



**ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ**  
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1835



**42°**

**ΕΤΗΣΙΟ  
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ  
ΙΑΤΡΙΚΟ  
ΣΥΝΕΔΡΙΟ**

**11-14 ΜΑΪΟΥ 2016**

**ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ DIVANI CARAVEL, ΑΘΗΝΑ**

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

Διαγωνισμός Ιατρικών Γνώσεων  
Απονομή επάθλων

**ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**

# ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ



σε συνεργασία

ΜΕ 30 ΕΙΔΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

## ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Οι περιλήψεις από τον αριθμό 1-179 ανακοινώθηκαν προφορικά και από 180-350 αναρτήθηκαν ως e-posters.

Οι εργασίες 35 και 97 πήραν το Α΄ και Β΄ βραβείο αντίστοιχα και η 3 τον Έπαινο στην ενότητα των εργασιών βασικής έρευνας.

Οι εργασίες 167 και 10 πήραν το Α΄ και Β΄ βραβείο αντίστοιχα και η 111 τον Έπαινο στην ενότητα των εργασιών της εφαρμοσμένης έρευνας.

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

ΑΘΗΝΑ

Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL, ΑΘΗΝΑ

11-14 Μαΐου 2016

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**  
**ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ**  
**ΚΑΙ**  
**ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**  
**42ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

*Πρόεδρος* Γ. ΚΟΥΡΑΚΛΗΣ  
*Αντιπρόεδρος* Σ.Γ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ  
*Γεν. Γραμματέας* Ε. ΘΗΡΑΙΟΣ  
*Ειδ. Γραμματέας* Θ.Γ. ΒΡΑΧΛΙΩΤΗΣ  
*Ταμίας* Μ. ΣΑΜΑΡΚΟΣ  
*Μέλη* Ε. ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ  
Σ. ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ  
Γ. ΜΑΝΤΖΑΡΗΣ  
Δ.Τ. ΜΠΟΥΜΠΙΑΣ

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Θ. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ	Γ. ΖΩΓΡΑΦΟΣ	Π. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ
Δ. ΑΓΓΟΥΡΑΣ	Μ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ	Ν. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ
Κ. ΑΘΑ ΝΑΣΑΚ ΗΣ	Μ. ΚΑΛΟΕΙΔΑΣ	Β. ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Α. ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΡΑ	Σ. ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ	Ι. ΠΑΠΑΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ
Γ. ΑΝΤΩΝΑΚΟΣ	Χ. ΚΑΡΑΝΙΚΑΣ	Κ. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ
Χ. ΑΡΒΑΝΙΤΗ	Θ. ΚΑΡΑΤΖΑΣ	Ε. ΠΛΑΤΣΟΥΚΑ
Κ. ΒΑΓΙΑΝΟΣ	Β. ΚΑΨΙΜΑΛΗ	Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ
Β. ΒΑΝΤΑΛΗ	Δ. ΚΟΚΚΙΝΟΣ	Π. ΣΤΡΑΤΗΓΟΠΟΥΛΟΥ
Α. ΒΑΣΙΛΟΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ	Χ. ΚΟΡΟΣ	Μ. ΤΕΚΤΟΝΙΔΟΥ
Δ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ	Σ. ΛΟΥΚΙΔΗΣ	Ν. ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ
Α. ΒΟΖΙΚΗΣ	Θ. ΜΑΚΡΗΣ	Σ. ΤΣΑ ΓΚΑ ΡΑΚΗΣ
Μ. ΒΟΥΛΓΑΡΕΛΗΣ	Ι. ΜΑΚΡΥΝΙΩΤΟΥ	Α. ΤΣΙ ΡΟΓΙΑΝΝΗ
Γ. ΒΡΥΩΝΗ	Δ. ΜΑΝΤΑΣ	Γ. ΤΣΟΥΡΟΥΦΛΗΣ
Β. ΓΕΜΟΥ-ΕΝΓΕΣΑΕΤΗ	Π. ΜΑΡΓΟΣ	Ε. ΦΡΑΓΚΟΥΛΗΣ
Μ. ΓΕΩΡΓΙΑΚΑΚΗ	Α. ΜΕΓΑΛΑΚΑΚΗ	Π. ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ
Ε. ΓΙΑ ΝΝΙΤΣΙΩΤΗ	Α. ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ	Σ. ΧΑΝΤΑΝΗΣ
Κ. ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ	Σ. ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΣ	Ε. ΧΑΡΜΑΝΔΑΡΗ
Γ. ΔΑΪΚΟΣ	Α. ΜΠΕΡΛΕΡ	Α. ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΟΥ
Ι. ΔΑΚΟΡΩΝΙΑΣ	Σ. ΝΤΟΥΡΑΚΗΣ	Σ. ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΟΥ
Α. ΔΕΛΙΔΗΣ	Μ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ	Ε. ΧΗΝΟΥ
Δ. ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΗΣ	Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ	Χ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ
Γ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ	Α. ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ	
Ε. ΖΟΥΡΙΔΑΚΗ	Γ. ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ	

**ΤΑ ΕΠΟΜΕΝΑ ΕΠΙΣ**

42<sup>ο</sup> ΕΠΙΣ 11-14 ΜΑΪΟΥ 2016

Η στοιχειοθεσία του τόμου των περιλήψεων έγινε με εισαγωγή των στοιχείων από τις περιλήψεις που υπέβαλαν οι συμμετέχοντες στη Γραμματεία του 42ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ.







### 13. ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΕΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ Κ. ΡΠΕΥΜΟΝΙΑΕ ΣΤΟ ΓΝ ΗΛΕΙΑΣ

Μ. Κουτσογιάννου<sup>1</sup>, Θ. Σακελλαροπούλου<sup>1</sup>, Π. Κουτσογιάννου<sup>2</sup>, Γ. Λαλινοπούλου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ΓΝ Ηλείας, <sup>2</sup>Γ. Ν. Ανατολικής Αχαΐας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Επιδημιολογική μελέτη ανθεκτικών στις καρβαπενέμες στελεχών Κ. ρευμονίαε στο ΓΝ Ηλείας.

**ΥΛΙΚΟ:** Κατά τη διάρκεια έξι ετών (2010-2015) απομονώθηκαν 434 στελέχη Κ. ρευμονίαε στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του ΓΝ Ηλείας - ΝΜ Πύργου. Μελετήθηκαν: Ομάδα Α (στελέχη ανθεκτικά στις καρβαπενέμες Νοσοκομειακών ασθενών) και Ομάδα Β (στελέχη ανθεκτικά στις καρβαπενέμες ασθενών Εξωτερικών Ιατρείων(ΕΙ) και ΤΕΠ).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η καλλιέργεια των δειγμάτων έγινε με συνήθεις μεθόδους και τα συστήματα αιμοκαλλιέργειών ΒΑCΤΕC (BD) και BacT/Alert (BioMérieux). Η ταυτοποίηση των στελεχών και ο έλεγχος της ευαισθησίας στα αντιβιοτικά (CLSI) έγινε με MicroScan Panels (Siemens) και VITEK 2 (BioMérieux).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Απομονώθηκαν 249 (57%) στελέχη ανθεκτικά στις καρβαπενέμες (ιμπενέμη, μεροπενέμη) από καλλιέργειες: αίματος(50), ούρων(44), υγρών τραυμάτων(17), κεντρικών φλεβικών καθετήρων(42), αναπνευστικού συστήματος(ΒΕ)(96). Στην Ομάδα Α τα στελέχη απομονώθηκαν κυρίως από δείγματα ΒΕ(42%), ενώ στην Ομάδα Β από ουροκαλλιέργειες(87%). Στην Ομάδα Α τα στελέχη απομονώθηκαν συχνότερα στη ΜΕΘ(91%), κυρίως το 2012 (26%), ενώ στην Ομάδα Β το 2014 (30%). Όλα τα στελέχη παρουσίασαν ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά: πιπερακίληνη/ταζομπακτάμη, κεφταζνίμη, κεφεπίμη, αζιθρονημία και σιπροφλοξασίνη. Η αντοχή στα υπόλοιπα αντιβιοτικά φαίνεται στον πίνακα:

Έτος	Γενταμικίνη R%	Τομπραμικίνη R%	Αμικασίνη R%	Τετρακυκλίνη R%	Κολιστίνη R%	Τιγκεκυκλίνη R%
2010	A 0	100	33	67	83	33
	B 100	100	50	50	100	100
2011	A 15	100	95	38	36	44
	B -	-	-	-	-	-
2012	A 22	100	95	38	45	12
	B 0	100	100	20	80	20
2013	A 56	96	68	40	39	35
	B 33	100	67	0	100	0
2014	A 24	100	100	45	45	58
	B 14	100	100	43	57	43
2015	A 92	100	100	81	77	38
	B 0	83	100	66	100	66
	33	99	88	43	46	34
	9	96	87	39	78	44

Παρατηρήθηκε διασπορά ανθεκτικών στις καρβαπενέμες στελεχών Κ. ρευμονίαε στο ΓΝ Ηλείας, πιθανά από νοσοκομειακούς ασθενείς σε ασθενείς της κοινότητας.

### 14. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ Α. ΒΑΥΜΑΝΝΙΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΕΣ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΣΤΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ» (2011-2015)

Μ. Κουτσοουρέλακη, Α. Παπαγιαννίδη, Ι. Χαραλαμπίδης, Α. Κουρέλη, Μ. Δαγρέ, Χ. Σίλλελη

Μικροβιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Η Παμμακάριστος»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το Α. baumannii είναι ένα πολυανθεκτικό Gram (-) μικρόβιο που προκαλεί σοβαρές ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Σκοπός μας είναι να διερευνήσουμε την κατανομή του ανά κλινική του νοσοκομείου και ανά εστία λοίμωξης.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Για την παρούσα μελέτη έγινε ανάλυση των δεδομένων 5 ετών (2011-2015). Τα στελέχη Α. baumannii που απομονώθηκαν προέρχονταν από καλλιέργειες αίματος, βρογχικών εκκρίσεων, υλικό κατακλίσεων, ούρων, φλεβοκαθετήρων, πτυέλων και υγρών παροχέτευσης και αφορούσαν στο σύνολο των κλινικών του νοσοκομείου (παθολογικές, χειρουργικές). Η απομόνωσή τους έγινε με τις κλασικές μεθόδους. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με το σύστημα Microscan WalkAway plus System. Κατά την εξεταζόμενη περίοδο καταγράφησαν συνολικά 176 στελέχη εκ των οποίων ανθεκτικά στις καρβαπενέμες είναι τα 123/176 (70%). Τα κλινικά δείγματα προέλευσης των ανθεκτικών στελεχών και η κατανομή τους στο χώρο του νοσοκομείου φαίνονται στον πίνακα.

Εστίες λοίμωξης	Π/Κ*	Χ/Κ*	σύνολο
Αίμα	26	0	26/123 21%
Βρογχικές εκκρίσεις	12	7	19/123 15%
Υλικό κατακλίσεων	12	2	14/123 11%
Ούρα	39	3	42/123 34%
Φλεβοκαθετήρες	6	4	10/123 8%
Πτύελα	5	0	5/123 4%
Υγρά παροχέτευσης	5	2	7/123 6%

\*Παθολογικές κλινικές: 105/123 (85%)

\*Χειρουργικές κλινικές: 18/123 (15%)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι κλινικές από τις οποίες απομονώθηκαν τα περισσότερα στελέχη Α. baumannii είναι οι παθολογικές με επικρατέστερα τα δείγματα των ούρων. Επίσης παρατηρείται αυξημένη συχνότητα μικροβιαμίας και λοιμώξεων του αναπνευστικού.

### 15. ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΦΘΑΛΜΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΧΛΩΡΙΔΑΣ ΣΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΕΦΕΛΟΠΟΙΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Δ. Αμπαζής<sup>1</sup>, Α. Χανιώτου<sup>1</sup>, Σ. Γολέγου<sup>2</sup>, Α. Παλαιολόγος<sup>1</sup>, Ν. Τράντζας<sup>1</sup>, Ζ. Νουβάκη<sup>1</sup>, Α. Λιβεράζα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πνευμονολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η χορήγηση εισπνεόμενων φαρμάκων (βρογχοδιασταλτικών, κορτικοστεροειδών) με συσκευές νεφελοποίησης, αποτελεί συχνή πρακτική, η πιθανή όμως επίδραση στη χλωρίδα του οφθαλμού δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσας μελέτης είναι να αναδειξει αν μεταβάλλεται η μικροβιακή χλωρίδα του οφθαλμού στους νοσηλευόμενους πνευμονολογικούς ασθενείς και αν η μεταβολή αυτή σχετίζεται με τη χρήση νεφελοποίησης.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 20 ασθενείς που εισήχθησαν στην πνευμονολογική κλινική το διάστημα Νοεμβρίου 15<sup>η</sup> - Ιανουαρίου 16<sup>η</sup>. Κατά την ημέρα εισαγωγής λαμβανόταν δείγμα από τον επιπεφυκότα του κάτω βλεφάρου καθενός οφθαλμού με τη χρήση αποστειρωμένου βαμβακοφόρου συτλεού. Το δείγμα εμβάπτιζόταν στο ειδικό υλικό συντήρησης - μεταφοράς του φιαλιδίου και μεταφερόταν για καλλιέργεια στο μικροβιολογικό εργαστήριο εντός 24 ωρών. Ομοίως γινόταν λήψη δείγματος την ημέρα εξόδου του ασθενούς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 20 ασθενείς, 10 (50%) άνδρες και 10 (50%) γυναίκες. Ικανοποιητική ανάπτυξη αποικιών, παρατηρήθηκε σε 8 δείγματα (40%), τόσο στα δείγματα εισαγωγής, όσο και εξόδου. Σε 6 δείγματα (30%) αναπτύχθηκε Coagulase negative staphylococcus, σε 1 δείγμα (5%) Staphylococcus aureus και σε 1 (5%) Morganella morganii. Από το σύνολο των ατόμων με θετικά δείγματα, 3 (33,33%) είχαν λάβει νεφελοποίηση και κατ' οίκον. Στα άτομα με θετική καλλιέργεια είτε λάμβαναν νεφελοποίηση και κατ' οίκον, είτε μόνο ενδονοσοκομειακά, δεν παρατηρήθηκε μεταβολή της μικροβιακής χλωρίδας στην καλλιέργεια εξόδου. Το περιστατικό με την ανάπτυξη του Staphylococcus aureus δεν είχε λάβει ποτέ νεφελοποίηση, αλλά εμφάνισε ανοσοκαταστολή λόγω του σακχαρώδους διαβήτη από τον οποίο έπασχε. Το άτομο που ανέπτυξε Morganella morganii λάμβανε νεφελοποίηση και κατ' οίκον αλλά είχε και συνοσηρότητες (ΣΔ, ΚΑ, ΧΑΓΠ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο κύριος μικροβιακός πληθυσμός ο οποίος αναπτύχθηκε ήταν Coagulase negative staphylococcus. Στα άτομα που έλαβαν νεφελοποιούμενα φάρμακα δεν παρατηρήθηκε μεταβολή της μικροβιακής χλωρίδας, κατά την έξοδο. Επιβαρυντικός παράγοντας ήταν η ανοσοκαταστολή λόγω συνοσηροτήτων των ασθενών. Αν και χρειάζεται μεγαλύτερος αριθμός ατόμων για τεκμηρίωση αποτελεσμάτων, φαίνεται ότι από μόνη της η νεφελοποίηση, δεν επηρεάζει τη μικροβιακή χλωρίδα του οφθαλμού.

### 16. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ





## 21. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΗΠΑΤΟΣ (NAFLD): ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

A. Καπάτης, Σ. Σολωμού, Θ. Καραουλάνη, Α. Κίτνα, Ε. Ουρανού, Μ. Παύλου, Κ. Καραμανλή, Μ. Θεοδώρου, Α. Τολιόπουλος, Α. Παπαναστασίου

A΄ Παθολογική Κλινική - Α΄ Ηπατολογικό Ιατρείο, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Η Αγία Βαρβάρα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD) σχετίζεται με την παχυσαρκία, το μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) και τον σακχαρώδη διαβήτη. Η κύρια θεραπευτική αντιμετώπιση της NAFLD είναι η υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση με στόχο τη μείωση του σωματικού βάρους και τη διαχείριση των συνδεόμενων με το ΜΣ διαταραχών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συγκριτική αξιολόγηση δύο διαιτητικών παρεμβάσεων ως προς τη βελτίωση των συνιστωσών του ΜΣ σε ασθενείς με NAFLD.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Σε 44 μη διαβητικούς ασθενείς με NAFLD που εντάχθηκαν στην ομάδα ΧΛ, στην οποία χορηγήθηκε διαίτα περιεκτικότητας 30% σε λίπος (?% κορεσμένο λίπος), σύμφωνα με τις διαιτητικές συστάσεις κατά American Heart Association (AMA 2005) και στην ομάδα ΧΥ, η οποία ακολούθησε διαίτα περιορισμού υδατανθράκων (40%). Τα διαιτητικά σχήματα ήταν υποθερμιδικά, καταρτισμένα ώστε να επιφέρουν απώλεια βάρους με ρυθμό 0,5-1 kg/εβδομάδα. Σωματομετρικές και βιοχημικές μεταβλητές μετρήθηκαν αρχικά και κατόπιν 3-μηνης εφαρμογής των διαιτών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στον επανέλεγχο μετά 3-μήνου σημειώθηκε ισοδύναμη μείωση του σωματικού βάρους στις δύο ομάδες (ΧΛ:  $-5,5 \pm 5,0$  kg,  $P < 0,01$  // ΧΥ:  $5,9 \pm 5,2$  kg,  $P < 0,01$ ). Μεγαλύτερη βελτίωση εμφάνισαν στη ΧΥ, τα επίπεδα τριγλυκεριδίων ( $-78 \pm 20$  mg/dl έναντι  $-52 \pm 31$  mg/dl,  $P < 0,05$ ), ινσουλίνης καθώς και ο δείκτης HOMA-IR ( $-2,2 \pm 1,0$  έναντι  $-1,5 \pm 1,2$ ,  $P < 0,05$ ). Οι τιμές των LDL-CHOL αυξήθηκαν στη ΧΥ ( $+12,6 \pm 17$ ,  $P = 0,08$ ) έναντι μείωσης στη ΧΛ ( $-54,9 \pm 12$ ,  $P < 0,01$ ). Οι τιμές της ALT μειώθηκαν ισόβαθμα στις δύο ομάδες ( $P < 0,05$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η 3-μηνη τήρηση υποθερμιδικής διαίτας κατά ΑΗΑ είναι αποτελεσματική στη βελτίωση των παραμέτρων του ΜΣ σε ασθενείς με NAFLD. Η διαίτα περιορισμού υδατανθράκων συνοδεύεται από μεγαλύτερη βελτίωση της ισοουλοευσισθσίας, αλλά ποικίλες επιδράσεις στο λιπιδαιμικό προφίλ.

## 22. ΕΠΙΤΩΣΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 1Η ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

N. Χρύσανθος<sup>1</sup>, Ε. Αναγνωστοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Πατσαβέλα<sup>1</sup>, Α. Μέλλιος<sup>2</sup>, Π. Κορκολοπούλου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝ Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η κολοσκόπηση είναι η κρίσιμη προληπτική εξέταση του κατώτερου πεπτικού και ήδη φαίνονται τα ωφέλη μέσω της δραματικής ελάττωσης πρωτοεμφανιζόμενου αδενοκαρκινώματος του παχέος εντέρου. Η ηλικία των 50 ετών θεωρείται ως η καταλληλότερη για τη διενέργεια της 1ης προληπτικής κολοσκόπησης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η επίπτωση ανεύρεσης αδενωμάτων παχέος εντέρου κατά την αρχική ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού σε ασυμπτωματικούς ασθενείς.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ-ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:** Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη η οποία περιλαμβάνει 678 ασθενείς [302 (44.5%) άνδρες / 376 (55.5%) γυναίκες] με μέση ηλικία τα  $58 \pm 9$  έτη. Όλοι οι ασθενείς ήταν ασυμπτωματικοί, είχαν φυσιολογικές εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ 129/678 (19%) είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό για Ca παχέος εντέρου. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η επίπτωση ανεύρεσης πολυπόδων του πληθυσμού της μελέτης ήταν σημαντική με 263/678 ασθενείς (38.8%),  $p < 0.001$ . Η πλειοψηφία των ασθενών είχαν απο 1 μέχρι 3 πολύποδες μικρού μεγέθους  $< 0.5$  cm [230/263 (87.5%),  $p < 0.001$ ]. Ωστόσο 21/263 ασθενείς (7.9%) είχαν πολύποδες μεγέθους  $\geq 1$  cm. Το αριστερό κόλον ήταν η συχνότερη εντόπιση των πολυπόδων σε σχέση με το δεξιό κόλον [151/263 (57.4%) vs 54/263 (20.5%),  $p < 0.001$ ]. Σε 6 ασυμπτωματικούς ασθενείς με μέση ηλικία τα 61 έτη ανιχνεύθηκε νεόπλασμα παχέος εντέρου κυρίως στο αριστερό κόλον [5/6 (83.4%),  $p < 0.001$ ].

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κολοσκόπηση είναι η καταλληλότερη εξέταση ανίχνευσης πολυπόδων ανεξαρτήτου μεγέθους και θα πρέπει να είναι η κύρια προληπτική εξέταση του παχέος εντέρου. Η ανίχνευση ορθοκολικού καρκίνου σε ασυμπτωματικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε προληπτική κολοσκόπηση δείχνει την ανάγκη ταυτοποίησης πρόσθετων ενδείξεων και σημείων έγκαιρου εντοπισμού αυτών των πληθυσμών.

## 23. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ FTO ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΠΟΡΑΔΙΚΗ ΑΜΥΟΤΡΟΦΙΚΗ ΠΛΕΥΡΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

K. Μητρόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Τσερμπίνι<sup>2</sup>, Α. Μπαλασοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Μερκούρη-Παπαδήμα<sup>2</sup>, Β. Δελλατόλα<sup>2</sup>, Β. Καραθανάση<sup>2</sup>, Β. Φούντα<sup>2</sup>, Θ. Κατσίδα<sup>2</sup>, Γ. Πατρινός<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>2</sup>Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

Η Αμυοτροφική Πλευρική Σκλήρυνση (Amyotrophic Lateral Sclerosis - ALS) είναι μία σοβαρή νευροεκφυλιστική νόσος των κινητικών νευρώνων του φλοιού και του στελέχους του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Η ALS εξελίσσεται ταχέως (μέσος όρος επιβίωσης 2-5 έτη) και οδηγεί σε προοδευτική αδυναμία του ελέγχου πολλών κινητικών λειτουργιών του σώματος, όπως η κίνηση των άκρων και του σώματος, η κατάποση, η ομιλία, η αναπνοή, ενώ η πλειοψηφία των ασθενών καταλήγει από αναπνευστική ανεπάρκεια. Η ALS έχει επιπολασμό 4-13 περιπτώσεις ανά 100,000 άτομα και συχνότητα νέων περιστατικών ανά έτος 1-3 ανά 100,000 άτομα, ανεξαρτήτως φύλου και φυλής. Περίπου 5-10% όλων των περιπτώσεων με ALS είναι οικογενούς μορφής (Familial ALS - FALS), ενώ η πλειοψηφία είναι σποραδικές περιπτώσεις (Sporadic ALS - SALS). Σε γενικές γραμμές, οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου μεταξύ οικογενούς και σποραδικής μορφής είναι παρόμοιες. Η ALS χαρακτηρίζεται από σημαντική γενετική ετερογένεια. Μέχρι σήμερα, έξι γονίδια έχουν συσχετιστεί με διαφορετικούς τύπους της FALS, ενώ για πολλούς γενετικούς τόπους υπάρχουν ενδείξεις συσχέτισης που χρήζουν περαιτέρω μελέτης, όπως *SOD1*, *ALS2*, *SETX*, *VAPB*, *ANG*, *TARDBP*, *MAPT*, *FUS*, *TARDP*, και *C9orf72*. Προηγούμενα αποτελέσματα από ανάλυση ολόκληρου του γονιδιώματος σε 10 Έλληνες ασθενείς με ALS έδειξαν συσχέτιση της νόσου με το γονίδιο FTO. Είκοσι επτά Έλληνες ασθενείς με σποραδική ALS και 50 φυσιολογικά άτομα αναλύθηκαν με τη μέθοδο Sanger, από όπου προέκυψε ότι ένας γενετικός δείκτης στο γονίδιο FTO σχετίζεται με τη σποραδική μορφή της ALS ( $p < 0.001$ ). Η μελέτη αυτή είναι η πρώτη που καταδεικνύει συσχέτιση του γονιδίου FTO με τη σποραδική μορφή της ALS, η οποία χρήζει επαλήθευσης σε μεγαλύτερο αριθμό δειγμάτων. Η μελέτη της γενετικής βάσης και της επικράτησης της ALS στη χώρα μας καθώς και οι μεταλλάξεις που απαντώνται στον Ελληνικό πληθυσμό, αναμένεται να επηρεάσουν θετικά την παρεχόμενη γενετική διάγνωση, ακόμη και σε προγεννητικό στάδιο.

## 24. ΕΧΕΙΑΠΟΣΥΡΘΕΙ

## 25. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Α. Καπάτης, Σ. Σολωμού, Ε. Σταυροπούλου, Θ. Καραουλάνη, Ε. Σιδέρη, Α. Κίτνα, Ε. Ουρανού, Μ. Παύλου, Κ. Καραμανλή, Α. Παπαναστασίου

Α Παθολογική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» - ΓΝ Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε παθολογική κλινική με ραβδομύωση και η διερεύνηση των επιδημιολογικών και κλινικοεργαστηριακών χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήσαμε 32 ασθενείς (22 άνδρες) με μέσο όρο ηλικίας 67,6±18,2 έτη και με αυξημένη τιμή **CPK** ορού που νοσηλεύτηκαν στην Α Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου μας στο χρονικό διάστημα 2012-2015. Κριτήριο εισαγωγής στη μελέτη θεωρήθηκε **CPK** τετραπλάσια 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 οι επιπλοκές της ραβδομύωσης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους ασθενείς 40,7% παρουσίασαν πτώση του επιπέδου συνείδησης στην εισαγωγή τους, 30,8% νοσηλεύτηκαν για λοίμωξη, 15,3% παρουσίασαν ηλεκτρολυτικές διαταραχές, 11,5% λόγω επίδρασης φαρμακευτικών ή άλλων ουσιών με τοξική δράση. Ποσοστό 18,5% των ασθενών ελάμβαναν στατίνη και 7,4% μακρολίδες. Σε αντιψυχωσική αγωγή ήταν το 33,3%. Πτώση ή κάκωση ανέφερε 25,9%. Μυαλγίες και κόπωση αναφέρθηκε σε 51,9% και 66,7% αντίστοιχα, αιμωδία 37%, οίδημα της πάσχουσας περιοχής 14,8%. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια ανέπτυξε το 30,8% των ασθενών. Ο μέσος όρος **CPK** ήταν 7288 IU/L, κρεατινίνη=1,7 mg/dl, ουρίας=82 mg/dl, **K+**=4,2 mmol/L, **Na+**=136 mmol/L, **Ca++**=8,1 mg/dl, **SGOT**=233 U/L, **SGPT**=128 IU/L, **γGt**=107 IU/L, **LDH**=497 IU/L. Η γενική ούρων ανέδειξε αιμοσφαιρίνη (++++) χωρίς αιματοουρία στο 44,4%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ραβδομύωση είναι σύνδρομο που παρουσιάζεται πολύ συχνά σαν αποτέλεσμα μίκης καταπόνησης από άσκηση ή κάκωση, ενώ συχνά αφορά ανεπιθύμητη δράση φαρμακευτικών ή τοξικών ουσιών. Πρόκειται για επικίνδυνο σύνδρομο με συχνότερη επιπλοκή την οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

## 26. ΧΡΟΝΙΑ ΧΑΜΗΛΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Β. Μουσαφείρης<sup>1</sup>, Χ. Ματζάρογλου<sup>2</sup>, Μ. Κολουβοδιάκου<sup>2</sup>, Σ. Μουρίκης<sup>2</sup>, Ν. Καλύβα<sup>1</sup>, Μ. Καραχανίδης<sup>2</sup>, Κ. Κουτοσιγιάννης<sup>2</sup>, Ε. Μπίλλης<sup>2</sup>, Η. Τσέπης<sup>2</sup>, Κ. Kafchitsas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, <sup>2</sup>Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Ανάτομο Τεχνολογικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδος, <sup>3</sup>Department of Orthopaedics and Musculoskeletal Disorders, Asklepios Spine Klinik, Lindenlohe, Germany

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί ο επιπολασμός του άγχους και των καταθλιπτικών διαταραχών σε έναν πληθυσμό με χαμηλή οσφυαλγία.

**ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η μελέτη βασίστηκε σε μια προσωπική συνέντευξη (face to face) με ένα σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από 14 σημεία για το άγχος και την κατάθλιψη. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, παράγοντες συννοσηρότητα, και το ιατρικό ιστορικό των ασθενών επίσης συλλέχθηκαν. Το άγχος και η κατάθλιψη με τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Αξιολόγησης (HADS), η οποία αποτελείται από επτά στοιχεία για το άγχος (HADS-A) και επτά για την κατάθλιψη (HADS-D), χρησιμοποιήθηκε. Οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται έχουν την οριακή βαθμολογία ≥ 8 για τον εντοπισμό στους ερωτηθέντες για την πιθανή παρουσία άγχους ή κατάθλιψης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους ασθενείς που συμμετείχαν (446), απο τον Μάιο του 2009 έως τον Μάιο του 2014, 47,8% ήταν άνδρες και το 52,2% ήταν γυναίκες. Οι μέσες HADS-A βαθμολογίες συμπτωμάτων άγχους ήταν 4,5 ± 3,8 για τους άνδρες και 5,2 ± 3,9 για τις γυναίκες (p = 0,034) και με συχνότητα 16,6% στους άνδρες και 28,4% στις γυναίκες (p = 0,013). Οι μέσες HADS-D βαθμολογίες συμπτωμάτων κατάθλιψης ήταν 8,0 ± 6,3 για τους άνδρες και 10,8 ± 7,5 για τις γυναίκες (p = 0,033) και με συχνότητα 20,4% στους άνδρες και 39,8% στις γυναίκες (p = 0,3). οι γυναίκες με χαμηλή οσφυαλγία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή σε σύγκριση με τους άνδρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ευρήματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι γυναίκες με χαμηλή οσφυαλγία ήταν πιθανότερο από τους άνδρες να έχουν κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής ήταν το γυναικείο φύλο, παντρεμένες, μέσης ηλικίας και υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Δεν υπήρξαν διαφορές μεταξύ Γερμανών και Ελλήνων ασθενών.

## 27. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΜΟΝΑ ΤΟΥΣ ΣΕ ΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Ι. Αλεξίου, Π. Πάντου, Θ. Αλεξίου

Τμήμα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ΠΕΔΥ, Πειραιά

Ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία της γήρανσης του πληθυσμού είναι η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν μόνο τους και που προδιαγράφεται ότι θα αυξηθούν ταχύτατα κατά το μέσον του 21ου αιώνα. Τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνο τους έχουν ταυτοποιηθεί ως μια ομάδα κινδύνου για πτωχότερη σωματική και νοητική υγεία, μεγαλύτερη κοινωνική απομόνωση, χαμηλότερη κοινωνική στήριξη και χειρότερη ποιότητα ζωής και ως εκ τούτου χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Πολύ λίγα είναι γνωστά για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων τα οποία ζουν μόνο τους στις αστικές περιοχές της πατρίδας μας.

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

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το υλικό της παρούσας μελέτης αποτέλεσε ένα τυχαίο-πιημένο δείγμα 117 ατόμων που ζούσαν μόνο τους, ηλικίας 65-85 ετών και δεν είχαν μόνιμη ή σοβαρή βλάβη της γνωσιακής ικανότητας. Χρησιμοποιήθηκε ένα κατηγοριοποιημένο ερωτηματολόγιο μέσω συνεντεύξεων πρόσωπο με πρόσωπο. Η ποιότητα ζωής μετρήθηκε χρησιμοποιώντας το "Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-35)". Άλλα δεδομένα που συλλέχθηκαν περιλάμβαναν την αυτοαξιολογούμενη υγεία, τη σωματική υγεία, τη γνωσιακή κατάσταση, την κατάθλιψη, τις λειτουργικές ικανότητες, τη μοναχικότητα, την κοινωνική στήριξη, τις φυσικές δραστηριότητες, την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες κοινωνικής περίθαλψης, την ικανοποίηση από τις συνολικές συνθήκες διαβίωσης καθώς και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές.

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

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αυτή η μελέτη εντόπισε 9 παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν μόνο τους στην Αθήνα και στον Πειραιά. Ο έλεγχος της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων μοναχικών ατόμων έχει γίνει ένα σημαντικό θέμα για τη δημόσια υγεία καθώς επίσης και η αιχμή του βέλους στις πολιτικές που προάγουν την υγιή γήρανση.

## 28. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Δ. Τσάλλα, Ε. Καλδάρη, Γ. Κορακάκης, Ι. Τσιβιλής, Ε. Ανδρουλάκη, Α. Νικολόπουλος, Ν. Κομιτόπουλος

Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Κωνσταντοπούλειο» Νέας Ιωνίας - Πατησίων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι υπερηλικείς ασθενείς αποτελούν μια ευαίσθητη ομάδα του πληθυσμού, η οποία συχνά χρήζει νοσηλείας. Οι συχνές νοσηλείες επιβαρύνουν το σύστημα υγείας και επιδρούν δυσμενώς στην ποιότητα ζωής και την πρόγνωση των ασθενών αυτών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σκοπός της μελέτης αποτέλεσε α) η καταγραφή των βασικών χαρακτηριστικών των ασθενών άνω των 85 ετών που νοσηλεύτηκαν σε Παθολογική κλινική κατά τη διάρκεια ενός έτους και β) η ανεύρεση πιθανών προγνωστικών παραγόντων για την ανάγκη επανανοσηλείας σε χρονικό διάστημα ≤30 ημερών μεταξύ των ασθενών αυτών. Αποκλείστηκαν ασθενείς με διάρκεια νοσηλείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εκατόν δώδεκα ασθενείς >85 ετών νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας κατά τη διάρκεια ενός έτους. Η μέση ηλικία του πληθυσμού ήταν τα 88,7 ± 3,6 έτη. Το 54,5% ήταν άρρενες, το 59,8% χήροι/ες, ενώ το 25,9% διέμενε μόνιμα σε οίκο ευγηρίας/κλινική. Είκοσι εννιά ασθενείς (25,9%) είχαν προηγούμενη νοσηλεία σε παθολογική κλινική κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας έντεκα ασθενείς (9,8%) κατέληξαν, εκ των οποίων οι 7 (63,6%) είχαν πρόσφατη νοσηλεία. Ακολούθησε μελέτη συσχέτισης διαφόρων κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων που θα μπορούσαν να αποτελέσουν προγνωστικούς δείκτες επανανοσηλείας. Με τη χρήση της μεθόδου λογιστικής παλινδρόμησης, αναδείχθηκε τάση συσχέτισης των ελκών κατακλίσεων [P=0,081] και της χρήσης ουροκαθετήρα [P=0,053] με την πιθανότητα επανανοσηλείας στις 30 ημέρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σημαντικό ποσοστό των υπερηλικών ασθενών που νοσηλεύονται σε Παθολογική κλινική αναφέρει πρόσφατη νοσηλεία και ένα σημαντικό ποσοστό εξ' αυτών καταλήγουν σε δεύτερη νοσηλεία. Η παρουσία μόνιμου ουροκαθετήρα και τα έλκη από κατάκλιση φαίνεται να ενέχουν προγνωστική αξία για την ανάγκη επανανοσηλείας. Η αναγνώριση αυτών των παραγόντων και η ανιμετώπισή τους μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση στην πρόγνωση του πληθυσμού αυτού.





### 37. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΚΑΦΕΪΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΣΤΟ ΣΤΑΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΣΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΑΠΟΓΑΛΑΚΤΙΣΜΕΝΟΥΣ ΑΠΟΓΟΝΟΥΣ ΕΠΙΜΥΩΝ

Ι. Μαστρολέων<sup>1</sup>, Α. Κορού<sup>1</sup>, Β. Περγαλιώτης<sup>1</sup>, Ι. Βλάχος<sup>1</sup>, Π. Κωνσταντόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Πικουλής<sup>2</sup>, Δ. Περρέα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας «ΝΣ Χρηστέας», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της έκθεσης σε μέτριες και υψηλές δόσεις καφεΐνης κατά τον κύηση, στο σωματικό βάρος (ΣΒ) και το μεταβολικό προφίλ των νεαρών απογόνων επίμυων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Χρησιμοποιήθηκαν 30 θηλυκοί επίμυες, οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες αναπαραγωγής των 10 ατόμων: Ομάδα Α = Ομάδα ελέγχου (control), ομάδα Β = Ομάδα καφεΐνης 20 mg/kg/ΣΒ/ημέρα που λάμβανε καφεΐνη μέσω του πόσιμου νερού καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ομάδα Γ = Ομάδα καφεΐνης 120 mg/kg/ΣΒ/ημέρα. Προσδιορίστηκε ο αριθμός απογόνων ανά ομάδα, ενώ την ημέρα απογαλακτισμού των επίμυων μετρήθηκαν τα επίπεδα γλυκόζης και λιπιδίων ορού και το ΣΒ των ζώων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο συνολικός αριθμός απογόνων της Ομάδας Γ ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερος συγκριτικά με τον αριθμό απογόνων των Ομάδων Α και Β, ενώ σε αντίθεση με την Ομάδα ελέγχου και την Ομάδα έκθεσης σε μέτριες δόσεις καφεΐνης, το μεγαλύτερο ποσοστό ζώων της Ομάδας Γ δεν απέκτησαν βιώσιμους απογόνους. Κατά τον απογαλακτισμό των νεαρών ζώων, οι αρσενικοί και θήλειοι απόγονοι επίμυες που προέρχονταν από μητέρες των Ομάδων Β και Γ παρουσίαζαν μικρότερο ΣΒ σε σχέση με τους απογόνους της Ομάδας ελέγχου. Παράλληλα, οι θήλειοι απόγονοι της Ομάδας Γ είχαν μικρότερο ΣΒ από τους απογόνους της Ομάδας Β. Οι θήλειοι απόγονοι που είχαν ενδομήτρια εκτεθεί σε υψηλές δόσεις καφεΐνης παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα γλυκόζης ορού συγκριτικά με τους θήλειοι απογόνους της Ομάδας ελέγχου. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ενδομήτρια έκθεση σε υψηλές δόσεις καφεΐνης σε επίμυες επηρεάζει την αναπαραγωγική ικανότητα ή/και τον αριθμό βιώσιμων απογόνων. Παράλληλα, η ενδομήτρια έκθεση σε μέτριες αλλά κυρίως σε υψηλές δόσεις καφεΐνης επιδρά αναλόγως του φύλου, στο ΣΒ και τα επίπεδα γλυκόζης ορού των απογόνων.

### 38. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΥ ΤΟΥ ΛΑΙΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ2 ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Κ. Πετροπούλου, Α. Παπαζαφειροπούλου, Κ. Αναγνωστοπούλου, Ε. Μαρκάκης, Α. Παπαγιάννη, Β. Μπάμπη, Β. Λίση, Α. Μελιδώνης

Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «Τζάνειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η αυξημένη συγκέντρωση λιπιδίου ιστού στο ανώτερο ημιόριο του ανθρώπινου σώματος έχει συσχετισθεί με μεταβολικές διαταραχές όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2), το μεταβολικό σύνδρομο και η υπερτριγλυκεριδαμία. Έχει βρεθεί ότι τιμές της περιμέτρου λαιμού αποτελούν αξιόπιστους δείκτες κεντρικής παχυσαρκίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της περιμέτρου του λαιμού σε ασθενείς με ΣΔ2 και η συσχέτιση της με τις διαβητικές επιπλοκές, ανθρωπομετρικές και κλινικοεργαστηριακές παραμέτρους έναντι μη διαβητικών ατόμων.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε 40 ασθενείς (20 άνδρες/20 γυναίκες, μέσης ηλικίας(±SD): 66,5±9,9 έτη, διάρκεια ΣΔ2: 9,6±7,4 έτη, BMI: 30,5±6,4 Kg/m<sup>2</sup>, HbA1c: 6,8±0,7%) που προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο» το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2015. Έγινε καταγραφή των ανθρωπομετρικών και κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων (γλυκαιμικός έλεγχος, λιπιδαιμικό προφίλ) και μετρήθηκε η περιμέτρος λαιμού, μέσης και ισχίων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η περιμέτρος του λαιμού ήταν 39,4±4,6 cm, της μέσης 107,3±13,8 cm και των ισχίων 109,6±11,6 cm. Το 90% των ασθενών της μελέτης ελάμβανε αντιδιαβητικά δισκία και το 15% θεραπεία με ινσουλίνη. Το 73,7% των ασθενών είχε υπέρταση, το 94,7% δυσλιπιδαιμία, το 29,4% στεφανιαία νόσο, το 5,6% αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το 14,3% περιφερική αρτηριακή νόσο, το 25% αμφιβληστροειδοπάθεια, το 21,4% περιφερική νευροπάθεια και το 7,1% διαβητική νεφροπάθεια. Η μονοπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η περιμέτρος του λαιμού σχετιζόταν θετικά με το φύλο (b=5,59, P=0,006), το BMI (b=0,43, P=0,008), την περιμέτρο μέσης (b=0,05, P<0,001) και την περιμέτρο των ισχίων (b=0,21, P=0,02). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της περιμέτρου του λαιμού και των διαβητικών επιπλοκών μακρο- και μικροαγγειοπάθειας. Η πολυπαραγοντική ανάλυση, μετά από διόρθωση ως προς το BMI και την περιμέτρο των ισχίων, έδειξε ότι η περιμέτρος του λαιμού σχετιζόταν θετικά με το φύλο (b=3,82, P=0,02) και την περιμέτρο μέσης (b=0,24, P=0,03).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας έδειξαν ότι η περιμέτρος του λαιμού σχετιζόταν θετικά με το φύλο και την περιμέτρο μέσης επιβεβαιώνοντας τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της περιμέτρου του λαιμού και των διαβητικών επιπλοκών μακρο- και μικροαγγειοπάθειας.

### 39. Η ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΡΟΚΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Π. Κωνσταντόπουλος<sup>1</sup>, Α. Κορού<sup>1</sup>, Ι. Βλάχος<sup>1</sup>, Η. Δουλάμης<sup>1</sup>, Α. Τζανή<sup>1</sup>, Σ. Φραγκούλη<sup>1</sup>, Γ. Μαστοράκος<sup>2</sup>, Ν. Κατσιλάμπρος<sup>1</sup>, Δ. Περρέα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας, ΝΣ «Χρηστέας», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η επίδραση του Κρόκου Κοζάνης στο μεταβολικό σύνδρομο δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στο να διευρευνήσει τον τρόπο με τον οποίο δρα η χορήγηση κρόκου Κοζάνης στο λιπιδαιμικό και γλυκαιμικό προφίλ διαβητικών επίμυων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Χρησιμοποιήθηκαν 30 αρσενικοί επίμυες Sprague Dawley 12-εβδομάδων που τυχαιοποιήθηκαν στις ακόλουθες ομάδες: ομάδα ελέγχου (Α), ομάδα ΣΔ2 (Β), ομάδα ΣΔ2 και Κρόκου Κοζάνης (100 mg/kg ΣΒ per os)(Γ)(n=10/ομάδα). Η πρόκληση ΣΔ2 στις ομάδες Β και Γ πραγματοποιήθηκε μετά από υποδόρια χορήγηση χαμηλής δόσης στρεπτοζοτοκίνης (45 mg/kg ΣΒ). Οι επίμυες έλαβαν Κρόκο Κοζάνης καθόλη τη διάρκεια της μελέτης που διαλυόταν στο νερό. Στην αρχή της μελέτης, πριν και αμέσως μετά την πρόκληση ΣΔ2 καθώς και 2 μήνες μετά τη χορήγηση στρεπτοζοτοκίνης προσδιορίστηκαν τα επίπεδα γλυκόζης και λιπιδίων ορού. Επίσης μετρήθηκε το σωματικό βάρος και η κατανάλωση νερού και τροφής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο τέλος της μελέτης η ομάδα Γ (ΣΔ2+Κρόκος Κοζάνης) (204,44±94,5147) παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα γλυκόζης σε σχέση με την ομάδα Β (ΣΔ2) (642,4±109,69), p < 0,005 που δεν έλαβε Κρόκο Κοζάνης.

Τα επίπεδα γλυκόζης και τριγλυκεριδίων της ομάδας Κρόκου Κοζάνης(Γ) δεν διέφεραν σε σχέση με την ομάδα ελέγχου(Α) (204,44±94,51) vs(154,88±14,94),(128±44,58) vs(97,55±12,94) αντιστοίχως. Το ΣΒ στις δύο ομάδες παρέμβασης ήταν μειωμένο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου(ομάδα Α). {(Ομάδες Β και Γ(302,33±24,12) και (298,5±38,76) vs(443,55±43,26) p < 0,005}.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χορήγηση Κρόκου Κοζάνης ασκεί προστατευτική δράση στο μεταβολικό προφίλ πειραματικού μοντέλου ΣΔ. Περαιτέρω μελέτες είναι απαραίτητες για την ανίχνευση των μηχανισμών αυτών των επιδράσεων. Επιπλέον είναι σκόπιμη η σχετική μελέτη σε διαβητικά άτομα.

### 40. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΔΙΠΕΠΤΙΔΥΛΙΚΗΣ ΠΕΠΤΙΔΑΣΗΣ-4 ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Φ. Μπάρκας, Μ. Ελισάφ, Β. Τσιμιχόδημος, Χ. Μηλιώνης

Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, των Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ) συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Εκτός από την ιογλιταζόνη, τα υποόλιπα αντιδιαβητικά φάρμακα δεν έχουν αποδειχτεί πως προστατεύουν έναντι του ΑΕΕ. Ωστόσο, υπάρχουν δεδομένα από πειραματικές μελέτες που έχουν δείξει πως οι αναστολείς της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης-4 (DPP-4) έχουν νευροπροστατευτική επίδραση, κυρίως εάν η θεραπεία έχει ξεκινήσει πριν από την εμφάνιση του ΑΕΕ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μετα-ανάλυση διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με τον κίνδυνο ΑΕΕ σε άτομα που λαμβάνουν DPP-4.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήσαμε μία μετα-ανάλυση: 1) 3 πολυκεντρικών τυχαιοποιημένων, διπλά τυφλών, ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο μελετών, (mRCTs) με πρωταρχικό καταληκτικό σημείο τα καρδιαγγειακά συμβάματα (SAVOR TIMI-53, EXAMINE, TECOS) και 36,543 συμμετέχοντες, και 2) 19 μικρότερων RCTs που είχαν ως πρωταρχικό καταληκτικό σημείο την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των γλιπτινών (n=9,047). Η ανάλυση των μικρότερων μελετών έδειξε ένα μη στατιστικά σημαντικό όφελος των DPP-4 έναντι του εικονικού φαρμάκου όσον αφορά τον κίνδυνο ΑΕΕ (OR: 0.649, 95% CI: 0.348-1.177, p=0.151). Η ανάλυση όμως των mRCTs δεν έδειξε καμία διαφορά μεταξύ των γλιπτινών και του εικονικού φαρμάκου (OR: 1.032, 95% CI: 0.890-1.197, p=0.674).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα υποσχόμενα δεδομένα από τις πειραματικές μελέτες σχετικά με την προστατευτική δράση των γλιπτινών έναντι του ΑΕΕ δεν υποστηρίζονται από τα διαθέσιμα δεδομένων των κλινικών μελετών.

#### 41. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΟΝΤΑΙ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Σ. Καλαντζή<sup>1</sup>, Π. Κοσταγιόλας<sup>2</sup>, Δ. Νιάκας<sup>2</sup>, Κ. Μακρυλάκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό», <sup>2</sup>Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της πληροφοριακής συμπεριφοράς των ασθενών με ΣΔ τύπου 1 και 2, που περιλαμβάνει τις ανάγκες, τις πηγές και τα εμπόδια στην πληροφόρησή τους.

**ΥΛΙΚΑ:** Ασθενείς που πάσχουν από ΣΔ τύπου 1 και 2 και επισκέπτονται το εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο και το ιατρείο του διαβητικού ποδιού του ΓΝΑ «Λαϊκό».

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια. Αυτά περιελάμβαναν πληροφορίες σχετικές με τις ανάγκες πληροφόρησής τους ως προς το ΣΔ, τις πηγές πληροφόρησής τους, τα εμπόδια στην αναζήτηση πληροφοριών και την ικανοποίησή τους από την αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπληρώθηκαν πλήρως 203 ερωτηματολόγια (ποσοστό συμμετοχής 65%). Από τους συμμετέχοντες 110 ήταν άνδρες (54.2%), οι περισσότεροι (57.6%) είχαν ηλικία πάνω από 60 έτη, έπασχαν κυρίως από ΣΔ2 (84.7%), διέμεναν σε αστική περιοχή (81.8%), είχαν χαμηλό ετήσιο εισόδημα (<12,000.00 €, [69.5%]) και είχαν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια (48.3%) και δευτεροβάθμια (36%) εκπαίδευση. Οι ασθενείς δήλωσαν ως κύρια ανάγκη πληροφόρησής τους για το ΣΔ τη διατροφή των διαβητικών ασθενών (61.4%) και τις επιπλοκές που επιφέρει ο ΣΔ (41.9%). Το ιατρικό προσωπικό αποτελούσε τη βασική πηγή πληροφόρησής τους (94.6%), ενώ η χρήση του διαδικτύου ήταν ιδιαίτερα περιορισμένη και αφορούσε κυρίως ασθενείς νεότερης ηλικίας και υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Τα κυριότερα εμπόδια στην πληροφόρησή τους ήταν η έλλειψη χρόνου και το κόστος, ενώ το 64% δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι από την αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε η πληροφοριακή συμπεριφορά των ασθενών με ΣΔ και ελήχθησαν συμπεράσματα που θα μπορούσαν να συμβάλουν στο σχεδιασμό μιας μελλοντικής ενημερωτικής εκστρατείας για το ΣΔ.

#### 42. Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΔ ΣΤΟΥΣ ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΥΣ ≥35 ΕΤΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΚΙ Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΔ ΣΤΟΥΣ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΟΥΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΤΙΜΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΤΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ (ΦΥΛΑΚΕΣ) ΑΝΔΡΩ

Μ. Λαδογιάννη<sup>1</sup>, Π. Θεοδωρίδης<sup>2</sup>, Π. Νικολάου<sup>1</sup>, Σ. Ηρακλειανού<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ειδικό Περιφερειακό Ιατρείο Φυλακών Αμφισσας, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Αμφισσας, <sup>3</sup>ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή του επιπολασμού του ΣΔ βασιζόμενοι στη γλυκόζη νηστείας στους τροφίμους ≥ 35 ετών και η εκτίμηση ρύθμισής του ΣΔ από την τιμή της HbA1c στους ασθενείς με ΣΔ στο Κατάστημα κράτησης Αμφισσας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε όλους τους εγκλειστούς ≥35 ετών που αποτελούσαν τη δύναμη του ΚΚ κατά τις 08/10/2015 εξετάστηκε η γλυκόζη νηστείας. Οι έγκλειστοι είναι μετακινούμενοι πληθυσμός (ακόμη και αυθημερόν). Η αιμοληψία διενεργήθηκε από 08/10/15 μέχρι 27/10/2015 στο ιατρείο της φυλακής κι η ανάλυση των δειγμάτων στο Μικροβιολογικό εργαστήριο του ΓΝ Αμφισσας. Παράλληλα με το εργαστήριο έγινε μέτρηση γλυκόζης νηστείας και με το φορητό μετρητή σακχάρου του ιατρείου της φυλακής. Φλεβοκεντήθηκαν συνολικά σαράντα (40) κρατούμενοι που ακολουθούσαν ελεύθερη διαίτα και δεν ασκούσαν συστηματικά.

Μελετήθηκε η τιμή της HbA1c στις 11/11/15 και 12/11/15 σε όλους τους φυλακισμένους-ασθενείς με ΣΔ που εν συνόλω ήταν επτά (7). Ακολουθούν μία στοιχειώδη διαίτα για διαβητικούς ασθενείς και δεν ασκούνται συστηματικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Για τη μελέτη της γλυκόζης νηστείας το μικροβιολογικό εργαστήριο ανέδειξε δέκα (10) εγκλειστούς με τιμή σακχάρου ≥100 mg/dl, ενώ το σακχαρόμετρο της φυλακής παρουσίασε δώδεκα (12) αντίστοιχα ευρήματα. Επιπροσθέτως ανιχνεύθηκε ένας ασθενής με πρωτοδιαγνωσθέντα Σακχαρώδη Διαβήτη. Η τιμή της HbA1c στους ΣΔ ασθενείς διακυμαίνεται από 5,3-7,6. Ο κρατούμενος με νεοδιαγνωσθέντα Σακχαρώδη διαβήτη παρουσίασε αποκλειστικά τιμή γλυκοζυλιωμένης 8,5 κατά τη διάγνωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Με την καταγραφή της τιμής της γλυκόζης νηστείας απομονώθηκε ένας νέος ασθενής με ΣΔ που πλέον λαμβάνει αγωγή κι ευρέθησαν 10-12 κρατούμενοι με πιθανό προδιαβήτη στους οποίους συνεστήθη αλλαγή τρόπου ζωής κι επανέλεγχος. Στους διαβητικούς ασθενείς αξιολογήθηκαν ικανοποιητικές τιμές της HbA1c, εκτός εκείνου με πρωτοδιαγνωσθέντα ΣΔ.

#### 43. ΓΡΗΓΟΡΟ SCREENING ΓΙΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ: ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΙΣΧΥΕΙ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΞΕΤΑΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Α. Κούκη, Σ. Λιάπη, Α. Δώνου, Ε. Βογιατζόγλου, Γ. Μαραθωνίτης, Χ. Λούπια

Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», ΓΝΜ «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η πίεση χρόνου στα διαβητολογικά ιατρεία, λόγω υποστελέχωσης και αυξημένου φόρτου εργασίας, κάνουν πολλές φορές τον ιατρό να παραβλέπει την εξέταση των ποδιών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της έκτασης του προβλήματος της διαβητικής νευροπάθειας, με κατανάλωση του ελάχιστου απαιτούμενου χρόνου εξέτασης, με σκοπό την παροχή οδηγιών και την παραπομπή σε ειδικό ιατρείο φροντίδας διαβητικού ποδιού (ΙΦΔΠ).

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Προοπτική μελέτη διαβητικών ασθενών (ΔΑ) που προσήλθαν στο διαβητολογικό ιατρείο. Οι ΔΑ ερωτώντο για ύπαρξη συμπτωμάτων νευροπάθειας ή/και αρτηριοπάθειας (διαλείπουσας χωλότητας). Εφαρμόζονταν μονοίνιδο 10 g σε 3 θέσεις σε κάθε πόδι (1ο δάκτυλο, 1ο+5ομετατάρσιο) και βιοθεσιόμετρο. Παθολογικό θεωρήθηκε το μονοίνιδο για τιμές <6/6 και το βιοθεσιόμετρο >20 mV (άτομα <=65 ετών) και >25 (άτομα >65 ετών). Η όλη διαδικασία χρονομετρήθηκε.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 171 ΔΑ (165 Τ2ΣΔ, 72 υπό ινσουλίνη, 82 άνδρες), ηλικίας 17-90 ετών. 28/171 ΔΑ ανέφεραν διαλείπουσα χωλότητα. 64/171 ΔΑ (37%) είχαν αντικειμενικά ευρήματα νευροπάθειας (ΔΑμΝ). Από τους 64 αυτών ΔΑμΝ, οι 24 (37,5%) δεν είχαν συμπτώματα νευροπάθειας. 16/64 (25%) είχαν συγχρόνως και διαλείπουσα χωλότητα. 41/64 (64%) έφεραν ακατάλληλα υποδήματα. Μόνον 13/64 ΔΑμΝ (20%) είχαν επισκεφθεί ΙΦΔΠ. 55/64 (86%) ΔΑμΝ είχαν επί πλέον ΑΥ, 44/64 (69%) δυσλιπιδαιμία. Η πλειοψηφία (44/64, 69%) των ΔΑμΝ είχαν διάρκεια διαβήτου >=10 έτη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** α) ~40% των διαβητικών ασθενών είχαν νευροπάθεια, και από αυτούς περισσότεροι από 1 στους 3 χωρίς υποκειμενικά ενοχλήματα. β) Με ενασχόληση λιγότερο από 2,5 min για κάθε ασθενή μπορεί να γίνει ικανοποιητικό screening και κατάλληλη παραπομπή των ασθενών σε ΙΦΔΠ, ιδιαίτερα σε ασθενείς με διάρκεια διαβήτου >=10 έτη.

#### 44. ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΜΕ ΤΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ;

Ε. Παππά, Α. Δώνου, Γ. Μαραθωνίτης, Κ. Χριστόπουλος, Χ. Λούπια

Διαβητολογικό Ιατρείο, Α΄ & Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΜ «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διαχρονική εκτίμηση της γλυκαιμικής ρύθμισης ινσουλινοθεραπευόμενου διαβητικού πληθυσμού.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναδρομική μελέτη 2663 διαβητικών ατόμων τύπου 2 που παρακολουθούντο στο Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο του ΓΝΜ «Α. Φλέμιγκ» κατά την περίοδο 1994-2015. Τα δεδομένα ελήφθησαν από τις κάρτες παρακολούθησης του ιατρείου. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS 20.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 915/2663 ασθενείς (34%), ηλικίας 65,0+13,6 ετών, ευρισκόντο σε ινσουλινοθεραπεία (506 άνδρες, 55%). Το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση μέχρι την ένταξη σε ινσουλίνη ήταν 9,4+9,1 έτη. 41% των ινσουλινοθεραπευόμενων ασθενών ήταν σε αγωγή με συνδυασμό ινσουλίνης και αντιδιαβητικών δισκίων ή/και ινκρετινομιμητικών. Η μέση διάρκεια της ινσουλινοθεραπείας ήταν 4,9+7,0 έτη. Οι δείκτες γλυκαιμικού ελέγχου (προ της ένταξης σε ινσουλινοθεραπεία, βέλτιστη τιμή μετά και πλέον πρόσφατη τιμή) ήταν: HbA<sub>1c</sub>: 9,1+1,8, 7,6+4,1 και 7,9+1,5% αντίστοιχα. Σάκχαρο νηστείας (ανακλασίμετρο): 248+80, 100+42 και 173+68 mg/dL. Γλυκόζη αίματος νηστείας (βιοχημικός προσδιορισμός): 227+102, 143+57 και 168+80 mg/dL. Η σύγκριση και των τριών δεικτών (paired t-test) έδειξε ότι η ρύθμιση μετά την ένταξη σε ινσουλινοθεραπεία ήταν σημαντικά καλύτερη (p < 0.001 και για τους 3 δείκτες). Όμως, ο βέλτιστος γλυκαιμικός έλεγχος μετά την ένταξη διέφερε σημαντικά από την πλέον πρόσφατη επίσκεψη (p < 0.001 και για τους 3 δείκτες).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι διαβητικοί ασθενείς που εντάσσονται σε ινσουλινοθεραπεία παρουσιάζουν σαφώς καλύτερη ρύθμιση, η οποία όμως με την πάροδο του χρόνου παύει να είναι τόσο καλή. Συνεπώς απαιτείται επιμονή εκ μέρους των ιατρών για ένταξη σε ινσουλινοθεραπεία σε περίπτωση δευτεροπαθούς αστοχίας δισκίων, αλλά παράλληλα απαιτείται και μεγαλύτερη επαγρύπνηση για την επίτευξη καλής ρύθμισης μακροχρόνως.

## 45. ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Σ. Καλαντζή, Χ. Καπέλιος, Ε. Αθανασοπούλου, Σ. Λιάτης

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο προσδιορισμός του FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score) σε εργαζόμενες τριτοβάθμιου πανεπιστημιακού νοσοκομείου των Αθηνών και η ανεύρεση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ αυτού και χαρακτηριστικών της εργασίας τους.

**ΥΛΙΚΑ:** Γυναίκες ιατροί, νοσηλεύτριες και διοικητικοί υπάλληλοι του ΓΝΑ «Λαϊκό» χωρίς ιστορικό ΣΔ2.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια. Αυτά περιελάμβαναν πληροφορίες σχετικές με την εργασία τους, συμπεριλαμβανομένων των νυχτερινών βάρδιών καθώς και πληροφορίες για τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά, τον τρόπο ζωής και το οικογενειακό ιστορικό, με βάση τα οποία υπολογίζεται το FINDRISC.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπληρώθηκαν πλήρως 316 ερωτηματολόγια από τα 525 που διανεμήθηκαν (60% συμμετοχή). Από αυτά 101 αφορούσαν σε νοσηλεύτριες, 115 σε γιατρούς και 100 σε διοικητικούς υπαλλήλους. Η ηλικιακή κατανομή ήταν παρόμοια στις νοσηλεύτριες και τις διοικητικές υπαλλήλους, ενώ οι γιατροί ήταν νεότερης ηλικίας ( $p=0,008$ ).

Η μέση τιμή του FINDRISC στο συνολικό πληθυσμό ήταν  $7\pm 4,8$ . Αναλυτικότερα για τους γιατρούς η μέση τιμή του FINDRISC ήταν  $5,7\pm 4,1$ , για τις νοσηλεύτριες  $7,7\pm 4,4$  και τις διοικητικές υπαλλήλους  $7,8\pm 5,5$ , διαφορά στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ), ακόμα και μετά τη στατιστική στράτευση ως προς την ηλικία. Η μέση τιμή του δείκτη μάζας σώματος (BMI) ήταν για τους γιατρούς  $23,4\pm 4,1$  και αντίστοιχα για τις νοσηλεύτριες και τις διοικητικές υπαλλήλους  $25,4\pm 4,7$  και  $25,8\pm 5,1$ , διαφορά στατιστικά σημαντική ( $p=0,008$  και  $p=0,006$  αντίστοιχα). Επιπρόσθετα παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση του κινδύνου εμφάνισης διαβήτη με τις νυχτερινές βάρδιες των εργαζομένων σε κάθε κατηγορία ( $p < 0,001$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι γυναίκες γιατροί στην παρούσα μελέτη, παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2 με βάση το FINDRISC και μικρότερη τιμή BMI συγκριτικά με τις νοσηλεύτριες και τις διοικητικές υπαλλήλους. Επιπλέον το FINDRISC φαίνεται να συσχετίζεται αρνητικά με τις νυχτερινές βάρδιες των εργαζομένων.

## 46. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ι. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Α. Παπαζαφειροπούλου<sup>2</sup>, Μ. Καρδαρά<sup>1</sup>, Α. Κοκολάκη<sup>3</sup>, Ε. Γιαννοπούλου<sup>1</sup>, Π. Κόλλιας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κέντρο Υγείας Ερυμάνθειας, Αχαΐα, <sup>2</sup>Α΄ Παθολογικό Τμήμα, Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», <sup>3</sup>ΠΙ Καλλιανών, Κέντρο Υγείας Κιάτου, Κορινθία

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της συχνότητας συνταγογράφησης υπολιπιδαιμικών και αντιαιμοπεταλιακών σκευασμάτων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) και ιστορικό στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) έναντι ασθενών με ΣΔ2 χωρίς ΣΝ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε 60 διαβητικούς ασθενείς με ΣΝ (28 άνδρες/32 γυναίκες, μέση ηλικία±SD:  $62,4\pm 7,8$  έτη) και 60 διαβητικούς ασθενείς χωρίς ΣΝ (29 άνδρες/31 γυναίκες, μέση ηλικία±SD:  $63,9\pm 9,1$  έτη) που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας Ερυμάνθειας και το ΠΙ Καλλιανών μεταξύ Ιανουαρίου-Νοεμβρίου 2015.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Υπολιπιδαιμική αγωγή ελάμβανε το 93,2% των διαβητικών ασθενών με ΣΝ έναντι 71,6% των διαβητικών ασθενών χωρίς ΣΝ ( $P<0,001$ ). Ασπιρίνη ελάμβανε το 92,4% των διαβητικών ασθενών με ΣΝ έναντι 58,1% των διαβητικών ασθενών χωρίς ΣΝ ( $P<0,001$ ). Αντίστοιχα, κλοπιδογρέλη (μόνη ή σε συνδυασμό με ασπιρίνη) ελάμβανε το 57,5% των διαβητικών ασθενών με ΣΝ έναντι 5,9% των διαβητικών ασθενών χωρίς ΣΝ του διαβητολογικού ιατρείου ( $P<0,001$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συνταγογράφηση και συμμόρφωση των διαβητικών ασθενών με πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη που παρακολουθούνται σε ιατρεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κρίνεται ικανοποιητική με βάση τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες.

## 47. ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΑΙΓΙΟΥ

Μ. Ματτέ<sup>1</sup>, Κ. Μακρυλάκης<sup>2</sup>, Ε. Πολυχρονόπουλος<sup>3</sup>, Γ. Σακελλαρόπουλος<sup>4</sup>, Π. Μπραουδάκης<sup>1</sup>, Σ. Φωκάς<sup>1</sup>, Κ. Κούκιος<sup>1</sup>, Ε. Βελονάκης<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Ανατολικής Αχαΐας, Νοσηλευτική Μονάδα Αιγίου, <sup>2</sup>Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>3</sup>Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας - Διατροφής Χαροκοπείου Πανεπιστημίου, <sup>4</sup>Τμήμα Ιατρικής Φυσικής Πανεπιστημίου Πατρών, <sup>5</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Πρόκληση αποτελεί η πρωτογενής πρόληψη του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) με αλλαγή του τρόπου ζωής σε άτομα υψηλού κινδύνου<sup>1,2</sup>.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αξιολογείται η επίδραση διαιτολογικού προγράμματος παρέμβασης στον τρόπο ζωής σε άτομα 55-75 ετών στις αλλαγές των διατροφικών συνθηκών, της σωματικής δραστηριότητας και των κλινικών και μεταβολικών παραμέτρων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από τα 79 άτομα 55-75 ετών υψηλού κινδύνου εμφάνισης ΣΔ2 οι οποίοι εντοπίστηκαν με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου Finnish Type 2 Diabetes Risk Score, 34 γυναίκες ηλικίας  $66\pm 6$  ετών δέχτηκαν να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα και χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες στα δύο Κέντρα Ανοχτικής Προστασίας Ηλικιωμένων του Αιγίου. Η διετής παρέμβαση περιελάμβανε 16 μαθητικές συναντήσεις για την ομάδα παρέμβασης και μια αρχική συνάντηση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου από μια διαπλοή. Μετρήσεις των κλινικών και μεταβολικών παραμέτρων, των διατροφικών συνθηκών και της σωματικής δραστηριότητας πραγματοποιήθηκαν στην αρχή του προγράμματος, στον πρώτο και δεύτερο χρόνο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι συγκρίσεις των διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων στον πρώτο και δεύτερο χρόνο έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης πέτυχαν σημαντικότερες μειώσεις του σωματικού βάρους ( $-0,8\pm 1,9$  έναντι  $1,7\pm 3,8$  kg,  $p=0,021$ ), της περιμέτρου μέσης  $-1$  ( $-2$  - $1$ ) cm ( $p=0,027$ ), της διαστολικής πίεσης αίματος ( $-2,89\pm 14,71$  έναντι  $15,85\pm 20,19$  mm Hg,  $p=0,044$ ), της LDL-χοληστερόλης ( $-22,29\pm 31,42$  έναντι  $-2,6\pm 19,84$  mg,  $p=0,05$ ), της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης ( $-202,6\pm 409,2$  έναντι  $194,3\pm 453,7$  kcal,  $p=0,015$ ) και του προσλαμβανόμενου κορεσμένου λίπους ( $-4,8\pm 13,7$  έναντι  $5,1\pm 11,8$  gr,  $p=0,044$ ) καθώς και σημαντική αύξηση της πρόσληψης φυτικών ινών ( $3,7\pm 2,2$  έναντι  $-0,1\pm 2,8$  gr,  $p=0,001$ ) συγκρινόμενες με την ομάδα ελέγχου. Στο τέλος του δεύτερου χρόνου, περαιτέρω διαφορές παρατηρήθηκαν στην περιμετρο μέσης ( $-2,3\pm 3,5$  έναντι  $2,9\pm 7,1$  cm,  $p=0,019$ ), στη διαστολική πίεση αίματος ( $-1,38\pm 14,29$  έναντι  $13,5\pm 16,06$  mm Hg,  $p=0,021$ ), στην ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη ( $-228,6\pm 513,4$  έναντι  $264,5\pm 462,1$  kcal,  $p=0,021$ ) και στο προσλαμβανόμενο λίπος ( $-1,6\pm 30,2$  έναντι  $10,8\pm 30,3$  gr,  $p=0,037$ ). Η υψηλή ανταπόκριση στις συναντήσεις δεν συσχετίστηκε με μεγαλύτερη συμμόρφωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ένα κοινοτικό πρόγραμμα παρέμβασης χαμηλού κόστους συμβάλει στην πρόληψη του ΣΔ2 σε άτομα ηλικίας  $\geq 55$  ετών με ταυτόχρονη βελτίωση των γνώσεων και ευαισθητοποίησης σε θέματα πρωτογενούς πρόληψης χρόνιων νοσημάτων.

## 48. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΛΕΠΤΙΝΗΣ ΣΕ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΓΧΡΙΣΜΑ

Δ. Κασσαβίτα<sup>1</sup>, Α. Κανέλλου<sup>1</sup>, Σ. Κουσίσης<sup>1</sup>, Α. Χαρθάλου<sup>2</sup>, Δ. Χούχουλα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Τεχνολογίας Τροφίμων, ΤΕΙ Αθηνών, <sup>2</sup>ΙΑΣΩ Κεντρικά Εργαστήρια

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο προσδιορισμός του γονιδίου της λεπτίνης και η έκφραση του σε στοματικό επίγχρισμα.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στοματικό επίγχρισμα συλλέχθηκε από 13 ενήλικες άνδρες και 20 γυναίκες ηλικίας 20 έως 60 ετών. Από τους 35 εθελοντές οι 25 (71,4%) ήταν από 19-45 ετών και οι υπόλοιποι 10 (28,6%) ήταν από 46-60 ετών. Κανένας από τους εθελοντές δεν έλαβε φαρμακευτική αγωγή και όλοι οι συμμετέχοντες είχαν νηστέψει για τουλάχιστον 2 ώρες. Πραγματοποιήθηκε απομόνωση γενωμιατικού DNA και ολικού RNA. Η παρουσία ή έλλειψη του γονιδίου της λεπτίνης στο DNA έγινε με PCR. Για την έκφραση του γονιδίου της λεπτίνης χρησιμοποιήθηκε σαν μήτρα ολικό RNA το οποίο έγινε cDNA με την αντίστροφη μεταγραφή και στη συνέχεια προσδιορίστηκε με Real Time PCR.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η παρουσία του γονιδίου της λεπτίνης βρέθηκε και στους 35 (100%) εθελοντές. Η έκφραση της λεπτίνης mRNA ανιχνεύθηκε στους 17 (48,6%) από τους 35. Οι 13 προερχόντουσαν από τους εθελοντές οι οποίοι ήταν από 19-45 ετών και και οι 4 ήταν από 46-60 ετών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από την παρούσα μελέτη φαίνεται ότι μπορεί να ανιχνεύεται το γονίδιο της λεπτίνης και σε στοματικό επίγχρισμα. Όσον αφορά την έκφραση του γονιδίου δεν βρέθηκε να ανιχνεύεται σε όλους αφού η λεπτίνη έχει αναδειχθεί σε μια από τις πλέον πλειοτρόπους ορμόνες, αφού πρόσθετες μελέτες τεκμηριώνουν επιδράσεις της σε όλους σχεδόν τους κύριους ενδοκρινικούς άξονες.





### 53. ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΒΛΑΒΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Ζ. Μπιτσώρη<sup>1</sup>, Γ. Δημογέροντας<sup>2</sup>, Δ. Μπαλάσκα<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ΜΕΘ, ΓΝ «Η Ελπίς», <sup>2</sup>Metropolitan Hospital, <sup>3</sup>1η ΥΠΕ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ονομασία TRALI δόθηκε για πρώτη φορά το 1983 για να περιγράψει το μη καρδιογενές πνευμονικό οίδημα που εμφανίζεται κατά τη μετάγγιση αίματος όπου συμβαίνει 1-6 ώρες από την έναρξη της. Ο κίνδυνος TRALI ανά μεταγγιζόμενη μονάδα είναι περίπου 7 φορές μεγαλύτερος για το FFP(πλάσμα) και περίπου 8 φορές μεγαλύτερος για τα PLT (αιμοπετάλια). Στις αναπτυγμένες χώρες το TRALI αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από μετάγγιση, και εμφανίζεται κυρίως σε χώρους όπως είναι το χειρουργείο και η ΜΕΘ. Καταστάσεις που συμβάλλουν στην εμφάνιση της είναι, η χειρουργική επέμβαση, η σήψη, το τραύμα και η μαζική μετάγγιση. Σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της είναι οι κακοήθεις αιματολογικές νόσοι και τα καρδιακά νοσήματα. Η αναφερόμενη θνητότητα από TRALI ανέρχεται σε 5-8% των περιπτώσεων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να τονιστούν οι επιβαρυντικοί παράγοντες που προκαλούν την εκδήλωση της οξείας βλάβης των πνευμόνων κατά τη διάρκεια της μετάγγισης καθώς και ο τρόπος αντιμετώπισης της.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Για την παθογένεση του TRALI επικρατέστερη είναι η υπόθεση της «διπλής αιτίας». Η «πρώτη αιτία» που οφείλεται στην υποκείμενη παθολογία του ασθενούς (χειρουργική επέμβαση, σήψη, τραύμα, μαζική μετάγγιση, καρδιαγγειακή νόσος, αιματολογική κακοήθεια) και η «δεύτερη αιτία», που πυροδοτείται από τη μετάγγιση. Τα συμπτώματα της νόσου είναι δύσπνοια, ταχύπνοια, κούραση, πυρετός και υπόταση, που συνοδεύονται από εκδήλη υποξαιμία. Ακτινολογικά παρατηρούνται αμφοτερόπλευρα διηθήματα πνευμόνων χωρίς σημεία υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας. Από τις εξετάσεις ρουτίνας το μοναδικό εύρημα μπορεί να είναι η λευκοπενία. Στην περίπτωση της εμφάνισης νόσου θα πρέπει από πλευράς των νοσηλευτών να γίνει άμεση διακοπή της μετάγγισης, διατήρηση της φλέβας με φυσιολογικό ορό, άμεση ειδοποίηση του θεράποντος ιατρού και της Αιμοδοσίας, ταχεία χορήγηση υγρών και λευκωματίνης, μηχανική υποστήριξη της αναπνοής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η οξεία βλάβη των πνευμόνων σχετιζόμενη με τη μετάγγιση προϊόντων αίματος παραμένει ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα και είναι δύσκολο στη διάγνωση. Απαιτεί υψηλό βαθμού υπόνοια και αποκλεισμό άλλων συχνότερων αιτιών. Οξείας Αναπνευστικής Ανεπάρκειας μετά από μετάγγιση καθώς και τη στενή συνεργασία μεταξύ κλινικών ιατρών και αιμοδοσίας και ελαχιστοποίηση των μεταγγίσεων στις απόλυτες ενδείξεις τους. Ακόμα απαιτείται καθολική λευκαφαίρεση παραγώγων, χρήση νεότερων ηλικιακά μονάδων αίματος ή παραγώγων σε ασθενείς με σήψη ή τραύμα.

### 54. ΠΡΟΓΕΝΕΣΤΕΡΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Α. Πεταλά, Γ. Κουλιάνης, Ι. Πνευματικός

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι «προγενέστερες οδηγίες (advanced directives/living will) για το τέλος της ζωής» είναι σημαντικό και συνάμα αμφιλεγόμενο θέμα με ηθικές και νομικές πτυχές.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με προγενέστερο σχεδιασμό της ιατρικής φροντίδας περί του τέλους της ζωής και το διορισμό πληρεξουσίου που να λαμβάνει αποφάσεις, για την ιατρική φροντίδα που θα του παρήχεται, όταν δε θα ήταν πλέον ικανός να συμμετάσχει στη σχετική απόφαση.

**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 83 ετών, πολίτης των ΗΠΑ και διακεκριμένος ακαδημαϊκός, εισήχθη στη ΜΕΘ για μετεγχειρητική ανάνηψη μετά από επείγον χειρουργείο λόγω παθολογικής διάτρησης του παχέως εντέρου. Η κατάσταση του ασθενούς ήταν βαριά και παρέμενε διασωληνωμένος λόγω αδυναμίας αποδέσμευσής από το μηχανικό αερισμό. Ο ασθενής δεν ήταν σε θέση να ενημερωθεί και να αποφασίσει για τις θεραπευτικές επιλογές που τον αφορούσαν. Οι θεράποντες έλαβαν έγγραφο οδηγιών, που συντάχθηκε από τον ίδιο σε πρότερο χρόνο, αναφορικά με τις επιθυμίες του για την ιατρική φροντίδα και το διορισμό της κόρης του ως εκπροσώπου του σχετικά με αποφάσεις για κρίσιμα θέματα της υγείας του. Ο ασθενής είχε αποφασίσει, υπό αυστηρές ιατρικές προϋποθέσεις, την άρση κάθε θεραπευτικής υποστήριξης. Ζητήθηκε νομική γνωμοδότηση για την ισχύ του εγγράφου σε σχέση με την Ελληνική Νομοθεσία. Η γνωμοδοτούσα νομικός, επισημαίνοντας ότι στην ελληνική έννομη τάξη δεν υπάρχει νομοθετημένη διάταξη αντίστοιχη της «advanced directives/living will», απέρριψε τους θεράποντες από τη διενέργεια πράξεων που θα επιτάχυναν το θάνατο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής απεβίωσε, μετά από 19 μέρες νοσηλείας, λόγω σηπτικής καταπληξίας. Είχε το δικαίωμα να θέσει τα όρια της θεραπευτικής διαχείρισής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Σύμφωνα με τη Σύμβαση του Οβιέδο(ν. 2619/1998) και τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας(ν. 3418/2005) λαμβάνονται υπόψη «προγενέστερες οδηγίες», αλλά δεν είναι σαφές το νομικό πλαίσιο σχετικά με τη δεσμευτική ισχύ τους, ώστε να καθοδηγούνται οι ιατροί στη λήψη αποφάσεων.

### 55. ΑΥΞΗΣΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΚLEBSIELLA ΠNEUMONIAE ΜΕ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΕΣ ΑΠΟ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΕΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΙΕΤΙΑ

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

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝ «Κωνσταντοπούλειο» Ν. Ιωνίας - Πατησίων, <sup>2</sup>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ «Κωνσταντοπούλειο» Ν. Ιωνίας - Πατησίων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν ο προσδιορισμός της αντοχής στην κολιστίνη (COL-R) και η διερεύνηση των ανθεκτικών στις καρβαπενέμες (CR) Κρ στελεχών που απομονώθηκαν από βακτηριαίμιες την περίοδο Ιανουάριος 2014- Νοέμβριος 2015.

**ΥΛΙΚΟ:** Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος της ευαισθησίας στα αντιβιοτικά των στελεχών πραγματοποιήθηκαν με το σύστημα MicroScan® (Siemens Healthcare, PA, USA), ενώ οι ελάχιστες ανασταλτικές συγκεντρώσεις ιμπενέμης, μεροπενέμης και κολιστίνης προσδιορίστηκαν επιπλέον με ταινίες διαβαθμισμένης συγκεντρώσεως (MIC Test Strips, Liofilchem SRL), σύμφωνα με τα κριτήρια CLSI (2014). Ο έλεγχος της φορέας CR Κρ στελεχών από ορθικά δείγματα πραγματοποιήθηκε με το υλικό CHROMagar™ KPC (Bioprep® microbiology, Greece). Ο φαινοτυπικός έλεγχος για την παραγωγή καρβαπενεμασών έγινε με τις δοκιμές: Hodge test, δίσκο τιμοσιλλίνης και συνδυασμό βορονικού οξέος/EDTA με δίσκο μεροπενέμης. Η απομόνωση του DNA έγινε με το QIAamp® DNA MiniKit (QIAGEN, Düsseldorf, Germany). Η ανίχνευση των καρβαπενεμασοπαραγωγών γονιδίων πραγματοποιήθηκε με PCR και χρήση ειδικών εκκινητών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σύνολο 223 CR Κρ στελεχών, 45 στελέχη απομονώθηκαν από βακτηριαίμιες (20,2%), εκ των οποίων 17 στελέχη (37,7%) ήταν ανθεκτικά στην κολιστίνη και προέρχονταν κυρίως από ασθενείς της ΜΕΘ (14 στελέχη, 82,3%) και άλλων κλινικών (3 στελέχη, 17,7%). Στις βακτηριαίμιες παρατηρήθηκε ραγδαία αύξηση στην απομόνωση COL-R CR Κρ στελεχών από 25% (4 COL-R στα 16 CR Κρ στελέχη) κατά το 2014 σε 46,4% (13 COL-R στα 28 CR Κρ στελέχη) το 2015. Κατά την είσοδο τους στη ΜΕΘ, 7 από τους 9 ασθενείς που ελέγχθηκαν για φορεία ευρέθησαν θετικοί για CR Κρ στελέχη. Στα 17 COL-R CR Κρ στελέχη ανιχνεύθηκαν τα γονίδια τύπου: blaKPC (7 στελέχη), blaOXA-48 (6 στελέχη), blaOXA-48+blaNDM (3 στελέχη), blaNDM (1 στέλεχος).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ραγδαία αύξηση COL-R CR Κρ στελεχών στις βακτηριαίμιες κατά τη διετία 2014-2015 μειώνει τις θεραπευτικές επιλογές και είναι ένα επιπλέον ανησυχητικό φαινόμενο, που απαιτεί επαγρύπνηση και αυστηρή εφαρμογή των μέτρων πρόληψης των λοιμώξεων.

### 56. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ C- ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΘΗΚΑΝ ΣΕ ΚΟΙΝΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΘΑΛΑΜΟ

Φ. Κυριάκου, Π. Αρμύρος, Σ. Γιοβάνης, Γ. Ερωτοκρίτου

Α' Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας- Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Προγνωστική σημασία της C- αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) εισαγωγής σε ασθενείς που διασωληνώθηκαν σε κοινό θάλαμο παθολογικού τμήματος. **ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 44 ασθενείς οι οποίοι εισήχθησαν και διασωληνώθηκαν στο Α' Παθολογικό Τμήμα του ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά για την περίοδο Ιανουαρίου 2014- Δεκεμβρίου 2015 (άντρες 56,8%, μέση ηλικία 68, 5 ± 12,8). Η διάμεση τιμή CRP ήταν 49,5 (ενδοτεταρτημοριακό εύρος IQR 14,3- 139,88). Από τους 44 ασθενείς, οι 15 είχαν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) (34,1%). Η διάμεση τιμή του APACHE2 ήταν 20 (IQR 17-25).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η CRP δεν είχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με ΣΔ2 και αυτών που δεν είχαν ΣΔ2 (P=0.379). Υπήρξε ασθενώς σχετική συσχέτιση ανάμεσα στη CRP και το APACHE2 (r= 0,301, p< 0,05). Στην καμπύλη roc, η CRP προέβλεπε την τελική θνητότητα (AUC= 0,768). Η καλύτερη τιμή ήταν CRP= 80,95 με ευαισθησία 68,4% και ειδικότητα 76%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η CRP μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός δείκτης επιβίωσης ασθενών που διασωληνώθηκαν σε παθολογικό τμήμα.



## 61. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2004-2015

Κ. Σιρανιδη, Η. Μάνη, Α. Βασιλιεβα, Δ. Αγιασωτέλλη, Α. Αλεξοπούλου, Σ.Π. Ντουράκης

Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Αν και υπάρχουν μελέτες για την επιδημιολογία της χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας στην Ελλάδα, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς η μεταβολή της επιδημιολογίας της κίρρωσης ιογενούς αιτιολογίας σε νοσηλευόμενους ασθενείς την τελευταία δεκαετία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφή των χαρακτηριστικών των νοσηλευόμενων ασθενών με κίρρωση και αξιολόγηση των μεταβολών τους σε δύο χρονικές περιόδους 2004-2009 και 2010-2015.

**ΥΛΙΚΟ:** Συμπεριλήφθηκαν αναδρομικά 1580 διαδοχικοί ασθενείς (73% άνδρες, 96,1% Έλληνες, ηλικία 60,9±12,97 έτη) με κίρρωση ήπατος, που νοσηλεύτηκαν τη 12ετία 2004-2015. Από αυτούς οι 231 (14,6%) έπασχαν από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV), 303 (19,2%) από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) και 37 (2,3%) από συλλοιμώξεις [29 από HBV+ιό της ηπατίτιδας δέλτα (HDV) και 8 από HBV+HCV]. Οι 669 (42,3%) είχαν κίρρωση αλκοολικής αιτιολογίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μεγαλύτερη αναλογία ανδρών διαπιστώθηκε στην ομάδα HBV (82,7%) έναντι της HCV (66,3%) ( $P<0,05$ ). Μεγαλύτερη αναλογία μεταναστών διαπιστώθηκε στις ομάδες με συλλοιμώξεις HBV+HDV (41,4%) ή HBV+HCV (25,0%) έναντι των ομάδων με μονή HBV (12,1%) ή HCV λοίμωξη (12,2%) ( $P<0,001$ ). Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ηλικίας μεταξύ HBV και HCV ( $P=0,088$ ). Όμως, οι ασθενείς με συλλοιμώξη ήταν νεότεροι από τους ασθενείς με λοίμωξη από έναν ιό (51,1±14,7 και 63,2±12,9, αντίστοιχα,  $P<0,001$ ). Μελετώντας τους ασθενείς με HBV ή HCV κίρρωση, διαπιστώθηκε ότι η αναλογία HBV/HCV μειώθηκε από 0,92 (2004-2009) σε 0,55 (2010-2015). Ο αριθμός των ασθενών με HBV κίρρωση μειωνόταν βαθμιαία κατά την περίοδο της μελέτης και έφθασε το ναδίρ το 2015 ( $P=0,022$ ), ενώ αντίθετα παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική ( $P=0,014$ ) βαθμιαία αύξηση την ίδια περίοδο των νοσηλευόμενων με αλκοολική κίρρωση (Εικόνα).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** 1) Διαπιστώθηκε μείωση του αριθμού των νοσηλευόμενων ασθενών με HBV κίρρωση, με ταυτόχρονη αύξηση των νοσηλευόμενων λόγω HCV και αλκοολικής κίρρωσης. 2) Οι ασθενείς με συλλοιμώξη HBV+HDV είναι νεότεροι και έχουν μεγαλύτερη αναλογία μεταναστών συγκριτικά με αυτούς με μονή λοίμωξη.

Εικόνα. Ανοδική τάση του αριθμού των ασθενών με κίρρωση λόγω αλκοολικής νόσου του ήπατος (ANH) και καθοδική τάση αυτών με HBV κίρρωση το διάστημα 2004-2015.

## 62. ΤΑ ΠΑΝΑΘΕΚΤΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΘΗΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ

Δ. Βασιλιεβα<sup>1</sup>, Α. Αλεξοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Αγιασωτέλλη<sup>1</sup>, Κ. Σιρανιδη<sup>1</sup>, Σ. Πουρική<sup>1</sup>, Α. Τσιρίγγα<sup>2</sup>, Μ. Τούτουζα<sup>2</sup>, Σ. Ντουράκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Ιπποκράτειο», Αθήνα, <sup>2</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, ΠΓΝ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αξιολόγηση της επιδημιολογίας και της επιβίωσης της αυτόματης βακτηριακής περιτονίτιδας (ΑΒΠ) και της αυτόματης βακτηριαιμίας (ΑΒ) σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος.

**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη της επιδημιολογίας και της επιβίωσης 130 ασθενών (68,5% άνδρες) με θετική καλλιέργεια ασπτικού υγρού ή / και αίματος κατά τη διάρκεια 3 ετών (2012-2014).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Gram-θετικοί κόκκοι ανευρέθησαν στις μισές περιπτώσεις. Οι πιο συχνά ανευρισκόμενοι μικροοργανισμοί ήταν *E. coli* (33), *Enterococcus*  $p < /em>(30$ , συμπεριλαμβανομένων και 17 *E. faecium*), *Streptococcus*  $p < /em>(25$ ), *K. pneumoniae* (16), *S. aureus* (8), *P. aeruginosa* (5). Συνολικά το 20,8% των μικροβίων που απομονώθηκαν ήταν πανανθεκτικά, συμπεριλαμβανομένων των *E. faecium* και 10% πανανθεκτικά. Τα πανανθεκτικά περιελάμβαναν τα: *K. pneumoniae* που παράγει καρβαπενεμάσες (5), *K. pneumoniae* ανθεκτική στην κολιστίνη (1), *P. aeruginosa* (2), *A. baumannii* (2), *E. faecium* ανθεκτικό στη βανκομυκίνη (2) και *E. Coli* που παράγει μεταλλο-β-λακταμάση (1). Οι Λοιμώξεις που συσχετίζονται με δομές προσφοράς υγείας (προηγούμενες νοσηλείες ή/και νοσοκομειακές) παρατηρήθηκαν στο 100% των πολυανθεκτικών/πανανθεκτικών και στο 65,5% των ευαίσθητων στα αντιβιοτικά περιπτώσεων. Παρατηρήθηκε αντοχή στις κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς στο 43,8%. Η μεροπενέμη ήταν το πιο συχνά εμπειρικά συνταγογραφούμενο αντιβιοτικό για λοιμώξεις σχετιζόμενες με το νοσοκομείο, εμφανίζοντας συνολικό ποσοστό αντοχής 30,7%. Η μεροπενέμη ήταν αναποτελεσματική στα πανανθεκτικά βακτήρια και στον *E. faecium*. Δέκα από 13 (77%) πανανθεκτικά βακτήρια ήταν ευαίσθητα στην κολιστίνη και 7 (54%) στην τιγκεκυκλίνη. Η συνολική θνησιμότητα 30 ημερών ήταν 37,7% (69,2% για αυτούς που προσβλήθηκαν από πανανθεκτικά και 34,2% για τους υπόλοιπους ασθενείς) (log rank,  $P=0,015$ ). Η έκβαση των ασθενών με πανανθεκτικά βακτήρια ήταν χειρότερη σε σύγκριση με αυτούς με πολυανθεκτικά και μη-ανθεκτικά (log rank  $P=0,012$  και  $P=0,008$ , αντίστοιχα). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την επιβίωση ήταν η λοίμωξη από πανανθεκτικά (HR: 2,263, 95% CI: 1,005-5,095;  $P<0,049$ ), η κρεατινίνη (HR: 1,125, 95% CI: 1,024-1,236;  $P=0,015$ ) και το INR (HR: 1,553, 95% CI: 1,106-2,180;  $P=0,011$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα πανανθεκτικά βακτήρια αποτελούν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα μειωμένης επιβίωσης σε κίρρωτικούς ασθενείς με ΑΒΠ και ΑΒ. Οι στρατηγικές πρόληψης με στόχο τον περιορισμό της κατάχρησης των αντιβιοτικών και την ταχεία ανίχνευση των υπεύθυνων βακτηρίων θα μπορούσε να συμβάλλει στη βελτίωση της επιβίωσης.

## 63. ΤΑ ΥΨΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΠΡΟΒΛΕΠΟΥΝ ΤΗΝ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Η. Μάνη, Α. Βασιλιεβα, Δ. Αγιασωτέλλη, Β. Γρατσιά, Κ. Σιρανιδη, Ν. Κίττου, Α. Αλεξοπούλου, Σ. Ντουράκης

Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση της C- αντιδρώσας πρωτεΐνης (c-reactive protein, CRP) ως προγνωστικού δείκτη της ενδιάμεσης θνητότητας (90 ημερών) σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

**ΥΛΙΚΟ:** Διακόσιοι πενήντα δύο ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος (75,0% άνδρες, διάμεση τιμή στο Model For End-Stage Liver Disease (MELD) 18 με ενδοεταρτημοριακό εύρος, IQR 14-24) παρακολούθησαν προοπτικά για 3 μήνες. Καταγράφηκαν η CRP, ο πλήρης εργαστηριακός έλεγχος της εισαγωγής και η βαρύτητα της νόσου. Έγινε συσχέτιση της CRP με την επιβίωση των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα επίπεδα της CRP συσχετίστηκαν θετικά με τον απόλυτο αριθμό των πολυμορφοπύρηνων ( $r=0,426$ ,  $P<0,001$ ) αλλά όχι με τις τιμές του MELD. Τα επίπεδα CRP (mg/L) ήταν υψηλότερα σε ασθενείς με διαπιστωμένη λοίμωξη συγκριτικά με αυτούς χωρίς αυτήν [διάμεση τιμή 38,4 (IQR 18,8-81,4) αντί 17,4 (IQR 7,5-37,0)] ( $P<0,001$ ). Στην καμπύλη ROC, η CRP προέβλεπε τη θνητότητα στις 30 (AUC=0,621), στις 60 (AUC=0,620) και στις 180 ημέρες (AUC=0,620), αλλά ήταν πλέον αξιόπιστη στις 90 ημέρες (AUC=0,643). Η τιμή CRP=21 ήταν η καταλληλότερη (ευαισθησία 63,2%, ειδικότητα 61,8%). Η καμπύλη Kaplan Meier για την επιβίωση στις 90 μέρες έδειξε ότι οι ασθενείς με CRP $\geq$ 21 έχουν χειρότερη πρόγνωση συγκριτικά με εκείνους με χαμηλότερες τιμές CRP (Log rank  $p < 0,001$ ) (Εικόνα). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι τιμές MELD ( $P<0,001$ ), η ηλικία ( $P=0,07$ ) και η τιμή CRP $\geq$ 21 ( $P=0,026$ ) ήταν προγνωστικοί δείκτες θνητότητας στις 90 ημέρες, ενώ η διαπιστωμένη λοίμωξη, ήταν στατιστικά σημαντική μόνο στη μονοπαραγοντική ( $P=0,001$ ) αλλά όχι στην πολυπαραγοντική ανάλυση ( $P=0,253$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η CRP αποτελεί χρήσιμο δείκτη πρόγνωσης της θνητότητας συσχετιζόμενη με την παρουσία φλεγμονής πιθανόν ως απότοκο της διαταραχής της εντερικής διαπερατότητας και της βακτηριακής μετατόπισης. Εικόνα. Σύγκριση της θνητότητας στις 90 μέρες μεταξύ ασθενών με υψηλές ( $\geq$ 21) και χαμηλές τιμές C- αντιδρώσας πρωτεΐνης (C-reactive protein, CRP).

## 64. ΤΑ ΥΨΗΛΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΤΑΧΕΙΑΣ(RVR) ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ (SVR), ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ(ΧΕΝ) ΜΕ CHC ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΓΟΝΟΤΥΠΟ 1 ΜΕ ΚΛΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗΣ IFN-Α2Α ΚΑΙ ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗΣ</div> <div data-bbox=



## 69. ΚΡΑΝΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΑΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΩΣ ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΣΑΙΩΝΙΚΗ ΡΩΔΟ

Α. Πρωτόπαπα<sup>1</sup>, Ν. Βλαχάδης<sup>1</sup>, Κ. Τηνιακού<sup>2</sup>, Σ. Κονταξή<sup>3</sup>, Γ. Λυρίτης<sup>4</sup>, Ε. Αγαπητός<sup>5</sup>, Θ. Πίτσιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ανθρωπολογικό Μουσείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, <sup>3</sup>Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικής, Νοσοκομείο «ΕΛΠΙΣ», Αθήνα, <sup>4</sup>Εργαστήριο Έρευνας Μυοσκελετικών Παθήσεων, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, <sup>5</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι στόχοι της παρούσας εργασίας περιλαμβάνουν την περιγραφή των αλλοιώσεων που συνδέονται με την εγκατάσταση επισκληρίδιας αιμορραγίας σε σκελετικό υλικό από τη μεσαιωνική Ρόδο, τον προσδιορισμό της επίπτωσης του συμβάματος αυτού και τη συσχέτιση με τη δρεπανοκυτταρική νόσο στο υπό μελέτη σκελετικό δείγμα.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τα κρανιακά ευρήματα που παρουσιάζονται προέρχονται από νεκροταφείο που εντοπίστηκε μέσα σε οικογενειακό παρεκκλήσιο, σε οικόπεδο της οδού Αghασάνδρου στη Μεσαιωνική πόλη της Ρόδου (12ος-14ος αιώνας). Η μελέτη του σκελετικού υλικού πραγματοποιήθηκε με μακροσκοπική παρατήρηση, παρατήρηση με τη χρήση x5 μεγεθυντικού φακού καθώς και με το στερεοσκοπικό μικροσκόπιο, απεικονιστική ανάλυση με ακτίνες Χ με χρήση ψηφιακής συσκευής και με πρότυπες μεθόδους ανθρωπολογικής ανάλυσης για τον προσδιορισμό του φύλου και της ηλικίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η δημογραφική ανάλυση του πληθυσμού του νεκροταφείου της οδού Αghασάνδρου ανέδειξε υψηλή αναλογία εμβρυικών σκελετών καθώς και σκελετών ατόμων στην όμημη εφηβεία, ενώ η παιδιατρολογική ανάλυση ανέδειξε πληθώρα αλλοιώσεων συμβατών με τις εκδηλώσεις της δρεπανοκυτταρικής νόσου στα 2/3 περίπου των σκελετών. Μελετήσαμε συνολικά 34 κρανία στα οποία το εγκεφαλικό κρανίο αντιπροσωπεύεται σε ποσοστό 50-100%. Από αυτά, 11 κρανία εμφανίζουν αλλοιώσεις κατά την ενδοκρανιακή επιφάνεια. Η μακροσκοπική εικόνα περιλαμβάνει λυτικές αλλοιώσεις της έσω πλάκας, αδρή ή κατακερατωμένη ενδοκράνια επιφάνεια με ανάπτυξη αγγειακών πόρων συστοίχως καθώς και εναπόθεση νέου οστού που ασαφοποιεί κατά περιοχές τις αλκαίες των αγγειακών κλάδων της μηνιγγικής αρτηρίας. Η απεικονιστική ανάλυση επιβεβαιώνει τα παραπάνω ευρήματα και αναδεικνύει το σχηματισμό σκληρυντικού οστού στις εν λόγω περιοχές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι βλάβες που περιγράφονται στα υπό μελέτη κρανία πιθανότατα υποδηλώνουν την εντόπιση επισκληρίδιου αιματώματος που εκδηλώθηκε σαν επιπλοκή της δρεπανοκυτταρικής νόσου. Η παιδιατρολογική ταυτοποίηση καθώς και η εκτίμηση της επίπτωσης του συμβάματος αυτού στο συγκεκριμένο σκελετικό δείγμα από τη Μεσαιωνική Ρόδο, μπορεί να συμβάλλουν στη διεύρυνση των γνώσεων σχετικά με την παθοφυσιολογία της δρεπανοκυτταρικής νόσου και την ιστορική της διαδρομή στον Ελληνικό πληθυσμό.

## 70. Η ΙΑΤΡΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΩΝ ΙΩΑΚΕΙΜΟΓΛΟΥ, ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΥ, ΧΑΡΑΜΗ

Α. Πάσχος

Μέτσοβον

**ΣΚΟΠΟΣ** της εργασίας είναι η παρουσίαση της ιατρικής, κοινωνικής προσφοράς των Καθηγητών της Ιατρικής, γηγενών Ελλήνων, Ιωακειμόγλου Γεωργίου, Μαρίνου Γερούλανου, Ιωάννου Χαράμη.

**ΥΛΙΚΟΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** είναι η βιογραφία και η Ελλήνων Γραμματεία και καταγραφή της ιατρικής και κοινωνικής προσφοράς των Καθηγητών, Ακαδημαϊκών Ιωακειμόγλου, Γερούλανου, Χαράμη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο Γεώργιος Ιωακειμόγλου (1887-1979) γεννηθείς εις Κούλαν Αϊδινίου, σπουδάζει εις τη Γερμανία, ανακηρύσσεται εις το Πανεπιστήμιον του Βερολίνου Υφηγητής το 1918, Καθηγητής το 1921 και το 1928 Καθηγητής της Πειραματικής Φαρμακολογίας εις Ιατρικήν Σχολήν Αθηνών. Μελετά το ελαιόλαδον και το κατατάσσει ως άριστον έδεσμα. Ανακαλύπτει στοιχειώδεις μεθόδους προσδιορισμού του ΡΗ. Ορίζεται με Μόνιμον εμπειρογνομώνον του ΟΗΕ και Μόνιμον Μέλος της Επιτροπής Ναρκωτικών το 1957. Ο Μαρίνος Γερούλανος (1867-1960) σπουδάζει την Ιατρική εις το Μόναχον, διορίζεται Επιμελητής, Υφηγητής εις το Κίελον το 1899 και το 1902 Καθηγητής Χειρουργικής, αλλά προτιμά να ηγηθή της Χειρουργικής Κλίνης του Ευαγγελισμού, κατόπιν προσκλήσεως της Βασιλείσσης Όλγας. Το 1909 περιθάλλεται τους σεισμόπληκτους της Σικελίας, το 1912-13 Επίτιμος Αρχίατρος περιθάλλεται τους τραυματίες εις Αθήνας και Θεσσαλονίκην. Ακαδημαϊκός ιδρύει το Γερούλιον Ιατρικόν Κέντρο, το 1934 ιδρύει, οργανώνει τη Χειρουργικήν Κλινικήν εις το Λαϊκόν Νοσοκομείον Αθηνών. Ο Ιωάννης Χαράμησ σπουδάζει την Ιατρικήν εις τας Αθήνας, λαμβάνει την Οφθαλμολογίαν εις Παρισίους, επιστρέφει εις την Ελλάδα διορίζεται Επιμελητής, Υφηγητής, Έκτακτος Καθηγητής Οφθαλμολογίας, καταλαμβάνει τον Ακαδημαϊκόν Τίτλον και το 1947 ιδρύει, οργανώνει την Οφθαλμολογικήν Κλινικήν του Ερμού Σταυρού ιδίας δαπάναις, την οποίαν και διαυθύνει. Εφαρμόζει πρώτος τη μεταμόσχευσιν του κερατοειδούς εις την Ελλάδα. Διακρίνεται δια την προβολήν της Οφθαλμολογίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι τρεις επιφανείς Έλληνες Ιατροί Ιωακειμόγλου, Γερούλανος, Χαράμησ, Καθηγητάι της Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών και του Εξωτερικού διακρίνονται δια το δαιμόνιον, το φιλότιμον της Ιατρικής προσφοράς και κοινωνικής, ως άξιοι απόγονοι του Πατρός της Ιατρικής Ιπποκράτους. Πόσοι Ιατροί των ημερών τους μιμούνται;

## 71. Ο ΜΑΥΡΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗ ΡΟΒΕΓΛΙΑ, Η ΚΟΛΑΣΗ ΕΠΙ ΓΗΣ

Γ. Τσουκαλάς, Μ. Σγάντζος

Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Ο Μαύρος Θάνατος ήταν μία από τις πιο καταστροφικές πανδημίες στην ιστορία του ανθρώπου. Κορυφώθηκε στην Ευρώπη κατά τα έτη 1346-1353. Μία ανάλυση του DNA των θυμάτων, έδειξε ότι το υπεύθυνο παθογόνο βακτήριο, ήταν η *Yersinia pestis*, πιθανώς προκαλώντας διάφορες μορφές πανούκλας (βουβωνική πανώλη). Η πανούκλα έφτασε στη Σικελία, τον Οκτώβριο του 1347, όταν 12 Γενοβέζικες γαλέρες προσάραξαν στο λιμάνι της και γρήγορα εξαπλώθηκε σε όλο το νησί. Οι γαλέρες ταξίδεψαν στη συνέχεια προς Γένοβα και Βενετία, τις οποίες και προσέγγισαν τον Ιανουάριο του 1348. Ήταν όμως η έκρηξη στην Πίζα, λίγες εβδομάδες αργότερα, που αποτέλεσε το σημείο εισόδου στη βόρεια Ιταλία. Την Ιταλία σάρωσε το πρώτο κύμα της πανδημίας. Οι υγειονομικές αρχές αποφασίζουν να διαχωρίσουν τους υγιείς από τους ασθενείς και το μικρό νησί της Ροβεγλία στη λιμνοθάλασσα της Βενετίας επιλέχθηκε για το σκοπό αυτό. Εκεί, οι άνθρωποι ζούσαν μία άθλια ζωή μέχρι να σαπίσουν. Δεδομένου ότι το νησί ήδη μύριζε θάνατο, στο δεύτερο κύμα της πανδημίας, μόλις και μετά βίας ζωντανά πτώματα απορρίπτονταν εκεί για αποτέφρωση και ενταφιασμό σε μαζικούς τάφους. Η βουβωνική πανώλη εξαπλώθηκε στη Βενετία εκ νέου το 1630-1631, ενώ ακόμη 40 φορές είχε εμφανιστεί σποραδικά μεταξύ του 1564 και 1576 και η Ροβεγλία υπηρέτησε τους ιατρούς της εποχής ως σανατόριο. Ο μύθος λέει ότι το 50% του χρώματος στο νησί, δεν ήταν τίποτε άλλο από στάχτη καμένων ψυχών και ότι εκεί αποτεφρώθηκαν 160.000 άνθρωποι, με αποτέλεσμα ο πυρήνας του νησιού να αποτελείται από τα απομεινάρια ανθρώπινων σκελετών. Το 1922 το νησί ολόκληρο μετατρέπεται σε ίδρυμα ψυχοπαθών. Στο νησί διενεργούνται βήναυσεσ τεχνικές για την αντιμετώπιση των ασθενών. Το 1930, ένας νεαρός ιατρός εκτελεί εκατοντάδες λοβοτομές, με σκοπό να θεραπεύσει την τρέλα, κάτι που είχε ως αποτέλεσμα το να πάρει το προσωνύμιο «ο χασάπτης», ταίζοντας την κακή φήμη του νησιού. Ένας σταθμός каранτινας, μια χλωματερή για τα θύματα της πανούκλας, μετέπειτα ψυχιατρείο, η Ροβεγλία, έχει υπηρετήσει πολλούς δυσάρεστους ιατρικούς σκοπούς κατά τη διάρκεια των ετών.

## 72. ΟΙ ΑΓΝΩΣΤΟΙ ΑΡΧΑΙΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΠΑΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΥΙΟΣ ΑΚΟΥΜΕΝΟΣ (ca.480 - ca.415 π.Χ.) ΚΑΙ ΕΡΥΞΙΜΑΧΟΣ (4ος αι. π.Χ.)

Ε. Σταυρουλάκης, Ε. Πουλάκου-Ρεμπελάκου, Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο αρχαίος Έλληνας ιατρός Ακουμένος (ca.480 - ca.415 π.Χ.) διετέλεσε ιατρός στην Αθήνα και ανήκε στον κύκλο των φίλων και συζητητών του Σωκράτη. Κοινός φίλος των δύο ανωτέρω υπήρξε ο Φαίδρος, του οποίου το όνομα, φέρει και ένα έργο των πλατωνικών διαλόγων. Εις το εν λόγω έργο μάλιστα, ο Ακουμένος προτρέπει τον Φαίδρο εις περιπάτους εκτός Αθηνών ως λιγότερο κοπιώδεις απ' αυτούς εντός πόλεως, άποψη που επιβεβαιώσκει και ο Σωκράτης. Στον εύθυμο χαρακτήρα του αποδίδεται και η θεραπευτική του παραίνεση προς ασθενή με ακραία ανορεξία να απέχει αυστηρά από κάθε είδους τροφή. Ο υιός του Ερυξίμαχος, επίσης ιατρός και ομοίως μέλος του κύκλου των σωκρατικών πνευματικών εντεύξεων, χαιρει όπως και ο πατέρας του Ακουμένος, άκρας εκτίμησης από τον Σωκράτη. Κατά τη διάρκεια μάλιστα του Συμποσίου ο παρευρισκόμενος Αλκιβιάδης πλέκει το εγκώμιο των δύο ανδρών «...Ο Ερυξίμαχε, βέλτιστε βελτίστου πατρός και σωφρονεστάτου χαιρεί...» Ο δαιμόνιος Αριστοφάνης, προσκεκλημένος εις το Συμπόσιο λόγω λόγιωτα δεν μπορούσε να πάρει τον λόγο στους διαλόγους και στις συζητήσεις που διεραματιζόντο, παρακαλώντας τον Ερυξίμαχο ή να του θεραπεύσει τον λόξυγγο ή να μιλήσει εκείνος αντ' αυτού. Το 415 π.Χ. ο υπηρέτης στην οικία του Φερικλή, Λυδός, κατηγορήσεν τον Ακουμένο και τον Φαίδρο για ιεροσυλία καθότι παρωδούσαν τα Ελευσίνια Μυστήρια που λάμβαναν χώρα στην εν λόγω οικία. Το δικαστήριο, απουσία των κατηγορουμένων που είχαν διαφύγει στην εξορία, εξέδωσε καταδικαστική απόφαση και δήμεισε τις περιουσίες τους. Στη δίκη που πραγματοποιήθηκε το 400 π.Χ., κλήθηκε να καταθέσει, για τις συνθήκες που έλαβε χώρα η αυτοεξορία του Ακουμένου, ο ανεμψιός του Αλέξιππος. Η απουσία του ιατρού από τη δίκη αφήνει να εννοηθεί, ότι ο Ακουμένος ή είχε αποβιώσει ή ευρισκετο ακόμη στην εξορία. Σε ένα άλλο πλατωνικό διάλογο ονόματι Ερυξίας (4ος αι. π.Χ.), ο εν λόγω πρωταγωνιστής θεωρείται Αθηναίος ιατρός και πιθανόν να είναι το ίδιο πρόσωπο των Ατικών Ιγγραφέων που αναφέρεται ως «...Ερυξίας (υιός) Ερυξίμαχου Κηδονθωνιάειος χορηγεί Πανδιονίδι, Ερεχθίδι παιδών...». Πιθανόν δηλαδή ο Ερυξίας να υπήρξε ο ιατρός τρίτης γενεάς, ως υιός του Ερυξίμαχου και εγγονός του Ακουμένου.

### 73. ΙΑΤΡΟΦΙΛΟΣΟΦΟΙ ΓΗΓΕΝΕΙΣ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΡΧΑΙΟΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ

A. Πάσχος  
Μέτσοβον

**ΣΚΟΠΟΣ** της μελέτης η αναφορά και παρουσιάσεις των πανεπιστημίων ιατροφιλοσόφων της αρχαίας Ελλάδος.

**ΥΛΙΚΟΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη της προσητής Γραμματείας Ελλήνων και η καταγραφή των πανεπιστημίων αρχαίων Ελλήνων γηγενών ιατροφιλοσόφων Ελλήνων επικρατείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι επτά (7) ιατροφιλόσοφοι πανεπιστήμονες βαθείς γνώσται της Ελλήνων γλώσσης, Γραμματείας, της Ιατρικής, της φιλοσοφίας και των άλλων επιστημών της αρχαίας Ελλάδος είναι: Ο Επιμενίδης 7ος π.Χ. αιών εκ Φαιστού Κρήτης Ελλάδος αναφέρεται και ως νομοθέτης, συγγραφέυς εμετρών έργων, ποιητής, μάντης. Ο Θαλήτας εκ Γόρτυνος Κρήτης 650 π.Χ. είναι περίφημος μελοποιός, ποιητής, αιδός. Ο Αλκμαίων 570-500 π.Χ. εκ Κρότωνος Μεγάλης Ελλάδος είναι ο πρώτος συγγραφέυς έργων φυσικής, φυσιολογίας, ηθικής, επιστημονικής Ιατρικής, εμβρυολογίας, βιολογίας, ψυχολογίας. Ο Εμπεδοκλής 496-415 π.Χ. εκ Ακράγαντος Μεγάλης Ελλάδος είναι και επιφανής μαθηματικός, φυσικός, ποιητής, τραγωδοποιός. Ο Εύδοξος 408-355 π.Χ. εκ Κνίδου Μικρασίας Ελλήνων είναι και μαθηματικός, αστρονόμος, Πατήρ της Μαθηματικής Αναλύσεως, Διαφορικού Ολοκληρωτικού Λογισμού, Ιδρυτής της Θεωρητικής και Ουρανίου Μηχανικής. Ο Διοκλής εκ Κρότωνος Μεγάλης Ελλάδος είναι και επιφανής αστρονόμος και γράφει δια τους Χαλδαίους Αστρολόγους « ουδέν γελιοδεότερον από τον ισχυρισμόν αυτών ότι αι ονομασίαι του Λέοντος και Παρθένου λ.χ. των αστερισμών δύνανται να έχουν μίαν οίαν δη ποτέ επιρροήν επί των ατόμων, τα οποία γεννήθησαν υπό το έμβλημα των » (Βιβλίον Ε').

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι επτά (7) Έλληνες γηγενείς αρχαίοι ιατροφιλοσόφοι εξ όλης της Ελλήνων επικρατείας αναδεικνύονται βαθείς γνώσται και λειτουργοί και των άλλων επιστημών της εποχής κατ' επιλογήν και συμβάλλουν εις την ανέλιξιν αυτών προς όφελον του ανθρώπου. Πόσοι σύγχρονοι λειτουργοί της Ιατρικής τους ακολουθούν;

### 74. ΤΙΜΗΤΙΚΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΩΝ ΑΡΧΑΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

A. Πάσχος  
Μέτσοβον

**ΣΚΟΠΟΣ** της μελέτης η παρουσίασις των τιμητικών διακρίσεων των Ελλήνων γηγενών αρχαίων Ιατρών.

**ΥΛΙΚΟΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** η προσιτή Ελλήνων γραμματεία και μελέτη προς καταγραφήν των αρχαίων Ελλήνων Ιατρών, οι οποίοι έτυχον τιμητικών διακρίσεων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι δέκα (10) Έλληνες γηγενείς επιφανείς λειτουργοί της Ελλήνων Ιατρικής τιμώνται διά διαφόρων διακρίσεων εκ μέρους Πόλεων, Δήμων, αρχόντων, Θεσμών ανά την Ελλήνων επικράτειαν. Ο Ιπποκράτης ο Μέγας τιμάται θπθ των Αθηναίων διά μύησης εις τα Ελευσίνια Μυστήρια και παρέχουν εις τους επιγόνους «σίσις παρά τω Πρυταίω». Ο Αινείας άριστος Ιατρός τιμάται «επί δίσκου διά αναγλύφου εικόνας». Ο Εζήνωρ επιφανής Ιατρός και άνθρωπος εις την νήσον Κω Αιγαίου Πελάγους Ελλάδος «υπό επάινου και στεφάνου χρυσού». Ο Μηνόκριτος εκ Σάμου Αιγαίου Πελάγους Ελλάδος τυγχάνει πολλών τιμών υπό του Καρπαθίου. Ο Σάτυρος επιφανής Ιατρός εκ Κω υπό του Δήμου Ιθμιωτών τιμάται δια «χρυσού στεφάνου και ανδριάντος εκ χαλκού». Ο Κτησίας εκ Κνίδου Κυπρίας στρατευμένος Ιατρός του Κύρου συλλαμβάνεται αιχμάλωτος υπό του Αρταξέρξου, αδελφού του Κύρου και θεραπεύσας αυτόν εκ τραύματος θώρακος τυγχάνει μεγάλης τιμής παρά του Αρταξέρξου. Ο Γάιος στερτίνιος Ξενοφών απόγονος Ξενοφώντος του Κώου επιφανής Ιατρός τιμάται ως Ιατρός του αυτοκράτορος Κλαυδίου. Ο Ασκληπιάδης άριστος Ιατρός καταλαμβάνει υπέροχον θέσιν συνδεθείς διά φιλίας μετά του Κικέρωνος, Μάρκο Αντώνιο. Ο Γαληνός επιφανής Ιατροφιλόσοφος εκ Περγάμου Μικρασίας Ελλήνων επικρατείας προσλαμβάνεται Αρχίατρος του οίκου του αυτοκράτορος Μάρκο Αυρίλιο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι δέκα (10) επιφανείς αρχαίοι Έλληνες γηγενείς Ιατροί εκ της Ελλήνων επικρατείας προερχόμενοι βαθείς γνώσται και λειτουργοί της Ελλήνων Ιατρικής διαχρονικώς τυγχάνουν τιμητικών διακρίσεων και επιβεβαιούται το του προγόνου αυτών Ομήρου «Ιατρός γαρ πολλών άξιος άλλων».

### 75. WILHELM WEINBERG: Ο ΑΓΝΩΣΤΟΣ ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΣΗΜΟΤΕΡΗ ΕΞΙΣΩΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ

N. Βλαχάδης<sup>1,2,3</sup>, A. Πρωτόπαπα<sup>2</sup>, N. Βραχνής<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Γυναικολογίας, Μαιευτικής και Περιγεννητικής Ιατρικής, ΕΚΠΑ, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, Αθήνα, <sup>2</sup>Ανθρωπολογικό Μουσείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, <sup>3</sup>Β' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η σκιαγράφηση του Wilhelm Weinberg, του Ιατρού ο οποίος διατύπωσε την εξίσωση που φέρει το όνομα του μαζί με αυτό του περίφημου Άγγλου μαθηματικού Godfrey Harold Hardy.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο Γερμανός Ιατρός Wilhelm Weinberg γεννήθηκε στη Στουτγκάρδη τα Χριστούγεννα του 1862. Έλαβε πτυχίο Ιατρικής από το Πανεπιστήμιο του Μονάχου το 1886. Από το 1889 και για 42 έτη άσκησε την ειδικότητα της Μαιευτικής-Γυναικολογίας ως ιδιώτης Ιατρός στη Στουτγκάρδη. Τα τελευταία 6 χρόνια της ζωής του εγκατέλειψε την Ιατρική και αποσύρθηκε στην πόλη Tübingen, όπου πέθανε στις 27 Νοεμβρίου 1937. Παράλληλα με το κλινικό του έργο, ασχολήθηκε συστηματικά με τη μελέτη της πληθυσμιακής γενετικής, εργαζόμενος πάντα μόνος. Ο Weinberg στις 13 Ιανουαρίου 1908 διατύπωσε τις αρχές του νόμου της ισορροπίας σε έναν πληθυσμό ενός γονιδίου με δύο αλληλόμορφα σε μια δι-άλεξη στην Εταιρεία Φυσικής Ιστορίας του Württemberg, λίγους μήνες πριν από τη δημοσίευση των μαθηματικών αρχών της από τον Hardy στην Επιστημονική Επιθεώρηση "Science" τον Ιούλιο του ίδιου έτους. Η εργασία του Weinberg δημοσιεύτηκε στο τέλος του 1908 στην ετήσια επιθεώρηση της Εταιρείας στα γερμανικά, με αποτέλεσμα να περάσει στην επιστημονική λήθη για 35 έτη, ώσπου ο Γερμανός γενετιστής Curt Stern το 1943, σε δημοσίευσή του επίσης στο "Science", αποκάλυψε τη συνεισφορά του Weinberg και έκοψε τη επιστημονική κοινότητα αποφάσισε να αποκαλείται η εξίσωση «νόμος Hardy-Weinberg», αντί για «νόμος του Hardy», όπως ήταν γνωστή ως τότε. Σύμφωνα με την εξίσωση αυτή, σε έναν πληθυσμό σε «ισορροπία», αν η συχνότητα των αλληλόμορφων A και a ενός γονιδίου είναι p και q, η συχνότητα των γονότυπων AA, Aa και aa είναι p<sup>2</sup>, 2pq και q<sup>2</sup>, αντίστοιχα. Η συμφωνία των γονοτυπικών συχνοτήτων με την «ισορροπία Hardy-Weinberg» αποτελεί αναγκαία ποιοτική προϋπόθεση κάθε μελέτης γενετικής επιδημιολογίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο Wilhelm Weinberg ήταν ο κλινικός Ιατρός και μοναχικός ερευνητής που διατύπωσε τη θεμελιώδη εξίσωση της πληθυσμιακής γενετικής.

### 76. ΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΕΚΑΕΤΙΩΝ

Π. Ανδριόπουλος

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η νοσογραφία της σύγχρονης Ιατρικής ταλαντεύεται μεταξύ πιθανολογικών μοντέλων που περιγράφουν νοσολογικές οντότητες ως αθροίσματα συμπτωμάτων και εργαστηριακών ευρημάτων και οντολογικών προσεγγίσεων που αποδίδουν σε νοσήματα αυτόνομη υπόσταση. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τη διπλή προσέγγιση της νοσογραφίας και να επικεντρώσει στα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε μιας προσέγγισης.

**ΥΛΙΚΟ:** Οι νοσογραφικές προσεγγίσεις από τον χώρο της παθολογίας, της χειρουργικής και της ψυχιατρικής, που θεμελιώθηκαν στα τέλη του 19ου αιώνα, προσεγγίζονται στη μορφή που πήραν τα τελευταία χρόνια με τη μορφή των διεθνών ταξινομητικών συστημάτων και κατηγοριοποιήσεων.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναζητήθηκαν νοσογραφικές περιγραφές από τα τέλη του 19ου αιώνα έως τα σύγχρονα ταξινομητικά συστήματα και έγινε μια απόπειρα συγκριτικής προσέγγισης των νοσολογικών οντοτήτων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η νοσογραφική προσέγγιση αποπειράθηκε να θεμελιώσει τη νοσολογία από τη μια στο παθολογοανατομικό μοντέλο που αργότερα επεκτάθηκε στους βιοχημικούς μηχανισμούς και από την άλλη σε κριτήρια όπως αυτά του Robert Koch για τις λοιμώξεις. Οι προσεγγίσεις αυτές προσέδωσαν στις νοσολογικές οντότητες μια υπόσταση εκτός του ασθενή που διατηρείται άλλοτε με σαφήνεια και άλλοτε υπόρρητα έως σήμερα. Ταυτόχρονα, η πολυπλοκότητα των κλινικών εκδηλώσεων αλλά και τα αδιέξοδα αυτής της υποστασιοποίησης οδήγησαν σε μια δεύτερη νοσογραφική προσέγγιση, βασισμένη σε μια καταγραφή πιθανών εκδηλώσεων ή εργαστηριακών ευρημάτων και διάγνωση με βάση την πιθανή εμφάνιση κάποιων από αυτές, καταλήγοντας έτσι σε μια πιθανολογική νοσογραφία με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα σύγχρονα ψυχιατρικά νοσολογικά συστήματα. Η διπλή αυτή προσέγγιση άλλοτε αλληλοσυμπληρωματική και άλλοτε αντιφατική τείνει αρκετές φορές στην υποβάθμιση του υποκειμένου της νοσογραφικής προσέγγισης που δεν είναι άλλο από τον ίδιο τον ασθενή, μια υποβάθμιση που έχει τις ρίζες της στα θεμέλια της ίδιας της θετικιστικής επιστημολογικής προσέγγισης του 19ου αιώνα, όπως έχει επανειλημμένα επιστημανθεί στην επιστημολογία.







## 85. ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΟΘΑΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ) ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΗΝ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑ (2011-2014)

Μ. Πιταροκόιλης<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>, Π. Κουτσοδήμου<sup>1</sup>, Π. Καφαράκης<sup>1</sup>, Γ. Γιαννιάς<sup>1</sup>, Π. Τζωρτζάκης<sup>1</sup>, Ν. Σπυριδάκης<sup>2</sup>, Θ. Δερμιτζάκη<sup>2</sup>, Μ. Καραβελάκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλιο-Πανάνειο», <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης, ΠΓΝ Ηρακλείου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των ηλεκτροκαρδιογραφικών (ΗΚΓ) και υπερηχοκαρδιογραφικών ευρημάτων ασθενών με μυοκαρδίτιδα κατά την προσέλευση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) κατά την τετραετία 2011-2014.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν τα ηλεκτροκαρδιογραφήματα (ΗΚΓ) του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) 41 ασθενών με μυοκαρδίτιδα κατά την τετραετία 2011-2014. Καταγράφηκε ο βασικός ρυθμός, η απόκλιση του διαστήματος ST και η μορφολογία του κύματος T. Μετρήθηκαν τα διαστήματα PR και QT καθώς και το εύρος του συμπλέγματος QRS. Αναζητήθηκε η παρουσία αριστερού σκελελικού αποκλεισμού (LBBB) ή δεξιού σκελελικού αποκλεισμού (RBBB). Επίσης μελετήθηκαν τα υπερηχοκαρδιογραφήματα του Τμήματος Επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) των 41 αυτών ασθενών και καταγράφηκε το κλάσμα εξωθήσεως.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν τα ηλεκτροκαρδιογραφήματα (ΗΚΓ) και τα υπερηχοκαρδιογραφήματα του Τμήματος Επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) 41 περιστατικών μυοκαρδίτιδας. Σε όλους τους ασθενείς (100%) καταγράφηκε φυσιολογικός ρυθμός. Επίσης, σε όλους τους ασθενείς (100%) μετρήθηκαν φυσιολογικά τα διαστήματα PR, QT και το εύρος του συμπλέγματος QRS. Οι 23/41 ασθενείς (56%) εμφάνισαν ανάσπαση του διαστήματος ST. Οι 6/41 (15%) ασθενείς εμφάνισαν αρνητικά κύματα T, ενώ 12/41 (29%) ασθενείς δεν εμφάνισαν καμία διαταραχή στο ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Υπερηχοκαρδιογραφικά καταγράφηκε το κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας. Σε 38/41 περιστατικά (92%) το κλάσμα εξωθήσεως υπολογίστηκε >55% (πολύ καλή λειτουργικότητα), ενώ σε 3/41 περιστατικά (8%) το κλάσμα εξωθήσεως υπολογίστηκε 40%-45% (μετρίως επηρεασμένη λειτουργικότητα).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ηλεκτροκαρδιογραφήματα των ασθενών με μυοκαρδίτιδα που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) κατά την τετραετία 2011-2014 εμφάνισαν μη ειδικές διαταραχές, ενώ σε σημαντικό ποσοστό (29%) ήταν απολύτως φυσιολογικά. Για να τεθεί η διάγνωση στο Τμήμα Επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) απαραίτητη είναι η προσεκτική λήψη του ιστορικού, η μέτρηση των δεικτών μυοκαρδιακής βλάβης και ενίοτε το υπερηχοκαρδιογράφημα.

## 86. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΗΝ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑ (2011-2014)

Μ. Πιταροκόιλης<sup>1</sup>, Γ. Γαρίδας<sup>1</sup>, Ε. Κούναλης<sup>1</sup>, Σ. Χατζάκης<sup>1</sup>, Γ. Γιαννιάς<sup>1</sup>, Θ. Δερμιτζάκη<sup>2</sup>, Ν. Σπυριδάκης<sup>2</sup>, Ε. Ρογδάκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλιο-Πανάνειο», <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης, ΠΓΝ Ηρακλείου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των περιστατικών μυοκαρδίτιδας που νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου μας κατά την τετραετία 2011-2014.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εκτιμήθηκαν αναδρομικά δεδομένα της τετραετίας 2011-2014. Από όλους τους νοσηλεύομενους με μυοκαρδίτιδα ελήφθη ιστορικό. Υποβλήθηκαν σε βασική κλινική εξέταση, μέτρηση καρδιακών ενζύμων, ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχοκαρδιογράφημα, 24ωρη ΗΚΓ καταγραφή κατά Holter και κατά περίπτωση σε MRI καρδιάς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καταγράφηκαν 41 περιστατικά μυοκαρδίτιδας. Οι 33/41 ήταν άντρες (80%) και οι 8/41 ήταν γυναίκες (20%). Ο μέσος όρος ηλικίας των αντρών ήταν 25,2 έτη και των γυναικών 24,6 έτη. Μεταξύ Νοεμβρίου και Απριλίου κάθε έτους νοσηλεύτηκαν 38/41 (92,7%) περιστατικά μυοκαρδίτιδας, ενώ τους λοιπούς μήνες 3/41 περιστατικά (7,3%). Το σύνολο των περιστατικών μυοκαρδίτιδας (100%) ανέφερε μη ειδικά συμπτώματα (εύκολη κόπωση, μυαλγίες, αρθραλγίες), 32/41 περιστατικά (78%) ανέφεραν συμπτώματα από το αναπνευστικό, ενώ 9/41 περιστατικά (22%) ανέφεραν συμπτώματα από το γαστρεντερικό.

Σε 7/41 περιστατικά (17%) καταγράφηκαν διάχυτες Ηλεκτροκαρδιογραφικές (ΗΚΓ) αλλοιώσεις. Σε 11/41 περιστατικά (27%) καταγράφηκαν ΗΚΓ αλλοιώσεις κατωτέρου τοιχώματος. Σε 14/41 περιστατικά (34%) καταγράφηκαν ΗΚΓ αλλοιώσεις πλαγίου τοιχώματος. Σε 9/41 περιστατικά (22%) καταγράφηκαν ΗΚΓ αλλοιώσεις πρόσθιου τοιχώματος, ενώ διάχυτες ΗΚΓ αλλοιώσεις καταγράφηκαν σε 7/41 περιστατικά (17%).

Υπερηχοκαρδιογραφικά εκτιμήθηκε το κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ). Σε 38/41 περιστατικά (92%) το κλάσμα εξωθήσεως (ΚΕΑΚ) υπολογίστηκε >55% (πολύ καλή λειτουργία), ενώ σε 3/41 περιστατικά (8%) το κλάσμα εξωθήσεως (ΚΕΑΚ) υπολογίστηκε 40%-45% (μετρίως επηρεασμένη λειτουργία).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Κατά την τετραετία 2011-2014 τα περιστατικά μυοκαρδίτιδας που νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου μας προέκυψαν μετά από λοιμώξεις, συνηθέστερα του αναπνευστικού, με χαρακτηριστικά ηλεκτροκαρδιογραφικά και υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα και ομαλή κλινική πορεία.

## 87. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ Ή ΑΝΟΙΚΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ι. Θάνου<sup>1</sup>, Ε. Μπότσα<sup>1</sup>, Μ. Μουτάφη<sup>1</sup>, Ε. Μακρίδη<sup>1</sup>, Λ. Θάνος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Α' Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας και Διαγνωστικής Απεικόνισης, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της επάρκειας και της ασφάλειας της απεικονιστικά καθοδηγούμενης διαδερμικής παροχέτευσης αποστημάτων στους παιδιατρικούς ασθενείς.

**ΥΛΙΚΟ:** 33 συνολικά παροχέτευσεις αποστημάτων ποικίλης εντοπίσεως (πάγκρεας 5, πύελο 6, σπλήνας 4, νεφροί 4, ήπαρ 9, παρασπονδυλική χώρα 3, εγκέφαλος 1, όρχις 1) πραγματοποιήθηκαν σε 33 ασθενείς (15 άρρενες, 18 θήλεα, εύρος ηλικίας 3 μηνών έως 16 ετών, μέση ηλικία 8 έτη). Όλες οι παροχέτευσεις πραγματοποιήθηκαν υπο καταστολή με καθέτρες παροχέτευσης 7f ή 8f με απεικονιστική καθοδήγηση αξονικού τομογράφου ή υπερηχοτομογράφου. Σε όλους τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε νεογνικό πρωτόκολλο ακτινοβολήσεως (CTDI 0,9Gy).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πλήρης παροχέτευση του αποστήματος ετετεύχθη σε 29 ασθενείς (87,8%). Σε 3 (9,09%) απαιτήθηκε ανοικτή χειρουργική αντιμετώπιση του αποστήματος, ενώ σε 1 περίπτωση (3,03%) η παροχέτευση υπήρξε ατελής. Ο χρόνος παραμονής του καθέτρηρα κυμάνθηκε από 2 έως 15 ημέρες. Κριτήρια αφαίρεσης του καθέτρηρα ήταν η πλήρης διακοπή ή η μείωση της παροχέτευσης στα 10 cc/24 h καθώς και η κλινική βελτίωση του ασθενούς. Το υλικό της παροχέτευσης εστάλη κατά περίπτωση για κυτταρολογική, βιοχημική εξέταση ή/και καλλιέργεια. Ένας ασθενής παρουσίασε μικρό υποκάψιο αιμάτωμα ήπατος και ένας δεύτερος μικρό αιμάτωμα νεφρού. Μείζονες επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν. Μέσω της διαδερμικής μεθόδου αποφεύχθηκαν χειρουργικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές, αποφεύχθηκε το κόστος του χειρουργείου και μειώθηκε ο χρόνος νοσηλείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η διαδερμική παροχέτευση αποστημάτων αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική θεραπευτική ή και διαγνωστική μέθοδο ασφαλή, αποτελεσματική χωρίς μείζονες επιπλοκές. Πλεονεκτεί σαφώς της χειρουργικής μεθόδου, όπου αυτή μπορεί να εφαρμοστεί.

## 88. ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ Ή ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΣΤΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ;

Ε. Μακρίδη<sup>1</sup>, Ε. Μπότσα<sup>1</sup>, Ι. Θάνου<sup>1</sup>, Μ. Μουτάφη<sup>1</sup>, Λ. Θάνος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Α' Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας και Διαγνωστικής Απεικόνισης, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της κατευθυνόμενης (υπό αξονικό τομογράφο) διαδερμικής βιοψίας στη διάγνωση οστικών αλλοιώσεων σε παιδιατρικούς ασθενείς.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 29 ασθενείς (18 αγόρια, 11 κορίτσια, εύρος ηλικίας: 4-16 έτη, μέση ηλικία: 10 έτη) με οστικές αλλοιώσεις που υποβλήθηκαν σε διαδερμική βιοψία υπό αξονικό τομογράφο. Οι αλλοιώσεις αφορούσαν δυσπρόσιτες περιοχές στην ωμοπλάτη, στο λαγόνιο, στην ηβική σύμφυση, στη ΘΜΣΣ, στην ΟΜΣΣ και στο θωρακικό τοίχωμα. Σε όλους τους ασθενείς εφαρμόστηκε νεογνικό πρωτόκολλο ακτινοβολήσεως (CTDI = 0.9 mGy) με τον ελάχιστο αριθμό τομών. Όλες οι βιοψίες πραγματοποιήθηκαν υπό καταστολή. Σε όλους τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκαν οστεοστικής βιοψίας τύπου Trocar και ελήφθησαν 1 έως 3 δείγματα από κάθε βλάβη. Όλες οι βιοψίες πραγματοποιήθηκαν από τον ίδιο επεμβατικό ακτινολόγο με πολυετή εμπειρία στο αντικείμενο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι βιοψίες ήταν τεχνικά επιτυχείς σε ποσοστό 100%. Επαρκές υλικό για διάγνωση ελήφθη σε 27/29 περιπτώσεις, ενώ στους υπόλοιπους 2 ασθενείς το υλικό κρίθηκε ανεπαρκές για την τεκμηρίωση της διάγνωσης και έγινε δεύτερη επιτυχής βιοψία. Τα ιστολογικά ευρήματα ήταν σε 6 ασθενείς οστεοσάρκωμα, 2 χονδροσάρκωμα, 2 χονδροβλάστωμα, 3 λέμφωμα, 7 ιστοκύτωση, 5 TB σπονδυλίτιδα, 3 σταφυλοκοκκική σπονδυλίτιδα 1 οστεοειδές οστέωμα. Μείζονες επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η κατευθυνόμενη διαδερμική βιοψία είναι αποτελεσματική, ασφαλής και υψηλής διαγνωστικής αξίας μέθοδος διάγνωσης οστικών αλλοιώσεων και στους παιδιατρικούς ασθενείς. Η υπεροχή του σε σχέση με τη χειρουργική διαδικασία έγκειται στο εξίσου αξιόπιστο διαγνωστικό αποτέλεσμα με μια μέθοδο μικρής χρονικής διάρκειας, λιγότερο επώδυνη για τον ασθενή με βραχύτερη νοσηλεία και χωρίς μείζονες επιπλοκές.

## 89. ΔΥΣΧΕΡΩΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΖΟΜΕΝΑ ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΥ ΕΙΛΕΟΥ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΑΥΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ι. Σκούρας, Θ. Καρυακατζής, Α. Αποστολάτου, Α. Καγιά, Π. Μαρτάκη  
ΕΑΝΠ «Μεταξά»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη με τη χρήση της υπολογιστικής τομογραφίας των ακτινολογικών ευρημάτων σε απόφραξη του τύπου της κλειστής έλικας, σε λειτουργική απόφραξη παχέος εντέρου Cannon's point καθώς και ο ρόλος της μεθόδου στη διαχείριση των ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ:** Παρουσιάζουμε συνολικά τις περιπτώσεις 5 ασθενών του Νοσοκομείου μας (τρεις άνδρες και 2 γυναίκες ηλικίας 58 - 75 ετών) στους οποίους πραγματοποιήθηκε υπολογιστική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας (προ και μετά από την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας) λόγω υδραερικών επιπέδων στις απλές ακτινογραφίες κοιλίας καθώς και συμπτωματολογίας ενδεικτικής αποφρακτικού ειλεού. Σε τρεις εξ αυτών απεικονίστηκαν ευρήματα συμβατά με απόφραξη λεπτού εντέρου του τύπου της κλειστής έλικας (closed loop obstruction), ενώ στους υπόλοιπους 2 ασθενείς διεγνώσθη λειτουργική απόφραξη του παχέος εντέρου Cannon's Point.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην απόφραξη του τύπου της κλειστής έλικας τα ακτινολογικά ευρήματα ήταν τα ακόλουθα: Σημαντικού βαθμού διάταση τμήματος του λεπτού εντέρου, έλικα λεπτού εντέρου σχήματος C ή U με περιφερική εντόπιση, εικόνα δικην ράμφους πτηνού στο σημείο της απόφραξης, σημείο στροβίλου λόγω του στριμμένου και οιδηματώδους μεσεντερίου και ανάδειξη κοπρανώδους περιεχομένου εντός της κλειστής έλικας του λεπτού εντέρου (small bowel feces sign). Στη δεύτερη περίπτωση αναδείχτηκαν τα παρακάτω ευρήματα: υδραερικά επίπεδα τόσο στην περιοχή τόσο του λεπτού όσο και του παχέος εντέρου, περιοχή έντονης στένωσης στο περιφερικό τμήμα του εγκάρσιου κόλου χωρίς ανάδειξη ενδοσουλκικού ή εξωσουλκικού αιπίου καθώς και απουσία παθολογικής πρόσληψης της ενδοφλέβιας σκιαγραφικής ουσίας. Οι ασθενείς που διεγνώσθησαν με απόφραξη του τύπου της κλειστής έλικας αντιμετώπιστηκαν στο σύνολο τους χειρουργικά παρουσιάζοντας ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Οι ασθενείς με τη λειτουργική απόφραξη του παχέος εντέρου Cannon's Point υποβλήθηκαν σε κολοσκόπηση η οποία δεν ανέδειξε διαταραχές του βλενογόννου ωστόσο αποκλείστηκε η βατότητα του γαστρεντερικού σωλήνα λύνοντας τον σπασμό του εντέρου στον σφικτήρα του Cannon.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η υπολογιστική τομογραφία μπορεί να αποσαφηνίσει τις αιτίες του αποφρακτικού ειλεού ακόμη και σε ιδιαίτερα δύσκολες περιπτώσεις καθορίζοντας ουσιαστικά τη χειρουργική ή μη αντιμετώπιση του ασθενούς.

## 90. ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Ν. Γιάγκης<sup>1</sup>, Σ. Κατσαραγάκης<sup>2</sup>, Μ. Καλαφάτης<sup>3</sup>, Ε. Πολυχρονπούλου<sup>4</sup>, Δ. Θεοδώρου<sup>2</sup>, Γ. Ζωγράφος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Ανάνηψης Καρδιοχειρουργημένων Ασθενών, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Αθήνα, <sup>4</sup>Αιμοδοσία, ΕΑΝΠ «Μεταξά», Πειραιάς

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ευθανασία αποτελεί ένα θέμα πρόκληση που έχει πλέον αποκτήσει ιδιαίτερη ιατρική, νομική πολιτική, κοινωνική ακόμα και οικονομική υπόσταση. Υπάρχουν χώρες που το νομοθετικό πλαίσιο που τάσεται υπέρ της ευθανασίας υπό όρου και χώρες όπως και η Ελλάδα που ακόμη δεν έχουν θεσμοθετήσει κάτι συγκεκριμένο. Ο προβληματισμός και ο διάλογος για την ευθανασία πηγάζει ουσιαστικά από την εμφανή σύγκρουσή της με το δικαίωμα της ζωής, που σήμερα προστατεύεται διεθνώς και κατοχυρώνεται συνταγματικά, σχεδόν από όλες τις χώρες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της γνώσης και στάσης των συγγενών/φίλων των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ απέναντι στην ευθανασία.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μετά από έγκριση της μελέτης από το Επιστημονικό Συμβούλιο Γενικού Νοσοκομείου Αττικής δόθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο σε 143 συγγενείς/φίλους ασθενών βαρέως πασχόντων που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ και είχαν APACHE Score  $\geq 20$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 50,7% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 33,6% ήταν οι γονείς του ασθενή. Το 62,9% των συμμετεχόντων θεωρούσε πιο σημαντική την ποιότητα ζωής του ασθενή τους σε σύγκριση με την αξία της ζωής τους. Το 48,3% του δείγματος της μελέτης ήταν υπέρ της ευθανασίας και το 66,4% γνώριζε λίγα/πολύ λίγα για την ευθανασία. Το 48,3% των ατόμων του δείγματος συμφωνούν να θεσμοθετηθεί η ευθανασία κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχέτισεις ( $p < 0,001$ ) στην πρόθεση για συναίνεση διακοπής θεραπείας, με την ηλικία του ασθενή αλλά και την κατάσταση της υγείας του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το ζήτημα της ευθανασίας αποτελεί πρόκληση για την κοινωνία. Η θεσμοθέτηση της διακοπής θεραπείας υπό προϋποθέσεις, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος του ασθενή για αυτοδιαχείρισή, είναι σημαντικά θέματα που εντάσσονται σε επίπεδο νομικής, κοινωνικής, ηθικής και θρησκευτικής θεώρησης. Η ενημέρωση των πολιτών για την ευθανασία αποτελεί επιτακτική ανάγκη για την αλλαγή των στάσεων που αφορούν στη διακοπή θεραπείας.

## 91. ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ: ΠΕΡΙΠΤΩΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

Ρ. Θεοδωρόπουλου<sup>1,2</sup>, Ι. Κότσιρας<sup>1</sup>, Σ. Βλασταράκος<sup>1</sup>, Α. Βλάχου<sup>1,3</sup>, Ε. Καφέ<sup>1,3</sup>, Μ. Ζαφειροπούλου<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>ΑΤΕΙ Πειραιά, <sup>2</sup>ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», <sup>3</sup>ΠΕΔΥ Αθήνας, <sup>4</sup>Εμπειρογώμων ΕΕ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη των νέων μοντέλων συλλογικών δράσεων κοινωνικής αλληλεγγύης της Κοινωνίας των Πολιτών στην Ελλάδα ως δράσεις ανθεκτικότητας (resilience) για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες εν μέσω κρίσης. Θα διερευνηθεί η τοποθέτηση των Κοινωνικών Ιατρείων/Όδοντιατρείων και Φαρμακείων και δυναμική τους σε σχέση με το κράτος. Απώτερος σκοπός είναι η αποσαφήνιση των ιδιαίτερων και αντισυστηματικών χαρακτηριστικών των νέων αυτών μορφών αυτό-οργάνωσης και η δυνατότητα ενδυνάμωσης της κοινωνίας των πολιτών.

**ΥΛΙΚΟ:** Βιβλιογραφική έρευνα και περιπτωσιολογικές μελέτες όσον αφορά τη λειτουργική και οργανωτική δομή των Κοινωνικών Ιατρείων και Φαρμακείων Αλληλεγγύης (ΚΙΦΑ) ανά την επικράτεια, ως νέοι φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη κατηγοριοποιεί τα ΚΙΦΑ ανάλογα με τη γεωγραφική τους θέση και τον τρόπο ανάπτυξής τους, καταγράφει στατιστικά δεδομένα από τη λειτουργία τους και περιγράφει τα κριτήρια επιλογής και τις προϋποθέσεις ένταξης πολιτών, καθώς επίσης τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των δικαιούχων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα ΚΙΦΑ αποτελούν νέες εθελοντικές δομές της Κοινωνίας των Πολιτών χωρίς ιδιοκτησία, χωρίς χρέη, χωρίς ιεραρχικά δομημένη εξουσία, χωρίς νομικό πλαίσιο λειτουργίας. Ο αντί-συστηματικός χαρακτήρας τους και ο τρόπος αυτό-οργάνωσης αποτελούν «αυτάρματα αντανάκλαστικά» (Λοικίδου, 2014) της κοινωνίας των πολιτών που έχουν όμως ανάγκη από θεσμοθετημένα πλαίσια και οριοθετημένες σχέσεις με το κράτος.

## 92. ΚΥΤΤΑΡΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΜΕΣΩ ΕΠΑΓΩΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ ΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΘΟ ΤΗΣ ΟΞΕΙΔΟΑΝΑΓΩΓΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΛΕΥΡΟΠΑΪΝΗΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ

Η. Κατσουλιέρης

Ινστιτούτο Βιοεπιστημών και Εφαρμογών, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ελευροπαΐνη, ένα φυσικό συστατικό των φύλλων και του καρπού της ελιάς, προσελκύει κλινικό ενδιαφέρον κυρίως λόγω των αντιοξειδωτικών και αντικαρκινικών ιδιοτήτων της. Ο σκοπός της παρούσης *in vitro* μελέτης είναι ο προσδιορισμός του μοριακού μηχανισμού που εμπλέκεται στην προστατευτική δράση της ελευροπαΐνης σε καρκινικά ηπατικά (HepG2) κύτταρα, δίνοντας έμφαση στο ενδοκυτταριο οξειδοαναγωγικό περιβάλλον.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το φυτοφάρμακο piquaquat (PQ) χρησιμοποιήθηκε ως πρότυπος παράγοντας επαγωγής οξειδωτικού στρες. Τα επίπεδα κυτταροτοξικότητας και βιωσιμότητας προσδιορίστηκαν με μετρήσεις αναγωγής του MTT και χρώσης DNA (Hoechst/propidium iodide), αντίστοιχα. Για τον προσδιορισμό των επιπέδων απόπτωσης πραγματοποιήθηκε ανοσοφθορισμός της κασπάσης-3 και ανοσοαποτύπωση κατά της PARP. Το οξειδωτικό στρες ανιχνεύθηκε και ποσοτικοποιήθηκε με τις δοκιμασίες αναγωγής NBT (μέτρηση υπεροξειδίου ανιόντος) και μαλονδιαλδεύδης (μέτρηση οξειδωσης ενδοκυτταρικών λιπιδίων).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 24-ωρη επώαση των κυττάρων με piquaquat συνετέλεσε σε κυτταρική νέκρωση, παράλληλα με αύξηση των δεικτών οξειδωτικού στρες και πυρηνική μετατόπιση της ενεργής μορφής της κασπάσης-3. Η ταυτόχρονη επώαση με ελευροπαΐνη προκάλεσε στατιστικώς σημαντική προστασία κατά των επαγόμενων - από το PQ - αλλοιώσεων, όπως φαίνεται από αυξημένη βιωσιμότητα των κυττάρων, μείωση σήματος ανοσοφθορισμού της ενεργής κασπάσης-3 και ομαλοποίηση των επιπέδων έκφρασης της β-tubulin, επιδεικνύοντας μερική αποκατάσταση του κυτταροσκελετού. Απροσδόκητα, οι προστατευτικές αυτές επιδράσεις της ελευροπαΐνης συνδέονται με αυξημένα επίπεδα υπεροξειδίου ανιόντος, μαλονδιαλδεύδης και σχίσσης PARP.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ανωτέρω αποτελέσματα επιδεικνύουν πως η ελευροπαΐνη προστατεύει τα HepG2 κύτταρα από την προκλήθεια από το PQ νέκρωσης μέσω καταστολής σχίσσης της κασπάσης-3, ενώ ταυτόχρονα δρά ως προ-οξειδωτικός παράγοντας που επάγει την απόπτωση. Η μελέτη υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα περαιτέρω έρευνας του παράδοξου αυτού μηχανισμού δράσης της ελευροπαΐνης, εστιάζοντας στο ρόλο των ενδογενών αντιοξειδωτικών ενζύμων.

### 93. ΤΑ ΥΨΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΩΝ ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΥΝ ΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ Β ΜΕ ΤΗ LDL ΚΑΙ NON-HDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ ΚΥΡΙΩΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ Ή ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Φ. Μπάρκας, Μ. Ελισάφ, Α. Λιόντος, Ε. Κλούρας, Ε. Λυμπερόπουλος, Ε. Ρίζος

Ιατρείο Διαταραχών των Λιπιδίων, Μεταβολισμού και Παχυσαρκίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση της συσχέτισης της απολιποπρωτεΐνης Β (ΑpoB) με τη χοληστερόλη των χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL-C) και τη χοληστερόλη που δεν περιέχεται στις υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (nonHDL-C) σε ασθενείς που δε λαμβάνουν υπολιπιδαιμική αγωγή.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν 1000 ενήλικοι ασθενείς που παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο Λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για  $\geq 3$  έτη. Αφού αποκλείστηκαν οι ασθενείς που ελάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή, οι υπόλοιποι κατηγοριοποιήθηκαν σε 2 ομάδες: σε ασθενείς με διαβήτη ή μεταβολικό σύνδρομο (ΣΔ/ΜετΣ) και σε υπερλιπιδαιμικά άτομα που δεν τηρούσαν τα κριτήρια διάγνωσης με σακχαρώδη διαβήτη ή μεταβολικό σύνδρομο. Μελετήθηκαν οι συσχετίσεις της ΑpoB με τη LDL-C και nonHDL-C ανάμεσα στις 2 ομάδες ατόμων. Παρόμοιες αναλύσεις έγιναν και με βάση τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων (TRG < και  $\geq 200$  mg/dL).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 821 συμμετέχοντες, 51% είχε διαγνωσθεί με ΣΔ/ΜετΣ. Οι συσχετίσεις μεταξύ της ΑpoB και της LDL-C ή nonHDL-C ήταν παρόμοιες για τα άτομα με TRG 2 = 0.755,  $p < 0.01$ , για τα άτομα με ΣΔ/ΜετΣ;  $r^2 = 0.848$ ,  $p 2 = 0.600$ ,  $p < 0.01$ , για τη συσχέτιση ΑpoB - LDL-C;  $r^2 = 0.604$ ,  $p < 0.01$ , για τη συσχέτιση ΑpoB - nonHDL-C). Αντίθετα, οι αντίστοιχες συσχετίσεις ήταν πιο ισχυρές στα υπερλιπιδαιμικά άτομα ( $r^2 = 0.710$  και  $0.714$ , αντίστοιχα,  $p < 0.01$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συσχέτιση της ΑpoB με τη LDL-C και τη nonHDL-C μειώνεται σε άτομα με αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων και κυρίως σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ή μεταβολικό σύνδρομο.

### 94. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΙΤΑΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΚΑΙ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Φ. Μπάρκας, Ε. Κλούρας, Ε. Λυμπερόπουλος, Μ. Ελισάφ

Ιατρείο Διαταραχών των Λιπιδίων, Μεταβολισμού και Παχυσαρκίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τελευταία γίνεται μεγάλη συζήτηση σχετικά με τη δυσμενή επίδραση που ενδεχομένως ασκούν οι στατίνες στο γλυκαιμικό προφίλ των ασθενών με δυσλιπιδαιμία. Ωστόσο, η πιταβαστατίνη έχει συσχετιστεί με βελτίωση της ομοιοστασίας των υδατανθράκων.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στρατολογήθηκαν ασθενείς με δυσλιπιδαιμία που δεν είχαν λάβει καμία υπολιπιδαιμική αγωγή για τουλάχιστον 6 εβδομάδες πριν από τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν πιταβαστατίνη (2 mg) και μελετήθηκαν οι μεταβολές του λιπιδαιμικού και γλυκαιμικού τους προφίλ 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τριάντα δύο ασθενείς έχουν ολοκληρώσει προς το παρόν τη μελέτη. Η χορήγηση της πιταβαστατίνης μείωσε τα επίπεδα του δείκτη αντίστασης της ινσουλίνης (HOMA-IR) κατά 19% (από  $1,6 \pm 0,5$  σε  $1,3 \pm 0,4$ ,  $p < 0,05$  για τη σύγκριση με τα αρχικά επίπεδα) και βελτίωσε το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών: τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης μειώθηκαν κατά 25% (από  $234 \pm 29$  mg/dL σε  $176 \pm 20$  mg/dL), της χοληστερόλης των χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL) κατά 37% (από  $152 \pm 22$  mg/dL σε  $96 \pm 17$  mg/dL) και της απολιποπρωτεΐνης Β (apoB) κατά 25% (από  $92 \pm 13$  mg/dL σε  $69 \pm 9$  mg/dL,  $p < 0,05$  για τις επιμέρους συγκρίσεις με τα αρχικά επίπεδα). Τα επίπεδα της χοληστερόλης των υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (HDL) αυξήθηκαν κατά 6% (από  $54 \pm 19$  mg/dL σε  $57 \pm 20$  mg/dL,  $p < 0,05$  για τη σύγκριση με τα αρχικά επίπεδα).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα της παρούσης μελέτης επιβεβαιώνουν τα βιβλιογραφικά δεδομένα που υποδεικνύουν ότι η χορήγηση της πιταβαστατίνης έχει ευνοϊκή επίδραση στο λιπιδαιμικό προφίλ και στους παρμέτρους του μεταβολισμού των υδατανθράκων σε ασθενείς με δυσλιπιδαιμία.

### 95. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΗΣ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑ

Φ. Μπάρκας, Ε. Κλούρας, Ε. Λυμπερόπουλος, Μ. Ελισάφ

Ιατρείο Διαταραχών Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σύγκριση της «επιθετικότητας» της υπολιπιδαιμικής αγωγής και της δυνατότητας επίτευξης των στόχων όσον αφορά τα επίπεδα της χοληστερόλης των χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL-C) μεταξύ ασθενών με οικογενή υπερχοληστερολαιμία (FH) και υπερλιπιδαιμικών ατόμων που δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της FH.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η «επιθετικότητα» της υπολιπιδαιμικής αγωγής με στατίνη διακρίθηκε σε ισχυρή και μέτρια ανάλογα με την αναμενόμενη μείωση της LDL-C ( $\geq$  and  $< 50\%$ , αντίστοιχα). Οι στόχοι όσον αφορά την LDL-C καθορίστηκαν σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης. Η διάγνωση της FH βασίστηκε στα κριτήρια του Dutch Lipid Clinic Network. Έγιναν συγκρίσεις όσον αφορά α) την «επιθετικότητα» της θεραπείας με στατίνη, β) τη χορήγηση συνδυασμού στατίνης με άλλα υπολιπιδαιμικά φάρμακα (εζετιμίμη, κολεβεσελάμη) και γ) τα ποσοστά επίτευξης των στόχων όσον αφορά τα επίπεδα της LDL-C, μεταξύ των ασθενών με οικογενή υπερχοληστερολαιμία (FH) και υπερλιπιδαιμικών ατόμων που δεν πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση της FH.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 1000 ασθενείς, εκ των οποίων 120 πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση της FH (πιθανή ή σίγουρη). Ένα υψηλότερο ποσοστό ασθενών με FH έπαιρναν «επιθετική» υπολιπιδαιμική αγωγή με στατίνη ή συνδυασμένη υπολιπιδαιμική αγωγή σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς της μελέτης (64 vs 28% και 62 vs 19%,  $p < 0,05$  για τις επιμέρους συγκρίσεις). Ανάμεσα στα άτομα που είχαν υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, οι ασθενείς με ή χωρίς FH είχαν παρόμοια ποσοστά επίτευξης των στόχων όσον αφορά τη μείωση της LDL-C.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Περισσότεροι ασθενείς με FH λαμβάνουν «επιθετική» υπολιπιδαιμική αγωγή με στατίνη ή συνδυασμό υπολιπιδαιμικών φαρμάκων σε σύγκριση με υπερλιπιδαιμικά άτομα που δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της νόσου. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με FH δεν επιτυγχάνουν τους στόχους όσον αφορά τη μείωση της LDL-C και δεν λαμβάνουν «επιθετική» υπολιπιδαιμική αγωγή ή συνδυασμό υπολιπιδαιμικών φαρμάκων.

### 96. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑ

Φ. Μπάρκας, Ε. Κλούρας, Μ. Ελισάφ, Ε. Λυμπερόπουλος

Ιατρείο Διαταραχών Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η οικογενής υπερχοληστερολαιμία (FH) σχετίζεται με την εμφάνιση πρώιμης στεφανιαίας νόσου (ΣΝ), ενώ αντιπατικά δεδομένα υπάρχουν όσον αφορά την επίπτωση της μη στεφανιαίας καρδιαγγειακής νόσου σε αυτόν τον πληθυσμό.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σύγκριση της επίπτωσης της καρδιαγγειακής νόσου μεταξύ ασθενών με FH και υπερλιπιδαιμικών ατόμων που δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της FH.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν ενήλικοι άτομα με διάρκεια παρακολούθησης  $\geq 3$  έτη. Η διάγνωση της FH βασίστηκε στα κριτήρια του Dutch Lipid Clinic Network. Συγκρίθηκαν τα ποσοστά εμφάνισης ΣΝ, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) και περιφερικής αγγειακής νόσου (ΠΑΝ) στην πιο πρόσφατη επίσκεψη, μετά από διόρθωση για συγχυτικούς παράγοντες που δυνητικά συσχετίζονται με την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου (κάπνισμα, παρουσία μεταβολικού συνδρόμου, διαβήτη, υπέρταση, οικογενειακό ιστορικό πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου και ηλικία).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 1000 ασθενείς, εκ των οποίων 120 πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση της FH (πιθανή ή σίγουρη). Υψηλότερη επίπτωση ΣΝ παρατηρήθηκε στους ασθενείς με FH σε σύγκριση με τα άτομα που δεν πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση της νόσου (16,7 vs 9%,  $p < 0,05$ ). Αντίθετα, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την επίπτωση των ΑΕΕ (9,2 vs 10,7%) και της ΠΑΝ (5,6 vs 4,7%) μεταξύ των 2 ομάδων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η οικογενής υπερχοληστερολαιμία συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΝ, αλλά δεν φαίνεται να μεταβάλλει την επίπτωση των ΑΕΕ και της ΠΑΝ σε υπερλιπιδαιμικά άτομα που παρακολουθούνται σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο λιπιδίων.



### 101. ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ, ΕΞΩ ΣΦΑΓΙΤΙΔΑΣ Ή ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ Η ΘΕΣΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ CLABSΙ;

Β. Πιτυρίγκα<sup>1</sup>, Π. Μαριάτος<sup>2</sup>, Κ. Καραμάνου<sup>2</sup>, Ι. Δενδρινός<sup>2</sup>, Κ. Σαγρή<sup>2</sup>, Γ. Γεωργιάδης<sup>2</sup>, Α. Τσακρής<sup>1</sup>, Γ. Σαρόγλου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Νοσοκομείο METROPOLITAN

**ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:** Η χρήση κεντρικών φλεβικών καθετήρων δεν είναι άμωρη κινδύνων τόσο κατά τη διαδικασία εισαγωγής όσο και κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στον ασθενή. Σε σύγκριση με τη μηριαία πρόσβαση στο χώρο, η πρόσβαση μέσω εσω σφαγιτιδας και υποκλειδιάς σχετίστηκαν με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης βακτηριαιμιών που σχετίζονται με καθετήρα (CLABSIs) σε παλαιότερες μελέτες, ωστόσο πρόσφατες μελέτες διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά των CLABSIs μεταξύ των τριών αυτών θέσεων. Ο στόχος της μελέτης αυτής ήταν να εκτιμηθεί το ποσοστό των CLABSIs ανάλογα με τη θέση εισαγωγής του καθετήρα στην υποκλειδία, την εσω σφαγιτιδα, ή τη μηριαία σε ασθενείς του νοσοκομείου μας.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά για χρονικό διάστημα 2 ετών τα ποσοστά των CLABSIs και ξεχωριστά του αποικισμού των καθετήρων, που εμφανίζονται σε καθετήρες που τοποθετήθηκαν μέσω υποκλειδιάς ή εσω σφαγιτιδας, ή μηριαίας αρτηρίας. Η βέλτιστη θέση εισαγωγής για κάθε ασθενή ξεχωριστά επελέγη από έμπειρους ιατρούς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά μελετήθηκαν 1187 κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες που παρέμειναν 9774 ημέρες-καθετήρες σε 905 ασθενείς. Η συνολική επίπτωση των CLABSIs ήταν 5,32/ 1000 ημέρες-καθετήρες, και το συνολικό ποσοστό αποικισμού των καθετήρων ήταν 12,48/1.000 ημέρες-καθετήρες. Το ποσοστό των CLABSIs ήταν: υποκλειδία: 4,85/1000 ημέρες-καθετήρες, εσω σφαγιτιδα: 4,83/1000, και μηριαία: 8,04/1,000 ( $p < 0,01$ ). Το ποσοστό αποικισμού των καθετήρων ήταν: υποκλειδία: 15,43/1.000 ημέρες-καθετήρες, εσω σφαγιτιδα: 8,15/1.000 ημέρες-καθετήρες, και μηριαία: 25,46/1000 ημέρες-καθετήρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ποσοστό τόσο στην εμφάνιση CLABSIs όσο και στον αποικισμό του καθετήρων παρατηρήθηκε στη μηριαία περιοχή τοποθέτησης της κεντρικής γραμμής. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα ποσοστά μεταξύ των άλλων δύο θέσεων τοποθέτησης στην εμφάνιση των CLABSIs, ενώ στον αποικισμό των καθετήρων η υποκλειδία θέση παρουσίασε μεγαλύτερα ποσοστά σε σύγκριση με τη σφαγιτιδα.

### 102. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ CLABSΙ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Β. Πιτυρίγκα<sup>1</sup>, Π. Μαριάτος<sup>2</sup>, Κ. Καραμάνου<sup>2</sup>, Ι. Δενδρινός<sup>2</sup>, Κ. Σαγρή<sup>2</sup>, Γ. Γεωργιάδης<sup>2</sup>, Α. Τσακρής<sup>1</sup>, Γ. Σαρόγλου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Νοσοκομείο METROPOLITAN

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες είναι ζωτικής σημασίας για τη φροντίδα των νοσηλευόμενων και βαρέως πασχόντων ασθενών, δεδομένου ότι παρέχουν αξιόπιστη φλεβική πρόσβαση για κλινικές παρεμβάσεις, όπως η αιμοληψία, η έγχυση των φαρμάκων, και η μέτρηση αιμοδυναμικών παραμέτρων. Ωστόσο, είναι επίσης η κύρια αιτία βακτηριαιμιών που σχετίζονται με την ιατρική περίθαλψη και εμπλέκονται συχνά σε απειλητικές για τη ζωή λοιμώξεις. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καθοριστεί κατά πόσον η μεγαλύτερη διάρκεια της διατήρησης κεντρικού καθετήρα σχετίζεται με την αύξηση του ποσοστού των βακτηριαιμιών που σχετίζεται με καθετήρα κεντρικής γραμμής (CLABSIs) τόσο για κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες (CVCs) όσο και για περιφερικά εισαγόμενους κεντρικούς καθετήρες (PICCs).

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήσαμε μια αναδρομική μελέτη ασθενών από όλες τις μονάδες του νοσοκομείου που ανέπτυξαν CLABSΙ κατά τη διάρκεια τοποθέτησης CVCs και PICCs, μεταξύ 1 Ιανουαρίου 2014 μέχρι 30 Σεπτεμβρίου, 2015.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά εντοπίστηκαν 70 περιπτώσεις CLABSΙ, 52 εκ των οποίων συνδέονται με κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες και 18 με PICC γραμμές, για συνολικά 20.884 ημέρες-καθετήρες (9774 CVCs, 11,110 PICCs). Το ποσοστό των CLABSΙ που σχετίζονται με PICCs ήταν 1,62 ανά 1.000 καθετήρα-ημέρες (μέσος όρος διάρκειας παραμονής των PICCs: 22,78 ημέρες). Το ποσοστό των CLABSΙ που συνδέονται με CVCs ήταν 4,80 για διάρκεια του καθετήρα 2-10 ημέρες, 5,22 για 11-20 ημέρες, και 6,48 για > 20 ημέρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στα ποσοστά των CLABSΙ που προέρχονται από εισαγωγή κεντρικών φλεβικών καθετήρων, τα στοιχεία αναδεικνύουν μια σταδιακή αύξηση όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της τοποθέτησης του καθετήρα. Οι PICC γραμμές συσχετίστηκαν με σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά CLABSΙ, παρά τη μεγαλύτερη μέση διάρκεια της τοποθέτησης τους.

### 103. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΕΙΣΕΡΧΟΜΕΝΟΙ ΚΕΝΤΡΙΚΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ (PICCS) ΕΝΑΝΤΙ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ (CVCs) ΣΕ ΒΑΡΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΣ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ CLABSΙ;

Β. Πιτυρίγκα<sup>1</sup>, Π. Κανελλόπουλος<sup>2</sup>, Έ. Κάμπος<sup>2</sup>, Κ. Καραμάνου<sup>2</sup>, Κ. Σαγρή<sup>2</sup>, Ι. Δενδρινός<sup>2</sup>, Α. Τσακρής<sup>1</sup>, Γ. Γεωργιάδης<sup>2</sup>, Γ. Σαρόγλου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Νοσοκομείο METROPOLITAN

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Αν και αρκετές μελέτες δείχνουν ότι οι περιφερικά εισαγόμενοι κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες (PICCs) συνδέονται με χαμηλότερο κίνδυνο από ό, τι οι κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες (CVCs) για εμφάνιση βακτηριαιμιών που σχετίζονται με κεντρικούς καθετήρες (CLABSIs), άλλες μελέτες υποστηρίζουν την αντίθετη άποψη. Στην παρούσα μελέτη συγκρίναμε αναδρομικά τα ποσοστά CLABSΙ που εμφανίστηκαν σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς με PICCs ή με CVCs που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας κατά τη διάρκεια της περιόδου 2012-2015.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 1187 κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες (CVCs) τοποθετήθηκαν για 9774 καθετήρες-ημέρες, κατά την οποία 52 ασθενείς εμφάνισαν CLABSΙ, σε ποσοστό 5,32/1000 ημέρες-καθετήρα. Συνολικά 639 PICCs τοποθετήθηκαν για 11.110 καθετήρες-ημέρες, ενώ 18 ασθενείς εμφάνισαν CLABSΙ, σε ποσοστό 1,62 ανά 1000 καθετήρες-ημέρες ( $p=0,002$ ). Ο μέσος χρόνος εμφάνισης της λοίμωξης ήταν 23 ημέρες σε ασθενείς με PICC και 13 ημέρες σε ασθενείς με CVCs ( $p = 0,03$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι γραμμές PICC συσχετίστηκαν με σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά CLABSΙ σε σύγκριση με τις CVCs. Δεδομένου του περισσότερου χρόνου που μεσολάβει μέχρι την εμφάνιση λοίμωξης, οι γραμμές PICCs ενδεχομένως αποτελούν μια ασφαλή εναλλακτική λύση για παρατεταμένη ενδοφλέβια δυνατότητα πρόσβασης σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς.

### 104. ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 2005-2015

Μ. Δρογκάρη-Απειρανθίου<sup>1</sup>, Α. Σκιαδά<sup>2</sup>, Γ. Πετρίκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ερευνητικό Εργαστήριο Λοιμώξεων, Δ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ «Αττικόν», <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο όρος «μυκορμύκωση» (ζυμογικήση) αναφέρεται σε σπάνιες σοβαρές μυκητιάσεις οι οποίες τα τελευταία 20 χρόνια έχουν αναδειχθεί ως παράγοντας μεγάλης νοσηρότητας και υψηλής θνητότητας, κυρίως σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Η παρούσα προοπτική μελέτη ξεκίνησε το 2005, είναι συνεχιζόμενη και έχει σκοπό την ανάλυση των περιπτώσεων μυκορμύκωσης αφενός για τον προσδιορισμό του μεγέθους του προβλήματος στην Ελλάδα, αφετέρου για την παρακολούθηση της τοπικής επιδημιολογίας των μυκήτων που τις προκαλούν (μυκορμύκητες), της ευαισθησίας τους στα αντιμυκητικά και τη σχέση τους με τη θεραπεία και έκβαση. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τη δεκαετία 2005-2015.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Τα δημογραφικά και κλινικά δεδομένα καθώς και η θεραπεία και έκβαση καταγράφονταν σε ειδική φόρμα από τα συμμετέχοντα κέντρα και στέλλονταν στο τμήμα μας μαζί με το στέλεχος του απομονωθέντα μύκητα ή τον κύβιο παραφίνης του ι-στού όταν η καλλιέργεια ήταν αρνητική. Η ταυτοποίηση των στελεχών επιβεβαιώθηκε μοριακά. Η in vitro ευαισθησία στα αντιμυκητικά προσδιορίστηκε με την προτυποποιημένη μεθοδολογία της EUCAST. Η επίπτωση στο γενικό πληθυσμό υπολογίστηκε με βάση την πιο πρόσφατη απογραφή (2011).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καταγράφηκαν 71 περιπτώσεις. Ο δείκτης ανδρών/γυναικών ήταν 1,3:1 και η διάμεση ηλικία 59 έτη. Τα υποκείμενα νοσήματα ήταν: αιματολογική κακοήθεια/ ουδετεροπενία και μεταμόσχευση αιμοποιητικών βλαστικών κυττάρων (44%), διαβήτης (17%), άλλες ανοσοανεπάρκειες (15%), ενώ 24% των λοιμώξεων αφορούσαν ανοσοϊκανούς ασθενείς με μείζον τραύμα, εγκαύματα ή μετά από χειρουργική επέμβαση. Από τις λοιμώξεις σε ανοσοϊκανούς το 41% ήταν ιατρογενείς. Η πιο συχνή μορφή μυκορμύκωσης ήταν η ρινο-εγκεφαλική (49%), ακολούθως η δερματική (31%), η πνευμονική (14%) και η διάσπαρτη (6%). Σχεδόν όλοι οι ανοσοϊκανοί ασθενείς είχαν τη δερματική μορφή. Τα συχνότερα γέννη μυκήτων ήταν: Rhizopus(52%), Lichtheimia (6%) και Mucor (4%). Η καλλιέργεια απέβη αρνητική σε 24% των περιπτώσεων. Η αμφοτερικίνη Β είχε τις χαμηλότερες MIC με δεύτερη την ποσακοναζόλη. Η αδρή θνητότητα ήταν 55% με εύρος από 30% (διαβητικοί) έως 84% (αιματολογικοί ασθενείς). Πριν το 2005, είχαν δημοσιευθεί μόνο μεμονωμένες περιπτώσεις μυκορμύκωσης από την Ελλάδα (n=55), με πρώτη δημοσίευση το 1984. Σε σύγκριση με την προοπτική μελέτη καταγραφής οι λοιμώξεις σε διαβητικούς ήταν συχνότερες και η θνητότητα χαμηλότερη (43%). Η επίπτωση εμφανίζεται σταθερή από το 1999 και υπολογίζεται σε 7 περιπτώσεις το χρόνο ή 0,06/100.000 στο γενικό πληθυσμό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μυκορμύκωση στην Ελλάδα ακολουθεί την επιδημιολογία άλλων Ευρωπαϊκών κρατών και έχει σταθερή τάση. Η καλύτερη γνώση των λοιμώξεων αυτών και ο αυξημένος δείκτης υποψίας μπορεί να βοηθήσει όχι μόνο στην έγκαιρη διάγνωση τους και θεραπεία, αλλά και στην πρόληψή τους, ιδίως σε ανοσοολογικά ικανούς, νοσηλευόμενους ασθενείς.



## 109. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ GUILLAIN-BARRE ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΗΓ-ΜΑ ΣΚΟΛΟΠΕΝΔΡΑΣ (ΣΑΡΑΝΤΑΠΟΔΑΡΟΥΣΑ)- ΕΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Α. Καλιτζόγλου<sup>1</sup>, Φ. Αλούρδα<sup>2</sup>, Γ. Ντέτσας<sup>2</sup>, Ι. Λιάπης<sup>2</sup>, Μ. Μαρίας<sup>2</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>2</sup>, Μ. Σταμπόρη<sup>2</sup>, Κ. Ρούφας<sup>2</sup>, Ν. Κατσίλης<sup>2</sup>, Β. Παπαστεργίου<sup>2</sup>, Δ. Διακονικόλας<sup>2</sup>, Σ. Καραταπάνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ:** Οι οξείες πολυνευροπάθειες με ανοσολογικό υπόβαθρο συμπεριλαμβάνονται στην επωνυμία σύνδρομο Guillain-Barre syndrome (GBS), από τα ονόματα των συγγραφέων που πρώτοι το περιέγραψαν. Το GBS αποτελεί ετερογενή παθολογική κατάσταση με πολλές παραλλαγές (variants). Το σύνδρομο GBS συνήθως εμφανίζεται ως οξεία μονοφασική παραλυτική νόσος που ακολουθεί προηγηθείσα λοίμωξη. Μικρό ποσοστό ασθενών αναπτύσσει GBS και από άλλους προκλητικούς παράγοντες όπως ανοσοποίηση, χειρουργείο, τραύμα ή μεταμόσχευση μυελού. Παρουσιάζουμε την περίπτωση εκδήλωσης GBS μετά από τσίμπημα σαρανταποδαρούσας.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για γυναίκα 65 ετών, που παρουσιάστηκε στο τμήμα επείγοντων περιστατικών 10 ημέρες μετά το τσίμπημα από σαρανταποδαρούσα, με αιμωδίες κάτω άκρων που συνοδεύονταν από νευροπαθητικό πόνο. Η ασθενής είχε ελεύθερο ιατρικό ιστορικό και στη φυσική εξέταση παρατηρήθηκε σημαντική διόγκωση και ερυθρότητα στο δεξί στήθος (σημείο τσίμπηματος). Μετά από 2-3 ημέρες παρουσίασε εικόνα GBS με τετραπληγία αιμωδίες προσώπου και σχεδόν απουσία τενόντιων αντανάκλαστικών. Στην εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού διαπιστώθηκαν αυξημένα επίπεδα πρωτεΐνης, ενώ τα λευκά αιμοσφαίρια ήταν φυσιολογικά. Το ηλεκτρομυογράφημα έδειξε οξεία πολυνευροπάθεια με επικρατούντα απομυελινωτικά χαρακτηριστικά. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβιο χορήγηση γ-σφαιρίνης και η κατάσταση της βελτιώθηκε σταδιακά. Εξήλθε από το Νοσοκομείο μετά από δεκατέσσερις ημέρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και οι περισσότερες περιπτώσεις του συνδρόμου Guillain-Barre πυροδοτούνται μετά από λοιμώξεις, υπάρχουν σπάνιες περιπτώσεις που μπορεί να προκληθεί από τραύμα ποικίλης αιτιολογίας και στην περίπτωση μας από το τσίμπημα μια σαρανταποδαρούσας. Αυτή είναι η μοναδική περίπτωση στη διεθνή βιβλιογραφία που αναφέρεται εκδήλωση GBS μετά από τσίμπημα σαρανταποδαρούσας.

## 110. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΕΡΚΑΛΠΡΟΤΕΚΤΙΝΑΙΜΙΑ-ΥΠΕΡΨΕΥΔΑΡΓΥΡΥΝΑΙΜΙΑΣ-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Φ. Αλούρδα<sup>1</sup>, Γ. Ντέτσας<sup>1</sup>, Ι. Λιάπης<sup>1</sup>, Α. Καλιτζόγλου<sup>2</sup>, Μ. Σταμπόρη<sup>1</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>1</sup>, Μ. Μαρίας<sup>1</sup>, Ν. Κατσίλης<sup>1</sup>, Κ. Ρούφας<sup>1</sup>, Β. Παπαστεργίου<sup>1</sup>, Σ. Καραταπάνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, <sup>2</sup>Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Calciproteinine γνωστή και ως σύμπλοκο S100A8/A9 or MRP8/14, αποτελεί μείζονα πρωτεΐνη συνδεδεμένη με ασβέστιο στο κυτταρόπλασμα των ουδετεροφίλων, των μονοκυττάρων και των κερατινοκυττάρων, Διαφέρει από τις άλλες S100 πρωτεΐνες στην ικανότητα σύνδεσης της με τον ψευδάργυρο. Το σύνδρομο εμφανίζεται συνήθως με επεισόδια επανειλημμένων λοιμώξεων, ηπατοσπληνομεγαλία, αναιμία, και ενδείξεις συστηματικής φλεγμονής. Σε μερικές περιπτώσεις συνυπάρχουν δερματικές εκδηλώσεις ή και διαταραχές στην ανάπτυξη. Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας ασθενούς με το σύνδρομο της υπερκαλπροτεκτιναιμίας-ψευδεργυροναιμίας που εμφάνισε για πρώτη φορά γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για κορίτσι ηλικίας 16.5 ετών που προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω εμφανίσεως γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών σε διάστημα 12 ωρών. Η ασθενής έπαυσε από το σύνδρομο υπερκαλπροτεκτιναιμίας-ψευδεργυροναιμίας από ηλικίας 5 ετών. Το τελευταίο βήμα ήταν χωρίς αγωγή γιατί δεν εμφάνιζε συμπτώματα. Λόγω πρόσφατης ανόδου του αμυλοειδούς στον ορό (314 mg/L) η ασθενής είχε ξεκινήσει κολιχίνη την οποία διέκοψε λόγω δυσανεξίας από το πεπτικό, λίγες μέρες πριν από την εμφάνιση των επιληπτικών επεισοδίων. Ο έλεγχος του ENY απέβη αρνητικός, ενώ το HEG έδειξε ελαφρά βραδύτητα του ρυθμού και η MRI εγκεφάλου αυξημένο σήμα στις T2 ακολουθίες. Η ασθενής λαμβάνει αντιεπιληπτική αγωγή και έκτοτε είναι ελεύθερη συμπτωμάτων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πρόκειται για την πρώτη περιγραφική εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων σε αυτό το τόσο σπάνιο σύνδρομο. Δεν είναι σαφές αν αποτελεί τυχαία συνύπαρξη ή συνδέεται με τη φυσική πορεία του συνδρόμου.

## 111. ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΗΣ ΟΔΗΓΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ

Ν. Ανδρονάς<sup>1</sup>, Ι. Μπεράτης<sup>1</sup>, Δ. Παύλου<sup>2</sup>, Γ. Γιαννής<sup>2</sup>, Μ. Σταμέλου<sup>1</sup>, Λ. Στεφανής<sup>1</sup>, Σ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Νοητικών Διαταραχών - Άνοιας, Β' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», <sup>2</sup>Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο Αθηνών, Τομέας Μεταφορών και Συγκοινωνιακής Υποδομής

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ:** της μελέτης αυτής είναι η ανάδειξη κινητικών δοκιμασιών κατά την κλινική εξέταση των ασθενών με νόσο Πάρκινσον (ΝΠ) με σκοπό την πρόβλεψη της οδηγικής συμπεριφοράς σε προσομοιωτή οδήγησης.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη προϋπόθεταν ήπιας βαρύτητας ΝΠ με βαθμολογία στην κλίμακα Hoehn & Yahr ≤ 3, την απουσία σημαντικής νοητικής έκπτωσης, με Clinical Dementia Rating (CDR) ≤ 0.5 καθώς και την κατοχή διπλώματος οδήγησης σε ισχύ. Έλαβαν μέρος 12 ασθενείς (άνδρες) με ΝΠ (Ηλικία: μέσος όρος=63.75, SD 10.5). Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε νευρολογική, νευροψυχολογική εκτίμηση και σε οδήγηση στον προσομοιωτή. Στο πλαίσιο της νευρολογικής εξέτασης οι δοκιμασίες κινητικότητας που χορηγήθηκαν ήταν η δοκιμασία βάδισης σε απόσταση 6 μέτρων (Rapid Paced Walk), η δοκιμασία βάδισης σε ευθεία γραμμή (Tandem Walking Test) και η δοκιμασία βάδισης σε ευθεία γραμμή με ταυτόχρονη αντίστροφη αριθμηση. Σημειώνεται ότι η δοκιμασία βάδισης σε ευθεία γραμμή έγινε με μοτίβο πτέρνα-μύτη και με τα μάτια ανοικτά. Οι δείκτες οδηγικής συμπεριφοράς που χρησιμοποιήθηκαν στον προσομοιωτή οδήγησης ήταν η μέση ταχύτητα του οχήματος, η διακύμανση της ταχύτητας, η απόσταση από προπορευόμενο όχημα, ο αριθμός απότομου φρένου, η διακύμανση του τιμονιού, ο αριθμός παραβάσεων ορίου ταχύτητας και ο χρόνος αντίδρασης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μεγαλύτερη συσχέτιση παρατηρήθηκε στη δοκιμασία βάδισης σε ευθεία γραμμή. Ειδικότερα στη στατιστική ανάλυση οι πιο σημαντικές συσχέτισεις που παρατηρήθηκαν είναι: μέση ταχύτητα (r=-.72, p=.008), διακύμανση ταχύτητας (r=-.72, p=.008), απόσταση από προπορευόμενο όχημα (r=.59, p=.045), διακύμανση τιμονιού (r=-.60, p=.041), απότομο φρένο (r=-.61, p=.037), παραβίαση ορίου ταχύτητας (r=-.64, p=.025). Η στατιστική σημαντικότητα διατηρήθηκε μετά τον έλεγχο της νοητικής λειτουργίας των συμμετεχόντων σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις, με την εξαίρεση του δείκτη απόσταση από προπορευόμενο όχημα. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των προαναφερθέντων δεικτών και της εκτίμησης της κινητικότητας των ασθενών με την κλίμακα UPDRS-motor.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Βάσει των αποτελεσμάτων που παρατηρήθηκαν φαίνεται ότι δοκιμασίες που αναδεικνύουν την κινητικότητα, την ισορροπία και το συντονισμό των κινήσεων, όπως η δοκιμασία βάδισης σε ευθεία γραμμή, αποτελούν χρήσιμο δείκτη για την πρόβλεψη της οδηγικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με ΝΠ. Βάσει βιβλιογραφίας, πρόκειται για την πρώτη μελέτη που χρησιμοποιεί τη δοκιμασία βάδισης σε ευθεία γραμμή ως δείκτη για την πρόβλεψη της οδηγικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με νόσο Πάρκινσον.

## 112. ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΉΠΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ν. Ανδρονάς<sup>1</sup>, Ι. Μπεράτης<sup>1</sup>, Δ. Παύλου<sup>2</sup>, Γ. Γιαννής<sup>2</sup>, Α. Μπινάκης<sup>1</sup>, Λ. Στεφανής<sup>1</sup>, Σ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Νοητικών Διαταραχών - Άνοιας, Β' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», <sup>2</sup>Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο Αθηνών, Τομέας Μεταφορών και Συγκοινωνιακής Υποδομής

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, η οδηγική ικανότητα ατόμων με Ήπια Νοητική Διαταραχή (ΗΝΔ) είναι ένα ανοικτό ερευνητικό θέμα, χωρίς την παρουσία ευρημάτων που να υποστηρίζουν την ύπαρξη εμφανούς υστέρησης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ διαταραχών ύπνου και οδηγικής ικανότητας σε άτομα με ΗΝΔ.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** 27 άτομα με φυσιολογική νοητική λειτουργία (Ηλικία: 63,4±7,2) και 33 άτομα με ΗΝΔ (Ηλικία: 66,4±7,4) συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα. Για τη διάγνωση της ΗΝΔ χρησιμοποιήθηκε η βαθμολογία 0,5 στην κλίμακα Clinical Dementia Rating (CDR). Επίσης, οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να έχουν άδεια οδήγησης σε ισχύ και να οδηγούν σε τακτική βάση. Η συλλογή των δεδομένων είχε τις ακόλουθες φάσεις: i) πλήρης νευρολογική και νευροψυχολογική εξέταση και ii) οδήγηση σε προσομοιωτή. Για την αξιολόγηση των διαταραχών ύπνου χορηγήθηκε η Κλίμακα Αυπνίας Αθηνών (ΚΑΥ) και η Κλίμακα Epworth (ΚΕ) για τη μέτρηση ημερήσιας υπνηλίας. Οι Δείκτες οδήγησης που μετρήθηκαν στον προσομοιωτή ήταν οι ακόλουθοι: μέση ταχύτητα, μέση πλευρική θέση, διακύμανση πλευρικής θέσης, μέση απόσταση από προπορευόμενο όχημα, μέση θέση τιμονιού και ο χρόνος αντίδρασης σε μη αναμενόμενα συμβάντα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ανάλυση δεν έδειξε στατιστικά σημαντικά συσχέτισεις μεταξύ των διαταραχών ύπνου και των δεικτών οδήγησης στην ομάδα των ατόμων με φυσιολογική νοητική λειτουργία. Στην ομάδα των οδηγών με ΗΝΔ υψηλότερα σκορ στην ΚΑΥ συσχετίστηκαν αρνητικά με τη διακύμανση πλευρικής θέσης, r=-.502, p=.003 και τη μέση θέση τιμονιού, r=-.374, p=.032. Επίσης, υψηλότερα σκορ στην ΚΕ συσχετίστηκαν αρνητικά με τη διακύμανση πλευρικής θέσης, r=-.355, p=.042 και τη μέση απόσταση από το προπορευόμενο όχημα, r=-.373, p=.032., και θετικά με τη μέση ταχύτητα, r=.345, p=.049.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι διαταραχές ύπνου φαίνεται πως επηρεάζουν σημαντικά την οδηγική συμπεριφορά ατόμων με ΗΝΔ. Κρίνεται σκόπιμο οι διαταραχές ύπνου να λαμβάνονται υπ' όψιν στην εκτίμηση της οδηγικής ικανότητας της συγκεκριμένης κλινικής ομάδας.







## 121. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 122. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΔΥΟ ΣΤΑΔΙΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Π. Ξένος<sup>1</sup>, Μ. Νεκτάριος<sup>1</sup>, Α. Κωνσταντόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Χουζούρης<sup>1</sup>, Ι. Υφαντόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Σχολή Χρηματοοικονομικής και Στατιστικής, Πανεπιστήμιο Πειραιά, <sup>2</sup>Σχολή Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η πολιτική ατζέντα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης προτείνει δομικές μεταρρυθμίσεις για το νοσοκομειακό σύστημα υπογραμμίζοντας τη σημαντικότητα τόσο των λειτουργικών και οικονομικών όσο και των ποιοτικών δεικτών απόδοσης. Η εργασία εξετάζει την αποδοτικότητα 112 Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων, εφαρμόζοντας τεχνικές επαναδειγματοληψίας (bootstrapping) και διερευνώντας παράλληλα την επίδραση συναφών παραγόντων. Επιπλέον, εξετάζεται η επίδραση ποιοτικού δείκτη στη μέτρηση της αποδοτικότητας σε ένα υποσύνολο 28 νοσοκομείων.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η ποιοτική διάσταση της λειτουργίας των νοσοκομείων αποτιμάται με τη μέθοδο της Περιβάλλουσας Ανάλυσης Δεδομένων (Data Envelopment Analysis). Επιπρόσθετα, με το οικονομετρικό υπόδειγμα Tobit διερευνώνται πιθανές συσχετίσεις με συναφείς περιβαλλοντικούς, γεωγραφικούς, λειτουργικούς και άλλους παράγοντες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ανάλυση αποδοτικότητας κατέδειξε ότι μόνο το 23,2% των νοσοκομείων είναι πλήρως αποδοτικά (0,71-0,95), ενώ το 39,3% είναι μη αποδοτικά (0,30-0,70). Το στατιστικό τεστ Kolmogorov-Smirnov, μεταξύ των αρχικών τιμών της αποδοτικότητας και αυτών που προέκυψαν από επαναδειγματοληψία, υπολόγισε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο κατανομών ( $p$ -value<0,001). Οι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τη διαμόρφωση των τιμών της αποδοτικότητας είναι το ποσοστό πλήρωσης των κλινών, και η αναλογία μεταξύ του αριθμού επισκέψεων εξωτερικών ιατρικών και ημερών ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Τα εμπειρικά αποτελέσματα κατέδειξαν ότι η συμπερίληψη του προσαρμοσμένου δείκτη θνησιμότητας επηρεάζει ( $p$ -value<0,05) τη μέτρηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, η εξέταση ποιοτικών δεικτών καθώς και η χρήση τεχνικών επαναδειγματοληψίας, παρέχουν ένα αποτελεσματικό πλαίσιο υπολογισμού της αποδοτικότητας του νοσοκομειακού τομέα.

## 123. ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΤΗΣ ΣΤΟΚΧΟΛΜΗΣ

Μ. Γκέκα, Ι. Δούμας, Α. Λαϊνά, Σ. Μάζαρης, Δ. Οικονόμου, Ε. Παππά, Κ. Χριστόπουλος

Παθολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η ποιότητα και το κόστος της συνταγογράφησης επηρεάζονται αρνητικά από την ύπαρξη και εμπορική προώθηση ενός μεγάλου αριθμού δραστικών ουσιών και ιδιοσκευασμάτων. Η «Σοφή Λίστα» (Kloka Listan) της Στοκχόλμης είναι ένας κατάλογος βασικών και απαραίτητων φαρμάκων για κοινά νοσήματα, προϊόν συνεργασίας ενός μεγάλου αριθμού ανεξάρτητων σουηδών ειδικών. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η σύνταξη ενός συνταγολογίου για τον Έλληνα Παθολόγο με βάση το μοντέλο της Στοκχόλμης.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από τη «Σοφή Λίστα» της Στοκχόλμης επιλέχθηκαν τα φάρμακα που περιλαμβάνονται στο συνταγογραφικό ρεπερτόριο του Παθολόγου. Δραστικές ουσίες που δεν κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά αντικαταστάθηκαν όπου ήταν δυνατό με φαρμακολογικά συναφείς που διατίθενται στην Ελλάδα. Έγινε διάκριση μεταξύ των φαρμάκων που αφορούν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη («βασικά φάρμακα») και αυτών που χορηγούνται μόνο σε νοσηλευόμενους ή μετά από γνωμάτευση ειδικού («φάρμακα εξειδικευμένης αγωγής»).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο κατάλογος των βασικών φαρμάκων για τον Παθολόγο περιλαμβάνει 143 δραστικές ουσίες ή συνδυασμούς αυτών που καλύπτουν κοινά νοσήματα σε μία ή περισσότερες από τις εξής κατηγορίες (σε παρένθεση ο αριθμός των δραστικών ουσιών ανά κατηγορία): Άλγος και φλεγμονή (18), αναιμίες (6), αναπνευστικά νοσήματα (14), αλλεργίες (3), γαστρεντερικά νοσήματα (20), ενδοκρινολογικά νοσήματα (12), καρδιαγγειακά νοσήματα (28), λοιμώξεις (16), νευρολογικά νοσήματα περιλαμβανόμενων των εγκεφαλικών επεισοδίων (19), νεφρολογικά νοσήματα (9), οστεοπόρωση (4), ψυχιατρικές διαταραχές (11). Ο κατάλογος των φαρμάκων «εξειδικευμένης αγωγής» περιλαμβάνει συνολικά 96 δραστικές ουσίες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Μια ορθολογική λίστα βασικών φαρμάκων για κοινά νοσήματα περιλαμβάνει έναν μικρό αριθμό δραστικών ουσιών με τη χρήση των οποίων μπορεί εύκολα να εξοικειωθεί ο γιατρός. Η δημιουργία και οργανωμένη προώθηση τέτοιων συνταγολογίων θα μπορούσε να βελτιώσει την ποιότητα της συνταγογράφησης και να συμβάλει στον περιορισμό του φαρμακευτικού κόστους στην Ελλάδα.

## 124. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΡΙΒΑΡΟΞΑΜΠΑΝΗΣ ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Δ. Οικονόμου, Σ. Μάζαρης, Ι. Δούμας, Ε. Σαρρής, Μ. Γκέκα, Ε. Παππά, Α. Λαϊνά, Κ. Χριστόπουλος

Παθολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ανάλυση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας (K-A) της αντιπηκτικής αγωγής με ριβαροξαμπάνη αντί ασενοκουμαρόλη για πρόληψη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή (KM) μη βαλβιδικής αιτιολογίας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σχεδιάστηκε πιθανολογικό μοντέλο προσομοίωσης κλινικής πορείας και κόστους ασθενούς με KM υπό ασενοκουμαρόλη (Sintrom) ή ριβαροξαμπάνη (Xarelto) βασισμένο σε βιβλιογραφικά δεδομένα. Χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό StoTree, που ενσωματώνει διαδικασίες Markov σε ένα κλασικό δέντρο ανάλυσης αποφάσεων. Η ανάλυση έγινε από κοινωνική προοπτική με προεξοφλητικό επιτόκιο 3% και χρονικό ορίζοντα τη διάρκεια ζωής. Τα αποτελέσματα εκφράστηκαν ως κόστος (€) ανά ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (QALY). Η σχέση K-A θεωρήθηκε ως ευνοϊκή όταν το κόστος/QALY ήταν μικρότερο του μέσου κατά κεφαλήν ΑΕΠ (19.000€ το 2015).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην τυπική περίπτωση γυναίκας 75 ετών, η αγωγή με ριβαροξαμπάνη (20 mg ×1) θα είχε ως αποτέλεσμα το κέρδος 0,22 QALYs με επί πλέον κόστος 5.836€, σε σύγκριση με την κλασική αγωγή με ασενοκουμαρόλη (λόγος K-A: 25.866 €/QALY). Στην περίπτωση άνδρα 75 ετών, ο λόγος K-A είναι 28.035 €/QALY. Ανάλυση ευαισθησίας των παραμέτρων του μοντέλου έδειξε ότι η σχέση K-A επηρεάζεται κυρίως από την τιμή της ριβαροξαμπάνης και το έμμεσο κόστος της αγωγής με ασενοκουμαρόλη (ιατρικές επισκέψεις, έξοδα μεταφοράς κ.ά.). Μείωση κατά 25% της τιμής της ριβαροξαμπάνης θα μείωνε τον λόγο K-A σε 15.237 €/QALY. Διπλασιασμός του κόστους αγωγής με ασενοκουμαρόλη θα οδηγούσε σε υποδιπλασιασμό του λόγου K-A (12.639 €/QALY).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Με την τρέχουσα λιανική τιμή του φαρμάκου, η σχέση K-A της ριβαροξαμπάνης είναι ευνοϊκή μόνο όταν η αγωγή με κουμαρινικά έχει υψηλό κόστος (ανάγκη συχνών μετρήσεων INR, δύσκολη πρόσβαση σε εργαστήριο, υψηλές χρεώσεις ιατρικών υπηρεσιών).

## 125. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΩΣΤΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΟΝΙΑΣ

M. Χουζούρης<sup>1</sup>, H. Jung<sup>2</sup>, X. Κινόπουλος<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Σχολή Χρηματοοικονομικής & Στατιστικής, Πανεπιστήμιο Πειραιά, <sup>2</sup>Barcelona Graduate School of Economics

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι συγγραφείς πραγματοποίησαν την παρούσα εργασία με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων που προσδιορίζουν το συνωστισμό στα επείγοντα περιστατικά. Επίσης έγινε προσπάθεια δημιουργίας προβλεπτικών μοντέλων χρησιμοποιώντας ως ερμηνευτική μεταβλητή το μέτρο του συνωστισμού.

**ΥΛΙΚΟ:** Χρησιμοποιήθηκε δείγμα 2,757,780 επεισοδίων που επισκέφτηκαν τα επείγοντα περιστατικά από 1 Ιανουαρίου του 2012 μέχρι 31 Δεκεμβρίου του 2014. Το δείγμα προέρχεται από 8 νοσοκομεία της περιφέρειας της Καταλονίας που τελούν υπό την αιγίδα του Institut Català de la Salut (ICS).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Δημιουργήθηκε δυναμικό μοντέλο υπολογισμού του συνωστισμού στα επείγοντα περιστατικά, ενώ παράλληλα κατασκευάστηκαν προβλεπτικά μοντέλα Probit σε δείγμα 1,566,783 περιστατικών με σκοπό την κατάδειξη των προσδιοριστικών παραγόντων του συνωστισμού στο τμήμα επειγόντων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη καταδεικνύει την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στον συνωστισμό κι την υγεία των ασθενών. Επιπλέον, από τους προσδιοριστικούς παράγοντες συνωστισμού βρέθηκαν θετικά συσχετισμένες οι νυχτερινές ώρες εισαγωγής, αν η εισαγωγή πραγματοποιείται το Σαββατοκύριακο, καθώς κι η κρισιμότητα που περιστατικό.

## 126. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΧΡΗΣΕΩΝ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑΣ 2012-2015

Δ. Μαντάκης, Χ. Μπαρκολιάς, Χ. Στοιδής, Ν. Στάμος, Β. Καλλές, Ν. Ίβρος, Π. Βαμβακάς, Ι. Τερζής, Ι. Κυριαζάνος, Ν. Γεωργόπουλος  
*Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Την τελευταία 5ετία, η συνεχιζόμενη οικονομική κρίση επέβαλε δραματικές μειώσεις στους προϋπολογισμούς των μονάδων υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των στρατιωτικών νοσοκομείων. Η Κλινική μας εισήγαγε λαπαροσκοπικά εργαλεία πολλαπλών χρήσεων το Δεκέμβριο 2011, βάσει της προκαταρκτικής οικονομοτεχνικής μελέτης, που προέβλεπε σημαντική μείωση του ετήσιου κόστους της λαπαροσκοπικής χειρουργικής. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εκτίμηση της μείωσης του κόστους των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων στο πεδίο της γενικής χειρουργικής, κατά τα έτη 2012-2015.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκε αναδρομικά το αρχείο του Χειρουργείου και συγκεντρώθηκαν στοιχεία για τον αριθμό και το είδος των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων, τις δυσλειτουργίες και αντικαταστάσεις υλικών. Κάθε λαπαροσκοπικό σετ αποτελείται από μία λαβίδα dissector, δύο συλληπτικές λαβίδες, ψαλίδι, συσκευή πλύσης-αναρρόφησης, βελόνη Veress, trocar Hasson, 2 trocar 12 mm και 2 trocar 5 mm. Κατά την υπό μελέτη περίοδο, χρησιμοποιήθηκαν συνολικά σε 1292 λαπαροσκοπικές επεμβάσεις, που καλύπτουν σχεδόν όλο το φάσμα της χειρουργικής ανώτερου/κάτωτερου γαστρεντερικού και της παχυσαρκίας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η δαπάνη συντήρησης των εργαλείων υπολογίσθηκε ως το άθροισμα της επαναποστείρωσης και επανασυσκευασίας, των επισκευών και αντικαταστάσεων υλικών. Το συνολικό κόστος (απόκτηση και συντήρηση) συγκρίθηκε με τις τιμές αντίστοιχων εργαλείων μίας χρήσης από το Εθνικό Παρατηρητήριο Τιμών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το αρχικό κόστος κτήσης 5 σετ βασικών λαπαροσκοπικών εργαλείων ανήλθε σε 21.422 ευρώ, με συνολικό κόστος συντήρησης για την τετραετία 2012-2015 21.178 ευρώ. Με βάση την ενδεικτική τιμή των 450 ευρώ ανα σετ, το εκτιμώμενο κόστος των αντίστοιχων επεμβάσεων με εργαλεία μίας χρήσης θα ανήρχετο σε 581.400 ευρώ. Παρά την υψηλή αρχική τιμή, κάθε λαπαροσκοπικό σετ έκανε απόσβεση της δαπάνης αγοράς μετά από 9 επεμβάσεις. Το κόστος των εργαλείων, μετά από τέσσερα έτη χρήσης, μειώθηκε σε 33 ευρώ ανά επέμβαση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, τα λαπαροσκοπικά εργαλεία μίας χρήσης θα κόστιζαν 13 φορές περισσότερο από τα αντίστοιχα πολλαπλών χρήσεων και θα κάλυπταν το μεγαλύτερο μέρος της αποζημίωσης του νοσοκομείου από τα ασφαλιστικά ταμεία για κοινές, ανεπίπλεκτες λαπαροσκοπικές επεμβάσεις.

## 127. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΕΝΙΚΕΥΣΗΣ ΤΟΥΣ

Α. Κυμιώνη<sup>1</sup>, Δ. Αντωνόγλου<sup>2</sup>, Π. Κουφοπούλου<sup>3</sup>, Μ. Μοσχοφίδου<sup>4</sup>, Σ. Διαμαντάτου<sup>5</sup>, Δ. Μπατάκης<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, <sup>2</sup>Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, <sup>3</sup>Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, <sup>4</sup>Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, <sup>5</sup>Τμήμα Οικονομικής & Περιφερειακής Ανάπτυξης, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, ΠΓΝΑ «Αττική», <sup>6</sup>Πανεπιστήμιο Πειραιώς, ΕΛΕΥΘΩ ΟΕ, Συνεργάτης Ιατρικής Εταιρείας Μελετών Κρήτης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι αφενός η παρουσίαση των προγραμμάτων τηλειατρικής και κινητής υγείας (m - health) που υλοποιούνται στην Ελλάδα κυρίως από ιδιωτικούς φορείς και αφετέρου η διαμόρφωση του γενικότερου πλαισίου, μέσα στο οποίο θα μπορούσαν να γενικευθούν και να ενταχθούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).

**ΥΛΙΚΟ:** Αξιοποιήθηκε η σχετική ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία καθώς επίσης και δεδομένα που παραχωρήθηκαν από τους ιδιωτικούς φορείς και οι οποίοι υλοποιούν προγράμματα τηλειατρικής στην Ελλάδα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έγινε περιγραφή των χαρακτηριστικών του κάθε προγράμματος που είναι σε ισχύ, ποσοτική εκτίμηση των πόρων και των υπηρεσιών που προσφέρονται και καταναλώνονται, αλλά και εντοπισμός των στοιχείων που χρίζουν βελτίωσης. Με βάση τα παραπάνω διαμορφώθηκε το επιχειρησιακό σχέδιο μιας Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η δημογραφική μεταβολή λόγω της γήρανσης του πληθυσμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την αλλαγή του επιδημιολογικού προφίλ των χρηστών των συστημάτων υγείας λόγω της αύξησης των χρόνιων παθήσεων. Σε αυτές τις μεταβολές προστίθεται και το αυστηρό δημοοικονομικό πλαίσιο υπό το οποίο τελεί η εθνική οικονομία και επιβάλλει στροφή της ζήτησης υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο τομέα. Υπό το πρίσμα των ανωτέρω, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι μια παραγωγική διαδικασία με στόχο τη διανομή περισσότερων και ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιώντας τους σπάνιους πόρους, θεωρούμε ότι η γενίκευση της χρήσης του m - health καθίσταται αναγκαία και επιτακτική για τη χώρα μας.

## 128. ΤΟ CLOUD COMPUTING ΩΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Α. Κουτούπης<sup>1,2</sup>, Π. Κουφοπούλου<sup>3</sup>, Δ. Αντωνόγλου<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστήμιο Αιγαίου, <sup>2</sup>Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, <sup>3</sup>Πανεπιστήμιο Πειραιώς, <sup>4</sup>Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας μας είναι να αποδείξουμε ότι η πρακτική του cloud computing (υπολογιστικού νέφους) αποτελεί την ενδεδειγμένη στρατηγική επιλογή για ένα ελληνικό νοσοκομείο, μέσα από την εφαρμογή επαρκών συστημάτων εσωτερικού ελέγχου.

**ΥΛΙΚΟ:** Χρησιμοποιήθηκε ειδική βάση δεδομένων με τα αποτελέσματα εσωτερικών ελέγχων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσοκομείων ανά την Ελλάδα. Επιπρόσθετα, αξιοποιήθηκε η σχετική ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία καθώς επίσης και το σχετικό νομοθετικό πλαίσιο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διαπιστώθηκε μη επαρκής χρήση των τεχνολογιών της ιατρικής και της πληροφορικής, δυσλειτουργίες και ανισορροπίες αναφορικά με την ποιότητα των Ιατρικών, Νοσηλευτικών και Διοικητικών υπηρεσιών σε μεγάλο μέρος του δείγματος μας. Παράλληλα, εντοπίστηκε πλήθος προβλημάτων τα οποία χρήζουν άμεσων διορθωτικών ενεργειών με την εγκαθίδρυση επαρκών και αποτελεσματικών δικλίδων ασφαλείας, όπως και των πρακτικών του cloud computing.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανισοκατανομή των πόρων και η υποστελέχωση στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, καθιστούν ένα δυσμενές πλαίσιο για την εφαρμογή των όποιων μεταρρυθμιστικών προτάσεων σ' αυτά. Δεδομένων των συνθηκών και με τη θεσμοθέτηση του Εσωτερικού Ελέγχου (αρ. 25, Ν. 4025/2011) η παροχή των υπηρεσιών τους αναβαθμίστηκε σε αρκετές περιπτώσεις, οργανώνοντας το πλαίσιο για την εφαρμογή cloud computing, διατυπώνοντας συστάσεις προς τις διοικήσεις τους για την παραγωγικότητα, το ιατρικό προσωπικό κλπ. συμβάλλοντας καταλυτικά στον άριστο σχεδιασμό των υπηρεσιών και τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας στο σύνολο του.





### 137. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ-ΕΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Α. Αγγελίδη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Ε. Ευστρατιάδη, Γ. Λοϊτζος, Χ. Σαγιά, Γ. Χριστοφιλίδης, Α. Μπίλης, Γ. Κρανιδιώτης, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης  
Α΄ Παθολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται με αυξημένη ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση της ενδονοσοκομειακής θνητότητας μεταξύ διαβητικών και μη ασθενών που νοσηλεύτηκαν για λοίμωξη του αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε 88 ασθενείς (40 άνδρες/48 γυναίκες, μέσης ηλικίας±SD: 80,4±14,8 έτη) που νοσηλεύτηκαν για λοίμωξη του αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος στο Α΄ Παθολογικό Τμήμα του ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο» το χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2014-Μάρτιος 2015.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους ασθενείς της μελέτης ποσοστό 28,6% (n=25) είχε ΣΔ (8 άνδρες/17 γυναίκες, μέσης ηλικίας±SD: 82,0±9,6 έτη). 38 (43,2%) άτομα νοσηλεύτηκαν για λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος και 50 (56,8%) άτομα για λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος. Στην ομάδα των ασθενών με ΣΔ παρατηρήθηκαν 10 (11,5%) θάνατοι, ενώ στην ομάδα των μη ΣΔ ασθενών 4 (5,3%) θάνατοι (P=0,001). Οι δύο ομάδες της μελέτης δεν διέφεραν ως προς τις ημέρες νοσηλείας (9,4±4,5 έναντι 7,9±4,2, P=0,29). Κατά την εισαγωγή των ασθενών δεν παρατηρήθηκαν διαφορές (ΣΔ έναντι μη ΣΔ) όσον αφορά τη συστολική αρτηριακή πίεση (135,6±37,9 έναντι 122,2±22,9 mm Hg, P=0,11), τη διαστολική αρτηριακή πίεση (73,1±1,9 έναντι 71,9±1,9 mm Hg, P=0,79), τον κορεσμό οξυγόνου (93,1±5,7 έναντι 93,0±7,2%, P=0,96) και τα επίπεδα των δεικτών φλεγμονής. Συγκεκριμένα, για τα λευκά αιμοσφαίρια οι τιμές ήταν αντίστοιχα: 17.350±4.100 έναντι 15.050±3.120 x 10<sup>3</sup>/μL, P=0,45, για την ΤΚΕ: 50,3±12,4 έναντι 45,7±11,4 mm, P=0,71 και για τη CRP: 114±93,5 έναντι 127,1±92,3 mg/dl, P=0,72.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας προοπτικής μελέτης επιβεβαιώνουν τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα σύμφωνα με τα οποία η παρουσία του ΣΔ αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου αυξημένης θνητότητας σε νοσηλεύμενους ασθενείς.

### 139. ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Π. Βασιλειάδης<sup>1</sup>, Γ. Μαυρίδης<sup>1</sup>, Μ. Χλιάρα<sup>1</sup>, Α. Κεραμιδάς<sup>1</sup>, Χ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Δ. Πέτρου<sup>1</sup>, Α. Κοκμοτός<sup>2</sup>, Χ. Χαραλάμπους<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου» - ΨΝΘ Οργανική μονάδα Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:** Η αναιμία σε ψυχιατρικούς ασθενείς εφόσον δεν θεραπευτεί, εκτός των οργανικών επιπτώσεων μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή της ψυχικής τους ισορροπίας και σε συναισθηματική αποδιοργάνωση.

**ΣΚΟΠΟΣ** της μελέτης ήταν η διερεύνηση της παρουσίας της αναιμίας σε ασθενείς με ψυχική νόσο και οι συσχετίσεις της με δημογραφικές και κλινικές παραμέτρους.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά οι ιατρικοί φάκελοι ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης κατά την περίοδο Μάιος 2012 - Δεκέμβριος 2015. Πρόκειται για 420 ασθενείς, 264 άνδρες (63%) και 155 γυναίκες (37%) με μέσο όρο ηλικίας 60±15 χρόνια, που εισήχθησαν στην κλινική μετά από διακομιδή από τις ψυχιατρικές δομές του νοσοκομείου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στους άνδρες ασθενείς της μελέτης καταγράφηκε Hb<13 g/dl σε ποσοστό 38,6% ενώ στις γυναίκες ασθενείς παρατηρήθηκε Hb<12 g/dl σε ποσοστό 30%. Οι συσχετίσεις της αναιμίας που διαπιστώθηκαν κατά την ανάλυση των δεδομένων των ασθενών, ήταν με την ηλικία (r=0,31 p < 0,01), με δείκτες φλεγμονής όπως η CRP (r=0,19 p < 0,01) και η ΤΚΕ (r=0,330 p < 0,01) με το άρρεν φύλο (r=0,23 p < 0,01) και την παρουσία θρομβοπενίας (r=0,098, p < 0,05). Ως προς την επίπτωση των διαταραχών που παρουσίαζαν οι ασθενείς της μελέτης παρατηρήθηκε σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις 72,9%, καταθλιπτική συνδρομή 14,9%, διπολική διαταραχή 5%, διαταραχή προσωπικότητας 3,8%, οργανικό ψυχοσύνδρομο 3,4%. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το επίπεδο της Hb ανάμεσα στις κατηγορίες των ψυχιατρικών διαταραχών των ασθενών της μελέτης ούτε συσχέτιση με το είδος της φαρμακευτικής αγωγής που ελάμβαναν.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η επίπτωση της αναιμίας στους ψυχιατρικούς ασθενείς φαίνεται να είναι σημαντικά μεγαλύτερη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η σημασία της διερεύνησης και της αιτιολογικής αντιμετώπισης της είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση ικανοποιητικής ψυχικής και σωματικής υγείας στους ασθενείς αυτούς.

### 138. ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ-Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Π. Βασιλειάδης, Γ. Μαυρίδης, Χ. Παπαγεωργίου, Μ. Χλιάρα, Α. Κεραμιδάς, Δ. Πέτρου, Σ. Κυριακίδου, Χ. Χαραλάμπους

Παθολογική Κλινική ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου» - ΨΝΘ Οργανική μονάδα Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:** Οι ασθενείς με ψυχική νόσο λόγω του τρόπου ζωής τους, την απροθυμία αλλά και τη δυσκολία πρόσβασης σε ιατρική φροντίδα και τη μειωμένη πειθαρχία στις ιατρικές οδηγίες, παρουσιάζουν αυξημένη συννοσηρότητα και μειωμένο προσδόκιμο ζωής. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίπτωσης των οργανικών παθήσεων σε ασθενείς με ψυχική νόσο που νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης για διάφορους λόγους.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών που νοσηλεύτηκαν κατά το διάστημα Μάιος 2012 - Δεκέμβριος 2015.

Καταγράφηκαν 420 ασθενείς, 264 άνδρες(63%) και 155 (37%) γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 60±15 χρόνια, που εισήχθησαν στην κλινική μετά από διακομιδή από τις ψυχιατρικές δομές του νοσοκομείου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τη μελέτη των ιστορικών των ασθενών με ψυχική νόσο, διαπιστώθηκε ότι οι οργανικές νοσολογικές οντότητες από τις οποίες έπασχαν, ανεξάρτητα από την αιτία εισαγωγής τους στην κλινική, ήταν οι εξής: αρτηριακή υπέρταση 52%, παχυσαρκία 46,7%, δυσλιπιδαιμία 23%, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 23%, στεφανιαία νόσος 18,8%, αναιμία 13%, υποθυρεοειδισμός 10%, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο 8%, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια 8%, ηπατοπάθεια 6%. Ως προς τις αιτίες εισαγωγής των ασθενών στην κλινική, πιο συχνά παρατηρήθηκαν οι εξής: λοιμώξεις αναπνευστικού 20%, άρνηση λήψης τροφής και υγρών 15% λοιμώξεις ουροποιητικού 14%, ηλεκτρολυτικές διαταραχές 13%, διαταραχές πεπτικού συστήματος 8%, απορύθμιση σακχαρώδη διαβήτη 8% και αναιμία 6%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρατηρήθηκε αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακών νοσημάτων, μεταβολικών και διατροφικών διαταραχών σε σύγκριση με την επίπτωση αυτών των καταστάσεων στον γενικό πληθυσμό. Αυτή η παρατήρηση καταδεικνύει την άμεση ανάγκη παρέμβασης των υπηρεσιών υγείας στην ειδική ομάδα ασθενών με ψυχική νόσο.

### 140. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ



## 145. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗ ΩΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ Η ΨΥΝΔΑΞΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗ

Μ. Μουτάφης<sup>1</sup>, Ε. Μπότσια<sup>1</sup>, Ι. Θάνου<sup>1</sup>, Ε. Μακρική<sup>1</sup>, Λ. Θάνος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας και Διαγνωστικής Απεικόνισης, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της διαδερμικής θερμοκαυτηρίασης με ραδιοσυχνότητες (RFA) υπό απεικονιστική καθοδήγηση αξονικού τομογράφου σε παιδιά.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε 10 χρόνια 12 ασθενείς (6 αγόρια, 6 κορίτσια: εύρος ηλικίας 5-18 έτη, μέση ηλικία 9,5 έτη) με δευτεροπαθείς μεταστάσεις υποβλήθηκαν σε 15 συνολικά συνεδρίες θερμοκαυτηρίασης με ραδιοσυχνότητες. Το μέγεθος της βλάβης κυμαινόταν από 1,4 ως 2,8 cm. Η επιλογή του τύπου της γεννήτριας και του ηλεκτροδίου έγινε βάσει του μεγέθους και της εντόπισης της βλάβης. Από 7 ασθενείς με ηπατικές, 2 με οστικές, 3 με πνευμονικές μεταστάσεις, 4 ασθενείς είχαν πρωτοπαθές οστεοσάρκωμα, 2 όγκο του Wilms, ενώ οι υπόλοιποι χονδροσάρκωμα, ηπατοβλάστωμα, λέμφωμα, σάρκωμα Ewing, νευροβλάστωμα και ραβδομυοσάρκωμα.

Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν στον απαραίτητο προεπεμβατικό έλεγχο και υποβλήθηκαν σε καταστολή με midazolam (0.05 mg/kg) και fentanyl (1 mcg/kg κάθε 20 λεπτά).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι θερμοκαυτηριάσεις ήταν 100% τεχνικά επιτυχείς. Ο μέσος χρόνος θερμοκαυτηρίασης ήταν 8 λεπτά σε κάθε βλάβη. Πλήρης νέκρωση του όγκου παρατηρήθηκε σε όλες τις βλάβες αμέσως, 1 και 3 μήνες μετά τη θερμοκαυτηρίαση. Στην επανεκτίμηση στους 6 μήνες 3 ασθενείς (2 με ηπατικές και 1 με πνευμονική μετάσταση) με βλάβη πάνω από 2 cm παρουσίασαν υποτροπή και υποβλήθηκαν σε δεύτερη επιτυχή θερμοκαυτηρίαση. Στα 2 έτη κανένας ασθενής δεν παρουσίασε υποτροπή της θεραπευθείσας βλάβης. Δεν παρατηρήθηκαν μειζόνες επιπλοκές, ενώ 4 ασθενείς παρουσίασαν σύνδρομο μετά θερμοκαυτηρίαση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η θεραπεία με ραδιοσυχνότητες υπό αξονικό τομογράφο αποτελεί αποτελεσματική, ασφαλή και ελάχιστα επεμβατική μέθοδο παρηγορητικής θεραπείας ιδίως για βλάβες μικρότερες των 3 cm σε παιδιατρικούς ασθενείς.

## 146. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ANGELMAN. ΠΟΛΥΠΛΕΥΡΗ ΚΑΙ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Χαράλαμπιδου, Ε. Κουβέλου, Α. Σταμάτη, Ε. Ταγκούλη

Παιδοψυχιατρική, ΓΝ Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού σ. Angelman διότι αν και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία πολλά απο τα κλινικά και συμπεριφορικά συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά του συνδρόμου, συχνά γίνεται υποδιάγνωσή του λόγω της σπανιότητάς του. (Επιπολασμός: 1:15.000)

**ΥΛΙΚΟ:** Στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσ. Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, προσήλθαν για εκτίμηση, δύο αδέρφια-δίδυμη κύηση- ηλικίας 3, 4 χρ. που αν και παρουσίαζαν φυσιολογική ψυχοκινητική εξέλιξη μέχρι των 12 μηνών, με την πάροδο του χρόνου εμφάνισαν καθυστέρηση στην απόκτηση των επόμενων αναπτυξιακών οροσήμων, επιπλεγμένη μορφή επιληπτικών κρίσεων και αταξικό βάδισμα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκαν παιδοψυχιατρική, εργοθεραπευτική, λογοθεραπευτική αξιολόγηση, MRI εγκεφάλου, ΗΕΓ εννρήγορης και ύπνου, γονιδιακός έλεγχος, ερωτηματολόγια γονέων, μεταβολικός έλεγχος, νευρολογική αξιολόγηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη των διαγνωστικών εξετάσεων και η επιβεβαίωση της διαγνωστικής υπόθεσης με τη λήψη των αποτελεσμάτων του χρωμοσωμικού ελέγχου εθέσε τη διάγνωση του συνδρόμου και δόθηκε αποκαταστασιακό πρόβλημα για τη μέγιστη βελτίωση της κλινικής εικόνας των παιδιών.

## 147. ΜΕΙΩΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΤΡΙΠΛΗ ΠΑΡΟΧΗ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΘΗΛΗΣ: Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΟΡΙΖΟΝΤΙΟΥ ΔΙΜΙΣΧΟΥ ΚΡΗΜΝΟΥ ΒΑΣΙΣΜΕΝΟ ΣΤΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ ΤΗΣ WÜRINGER

Ε. Κυριοπούλου, Χ. Λαμπρόπουλος, Ε. Μπαλιτσάρης, Κ. Σπηλιόπουλος, Ι. Ζάγκος, Δ. Μελάς, Γ. Καραπιπέρης, Δ. Τσούτσος

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μειωτική μαστού είναι από τις πιο συχνές επεμβάσεις μαστού και έχουν περιγραφεί διάφοροι τύποι θερμοαδενικών μίσχων για τη διατήρηση της αιμάτωσης-νεύρωσης του συμπλέγματος θηλής-θηλαίας άλω (ΣΘΑ). Παρουσιάζουμε μια τροποποίηση της μειωτικής μαστού με οριζόντιους διμίσχους κρημνούς για βελτιστοποίηση της αισθητικότητας και αιμάτωσης του ΣΘΑ.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ενενήντα ασθενείς υποβλήθηκαν σε αμφοτερόπλευρη μειωτική μαστού κατά την τελευταία διετία. Ο έξω πλαγιοκεντρικός μίσχος φέρει νευροαγγειακή παροχή στο ΣΘΑ από κλάδους της έξω θωρακικής αρτηρίας, και των 4ων-5ων μεσοπλευρίων νεύρων και αγγείων διαμέσου του διαφράγματος της Würinger. Ο λεπτός έσω μίσχος παρέχει πρόσθετη παροχή από το υποδόριο αγγειακό πλέγμα της έσω μαστικής και των διαπυρηνικών μεσοπλευρίων αγγείων και δερματικών νεύρων. Η μείωση του μαστού επιτυγχάνεται από τον κάτω και άνω πόλο. Η λέπτυνση των μίσχων πραγματοποιείται κατά το δοκούν, προκειμένου να διευκολυνθεί η κινητοποίηση της θηλής. Τέλος, παρουσιάζονται στοιχεία για το μέγεθος της μειωτικής, επιπλοκές, και αποτελέσματα πρώιμης μελέτης αισθητικότητας του ΣΘΑ με Laser Doppler Imaging αύξησης της αιματικής ροής μετά από χημικό ερεθισμό και με ίνες Von Frey.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το μέσο βάρος του αφαιρούμενου ιστού ήταν 760 g/μαστό (εύρος: 480- 1200 g) και η απόσταση ανόρθωσης του ΣΘΑ 8-23 εκ. Υπήρχε ικανοποιητική αισθητικότητα του ΣΘΑ (87% της προεχειρητηκής). Η καλή προβολή του μαστού και η θέση της υπομάστιας πτυχής παρέμειναν σταθερές στο χρόνο. Επιπλοκές: 3 περιπτώσεις μικρών διαρροών λίπους από την κάθετη τομή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εξέλιξη του διμίσχου κρημνού με διατήρηση του διαφράγματος της Würinger είναι μια τεχνική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ευρύ φάσμα περιστατικών μεγαλο/γίγαντομαστίας με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα από άποψη αιμάτωσης και αισθητικότητας του ΣΘΑ, ασφάλειας και αισθητικού αποτελέσματος.

## 148. Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ VAC VERAFLU ΣΕ ΜΟΛΥΣΜΕΝΑ ΕΛΛΕΙΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ε. Μπαλιτσάρης, Ε. Κυριοπούλου, Γ. Καραπιπέρης, Δ. Μελάς, Δ. Τσούτσος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδας Εγκαυμάτων ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα ελλείματα δέρματος και μαλακών μορίων σε ασθενείς με γάγγραινα, χρόνια έλκη και ολικού πάχους θερμικά εγκαύματα είναι συχνά μολυσμένα, έχουν αργή επουλώση και απαιτούν παρατεταμένη νοσηλεία. Στόχος είναι η ταχύτερη και η βέλτιστη προετοιμασία του χειρουργικού τραύματος για την ενδεκνυόμενη επανορθωτική μέθοδο. Παρουσιάζουμε 8 περιπτώσεις που αντιμετωπίστηκαν με τη χρήση του Vac Veraflo.

**ΥΛΙΚΟ:** Όλα τα τραύματα καλύφθηκαν με τον κατάλληλο σπόγγο και αδιάβροχη - αεροστεγή μεμβράνη. Χρησιμοποιήθηκε φυσιολογικός ορός για διαβροχή, με διάρκεια πλύσεων 10-20 min που επαναλαμβάνονταν κάθε 3,5-4 h, ακολουθούμενες από συνεχή αρνητική πίεση 50 mm Hg-100 mm Hg και αλλαγές κάθε 4 η-μέρες για 12-16 μέρες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς είχαν τις ακόλουθες παθήσεις: Γάγγραινα Fournier, χρόνιο έλκος με έκθεση του αχιλλείου τένοντα, διάσπαση τραύματος περιοχικού κρημνού για αποκατάσταση θερμικού εγκαύματος κνήμης ολικού πάχους, εκτεταμένη φασιπίδα κάτω άκρου, θερμικό έγκαυμα άνω άκρου με έκθεση τένοντων, ακρωτηριαστικό τραύμα ισχίου με εκτεταμένο έλλειμα μαλακών μορίων, έλκος κατάκλισης τροχαντήρα και παραμελημένος απογαντισμός κνήμης. Μετά τον απαραίτητο χειρουργικό καθαρισμό νεκρωμένων ιστών, εφαρμόστηκε το σύστημα Vac Veraflo με ταχεία ανάπτυξη κοκκιδώδους ιστού, μείωση του ελλείματος και αντιμετώπιση της λοίμωξης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρήση του VAC Veraflo οδήγησε σε ικανοποιητική προετοιμασία της δέκτηρας χώρας με ανάπτυξη κοκκιδώδους ιστού, αντιμετώπιση της τοπικής λοίμωξης και άριστη κλινική εικόνα, με αποτέλεσμα 90% πρόσληψη των ΔΜΜΠ και πλήρη επουλώση των τραυμάτων.



## 149. ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ (ΒΑ) ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΣΩΜΑ

A. Χανιώτου, A. Αμπαζής, A. Παλαιολόγος, X. Γιαννακοπούλου, I. Βρυώνη  
*Πνευμονολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σοβαρό άσθμα, συνήθως συνοδεύεται από συχνές νοσηλείες και αυξημένο κοινωνικοοικονομικό κόστος. Συχνά, οφείλεται σε αποτία, και τα αλλεργιογόνα επιδεινώνουν τη χρόνια φλεγμονή μέσω IgE ανοσολογικής απόπτωσης. Όταν η αντιφλεγμονώδης θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική, ένα ανασυνδυασμένο μονοκλωνικό IgE αντίσωμα χρησιμοποιείται για τη θεραπεία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** η μελέτη της αποτελεσματικότητας του omalizumab στο σοβαρό αλλεργικό ΒΑ μετά από χορήγηση σε ασθενείς σταδίου 5 κατά GINA.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν τα αρχεία του ιατρείου άσθματος από το 2010 έως σήμερα. Σε αυτό το διάστημα τέθηκαν σε θεραπεία με omalizumab, 10 άτομα (8 γυναίκες και 2 άνδρες), ηλικίας 36-72 ετών με σοβαρό εμμένον αλλεργικό ΒΑ, τα οποία εμφάνιζαν καθημερινά συμπτώματα, συχνές παροξύνσεις, ελάμβαναν εκτός της βρογοδιασταλτικής και αντιφλεγμονώδους αγωγής και κορτιζόνη per os τακτικά, σε 10ήμερα σχήματα συνήθως. Τρία άτομα είχαν συχνές νοσηλείες πριν την έναρξη της αγωγής, ενώ οι υπόλοιποι επτά είχαν συχνές έκτακτες επισκέψεις στο εξωτερικό ιατρείο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς άρχισαν τη θεραπεία με omalizumab από 6ετίας περίπου 4 (3 γυναίκες και 1 άνδρας), από 4ετίας 3 (γυναίκες), και από 3ετίας τρεις (2 γυναίκες και 1 άνδρας). Όλοι είχαν πορεία σταδιακά βελτιούμενη. Από στάδιο 5 της νόσου αρχικά, σταθεροποιήθηκαν μετά από 4-6 μήνες αγωγής σε στάδιο 2-3 ή 3-4 κατά GINA, δεδομένα που συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία.

A/A	Ηλικία Φύλο	Στάδιο νόσου πριν	Στάδιο νόσου μετά θεραπεία
1	69 Γ	5	3
2	46 Γ	5	3
3	62 Α	5	2-3
4	36 Γ	5	3-4
5	72 Γ	5	3-4
6	36 Α	5	3-4
7	37 Γ	5	2-3
8	42 Γ	5	3-4
9	62 Γ	5	3-4
10	58 Γ	5	3-4

Σε κανέναν δεν παρατηρήθηκαν παρενέργειες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το omalizumab είναι αποτελεσματικό, καλά ανεκτό φάρμακο για τη θεραπεία του σοβαρού επίμονου αλλεργικού ΒΑ. Αυξάνει τον έλεγχο της νόσου, μειώνει τις παροξύνσεις, βελτιώνει τη συμπτωματολογία και την ποιότητα ζωής.

## 150. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΝΕΙΣ

A. Χανιώτου, A. Λιβέρεζα, K. Καυχίτσας, Σ. Παραστατίδης, I. Βρυώνη  
*Πνευμονολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα τελευταία δεδομένα για το βρογχικό άσθμα από την GINA αναφέρουν τη σημασία της τακτικής παρακολούθησης σε ειδικά ιατρεία και της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενούς για την πορεία του άσθματος.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Της μελέτης είναι η συσχέτιση της συχνής παρακολούθησης στα ΤΕΙ, των παροξύνσεων και της ανάγκης για νοσηλεία των ασθματικών ασθενών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη κατά την οποία μελετήθηκαν 117 ασθματικοί ασθενείς, άνδρες 39, γυναίκες 78, μέσης ηλικίας 45±16,7, οι οποίοι παρακολουθούντο σε τακτική βάση στο ιατρείο άσθματος, από το Νοέμβριο 2013 έως Νοέμβριο 2015. Η παρακολούθηση γινόταν ανά τρίμηνο για τους σταθεροποιημένους ασθενείς και υπήρχε πρόσβαση για έκτακτη επίσκεψη στα ΤΕΙ σε όσους παρουσίαζαν συμπτωματολογία αρχόμενης επιδείνωσης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 117 ασθενείς, οι 31 (37,7%) είχαν μη ελεγχόμενο βρογχικό άσθμα. Από αυτούς ήταν 24 γυναίκες (77,4%) και 7 άνδρες (18,7%). Η FEV1 κυμαίνονταν μεταξύ 92,2±14,4 σε όσους είχαν ελεγχόμενο άσθμα και μεταξύ 86,9±18,2 σε όσους παρουσίαζαν μη ελεγχόμενο βρογχικό άσθμα. Σε μεγάλο ποσοστό, 110 ασθενείς (94%) αναγνώριζαν τη συμπτωματολογία επιδείνωσης της νόσου και ακολουθούσαν τις οδηγίες που τους είχαν δοθεί. Από τους ασθενείς αυτούς μόνον οι 7 χρειάστηκε να επισκεφθούν το τμήμα επειγόντων νοσοκομείου και μόνον 3 χρειάστηκε να νοσηλευθούν για παρόξυνση βρογχικού άσθματος. Οι τελευταίοι ανήκαν στους ασθενείς με μη ελεγχόμενο βρογχικό άσθμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η τακτική παρακολούθηση των ασθματικών ασθενών στο ειδικό ιατρείο και η εύκολη πρόσβαση στον ειδικό γιατρό, φαίνεται ότι μειώνουν την ανάγκη για εισαγωγή και νοσηλεία στο νοσοκομείο, εξοικονομώντας τελικά χρόνο και χρήμα.

## 151. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ (ΑΠ) ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΔΙΑΤΟΛΟΓΙΟ

I. Βρυώνη, Z. Νουβάκη, N. Τράντζας, X. Γιαννακοπούλου, A. Χανιώτου  
*Πνευμονολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Συνήθως, οι υπερτασικοί ασθενείς ακολουθούν θεραπεία με ένα ή και περισσότερα αντιυπερτασικά φάρμακα για τη ρύθμιση της ΑΠ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Της αναδρομικής αυτής μελέτης είναι η επίδραση της άναλης και υγιεινής νοσοκομειακής διατροφής στη ρύθμιση της ΑΠ γνωστών υπερτασικών, οι οποίοι λαμβάνουν αγωγή.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν οι φάκελοι υπερτασικών ασθενών και τα διαγράμματα καταγραφής της ΑΠ από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο έως την έξοδό τους. Οι ασθενείς εισήχθησαν στην πνευμονολογική κλινική το έτος 2015 για νοσηλεία πνευμονολογικών νοσημάτων. Μελετήθηκαν οι φάκελοι 187 υπερτασικών ασθενών (61 άνδρες, 126 γυναίκες) με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης για την οποία ελάμβαναν αγωγή. Εξαιρέθηκαν όσοι χρειάστηκε να λάβουν επιπλέον διουρητική αγωγή, όσοι εμφάνισαν οξεία καρδιολογικά προβλήματα ή εμφάνιζαν σήψη. Η μέση ηλικία ήταν 65 16,7 έτη. Η ΑΠ κυμαινόταν από 120-155 mm Hg η συστολική και από 80-95 mm Hg η διαστολική με την αγωγή που ακολουθούσαν. Από αυτούς 37 (20%) ελάμβαναν μονοθεραπεία, 112 (60%) ελάμβαναν διπλή αγωγή και 38 (20%) ελάμβαναν τρία φάρμακα. Η εξατομικευμένη αγωγή συνεχίστηκε και ενδοноσοκομειακά. Όλοι οι ασθενείς τέθηκαν από την εισαγωγή τους σε άναλο διαίτα και ακολουθούσαν τη διατροφή του νοσοκομείου. Γνώταν καταγραφή της ΑΠ τρεις φορές την ημέρα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τη μελέτη των διαγραμμάτων καταγραφής της ΑΠ παρατηρήθηκε ότι μετά από 3 ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο οι υπερτασικοί ασθενείς παρουσίασαν πτώση των τιμών της ΑΠ, σε επίπεδα που χρειάστηκε να παρoσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής. Συγκεκριμένα: από τους 187 ασθενείς, 120 (64,2%) ρυθμίστηκαν με μείωση της δόσολογίας και 67 (35,8) με μείωση του αριθμού των φαρμάκων. Το γεγονός αυτό αποδόθηκε στο είδος της διατροφής που αναγκαστικά ακολουθούσαν οι ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο αφού αποκλείστηκαν άλλοι παράγοντες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το είδος της διατροφής παίζει θεμελιώδη ρόλο στη ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης και μπορεί να συμβάλει στη μείωση της καταπόνησης φαρμάκων και στην πρόληψη των επιπλοκών από την υψηλή αρτηριακή πίεση.

## 152. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΝΕΑΡΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΜΕ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

I. Καραγάλιου<sup>1</sup>, Γ. Κωνσταντοπούλου<sup>1</sup>, X. Φεβρανόγλου<sup>1</sup>, A. Νικολακοπούλου<sup>2</sup>, K. Τζήμόπουλος<sup>2</sup>, A. Αθανασοπούλου<sup>2</sup>, Γ. Νούτσος<sup>3</sup>, A. Τσαρουχά<sup>2</sup>

<sup>1</sup>7η Πνευμονολογική κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», <sup>2</sup>2η Πνευμονολογική κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», <sup>3</sup>Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Αθηνών

Η μετακίνηση πληθυσμών, ως αποτέλεσμα της φτώχειας και της πολιτικής αστάθειας, τείνει να χρίσει τη φυμάτιωση ως τη νέα αναδυόμενη απειλή για χώρες όπου αυτή είχε πρακτικά εξαφανιστεί. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να δημιουργήσουμε μια εξατομικευμένη προσέγγιση για την παρακολούθηση της θεραπείας αλλοδαπών, ανασφάλιστων ασθενών με φυμάτιωση (TB) και νεοδιαγνωσθέντων σακχαρώδους διαβήτη (vΣΔ). Υλικοί και μέθοδος: 16 ασθενείς ηλικίας 16-29 ετών νοσηλεύτηκαν λόγω πνευμονικής TB και vΣΔ σε διάστημα 5 ετών. Η καταγωγή τους ήταν από το Πακιστάν (11/16) και το Μπαγκλαντές (5/16). Η πλειοψηφία (13/16) ήταν ανασφάλιστοι, με ελάχιστη ή καθόλου γνώση ελληνικών. 3/16 είχαν ασφαλιστική ικανότητα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους εξασφαλίσαμε εθελοντική μεταφραστική και τους εξηγήθηκε η συνύπαρξη των ασθενειών, η σοβαρότητα τους, η φαρμακευτική αγωγή και η πορεία της θεραπείας. Μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, εξασφαλίσαμε μέσω της κοινωνικής υπηρεσίας και του αντιφυματικού τμήματος δωρεάν φάρμακα και ινσουλίνη. Στους ασφαλισμένους, έγινε επικοινωνία με μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας για ανακάλυψη της συνταγογράφησης κατά προτεραιότητα και χωρίς ραντεβού. Ανά μήνα υποβάλλονταν σε κλινική εξέταση, αιματολογικό έλεγχο και α/α θύρακος, συγκεκριμένη ημέρα χωρίς ραντεβού. Η παρακολούθηση διαρκούσε 9 μήνες. Αποτελέσματα: 1/16 ασθενής επέστρεψε στην πατρίδα του τον 3ο μήνα, με γραπτές οδηγίες στη γλώσσα του και φαρμακευτική αγωγή για 1 μήνα. 2/16 δεν ήρθαν ποτέ στον επανέλεγχο και δεν κατέστη δυνατόν να τους βρούμε. Οι υπόλοιποι ολοκληρώσαν την παρακολούθηση και τη θεραπεία της TB επιτυχώς. Ανάλογα, συνεργαστήκαμε με 2 ιδιώτες παθολόγους για τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση του ΣΔ. Εξασφαλίσαμε τέλος, την παροχή ινσουλίνης και τις εργαστηριακές εξετάσεις από το νοσοκομείο σε συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία. Συμπεράσματα: Παρά τις εγγενείς δυσκολίες, την κακή οικονομική κατάσταση της χώρας, την έλλειψη πόρων, αλλά και χρόνου από πλευράς των γιατρών ενός μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου, καταφέραμε να προσφέρουμε αξιοπρεπή και επιτυχημένη φροντίδα σε νέους ανασφάλιστους μετανάστες με σοβαρά προβλήματα υγείας όπως είναι η TB και ο ΣΔ. Τα αντικειμενικά προβλήματα που συναντήσαμε ήταν κυρίως ο συντονισμός των ενεργειών και η δυσκολία της συνεννόησης αλλά η νοηματική και η ζωγραφική αποτέλεσαν πολύτιμους βοηθούς μας!



## 157. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΚΛΗΡΟΜΥΞΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Γ. Τζατζάγου, Ι. Τσαουσιδής, Γ. Μαντιός, Κ. Καρατζίδου  
Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σκληρομυξοίδημα είναι μια σπάνια, άγνωστη αιτιολογίας συστηματική νόσος, που ανήκει στις δερματικές βλεννώδεις.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Γυναίκα 75 ετών διεκομισθηκε από επαρχιακό Νοσοκομείο λόγω γενικευμένου, κηλιδωλατιδώδους και ελαφρά κνησμώδους δερματικού εξανθήματος από 7μήνου. Αρχικά αντιμετωπίστηκε ανεπιτυχώς με αντισηπτικά. Βαθμιαία εγκαταστάθηκε δυσκαταποσία, αίσθημα καύσου στον οισοφάγο και αδυναμία, καταβολή, απώλεια βάρους με δεκατική πυρετική κίνηση. Απευθυνόμενη εκ νέου στο Νοσοκομείο, της χορηγήθηκε κορτικοθεραπεία (άγνωστη δόσολογίας) με σημαντική ύφεση του καύσου, της δυσκαταποσίας και υποχώρηση του εξανθήματος. Με την αποκλιμάκωση της δόσης μετά από 2 μήνες τα συμπτώματα υποτροπιάσαν και επανεμφανίστηκε το εξάνθημα με τους ίδιους χαρακτηρισμούς. Κατά την εισαγωγή, εμφανίζετο σκληρό αγγειοοίδημα προσώπου, περιτοματικές ωχρές ουλές δέρματος, οίδημα στα βλέφαρα, στους χόνδρους των ώτων και στις φάλαγγες των δακτύλων των χεριών (αδυναμία σύγκλεισης). Επίσης σκληρή πάχυνση του δέρματος της ραχιαίας επιφάνειας θώρακος, της οπίσθιας επιφάνειας του βραχίονος και των κάτω άκρων. Κλινικά ευρήματα: ΑΠ=130/80 mm Hg Σφ=79 SpO<sub>2</sub>=97%, ακρόαση πνευμόνων χωρίς παθολογικά ευρήματα. Κοιλιά μαλακή, ανώδυνη, ευπίεστη. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: νορμοκυτταρική αναιμία, χωρίς παθολογικούς δείκτες φλεγμονής και φυσιολογική τιμή TSH. Στον ανοσολογικό έλεγχο βρέθηκε υπογαμμασφαιριναιμία (IgG, IgA), παρουσία μονοκλωνικού κλάσματος (IgG, λ) και απουσία Βence Jones. Στο μυελόγραμμα δεν υπήρχαν πλάσμακυττάρια. Η CT δεν έδειξε ύπαρξη λεμφαδένων ή άλλου όγκου, αλλά απεικόνισε πνευμονικά οζίδια. Μαρτυρούμενη Σπειρομέτρηση τεχνικά δυσχερή (αδυναμία σύγκλεισης στόματος), όπως και η δοκιμασία βάδισης. Το υπερηχοκαρδιογράφημα (αποκλεισμός προσβολής μυοκαρδίου, η γαστροσκόπηση, η διάβαση λεπτού εντέρου και η κολονοσκόπηση δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα, όπως και ο έλεγχος οφθαλμών και η μαστογραφία. Λήφθηκε βιοψία δέρματος, η οποία (σε συνδυασμό με τα ανωτέρω ευρήματα) έθεσε την τελική διάγνωση του σκληρομυξοίδηματος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρά τη σπανιότητά της, επισημαίνεται η διαφοροδιαγνωστική αξία της νόσου σε περιπτώσεις σκληροδερμίας και μυξοίδηματος, νόσοι συχνότερα απαντώμενες σε μία παθολογική κλινική.

## 158. ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ. ΜΙΑ ΠΑΡΑΔΟΞΗ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΠΟΥ ΟΔΗΓΕΙ ΣΕ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>1</sup>, Ε. Πανατζή<sup>2</sup>, Ε. Σκιώτη<sup>2</sup>, Α. Τζαναβαρής<sup>3</sup>, Θ. Μπαντή<sup>3</sup>, Χ. Κατσαβούνη<sup>3</sup>, Π. Αθανασίου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, <sup>2</sup>Β' Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ «Αλεξάνδρα», <sup>3</sup>Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΣ) είναι συστηματική αυτοάνοση φλεγμονώδης νόσος του συνδετικού ιστού που προσβάλλει τις ενθέσεις και προκαλεί την εμφάνιση συνδεσμοφύτων στη σπονδυλική στήλη. Είναι γνωστό ότι η νόσος μπορεί να προκαλεί ελάττωση της οστικής πυκνότητας παράλληλα με την εμφάνιση νέου οστίου ιστού περί τη σπονδυλική στήλη.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση της οστικής μάζας ασθενών με ΑΣ.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Σε ομάδα 81 ασθενών, 61 άνδρες και 20 γυναίκες με ΑΣ, ηλικίας 28-78 (mean±SEM) 51.83±1.25 ετών, με διάρκεια νόσου 2-40 έτη (mean±SEM) 16.35±1.09 έτη, μετρήθηκε η οστική πυκνότητα σε 3 σημεία του σκελετού, την ΟΜΣΣ, το αριστερό και το δεξιό ισχίο. Ο δείκτης ενεργότητας της ΑΣ BASDAI ήταν 2.0-9.0 (mean±SEM) 4.8±0.55. Ο δείκτης BASDAI ήταν 4.97±0.6 και 4.1±1.6 στους άνδρες και τις γυναίκες, αντίστοιχα. Η οστική πυκνότητα μετρήθηκε με DEXA. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS19.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η οστική πυκνότητα των ασθενών στην ΟΜΣΣ όπως αυτή εκτιμήθηκε με το T score ήταν -2.13±0.18 (mean±SEM) και στο αριστερό ισχίο -1.96±0.12. Η οστική πυκνότητα των ανδρών ήταν -2.29±0.23 στην ΟΜΣΣ και -2.12±0.15 στο αριστερό ισχίο και των γυναικών -1.67±0.24 και -1.88±0.23 στην ΟΜΣΣ και στο αριστερό ισχίο, αντίστοιχα. Μεταξύ των ανδρών ασθενών 30 είχαν οστεοπόρωση, 16 οστεοπενία και 15 φυσιολογική οστική πυκνότητα. Μεταξύ των γυναικών 10 είχαν οστεοπόρωση, 4 οστεοπενία και 6 φυσιολογική οστική πυκνότητα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ΑΣ φαίνεται να προσβάλλει το οστό και να σχετίζεται με την ελάττωση της οστικής μάζας και την εμφάνιση οστεοπόρωσης και οστεοπενίας στους άνδρες και γυναίκες ασθενείς. Στην εργασία αυτή φάνηκε ότι η ΑΣ προσβάλλει περισσότερο και βαρύτερα τους άνδρες, όπως προκύπτει από τον αριθμό των προσβαλλόμενων ασθενών και το δείκτη ενεργότητας της νόσου και προσβάλλει βαρύτερα το οστό στους άνδρες προκαλώντας οστεοπόρωση καθ' υπερβολή της σπονδυλικής στήλης. Παρά το ότι είναι νόσος που σχετίζεται με de novo οστεοποίηση, λόγω της φλεγμονώδους και αυτοάνοσης επεξεργασίας με την οποία είναι συνφασμαμένη φαίνεται ότι προσβάλλει το οστό προκαλώντας οστεοπόρωση.

## 159. ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>1</sup>, Ε. Πανατζή<sup>2</sup>, Ο. Σκιώτη<sup>2</sup>, Α. Τζαναβαρής<sup>3</sup>, Θ. Μπαντή<sup>3</sup>, Χ. Κατσαβούνη<sup>3</sup>, Π. Αθανασίου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, <sup>2</sup>Β' Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ «Αλεξάνδρα», <sup>3</sup>Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Η συστηματική σκλήρυνση είναι συστηματική νόσος του συνδετικού ιστού που χαρακτηρίζεται από προσβολή του δέρματος, των πνευμόνων και άλλων οργάνων. Η σχέση της συστηματικής σκλήρυνσης με την οστεοπόρωση είναι άγνωστη, αλλά υπάρχουν δημοσιεύσεις που άπτονται του προβλήματος (Omair et al, Clin Exp Rheumatol 2013).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η αποτύπωση της σχέσης της συστηματικής σκλήρυνσης με την οστεοπόρωση στους ασθενείς που παρακολουθούνται σε μια οργανωμένη ρευματολογική κλινική - single center experience.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν 39 ασθενείς με συστηματική σκλήρυνση, 36 γυναίκες και 3 άνδρες, ηλικίας 21-78, (mean±SEM) 55.64±2.31 ετών. Η διάρκεια νόσου ήταν 3-34 (mean±SEM) 11.35±1.52 έτη. Στους ασθενείς έγινε πλήρης κλινικός και παρακλινικός έλεγχος και μετρήθηκε η οστική πυκνότητα στη σπονδυλική στήλη και στο αριστερό και δεξιό ισχίο. Από τους 39 ασθενείς με συστηματική σκλήρυνση που μελετήθηκαν 20 έφεραν δακτυλικά έλκη και 26 είχαν πνευμονική προσβολή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην ομάδα των ασθενών με συστηματική σκλήρυνση, η οστική πυκνότητα στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ήταν -2.42±0.30, στο αριστερό ισχίο -2.29±0.20 και στο δεξιό ισχίο -2.34±0.19. Από τους ασθενείς με συστηματική σκλήρυνση 10 είχαν οστεοπόρωση και 9 είχαν οστεοπενία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η οστεοπόρωση φαίνεται ότι είναι κύρια εξωαρθρική οστική εκδήλωση των αυτοάνοσων νοσημάτων του συνδετικού ιστού. Φαίνεται, από τα αποτελέσματα της παρούσης εργασίας αλλά και από σχετικές δημοσιεύσεις ότι μπορεί να παρατηρείται οστεοπόρωση σε ασθενείς με συστηματική σκλήρυνση (Atteritano et al, PLoS One 2013). Η αιτιολογία της οστεοπόρωσης στους ασθενείς με συστηματική σκλήρυνση δεν είναι γνωστή. Μπορεί να είναι φαρμακευτικής αιτιολογίας, μπορεί να οφείλεται σε αυτή καθ' εαυτή τη νόσο που προσβάλλει το συνδετικό ιστό και επομένως μπορεί να προσβάλλει και το οστό ή μπορεί να οφείλεται σε έλλειψη της βιταμίνης D.

## 160. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΟ ΜΟΡΦΩΜΑ Η-ΒΙΚΗΣ ΣΥΜΦΥΣΗΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟ ΣΕ ΤΟΦΟΥΣ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΡΑΓΓΟΥΡΙΑ

Ο. Τσαχουρίδου<sup>1</sup>, Σ. Τσοτουλίδης<sup>2</sup>, Κ. Γρίβου<sup>2</sup>, Γ. Πετριδής<sup>2</sup>, Σ. Αδάμ<sup>3</sup>, Ι. Τσιτουρίδης<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup>Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας, Χαλκιδική, <sup>3</sup>Γ' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη, <sup>4</sup>Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, ΓΝ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αναφορά σπάνιου περιστατικού με μόρφωμα από εναπόθεση τόφω ουρικού οξέος σε ασυνήθη εντόπιση και σε ασθενή χωρίς ιστορικό υπερουριχαιμίας ή ουρικής αρθρίτιδας.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής θήλυ, 85 ετών με ιστορικό υπέρτασης, καρδιακής ανεπάρκειας, υπερλιπιδαιμίας, υποθυρεοειδισμού και πρόσφατου Καουροδόχου κύστεως (υπό ΧΜΘ) προσήλθε αιτιώμενη δυσκοιλιότητα και δυσκολία ούρησης από μηνός. Από ετών αναφέρει άλγος στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις και από έτους άλγος στην περιοχή της ηβικής σύμφυσης, συμπτώματα που υποχωρούσαν με ΜΣΑΦ. Από την κλινική εξέταση και από τον αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η ακτινογραφία κοιλίας ήταν φυσιολογική. Στην αξονική τομογραφία διαπιστώθηκε πρόσθια ολίσηση στον Ο<sub>4</sub>-Ο<sub>5</sub>, εκφυλιστικές αλλοιώσεις στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις και την ηβική σύμφυση, όπου επιπλέον διαπιστώθηκε συνοδός μάζα υφής μαλακών μορίων. Η ασθενής υπεβλήθη σε MRI, στην οποία φάνηκε στην ηβική σύμφυση παχυτοχυματική ατρακτοειδής υγρική συλλογή μέγιστης διάμετρος 8 cm. Έγινε κατευθυνόμενη βιοψία με εκκένωση της κύστης. Μακροσκοπικά επέτροκειτο για ιστοεματίδια σκληροελαστικής σύστασης, ενώ η ιστολογική εξέταση ανέδειξε υφώδους χόνδρου με εναπόθεση τόφω ουρικού οξέος, όπως. Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά. Υπεβλήθη σε νέα αξονική τομογραφία, χωρίς τοπική υποτροπή της βλάβης ή της προϋπάρχουσας κακοήθειας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι τόφοι από εναπόθεση κρυστάλλων ουρικού μονονατρίου, δημιουργούν μικρή φλεγμονώδη αντίδραση και αναπτύσσονται σιωπηλά. Η αύξηση του μεγέθους τους προκαλεί δυσκαμψία και πόνο που περιορίζει την κινητικότητα των προσβεβλημένων αρθρώσεων. Εμφανίζονται συνήθως μετά 10ετία για ελεγχόμενης διαλείπουσας ουρικής αρθρίτιδας. Η εντόπιση στην ηβική σύμφυση και η απουσία ιστορικού υπερουριχαιμίας και ουρικής αρθρίτιδας, καθιστούν το περιστατικό εξαιρετικά σπάνιο, καθώς η διεθνής βιβλιογραφία περιγράφει ελάχιστες περιπτώσεις παγκοσμίως.



## 165. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ II

Σ. Σολωμού, Σ. Αμανετοπούλου, Α. Καπάτας, Θ. Καραουλάνη, Α. Κίτνα, Ε. Σιδέρη, Α. Παπαναστασίου

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» - ΓΝ Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μελέτη συνοσηρότητας αρτηριακής υπέρτασης σε παχύσαρκους ασθeneίς με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, οι οποίοι εξετάστηκαν στο ιατρείο υπέρτασης τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στη μελέτη συμπεριλάβαμε 307 ασθενείς (172 γυναίκες και 135 άνδρες) με μέση ηλικία τα 66,9 έτη. Οι ασθενείς χαρακτηρίστηκαν με βάση το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) σε παχύσαρκους (ΔΜΣ  $\geq$  30) και μη παχύσαρκους (ΔΜΣ < 30), σύμφωνα με την αρτηριακή πίεση σε υπερτασικούς (ΑΠ > 140/90 mm Hg) και μη υπερτασικούς (ΑΠ  $\leq$  140/90 mm Hg) και με βάση το ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου II.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με το δείκτη μάζας σώματος διαπιστώθηκε ότι παχύσαρκοι ασθενείς ήταν το 32,2% των εξεταζομένων (99 ασθενείς). Ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου II διαπιστώθηκε στο 12,1% του συνόλου των εξεταζομένων και στο 14% των παχύσαρκων ασθενών (37 και 14 ασθενείς, αντίστοιχα). Αρτηριακή υπέρταση ανευρέθη στο 57,3% του συνόλου των εξεταζομένων και στο 59,6% των παχύσαρκων ασθενών (176 και 59 ασθενείς, αντίστοιχα). Σε παχύσαρκους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, αρτηριακή υπέρταση διαπιστώθηκε σε ποσοστό 64,3% (9 ασθενείς).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αρτηριακή υπέρταση, η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν μείζονες παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη αθηροσκληρυνσης. Η αλλαγή τρόπου ζωής με στόχο τον έλεγχο του σωματικού βάρους, ο αυστηρός έλεγχος του σακχαρώδους διαβήτη και η έγκαιρη διάγνωση και ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης αποτελούν καθοριστικούς στόχους στην τροποποίηση της εξέλιξης βλάβης σε όργανα στόχους.

## 166. ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΣΕ ΜΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

Σ. Σολωμού, Α. Καπάτας, Σ. Αμανετοπούλου, Θ. Καραουλάνη, Α. Κίτνα, Α. Κακούρου, Α. Παπαναστασίου

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝ Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μελέτη συνοσηρότητας αγγειακών συμβαμάτων (στεφανιαία νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο-ΑΕΕ και περιφερική αγγειοπάθεια) σε μη παχύσαρκους ασθενείς με υπερλιπιδαιμία οι οποίοι εξετάστηκαν στο ιατρείο υπέρτασης τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμπεριλάβαμε 307 ασθενείς (172 γυναίκες και 135 άνδρες) με μέση ηλικία τα 66,9 έτη. Οι ασθενείς χαρακτηρίστηκαν με βάση το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) σε παχύσαρκους (ΔΜΣ  $\geq$  30) και μη παχύσαρκους (ΔΜΣ < 30) και με βάση την τιμή χοληστερόλης σε υπερλιπιδαιμικούς (>200 mg/dl) και μη υπερλιπιδαιμικούς και σύμφωνα με το ιστορικό αγγειακών συμβαμάτων (στεφανιαία νόσος, ΑΕΕ και περιφερική αγγειοπάθεια).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με το δείκτη μάζας σώματος διαπιστώθηκε ότι μη παχύσαρκοι ασθενείς ήταν το 67,8% των εξεταζομένων (208 ασθενείς). Υπερλιπιδαιμία διαπιστώθηκε στο 79,8% του συνόλου των εξεταζομένων και στο 77,4% των μη παχύσαρκων ασθενών (245 και 161 ασθενείς, αντίστοιχα). Στους μη παχύσαρκους ασθενείς με υπερλιπιδαιμία, στεφανιαία νόσος διαπιστώθηκε σε 23 ασθενείς (14,3%), ιστορικό ΑΕΕ σε 9 ασθενείς (5,6%) και περιφερική αγγειοπάθεια σε 3 ασθενείς (1,9%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παχυσαρκία αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αθηροσκληρυνσης. Ωστόσο, εκτός από τον έλεγχο του σωματικού βάρους, ο έλεγχος του λιπιδαιμικού, αρτηριακού και γλυκαιμικού προφίλ απαιτούνται για την τροποποίηση της εξέλιξης βλάβης σε όργανα στόχους, όπως αυτή εμφανίζεται με τη μορφή αγγειακών συμβαμάτων.

## 167. ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΝΕΣΤΙΝΗΣ ΚΑΙ MCAM (CD146) ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΩΙΜΟ ΧΡΟΝΟ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΙΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Α. Ταμπάκη<sup>1</sup>, Α. Ταμπάκης<sup>2,3</sup>, Α. Νόννη<sup>4</sup>, Κ. Κόντζογλου<sup>1</sup>, Ε. Πατσούρης<sup>4</sup>, Γ. Κουράκλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, <sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βασιλείας, Ελβετία, <sup>3</sup>Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Χαϊδελέβεργης, Γερμανία, <sup>4</sup>Α΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι δείκτες MCAM (CD146) και νεστίνη εκφράζονται σε καρκινικά βλαστικά κύτταρα στον καρκίνο του μαστού. Σκοπός της μελέτης ήταν η κατανόηση της έκφρασης των δεικτών σε διαφορετικούς μοριακούς υποτύπους στον καρκίνο του μαστού και η συσχέτισή τους με δείκτες επιβίωσης των ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε 141 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού τα έτη 2000 έως 2014 μελετήθηκε η ανοσοστοχημική έκφραση των δεικτών νεστίνης και CD146 σε ιστολογικά παρασκευάσματα μαζικού αδένου, η οποία και συσχετίστηκε στατιστικώς με την επιβίωση των ασθενών και την υποτροπή της νόσου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η έκφραση της νεστίνης και του MCAM παρατηρήθηκε έντονη στην υποομάδα των ασθενών με τριπλά αρνητικό μοριακό υπότυπο (47,6% έναντι 6,1%,  $p < 0,001$  για νεστίνη, 73,8% έναντι 19,2%,  $p < 0,001$  για MCAM). Η έκφραση τόσο της νεστίνης ( $p=0,021$ ) όσο και του MCAM ( $p=0,008$ ) συσχετίστηκε με τον ιστολογικό βαθμό κακοήθειας και τον δείκτη κυτταρικού παλλαπλασιασμού Ki-67 ( $p=0,007$  και  $p < 0,001$  αντίστοιχα). Η έκφραση του MCAM συσχετίστηκε με το στάδιο νόσου ( $p=0,006$ ), ενώ η έκφραση της νεστίνης συσχετίστηκε με τη μικρότερη ηλικία των ασθενών ( $p=0,029$ ). Ο χρόνος υποτροπής της νόσου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό στους 30 μήνες μετά το αρχικό χειρουργείο των ασθενών όταν η έκφραση της νεστίνης ( $p=0,022$ ) ή του MCAM ( $p=0,003$ ) ήταν παρούσα. Ανάλυση παλινδρόμησης Cox Regression επιβεβαίωσε τον MCAM ( $p=0,033$ ) ως ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της υποτροπής στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με τη νεστίνη ( $p=0,422$ ) και σε σύγκριση με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου ( $p=0,001$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η έκφραση της νεστίνης και του MCAM επηρεάζει την εμφάνιση του χρόνου υποτροπής στον καρκίνο του μαστού. Και οι δύο δείκτες συσχετίζονται με όγκους επιθετικής κλινικής συμπεριφοράς και αποτελούν αναπτυξιακό δυναμικό θεραπευτικό στόχο ιδιαίτερα στους τριπλά αρνητικούς όγκους.

## 168. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΓΚΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ 450 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η. Περυσινάκης, Χ. Αγγέλη, Α. Νίξον, Χ. Μειδάνης, Α. Κορωναίος, Χ. Παριανός, Β. Κατζιώλης, Γ. Ζωγράφος

Γ΄ Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Γιώργος Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας της κλινικής μας στη χειρουργική αντιμετώπιση καλοήθων και κακοήθων επινεφριδιακών παθήσεων, με τη λαπαροσκοπική και την ανοικτή προσπέλαση.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναδρομική μελέτη των ασθενών με παθήσεις των επινεφριδίων που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην κλινική μας και καταγραφή των βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων της θεραπευτικής προσέγγισης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη χρονική περίοδο 1998 - Δεκέμβριος 2015 αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά 439 ασθενείς με παθήσεις των επινεφριδίων σε σύνολο 450 επεμβάσεων. Στο δείγμα συμπεριελήφθησαν 158 άνδρες και 281 γυναίκες, μέσης ηλικίας 54 ετών. Σε 397 ασθενείς έγινε λαπαροσκοπική προσέγγιση, εκ των οποίων μετατροπή απαιτήθηκε σε 36 περιπτώσεις, ενώ 50 ασθενείς προσεγγίστηκαν εξαρχής ανοικτά. Σε 3 περιπτώσεις ευμεγέθων όγκων διενεργήθηκε υποβοηθούμενη με το χέρι λαπαροσκοπική επέμβαση, σε 8 ασθενείς με σ. Conn ή φαιοχρωμοκύτωμα στα πλαίσια σ. MEN2A διατήρηση υγιούς επινεφριδιακού ιστού και σε άλλους 11 ασθενείς με εκτεταμένη κακοήθεια en bloc εκτομή γειτονικών οργάνων. Μεταξύ των διαγνώσεων οι συχνότερες ήταν: 66 ασθενείς με σύνδρομο Conn, 63 με σύνδρομο Cushing, 72 με υποκλινικό σύνδρομο Cushing, 8 ασθενείς με νόσο Cushing, 63 φαιοχρωμοκυτώματα (5 κακοήθη, 23 δυνητικά κακοήθη, 36 καλοήθη), 18 μεταστάσεις, 21 πρωτοπαθή καρκινώματα φλοιού, 64 μη-λειπομυϊκά αδενώματα και 5 δυνητικά κακοήθη αδενώματα. Η μέση διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας ήταν 2,1 ημέρες για τη λαπαροσκοπική και 5 ημέρες για την ανοικτή ομάδα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η λαπαροσκοπική προσπέλαση αποτελεί το χρυσό κανόνα για τις καλοήθεις παθήσεις των επινεφριδίων. Δυνητικά κακοήθεις πρωτοπαθείς επινεφριδιακοί όγκοι και μονήρεις επινεφριδιακές μεταστάσεις μπορούν να προσεγγισθούν λαπαροσκοπικά εφόσον υπάρχει εμπειρία. Οι ευμεγέθεις πρωτοπαθείς κακοήθεις επινεφριδιακοί όγκοι πρέπει να προσεγγίζονται εξ αρχής ανοικτά.

## 169. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΜΕΓΑΛΟΥ ΠΝΕΥΜΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΑΣΘΕΝΗ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γ. Ζάχαρης<sup>1</sup>, Ν. Κίκας<sup>1</sup>, Ν. Ζάχαρη<sup>2</sup>, Χ. Πότσιος<sup>3</sup>, Π. Ξαπλαντέρη<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ΓΝ Πατρών, Πάτρα, <sup>2</sup>Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο, Πάτρα, <sup>3</sup>ΓΝ Ανατολικής Αχαΐας,

<sup>4</sup>ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση άνδρα ασθενούς 71 ετών, που προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με ανώδυνη διάταση κοιλίας από 20ημέρου με συνοδές αναφερόμενες διαρροϊκές κενώσεις. Ιστορικό: κολοноσκόπηση προ έτους με διάγνωση εκκολπώματωση σιγμοειδούς.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ:** Ο ασθενής προσήλθε άπυρετος, περιπατητικός, χωρίς άλγος. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ψηλαφητή μάζα στην κάτω κοιλία σκληρής σύστασης και ακίνητη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εργαστηριακός έλεγχος: λευκά 14.000/μλ, μεγάλη ποσότητα ελεύθερου αέρα στην ακτινογραφία κοιλίας. Η CT κοιλίας (με σκιαγραφικό *per.os* και ενδοφλεβίως) ανέδειξε μεγάλη ποσότητα ελεύθερου αέρα χωρίς εικόνα ρήξης κοίλου σπλάγχνου.

Τέθηκε ρινογαστρικός σωλήνας και χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή. Τα λευκά αιμοσφαίρια υποχώρησαν και ο ασθενής σιτίστηκε. Παρόλα αυτά ο ελεύθερος αέρας παρέμεινε αμετάβλητος, όπως φάνηκε στη δεύτερη αξονική στην οποία υποβλήθηκε ο ασθενής. Ακολούθησε παρακέντηση κοιλίας όπου αφαιρέθηκαν 1,2 λίτρα αέρα και υποχώρησε η διάταση. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

- Η συχνότερη αιτία πνευμοπεριτόναιου είναι ιατρογενής μετά από λαπαροτομή και εμφανίζεται μέσα στην πρώτη εβδομάδα της επέμβασης
- Στο 90% των ασθενών που δεν έχουν πρόσφατα υποβληθεί σε λαπαροτομή, η παρουσία πνευμοπεριτόναιου καταδεικνύει ρήξη ενδοκοιλιακού κοίλου σπλάγχνου.
- Η ασυμπτωματική ρήξη σπλάγχνου με πνευμοπεριτόναιο είναι σπάνιο φαινόμενο.
- Άλλες αιτίες πνευμοπεριτοναίου όπως πνευμονικό εμφύσημα, πνευμομεσοθωράκιο και *pneumatisis intestinalis* αποκλείστηκαν λόγω μη συμβατής κλινικής και εργαστηριακής εικόνας. Σε γυναίκες περιγράφεται ως αιτία πνευμοπεριτοναίου η είσοδος αέρα από το γεννητικό σύστημα (διακολπικά).
- Στο συγκεκριμένο ασθενή λόγω του ιστορικού του, η ρήξη εκκολπώματος σιγμοειδούς μπήκε στη διαφοροδιάγνωση λόγω της λευκοκυττάρωσης. Όμως η απουσία πόνου και η έλλειψη απεικονιστικής επιβεβαίωσης καθιστούν το περιστατικό αυτό ενδιαφέρον ως προς την αιτία πρόκλησης, αλλά και την αντιμετώπισή του.

## 170. ΑΝΟΙΚΤΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΜΙΚΡΗ ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑ ΑΝΤΙ ΤΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΥΛΙΚΩΝ- ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΡΟΤΑΣΗ

Γ. Ζάχαρης<sup>1</sup>, Ν. Κίκας<sup>1</sup>, Ν. Ζάχαρη<sup>2</sup>, Χ. Πότσιος<sup>3</sup>, Π. Ξαπλαντέρη<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ΓΝ Πατρών, Πάτρα, <sup>2</sup>Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο, Πάτρα, <sup>3</sup>ΓΝ Ανατολικής Αχαΐας,

<sup>4</sup>ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σύγκριση της ανοικτής λαπαροτομής με μικρή τομή έναντι της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής. Αφορμή στάθηκε η έλλειψη σε λαπαροσκοπικά υλικά λόγω της οικονομικής κρίσης.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ:** Συγκροτήθηκαν δύο ομάδες των 20 ασθενών η κάθε μία με όμοια κριτήρια (ηλικία, ιστορικό ασθενειών, φαρμακευτική αγωγή, BMI). Στην πρώτη ομάδα έγινε χολοκυστεκτομή με ανοικτή λαπαροτομή με μικρή τομή και στην άλλη πραγματοποιήθηκε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στις δύο ομάδες εξετάστηκαν: ο χρόνος νοσηλείας προ και μετεγχειρητικά, η αντιβιοτική αγωγή, η χορήγηση παυσίπονων, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως κήλες. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι δεν υπάρχουν διαφορές στις δύο μεθόδους, παρά μόνο στο αισθητικό αποτέλεσμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** - Στην Ελλάδα της κρίσης η έλλειψη υλικών στις Νοσοκομειακές μονάδες είναι καθημερινότητα.

- Η μελέτη αυτή δίνει πλεονέκτημα στη χολοκυστεκτομή με ανοικτή λαπαροτομή διότι ελαττώνεται ο χρόνος νοσηλείας σε σχέση με την ανοικτή χολοκυστεκτομή, αλλά ταυτόχρονα είναι οικονομικότερη από τη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.
- Η χολοκυστεκτομή με λαπαροτομή με μικρή τομή δεν μπορεί να αντικαταστήσει τη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, αλλά θα μπορούσε να είναι μια ασφαλής λύση όταν η δεύτερη δε δύναται να πραγματοποιηθεί για οικονομικούς λόγους.

## 171. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 172. Η ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ, ΑΜΕΣΗ Η ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΕΡΙΜΕΝΕΙ

Α. Νικολάου, G. Christakis, M. Hatjiharis, J. Fitzgibbon, M. Χατζηκώστα

Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Λεμεσού

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αντιμετώπιση της οξείας χολοκυστίτιδας με λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή τις πρώτες 72 ώρες μετά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, τείνει να αντικαταστήσει την απώτερη αντιμετώπιση του ασθενούς μετά τις 8 εβδομάδες από το πρώτο επεισόδιο της οξείας χολοκυστίτιδας.

**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη των ασθενών οι οποίοι υπεβλήθησαν σε χολοκυστεκτομή κατά την αντιμετώπιση της οξείας χολοκυστίτιδας στη Χειρουργική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Η εισαγωγή των ασθενών στη Χειρουργική Κλινική έγινε με κριτήριο την κλινική εξέταση, τις εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν δύο ομάδες ασθενών για την αντιμετώπιση της οξείας χολοκυστίτιδας: Η ομάδα Α αποτελείται από τους ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή από τις 7:30 μέχρι τις 19:30 και η ομάδα Β αποτελείται από τους ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή από τις 19:30 μέχρι τις 7:30 το πρωί.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη έδειξε ότι δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας Α και ομάδας Β ως προς την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο (3,9 ημέρες νοσηλείας για την ομάδα Α και 4,0 ημέρες νοσηλείας για την ομάδα Β,  $P<0,05$ ) και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές (5% για την ομάδα Α και 6% για την ομάδα Β,  $P<0,05$ ). Διαφορά παρατηρήθηκε στο ποσοστό εκτροπής,  $P=0,1$ ). Αξίζει να σημειωθεί ότι μεγαλύτερο ποσοστό μετατροπής της λαπαροσκοπικής σε ανοικτή χολοκυστεκτομή, παρατηρήθηκε στη γαγγραινώδη χολοκυστίτιδα ή ρήξη της χοληδόχου κύστης. Το συμπέρασμα είναι ότι η διενέργεια λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής κατά τις βραδυνές ώρες είναι ασφαλής, έχει μεγαλύτερα όμως ποσοστά μετατροπής σε ανοικτή επέμβαση.

### 173. Η ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ ΚΑΙ Η ΣΙΛΔΕΝΑΦΙΛΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗ ΒΛΑΒΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ-ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΡΟΥΡΑΙΟΥΣ

Ι. Κωστάκης<sup>1,2</sup>, Ν. Ζάβρας<sup>3</sup>, Χ. Δαμάσκος<sup>1,2</sup>, Σ. Σακελλαρίου<sup>4</sup>, Π. Κορκολοπούλου<sup>4</sup>, Π. Τσαπάρας<sup>1,2</sup>, Θ. Καρατζάς<sup>1,2</sup>, Γ. Κουράκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα, <sup>2</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας «ΝΣ Χρηστέας», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, <sup>3</sup>Γ' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικό», Αθήνα, <sup>4</sup>Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συστολή όρχεως και η αποκατάστασή της προκαλούν σοβαρή ιστική βλάβη λόγω βλάβης ισχαιμίας-επαναιμάτωσης. Μελετήσαμε τον προστατευτική επίδραση της ερυθροποιητίνης και της σιλденаφίλης απέναντι στη βλάβη ισχαιμίας-επαναιμάτωσης μετά μονόπλευρη συστολή όρχεως και αποκατάσταση αυτής σε ενήλικες αρουραίοι.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμπεριλήφθηκαν 28 ενήλικες άρρενες αρουραίοι. Οι αρουραίοι της ομάδας Α (n=5) υποβλήθηκαν σε εικονική επέμβαση. Οι αρουραίοι των ομάδων Β (n=5), Γ (n=5), Δ (n=5), Ε (n=8) υποβλήθηκαν σε συστολή τους δεξιού όρχεως και αποκατάσταση αυτής μετά 90 min. Δεν χορηγήθηκε φαρμακευτική θεραπεία στην ομάδα Β. Η ομάδα Γ έλαβε ερυθροποιητίνη σε χαμηλή δόση (1000 IU/kg), η ομάδα Δ ερυθροποιητίνη σε υψηλή δόση (3000 IU/kg) και η ομάδα Ε σιλденаφίλη (0,7 mg/kg), οι οποίες χορηγήθηκαν ενδοπεριτοναϊκά μετά 60 min συστολής. Ο δεξιός όρχης αφαιρέθηκε 24 h μετά την αποκατάσταση της συστολής και στάλθηκε για ιστολογική εξέταση και ανοσοϊστοχημική εξέταση για έκφραση κασπάσης-3. Οι ιστολογικές αλλοιώσεις και η ποιότητα της σπερματογένεσης βαθμολογήθηκαν βάσει των σκορ του Cosentino και του Johnsen, αντίστοιχως.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ομάδα Α είχε φυσιολογική αρχιτεκτονική του όρχεως. Οι υπόλοιπες ομάδες είχαν ιστολογικές αλλοιώσεις. Η ομάδα Β είχε τα χειρότερα αποτελέσματα. Οι ομάδες Δ και Ε είχαν καλύτερα αποτελέσματα από την ομάδα Γ. Όσο αφορά την ποιότητα της σπερματογένεσης, η ομάδα Α είχε τα καλύτερα αποτελέσματα και η ομάδα Β τα χειρότερα. Οι ομάδες Γ, Δ, Ε είχαν παρόμοια αποτελέσματα, καλύτερα από της Β, αλλά χειρότερα από της Α. Τα επίπεδα της κασπάσης-3 ήταν χαμηλότερα στις ομάδες Α, Δ, Ε, με παρόμοια επίπεδα μεταξύ τους. Η ομάδα Γ είχε υψηλότερα επίπεδα κασπάσης-3 από τις ομάδες Α, Δ, Ε, αλλά χαμηλότερα από της ομάδας Β, που είχε τα υψηλότερα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ερυθροποιητίνη και η σιλденаφίλη προστατεύουν τον όρχη από τη βλάβη ισχαιμίας-επαναιμάτωσης μειώνοντας την κυτταρική βλάβη και παρεμποδίζοντας την απόπτωση.

### 174. ΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΩΝ ΛΕΥΚΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΩΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΟ ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Ν. Μαχαίρας, Ι. Κωστάκης, Α. Προδρομίδου, Π. Σταμόπουλος, Θ. Φερέτης, Ζ. Γαρουφαλιά, Χ. Δαμάσκος, Γ. Τουρούφλης, Γ. Κουράκης  
Β' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καρκινογένεση έχει συσχετιστεί με τη συστηματική φλεγμονή. Μελετήσαμε τις παραμέτρους των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων ως δείκτες αυτής της φλεγμονώδους αντίδρασης στο θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** 228 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θυρεοειδεκτομή, 89 με θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς και 139 με πολυοζώδη βρογχοκήλη, συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Συσχετίσαμε τις παραμέτρους των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων με το είδος της θυρεοειδικής παθολογίας και διάφορες κλινικές και παθολογοανατομικές παραμέτρους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ θηλώδους καρκινώματος και πολυοζώδους βρογχοκήλης. Ο μέσος όγκος αιμοπεταλίων ήταν μειωμένος σε πολυεστιακό θηλώδες καρκίνωμα, αλλά χωρίς να παρέχει καλή διαγνωστική ακρίβεια. Ο αριθμός των αιμοπεταλίων, ο αιμοπεταλιοκρίτης και ο λόγος αιμοπεταλίων προς ουδετερόφιλα ήταν αυξημένοι σε θηλώδες καρκίνωμα με εξωθυρεοειδική επέκταση, παρέχοντας καλή αρνητική προγνωστική αξία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι παράμετροι των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων δεν μπορούν να βοηθήσουν στο διαχωρισμό καλοήθους και κακοήθους νόσου στο θυρεοειδή αδέν. Ωστόσο, παρέχουν σημαντικές πληροφορίες όσο αφορά την ύπαρξη θηλώδους καρκινώματος με πολλαπλές εστίες και εξωθυρεοειδική επέκταση.

### 175. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΛΕΙΟΜΥΟΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΗΠΑΤΟΣ

Θ. Φερέτης<sup>1</sup>, Ι. Κωστάκης<sup>1</sup>, Χ. Δαμάσκος<sup>1</sup>, Δ. Μαντάς<sup>1</sup>, Α. Νόννης<sup>2</sup>, Γ. Κουράκης<sup>1</sup>, Δ. Δημητρώλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα, <sup>2</sup>Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα πρωτοπαθή σαρκώματα ήπατος αποτελούν λιγότερο από 1% των κακοήθων πρωτοπαθών όγκων ήπατος. Λιγότερες από 50 περιπτώσεις πρωτοπαθούς λειομυοσαρκώματος ήπατος έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα 68 ετών με ευμεγέθη όγκο του αριστερού λοβού του ήπατος, ο οποίος βρέθηκε σε υπερηχογράφημα κοιλίας που διενεργήθηκε λόγω αισθήματος βάρους από έτους στο δεξιό υποχόνδριο, προσήλθε προς αντιμετώπιση στην κλινική μας. Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία ανέδειξαν την παρουσία ενός εξωφωτικού και ετερογενούς σύστασης όγκου, διάμετρο 13 cm, εξορμώμενου από τα ηπατικά τμήματα III και IVB. Ο απεικονιστικός έλεγχος απέκλεισε την παρουσία άλλης ογκόμορφης εξεργασίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής υποβλήθηκε σε εκτομή en block του εξωφωτικού όγκου και των ηπατικών τμημάτων III και IVB μαζί με χολοκυστεκτομή. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε του νοσοκομείου την 7η μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε την παρουσία σαρκώματος αποτελούμενο από μεγάλα, άτυπα κύτταρα και κατά τόπους από ατρακτοειδή κύτταρα και εστίες παραγωγής οστεοειδούς καθώς και εστίες εκτεταμένης νέκρωσης. Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος ήταν θετικός για έκφραση ακτίνης και δεσμίνης, ενώ ήταν αρνητικός για έκφραση μυοεστίνης, S-100, myoD1 και κυτταροκερατίνης 7, 8, 18, 19, 20, οπότε τέθηκε η διάγνωση του λειομυοσαρκώματος. Ακολούθως, η ασθενής υποβλήθηκε σε δύο χημειοθεραπευτικούς ήπατος λόγω τοπικής υποτροπής 3 μήνες μετά την ηπατεκτομή και σε εκτομή τριών εστιών υποτροπής διαμέτρου 2,1-5,5 cm και εντοπιζόμενων μεταξύ ήπατος και δωδεκαδακτύλου και πλησίον του στομάχου 19 μήνες μετά την ηπατεκτομή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το πρωτοπαθές λειομυοσαρκώμα ήπατος είναι σπάνια νόσος με πτωχή πρόγνωση και με τη χειρουργική εξαίρεση να παραμένει την καλύτερη θεραπευτική επιλογή.

### 176. ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΟΥ ΤΩΞΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΤΗΣ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ, ΚΛΙΝΙΚΉ ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ι. Παπαπαναγιώτου<sup>1</sup>, Β. Καλλές<sup>1</sup>, Κ. Μιγκλή<sup>1</sup>, Ι. Φλέσας<sup>1</sup>, Θ. Πιπέρος<sup>1</sup>, Ν. Σγάντζος<sup>2</sup>, Ι. Κακλαμάνος<sup>1</sup>, Θ. Μαριόλης-Σαψάκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», <sup>2</sup>ΤΜΗΜΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας αποτελεί η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος κλινικού περιστατικού, και συγκεκριμένα η ανεύρεση ενός μασχαλιαίου τόξου κατά τη διάρκεια χειρουργικής προσπέλασης στη μασχαλιαία κοιλότητα για διενέργεια λεμφαδενικού καθαρισμού. Το μασχαλιαίο τόξο ή μασχαλιαία αμίδα ή τόξο του Langer αποτελεί τη συχνότερη ανατομική παραλλαγή που συναντάται στη μασχαλιαία κοιλότητα. Είναι μια μυώδης ή μυοϊνωδής ταινία και εκτείνεται από το πρόσθιο χείλος του πλατέους ραχιαίου μύος έως το πρόσθιο όριο του μείζονος θωρακικού μύος, πορευόμενη επάνω από το αγγειονευρώδες δεμάτιο της μασχάλης. Λιγότερα συχνές παραλλαγές αποτελούν η έκταση της μεταξύ του μείζονα θωρακικού και της κορακοειδούς αποφύσεως, του κορακοβραχιονίου μύος, του δικεφάλου και τρικεφάλου βραχιονίου μύος. Το δε μήκος, πλάτος και σχήμα της ποικίλλουν.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής ετών 57 προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής για κλινική εξέταση των μαστών. Η κλινική αλλά και η απεικονιστική εξέταση έπειτα, αναγνώρισαν μια καλά περιγεγραμμένη μάζα, διαμέτρου περίπου 2εκ., ενώ η βιοψία με κόππουσα βελόνη ανέδειξε διηθητικό πορογενές καρκίνωμα. Η ασθενής υπεβλήθη σε αριστερή ολική μαστεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας. Κατά την παρασκευή των ανατομικών στοιχείων της μασχάλης, ανευρέθη ταινία μυϊκής σύστασης, μήκους 8 εκ. και πλάτους 0,8 εκ., εκτεινόμενη από το πρόσθιο χείλος του πλατέους ραχιαίου μύος έως το πρόσθιο όριο του μείζονα θωρακικού μύος. Οι προεγχειρητικές απεικονιστικές εξετάσεις απέτυχαν να εντοπίσουν την ύπαρξη αυτής της ταινίας. Στη συνέχεια της επέμβασης πραγματοποιήθηκε η διατομή της ώστε να επιτευχθεί ο λεμφαδενικός καθαρισμός όλων των επιπέδων της κοιλότητας. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή, και μέχρι σήμερα 12 μήνες μετά, χωρίς καταγραφή ιδιαίτερης συμπτωματολογίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρουσία της ανατομικής αυτής παραλλαγής είναι συνήθως ασυμπτωματική, η δε διάγνωση της προεγχειρητικά δύσκολη. Δύναται ωστόσο να προκαλέσει πίεση της μασχαλιαίας φλέβας και πιθανή θρόμβωση αυτής, πίεση των λεμφαγγείων και λεμφοίδημα, σύνδρομο αστάθειας ώμου ή αίσθημα πληρότητας της μασχάλης. Η αδυναμία αναγνώρισής της μπορεί να οδηγήσει στην περιορισμένη πρόσβαση και άρα εκτομή των λεμφαδένων επιπέδου I και II, με αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου τοπικής υποτροπής, νοσηρότητας και μετεγχειρητικού λεμφοιδήματος, στην εμφάνιση τοπικών επιπλοκών σε περίπτωση επανεγχείρησης, αλλά και στην ανεπαρκούς διερεύνησης και εντόπιση του φρουρού λεμφαδένα. Ακόμη είναι δυνατόν η μη διατομή του να προκαλέσει ισχαιμική νέκρωση του μωδερματικού κρημνού του πλατέους ραχιαίου μύος κατά τη διενέργεια πλαστικής αποκατάστασης του μαστού, λόγω πίεσης του θωρακικού δεματίου.

## 177. Η ΧΡΗΣΗ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Π. Παπαϊωαννίδου, Μ. Μιχαηλίδου, Α. Νταράλας

Α΄ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη της κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην κοινότητα, και η διερεύνηση της χρήσης γενόσημων σε ένα δείγμα πωλήσεων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην ανατολική Θεσσαλονίκη.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκε ένα δείγμα των πωλήσεων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε φαρμακεία της ανατολικής Θεσσαλονίκης κατά το τελευταίο έτος (Ιανουάριος 2015 - Δεκέμβριος 2015). Υπολογίστηκε η κατανάλωση όλων των ιδιοσκευασμάτων που πωλήθηκαν, η οποία εκφράστηκε σε DDDs (Defined Daily Doses, WHO) καθώς και το ποσοστό των γενόσημων και πρωτότυπων σκευασμάτων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο δείγμα που μελετήθηκε, το οποίο αντιστοιχεί σε 119.212 DDDs αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRIs) αντιστοιχούν στο 88% της συνολικής κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, με ποσοτήτες κατανάλωσης 86.422 DDDs και 18.177 DDDs αντιστοίχως. Ακολουθούν τα άτυπα αντικαταθλιπτικά, τα τρικυκλικά και τα μελατονινεργικά, με ποσοστά κατανάλωσης 7%, 5% και 0,5% αντιστοίχως. Τα πλέον συνταγογραφούμενα αντικαταθλιπτικά ήταν η εισιλοπράμη, η σεραλίνη, η βενλαφαζίνη, η φλουοξετίνη και η σιταλοπράμη. Η χρήση γενόσημων αντιστοιχούσε στο 37% της συνολικής κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, με ποσοστά 61% για τη σιταλοπράμη, 58% για τη σεραλίνη, 48% για την εισιλοπράμη, 44% για τη μριζαζπίνη, 41% για τη βενλαφαζίνη, 25% για την παροξετίνη, και 4% για τη φλουοξετίνη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στο δείγμα που μελετήθηκε, η χρήση γενόσημων αντιστοιχούσε στο 37% της συνολικής κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, και ήταν αρκετά υψηλή για ορισμένα σκευάσματα.

## 178. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΜΙΠΛΗΓΙΚΩΝ

Π. Χέρας, Η. Γεωργόπουλος, Μ. Κουτρομπή, Α. Στεφανόπουλος

Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ναυπλίου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την επίδραση της κατάθλιψης στην αποκατάσταση του ημιπληγικού από ΑΕΕ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη αυτή πήραν μέρος 201 συνεχείς ασθενείς με ημιπληγία λόγω ΑΕΕ που νοσηλεύτηκαν σε μία δεκαετία (2005-2015). Τα στοιχεία αντλήθηκαν αναδρομικά από τους φακέλους των ασθενών. Η λειτουργική έκβαση μετρήθηκε με τη μέθοδο Barthel. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη δοκιμασία unpaired t-test.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από το σύνολο βρέθηκαν 37 ασθενείς με κατάθλιψη. Ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης για την κατάθλιψη ήταν η μικρή ηλικία και το αιμορραγικό επεισόδιο. Ο χρόνος νοσηλείας δεν επηρεάστηκε από την κατάθλιψη αλλά οι μεταβολές στη λειτουργικότητα μετά το πέρας του προγράμματος έδειξαν ότι οι ημιπληγικοί χωρίς κατάθλιψη εξήλθαν με μεγαλύτερη ανεξαρτησία (βαθμοί Barthel  $54.8 \pm 24.5$ ) από τους ημιπληγικούς που είχαν κατάθλιψη ( $29.73 \pm 29.9$ ). Η κατάθλιψη σε ημιπληγικούς ασθενείς είναι ένας σημαντικός αρνητικός παράγοντας στη λειτουργική αποκατάσταση και δεν επηρεάζει το χρόνο νοσηλείας. Κατάθλιψη μετά από ΑΕΕ παρουσιάζουν οι νεότεροι και αυτοί με αιμορραγικό επεισόδιο.

## 179. ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΩΤΙΤΙΔΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Λ. Γαμβριάς, Δ. Μυλωνά, Σ. Παναγιωτίδου, Μ. Γλυνάτσος, Μ. Φιλίππου

ΩΡΛ Κλινική, ΓΝ Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η κακοήθης εξωτερική ωτίτιδα (ΚΕΩ) είναι μια επιθετική και δυνητικά θανατηφόρος λοίμωξη, η οποία ξεκινά από τον έξω ακουστικό πόρο (ΕΑΠ) και εξαπλώνεται προοδευτικά στα μαλακά μόρια και οστά της βάσης του κρανίου, προσβάλλοντας σε τελικό στάδιο ενδοκρανιακές δομές. Είναι σπάνια διαταραχή που συναντάται κυρίως σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Στις περισσότερες περιπτώσεις η *P. aeruginosa* αποτελεί τον υπεύθυνο μικροοργανισμό και ακολουθεί σε συχνότητα ο *S. aureus*.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας 78 ετών, προσήλθε στα Επείγοντα Εξωτερικά Ιατρεία με ωταλγία, ωτόρροια και πάρεση προσωπικού νεύρου δεξιά. Κατά την κλινική εξέταση ο ασθενής ήταν απύρετος. Κατά την ωτοσκόπηση διαπιστώθηκε πυώδες έκκριμα στο δεξιό ΕΑΠ. Ελήφθησαν καλλιέργειες, έγινε αναρρόφηση του υπόλοιπου πύου και διαπιστώθηκε η ύπαρξη φλεγμονωδών σαρκίων στον έξω ακουστικό πόρο. Από τον αιματολογικό/βιοχημικό έλεγχο: λευκοκυττάρωση ( $21.000/\mu\text{L}$ ), ΤΚΕ:  $96 \text{ mm/hr}$ , CRP:  $42.4 \text{ mg/L}$ , γλυκόζη:  $387 \text{ mg/dl}$ , HbA1c:  $10,3\%$ . Από το ατομικό αναμνηστικό ανέφερε Αρτηριακή Υπέρταση και Σακχαρώδη Διαβήτη. Έχοντας τεθεί η υποψία ΚΕΩ, ο ασθενής έγινε εισαγωγή και ετέθη σε ενδοφλέβια αγωγή, τοπικά ωτικές σταγόνες και πλύσεις του ΕΑΠ με διάλυμα οξικού οξέος  $1,5\%$ . Έγινε CT λιθοειδίων και SPECT με Tc-99m οι οποίες ανέδειξαν οστεϊτίδα και επέκταση αυτής έως το βελονομαστοειδές τμήμα, δικαιολογώντας και την πάρεση προσωπικού. Μετά τη συμπλήρωση 8 εβδομάδων αγωγής το σπινθηρογράφημα με Ga-67 ανέδειξε ανταπόκριση στην αγωγή και ο ασθενής επέστρεψε στην οικία του με περαιτέρω οδηγίες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κακοήθης εξωτερική ωτίτιδα αποτελεί μία δυνητικά θανατηφόρο λοίμωξη. Η υψηλή κλινική υποψία είναι αναγκαία για την πρώιμη διάγνωση της, καθώς η ΚΕΩ μπορεί να οδηγήσει σε προσβολή κρανιακών νεύρων λόγω επέκτασης της λοίμωξης στις δομές παρακείμενα του ΕΑΠ. Οι απεικονιστικές μέθοδοι περιλαμβάνουν κατά περίπτωση CT, MRI, SPECT με Tc-99m και με Ga-67, και είναι χρήσιμες στον εντοπισμό της επέκτασης της λοίμωξης καθώς και στην ανταπόκριση στη θεραπεία.

## 180. Η ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΠΕΘΙΔΙΝΗΣ ΚΑΙ ΡΟΠΙΒΑΚΑΪΝΗΣ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Μ. Αγγελίδη<sup>1</sup>, Α. Αγγελίδη<sup>1</sup>, Ι. Θανάπουλος<sup>2</sup>, Μ. Παναγιώλια<sup>2</sup>, Φ. Κούνδουρος<sup>2</sup>, Μ. Δεναζά<sup>1</sup>, Ε. Πάλλη<sup>1</sup>, Α. Ρένεσης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ανασθησιολογικό τμήμα, ΓΝ Ζακύνθου, <sup>2</sup>Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση της ενδοπεριτοναϊκής έγχυσης πεθιδίνης και ροπιβακίνης για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού άλγους σε επίτοκες οι οποίες υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε 131 επίτοκες ASA I-II, ηλικίας 22-43 ετών κατά το χρονικό διάστημα: Ιανουάριος 2015 - Δεκέμβριος 2015, οι οποίες χωρίστηκαν με τυχαία επιλογή σε δύο ομάδες: την ομάδα Α ( $n_1=67$ ) η οποία έλαβε ενδοπεριτοναϊκά 10 ml διαλύματος υδροχλωρικής ροπιβακίνης  $0,75\%$  και την ομάδα Β ( $n_2=64$ ) η οποία έλαβε 100 mg πεθιδίνης ενδοπεριτοναϊκά. Όλες οι επίτοκες ακολούθησαν το ίδιο πλάνο γενικής αναισθησίας. Κάθε 5 λεπτά γινόταν καταγραφή των: ΣΑΠ, ΔΑΠ, ΚΣ και SpO<sub>2</sub>. Η αξιολόγηση του πόνου πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την κλίμακα Visual Analogue Scale (VAS), 0-10 μετεγχειρητικής 2η, 4η, 6η και 12η ώρα και καταγράφονταν οι επιπρόσθετα καταναλώσεις αναλγητικών για VAS $\geq 5$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι δύο ομάδες δε διέφεραν ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Οι μεταβολές των: ΣΑΠ, ΔΑΠ, ΚΣ και SpO<sub>2</sub> ήταν στατιστικά μη σημαντικές. Ανάμεσα στις ομάδες Α και Β δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ποιότητα, τη χρονική διάρκεια και το επίπεδο της μετεγχειρητικής αναλγησίας. Διαπιστώθηκε μόνο μια μικρή αριθμητική, μη στατιστικά σημαντική, υπεροχή της ενδοπεριτοναϊκής έγχυσης της ροπιβακίνης έναντι της πεθιδίνης τη 2η ( $4.28 \pm 1.73$  vs  $5.13 \pm 1.61$ ), 4η ( $3.38 \pm 2.03$  vs  $3.92 \pm 1.48$ ), 6η ( $1.03 \pm 1.29$  vs  $1.86 \pm 1.73$ ) και 12η ( $0.72 \pm 1.25$  vs  $1.19 \pm 1.27$ ) μετεγχειρητική ώρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ενδοπεριτοναϊκή έγχυση ροπιβακίνης ή πεθιδίνης παρέχει εξίσου ικανοποιητική μετεγχειρητική αναλγησία σε επίτοκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή.









**193. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ MILLER FISHER ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ**

Φ. Αλούρδα<sup>1</sup>, Γ. Ντέσκας<sup>2</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>2</sup>, Μ. Σταμπόρη<sup>2</sup>, Α. Καλιτσιόγλου<sup>1</sup>, Ι. Λιάπτης<sup>2</sup>, Γ. Ζάχαρης<sup>2</sup>, Ν. Κατσίλης<sup>2</sup>, Μ. Μαριάς<sup>2</sup>, Β. Παπαστεργίου<sup>2</sup>, Σ. Καραταπάνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου, <sup>2</sup>Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ:** Αρχικά, το σύνδρομο Guillain-Barre (GBS) θεωρήθηκε μια ενιαία διαταραχή. Τώρα αναγνωρίζεται ως ένα ετερογενές σύνδρομο με πολλές διαφορετικές μορφές. Η κάθε μορφή του GBS εμφανίζεται με διαφορετικά κλινικά, παθοφυσιολογικά και παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά. Η οξεία φλεγμονώδης απομυελινωτική πολυριζονευροπάθεια (AIDP) είναι η πιο κοινή μορφή στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη, που αντιπροσωπεύουν περίπου το 85% έως 90% των περιπτώσεων. Η κλινική παραλλαγή του συνδρόμου Miller Fisher (MFS), που χαρακτηρίζεται από οφθαλμοπληγία, αταξία και απώλεια αντανακλαστικών, εμφανίζεται σε περίπου 5% των περιπτώσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες και στο 25% των περιπτώσεων στην Ιαπωνία.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για γυναίκα 21 ετών φοιτήτρια, που παρουσιάστηκε με διπλωπία και αταξία στη βάδιση. Τις επόμενες μέρες η ασθενής εμφάνισε πάρεση του προσώπου, τετραπάρεση και ήπια δυσκολία στην κατάποση. Τα εν τω βάθει τερόνια αντανακλαστικά ήταν απόντα. Παρατηρήθηκαν αυξημένα επίπεδα πρωτεΐνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY), ενώ τα λευκά ήταν φυσιολογικά. Η ασθενής παρουσίαζε μειωμένα αντανακλαστικά. Η διάγνωση του συνδρόμου MFS επιβεβαιώθηκε από τη θετική εξέταση αντισωμάτων αντι-GQ1b. Η ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπεία με ενδοφλέβια χορήγηση γ-σφαιρίνης για πέντε ημέρες, και η κατάσταση της βελτιώθηκε προοδευτικά με αργό ρυθμό. Η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο σε 6 εβδομάδες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το σύνδρομο Miller Fisher (MFS) είναι μια σπάνια παραλλαγή του GBS που κατά την αρχική παρουσίαση ενδέχεται να εκληφθεί ως εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλοπάθεια Wernicke, εγκεφαλίτιδα του στελέχους, βαριά μισσθένεια και άλλες νευρομυϊκές διαταραχές. Οι κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις και οι κλινικές δοκιμές με επαναλαμβανόμενη ηλεκτροφυσιολογική διεγερση των νεύρων βοηθά στη διαφοροδιάγνωση του MFS από μια νευρομυϊκή διαταραχή.

**194. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΠΙΘΑΝΟΥ ΣΠΟΡΑΔΙΚΟΥ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΝΟΣΟΥ CREUTZFELDT-JAKOB**

Α. Σπύρου, Μ. Αστρίτη, Έ. Καραμπατσάκη, Γ. Αδάμης, Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης

ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

**ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ:** Η νόσος Creutzfeldt-Jakob είναι μια σπάνια νευροεκφυλιστική νόσος. Η σποραδική είναι η πιο συχνή μορφή της νόσου και αφορά το 85% των περιπτώσεων v. Creutzfeldt-Jakob. Η επίπτωση της είναι 1 κρούσμα/1 εκ πληθυσμού/έτος, αλλά ανέρχεται σε 3,5 περ./εκ./έτος μετά την ηλικία των 50 ετών. Αφορά άτομα ηλικίας κατά μέσο όρο 60-85 ετών, με άνοια μυοκλονίες και εξωπυραμυδικές εκδηλώσεις, ενώ η διάγνωση και διαφορική διάγνωση από άλλες μορφές άνοιας εξακολουθεί να είναι δυσχερής. Παρουσιάζουμε εδώ ένα περιστατικό πιθανής (probable) σποραδικής μορφής v. Creutzfeldt-Jakob, που είχε αρχικά διαγνωσθεί ως νόσος Parkinson.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για άνδρα ασθενή ηλικίας 76 ετών που εισήχθη στην κλινική μας λόγω παραλυτικού ειλεού. Ο ασθενής προ 14 μηνών άρχισε να εμφανίζει προοδευτικά επιδεινούμενη άνοια με οπτικές παραισθήσεις, δυσκαμψία και εξωπυραμυδικές εκδηλώσεις καθώς και μυοκλονίες. Για το λόγο αυτό, 8 μήνες προ της εισαγωγής του, εξετάστηκε από ιδιώτη νευρολόγο και υποβλήθηκε σε MRI εγκεφάλου που ανέδειξε διαταραχή έντασης σήματος περικοιλιακής λευκής ουσίας. Στην ΟΝΠ όπου ανευρέθησαν υψηλές τιμές πρωτεΐνών Tau (1583 pg/ml) και πρωτεΐνης 14-3-3 (28.880 IU/ml) και στο DAT scan απουσία πρόσληψης ραδιοφαρμάκου από τους φακοειδείς πυρήνες. Τα ανωτέρω κλινικοεργαστηριακά ευρήματα οδήγησαν στη διάγνωση ταχέως εξελισσόμενου παρκινσονικού συνδρόμου, και ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με λεβοντόπα/βενσεραζιδό. Τα συμπτώματά του συνέχισαν επιδεινούμενα και κατά την εισαγωγή του στην κλινική μας, ήταν κατακλειμμένος από 8 μηνών, αφασικός, τετραπαρετικός, ενώ παρουσίαζε αυξημένα τερόνια αντανακλαστικά, εξωπυραμυδικά σημεία, σπαστικότητα άνω άκρων, μυοκλονίες κάτω άκρων και έντονη κορμική δυσκαμψία. Ο ασθενής υπεβλήθη σε HEG, το διάγραμμα του οποίου ήταν ήπια και διάχυτα βραδύ (εγκεφαλοπαθητικό), και MRI εγκεφάλου (ακολουθίες T2, T1, FLAIR και DWI) που ανέδειξε παθολογική απεικόνιση κελύφους φακοειδούς πυρήνα και κεφαλής κερκοφόρου λοβού. Τα ανωτέρω ευρήματα συνηγορούν υπέρ διάγνωσης πιθανού κρούσματος σποραδικής μορφής νόσου Creutzfeldt-Jakob (CDC's Diagnostic Criteria for Creutzfeldt-Jakob Disease 2010). Ο ασθενής κατά τη νοσηλεία του παρουσίασε πνευμονία από εισρόφηση και σηψαιμία και κατέληξε μετά από 15 ημέρες από την εισαγωγή του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Αν και η v. Creutzfeldt-Jakob είναι σπάνια, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της ανοϊκής συνδρομής, και ιδιαίτερα της άνοιας Lewy's και της v. Parkinson. Απαραίτητα εργαλεία αποτελούν η MRI εγκεφάλου με ακολουθίες διάχυσης και η ΟΝΠ με αναζήτηση της πρωτεΐνης 14-3-3.

**195. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΣ ΠΝΕΥΜΟΚΕΦΑΛΟΣ ΜΕ ΕΚΜΑΓΕΙΟ ΑΕΡΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Σ. Κορφιάς, Δ. Γιακουμπίτης, Χ. Αναγνωστόπουλος, Σ. Κωμαίτης, Δ. Σακκάς

Νευροχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»

Άρρεν ασθενής 32 ετών με κάκωση μετά από το τροχαίο ατύχημα με δίκυκλο, διακομίσθηκε στα ΤΕΠ συγχυτικο-διεγερτικός, με αριστερή ωτορραγία και ωτόρροια. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου έδειξε στοιχεία τραυματικής υπαραχνοειδούς αιμορραγίας και μικρές αιμορραγικές θλάσεις δεξιού μετωπιαίου λοβού, πολύ μικρό υποσκληρίδιο αιμάτωμα δεξιά, κάταγμα αριστερού λιθοειδούς οστού και σημαντική παρουσία ενδοκρανιακού αέρα τόσο στον υπαραχνοειδή χώρο πέριξ του εγκεφαλικού παρεγχύματος όσο και ενδοκοιλιακά. Η ενδοκοιλιακή συσσώρευση αέρα ήταν τόσο εμφανής που στις πλάγιες κοιλίες ο αέρας είχε αντικαταστήσει σχεδόν πλήρως το εγκεφαλονωτιαίο υγρό σχηματίζοντας εκμαγείο τους. Η απώλεια του εγκεφαλονωτιαίου υγρού από το κάταγμα του λιθοειδούς οστού αριστερά και η επακολουθείσα ωτόρροια ήταν αυτή που συντέλεσε στον εκτεταμένο πνευμοκέφαλο. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με ενδοφλέβια προφυλακτική φαρμακευτική αντιπηκτική και αντιμικροβιακή αγωγή, χορήγηση 100% οξυγόνου και αναλγητικών.

Η ωτόρροια / ωτορραγία σταδιακά περιορίστηκε, η επαναληπτική αξονική τομογραφία εγκεφάλου 2 ημέρες μετά, έδειξε πλήρη απορρόφηση του αέρα και των αιμορραγικών στοιχείων και ο ασθενής σταδιακά βελτιώθηκε νευρολογικά και εξήλθε της κλινικής χωρίς κανένα νευρολογικό έλλειμμα.

**196. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΙΝΙΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΚΩΣΗ ΚΕΦΑΛΗΣ**

Χ. Αναγνωστόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κορφιάς<sup>1</sup>, Α. Καλύβας<sup>1</sup>, Γ. Σκανδαλάκης<sup>2</sup>, Δ. Σακκάς<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νευροχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Γιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα τραυματικά ανευρύσματα των κλάδων της έξω καρωτίδας είναι σπάνια. Σκοπός της εργασίας μας είναι να παρουσιάσουμε ένα τραυματικό ψευδοανεύρυσμα της αριστερής ινιακής αρτηρίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για έναν άρρεν ασθενή 79 ετών, ο οποίος παρουσιάστηκε στο Τμήμα Επειγόντων λόγω μιας σφύζουσας μάζας στην αριστερή ινιακή χώρα. Από το ιστορικό του προέκυψε ότι είχε υποστεί κάκωση κεφαλής προ 30 ημερών με συνοδό θλαστικό τραύμα στην αριστερή ινιακή χώρα και ο νευροαπεικονιστικός έλεγχος τότε ήταν αρνητικός για τραυματική βλάβη.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Υποβλήθηκε εκ νέου σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου και αξονική αγγειογραφία εγκεφάλου, οι οποίες ανέδειξαν τραυματικό ψευδοανεύρυσμα της αριστερής ινιακής αρτηρίας. Η σφύζουσα μάζα ήταν εξέρυθη και επιώδυνη με έλκος στο κέντρο της. Ο ασθενής υποβλήθηκε, υπό γενική αναισθησία, σε απολίνωση της ινιακής αρτηρίας και εκτομή του ανευρυσματικού σάκου. Έγινε επιπλέον νεαροποίηση του τραύματος του λόγω του υπάρχοντος έλκους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έλαβε εξιτήριο την επόμενη ημέρα και το τραύμα επουλώθηκε σταδιακά ομαλά. Τα τραυματικά ανευρύσματα της ινιακής αρτηρίας, αν και σπάνια στη συχνότητά τους, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε ασθενείς με σφύζουσα μάζα στο τριχωτό κεφάλι και ιστορικό κάκωσης.



## 201. Η ΕΠΙΣΚΕΨΗΜΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΘΗΡΑΣ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΕΡΠΗΤΟΪΟ

Α. Βαζαίου<sup>1</sup>, Σ. Κατινάκης<sup>2</sup>, Ε. Βαζαίου<sup>2</sup>, Δ. Μπαζινας<sup>2</sup>, Σ. Βάλβη<sup>2</sup>, Δ. Λυτρίβη<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>ΚΥ Θήρας, <sup>3</sup>Mondial Assistance

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα τελευταία δέκα χρόνια έχουν εξεταστεί στο ΚΥ Θήρας περισσότερα από 5000 παιδιά με τον αριθμό αυτών να αυξάνει αν προσμετρηθεί η τακτική επίσκεψη για τον έλεγχο ανάπτυξης και εμβολιασμό. Το 60% αφορούν παιδιά ελληνικής καταγωγής, ενώ το 40% παιδιά μεικτών οικογενειών με έναν από τους γονείς να είναι Έλληνας ή και οι δύο γονείς να έχουν ξένη υπηκοότητα. Η ανάδειξη της προτίμησης στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας από Έλληνες ή μη ασθενείς όταν πρόκειται για οξύ ή χρόνιο πρόβλημα υγείας ή για τακτικό έλεγχο ανάπτυξης και εμβολιασμό.

**ΥΛΙΚΟ:** Περισσότεροι από 5000 ασθενείς που είναι καταγεγραμμένοι στο αρχείο του παιδιατρικού ιατρείου που αναζήτησαν ιατρική βοήθεια στο ΚΥ Θήρας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς προσέρχονται με συμπτώματα λοίμωξης ανώτερου ή κατώτερου αναπνευστικού, συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα, ασθενείς που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης, ασθενείς που χρήζουν παιδιατρικής εκτίμησης για χειρουργική αντιμετώπιση. Το ιατρείο επισκέπτονται επίσης ασθενείς για τον τακτικό έλεγχο ανάπτυξης καθώς και για τον τακτικό εμβολιασμό.

Παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς που εξετάζονται στο ΚΥ Θήρας αριθμητικά υπερτερούν των αλλοδαπών ασθενών, έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια μια σταθερή μείωση των Ελλήνων που προσέρχονται για τακτικό έλεγχο ανάπτυξης και τον περιοδικό εμβολιασμό με σύγχρονη αύξηση αυτών με οξύ νόσημα. Αντιθέτως όλο και περισσότεροι γονείς αλλοδαπών παιδιών επισκέπτονται ιδιότητα ιατρού για οξύ πρόβλημα υγείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι παράγοντες που όπως φαίνεται επηρεάζουν την επιλογή παιδιατρου αφορούν την έλλειψη προσωπικού στο ΚΥ Θήρας με έναν πλέον παιδίατρο να υπηρετεί σε αυτό και η έλλειψη απογευματινού τακτικού ιατρείου. Η δυνατότητα διερεύνησης του περιστατικού και από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων όπως χειρουργό, ακτινολόγο και η δυνατότητα εργαστηριακού ελέγχου καθορίζουν την επιλογή στο οξύ συμβάν.

## 202. ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΣΤΗΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ; ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΜΙΑΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ

Α. Μεγρέμη<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Ιατροκοινωνικό Κέντρο Ιλίου, <sup>2</sup>Τμήμα Μηχανικών Σχεδίασης Προϊόντων και Συστημάτων, Πανεπιστήμιο Αιγαίου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο αυτισμός είναι νόσος συχνή, αδιευκρίνιστη και χωρίς αποτελεσματική θεραπεία. Είναι σημαντικό να ανιχνευθούν παράγοντες που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αντιμετώπισή του.

**ΥΛΙΚΟ:** Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Βιβλιογραφικά δεδομένα αποκαλύπτουν πως υπάρχουν διαφορές ως προς την ευαισθησία στις διάφορες λοιμώξεις μεταξύ αυτιστικών και φυσιολογικών παιδιών. Τα αυτιστικά παιδιά έχουν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό λιγότερους πυρετούς συγκριτικά με τα φυσιολογικά παιδιά. Επίσης, τα αυτιστικά παιδιά τείνουν να έχουν περισσότερα χρόνια προβλήματα (π.χ. γαστρεντερικά) σε σχέση με τα φυσιολογικά, ενώ υπάρχουν κλινικές αναφορές ότι η συμπεριφορά ορισμένων αυτιστικών παιδιών βελτιώνεται κατά τη διάρκεια οξέος εμπύρετου επεισοδίου. Από την άλλη, ο πυρετός αποτελεί ενεργοβόρο προσαρμοστικό μηχανισμό του οργανισμού και τα οφέλη του έχουν αποτυπωθεί ήδη από την αρχαιότητα. Τέλος, υπάρχουν πρόσφατες αναφορές για τη συσχέτιση των αντιπυρετικών (καταστολή του πυρετού) και την αυξανόμενη επίπτωση του αυτισμού. Με βάση τα ως άνω, μήπως υπάρχει διαφορά στην πρόγνωση των δύο ομάδων; Μήπως ο πυρετός μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός παράγοντας για την έκβαση της αυτιστικής διαταραχής και για το αν το άτομο αυτό θα κατακτήσει αποδεκτό επίπεδο λειτουργικότητας στο μέλλον; Μήπως η καταστολή του πυρετού (αντιπυρετικά) θα πρέπει να γίνεται με περισίεψη;

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πειραματικές, επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες απαιτούνται για τη διερεύνηση τέτοιων υποθέσεων. Αν αυτές επιβεβαιωθούν, η ανάπτυξη ή μη πυρετού στα αυτιστικά παιδιά μπορεί να αναχθεί σε προγνωστικό παράγοντα αξιολόγησης της έκβασης της νόσου και προγράμματα προληπτικής παρέμβασης να μπορέσουν να οργανωθούν αποτελεσματικότερα.

## 203. ΑΝΑΦΟΡΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΕΡΠΗΤΟΪΟ

Ν. Τσαγκαράκης<sup>1</sup>, Λ. Τσαρτσάλη<sup>2</sup>, Δ. Λεκάκου<sup>1</sup>, Α. Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Α. Πινακούλα<sup>3</sup>, Α. Αθανασίου<sup>3</sup>, Ε. Καλλιμώρου<sup>1</sup>, Μ. Τράκη<sup>1</sup>, Γ. Αναγνώστου<sup>1</sup>, Α. Σταμουλακάτου<sup>1</sup>, Ε. Παπαδογεωργάκη<sup>1</sup>, Ε. Λαγκώνα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Αιματολογικό Τμήμα, Κεντρικά Εργαστήρια, ΔΘΚΑ «Υγεία», <sup>2</sup>Παιδιατρική Κλινική, Παιδών «ΜΗΤΕΡΑ», <sup>3</sup>Ογκολογική Κλινική Παιδών & Εφήβων, Παιδών «ΜΗΤΕΡΑ»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή δύο περιπτώσεων δευτεροπαθούς αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου, σε παιδιά ηλικίας 2 και 12 ετών, που παρουσιάστηκε ως επιπλοκή λοίμωξης από ερπητοϊό.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** **Ασθενής 1:** Άρρεν ηλικίας 2 ετών με εμπύρετο τραχηλική λεμφαδενίτιδα, στο οποίο απεικονιστικά διαπιστώθηκε πλαγιοφαρυγγικό απόστημα. Το απόστημα παροχετεύθηκε και αντιμετώπιστηκε με αντιβίωση, οπότε και το παιδί απυρέτησε. Στη συνέχεια εμφανίστηκε εκ νέου πυρετός και εξάνθημα και διαπιστώθηκε προΐουσα λευκοπενία και θρομβοπενία. **Ασθενής 2:** Άρρεν ηλικίας 12 ετών με πυρετό, εμέτους, κόπωση, εξάνθημα και προΐουσα λευκοπενία και θρομβοπενία. Η διερεύνηση των παιδιών περιελάμβανε αιματολογικό, βιοχημικό έλεγχο, αιμοκαλλιέργειες και ιολογικό έλεγχο (ορολογικά και μοριακά). Ο έλεγχος συμπληρώθηκε με διερεύνηση μυελού των οστών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το μυελόγραμμα ανέδειξε περίσσεια μακροφάγων που φαγοκυττάρωναν έμμορφα στοιχεία του αίματος, ιδιαίτερα στον ασθενή 2. Στον ασθενή 1 επιβεβαιώθηκε λοίμωξη από CMV (ερπητοϊός τύπου 5), μέσω θετικής PCR στο αίμα, ενώ στον ασθενή 2 επιβεβαιώθηκε λοίμωξη από ερπητοϊό τύπου 7 (θετική PCR στο αίμα). Τα ευρήματα από το μυελό, σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα των παιδιών (επίμονος πυρετός, εξάνθημα, ήπια σπληνομεγαλία) και τα συνοδά εργαστηριακά ευρήματα (πτώση των 2 εκ των 3 κυτταρικών σειρών, υπερφαιριναιμία, υπερτριγλυκεριδαμία), οδήγησαν στη διάγνωση του αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου. Η χορήγηση κορτικοστεροειδών οδήγησε σε κλινική και εργαστηριακή αποκατάσταση, η οποία διατηρήθηκε και μετά τη διακοπή της αγωγής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το δευτεροπαθές αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο δεν θα πρέπει να λησμονείται στη διαφορική διαγνωστική παιδιών με επίμονο πυρετό και σταδιακή πτώση των κυτταρικών σειρών.

## 204. ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΟΥΛΟΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ-ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΣΑΝΤΟΡΙΝΗΣ

Σ. Κατινάκης<sup>1</sup>, Α. Βαζαίου<sup>2</sup>, Ε. Βαζαίου<sup>1</sup>, Β. Μανέττας<sup>3</sup>, Σ. Βάλβη<sup>1</sup>, Δ. Λυτρίβη<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ΚΥ Θήρας, <sup>2</sup>ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», <sup>3</sup>ΓΝΑ «Η Ελπίς», <sup>4</sup>Mondial Assistance

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της συχνότητας πρωτοεμφάνισης επαφής με τον ιό του απλού έρπητα τύπου 1 (HSV-1) στη στοματοφαρυγγική κοιλότητα σε νήπια και παιδιά και η πολυπλοκότητα στη διαφοροδιάγνωση στο αρχικό στάδιο της νόσου με ασθένειες όπως η κυνάγχη του Vincent, η νεκρωτική ελκώδης ουλίτιδα, το σύνδρομο Hand-Foot-Mouth, αλλά και το σπάνιο σύνδρομο Stevens-Johnson.

**ΥΛΙΚΟ:** Παιδιά που εξετάστηκαν στο ΚΥ Θήρας ηλικίας 17 μηνών έως 17 ετών που παρουσιάστηκαν στο παιδιατρικό ιατρείο με εμπύρετο έως 40° C, άρνηση λήψης τροφής στα νήπια και φαρυγγαλγία που παρεμπόδιζε την ικανοποιητική σίτιση στα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά. Οι ασθενείς δεν εμφάνιζαν από την πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο την τυπική εικόνα της ερπητικής ουλοστοματίτιδας, με τις χαρακτηριστικές βλάβες σε ούλα, γλώσσα, υπερώα, χείλη, παρεία, έδαφος στόματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η διάγνωση βασίστηκε στην κλινική εικόνα η οποία είναι: η ερυθρότητα και το οίδημα στις προσβεβλημένες περιοχές, με πολλαπλές φυσαλίδες και διαβρώσεις που συρρέουν. Στη γενική εξέταση αίματος όταν αυτή διερευνήθηκε παρατηρήθηκε λευκοκυττάρωση με λεμφοκυτταρικό τύπο.

Στο σύνολο των ασθενών με υψηλό πυρετό που αναζήτησαν άμεσα ιατρική βοήθεια ή φαρυγγίτιδα και η λοίμωξη από τον ιό Coxsackie grA βρίσκονται στην πρώτη θέση διαφοροδιάγνωσης. Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού και η προσεκτικότητα επισκόπησης του στοματοφάρυγγα από τον έμπειρο ιατρό οδηγούν στην ορθή διάγνωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Με το 15% των ασθενών να παρουσιάζουν συμπτώματα μόνο από το στοματοφάρυγγα καθίσταται η διάγνωση της ερπητικής ουλοστοματίτιδας κάποιες φορές αρκετά δύσκολη. Η συντηρητική αντιμετώπιση με τοπική αγωγή και η συστηματική χορήγηση αντιϊκών φαρμάκων καθώς και η επανεξέταση αποτελούν την ορθότερη επιλογή για τη σωστή διάγνωση και θεραπεία.



## 209. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΑΠΟ ΑΥΤΥΠΟ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ

Α. Αναστασόπουλος, Π. Πετράς, Μ. Ράλλη, Ι. Αυγερινού, Σ. Ραυτοπούλου, Π. Στάμου, Μ. Κατσαράς, Δ. Θεοδούλου, Χ. Χρυσώτης  
 δη Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα μη φυματικά μυκοβακτηρίδια ανευρίσκονται παντού στο περιβάλλον και η έκθεση του ανθρώπου σε αυτά είναι αναπόφευκτη. Το *M. kansasii* απομονώνεται σε δεξαμενές νερού και αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη λοίμωξη από μη φυματικό μυκοβακτηρίδιο σε ασθενείς με HIV νόσο. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού πνευμονικής προσβολής από λοίμωξη με *M. kansasii* σε ασθενείς με HIV.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα ηλικίας 34 ετών, ενεργός καπνίστρια και με ελεύθερο λοιπό ατομικό αναμνηστικό, με καταγωγή από την Ουκρανία (τα τελευταία 5 έτη στην Ελλάδα) εισήχθη σε πνευμονολογική κλινική του ΓΝΝΘΑ Η ΣΩΤΗΡΙΑ λόγω εμπύρετου και ξηρού βήχα από εβδομάδας. Ο απεικονιστικός έλεγχος με απλή ακτινογραφία και αξονική τομογραφία θώρακος, ανέδειξε διάχυτα κεντρικά διηθημάτα αμφοτερόπλευρα στους πνεύμονες κυρίως στα άνω και μέσα πνευμονικά πεδία, ολιγάριθμα οζίδια στους κάτω λοβούς άμφω (το μεγαλύτερο εξ αυτών στον ΑΚΛ 1,4 εκ με κοιλοποίηση) και παρουσία διογκωμένου δεξιού πυλαίου λεμφαδένου. Ο ιολογικός έλεγχος ανέδειξε τόσο με τη μέθοδο ELISA οσό και με τη μέθοδο Western blot HIV λοίμωξη με χαμηλό αριθμό CD4+ λεμφοκυττάρων (18/mm<sup>3</sup>). Η mantoux ήταν 0 mm και το Quantiferon ήταν αρνητικό.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι απλές μικροσκοπικές εξετάσεις πτυέλων με τη μέθοδο Ziehl Nielsen ήταν θετικές (+++), ενώ και οι καλλιέργειες σε στερεό θρεπτικό μέσο Lowenstein-Jensen ήταν θετικές (50-100 αποικίες) για *M. kansasii*. Η ασθένειάς λόγω της κλινικής, ακτινολογικής εικόνας αλλά και της μικροβιολογικής επιβεβαίωσης ετέθη σε αντιφυματική αγωγή με ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, εθαμβουλόλη και αζιθρομυκίνη.

Οι λοίμωξεις από *M. kansasii* δεν θεωρούνται μολυσματικές διότι η μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο είναι εξαιρετικά σπάνια, ωστόσο σε ασθενείς με HIV λοίμωξη και χαμηλό αριθμό CD4+ λεμφοκυττάρων (<50/mm<sup>3</sup>) εμφανίζονται σχετικά συχνά. Απαραίτητη προϋπόθεση για να τεθεί η διάγνωση της πνευμονικής νόσου από *M. kansasii* είναι η συνύπαρξη συμβατής κλινικής και απεικονιστικής εικόνας καθώς και η βακτηριολογική του απομόνωση.

## 210. ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΚΑΙ JAW TUMOR ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Κατσαούνης, Ε. Κεφαλού, Χ. Χουλιάρης, Γ. Μπομπέτση, Γ. Τρωγάδας, Π. Ιωαννίδης

Α' Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μεταξύ των συνδρόμων που σχετίζονται με υπερπαραθυρεοειδισμό, το σύνδρομο υπερπαραθυρεοειδισμού-jaw tumor είναι ένα από τα λιγότερο συχνά και γνωστά. Σας παρουσιάζουμε την εμπειρία της κλινικής μας στην αντιμετώπιση ενός τέτοιου περιστατικού.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα ασθενής 61 ετών η οποία έχει χειρουργηθεί πολλαπλές φορές στον τράχηλο, αρχικά λόγω υπερπαραθυρεοειδισμού (η ιστολογική των παραθυρεοειδών που αφαιρέθηκαν ανέδειξαν Ca) και στη συνέχεια για υποτροπές του Ca του παραθυρεοειδούς (5 χειρουργεία). Κάθε υποτροπή του Ca συνοδεύεται και από νέο επεισόδιο υπερπαραθυρεοειδισμού. Επίσης η ασθενής είχε χειρουργηθεί 3 φορές για αφαίρεση φαιού όγκου από την κάτω γνάθο και 1 φορά για αφαίρεση φαιού όγκου από την κεφαλή του δεξιού βραχιονίου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής προσήλθε στην κλινική μας λόγω υποτροπής Ca παραθυρεοειδούς. Προεχειρήθηκε η PTH ήταν 938 pg/ml. Είχε υποβληθεί σε MRI τράχηλο και SCAN με SESTAMIBI τα οποία δεν κατέδειξαν τη θέση της υποτροπής. Επεβλήθη σε διερευνητικό χειρουργείο του τράχηλου και αφαίρεση της υποτροπής του Ca του παραθυρεοειδούς, η οποία επιβεβαιώθηκε με διερευνητική μέτρηση της PTH από τη σύστοιχη σφαγιτίδα. Μετεχειρητικά η PTH έπεσε στο 8 pg/ml.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το σύνδρομο υπερπαραθυρεοειδισμού-jaw tumor είναι αρκετά σπάνιο, ωστόσο ο όγκος περιστατικών που δέχεται το νοσοκομείο μας, μας δίνει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουμε τέτοια σπάνια περιστατικά. Σήμερα είναι δυνατή η επιβεβαίωση του συνδρόμου με γονιδιακό έλεγχο, γεγονός πολύ σημαντικό για τα μέλη της οικογένειας. Τέλος πρέπει να σημειωθεί η δυσκολία της εντόπισης της υποτροπής Ca παραθυρεοειδούς με τις υπάρχουσες απεικονιστικές μεθόδους.

## 211. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ

Ι. Δρίκος<sup>1</sup>, Κ. Αλεξίου<sup>2</sup>, Α. Ιωαννίδης<sup>2</sup>, Δ. Μπεθάνη<sup>2</sup>, Ε. Ιεραπετριτάκης<sup>2</sup>, Μ. Τερζοπούλου<sup>2</sup>, Ν. Οικονόμου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταίειο», <sup>2</sup>Α' Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝ «Σισμανόγλειο»

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ:** Οι λοίμωξεις του χειρουργικού πεδίου μπορούν να προκληθούν από συνηθισμένα ή ασυνήθιστα παθογόνα, όπως τα βακτήρια *E. Coli*, *Staph. Aureus*, *Enterococcus spp*, *Rhizopus oryzae*, *G. reifingens*, κ.ά. Αυτά τα μικροβιακά στελέχη έχουν βρεθεί σε μολυσμένα χειρουργικά επιθέματα, όπως σε ελαστικούς επιδέσμους, μεταδίδόμενα μέσω του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ απομονώθηκαν ακόμα και σε διαλύματα που χρησιμοποιούνται κατά τη διαδικασία απολύμανσης.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αυτή η προοπτική και τυχαίοποιημένη κλινική μελέτη διεξήχθη στην Α' Χειρουργική Κλινική του Σισμανογλείου Γενικού Νοσοκομείου Αττικής, από το Φεβρουάριο του 2002 έως τον Φεβρουάριο του 2009. Ασθενείς που υποβάλλονταν σε δυναμικά μολυσμένες χειρουργικές επεμβάσεις ανώτερου ή κατώτερου πεπτικού συστήματος τυχαίοποιούνταν και ελάμβαναν χημειοπροφύλαξη μιας ή τριών δόσεων αντιβιοτικού ανάλογα τυχαίοποίησης. Αποκλείστηκαν οι ασθενείς με προεχειρητική νοσηλεία έως και 15 ημέρες. Η κανονικότητα των κατανομών αξιολογήθηκε βάσει της κλίμακα Kolmogorov-Smirnov.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε αυτή τη μελέτη απομονώθηκαν επτά κύρια παθογόνα από τις λοίμωξεις του χειρουργικού πεδίου, συμπεριλαμβανομένων των *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacteroides fragilis*, *Staphylococcus aureus* και *Enterococcus faecalis*. Από τις 92 λοίμωξεις χειρουργικού πεδίου που μελετήθηκαν, 34 παθογόνα στελέχη απομονώθηκαν από χειρουργικές λοίμωξεις σε επεμβάσεις του ανώτερου πεπτικού και 58 στελέχη απομονώθηκαν από χειρουργικές λοίμωξεις σε επεμβάσεις του κατώτερου πεπτικού σωλήνα. Τα ποσοστά ανάπτυξης ήταν αντίστοιχα *S. aureus* (17,3%), *E. faecalis* (19,5%), *P. aeruginosa* (10,5%), *B. Fragilis* (13,4%) *E. coli* (20, 4%), *Enterobacter cloacae* (9,1%) και *K. pneumoniae* (9,8%). Οι ασθενείς που εμφάνισαν λοίμωξη του χειρουργικού πεδίου είχαν μεγαλύτερη ηλικία και μία τουλάχιστον συνυπάρχουσα σοβαρή νόσο. Η αναπνευστική και η καρδιακή ανεπάρκεια αποδείχθηκαν σοβαρές καταστάσεις συννοσηρότητας, προδιαθέτοντας την εμφάνιση χειρουργικών λοίμωξεων, σε αντίθεση με τη θεραπεία με κορτικοστεροειδή ( $p = 1$ ), την ακτινοθεραπεία ( $p = 0.2$ ), τη νεφρική ανεπάρκεια ( $p = 1$ ), την κολπική μαρμαρυγή ( $p = 0.33$ ), τη θυρεοειδοπάθεια ( $p = 0.63$ ) και την υπέρταση ( $p = 1$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι χειρουργικές λοίμωξεις είναι ένας πραγματικός κίνδυνος που επηρεάζει σημαντικά τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και το οικονομικό κόστος της νοσηλείας των ασθενών. Η κατάλληλη προετοιμασία του δέρματος, η μέθοδος συρραφής του τραύματος και η χημειοπροφύλαξη είναι καθοριστικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη συχνότητα εμφάνισης λοίμωξεων, σε συνάρτηση πάντα με τις συνυπάρχουσες ασθένειες και τη γενική κατάσταση υγείας του ασθενούς.

## 212. ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΕΠΙΠΛΟΥ: ΔΥΟ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ι. Δρίκος<sup>1</sup>, Κ. Αλεξίου<sup>2</sup>, Α. Ιωαννίδης<sup>2</sup>, Δ. Μπεθάνη<sup>2</sup>, Ε. Ιεραπετριτάκης<sup>2</sup>, Μ. Τερζοπούλου<sup>2</sup>, Ν. Οικονόμου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταίειο», <sup>2</sup>Α' Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝ «Σισμανόγλειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η συστροφή του μείζονος επιπλόου είναι μια καλοήγησ πάθηση, η οποία είναι δύσκολο να διαγνωστεί, επειδή τα κύρια συμπτώματα είναι παρόμοια με εκείνα πολλών άλλων ενδοκοιλιακών παθήσεων. Η διάγνωση των περισσότερων δημοσιευμένων περιπτώσεων έχει γίνει κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, υπό άμεση όραση. Σύμφωνα με αρκετές μελέτες, είναι σημαντικό να γίνεται σωστή προεχειρητική διάγνωση της συστροφής του επιπλόου, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζεται συντηρητικά, σε ανεπιπλεκτές περιπτώσεις, αποφεύγοντας τη χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, οι ασθενείς θα πρέπει να βρίσκονται υπό κλινική και εργαστηριακή επίτηρηση με σκοπό τον εντοπισμό συμπτωμάτων που θα οδηγούσαν σε χειρουργική παρέμβαση.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Η συστροφή του μείζονος επιπλόου είναι μια σπάνια αιτία οξέος κοιλιακού άλγους, η οποία τις περισσότερες φορές υποδιαγιγνώσκεται. Στην παρούσα μελέτη αναφέρουμε δύο περιπτώσεις, μια Ελληνίδα 52 ετών και έναν Έλληνα 68 ετών, οι οποίοι παρουσιάστηκαν στο τμήμα επείγοντων περιστατικών, με ευαισθησία στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και συμπτώματα παρόμοια με αυτά της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Και στις δύο περιπτώσεις, η ερευνητική λαπαροτομία αποκάλυψε τη συστροφή και την έντονη συμμόρφωση του δεξιού τμήματος του μείζονος επιπλόου, που συνοδεύονταν από ενδοπεριτοναϊκή συλλογή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συστροφή του μείζονος επιπλόου διαγιγνώσκεται δύσκολα προεχειρητικά. Παρουσιάζεται ως οξύ κοιλιακό άλγος εντοπιζόμενο συχνότερα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Είναι πολύ σημαντικό να γίνει μια σωστή προεχειρητική διάγνωση επειδή η συγκεκριμένη πάθηση είναι μια καλοήγησ αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή. Όταν τα κλινικά, εργαστηριακά και ακτινολογικά ευρήματα του ασθενούς επιδεινωθούν ή η διάγνωση είναι αμφίβολη, η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η μέθοδος εκλογής για τη διάγνωση και τη θεραπεία.





## 217. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΟΞΕΙΑ ΣΚΛΗΡΟΚΟΙΔΙΤΙΔΑ

A. Χαραλαμπόπουλος, N. Κολιάκος, I. Δημόπουλος, A. Πασπάλα, K. Κοπανάκης, A. Μαχαίρας

Γ' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΠΝ «Αττικόν»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή παραμέτρων ασθενών με οξεία σκληροκοιδοίτιδα, που αντιμετώπιστηκαν επιτυχώς συντηρητικά.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναδρομική μελέτη 2008-2015, με 105 ασθενείς (66 γυναίκες, 39 άνδρες, φάσμα 15-87 έτη, μέση ηλικία 30.1±12.4 έτη), με μη επιπλεγμένη οξεία σκληροκοιδοίτιδα που αντιμετώπιστηκαν συντηρητικά. Καταγράφηκαν: ιστορικό, κλινικο-εργαστηριακές (λευκοκυττάρωση, CRP, θερμοκρασία) και απεικονιστικές (U/S ή CT) παράμετροι. Καταγράφηκε ο χρόνος νοσηλείας και χρησιμοποιήθηκαν αντιβιοτικά διπλού σχήματος ή παναντιβιοτικά και αντιφλεγμονώδης αγωγή. Δόθηκαν οδηγίες για ενδεχόμενο επανέλεγχο και επανεξέταση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η διάρκεια συμπτωμάτων προ εισαγωγής ήταν 1-3 μέρες, μέση περίοδος 1.1 μέρες, η κλινική εξέταση ήταν συμβατή με οξεία σκληροκοιδοίτιδα. Μέτριο πυρετός (37.5-38.5) είχαν 14 ασθενείς (14/105, 13.3%) και 1>38.5. Δικάμαση λευκών: 10.000-22.900/μl με μέση λευκοκυττάρωση 14.370/μl. Μέση CRP 39±10 mg/L. U/S έγινε σε 100 άτομα, με θετικά ευρήματα σε 70 (70/100, 70%), με διάμετρο σκληροκοιδοίτιδας 6-15 mm και μέση διάμετρο 8.8±1.9 mm και CT σε 25 άτομα. Κοπρόλιθοι ανιχνεύθηκαν σε 7 (7/105, 6.6%). Ακολούθησε διακοπή σίσισης και φαρμακευτική αγωγή. Περίοδος νοσηλείας 1-10 ημέρες, μέση χρονική περίοδος 5 ημέρες. Υπερνοσηλεία 1-2 ημέρες έγινε μέχρι πλήρους κλινικοεργαστηριακής βελτίωσης. Φαρμακευτική αγωγή κατ'οίκον σε 27 άτομα (27/105, 25.7%). Σε 1 ασθενή ανιχνεύθηκε Ca τυφλού, σε 1 NET σκληροκοιδοίτιδας και σε 1 ασθενή βλεννοκυτταρικό μεταστατικό καρκίνωμα σκληροκοιδοίτιδας, που χειρουργήθηκαν προγραμματισμένα εν ψυχρώ. Μετά το εξιτήριο υπήρχε πρόσβαση για επανεξέταση και επανέλεγχο. Κανείς ασθενής δεν είχε σήψη ή επιβεβαιωμένη ρήξη απεικονιστικά ή στην κλινική εξέταση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ασθενείς με ανεπιπλεκτά οξεία σκληροκοιδοίτιδα, βραχύχρονης διάρκειας πριν την εισαγωγή, χωρίς ειδικές αιτιοπαθογένειες, διάχυτη περιτονίτιδα ή σήψη επιδέχονται συντηρητική αγωγή. Η διάγνωση αφορά και σπάνιες αιτιοπαθογενετικές οντότητες. Η φλεγμονή φαίνεται αυτοπεριοριζόμενη, όπως σε άλλες φλεγμονώδεις καταστάσεις της κοιλίας. Ο ρόλος των αντιφλεγμονωδών φαρμάκων είναι ασαφής.

## 218. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΗΛΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

N. Κοντοράβδης, K. Νησιωτάκης, Π. Ταβλάς, N. Σαλεμής

B' Χειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστεί η εμπειρία μας στη λαπαροσκοπική αντιμετώπιση όλων των τύπων κηλών του κοιλιακού τοιχώματος, που αντιμετώπιστηκαν στην κλινική μας το χρονικό διάστημα 2014-2015.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Την τελευταία 2ετία πραγματοποιήσαμε λαπαροσκοπικά 16 κοιλιοκήλες (7 εκ των οποίων ήταν διαστάσεις λευκής γραμμής) και 25 λαπαροσκοπικές βουβωνοκήλες (16 διακοιλιακές και 9 εξωπεριτοναϊκές). Στις μετεγχειρητικές κήλες έγινε επιμελής ανάταξη του περιεχομένου μετά από λύση των συμφύσεων και τοποθέτηση πλέγματος διπλής όψεως διαφόρων μεγεθών. Χρησιμοποιήθηκαν από 2 έως 5 trocar ανάλογα με την περίπτωση και το είδος των συμφύσεων. Για την αντιμετώπιση των βουβωνοκηλών χρησιμοποιήθηκε τόσο διακοιλιακά όσο και εξωπεριτοναϊκά πλέγμα πολυπροπυλενίου 10 x 15 cm.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος χρόνος χειρουργείου ήταν 55 λεπτά με ελάχιστη απώλεια αίματος και η διάρκεια νοσηλείας 1 - 2 ημέρες, για όλα τα είδη κηλών. Η εντερική κινητικότητα επανέρχονταν τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες, ενώ οι ασθενείς κινητοποιούνταν την ίδια ημέρα. Ο μετεγχειρητικός πόνος ήταν ελεγχόμενος με τη συνήθη αναλγητική αγωγή και μειωμένος σε σύγκριση με τις ανοιχτές μεθόδους.

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές ήταν συγκρίσιμες με τα αποτελέσματα της ανοιχτής μεθόδου, ενώ υποτροπή κήλης δεν παρατηρήθηκε στο διάστημα της μελέτης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ,** σύμφωνα με την έως τώρα εμπειρία μας τα αποτελέσματα της λαπαροσκοπικής μεθόδου είναι ισάξια της ανοιχτής και οι ασθενείς μετεγχειρητικά έχουν όλα τα πλεονεκτήματα της ελάχιστα επεμβατικής τεχνικής.

## 219. Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΥΒΟΙΑ

Γ. Σοφός, M. Χαλαστή, E. Γιαγά, A. Μανίσαλη, E. Αβιτίδου, Γ. Παππάς, X. Ζαμπαύτης, K. Παλόγος, Λ. Λαβάντ

Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Χαλκίδας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας στη χειρουργική του θυρεοειδούς, με έμφαση στην αντιμετώπιση του καρκίνου και στην αύξηση της επίπτωσης του στον γενικό πληθυσμό.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στο διάστημα 1991-2015, χειρουργήθηκαν στην Κλινική μας 728 ασθενείς για διάφορες θυρεοειδοπάθειες, 43 με καρκίνο.

FNAB είχαν 67 ασθενείς: σε 32 ήταν θετική, σε 19 αρνητική, σε 6 ψευδώς αρνητική, σε 4 ύποπτη και σε 6 θετική για θυλακιοειδή βλάβη. Στους 680 ασθενείς (93,41%) έγινε ολική θυρεοειδεκτομή, στους 10 (1,37%) υπολική και στους 38 (5,22%) εκτομή του πάσχοντος λοβού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καρκίνο είχαν τελικά, 170 ασθενείς (ποσοστό 23,35%), ηλικίας 22 - 89 ετών, (ΜΗ 50,20 έτη), 145 γυναίκες (85,29%) και 25 άνδρες (14,71%), αναλογία γυναικών/άνδρων: 5.8/1. Γνωστό προεγχειρητικά ήταν στις 43 περιπτώσεις (25,29), ενώ στις 127 (74,71%) προέκυψε σαν τυχαίο εύρημα. Αν εξετάσουμε την επίπτωση του καρκίνου διαχρονικά, θα δούμε ότι την περίοδο 1991 - 2003 είχαμε 52 περιπτώσεις σε 356 χειρουργηθέντες, ποσοστό 14,61%, ενώ την περίοδο 2004 - 2015 είχαμε 118 καρκίνους σε 372 χειρουργηθέντες, ποσοστό 31,72%. Την τελευταία δε 5ετία, 2011 -2015, είχαμε 81 καρκίνους σε 163 θυρεοειδεκτομές, ποσοστό 49,70%, κάτι που επιβεβαιώνει την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του θυρεοειδούς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** 1. Η επίπτωση του θυρεοειδικού καρκίνου παρουσιάζει διαχρονική αύξηση, την τελευταία 25ετία.

2. Η αύξηση αυτή είναι ένα μέρει πλασματική, λόγω

α) ακριβέστερων διαγνωστικών μέσων (π.χ. FNAB), β) της μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης των ενδοκρινολόγων και χειρουργών (ευκολότερα συστήνεται η εγχείρηση) και ιδιαίτερα λόγω της καθιέρωσης της ολικής θυρεοειδεκτομής για κάθε θυρεοειδοπάθεια, με αποτέλεσμα να διαγιγνώσκονται μεγάλος αριθμός υποκλινικών καρκινωμάτων, ως τυχαίο εύρημα.

Όμως είναι και πραγματική, λόγω έκθεσης σε πηγές ιονίζουσας ακτινοβολίας για ιατρικούς λόγους, όπως ακτινογραφίες, CT, scannping, είτε λόγω πυρηνικών ατυχημάτων, όπως στο Chernobyl και στη Fukushima.

## 220. ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕ ΜΙΑ ΟΠΗ (UNIPORTAL VATS) ΕΚΤΟΜΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΕΚΤΟΠΟΥ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΘΙΟ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ

K. Σουλτάνης<sup>1</sup>, K. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, E. Χατζέλλης<sup>2</sup>, A. Γκούμα<sup>1</sup>, A. Καρατζάς<sup>1</sup>, N. Κουρής<sup>3</sup>, K. Σιαφάκας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, <sup>2</sup>251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, <sup>251</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, <sup>251</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, <sup>251</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, <sup>251</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η θωρακοσκοπική τεχνική με μία οπή (uniportal VATS) για την εξαίρεση μορφωμάτων του προσθίου μεσοθωρακίου είναι ευρέως διαδεδομένη στο Δυτικό κόσμο και την Ασία. Σκοπός της παρούσης είναι η παρουσίαση περιστατικού που διεγνώσθη με πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοεισμό το Δεκέμβριο 2015 εξαιτίας αδενώματος έκτοπου (πρόσθιο μεσοθωράκιο) παραθυρεοειδούς αδένου, το οποίο αντιμετώπιστηκε με θωρακοσκοπική με τη μέθοδο της μίας οπής εκτομή.

**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για γυναίκα 26 ετών στην οποία ανευρέθη, μετά από αιματολογικές εξετάσεις για διερεύνησης κόπωσης, υπερασβαστιαιμία (Ca: 12,2 mg/dl). Ακολούθησε προσδιορισμός της παραθορμόνης στο αίμα (638 pg/ml) από την οποία ετέθη η διάγνωση του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού. Η ασθενής υπεβλήθη σε σπινθηρογράφημα 99m Tc Sestamibi το οποίο ανέδειξε τον έκτοπο υπερλειπουργούντα παραθυρεοειδή (πιθανό αδένωμα) στο μεσοθωράκιο. Στην αξονική τομογραφία θώρακος - τραχήλου και στη μαγνητική θώρακος, απεικονίστηκε το αδένωμα στο πρόσθιο μεσοθωράκιο, ήμπροσθεν ακριβώς της ανωνύμου φλεβός και εντός του περιθιμικού λίπους μεγέθους 1,2x1,7 εκατοστά (εικόνα). Η ασθενής υπεβλήθη σε εκτομή του αδενώματος θωρακοσκοπικά με μία οπή 3 εκατοστών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής ανέχτηκε ομαλά την επέμβαση. Διεγχειρητικό δείγμα παραθορμόνης δέκα λεπτά μετά την αφαίρεση του αδενώματος έδειξε υποχώρηση της τιμής σε φυσιολογικά επίπεδα (33 pg/ml). Η ασθενής εμφάνισε μετεγχειρητικά ήπια υπασβεστιαμία (6,8 mg/dl), η οποία αντιμετώπιστηκε καταρχήν με ενδοφλέβια χορήγηση ασβεστίου και ακολούθως με ασβέστιο και αλφακαλσιόλη από του στόματος. Εξήλθε την έκτη μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η θωρακοσκοπική τεχνική με μία οπή για την εκτομή μορφωμάτων προσθίου μεσοθωρακίου είναι ασφαλής. Στα υπέρ της τεχνικής είναι η εξαιρετική απεικόνιση και μεγέθυνση του χειρουργικού πεδίου με κάμερα υψηλής ευκρίνειας, το μειωμένο μετεγχειρητικό άλγος, οι μειωμένες επιπλοκές από το χειρουργικό τραύμα και το πολύ καλό κοσμητικό αποτέλεσμα.



**225. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ)**

Β. Παπαστεργίου<sup>1</sup>, Ι. Φαμηλιάς<sup>2</sup>, Γ. Ντέσκας<sup>1</sup>, Ε. Ασωνίτης<sup>1</sup>, Α. Χαστάς<sup>1</sup>, Μ. Σταμπόρη<sup>1</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>1</sup>, Ι. Καραγιώργη<sup>1</sup>, Χ. Ψέλλας<sup>1</sup>, Σ. Καραπατάνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι η βιταμίνη D διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη φυσική και επίκτητη ανοσία, στην παθογένεια της ν. Crohn (NC), στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου (ΠΕ) κλπ. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τα επίπεδα βιταμίνης D στον ορό ασθενών με ΙΦΝΕ στη χώρα μας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να μελετηθούν τα επίπεδα βιταμίνης D σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, που παρακολουθούνται στο νοσοκομείο μας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε 95 ασθενείς με ΙΦΝΕ (Α/Γ=46/54, μέσης ηλικίας 40.1 έτη). Οι 60/95 ασθενείς είχαν ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) (Α/Γ=28/32) 6 είχαν ορθίτιδα, 38 αριστερή κολίτιδα και 16 παγκολίτιδα. Από τους 35 ασθενείς με νόσο Crohn ((Α/Γ=14/21) οι 15 είχαν τελική ειλεΐτιδα, 4 κολίτιδα και 16 ειλεοκολίτιδα. Ο προσδιορισμός των επιπέδων βιταμίνης D στον ορό όλων των ασθενών της μελέτης έγινε με μέθοδο ELISA.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο σύνολο των ασθενών της μελέτης 10/95 (10.5%) ασθενείς εμφάνιζαν ένδεια βιταμίνης D (επίπεδα <20 ng/ml). Από αυτούς οι 6 έπασχαν από NC και οι 4 από ΕΚ. Μειωμένα επίπεδα βιταμίνης D εμφάνιζαν επιπλέον 23/95 (24.2%) των ασθενών. Από αυτούς οι 10/35 (28.6%) έπασχαν από NC και οι 13/60 (21.6%) από ελκώδη κολίτιδα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό ασθενών με ΙΦΝΕ εμφανίζει ένδεια ή μειωμένα επίπεδα βιταμίνης D. Η αναζήτηση των ασθενών αυτών και η χορήγηση βιταμίνης D κρίνεται σκόπιμη.

**227. ΤΕΤΡΑΠΛΗ ΧΩΡΙΣ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟ «ΥΒΡΙΔΙΚΗ» ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΡΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

Σ. Γεωργιόπουλος<sup>1</sup>, Β. Παπαστεργίου<sup>2</sup>, Η. Ξηρουχάκης<sup>1</sup>, Ι. Φαμηλιάς<sup>3</sup>, Σ. Καραπατάνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρικό Π. Φαλήρου, <sup>2</sup>Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, <sup>3</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Λόγω της συνεχούς αύξησης στα ποσοστά αντιμικροβιακής αντοχής, η εκκρίωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (ΕΠ) παραμένει κλινική πρόκληση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια 14-ήμερου, τετραπλού χωρίς βισμούθιο, «υβριδικού» σχήματος, ως πρώτης γραμμής θεραπείας για την εκκρίωση του ΕΠ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε μια προοπτική ανοιχτής ετικέτας μελέτη συμπεριλάβαμε πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς με λοίμωξη από ΕΠ. Η διάγνωση της λοίμωξης έγινε ιστολογικά ή/και με ταχεία δοκιμασία ουρεάσης. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν 14-ήμερο σχήμα: 7 ημέρες διπλής θεραπείας (40 mg εσομεπραζόλη ×2 και αμοξικιλίνη 1 gr ×2) ακολουθούμενης από 7 ημέρες τετραπλής θεραπείας (40 mg εσομεπραζόλη ×2, 1 gr αμοξικιλίνη ×2, 500 mg κλαριθρομυκίνη ×2 και 500 mg μετρονιδαζόλη ×2). Αρνητική ιστολογική εξέταση ή δοκιμασία αναπνοής ουρίας, 4-6 εβδομάδες από το τέλος της θεραπείας, θεωρείτο ενδεικτική επιτυχούς εκκρίωσης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αναλύθηκαν τα δεδομένα 90 ασθενών (μέση ηλικία 49.8 έτη, 58 άρρενες, καπνιστές 35.5%, νόσος πεπτικού έλκος 23.3%). Επιτυχής εκκρίωση παρατηρήθηκε σε 77/90 (85.5%, 95%CI: 78-92.7) κατά πρόθεση θεραπείας (ITT), και 77/85 (90.6%, 95%CI: 84.6-94.2) στην κατά πρωτόκολλο ανάλυση. Ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρθηκαν από 22 (29.3%) ασθενείς, χωρίς καμία να είναι σοβαρή. Η συμμόρφωση ήταν άριστη με 94.4% των ασθενών να λαμβάνει >90% της θεραπείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η «υβριδική» θεραπεία φαίνεται να αποτελεί αποτελεσματική (>90% ITT) και ασφαλή επιλογή για την εκκρίωση του ΕΠ. Περαιτέρω δεδομένα αναμένονται να τεκμηριώσουν την κλινική χρησιμότητα του σχήματος στη χώρα μας.

**226. ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΟΜΑΓΝΗΣΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΛΗΨΗ ΕΣΟΜΕΠΡΑΖΟΛΗΣ**

Σ. Καλαντζή, Σ. Μιχαήλ, Μ. Καραολιά, Α. Τόσκα

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι ανταγωνιστές της αντλίας πρωτονίων (PPIs) ανήκουν στα ευρέως συνταγογραφούμενα φάρμακα παγκοσμίως. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες τους περιλαμβάνουν την αυξημένη συχνότητα εντερικών λοιμώξεων, τα οστεοπορωτικά κατάγματα, τις αλληλεπιδράσεις με την κλοπιδογρέλη και πρόσφατα τον Μάρτιο του 2011 το FDA περιέλαβε την υπομαγνησαιμία στις ανεπιθύμητες ενέργειες των PPIs.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 70 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων λόγω ζάλης, αστάθεια στη βάδιση και ενός επεισοδίου ψευδαισθήσεων. Στο ατομικό αναμνηστικό του περιλαμβάνονται: αρτηριακή υπέρταση, υπό αγωγή με Nebivolol 5 mg και Perindopril 5 mg ημερησίως, χειρουργηθέν ανεύρυσμα ιγνυακής αρτηρίας, για το οποίο ελάμβανε salospir 100 mg ημερησίως και συμπύματα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης για τα οποία ελάμβανε εσομεπραζόλη 40 mg ημερησίως για 10 έτη. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε υπασβεσταιμία (Ca: 7.2 mg/dl), υπομαγνησαιμία (Mg: 0.3 mg/dl) και υποφωσφαταιμία (P: 1.9 mg/dl), ενώ ο υπόλοιπος εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός και συγκεκριμένα η παραθορμόνη και η βιταμίνη D ήταν στα φυσιολογικά επίπεδα (PTH: 19.9 pg/ml και Vitamin-D 30.1). Καθώς η τιμή της παραθορμόνης ήταν φυσιολογική θεωρήθηκε η υπομαγνησαιμία ως η βασική ηλεκτρολυτική διαταραχή, ενώ αποδόθηκε η υπασβεσταιμία και η υποφωσφαταιμία σε υπομαγνησαιμικό υποπαραθυρεοειδισμό και έγινε έναρξη αγωγής με iv μαγνήσιο. Στα πλαίσια διερεύνησης της υπομαγνησαιμίας πραγματοποιήθηκε συλλογή ούρων 24ώρου, όπου η τιμή του αποβαλλόμενου με τα ούρα μαγνησίου ήταν πολύ χαμηλή, ώστε αποκλείστηκε το ενδεχόμενο της νεφρικής απώλειας μαγνησίου. Παράλληλα ελέγχθηκε η απώλεια μαγνησίου από το πεπτικό, με γαστροσκόπηση, κολονοσκόπηση, μέτρηση λίπους στα κόπρανα, μέτρηση μαγνησίου στα κόπρανα, χωρίς όμως να ανευρεθούν παθολογικά ευρήματα. Στη συνέχεια της διερεύνησής διεκόπη η λήψη εσομεπραζόλης και παράλληλα διεκόπη τελείως και η χορήγηση μαγνησίου. Παρατηρήθηκε τότε πως η υπομαγνησαιμία στον ασθενή υποχώρησε και το μαγνήσιο επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και ακόμα δεν είναι γνωστός ο ακριβής μηχανισμός που τα PPIs προκαλούν υπομαγνησαιμία, εντούτοις θα πρέπει στη διαφορική διάγνωση της υπομαγνησαιμίας να λαμβάνεται υπόψη και η χρήση των PPIs. Η παρενέργεια αυτή των PPIs ενδεχομένως να μην είναι σπάνια, αλλά καθώς δεν είναι ευρέως γνωστή δύναται να διαλάθει της προσοχής και να υποδιαγνώσκεται.

**228. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΘΕΙΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ**

Α. Αλαβέρας, Λ. Σκορδά, Κ. Διαμαντίδη, Π. Χαλαμούκη, Μ. Τσέκερη, Τ. Τόσκα

ΓΝΑ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο, ΕΕΣ

Ασθενής 77 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και αχалаσία οισοφάγου, προσήλθε με δυσφαγία σε υγρές και στερεές τροφές προοδευτικά επιδεινούμενη. Ανέφερε απώλεια βάρους 10 κιλών τον τελευταίο χρόνο και αίσθημα δύσπνοιας λίγες μέρες προ της εισαγωγής. Η ακτινογραφία θώρακος κατά την εισαγωγή ανέδειξε ακτινοσκιερί μάζα στο μεσοθωράκιο, η οποία μετατόπιζε την τραχεία δεξιά και ατελεκτασία του δεξιού πνεύμονα. Κατά τη νοσηλεία του, ο ασθενής εμφάνισε επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση, που ανατάχθηκε επιτυχώς φαρμακευτικά και η οποία οδήγησε σε επεισόδιο οξέος πνευμονικού οιδήματος, το οποίο αντιμετώπιστηκε. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε οισοφάγο διαμέτρου 12 εκατοστών, ο οποίος ασκούσε πίεση στην τραχεία και στις κοιλότητες της καρδιάς. Διενεργήθηκε οισοφαγο-γαστροσκόπηση, που ανέδειξε διατεταμένο οισοφάγο, πλήρη τροφικού περιεχομένου και μυκητιασικής λοίμωξης. Το περιστατικό εκτιμήθηκε ως μη χειρουργήσιμο. Τέθηκε ρινογαστρικός καθετήρας, που παροχέτευσε το περιεχόμενο του οισοφάγου, με σκοπό την επανάληψη του ενδοσκοπικού ελέγχου. Κατά την 6η μέρα της νοσηλείας του, παροχετεύθηκε αθρόο αιματηρό περιεχόμενο στον ρινογαστρικό καθετήρα και ο ασθενής εμφάνισε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I, πιθανώς λόγω εισρόφησης και διασωληνώθηκε. Η επείγουσα αξονική τομογραφία θώρακος απέκλεισε την πιθανότητα διάτρησης του οισοφάγου. Ο ασθενής παραμένει διασωληνωμένος στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του νοσοκομείου μας.

## 229. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΟΥΚΛΕΟΣ(Τ)ΙΔΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β: ΑΣΦΑΛΕΙΑ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

A. Καπάτας, Σ. Σολωμού, Θ. Καραουλάνη, Α. Κίτνα, Ε. Ουρανού, Μ. Παύλου, Κ. Καραμανλή, Μ. Θεοδώρου, Α. Τολιόπουλος, Α. Παπαναστασίου

Α΄ Παθολογική Κλινική - Α΄ Ηπατολογικό Ιατρείο, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων» - ΓΝΔΑ «Η Αγία Βαρβάρα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η θεραπεία ασθενών με CHB (antiHbe=+) επιτελείται σήμερα με τη μακροχρόνια χορήγηση νουκλεοσ(τ)ιδικών αναλόγων. Η προτίμηση των φαρμάκων αυτών με τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, παρουσιάζουν ισχυρό γενετικό φραγμό.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να διερευνηθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα από τη μακροχρόνια χορήγηση των νεότερων νουκλεοσ(τ)ιδικών αναλόγων στη θεραπεία της CHB.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στη μελέτη μας συμμετείχαν 85 ασθενείς (άντρες/γυναίκες, 52/33 αντίστοιχα), μέσης ηλικίας 52,4 με CHB (antiHbe=+) που ελάμβαναν θεραπεία με τενοφοβίρη, εντεκαβίρη, τεμπιπουδίνη για 12 μήνες. Στους ασθενείς μας έγινε τακτικός έλεγχος της νεφρικής-ηπατικής λειτουργίας καθώς και έλεγχος για HBV-DNA τουλάχιστον για μία φορά ετησίως μετά από επιτυχή συμπλήρωση του πρώτου έτους θεραπείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος όρος παρακολούθησης των ασθενών ήταν 36,5 (13-74) μήνες. Προ θεραπείας, η μέση τιμή ALT ήταν 121 IU/ml, ουρίας 38,5 mg% και η μέση τιμή της κρεατινίνης 0,92 mg%. Από τους 85 ασθενείς της μελέτης μας οι 36 έλαβαν εντεκαβίρη, 27 τενοφοβίρη και 22 τεμπιπουδίνη. Πριν την έναρξη της θεραπείας τα δημογραφικά και τα βιοχημικά ευρήματα δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων. Στο τέλος της παρακολούθησης η πλειοψηφία των ασθενών εμφάνισε ομαλοποίηση της ALT και AST, αρνητικοποίηση του HBV-DNA, ενώ η νεφρική λειτουργία των ασθενών ήταν φυσιολογική. Σε ένα ασθενή εμφανίσε αυξημένη CPK (ραβδομυόλυση) 18 μήνες μετά τη λήψη της τεμπιπουδίνης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα νεότερα φάρμακα (Nucs) για την αντιμετώπιση της CHB έχουν μεγάλη αποτελεσματικότητα και έχουν ικανοποιητικό προφίλ ασφαλείας στο διάστημα της παρακολούθησης των ασθενών στη μελέτη μας.

## 230. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΙΡΡΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

A. Καπάτας, Σ. Σολωμού, Θ. Καραουλάνη, Α. Κίτνα, Ε. Ουρανού, Μ. Παύλου, Κ. Καραμανλή, Μ. Θεοδώρου, Α. Τολιόπουλος, Α. Παπαναστασίου

Α΄ Παθολογική Κλινική - Α΄ Ηπατολογικό Ιατρείο, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων» - ΓΝΔΑ «Η Αγία Βαρβάρα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η κίρρωση ήπατος αποτελεί μία χρόνια ασυμπτωματική νόσο με σοβαρές επιπλοκές. Η πυλαία υπέρταση οδηγεί στην εμφάνιση επιπλοκών όπως ο ασκίτης, η αιμορραγία ανώτερου πεπτικού (κίρσοι οισοφάγου) και η ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων των μεθόδων σταδιοποίησης των ασθενών αυτών κατά τη διάρκεια της εισαγωγής και της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο μας.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για 64 κίρρωτικούς ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας από το 2013 έως το 2015, όπου καταγράφηκαν οι παράγοντες κινδύνου, τα εργαστηριακά ευρήματα, οι επιπλοκές της νόσου και το στάδιο της κίρρωσης ήπατος. Η συνεργασία έγινε με spss 21,0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι 64 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 64,8 έτη, άντρες 67,6%, χρήση αλκοόλ κατά 48,5%, HBV λοίμωξη 38%, λοίμωξη HCV 32% και ΝΑΣΗ 14% και η εισαγωγή των οποίων ήταν κυρίως λόγω ασκίτη κατά 65,8%, αιμορραγία ανώτερου πεπτικού (κίρσοραγία) 20%, ΗΚΚ 20% (ίκτηρος), θρόμβωση πυλαίας φλέβας 7%, HE 5%, HRS 7%, SBP 2%. Τα κύρια εργαστηριακά ευρήματα ήταν αυξημένη AST έναντι ALT, υπολευκωματιναιμία 3,1 gr/dl (2,8-3,6), INR 1,4 (1,2-1,5), PLT 85, 8K/DL (80,9-95,3 K/DL).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι νοσηλευόμενοι κίρρωτικοί ασθενείς είναι κυρίως άντρες, με κατάχρηση αλκοόλ και η κύρια αιτία για τη νοσηλεία τους ήταν ασκίτης, αιμορραγία ανώτερου πεπτικού (κίρσοραγία), ηπατική εγκεφαλοπάθεια (HE) και η εμφάνιση ΗΚΚ.

## 231. ΑΤΡΟΦΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ HELICOBACTER PYLORI ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γ. Κρανιδιώτης, Ε. Ευστρατιάδου, Γ. Καμαλάκης, Γ. Λοΐζος, Α. Μπίλης, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιώς «Τζάνειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η συνδεόμενη με το *Helicobacter pylori* ατροφική γαστρίτιδα αποτελεί σχετικά ασυνήθη αιτία σιδηροπενικής αναιμίας. Περιγράψουμε έναν έφηβο με βαριά σιδηροπενική αναιμία οφειλόμενη στην παραπάνω οντότητα.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Έφηβος 17 ετών προσήλθε λόγω ανεύρεσης βαριάς υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας σε τυχαίο έλεγχο (Ht: 27,5%, Hb: 7,5 g/dl, MCV: 60 fL, MCH: 16 pg). Από την εργαστηριακή διερεύνηση (σίδηρος: 8 μg/dL, φερριτίνη: 20 ng/mL, ολική σιδηροδεσμευτική ικανότητα: 375 μg/dL, κορεσμός τρανσφερίνης: 2%), προέκυψε ότι η αναιμία ήταν σιδηροπενική. Ο άρρωστος δεν ανέφερε απώλεια αίματος ή δυσπεπτικά ενοχλήματα, και το ατομικό αναμνηστικό του ήταν ελεύθερο. Διενεργήθηκαν κολοσκόπηση (φυσιολογική) και γαστροσκόπηση, η οποία ανέδειξε γαστροπάθεια, με ήπια διαγραφή των αγγείων σε όλες τις μοίρες του στομάχου. Οι βιοψίες που ελήφθησαν από το σώμα και το άντρο ανέδειξαν αλλοιώσεις χρόνιας ατροφικής γαστρίτιδας, μία μικροσκοπική θέση εντερικής μετάπλασης, και λίγα ελικοβακτηρίδια. Ο ασθενής έλαβε ενδοφλέβια σιδηροθεραπεία και από το στόματος αντιβιοτική και αντιεκκριτική αγωγή, προς εκρίζωση του *Helicobacter*.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Το *Helicobacter pylori* συνδέεται με την ανάπτυξη δύο διακριτών τοπογραφικών και κλινικο-παθολογοανατομικών προτύπων χρόνιας γαστρίτιδας: Η γαστρίτιδα του άντρου σχετίζεται με την εμφάνιση προπυλωρικών και δωδεκαδακτυλικών ελκών, και είναι συχνότερη στη Δύση. Η πολυεστιακή ατροφική γαστρίτιδα (προσβολή σώματος, θλόου και άντρου), από την οποία και έπασχε ο ασθενής μας, σχετίζεται με την εμφάνιση γαστρικού έλκους και καρκίνου, και είναι συχνότερη στην Ασία και τις αναπτυσσόμενες χώρες. Χαρακτηρίζεται από απώλεια γαστρικών αδένων και αντικατάστασή τους από εντερικού τύπου επιθήλιο (εντερική μετάπλαση). Εκτεταμένη ατροφία ανιχνεύεται, συνήθως, σε άτομα ηλικίας > 50 ετών, οπότε περιστασιακά σαν το περιγραφόμενο δεν είναι συχνά. Η συνδεόμενη με το *Helicobacter pylori* ατροφική γαστρίτιδα έχει αναγνωρισθεί ως αιτία σιδηροπενικής αναιμίας (δυσασπορόφηση του σιδήρου λόγω αχλωρυδρίας), διαφέρει δε από την αυτοάνοση ατροφική γαστρίτιδα, η οποία προσβάλλει μόνο το σώμα και το θλόου, και προκαλεί μεγαλοβλαστική αναιμία εξ ελλείψεως B12.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η συνδεόμενη με το *Helicobacter pylori* ατροφική γαστρίτιδα δύναται να προκαλέσει σιδηροπενική αναιμία ακόμη και σε νεαρά άτομα.

## 232. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΣΟΔΩΝ ΚΑΙ ΕΞΟΔΩΝ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2011-2012-2013-2014

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

ΚΥ Βάρης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σύγκριση των εσόδων και των εξόδων για τα έτη 2011, 2012, 2013, 2014. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάστηκαν τα συνολικά στοιχεία τα οποία έχουν σταλεί στο ESY-net κατά τα έτη αυτά. Το 2011 ήταν η πρώτη χρονιά που ξεκίνησε να ζητείται αποζημίωση για τις εργαστηριακές και οδοντιατρικές εξετάσεις, διότι μέχρι τότε ήταν εντελώς δωρεάν. Εξετάστηκαν τα συνολικά στοιχεία τα οποία έχουν σταλεί στο ESY-net κατά τα έτη αυτά. Τα έξοδα τα οποία υπολογίζονται είναι για τη μισθοδοσία, τα φάρμακα, τα αντιδραστήρια, και το λοιπό υλικό (αναλώσιμα και εξοπλισμός), πάγια έξοδα (ΟΤΕ, ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα 3 πρώτα έτη παρατηρείται μια σταθερή αύξηση για το παράβολο κατά 28,9%, και 63,6% συγκριτικά με το 2012 και 2011, ενώ για τις άλλες εξετάσεις αύξηση συγκριτικά με 2012 κατά 105,4% και μείωση συγκριτικά με το 2011 κατά 77,2%. Για τις μικροβιολογικές εξετάσεις παρατηρείται αύξηση κατά 84,2%. Το health voucher δεν υπήρχε το 2012. Το 2014 παρατηρείται μικρή μείωση κατά 6% σε σύγκριση με το 2013 στο παράβολο των 5 ευρώ και μείωση 25% στην είσπραξη μετρητών απ-ό άλλες εξετάσεις (μικροβιολογικές και οδοντιατρικές). Αντίθετα παρατηρείται αύξηση για τις προς απαίτηση από το ΕΟΠΥΥ μικροβιολογικές εξετάσεις κατά 8,5%.

Για τις συνολικές δαπάνες υπάρχει μείωση κατά 9,2% συγκριτικά με το 2012 και 24,7% συγκριτικά με το 2011. Το 2014 σε σύγκριση με το 2012 έγινε μείωση κατά 43,4%. Για τις δαπάνες για μισθοδοσία και πάγια έξοδα υπάρχει μείωση κατά 10,4% και 6,5% συγκριτικά με το 2012 και κατά 17,5% και 19,9% σε σύγκριση με το 2011 αντίστοιχα. Το 2014 υπάρχει περαιτέρω μείωση κατά 40,73% και 24,6% αντίστοιχα. Υπήρξε αύξηση για τα αντιδραστήρια κατά 1,8%, συγκριτικά με το 2012 και 46,7% συγκριτικά με το 2011 και μείωση για τα φάρμακα και το λοιπό υλικό κατά 3,3% και 58% και 25,9% και 1,2% τα αντίστοιχα έτη. Το 2014 συγκριτικά με το 2012 υπήρξε μείωση κατά 0,02% για τα αντιδραστήρια, κατά 7,13% για τα φάρμακα και κατά 19,5% για το λοιπό υλικό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση της προσέλευσης των ασθενών και των εσόδων του ΚΥ Βάρης που προκύπτει απ' αυτή. Για την περαιτέρω αύξηση των εσόδων χρειάζεται χρησιμοποίηση μέρους των χρημάτων για βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών με κριτήριο αφενός την εξυπηρέτηση των πολιτών και αφετέρου τον ανταγωνισμό με την πληθώρα των ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας. Το ποσό που πρέπει να καταβληθεί από το ΕΟΠΥΥ για τις πραγματοποιηθείσες εργαστηριακές εξετάσεις δεν έχει ακόμα καταβληθεί προς το ΚΥ Βάρης. Για τις άλλες υπηρεσίες υγείας που παρέχονται προς τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ, δεν γίνεται κανένας οικονομικός υπολογισμός με αποτέλεσμα στην απώλεια σημαντικών εσόδων. Τα 4 τελευταία χρόνια παρατηρείται σταθερή μείωση των συνολικών εξόδων και στα επί μέρους που αφορούν τη μισθοδοσία, τα φάρμακα και τα πάγια έξοδα. Το 2014 σημειώθηκε η μεγαλύτερη μείωση τόσο στις συνολικές δαπάνες όσο και στις επί μέρους.



## 237. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥ ΒΑΡΗΣ ΤΑ ΕΤΗ 2011/12/13/14

Α. Πατέλης, Μ. Γεμελιάρη, Κ. Τυμπαλέξη, Ε. Παπαβασιλείου, Μ. Δανδουλάκης

ΚΥ Βάρης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σύγκριση της κίνησης παροχής υπηρεσιών υγείας του τμήματος επισκεπτών υγείας τα 2011, 2012, 2013 και 2014.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάστηκαν τα συνολικά στοιχεία τα οποία έχουν σταλεί στο Esy-net κατά τα έτη αυτά. Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το EXCEL 2007.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 2013 σημειώθηκε μείωση της δερμοαντίδραση μαντουχ κατά 37,8% σε σύγκριση με το 2012, κατά 18,9% σε σύγκριση με το 2011 και κατά 77,6 το 2014. Στον εμβολιασμό των ενηλίκων σημειώθηκε αύξηση κατά 45,8% σε σύγκριση με το 2011, και ελαφρά μείωση κατά 0,003% σε σύγκριση με το 2012 και εκ νέου αύξηση κατά 37,9% το 2014. Στον εμβολιασμό των παιδιών και εφήβων αύξηση κατά 11,6% σε σύγκριση με το 2012, και μείωση κατά 10,1% σε σύγκριση με το 2011 και περαιτέρω μείωση κατά 31,7% το 2014. Στα ΑΔΥΜ υπάρχει αύξηση σε σύγκριση με το 2012 και 2013.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Δεν υπάρχει στο ΕΟΠΥΥ της περιοχής άλλος φορέας παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ (κέντρο ημέρας μάνας και παιδιού), που να διαθέτει τμήμα επισκεπτών υγείας το οποίο στηρίζεται από παιδίατρο ή γενικό ιατρό.

Τα αποτελέσματα του τμήματος επισκεπτών υγείας ευρίσκονται στα ίδια η περισσότερα ποσοστά σε σύγκριση με τα περσινά με εξαίρεση τη δερμοαντίδραση μαντουχ που έχει πτώση. Η πτώση αυτή συνεχίστηκε το 2014 σε σημαντικό ποσοστό.

Ο εμβολιασμός των ενηλίκων (κυρίως αντιγριπικός εμβολιασμός τους χειμερινούς μήνες) διατηρήθηκε στα ίδια αυξημένα του 2012 σε σύγκριση με το 2011 επίπεδα.

Το ποσοστό των εμβολιασμένων παιδιών και εφήβων μετά την περσινή πτώση κατά 19,5%, σημείωσε αύξηση σε σύγκριση με τα περσινά ποσοστά η οποία συνεχίστηκε το 2014.

## 238. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΑΠ-ΒΟΥΛΑΣ

Κ. Δανδουλάκη<sup>1</sup>, Ε. Στεφοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Μαλαματίνα<sup>2</sup>, Ι. Παπαγιάννη<sup>2</sup>, Μ. Δανδουλάκης (π)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ΤΕΙ Νοσηλευτική Αθήνας, <sup>2</sup>ΚΑΑΠ Βούλας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της επίπτωσης των νοσημάτων από τα οποία πάσχουν οι τρόφιμοι του ΚΑΑΠ-Βούλας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από τους φακέλους των τροφίμων καταγράφηκαν τα ακόλουθα στοιχεία.

Όνοματεπώνυμο.

Ηλικία.

Φύλλο.

4. Παθήσεις από τις οποίες πάσχουν.

Η επεξεργασία των στοιχείων θα γίνει με EXCEL 2010.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά καταγράφηκαν τα στοιχεία 85 τροφίμων. Από αυτούς 50 (58,8%) ήταν άρρηνες και 35 (41,2%) ήταν θήλυ. Η επίπτωση των νοσημάτων φαίνεται στον πίνακα που επισυνάπτεται. Τα πιο συχνά νοσήματα ήταν: Νοητική υστέρηση (21,5%), σύνδρομο Ψυχοκινητική καθυστέρηση (ΨΚΚ), (17%) DOWN (12,9%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πλειοψηφία των νοσημάτων από τα οποία πάσχουν οι τρόφιμοι του ΚΑΑΠ Βούλας αφορά παθήσεις του νευρικού συστήματος και ψυχιατρικές. Η μελέτη και γνώση της επίπτωσης των νοσημάτων βοηθά τον γιατρό της γενικής Ιατρικής που έχει οριστεί υπεύθυνος θεραπόντων ιατρών στην καλύτερη διαχείριση των ασθενειών των τροφίμων.

## 239. ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΔΗΓΜΑΤΟΣ ΜΥΡΙΑΠΟΔΟΥ: ΕΙΝΑΙ ΝΕΥΡΟΤΟΞΙΚΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ;

Ι. Μαυρίδης<sup>1</sup>, Μ. Μέλιου<sup>2</sup>, Ε. Πυργελάς<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Νευροχειρουργικό Τμήμα, ΓΝΑ «ΚΑΤ-ΕΚΑ», <sup>2</sup>Παθολογικό Τμήμα, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», <sup>3</sup>Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ΚΑΤ-ΕΚΑ»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των κλινικών συνεπειών του δηγματος των μυριαπόδων, προκειμένου να καθοριστεί το κατά πόσον αυτό είναι νευροτοξικό για τον άνθρωπο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μεθοδολογικά εφαρμόστηκε μια εκτενής ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με τα επακόλουθα του δηγματος μυριαπόδου στον άνθρωπο, με έμφαση στα νευρολογικά συμπτώματα που μπορούν δυνητικά να προκληθούν από τέτοιου είδους δηγήμα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συχνά προκαλείται τοπική μόνο αντίδραση, η οποία συνήθως υποχωρεί εντός λίγων ημερών χωρίς κατάλοιπα. Οι ασθενείς, στην πλειονότητα των περιπτώσεων περιγράφουν ένα επώδυνο αλλά καλοήθες σύνδρομο. Ωστόσο, ήπια συστηματικά συμπτώματα είναι σχετικά συχνά. Σε σπάνιες δε περιπτώσεις μπορούν να προκληθούν σοβαρές συστηματικές αντιδράσεις όπως αναφυλαξία και υπόταση, ή ακόμη και ισχαιμία μυοκαρδίου. Παράγοντες όπως η ηλικία του ασθενούς, οι συνοδές παθήσεις του, η ανατομική εντόπιση του δηγματος και το μέγεθος και είδος του μυριαπόδου θα πρέπει να συνεκτιμώνται κατά την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών. Σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία, το δηγήμα των μυριαπόδων δε φαίνεται να είναι νευροτοξικό για τον άνθρωπο. Παρ' όλα αυτά, συχνά προκαλεί εντοπισμένα ή γενικευμένα συμπτώματα που μεσολαμβάνουν κυρίως εντοπισμένο πόνο και αισθητικές διαταραχές ενώ τα δεύτερα αφορούν κυρίως μη ειδικές εκδηλώσεις όπως κεφαλαλγία, άγχος και προλιποθυμικό επεισόδιο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Με βάση τα αποτελέσματά μας η απάντηση στο ερώτημα της μελέτης μας είναι αρνητική. Το δηγήμα μυριαπόδου δεν είναι νευροτοξικό για τον άνθρωπο, αν και συχνά προκαλεί συμπτώματα μέσω του νευρικού συστήματος που περιλαμβάνουν κυρίως εντοπισμένο πόνο και αισθητικές διαταραχές καθώς και συστηματικά μη ειδικά συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, άγχος και βαγοτονία.

## 240. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ ΑΠΟ ΙΕΠ ΚΥ ΒΑΡΗΣ ΤΑ ΕΤΗ 2011/12/13/14

Α. Πατέλης, Μ. Κουκούδα, Ν. Σαμαρά, Μ. Κανέλου, Α. Ελευθερίου, Ε. Σαμπαζιώτου, Ε. Τσιτσιλιδα, Μ. Δανδουλάκης (π)

ΚΥ Βάρης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα στοιχεία του χάρτη υγείας αποτελούν πολύτιμη πηγή πληροφοριών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σύγκριση της κίνησης παροχής υπηρεσιών υγείας της νοσηλευτικής υπηρεσίας και των παραπομπών από το ΙΕΠ τα 2011, 2012, 2013, 2014.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάστηκαν τα συνολικά στοιχεία τα οποία έχουν σταλεί στο Esy-net κατά τα έτη αυτά. Η νοσηλευτική υπηρεσία του ΚΥ Βάρης υποστηρίζει το τμήμα των ΙΕΠ του ΚΥ Βάρης, μέσα στο οποίο λειτουργεί και σηπτικό ιατρείο μικροεπιμέλειων. Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το EXCEL 2007.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Υπάρχει μείωση στην ενεσοθεραπεία κατά 44,6% συγκριτικά με το 2011 και 32,9% συγκριτικά με το 2012. Υπάρχει μείωση στις αλλαγές τραυμάτων κατά 16,8% συγκριτικά με το 2012 και 3,8% συγκριτικά με το 2011. Αντίθετα αύξηση το 2014 κατά 19% για τις αλλαγές τραυμάτων και κατά 2% για τις ενεσοθεραπείες. Αντίθετα υπάρχει αύξηση των ΗΚΓ τα οποία διενεργήθηκαν στα πλαίσια ελέγχου ασθενών ΙΕΠ η παρακολούθησης στο τακτικό ιατρείο κατά 6,6% το 2013 και 21,1% το 2014.

Στον πίνακα 1 φαίνεται ο αριθμός των περιστατικών που εξετάστηκαν στα ΙΕΠ (Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών) του ΚΥ Βάρης και αριθμός των περιστατικών που χρειάστηκε διακομιδή με ασθενοφόρο ΕΚΑΒ η παραπομπή με ΙΧ για άμεση εκτίμηση στο εφημερεύον νοσοκομείο. Τα ποσοστά των διακομιδών διατηρούνται σταθερά στο 0,5%-0,6%-0,8, ενώ των παραπομπών μειώνεται από 15,6% το 2011 σε 6,7% το 2013 και 6,8% το 2014.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1**

	2011	2012	2013	2014
Διακομιδές (ΕΚΑΒ)	29	39	28	47
Παραπομπές σε ΤΕΠ νοσοκομείων	890	768	316	420
ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ (βιβλίο ΙΕΠ)	5695	6737	4688	6143

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Δεν υπάρχει στο ΕΟΠΥΥ της περιοχής, άλλος φορέας παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, που να διαθέτει τμήμα νοσηλευτικής. Συνεπώς η μείωση στην ενεσοθεραπείες και αλλαγές τραυμάτων δεν μπορεί να αποδοθεί στο ότι κατευθύνονται σε άλλους φορείς του ΕΟΠΥΥ. Η μείωση πρέπει μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι το δεύτερο εξάμηνο του 2012 το ΚΥ Βάρης κλίνει τις ημέρες που εφημερεύει το Ασκληπιείο περίπου 8 τον μήνα. Το διάστημα από 1/7/2013 έως 30/9/2013 έκλινε επιπλέον όλα τα Σαββατοκύριακα. Αυτό δημιουργεί σημαντική δυσφορία στους κατοίκους της περιοχής, οι οποίοι διαμαρτυρήθηκαν έντονα. Η περαιτέρω αύξηση το 2014 επιβεβαιώνει τα ανωτέρω.

Παρατηρείται σταθερή μείωση των παραπομπών για άμεση εκτίμηση προς το εφημερεύον νοσοκομείο, ενώ οι διακομιδές με ασθενοφόρο διατηρείται στο χαμηλό ποσοστό του 0,5%. Η δημιουργία παρόμοιων εφημεριακών κέντρων που βασίζεται σε ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (γενικούς ιατρούς, παθολόγους και παιδίατρος), κατά τα πρότυπα άλλων ευρωπαϊκών χωρών, θα συμβάλει σημαντικά στην αποσυμφόρση των νοσοκομείων.

**241. ΔΗΓΜΑΤΑ ΦΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ**

Π. Χέρας, Η. Γεωργόπουλος, Μ. Κουτρομπή, Α. Στεφανόπουλος  
 Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ναυπλίου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών, της συμπτωματολογίας, της θεραπευτικής αντιμετώπισης και της έκβασης των δηγμάτων της *Viper a xanthina* (οθωμανική οχιά) στο νομό Αργολίδας. Η *Viper a xanthina* είναι το μόνο δηλητηριώδες φίδι στο νομό από τον αντιοφικό ορό που κυκλοφορεί στην Ελλάδα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 12 διαπιστωμένες περιπτώσεις δήγματος *V. Xanthina* που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο στο διάστημα 2014-2015 ως προς την ηλικία, το φύλο, την εποχική κατανομή, το σημείο του σώματος που έγινε το δήγμα, ευρήματα, τη θεραπευτική αντιμετώπιση, τη διάρκεια νοσηλείας και την έκβαση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα τοπικά συμπτώματα και σημεία ήταν οίδημα, πόνος, ερυθρότητα και εκχύμωση, τα γενικά ναυτία και έμετοι και εργαστηριακά διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση σε τρεις περιπτώσεις και μια περίπτωση (σπάνια) θρομβοπενίας. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 4 ημέρες Η έκβαση ήταν καλή σε όλες τις περιπτώσεις. Το δήγμα της *V. Xanthina* στο νομό Αργολίδας έχει χαμηλή επίπτωση και πολύ καλή πρόγνωση. Μετά το δήγμα σημαντική είναι η ακινητοποίηση του μέλους και η ταχεία διακομιδή του θύματος στο πλησιέστερο νοσηλευτικό ίδρυμα. Η εφαρμοζόμενη εργαστηριακή διερεύνηση και θεραπευτική αγωγή είναι επαρκής για την αντιμετώπιση των περισσότερων περιπτώσεων. Πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ιδιαιτερότητες μερικών περιοχών ως προς τα είδη της οχιάς που ενδημούν σε αυτά και να εφοδιαστούν από τον ΕΟΦ με τον κατάλληλο αντιοφικό ορό.

**242. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΗΨΕΩΣ ΣΤΑΝΔΑΡΔΩΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΣΤΕΡΟΛΟΝΗΣ**

Ε. Σιδέρη<sup>1</sup>, Β. Νικολάου<sup>2</sup>, Γ. Ερωτοκρίτου<sup>1</sup>, Ν. Νικολάου<sup>1</sup>, Μ. Καραγιάννη<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», <sup>2</sup>Β' Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», <sup>3</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της εργασίας αφορά την επίδραση των στεροειδών αναβολικών στην πρόκληση εμμένουτος χολοστατικού ίκτερου.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής άντρας 30 ετών προσήλθε λόγω ικτερικής χροιάς από 24ωρου και σκουρόχρωμων ούρων απο πενταήμερου. Ανέφερε λήψη στεναζόλης για τρεις μήνες και μεστερολόνης για δύο μήνες με σκοπό την καλύτερη εκγύμναση του. Από το λοιπό ιστορικό: ουδέν. Κατά την επταήμερη νοσηλεία ο ασθενής ενυδατώθη, εστάλησαν δείκτες ηπατίτιδας που ήταν αρνητικοί, πλήρης ανοσολογικός έλεγχος και ανοσοσφαιρίνες και ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών που ήταν κατά φύση. Η ολική χολερυθρίνη εισόδου ήταν 9,2 με υπεροχή της άμεσης καθώς και επηρεασμό ηπατικών και χολοστατικών ενζύμων. Τα εργαστηριακά εξόδο ήταν σε μικρή ύφεση. Συστήθη τακτική ηπατολογική παρακολούθηση και επανέλεγχος. Σε ένα μήνα έγινε επανεισαγωγή του λόγω εμμένουτος ίκτερου. Ο ασθενής είχε 25,2 ολική χολερυθρίνη με υπεροχή της άμεσης. Κατά τη νοσηλεία του έγινε βιοψία ήπατος και εστάλη παθολογοανατομική εξέταση που το πόρισμα ήταν μέτρια χολοστατική οξεία ηπατίτιδα. Κατά τη νοσηλεία του έγινε έναρξη κορτιζόνης και ουροδεοξυχολικού οξέος. Η χολερυθρίνη εμφάνισε πτωτική πορεία (ολική χολερυθρίνη=14,6). Ο ασθενής εξήλθε με σύσταση για τακτική ηπατολογική παρακολούθηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χρήση αναβολικών στεροειδών έχει άμεσο απότοκο τον επηρεασμό της ηπατικής λειτουργίας και μπορεί να οδηγήσει σε οξεία ηπατίτιδα και ηπατική ανεπάρκεια. Η χρήση των αναβολικών έχει αυξηθεί με σκοπό την αμεσότερη αύξηση των αθλητικών επιδόσεων γεγονός άκρως επικίνδυνο που αν δεν αντιμετωπισθεί άμεσα μπορεί ακόμα να οδηγήσει και σε μοιραία κατάληξη του ασθενή.

**243. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΧΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ: ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΒC ΚΑΙ Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Α. Καπάτας, Σ. Σολωμού, Ε. Σταυροπούλου, Θ. Καραουλάνη, Ε. Σιδέρη, Ε. Ουρανού, Α. Παπαναστασίου

Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων», ΓΝΔΑ «Η Αγία Βαρβάρα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η πρωτοπαθής χολική κίρρωση (ΠΧΚ) στηρίζεται στο συνδυασμό αυξημένων δεικτών χολόστασης και θετικών αντιμυχοχονδριακών αντισωμάτων (AMA). Η βιοψία ήπατος επιβεβαιώνει τη διάγνωση και καθορίζει το στάδιο της νόσου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της μελέτης μας είναι η περιγραφή των ιστολογικών χαρακτηριστικών της νόσου και η εκτίμηση της εξέλιξης της νόσου με βιοψία ήπατος.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Συμπεριλήφθησαν ασθενείς που προσήλθαν στην κλινική μας από το 2007 έως το 2012. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε εξέταση AMA και σε βιοψία ήπατος (κατά την προσέλευση και μετά από έτη) και έλαβαν ουροδεοξυχολικό οξύ (ΟΥΡΣΟ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αναλύθηκαν δεδομένα 24 ασθενών [22 (95%) γυναίκες, μέσης ηλικίας 47,7±10 έτη]. Κνησμό ανέφερε το 97% των ασθενών, ο μέσος όρος των ηπατικών ενζύμων ήταν AST=36±21 IU/L, ALT=54±32 IU/L, ALP=320±62 IU/L, γGT=277±62 IU/L. Η φλεγμονή των ηπατικών διαστημάτων ήταν ήπια σε 14 ασθενείς (60%) και μεγάλη σε 5 (25%). Ο βαθμός του σταδίου ίνωσης ήταν: στάδιο I=10 (44,8%), στάδιο II=2 (4,4%), στάδιο III=9 (43,8%), στάδιο IV=3 (7%). Η επαναληπτική βιοψία έγινε μετά από 4,2±2 έτη. Το στάδιο της ίνωσης βελτιώθηκε σε 7 (33%) ασθενείς, σταθεροποιήθηκε σε 6 (25%) και επιδεινώθηκε σε 2 (6,5%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι μισοί ασθενείς με ΠΧΚ βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο κατά την αρχική διάγνωση της νόσου. Το ΟΥΡΣΟ βελτιώνει σε σημαντικό ποσοστό ασθενών το στάδιο της νόσου.

**244. ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C**

Σ. Σιασιάκου, Λ. Βασιλιεβα, Κ. Συρανίδη, Δ. Αγιασωτέλλη, Α. Αλεξοπούλου, Ι. Κετίκογλου, Σ. Ντουράκης

Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της ανταπόκρισης ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C στις νεότερες αντιϊκές θεραπείες.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 85 ασθενείς (διάμεση ηλικία 59,2 έτη) με χρόνια ηπατίτιδα C. Η κατανομή των γονοτύπων ήταν η εξής: 53 (62,4%) G1 (8 ασθενείς 1a, 45 ασθενείς 1b), 3 (3,5%) G2, 17 (20%) G3 και 12 (14,1%) G4. Οι 81 ασθενείς (95,3%) είχαν κίρρωση του ήπατος (13 μη αντιρροπούμενη κίρρωση) και 65 ασθενείς (76,5%) είχαν λάβει στο παρελθόν θεραπεία για τη χρόνια ηπατίτιδα C. Τρεις ασθενείς έπασχαν από ομόζυγη β-μεσογειακή αναιμία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 85 αναφερθέντες ασθενείς, οι 39 (45,8%) έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία και έχει προσδιοριστεί η τιμή HCV RNA 12 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Μόνιμη ιολογική ανταπόκριση (SVR) επιτεύχθηκε και στους 39 ασθενείς (100%). Σε 4 ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση η βαθμολογία MELD μειώθηκε 12 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Ένας ασθενής με μη αντιρροπούμενη κίρρωση και συχνές νοσηλείες, για παρακέντηση μεγάλου ασπίτη, πριν τη θεραπεία, δε χρήζει πλέον παρακέντησεων μετά την επίτευξη SVR. Οι συνήθειες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν ναυτία, κεφαλαλγία, αδυναμία, καταβολή και ευερεθιστότητα. Δύο ασθενείς παρουσίασαν κνησμό που ανταποκρίθηκε στη χορήγηση αντιισταμινικού. Δύο άλλοι ασθενείς παρουσίασαν διαταραχές όρασης. Ένας ασθενής με μη αντιρροπούμενη κίρρωση παρουσίασε ίκτερο που υποχώρησε, ενώ συνέχισε την αντιική αγωγή. Μόνο μία ασθενής διέκοψε τη θεραπεία στον 2ο μήνα λόγω αναιμίας και λευκοπενίας αλλά ανταποκρίθηκε στη θεραπεία. Τέσσερις ασθενείς που ελάμβαναν συνδυασμό με ριμπαβιρίνη μετανάστευσαν λόγω αναιμίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας C με τα νέα αντιικά φάρμακα είχε πλήρη επιτυχία σε ομάδα δύσκολων ασθενών με λίγες και καλώς ανεκτές ανεπιθύμητες ενέργειες.



## 245. ΟΞΕΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ- ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γ. Ντέσκακς, Β. Παπαστεργίου, Ι. Φαμηλιάς, Ε. Ασωνίτης, Ν. Κατσίλης, Μ. Μαρίας, Α. Χάστας, Μ. Σταμπόρη, Ε. Αναστασίου, Κ. Ρούφας, Φ. Λαμπριανού, Σ. Καραταπάνης

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η οξεία θρόμβωση της πυλαίας αποτελεί σχετικά σπάνια παθολογική κατάσταση που συνδέεται συνήθως με την ύπαρξη υπερπηκτικής κατάστασης, ενώ σε σημαντικό αριθμό περιπτώσεων θεωρείται ως ιδιοπαθής. Η κλινική εκδήλωση της νόσου μπορεί να είναι δραματική σε μερικούς ασθενείς και η πρόωμη διάγνωση είναι ιδιαίτερα σημαντική για ευνοϊκή έκβαση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** να παρουσιαστεί η περίπτωση ενός ασθενούς με χρόνια ηπατίτιδα Β υπό αγωγή με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη, που εμφάνισε οξεία θρόμβωση της πυλαίας χωρίς την παρουσία άλλου προθρομβωτικού παράγοντα.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για άνδρα 32 ετών που εμφανίστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω εντόνου οξέος κοιλιακού άλγους διάρκειας έξι ωρών. Ο ασθενής εμφάνιζε ιστορικό χρόνιας ηπατίτιδας Β (μέτρια νεκροφλεγμονώδης δραστηριότητα, ήπια ίνωση) και ελάμβανε αγωγή με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη από 5μήνου. Ο ασθενής εμφάνιζε καλή αγωγή στην αγωγή με ιντερφερόνη μέχρι της εκδηλώσεως του οξέος κοιλιακού άλγους. Υπεβλήθη σε πλήρη εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο και στον τελευταίο διαπιστώθηκαν ευρήματα συμβατά με οξεία μερική θρόμβωση του κυρίου κλάδου της πυλαίας. Έγινε άμεση έναρξη αγωγής με ηπαρίνη μικρού μοριακού βάρους και ο ασθενής εμφάνισε προοδευτικά σημαντική βελτίωση. Μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο ο ασθενής υπεβλήθη σε έλεγχο για την ανεύρεση κάποιου προθρομβωτικού παράγοντα που απέβη αρνητικός.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η οξεία θρόμβωση της πυλαίας αποτελεί μια επείγουσα κατάσταση που επιβάλλει ταχεία αναγνώριση της ύπαρξης της και έγκαιρη χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής για επιτυχή έκβαση. Η συσχέτιση της με ποικίλες προθρομβωτικές καταστάσεις δεν ανιχνεύεται σε αρκετές περιπτώσεις, ενώ η συσχέτιση της με προηγηθείσα αγωγή με ιντερφερόνη δεν έχει περιγραφεί μέχρι σήμερα.

## 246. ΕΠΙΣΟΔΙΑ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΙ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΙΚΑ

Γ. Ντέσκακς<sup>1</sup>, Β. Παπαστεργίου<sup>1</sup>, Ι. Φαμηλιάς<sup>2</sup>, Ε. Ασωνίτης<sup>1</sup>, Α. Χαστάς<sup>1</sup>, Μ. Σταμπόρη<sup>1</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>1</sup>, Κ. Ρούφας<sup>1</sup>, Ι. Καραγιώργη<sup>1</sup>, Χ. Ψέλλας<sup>1</sup>, Σ. Καραταπάνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση σε σημαντικό ποσοστό των ασθενών. Στη μη αντιρροπούμενη κίρρωση εκτός από την παρουσία ασκίτου ή κίρρωσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων όπως είναι η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να παρουσιαστεί περίπτωση ενός ασθενούς με ΧΗC και μη αντιρροπούμενη κίρρωση που εμφάνισε επεισοδία αυτόματης βακτηριακής περιτονίτιδας, τα οποία υποχώρησαν μετά από εκκρίωση του ιού με τη χρήση σχήματος νεότερων αντικικών φαρμάκων από του στόματος.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για άνδρα ηλικίας 43 ετών που προσήλθε στο Ηπατολογικό ιατρείο λόγω πρόσφατα εμφανισθέντος ασκίτου. Στον έλεγχο που έγινε διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής έπασχε από ΧΗC και έφερε γονότυπο 1b. Ο ασθενής εμφάνιζε επίσης κίρρωσης 1ου βαθμού. Υπεβλήθη σε προ-μεταμοσχευτικό έλεγχο και τέθηκε σε λίστα μεταμόσχευσης. Λίγους μήνες μετά τη διάγνωση του ασκίτη ο ασθενής εμφάνισε επεισοδία εγκεφαλοπάθειας που αντιμετωπίστηκαν με rifaximine και λακτουλόζη. Ταυτόχρονα ο ασθενής άρχισε να εμφανίζει ανά 20-25 ημέρες πυρετικά επεισόδια (39 °C) διάρκειας 1-2 ημερών. Ο ασθενής υπεβλήθη σε εκτεταμένο έλεγχο για διερεύνηση του πυρετού και τελικά αποδόθηκαν σε αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα (E. coli στις καλλιέργειες αίματος) χωρίς άλλη εστία που να δικαιολογεί τη βακτηριακή περιτονίτιδα. Στον ασθενή χορηγήθηκε προφυλακτική αγωγή με σπιροφλοξασίνη με μείωση αλλά όχι εξαφάνιση των ε-πεπτιδίων βακτηριακής περιτονίτιδας. Ο ασθενής έλαβε τριπλή αγωγή με sofosbuvir + daclatasvir + ribavirine για 24 εβδομάδες. Διαπιστώθηκε εξαφάνιση τόσο των ε-πεπτιδίων της εγκεφαλοπάθειας όσο και της βακτηριακής περιτονίτιδας 3 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής. Ο ασθενής εμφάνισε σταθερή ιολογική απάντηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η επιτυχή εκκρίωση του ιού σε ασθενείς με ΧΗC και μη αντιρροπούμενη κίρρωση, με τα νεότερα αντικαταστάσιμα φάρμακα συνοδεύεται από σημαντική βελτίωση των κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων της κίρρωσης.

## 247. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΤΟΠΟΥ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

Α. Λιούπα<sup>1</sup>, Χ. Καρανίκας<sup>2</sup>, Π. Ανδρικογιαννοπούλου<sup>3</sup>, Ε. Θηραϊός<sup>4</sup>

<sup>1</sup>CPT Προοπτική, <sup>2</sup>Ερευνητής Ηλεκτρονικής Υγείας, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, <sup>3</sup>Ομάδα Portal Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, <sup>4</sup>Γενικός Ιατρός, Γενικός Γραμματέας Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της χρήσης του διαδικτύου καθώς και των θεμάτων και υπηρεσιών που προτείνεται να αναπτυχθούν στη νέα ιστοσελίδα (portal) που ανέπτυξε η Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η συλλογή των στοιχείων έγινε διαδικτυακά, με τη χρήση ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου κλειστών και ανοικτών ερωτήσεων. Η πρόσβαση στο ερωτηματολόγιο γινόταν μέσω μοναδικών κωδικών, οι οποίοι απεστάλησαν στη διεύθυνση του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου κάθε μέλους του μητρώου μελών της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών. Η μέθοδος αυτή, διασφάλιζε το απόρρητο της όλης διαδικασίας, καθώς επίσης και την ανωνυμία και εμπιστευτικότητα των συλλεχθέντων στοιχείων. Στη μελέτη συμμετείχαν 1.434 άτομα, με 1.334 ολοκληρωμένα και 100 ημιτελή ερωτηματολόγια. Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία, με γνώμονα την ειδικότητα και τη γεωγραφική κατανομή, έτσι ώστε να εκπροσωπούνται όλα τα μέλη της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών σε πανελλαδικό επίπεδο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα μέλη της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών που συμμετείχαν στη μελέτη αποτελούνται κατά 42,9% από γυναίκες και 57,1% από άντρες, εκ των οποίων 20,6% είναι έως 35 ετών, 22,7% 35-39 ετών, 18,1% 40-44% και ένα ποσοστό περίπου 36% άνω 45 ετών. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία 67,9% είναι ειδικευμένοι ιατροί (23,1% 10-19 χρόνια άσκησης της ειδικότητας) και ένα ποσοστό 15,1% ειδικευόμενοι, με πρώτη ειδικότητα 22,3% τους παθολόγους και ακολουθούν γενικοί ιατροί 12,9% και καρδιολόγοι 11,1%. 49,1% απάντησε ότι εργάζεται σε μονάδα υγείας του ΕΣΥ και 26,8% σε ιδιωτικό ιατρείο με ποσοστό 56,6% στην περιφέρεια Αττικής. Όσον αφορά την εξοικείωση με τη χρήση του διαδικτύου το 90,9% απάντησε «Πολύ» και σε ποσοστό 52,8% το κάνει καθημερινά, αναζητώντας γενικής ενημέρωσης θέματα ιατρικής επικαιρότητας (89,5%), επιστημονικά άρθρα και δημοσιεύσεις κλινικών μελετών (73,6%), πληροφορίες σχετικά με φαρμακευτική αγωγή/κλινικό έργο (68,2%) και ψηφιακές βιβλιοθήκες και βάσεις δεδομένων (π.χ. θεραπευτικά πρωτόκολλα) (49,9%). Άλλοι λόγοι χρήσης του διαδικτύου, μέρη συχνά τα 2 έως 3 φορές την εβδομάδα, αποτελούν η αναζήτηση γενικής ενημέρωσης θέματα ιατρικής επικαιρότητας (96,6%) και ενημέρωση για προϊόντα νέας τεχνολογίας (83,9%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη συμπεραίνει ότι, παρόλο που σε ποσοστό 50,7% των συμμετεχόντων στη μελέτη επισκέπτονται αραιότερα από 2 έως 3 φορές την εβδομάδα τον ιστότοπο της επιστημονικής ιατρικής εταιρείας που ανήκουν, η μεγάλη εξοικείωση που με τη χρήση του διαδικτύου καθώς και η προσαρμογή της θεματολογίας και των υπηρεσιών στα ενδιαφέροντά τους, μπορεί να ενισχύσει αρκετά τη διάδρασή τους.

## 248. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δ. Μπαλάσκα<sup>1</sup>, Γ. Δημογιόργος<sup>2</sup>, Ζ. Μπισιώρη<sup>3</sup>

<sup>1</sup>1η ΥΠΕ, <sup>2</sup>Metropolitan Hospital, <sup>3</sup>ΓΝ «Η Ελπίς»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Είναι γνωστό ότι η κοινωνία μας διανύει την εποχή της τεχνολογικής εξέλιξης. Οι γρήγορες εξελίξεις στον τομέα της τεχνολογίας άλλαξαν τις παρεχόμενες υπηρεσίες και στον τομέα της υγείας. Οι εφαρμογές στον τομέα της τεχνολογίας είναι απεριόριστες για τους επαγγελματίες υγείας. Στις τεχνολογικές εφαρμογές περιλαμβάνονται τα κλινικά πληροφοριακά συστήματα, ο βιοιατρικός εξοπλισμός και η τηλε-υγεία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι μέσα από αναφορές από τη διεθνή βιβλιογραφία να τονιστεί η αξία της γνώσης και της χρήσης της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι οργανισμοί υγείας για να πετύχουν τους στόχους τους να διατηρήσουν την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά τους, χρησιμοποιούν ένα πλήθος από εργαλεία για τη συλλογή πληροφοριών και για την ανάλυση δεδομένων. Τα πληροφοριακά συστήματα είναι περίπλοκα, αυτοματοποιημένα συστήματα, όπου επεξεργάζονται δεδομένα, προκειμένου να απαντούν σε ερωτήματα, να επιλύουν προβλήματα ή να λαμβάνουν αποφάσεις. Η τεχνολογία πληροφοριών μπορεί να συνδέσει χωριστές οντότητες καταργώντας έτσι την ανάγκη για πολλαπλή τήρηση αρχείων. Ένα πληροφοριακό σύστημα μπορεί να μειώσει τα σφάλματα, το κόστος, να επισπεύσει την παροχή υπηρεσιών, να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, να συντονίσει υπηρεσίες και αρχεία και τέλος να διασφαλίσει την ακρίβεια των ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η τεχνολογία των πληροφοριών βοηθάει τους επαγγελματίες υγείας να φροντίσουν τους ασθενείς, να διαχειριστούν πληροφορίες και αρχεία, να διδάξουν, να κάνουν έρευνα και να επικοινωνήσουν μεταξύ τους. Η υιοθέτησή της στο χώρο της υγείας άλλαξε οριστικά τον τρόπο παροχής της υγειονομικής περίθαλψης, την παρακολούθηση και τον τρόπο αξιολόγησής της. Έτσι τα πληροφοριακά συστήματα γίνονται όλο και πιο πολύτιμα στον χώρο της υγείας.

## 249. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΕΩΣ ΝΕΩΤΕΡΟΥΣ ΧΡΟΝΟΥΣ

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

<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, <sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Αργούς, ΓΝ Αργολίδας, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Επιδιώκουμε να γνωστοποιηθεί πως ένας μύθος που οδήγησε στην πραγμάτωση της πρόδρομης Ιατρικής της Εργασίας τις γνώσεις της ιατρικής στο πέρασμα του χρόνου από την αρχαιότητα έως στους νεότερους χρόνους.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αρωγός της πρόσβασής μας και επεξεργασίας του υλικού υπήρξε η μελέτη της Ελληνικής και Διεθνούς Βιβλιογραφίας. Αντλήσαμε στοιχεία από ιστορικές πηγές, Ελληνική μυθολογία, ακολούθησε προσεκτική μελέτη και ανάλυση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αναφορά για την επαγγελματική υγεία γίνεται στο μύθο του Μινώταυρου, του Θησέα με το μίτο της Αριάδνης. Στην αρχαιότητα ασχολούνται με την Ιατρική Εργασία ο Ιπποκράτης, ο Γαλήνης, ο Κέλσος και ο Παράκελσος.

Ο Ιπποκράτης από την αρχαιότητα κάνει αναφορά σε δηλητηρίαση από μόλυβδο από εισπνοή από ατμό φυσικού αερίου με σπασμούς, δύσπνοια και ωχρότητα Επίσης μιλάει παραλόσιος χειρών σε εργάτες χειρωνακτικών επαγγελματιών.

O Bernardini Ramazzini [1633 - 1714] Πάρσα στο σύγγραμμά του *de morbis artificiali modena* 1700 θέτει την επιστημονική προσέγγιση για τις Επαγγελματικές παθήσεις πάντα με Ιπποκρατική συνείδηση και τολμά στη λήψη ιστορικού ιστορικού να προσθέσει [η επάγγελμα ο ασθενής ασκεί] γι αυτό και θεωρείτε πατέρας της Ιατρικής της Εργασίας. Το σύγγραμμά του είναι η πρώτη πραγματεία περί επαγγελματικών παθήσεων. Όπως και σήμερα περιγράφονται 52 επαγγελματικές ασθένειες όπως της πιπυρίαση των πνευμόνων, την πνευμονοκονίαση, τη μολυβδίαση [κωλικός του μολύβδου ή κρόμπτες του ελαιοχρωματιστή για τη γραμμή του μολύβδου που μπορεί να εμφανισθεί κατά μήκος της παρυφής των ούλων σε άτομα με κακή στοματική υγιεινή], τις δερματικές βλάβες της υδροαρυθρίασης, δηλητηρίαση εκ βηρυλλίου, δηλητηρίαση εκ καδμίου, Βυσσίωση, τις οφθαλμικές παθήσεις των τυπογράφων κ.λπ. Αναφέρεται σε παθήσεις κατηγοριών εργαζομένων όπως Ιατρών, νοσηλευτών, χημικών, αγροτών, καπνεργατών, μιλωνάδων, οικοδόμων, γλυπτών, γραφέων, ελαιοχρωματιστών, βαφέων, τραγουδιστών, ναυτικών, αθλητών, σιδηρουργών, μεταλλωρύχων, χρυσοχών, εργατών σε βιοτεχνίες σάπωνος, οίνου κ.λπ. Συνιστά μέτρα πρόληψης επαγγελματικών παθήσεων και θεραπειών των εργαζομένων που πάσχουν από αυτές. Θέτει τις βάσεις της Υγιεινής και Ασφάλειας στην εργασία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι από την αρχαιότητα μέχρι και τους νεότερους χρόνους και σήμερα οι Επαγγελματικές Παθήσεις παραμένουν 52 όπως στο Κανονισμό του ΙΚΑ περί Επαγγελματικών Ασθενειών ΦΕΚ 132B 12/02/1979 Αποδεικνύεται ότι η πρόσδος στον τομέα της Ιατρικής της Εργασίας βασίζεται όχι μόνο στην τεχνολογία αλλά και στις ιατρικές γνώσεις του παρελθόντος.

## 250. Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΧΩΡΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ (460-370 π.Χ.)

Γ. Τσουκαλάς, Μ. Σγάντζος

Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Στη χειρουργική της κοιλιακής χώρας, μας εισαγάγει το περιστατικό που αναφέρεται εντός της Ιπποκρατικής Συλλογής και αφορά στο νεαρό από τα Άβδηρα, «όταν έγινε μια μέτρια τομή στον ομφαλό, έμεινε ένα συρίγγιο και κάποτε μάλιστα μια λεβίθα (σκουλήκι) χοντρή βγήκε αποκεί». Σε μία άλλη περίπτωση περιγράφεται η χειρουργική επέμβαση στην περίπτωση του αποστήματος του ήπατος, όπου ο χειρουργός εκτελεί καυτηρίαση ή διάνοιξη του αποστήματος. Στο σημείο αυτό αναφέρεται και ο υμένας (Γλισσώνειος κάψα) που περιβάλλει το ήπαρ. Χρησιμοποιούνται για την αντισηψία και την ασηψία κατά τις επεμβάσεις, άφθονες πλύσεις, τόσο με νερό της βροχής, που πρέπει να βράζεται και να γίνεται άσηπτο, όσο και με φαρμακευτικά σκευάσματα (οινόπνευμα, αλάτι, θερμό θαλάσσιο ύδωρ, χαλκός, πίσσα). Ακόμη, υπήρξε ευρεία η χρήση επολυτικών φαρμάκων, όπως η σμύρνα, το θυμίαμα, το ψιμένο μέλι, ο οίνος, η συττηρία, το οξειδίο του χαλκού και το θεικό άλας. Ήταν γνωστές οι μέθοδοι της απολίωσης (με εντερικά ράμματα ζώων ή και χάλκινα), η αποσπόγγιση, η συναγωγή των χηλιών με συρραφή και η επικάλυψη με κηρωτή. Για τη νάρκωση του ασθενούς, πριν την εκτέλεση χειρουργικής επέμβασης ή καυτηρίασης για θεραπευτικούς σκοπούς, χρησιμοποιούνταν ο μανδραγόρας, ο οποίος περιέχει σκοπολαμίνη, ουσία που χρησιμοποιείται και στη σύγχρονη εποχή για γενική νάρκωση. Απαράιτη θεωρείται από τον Ιπποκράτη και τους μαθητές του, η απόλυτη καθαριότητα του ιατρού και των βοηθών του, του επιδεσμικού υλικού, αλλά και του ίδιου του ασθενούς. Ο χειρουργός, πρέπει να εκπληρώνει τους ακόλουθους όρους για να είναι επιτυχής η επέμβαση, ταχύτητα, ελαφρότητα, ευρυθυμία, αποφυγή δημιουργίας πόνων, άνεση και κομψότητα. Στη διάθεση του χειρουργού, υπήρχε μία σειρά μεταλλικών χειρουργικών εργαλείων όπως, διόπτρες, εδροδιαστολές, μοχλίσκοι, οστάγρες, καυτήρια, μοτος mouloubus, καθετήρες, μετρέχτες, άγκιστρα, τριχολαβίδες, εμβρυοσυλκός, σταφυλόγρες, οστεοτόμοι, νυστέρια, ψαλίδια, βελόνες, λαβίδες, σπαθομήλες, κωαθισκομήλες (μηλωτρίες), τακτοποιημένα εντός της ιατρικής του τσάντας.

## 251. ΕΜΒΡΥΟΤΟΜΙΑ. ΜΙΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

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

<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, <sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Αργούς, ΓΝ Αργολίδας, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η προβολή μιας πανάρχαιας επεμβατικής μαιευτικής μεθόδου επινόησης του Ιπποκράτη και γνώσεις σχετικά με την εφαρμογή της.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελέτη της Ελληνικής Βιβλιογραφίας και της Αρχαίας Ελληνικής γραμματείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αποτελεί μια πανάρχαια επεμβατική μαιευτική μέθοδος. Σοβαρή μαιευτική μέθοδος με τη χρησιμοποίηση εργαλείων, η οποία στηρίζεται σε επινοήσεις του Ιπποκράτη. Σε περίπτωση θανάτου του εμβρύου σύστηναν αφού έκοβαν τα νύχια του γιατρού, να βγάλει το έμβρυο με εργαλεία που αναφέρονται παρακάτω και η μαιευτική επέμβαση ως εμβρυοτομία. Αυτά ήταν: 1. το «καμπυλωτέρον μαχαίριον» για εμβρυοτομία και κρανιοτομία, 2. το «πίεστρον» για την πίεση και σύνθλιψη των οστών του κρανίου και επομένως τη σμίκρυνση του κρανίου, 3. τον «οστεολόγον» για τη σύλληψη και εξαγωγή των οστών και 4. τον «ελκυστήρα» (που σε μια επιγραφή αναφέρεται και σαν «ιατρικός καρκίνοσ»), του οποίου η πρώτη μορφή αποτελούσε η «ιχθύη» δηλαδή λεπιδωτό εργαλείο από δέρμα θαλάσσιας ρίνης. Με το πρώτο εργαλείο ο Ιπποκράτης εργαζόταν το έμβρυο, με το δεύτερο προκαλούσε σύνθλιψη των οστών του εμβρυϊκού κρανίου, με το τρίτο συλλάμβανε τα οστά του και με το τέταρτο σιγά - σιγά και προστατευτικά έβγαζε το τεμαχισμένο έμβρυο. Σε άλλες περιπτώσεις θανάτου του εμβρύου, αφού ούτε η μητέρα ούτε τα φάρμακα συντελούσαν στην έξοδό του, ο Ιπποκράτης άλειφε με ολισθηρή ουσία το μεγάλο δάκτυλο που είχε νύχι, και με αυτό εκτελούσε την εμβρυοτομία και την έξοδό του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εμβρυοτομία μια Ιπποκράτειος επεμβατική μαιευτική μέθοδος ήταν χρήσιμη στην αρχαιότητα στην έξοδο του νεκρού εμβρύου.

## 252. ΟΙ ΠΙΟ ΕΠΩΔΥΝΟΙ ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΜΕΣΑΙΩΝΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΣΤΗ ΔΥΣΗ

Γ. Τσουκαλάς, Μ. Σγάντζος

Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Ο Μεσαίωνας είναι μια περίοδος στην ιστορία, κυρίως της Δύσης, που ταυτίζεται, από αρκετούς μελετητές, με το σκοτός, την αμάθεια και την πρόληψη, αν και κάτι τέτοιο δεν γίνεται σήμερα απόλυτα δεκτό. Η Ιατρική των πνευματικά πρωτόγονων, ακαλλιέργητων και αμαθών λαών ήταν μαγική, εμπειρική και ιερατική. Ποιες ήταν όμως οι γνώσεις ενός μεσαιωνικού ιατρού; Μια ανάμνηση, κάθε άλλο παρά σαφής και δημιουργική, των γνώσεων της κλασικής εποχής. Οι πηγές των ιατρικών γνώσεων δεν είναι τα μεγάλα έργα των αρχαίων, αλλά περιλήψεις και επιτομές μεταγενέστερων. Ένα από τα βασικά κείμενα είναι το «Περί Ιατρικής Τέχνης» έργο του Κέλσου (2ος αιώνας μ.Χ.), ένα είδος περιληπτικής εγκυκλοπαίδειας των ιατρικών γνώσεων της αρχαιότητας, και η «Φυσική Ιστορία» του Πλινίου του Πρεσβύτερου (23-79 μ.Χ.). Το κριτικό πνεύμα απουσιάζει, ενώ ο Γαλήνης (129-199 μ.Χ.) δε διαβαζόταν στο ελληνικό πρωτότυπο, αλλά στη λατινική του μετάφραση. Ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) είναι γνωστός μόνο από όσα μεταδίδει ο Γαλήνης, ή τα έργα των Αράβων σχολιαστών, από τους οποίους διαβαζόταν κυρίως ο Αβικέννας (980-1037 μ.Χ.). Με τέτοιο ιατρικό εξοπλισμό γνώσεων και εξ απτίας της προοδευτικής και πλήρους κατάπτωσης της λαϊκής ιατρικής, το ιατρικό έργο αλλάζει φορέα και περιέρχεται στα χέρια των μοναχών. Εισερχόμεστε στην ιατρική των μοναστηριών που καλύπτει τη μεγαλύτερη περίοδο του Μεσαίωνα. Πρακτικοί ιατροί, περιοδεύοντες, αγύρτες και μοναχοί συνθέτουν ένα επικίνδυνο παζλ για τη φροντίδα του λαού. Η γνώση για την ανακούφιση του πόνου είναι ανύπαρκτη, ενώ πολλές φορές θεωρείται ότι έχει σταλεί από το Θεό. Έτσι διάφοροι ιατρικοί χειρισμοί γίνονται εξαιρετικά επώδυνοι. Οι κυριότεροι από αυτούς ήταν: α) η κρανιοανάτρηση (τρυπανισμός), β) ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως, γ) η αφαίρεση του οφθαλμικού καταρράκτη, δ) τα ελιξίρια της ομοιοπαθητικής ιατρικής, ε) τα καθαρτικά κλύσματα, στ) η εκούσια αφαιμάξη ζ) ο καυτηριασμός/εκτομή καρκινικών όγκων και ζ) ο ακρωτηριασμός.

## 253. Η ΜΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΦΘΟΓΓΟΥ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ Η ΕΠΑΝΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ 1994

Ν. Μαρκέας<sup>1</sup>, Α. Βέρδης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού», <sup>2</sup>Τμήμα ΦΠΨ, Φιλοσοφική σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Από την πρώτη εμφάνισή της, η λέξη "Orthopaedia" απασχόλησε τους σκεπτόμενους ανθρώπους που επιμένουν να στοχάζονται στα κράσπεδα της γνώσης. Γιατροί, φυσικοθεραπευτές, γλωσσολόγοι, φιλόλογοι, πεζογράφοι, ποιητές, εικαστικοί, γραφίστες, ειδικοί και μη ειδικοί, έχουν κατά καιρούς εκφράσει τη γνώμη τους και υποστηρίζουν τη θέση τους. Η δυναμική της λέξης συνεχίζει αδιάλειπτα, από την εποχή του Nicolas Andry μέχρι σήμερα, να προκαλεί αντιγνώμεις. Στη διάρκεια των τελευταίων 250 χρόνων, η ειδικότητα της Ορθοπαιδικής άλλαξε όνομα, ανάλογα με τις πεποιθήσεις των αναστόχων (Ορθομορφία, Ορθοσωματία, Ορθοπραξία, Παθήσεις κινητικού συστήματος, Ορθοπαιδική, Χειρουργική των Κινητικών Οργάνων κλπ). Η ονομασία που προέκυψε αρχικά στη χώρα μας «Χειρουργική Ορθοπεδική» επέζησε προφανώς εξαιτίας της ευκολίας στην προφορά και στη γραπτή της απόδοση. Στη συνέχεια όμως δημιουργήθηκαν αντιδράσεις, αναφορικά με την επαναφορά της διφθόγγου *αι* στον όρο «Ορθοπαιδική», με βασικά κίνητρα το σεβασμό στην ετυμολογία της λέξης και την αποφυγή μιας αναίτιας απόρριψης της τιμής των ξένων προς τη γλώσσα μας, αφού η λέξη κοσμεί το λογότυπο των μεγαλύτερων επιστημονικών εταιρειών του δυτικού κόσμου. Στα 1994, μετά τις εισηγήσεις του καθηγητού Συμεωνίδη και την επικουρία ειδικών γλωσσολόγων, αποφασίζεται σε γενική συνέλευση η αλλαγή του ονόματος της ειδικότητας, από «Ορθοπεδική» σε «Ορθοπαιδική». Ωστόσο, τα επιχειρήματα και τα αντεπιχειρήματα των δύο απόψεων συνεχίζουν να εκφράζονται καθημερινά από τους άσπονδους υποστηρικτές της διφθόγγου και από ανυποχώρητους αντιρρησίες. Συμπερασματικά, η μάχη της διφθόγγου θα συνεχίζεται στο διηνεκές όσο οι προβληματισμοί πάνω σε θέματα γλωσσολογίας δεν θα βρίσκουν εύκολα απάντηση και όσο οι κοινωνικές συγκυρίες θα απαιτούν διαφορετική εκάστοτε οπτική γωνία για την αντιμετώπισή τους.

## 254. Η ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΣΤΟ ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΙΚΟ ΚΟΣΜΟ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 10 ΑΙΩΝΕΣ

Γ. Τσουκαλάς, Μ. Σγάντζος

Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 10 αιώνων της μουσουλμανικής ιστορίας της ιατρικής, Άραβες και Ισπανοί Μουσουλμάνοι ασχολήθηκαν με την επιληψία. Η πιο σημαντική συμβολή, ήταν αυτή του διάσημου Πέρση ιατρού, *Avicenna* (Ibn-Sinna 980-1037 μ.Χ.). Πολλοί μελετητές υποστηρίζουν ότι ήταν ο πρώτος στην ιστορία της ιατρικής που χρησιμοποίησε τον όρο «Επιληψία», ετιμολογώντας τον όρο αυτό από το Λατινικό ρήμα που σημαίνει «να διακατέχομαι από μια εξωτερική δύναμη», μία καταγραφή εντός του μνημειώδους έργου του «Ο Κανών της Ιατρικής», ένα πρότυπο εγχειρίδιο της ιατρικής στην Ευρώπη και τον Αραβικό κόσμο για σχεδόν 400 χρόνια. Ο *Avicenna*, όπως και ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) στο βιβλίο του «Η Ιερή Νόσος», αποδίδει αυτή τη διαταραχή σε υπερφυσικά αίτια. Νοσοκομεία με ειδικά τμήματα για ψυχικά ασθενείς, ιδρύθηκαν στη Βαγδάτη, ήδη από τον 9ο αιώνα μ.Χ. Ο διάσημος Άραβας ιατρός Ibn Rabban at-Tabari (9ος αιώνας μ.Χ.), έγραψε μια επιτομή της ιατρικής που περιείχε ένα κεφάλαιο για τις ασθένειες του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένης και της επιληψίας. Τις γνώσεις του σχετικά με την «Ιερή Νόσο των Ελλήνων» (επιληψία πλέον), τις μεταλαμπάδεψε στο μαθητή του, τον Πέρση ιατρό Muhammad ibn Zakariya Razi (854-925 μ.Χ.). Το σύστημα της ιατρικής Unani (=Ελληνικό) που μεταφέρθηκε στην Ινδία μέσω των Μουσουλμανικών ιατρικών κειμένων, παραμένει δημοφιλές μέχρι σήμερα. Σύμφωνα με αυτό το σύστημα όλες οι λειτουργίες του σώματος ελέγχονται από τέσσερις χυμούς (υγρό του σώματος: αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή). Η επιληψία θεωρείται ότι προκύπτει από ένα μπλοκ στις ρίζες των νευρών στον εγκέφαλο λόγω της συσσώρευσης κακοήθων χυμών. Η αντιμετώπιση της περιλαμβάνει τη χρήση καθαρτικών, τονωτικών και φλεβοτομής. Οι πρώτες νευροχειρουργικές επεμβάσεις για την επιληψία καταγράφονται το 1891 από τον Karl Bayer σε ένα Μουσουλμανικό Φιλανθρωπικό Νοσοκομείο, το Vakufska Bolnica, στο Σεράγεβο της Βοσνίας. Ο Bayer εκτέλεσε κρανιοτομές και απομάκρυνση θραυσμάτων οστών από τον εγκέφαλο (μετατραυματική επιληψία), σε 3 διαφορετικές περιπτώσεις. Ο ίδιος αναφέρει ότι και οι 3 ασθενείς επέζησαν και θεραπεύτηκαν.

## 255. Ο ΜΥΘΟΣ ΤΗΣ ΑΡΓΟΝΑΥΤΙΚΗΣ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΠΝΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΑΩΝ ΣΤΟ ΔΡΑΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΧΡΥΣΟΜΑΛΛΟΥ ΔΕΡΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΔΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΙΑΣΟΝΑ

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

<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, ΓΝ Ηλείας, <sup>2</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Νοσηλευτική Μονάδα Άργους, ΓΝ Αργολίδας, <sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Ιατρείο, Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

**ΣΚΟΠΟΣ:** της μελέτης είναι να γνωστοποιηθεί η ιστορία από την Ελληνική μυθολογία της χορήγησης αγνώστου ισχυρού υπνωτικού φαρμάκου από τη Μήδεια προκειμένου να υπνωτίσει το δράκοντα φύλακα του χρυσόμαλλου δέρατος και να βοηθήσει τον Ιάσονα στην Αργοναυτική εκστρατεία.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελέτη της Ελληνικής Βιβλιογραφίας και της Αρχαίας Ελληνικής γραμματείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η παρούσα μελέτη της Ελληνικής μυθολογίας της Αργοναυτικής εκστρατείας παρουσιάζει μαρτυρίες για τη χορήγηση υπνωτικών ουσιών από τη Μήδεια στο δράκοντα του χρυσόμαλλου δέρατος που είτε αναφέρονται σε αρχαία ελληνικά κείμενα ή απεικονίζονται σε αρχαίους αμφορείς που διασώζονται μέχρι σήμερα. Ο Πίνδαρος ποιητής αρχαϊκής εποχής αναφέρεται στο μύθο του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο Απολλώνιος Ρόδιος στους Ελληνιστικούς χρόνους περιγράφει στα κείμενά του πως η Μήδεια υπνωτίσει το δράκοντα του χρυσόμαλλου δέρατος με τα φάρμακά της και τη βοήθεια του θεού Ύπνου. Ο Διόδωρος ο Σικελιώτης περιγράφει στα κείμενά του πως η Μήδεια ήταν γνώστης των φαρμακευτικών ιδιοτήτων των φυτών, υπνώτισε με ένα δηλητήριο το δράκοντα του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο Πλούταρχος, ο Παιουσιανός και ο Θεοτόκριτος κάνουν αναφορά στα κείμενά τους για τις ικανότητες της Μήδειας στα φυτικά υπνωτικά φάρμακα. Άλλοι μύθοι που κάνουν αναφορά στη γνώση και χρήση υπνωτικών φαρμάκων από τη Μήδεια είναι η αναγέννηση του Αίονα, ο μύθος του Τάλω και οι Πελαίδες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πρώτη περιγραφή Αναισθησιολογίας είναι από τη Μήδεια η χορήγηση υπνωτικών στο δράκοντα φύλακα του χρυσόμαλλου δέρατος για να βοηθήσει τον Ιάσονα στην Αργοναυτική εκστρατεία.

## 256. Ο ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΟΥΡΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ SEREFEDDIN SABUNCUOGLU (1385-1470), Ο ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΡΑΤΟΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Γ. Τσουκαλάς, Μ. Σγάντζος

Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Ο Τούρκος ιατρός Serafeddin Sabuncuoglu (1385-1470), γεννηθείς στην Amasya της βόρειας Ανατολίας, είναι ο συγγραφέας της διάσημης πραγματείας των χειρουργικών επεμβάσεων, *Cerrahiyyetu l-Haniyye* (Αυτοκρατορική Χειρουργική), που δημοσιεύθηκε το 1465. Ήταν ο πρώτος χειρουργικός εικονογράφος άτλαντας και η τελευταία μεγάλη ιατρική εγκυκλοπαίδεια του ισλαμικού κόσμου. Αν και η πραγματεία βασίστηκε σε μεγάλο βαθμό στο έργο του Al-Zahrawi (Λατινικά Abulcasis) (936-1013) Al-Tasrif (Η μέθοδος της ιατρικής), ο Sabuncuoglu εισάγει πολλές δικές του καινοτομίες, μεταξύ των οποίων η εισαγωγή των απόψεων γυναικών χειρουργών, που παρουσιάζονται για πρώτη φορά. Πρωτοποριακά, χρησιμοποιεί χρωματιστές μινιατούρες για να εξηγήσει τις χειρουργικές θέσεις και τεχνικές. Ο Sabuncuoglu επεξηγεί διεξοδικά τις ημικρανίες, την επιληψία, τα αιματώματα και τις συλλογές υγρού ενδοκρανιακά, τη θεραπευτική αντιμετώπιση του κατάνυκτου ή/και της εξάρθρωσης της σπονδυλικής στήλης, την ανατομία του ανθρωπίνου σώματος, τα χειρουργικά εργαλεία και τις ψυχιατρικές νόσους. Αναφέρεται εκτενώς στους Ιπποκράτη (περ. 460-377 π.Χ.), Ibn Sina (Λατινικά Avicenna) (980-1037), Γαλήνη (περ. 129-199) και Al-Zahrawi. Το εντυπωσιακό είναι ότι ο ίδιος δεν εξάσκησε ποτέ τη χειρουργική. Στον επίλογο του βιβλίου του, ο ίδιος, υποστηρίζει ότι ο χειρουργός για να εξελιχθεί έπρεπε να διαβάσει την αραβική, γλώσσα την οποία και χρησιμοποίησε στο πρόημά του και ότι η μεγάλη του προσπάθεια αποσκοπούσε στο να αποκτήσει την εύνοια του Σουλτάνου Muhammad II (1432-1481). Αν και τα κίνητρά του δεν υπήρξαν ευγενή, το εικονογραφημένο έργο του αποτελεί σταθμό στην ιστορία της ιατρικής. Το πρωτότυπο φυλάσσεται στην Εθνική Βιβλιοθήκη στο Παρίσι.

## 257. Ο NICOLAS ANDRY ΕΙΝΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙ Ο ΠΑΤΕΡΑΣ ΤΗΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ;

**N. Μαρκάς<sup>1</sup>, Α. Βέρδης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού», <sup>2</sup>Τμήμα ΦΠΨ, Φιλοσοφική σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ο Nicolas Andry γεννήθηκε στην καθολική ενορία Saint Nizier στις όχθες του ποταμού Saône στα 1658 από γονείς που ασχολούνταν με το εμπόριο, έτρεφαν όμως προσδοκίες για τον φέρελπι γιο τους που θα μπορούσε να γίνει κληρικός όπως τα μεγαλύτερα αδέρφια του. Ο μικρός Nicolas εγκατέλειψε σύντομα τις θεολογικές του σπουδές για να ακολουθήσει το παιδικό του όνειρο, να γίνει γιατρός. Σπούδασε στην ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου της Rheims και στη συνέχεια στο Παρίσι. Το 1700 τον βρίσκουμε στο Παρίσι, ώριμο πλέον παιδίτρο με τίτλους ακαδημαϊκούς και πλούσιο συγγραφικό έργο, να δημοσιεύει την πρώτη του πραγματεία για την Παρασιτολογία. Το 1741, ένα χρόνο πριν από το θάνατό του, δημοσιεύει το έργο που θα του χάριζε την αθανασία, με τον ευφάνταστο τίτλο: "L' Orthopédie, ou l' art de brévenir et de corriger dans les enfants, les difformités du corps", δηλαδή σε ελεύθερη μετάφραση: «Η Ορθοπαιδεία ή η τέχνη πρόληψης και διόρθωσης των σωματικών παραμορφώσεων στα παιδιά», κείμενο που προοριζόταν για γονείς, τροφούς και παιδαγωγούς της εποχής. Ο τίτλος του έργου έδωσε αργότερα το όνομα στο νέο κλάδο της Χειρουργικής, την «Ορθοπαιδική», ο οποίος διατηρείται ως τις μέρες μας. Ωστόσο, ο δύστροπος χαρακτήρας του Andry, οι αντιπαλότητες και διαρκείς αντιπαραθέσεις με τους συναδέλφους του, η αμφισβήτηση της προσωπικότητάς του εκ μέρους της επιστημονικής κοινότητας, η απέχθειά του προς την τέχνη της χειρουργικής, οι προεπαναστατικές συνθήκες που επικρατούσαν στο χώρο όπου εργάστηκε, οι οποίες έδιναν προνόμια μόνο στους ισχυρούς, υπονομεύει σήμερα το έργο του και προκαλεί διχογνωμίες για την πατρότητα της Ορθοπαιδικής.

## 258. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΛΑΙΑ ΚΑΙ ΚΑΙΝΗ ΔΙ-ΑΘΗΚΗ

**Λ. Κουρκούτα<sup>1</sup>, Ν. Αδριανάκης<sup>1</sup>, Π. Πλατή<sup>2</sup>, Α. Καρυώτης<sup>3</sup>, Π. Ουζουνάκης<sup>4</sup>, Κ. Κουκουρίκος<sup>1</sup>, Α. Τσαολογίδου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Τμήμα Ιστορίας- Αρχαιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>3</sup>Τμήμα Ψυχολογίας, ΑΠ Θεσσαλονίκης, <sup>4</sup>Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην παρούσα ιστορική ανασκοπική μελέτη προσεγγίζεται η θεολογική αντιμετώπιση του πόνου στην Παλαιά και Καινή Διαθήκη.

**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε μελέτη της Παλαιάς και Καινής Διαθήκης καθώς και ιστορικών συγγραμμάτων. Κριτήριο επιλογής των άρθρων ήταν η ελληνική και αγγλική γλώσσα, με λέξεις κλειδιά: Παλαιά Διαθήκη, Καινή Διαθήκη, πόνος, και αναλγησία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η θεολογική προσέγγιση του πόνου απασχόλησε τους ανθρώπους ήδη από την Αρχαιότητα κυρίως για την πληρέστερη ψυχο-πνευματική παράλληλα με τη σωματική ωφέλειά τους. Ιδιαίτερα από τη μελέτη της Παλαιάς και Καινής Διαθήκης διαπιστώνονται τα ακόλουθα:

Στην Παλαιά Διαθήκη ο πόνος θεωρείται συνήθως θεία τιμωρία, και κάποιες φορές και σαν θεία δοκιμασία, όπως στην περίπτωση του Ιώβ. Ο Θεός όμως, εκτός από τιμωρός, θεωρείται και λυτρωτής από τον πόνο, κάτι που φαίνεται σε πέρα πολλά εδάφια της Παλαιάς Διαθήκης. Ο μανδραγόρας, η ρητίνη, το «λάδι και κρασί» του καλού Σαμαρείτη είναι από τα λίγα φάρμακα που αναφέρονται στην Παλαιά Διαθήκη.

Στην Καινή Διαθήκη από την αφήγηση των παθών του Ιησού Χριστού προκύπτει ότι και στους ετοιμοθάνατους γίνονταν προσπάθεια να γίνουν υποφερτοί οι πόνοι τις τελευταίες στιγμές ή ώρες. Έτσι, προσφέρθηκε στον Ιησού Χριστό ξίδι και όπιο. Επίσης μετά τη σταύρωσή Του, ο Νικόδημος, κρυφός μαθητής του Ιησού, καθαρίζει και ενταφιάζει το σώμα του Χριστού με αλόη και σμύρνα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι αντιλήψεις, επομένως, για την αντιμετώπιση και θεραπεία του πόνου τόσο στην Παλαιά όσο και στην Καινή Διαθήκη είχε χαρακτήρα θεουργικό ως επί το πλείστον και δεν εστίαζε στη θεραπεία του πόνου.

## 259. ΜΕΓΑΛΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΩΝ

**Α. Πάσχος**

*Μέτσοβον*

**ΣΚΟΠΟΣ** της μελέτης η αναφορά του Μεγάλου Βασιλείου εις την συμπτωματολογία των νόσων.

**ΥΛΙΚΟΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η συστηματική μελέτη της Γραμματείας του Μεγάλου Βασιλείου περιεχομένη εις 12 τόμους προς αναδίφηση και καταγραφή της συμπτωματολογίας των νόσων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο Μέγας Βασίλειος βαθύς γνώστης της ελληνικών γνηνών νοσηματικών Γλώσσης και της Ιατρικής της εποχής του, του 3ου μ.Χ. αιώνας γράφει και τονίζει: «τα πάθη του σώματος ούτε αποκαλύπτουν οι άνθρωποι, ούτε τοις τυχούσιν, αλλά τους μέλους ίσων παρέχει τω σώματι την αηδίαν... έστιν όμως ετέρων τιμώτερα μέλη... περί οφθαλμών και δακτύλων ποδός καν ο πόνος το ίσον έχη». Επιλέγει και τονίζει διά τα συμπτώματα: «εκ του σώματος τα εκ φύσεως επακολουθούντα συμπτώματα δεχομένου» και παρατηρεί «επί πλευρικού πάθους κατασχεθείς και της προσκόμησης αυτώ ψύξεως...των νεφρών αρρωστίας αποκαταστάσεως...κατεχόμενοι και παραμυθίας των αφορητών οδυνών προς τη χωρίς ησυχασίαν έχων μεταεθνήσιν». Διά την επιληψίαν λέγει: «εν ταις χερσίν των οικείων και ψοφών...καταρρέων τα σίελα αυτού επί των πάλγων». Διά την συμπτωματολογία των αλκοολικών λέγει: «ονιόπληκτοι καρηβαρούσι, χαρμύνται, ναυτιούσιν, αχλήν βλεπούσιν, οφθαλμοί διυγροί, στόμα ξηρόν, διακαές...των νευρών λυομένων της συντονίας, ο κλώνος του σώματος». Και προσθέτει: «μέτρον άριστον του οίνου χρήσεως, η ανάγκη χρεία του σώματος» και παρατηρεί: «δει τα συμπτώματα είναι διάφορα εις τας σωματικές νόσους και τας ψυχικάς παθήσεις». Διά την συμπτωματολογία του ψυχούς λέγει: «σώμα γαρ παραπεσόν, πρώτων μεν όλον έστι λιθόν, παγωμένου του σώματος; έπειτα κλονείται και αναβράζεται, οδόντων αφασσομένων, σπυμένων δε των ινών, και παντός του όγκου απροαιρέτως συνεκομένου». Εις επιστολήν προς Αρχίατρον Μελέτιον 375 μ.Χ. γράφει: «πυρετοί συνεχείς και λάβροι ούτω μοι το σώμα καταδαπάνησαν...η είκοσι διαρκέσσασι κύκλους. Νυνί δε δοκώ των πυρετών απαλλάχθαι...αδυναμίας διάκειμαι, ώστε μηδέν εν τούτω αποδείν (διαφέρειν) αραχνίου». Εις επιστολήν του έτους 374 μ.Χ. γράφει: «πλην του νυν πυρετοί και διάρροια και σπλάγχων επαναστάσεις, ώστερ κύματα τε εβραππίζονται (βασανίζονται).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο Μέγας Βασίλειος βαθύς γνώστης και αληθής πιστός λειτουργός της ιατρικής της εποχής του 3ου μ.Χ. αιώνας παρατηρεί, θεωρεί πρωταρχικής σημασίας και τονίζει την άμεσον αντίληψιν και γνώσιν της συμπτωματολογίας πάσης νόσου προς άμεσον εξατομικευμένη εφαρμογήν της ενδοδειγμένης θεραπείας, ώστε ο πάσχων να επιστρέφει εις τον οίκο ου με καθολικήν υγείαν, ποιότητα ζωής και κοινωνίαν ευεξίας.

## 260. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

**Λ. Κουρκούτα<sup>1</sup>, Α. Μονιός<sup>2</sup>, Ι. Παπαθανασίου<sup>3</sup>, Ε. Φραδέλος<sup>4</sup>, Χ. Κλεισιάρης<sup>5</sup>, Ε. Abrachim<sup>6</sup>, Χ. Ηλιάδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>7ο Γυμνάσιο Αθηνών, <sup>3</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, <sup>4</sup>Δημόσιο Ψυχιατρείο Αττικής «Δαφνί», <sup>5</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, <sup>6</sup>Νοσοκομείο ΚΑΤ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην παρούσα ιστορική ανασκοπική μελέτη προσεγγίζεται η αντιμετώπιση του πόνου στην αρχαία Ελλάδα.

**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των ιατρικών και ιστορικών συγγραμμάτων μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων MEDLINE, IATROTEK και σε αντίστοιχες βιβλιοθήκες, με λέξεις κλειδιά: Αρχαία Ελλάδα πόνος, και αναλγησία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η λέξη πόνος προέρχεται ετυμολογικά από το όνομα της Θεάς Ποινής και από αυτήν προήλθε και η αγγλική λέξη pain. Ο Απόλλωνας ήταν ο θεός ο οποίος καταπολεμούσε τον πόνο. Ο γιός του Απόλλωνα, Ασκληπιός, ήξερε να γιατρεύει με βότανα και ρίζες φυτών. Ο Ασκληπιός έμαθε να θεραπεύει κάθε πάθηση και πληγή με προσευχές, αλλά κυρίως με παυσίπονα και βότανα καθώς και χειρουργικές επεμβάσεις, όπου ήταν απαραίτητο. Η σύζυγος του Ασκληπιού Ηπιόνη και κόρη του Ιασώ είχαν την επιμέλεια της ανακούφισης του πόνου.

Στην πολιορκία της Τροίας, όπως αναφέρεται στην Ιλιάδα, οι γιατροί Ποδαλείριος και Μαχάνας χρησιμοποιούσαν αναλγητικά, τονωτικά ποτά και κοινοποιημένες ρίζες, για την αντιμετώπιση του πόνου. Για πρώτη φορά συναντάμε τη λέξη «φάρμακον» στα έπη του Ομήρου. Ο Ιπποκράτης τέλος υποστήριζε ότι ο πόνος και η αρρώστια δημιουργούνται από την κακή ανάμειξη των τεσσάρων χυμών του ανθρώπινου σώματος. Ως αναλγητικά πρότενε χυμό κόκκινου μαρουλιού, γάλα, βρασιμωτό κρασί, ξύδι, αλάτι, κώνεο, ειδικά διατολογία και λουτροθεραπεία. Εκτός από τα μέρη των φυτών της μήκωνος, του κώνεου, του μανδραγόρα, του κολλικού, της Ιτέας, οι αρχαίοι γιατροί γνώριζαν και άλλα φυτά με φαρμακευτική δράση στον πόνο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι αντιλήψεις για τον πόνο, επομένως, των αρχαίων Ελλήνων όπως του Ιπποκράτη ήταν πρωτοπόρες τόσο στην περιγραφή όσο και στην αντιμετώπισή του.

## 261. Η ΓΑΛΗΝΟΥ ΕΛΛΗΝΟΣ ΓΗΓΕΝΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ, ΕΡΓΟ-ΓΡΑΦΙΑ

A. Πάσχος  
Μέτσοβον

**ΣΚΟΠΟΣ** της μελέτης η αναφορά, καταγραφή της ιατρικής παιδείας, εργογραφίας του ιατροφιλοσόφου γηγενούς Έλληνα Γαληνού.

**ΥΛΙΚΟΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** η αρχαία Ελληνών Γραμματεία, τα έργα του Γαληνού και η καταγραφή της ιατρικής παιδείας και εργογραφίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο Γαληνός υιός Νίκωνος αρχιτέκτονος Έλληνας γηγενούς Περγάμου Έλληνας ονομάζεται Γαληνός (ήρεμος), παιδεύεται υπό του πατρός και του διδασκάλου ανατομίας Σάτυρου. Ορφανός πατρός εις ηλικίαν 21 ετών μεταβαίνει εις την Σμύρνην παρακολουθεί μαθήματα παρά τον Δογματικόν Πέλωπα, τον Εμπειρικόν Αισχρίωνα. Μεταβαίνει εις την Κόρινθον, όπου συνεχίζει την ιατρικήν παιδείαν εις τον Νουμεισιανόν και τον Μεθοδικόν Ιουλιανόν και συγχρόνως ταξιδεύει ανά την Αίγυπτον συλλέγων βότανα και ουσίας προς εφαρμογήν εις την ιατρικήν και γράφει δύο ιστορικά λεξικά, των Αττικών Ιστορικών και Δραματικών ποιητών και το Ιατρικόν Λεξικόν. Ήδη 28 ετών επιστρέφει εις την Πέργαμον, διορίζεται ιατρός Μοναρχών υπό του Αρχιερέως τοι Ιερού του Ασκληπιού, όπου πειραματίζεται και αποκτά ανατομικές και χειρουργικές γνώσεις και εμπειρίαν. Εις ηλικίαν 33 ετών μεταβαίνει εις την Ρώμην, όπου αποκτά μεγάλην φήμην, ως ανώτερος πάντων των ιατρών. Θεραπεύει την σύζυγον ευγενούς Ρωμαίου και ο αυτοκράτωρ Μάρκος Αυρίλιος τον θέτει υπό την προστασίαν του. Διαφεύγει θανατηφόρον λοιμόν, ασχολείται με την εργογραφίαν και ασπάζεται τον Χριστόν, ακολουθούν την Εκκλησίαν Του (Γαληνός Περί των εν νεφροίς παθών 19,679). Γράφει βιβλία, καταλείπει 500 βιβλία, ανατομικά, χειρουργικά, έργα κατά των Ιατρικών Σχολών, φιλοσοφικά, ηθικά, φιλολογικά, ρητορικά, πολιτικά, διασώζονται 150.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο Έλληνας γηγενής Γαληνός βαθύς γνώστης της Ιατρικής, της γραμματικής, της ρητορικής, της φιλοσοφίας δια βίου παιδείας παντός επιστητού της εποχής του είναι μετά πολλών άλλων συνελλήνων (Αρχάγαθος, Ασκληπιάδης, Δημήτριος κ.ά.) ο μεταλαμπαδευτής της Ελληνών γηγενών διαχρονικής ιατρικής ανά την Ρωμαϊκήν Αυτοκρατορίαν, αλλά και των έργων δια της μεγάλης εργογραφίας επί παντός επιστητού της εποχής του. Πόσοι σήμερον Έλληνες Ιατροί τον μιμούνται;

## 262. Ο ΑΓΝΩΣΤΟΣ ΑΡΧΑΙΟΕΛΛΗΝ ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΟΣ ΜΑΡΙΝΟΣ (1ος-2ος αι. μ.Χ.)

E. Σταυρούλακης

*Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών*

Ο άγνωστος αρχαίος Έλληνας ιατρός και ανατόμος Μαρίνος (1ος-2ος αι. μ.Χ.) προϋπήρξε του Γαληνού (2ος-3ος αι. μ.Χ.), του οποίου ο διδάσκαλος στην ιατρική Κόιντος, υπήρξε μαθητής του Μαρίνου. Αν και ο Κόιντος δεν άφησε γραπτό έργο στην Ιατρική, ο δάσκαλός του Μαρίνος είχε αποκτήσει φήμη περισπούδαστου ιατρού και ανατόμου. Άοκνος και βαθύνοστος ερευνητής του ανθρωπίνου οργανισμού συνεκέντρωσε τις ανατομικές του μελέτες σε είκοσι βιβλία τα οποία δυστυχώς απωλέσθησαν. Ο Γαληνός ωστόσο που είχε μελετήσει το έργο του Μαρίνου και ωφελήθηκε απ' αυτό, συνάθροισε σε μια επιτομή τεσσάρων τόμων, σημειώσεις επί της μελέτης των ανθρωπίνων οργάνων, ανατομικές πραγματείες και συμπεράσματα επί των ανατομών του μεγάλου ανατόμου. Ο ίδιος αναφέρεται μετά θαυμασμού στη μεθοδολογία και τους υπέρλεπτους χειρισμούς του Μαρίνου επί των ανθρωπίνων μελών και οργάνων, τους οποίους χειρισμούς ονομάζει «ανατομικές εγχειρήσεις» ...*καγώ Μαρίνον γράψαντα τας ανατομικὰς εγχειρήσεις επαίνω*... θεωρώντας τον, σπουδαίον αποκαταστάτην της παρημελημένης, εκείνην την εποχή, ανατομικής θεωρίας, όπως επιβεβαιώνουν στα γραπτά τους ο Rufus Ephesus και ο Martianus. Ο Μαρίνος μελέτησε και κατέγραψε επτά νευρικές συζυγίες του εγκεφάλου. Ανεκάλυψε το υπερώϊο και το παλίνδρομο λαρυγγικό νεύρο ως φωνητικό, καταγράφοντας παράλληλα την τοπογραφική του απόκλιση, στις επί των ζώων ανατομές. Αξιολόγησε τη λειτουργία των αδένων του οργανισμού υποστηρίζοντας ότι ...*την του στόματος ευρυχωρίαν αδένες υγραίνουσι και τον φάρυγγα και τον στόμαχον είτε σύμπαν το έντερον*... Ο Μαρίνος κατέλειπε σπουδαίες πληροφορίες επί των μυών κατά τις ανατομικές του μελέτες, κερδίζοντας τον θαυμασμό του Γαληνού λέγοντος ...*οιδείς έγγραφεν μυών ανατομήν αμέμπτως, ακριβέστερον δε μάλλον μεν Μαρίνος των άλλων*... Σ' ένα πόνημα με σχόλια στους Αφορισμούς του Ιπποκράτους, εκφράζει την άποψη ότι, σπασμός ή τέτανος μετά από τραυματισμό θεωρείται δυσοίονον παρελκόμενο. Ο Μαρίνος θεωρείται μέγας ιχνηλάτης, μελετητής και θεμελιωτής της ανθρώπινης Ανατομικής.

## 263. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΑ ΒΑΣΑΝΙΣΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΣΑΙΩΝΑ ΚΑΙ ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ 20 ΚΑΤΑΣΚΕΥΕΣ ΒΑΣΑΝΙΣΜΟΥ

Γ. Τσουκαλάς, Μ. Σγάντζος

*Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα*

Οι ιατροί κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα (Δυτικός κόσμος), είχαν ενεργή συμμετοχή στις διάφορες μεθόδους βασανισμού. Τα βασανιστήρια, αν και όχι τόσο εκτεταμένα όσο πιστεύεται, αποτέλεσαν μέθοδο αστικής, πολιτικής και θρησκευτικής τιμωρίας. Οι κοινωνίες αφιέρωναν χρόνο και κόπο, ώστε να καταλήξουν σε νέες μαρτυρικές εφευρέσεις και δαιμόνιες συσκευές, με μοναδικό σκοπό την πρόκληση ακόμα μεγαλύτερου πόνου και φρίκης. Η παρουσία ιατρού κατά τη διάρκεια των βασανιστηρίων ήταν επαγγελματική σε πολλές χώρες στα «σκοτεινά» εκείνα χρόνια. Οι ιατροί θα έπρεπε να πιστοποιήσουν ότι ο κρατούμενος είναι υγιής ώστε να περάσει τη δοκιμασία και να υποφέρει. Στη συνέχεια ο ιατρός θα έπρεπε να έχουν και εποπτεία κατά τη διάρκεια του βασανισμού. Είναι σχεδόν βέβαιο ότι στη δημιουργία των συσκευών βασανισμού, συμμετείχαν με τη γνώμη τους κάποιοι ιατροί της εποχής, ώστε να επιτευχθεί ο μέγιστος πόνος, με τον κρατούμενο να μπορεί και να πρέπει να επιζήσει όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι 20 κυριότερες κατασκευές βασανισμού ήταν οι εξής: α) το Βασανιστήριο του Πριονιού, β) ο Μπρούτζινος Ταύρος, γ) η Καρέκλα του Βασανισμού, δ) ο Σφιγκτήρας Αντιχειρών, ε) το Ξύλινο Άλογο, στ) η Σκάφη, ζ) η Κοιλία του Ιούδα, η) ο Τροχός, θ) το Βασανιστήριο του Λαιμού, ι) το Παλούκι, ια) το Πιρούνι του Αιρετικού, ιβ) ο Κλοιός, ιγ) το Βασανιστήριο του Φέρετρο, ιδ) η Σιδερά Κόρη, ιε) ο Διαχωριστής Γονάτων, ιστ) η Κόρη του Οδοκαθαριστή, ιζ) ο Τσακιστής Κεφαλιών, ιη) ο Από-κολλητής Στήθους, ιθ) ο Διαχωριστής Γλωσσών και κ) το Αχλάδι της Οδύνης.

## 264. DE FAME CANINA, Η ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ GERALD RUSSELL

Γ. Τσουκαλάς, Μ. Σγάντζος

*Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα*

Στη συστηματική ψυχιατρική διαγνωστική ταξινόμηση, η νευρική βουλιμία έχει πρόσφατα αναγνωριστεί ως ξεχωριστή, αυτόνομη διαταραχή. Ωστόσο, εξερευνώντας τα αρχαία κείμενα, μπορεί κανείς να παρατηρήσει ότι οι περιγραφές των πρώτων περιπτώσεων βουλιμίας, κατατάσσονται εντός των διατροφικών διαταραχών. Στο βιβλίο «Ανάβασις» του Ξενοφώντος (431-355 π.Χ.), περιγράφεται η βουλιμία σαν μια κατάσταση ακραίας πείνας, συνοδευόμενη από αδυναμία, αλλά όχι ως ασθένεια. Ο Πλούταρχος (46-120 μ.Χ.) την περιγράφει ως ένα κακό δαίμονα. Ο Γαληνός (129-199 μ.Χ.) περιγράφει λεπτομερώς τα συμπτώματα της βουλιμίας, «μια ισχυρή επιθυμία για φαγητό σε συνδυασμό με τη χαλαρότητα των σωματικών δυνάμεων και την κόπωση, με ωχρότητα, κρύα άκρα, άβολη αίσθηση στο στομάχι και αδύναμο σφυγμό». Την ίδια περίοδο, η Συριακή ιατρική βιβλιογραφία απέδωσε τη βουλιμία, ή «κυνική λαχτάρα», σε αδυναμία του στομάχου, η οποία προκαλείται από ψυχρότητα, αίσθημα κόπωσης, ή κενότητα. Στο «Ταλμούδ» (booiomot), περιγράφεται ως μία αδηφάγος κατάσταση, απειλητική για τη ζωή, η οποία προκαλεί παράξενες ιδέες σχετικά με τον τρόπο της κατανάλωσης τροφίμων και τη μειωμένη εγρήγορση που μπορεί να θεραπευτεί με βρώμη μελιού και γλυκών τροφίμων. Ο θεολόγος Évangre le Pontique (345-399), δίνει μια υπερφυσική ερμηνεία της εκδήλωσης, την οποία ονομάζει «λαιμαργία», ή «γαστριμαργία» και θεωρεί αποτέλεσμα δαιμονικού πειρασμού, που πρέπει να καταδικαστεί χάρη στην αρετή της εγκράτειας. Την άποψη αυτή συμμερίστηκε ο Θωμάς Ακινάτης (Doctor Angelicus) (1225-1274). Ο Caelius Aurelianus (5ος αιώνας), περιγράφει ένα συνδυασμό νευρικής πείνας και παρουσίας phagedaena (Λατινικά: βουλιμία) και προτείνει ότι οι διαταραχές αυτές πρέπει να θεωρηθούν ως μια χρόνια ασθένεια. Ο Δάντης Αλιγκέρι (1265-1321), στην Κόλαση, τοποθετεί τους λαιμαργούς, μέσα στη λάσπη βουτηγμένους σε βρωμερό ύδωρ. Η βουλιμία περιγράφεται στα έργα «Decameron» του Giovanni Boccaccio (1313-1375), «The Canterbury Tales» του Geoffrey Chaucer (1343-1400) και «Pantagruel» του François Rabelais (1483 ή 1494-1553). Ο Pierre de la Poterie (1587-1640) στο πόνημα του «De fame canina» (κυνική πείνα) (1761), περιγράφει τη βουλιμία σχεδόν όπως την περιέγραψε ο Gerald Russell το 1979.

## 265. ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΡΧΑΙΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ

Ε. Σταυρούλακας<sup>1,2</sup>, Δ. Καγιός<sup>2</sup>, Σ. Σπυράκος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>2</sup>Παιδοχειρουργική Κλινική, ΓΝ «Ελενα Βενιζέλου»

Η αρχαιοελληνική λέξη νεύρον της παγκοσμίου ιατρικής ορολογίας, προέρχεται από τη ρίζα νε- του ρήματος νέ-ομαι (=πηγαίνω και έρχομαι, παλινδρομώ, τετώνω και χαλαρώνω), από το οποίο προκύπτει το παράγωγο ουσιαστικό νευρά ή νευρηή ή νευρή και νευρήφιν (γεν.-δοτ.) στην ποιητική, ιωνική, και επική του διάστασης και που σημαίνει τη χορδή τόξου ή τη χορδή μουσικού οργάνου, οι οποίες πράγματι τετώνονται, παλινδρομούν και πάλλονται. Η ουδετεροποίηση σε νεύρον του ανωτέρω ουσιαστικού νευρά, γενικεύει τη σημασία του σε νεύρα, τένοντες και συνδέσμους σύμφωνα με την αναφορά του Ομήρου (8ος αι. π.Χ.) στην Ιλιάδα. Ο Εμπεδοκλής (495 - 430 π.Χ.) πίστευε ότι τα νεύρα αποτελούνται από πυρ, ύδωρ και γη, ενώ ο Ιπποκράτης (460 - 370 π.Χ.) ότι είναι υαλώδη δια την αίσθηση και κίνηση του ανθρώπινου σώματος και των οποίων η διατομή ούτε ανάπλαση, ούτε ανασύνδεση επιδέχεται. Υπεστήριζε ότι η λειτουργία των αισθητηρίων και οι αισθήσεις αποτελούν γνώση και ευθύνη του εγκεφάλου, όπως εξ άλλου η ηδονή ή χαρά το γέλιο ή φρόνηση αλλά και η μανία η παραφροσύνη και ο φόβος. Ο Αριστοτέλης (384 - 322 π.Χ.) καλούσε τα νεύρα, «πόρους του εγκεφάλου», ο Ερασιστράτος (304 - 250 π.Χ.) τα διχώριζε σε αισθητικά και κινητικά. Ο Ηρόφιλος (335 - 250 π.Χ.) κατωνόμασε και περιέγραψε την αγγειοβρίθη χοριοειδή μήνιγγα του εγκεφάλου, ο Πολυδεύκης (2ος αι. μ.Χ.) χαρακτήριζε νευρώδη τον κερατοειδή χιτώνα του οφθαλμού, ενώ ο σπουδαίος ανατόμος Μαρίνος (1ος-2ος αι. μ.Χ.) μελετώντας επτά συζυγείς εγκεφαλικών νευρών, ανέκάλυψε το υπερώο και το παλινδρομο λαρυγγικό νεύρο. Ο Αρταίος (ca.80 - ca.130 μ.Χ.), απέδιδε την προέλευση και πείραση των νευρών στον εγκέφαλο και τους μύες αντίστοιχα, ο δε Αρχιγένης ο Αταμεύς (ca.75 - 129 μ.Χ.) εντρυφούσε με σθένος στον χώρο των νευραλγιών. Επί Γαληνού (129 - 199 μ.Χ.) στην ύστερη μετά Χριστόν Αρχαιότητα υπάρχει πλέον μια αξιολογημένη αλλογενή γνώση για τα νεύρα και τις παθήσεις τους. Αναφερόμαστε στην ανατομία, στη δομή και στις κατηγορίες των νευρών. Κατονομάζονται τα νεύρα της κεφαλής, του κορμού και των άκρων. Γίνεταί λόγος για χαλάρωση, αδυναμία, διατάραξη, ασθένειες, τραυματισμούς, θεραπείες των νευρών, με ειδικά επί των νευρικών παθήσεων ακέσματα όπως το Αιγυπτιακό Έμπλαστρον, το Μάλαγμα Λουαίου, το Άκοπον Ρούφου, το Διά Σμύρνων Απολλοφώνιον κ.α.

## 266. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Δ. Μπατάκης<sup>1,2</sup>, Κ. Ζήσης<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Ελευθώ ΟΕ - Κέντρο Εμβρυομητρικής Ιατρικής, <sup>2</sup>Συνεργάτης Εταιρείας Ιατρικών Μελετών Κρήτης, <sup>3</sup>Συνεργάτης Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο κλινικός έλεγχος αποτελεί ένα, τεκμηριωμένο, μεθοδολογικό εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και διαχείρισης του κόστους των ιατρικών πράξεων και της τεχνολογίας υγείας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμόστηκε αρχικά στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας και επικρατεί ακόμη και σήμερα. Στην Ελλάδα, η μέθοδος αυτή πρωτοεπίσημα από τις ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρίες για τη διαχείριση των νοσηλείων των ασφαλισμένων των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα εργασία θα παρουσιάσει την αναγκαιότητα εφαρμογής του κλινικού ελέγχου στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας της χώρας μας, θα περιγράψει τη διαδικασία υλοποίησης και τους χώρους εφαρμογής της από το διεθνές περιβάλλον και τέλος θα προταθούν τρόποι υλοποίησης αλλά και θα δοθούν πιθανά αποτελέσματα στον τομέα υγείας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Για τη συλλογή στοιχείων, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση διεθνών επιστημονικών ερευνών, κειμένων, άρθρων από ηλεκτρονικές πηγές.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα οφέλη για τους ασθενείς και τον ΕΟΠΥΥ είναι: I) Θα περιοριστούν τα ιατρικά λάθη και σφάλματα, II) Θα αντιμετωπιστεί μεγάλο μέρος της προσκλητής ζήτησης και ιδιαίτερα στις ατμοσφαιρικές εξετάσεις, III) Θα παρέχεται συμπληρωματική γνωμοδότηση από συνάδελφο ιατρό που θα λειτουργεί με βάση τον θεσμό των Medical guidelines, IV) Θα δημιουργηθεί ένας μόνιμος μηχανισμός ελεγκτικού χαρακτήρα σε ότι αφορά τις υπερτιμολογήσεις και παρατυπίες στο κόστος νοσηλείας των εργαζομένων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο κλινικός έλεγχος μπορεί να επιτευχθεί με την εισαγωγή μικρών ελεγκτικών ιατρικών στους χώρους των νοσοκομείων. Θα απαιτούνται από ειδικά στελεχωμένο προσωπικό με συνεχή επιμόρφωση - διοικητικό με ειδικευση σε διοικητικό έλεγχο και ιατρικό προσωπικό με ειδικευση στον ιατρικό έλεγχο. Εκεί θα προσέρχεται ο ασφαλισμένος, πριν κάνει την εισαγωγή του, ώστε να εκτιμηθεί από τον ελεγκτή ιατρό η παρούσα νόσος και να γίνει μία απλή γνωμοδότηση. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα εκτίμησης από συνάδελφο του θεράποντα ιατρού για τη χρησιμότητα της διαγνωστικής εξέτασης αλλά και πράξεων που θα ακολουθηθούν. Φυσικά, ο κλινικός έλεγχος θα διενεργείται καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή και μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο.

## 267. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ζ. Μπισωρόη<sup>1</sup>, Δ. Μπαλάσκα<sup>2</sup>, Γ. Δημογόροντας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ΓΝ «Η Ελπίς», <sup>2</sup>1η ΥΠΕ, <sup>3</sup>Metropolitan Hospital

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ένας οργανισμός δε είναι δυνατόν να λειτουργεί μετά από 50 χρόνια με τον ίδιο τρόπο που λειτουργεί σήμερα. Ένας από τους κύριους λόγους που κάνουν εμφανή την ανάγκη για αλλαγή είναι η ανάπτυξη της τεχνολογίας. Στο σύγχρονο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης οι αλλαγές είναι απαραίτητες για την προσαρμογή και την ανάπτυξη των οργανισμών υγείας. Το οργανωσιακό κλίμα που προωθεί την υιοθέτηση αλλαγών, δημιουργεί νέες ευκαιρίες για τους επαγγελματίες υγείας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι μέσα από αναφορές από τη διεθνή βιβλιογραφία να τονιστεί η σημασία και η αναγκαιότητα της οργανωσιακής αλλαγής για την ομαλή λειτουργία ενός οργανισμού.

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

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η υλοποίηση αλλαγών δεν είναι εύκολη υπόθεση. Είναι μία έννοια που αναφέρεται στο μέλλον, και απαιτεί δεξιοτήτα από τα στελέχη της διοίκησης. Οι φορείς των αλλαγών για να είναι επιτυχημένοι θα πρέπει να έχουν κάποια χαρακτηριστικά όπως η ικανότητα να συνδυάζουν ιδέες, να κινητοποιούν τους άλλους. Επίσης θα πρέπει να διαθέτουν επικοινωνιακές ικανότητες, ολοκληρωμένη σκέψη, υπομονή, αυτοπεποίθηση, εχεμύθεια, ρεαλιστική σκέψη, και ικανότητα να αντιμετωπίζουν τις αντιστάσεις.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Επομένως στο σύγχρονο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πραγματοποιούνται συνεχώς αλλαγές με ταχύτερες διαδικασίες. Η διεργασία της αλλαγής περιλαμβάνει τα στάδια της αξιολόγησης, του σχεδιασμού, της εφαρμογής και τέλος της εκτίμησης. Τα στελέχη της διοίκησης ενός οργανισμού θα πρέπει να διαθέτουν δεξιότητες για να προωθούν την υλοποίηση των αλλαγών σε έναν οργανισμό. Η αντίσταση προς την αλλαγή είναι αναμενόμενη και μπορεί να παίξει ρόλο κινητήριας δύναμης. Τα στελέχη της διοίκησης θα πρέπει να κατανοούν την αντίσταση των εργαζομένων στις αλλαγές και να αναπτύξουν δεξιότητες για την αντιμετώπισή της. Μία αλλαγή και οι συγκρούσεις που επιφέρει, υπάρχουν σε όλους τους Οργανισμούς. Μπορεί να απορροφα σημαντική προσπάθεια και πόρους, να οδηγήσει 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.

## 268. ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ζ. Μπισωρόη<sup>1</sup>, Δ. Μπαλάσκα<sup>2</sup>, Γ. Δημογόροντας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ΓΝ «Η Ελπίς», <sup>2</sup>1η ΥΠΕ, <sup>3</sup>Metropolitan Hospital

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης να αναδειχτεί η σπουδαιότητα των επιθεωρήσεων στον τομέα της υγείας για τον εντοπισμό, την αξιολόγηση και τη λήψη διορθωτικών μέτρων για την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ένας οργανισμός για να θεθεί στη διαδικασία πιστοποίησης και Διαπίστευσης θα πρέπει να περάσει από επιθεώρηση, εσωτερική και εξωτερική. Ωστόσο υπάρχουν βασικές αρχές που διέπουν τις επιθεωρήσεις, οι οποίες είναι αναγκαίες ως εργαλείο αύξησης της αποτελεσματικότητας και αξιοπιστίας των επιθεωρήσεων. Οι αρχές αυτές είναι η επαγγελματική ακεραιότητα, η αντικειμενική παρουσίαση, ο επαγγελματισμός, η εμπιστευτικότητα, η ανεξαρτησία και η στοιχειοθετημένη προσέγγιση. Γενικά οι επιθεωρητές πρέπει να παρέχουν την εργασία τους με τιμιότητα, διακριτικότητα και υπευθυνότητα, να αναφέρουν κάθε στοιχείο με ειλικρίνεια και ακρίβεια, να δείχνουν ενδιαφέρον ανάλογο της σημασίας του σκοπού που υπηρετούν, της θέσης τους, της εμπιστευτικότητας των στοιχείων της επιθεώρησης και της εμπιστοσύνης. Επίσης οι επιθεωρητές δεν πρέπει να έχουν καμιά σχέση με τον επιθεωρούμενο Οργανισμό, και ειδικότερα για τις εσωτερικές επιθεωρήσεις, ο επιθεωρητής δεν πρέπει να σχετίζεται με το επιθεωρούμενο τμήμα. Τα πρότυπα ISO έχουν αναλυτικά τα βήματα που απαιτούνται για έναν πλήρη σχεδιασμό και προγραμματισμό των επιθεωρήσεων που αφορούν. Σε ένα πρόγραμμα επιθεώρησης πρέπει να διασφαλίζεται ότι οι δράσεις επιθεώρησης εντός και εκτός του Οργανισμού είναι ορθολογικά καταμεμημένες και εφαρμόσιμες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε κάθε πρόγραμμα επιθεώρησης για να είναι αποτελεσματικό απαιτείται ο έλεγχος τήρησης του προγράμματος, αξιολόγηση της απόδοσης της ομάδας επιθεώρησης, αξιολόγηση της επίδοσης κάθε μέλους της ομάδας επιθεώρησης ξεχωριστά και αξιολόγηση της πληροφόρησης σχετικά με την πορεία της επιθεώρησης από τα άλλα ενδιαφερόμενα μέρη (διοίκηση, προσωπικό κ.λπ.). Έτσι αξιολογείται η επάρκεια του επιθεωρητή σε σχέση με τις απαιτήσεις του προτύπου. Σε περίπτωση εντοπισμού αδυναμιών θα πρέπει να πραγματοποιείται συμπληρωματική εκπαίδευση, συμμετοχή στην προετοιμασία, διεξαγωγή πολλών επιθεωρήσεων και κατόπιν να επαναλαμβάνεται η αξιολόγηση. Γενικά, οι επιθεωρητές και ο επικεφαλής επιθεωρητής πρέπει διαρκώς να βελτιώνουν την επάρκειά τους, μέσω τακτικής συμμετοχής σε επιθεωρήσεις συστημάτων διαχείρισης και επαγγελματικής ανάπτυξης. Αυτή συνίσταται σε αυξανόμενη εργασιακή εμπειρία, εκπαίδευση, προσωπική μελέτη, καθοδήγηση από πολύ έμπειρους επικεφαλής επιθεωρητές, συμμετοχή σε συσκέψεις, παρακολούθηση σεμιναρίων και συνεδρίων. Τέλος ο ίδιος ο αρμόδιος προγράμματος επιθεώρησης θα πρέπει να διαθέτει μηχανισμούς συνεχούς αξιολόγησης της επίδοσης των επιθεωρητών.



## 273. ΜΕΣΟΣ ΟΓΚΟΣ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ

Α. Αναστασόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Γυφτοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Αλαφάκης<sup>2</sup>, Μ. Μπακάλη<sup>2</sup>, Α. Καλημέρης<sup>2</sup>, Β. Δημητρίου<sup>2</sup>, Ρ. Χατζηκυριάκου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>6η Πνευμονολογική Κλινική ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», <sup>2</sup>Αιματολογικό Τμήμα, Εργαστηριακός Τομέας, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο MPV (μέσος όγκος αιμοπεταλίων) αποτελεί έναν αδρό δείκτη ενεργότητας και ρυθμού παραγωγής αιμοπεταλίων. Έχει συσχετισθεί με τη φλεγμονώδη διαδικασία που συνοδεύει διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Η διακύμανση του MPV όμως στην οξεία φλεβική θρόμβωση δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς με τις έως τώρα μελέτες. Σκοπός της μελέτης είναι η μεταβολή των επιπέδων του MPV σε ασθενείς με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 50 ασθενείς με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (διεγνωσμένη με υπέρηχο φλεβών κάτω άκρων) που νοσηλεύτηκαν σε αγγειοχειρουργική κλινική τα έτη 2013-2014. Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκε ο MPV κατά την εισαγωγή (φ.τ.: 6.0-9.0 fl). Ο MPV αυτών των ασθενών συγκρίθηκε με τον MPV 50 ατόμων με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που προσήλθαν σε τακτικά ιατρεία για εργαστηριακό έλεγχο και ορίστηκαν ως ομάδα ελέγχου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 50 ασθενείς οι 34 ήταν άνδρες και οι 16 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 63,5 έτη. Οι ασθενείς με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση είχαν κατά μέσο όρο υψηλότερη τιμή MPV (10.03 fl) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (7.8 fl). Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι ο MPV ήταν σημαντικά αυξημένος στους ασθενείς με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Οι φλεβικοί θρόμβοι αποτελούνται κυρίως από ερυθροκύτταρα και μεγάλη ποσότητα ινώδους, ωστόσο περιέχουν και αιμοπετάλια. Το μέγεθος των αιμοπεταλίων αποτελεί έναν δείκτη λειτουργίας τους και έχει βρεθεί ότι τα μεγάλα αιμοπετάλια παρουσιάζονται πιο ενεργά αιμοστατικά σε σχέση με αυτά με φυσιολογικό μέγεθος. Η ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων παίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεση της φλεβικής θρόμβωσης, ωστόσο περισσότερες μελέτες απαιτούνται για να αναδείξουν την κλινική σημασία του αυξημένου MPV σε ασθενείς με φλεβική θρόμβωση.

## 274. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ LISTERIA MONOCYTOGENES ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Χ. Βέρρα<sup>1</sup>, Α. Τσιμπουξή<sup>1</sup>, Γ. Κακούρης<sup>1</sup>, Β. Διαμαντή<sup>1</sup>, Π. Καρανάσιος<sup>2</sup>, Σ. Καπράλος<sup>1</sup>, Ε. Οικονομοπούλου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Ιατρικής Βιοπαθολογίας, ΓΝ Πατρών, <sup>2</sup>Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πατρών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού βακτηριακής μηνιγγίτιδας από *Listeria monocytogenes* σε ασθενή με ιστορικό λευκοκυτταροκλαστικής αγγειίτιδας υπό αγωγή με Medrol και σύγχρονη πρωτοδιάγνωση Σακχαρώδους Διαβήτη (ΣΔ).

**ΥΛΙΚΟ:** Υλικό της εργασίας αποτέλεσε άνδρας ασθενής 66 ετών με ιστορικό λευκοκυτταροκλαστικής αγγειίτιδας υπό αγωγή με Medrol 16 mg επί 3 ημερησίως, από 6 εβδομάδων. Προσέληθε με έντονη κεφαλαλγία, σύγχυση, διέγερση, χωρίς εμμέτους και εμπύρετο από 24ώρου που δεν υφίετο με αντιπυρετικά. Λόγω της συμπτωματολογίας και του ιστορικού ετέθη υποψία μηνιγγίτιδας και πραγματοποιήθηκε οσφουνοτυαία παρακέντηση (ΟΝΠ). Η καλλιέργεια του Εγκεφαλο-Νωτιαίου Υγρού (ΕΝΥ) πραγματοποιήθηκε σε αιματούχο/McConkey/σοκολατόχρωμο άγαρ στους 37° C και συνθήκες CO<sub>2</sub>5%.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η εξέταση του ΕΝΥ έδειξε: Κύτταρα=1250/ml (π=80%), Γλυκόζη ΕΝΥ=66 mg/dl, Πρωτεΐνες ΕΝΥ=322 mg/dl, LDH=73. Η Gram χρώση από το άμεσο παρασκεύασμα του ΕΝΥ ήταν αρνητική. Τα παθολογικά ευρήματα του εργαστηριακού ελέγχου ήταν: WBC=15800 K/μl(π=88,4%), Γλυκόζη ορού=210 mg/dl, Κάλιο 3,4, LDH=342. Άμεσα έγινε έναρξη αγωγής με Vancomycin, Ceftriaxone, Ampicillin, Zovirax και Dexamethazone. Η ταυτοποίηση του μικροβιολογικού αίτιου της λιστέριας έγινε με τη μέθοδο Vitec 2 (Biomerieux). Ο έλεγχος ευαισθησίας έγινε με τη μέθοδο Kirby-Bauer σε σοκολατόχρωμο άγαρ και ανέδειξε ευαισθησία σε: Ampicillin, Ampicillin/Sulbactam, Amoxicillin/Clavulanic acid, Gentamycin, Imipenem, SXT. Τρεις ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας παρουσίασε ύφεση του πυρετού, βελτίωση του επιπέδου συνείδησης, και σταδιακά οδηγήθηκε σε πλήρη ίαση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ανοσοκατεσταλμένοι, συντενεία λευκοκυτταροκλαστικής αγγειίτιδας και λήψης κορτιζόνης ασθενείς, με συνοδό Σακχαρώδη Διαβήτη είναι επιρρεπείς και λήψης κορτιζόνης και σοβαρές λοιμώξεις όπως η μηνιγγίτιδα. Η κλινική εξέταση και το λεπτομέρες ιστορικό είναι σημαντικά, ενώ η άμεση εργαστηριακή διάγνωση είναι απαραίτητη για τη χορήγηση της στοχευμένης αντιμικροβιακής αγωγής.

## 275. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ HAEMOPHILUS INFLUENZAE ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 55 ΕΤΩΝ

Χ. Βέρρα, Γ. Κακούρης, Α. Τσιμπουξή, Β. Διαμαντή, Α. Θεοδωρακόπουλος, Ε. Οικονομοπούλου

Τμήμα Ιατρικής Βιοπαθολογίας, ΓΝ Πατρών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού βακτηριακής μηνιγγίτιδας από *Haemophilus influenzae* σε ασθενή 55 ετών. Στους ενήλικες το σύνθετος μικροβιακό αίτιο Μηνιγγίτιδας είναι ο Πνευμονοκόκκος ακολουθούμενος από τον Μηνιγγιτιδόκοκκο και τη Λιστέρια. Ο *Haemophilus influenzae* αποτελεί κύριο αίτιο μηνιγγίτιδας στα παιδιά, ενώ στους ενήλικες ευθύνεται μόνο για το 0,6%-3% των κρουσμάτων.

**ΥΛΙΚΟ:** Υλικό της εργασίας αποτέλεσε γυναίκα ασθενής 55 ετών με ιστορικό Σακχαρώδους Διαβήτη, συμπτωματολογία έντονης κεφαλαλγίας, σύγχυσης, εμπύρετο από 24ώρου και κετοξέωση. Η καλλιέργεια του Εγκεφαλο-Νωτιαίου Υγρού (ΕΝΥ) πραγματοποιήθηκε σε αιματούχο/McConkey/σοκολατόχρωμο άγαρ στους 37° C και CO<sub>2</sub> 5%. Η διάγνωση του *Haemophilus influenzae* έγινε με τη μέθοδο PCR στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Επειδή η ασθενής παρουσίαζε έντονη κεφαλαλγία και σύγχυση ετέθη υποψία μηνιγγίτιδας και χορηγήθηκε ceftriaxone 1 gr σε απομακρυσμένο νοσηλευτικό ίδρυμα δύο ώρες πριν τη διακομιδή στο νοσοκομείο μας όπου κατά την άφιξη της πραγματοποιήθηκε Οσφουνοτυαία Παρακέντηση (ΟΝΠ) και εξέταση του ΕΝΥ: Κύτταρα=1040/ml(π=95%), Γλυκόζη ΕΝΥ=280 mg/dl, Πρωτεΐνες ΕΝΥ=236 mg/dl. Τα παθολογικά ευρήματα του εργαστηριακού ελέγχου ήταν: WBC=9720 K/μl(π=93,8%), Γλυκόζη ορού=160 mg/dl. Μετά την ΟΝΠ συνέχισε αγωγή με Vancomycin, Ceftriaxone, Ampicillin/Sulbactam. Η Gram χρώση του άμεσου παρασκευάσματος του ΕΝΥ ήταν αρνητική. Έγιναν αιμοκαλλιέργειες και ολοκληρώθηκαν ως αρνητικές.

Στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας εστάλη ΕΝΥ και οι αιμοκαλλιέργειες για έλεγχο με PCR όπου διεγνώσθη *Haemophilus influenzae*. Τρεις μέρες μετά την έναρξη της θεραπείας η ασθενής παρουσίασε ύφεση του πυρετού, βελτίωση του επιπέδου συνείδησης, και σταδιακά οδηγήθηκε σε πλήρη ίαση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κλινική εξέταση και υποψία μηνιγγίτιδας ακολουθούμενες από ΟΝΠ και η άμεση εργαστηριακή μελέτη αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στη διάγνωση και στη στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή. Εμπειρικά η θεραπεία πρέπει να αρχίζει προς κάθε κατεύθυνση και να μην βασίζεται μόνο στην κλινική εικόνα/ιστορικό/ηλικία του ασθενούς.

## 276. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ ΟΡΓΑΝΟΦΩΣΦΟΡΙΚΩΝ ΦΥΤΟΦΑΡΜΑΚΩΝ

Δ. Πετράκης<sup>1</sup>, Γ. Σπανάκης<sup>2</sup>, Ε. Τζατζαράκης<sup>3</sup>, Α. Τσατσάκης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Παιδοχειρουργός, <sup>2</sup>Νευρολόγος, <sup>3</sup>Εργαστήριο Τοξικολογίας και Εγκληματολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης

Οι συνέπειες στην υγεία της αναστολής ενζύμων από τα φυτοφάρμακα, είναι σημαντικές και αφορούν πρωτίστως την έρμυνα σχετικά με τις επιπτώσεις της έκθεσης μέσω της διατροφής. Η επιβάρυνση των έμβιων οργανισμών συμβαίνει με μεταλλάξεις γονιδίων, διαταραχές των πρωτεϊνών, λιπιδίων και την επίδραση στη σηματοδότηση που σχετίζεται με βασικές λειτουργίες ανάπτυξης, μεταβολισμού, επικοινωνίας, άμυνας και θανάτου των κυττάρων. Αναφερόμαστε σε άτομα με χρόνιες ασθένειες, κάτοικοι αγροτικής περιοχής, που όμως δεν είναι αγρότες ή χρήστες φυτοφαρμάκων, με θετικούς βιοδείκτες έκθεσης σε οργανοφωσφορικά φυτοφάρμακα. Αναλύουμε τους μηχανισμούς που προκαλούν μόνιμες φλεγμονώδεις, εκφυλιστικές, ογκογενετικές, ανοσολογικές και επιγενετικές βλάβες, πολυμορφισμό γονιδίων, αλλαγή φαινότυπου, ειδικά κατά τη διάρκεια της εμβρυογένεσης, στην παιδική ηλικία και στους ηλικιωμένους. Τονίζουμε τη σχέση μεταξύ της μακροπρόθεσμης έκθεσης, ακόμα και σε μικρές δόσεις φυτοφαρμάκων και της αυξανόμενης συχνότητας των χρόνιων ασθενειών όπως θυρεοειδοπάθειες, ενδοκρινιπάθειες, αιματολογικές ασθένειες, λεμφώματα, καρκίνος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας, παχυσαρκία, υπερλιπιδαιμία, διαβήτης, αθηροσκλήρωση, έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, οστεοπόρωση, διαταραχές πανικού, άνοια, κατάθλιψη, αυτομόνος, διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας, προβλήματα αναπαραγωγής, γενετικές και αναπτυξιακές ανωμαλίες, χρόνια φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, δυσβίωση εντέρου, δυσανεξία σε τροφές, ανοσολογική ανεπάρκεια, αύξηση εμβολιασμών. Τα φυτοφάρμακα, ακόμη και σε πολύ χαμηλές δόσεις έκθεσης προκαλούν έντονη τοξική δράση με αλληλεπιδράσεις σε επιλεκτικές θέσεις, που είναι ζωτικής σημασίας για την κυτταρική λειτουργία. Προτείνουμε, τέλος, την ανάγκη για θέσπιση αξιόπιστων κριτηρίων ποιοτικής και ποσοτικής αξιολόγησης των κινδύνων, συμμετοχή εμπειρογνομένων σε θέματα υγείας και περιβάλλοντος σε όλες τις φάσεις διαχείρισης των φυτοφαρμάκων, ενημέρωση για τις επιπτώσεις από τη μακροχρόνια έκθεση στα φυτοφάρμακα. Συστήνουμε να γίνουν επιδημιολογικές μελέτες, στην κατεύθυνση τεκμηρίωσης συσχέτισης έκθεσης σε φυτοφάρμακα και χρόνιων παθήσεων, με τη βοήθεια βιοανιχνευτών και ιατρικής βιοπαράκολουθησης.



## 277. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΕΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΚΛΕΒΣΙΕΛΛΑ ΡΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΣΤΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΟ ΝӨΠ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ» ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2011-2015

Μ. Κουτσουρελάκη, Α. Κουρέλη, Ι. Χαράλαμπιδης, Μ. Δαγρέ, Α. Παπαγιαννίδη, Χ. Σίλλελη

Μικροβιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Η Παμμακάριστος»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των ανθεκτικών στις καρβαπενέμες στελεχών *K. pneumoniae* ανά κλινική και εστία λοίμωξης.

**ΥΛΙΚΟ:** Για την παρούσα μελέτη έγινε ανάλυση 5 ετών (2011-2015). Τα στελέχη *K. pneumoniae* απομονώθηκαν από καλλιέργειες βρογχικών εκκρίσεων, πτυέλων, αίματος, φλεβοκαθετήρων, ούρων, κατακλίσεων, τραυμάτων και προέρχονταν από το σύνολο των κλινικών του νοσοκομείου (παθολογικές, χειρουργικές).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καταγράφηκαν συνολικά 450 στελέχη *K. pneumoniae* από τα οποία τα 220 (49%) ήταν ανθεκτικά στις καρβαπενέμες (τα 120 με φαινότυπο KPC). Τα κλινικά δείγματα προέλευσης των στελεχών αυτών και η κατανομή τους στις κλινικές φαίνονται στον πίνακα:

Κλινικά δείγματα	Π/Κ	Χ/Κ	Σύνολο
Αίμα	24	3	27 (12,2%)
Φλεβοκαθετήρες	2	3	5 (2,2%)
Βρογχικές/πτύελα	10	4	14 (6,6%)
Ούρα	140	10	150 (68%)
Έλκη κατακλίσεων	10	2	12 (5,5%)
Τραύματα	2	10	12 (5,5%)
ΣΥΝΟΛΟ	188 (85%)	32 (15%)	220 (100%)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Διαπιστώνεται ότι τα ούρα και το αίμα αποτελούν τις κυριότερες εντοπίσεις των ανθεκτικών στις καρβαπενέμες στελεχών *K. pneumoniae*, (150/220 και 27/220) αντίστοιχα. Η πλειονότητα των ανθεκτικών στελεχών προέρχεται από δείγματα του συνόλου των κλινικών του παθολογικού τομέα. Οι χειρουργικές κλινικές εμφανίζουν ως κύρια εστία εντόπισης τα τραύματα (10/220) και τα ούρα (10/220).

## 278. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΟΡΥΦΟΡΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Π. Μπολάνης<sup>1</sup>, Π. Βέργου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, ΠΕΔΥ Ν. Ιωνίας, <sup>2</sup>Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Χαλκίδας

Περιγράφεται περίπτωση άνδρος 55 ετών που προσήλθε για διερεύνηση ηωσινοφιλίας ουδετεροφιλίας και θρομβοπενίας.

Κλινικά ο ασθενής ήταν απύρετος και παρουσίαζε ολόσωμο κνησμό, ενώ πριν από 6 μήνες, κατά την άνοιξη, εμφάνισε ερύθημα τραχήλου.

Το αιμοδιάγραμμα από αιματολογικό αναλυτή επιβεβαίωσε τα αναφερόμενα ευρήματα. Αιμοπετάλια 112.000 κκχ, ηωσινόφιλα 1.390 κκχ, ουδετεροφιλα 13.200 κκχ, λεμφοκύτταρα 2.300 κκχ, μονοκύτταρα 950 κκχ. Οριακός αιματοκρίτης (41,7) και Ερυθροκυτταρικό δείκτης κφ. Η εξέταση του περιφερικού επιχρίσματος ακύρωσε τα ευρήματα του αιματολογικού αναλυτή αναφορικά με τα αιμοπετάλια που υπολογίσθηκαν στις 170.000. Ραβδόσπυρνα 10%, μεταμυελοκύτταρα και μυελοκύτταρα 1%. Εντύπωση προκάλεσε η παρουσία δορυφορισμού των αιμοπεταλίων σε ποσοστό 83% των ουδετεροφίλων, που συνδεόντουσαν με 1-8 αιμοπετάλια κατά κύτταρο. 25% των αιμοπεταλίων ήταν συγκολλημένα κυρίως σε ουδετεροφιλα και σπανίως σε μονοκύτταρα. Επί πλέον τα ουδετερόφιλα εκδήλωσαν μερική τοξική κοκκίωση. Τα ΔΕΚ ήταν 4,1%. Στα ηωσινόφιλα, τα βασεόφιλα και τα λεμφοκύτταρα ήταν μηδενικός ο δορυφορισμός. Η βασική βιοχημεία ήταν κατά φύση και η CRP 0,39 χιλιοστογραμμάρια/δεκατόλιτρο.

Η συνεργασία ηπκτικών μηχανισμών και λευκοκυττάρων στη διαδικασία της ανοσίας είναι πλέον δεδομένη. Ο δορυφορισμός αιμοπεταλίων είναι κεντρικό γεγονός στη συνεργασία τους. Το φαινόμενο παρατηρείται στη διάρκεια φλεγμονών διάχυτων και αντιδράσεων υπερευαίσθησίας καθώς και σε αυτοάνοσα νοσήματα, σαν τον ΣΕΛ και τη ΡΑ, στο καρκίνο, στη σηψαιμία και στην απόρριψη μοσχεύματος. Στη νόσο Kawasaki παίζει ιδιαίτερο ρόλο στην παθολογία της. Η ασπιρίνη και οι αναστολείς του P2Y<sub>12</sub> ελαττώνουν τη συγκολλητικότητα. Τα αιμοπετάλια κυβερνούν την είσοδο των ουδετεροφίλων στο δέρμα, που είναι δυνατόν να ευθύνονται για φλεγμονώδεις καταστάσεις του δέρματος.

Διαφοροδιαγνωστικά η περίπτωση λευχαιμίας πρέπει να θεθεί ως τελευταία επιλογή, αφού η τοξική κοκκίωση είναι παθολογική της λευχαιμοειδούς αντίδρασης και αρνητική για λευχαιμίες μυελογενείς. Προτείνεται η δοκιμασία ελάτωσης του δορυφορισμού, με ασπιρίνη και/ή αναστολείς του P2Y<sub>12</sub>, για να δοθούν ενδείξεις για τη φύση της φλεγμονώδους διαδικασίας, αφού βιβλιογραφικά προκύπτει διαφοροποίηση της φαρμακευτικής επίδρασης, ανάλογα με το υπόβαθρο της φλεγμονής. Τέλος εκτεταμένος δορυφορισμός προκαλεί ψευδή θρομβοπενία.

## 279. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΒΑΚΤΗΡΙΩΝ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΩΝ ΑΠΟ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΝӨΠ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ» ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΥΟ ΕΤΩΝ (2014-2015)

Μ. Κουτσουρελάκη, Ι. Χαράλαμπιδης, Α. Παπαγιαννίδη, Α. Κουρέλη, Μ. Δαγρέ, Χ. Σίλλελη

Μικροβιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Η Παμμακάριστος»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της συχνότητας απομόνωσης και ο έλεγχος της ευαισθησίας των βακτηρίων που απομονώθηκαν από αιμοκαλλιέργειες ασθενών στο Νοσοκ. Παμμακάριστος κατά τη διετία 2014-2015.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Το υλικό αποτέλεσαν 2300 ζεύγη αιμοκαλλιεργειών από διάφορες κλινικές του νοσοκομείου. Η απομόνωση των μικροβιακών στελεχών έγινε με τις κλασικές μεθόδους, ενώ η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με το αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (Siemens)

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τις 2300 αιμοκαλλιέργειες που στάλθηκαν στο εργαστήριο απομονώθηκαν 469 (20,3%) μικροβιακά στελέχη, με συχνότερους τους Gram(+) κόκκους (260/469 55,4%) και ακολούθως τα Gram(-) βακτηρίδια (209/469, 44,5%). Οι συχνότερα απομονωθέντες Gram(+) κόκκοι ήταν: *CNS*(182/260,70%), *Staphylococcus aureus* (33/260 13%), *Streptococcus p < /em>*. (23/260,9%), *Enterococcus faecium* (6/260,2%), *Enterococcus faecalis*(16/260,6%). Τα συχνότερα απομονωθέντα Gram(-) βακτηρίδια ήταν: *E. coli* (77/209,37%), *K. pneumoniae* (31/209,15%), *P. aeruginosa*(23/209,11%), *A. baumannii*(15/209,7%), *Enterobacters p < /em>*. (14/209 7%), *P. mirabilis* (10/209, 5%), *Salmonella sp.*(2/209,1%), *Sigella sp.*(2/209,1%). Από τον έλεγχο ευαισθησίας διαπιστώθηκε ότι ο *MRSA* αποτελούσαν το 45% (15/33) των *S. aureus*. Δεν παρατηρήθηκε αντοχή στα γλυκοπεπτιδία. Αντίθετα αντοχή στα γλυκοπεπτιδία διαπιστώθηκε σε ποσοστό 33% στη *Vancomycin* και 17% στην *Teicoplanin* στα στελέχη *E. faecium*. Τα απομονωθέντα στελέχη *A. baumannii* ήταν πολυανθεκτικά με ποσοστό αντοχής στη *Meropenem* 93%(14/15), ενώ από τα στελέχη *K. pneumoniae* ανθεκτικά στη *Meropenem* ήταν το 23% (7/31), στην *Tigecyclin* 10%(3/31) και στην *Ciprofloxacin* 26%(8/31). 4 στελέχη ήταν KPC, 2 OXA και 1 EDTA(+)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πλειονότητα των σταφυλόκοκκων ήταν *CNS*. Το ποσοστό βακτηριαιμιών κατά τη διάρκεια της διετίας ήταν χαμηλό (20,3%), με επικράτηση των Gram(+) κόκκων (55,4%) έναντι των Gram(-) βακτηριδίων (44,5%). Η πλειονότητα των σταφυλόκοκκων ήταν ανθεκτικοί στη μεθικιλίνη. Η αντοχή των Gram(-) βακτηριδίων στα αντιβιοτικά δεν ήταν ιδιαίτερα υψηλή πλην του *A. baumannii* που παρουσίασε αντοχή στην *Meropenem* σε ποσοστό 93%(14/15).

## 280. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΤΑΧΥΝΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ι. Φωτοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Μενδρινού<sup>2</sup>, Π. Μασούρα<sup>1</sup>, Σ. Κότσαλη<sup>1</sup>, Γ. Βόπης<sup>1</sup>, Α. Νικολοπούλου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Πάτρας, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Πάτρας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η πιθανότητα ανάπτυξης επιπλοκών λόγω του σακχαρώδους διαβήτη μειώνεται όσο καλύτερα ρυθμίζονται οι τιμές του σακχάρου στο αίμα. Μια σειρά παραγόντων επιταχύνουν την ανάπτυξη επιπλοκών όπως, τα αυξημένα επίπεδα της χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων, μείωση των πρωτεϊνών (PS-PC), αντιθρομβίνη ΙΙΙ (ΑΤΙΙΙ). Η αξιολόγηση των ανωτέρω παραμέτρων σε μη ρυθμιζόμενους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

**ΥΛΙΚΟ:** Η μελέτη έγινε σε 216 διαβητικούς ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Οι παράμετροι πήξης έγιναν αν και με τη μέθοδο χρωματομετρικής (Siemens), της γλυκοζυλιωμένης με τη μέθοδο HPLC (υγρή χρωματογραφία υψηλής πίεσης).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 216 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: 1) Οι ρυθμισμένοι 76 άτομα άνδρες- γυναίκες (35%) με μέσο όρο γλυκοζυλιωμένης 5.1%, από τους οποίους 15 άτομα (20%) είχαν αυξημένη χοληστερόλη και τριγλυκερίδια και 1 άτομο (1%) είχε έλλειψη σε μια από τις τρεις πρωτεΐνες (PC-PS-ΑΤΙΙΙ). 2) Οι αρρυθμιστοί 140 άτομα άνδρες- γυναίκες (65%) με μέσο όρο HbA1c 7.5%, από τους οποίους 59 άτομα (42%) είχαν αυξημένη χοληστερόλη και 3 άτομα (3%) είχαν μειωμένη μια από τις τρεις πρωτεΐνες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Άρα πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του διαβήτη παίζει η εκπαίδευση του διαβητικού ασθενούς, στον έλεγχο του σακχάρου από το ίδιο καθώς και ο ειδικός έλεγχος σε εξετάσεις που βοηθούν στην αποφυγή αγγειακών παθήσεων. Η στρατηγική αντιμετώπισης έχει ως στόχο, αφενός τον μακροχρόνιο γλυκαιμικό έλεγχο του ασθενούς και αφετέρου την εξέλιξη των παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο των χρόνιων επιπλοκών του διαβήτη (διαβητική μικροαγγειοπάθεια, διαβητική μακροαγγειοπάθεια, υπερλιπιδαιμίες, λιπώδης διήθηση του ήπατος), δηλαδή τον έλεγχο των επιπέδων χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων, πρωτεϊνών (PS-PC), αντιθρομβίνης ΙΙΙ.

**281. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ESCHERICHIA COLI ΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΚΙΝΟΛΟΝΕΣ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΟΥΡΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**Β. Πιτυρίγκα<sup>1</sup>, Ι. Δενδρινός<sup>2</sup>, Μ. Μαυρούλη<sup>1</sup>, Ε. Ψωμάς<sup>2</sup>, Α. Τσακρής<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Νοσοκομείο METROPOLITAN

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα ανθεκτικά στις φλουοροκινολόνες (FR) στελέχη *E. coli* αυξάνονται όλο και περισσότερο την τελευταία δεκαετία, τόσο στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον όσο και στην κοινότητα. Επιπλέον, αυτά τα στελέχη παρουσιάζουν συχνά αντοχή και σε άλλες ομάδες αντιμικροβιακών.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αξιολογήσαμε την επικράτηση των FR στελεχών *E. coli* στο νοσοκομείο μας κατά τη διάρκεια του 2009-2015 τόσο σε ουρολογικές της κοινότητας όσο και σε ενδονοσοκομειακές καθώς και την παρουσία ταυτόχρονης αντοχής των στελεχών αυτών και σε άλλες αντιμικροβιακές κατηγορίες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στελέχη *E. coli* απομονώθηκαν από δείγματα ούρων από 1328 εξωτερικούς και 533 ενδονοσοκομειακούς ασθενείς κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Από το σύνολο των στελεχών, 30,2% από την ομάδα νοσοκομειακών ασθενών και 11,7% από την ομάδα των εξωτερικών ασθενών ήταν FR. Μεταξύ των FR που απομονώθηκαν από τους νοσοκομειακών ασθενών, 9,6% ήταν ταυτόχρονα ανθεκτικά στις κεφαλοσπορίνες, 1,7% στις αμινογλυκοσίδες, ενώ 0,9% ήταν πολυανθεκτικά. Μεταξύ των FR που απομονώθηκαν από τους εξωτερικούς ασθενείς, 3,5% ήταν ταυτόχρονα ανθεκτικά στις κεφαλοσπορίνες, 0,4% στις αμινογλυκοσίδες, ενώ 0,1% ήταν πολυανθεκτικά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ανθεκτικά στις κινολόνες στελέχη *E. coli* που απομονώθηκαν από δείγματα ούρων του Νοσοκομείου μας δεν ήταν συχνά, τόσο σε ασθενείς της κοινότητας όσο και σε ενδονοσοκομειακούς. Επιπλέον, τα πολυανθεκτικά *E. coli* που απομονώθηκαν και από τις δύο ομάδες ήταν σπάνια. Εντούτοις, απαιτείται ενεργητική παρακολούθηση της συχνότητας τους FR *E. coli* καθώς και της εμφάνισης πολυανθεκτικότητας στα στελέχη αυτά.

**283. ΠΡΟΦΙΛ ΑΝΤΟΧΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**Β. Πιτυρίγκα<sup>1</sup>, Ι. Δενδρινός<sup>2</sup>, Ε. Ψωμάς<sup>2</sup>, Μ. Μαυρούλη<sup>1</sup>, Α. Τσακρής<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Metropolitan Hospital - Ιδιωτικό Νοσοκομείο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι βακτηριαμίες αποτελούν απειλητικές για τη ζωή λοιμώξεις και χρήζουν άμεσης αντιμικροβιακής αγωγής. Ιδιαίτερα αυτές που προκαλούνται από παθογόνα MDR στελέχη οδηγούν τις περισσότερες φορές στον θάνατο του ασθενούς. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορισθεί το επιδημιολογικό προφίλ των παθογόνων στελεχών που προκαλούν βακτηριαμίες και η αντοχή αυτών στα αντιβιοτικά στο νοσοκομείο μας για το χρονικό διάστημα 2009 - 2016.

**ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ:** Οι καλλιέργειες αίματος πραγματοποιήθηκαν με το ΒΑСТΕC 9000. Η ταυτοποίηση των απομονωθέντων στελεχών και ο προσδιορισμός της αντιμικροβιακής αντοχής αυτών έγινε με το VITEK - 2 compact. Η επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων έγινε με τη μέθοδο E-test.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συλλέχθηκαν 11.224 αιμοκαλλιέργειες σε χρονικό διάστημα 6 ετών υπό ποπτα κλινικά περιστατικά με σημασία. Οι θετικές αιμοκαλλιέργειες ήταν 1032 (9,19% του συνόλου). Σε 551 (53,4%) από αυτές απομονώθηκαν Gram (+) μικροοργανισμοί με επικρατέστερο τον *S. epidermidis* (200 στελέχη, 37%). Ακολουθούν *S. hominis* (No=87, 16%), *S. aureus* (No=59, 11%) and *S. haemolyticus* (No=59, 11%), άλλα είδη *Staphylococci* (No=45,8%), άλλα είδη *Streptococci* (No=41, 8%), *E. faecalis* (No=29, 5%) and *E. faecium* (No=23, 4%). Gram (-) βακτήρια απομονώθηκαν σε 481 αιμοκαλλιέργειες. Μεταξύ αυτών, στελέχη *Klebsiella sp.* απομονώθηκε σε 149 (31%) από αυτές, *E. coli* σε 138 (29%), *Pseudomonas sp.* σε 56 (11%), *Acinetobacter complex* σε 78 (16%), *Proteus s p </em>*, σε 9 (2%), *Serratia sp.* σε 14 (3%) και άλλοι μικροοργανισμοί σε 37 από αυτές. Από τα Gram (-) βακτήρια, 30,7% παρουσίασε αντοχή στις καρβαπενέμες: 60/148 από στελέχη *Acinetobacter complex*, 70/148 από στελέχη *Klebsiellae p </em>*, and 18/148 από στελέχη *Pseudomonas p </em>*.

Τα ποσοστά των MRSA και ESBLs ήταν 27% (16/59) και 57% (274/481) αντίστοιχα. Δεν απομονώθηκαν στελέχη ανθεκτικά στη βανκομυκίνη (VISA/VRSA), ενώ το ποσοστό των εντεροκόκκων ανθεκτικών στη βανκομυκίνη (VRE) ήταν 1, 9% (1/52).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα Gram (+) στελέχη επικρατούν μεταξύ των απομονωθέντων στελεχών. Είναι απαραίτητη όμως η στενή παρακολούθηση και επιτήρηση της αντοχής στις καρβαπενέμες των Gram (-) στελεχών. Προληπτικά μέτρα στρατηγικής σημασίας για τη μείωση των ποσοστών αντοχής στις καρβαπενέμες αποτελούν το σχολαστικό πλύσιμο των χεριών, οι σωστές συνθήκες υγιεινής και η εφαρμογή αυτών, η θέσπιση εθνικών και τοπικών κανόνων μικροβιολογικής επιτήρησης και η ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών.

**282. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ-ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ Chlamydia trachomatis: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΕΠΙΠΤΩΣΗ, ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ, ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ**

**Α. Ιερωνυμάκη, Χ. Καραβαγγέλης, Δ. Καραγιώργας, Α. Καραδοούρη, Ε. Συκουτέμη, Σ. Χρυσού**

**Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός», Αθήνα**  
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αναγκαιότητα της καταγραφής των θετικών κρουσμάτων στην Ελλάδα από Chlamydia trachomatis.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναζήτηση διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας προσφάτων επιδημιολογικών στοιχείων λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος οφειλόμενων σε Chlamydia trachomatis.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά για το έτος 2008 στα 106 εκατομμύρια τις νέες λοιμώξεις ουροποιητικού από Chlamydia trachomatis.

**ΗΠΑ:** Πίνακας 1. Δηλωθέντα κρούσματα/100.000 πληθυσμού, 2014

Άνδρες	278,4
Γυναίκες	627,2
Συνολικά	456,1

**CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE SURVEILLANCE 2014. ATLANTA:** US Department of Health and Human Services; 2015

**ΕΥΡΩΠΗ:** Πίνακας 2. Δηλωθέντα κρούσματα, 2010-2012

Χώρα	2012	2011	2010
Αυστρία	-	1.004	1.085
Βέλγιο	4.667	3566	3310
Βουλγαρία	131	55	49
Κύπρος	10	8	3
Δανία	26.385	26.617	27.950
Εσθονία	1.541	1.775	1.729
Φινλανδία	13.247	13.666	12.825
Γαλλία	13.011	10.969	9.083
Ελλάδα	396	502	657
Ουγγαρία	1.060	858	710
Ιρλανδία	6.162	8.407	5.399
Ιταλία	469	715	736
Λετονία	1.727	1.565	1.000
Λιθουανία	4	343	367
Λουξεμβούργο	4	1	2
Μάλτα	139	146	138
Ολλανδία	14.731	12.922	11.374
Πολωνία	314	319	539
Ρουμανία	59	133	97
Σλοβακία	752	305	188
Σλοβενία	249	232	176
Ισπανία	909	1.059	947
Σουηδία	36.795	37.262	36.932
Ην. Βασίλειο	237.675	215.972	218.560
Ισραήλ	1.918	2.091	2.197
Νορβηγία	21.489	22.530	22.527
Σύνολο	384.105	361.020	358.580

ECDC-Surveillance Report, Annual epidemiological report, Sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses, 2014

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από τα διεθνή επιδημιολογικά στοιχεία επιβεβαιώνεται ότι η χλαμυδιακή λοίμωξη είναι το συχνότερο υποχρεωτικής δηλωμένο Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενο Νόσημα. Η κατονομή της παρουσιάζει ανομοιογένεια. Στην Ελλάδα, παρατηρείται φθίνουσα τάση. Η πραγματική επίπτωση θεωρείται υψηλότερη εξαιτίας ασυμπτωματικών λοιμώξεων και διαφορετικών διαγνωστικών μεθόδων και συστημάτων επιτήρησης στις διάφορες χώρες. Δεδομένου ότι οι περισσότερες λοιμώξεις είναι ασυμπτωματικές και οι επιπλοκές αφορούν κυρίως γυναίκες, με συμπτώματα χρόνιας φλεγμονώδους νόσου της πυέλου και υπογονιμότητα, προκύπτει η αναγκαιότητα της διάγνωσης με μέθοδο ειδική και ευαίσθητη, της ορθής αξιολόγησής και της καταγραφής των αποτελεσμάτων από τις Μονάδες Υγείας που πραγματοποιούν τη δήλωση.

**284. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

**Α. Αναστασόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Γυφτοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Αλαφάκη<sup>2</sup>, Μ. Μπακάλη<sup>2</sup>, Χ. Κανακάρης<sup>2</sup>, Α. Μπουσμπούλα<sup>2</sup>, Ρ. Χατζηκυριάκου<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>6η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», <sup>2</sup>Αιματολογικό Τμήμα, Εργαστηριακές Τομέες, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αναιμία μπορεί να προκαλέσει ψυχιατρικές εκδηλώσεις ή να επιδεινώσει ήδη υπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές εφόσον δεν αναγνωρίζεται και θεραπεύεται σωστά. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της συχνότητας της αναιμίας σε ασθενείς με χρόνια ψυχιατρικά νοσήματα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάστηκαν αναδρομικά οι γενικές αίματος κατά την εισαγωγή 100 ασθενών με ψυχιατρικά νοσήματα που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρική κλινική κατά το τελευταίο έτος. Άνδρες ασθενείς με τιμές Hb<13 g/dl και γυναίκες με τιμές Hb<12 g/dl θεωρήθηκαν αναιμικοί.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 100 ασθενείς οι 62 ήταν γυναίκες και οι 38 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας τα 49,5 έτη. 26 ασθενείς (26%) εμφάνιζαν αναιμία (16 γυναίκες-10 άνδρες). 8 εμφάνιζαν ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, 16 υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία και 2 μακροκυτταρική αναιμία. Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με χρόνια ψυχιατρικά νοσήματα εμφανίζουν αναιμία, ποσοστό που είναι μεγαλύτερο από αυτό του γενικού πληθυσμού σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα και οφείλεται σε διάφορα αίτια (φαρμακευτική αγωγή, διατροφικές διαταραχές, κακή γενική κατάσταση των ασθενών αυτών). Έτσι θα είναι χρήσιμη η αυτούς τους ασθενείς η έγκαιρη αναγνώριση των φυσικών συμπτωμάτων της αναιμίας και η περαιτέρω εργαστηριακή διερεύνησή της.



**289. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ**

**290. ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΑΠΟ GEMELLA SPR**

Ε. Παπαδοκωστάκη, Κ. Πετράκη, Ε. Τζαγκαράκης, Ν. Βασιλάκη, Σ. Καρακωνσταντής

ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλειο-Πανάνειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το γένος Gemella περιλαμβάνει δυνητικά αναερόβιους gram(+) κόκκους οι οποίοι αποτελούν μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας του στόματος και της ανώτερης αναπνευστικής οδού. Σπάνια προκαλούν λοιμώξεις. Συνήθως ενοχοποιούνται ως αίτιο ενδοκαρδίτιδας φυσικών βαλβίδων, ενώ σπανιότερα έχουν αναφερθεί περιπτώσεις σπονδυλοδισκίτιδας, μηνιγγίτιδας, αρθρίτιδας και ηπατικών αποστημάτων. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι ο ΣΔ, η ΧΝΝ, η καρδιοαγγειακή νόσος και η κακή υγιεινή του στόματος.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περίπτωσης σπονδυλοδισκίτιδας και επισκληριδίων αποστημάτων από Gemella spp.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 68 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη, διοκομίσθη στο ΤΕΠ λόγω οσφυαλγίας και αδυναμίας βάδισης από 4η-μέρου. Από το ιστορικό της ανέφερε οδονταλγία προ μηνός, ενώ διαπιστώθηκε κακή υγιεινή του στόματος. Από την κλινική εξέταση παρουσίαζε παραπύρεση, καταρτημένα αντανάκλαστικά κάτω άκρων, υπαισθησία στο επίπεδο Θ5-Θ6 και επίσχεση ούρων. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής (WBC 43.400 93% poly, CRP 16, ΤΚΕ 90). Υποβλήθη σε MRI ΘΟΜΣΣ με εικόνα σπονδυλοδισκίτιδας Ο5-Ι1, επισκληριδία αποστήματα σε έκταση Θ10 έως Ο5 με πίεση του νωτιαίου σάκκου κατά τόπους και παρασπονδυλικά αποστήματα στο ύψος του Ο5. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και ετέθη εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με κεφαζοδιμ, βανκομυκίνη και μετρονιδαζόλη καθώς και δεξαμεθαζόνη για 4 μέρες. Η ασθενής αρνήθηκε νευροχειρουργική παρέμβαση. Με τη χορήγηση της κορτιζόνης παρουσίασε βελτίωση της νευρολογικής σημειολογίας. Οι καλλιέργειες αίματος ανέδειξαν Gemella spp. και έγινε τροποποίηση της αντιβιοτικής αγωγής σε αμπικιλίνη σουλμπακτάμη βάσει αντιβιογράμματος. Ο έλεγχος για ενδοκαρδίτιδα ήταν αρνητικός. Η ασθενής έλαβε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή για συνολικά 5 εβδομάδες. Παρουσίασε κλινική και εργαστηριακή βελτίωση και αποκατάσταση της μυϊκής ισχύος. Υποβλήθη σε επαναληπτική MRI που ανέδειξε μικρή βελτίωση των επισκληριδίων αποστημάτων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η βακτηριαμία από είδη Gemella συσχετίζεται συνήθως με την ανάπτυξη ενδοκαρδίτιδας. Σπανιότερα ενοχοποιείται ως αίτιο σπονδυλοδισκίτιδας και επισκληριδίων αποστημάτων, με ελάχιστα περιστατικά να αναφέρονται στη βιβλιογραφία.

**291. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΥΡΕΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ: ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ**

Μ. Μυλωνά, Γ. Καραμανάκος, Γ. Δρόσος, Π. Τόσκας, Γ. Δαφούλας, Α. Κόκκινος, Μ. Ψυχογιού, Γ. Δαΐκος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η λείσμανίαση συνιστά ζωνόσο με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις, Μπορεί να εμφανισθεί με δερματική ή σπλαγγχνική μορφή ανάλογα με το είδος της *Leishmania* και την απάντηση του ξενιστή. Οι άτυπες εκδηλώσεις της νόσου σε μη ενδημικές περιοχές αποτελούν πάντα διαγνωστική πρόκληση. Σκοπός της παρουσίαισης είναι να αναδειχθεί σπάνια περίπτωση σπλαγγχνικής λείσμανίασης σε απύρετο ασθενή με πανκυτταροπενία.

**ΥΛΙΚΟ / ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής, άρρεν, 66 ετών, με ιστορικό υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου υπό αγωγή, εισήχθη στην κλινική μας λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας και κόπωσης από διμήνου. Ήταν ενεργός καπνιστής (80 πακέτα-έτη) και ανέφερε χρόνια καθημερινή λήψη αλκοόλης. Ο ασθενής ήταν απύρετος και κλινικά ανευρέθησαν συστολικό φύσημα 4/6 στην εστία ακρόασης της αορτικής και ηπατοσπληνομεγαλία. Εργαστηριακά αναδείχθηκε πανκυτταροπενία [WBC=2280 κ/μl / (1200 πολυμορφόπύρηνα) / Hct=26% (Hb=8 gr/dl, MCV=88.6) / PLTs=115.000], υπεργαμμασφαιραιμία, αυξημένη τιμή INR και δεικτών φλεγμονής [INR=1.5/ ΤΚΕ=83 mm/h/ CRP=28.1 mg/l]. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε US κοιλίας, όπου επιβεβαιώθηκε η ηπατομεγαλία (διάμ. 17.67 cm) και η ήπια σπληνομεγαλία (diam. 16.33 cm). Ο ανοσολογικός και ορολογικός έλεγχος του ασθενούς δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα, ενώ δεν αναδείχθηκε μονοκλωνική γαμμαπάθεια. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε οστεομελική βιοψία, ενώ λόγω ισορροπίας κλινικής υποψίας -παρά την απυρεξία του-, εστάλη έλεγχος για αντιλείσμανιακά αντισώματα, τα οποία ήταν θετικά σε υψηλό τίτλο (1/3.600/θετικά και αντι-K39). Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με λιπσοσωματική αμφοτερίνη Β με δόση 4 mg/ kg/ημέρα IV επί 5ήμερο. Κατά την έξοδο του, είχε υποχωρήσει η σπληνομεγαλία του, ο αιματοκρίτης του ανήλθε στο 31% χωρίς μετάγγιση, ενώ τρεις μήνες μετά παραμένει ασυμπτωματικός με πλήρη υποστρόφη της πανκυτταροπενίας του.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η σπλαγγχνική λείσμανίαση συνιστά αναγνωρισμένη λοιμώδη οντότητα, η οποία εμφανίζεται και με άτυπες εκδηλώσεις. Η ιατρική κοινότητα οφείλει να αναγνωρίζει με υψηλή υποψία τις άτυπες μορφές της νόσου, καθώς η μη έγκαιρη αναγνώριση αυτών δύναται να οδηγήσει σε μοιραία για τους ασθενείς αποτελέσματα.

**292. ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΔΙΕΡΕΥΝΗΘΗΚΑΝ ΓΙΑ EBV Ή CMV ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ, ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2015**

Ν. Τσαγκαράκης, Δ. Λεκκάκου, Α. Τριανταφύλλου, Ν. Χαβιάρας, Χ. Νικολιδάκη, Ι. Κωνσταντίνου, Χ. Καραχρήστου, Π. Γεωργαλά, Ι. Μπελογιάννη, Α. Σταμουλακάτου, Ε. Παπαδογεωργάκη

Κεντρικά Εργαστήρια, ΔΘΚΑ «Υγεία»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή του ορολογικού προφίλ έναντι των ιών EBV και CMV, σε ασθενείς που διερευνήθηκαν για σύνδρομο λοιμώδους μονοπυρήνωσης κατά το έτος 2015 και η εκτίμηση του επιπολασμού της διασταυρούμενης IgM θετικότητας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το υλικό της μελέτης αποτέλεσε το σύνολο των ελεγχόμενων αντισωμάτων, IgG και IgM, έναντι των ιών EBV και CMV, από ασθενείς που εξετάστηκαν από 1/1/2015 έως 31/12/2015. Όσοι ασθενείς εντάχθηκαν στη μελέτη είχαν εξεταστεί και για τα τέσσερα διαφορετικά είδη αντισωμάτων (IgG και IgM για EBV και CMV, αντίστοιχα) με μέθοδο χημειοφωταίγισης (IMMULITE 2000), ενώ οι επαναλαμβανόμενοι έλεγχοι ασθενών (>1 φορά) εντός του έτους δεν λήφθηκαν υπόψη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από το σύνολο των εξετασθέντων ατόμων, προέκυψαν τα ορολογικά προφίλ που απεικονίζονται στον ακόλουθο πίνακα, κατά σειρά συχνότητας:

EBVlgG	EBVlgM	CMVlgG	CMVlgM	n(%)
(+)	(-)	(+)	(-)	169/751 (22.5%)
(+)	(-)	(-)	(-)	168/751 (22.4%)
(-)	(-)	(+)	(-)	56/751 (7.5%)
(+)	(+)	(-)	(-)	33/751 (4.4%)
(+)	(+)	(+)	(+)	17/751 (2.3%)
(+)	(-)	(-)	(+)	16/751 (2.1%)
(+)	(+)	(+)	(-)	14/751 (1.9%)
(+)	(+)	(+)	(+)	12/751 (1.6%)
(+)	(-)	(-)	(+)	4/751 (0.5%)
(+)	(-)	(-)	(-)	4/751 (0.5%)
(-)	(+)	(-)	(-)	3/751 (0.4%)
(-)	(-)	(+)	(-)	2/751 (0.3%)
(-)	(+)	(+)	(+)	1/751 (0.1%)
(-)	(+)	(+)	(-)	1/751 (0.1%)
(-)	(-)	(-)	(-)	251/751 (33.4%)
				751/751 (100%)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** 1) 1 στους 3 ασθενείς δεν έχει ανοσοποιηθεί έναντι των δύο ιών, 2) τα συχνότερα απαντώμενα ορολογικά προφίλ είναι η εικόνα παλαιάς λοίμωξης και για τους δύο ιούς ή μεμονωμένα για τον EBV, 3) η οξεία EBV λοίμωξη αποδεικνύεται σε λιγότερο από 1 στα 10 περιστατικά που εξετάζονται, 4) η εικόνα σαφούς διασταυρούμενης θετικότητας με ψευδή CMV-IgM συναντάται στο 4% περίπου των περιστατικών.



## 297. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 298. ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΟ ΕΜΠΥΗΜΑ ΑΠΟ SALMONELLA ENTERITIDIS ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σ. Ασημακοπούλου<sup>1</sup>, Π. Ξαπλαντέρη<sup>2</sup>, Κ. Καραχάλιος<sup>1</sup>, Δ. Σιάγκρης<sup>1</sup>, Ε. Αναστασίου<sup>2</sup>, Ι. Σπηλιοπούλου<sup>2</sup>, Χ. Γώγος<sup>1</sup>, Α. Λέκκου<sup>1</sup>, Φ. Κολονίτσιου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η πλειυριτική εντόπιση λοίμωξης από *Salmonella enteritidis* είναι πολύ σπάνια και αφορά στην πλειονότητα ανοσοκατασταλμένους ασθενείς ή πάσχοντες από δρεπανοκυτταρική νόσο με συνοδό ανατομική πνευμονική βλάβη.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Γυναίκα ασθενής 81 ετών με ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, ήπιας πνευμονικής υπέρτασης, αρτηριακής υπέρτασης, κοιλιακής μαρμαρυγής και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου προ διατίας προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιπώμενη δύσπνοια και βήχα από επταήμερου. Προ δεκαήμερου αναφέρεται εμπύρετο 38° C με συνοδό ρίγος. Φυσική εξέταση: ΑΠ: 137/60 mm Hg, σφύξεις: 81/min, θ: 37° C, SO<sub>2</sub>: 78% (FiO<sub>2</sub>: 21%), S1, S2 ευκρινείς, άρρυθμοι, αμβλύτητα, βρογχική αναπνοή ΔΕ κάτω λοβού. Εργαστηριακός έλεγχος: WBC: 19.340 κ/μL (83% ουδετερόφιλα), CRP 34,3 U/L (φ.τ. <0,8) ΤΚΕ 118 (φ.τ. 0-20). Ακτινογραφία θώρακος: σημαντική πλειυριτική συλλογή δεξιά. CT θώρακα: μεγάλη ποσότητα υγρού στο ΔΕ ημιθώρακιο, με χαρακτηριστικές εγκύστωσης, πλήρης ατελεκτασία συστοίχου πνεύμονος, ολιγάριθμοι λεμφαδένες έως 1,5 cm στο μεσοθώρακιο. Πλειυριτικό υγρό: αιματηρό, θολερό, pH: 7,5, EB: 1010, κύτταρα: 1956 κ/μL (ουδετερόφιλα: 64%, λεμφοκύτταρα: 33%, μονοκύτταρα: 3%), ερυθρά: 14080 κ/μL, σάκχαρο: 3,0 mg/dL, LDH: 1769 (LDH ορού =420), λεύκωμα: 5,1 (λεύκωμα ορού: 7,8). Τοποθετήθηκε σωλήνας θωρακικής παραχέτευσης που παροχέτευσε 1,5 λίτρο πλειυριτικού υγρού. Από την καλλιέργεια του πλειυριτικού υγρού και του περιφερικού αίματος απομονώθηκε *S. enteritidis*. Χορηγήθηκε ενδοφλέβια σιπροφλοξασίνη 400 mg x 2/ημέρα για 10 ημέρες. Περαιτέρω έλεγχος με CT κοιλίας καθώς και έλεγχος προς την κατεύθυνση υποκείμενης ανοσοκαταστολής (HIV, σφαιρίνες, νεοπλασματικοί δείκτες, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη) δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Η ασθενής εξήλθε με p.οσ σιπροφλοξασίνη 500 mg x 2/ημ. για επιπλέον δέκα ημέρες και είχε πορεία χωρίς επιπλοκές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Εξαιρετικά σπάνια η *S. enteritidis* μπορεί να αποτελέσει αίτιο πνευμονικής λοίμωξης και πλειυριτικού εμπύηματος ακόμα και σε ασθενείς χωρίς υποκείμενη ανοσοκαταστολή, αιμοσφαιρινοπάθεια ή ανατομική βλάβη των πνευμόνων. Πιθανά η ηλικία να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα.

## 299. ΝΟΣΟΣ ΚΙΚΥΧΙ-ΑΝΑΦΟΡΑ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Π. Χέρας, Η. Γεωργόπουλος, Μ. Κουτρομπή, Α. Στεφανόπουλος  
Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ναυπλίου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η νόσος Κίκυχι είναι καλοήθης αυτοπεριοριζόμενη νόσος που συνήθως παρουσιάζεται με τραχηλική λεμφαδενίτιδα και πυρετό σε ενήλικες κυρίως γυναίκες.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο ασθενής που παρουσιάζουμε είναι 32 ετών, άνδρας ο οποίος εισήλθε στο τμήμα μας με τραχηλικούς λεμφαδένες και νυχτερινές επιδρώσεις. Η διαφορική διάγνωση συμπεριέλαβε κοινές και ειδικές λοιμώξεις, λεμφώματα και συμπαγείς όγκους. Η διάγνωση της νόσου Κίκυχι τέθηκε με βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα, ο οποίος παρουσίαζε εστιακή, σαφώς αφοριζόμενη παραφλοιώδη νεκρωτική βλάβη, περιβαλλόμενη από μακροφάγα και ιστιοκύτταρα χωρίς πολυμορφοπυρηνική διήθηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στον ασθενή δεν χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή και μετά τρίμηνο η τραχηλική λεμφαδενίτιδα υποχώρησε. Η νόσος Κίκυχι πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με τραχηλική λεμφαδενίτιδα και να διαχωρίζεται ιδίως από λέμφωμα με δευτεροπαθή νέκρωση.

## 300. ΑΝΔΡΑΣ 35 ΕΤΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Σ. Καλαντζή, Κ. Καρατζάς, Μ. Μυλωνά, Χ. Φυτιλή, Α. Τόσας

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η χρόνια κοκκιωματώδης νόσος αποτελεί μια σπάνια φυλοσύνδετη υπολειπόμενη νόσο που οφείλεται στην απουσία ή δυσλειτουργία της NADPH οξειδάσης, ώστε δεν παράγονται ελεύθερες ρίζες από τα φαγοκύτταρα, τα οποία κατά συνέπεια αδυνατούν να θανατώσουν τα μικρόβια που έχουν φαγοκυτταρωθεί. Η ενδοκυτταρική επιβίωση των βακτηρίων οδηγεί στην ανάπτυξη κοκκιωμάτων και οι ασθενείς είναι επιρρεπείς σε σοβαρές και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις από καταλάση-θετικούς οργανισμούς.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 35 ετών με ιστορικό χρόνιας κοκκιωματώδους νόσου προσήλθε στο τμήμα επειγόντων αιπώμενος οξύ περιπρωκτικό άλγος και δυσουρικά ενοχλήματα από 4ημέρου. Στο ατομικό ιστορικό του ασθενούς περιλαμβάνεται η χρόνια κοκκιωματώδης νόσος διεγνωσθείσα από 6 ετών, για την οποία λαμβάνει ιντερφερόνη γ. Παράλληλα ο ασθενής λόγω της νόσου του παρουσίασε στο παρελθόν ηπατικό και πνευμονικό απόστημα, περιπρωκτικά συρίγγια και crohn's like disease, λόγω της οποίας φέρει ειλεοστομία από το 2012. Από τη φυσική εξέταση ο ασθενής δεν παρουσίαζε κάποιο παθολογικό σημείο, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο το μόνο παθολογικό εύρημα ήταν η CRP: 67,10 mg/dl (καλλιέργεια ούρων: αρνητική). Ο ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο και τη δεύτερη ημέρα νοσηλείας του παρουσιάσε εμπύρετο έως 39° C με ρίγος, διαταραχή επιπέδου συνείδησης, τονικοκλωνικούς σπασμούς με απώλεια ούρων, πτώση της αρτηριακής πίεσης σε 80/40 mm Hg και αναπνευστική δυσχέρεια με SaO<sub>2</sub>=88%. Υποστηρίχθηκε με οξυγόνο, νοραδρεναλίνη και αντιβιοτική αγωγή με Γενταμικίνη, Δαπτομικίνη, Μεροπενέμη, Κασποφουγκίνη (αφού πρώτα ελήφθησαν ΑΜΚ). Υπεβλήθη σε Ακτινογραφία θώρακος, η οποία ανέδειξε εικόνα ARDS και σε αξονική εγκεφάλου και ΟΝΠ, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Την τρίτη ημέρα νοσηλείας του ανέφερε προκάρδιο άλγος με τροπονίνη 8893 ng/L, BNP: 1028 ng/L, ενώ σε U/S καρδιάς παρουσιάσασε υποκονησία πλαιγίου τοιχώματος, κατωτέρου και οπισθίου με EF: 40%. Με βάση τα ανωτέρω τέθηκε η διάγνωση της σηπτικής μυοκαρδιοπάθειας και ο ασθενής υποστηρίχθηκε με δοβουταμίνη και διούρηση. Σταδιακά ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικά, απυρέτησε αποκαταστάθηκε η καρδιακή του λειτουργία (EF: 60%) και υπεβλήθη σε CT κοιλίας, η οποία ανέδειξε πολλαπλά αποστήματα προστάτη αδένος (εικόνα 1). Τη 10η ημέρα νοσηλείας του παροχέτευθησαν τα μεγαλύτερα αποστήματα, ενώ η καλλιέργειά τους δεν ανέδειξε παθογόνα. Υπεβλήθη σε νέα αξονική κοιλίας 10 ημέρες μετά την παροχέτευση, η οποία και ήταν σημαντικά βελτιωμένη και εξήλθε κλινικά και εργαστηριακά βελτιωμένος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα εργασία παρουσιάστηκε ένα περιστατικό με σηπτική καταπληξία, σηπτική μυοκαρδιοπάθεια, λόγω αποστημάτων προστάτη σε έδαφος χρόνιας κοκκιωματώδους νόσου. Η παρουσία των αποστημάτων στον προστάτη αποτελεί σπάνια επιπλοκή της νόσου με λίγα περιστατικά στη διεθνή βιβλιογραφία.

**ΕΙΚΟΝΑ 1. ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΙΑΣ:** πολλαπλά αποστήματα προστάτη.











### 317. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΜΕ ΤΑΝΥΣΤΗ ΔΙΑΧΥΣΕΩΣ (DIFFUSION TENSOR IMAGING, DTI)

Μ. Αδαμοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Μαϊκάντης<sup>2</sup>, Μ. Κουπετέρη<sup>2</sup>, Π. Κουκουλάρης<sup>3</sup>, Μ. Μαρίνης<sup>3</sup>, Γ. Μπουμπουκιάτης<sup>3</sup>, Σ. Ευαγγελάτος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Υπουργείο Υγείας - Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας, ΣΕΥΥΠ, <sup>2</sup>Α' Παθολογική κλινική - ΓΝΕ «Οριάσιο», <sup>3</sup>Τμήμα Μηχανικών Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, ΤΕΙ Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Της εργασίας είναι η περιγραφή της αρχής λειτουργίας και των εφαρμογών του DTI, που χρησιμοποιείται για να απεικονίσει κυρίως in vivo, την αρχιτεκτονική της λευκής ουσίας του ΚΝΣ, η οποία δεν δύναται να εκτιμηθεί με τον συμβατικό μαγνητικό συντονισμό. Η DTI παρέχει τη δυνατότητα απεικόνισης, ανάλυσης και ποσοτικοποίησης των δεσμίδων της λευκής ουσίας, καθότι μετράει τη διάχυση σε πολλές κατευθύνσεις και την αναπαριστά σε παράλληλο και κάθετο με τις ίνες επίπεδο.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η λειτουργική απεικόνιση με Μαγνητική Τομογραφία (functional MRI) ανιχνεύει περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού με νευρωνική δραστηριότητα βασισμένη στην αιμοδυναμική αντίδραση που προκαλείται κατά την εκτέλεση των εξειδικευμένων τους λειτουργιών όπως κίνηση, ομιλία και όραση, αλλά και μνήμη, προσοχή και αντίληψη. Η κίνηση των μορίων του νερού ή διάχυση είναι πολύ πιο γρήγορη κατά μήκος των ινών της λευκής ουσίας απ' ό,τι κάθετα σε αυτές. Η διαφορά των δύο αυτών κινήσεων (παράλληλα και κάθετα στις ίνες) είναι η βάση για την απεικόνιση του Τανυστή Διαχύσεως (DTI). Η DTI παρέχει τη δυνατότητα απεικόνισης, ανάλυσης και ποσοτικοποίησης των δεσμίδων της λευκής ουσίας. Μετράει τη διάχυση σε πολλές κατευθύνσεις και την αναπαριστά σε παράλληλο και κάθετο με τις ίνες επίπεδο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρέχει ποιοτικές και ποσοτικές πληροφορίες για τη μείλιξη των νευραξόνων, την ακεραιότητα των δεσμάτων της λευκής ουσίας και την κατεύθυνσή τους στο εγκεφαλικό παρέγχυμα, μετρώντας τη μοριακή διάχυση. Έχει ένδειξη για την πρόωμη διάγνωση του εγκεφαλικού επεισοδίου, διάγνωση της νεογνικής υποζικής ισχαιμικής εγκεφαλοπάθειας, ενδοαξονικές μάζες, ενδοκράνιες λοιμώξεις, σκληρήνωση κατά πλάκας και της οξείας διάχυτης εγκεφαλομυελίτιδας, νόσου Creutzfeldt-Jacob, ύπαρξης της αιμορραγίας, σταδιοποίησης και στον προσδιορισμό της επιθετικότητας των νεοπλασιών του προστάτη καθώς και στην παρακολούθηση μετά τη θεραπεία. Αποτελεί επίσης, χρήσιμο εργαλείο στην καθοδήγηση των βιοψιών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η Μαγνητική Τομογραφία Διάχυσης είναι μια νέα απεικονιστική μέθοδος υψηλής διαγνωστικής ευαισθησίας και ειδικότητας, η οποία αναμένεται να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση του οξέος και υπεροξέος εγκεφαλικού επεισοδίου και στη διαφοροδιάγνωση άλλων παθήσεων, οι οποίες εκδηλώνονται με οξεία νευρολογικά ελλείμματα. Επίσης, μπορεί να συμβάλει στην αξιολόγηση μιας ευρείας ποικιλίας παθολογικών διεργασιών, συνεπείφροντας σημαντικά στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών.

### 318. ΛΑΡΥΓΓΟΚΛΗΗ: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Τζιβελόπουλου, Π. Κορκόκιος, Γ. Κυριακοπούλου, Χ. Αναστασιάδης, Μ. Στάικου, Α. Καββαθά, Κ. Βιτζηλαίος, Χ. Τριαντοπούλου

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝ «Κωνσταντοπούλειο», Νέας Ιωνίας-Πατησίων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη των υπερηχοτομογραφικών ευρημάτων και των ευρημάτων της Υπολογιστικής Τομογραφίας σε ασθενείς με Λαρυγγόκληλη.

**ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα ασθενής ηλικίας 70 ετών, με ελεύθερο αναμνηστικό ιστορικό, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας με επώδυνη διόγκωση της δεξιάς τραχηλικής χώρας και δύσπνοια. Υποβλήθηκε σε υπερηχοτομογραφικό έλεγχο και σε έλεγχο με Υπολογιστική Τομογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το υπερηχοτομογράφημα του τραχήλου ανέδειξε κυστικό σχηματισμό με ηχογενή στοιχεία διαμέτρου 4 εκ. στη δεξιά τραχηλική χώρα. Ο σχηματισμός αυτός φαινόταν να προβάλλει διαμέσου των χόνδρων του λάρυγγα εντός της λαρυγγικής κοιλότητας. Επίσης απεικονίστηκε έτερο μικρό κυστικό μόρφωμα εντοπιζόμενο εξ ολοκλήρου εντός του λάρυγγα. Τέθηκε η υπόνοια ταυτόχρονης παρουσίας απλής και μικτής λαρυγγόκληλης, η οποία επιβεβαιώθηκε με την Υπολογιστική Τομογραφία, με ανάδειξη της επέκτασης της μεγάλης κύστης μέσα και έξω από το λάρυγγα. Επιπλέον αναδείχθηκε μεγάλη στένωση της αεροφόρου οδού στο ύψος του λάρυγγα (λόγω των πιεστικών φαινομένων από τη λαρυγγόκληλη).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η λαρυγγόκληλη είναι ένα όχι-και-τόσο συχνό αίτιο τραχηλικής διόγκωσης. Παρ' όλα αυτά πρέπει να μπαίνει στη διαφορική διάγνωση, ιδιαίτερα σε ασθενείς με αυξημένες πιέσεις εντός του λάρυγγα. Η προσεκτικότερη λήψη του ιστορικού αποκάλυψε ότι η ασθενής παρουσίασε πολλαπλά επεισόδια παροξυσμικού βήχα σε διάστημα μεγαλύτερο του μηνός. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει απόφραξη της αεροφόρου οδού και να γίνει απειλητική για τη ζωή, ενώ η διάγνωση της πρέπει να συνδυάζεται με λεπτομερέστερο έλεγχο του λάρυγγα για υποκείμενη κακοήθεια (που αποφράσκει το στόμιο της λαρυγγικής κοιλίας).

### 319. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ - Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ U/S ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Α. Τζιβελόπουλου, Χ. Αναστασιάδης, Γ. Κυριακοπούλου, Κ. Βιτζηλαίος, Π. Χριστοδουλίδης, Β. Χαλκοδαίμων, Ι. Παπαηλιού, Χ. Τριαντοπούλου

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο» - Πατησίων, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού σαρκώματος μήτρας και η ανάδειξη της συμβολής του υπερηχογραφήματος στη διάγνωση.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής ηλικίας 45 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου με έντονο άλγος στο υπογάστριο. Στο πλαίσιο της διερεύνησης έγινε απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο παρατηρήθηκε ευμεγέθης μόρφωμα μικτής ηχογένειας, με πολλαπλές κυστικές εκφυλίσεις καθώς και σωματική στοιχεία εντός αυτού, μεγίστης διαμέτρου 20.8 cm, με πλούσια χερυφερικού και κεντρικού τύπου αγγείωση, το οποίο εκτεινόταν από το υπογάστριο έως το επιγάστριο και επί τα αριστερά της μέσης γραμμής. Στη συνέχεια έλαβε χώρα αξονική τομογραφία, παρακέντηση του μορφώματος υπό αξονική καθοδήγηση και ακολούθησε χειρουργική εξαίρεσή του. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα της κυταρολογικής εξέτασης το μόρφωμα αντιστοιχούσε σε σάρκωμα ενδομητρίου στρώματος-λειομύωματος. Στη διαφορική διάγνωση είχε τεθεί και το κυσταδενοκαρκίνωμα της αριστερής ωοθήκης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το υπερηχογράφημα αποτελεί απεικονιστική μέθοδο ιδιαίτερα σημαντική στη διερεύνηση των νεοπλασμάτων της μήτρας, καθώς χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό αξιοπιστίας και είναι εξέταση εύκολα επαναλήψιμη χωρίς ακτινοβολία.

### 320. ΑΡΘΡΟΓΡΥΠΩΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χ. Αναστασιάδης, Ν. Κάντας, Π. Κορκόκιος, Α. Καββαθά, Κ. Βιτζηλαίος, Σ. Βελονάκης, Χ. Τριαντοπούλου

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»-Πατησίων, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των ακτινολογικών ευρημάτων σε ένα σπάνιο περιστατικό αρθρογρύπωσης σε νεαρό ασθενή.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 15 ετών με ιστορικό οστικών, νευρολογικών και καρδιακών ανωμαλιών, προσήλθε στο νοσοκομείο με πυρετό, δυσκαμψία των ισχίων και μυϊκή αδυναμία. Πραγματοποιήθηκαν ακτινογραφίες θώρακα (ύπτια και πλάγια λήψη), κοιλίας και λεκάνης-ισχίων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στις ακτινογραφίες παρατηρήθηκαν εκσεσημασμένη σκολίωση θωρακικής και οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, δυσπλασία των κατ' ισχίον αρθρώσεων, μείωση του όγκου των ημιθωρακικών αποδιδόμενων και στη σκολίωση και εικόνα πνευμονικής πύκνωσης οπισθοκαρδιακά με παρουσία αεροβρογχογράμματος. Στη διαφορική διάγνωση τέθηκαν και το σύνδρομο πολλαπλών πτερυγίων, οστεοχονδροδυσπλασίες και συνδεόμενες χρωμοσωμικές ανωμαλίες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο συνδυασμός σημαντικών οστικών διαταραχών με νευρολογικές, μυϊκές, καρδιολογικές και αναπνευστικές ανωμαλίες, προσανατολίζει τη διάγνωση στο σύνδρομο της συγγενούς πολλαπλής αρθρογρύπωσης, που αποτελεί συγγενές νευρομυϊκό σύνδρομο χαρακτηριζόμενο από σοβαρές συκμάψεις των αρθρώσεων και κλινικές εκδηλώσεις από διάφορα συστήματα.

**321. ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕ ΕΝΤΥΠΩΣΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Μ. Γκέκα<sup>1</sup>, Γ. Δημητρακοπούλου<sup>2</sup>, Μ. Νικολάου<sup>3</sup>, Κ. Χριστόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Λούπα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογικό Τμήμα, ΓΝΜ «Α. Φλέμιγκ», <sup>2</sup>Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝΜ «Α. Φλέμιγκ», <sup>3</sup>Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝΜ «Α. Φλέμιγκ»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας (LVA) αποτελεί κατά κανόνα επιπλοκή εμφράγματος μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Μπορεί να είναι ασυμπτωματικό ή να παρουσιαστεί σαν καρδιακή ανεπάρκεια, κοιλιακές ταχυαρρυθμίες ή εμβολικά επεισόδια. Το ποσοστό των LVA μετά από Q ΟΕΜ είναι περίπου 8-15%. 70-85% των περιπτώσεων LVA εντοπίζονται στο πρόσθιο ή κορυφαίο τοίχωμα. Η διάμετρος κυμαίνεται από 1-8 cm. Περιγράφεται ασθενής με πολύ μεγάλο ανεύρυσμα πλαιγίου τοιχώματος, που αποτέλεσε τυχαίο εύρημα.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας 69 ετών με ιστορικό ΣΔ 2 και ΟΕΜ προ 10ετίας προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αναφερόμενους εμέτους από διήμερο, οι οποίοι είχαν ήδη αποδράμει κατά την παραμονή του στο ΤΕΠ. Σε Α/Α θώρακος ρουτίνας που διενεργήθηκε, ως τυχαίο εύρημα αναδείχθηκε λίαν ευμεγέθης σκίαση αριστερού μέσου και κάτω πνευμονικού πεδίου. Ο ασθενής εισήχθη για διερεύνηση της σκίασης, που έδιδε την υποψία νεοπλασίας πνεύμονος. ΗΚΓ: πιθανό πλάγιο έμφραγμα (κύμα Q και αρνητικά T στην Ι, AVL). Παραδόξως, στην αξονική τομογραφία παρατηρήθηκε ότι επρόκειτο για μεγάλο ανεύρυσμα αριστεράς κοιλίας διαμέτρου ~8 cm με αποπιτανώσεις. U/S καρδιάς που διενεργήθηκε στη συνέχεια επιβεβαίωσε την ύπαρξη ευμεγέθους ανευρύσματος πλαιγίου τοιχώματος αριστεράς κοιλίας, η οποία ήταν πολύ διατεταμένη, με λέπτυνση τοιχωμάτων, και σοβαρά επηρεασμένη συστολική λειτουργία (EF=15%). Ο ασθενής παραπέμφθηκε στους καρδιολόγους για οδηγίες και παρακολούθηση, αλλά δυστυχώς μετά από ένα μήνα απεβίωσε λόγω καρδιογενούς shock.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Το ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας μπορεί να είναι ασυμπτωματικό, όπως στον ασθενή που περιγράφηκε, οδηγώντας όμως σε σοβαρή καρδιακή δυσλειτουργία. Οι ασθενείς με ΟΕΜ πρέπει να παρακολουθούνται και απεικονιστικά ώστε να ανευρεθεί και να αντιμετωπιστεί εγκαίρως μια τέτοια επιπλοκή.

**323. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ****322. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ, ΗΛΙΚΙΑΣ 35-45 ΕΤΩΝ, ΜΕ ΞΑΝΘΕΛΑΣΜΑΤΑ ΒΛΕΦΑΡΩΝ**

Α. Καραγιαννάκη<sup>1</sup>, Α. Σεργουνιώτη<sup>2</sup>, Ε. Σώρρου<sup>3</sup>, Σ. Αγγελάκου-Βαϊτση<sup>2</sup>, Ν. Βαϊτση<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ΓΝ Βόλου, <sup>2</sup>Ιδιωτικό Ιατρείο, <sup>3</sup>Επιστημονικός Συνεργάτης

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση του ποσοστού δυσλιπιδαιμίας σε άτομα, ηλικίας 35-45 ετών, με ξανθελάσματα βλεφάρων.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν 57 άτομα (23 άνδρες, 37 γυναίκες), ηλικίας 35-45 ετών, με ξανθελάσματα βλεφάρων. Σε όλα τα άτομα έγινε έλεγχος λιπιδίων (ολική χοληστερόλη, LDL, HDL, τριγλυκερίδια). Κανένα από τα, υπό μελέτη, άτομα δεν ελάμβανε υπολιπιδαιμική αγωγή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση τιμή ολικής χοληστερόλης ήταν 267,7±43,2 mg/dl, της LDL 189,7±61,1 mg/dl, της HDL 42,1±5,8 mg/dl και των τριγλυκεριδίων 136,4±32,3 g/dl. Από τα άτομα που μελετήθηκαν το 78,9% είχαν τιμές χοληστερόλης >200 mg/dl και LDL>130 mg/dl. Τιμές HDL<40 mg/dl παρουσίασε το 55,6% των ανδρών και <50 mg/dl το 80,7% των γυναικών. Τριγλυκερίδια >150 mg/dl είχαν το 24,6% των ασθενών. Κανένας ασθενής δεν είχε μεμονωμένα χαμηλές τιμές HDL ή/και υπετριγλυκεριδαιμία (με φυσιολογικές τις υπόλοιπες λιπιδιμικές παραμέτρους).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Τα ξανθελάσματα, που αποτελούν εναποθέσεις κυρίως εστέρων χοληστερόλης στο δέρμα των βλεφάρων, φαίνεται να σχετίζονται με διαταραχές λιπιδίων. Τα παραπάνω αποτελέσματα ενισχύουν την άποψη ότι τα ξανθελάσματα βλεφάρων αποτελούν δείκτη δυσλιπιδαιμίας και υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα του πλήρους λιπιδιμικού στους ασθενείς αυτούς, με σκοπό τον έγκαιρο εντοπισμό όσων διατρέχουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

**324. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ**











### 341. ΝΕΥΡΟΓΕΝΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΟΞΕΙΑΣ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ

Χ. Βερετάνος, Ν. Βασιλάκος, Ε. Ζαχαριάδη, Ε. Γιαννάτος

Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλληνίας - Παθολογική Κλινική

Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με νευρογενές πνευμονικό οίδημα σε έδαφος οξείας υπονατρίαμιας που αντιμετωπίστηκε με χορήγηση υπέρτονου διαλύματος NaCl. Θα γίνει αναλυτική παρουσίαση του περιστατικού και ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

### 342. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ MASSON ΥΠΕΡΚΛΕΙΔΙΑΣ ΧΩΡΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ

Μ. Σαργιάνου, Χ. Γκίνος, Ι. Γαληνός, Κ. Σπανός, Α. Καλόγηρος, Γ. Αλοϊζός

Β' Παθολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μιας λιγότερο συχνής περίπτωσης μορφώματος υπερκλειδιάς χώρας.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 28 ετών νοσηλεύτηκε στην Παθολογική κλινική για διερεύνηση μορφώματος αριστερής υπερκλειδιάς χώρας, χωρίς συνοδά συμπτώματα. Ο ασθενής αναφέρει ότι παρατήρησε τυχαία τη βλάβη προ διμήνου, οι διαστάσεις της οποίας ήταν σταδιακά αυξανόμενες.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ανώδυνο και ελαστικό μόρφωμα, καθηλωμένο στους υποκείμενους ιστούς, ενώ η λοιπή εξέταση ήταν φυσιολογική. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός<sup>2</sup> ο απεικονιστικός έλεγχος τραχήλου με υπέρηχο έδειξε θρόμβωση αγγείου στην περιοχή της βλάβης, ενώ ο έλεγχος άνω-κάτω κοιλίας, θώρακα και όρχων ήταν φυσιολογικός. Η βλάβη εξαιρέθηκε χειρουργικά και η ιστολογική εξέταση αυτής έδειξε μικρή εστία θηλώδους εξεργασίας με μορφολογικούς χαρακτήρες ενδοαγγειακής θηλώδους ενδοθηλιακής υπερπλασίας, συμβατά με αιμαγγείωμα Masson, χωρίς να ανευρεθούν στοιχεία κακοήθειας. Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο και περίπου έξι μήνες μετά επανήλθε με υποτροπή της βλάβης στο ίδιο σημείο. Αποφασίστηκε η εκ νέου χειρουργική αφαίρεση του μορφώματος, αφού διενεργήθηκε απεικονιστικός έλεγχος στην περιοχή που έδειξε ότι αφορά μάλλον σε ενδοαυλική βλάβη με συνοδό θρόμβωση αγγείου. Η ιστολογική εξέταση έδειξε εκ νέου αντιδραστική θηλώδη ενδοθηλιακή υπερπλασία (αιμαγγείωμα Masson) σε έδαφος οργάνωσης ενδοαυλικού θρόμβου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ενδοαγγειακή θηλοειδής ενδοθηλιακή υπερπλασία αποτελεί μια ασυνήθιστη, καλοήγη, μη νεοπλασματική, αγγειακή αλλοίωση που συνδέεται σχεδόν πάντα με την παρουσία και επαναστηραγγοποίηση ενός θρόμβου. Η χειρουργική εκτομή αποτελεί φυσιολογικά την οριστική θεραπεία. Λόγω της υποτροπής της νόσου στο συγκεκριμένο ασθενή θεωρήθηκε πιθανή η τραυματική αιτιολογία του αιμαγγειώματος Masson, που περιγράφεται βιβλιογραφικά στο 4% των περιπτώσεων. Πράγματι, από το ιστορικό διαπιστώθηκε η χρήση σάκου μεγάλου βάρους στους ώμους σε καθημερινή σχεδόν βάση, για πολλές ώρες, με τον οποίο μάλιστα συχνά έκανε και έντονη άσκηση λόγω επαγγέλματος. Δόθηκαν τότε οδηγίες περιορισμού άχθους στους ώμους και εκ τότε ο ασθενής δεν έχει εμφανίσει ξανά υποτροπή της νόσου έως σήμερα.

### 343. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΦΟΥΛΕΡΕΝΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Μ. Αδαμοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Μαϊκαντής<sup>2</sup>, Σ. Συμπάρδη<sup>2</sup>, Μ. Κουπετώρη<sup>2</sup>,

Ε. Σκούρα<sup>2</sup>, Ε. Κουνάδη<sup>1</sup>, Γ. Φούντος<sup>1</sup>, Α. Καλογήρου<sup>1</sup>, Σ. Ευαγγελάτος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Υπουργείο Υγείας - Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας ΣΕΥΥΠ,

<sup>2</sup>Α' Παθολογική κλινική, ΓΝΕ «Θριάσιο»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εν λόγω εργασία έχει σκοπό να περιγράψει τη δομή και τις ιδιότητες των φουλερενίων (fullerenes), σε συνάρτηση με την παρούσα και μελλοντική εφαρμογή τους στην εξατομικευμένη ιατρική, με στόχο την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση για την αποτελεσματική διαχείριση χρόνιων παθήσεων, με παράλληλη μείωση των συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών και την αύξηση των ποσοστών επιβίωσης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τα φουλερένια είναι αλλοτροπικές μορφές του άνθρακα, οι οποίες κατατάσσονται στα νανούλικά. Αποτελούνται από εξαγωνικά ή πενταγωνικά δακτυλίδια ατόμων άνθρακα τα οποία, ενώνονται σε ένα λεπτό φύλλο γραφίτη τυλιγμένο σε σφαιρική μορφή διαμέτρου από 0,7 έως 1,5 nm. Παρουσιάζουν πολύ καλή βιοσυμβατότητα, χαμηλή τοξικότητα ακόμα και σε υψηλές δόσεις και εύκολη διαλυτοποίηση σε πολλά μέσα. Με υποδοχείς στην επιφάνεια τους, μπορούν να αναγνωρίσουν και να καταστρέψουν καρκινικά κύτταρα, τοξικούς, λοιμογόνους και άλλους παράγοντες. Τα υδατοδιαλυτά παράγωγα τους εμφανίζουν αντινεοπλασματική, αντιβακτηριδιακή και αντιική δράση. Αλληλεπιδρούν με βιολογικά μόρια και δομές, εισχωρώντας στον δερματο-επιδερμικό φραγμό (-20 nm), για να μεταφέρουν φάρμακα ή να ενεργοποιήσουν την αυτοεπιδιδόρωση των ιστών, που έχουν υποστεί γήρανση ή παθολογική φθορά. Η τοξική δράση τους μειώνεται με την προσθήκη στα μόρια λειτουργικών ομάδων, ενώ εξαρτάται επίσης από το μέγεθος τους και άλλους παράγοντες που επηρεάζουν τα φυσικοχημικά τους χαρακτηριστικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διερευνάται η χρήση τους στη φωτοδυναμική θεραπεία του καρκίνου, με κατάλληλα στοχευμένη ακτινοβολία, με επακόλουθη καταστροφή του DNA του καρκινικού κυττάρου καθώς και εκλεκτική διάσπαση των πρόδρομων μορίων του ιού HIV.

Α. Στη διαγνωστική: με πρόσδεσή τους σε νανο-ρομπότ και χορηγούμενα με 1 δισκίο, μπορούν να παρέχουν ακριβή διάγνωση σε αρχικό στάδιο της νόσου, με αυξημένα ποσοστά επιβίωσης και μειωμένες ανεπιθύμητες ενέργειες για τους γειτονικούς υγιείς ιστούς και όργανα.

Β. Στη θεραπευτική: είναι δυνατή η εφαρμογή τους στην κατασκευή χειρουργικών οργάνων, ώστε να είναι εφικτή η επέμβαση σε κυτταρικό επίπεδο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα φουλερένια αποτελούν από τα πιο ενδιαφέροντα πρόσφατα επιτεύγματα της νανο-τεχνολογίας. Για τους ανωτέρω λόγους, η χρήση τους θεωρείται καθοριστική στη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση πολλών παθήσεων. Περαιτέρω έρευνα θα αποτελέσει σίγουρα, προϋπόθεση για την ευρύτερη εφαρμογή τους.

### 344. ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Δ. Μπαλάσκα<sup>1</sup>, Ζ. Μπιτσώρη<sup>2</sup>, Γ. Δημογέροντας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>1η ΥΠΕ, <sup>2</sup>ΓΝ «Η Ελπίς», <sup>3</sup>Metropolitan Hospital

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Δημόσια Υγεία, είναι η συλλογική δράση για τη διαρκή βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Θα πρέπει λοιπόν να αποτελεί τον βασικό στόχο της Πολιτείας, αφού σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ύπαρξη υψηλού ή όχι βιοτικού επιπέδου. Έτσι, αποσκοπεί σε δράσεις που αφορούν μεγάλες ομάδες πληθυσμού με σκοπό την επαγρύπνηση και την έγκαιρη αναγνώριση νέων κρουσμάτων ασθενών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι μέσα από αναφορές από τη διεθνή βιβλιογραφία να τονιστεί ο ρόλος της Δημόσιας Υγείας καθώς και το σχέδιο δράσης για τη στοματική υγιεινή.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και στη διεθνή βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η Δημόσια Υγεία αποτελεί μια συνεχόμενη προσπάθεια για τη βελτίωση και ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού. Στόχοι της είναι η έμφαση στην πρόληψη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το Σχέδιο Δράσης για τη φροντίδα της Στοματικής Υγιεινής επεκτείνεται σε τέσσερις Άξονες. Ο πρώτος περιλαμβάνει την Πρόληψη και προαγωγή της στοματικής υγείας Παιδιών Προσχολικής και Σχολικής Ηλικίας, Ενηλίκων στους χώρους εργασίας, Ατόμων τρίτης ηλικίας και των Ευπαθών Ομάδων. Στον δεύτερο άξονα δράσης έχουμε την Πιστοποίηση της ποιοτικής λειτουργίας και εποπτείας των Μονάδων Παροχής Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας καθώς και τον σχεδιασμό για την Αναβάθμιση της Ασφαλιστικής Οδοντιατρικής Κάλυψης. Στον τρίτο Άξονα έχουμε τη διατομεακή Συνεργασία για την ασφαλή αποκομιδή, επεξεργασία και διάθεση των οδοντιατρικών αποβλήτων και τέλος ο τέταρτος άξονας περιλαμβάνει την Έρευνα και την εκπαίδευση, δηλαδή δημιουργία δικτακού τύπου για την παροχή επικαιροποιημένης επιστημονικής γνώσης στους οδοντιάτρους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο χώρος της Υγείας αποτελεί πεδίο συνεχούς και αδιάλειπτης ενθάρτυσης. Οι νέες προκλήσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα και να μην παίρνουν ανεξέλεγκτες και επικίνδυνες διαστάσεις ή αν είναι δυνατόν να προλαμβάνονται. Συμπερασματικά, η κύρια αποστολή του σχεδίου δράσης για τη στοματική υγιεινή είναι η θεμελίωση μιας ολοκληρωμένης πολιτικής με σκοπό, την πρόληψη των νόσων του στόματος, την προαγωγή της στοματικής υγείας, την αποτελεσματική θεραπεία των νόσων του στόματος, την αποδοτική και ποιοτική λειτουργία των υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας, και την υλοποίηση των αναγκαίων πολιτικών και δράσεων μέσω στοχευμένων προγραμμάτων. Τέλος, στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης και της μεγάλης εισροής των παράνομων αλλοδαπών η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα χρήζει άμεσης παρεμβάσεως από την πολιτεία που θα εξασφαλίζει ισονομία και αποτελεσματικότητα.

### 345. ΥΒΡΙΔΙΚΟΣ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΟΓΚΟΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Χ. Κρασαδάκης<sup>1</sup>, Ε. Παραρά<sup>1</sup>, Χ. Ευτυχιάδης<sup>2</sup>, Α. Λάζαρης<sup>3</sup>, Ν. Νικητάκης<sup>4</sup>, Γ. Ράλλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «ΚΑΤ», <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΑ «ΚΑΤ», <sup>3</sup>Α' Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>4</sup>Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περίπτωσης υβριδικού οδοντογενούς όγκου κάτω γνάθου με στοιχεία ενασβεστιούμενου κυστικού οδοντογενούς όγκου και αδμαντινοβλαστικού ινοδοντώματος.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 17 ετών προσήλθε στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία για ασυμπτωματική βλάβη που διαπιστώθηκε σε ακτινολογικό έλεγχο για καθυστέρηση ανατολής του δευτέρου γομφίου κάτω γνάθου αριστερά. Κλινικά, η ασθενής παρουσίαζε έκπτυξη της κάτω γνάθου στην περιοχή της αριστερής γνάθου. Ακτινολογικά, υπήρχε σαφώς αφορίζομενη διαύγηση με στικτές σκιάσεις, που σχετιζόταν με τα οδοντικά σπέρματα του δευτέρου και τρίτου γομφίου. Η βιοψία ανέδειξε υβριδικό καλοήγητο όγκο με στοιχεία ενασβεστιούμενου κυστικού οδοντογενούς όγκου (Gorlin) και αδμαντινοβλαστικού ινοδοντώματος. Η βλάβη αντιμετώπιστηκε με ευρεία απόξεση και προστασία του κάτω φατνιακού νεύρου και γειτονικών δοντιών. Η ασθενής παρακολουθείται ανά εξαμήνο, με ικανοποιητική πορεία οστικής αναδιαμόρφωσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι υβριδικοί οδοντογενείς όγκοι αποτελούν σπάνιες οντότητες. Συναντώνται με διάφορους συνδυασμούς, που περιλαμβάνουν ιστολογικά χαρακτηριστικά δύο ή περισσότερων οδοντογενών όγκων. Στη διεθνή βιβλιογραφία άλλη μια μόνο περίπτωση συνδυασμού αδμαντινοβλαστικού ινοδοντώματος και ενασβεστιούμενου κυστικού οδοντογενούς όγκου (Gorlin) έχει αναφερθεί. Υπολογίζεται πως λόγω περίπλοκης ιστολογικής εικόνας, οι όγκοι αυτοί δεν αναγνωρίζονται πάντα ούτε δημοσιεύονται. Λόγω σπανιότητας, η εκτίμηση της βιολογικής συμπεριφοράς και της τάσης για υποτροπή ενός υβριδικού οδοντογενούς όγκου είναι δύσκολο να γίνει με ασφάλεια. Συνιστάται αντιμετώπιση που αντιστοιχεί στην πιο επιθετική μορφή, αλλά σημειώνεται η μικρή διεθνής εμπειρία σχετικά. Συνεπώς η ανακοίνωση και η συζήτηση της θεραπείας σε αυτές τις περιπτώσεις είναι σημαντική.

### 346. ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΣ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΟΓΚΟΣ (ΑΕΟΟ): ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Φ. Ιωαννίδου<sup>1</sup>, Σ. Ζανάκης<sup>1</sup>, Β. Μέγας<sup>1</sup>, Λ. Μέγας<sup>1</sup>, Ν. Ζώταλης<sup>1</sup>, Χ. Δενδρινός

<sup>1</sup>Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΓΝ «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΓΝ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο Ασβεστοποιημένος Επιθηλιακός Οδοντογενής Όγκος (ΑΕΟΟ), γνωστός επίσης ως Όγκος του Pindborg, είναι μία σπάνια καλοήγητος, αλλά τοπικά επιθετική βλάβη. Εντοπίζεται συνήθως στην περιοχή των προγομφίων της κάτω γνάθου, χωρίς προτίμηση στο φύλο και με συχνότερη εμφάνιση την τέταρτη και πέμπτη δεκαετία της ζωής.

**ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Παρουσιάζεται μία περίπτωση ΑΕΟΟ σε έναν άνδρα 46 ετών, ο οποίος εμφανίστηκε με μία διόγκωση στην κάτω γνάθο αριστερά, η οποία για πρώτη φορά είχε γίνει αντιληπτή από τον ασθενή 10 έτη πριν. Η μάζα ήταν ανώδυνη, αυξανόμενη αργά σε μέγεθος στη διάρκεια του χρόνου, προκαλώντας δυσκολία στη μάσηση. Έγινε ακτινολογική εξέταση με πανοραμική α/α και ιστολογικός έλεγχος με βιοψία που έδειξε ΑΕΟΟ. Υπό γενική αναισθησία έγινε αφαίρεση του όγκου και ακολούθησε αποκατάσταση της περιοχής. Η μ/χ πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή και έγινε τακτική παρακολούθησή του επί ένα έτος. Τα ιστολογικά ευρήματα τόσο στην πρώτη διάγνωση, όσο και στην τελική θεραπεία, 9 έτη αργότερα, ήταν ακριβώς τα ίδια, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση του ΑΕΟΟ. Η παρούσα περίπτωση είναι τυπική του ΑΕΟΟ, αναφορικά με τη θέση εμφάνισης, την ηλικία, τα κλινικά, τα ιστολογικά και τα ακτινολογικά χαρακτηριστικά. Η μοναδικότητά της έγκειται στο ότι αφήθηκε χωρίς θεραπεία για 10 έτη, γεγονός που με κάποιο τρόπο δείχνει και τη φυσική εξέλιξη του όγκου.

### 347. NON-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Χ. Κρασαδάκης<sup>1</sup>, Ε. Παραρά<sup>1</sup>, Σ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Κ. Μουρούζης<sup>1</sup>, Μ. Μεζίτης<sup>1</sup>, Χ. Ευτυχιάδης<sup>2</sup>, Ε. Μαχάιρα<sup>2</sup>, Γ. Ράλλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «ΚΑΤ», <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα non-Hodgkin λεμφώματα παρουσιάζουν ποικιλία κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων και εμφανίζουν επίσης διαβαθμίσεις σε επιθετικότητα και βαθμό κακοήθειας. Η πρώτη εκδήλωση με τη μορφή ενδοστοματικού όγκου ή έλκους είναι εξαιρετικά σπάνια, ενώ μπορεί να μιμείται άλλες βλάβες. Επιπρόσθετα, κατά το χρόνο εμφάνισης του ασθενούς, μπορεί η στοματική κοιλότητα να είναι η μοναδική εντόπιση λεμφώματος, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διάγνωσης. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των κλινικών ευρημάτων 2 ασθενών με non-Hodgkin λεμφώμα με εντόπιση στη στοματική κοιλότητα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Παρουσιάζονται δύο ασθενείς με πρώτη εντόπιση non-Hodgkin λεμφώματος στη στοματική κοιλότητα. Στον πρώτο ασθενή, ηλικίας 82 ετών, η βλάβη είχε κλινικούς χαρακτήρες φλεγμονώδους εξεργασίας των ούλων. Στη δεύτερη ασθενή, ηλικίας 68 ετών, εμφανίστηκε ως ανώδυνη ελκωτική διεργασία στη φατνιακή απόφυση της κάτω γνάθου αριστερά. Και οι δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε λήψη ιστοτεμαχίου για βιοψία και παθολογοανατομική εξέταση, που έθεσε τη διάγνωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εντόπιση non-Hodgkin λεμφώματος στη στοματική κοιλότητα έχει συνδεθεί με λοίμωξη από ιού, ανοσοκαταστολή στην οποία συμπεριλαμβάνεται το σύνδρομο ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η έγκαιρη διάγνωση προσφέρει τη δυνατότητα επαρκούς αντιμετώπισης και είναι κρίσιμη, ιδιαίτερα στις μορφές υψηλής κακοήθειας. Τονίζεται η σημασία της εξέτασης στην εύκολα προσβάσιμη στοματική κοιλότητα, κυρίως για ασθενείς με γενική συμπτωματολογία.

### 348. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΤΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΓΩΝΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Β. Μέγας<sup>1</sup>, Σ. Ζανάκης<sup>1</sup>, Φ. Ιωαννίδου<sup>1</sup>, Λ. Μέγας<sup>1</sup>, Ν. Ζώταλης<sup>1</sup>, Χ. Δενδρινός

<sup>1</sup>Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΓΝ «Ιπποκράτειο», <sup>2</sup>Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΓΝ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει κατηγορηματική απάντηση για την ανάγκη ή μη της προληπτικής αφαίρεσης των γομφίων που εμπλέκονται σε κατάγματα γωνίας της κάτω γνάθου. Πρόσφατα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η ελλιπής επούλωση, η οποία κατά το παρελθόν συσχετίστηκε με την παρουσία δοντιών στη γραμμή του κατάγματος, αποδίδεται κυρίως στην περιορισμένη χρήση αντιμικροβιακών παραγόντων κατά το παρελθόν, την καθυστερημένη παροχή ιατρικής φροντίδας και την εφαρμογή της ημίκαμπτης ακινητοποίησης ως μεθόδου θεραπείας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μια αναδρομική μελέτη, η οποία περιλαμβάνει το σύνολο των ασθενών οι οποίοι προσήλθαν στο Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών κατά τα έτη 2006-2011, σχεδιάστηκε για τον προσδιορισμό της σχέσης μεταξύ της παρουσίας ή απουσίας δοντιών στη γραμμή του κατάγματος και την επούλωση των καταγμάτων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία και η αίτια του κατάγματος. Τα δεδομένα προήλθαν από το αρχείο ασθενών του νοσοκομείου, το οποίο περιλάμβανε επίσης δεδομένα από τον κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο των ασθενών. Το δείγμα συμπεριέλαβε 112 ασθενείς με 121 κατάγματα. Για τη στατιστική αξιολόγηση της ύπαρξης ή μη συσχετίσεων εφαρμόστηκαν τα Chi-square test και Fisher's exact test.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Δεν προέκυψε καμία συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας γομφίων στη γραμμή του κατάγματος και της παρουσίας μετεχειρητικών επιπλοκών κατά την επούλωση του κατάγματος.

### 349. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Χέρας, Η. Γεωργόπουλος, Μ. Κουτρομπή, Α. Στεφανόπουλος  
 Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ναυπλίου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να μελετηθεί η συμμόρφωση των υπερτασικών ασθενών στη διαιτητική παρέμβαση με ολιγοθερμιδική και άναλο δίαιτα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 23 άτομα (15 άνδρες και 8 γυναίκες) με ιδιοπαθή ανεπίπλοκη αρτηριακή υπέρταση. Στους ασθενείς δόθηκε εξατομικευμένη ολιγοθερμιδική και άναλος δίαιτα χαμηλού περιεχομένου σε χοληστερόλη. Στόχος της άναλης διαιτητικής αγωγής ήταν η ελάττωση της τιμής του νατρίου των ούρων 24ώρου στα 2/3 περίπου της αρχικής προ της θεραπείας τιμής του. Στόχος της ολιγοθερμιδικής διαίτας ήταν η απώλεια 1 κιλού την εβδομάδα και εφόσον ο ΔΜΣ γινόταν.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το πρώτο εύρημα αυτής της μελέτης είναι το γεγονός ότι παρά τη συνεχιζόμενη διαιτητική παρέμβαση σε 15 άτομα (65% επί του συνόλου των ασθενών), μετά από την αρχική ρύθμιση της κατά το πρώτο έτος επανήλθε τελικά σε παθολογικά επίπεδα. Στα άτομα αυτά χορηγήθηκε επιπρόσθετη φαρμακευτική αγωγή, ενώ η δίαιτα συνεχίστηκε. Επιπλέον, σε τρεις άνδρες, παρά την υποχώρηση του σωματικού βάρους, α αρτηριακή πίεση σταθεροποιήθηκε σε επίπεδα λίγο υψηλότερα του θεωρούμενου φυσιολογικού, δηλαδή 140/90. Αυτή η έλλειψη ανταπόκρισης επιβεβαιώνει ότι και άλλοι παράγοντες, που δεν ελέγχθηκαν, συμμετέχουν στην παθογένεια της αρτηριακής πίεσης. Τελικά μόνο 5 άτομα (22%) τα οποία εξακολούθησαν να συμμορφώνονται στις διαιτητικές υποδείξεις, κατάφεραν να διατηρήσουν την αρτηριακή πίεση εντός των φυσιολογικών ορίων μετά από διάστημα 3 ετών. Η συμβολή της άναλης ολιγοθερμιδικής διαίτας στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης είναι αποτελεσματική για πολλούς ασθενείς αλλά για βραχύ χρονικό διάστημα όπως και για ολίγους επί μακρότερον.

### 350. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΕΦΡΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 49 ΕΤΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ

Μ. Γαβρά, Γ. Ευαγγέλου, Π. Βλασταράκος, Μ. Χέρτσουγκ, Ι. Τσαουσιδής, Χ. Μπαδήλας, Γ. Τζατζάγου

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΠΝ «Παπαγεωργίου»

Η αρτηριοσκλήρωση είναι από τα συχνά ενδοαυλικά αίτια της νεφραγγειακής υπέρτασης σε ποσοστό 75%. Η επίπτωση της ινομυωματώδους στένωσης είναι 25%, εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες και στις μισές από αυτές άμφω. Η διάγνωση γίνεται με λειτουργικές δοκιμασίες των νεφρών ή με τον έλεγχο της αιμάτωσης τους με απεικονιστικές μεθόδους.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Γυναίκα 49 ετών, καπνίστρια, με οξεία σημειολογία περιφερικής απόφραξης της αριστερής ιγνυακής αρτηρίας, εισήχθη στη χειρουργική κλινική του Νοσοκομείου μας και αντιμετωπίστηκε με αναληθτικά και προσταγλανδίνες ενδοφλέβια. Την τρίτη ημέρα της νοσηλείας της εμφανίσε υψηλή αρτηριακή πίεση 200/100 mm Hg και φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε φυσιολογική νεφρική λειτουργία και ηλεκτρολύτες, χωρίς δυσλιπιδαιμία και λευκωματουρία. Ο παράγοντας VIII ήταν αυξημένος αλλά δεν αξιολογήθηκε στην παρούσα φάση ως θρομβοφιλική διάθεση. Από τη λοιπή κλινική εξέταση δεν βρέθηκαν ειδικά παθολογικά ευρήματα. Ο έλεγχος της δραστηκότητας ρενίνης και αλδοστερόνης ορού ήταν παθολογικός, ενώ στο νεφρόγραμμα υπήρχε σημαντική διαφορά στην αιμάτωση του αριστερού νεφρού, με ποσοστό διαφοράς της συμμετοχής στη λειτουργία των δύο νεφρών της τάξεως του 70%. Από τον έλεγχο των αγγείων τα ευρήματα ήταν φυσιολογικά, πλην της πλήρους απόφραξης της αριστερής ιγνυακής και της μερικής απόφραξης της δεξιάς οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας. Ακολούθησε DSA αγγειογραφία νεφρών με ανάδειξη διάχυτα στενωμένης της λεπτοφυούς αριστερής νεφρικής αρτηρίας, χωρίς τη δυνατότητα ασφαλούς παρέμβασης. Έλαβε φαρμακευτική αγωγή με ανταγωνιστικά διαύλων ασβεστίου και β-αναστολέα με καλή ρύθμιση. Ένα χρόνο μετά η ασθενής ακρωτηριάστηκε λόγω γάγγραινας κάτωθεν του γόνατος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αρτηριοσκλήρωση γενικότερα αποτελεί ένδειξη νεφραγγειακής νόσου. Η ιδιαιτερότητα του περιστατικού έγκυται στο ότι η αρτηριοσκλήρωση εκδηλώθηκε με περιορισμένη αρτηριοπάθεια κάτω άκρου, την οποία ακολούθησε η νεφραγγειακή υπέρταση. Ο έλεγχος δευτεροπαθούς υπέρτασης κρίνεται λοιπόν σκόπιμος ακόμα και σε παρουσίαση μεμονωμένης περιφερικής βλάβης του αρτηριακού δικτύου σε νεαρά άτομα.

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

(Οι αριθμοί αντιστοιχούν στον αριθμό εργασίας του Τόμου)

ABRACHIM E .....	260	ΑΛΑΦΑΚΗ Ε.....	273, 284
AGNES M.....	98	ΑΛΒΑΝΟΥ Μ.....	97
CALENDER A.....	51	ΑΛΕΞΑΤΟΥ Ο.....	49
CHRISTAKIS GERASIMOS .....	172	ΑΛΕΞΙΟΥ Ζ.....	142, 143, 269
COSSET FL.....	4	ΑΛΕΞΙΟΥ Θ.....	27
DUPASQUIER S.....	51	ΑΛΕΞΙΟΥ Ι.....	27
FITZGIBBON J.....	172	ΑΛΕΞΙΟΥ Κ.....	171, 211, 212, 213
HATJIHARIS M.....	172	ΑΛΕΞΙΟΥ Ν.....	305
JUNG H.....	125	ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ Α.....	60, 61, 62, 63, 244
KAFCHITSAS K.....	26, 130	ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΣ Γ.....	100
KONOFAGOU E.....	67	ΑΛΟΪΖΟΣ Γ.....	162, 293, 302, 342
LI R.....	67	ΑΛΟΥΠΟΓΙΑΝΝΗΣ Κ.....	188
RIVIERE I.....	2	ΑΛΟΥΡΔΑ Φ.....	109, 110, 193
RUSSO C.....	67	ΑΜΑΝΕΤΟΠΟΥΛΟΥ Σ.....	163, 165, 166
SADELAIN M.....	2	ΑΜΠΑΖΗΣ Δ.....	15, 149
STAMATOYANNOPOULOS GERASIMOS .....	2	ΑΜΠΡΑΧΑΜΙΑΝ Α.....	310
VERHOEYEN E.....	4	ΑΝΑΓΝΟΥ ΝΠ.....	3, 4, 6, 182, 183, 184
<b>A</b>			
ΑΒΑΚΙΑΝ Ρ.....	289	ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	2, 5, 97
ΑΒΙΤΙΔΟΥ Ε.....	219	ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Δ.....	303
ΑΒΡΑΜΑΚΗΣ Γ.....	315	ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Χ.....	195, 196
ΑΓΑΠΗΤΟΣ Ε.....		ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	22
ΑΓΓΕΛΑΚΟΥ-ΒΑΪΤΣΗ Σ.....	164, 311, 322	ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Κ.....	38
ΑΓΓΕΛΗ Χ.....	168	ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ Γ.....	203
ΑΓΓΕΛΙΔΗ Α.....	9, 137, 180, 333	ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Χ.....	318, 319, 320
ΑΓΓΕΛΙΔΗ Μ.....	9, 180	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΕΔ.....	298
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Μ.....	3	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Ε.....	109, 110, 193, 223, 225, 245, 246
ΑΓΓΕΛΟΥ Ε.....	326	ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	153, 209, 273, 284
ΑΓΙΑΣΩΤΕΛΛΗ Δ.....	61, 62, 63, 244	ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Π.....	133
ΑΔΑΛΗΣ Ι.....	57	ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	10
ΑΔΑΜ Σ.....	160	ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Ζ.....	270
ΑΔΑΜΗΣ Γ.....	194	ΑΝΔΡΕΑΝΟΣ Β.....	323, 324
ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ Μ.....	155, 317, 343	ΑΝΔΡΕΑΝΟΣ Κ.....	323, 324
ΑΔΡΙΑΝΑΚΗΣ Ν.....	258	ΑΝΔΡΙΚΟΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Π.....	247
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Α.....	203	ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Π.....	76
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Π.....	158, 159, 161	ΑΝΔΡΟΝΑΣ Ν.....	111, 112, 113
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Σ.....	236, 347	ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗ Ε.....	28
ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Α.....	152, 207, 208	ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΣ Γ.....	72
ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	45	ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Χ.....	156
ΑΛΑΒΕΡΑΣ Α.....	228	ΑΝΤΩΝΙΟΥ Π.....	6
ΑΛΑΜΑΝΟΣ Ι.....	154	ΑΝΤΩΝΟΓΛΟΥ Δ.....	58, 127, 128, 304
		ΑΠΟΣΤΟΛΑΤΟΥ Α.....	89
		ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ Ο.....	59
		ΑΡΓΥΡΟΥ Α.....	7

ΑΡΕΤΑΙΟΥ Π .....	198, 216	ΒΙΔΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Α .....	132
ΑΡΜΠΙΡΟΣ Ι .....	205	ΒΙΤΖΗΛΑΙΟΣ Κ .....	318, 319, 320
ΑΡΜΥΡΟΣ Π .....	56	ΒΙΤΩΡΑΤΟΣ Ν .....	30, 31, 32, 181, 189, 190
ΑΡΝΟΓΙΑΝΝΑΚΗ Ν .....	10	ΒΛΑΣΗΣ Κ .....	129
ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ .....	298	ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ Π .....	350
ΑΣΜΑΝΙΔΗΣ Β .....	293	ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ Σ .....	91
ΑΣΤΡΙΤΗ Μ .....	194	ΒΛΑΧΑΔΗΣ Ν .....	30, 31, 32, 69, 75, 131, 181, 189, 190
ΑΣΩΝΙΤΗΣ Ε .....	223, 225, 245, 246	ΒΛΑΧΟΣ Ι .....	37, 39
ΑΤΣΑΒΕΣ Β .....	119	ΒΛΑΧΟΥ Α .....	91, 119, 182, 183, 184
ΑΥΓΕΡΙΝΟΥ Ι .....	153, 209	ΒΟΓΙΑΚΗ Σ .....	156
ΑΥΓΟΥΛΕΑ Μ .....	108	ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ ΕΔ .....	11
ΑΧΤΣΙΔΗΣ Β .....	325	ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ Λ .....	192
<b>Β</b>		ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ Ε .....	43
ΒΑΔΑΛΑ Χ .....	336, 339	ΒΟΠΗΣ Γ .....	280
ΒΑΔΙΚΟΛΙΑΣ Κ .....	50	ΒΟΣΚΑΡΙΔΟΥ Ε .....	3, 4
ΒΑΖΑΙΟΥ Α .....	201, 204, 307, 308	ΒΟΥΓΙΟΥΚΛΑΚΗ Χ .....	339
ΒΑΖΑΙΟΥ Ε .....	201, 204, 307, 308	ΒΟΥΛΓΑΡΗ Π .....	154
ΒΑΪΔΑΚΗΣ Δ .....	33, 187	ΒΟΥΤΣΑΣ Ι .....	10
ΒΑΙΚΟΥΣΗΣ Ε .....	325	ΒΡΑΧΝΗΣ Ν .....	30, 31, 32, 75, 181, 189, 190
ΒΑΪΛΑΣ Μ .....	215	ΒΡΕΚΟΣ Π .....	143
ΒΑΪΤΣΗΣ Ν .....	164, 311, 322	ΒΡΥΩΝΗ Γ .....	60, 107
ΒΑΚΟΣ Φ .....	7	ΒΡΥΩΝΗ Ι .....	149, 150, 151
ΒΑΚΡΟΥ Σ .....	334	<b>Γ</b>	
ΒΑΛΒΗ Σ .....	201, 204	ΓΑΒΑΝΑ Μ .....	154
ΒΑΛΚΙΜΑΔΗ Π .....	334	ΓΑΒΡΑ Μ .....	350
ΒΑΜΒΑΚΑΣ Π .....	126	ΓΑΚΙΟΠΟΥΛΟΥ Χ .....	119
ΒΑΝΤΑΡΑΚΗΣ Α .....	154	ΓΑΛΑΝΗ Λ .....	100
ΒΑΡΒΑΡΟΥΣΗ Γ .....	108	ΓΑΛΑΝΗ Δ .....	140, 297
ΒΑΡΘΑΛΗΣ Δ .....	106, 294	ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Λ .....	13, 17
ΒΑΣΙΛΑΚΗ Ν .....	83, 140, 290	ΓΑΛΗΝΟΣ Ι .....	162, 293, 342
ΒΑΣΙΛΑΚΗΣ Δ .....	106, 294	ΓΑΛΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Δ .....	68, 134
ΒΑΣΙΛΑΚΟΣ Ν .....	341	ΓΑΜΠΟΠΟΥΛΟΥ Ζ .....	133
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ Π .....	138, 139	ΓΑΡΓΑΛΙΑΝΟΣ-ΚΑΚΟΛΥΡΗΣ Π .....	194
ΒΑΣΙΛΙΕΒΑ Λ .....	61, 62, 63, 244	ΓΑΡΔΙΚΑΣ Ν .....	335
ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ Θ .....	106, 294	ΓΑΡΙΔΑΣ Γ .....	80, 85, 86
ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ Ι .....	12	ΓΑΡΟΥΦΑΛΙΑ Ζ .....	174
ΒΕΛΟΝΑΚΗΣ Ε .....	47	ΓΑΦΟΥ Α .....	7
ΒΕΛΟΝΑΚΗΣ Σ .....	320	ΓΕΜΕΛΙΑΡΗ Μ .....	237
ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ Δ .....	187	ΓΕΜΟΝΑΣ Γ .....	200
ΒΕΡΒΕΡΕΛΗ Χ .....	81, 82	ΓΕΡΑΚΑΡΗ Σ .....	144
ΒΕΡΓΑΔΗΣ Χ .....	215	ΓΕΡΑΚΙΑΝΑΚΗ Α .....	106, 294
ΒΕΡΓΟΥ Π .....	271, 278	ΓΕΡΟΠΑΠΑΣ Ε .....	289
ΒΕΡΔΗΣ Α .....	253, 257	ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Α .....	5
ΒΕΡΕΤΑΝΟΣ Χ .....	341	ΓΕΩΡΓΑΛΑ Π .....	292
ΒΕΡΝΑΔΟΥ Ν .....	329	ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ Ε .....	143
ΒΕΡΡΑ Χ .....	274, 275	ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Α .....	161

ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Γ .....	101, 102, 103	ΓΡΥΛΟΥ Ν .....	297
ΓΕΩΡΓΟΜΑΝΩΛΗ Μ.....	3, 4, 6	ΓΡΥΣΜΠΟΛΑΚΗ Ε .....	303
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Η.....	178, 224, 241, 299	ΓΥΦΤΟΠΟΥΛΟΥ Κ .....	273, 284
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Ν.....	126	ΓΩΓΟΣ Χ .....	298
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Σ .....	227		
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Η.....	349	<b>Δ</b>	
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Μ.....	7	ΔΑΓΡΕ Μ.....	14, 272, 277, 279
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Ο.....	120	ΔΑΔΟΥΣ Τ .....	314
ΓΙΑΓΑ Ε.....	219	ΔΑΪΚΟΣ Γ .....	291
ΓΙΑΓΚΙΝΗΣ Κ.....	49, 50	ΔΑΜΑΣΚΟΣ Χ .....	173, 174, 175, 288
ΓΙΑΓΤΖΟΓΛΟΥ Ι.....	144, 332, 337	ΔΑΜΙΑΝΑΚΗ Μ .....	83
ΓΙΑΚΗΣ Ν .....	90	ΔΑΜΙΑΝΟΥ Ε .....	156
ΓΙΑΚΟΥΜΕΤΤΗΣ Δ.....	195	ΔΑΝΔΟΥΛΑΚΗ Κ.....	238
ΓΙΑΛΕΔΑΚΗ Π.....	234	ΔΑΝΔΟΥΛΑΚΗΣ Μ.....	232, 234, 235, 237, 238, 240
ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΥ Ε.....	100, 296	ΔΑΝΙΗΛΙΔΗΣ Α.....	8
ΓΙΑΜΒΡΙΑΣ Λ.....	179, 221, 222	ΔΑΦΟΥΛΑΣ Γ .....	291
ΓΙΑΝΝΑΚΗ Ε .....	2, 5, 97	ΔΕΔΕ Ι.....	205
ΓΙΑΝΝΑΚΗ Ε .....	2, 5	ΔΕΛΗΜΠΑΣΗ Σ.....	270
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Κ .....	98	ΔΕΛΛΑΤΟΛΑ Β.....	23
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Χ .....	149, 151	ΔΕΝΑΞΑ Μ .....	180
ΓΙΑΝΝΑΤΟΣ Ε .....	341	ΔΕΝΔΗ Α.....	133
ΓΙΑΝΝΗ Α .....	36	ΔΕΝΔΡΙΝΟΣ Ι.....	99, 101, 102, 103, 281, 283
ΓΙΑΝΝΗΣ Γ.....	111, 112, 113	ΔΕΝΔΡΙΝΟΣ Χ .....	309, 346, 348
ΓΙΑΝΝΙΑΣ Γ .....	83, 85, 86, 315	ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗ Θ.....	80, 83, 85, 86, 315
ΓΙΑΝΝΙΤΣΙΩΤΗ Ε.....	105	ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ Α.....	80
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	46, 312	ΔΕΤΣΙΚΑ Μ.....	119
ΓΙΔΑΡΑΚΟΣ Ν .....	81	ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ .....	77, 249, 251, 255
ΓΙΟΒΑΝΗΣ Σ .....	56	ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Γ .....	321
ΓΚΑΤΖΙΩΛΗΣ Β .....	168	ΔΗΜΗΤΡΕΛΛΟΣ Ε.....	327, 329
ΓΚΕΚΑ Μ .....	123, 124, 321	ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ Γ .....	12
ΓΚΙΝΟΣ Χ .....	162, 342	ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ Ε .....	207, 208
ΓΚΟΥΜΑ Α.....	220	ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Β.....	273
ΓΚΟΥΝΤΗΣ Α.....	2	ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΗΣ Δ.....	175, 288
ΓΚΡΕΤΣΗ Ε.....	49	ΔΗΜΟΓΕΡΟΝΤΑΣ Γ.....	53, 248, 267, 268, 344
ΓΚΡΙΝΙΑΤΣΟΣ Ι.....	215	ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Ι.....	217
ΓΛΥΝΑΤΣΗΣ Μ .....	179, 221, 222	ΔΗΜΟΥΛΑ Α.....	330
ΓΟΓΓΑΚΗ Σ .....	331, 338, 340	ΔΗΜΠΑΛΗ Μ.....	105
ΓΟΓΟΛΑΣ Β.....	269	ΔΙΑΚΟΝΙΚΟΛΑ Δ .....	109
ΓΟΛΕΓΟΥ Σ.....	15	ΔΙΑΜΑΝΤΑΤΟΥ Σ .....	58, 127, 304
ΓΟΛΕΜΑΤΗ Σ.....	67	ΔΙΑΜΑΝΤΗ Β.....	274, 275
ΓΟΥΝΑΡΗ Ε .....	8	ΔΙΑΜΑΝΤΙΔΗ Κ .....	228
ΓΡΑΒΑΝΗΣ Μ.....	156	ΔΟΛΙΑΝΙΤΗ Μ .....	306
ΓΡΑΙΚΑΣ Ν .....	135	ΔΟΡΥΦΟΡΟΥ Ο .....	81
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΚΗΣ Ι.....	33, 34, 185, 187, 188	ΔΟΥΛΑΜΗΣ Η.....	39
ΓΡΑΤΣΙΑ Β .....	63	ΔΟΥΛΓΚΕΡΗΣ Χ.....	57
ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ Κ.....	313	ΔΟΥΜΑΣ Ι.....	51, 123, 124
ΓΡΙΒΑΣ ΘΒ.....	129	ΔΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε .....	3, 4, 6
ΓΡΙΒΟΥ Κ .....	160		

ΔΡΙΚΟΣ Α.....	335
ΔΡΙΚΟΣ Ι.....	171, 211, 212, 213
ΔΡΟΓΚΑΡΗ-ΑΠΕΙΡΑΝΘΙΤΟΥ Μ.....	104
ΔΡΟΣΟΣ Γ.....	291
ΔΩΝΟΥ Α.....	43, 44

**Ε**

ΕΚΚΛΗΣΙΑΡΧΟΣ Δ.....	314
ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ Α.....	235, 240
ΕΛΙΣΑΦ Μ.....	40, 93, 94, 95, 96
ΕΡΩΤΟΚΡΙΤΟΥ Γ.....	56, 242, 328
ΕΥΑΓΓΕΛΑΤΟΣ Σ.....	155, 317, 343
ΕΥΑΓΓΕΛΙΝΕΛΗΣ Π.....	285
ΕΥΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	136
ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Α.....	336
ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ.....	350
ΕΥΔΩΡΙΔΗΣ Κ.....	313
ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ Ζ.....	289
ΕΥΣΤΡΑΤΙΑΔΟΥ Ε.....	137, 231, 295, 333
ΕΥΤΑΞΙΑΣ Ν.....	141
ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Χ.....	345, 347
ΕΦΟΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ.....	108

**Ζ**

ΖΑΒΡΑΔΙΝΟΣ Δ.....	287, 289
ΖΑΒΡΑΣ Ν.....	173
ΖΑΓΚΛΑΒΗΡΑ Π.....	286
ΖΑΓΚΟΣ Ι.....	147
ΖΑΜΠΑΥΤΗΣ Χ.....	219
ΖΑΝΑΚΗΣ Σ.....	198, 216, 309, 346, 348
ΖΑΡΒΟΥ Ε.....	340
ΖΑΡΟΓΙΑΝΝΗ Ε.....	331
ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ.....	91
ΖΑΧΑΡΗ Ν.....	169, 170, 214
ΖΑΧΑΡΗΣ Γ.....	169, 170, 193, 214
ΖΑΧΑΡΙΑ Ε.....	105
ΖΑΧΑΡΙΑΔΗ Ε.....	341
ΖΕΚΙΟΣ Κ.....	315
ΖΕΡΒΟΥ Φ.....	2
ΖΗΣΗΣ Κ.....	58, 266
ΖΟΥΛΙΑΣ Ε.....	156
ΖΩΓΡΑΦΟΣ Γ.....	90
ΖΩΓΡΑΦΟΣ ΓΝ.....	168
ΖΩΙΔΑΚΗΣ Ι.....	1419, 182, 183, 184
ΖΩΤΑΛΗΣ Ν.....	198, 216, 309, 346, 348

**Η**

ΗΛΙΑΔΗΣ Χ.....	260
ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Κ.....	142
ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ Σ.....	42

**Θ**

ΘΑΛΑΣΣΙΝΟΣ Ε.....	140, 297
ΘΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Ι.....	180
ΘΑΝΟΣ Λ.....	87, 88, 145
ΘΑΝΟΥ Ι.....	87, 88, 145
ΘΕΟΔΟΣΙΑΔΗΣ Π.....	325
ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ Β.....	234
ΘΕΟΔΟΥΛΟΥ Δ.....	153, 209
ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	275
ΘΕΟΔΩΡΕΛΟΥ Ρ.....	91
ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ Π.....	42
ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	338
ΘΕΟΔΩΡΟΥ Δ.....	90
ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ.....	21, 229, 230
ΘΗΡΑΙΟΣ Ε.....	66, 232, 247

**Ι**

ΙΒΡΟΣ Ν.....	126
ΙΕΡΑΠΕΤΡΙΤΑΚΗΣ Ε.....	211, 212
ΙΕΡΩΝΥΜΑΚΗ Α.....	282
ΙΣΑΑΚΙΔΟΥ Ε.....	65
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Α.....	171, 211, 212, 213
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Π.....	210
ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Φ.....	309, 346, 348
ΙΩΑΝΝΟΥ Α.....	305

**Κ**

ΚΑΒΒΑΘΑ Α.....	318, 320
ΚΑΓΙΑ Α.....	89
ΚΑΓΙΑΣ Δ.....	265
ΚΑΖΑΤΖΗ Α.....	16
ΚΑΪΑΦΑΣ Α.....	66
ΚΑΚΚΑΣ Ι.....	270
ΚΑΚΛΑΜΑΝΟΣ Ι.....	176, 310
ΚΑΚΟΥΛΑΣ Χ.....	11
ΚΑΚΟΥΡΗΣ Γ.....	274, 275
ΚΑΚΟΥΡΟΥ Α.....	166
ΚΑΛΑΓΙΑΚΟΥ Ε.....	328
ΚΑΛΑΝΤΖΗ Σ.....	41, 45, 226, 300, 310

ΚΑΛΑΦΑΤΗ Μ .....	90	ΚΑΡΑΜΠΑΤΣΑΚΗ Ε .....	194
ΚΑΛΔΑΡΑ Ε .....	28, 141	ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ Σ .....	11
ΚΑΛΗΜΕΡΗΣ Α .....	273	ΚΑΡΑΝΑΣΙΟΣ Π .....	274
ΚΑΛΙΟΤΖΟΓΛΟΥ Α .....	109, 110, 193	ΚΑΡΑΝΙΚΑΣ Χ .....	66, 247
ΚΑΛΛΕΣ Β .....	126, 176	ΚΑΡΑΟΛΙΑ Μ .....	226
ΚΑΛΛΙΜΩΡΟΥ Ε .....	203	ΚΑΡΑΟΥΛΑΝΗ Θ .....	21, 25, 64, 163, 165, 166, 229, 230, 243
ΚΑΛΟΓΗΡΟΣ Α .....	155, 162, 293, 302, 342, 343	ΚΑΡΑΠΙΠΕΡΗΣ Γ .....	136, 147, 148
ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΙΔΗΣ Π .....	97	ΚΑΡΑΤΑΠΑΝΗΣ Σ .....	109, 110, 193, 223, 225, 227, 245, 246
ΚΑΛΥΒΑ Ν .....	26, 130	ΚΑΡΑΤΖΑ Χ .....	326
ΚΑΛΥΒΑΣ Α .....	196	ΚΑΡΑΤΖΑΣ Α .....	220
ΚΑΛΩΣΤΟΥ Α .....	306	ΚΑΡΑΤΖΑΣ Θ .....	35, 73
ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ Α .....	137	ΚΑΡΑΤΖΑΣ Κ .....	300
ΚΑΜΠΟΣ Ε .....	103	ΚΑΡΑΤΖΙΔΟΥ Κ .....	157
ΚΑΝΑΒΙΔΗΣ Π .....	136	ΚΑΡΑΦΑΚΗΣ Π .....	80
ΚΑΝΑΚΑΡΗΣ Χ .....	284	ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ Κ .....	298
ΚΑΝΕΛΙΑΣ Ν .....	333	ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ Σ .....	16
ΚΑΝΕΛΜΑΚΗ Σ .....	105	ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΥ Ι .....	152, 208
ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ Π .....	99, 103	ΚΑΡΑΧΑΝΙΔΗ Μ .....	26, 130
ΚΑΝΕΛΜΟΥ Α .....	48	ΚΑΡΑΧΡΗΣΤΟΥ Χ .....	292
ΚΑΝΕΛΟΥ Μ .....	235, 240	ΚΑΡΓΑΔΟΥΡΗ Α .....	282
ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ Ι .....	314	ΚΑΡΔΑΡΑ Μ .....	46, 312
ΚΑΝΤΑΣ Ν .....	320	ΚΑΡΚΟΥΛΙΑΣ Κ .....	19, 20
ΚΑΝΤΖΑΝΟΥ Μ .....	154	ΚΑΡΟΥΜΠΑΛΗΣ Ι .....	51
ΚΑΠΑΝΤΑΗΣ Ε .....	310	ΚΑΡΠΟΝΗ Γ .....	2, 5, 97
ΚΑΠΑΡΟΣ Γ .....	30, 31, 32, 181, 189, 190	ΚΑΡΡΕΡ Π .....	33, 187
ΚΑΠΑΤΑΝΗΣ Α .....	21, 25, 64, 163, 165, 166, 229, 230, 243	ΚΑΡΥΑΚΑΤΖΗΣ Θ .....	89
ΚΑΠΕΛΙΟΣ Χ .....	45, 84	ΚΑΡΥΩΤΗ Α .....	258
ΚΑΠΕΛΛΟΣ Γ .....	327, 329	ΚΑΣΚΑΦΕΤΟΥ Σ .....	154
ΚΑΠΡΑΛΟΣ Σ .....	274	ΚΑΣΣΑΒΗΤΑ Δ .....	48
ΚΑΡΑΒΑΓΓΕΛΗΣ Χ .....	282	ΚΑΤΙΝΑΚΗΣ Σ .....	201, 204
ΚΑΡΑΒΕΛΑΚΗΣ Μ .....	83, 85	ΚΑΤΣΑΒΟΥΝΗ Χ .....	158, 159
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΑΚΗ Α .....	164, 322	ΚΑΤΣΑΟΥΝΗΣ Δ .....	210
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Μ .....	242	ΚΑΤΣΑΡΑ Κ .....	141
ΚΑΡΑΓΙΟΒΑΝΑΚΗ Σ .....	79	ΚΑΤΣΑΡΑΓΑΚΗΣ Σ .....	90
ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΑΣ Δ .....	282	ΚΑΤΣΑΡΑΣ Μ .....	55, 153, 209
ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΗ Ι .....	223, 225, 246	ΚΑΤΣΙΚΑΣ Γ .....	336
ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗ Ν .....	144	ΚΑΤΣΙΛΑ Θ .....	23
ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗ Β .....	23	ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ Ν .....	39
ΚΑΡΑΘΑΝΟΣ Β .....	36	ΚΑΤΣΙΛΗΣ Ν .....	109, 110, 193,, 245
ΚΑΡΑΪΣΚΟΣ Η .....	100	ΚΑΤΣΟΥΛΙΕΡΗΣ Η .....	92
ΚΑΡΑΙΣΚΟΥ Α .....	296	ΚΑΥΧΙΤΣΑΣ Κ .....	150
ΚΑΡΑΚΩΝΣΤΑΝΤΗΣ Σ .....	290	ΚΑΦΑΡΑΚΗΣ Π .....	85
ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ Α .....	154	ΚΑΦΕ Ε .....	91
ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ Γ .....	84, 291, 310	ΚΑΨΑΛΑΚΗΣ Γ .....	231, 235, 295, 333
ΚΑΡΑΜΑΝΛΗ Κ .....	21, 25, 229, 230	ΚΑΨΑΜΠΕΛΗΣ Π .....	9
ΚΑΡΑΜΑΝΟΥ Κ .....	99, 101, 102, 103	ΚΑΨΙΜΑΛΗ Β .....	107
ΚΑΡΑΜΙΓΚΟΥ Ζ .....	286	ΚΕΜΠΑΓΗΣ Α .....	303
ΚΑΡΑΜΟΥΖΗΣ Μ .....	120	ΚΕΡΑΜΙΔΑΣ Α .....	138, 139



ΚΕΡΕΖΟΥΔΗ Ε.....	192	ΚΟΣΤΑΓΙΟΛΑΣ Π.....	41
ΚΕΤΙΚΟΓΛΟΥ Ι.....	244	ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΣ Σ.....	162, 302
ΚΕΦΑΛΙΔΗ Ε.....	65	ΚΟΤΣΑΛΗ Σ.....	280
ΚΕΦΑΛΟΥ Ε.....	210	ΚΟΤΣΙΡΑΣ Ι.....	91
ΚΕΧΑΓΙΑΣ Β.....	129	ΚΟΥΒΕΛΑΣ Ν.....	81, 82
ΚΕΧΑΓΙΟΓΛΟΥ Ι.....	82	ΚΟΥΒΕΛΕΤΣΟΥ ΜΑΡΙΝΑ.....	288
ΚΙΚΑΣ Ν.....	169, 170, 214	ΚΟΥΒΕΛΟΥ Ε.....	146, 206
ΚΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ.....	125	ΚΟΥΚΗ Α.....	43
ΚΙΤΝΑ Α.....	21, 25, 163, 165, 166, 229, 230	ΚΟΥΚΙΟΣ Κ.....	47
ΚΙΤΤΟΥ Ν.....	63	ΚΟΥΚΟΥΔΑ Μ.....	235, 240
ΚΛΕΙΣΙΑΡΗΣ Χ.....	260	ΚΟΥΚΟΥΛΑΡΗΣ Π.....	317
ΚΛΟΥΡΑΣ Ε.....	93, 94, 95, 96	ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΣ Κ.....	258
ΚΟΖΑΝΙΔΟΥ Ε.....	325	ΚΟΥΛΙΑΤΣΗΣ Γ.....	54
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Α.....	84, 291	ΚΟΥΜΑΔΩΡΑΚΗ Ε.....	1
ΚΟΚΜΟΤΟΣ Α.....	139	ΚΟΥΜΕΛΛΗ Α.....	331
ΚΟΚΟΛΑΚΗ Α.....	46, 312	ΚΟΥΜΙΩΤΑΚΗ Σ.....	106, 294
ΚΟΛΕΝΤΙΝΗ Χ.....	24, 121	ΚΟΥΝΑΔΗ Ε.....	155, 343
ΚΟΛΙΑΚΟΣ Γ.....	8	ΚΟΥΝΑΛΗΣ Ε.....	86
ΚΟΛΙΑΚΟΣ Ν.....	217	ΚΟΥΝΔΟΥΡΟΣ Φ.....	180
ΚΟΛΙΑΚΟΥ Η.....	8	ΚΟΥΝΟΥΚΛΑΣ Κ.....	338
ΚΟΛΙΑΝΤΖΑΚΗ Σ.....	77, 249, 251, 255	ΚΟΥΠΕΤΩΡΗ Μ.....	155, 317, 343
ΚΟΛΙΟΥ Θ.....	60	ΚΟΥΡΑΚΛΗΣ Γ.....	35, 167, 173, 174, 175
ΚΟΛΛΙΑΣ Π.....	46, 312	ΚΟΥΡΕΛΗ Α.....	14, 272, 277, 279
ΚΟΛΟΝΙΤΣΙΟΥ Φ.....	298	ΚΟΥΡΗΣ Ν.....	220
ΚΟΛΥΒΑΣ Γ.....	52	ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ Λ.....	258, 260
ΚΟΛΥΒΟΔΙΑΚΟΥ Μ.....	26, 130	ΚΟΥΡΟΥ Κ.....	50
ΚΟΜΙΤΟΠΟΥΛΟΣ Ν.....	28, 141	ΚΟΥΡΟΥΤΟΥ Π.....	305
ΚΟΝΤΑΞΗ Σ.....	69	ΚΟΥΣΑΙΤΗ Σ.....	49
ΚΟΝΤΑΞΟΠΟΥΛΟΥ Δ.....	113	ΚΟΥΣΙΣΗΣ Σ.....	48
ΚΟΝΤΖΟΓΛΟΥ Κ.....	167	ΚΟΥΣΚΟΥΝΗ Ε.....	30, 31, 32, 181, 189, 190
ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Σ.....	34	ΚΟΥΤΟΥΠΗΣ Α.....	128
ΚΟΝΤΟΚΩΣΤΑΣ Κ.....	192	ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΗ Μ.....	178, 224, 241, 299, 349
ΚΟΝΤΟΡΑΒΔΗΣ Ν.....	218	ΚΟΥΤΣΙΛΙΕΡΗΣ Μ.....	35
ΚΟΝΤΟΣ Μ.....	120	ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ Κ.....	26, 130
ΚΟΝΤΟΣΤΑΘΗ Γ.....	182, 183, 184	ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΟΥ Μ.....	13, 17,
ΚΟΠΑΝΑΚΗΣ Κ.....	217	ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΟΥ Π.....	13, 17
ΚΟΡΑΚΑΚΗΣ Γ.....	28	ΚΟΥΤΣΟΔΗΜΟΥ Π.....	85
ΚΟΡΔΑΝΟΥΛΗ Ο.....	55	ΚΟΥΤΣΟΣΤΑΘΗΣ Ε.....	331, 338, 340
ΚΟΡΔΙΝΑΣ Β.....	59	ΚΟΥΤΣΟΥΒΕΛΗΣ Ι.....	339
ΚΟΡΚΟΚΙΟΣ Π.....	318, 320	ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΣ Ν.....	142
ΚΟΡΚΟΚΙΟΣ Π.....	320	ΚΟΥΤΣΟΥΡΕΛΑΚΗ Μ.....	14, 272, 277, 279
ΚΟΡΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Π.....	22, 173	ΚΟΥΦΟΓΙΑΝΝΗ Α.....	140, 297
ΚΟΡΜΑΛΗ Λ.....	11	ΚΟΥΦΟΠΟΥΛΟΥ Π.....	58, 127, 128, 304
ΚΟΡΟΣ Χ.....	114	ΚΡΑΝΙΔΙΩΤΗΣ Γ.....	137, 231, 295, 333
ΚΟΡΟΥ ΛΜ.....	29, 37, 39	ΚΡΑΣΑΔΑΚΗΣ Χ.....	236, 345, 347
ΚΟΡΦΙΑΣ Σ.....	195, 196	ΚΡΗΤΙΚΟΣ Π.....	329
ΚΟΡΩΝΑΙΟΣ Α.....	168	ΚΡΙΚΙΔΗΣ Δ.....	314
ΚΟΣΜΙΔΗΣ Ι.....	65	ΚΥΜΙΩΝΗ Α.....	58, 127, 304

ΚΥΡΙΑΖΑΝΟΣ Ι.....	126
ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Σ.....	138
ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Γ.....	318, 319
ΚΥΡΙΑΚΟΥ Φ.....	56
ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	147, 148
ΚΥΡΠΙΖΙΔΗΣ Χ.....	314
ΚΩΜΑΙΤΗΣ Σ.....	195
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Κ.....	220
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Ε.....	171
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Α.....	19, 20
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ι.....	292
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	122
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Κ.....	3
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Π.....	36, 37, 39
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Γ.....	152, 208
ΚΩΣΤΑΚΗΣ Ι.....	173, 174, 175
ΚΩΣΤΑΡΑΣ Κ.....	12
ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ-ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Ι.....	158, 159, 161
ΚΩΤΑΚΟΣ Χ.....	82
ΚΩΤΣΑΚΗΣ Σ.....	98
ΚΩΤΣΑΚΗΣ ΣΔ.....	11

**Λ**

ΛΑΒΑΝΤ Λ.....	219
ΛΑΒΡΑΝΟΥ Ε.....	305
ΛΑΓΚΩΝΑ Ε.....	203
ΛΑΓΟΥΣΑΚΟΥ Γ.....	108
ΛΑΔΟΓΙΑΝΝΗ ΜΕ.....	42
ΛΑΖΑΡΗΣ Α.....	345
ΛΑΪΝΑ Α.....	123, 124
ΛΑΜΠΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	289
ΛΑΜΠΡΙΑΝΟΥ Φ.....	245
ΛΑΜΠΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗΣ Ε.....	80
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Χ.....	147
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ.....	98
ΛΕΚΚΑΚΟΥ Δ.....	203, 292
ΛΕΚΚΟΥ Α.....	298
ΛΙΑΚΑΚΟΣ Θ.....	215
ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	296
ΛΙΑΛΙΟΣ Γ.....	68, 134
ΛΙΑΝΟΣ Η.....	119
ΛΙΑΝΟΣ Ι.....	340
ΛΙΑΠΗ Γ.....	305
ΛΙΑΠΗ Σ.....	43
ΛΙΑΠΗΣ Ι.....	109, 110, 193
ΛΙΑΣΚΟΣ Χ.....	68
ΛΙΑΣΚΩΝΗ Α.....	18

ΛΙΑΣΚΩΝΗΣ Κ.....	18
ΛΙΑΤΗΣ Σ.....	45, 84, 301, 310
ΛΙΒΕΡΑΖΑ Α.....	15, 150
ΛΙΝΑΡΔΟΥ Λ.....	156
ΛΙΟΝΤΟΣ Α.....	93
ΛΙΟΣΗ Β.....	38
ΛΙΟΤΣΗ Χ.....	52, 285
ΛΙΟΥΠΑ Α.....	247
ΛΟΪΖΟΣ Γ.....	137, 231, 295, 333
ΛΟΥΗΣ Κ.....	65
ΛΟΥΚΑ Ε.....	142
ΛΟΥΚΑ ΕΣ.....	269
ΛΟΥΠΑ Χ.....	43, 44, 321
ΛΥΓΗΡΟΥ Β.....	119, 182, 183, 184
ΛΥΔΑΚΗΣ Χ.....	297
ΛΥΚΟΥΣΗ Σ.....	55
ΛΥΜΠΕΡΗ Σ.....	286
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε.....	93, 94, 95, 96
ΛΥΡΙΤΗΣ Γ.....	69, 131
ΛΥΤΡΙΒΗ Δ.....	201, 204, 307, 308

**Μ**

ΜΑΖΑΡΗΣ Σ.....	123, 124
ΜΑΘΑΣ Χ.....	55, 191
ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗΣ Α.....	136
ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗΣ Γ.....	136
ΜΑΪΚΑΝΤΗΣ Γ.....	155, 317, 343
ΜΑΚΙΝΑ Α.....	142, 269, 296
ΜΑΚΡΗΣ Γ.....	287
ΜΑΚΡΙΔΗ Ε.....	87, 88, 145
ΜΑΚΡΥΔΑΚΗΣ Μ.....	182, 184
ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ Κ.....	41, 47
ΜΑΛΑΜΑΤΙΝΑ Ε.....	238
ΜΑΝΑΤΑΚΗΣ Δ.....	126
ΜΑΝΕΤΤΑΣ Β.....	204
ΜΑΝΗ Η.....	61, 63
ΜΑΝΙΣΑΛΗ Α.....	219
ΜΑΝΤΑΣ Δ.....	175
ΜΑΝΤΖΩΡΟΥ Σ.....	327
ΜΑΝΤΙΟΣ Γ.....	157
ΜΑΝΩΝΑ Α.....	214
ΜΑΡΑΘΩΝΙΤΗΣ Γ.....	43, 44
ΜΑΡΓΕΤΑΚΗ Κ.....	154
ΜΑΡΗ Α.....	339
ΜΑΡΙΑΣ Μ.....	109, 110, 193, 245
ΜΑΡΙΑΤΟΣ Π.....	99, 101, 102,
ΜΑΡΙΝΕΛΗ Φ.....	331, 338, 340

ΜΑΡΙΝΗΣ Μ .....	317	ΜΙΤΖΕΛΟΣ Β .....	144
ΜΑΡΙΝΟΣ Λ .....	269	ΜΙΧΑΗΛ Σ .....	226
ΜΑΡΙΟΛΗΣ Η .....	60	ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Μ .....	177, 186
ΜΑΡΙΟΛΗΣ-ΣΑΨΑΚΟΣ Θ .....	176	ΜΙΧΑΛΟΛΙΑΚΟΥ Χ .....	303
ΜΑΡΚΑΚΗΣ Ε .....	38	ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Π .....	143
ΜΑΡΚΕΑΣ Ν .....	253, 257	ΜΙΧΑΣ Γ .....	313
ΜΑΡΤΑΚΗ Π .....	89	ΜΙΧΑΣ Κ .....	129
ΜΑΣΟΥΡΑ Π .....	280	ΜΙΧΕΛΑΚΑΚΗ Μ .....	106, 294
ΜΑΣΤΑΚΟΥΡΑ Γ .....	52, 285	ΜΟΝΙΟΣ Α .....	260
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ Γ .....	39	ΜΟΡΑΡΗ Α .....	50
ΜΑΣΤΡΟΛΕΩΝ Ι .....	37	ΜΟΣΤΡΑΤΟΥ Ε .....	331, 338, 340
ΜΑΤΖΑΡΟΓΛΟΥ Χ .....	26, 130	ΜΟΣΧΟΠΟΥΛΟΣ Θ .....	294
ΜΑΤΤΕ Μ .....	47	ΜΟΣΧΟΦΙΔΟΥ ΜΠ .....	58, 127, 304
ΜΑΥΡΙΔΗΣ Γ .....	138, 139	ΜΟΥΡΙΚΗΣ Σ .....	26, 130
ΜΑΥΡΙΔΗΣ Ι .....	239	ΜΟΥΡΟΥΖΗΣ Κ .....	236, 347
ΜΑΥΡΙΔΟΥ Ε .....	98	ΜΟΥΣΑΦΕΙΡΗΣ Β .....	26, 130
ΜΑΥΡΟΕΙΔΗ Α .....	55, 191	ΜΟΥΣΟΥΛΗΣ Γ .....	52, 285
ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ Ρ .....	133	ΜΟΥΣΣΑΣ Ν .....	100
ΜΑΥΡΟΥΛΗ Μ .....	107, 281, 283	ΜΟΥΤΑΦΗ Μ .....	87, 88, 145
ΜΑΧΑΙΡΑ Ε .....	347	ΜΟΥΤΕΒΕΛΗΣ Β .....	84
ΜΑΧΑΙΡΑ Λ .....	10	ΜΠΑΔΗΛΑΣ Χ .....	350
ΜΑΧΑΙΡΑΣ Γ .....	133	ΜΠΑΖΙΑΚΑ Φ .....	100
ΜΑΧΑΙΡΑΣ Α .....	217	ΜΠΑΖΙΝΑΣ Δ .....	201
ΜΑΧΑΙΡΑΣ Ν .....	174	ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ Π .....	16
ΜΕΓΑΣ Β .....	198, 216, 309, 346, 348	ΜΠΑΚΑΛΗ Μ .....	273, 184
ΜΕΓΑΣ Λ .....	198, 216, 309, 346, 348	ΜΠΑΛΑΣΚΑ Δ .....	53, 248, 267, 344
ΜΕΓΡΕΜΗ Α .....	202	ΜΠΑΛΑΣΜΑ Δ .....	268
ΜΕΖΙΤΗΣ Μ .....	236, 347	ΜΠΑΛΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Α .....	23
ΜΕΪΔΑΝΗΣ Χ .....	168	ΜΠΑΛΑΤΣΟΣ Β .....	51
ΜΕΛΑΣ Δ .....	147, 148	ΜΠΑΛΙΤΣΑΡΗΣ Ε .....	147, 148
ΜΕΛΕΤΗΣ Γ .....	106, 294	ΜΠΑΛΛΑΣΗΣ Κ .....	302
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α .....	38, 137, 231, 295, 333	ΜΠΑΛΤΑΓΙΑΝΝΗΣ Ν .....	303
ΜΕΛΙΟΥ Μ .....	239	ΜΠΑΜΠΑΛΗ Β .....	38
ΜΕΛΛΙΟΣ Α .....	22	ΜΠΑΝΤΗ Θ .....	158, 159
ΜΕΝΔΡΙΝΟΥ Ε .....	280	ΜΠΑΝΤΟΛΑΣ Γ .....	18
ΜΕΝΟΥΔΑΚΟΥ Γ .....	66	ΜΠΑΞΕΒΑΝΗΣ Κ .....	10
ΜΕΡΑΚΟΥ Ε .....	234	ΜΠΑΡΚΑΣ Φ .....	40, 93, 94, 95, 96
ΜΕΡΚΟΥΡΗ-ΠΑΠΑΔΗΜΑ Ε .....	23	ΜΠΑΡΚΟΛΙΑΣ Χ .....	126
ΜΕΡΜΕΛΕΚΑΣ Γ .....	182	ΜΠΑΣΑΝΟΥ Ε .....	306
ΜΕΣΣΑΡΗΣ Δ .....	57	ΜΠΑΤΑΚΗΣ Δ .....	58, 127, 266, 304
ΜΗΛΑΚΗ Κ .....	140, 297	ΜΠΑΤΣΗΣ Ι .....	97
ΜΗΛΙΩΝΗΣ Χ .....	40	ΜΠΕΘΑΝΗ Δ .....	211, 212, 213
ΜΗΛΙΩΤΗΣ Γ .....	98	ΜΠΕΛΗ Α .....	16
ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ .....	23	ΜΠΕΛΟΓΙΑΝΝΗ Ι .....	292
ΜΗΤΣΟΚΑΛΗΣ Κ .....	335	ΜΠΕΝΑΡΔΗΣ Ε .....	336
ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Β .....	34	ΜΠΕΡΑΤΗΣ Ι .....	111, 112, 113, 114
ΜΙΓΚΛΗ Κ .....	34, 176, 185, 187, 188	ΜΠΕΣΙΡΗ Π .....	288
ΜΙΝΤΖΙΑΣ Δ .....	339	ΜΠΙΛΗΣ Α .....	137, 231, 295

ΜΠΙΛΛΗ Ε.....	26, 130
ΜΠΙΛΛΗΡΗΣ Α.....	66
ΜΠΙΝΙΑΡΗ Θ.....	16
ΜΠΙΤΣΩΡΗ Ζ.....	53, 248, 267, 268, 344
ΜΠΛΕΤΣΑ Ε.....	59
ΜΠΛΕΥΡΑΚΗΣ Ε.....	205
ΜΠΟΛΑΝΗΣ Π.....	271, 278
ΜΠΟΛΑΝΟΣ Ν.....	303
ΜΠΟΜΠΕΤΣΗ Γ.....	210
ΜΠΟΜΠΟΤΑΣ Κ.....	200
ΜΠΟΝΑΚΗΣ Α.....	112
ΜΠΟΤΣΑ Ε.....	87, 88, 145
ΜΠΟΥΜΠΟΥΚΙΩΤΗΣ Γ.....	317
ΜΠΟΥΝΤΟΥΝΗ Π.....	3
ΜΠΟΥΡΓΑΝΗ Ε.....	207
ΜΠΟΥΡΝΑΣ Π.....	325
ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑ Α.....	284
ΜΠΟΥΦΙΔΗΣ Π.....	293
ΜΠΡΑΟΥΔΑΚΗΣ Π.....	47
ΜΠΡΙΑΣΣΟΥΛΗΣ Γ.....	205
ΜΥΛΩΝΑ Δ.....	179, 221, 222
ΜΥΛΩΝΑ Μ.....	288, 291, 300, 301, 334
ΜΥΛΩΝΑΣ Σ.....	9
ΜΥΡΙΑΓΚΟΥ Β.....	98

**N**

ΝΑΤΣΗΣ Α.Μ.....	233
ΝΕΖΟΣ Α.....	19, 20
ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ Μ.....	122
ΝΕΟΚΛΕΟΥΣ Χ.....	50
ΝΕΟΥ Ν.....	306
ΝΗΣΩΤΑΚΗΣ Κ.....	218
ΝΙΑΚΑΣ Δ.....	41
ΝΙΚΑ Α.....	65
ΝΙΚΗΤΑΚΗΣ Ν.....	345
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ Ε.....	303
ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Α.....	152
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.....	172
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Β.....	242
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Μ.....	321
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.....	242, 328
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Π.....	42
ΝΙΚΟΛΙΔΑΚΗ Χ.....	292
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	28, 141, 280
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ.....	7
ΝΙΞΟΝ Α.....	168
ΝΟΔΑΡΑΣ Χ.....	142

ΝΟΝΝΗ Α.....	167, 175
ΝΟΥΒΑΚΗ Ζ.....	15, 151
ΝΟΥΤΣΟΣ Γ.....	152
ΝΤΑΛΑΓΙΩΡΓΟΥ Γ.....	120
ΝΤΑΡΑΛΑΣ Α.....	177, 186
ΝΤΕΒΕΣ Ι.....	191
ΝΤΕΤΣΚΑΣ Γ.....	109, 110, 193, 223, 225, 245, 246
ΝΤΙΝΕ ΣΠ.....	214
ΝΤΙΩΝΙΑΣ Δ.....	59
ΝΤΟΛΙΟΥ Π.....	81
ΝΤΟΥΛΑ Φ.....	50
ΝΤΟΥΡΑΚΗΣ ΣΠ.....	61, 62, 63, 244
ΝΤΟΥΡΟΥ Α.....	105
ΝΤΡΙΒΑΛΑ Α.....	18

**Ξ**

ΞΑΠΛΑΝΤΕΡΗ Π.....	169, 170, 214, 298
ΞΕΝΟΣ Π.....	122
ΞΗΡΟΥΧΑΚΗΣ Η.....	227
ΞΙΦΑΡΑΣ Μ.....	192

**O**

ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΣ Π.....	51
ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	274, 275
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α.....	113
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Δ.....	123, 124
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ε.....	30, 32, 189, 190
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ν.....	171, 211, 212, 213, 327, 329
ΟΡΦΑΝΟΣ Σ.....	215
ΟΥΖΟΥΝΑΚΗΣ Π.....	258
ΟΥΡΑΝΟΥ Ε.....	21, 25, 64, 229, 230, 243

**Π**

ΠΑΓΚΑΛΟΣ Ι.....	310
ΠΑΓΩΝΗ Σ.....	156
ΠΑΙΖΗΣ Α.....	235
ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΣ Α.....	15, 149
ΠΑΛΛΑ Ε.....	55, 191
ΠΑΛΛΗ Ε.....	9, 180
ΠΑΛΛΗΣ Δ.....	200
ΠΑΛΟΓΟΣ Κ.....	219
ΠΑΝΑΓΗ Μ.....	11
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ Ι.....	185, 188
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΟΥ Σ.....	179, 221, 222
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	191

ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	81, 82	ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Ι.....	84
ΠΑΝΑΓΟΥΛΙΑ Μ.....	180	ΠΑΠΠΑ Ε.....	44, 123, 124
ΠΑΝΑΡΕΤΟΣ Γ.....	289	ΠΑΠΠΑ ΚΙ.....	182, 183, 184
ΠΑΝΤΑ Σ.....	286	ΠΑΠΠΑ Μ.....	59, 334
ΠΑΝΤΑΖΗ Ε.....	158, 159	ΠΑΠΠΑ Σ.....	156
ΠΑΝΤΟΣ Κ.....	78	ΠΑΠΠΑΣ Γ.....	219
ΠΑΝΤΟΥ Π.....	27	ΠΑΠΠΑΣ Σ.....	59
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Ε.....	237	ΠΑΡΑΠΑΝΗΣΙΟΣ Ι.....	11
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Α.....	120	ΠΑΡΑΡΑ Ε.....	236, 345, 347
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΑΓ.....	19, 20	ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΔΗΣ Σ.....	150
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Α.....	207, 208	ΠΑΡΙΑΝΟΣ Χ.....	168
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Α.....	270	ΠΑΣΠΑΛΑ Α.....	217
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε.....	35	ΠΑΣΠΑΡΑΚΗ Ε.....	106, 294
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ι.....	46, 312	ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ Θ.....	325
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Σ.....	111, 112, 113, 114	ΠΑΣΧΟΣ Α.....	70, 73, 74, 259, 261
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Χ.....	138, 139	ΠΑΤΑΤΟΥΚΑΣ Δ.....	115
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΑΚΗΣ Ν.....	114	ΠΑΤΕΛΗΣ Α.....	232, 234, 235, 237, 240
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ Α.....	38	ΠΑΤΕΣΤΟΣ Δ.....	57
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ Ι.....	238	ΠΑΤΡΙΝΟΣ ΓΠ.....	23
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ Π.....	2	ΠΑΤΣΑΒΕΛΑ Σ.....	22
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΙΔΗ Α.....	14, 272, 277, 279	ΠΑΤΣΟΥΡΑ Μ.....	316
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Δ.....	114	ΠΑΤΣΟΥΡΗΣ Ε.....	167
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Σ.....	97	ΠΑΥΛΑΚΗ Κ.....	29
ΠΑΠΑΔΟΓΕΩΡΓΑΚΗ Ε.....	203, 292	ΠΑΥΛΟΥ Δ.....	111, 112, 113
ΠΑΠΑΔΟΚΩΣΤΑΚΗ Ε.....	140, 290	ΠΑΥΛΟΥ Η.....	108
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	97, 296	ΠΑΥΛΟΥ Μ.....	21, 25, 229, 230
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Δ.....	232	ΠΕΚΤΑΣΙΔΗΣ Δ.....	60
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α.....	38, 46, 137, 312	ΠΕΝΤΑΖΟΣ Γ.....	301
ΠΑΠΑΖΙΑΝ Μ.....	303	ΠΕΠΠΑ Μ.....	330
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Σ.....	78	ΠΕΠΠΑΣ Θ.....	59
ΠΑΠΑΗΛΙΟΥ Ι.....	319	ΠΕΡΓΙΑΛΙΩΤΗΣ Β.....	29, 37
ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Ι.....	260	ΠΕΡΕΖ Σ.....	10
ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ Γ.....	154	ΠΕΡΡΕΑ Δ.....	29, 36, 37, 39
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΙΔΟΥ Π.....	177, 186	ΠΕΡΥΣΙΝΑΚΗΣ Η.....	168
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Π.....	301	ΠΕΤΑΛΑ Α.....	54
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Δ.....	323, 324	ΠΕΤΡΑΚΗ Κ.....	290
ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ Σ.....	68, 134	ΠΕΤΡΑΚΗΣ Δ.....	205, 276
ΠΑΠΑΛΑΜΠΡΟΣ Α.....	215	ΠΕΤΡΑΣ Π.....	153, 209
ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Α.....	21, 25, 64, 163, 165, 166, 229, 230, 243	ΠΕΤΡΙΔΗΣ Γ.....	160
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ε.....	3, 4, 6	ΠΕΤΡΙΚΚΟΣ Γ.....	104
ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ Ν.....	185, 187, 188	ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Κ.....	38
ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Α.....	19, 20	ΠΕΤΡΟΥ Δ.....	138, 139
ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Ι.....	176	ΠΕΤΣΑΣ Θ.....	316
ΠΑΠΑΣ Κ.....	35	ΠΕΤΣΙΜΕΡΗ Β.....	141
ΠΑΠΑΣΤΕΡΓΙΟΥ Β... 109, 110, 193, 223, 225, 227, 245, 246		ΠΙΚΟΥΛΗΣ Ε.....	37
ΠΑΠΑΤΑΞΙΑΡΧΟΥ Α.....	135	ΠΙΝΑΚΟΥΛΑ Α.....	203
ΠΑΠΟΥΤΣΑΚΗΣ Δ.....	115, 116, 117, 118, 197, 199	ΠΙΠΕΡΟΣ Θ.....	176
		ΠΙΠΕΡΤΖΗ Α.....	82

ΠΙΤΑΡΑΣ Θ.....	12
ΠΙΤΑΡΟΚΟΙΛΗΣ Μ.....	80, 83, 85, 86, 315
ΠΙΤΣΙΟΣ Θ.....	69, 131
ΠΙΤΥΡΙΓΚΑ Β.....	99, 101, 102, 103, 281, 283
ΠΛΑΤΗ Π.....	258
ΠΛΑΤΣΟΥΚΑ Ε.....	55, 191
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΣ Ι.....	54
ΠΟΔΑΡΑΣ Α.....	7
ΠΟΛΙΤΗ Ε.....	329
ΠΟΛΙΤΗ Λ.....	60
ΠΟΛΥΖΟΥ Α.....	141
ΠΟΛΥΖΩΗΣ Μ.....	84
ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ Ε.....	47, 90
ΠΟΤΑΜΟΥΣΗ Π.....	144
ΠΟΤΣΙΟΣ Χ.....	169, 170, 214
ΠΟΥΛΑΚΗ Ε.....	119
ΠΟΥΛΑΚΟΥ-ΡΕΜΠΕΛΑΚΟΥ Ε.....	72
ΠΟΥΡΙΚΗ Σ.....	60, 62
ΠΡΟΔΡΟΜΙΔΟΥ Α.....	29, 174
ΠΡΩΤΟΠΑΠΑ ΑΣ.....	69, 75, 131
ΠΥΡΓΕΛΗΣ Ε.....	239

**P**

ΡΑΛΛΗ Μ.....	153, 209
ΡΑΛΛΗΣ Γ.....	236, 345, 347
ΡΑΝΤΟΓΛΟΥ Ε.....	5
ΡΑΠΤΗ Α.....	207
ΡΑΠΤΗΣ Δ.....	19, 20
ΡΑΥΤΟΠΟΥΛΟΥ Σ.....	153, 209
ΡΕΝΕΣΗΣ Α.....	180
ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ Α.....	316
ΡΙΓΟΣ Ι.....	33
ΡΙΖΟΣ Ε.....	93
ΡΙΧΤΕΡ Δ.....	78
ΡΟΒΛΙΑΣ Α.....	115, 116, 117, 118, 197, 199
ΡΟΓΔΑΚΗΣ Ε.....	80, 83, 86, 315
ΡΟΔΙΤΗΣ Κ.....	65
ΡΟΖΗΣ Κ.....	200
ΡΟΥΛΙΑ Ε.....	143, 269
ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ Γ.....	200
ΡΟΥΜΙΑΝ Ε.....	143
ΡΟΥΣΣΟΣ Ν.....	115, 117
ΡΟΥΣΣΟΥ Ζ.....	55, 191
ΡΟΥΤΣΙΑΣ Ι.....	107
ΡΟΥΦΑΣ Κ.....	109, 110, 223, 245, 246
ΡΩΜΑΝΟΣ Χ.....	144

**Σ**

ΣΑΒΒΑΤΗΣ Σ.....	314
ΣΑΒΟΥΡΔΟΣ Π.....	331
ΣΑΓΙΑ Χ.....	137
ΣΑΓΙΑ Χ.....	333
ΣΑΓΡΗΣ Κ.....	99
ΣΑΓΡΗΣ Κ.....	101, 102, 103
ΣΑΚΑΛΙΔΗΣ Α.....	81, 82
ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ Ι.....	97
ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Σ.....	173
ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Γ.....	47
ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Θ.....	13, 17
ΣΑΚΚΑ Β.....	100
ΣΑΚΚΑΣ Δ.....	195, 196
ΣΑΛΕΜΗΣ Ν.....	218
ΣΑΜΑΡΑ Ν.....	235, 240
ΣΑΜΑΡΑΣ Χ.....	144
ΣΑΜΠΑΖΙΩΤΟΥ Ε.....	235, 240
ΣΑΜΠΑΝΗ Α.....	49
ΣΑΜΠΑΤΑΚΟΥ Ε.....	60
ΣΑΜΠΟΥΕΒΑ Λ.....	144
ΣΑΡΑΝΤΑΡΙΔΟΥ Γ.....	18
ΣΑΡΑΦΑΔΗ Μ.....	84, 162, 293, 302, 342
ΣΑΡΟΓΛΟΥ Γ.....	99, 101, 102, 103
ΣΑΡΡΗΣ Ε.....	124
ΣΑΧ Χ.....	307, 308
ΣΓΑΝΤΖΟΣ Μ.....	71, 250, 252, 254, 256, 263, 264
ΣΓΑΝΤΖΟΣ Ν.....	176
ΣΓΟΥΡΑΚΗΣ Γ.....	19, 20
ΣΓΟΥΡΑΜΑΛΛΗ Ε.....	5
ΣΕΪΜΕΝΗΣ Ν.....	11
ΣΕΡΓΟΥΝΙΩΤΗ Α.....	311, 322
ΣΗΜΑΝΤΗΡΑΚΗ Δ.....	132
ΣΙΑΓΚΡΗΣ Δ.....	326
ΣΙΑΓΚΡΗΣ Δ.....	298
ΣΙΑΚΑΒΕΛΛΑ Μ.....	115, 116, 117, 118, 197, 199
ΣΙΑΣΙΑΚΟΥ Σ.....	244
ΣΙΑΤΕΛΗΣ Α.....	12
ΣΙΑΦΑΚΑ Ι.....	161
ΣΙΑΦΑΚΑΣ Κ.....	220
ΣΙΔΕΡΗ Ε.....	25, 64, 163, 165, 242, 243, 328
ΣΙΔΕΡΗΣ Α.....	336
ΣΙΚΑΛΙΑΣ Ν.....	171
ΣΙΛΛΕΛΗ Χ.....	14, 272, 277, 279
ΣΙΜΙΤΣΗ Α-Μ.....	114
ΣΙΡΑΝΙΔΗ Κ.....	61, 62, 63
ΣΙΩΠΗΛΙΔΗΣ Ο.....	100

ΣΚΑΛΙΔΗΣ Τ .....	12	ΣΤΑΜΠΟΡΗ Μ.....	109, 110, 193, 223, 225, 245, 246
ΣΚΑΝΔΑΛΑΚΗΣ Γ .....	196	ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε .....	25, 64, 234, 328
ΣΚΑΡΠΑΣ Π .....	33, 185	ΣΤΑΥΡΟΥ Α .....	307, 308
ΣΚΙΑΔΑ Α.....	104	ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗΣ Ε .....	72, 265, 262
ΣΚΙΩΤΗ Ε.....	158	ΣΤΕΒΗΣ Κ.....	50
ΣΚΙΩΤΗ Ο.....	159	ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ Χ.....	78
ΣΚΟΝΔΡΑΣ Κ.....	205	ΣΤΕΦΑΝΗΣ Λ.....	111, 112, 113, 114
ΣΚΟΡΔΑ Λ .....	228	ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Α .....	178, 224, 241, 299, 349
ΣΚΟΥΡΑ Ε .....	155, 343	ΣΤΕΦΟΠΟΥΛΟΥ Ε .....	238
ΣΚΟΥΡΑΣ Ι .....	89	ΣΤΗΘΟΣ Δ.....	9
ΣΚΟΥΡΗ Ι.....	269	ΣΤΟΓΙΑΝΝΗ Α.....	68
ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ Α.....	336, 339	ΣΤΟΓΙΑΝΝΗ Ε.....	68
ΣΚΟΥΦΗ Γ.....	68	ΣΤΟΪΔΗΣ Χ.....	126
ΣΚΟΥΦΗ Γ.....	134	ΣΤΟΥΠΑΚΗ Μ.....	36
ΣΟΛΩΜΟΥ Σ .....	21, 25, 64, 163, 165, 166, 229, 230, 243	ΣΥΚΟΥΤΕΜΗ Ε.....	282
ΣΟΥΓΛΕΣ Φ.....	207	ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ Ν .....	331, 338, 340
ΣΟΥΛΗ Μ .....	296	ΣΥΜΠΑΡΔΗ Σ.....	296, 305, 343
ΣΟΥΛΤΑΝΗΣ ΚΜ .....	220	ΣΥΡΑΝΙΔΗ Κ .....	244
ΣΟΥΦΛΕΡΟΣ Λ.....	5	ΣΥΨΑ Β .....	154
ΣΟΦΙΔΙΩΤΟΥ Β.....	306	ΣΧΙΖΑΣ Δ.....	215
ΣΟΦΟΠΟΥΛΟΣ Μ.....	10	ΣΧΙΝΑ Μ.....	52, 285
ΣΟΦΟΣ Γ.....	219	ΣΩΡΡΑΣ Κ.....	77, 249, 251, 255
ΣΠΑΝΑΚΗ Α-Μ.....	205	ΣΩΡΡΟΥ Ε .....	164, 311, 322
ΣΠΑΝΑΚΗ Φ .....	327	ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ Ν.....	10
ΣΠΑΝΑΚΗΣ Γ .....	276		
ΣΠΑΝΟΣ Κ .....	162, 293, 342	<b>Τ</b>	
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Κ.....	147	ΤΑΒΛΑΔΑΚΗ Α.....	80
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Ι.....	298	ΤΑΒΛΑΣ Π.....	218
ΣΠΥΡΑΚΟΣ Σ .....	265	ΤΑΓΚΟΥΛΗ Ε.....	146
ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ Ν .....	83, 85, 86, 315	ΤΑΜΒΑΚΟΣ Η .....	59
ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΟΜ.....	144	ΤΑΜΒΑΚΟΣ Χ.....	59
ΣΠΥΡΟΥ Α.....	194	ΤΑΜΠΑΚΗ Α.....	167
ΣΠΥΡΟΥ Κ .....	335	ΤΑΜΠΑΚΗΣ Α.....	167
ΣΤΑΘΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Α.....	16	ΤΕΛΛΟΣ Α.....	213
ΣΤΑΘΗ Δ.....	338	ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν .....	36, 325
ΣΤΑΪΚΟΥ Μ.....	318	ΤΕΡΖΗΣ Ι.....	126
ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ Ν.....	36	ΤΕΡΖΟΠΟΥΛΟΥ Μ.....	211, 212
ΣΤΑΜΑΤΗ Α.....	146, 206	ΤΖΑΒΕΛΛΑΣ Γ.....	316
ΣΤΑΜΑΤΙΟΥ Κ.....	287, 289	ΤΖΑΓΚΑΡΑΚΗΣ Ε.....	140, 290
ΣΤΑΜΑΤΟΓΙΑΝΝΗ Ε .....	302	ΤΖΑΪΔΑ Ο .....	303
ΣΤΑΜΕΛΟΣ Κ.....	307, 308	ΤΖΑΜΑΡΙΑΣ Σ.....	287
ΣΤΑΜΕΛΟΥ Μ.....	111, 114	ΤΖΑΝΑΒΑΡΗ Α.....	158, 159, 161
ΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Π.....	174, 288	ΤΖΑΝΕΛΑ Μ.....	52
ΣΤΑΜΟΣ Ζ.....	16	ΤΖΑΝΗ Α.....	39
ΣΤΑΜΟΣ Ν .....	126	ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ Γ .....	157
ΣΤΑΜΟΥ Π .....	153, 209	ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ Γ .....	350
ΣΤΑΜΟΥΛΑΚΑΤΟΥ Α.....	203, 292	ΤΖΑΤΖΑΡΑΚΗΣ Ε.....	276
ΣΤΑΜΟΥΛΟΥ Μ.....	232		

ΤΖΕΛΕΠΗ Ε.....	98	ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ Β.....	40
ΤΖΗΚΑ Ε.....	192	ΤΣΙΜΠΟΥΞΗ Α.....	274, 275
ΤΖΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Κ.....	152, 207, 208	ΤΣΙΝΤΩΝΗ Α.....	326
ΤΖΙΒΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Α.....	318, 319	ΤΣΙΡΙΓΓΑ Α.....	62
ΤΖΙΜΑ Γ.....	269	ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ Α.....	270
ΤΖΟΥΒΕΛΕΚΗΣ Λ.....	98	ΤΣΙΤΟΥΡΙΔΗΣ Ι.....	160
ΤΖΩΡΤΖΑΚΗΣ Π.....	83, 85, 315	ΤΣΙΤΣΗΣ Β.....	77
ΤΖΩΡΤΖΗ Μ.....	67	ΤΣΙΤΣΙΛΙΔΑ Ε.....	235, 240
ΤΖΩΤΖΑΣ Θ.....	310	ΤΣΟΚΑΚΗ Θ.....	33, 187
ΤΗΝΙΑΚΟΥ Κ.....	69, 131	ΤΣΟΤΟΥΛΙΔΗΣ Σ.....	160
ΤΟΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	21, 229, 230	ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ Γ.....	71, 250, 252, 254, 256, 263, 264
ΤΟΣΚΑ Τ.....	226, 228, 288, 300, 301, 334	ΤΣΟΥΡΟΥΦΛΗΣ Γ.....	174
ΤΟΣΚΑΣ Π.....	288, 291, 301	ΤΣΟΥΤΣΟΣ Δ.....	147, 148
ΤΟΥΛΟΥΜΗ Γ.....	154	ΤΥΜΠΑΛΕΞΗ Κ.....	237
ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ Δ.....	78		
ΤΟΥΤΟΥΖΑ Μ.....	62	<b>Υ</b>	
ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Κ.....	78	ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι.....	122
ΤΡΑΚΗ Μ.....	203		
ΤΡΑΝΤΖΑΣ Ν.....	15, 151	<b>Φ</b>	
ΤΡΑΝΤΖΑΣ Π.....	108	ΦΑΜΗΛΙΑΣ Ι.....	223, 225, 227, 245, 246
ΤΡΑΧΑΝΑΤΖΗ Ε.....	106	ΦΑΣΙΑΣ Β.....	340
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Α.....	203, 292	ΦΑΣΟΥΛΑΚΗ Μ.....	106, 294
ΤΡΙΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Χ.....	318, 319, 320	ΦΕΒΡΑΝΟΓΛΟΥ Χ.....	152, 208
ΤΡΙΚΑΣ Α.....	313	ΦΕΛΕΚΟΥΡΑΣ Ε.....	215
ΤΡΙΧΙΑ Ε.....	303	ΦΕΡΔΟΥΤΣΗΣ Ε.....	106, 294
ΤΡΟΧΟΥΤΣΟΣ Γ.....	293, 302	ΦΕΡΕΤΗΣ Θ.....	174, 175
ΤΡΥΨΙΑΝΗΣ Γ.....	154	ΦΙΛΙΠΠΟΥ Μ.....	179, 221, 222,
ΤΡΩΓΑΔΑΣ Γ.....	210	ΦΛΕΣΣΑΣ Ι.....	176
ΤΣΑΓΙΑΣ Ν.....	8	ΦΟΡΤΗΣ Σ.....	10
ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ Ν.....	203, 292	ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ Ε.....	80
ΤΣΑΓΚΑΡΟΥΣΙΑΝΟΣ Χ.....	9	ΦΟΥΝΤΑ Β.....	23
ΤΣΑΚΑΛΟΣ Α.....	286	ΦΟΥΝΤΑΣ Κ.....	306
ΤΣΑΚΡΗΣ Α.....	60, 99, 101, 102, 103, 107, 281, 283	ΦΟΥΝΤΟΣ Γ.....	155, 343
ΤΣΑΛΟΓΛΙΔΟΥ Α.....	258	ΦΟΥΤΡΗΣ Α.....	306
ΤΣΑΛΤΑ Δ.....	28, 141	ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗ Κ.....	191
ΤΣΑΜΑΔΙΑΣ Β.....	30, 31, 32, 181, 189, 190	ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗ Σ.....	113
ΤΣΑΟΥΣΙΔΗΣ Ι.....	157, 350	ΦΡΑΓΚΟΣ Π.....	18
ΤΣΑΠΑΡΑΣ Π.....	173	ΦΡΑΓΚΟΥΛΗ Σ.....	39
ΤΣΑΡΟΥΧΑ Α.....	152, 207, 208	ΦΡΑΔΕΛΟΣ Ε.....	260
ΤΣΑΡΤΣΑΛΗ Λ.....	203	ΦΡΑΝΤΖΗΣ Β.....	119
ΤΣΑΤΣΑΚΗΣ Α.....	276	ΦΡΟΥΝΤΖΑΣ Μ.....	29
ΤΣΑΧΟΥΡΙΔΟΥ Ο.....	160	ΦΥΤΙΛΗ Χ.....	300
ΤΣΕΓΚΑ Α.....	335	ΦΩΚΑΣ Σ.....	47
ΤΣΕΚΕΡΗ Μ.....	228	ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Ι.....	280
ΤΣΕΠΗΣ Η.....	26, 130		
ΤΣΕΡΜΠΙΝΙ ΕΕ.....	23		
ΤΣΙΒΙΛΗΣ Ι.....	28		
ΤΣΙΓΚΑΣ Α.....	79		



**Χ**

ΧΑΒΙΑΡΑΣ Ν.....	292	ΧΕΡΑΣ Π.....	178, 224, 241, 299, 349
ΧΑΛΑΣΤΗ Μ.....	219	ΧΕΡΤΣΟΥΓΚ Μ.....	350
ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Ι.....	18	ΧΛΙΑΡΑ Μ.....	138, 139
ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π.....	330	ΧΛΟΥΒΕΡΑΚΗΣ Γ.....	154
ΧΑΛΙΚΟΠΟΥΛΟΣ Δ.....	100	ΧΟΥΖΟΥΡΗΣ Μ.....	122, 125
ΧΑΛΚΟΔΑΙΜΩΝ Β.....	319	ΧΟΥΛΙΑΡΑΣ Χ.....	210
ΧΑΛΜΟΥΚΗ Π.....	228	ΧΟΥΧΟΥΛΑ Δ.....	48
ΧΑΝΙΩΤΟΥ Α.....	15, 149, 150, 151	ΧΡΕΛΙΑΣ Χ.....	34, 185
ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΗΣ Ι.....	14, 272, 277, 279	ΧΡΗΣΤΟΥ Π.....	182
ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΟΥ Ε.....	146, 206	ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ Α.....	66
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	217	ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΗΣ Π.....	319
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Χ.....	138, 139	ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Α.....	59
ΧΑΡΒΑΛΟΥ Α.....	12, 48	ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ.....	287
ΧΑΡΙΤΟΣ Χ.....	10	ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Κ.....	44, 51, 123, 124, 321
ΧΑΡΙΤΩΝΙΔΗΣ Π.....	232	ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Β.....	330, 335
ΧΑΡΧΑΛΑΚΗΣ Ν.....	270	ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΙΔΗΣ Γ.....	137
ΧΑΣΑΠΙΔΟΥ Μ.....	310	ΧΡΙΣΤΟΦΥΛΛΑΚΗΣ Χ.....	302
ΧΑΣΤΑΣ Α.....	223, 225, 245, 246	ΧΡΟΝΑΙΟΥ Α.....	286
ΧΑΤΖΑΚΗΣ Σ.....	80, 86, 315	ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ.....	142, 143
ΧΑΤΖΕΛΛΗΣ Ε.....	220	ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ Ν.....	22
ΧΑΤΖΗΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Δ.....	35	ΧΡΥΣΟΥ Σ.....	282
ΧΑΤΖΗΔΑΚΗΣ Ι.....	331, 338, 340	ΧΡΥΣΩΤΗΣ Χ.....	153, 209
ΧΑΤΖΗΚΥΡΙΑΚΟΥ Ρ.....	273, 284		
ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ Μ.....	172	<b>Ψ</b>	
ΧΑΤΖΗΜΑΥΡΙΔΟΥ-ΓΡΗΓΟΡΙΑΔΟΥ Β.....	136	ΨΕΛΛΑΣ Χ.....	225, 246
ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΛΗΣ Α.....	303	ΨΥΧΟΓΥΙΟΥ Μ.....	291
ΧΑΤΖΗΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Χ.....	154	ΨΩΜΑΣ Ε.....	281, 283
		ΨΩΜΙΑΔΗΣ Σ.....	236