την τελευταία 12ετία στη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Κωνσταντοπούλειου Γ. Ν. Νέας Ιωνίας πραγματοποιήθηκαν 30 αισθητικές επεμβάσεις σπλαχνικού κρανίου. Παρουσιάζονται ορισμένες χαρακτηριστικές περιπτώσεις που αφορούν οστεοτομίες στη μία αλλά και στις δύο γνάθους, με ή χωρίς τη χρήση μοσχευμάτων, για διόρθωση διαφόρου βαθμού γναθοπροσωπικών ανωμαλιών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στις οστεοτομίες στο άνω και κάτω τριτημόριο του προσώπου, αλλά και στις αμφίπλευρες οβελιαίες οστεοτομίες της κάτω γνάθου η σταθεροποίηση των οστικών κολοβωμάτων έγινε με μικροπλάκες και κοχλίες πιτανίου με ελεύθερη, χωρίς τάση μετακίνησή τους. Η διαδικασία αυτή έδωσε μόνιμο, χωρίς υποτροπή αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε όλα τα είδη οστεοτομιών οι σωστές προεγχειρητικές μετρήσεις, σε συνδυασμό με την κατάλληλη ορθοδοντική προετοιμασία και τη σωστή χειρουργική τεχνική δίδουν πολύ καλά αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα. Η επανορθωτική διαδικασία εξατομικεύεται για τον κάθε ασθενή, ανάλογα με τα ατομικά του ανατομικά στοιχεία, όπως το μέγεθος της δυσμορφίας, το σχήμα του προσώπου και τα χαρακτηριστικά των ώτων, των οφθαλμών και της ρινός.

559. ΔΙΟΓΚΩΣΕΙΣ ΠΛΑΓΙΟΤΡΑΧΛΗΚΗΣ ΧΩΡΑΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σ. Ζανάκης¹, Ι. Τασούλας², Σ. Κυριάκου¹, Ι. Αγγελίδης¹, Χ. Δενδρινός¹

¹ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ²Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση των συχνότερων διογκώσεων που παρατηρούνται στην πλαγιοτραχηλική χώρα. Οι εφαρμόζομενες διαγνωστικές μέθοδοι, οι εξελίξεις τους και η θεραπεία των διογκώσεων του τραχήλου μέσα από την παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Ασθενείς που προσήλθαν με διογκώσεις της πλαγιοτραχηλικής χώρας, στο Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», κατά την περίοδο 2008-2012. Οι ιατροί του Τμήματος έλαβαν αναλυτικό ιατρικό ιστορικό από το σύνολο των ασθενών. Έγινε λεπτομερής κλινική εξέταση, πλήρης εργαστηριακός έλεγχος και η ενδοσκόπηση όπου κρίθηκε αναγκαίο. Επιπρόσθετα, σε όλους τους ασθενείς έγινε και ο απεικονιστικός έλεγχος, που κατά περίπτωση περιλάμβανε, Υπερηχογράφημα, Αξονική Τομογραφία (CT), Μαγνητική Τομογραφία (MRI), Τομογραφία εκπομπής Ποζιτρονίων (PET-CT) και τέλος παρακέντηση με λεπτή βελόνα (FNA) ή ανοιχτή βιοψία για να εξακριβωθεί η πιθανή αιτιολογία της διογκώσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των διογκώσεων ήταν καλοήθους αιτιολογίας, με τον αριθμό των κακοήθων νεοπλασιών να είναι υπολογίσιμος. Το εύρος της αιτιολογίας ήταν επίσης μεγάλο και στις δύο περιπτώσεις. Η θεραπεία εκλογής ήταν χειρουργική παρέμβαση, ενώ όπου κρίθηκε απαραίτητο ακολουθήθηκε συντηρητική αγωγή. Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε υποτροπή έως σήμερα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αιτιολογία των πλαγιοτραχηλικών διογκώσεων μπορεί να ποικίλει. Είναι απαραίτητος ο εκτενής διαγνωστικός έλεγχος για τον προσδιορισμό της και την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης. Οι εξελίξεις στις διαγνωστικές μεθόδους συμβάλλουν σημαντικά στην ακριβέστερη διάγνωση και άρα στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους.

560. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΥΠΕΡΩΑΣ

Σ. Ζανάκης¹, Ι. Τασούλας², Σ. Κυριάκου¹, Χ. Δενδρινός¹

¹ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ²Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση των κυριότερων νεοπλασιών της υπερώιας χώρας, της διαγνωστικής μεθοδολογίας που εφαρμόζεται στην αξιολόγησή τους και των τρόπων αντιμετώπισής τους μέσα από την παρουσίαση κλινικών περιστατικών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Στο Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του «Ιπποκράτειου» ΓΝ Αθηνών, αντιμετώπισθηκαν κατά την οκταετία 2008-2012 x* ασθενείς με νεοπλασίες εντοπιζόμενες στην υπερώια. Στο σύνολο των x* ασθενών έγινε λεπτομερής λήψη ιατρικού ιστορικού και κλινική εξέταση από τους Ιατρούς του Τμήματος. Επιπρόσθετα, σε x εξ' αυτών έγινε Αξονική Τομογραφία (CT), σε ψ έγινε Παρακέντηση με Λεπτή Βελόνη (FNA) και σε w έγιναν και Αξονική Τομογραφία (CT) και Παρακέντηση με Λεπτή Βελόνη (FNA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους x ασθενείς που παρουσίασαν νεοπλασμάτα στην περιοχή της υπερώιας, x εμφάνιζαν νεοπλασμάτα καλοήθους αιτιολογίας ενώ x εμφάνιζαν νεοπλασμάτα κακοήθους αιτιολογίας.

Στην ομάδα των ασθενών με νεοπλασμάτα καλοήθους αιτιολογίας, έγινε και στους x ολική χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Σε x από αυτούς η αφαίρεση έγινε σε υγιή όρια ενώ στους υπόλοιπους x η αφαίρεση έγινε σε εκτεταμένα όρια. Κανένας από τους ασθενείς δεν εμφάνισε υποτροπή έως σήμερα. Στην ομάδα των ασθενών με νεοπλασμάτα κακοήθους αιτιολογίας έγινε χειρουργική αφαίρεση του όγκου σε υγιή όρια σε x, χειρουργική αφαίρεση του όγκου και λεμφαδενικός καθαρισμός σε x και σε x ασθενή ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Από αυτούς 2 ασθενείς κατέληξαν, ενώ οι υπόλοιποι x δεν έχουν παρουσιάσει υποτροπή έως σήμερα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο λεπτομερής προεγχειρητικός έλεγχος επιτρέπει εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας και καλύτερα μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Καθοριστική για την πρόγνωση του ασθενούς είναι η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή αντιμετώπιση και η τακτική παρακολούθησή.

561. Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΩΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΒΟΛΟΤΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΩΤΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΒΟΛΕΑ

Δ. Ιωαννίδης, Σ. Παπαγιάννης, Ε. Φερεκύδης

Ευγενίδειο Θεραπευτήριο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ωτοσκληρήνωση είναι πρωτοπαθής εστιακή νόσος η οποία προκαλεί σπογγίωση της οστέινης λαβυρινθικής κάψας. Διακρίνουμε την ασυμπτωματική ωτοσκληρήνωση, την ωτοσκληρήνωση του αναβολέα, την κοχλιακή ωτοσκληρήνωση και την κακοήθη ωτοσκληρήνωση. Κλινικό ενδιαφέρον για τον ωτοχειρουργό παρουσιάζει η ωτοσκληρήνωση του αναβολέα, που χαρακτηρίζεται από προοδευτική βαρηκοΐα τύπου αγωγιμότητας, η οποία αντιμετωπίζεται με αναβολοτομή ή αναβολεκτομή.

Στην παρούσα μελέτη αναφέρεται η μικροτραυματική αναβολοτομή, μέθοδος που αναπτύχθηκε στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και εκτιμώνται τα αποτελέσματά της με τη μέθοδο της τυμπανομετρίας πολλαπλών συχνοτήτων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκε η συχνότητα συντονισμού σε 35 αυτιά με ωτοσκληρήνωση του αναβολέα μετά τη μικροτραυματική αναβολοτομή. Η ομάδα ασθενών περιλάμβανε 35 ασθενείς, 10 άντρες και 25 γυναίκες, ηλικίας 43,7 ± 8,8 ετών, στους οποίους διαγνώστηκε αμιγής βαρηκοΐα αγωγής, συντεταγμένη ακύλωση του αναβολέα, διάγνωση που επιβεβαιώθηκε χειρουργικά. Ειδικότερα προσδιορίστηκε η συχνότητα συντονισμού σε χρονικό διάστημα 2, 6 και 12 μήνες μετά από την επέμβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετεχειρηγική η συχνότητα συντονισμού βρέθηκε να κυμαίνεται μεταξύ 650 - 800 Hz στους 2 μήνες, 600 - 750 Hz στους 6 μήνες και 550 - 700 στους 12 μήνες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η συχνότητα συντονισμού αποτελεί βασική παράμετρο αξιολόγησης της λειτουργικότητας του μέσου ωτός. Η συχνότητα συντονισμού παρουσιάζει σημαντική αύξηση άμεσα μετεχειρηγικά, η οποία όμως ακολουθείται από προοδευτική μείωση στο δωδεκάμηνο που ακολουθεί. Τα παραπάνω ευρήματα συνηγορούν υπέρ της «φυσιολογικότερης» λειτουργίας του μέσου ωτός μετά από μικροτραυματική αναβολοτομή σε σύγκριση με την κλασική αναβολοτομή.

562. ΟΓΚΟΣ ΕΚ ΚΥΤΤΑΡΩΝ MERKEL ΠΤΕΡΥΓΙΟΥ ΩΤΟΣ (MERKEL CELL CARCINOMA). ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μ. Δερμεντζόπουλος

Princess Alexandra Hospital, Harlow, Essex, UK

Ο όγκος εκ κυττάρων Merkel είναι ένα σπάνιο νευροενδοκρινικό νεόπλασμα του δέρματος με ετήσια επίπτωση να έχει αυξηθεί από 0,15 σε 0,44 ανά 100.000 πληθυσμού, που είναι ακόμα πιο σπάνια εντοπιζόμενο στο πτερύγιο του ωτός (3,1%). Στη βιβλιογραφία αναφέρονται 20 δημοσιευμένες περιπτώσεις παρόμοιων εμφανίσεων.

Τα κύτταρα του Merkel ανευρίσκονται στην περιοχή της ενώσεως της επιδερμίδος με το χόριο και ανήκουν στο σύστημα APUD με λειτουργία που σχετίζεται με την αίσθηση της αφής (μηχανοϋποδοχείς) κατά πάσα πιθανότητα, αν και η έρευνα συνεχίζεται σχετικά με το ρόλο τους.

Ο όγκος εκ κυττάρων Merkel προσφάτως έχει συσχετιστεί με τη λοίμωξη των κυττάρων αυτών από πολυόμα - ιό (Merkel cell polyoma virus, MCPyV). Εμφανίζεται δε συνήθως σε περιοχές που εκτίθενται στην υπεριώδη ακτινοβολία. Όσον αφορά στη θεραπεία του όγκου, αυτή είναι βασικά η χειρουργική εκτομή με συνοδό λεμφαδενικό καθαρισμό, ή/και επιπολής παρωτιδεκτομή, αν απαιτηθεί, σε τοπική μετάσταση του νεοπλασματος, η οποία γίνεται λεμφογενώς. Η ακτινοθεραπεία ενδείκνυται για μη εξαιρέσιμους όγκους καθώς και για την ελάττωση της πιθανότητας λεμφαδενικής διασποράς τοπικών επί μη κλινικοεργαστηριακά διαπιστούμενης λεμφαδενοπάθειας. Φυσικά και η χημειοθεραπεία επιλεκτικά ή συνοδευτικά συγχρησιάζεται, χωρίς ικανοποιητικά όμως αποτελέσματα.

Η παρουσιαζόμενη περίπτωση αφορά θήλυ ασθενή 71 ετών, η οποία παρουσίασε ανώδυνη διόγκωση στο μέσον του πτερυγίου του αριστερού ωτός, σταδιακά αυξανόμενη σε μέγεθος και μετατρέπόμενη από χρώματος ωχρού σε ερυθροκίανη βλάβη, σε διάστημα 7 μηνών.

Ο λόγος προσελεύσεως της ασθενούς στον γιατρό, ήταν μάλλον αισθητικο-λειτουργικός, αλλά, η έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος, με σφηνοειδή εκτομή και τελικοτελική συρραφή των χειλών του εκμηθέντος πτερυγίου, έδωσε την τελική διάγνωση του προβλήματος και απετέλεσε την έναρξη της σχετικής υποστηρικτικής θεραπείας.

563. ΞΕΝΑ ΣΩΜΑΤΑ ΤΡΑΧΕΙΟΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΔΕΝΔΡΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ - ΟΞΕΙΑ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΩΡΛ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ.

Ν. Παπαπετρόπουλος, Π. Σαραβάκος, Ε. Καραματζάνης,

Β. Γιαννακοπούλου, Κ. Σαραβάκος

ΩΡΛ Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης

ΣΚΟΠΟΣ: Η εισρόφηση ξένου σώματος είναι μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή κατάσταση, σε περίπτωση απόφραξης του αεραγωγού. Η πλειοψηφία των ξένων σωμάτων ενσφηνώνονται στους βρόγχους και πιο σπάνια στην τραχεία ή το λάρυγγα. Η κλινική εικόνα εξαρτάται από το βαθμό απόφραξης του αεραγωγού, το λανθάνοντα χρόνο από τη στιγμή του συμβάντος, την ηλικία του παιδιού, το μέγεθος και το σχήμα του ξένου σώματος και τη θέση της απόφραξης. Η βρογχοσκόπηση με άκαμπτο βρογχοσκόπιο θεωρείται εξέταση εκλογής για την ανεύρεση και την αφαίρεση του ξένου σώματος.

Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας της ΩΡΛ Κλινικής σε περιπτώσεις οξείας απόφραξης του αεραγωγού από ξένα σώματα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 42 περιστατικά με υποψία ξένου σώματος τραχειοβρογχικού δένδρου, τα οποία αντιμετωπίστηκαν υπό γενική αναισθησία με τη χρήση άκαμπτου βρογχοσκοπίου. Ο προεγχειρητικός έλεγχος περιελάμβανε ακτινογραφία θώρακος εισπνοής-εκπνοής και ακτινοσκόπηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την αντιμετώπιση των 42 περιστατικών έγινε αφαίρεση ξένου σώματος στα 36, ενώ στα υπόλοιπα 6 δεν ανευρέθηκε ξένο σώμα. Η θέση ενσφηνώσεως ήταν αποκλειστικά οι βρόγχοι, ιδίως δεξιά. Δεν παρατηρήθηκε καμία σοβαρή επιπλοκή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η βρογχοσκόπηση με τη χρήση άκαμπτου βρογχοσκοπίου αποτελεί τη μοναδική θεραπευτική προσέγγιση σε παιδιά με επιβεβαιωμένο ή πιθανό ξένο σώμα τραχειοβρογχικού δένδρου. Το άκαμπτο βρογχοσκόπιο υπερτερεί έναντι του εύκαμπτου βρογχοσκοπίου στο γεγονός ότι επιτρέπει έλεγχο του αεραγωγού, καλή οπτική επαφή, χειρισμούς στο ξένο σώμα με χρήση διαφόρων εργαλείων και άμεση αντιμετώπιση της αιμορραγίας από τους βλεννογόνους.

564. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΜΑΣΤΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ

Θ. Παπαδόπουλος, Σ. Αναστασόπουλος, Π. Βρεττάκος, Α. Σούρλα,

Σ. Ποταμιάνος, Ι. Φαρομάτης, Μ. Τσακανίκος

Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων από την αντιμετώπιση μεγάλου αριθμού παιδιών με μαστοειδίτιδα και -με βάση αυτά- η ανάπτυξη ενός σύγχρονου θεραπευτικού αλγορίθμου, εφαρμοσμένου σε όλες τις περιπτώσεις παιδιατρικής μαστοειδίτιδας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι όλων των παιδιών (n=167) με διάγνωση οξείας μαστοειδίτιδας κατά την περίοδο 2002-2010. Έγινε ανασκόπηση και ανάλυση δεδομένων που αφορούσαν το ιστορικό, τη συμπτωματολογία, εργαστηριακά και κλινικά ευρήματα, την παρουσία επιπλοκών, τις θεραπευτικές μεθόδους και τα τελικά αποτελέσματα. Χορηγήθηκε IV αντιβίωση και εκτελέστηκε μυριγγοτομή σε όλα τα παιδιά κατά τη μέρα της εισαγωγής. Η αρχική χειρουργική παρέμβαση περιελάμβανε επίσης την παροχέτευση ή την απλή ανάρτηση μαστοειδούς για υποπεριοστική αποστήματα και απλή ανάρτηση μαστοειδούς για παιδιά με ενδοκρανιακές επιπλοκές. Τέλος, απλή ανάρτηση μαστοειδούς εκτελέστηκε σε δεύτερο χρόνο σε όλα τα παιδιά με πτωχή απάντηση στην αρχική προσέγγιση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλα τα παιδιά θεραπεύθηκαν μετά από μια μέση νοσηλεία 9.8 ημερών. Το ποσοστό των ενδοκρανιακών επιπλοκών κατά την εισαγωγή ήταν 6.5% ενώ μαστοειδεκτομή χρειάστηκε στο 42% των ασθενών. Ακολουθώντας την ανωτέρω θεραπευτική προσέγγιση σε όλες τις περιπτώσεις, κανένα παιδί δεν παρουσίασε επιπρόσθετη επιπλοκή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του και δεν βρισκόταν υπό θεραπεία είτε μετά την έξοδο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρόλο που η απλή ανάρτηση μαστοειδούς αποτελεί την πιο αξιόπιστη και αποτελεσματική μέθοδο στη θεραπεία της οξείας μαστοειδίτιδας, μια πιο συντηρητική προσέγγιση που περιλαμβάνει επαρκή παρεντερική αντιβιοτική κάλυψη και μυριγγοτομή μπορεί να υιοθετηθεί με ασφάλεια για όλα τα παιδιά με μη επιπλεγμένη οξεία μαστοειδίτιδα. Περιστατικά που δεν ανταποκρίνονται στην προσέγγιση αυτή, θα πρέπει να υποβάλλονται σε απλή ανάρτηση μαστοειδούς σε διάστημα 3-5 ημερών, προκειμένου να αποφευχθεί η ανάπτυξη περαιτέρω επιπλοκών. Η απλή μαστοειδεκτομή θα πρέπει επίσης να εφαρμοστεί σε κάθε περίπτωση μη αποτελεσματικής παροχέτευσης υποπεριοστικού αποστήματος ή παρουσίας ενδοκρανιακών επιπλοκών. Η προτεινόμενη αντιμετώπιση παρουσιάζεται με ένα απλό αλγόριθμο που μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε περίπτωση παιδιατρικής μαστοειδίτιδας.

565. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ