

Οργάνωση:



# 11<sup>ο</sup>

## Συνέδριο Υγείας Μεσσηνίας



### 7-8 Ιουνίου 2019

### Μέγαρο Χορού Καλαμάτας

[www.iemescongress2019.frei.gr](http://www.iemescongress2019.frei.gr)

**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**

Με την Αιγίδα των:



ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ  
ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ



ΔΗΜΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Σε συνεργασία με τα:

- Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
- Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
- Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
- Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικών»

# Viaxal®

Dexketoprofen<sup>1</sup>

Tab<sup>s</sup> 25mg, granules 25mg, inj 50mg/2ml<sup>1</sup>



Βιβλιογραφία: 1. SmPC Viaxal.

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο της άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως.



**Menarini Hellas**

Menarini Hellas A.E. - Αν. Δαμβέργη 7, 104 45 Αθήνα, Τ.: 210 8316111-13, F.: 210 8317343, info@menarini.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Αναφέρετε  
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για  
ΟΛΑ τα φάρμακα  
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



## ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΩΝ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Το Συνέδριο Υγείας Μεσσηνίας έχει φθάσει αισίως στην 11<sup>η</sup> επέτειό του. Είναι πλέον θεσμός, που έχει ξεπεράσει τα στενά όρια της Μεσσηνίας, αποκτώντας ευρύτερη καταξίωση στον ιατρικό κόσμο και με χαρά διοργανώνουμε φέτος το **11<sup>ο</sup> Συνέδριο Υγείας Μεσσηνίας**.

Η Ιατρική Εταιρεία Μεσσηνίας είναι σταθερά προσηλωμένη στη συνέχιση και τη βελτίωση αυτού του θεσμού, με σκοπό την ανάδειξη της Μεσσηνίας στον Ιατρικό και επιστημονικό κόσμο, την παρακολούθηση των ιατρικών εξελίξεων και τη βελτίωση όλων μας μέσα από την ανταλλαγή γνώσεων και απόψεων. Μέσα σε ένα περιβάλλον που έχει επηρεαστεί από την οικονομική και αξιακή κρίση, οφείλουμε να αντιπαρατεθούμε στην απογοήτευση και τη στασιμότητα. Αισθανόμαστε ιδιαίτερη τιμή που στην προσπάθειά μας αυτή πλαισιωνόμαστε από Μεσσηνίους Καθηγητές Ιατρικής με παγκόσμια καταξίωση, οι οποίοι αναβάθμισαν το επιστημονικό βάρος του συνεδρίου με την ενεργό παρουσία τους και την συμμετοχή τους. Το συνέδριο δε θα μπορούσε να έχει καταξιωθεί χωρίς την αγάπη και τη στήριξη των Ιατρών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας.

Η ενεργός συμμετοχή σας με παρουσίαση εργασιών, η συμμετοχή σας σε στρογγύλες τράπεζες και η γόνιμη ανταλλαγή απόψεων, συμβάλλει σημαντικά στην επιτυχία του Συνεδρίου μας.

Με φιλικούς χαιρετισμούς,

**Παναγιώτης Κουσουλής**

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ.

Ιατρικής Εταιρείας Μεσσηνίας

**Κλουφέτος Περικλής**

Ο Πρόεδρος

της Οργανωτικής Επιτροπής



## ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

### Ακαδημαϊκή Επιστημονική Επιτροπή

<b>Γαζούλη Μαρία</b>	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Μοριακής Βιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
<b>Μπαλτόπουλος Γεώργιος</b>	Ομότιμος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
<b>Μπολέτης Ιωάννης</b>	Καθηγητής Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
<b>Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος</b>	Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
<b>Χαλβασιώτης Παναγιώτης</b>	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

### Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος:	<b>Κλουφέτος Περικλής</b>	
Μέλη:	<b>Σεφέρου Μαρία</b>	<b>Κρητικός Νεοκλής</b>
	<b>Αλεβητσοβίτης Γεώργιος</b>	<b>Κουλουμέντα Βασιλική</b>
	<b>Σολδάτος Παναγιώτης</b>	<b>Γκόλα Ελένη</b>
	<b>Χριστοφιλοπούλου Σοφία</b>	<b>Μακρέας Σωκράτης</b>
	<b>Κορωνιού Μαρία</b>	<b>Οικονόμου Σοφία</b>

### Επιστημονική Επιτροπή

Πρόεδρος:	<b>Λαμπροπούλου Αικατερίνη</b>	
Μέλη:	<b>Τζοβάρas Νικόλαος</b>	<b>Σκρεπέτης Κωνσταντίνος</b>
	<b>Αναστασόπουλος Ιωάννης</b>	<b>Τζίφα Γαρυφαλλιά</b>
	<b>Μάκαρης Εμμανουήλ</b>	<b>Κουσσούλης Παναγιώτης</b>
	<b>Τριάντος Στυλιανός</b>	<b>Κονταξής Αναστάσιος</b>
	<b>Κουτραφούρης Ιωάννης</b>	<b>Χιώτης Χρήστος</b>
	<b>Τζαμουράνη Χριστιάνα</b>	



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 7 Ιουνίου 2019

Αίθουσα Α

13:30-14:30 **Εγγραφές**

14:30-16:30 **Κλινικό Φροντιστήριο**

**ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ & ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ  
ΓΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

*Συντονιστές:* **Ν. Ξυδιά, Ι. Μακρής**

**Ιορδ. Μοσκόφη** Προσέγγιση ασθενούς - συνεργατική ιατρική –  
ενσυναίσθηση

16:30-17:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

17:00-18:30 **Κλινικό Φροντιστήριο**

**ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

*Συντονιστές:* **Θ. Αδαμοπούλου, Ι. Ψυχάρης, Π. Κωνσταντόπουλος**

**Κ. Διαμαντόπουλος & Α. Μπακαράκη** Νεότερες τεχνικές στην πρόληψη και αποκατάσταση των  
μυοσκελετικών και αθλητικών κακώσεων

**Ε. Καμπουγέρη** Έφηβοι και νέοι ενήλικες με καρκίνο – Νοσηλευτικές  
παρεμβάσεις

**Θ. Παϊβανά** Το πρόβλημα της σιδηροπενικής αναιμίας στο νομό  
Μεσσηνίας

**Χ. Μπιλιαρδής** Ιδιαιτερότητες στη νοσηλευτική φροντίδα του  
καρδιολογικού ασθενούς



18:30-20:30 **Ελεύθερες Ανακοινώσεις I (ΕΑ01-ΕΑ09)**

Πρόεδροι: **Ι. Αδαμόπουλος, Γ. Χιώτη**

### ΕΑ01 ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ ΠΕΛΜΑΤΙΑΙΑΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ SHOCKWAVES Ή ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ;

**Βασίλειος Δέδες<sup>1</sup>, Αθανάσιος Μπτσέας<sup>2</sup>, Αριάδνη Μαρία Δέδε<sup>3</sup>, Δανάη Αγγελική Μπτσέα<sup>4</sup>, Γεώργιος Πανουτσόπουλος<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> MSc, PhD, Post doc researcher, Εργαστήριο Φυσιολογίας-Φαρμακολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

<sup>2</sup> MD, Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος, Μεσσηνιακό Θεραπευτήριο, Καλαμάτα

<sup>3</sup> Engineering in Biotechnology Department, Absalon University College, Kalundborg, Sjælland, Denmark

<sup>4</sup> Τμήμα Βιολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

<sup>5</sup> MSc, PhD, Αναπληρωτής Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Φυσιολογίας-Φαρμακολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

### ΕΑ02 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν.ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

**Έλενα Αλχαζίδου<sup>1</sup>, Δημήτριος Μπουντουβάς<sup>2</sup>, Διονυσία Λαμπροπούλου<sup>3</sup>, Απόστολος Κυριάκος Ζολώτας<sup>4</sup>, Παναγιώτα Πουλοπούλου<sup>1</sup>, Γεώργιος Πετράκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Γενικό νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα

<sup>2</sup> Β' Πανεπιστημιακή και Γυναικολογική κλινική, Αρεταίειο νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>3</sup> Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής & Έδρα UNESCO Εφηβικής Υγείας και Ιατρικής, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

<sup>4</sup> Α' Πανεπιστημιακή και Γυναικολογική κλινική, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

### ΕΑ03 Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΘΞΕΙΑΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΟ-ΟΡΧΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ. ΠΟΙΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΙΝΟΛΟΝΩΝ;

**Ιωάννης Γλύκας, Χαράλαμπος Φραγκούλης, Σταύρος Λάμπρου, Γεώργιος Θεοχάρης, Δημήτριος Ερμίδης, Αγγελική Λεβέντη, Αντώνιος Καούλας, Κωνσταντίνος Ντούμας**

Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»



**ΕΑ04** **ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΙΛΑΡΑΣ 2017-2018: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ Β΄ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**Ελένη Σιδηροπούλου**, Ευαγγελία Κούκου, Δημοσθένης Μαζαράκης, Ιωάννα Γιωτοπούλου, Γιώργος Δεπούντης, Αλεξάνδρα Κωνσταντοπούλου, Δανάη Τσάλτα, Ιωάννα Γιαννακοπούλου, Κυριακή Τσίχλη, Νικολέττα Ξυδιά

*Γ.Ν. Μεσσηνίας - Ν.Μ. Καλαμάτας, Β Παθολογική Κλινική*

**ΕΑ05** **Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΙΚΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΝΩΤΙΑΙΟΥ ΥΓΡΟΥ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

**Δημήτριος Κομπόγιωργας**

*Τμήμα Νευροχειρουργικής, Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία*

**ΕΑ06** **ΚΛΙΜΑΚΑ ALVARADO Η RIPASA ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ; ΜΙΑ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ**

**Μάξιμος Φρούντζας<sup>1,5</sup>**, **Δημήτριος Σχίζας<sup>2</sup>**, **Κωνσταντίνος Στέργιος<sup>1</sup>**, **Δήμητρα Κοψίνη<sup>1</sup>**, **Χριστίνα Νικολάου<sup>1</sup>**, **Παναγιώτης Γιαννόπουλος<sup>5</sup>**, **Νεοκλής Κρητικός<sup>5</sup>**, **Κωνσταντίνος Κόντζογλου<sup>3</sup>**, **Βασίλειος Περγιαλιώτης<sup>1</sup>**, **Κωνσταντίνος Τούτουζας<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας «Ν. Σ. Χρηστέας» Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή

<sup>2</sup> Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Ιατρική Σχολή

<sup>3</sup> Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Ιατρική Σχολή

<sup>4</sup> Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο, Ιατρική Σχολή

<sup>5</sup> Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

**ΕΑ07** **ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΕΡΧΡΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

**Παναγιώτης Κουσουλνής<sup>1</sup>**, **Νικόλαος Τζοβάρας<sup>2</sup>**, **Γαρυφαλλιά Τζίφα<sup>3</sup>**, **Βασιλική Σιαμπί<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Ιδιώτης Οτορινολαρυγγολόγος, Καλαμάτα

<sup>2</sup> Ιδιώτης Παθολόγος, Καλαμάτα

<sup>3</sup> Ιδιώτης Ενδοκρινολόγος, Καλαμάτα

<sup>4</sup> Παθολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών



ΕΑ08

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΚΑΑ)

Διονυσία Τσερτου<sup>1</sup>, Ειρήνη Στασινου<sup>1</sup>, Κυριακή Μαλαπερδα<sup>1</sup>, Ευγενία Καρτερολιωτη<sup>2</sup>, Νικόλαος Πρωτοπαπας<sup>3</sup>, Αλεξάνδρα Καραβασιλη<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Νοσηλεύτρια, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>2</sup> Ψυχολόγος ΜSc-Ψυχοθεραπεύτρια, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>3</sup> Νευρολόγος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>4</sup> Φυσίατρος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

ΕΑ09

### ΜΙΝΙ-ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΙΘΟΘΡΥΨΙΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΘΗΚΑΡΙΟΥ CLEAR RETRA® ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗΣ

Κωνσταντίνος Σκρεπέτης<sup>1</sup>, Ιωάννης Ευθυμίου<sup>1</sup>, Ζαχαρίας Χουσιανίτης<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Δουρούμης<sup>1</sup>, Βασιλική Δημοπούλου<sup>2</sup>, Ελένη Εξερτζόγλου<sup>2</sup>, Χαρίκλεια Κουτούση<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

<sup>2</sup> Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

20:30-21:00

**Τελετή Έναρξης – Χαιρετισμοί**

21:00-22:00

**Ειδική Διάλεξη**

Πρόεδροι:

**Δ. Τζαμουράνης**

**Αικ. Λαμπροπούλου, Π. Κλουφέτος**

Μελαγχολία στην Τέχνη, από τον Αριστοτέλη στη σύγχρονη εποχή



**Παρασκευή 7 Ιουνίου 2019****Αίθουσα Β**

17:00-18:30

**Κλινικό Φροντιστήριο****ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Συντονιστές:

**Ν. Κρητικός, Δ. Γκότσης****Α. Ξυφτέρη &  
Μ.-Υ. Τσόπελα**

Δύσπνοια

**Π. Σπυρακόπουλος**

Κοιλιακό άλγος

**Β. Καραμπέτσος**

Θωρακικό άλγος

**Ν. Πρωτόπαπας**

Απώλεια συνείδησης - σύγχυση

18:30-20:00

**Ελεύθερες Ανακοινώσεις II (ΕΑ10 – ΕΑ17)**

Πρόεδροι:

**Σ. Οικονόμου, Ι. Ευθυμίου****ΕΑ10****ΔΙΑΦΥΛΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ****Φωτεινή Στασινοπούλου<sup>1</sup>, Εμμανουήλ Μέντης<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Γενικός Ιατρός, Καλαμάτα<sup>2</sup>Κοινωνικός Λειτουργός, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών**ΕΑ11****ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ****Σωτηρία Γιαννοπούλου<sup>1</sup>, Μαρία Ηλιοπούλου<sup>1</sup>, Χαράλαμπος Γώγος<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Παιδίατρος, Παιδοενδοκρινολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πατρών «Καραμανδάνειο», Πάτρα<sup>2</sup>Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμωξιολογίας, Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, Πάτρα**ΕΑ12****ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ: ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΕΣ****Μαρία Ντόκου<sup>1</sup>, Χρυσούλα Τσίου<sup>2</sup>, Στυλιανή Τζιαφέρη<sup>3</sup>, Ιωάννα Ευστρατίου<sup>4</sup>, Αγγελική Ρόδη-Μπουριέλ<sup>5</sup>**<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, υπ. Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πελοποννήσου<sup>2</sup>Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής<sup>3</sup>Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου<sup>4</sup>Νοσηλεύτρια ΠΕ, ΜSc, υπ. Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πελοποννήσου<sup>5</sup>Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου



ΕΑ13

### ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ LISTERIA MONOCYTOGENES ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

**Ιωάννα Γιωτοπούλου**, Ευαγγελία Κούκου, Αλεξάνδρα Κωνσταντοπούλου, Δημοσθένης Μαζαράκης, Έλενα Σιδηροπούλου, Γεώργιος Δεπούνης, Παναγιώτα-Δανάη Τσάλτα, Κυριακή Τσίχλη, Ιωάννα Γιαννακοπούλου, Νικολέττα Ξυδιά

*Γ.Ν. Μεσσηνίας - Ν.Μ. Καλαμάτας, Β' Παθολογική Κλινική*

ΕΑ14

### ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΜΥΚΩΣΗ ΚΑΙ ΘΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Σπυρίδων Φούντας<sup>1</sup>**, Ευσταθία Γεωργιοπούλου<sup>1</sup>, Παναγιώτης Σπυρακοπουλος<sup>1</sup>, Νεοκλής Κρητικός<sup>1</sup>, Παναγιώτης Γιαννόπουλος<sup>1</sup>, Κυριακή Φιλοπούλου<sup>1</sup>, Μάξιμος Φρούντζας<sup>1</sup>, Χρύσα Μάλλιου<sup>2</sup>, Παναγιώτης Καλοφωλιάς<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας- Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

<sup>2</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας- Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

ΕΑ15

### ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΤΥΦΛΟΥ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ

**Μάξιμος Φρούντζας<sup>1,2</sup>**, Χριστίνα Νικολάου<sup>1</sup>, Παναγιώτης Γιαννόπουλος<sup>1</sup>, Αντώνης Δουμουλάκης<sup>1</sup>, Μαρία Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Αριστείδης Γεωργούντζος<sup>1</sup>, Χρύσα Μάλλιου<sup>3</sup>, Νεοκλής Κρητικός<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

<sup>2</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής & Χειρουργικής Ερεύνης «Ν. Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup>Αναισθησιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

ΕΑ16

### Η ΑΡΧΙΚΗ ΜΑΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΙΑΠΙΣΜΟΥ

**Κωνσταντίνος Τζελέπης<sup>1</sup>**, Κωνσταντίνος Σκρεπέτης<sup>2</sup>, Ζαχαρίας Χουσιανίτης<sup>2</sup>, Ορέστης Πορφύρης<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Στασινόπουλος<sup>1</sup>, Παρασκευάς Καλομοίρης<sup>+</sup>

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης

<sup>2</sup>Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

ΕΑ17

### ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ PARKINSON

**Αλεξάνδρα Καραβασίλη<sup>1</sup>**, Γεώργιος Νεοχωρίτης<sup>1</sup>, Νικόλαος Πρωτόπαπας<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Φυσίατρος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΓΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>2</sup>Νευρολόγος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΓΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

**Σάββατο 8 Ιουνίου 2019****Αίθουσα Α**09:00-10:00 **Στρογγύλη Τράπεζα****Ο ΛΟΓΟΣ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ – ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ***Συντονιστές:* **A. Ζέρβα, Η. Μανδηλάρης****A. Κούμπουλας** Τραυματισμοί κατά τις διαστημικές πτήσεις**Χ. Τζαμουράνη** ΗΡV λοίμωξη του τραχήλου της μήτρας – Κλινικές εκδηλώσεις - Πρόληψη – Θεραπεία**A. Σακκάς** Οξείες κακώσεις γόνατος στο ΤΕΠ**E. Γκόλα** Ωταλγία - Παγίδες στη διερεύνηση και διάγνωση10:00-11:00 **Στρογγύλη Τράπεζα****ΔΟΜΙΚΕΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ***Συντονιστές:* **I. Αναστασόπουλος, Δ. Καρατζάς****Γ. Κωνσταντοπούλου & Σ. Αποστολοπούλου** Συνήθη καρδιακά προβλήματα στην παιδική ηλικία**Η. Τσίχλης** Αιφνίδιος θάνατος σε αθλητές (παιδιά - ενήλικες)11:00-12:00 **Στρογγύλη Τράπεζα****ΘΕΜΑΤΑ ΛΟΙΜΩΣΙΟΛΟΓΙΑΣ***Συντονιστής:* **E. Γιαμαρέλλος – Μπουρμπούλης****E. Γιαμαρέλλος – Μπουρμπούλης** Οξείες γαστρεντερίτιδες**Σ. Σολδάτου – Ψώνη** Αντιβιοτικά - Κατευθυντήριες οδηγίες στα παιδιά**A. Γιαμαρέλλου** Σήψη - Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης12:00-12:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**12:30-13:15 **Δορυφορική Διάλεξη**



13:15-14:30

### Στρογγύλη Τράπεζα

#### ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Συντονιστές:

**Σ. Περουκίδης, Α. Στριμπάκος**

**Ε. Σκληρός**

Προσυμπτωματικός έλεγχος καρκίνου

**Εμμ. Σαλούστρος**

Διατροφή και καρκίνος

**Ε. Αντωνοπούλου**

Χρόνιος καρκινικός πόνος

14:30-15:00

### ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ

15:00-16:00

### Στρογγύλη Τράπεζα

#### ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ

Σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Μεσσηνίας

Συντονιστές:

**Γ. Μανωλέας, Χ. Χαράλαμπος, Κ. Παρασκευόπουλος**

**Α. Μαστρογιαννάκη  
– Μαρίνη**

Δυνατότητες ιατρικού τουρισμού στη Μεσσηνία

**Ν. Δέδες**

Οδοντιατρικός Τουρισμός

**Κ. Ανδριανόπουλος**

Ιατρικός τουρισμός: η προσέγγιση του επαγγελματία τουρισμού

**Σ. Αποστολόπουλος  
& Α. Καραβασίλη**

Ιατρικός τουρισμός και αποκατάσταση

16:00-16:50

### Στρογγύλη Τράπεζα

#### ΘΕΜΑΤΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδροι:

**Δ. Τζωρτζίνης, Α. Σαπουντζής**

**Γ. Παπαθεοδωρίδης**

Οι ενδείξεις και οι τρόποι της γαστροπροστασίας

**Ι. Κάπος**

Λιπώδης διήθηση και υποστήριξη της φυσιολογικής λειτουργίας του ήπατος

16:50-18:30

### Στρογγύλη Τράπεζα

#### Η ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΠΟΛΛΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

Συντονιστές:

**Γ. Κουδούνης, Ι. Μπολέτης**

**Π. Χαλβατσιώτης**

Σακχαρώδης διαβήτης στην καρδιακή ανεπάρκεια

**Χ. Μελεξοπούλου**

Ο νεφρός στην καρδιακή ανεπάρκεια

**Χ. Αλαμανής**

Στυτική δυσλειτουργία και καρδιακή ανεπάρκεια

**Κ. Τούτουζας**

Η καρδιακή ανεπάρκεια από την πλευρά του Καρδιολόγου



18:30-19:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

19:00-19:30 **Διάλεξη**

Πρόεδροι:

**Ι. Μπολέτης**

**Μ. Μπόνιος**

Οι μεταμοσχεύσεις καρδιάς στην Ελλάδα

19:30-20:15 **Ειδική Διάλεξη**

Πρόεδροι:

**Ν. Αποστολοπούλου, Κ. Αποστολόπουλος**

**Μ. Γαζούλη**

Η σημασία του μικροβιώματος στην υγεία

20:15-21:00 **Ειδική Διάλεξη**

Πρόεδροι:

**Π. Σολδάτος, Π. Κουσουλής**

**Ε. Johnson**

Νευροφυσιολογία του stress

21:00-21:20 **Παρουσίαση Βραβευμένων Εργασιών**

Συντονιστές:

**Γ. Τζίφα, Σ. Μακρέας**

1<sup>ο</sup>, 2<sup>ο</sup> & 3<sup>ο</sup> βραβείο ελευθέρων ανακοινώσεων και βράβευση καλύτερου poster

21:20 **Τελετή λήξης**

21:50 **Δεξίωση**

## ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

12:30-13:15 **Δουρυφορική Διάλεξη**

Πρόεδροι:

**Σ. Παπαδάκης**

Με την ευγενική χορηγία της  Menarini Hellas

**Χ. Βέργη, Χ. Μάλλιου**

Η αντιμετώπιση του πόνου, μια διαχρονική ανεκπλήρωτη ανάγκη. Νεότερες εξελίξεις



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΡΟΕΔΡΩΝ, ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΜΙΛΗΤΩΝ

### **Johnson Elizabeth**

Κοσμήτορας, Καθηγήτρια  
Ανατομίας Ιατρική Σχολή,  
Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

### **Αδαμόπουλος Ιωάννης**

Διευθυντής Μονάδος  
Μεσογειακής Αναιμίας-  
Αιματολογικού Ιατρείου, Γενικό  
Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Αδαμοπούλου Θεοδούλη**

Τομεάρχης Χειρουργικού Τομέα,  
Νοσηλευτική Υπηρεσία, Γενικό  
Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Αλαμανής Χρήστος**

Αναπληρωτής Καθηγητής  
Ουρολογίας ΕΚΠΑ

### **Αλεβητσοβίτης Γεώργιος**

Στρατιωτικός Ιατρός -  
Καρδιολόγος, Καλαμάτα

### **Αναστασόπουλος Ιωάννης**

Καρδιολόγος, Καλαμάτα

### **Ανδριανόπουλος Κώστας**

Μσ, Βα, Διευθυντής - Στέλεχος  
Ξενοδοχείων

### **Αντωνοπούλου Ελπίδα**

Διευθύντρια Αναισθησιολογικού  
Τμήματος και Ιατρείου Πόνου  
Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης

### **Αποστολόπουλος Κωνσταντίνος**

Συντονιστής Διευθυντής ΩΡΛ  
Κλινικής Γενικό Νοσοκομείο  
Μεσσηνίας

### **Αποστολόπουλος Σωτήρης**

ΜSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας,  
ΜSc Χρηματοοικονομικά -  
Υπεύθυνος Επικοινωνίας και  
Δημοσίων Σχέσεων, Κέντρο  
Αποκατάστασης & Αποθεραπείας  
«Διάπλαση»

### **Αποστολοπούλου Σωτηρία**

Αναπληρώτρια Διευθύντρια  
Τμήματος Παιδών και Συγγενών  
Καρδιοπαθειών Ενηλίκων,  
Ωνάσειο

### **Αποστολοπούλου Νικολέττα**

Ειδικός Παθολόγος, Συντονίστρια  
Διευθύντρια Α΄ Παθολογικής  
Κλινικής Νοσοκομείου Μεσσηνίας

### **Βέργη Χριστίνα**

Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α΄,  
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό  
Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Γαζούλη Μαρία**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια  
Μοριακής Βιολογίας, Ιατρική  
Σχολή, ΕΚΠΑ

### **Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης Ευάγγελος**

Καθηγητής Παθολογίας,  
Δ΄ Παθολογική Κλινική  
Ιατρικής Σχολής Εθνικού και  
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου  
Αθηνών, Πρόεδρος European  
Shock Society, Συν-συντονιστής  
Ελληνικής Ομάδας Μελέτης  
της Σήψης, Guest Professor,  
Center for Sepsis Control and  
Care, Jena University Hospital,  
Germany

### **Γιαμαρέλλου Αγγελική**

Διευθύντρια ΜΕΘ, Γενικό  
Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Γκόλα Ελένη**

Ειδικευόμενη ΩΡΛ Τμήματος,  
Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας -  
Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

### **Γκότσης Δημήτριος**

Καρδιολόγος, Καλαμάτα

### **Δέδες Νίκος**

Οδοντίατρος, Αντιπρόεδρος  
Ελληνικής Οδοντιατρικής  
Ομοσπονδίας

### **Διαμαντόπουλος Κωνσταντίνος**

Φυσιοθεραπευτής, BSc., MT.,  
CKTI

### **Ευθυμίου Ιωάννης**

Ουρολόγος, Επιμελητής Α΄,  
Ουρολογική Κλινική, Γενικό  
Νοσοκομείο Μεσσηνίας -  
Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

### **Ζέρβα Αγγελική**

Συντονίστρια Διευθύντρια,  
Νεφρολόγος, Διευθύντρια  
Ιατρικής Υπηρεσίας, Γενικό  
Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Καμπουγέρη Ευσταθία**

Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη  
Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας,  
Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Καραβασίλη Αλεξάνδρα**

Φυσιάτρος, Κέντρο  
Αποκατάστασης και Αποθεραπείας  
«Διάπλαση»



### **Καραμπέτσος Βασίλειος**

Καρδιολόγος, Επικουρικός  
Επιμελητής Β', Καρδιολογική  
Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο  
Μεσσηνίας

### **Κάπος Ιωάννης**

Φαρμακοποιός, Product  
Manager DEMO ABEE

### **Καρατζάς Δημήτριος**

Καρδιολόγος, Αν. Διευθυντής  
«ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ» Hospital  
Center, Πρόεδρος ΟΕ Καρδιακής  
Ανεπάρκειας Ελληνικής  
Καρδιολογικής Εταιρίας

### **Κλουφέτος Περικλής**

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α',  
Καρδιολογική Κλινική Γενικού  
Νοσοκομείου Μεσσηνίας  
Νοσηλευτικής Μονάδας  
Καλαμάτας

### **Κονταξής Αναστάσιος**

Ουρολόγος, Καλαμάτα

### **Κορωνιού Μαρία**

Στρατιωτικός Ιατρός – Γενική  
Ιατρός, 120 Πτέρυγα  
Εκπαίδευσης Αέρος, Καλαμάτα

### **Κουδούνης Γεώργιος**

Καρδιολόγος, Διευθυντής  
Καρδιολογικής Κλινικής Γενικού  
Νοσοκομείου Μεσσηνίας – ΝΜ  
Καλαμάτας

### **Κούμπουλας Αλέξανδρος**

Στρατιωτικός Ιατρός, 120  
Πτέρυγα Εκπαιδύσεως Αέρος,  
Καλαμάτα

### **Κουσουλής Παναγιώτης**

Στρατιωτικός Ιατρός –  
Ωτορινολαρυγγολόγος, 251 Γενικό  
Νοσοκομείο Αεροπορίας, Πρόεδρος  
Ιατρικής Εταιρείας Μεσσηνίας

### **Κουτραφούρης Ιωάννης**

Ωτορινολαρυγγολόγος, ΩΡΛ  
Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο  
Μεσσηνίας

### **Κρητικός Νεοκλής**

Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ,  
Χειρουργική Κλινική, Γενικό  
Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Κωνσταντόπουλος**

#### **Παναγιώτης**

Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και  
Αποκατάστασης

### **Κωνσταντοπούλου Γεωργία**

Παιδοκαρδιολόγος, Αθήνα

### **Λαμπροπούλου Αικατερίνη**

Αναισθησιολόγος, Μεσσηνιον  
Θεραπευτήριο ΛΗΤΩ, Καλαμάτα

### **Μάκαρης Εμμανουήλ**

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α',  
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό  
Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Μακρέας Σωκράτης**

Γαστρεντερολόγος, Καλαμάτα

### **Μακρής Ιωάννης**

Ψυχίατρος, Καλαμάτα

### **Μάλλιου Χρυσάνθη**

Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια  
ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα,  
Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Μανδηλάρης Ηλίας**

Γενικός Ιατρός, Περιφερειακό  
Ιατρείο Μαυροματτίου Ιθώμης

### **Μανωλέας Ιωάννης**

Ιατρός, Φυσικής Ιατρικής και  
Αποκατάστασης, Καλαμάτα

### **Μαστρογιαννάκη - Μαρίνη Αλεξάνδρα**

Ιατρός Μικροβιολόγος-  
Βιοπαθολόγος, Κυπαρισσία

### **Μελεξοπούλου Χριστίνα**

Νεφρολόγος, Νεφρολογική  
Κλινική και Μονάδα  
Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική  
Σχολή, ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο  
Αθηνών «Λαϊκό»

### **Μοσκόφη Ιορδάνια**

Κλινική Ψυχολόγος, MSc,  
Στρατιωτική Ψυχολόγος, 251  
Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

### **Μπακαράκη Ακριβή**

PT MSc, Κλινική  
φυσικοθεραπεύτρια, Ergon®  
IASTM Technique Instructor

### **Μπιλιαρδής Χρυσάνθος**

Νοσηλεύτης, Μονάδα  
Εμφραγμάτων Γενικού  
Νοσοκομείου Μεσσηνίας

### **Μπολέτης Ιωάννης**

Καθηγητής Παθολογίας-  
Νεφρολογίας, Διευθυντής  
Νεφρολογικής Κλινικής &  
Μονάδας Μεταμόσχευσης  
Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ,  
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών  
«Λαϊκό»



### **Μπόνιος Μιχαήλ**

Καρδιολόγος, Επιμελητής Β',  
Μονάδα Μεταμόσχευσης &  
Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας,  
Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό  
Κέντρο

### **Ξυδιά Νικολέττα**

Παθολόγος, Διευθύντρια Β',  
Παθολογικής Κλινικής Γενικό  
Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Ξυφτέρη Αρετή**

Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος,  
Μεσσήνη

### **Οικονόμου Σοφία**

Μαιευτήρας Γυναικολόγος,  
Καλαμάτα

### **Παϊβανά Θεοδώρα**

Νοσηλεύτρια, Μονάδα  
Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό  
Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Παπαδάκης Σταμάτιος**

Διευθυντής Β' Ορθοπαιδικής  
Κλινικής, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Κηφισιά,  
Πρόεδρος 2018 ΕΕΧΟΤ

### **Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος**

Καθηγητής Παθολογίας-  
Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή  
Εθνικού και Καποδιστριακού  
Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Διευθυντής Πανεπιστημιακής  
Γαστρεντερολογικής Κλινικής,  
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών  
«Λαϊκό»

### **Παρασκευόπουλος Κώστας**

Διοικητικός Διευθυντής  
Μονάδας Χρόνιας Αιμοκάθαρσης  
MESOGEIOS

### **Περουκίδης Σταύρος**

Ογκολόγος-Παθολόγος,  
Επιμελητής Β', Υπεύθυνος  
Ογκολογικού Τμήματος Γενικού  
Παναρακαδικού Νοσοκομείου  
Τρίπολης

### **Σακκάς Αντώνης**

Ιατρός, Γενικό Νοσοκομείο  
Μεσσηνίας, Νοσηλευτική Μονάδα  
Κυπαρισσίας

### **Σαλούστρος Εμμανουήλ**

Επίκουρος Καθηγητής  
Ογκολογίας, Τμήμα Ιατρικής  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

### **Σαπουντζής Απόστολος**

Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Β',  
Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Σκληρός Ευστάθιος**

MD, PhD, Διευθυντής ΚΥ Νεμέας,  
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας  
Έρευνας και Εκπαίδευσης στην  
ΠΦΥ

### **Σεφέρου Μαρία**

Καρδιολόγος, Καλαμάτα

### **Σκρεπέτς Κωνσταντίνος,**

Ουρολόγος, Συντονιστής  
Διευθυντής, Ουρολογική Κλινική,  
Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Σολδάτος Παναγιώτης**

Νευρολόγος, Καλαμάτα

### **Σολδάτου-Ψώνη Σταυρούλα**

Παιδίατρος, Καλαμάτα

### **Σπυρακόπουλος Παναγιώτης**

Χειρουργός, Επιμελητής Α',  
Χειρουργική Κλινική, Γενικό  
Νοσοκομείο Μεσσηνίας

### **Στριμπάκος Αλέξιος**

Παθολόγος Ογκολόγος,  
Διευθυντής Ε' Παθολογικής  
Ογκολογικής Κλινικής, ΔΘΚΑ  
Υγεία

### **Τζαμουράνη Χριστιάννα**

Αγροτική Ιατρός Π.Ι. Κατσαρού,  
Κ.Υ. Μελιγαλά

### **Τζαμουράνης Δημήτριος**

Ζωγράφος

### **Τζίφα Γαρυφαλλιά**

Ενδοκρινολόγος, Καλαμάτα

### **Τζωρτζίνης Δημήτριος**

Μαιευτήρας Γυναικολόγος,  
Καλαμάτα, Πρόεδρος Ιατρικού  
Συλλόγου Μεσσηνίας

### **Τούτουζας Κωνσταντίνος**

Καθηγητής Καρδιολογίας,  
Α' Καρδιολογική Κλινική  
Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών  
«Ιπποκράτειο»

### **Τριάντος Στυλιανός**

Διευθυντής Ω.Ρ.Λ. Κλινικής,  
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών  
«Κοργιαλένιο - Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

### **Τσίχλης Ηλίας**

Καρδιολόγος, Επιμελητής  
Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό  
Νοσοκομείο Μεσσηνίας,  
Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

### **Τσόπελα Μαρία - Υπατία**

Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος,  
Καλαμάτα





**Χαλβατσιώτης Παναγιώτης**

*Επίκουρος Καθηγητής  
Παθολογίας - Διαβήτη, Β΄  
Προπαιδευτική Παθολογική  
Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό  
και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο  
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό  
Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν»*

**Χαραλάμπος Χαράλαμπος**

*Μαιευτήρας – Γυναικολόγος,  
Καλαμάτα*

**Χιώτη Γαρυφαλλιά**

*Παιδίατρος, Καλαμάτα*

**Χιώτης Χρήστος**

*Μικροβιολόγος – Βιοπαθολόγος,  
Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας  
Χριστοφιλοπούλου Σοφία  
Παθολόγος, Στούπα Μεσσηνίας*

**Ψυχάρης Ιωάννης**

*Ορθοπαιδικός Χειρουργός,  
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Κλινική  
Αθλητικών Κακώσεων*



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΕΑ01

#### ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ ΠΕΛΜΑΤΙΑΙΑΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ SHOCKWAVES Ή ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ;

**Βασίλειος Δέδες<sup>1</sup>, Αθανάσιος Μπτσέας<sup>2</sup>, Αριάδνη Μαρία Δέδε<sup>3</sup>, Δανάη Αγγελική Μπτσέα<sup>4</sup>, Γεώργιος Πανουτσόπουλος<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>MSc, PhD, Post doc researcher, Εργαστήριο Φυσιολογίας-Φαρμακολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

<sup>2</sup>MD, Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος, Μεσσηνιακών Θεραπευτήριον, Καλαμάτα

<sup>3</sup>Engineering in Biotechnology Department, Absalon University College, Kalundborg, Sjælland, Denmark

<sup>4</sup>Τμήμα Βιολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

<sup>5</sup>MSc, PhD, Αναπληρωτής Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Φυσιολογίας-Φαρμακολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

**Εισαγωγή:** Οι πάσχοντες από τενοντοπάθεια πελματιαίας απονεύρωσης συνήθως βιώνουν μειωμένη λειτουργικότητα και χαμηλή ποιότητα ζωής λόγω του πόνου που προκαλείται από την κίνηση του τένοντα.

**Σκοπός:** Η σύγκριση της θεραπείας shockwave με την θεραπεία υπερήχων, μέσω αξιολόγησης της έντασης του πόνου και του βαθμού δυσκολίας στην λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των πασχόντων από τενοντοπάθεια πελματιαίας απονεύρωσης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Το δείγμα αποτέλεσαν 159 πάσχοντες από τενοντοπάθεια πελματιαίας απονεύρωσης. Από αυτούς, 88 αποτέλεσαν την ομάδα shockwave, 56 την ομάδα υπερήχων και 15 την ομάδα ελέγχου. Χρησιμοποιήθηκε το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο UoP-PFQ (Cronbach's Alpha 0.88). Η ένταση του πόνου, η επιδείνωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής αξιολογήθηκαν πριν, μετά την θεραπευτική παρέμβαση και στο follow-up μετά από 4 εβδομάδες μέσω βαθμολόγησης σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert. Η στατιστική ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics v.25 και την επέκτασή του Sample Power 3.

**Αποτελέσματα:** Η μείωση του πόνου και η βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των πασχόντων βρέθηκαν σημαντικά μεγαλύτερες τόσο μετά την θεραπεία shockwave και την θεραπεία υπερήχων ( $p < 0,001$ ), όσο και στο follow-up μετά από 4 εβδομάδες ( $p < 0,001$ ), σε σχέση με τις μετρήσεις πριν την θεραπεία. Ωστόσο, οι βελτιώσεις μετά την θεραπεία υπερήχων δεν φάνηκαν τόσο μεγάλες όσο μετά την θεραπεία με shockwaves ( $p < 0,001$ ).

**Συμπέρασμα:** Παρόλο που και οι δύο θεραπείες βρέθηκαν να είναι αποτελεσματικές, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι η θεραπεία με shockwaves είναι σημαντικά πιο αποτελεσματική από αυτήν των υπερήχων.



## EA02

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν.ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Έλενα Αλλαζίδου<sup>1</sup>, Δημήτριος Μπουντουβάς<sup>2</sup>, Διονυσία Λαμπροπούλου<sup>3</sup>,  
Απόστολος Κυριάκος Ζολώτας<sup>4</sup>, Παναγιώτα Πουλοπούλου<sup>1</sup>, Γεώργιος Πετράκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Γενικό νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα

<sup>2</sup>Β΄ Πανεπιστημιακή και Γυναικολογική κλινική, Αρεταίειο νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>3</sup>Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής & Έδρα UNESCO Εφηβικής Υγείας και Ιατρικής, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

<sup>4</sup>Α΄ Πανεπιστημιακή και Γυναικολογική κλινική, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Μεγάλο ενδιαφέρον παρατηρείται διεθνώς, για τη διαμόρφωση των ορθών πολιτικών σε θέματα υγείας που αφορούν τις υπηρεσίες περιγεννητικής φροντίδας. Η περίοδος της κύησης καθώς και η στιγμή του τοκετού αποτελούν μια φυσιολογική και σημαντική περίοδο της ζωής των γυναικών. Η εκληφθείσα ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ικανοποίηση των γυναικών από τις υπηρεσίες, οι εμπειρίες τους και οι σχέσεις μεταξύ τους και με τους επαγγελματίες υγείας αποτελούν κάποιες από αυτές. Ενδελεχής και κριτική ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν την καθεμιά από τις πιο πάνω παραμέτρους χρειάζεται, πριν την ασφαλή διεξαγωγή συμπερασμάτων.

**Σκοπός της μελέτης:** Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η αποτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των γυναικών κατά την διάρκεια του τοκετού τους. Γίνεται προσπάθεια να προσδιοριστούν και να αξιολογηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των γυναικών από την συνεργασία τους με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, τον ιατρό και την μαία, κατά τον τοκετό, με στόχο την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Εργαλείο για την μέτρηση της ικανοποίησης των γυναικών αποτέλεσε το ερωτηματολόγιο KIM - Kuorio Instrument for Mothers (ελληνική έκδοση) σε δείγμα πληθυσμού (λεκωίδες) στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας. Το δείγμα αποτέλεσαν λεκωίδες που γέννησαν είτε με φυσιολογικό τοκετό είτε με καισαρική τομή. Για την στατιστική επεξεργασία έγινε χρήση του προγράμματος Microsoft Excel 2010, καθώς, επίσης, και του στατιστικού προγράμματος IBM-SPSS 22.

**Αποτελέσματα:** Το δείγμα αποτέλεσαν 100 λεκωίδες, οι οποίες γέννησαν στον Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας. Οι 50 γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και οι 50 δια καισαρικής τομής. Η μέση ηλικία ήταν τα 32,8 έτη. 46% των λεκωίδων ήταν απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 44% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ 10% είχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. 95% των λεκωίδων δήλωσαν έγγαμες. 19% αυτών είχαν πλήρη επαγγελματική απασχόληση, 23% ήταν άνεργες, ενώ 12% ήταν απασχολούμενες με τα οικιακά. Σε γενικές γραμμές παρατηρείται υψηλός βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας κατά τον τοκετό, με υπεροχή του ιατρού έναντι της μαίας. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η πραγματοποίηση του τοκετού με



φυσιολογικό τοκετό, με τις λεχωίδες να δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένες από την εμπειρία τους αυτή έναντι της καισαρικής τομής. Άλλοι παράγοντες, όπως είναι η οικογενειακή και η οικονομική κατάσταση των λεχωίδων, ο αριθμός των τοκετών και η ύπαρξη αποβολών ή αμβλώσεων στο ιστορικό τους, δεν φάνηκαν να επηρεάζουν την ικανοποίηση κατά τον τοκετό.

**Συμπεράσματα:** Το μεγάλο ποσοστό ανταπόκρισης στην παρούσα έρευνα μαρτυρεί την μεγάλη επιθυμία των λεχωίδων να εκφράσουν την γνώμη τους κατά τον τοκετό, συνεπώς θα ήταν φρόνιμο τα νοσοκομεία να προβούν στη συστηματική διανομή ερωτηματολογίων ικανοποίησης πριν την έξοδο των λεχωίδων από το νοσοκομείο. Επίσης, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να προσανατολιστούν στην βελτίωση της επικοινωνίας με τις γυναίκες κατά τον τοκετό, δίνοντας έμφαση στην επαρκή πληροφόρηση για την πορεία και την εξέλιξη του τοκετού. Η περαιτέρω πραγματοποίηση στο μέλλον παρόμοιας έρευνας θα μπορούσε, οπωσδήποτε, να ενισχύσει την γνώση που έχουμε γύρω από την ικανοποίηση των λεχωίδων κατά τον τοκετό.

### ΕΑ03

#### Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΟ-ΟΡΧΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ. ΠΟΙΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΙΝΟΛΟΝΩΝ;

**Ιωάννης Γλύκας, Χαράλαμπος Φραγκούλης, Σταύρος Λάμπρου, Γεώργιος Θεοκάρης, Δημήτριος Ερμίδης, Αγγελική Λεβέντη, Αντώνιος Καούλας, Κωνσταντίνος Ντούμας**

*Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»*

**Εισαγωγή:** Η επιδιδυμο-ορχίτιδα είναι μια κοινή ουρολογική κατάσταση σε άντρες όλων των ηλικιών, προκαλώντας ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη διόγκωση της επιδιδυμίδας ή/και των όρχεων. Άνδρες ηλικίας άνω των 35 ετών αναπτύσσουν επιδιδυμο-ορχίτιδα που σχετίζεται με κοινά εντεροπαθογόνα βακτήρια, που συχνά συνδυάζονται με διαταραχές κένωσης της ουροδόχου κύστης. Οι κινολόνες και ειδικά η σιπροφλοξασίνη, ήταν από καιρό η βασική θεραπευτική επιλογή. Ωστόσο, η αύξηση της ανθεκτικότητας στην σιπροφλοξασίνη σε απομονωμένα στελέχη *E.Coli* υποδεικνύει μια άνευ προηγουμένου ανάγκη για εναλλακτικές αντιμικροβιακές ουσίες με επαρκή διείσδυση στην επιδιδυμίδα και τους όρχεις ώστε να επιτραπεί η κατάλληλη και ολοκληρωμένη θεραπεία αυτών των ασθενών. Στην παρούσα εργασία γίνεται μία ανασκόπηση της εμπειρίας της κλινικής μας στην αντιμετώπιση περιστατικών επιδιδυμο-ορχίτιδας κατά τα έτη 2017 και 2018.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά όλα τα περιστατικά επιδιδυμίδας και επιδιδυμο-ορχίτιδας που διαγνώστηκαν και αντιμετωπίστηκαν στο ΤΕΠ ουρολογικού κατά τα έτη 2017 και 2018. Έγινε καταγραφή της ηλικίας των ασθενών, του ιστορικού προηγούμενης λοίμωξης ουροποιητικού καθώς και προηγούμενης θεραπείας. Επίσης καταγράφηκε η θεραπεία που χορηγήθηκε στον ασθενή καθώς και η διάρκεια της, ο αριθμός των ασθενών που έκαναν εισαγωγή στο νοσοκομείο καθώς και της αντιβιοτικής αγωγής που ακολούθησαν κατά τη νοσηλεία τους, ο χρόνος νοσηλείας και η αγωγή εξόδου από το νοσοκομείο.



**Αποτελέσματα:** Συνολικά καταγράφηκαν 546 περιστατικά επιδιδυμίτιδας σε διάστημα 2 ετών. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 58 έτη. Η πλειοψηφία των ασθενών (61%) δεν είχαν ιστορικό προηγούμενης λοίμωξης. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε Triplex οσχέου το οποίο επιβεβαίωσε τα κλινικά ευρήματα. 70 ασθενείς (13%) εισήχθησαν στο νοσοκομείο και έλαβαν *in antiβιοτική αγωγή* με μέσο χρόνο νοσηλείας τις 3.5 ημέρες. Η πλειονότητα των περιστατικών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο (88%) αντιμετωπίστηκε με *in antiβιοτική αγωγή* η οποία δεν περιελάμβανε φθοροκινολόνες (είτε με μονοθεραπεία πιπερακιλλίνης-σουλμπακτάμης είτε με συνδυασμό πιπερακιλλίνης σουλμπακτάμης με αμικασίνη) και μόνο σε περιστατικά αναφερόμενης αλλεργίας στις β λακτάμες χορηγούνταν συνδυασμός σιπροφλοξασίνης και αμικασίνης ή μονοθεραπεία με σιπροφλοξασίνη. Η αγωγή των ασθενών συνεχιζόταν και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο μέχρι συμπλήρωσης 20 ημερών αγωγής με σκεύασμα ανάλογο με αυτό που χρησιμοποιήθηκε κατά την νοσηλεία.

Η πλειοψηφία των ασθενών που εξετάσθηκαν στο ΤΕΠ (477 ασθενείς) ασθενείς έλαβαν οδηγίες για *per os antiβιοτική αγωγή*. Στο 85% των ασθενών (405 ασθενείς) χορηγήθηκε μονοθεραπεία με φθοροκινολόνη για διάστημα 15-20 ημερών. Το συχνότερα χρησιμοποιούμενο σκεύασμα ήταν η σιπροφλοξασίνη. Στο 29% των ασθενών χορηγήθηκε συνδυασμός κινολόνης και αμικασίνης για τις 3 πρώτες ημέρες της αγωγής. Όλοι οι ασθενείς που δεν έλαβαν *per os κινολόνη* ανέφεραν αλλεργία στις κινολόνες. Οι ασθενείς επανεξετάστηκαν ένα μήνα μετά την έναρξη της αγωγής με λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση και γενική και καλλιέργεια ούρων. Από το σύνολο των 405 ασθενών που έλαβαν αγωγή με κινολόνη οι 162 ασθενείς (40%) είχαν είτε εμμένουσα συμπτωματολογία συνθέστερα με μερική βελτίωση-ανταπόκριση στην αγωγή είτε ευρήματα παραμένουσας λοίμωξης στην γενική και καλλιέργεια ούρων παρά την κλινική βελτίωση.

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά μη ανταπόκρισης των ασθενών στην αγωγή με φθοροκινολόνη γεγονός που αναδεικνύει την ήδη γνωστή υψηλή αντοχή των φθοροκινολονών στην χώρα μας.

### ΕΑ04

#### ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΙΛΑΡΑΣ 2017-2018: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ Β΄ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Ελένη Σιδηροπούλου, Ευαγγελία Κούκου, Δημοσθένης Μαζαράκης, Ιωάννα Γιωτοπούλου, Γιώργος Δεπούντης, Αλεξάνδρα Κωνσταντοπούλου, Δανάη Τσάλτα, Ιωάννα Γιαννακοπούλου, Κυριακή Τσίχλη, Νικολέττα Ξυδιά

*Γ.Ν. Μεσσηνίας - Ν.Μ. Καλαμάτας, Β Παθολογική Κλινική*

**Εισαγωγή:** Η ιλαρά είναι μια ιδιαίτερα μεταδοτική ιογενής λοίμωξη της παιδικής, κυρίως, ηλικίας αλλά και των ενηλίκων. Ο ελλιπής εμβολιασμός είχε σαν αποτέλεσμα νέα έξαρση της νόσου σε πολλές χώρες. Στην Ελλάδα,



από τον Μάιο 2017 έως τον Δεκέμβριο 2018, έχουν καταγραφεί 3258 κρούσματα με μεγαλύτερη συχνότητα στη Νότια Ελλάδα.

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε τα επιβεβαιωμένα κρούσματα ιλαράς που νοσηλεύθηκαν στη Β΄ Παθολογική κλινική του Γ.Ν. Καλαμάτας και την κατανομή τους ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, την εμβολιαστική κάλυψη, την επαφή με άτομο που νόσησε και την επαγγελματική έκθεση.

**Υλικό & Μέθοδος:** Από την 1<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2017 έως και 31<sup>η</sup> Μαρτίου 2018 νοσηλεύτηκαν στην κλινική 43 ασθενείς με εμπύρετο και συνοδό εξάνθημα ύποπτο για ιλαρά, στους οποίους στάλθηκε ορολογικός έλεγχος στο Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur.

**Αποτελέσματα:** Από τα 43 δείγματα που στάλθηκαν τα 29(67%) ήταν IgM θετικά για ιλαρά. Από τα 29 ορολογικά επιβεβαιωμένα κρούσματα 11 (37,94%) ήταν άνδρες και 18 (62,06%) ήταν γυναίκες. Τα 12 (41,37%) ήταν ηλικίας 15-24 ετών, τα 10 (34,48%) ήταν 25-44 ετών, ενώ τα 7(24,14%) ήταν 45-60 ετών. Επίσης, τα 11(37,93%) ανήκαν σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα (Ρομά), ενώ 21(72,41%) δεν είχαν εμβολιαστεί. 9(31,03%) από τα κρούσματα είχαν έρθει σε επαφή με άτομο που νόσησε ενώ 1 ασθενής ήταν επαγγελματίας υγείας. Η έκβαση για όλα τα κρούσματα ήταν η ίαση. Ένας ασθενής παρουσίασε πνευμονία και οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, ενώ οι περισσότεροι είχαν διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας και επιπεφυκίτιδα.

**Συμπεράσματα:** Η ιλαρά εξακολουθεί να αποτελεί μείζον θέμα δημόσιας υγείας, με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και επιπλοκών παρά την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού εμβολίου. Η επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου και η έγκαιρη εφαρμογή προληπτικών μέτρων (εμβολιασμός) αποτελούν τα ενδεδειγμένα μέτρα για τον έλεγχο της νόσου.

## ΕΑ05

### Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΙΚΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΝΩΤΙΑΙΟΥ ΥΓΡΟΥ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

#### Δημήτριος Κομπόγιωργας

*Τμήμα Νευροχειρουργικής, Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία*

**Εισαγωγή:** Στην παρούσα μελέτη αξιολογείται, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, η χρησιμότητα της μελέτης της δυναμικής του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) με το LIKVOR CELDA® SYSTEM στην κλινική πράξη. Γίνεται καταγραφή και κλινική αξιολόγηση παραμέτρων όπως της αγωγιμότητας και της αντίστασης ροής του ENY, του εύρους παλμού του ENY, κ.α. για την επίτευξη διαγνώσεως.

**Μέθοδος:** Μελετήθηκαν οι πρώτοι διαδοχικοί 20 ασθενείς (13 (65%) άνδρες και 7 (35%) γυναίκες), ηλικίας από 15 έως 85 ετών (μέση ηλικία=69,5, τυπική απόκλιση=15,7) που υπεβλήθησαν σε μελέτη δυναμικής του ENY με το LIKVOR CELDA® SYSTEM στο νοσοκομείο Υγεία, στην Ελλάδα. Οι ασθενείς ελέγχθηκαν για υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης (ΥΦΠ), ιδιοπαθή ενδοκράνια υπέρταση (ΙΕΥ) ή δυσλειτουργία «βαλβίδος εγκεφάλου».



Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε οφθαλμολογική παραγκέντηση (ΟΝΠ) με τοποθέτηση δύο βελόνων ΟΝΠ (No18G), υπό άσπρη τεχνική και τοπική αναισθησία. Η μελέτη δυναμικής του ΕΝΥ έγινε με το LIKVOR CELDA® SYSTEM.

**Συζήτηση:** Από τους 9 ασθενείς που ελέγχθηκαν για πιθανό υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης, 4 (44%) ασθενείς είχαν υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης, ενώ μια (11%) ασθενής είχε επικοινωνών υδροκέφαλο με αυξημένη ενδοκράνια πίεση (ΕΠ) (ΕΠ=25.1mmHg, πίεση παλμού ΕΝΥ=10.5 mmHg). Ένας (11%) ασθενής 48 ετών διαγνώσθηκε με ανεσταλαμένο υδροκέφαλο. Μόνο δύο (20%) από τους 10 ασθενείς που ελέγχθηκαν για πιθανή δυσλειτουργία βαλβίδας εγκεφάλου (ΒΕ), είχαν δυσλειτουργική βαλβίδα εγκεφάλου που χρειαζόνταν αναθεώρηση. Ενώ ένας ασθενής (10%) χρειάστηκε επαναπρογραμματισμό της βαλβίδας του, αντί της επικείμενης επανα-αναθεώρησής της. Μια ασθενής με πιθανή ιδιοπαθή ενδοκράνια υπέρταση διεγνώσθηκε ότι είχε φυσιολογική ΕΠ και κυματομορφή αυτής, με συνέπεια η διόγκωση των οπτικών θηλών της να διασαφηνισθεί ότι οφείλονταν σε drusen των οπτικών θηλών. Κανένας εκ των ασθενών δεν είχε επιπλοκή.

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη δυναμικής του ΕΝΥ είναι μια ασφαλής, λεπτομερής, και χρήσιμη εξέταση στην διαγνωστική προσέγγιση ασθενών που πάσχουν από παθήσεις του ΕΝΥ ή έχουν πιθανή δυσλειτουργία «βαλβίδας εγκεφάλου». Επίσης, η εξέταση αυτή συμβάλλει σημαντικά στην αποφυγή μη αναγκαίων επεμβάσεων όπως αυτών της τοποθέτησης ή αναθεώρησης «βαλβίδας εγκεφάλου».

### ΕΑ06

#### ΚΛΙΜΑΚΑ ALVARADO Η RIPASA ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ; ΜΙΑ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

**Μάξιμος Φρούντζας<sup>1,5</sup>, Δημήτριος Σχίζας<sup>2</sup>, Κωνσταντίνος Στέργιος<sup>1</sup>, Δήμητρα Κοψίνη<sup>1</sup>, Χριστίνα Νικολάου<sup>1</sup>, Παναγιώτης Γιαννόπουλος<sup>5</sup>, Νεοκλής Κρητικός<sup>5</sup>, Κωνσταντίνος Κόντζογλου<sup>3</sup>, Βασίλειος Περγιαλιώτης<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Τούτουζας<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας «Ν. Σ. Χρηστέας», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή

<sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Ιατρική Σχολή

<sup>3</sup>Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Ιατρική Σχολή

<sup>4</sup>Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο, Ιατρική Σχολή

<sup>5</sup>Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

**Σκοπός:** Η χρήση διαγνωστικών μηχανημάτων για τη διερεύνηση οξείας σκωληκοειδίτιδας παρουσιάζει χαμηλή διαθεσιμότητα και υψηλό κόστος. Για το λόγο αυτό έχουν διαμορφωθεί κάποιες κλινικές βαθμολογίες προκειμένου να επιτευχθεί η διάγνωση με ευκολία και ασφάλεια. Τα συστήματα βαθμολόγησης Alvarado και RIPASA είναι τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα και ο σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης είναι η σύγκριση της διαγνωστικής τους ακρίβειας.



**Υλικά & Μέθοδος:** Η αναζήτηση έγινε σε διεθνείς βάσεις δεδομένων και η επιλογή περιλάμβανε όλες τις μελέτες παρατήρησης που περιείχαν διαγνωστικές παραμέτρους των δύο αυτών συστημάτων, Alvarado και RIPASA, σε ασθενείς με κλινική εικόνα οξείας σκωληκοειδίτιδας. Η μετα-ανάλυση πραγματοποιήθηκε με λογισμικό Meta Disc 1.4 software.

**Αποτελέσματα:** Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 12 μελέτες με 2161 ασθενείς συνολικά. Η ευαισθησία της βαθμολογίας RIPASA ήταν 94% (95% CI, 92%-95%) και η ειδικότητα 55% (95% CI, 51%-55%). Επιπλέον, το εμβαδόν κάτωθεν της καμπύλης ROC (AUC) ήταν 0.9431 και η διαγνωστική αναλογία πιθανότητας (OR) ήταν 24.66 (95% CI, 8.06 -75.43). Η ευαισθησία της βαθμολογίας Alvarado ήταν 69% (95% CI, 67%-71%), η ειδικότητα 77% (95% CI, 74%-80%), ενώ το εμβαδόν κάτωθεν της καμπύλης ROC (AUC) ήταν 0.7944 και η διαγνωστική αναλογία πιθανότητας (OR) 7.99 (95% CI, 4.75-13.43).

**Συμπεράσματα:** Το σύστημα βαθμολόγησης RIPASA έχει μεγαλύτερη ευαισθησία από το Alvarado, ωστόσο η χαμηλή του ειδικότητα δημιουργεί την ανάγκη ενός συμπληρωματικού μέσου ώστε να επιτυγχάνεται ακριβής διάγνωση. Παρόλα αυτά, συνίσταται η ευρεία και ασφαλής χρήση και των δύο συστημάτων στα συστήματα υγείας που δεν διαθέτουν ηλεκτρονικά διαγνωστικά μέσα, όπως τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Νοσοκομεία.

### ΕΑ07

#### ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΕΡΧΡΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Παναγιώτης Κουσουλνής<sup>1</sup>, Νικόλαος Τζοβάρης<sup>2</sup>, Γαρυφαλλιά Τζίφα<sup>3</sup>, Βασιλική Σιαμπή<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ιδιώτης Ωτορινολαρυγγολόγος, Καλαμάτα

<sup>2</sup>Ιδιώτης Παθολόγος, Καλαμάτα

<sup>3</sup>Ιδιώτης Ενδοκρινολόγος, Καλαμάτα

<sup>4</sup>Παθολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

**Εισαγωγή – Σκοπός:** Η σταδιακή, συμμετρική και μόνιμη επιδείνωση της ακοής του ανθρώπου που παρατηρείται με την πρόοδο της ηλικίας είναι πολύ συχνή στην καθ' ημέρα πράξη. Εντούτοις, υπάρχουν αναστρέψιμες αιτίες αυτού του είδους της βαρηκοΐας, η σπανιότητα των οποίων καθιστά τη διάγνωση δύσκολη. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού ασθενούς, στο οποίο η διερεύνηση της βαρηκοΐας, οδήγησε στη διάγνωση της επινεφριδιακής ανεπάρκειας και υποθυρεοειδισμού.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Γυναίκα 55 ετών προσήλθε στον Ωτορινολαρυγγολόγο αιτώμενη σταδιακή και συμμετρική πώση της ακοής κατά τους τελευταίους μήνες, η οποία επιδεινώθηκε με ήπιο βαθμού εμβοές κατά την τελευταία εβδομάδα. Το ατομικό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο και δε λάμβανε κάποια χρόνια φαρμακευτική αγωγή. Η ωτορινολαρυγγολογική εξέταση ανέδειξε φυσιολογική λειτουργία μέσου ωτός (τυμπανόγραμμα τύπου A) και μετρίου





βαθμού συμμετρική νευροαισθητήρια βαρκοϊα, που όμως ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από την αναμενόμενη για την ηλικία. Ο βλεννογόνος του κάτω χείλους του στόματος παρουσίαζε ολιγάριθμες καφέ κηλίδες που ήταν ανώδυνες, ενώ παρατηρήθηκε παθολογική υπέρχρωση δέρματος, την οποία η ίδια απέδιδε στην εργασία της ως αγρότης. Η ασθενής παραπέμφθηκε για περαιτέρω διερεύνηση σε παθολόγο. Από το κλινικό ιστορικό προέκυψαν τα εξής: υπέρχρωση δέρματος από έτους τουλάχιστον, απώλεια βάρους >20 Kg το τελευταίο έτος, αίσθημα κακουχίας και κόπωσης, δύο λιποθυμικά επεισόδια καθώς και δύο επισκέψεις σε ιατρούς τους τελευταίους 6 μήνες. Η κλινική εξέταση επιβεβαίωσε τη μελάγχρωση του δέρματος, πτυκτών παλαμών, ούλων, χείλους ενώ διαπιστώθηκε ορθοστατική υπόταση. Ο εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε επινεφριδιακή ανεπάρκεια και αυτοάνοσο υποθυρεοειδισμό. Σε συνεργασία με τον ενδοκρινολόγο και με την Παθολογική κλινική του Π.Γ.Ν. Πατρών τέθηκε η διάγνωση της πρωτοπαθούς φλοιοεπινεφριδιακής ανεπάρκειας αυτοάνοσου αρχής, γνωστής και ως νόσος του Addison και η ασθενής ξεκίνησε θεραπεία υποκατάστασης με υδροκορτιζόνη (αρχικά ενδοφλέβια και εν συνεχεία από του στόματος), φθοριο –υδροκορτιζόνη και λεβοθυροξίνη. Τρεις μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας τα γενικά συμπτώματα υποχώρησαν τελείως, οι κηλίδες στο βλεννογόνο του στόματος εξαφανίστηκαν, η ακοή μετρήθηκε σε φυσιολογικά για την ηλικία επίπεδα και η μελάγχρωση του δέρματος υποχώρησε.

**Συμπεράσματα:** Η Νόσος Addison είναι μια σχετικά σπάνια αυτοάνοση νόσος που συχνά συνοδεύεται από άλλα αυτοάνοσα νοσήματα όπως ο υποθυρεοειδισμός. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, ο συνυπάρχων υποθυρεοειδισμός θεωρείται η αιτία της αναστρέψιμης νευροαισθητηρίου βαρκοϊας. Θα πρέπει να τονιστεί τόσο η σημασία της κλινικής εξέτασης και του ιστορικού όσο και η άριστη συνεργασία μεταξύ ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων, η οποία συνέβαλε στην έγκαιρη διάγνωση της βασικής νόσου της ασθενούς, που θα μπορούσε να προβεί απειλητική αόκη και για τη ζωή της, στην περίπτωση που κλιμακωνόταν σε οξεία επινεφριδιακή ανεπάρκεια.

## EA08

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΚΑΑ)

**Διονυσία Τσερτου<sup>1</sup>, Ειρήνη Στσιανου<sup>1</sup>, Κυριακή Μαλαπερδα<sup>1</sup>, Ευγενία Καρτερολιωτη<sup>2</sup>, Νικόλαος Πρωτοπαππας<sup>3</sup>, Αλεξάνδρα Καραβασιλη<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>2</sup>Ψυχολόγος MSc-Ψυχοθεραπεύτρια, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>3</sup>Νευρολόγος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>4</sup>Φυσίατρος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

**Εισαγωγή:** Το επάγγελμα του νοσηλευτή χαρακτηρίζεται ως εξαιρετικά στρεσογόνο. Πλήθος ερευνών αποδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν άγχος που επηρεάζει αρνητικά την εργασιακή τους απόδοση και τη διάθεση και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής τους.



**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η αξιολόγηση του άγχους, της έντασης των συμπτωμάτων του, η επίδρασή του στην ποιότητα ζωής και της υγείας των νοσηλευτών Νευρολογικής και Ορθοπαιδικής κλινικής ΚΑΑ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Το υλικό μας αποτέλεσαν συνολικά 30 νοσηλευτές Νευρολογικής (15 ομάδα Α) και Ορθοπαιδικής (15 ομάδα Β) κλινικής του ΚΑΑ «ΔΙΑΠΛΑΣΗ». Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο, αυτοσυμπληρούμενο και σταθμισμένο ερωτηματολόγιο JCQ (Job Content Questionnaire) σε συνδυασμό με το PSS (Perceived Stress Scale).

**Αποτελέσματα:** Και στις δυο ομάδες βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του στρες με τις ψυχολογικές απαιτήσεις της εργασίας (κλίμακα Ψυχολογικής Καταπόνησης,  $p < 0.05$ ), τη δυνατότητα παρέμβασης (κλίμακα περιθωρίου παρέμβασης,  $p < 0.05$ ) και τη φυσική καταπόνηση (κλίμακα σωματικής καταπόνησης,  $p < 0.05$ ) με την τελευταία παράμετρο να καταγράφεται πιο έντονη στην ομάδα Β. Βασικός παράγοντας άγχους φαίνεται να είναι η διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ των απαιτήσεων και του ελέγχου πάνω στην εργασία και στην επάρκεια των δεξιοτήτων τους.

**Συμπεράσματα:** Οι νοσηλευτές βιώνουν έντονη σωματική καταπόνηση λόγω της φύσης της εργασίας τους και ψυχολογική επιβάρυνση κυρίως σχετιζόμενη με τις απαιτήσεις των δεξιοτήτων τους. Τεχνικός εξοπλισμός για τη μείωση της σωματικής καταπόνησης και διαρκής συνεχιζόμενη εκπαίδευση θα μπορούσαν να βελτιώσουν την επίδοσή τους στις κλίμακες εργασιακού στρες και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής τους αλλά και την παραγωγικότητά τους.

## ΕΑ09

### MINI-ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΙΘΟΘΡΥΨΙΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΘΗΚΑΡΙΟΥ CLEAR PETRA® ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗΣ

**Κωνσταντίνος Σκρεπέτης<sup>1</sup>, Ιωάννης Ευθυμίου<sup>1</sup>, Ζαχαρίας Χουσιανίτης<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Δουρούμης<sup>1</sup>, Βασιλική Δημοπούλου<sup>2</sup>, Ελένη Εξερτζόγλου<sup>2</sup>, Χαρίκλεια Κουτούση<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

<sup>2</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

**Εισαγωγή:** Η διαδερμική νεφρολιθοθρυψία (ΔΝΛ) σε ύπτια θέση πραγματοποιείται τουλάχιστον επί 25 χρόνια. Η τροποποίηση στην τοποθέτηση του ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι και η εφαρμογή νεφροσκοπίων μικρότερου μεγέθους από τα αντίστοιχα συμβατικά βοήθησαν στην περαιτέρω διάδοση της τεχνικής της mini-ΔΝΛ. Η πρόσφατη χρήση του θηκαρίου Clear Petra® με το σύστημα αναρρόφησης επιτρέπει και διευκολύνει την αφαίρεση των λιθιασικών συγκριμάτων.

**Σκοπός:** Είναι η παρουσίαση της αρχικής μας εμπειρίας στην εφαρμογή της τεχνικής της Mini-διαδερμικής νεφρολιθοθρυψίας με τη χρήση θηκαρίου Clear Petra® και το σύστημα αναρρόφησης στην αντιμετώπιση της νεφρολιθίασης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στη μελέτη μας συμπεριελήφθησαν 12 ασθενείς, ηλικίας από 34 έως 78 ετών (μ.ο. 55



έτη), με νεφρολιθίαση. Όλοι οι ασθενείς τοποθετήθηκαν σε τροποποιημένη θέση κατά Valdivia – Galdakao και υποβλήθηκαν σε mini-ΔΝΛ με τη χρήση θηκαριού Clear Petra® σε συνδυασμό με το σύστημα αναρρόφησης και με το Mini-νεφροσκόπιο 12 Fr (MIP-M Nephroscope Karl – Storz). Η διαδερμική παρακέντηση του νεφρού πραγματοποιήθηκε υπό υπερηχο- τομογραφική και ακτινοσκοπική καθοδήγηση. Η λιθοθρυψία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Holmium laser. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν άμεσα και ένα μήνα μετεγχειρητικά σε ακτινογραφία NOK και υπερηχογράφημα νεφρών. Οι ασθενείς ήταν ελεύθεροι λίθου (ΕΛ) όταν δεν απεικονίστηκαν λιθιασικά συγκρίματα >4mm. Επιπλέον, μελετήθηκαν οι εξής παράμετροι: Η χρονική διάρκεια της επέμβασης, τα ποσοστά ΕΛ, οι ημέρες νοσηλείας, οι επιπλοκές και οι επιπρόσθετες παρεμβάσεις μετεγχειρητικά.

**Αποτελέσματα:** Οκτώ ασθενείς είχαν έναν λίθο ενώ οι υπόλοιποι τέσσερις πολλαπλή λιθίαση. Η μέση διάμετρος των λίθων ήταν 18mm (14-30mm). Σε όλες τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε μία παρακέντηση του νεφρού (σε 9 περιπτώσεις στον κάτω κάλυκα και σε 3 στο μέσο κάλυκα). Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 70min (65-180min) και η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 2,7 ημέρες (2-4 ημέρες). Επιτυχής αφαίρεση του λίθου πραγματοποιήθηκε στο 83% των ασθενών (10/12) με τη χρήση μόνο του συστήματος της αναρρόφησης. Σε δύο περιπτώσεις απαιτήθηκε συμπληρωματικά η χρήση συσκευής τύπου basket. Στο τέλος της επέμβασης τοποθετήθηκε καθετήρας τύπου Malecot catheter 16 Fr σε 11 περιπτώσεις και καθετήρας τύπου Council 16 Fr με συνοδό double-J stent 6 Fr σε έναν ασθενή. Σε τέσσερις ασθενείς μετεγχειρητικά πραγματοποιήθηκε εύκαμπτη νεφροσκόπηση για την αφαίρεση υπολειμματικών λιθιασικών συγκριμάτων. Το συνολικό ποσοστό ΕΛ ήταν 92% (11/12) ένα μήνα μετεγχειρητικά. Οι επιπλοκές που παρουσιάστηκαν ήταν ελάσσονες και αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Δύο ασθενείς παρουσίασαν μετεγχειρητικά πυρετό και αντιμετωπίστηκαν με τη χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής. Η μέση πτώση της Hb ήταν 0.9g/dL ( 0.4-2.1g/dL).

**Συμπέρασμα:** Η mini-ΔΝΛ με τη χρήση του θηκαριού Clear Petra® και το σύστημα αναρρόφησης φαίνεται να αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο στην αντιμετώπιση της νεφρολιθίασης και επιτρέπει να διευκολύνει την αφαίρεση των λιθιασικών συγκριμάτων. Αυτή η τεχνική μπορεί επίσης να επιλεγεί ως θεραπευτική επιλογή για ευμεγέθεις νεφρικούς λίθους σε συνδυασμό με τα πλεονεκτήματα που παρέχει η ύπτια θέση.

### EA10

#### ΔΙΑΦΥΛΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

**Φωτεινή Στασινοπούλου<sup>1</sup>, Εμμανουήλ Μέντης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Γενικός Ιατρός, Καλαμάτα

<sup>2</sup>Κοινωνικός Λειτουργός, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των διαφυλικών διαφορών στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα αλλά και των διαφορών



κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών τους, των χρόνιων παθήσεων και της φαρμακευτικής αγωγής τους, του τρόπου ζωής τους καθώς και των δραστηριοτήτων που τους ευχαριστούν.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η μελέτη διεξήχθη σε δύο ιδιωτικά ιατρεία Γενικής Ιατρικής όπου μελετήθηκαν οι πρώτοι 120 ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών που πληρούσαν τα κριτήρια και συναίνεσαν. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» καθώς και ερωτηματολόγιο καταγραφής συγκεκριμένων χαρακτηριστικών τους. Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS, έκδοση 22.0.

**Αποτελέσματα:** Οι γυναίκες του δείγματος φάνηκε να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τους άνδρες στη διάσταση της οικογενειακής κατάστασης που αφορά τη χηρεία, τη μοναχική διαμονή, τα έτη εκπαίδευσης, την πολυνοσηρότητα, τον αριθμό των φαρμάκων που λαμβάνουν και την έλλειψη ελεύθερου χρόνου. Ως προς την ΣΥΠΖ οι γυναίκες τη βαθμολογούν χαμηλότερα σε όλες τις τις διαστάσεις. Παράγοντες που επιβαρύνουν τη ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων, εκτός από το γυναικείο φύλο, είναι η μεγαλύτερη ηλικία, τα λιγότερα έτη εκπαίδευσης και η πολυφαρμακία. Η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου, επηρεάζει θετικά σωματικές διαστάσεις του SF-36, ενώ η συνέπεια σε κάποιο πρόγραμμα διατροφής βελτιώνει τη διάσταση της Ψυχικής Υγείας.

**Συμπεράσματα:** Η ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων είναι χαμηλή και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων γυναικών. Απαιτούνται στοχευμένες δράσεις από την πολιτεία, τους κοινωνικούς φορείς και τις υπηρεσίες υγείας με σκοπό τη στήριξη των ηλικιωμένων σε συγκεκριμένους τομείς λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις διαφυλικές διαφορές τους.

## EA11

### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

#### **Σωτηρία Γιαννοπούλου<sup>1</sup>, Μαρία Ηλιοπούλου<sup>1</sup>, Χαράλαμπος Γώγος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Παιδίατρος, Παιδοενδοκρινολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πατρών «Καραμανδάνειο», Πάτρα

<sup>2</sup> Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμωξιολογίας, Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, Πάτρα

**Εισαγωγή:** Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί μία σύγχρονη επιδημία, καθώς αυξάνονται συνεχώς τα ποσοστά της παγκόσμια και συνδυάζεται με άνοδο της νοσηρότητας και της θνητότητας στη παιδική και στην ενήλικη ζωή.

**Σκοπός:** Η μελέτη είναι μία συγχρονική-αναδρομική έρευνα ασθενών-μαρτύρων με στόχο την ανάδειξη παραγόντων κινδύνου και επιπλοκών της παιδικής παχυσαρκίας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Το δείγμα αποτελείται από 28 παχύσαρκα και 17 φυσιολογικού βάρους άτομα, ηλικίας 5-16 ετών, από τα οποία ελήφθη οικογενειακό-ατομικό ιστορικό, έγινε κλινική εξέταση και παρακλινικός έλεγχος με αιμοηψία και υπερηχογράφημα ήπατος. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε μέσω του πακέτου SPSS.



**Αποτελέσματα:** Το αυξημένο BMI της μητέρας πριν την σύλληψη, η αυξημένη ποσότητα φαγητού και σκουπιδοτροφών, η αποφυγή λήψης πρωινού, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, η καθιστική ζωή του παιδιού και των γονέων και ο μειωμένος χρόνος ύπνου αναδείχθηκαν ως παράγοντες κινδύνου εμφάνισης παιδικής παχυσαρκίας. Οι οικογένειες με παχύσαρκα άτομα και κυρίως οι παχύσαρκες μητέρες έχουν αυξημένες πιθανότητες να έχουν παχύσαρκα παιδιά. Τα παχύσαρκα παιδιά έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών μεταβολικού συνδρόμου (αυξημένη περιμετρο μέσης, αυξημένος λόγος περιμέτρου μέσης προς περίμετρο ισχίων και περιμέτρου μέσης προς ύψος, μειωμένη HDL, αυξημένο c-πεπτιδίο και HbA1c στον ορό), ανεβασμένα επίπεδα CRP, αυξημένες τιμές TSH και ALT στον ορό και χαμηλές τιμές SHBG. 22% των παχύσαρκων παιδιών εμφανίζουν NAFLD.

**Συμπεράσματα:** Είναι αναγκαίο να γίνουν και άλλες έρευνες ώστε να βρεθούν οι παράγοντες κινδύνου της παιδικής παχυσαρκίας και να προληφθεί η εμφάνισή της μέσω προγραμμάτων πρόληψης. Επείγει επίσης και η εύρεση δεικτών συννοσηρότητας της παχυσαρκίας ώστε να αντιμετωπισθούν έγκαιρα οι επιπλοκές της, μειώνοντας τη θνητότητα αυτών των παιδιών και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους.

### EA12

#### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ: ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΕΣ

**Μαρία Ντόκου<sup>1</sup>, Χρυσούλα Τσίου<sup>2</sup>, Στυλιανή Τζιαφέρη<sup>3</sup>, Ιωάννα Ευστρατίου<sup>4</sup>,  
Αγγελική Ρόδη-Μπουριέλ<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, υπ. Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

<sup>2</sup> Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

<sup>3</sup> Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

<sup>4</sup> Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, υπ. Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

<sup>5</sup> Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

**Εισαγωγή:** Το πρόβλημα της διαχείρισης των ιατρικών αποβλήτων γίνεται αυξητικά δύσκολο διαχειρίσιμο λόγω της αύξησης χρήσης αναλωσίμων στις υγειονομικές μονάδες αλλά και της αυστηριοποίησης των κανόνων διάθεσης τέτοιου υλικού προς καταστροφή, αφού έχει αναγνωριστεί ευρέως ως κίνδυνος για τη δημόσια υγεία και το περιβάλλον.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρουσίασης είναι να αποτυπώσει την κατάσταση σχετικά με την διαχείριση των αποβλήτων των υγειονομικών μονάδων στην Ελλάδα και διεθνώς, καθώς και να ενημερώσει για τα τελευταία δεδομένα σχετικά με την διαχείρισή τους.

**Υλικό & Μέθοδος:** Προς το σκοπό έγινε εκτενής ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

**Αποτελέσματα:** Η βιβλιογραφική μελέτη του θέματος ανέδειξε ελλείψεις στον διαχωρισμό των αποβλήτων



ανά τμήματα και κατηγορίας επικινδυνότητας. Δηλαδή διαχωρισμός μεταξύ μολυσματικών και άλλων Επικίνδυνων Ιατρικών Αποβλήτων. Διαπιστώθηκε επίσης ότι η εσωτερική μεταφορά των επικίνδυνων αποβλήτων γινόταν χωρίς να τηρείται ο κανονισμός μεταφοράς τους. Σημαντική ήταν και η έλλειψη κατάρτισης του προσωπικού που ήταν υπεύθυνο για τη διαχείριση των Ιατρικών Αποβλήτων. Κάποια σημαντικά ευρήματα ήταν ότι αρκετά νοσοκομεία απορρίπτουν τα υγρά απόβλητα στο κοινό αποχετευτικό σύστημα, ότι υπήρχε έλλειψη επαρκούς ατομικής προστασίας, καθώς και έλλειψη γνώσεων σχετικά με την ορθή χρήση αυτού του εξοπλισμού.

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα δείχνουν ότι για μείωση των κινδύνων από τη διαχείριση των αποβλήτων απαιτείται συστηματική και διαρκής εκπαίδευση του προσωπικού υγειονομικών μονάδων και συνεχής έλεγχος των μονάδων αυτών, και των κέντρων επεξεργασίας.

### EA13

#### ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ *LISTERIA MONOCYTOGENES* ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

**Ιωάννα Γιωτοπούλου, Ευαγγελία Κούκου, Αλεξάνδρα Κωνσταντοπούλου, Δημοσθένης Μαζαράκης, Έλενα Σιδηροπούλου, Γεώργιος Δεπούντης, Παναγιώτα-Δανάη Τσάλτα, Κυριακή Τσίχλη, Ιωάννα Γιαννακοπούλου, Νικολέττα Ξυδιά**

*Γ.Ν Μεσσηνίας - Ν.Μ. Καλαμάτας, Β' Παθολογική Κλινική*

**Εισαγωγή:** Η *Listeria monocytogenes* είναι ένας gram-θετικός βάκιλλος. Μπορεί να προκαλέσει απειλητική για τη ζωή βακτηριαμία και βλάβη στο ΚΝΣ, σε βρέφη <1 μήνα, σε ενήλικες >60 έτη, σε έγκυες γυναίκες, σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενή άνδρα 75 ετών με πνευμονική ίνωση υπό αγωγή με πρεδνιζολόνη (20mg/ημέρα) και αζαθειοπρίνη (50mg/ημέρα) που παρουσίασε βακτηριαμία και εγκεφαλικό απόστημα από λιστέρια.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ασθενής 75 ετών με ιστορικό πνευμονικής ίνωσης, σακχαρώδη διαβήτη, κολπικής μαρμαρυγής, δυσλιπιδαιμίας, και αρτηριακής υπέρτασης προσκομίστηκε στα ΤΕΠ λόγω σύγχυσης, δυσαρθρίας και αριστερής ημιπάρεσης από ωρών. Αναφέρεται συχνή κατανάλωση μαλακών τυριών και από διημέρου διαρροϊκές κενώσεις. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν GCS:12/15, εμπύρετο (38°C), απουσία αυχενικής δυσκαμψίας, διάσπαρτοι ρεγμάζοντες και παχείς τρίζοντες άμφω. Υποβλήθηκε σε εργαστηριακό έλεγχο, καλλιέργειες αίματος και ούρων και CT εγκεφάλου που ανέδειξε ασαφή υπόπυκνη εστία στα βασικά γάγγλια δεξιά. Η πρώτη μας διάγνωση ήταν ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο με λοίμωξη αναπνευστικού (εισρόφηση).

**Αποτελέσματα:** Οι καλλιέργειες αίματος απομόνωσαν *L.monocytogenes*. Έγινε εξέταση ENY που ανέδειξε κύτταρα (170/μl) και χαμηλή γλυκόζη (41mg/dl), ενώ η καλλιέργεια απομόνωσε *L.monocytogenes*.



Ο ασθενής έλαβε αμπικιλίνη 12gr/ημέρα και γενταμυκίνη 5mg/kg/ημέρα για 2 εβδομάδες. Υποβλήθηκε σε MRI εγκεφάλου που ανέδειξε απόστημα στα βασικά γάγγλια δεξιά και στην έξω κάψα. Οι επαναληπτικές καλλιέργειες αίματος και ENY ήταν αρνητικές, ενώ επόμενη MRI εγκεφάλου ανέδειξε μείωση των διαστάσεων του αποστήματος. Η κλινική εικόνα του ασθενή βελτιώθηκε σημαντικά. Δυστυχώς, την 33<sup>η</sup> ημέρα της νοσηλείας του κατέληξε λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας σε έδαφος πνευμονίας.

**Συμπεράσματα:** Η βακτηριαιμία από *L. Monocytogenes* συχνά συνοδεύεται από προσβολή του ΚΝΣ (απόστημα, μηνιγγοεγκεφαλίτιδα). Η μακρόχρονη νοσηλεία που απαιτεί η θεραπεία του εγκεφαλικού αποστήματος είναι παράγοντας κινδύνου για επιπλοκές (π.χ. ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις) και αύξηση της θνητότητας. Η βλάβη του ΚΝΣ από *L.monocytogenes* μπορεί να μιμηθεί ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

### EA14

#### ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΜΥΚΩΣΗ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Σπυρίδων Φούντας<sup>1</sup>, Ευσταθία Γεωργιοπούλου<sup>1</sup>, Παναγιώτης Σπυρακοπουλος<sup>1</sup>, Νεοκλής Κρητικός<sup>1</sup>, Παναγιώτης Γιαννόπουλος<sup>1</sup>, Κυριακή Φιλοπούλου<sup>1</sup>, Μάξιμος Φρούντζας<sup>1</sup>, Χρύσα Μάλλιου<sup>2</sup>, Παναγιώτης Καλοφωλιάς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας- Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας- Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

**Εισαγωγή:** Τα βακτήρια του γένους *Actinomyces* είναι μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας του βλεννογόνου του παχέος εντέρου. Είναι αναερόβια ή μικροαερόφιλα. Η λύση της ακεραιότητας του βλεννογόνου μπορεί να οδηγήσει σε λοίμωξη γνωστή ως ακτινομύκωση με σημαντική ανάπτυξη φλεγμονώδους ιστού. Είναι μια νόσος που δύσκολα διαγιγνώσκεται προεγχειρητικά. Στην περίπτωση του τυφλού και της σκωληκοειδούς απόφυσης μπορεί να μιμηθεί ένα απόστημα ή έναν κακοήθη φλεγμονώδη όγκο.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παράθεση ενός περιστατικού φλεγμονώδους μάζας τυφλού με παρουσία αποικίας ακτινομύκητα που αντιμετωπίστηκε στην κλινική μας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Παρουσιάζεται η περίπτωση μιας γυναίκας 36 ετών που προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτώμενη κοιλιακό άλγος εντοπιζόμενο στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Κλινικά το άλγος εντοπιζόταν προς τη μέση γραμμή χωρίς τυπικό σημείο McBurney. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε ήπια διαταραχή των δεικτών φλεγμονής. Στο υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε πάχυνση του τοιχώματος του τυφλού, θολερότητα του περιτοκικού λίπους και φλεγμονώδης μάζα. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά συντηρητικά. Λόγω μη σημαντικής βελτίωσης της κλινικής εικόνας πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία όπου επανελέγχθηκε η πάχυνση του τυφλού, η μετατόπιση του προς το υπογάστριο καθώς και η φλεγμονή της σκωληκοειδούς. Με βάση τα παραπάνω η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο.



**Αποτελέσματα:** Διενεργήθηκε λαπαροτομία και δεξιά ημικολεκτομή καθώς μακροσκοπικά ανευρέθηκε μάζα ύποπτη για κακοήθη νεοπλασία. Η ιστολογική εξέταση, ωστόσο, κατέδειξε στοιχεία σκωληκοειδίτιδας, παρουσία ινώδους ιστού και αποικίας ακτινομύκητα χωρίς στοιχεία κακοήθειας.

**Συμπεράσματα:** Η ακτινομύκωση του παχέος εντέρου είναι μια σπάνια παθολογία και η διάγνωση της τίθεται μετεγχειρητικά. Η κλινική και απεικονιστική εικόνα μπορεί να είναι ανάλογη εκείνης μιας φλεγμονώδους νεοπλασίας αποτελώντας διαγνωστική πρόκληση.

### EA15

#### ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΤΥΦΛΟΥ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ.

**Μάξιμος Φρούντζας<sup>1,2</sup>, Χριστίνα Νικολάου<sup>1</sup>, Παναγιώτης Γιαννόπουλος<sup>1</sup>,  
Αντώνης Δουμουλάκης<sup>1</sup>, Μαρία Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Αριστείδης Γεωργούντζος<sup>1</sup>,  
Χρύσα Μάλλιου<sup>3</sup>, Νεοκλής Κρητικός<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

<sup>2</sup> Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής & Χειρουργικής Ερεύνης «Ν. Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup> Ανασθησιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

**Σκοπός:** Η συστροφή του τυφλού αποτελεί μία αρκετά σπάνια αιτία αποφρακτικού ειλεού με ποσοστό εμφάνισης 1%-1.5% όλων των περιστατικών εντερικής απόφραξης. Παρόλο που τις περισσότερες φορές εμφανίζεται ως απόφραξη λεπτού εντέρου, η κλινική συμπτωματολογία και οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν έχουν μεγάλη ειδικότητα για τη διάγνωση. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού εντερικής απόφραξης με αιτία τη συστροφή τυφλού.

**Υλικό & Μέθοδος:** Γυναίκα ασθενής 65 ετών, με ιστορικό οισοφαγεκτομής λόγω καρκίνου του οισοφάγου προ 20ετίας, προσήλθε στο ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, αναφέροντας γενικευμένο κοιλιακό άλγος και εμέτους από 24ωρου. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν μετεωρισμός και έντονοι εντερικοί ήχοι. Ο ακτινογραφικός έλεγχος ανέδειξε εικόνα ατελούς ειλεού.

**Αποτελέσματα:** Αφού τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας, η ασθενής εισήχθη στη Χειρουργική Κλινική, όπου ακολουθήθηκε συντηρητική αγωγή με υγρά και ηλεκτρολύτες. Παρόλα αυτά, το κοιλιακό άλγος εντεινόταν οπότε διενεργήθηκε επείγουσα κολονοσκόπηση, η οποία δεν ανέδειξε ευρήματα. Για το λόγο αυτό ακολούθησε αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας, η οποία ανέδειξε διατεταμένη έλικα παχέος εντέρου, και η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο για ερευνητική λαπαροτομία. Εκεί διαπιστώθηκε συστροφή τυφλού στο ύψος του ανιόντος κόλου πριν τη δεξιά κολική καμπή και πραγματοποιήθηκε δεξιά ημικολεκτομή με πλαγιο-πλάγια αναστόμωση. Μετά την ανάνηψη η ασθενής οδηγήθηκε στο θάλαμο νοσηλείας.





**Συμπεράσματα:** Παρά το γεγονός ότι η συστροφή τυφλού αποτελεί εξαιρετικά σπάνια αιτία εντερικής απόφραξης, η θνησιμότητα της συγκεκριμένης κατάστασης φτάνει το 40%. Για το λόγο αυτό, κάθε χειρουργός που αντιμετωπίζει έναν επίμονο ειλεό θα πρέπει να έχει την αξονική τομογραφία, η οποία είναι η πλέον διαγνωστική εξέταση για τη συστροφή, στο μυαλό του.

### EA16

#### Η ΑΡΧΙΚΗ ΜΑΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΙΑΠΙΣΜΟΥ

**Κωνσταντίνος Τζελέπης<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Σκρεπέτης<sup>2</sup>, Ζαχαρίας Χουσιανίτης<sup>2</sup>,  
Ορέστης Πορφύρης<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Στασινόπουλος<sup>1</sup>, Παρασκευάς Καλομοίρης<sup>+</sup>**

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης

<sup>2</sup>Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

**Εισαγωγή:** Ο ισχαιμικός πριαπισμός ορίζεται ως μια επίμονη, άκαμπτη και επώδυνη στύση χωρίς την ύπαρξη σεξουαλικής διέγερσης και η οποία δεν υποχωρεί παρά την επίτευξη οργασμού. Ο πριαπισμός είναι αποτέλεσμα μεταβολής της αιμοδυναμικής ροής του αγγειακού δικτύου του πέους. Η παρατεταμένη ισχαιμία των σπραγγωδών σωμάτων που διαρκεί περισσότερο από 24 με 48 ώρες μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλου βαθμού μη αναστρέψιμη ίνωση, με καταστροφή του ενδοθηλιακού και δοκιδωτού στυτικού ιστού, και ακολούθως σε μόνιμη στυτική δυσλειτουργία. Η αιτιολογία του πριαπισμού μπορεί να είναι πρωτοπαθής, δευτεροπαθής ή ιδιοπαθής. Η μη άμεση θεραπευτική του προσέγγιση οδηγεί αναπόφευκτα σε μόνιμη βλάβη.

**Σκοπός:** Είναι η παρουσίαση της αρχικής εμπειρίας μας και των αποτελεσμάτων στην αντιμετώπιση περιπτώσεων ισχαιμικού πριαπισμού στο νοσοκομείο μας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στη μελέτη μας συμπεριελήφθησαν πέντε περιπτώσεις ισχαιμικού πριαπισμού και αφορούσε τέσσερις άνδρες ηλικίας 27 έως 73 ετών. Τρία επεισόδια αφορούσαν δύο άνδρες ηλικίας 71 και 73 ετών μετά από χρήση ενδοπεϊκών ενέσεων trimix (Papaverine, Phentolamine, Prostaglandin E1). Οι άλλες δύο περιπτώσεις που εμφάνισαν πριαπισμό ήταν άνδρες ηλικίας 27 και 52ετών με ήπια αντιψυχωσική αγωγή και περιστασιακό χρήση ινδικής κάνναβης αντιστοίχως.

**Αποτελέσματα:** Οι δυο περιπτώσεις φαρμακευτικού πριαπισμού αντιμετωπίστηκαν εύκολα με αφαίμαξη των σπραγγωδών σωμάτων και έκπλυση με διάλυμα φυσιολογικού ορού με συμπαθητικομιμητικά (ethilefrine). Οι άλλες τρεις περιπτώσεις μετά τη θεραπεία πρώτης γραμμής υποβλήθηκαν αρχικά σε άπω σπραγγωσογγιγώδη παράκαμψη-διαφυγή (distal shunt) κατά Ebbehoj και στη συνέχεια λόγω εμμονής του πριαπισμού πέραν των 48 ωρών σε εγγύς παράκαμψη (proximal shunt) κατά Sacher. Μετά τη χειρουργική παράκαμψη παρατηρήθηκε σταδιακή αποσυμφόρση των σπραγγωδών σωμάτων και επίλυση του πριαπισμού τις επόμενες ημέρες.



**Συμπέρασμα:** Η αμφοτερόπλευρη εγγύς σπραγγωδοσπογγιώδης αναστόμωση αποτελεί μια αποτελεσματική επιλογή για την αντιμετώπιση του παρατεταμένου ισχαιμικού πριαπισμού, εάν και ο ιδιοπαθής ισχαιμικός πριαπισμός φαίνεται να αντιμετωπίζεται δυσκολότερα.

### EA17

#### ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ PARKINSON

**Αλεξάνδρα Καραβασίλη<sup>1</sup>, Γεώργιος Νεοχωρίτης<sup>1</sup>, Νικόλαος Πρωτόπαπας<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Φυσίατρος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>2</sup> Νευρολόγος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

**Εισαγωγή:** Η νόσος του Πάρκινσον είναι μια από τις πιο συχνές νευροεκφυλιστικές νόσους του κεντρικού νευρικού συστήματος, πλήττοντας το 3% του συνολικού πληθυσμού (περίπου 30.000 άτομα στην Ελλάδα). Χαρακτηριστικά, προκαλεί κινητικά συμπτώματα όπως τρόμο, δυστονίες, συχνές πτώσεις αλλά και διαταραχές ψυχιατρικής φύσεως, όπως κατάθλιψη και ψυχωσικόμορφες εκδηλώσεις. Οι πτώσεις που οφείλονται σε νόσο του Πάρκινσον, εξαιτίας ελλειμμάτων στην κίνηση των ασθενών αυτών, συχνά οδηγούν σε σημαντικές βαρύτητας κατάγματα. Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να αναδείξει την ανάγκη πρώιμης διάγνωσης και ιατροφαρμακευτικής παρέμβασης στην πορεία της νόσου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ανασκοπήσαμε τις εισαγωγές στο ΚΑΑ Διάπλαση από 1/1/2018 μέχρι και 7/9/2018 με αιτία εισαγωγής κάταγμα ισχίου μετά από πτώση εξ ιδίου ύψους με σκοπό να εντοπίσουμε τους ασθενείς με διάγνωση Parkinson. Στη συνέχεια χωρίσαμε τους παραπάνω ασθενείς σε δύο ομάδες, σε αυτούς που είχαν ήδη διαγνωσμένο Parkinson κατά την εισαγωγή τους και σε αυτούς που η διάγνωση τέθηκε κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους.

**Αποτελέσματα:** Βρέθηκαν 151 ασθενείς με κάταγμα ισχίου, από τους οποίους οι 28 (18,45%) είχαν Parkinson. Από τους 28 αυτούς ασθενείς οι 16 (58%) είχαν ήδη από την εισαγωγή διαγνωσμένη νόσο, ενώ στους 12 (42%) η διάγνωση τέθηκε κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στο ΚΑΑ.

**Συζήτηση/Συμπεράσματα:** Με την παρούσα μελέτη καταδεικνύουμε την ανάγκη ευαισθητοποίησης ως προς την έγκαιρη διάγνωση της νόσου του Πάρκινσον και της αντιμετώπισής της με σκοπό την αποφυγή των επιπλοκών-μεταξύ των οποίων και τα κατάγματα ισχίου.



## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΑΑ01

#### ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

**Δημήτριος Κανελλόπουλος, Χρυσή Χριστοδουλάκη, Χρήστος Κασέτος, Μιχαήλ Κατσούλης**

*Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»*

**Εισαγωγή:** Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες υπολογίζεται ότι καρδιοπάθειες υπάρχουν στο 1% των εγκύων γυναικών. Το γεγονός ότι οι γυναίκες κάνουν παιδιά σε μεγαλύτερη ηλικία και η αυξημένη συχνότητα καπνίσματος στις γυναίκες σε σχέση με το παρελθόν, καθιστά τη στεφανιαία νόσο, σπάνια αλλά υπαρκτή αιτία καρδιοπάθειας κατά την κύηση.

**Σκοπός:** της μελέτης είναι η παρουσίαση των νεότερων δεδομένων που αφορούν τις καρδιοπάθειες κατά την εγκυμοσύνη, μέσα από την ενδελεχή βιβλιογραφική ανασκόπηση.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ανασκοπήθηκε η πρόσφατη Ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία, και συγκεκριμένα άρθρα που αναφέρονταν στις καρδιοπάθειες κατά την κύηση, που δημοσιεύτηκαν στις βάσεις δεδομένων Pub Med και Science Direct, κατά την περίοδο 2002-2018.

**Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** Κατά την εγκυμοσύνη φυσιολογικά αυξάνεται στο α τρίμηνο ο όγκος αίματος κατά 30-50% και αντίστοιχα αυξάνεται η καρδιακή παροχή. Επίσης η καρδιακή συχνότητα αυξάνεται κατά 10-20 παλμούς το λεπτό. Στην εγκυμοσύνη όταν το κλάσμα εξώθησης είναι μικρότερο από 40% μπορεί να υπάρξουν προβλήματα. Σύμφωνα με μελέτες η εγκυμοσύνη καλό είναι να αποφεύγεται όταν υπάρχει κυανωτική καρδιοπάθεια, πνευμονική υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, εμβολικό εγκεφαλικό επεισόδιο και στένωση αορτικής βαλβίδας. Οι γυναίκες με πνευμονική υπέρταση οποιασδήποτε αιτιολογίας εμφανίζουν υψηλή μητρική θνησιμότητα(30-50%). Επίσης, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για αυτόματα έκτρωση, πρόωρο τοκετό και η πιθανότητα γέννησης ενός υγιούς παιδιού είναι μειωμένη. Η στένωση της αορτής θα πρέπει να χειρουργείται με αντικατάσταση της βαλβίδας πρό της εγκυμοσύνης, εάν είναι σοβαρή με κλινικά συμπτώματα. Επειδή η πάθηση είναι σοβαρή η κύηση διακόπτεται αν εμφανιστούν συμπτώματα λόγω στένωσης της αορτής πριν το τέλος του πρώτου τριμήνου της κύησης. Η ανεπάρκεια της μιτροειδούς αντιμετωπίζεται χωρίς να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος καρδιακής κάμψης και σε περίπτωση ταχυαρρυθμίας χορηγούνται τα κατάλληλα φάρμακα. Η ανεπάρκεια της αορτής είναι σπάνια σε νέες γυναίκες μετά την καταπολέμηση του ρευματικού πυρετού. Η στένωση της πνευμονικής βαλβίδας είναι συγγενής πάθηση και σε περίπτωση εγκυμοσύνης μπορεί να αντιμετωπιστεί με διάνοιξη με μπαλονάκι μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Τέλος στο σύνδρομο Marfan υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ρήξης της αορτής και συνιστάται η αποφυγή της εγκυμοσύνης.



### ΑΑ02

#### ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

**Δημήτριος Κανελλόπουλος, Χρυσή Χριστοδουλάκη, Χρήστος Κατσέτος, Μιχαήλ Κατσούλης**

*Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»*

**Εισαγωγή:** Η υπέρταση στην εγκυμοσύνη αποτελεί τη σοβαρότερη και κύρια αιτία της μητρικής και περιγεννητικής θνησιμότητας και θνητότητας. Η υπέρταση εμφανίζεται στο 7-10% των κυήσεων και ευθύνεται για το 25% των νοσηλείων πριν τον τοκετό.

**Σκοπός:** της μελέτης είναι η παρουσίαση των νεότερων δεδομένων που αφορούν την υπέρτασική νόσο της κύησης, μέσα από την ενδελεχή βιβλιογραφική ανασκόπηση.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ανασκοπήθηκε η πρόσφατη Ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία, και συγκεκριμένα άρθρα που αναφέρονταν στην υπέρτασική νόσο της κύησης (pregnancy induced hypertension-PIH) που δημοσιεύτηκαν στις βάσεις δεδομένων Pub Med και Science Direct, κατά την περίοδο 2002-2019.

**Αποτελέσματα-Συμπεράσματα:** Στη φυσιολογική κύηση η αρτηριακή πίεση της μητέρας μειώνεται ελαφρώς στο πρώτο τρίμηνο, κυρίως ως συνέπεια της ελαττωμένης συστηματικής αγγειακής αντίστασης. Η πίεση του αίματος στη μητέρα συνεχίζει να φθίνει κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου και φθάνει στο ναδίρ περίπου στις 22-24 εβδομάδες κύησης. Από τότε και μετά η πίεση του αίματος σταδιακά αυξάνεται κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου για να φτάσει στα επίπεδα προ της κύησης.

Η υπέρταση κατά την κύηση μπορεί να είναι προϋπάρχουσα ή σχετιζόμενη με την κύηση (PIH ή προεκλαμψία). Αυξημένη πίεση αίματος στην αρχή της κύησης (πριν τις 20 εβδομάδες) οφείλεται σε προϋπάρχουσα υπέρταση συνήθως ιδιοπαθή. Σε μια νέα γυναίκα με προϋπάρχουσα υπέρταση πρέπει να δίδεται προσοχή στην αναγνώριση σπάνιων δευτεροπαθών αιτιών υπέρτασης όπως η νεφρική νόσος, η καρδιακή νόσος, το φαιοχρωμοκύτωμα και οι ενδοκρινικές διαταραχές όπως το σύνδρομο Cushing. Η διάγνωση της ιδιοπαθούς υπέρτασης μπορεί να τεθεί αναδρομικά, αν η πίεση του αίματος δεν έχει επιστρέψει σε φυσιολογικά επίπεδα εντός 3 μηνών από τη γέννηση του μωρού. Η PIH και η προεκλαμψία σπανίως εκδηλώνονται πριν τις 20 εβδομάδες κύησης, εκτός αν συνδέονται με τροφοβλαστική νόσο ή εμβρυϊκή τριπλοειδία. Υπέρταση κύησης έχουμε όταν η αρτηριακή πίεση της εγκύου υπερβαίνει τα 140/90 mmHg μετά την 20<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης. Στην προεκλαμψία συγχρόνως με την υπέρτασική διαταραχή έχουμε και πρωτεϊνουρία. Η υπέρταση που συνδέεται με προεκλαμψία συνήθως αποκαθίσταται εντός 6 εβδομάδων από τον τοκετό. Η εμφάνιση εκλαπτικών σπασμών (εκλαμψία) υποδηλώνει τον άμεσο κίνδυνο για τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του κυοφορούμενου εμβρύου. Η αντιμετώπιση συνίσταται στην άμεση χορήγηση οξυγόνου και i.v. θείου μαγνησίου. Συχνά όμως κρίνεται απαραίτητη η υπό γενική αναισθησία διασωλήνωση της ασθενούς και η άμεση καισαρική τομή.



## AA03

### ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΕ ΕΦΗΒΕΣ ΣΤΟ ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ» ΤΟ ΕΤΟΣ 2018

**Κωνσταντίνα Αδαμοπούλου<sup>1</sup>, Δημήτρης Παναγιωτόπουλος<sup>1</sup>, Περικλής Παναγόπουλος<sup>2</sup>,  
Σοφία Καλανταρίδου<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Ειδικεύομενη/ος Ιατρός, Γ' Μαιευτικής- Γυναικολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α, Νοσοκομείο «Αττικών», Χαϊδάρη, Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού

<sup>2</sup>Επίκουρος Καθηγητής Γ' Μαιευτικής- Γυναικολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α, Νοσοκομείο «Αττικών», Χαϊδάρη, Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού

<sup>3</sup>Διευθύντρια Γ' Μαιευτικής- Γυναικολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Καθηγήτρια Μαιευτικής Γυναικολογίας Στείρωσης Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο «Αττικών», Χαϊδάρη, Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού

**Εισαγωγή:** Η πλειοψηφία των εφηβικών κυήσεων (ΕΚ) εμφανίζεται σε κοινωνικές ομάδες με χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο. Η βιολογική ανωριμότητα των νεαρών μητέρων μπορεί να προκαλέσει σοβαρές μαιευτικές επιπλοκές όπως ο πρόωρος τοκετός, το χαμηλό βάρος γέννησης και η αύξηση της επίπτωσης του επεμβατικού τοκετού, συμπεριλαμβανομένης της καισαρικής τομής (ΚΤ).

**Σκοπός:** Η μελέτη των τοκετών ΕΚ στο μαιευτήριο του νοσοκομείου «Αττικών» το έτος 2018.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στο μητρώο τοκετών καταγράφηκαν οι τοκετοί των ΕΚ. Χωρίστηκαν σε δυο υποομάδες. Η πρώτη ομάδα αφορούσε ηλικία μητέρας έως και 17 ετών και η δεύτερη από 18 έως και 20 ετών.

**Αποτελέσματα:** Σε σύνολο 942 τοκετών το 2018 καταγράφηκαν 58 τοκετοί ΕΚ.

Στην πρώτη ομάδα γέννησαν 26 γυναίκες (2,76% στο σύνολο). Από αυτές οι 2 γέννησαν με αναρροφητική εμβρυουλκία (8%), οι 9 με φυσιολογικό τοκετό (ΦΤ) (34,6%) και οι 15 με ΚΤ (57,7%).

Στην δεύτερη ομάδα γέννησαν 32 γυναίκες (3,4% του συνόλου). Οι 2 γέννησαν με αναρροφητική εμβρυουλκία (8%), οι 19 με ΦΤ (59,4%) και οι 11 με ΚΤ (33,3%).

**Συζήτηση - Συμπεράσματα:** Στο σύνολο του 2018 είχαμε 352 ΦΤ (37%), ενώ στην Β ομάδα 59% γεγονός που προκαλεί εντύπωση όπως επίσης και οι ΚΤ 61% (σύνολο 2018) με 33% στην ομάδα Β. Οι εμβρυουλκίες στις ίδιες τιμές στο σύνολο και στις Α και Β. Οι μεγάλες αυτές διακυμάνσεις – αποκλίσεις πιθανόν να οφείλονται στο ότι η έρευνα αφορά σε πληθυσμούς με μικρή ή μηδενική παρακολούθηση στην κύηση, χαμηλό επίπεδο υγιεινής στην καθημερινότητα και στη δυσχερή πρόσβαση σε οργανωμένες μονάδες Εφηβικής Υγείας.



### ΑΑ04

#### ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΣΟΚΗΛΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΣΩ ΣΠΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΦΛΕΒΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΧΤΗ ΥΠΟΒΟΥΒΩΝΙΚΗ ΤΟΜΗ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Σταύρος Λάμπρου, Χαράλαμπος Φραγκούλης, Ιωάννης Γλύκας, Γεώργιος Θεοχάρης, Δημήτριος Ερμίδης, Αγγελική Λεβέντη, Αντώνιος Καούλας, Κωνσταντίνος Ντούμας

*Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»*

**Εισαγωγή:** Η κίρσοκήλη, δηλαδή οι κίρσοειδείς ανευρύσεις των φλεβών του σπερματικού τόνου λόγω παλινδρόμησης αίματος στην έσω σπερματική φλέβα αποτελεί μια συχνή χειρουργική πάθηση που σχετίζεται με διαταραχές στο σπερμοδιάγραμμα και υπογονιμότητα σε νέους άνδρες. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της βελτίωσης του σπέρματος σε ασθενείς με κίρσοκήλη που υποβλήθηκαν σε απολίνωση των έσω σπερματικών φλεβών με ανοιχτή υποβουβωνική τομή.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η μελέτη περιελάμβανε 50 ασθενείς με κίρσοκήλη και παθολογικό σπερμοδιάγραμμα που υποβλήθηκαν σε απολίνωση των έσω σπερματικών φλεβών με ανοιχτή υποβουβωνική τομή στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» κατά τα έτη 2017 και 2018. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της επέμβασης έγινε με νέο σπερμοδιάγραμμα 3 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, 30 ασθενείς (60%) από τους 50 που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση παρουσίασαν βελτίωση του σπέρματος 3 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση και οι μισοί από αυτούς 15 (30%), πέτυχαν θεραπεία της υπογονιμότητας τους με επίτευξη εγκυμοσύνης. Τα ποσοστά αυτά είναι συγκρίσιμα με αυτά που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

**Συμπέρασμα:** Συμπερασματικά, η κίρσοκήλη αποτελεί αιτία ανδρικής υπογονιμότητας, η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί χειρουργικά είτε με ανοιχτή τομή είτε λαπαροσκοπικά αναλόγως την εμπειρία του ιατρού. Η θεραπεία της κίρσοκήλης πρέπει να εφαρμόζεται από τους ουρολόγους σε ασθενείς με παθολογικό σπερμοδιάγραμμα. Σε περιπτώσεις όπου αποκλείονται άλλες αιτίες υπογονιμότητας φαίνεται να βελτιώνει το σπερμοδιάγραμμα σε πολλές περιπτώσεις και μπορεί επίσης να οδηγήσει σε επίτευξη εγκυμοσύνης. Όσον αφορά την χειρουργική προσέλαση, η εμπειρία μας στην ανοιχτή υποβουβωνική τομή δείχνει εξαιρετικά ποσοστά επιτυχίας με καθόλου επιπλοκές.



## AA05

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΡΙΠΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν.ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

**Γεώργιος Δεπούνης, Παναγιώτα-Δανάη Τσάλτα, Δημοσθένης Μαζαράκης, Ιωάννα Γιωτοπούλου, Αλεξάνδρα Κωνσταντοπούλου, Ελένη Σιδηροπούλου, Ευαγγελία Κούκου, Ιωάννα Γιαννακοπούλου, Κυριακή Τσίχλη, Νικολέττα Ξυδιά**

*Γ.Ν. Μεσσηνίας - Ν.Μ. Καλαμάτας Β' Παθολογική Κλινική*

**Σκοπός:** Η γρίπη αποτελεί παγκοσμίως απειλή για τη δημόσια υγεία, με σημαντικό βαθμό μεταδοτικότητας και νοσηρότητας. Λόγω της εποχικής κατανομής και της βαρύτητας των επιπλοκών που μπορεί να την συνοδεύουν, κρίνεται σκόπιμη η συλλογή δεδομένων κατά τη περίοδο αυξημένης δραστηριότητας του ιού, τόσο για την ετήσια επιτήρηση όσο και για την επίπτωση που έχει στο νοσηλευόμενο πληθυσμό.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στη μελέτη εντάχθηκαν νοσηλευόμενοι ασθενείς από τις παθολογικές κλινικές καθώς και τη ΜΕΘ του Γ.Ν. Καλαμάτας κατά τη χρονική περίοδο 4/10/2018-12/4/2019, οι οποίοι εμφάνισαν συμπτωματολογία συμβατή με ιογενή λοίμωξη του αναπνευστικού. Στους ασθενείς ελήφθησαν δείγματα φαρυγγικού επιχρίσματος, ρινικού επιχρίσματος, ή βρογχικών εκκρίσεων, που στη συνέχεια στάλθηκαν στο Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Γρίπης Νοτίου Ελλάδος για την επιβεβαίωση και τον καθορισμό του τύπου/υποτύπου του ιού. Χρησιμοποιήθηκε μοριακή τεχνική RealTime-PCR. Διενεργήθηκαν συνολικά 121 διαγνωστικά τεστ. Επίσης συλλέχθηκαν δημογραφικά και κλινικά δεδομένα των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Τριάντα εννιά δείγματα (32,23%) επιβεβαιώθηκαν θετικά για την γρίπη. Επιβεβαιώθηκε υπότυπος γρίπη τύπου Α Η1Ν1 σε 32 περιστατικά (σε ποσοστό 82%) και τύπου Α Η3Ν2 σε 7 περιστατικά (σε ποσοστό 17,9%). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 62,3 έτη και εμφάνιζαν ίση κατανομή στα δύο φύλα. Μόλις επτά άτομα ήταν εμβολιασμένα έναντι της εποχικής γρίπης. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 11,10 μέρες. Τρεις ασθενείς διασωληνώθηκαν και επτά ασθενείς (17,9%) κατέληξαν από επιπλοκές της νόσου.

**Συμπέρασμα:** Η γρίπη συνιστά σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνητότητας, με κατανομή τους χειμερινούς μήνες. Ο εμβολιασμός έναντι της εποχικής γρίπης προστατεύει από τη νόσηση και από σοβαρές επιπλοκές. Αξίζει να σημειωθεί πως στη παρούσα μελέτη η πλειοψηφία των ασθενών δεν ήταν εμβολιασμένοι (82%).



### ΑΑ06

## ΟΞΕΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΑΙΘΥΛΕΝΟΓΛΥΚΟΛΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Παναγιώτης Μυλωνάκης<sup>1</sup>, Αντιγόνη Μπτσέλου<sup>2</sup>, Ιωάννης Δούζης<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ιατροδικαστική Υπηρεσία Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup> Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας Ιατρικής Σχολής Ιωαννίνων

<sup>3</sup> Εργαστήριο Ιατροδικαστικών Επιστημών Γ.Ν. Σάμου

**Εισαγωγή:** Η αιθυλενογλυκόλη ή αιθανοδιόλη είναι οργανική ένωση, με χημικό τύπο  $\text{CH}_2\text{OH}-\text{CH}_2\text{OH}$ , η οποία ανήκει στην ομόλογη σειρά των αλκοολών. Είναι βιομηχανικό προϊόν, ελαφρώς δυσκίνητο υγρό, άχρωμο και με γλυκιά γεύση, το οποίο χρησιμοποιείται ως αντιψυκτικό, καθώς και για την παρασκευή αιθέρων. Χρησιμοποιείται, επίσης, για την παραγωγή διαφόρων επιστημονικών παρασκευασμάτων και θεραπευτικών ουσιών. Με οξείδωση (ανάλογα με το οξειδωτικό μέσο) παρέχει γλυκολαλδεΐδη, γλυκολικό οξύ, γλυαξάλη, γλυοξυλικό οξύ ή οξαλικό οξύ. Όταν ενωθεί με το υπεροξείδιο του μολύβδου, σε αλκαλικό διάλυμα, παρέχει μυρμηκικό οξύ και εκλύει υδρογόνο.

Οι συγγραφείς παρουσιάζουν την περίπτωση μιας γυναίκας 45 ετών με ιστορικό ψυχιατρικής νόσου, η οποία αυτοκτόνησε λαμβάνοντας από το στόμα υπνωτικά σκευάσματα και ποσότητα αντιψυκτικού υγρού (αιθυλενογλυκόλης). Την γυναίκα βρήκαν συγγενικά της πρόσωπα σε ημικωματώδη κατάσταση και φρόντισαν για την μεταφορά της σε εφημερεύον νοσηλευτικό ίδρυμα. Παρά τις προσπάθειες του ιατρικού προσωπικού το οποίο προέβη σε γαστρικές πλύσεις και χορήγηση ενεργού άνθρακα, η ασθενής κατέληξε περίπου 24 ώρες αργότερα μετά από επεισόδιο παροξυσμικής κοιλιακής ταχυκαρδίας.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η αναγνώριση των ιστοπαθολογικών αλλοιώσεων, τις οποίες ο μεταβολισμός της αιθυλενογλυκόλης προκαλεί στον ανθρώπινο οργανισμό.

**Υλικό & Μέθοδος:** Κατά την νεκροτομή ελήφθησαν ιστοτεμάχια οργάνων και αδένων τα οποία εξετάστηκαν μικροσκοπικά μετά από χρώση τους με Αιματοξυλίνη και Ηωσίνη και στην συνέχεια εξετάστηκαν υπό πολωμένο φως. Παράλληλα πραγματοποιήθηκε τοξικολογική ανάλυση δειγμάτων αίματος και γαστρικού περιεχομένου.

**Αποτελέσματα & συμπεράσματα:** Τα ιστοπαθολογικά ευρήματα του συγκεκριμένου περιστατικού, αφορούν κυρίως στους νεφρούς και στο ήπαρ. Στους μεν πρώτους παρατηρείται άθροιση κρυστάλλων οξαλικού ασβεστίου και παρεγχυματική νέκρωση, στο δε ήπαρ μικροφουσαλιδώδης εκφύλιση και νέκρωση των ηπατοκυττάρων.

Η τοξικολογική ανάλυση ανέδειξε την παρουσία της υπνωτικής ουσίας Αλπραζολάμη (XANAX®), καθώς και Αιθυλενογλυκόλης, τόσο στο αίμα όσο και στο γαστρικό περιεχόμενο. Τα δείγματα υποβλήθηκαν σε αέρια χρωματογραφία/φασματομετρία μάζας (GC/MS) και τα ποσοτικά αποτελέσματα για την Αιθυλενογλυκόλη στο ολικό αίμα έφθασαν τα 408,4mg/L.

Στους ανθρώπους και τα πρωτεύοντα η τοξικότητα της αιθυλενογλυκόλης ορίζεται από τους μεταβολίτες της και όχι από την αρχική ένωση.





Το ήπαρ και τα νεφρά είναι τα κύρια σημεία μεταβολισμού της αιθυλενογλυκόλης και το γλυκολικό οξύ είναι ο κύριος μεταβολίτης της.

Η απέκκριση της αιθυλενογλυκόλης προκύπτει κατά κύριο λόγο στα ούρα, είτε ως αρχική ένωση, γλυκολικό οξύ, οξαλικό ασβέστιο, ή γλυκίνη. Το οξαλικό οξύ απεκκρίνεται στα ούρα και μπορεί να οδηγήσει σε σχηματισμό οξαλικών κρυσταλλών που δύνανται να καθιζάνουν στα νεφρά προκαλώντας νεφροτοξικότητα.

### AA07

#### ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Σπυρίδων Φούντας<sup>1</sup>, Νεοκλής Κρητικός<sup>1</sup>, Ευσταθία Γεωργιοπούλου<sup>1</sup>, Μιχαήλ Νικολακάς<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Δουρούμης<sup>1</sup>, Αργυρώ Βαλασκατζή<sup>2</sup>, Χρύσα Μάλλιου<sup>3</sup>, Παναγιώτης Καλοφωλιάς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας- Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

<sup>2</sup> Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας- Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

<sup>3</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας- Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

**Εισαγωγή:** Το αδενοκαρκίνωμα της σκωληκοειδούς απόφυσης είναι μία σπάνια νεοπλασματική οντότητα. Συνήθως η διάγνωσή του είναι τυχαία στα πλαίσια σκωληκοειδεκτομής επί συμπτωμάτων φλεγμονής, τα οποία κλινικά στοιχειοθετούν μια από τις πιο συχνές χειρουργικές παθήσεις, την οξεία σκωληκοειδίτιδα.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού με αρχική διάγνωση οξείας σκωληκοειδίτιδας σε έδαφος αδενοκαρκινώματος της σκωληκοειδούς απόφυσης που αντιμετωπίστηκε στην κλινική μας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Παρουσιάζεται η περίπτωση ενός άνδρα 58 ετών ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με κοιλιακό άλγος εντοπιζόμενο κυρίως στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και σημείο Mc Burney. Ο εργαστηριακός και ακτινολογικός έλεγχος που ακολούθησε ενίσχυσε την διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου ανευρέθηκε μακροσκοπικά πυώδης σκωληκοειδίτιδα με ρήξη και υποβλήθηκε σε τυπική σκωληκοειδεκτομή και τοποθέτηση παροχέτευσης.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής κατά την μετεγχειρητική περίοδο απέδωσε εντερικό περιεχόμενο από την παροχέτευση. Τα αποτελέσματα της βιοψίας κατέδειξαν την παρουσία διηθητικού αδενοκαρκινώματος του οποίου μικροσκοπικές επεκτάσεις εφάπτονταν του ορίου εκτομής. Για το λόγο αυτό, στα πλαίσια της ορθής ογκολογικής αντιμετώπισης ο ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιά κολεκτομή.

**Συμπεράσματα:** Το αδενοκαρκίνωμα της σκωληκοειδούς απόφυσης, παρά τη σπανιότητά του, αποτελεί μια ογκολογική οντότητα που απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας κατά την διαγνωστική και θεραπευτική του προσέγγιση. Ιδιαίτερα σε ασθενείς που παρουσιάζονται με εικόνα οξείας σκωληκοειδίτιδας ενώ ταυτόχρονα εμπίπτουν στο ηλικιακό φάσμα με αυξημένη συχνότητα καρκίνου παχέος εντέρου.



### AA08

## ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΤΟΥ ΘΕΡΜΙΚΟΥ SHOCK 90 Α ΚΑΙ 90 Β ΣΕ ΕΜΒΡΥΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ

Κωνσταντίνος Τζελέπης<sup>1</sup>, Βασίλειος Πολίτης<sup>2</sup>, Κωνσταντίνος Σκρεπέτης<sup>3</sup>,  
Ζαχαρίας Χουσιανίτης<sup>3</sup>, Δημήτριος Αρβανίτης<sup>4</sup>

<sup>1</sup> ΓΝ Σπάρτης

<sup>2</sup> ΓΝ Τζάνειο Πειραιάς

<sup>3</sup> ΓΝ Καλαμάτας

<sup>4</sup> Τμήμα Ανατομίας Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**Εισαγωγή:** Η σημασία των πρωτεϊνών του θερμικού shock και η συμμετοχή τους στις διάφορες παθήσεις και στα όργανα του ανθρώπινου οργανισμού δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως, φαίνεται όμως, ότι η περαιτέρω μελέτη τους ίσως οδηγήσει σε μια καλύτερη κατανόηση παθολογικών μηχανισμών και λειτουργιών, ευοδωτικών ή ανασταλτικών, πολλών παθήσεων και κυρίως της καρκινογένεσης και της εξέλιξης ενός καρκινικού κυττάρου.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της έκφραση των πρωτεϊνών του θερμικού shock 90 α και 90 β σε 24 περιπτώσεις εμβρυικού του καρκίνου του όρχεως.

**Υλικό & Μέθοδος:** Το υλικό της έρευνας αφορά 24 περιπτώσεις εμβρυικού καρκίνου που υπεβλήθησαν σε υψηλή ριζική ορχεκτομή που υποβλήθηκαν στην διαδικασία ανοσοϊστοχημικής χρώσης με την μέθοδο έμμεσης ανοσοϋπεροξυδάσης με πρωτογενή πολυκλωνικά αντισώματα αιγός εναντίον HSP 90 α και 90 β και δευτερογενή αντισώματα κουνελίου συνδεδεμένα με υπεροξειδάση εναντίον αντισωμάτων αιγός. Ο βαθμός χρωματισμού των δειγμάτων κατηγοριοποιήθηκε ως ακολούθως: i. Αρνητικός ( - ), ii. Λίαν ασθενής ( ± ), iii. Ασθενής ( + ), IV. Μέτρια θετικός (++) και V. Έντονα θετικός (+++).

**Αποτελέσματα:** Α) Έκφραση HSP90β.

Δώδεκα περιπτώσεις (50%) έδειξαν μέτρια έκφραση της και δώδεκα περιπτώσεις (50%) έδειξαν έντονη έκφρασή της. Παρακείμενο ορχικό παρέγχυμα υπάρχει σε 20 περιπτώσεις. Στις τέσσερις από αυτές (20%) το ορχικό παρέγχυμα και συγκεκριμένα τα ορχικά σωληνάρια έδειξαν μέτρια έκφραση, σε οκτώ (40%) έδειξαν ασθενή έκφραση και στις υπόλοιπες οκτώ (40%) έδειξαν πολύ ασθενή έκφραση.

Β) Έκφραση της HSP90Α.

Δύο περιπτώσεις (9%) έδειξαν ασθενή έκφραση και οι υπόλοιπες 22 περιπτώσεις (91%) αρνητική έκφραση. Παρακείμενο ορχικό παρέγχυμα υπήρχε σε είκοσι περιπτώσεις. Σε τρεις από αυτές (13%) παρατηρήθηκε πολύ ασθενής έκφραση και στις υπόλοιπες 21 (87%) αρνητική έκφραση.

**Συμπέρασμα:** Τα αποτελέσματα που εξάγονται από τη μελέτη μας χρήζουν περαιτέρω ερμηνείας και συσχετισμού με την εμβρυολογική προέλευση και την κλινική τους συμπεριφορά αυτών των κακοήθων νεοπλασμάτων.



## AA09

## ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

Ιωάννης Αδαμόπουλος, Στεφανία-Δέσποινα Αδαμοπούλου, Θεοδώρα Παϊβανά

Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας – Αιματολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

**Εισαγωγή:** Η σιδηροπενία είναι η πιο συχνή παθολογική διαταραχή στο ανθρώπινο είδος.

Στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μας πληροφορούν ότι 30% του παγκόσμιου πληθυσμού, 50% των εγκύων γυναικών και 37% των παιδιών σχολικής ηλικίας εμφανίζουν σιδηροπενία.

**Σκοπός:** της εργασίας είναι να καταδειχθεί το πρόβλημα της σιδηροπενίας στο Νομό Μεσσηνίας το οποίο πιστεύουμε ότι αντικατοπτρίζει το πρόβλημα και στις υπόλοιπες περιοχές της Ελλάδος.

**Υλικό & Μέθοδος:** Έγινε έλεγχος σε 185 εφήβους –69 άρρενες και 119 θήλεα- ηλικίας 17 και 18 ετών, σε 944 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, σε 1018 εγκύους και σε 720 ενήλικες άρρενες. Ο έλεγχος περιελάμβανε γενική αίματος, μορφολογία ερυθρών αιμοσφαιρίων και μέτρηση φερριτίνης ορού. Ως απλή σιδηροπενία χαρακτηρίστηκε η κατάσταση κατά την οποία το μόνο παθολογικό εύρημα ήταν η χαμηλή φερριτίνη ενώ ως σιδηροπενική αναιμία όταν συνυπήρχε και ελάττωση των ερυθροκυτταρικών δεικτών και μορφολογικές ανωμαλίες των ερυθροκυττάρων.

**Αποτελέσματα:**

		ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑ		ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ		ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ	
		v	%	v	%	v	%
ΕΦΗΒΟΙ	ΑΡΡΕΝΕΣ	4	5,80	0	0	65	94,20
	ΘΗΛΕΑ	35	30,2	10	8,60	71	61,80
ΕΝΗΛΙΚΕΣ	ΑΡΡΕΝΕΣ	34	4,7	33	4,58	667	92,60
	ΘΗΛΕΑ	230	24,4	105	11,12	609	64,50
	ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ	300	29,5	78	7,66	62,3	62,86

**Συμπέρασμα:** Το πρόβλημα της σιδηροπενίας είναι μείζον και δεν πρέπει να υποβαθμίζεται. Περίπου 35% του γυναικείου πληθυσμού ευρίσκεται σε αρνητικό ισοζύγιο σιδήρου. Το γεγονός αυτό θα πρέπει να ευαισθητοποιήσει τους ιατρούς ώστε ο έλεγχος που γίνεται να είναι πλήρης, η απόφαση για θεραπεία τεκμηριωμένη και ο χρόνος της θεραπείας ο ενδεδειγμένος.



### AA10

#### ΕΥΘΡΑΣΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Αγγελική-Γεωργία Αθανασοπούλου<sup>1</sup>, Αλέξανδρος Μοσχοβίτη<sup>2</sup>, Πέτρος Κολοβός<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Νοσηλεύτρια ΠΕ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ Ν Καλαμάτας

<sup>2</sup> Νοσηλευτής ΤΕ, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ Ν Καλαμάτας

<sup>3</sup> Επίκουρος Καθηγητής, Εργαστήριο Ολοκληρωμένης Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

**Εισαγωγή:** Ως «Ευθραστότητα» ορίζουμε τη κατάσταση μειωμένων φυσιολογικών εφεδρειών και αντίστασης στους στρεσογόνους παράγοντες. Ο επιπολασμός αυξάνεται ηλικιακά. Τα άτομα άνω των 65 ετών θα αγγίξουν παγκοσμίως τα 1.6 δισεκατομμύρια το 2050. Η ζήτηση χειρουργικών και αναισθησιολογικών υπηρεσιών θα αυξηθεί φέρνοντας αναισθησιολόγους και νοσηλευτές αντιμέτωπους με περισσότερους «εύθραστους» ασθενείς.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη στοχεύει να διερευνήσει στη τρέχουσα βιβλιογραφία τη σχέση μεταξύ της «Ευθραστότητας» των χειρουργικών ασθενών και της Αναισθησιολογικής πρακτικής.

**Μέθοδος:** Βιβλιογραφική Ανασκόπηση στις ηλεκτρονικές επιστημονικές βάσεις δεδομένων: PubMed, Scopus, Google Scholar, με λέξεις κλειδιά: «ευθραστότητα», «ευθραστότητα & περιεχειρητική φροντίδα», “fragility”, “fragility & anesthesia”, “fragility & perioperative care”, σε διάστημα 10 ετών στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα.

**Αποτελέσματα:** Η «Ευθραστότητα» σχετίζεται με σημαντική μετεχειρητική θνησιμότητα και νοσηρότητα και γι αυτό είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται προεχειρητικά. Παράλληλα με τις χειρουργικές απαιτήσεις, τη συνοσηρότητα, τη πολυφαρμακία, την επιλογή του ασθενή, η ευθραστότητα μπορεί να επηρεάσει την Αναισθητική Τεχνική και το είδος της αναλγησίας μετεχειρητικά. Η επιλογή της γενικής αναισθησίας έναντι της περιοχικής αποτελεί σημείο συζήτησης βιβλιογραφικά αλλά και κλινικά χωρίς συμφωνία. Η επιλογή δεν σχετίζεται σημαντικά με το μετεχειρητικό delirium ή τη έκπτωση της νοτικής λειτουργίας, τη θνησιμότητα ή τη νοσηρότητα. Η «Ευθραστότητα» προκαλεί οργανική δυσλειτουργία, επηρεάζοντας το μεταβολισμό των αναισθητικών φαρμάκων. Η περιοχική αναισθησία λειτουργεί σε ικανοποιητικό βαθμό αναλγητικά μειώνοντας τις πιθανές μετεχειρητικές επιπλοκές από τη χρήση οπιοειδών.

**Συμπεράσματα:** Η βέλτιστη περιεχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει: εξατομικευμένη διαχείριση, διάγνωσπο-πολυσυστημική-διεπιστημονική αξιολόγηση της ευθραστότητας προεχειρητικά, συζήτηση των θεραπευτικών στόχων και προσδοκιών. Η πρόληψη βελτιώνει τη φυσιολογική λειτουργία αλλά και τη ψυχολογική κατάσταση των εύθραυστων ασθενών.



## AA11

### ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΑΠΟ ΝΥΣΣΟΝ ΚΑΙ ΤΕΜΝΟΝ ΟΡΓΑΝΟ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Παναγιώτης Γιαννόπουλος<sup>1</sup>, Μάξιμος Φρούντζας<sup>1,2</sup>, Παναγιώτης Σπυρακόπουλος<sup>1</sup>, Χριστίνα Νικολάου<sup>1</sup>, Ιωάννης Κολοβός<sup>1</sup>, Γεωργία Κόνσολα<sup>1</sup>, Χριστίνα Βέργη<sup>3</sup>, Μιχάλης Νικολακάας<sup>1</sup>, Νικόλαος Πούφος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

<sup>2</sup> Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής & Χειρουργικής Ερεύνης «Ν. Σ. Χρηστάας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup> Αναισθησιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

**Σκοπός:** Το συντριπτικό ποσοστό των πολυτραυματιών που προσέρχονται στα ελληνικά νοσοκομεία αφορούν τροχαία ατυχήματα, ενώ ένα ελάχιστο ποσοστό σχετίζεται με τραυματισμούς από νύσσοντα και τέμνοντα όργανα, όπως μαχαίρια. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού πολλαπλά μαχαίρωμένου τραυματία και η διαχείρισή του με σκοπό την επιβίωση με σχετικά καλή ποιότητα ζωής.

**Υλικό & Μέθοδος:** Άνδρας 43 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, φέροντας πολλαπλά τραύματα από μαχαίρι στην πρόσθια και πλάγια επιφάνεια της κοιλιακής χώρας, με πολλαπλές έλικες λεπτού εντέρου εκτός του κοιλιακού τοιχώματος. Επιπλέον, ο ασθενής έφερε ένα τραύμα που αιμορραγούσε υπερκλείδια αριστερά. Από τον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε αιμοπνευμοθώρακας αριστερά και με βάση το γεγονός ότι ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά ασταθής, οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

**Αποτελέσματα:** Εκεί τοποθετήθηκε σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης αριστερά και κατόπιν διερεύνησης διαπιστώθηκαν πολλαπλοί τραυματισμοί σε όλο το μήκος του λεπτού εντέρου, 2 σημεία ρήξης στο παχύ έντερο, καθώς και ρήξη στομάχου. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε εκτομή 1m λεπτού εντέρου, συρραφή των ρήξεων και εκτόμωση του κατιόντος κόλου με τη δημιουργία τελικής στομίας. Ακολούθως ο ασθενής οδηγήθηκε στη ΜΕΘ, όπου αποσωληνώθηκε τη 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα και οδηγήθηκε στο θάλαμο νοσηλείας την 4<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. 6 ημέρες μετά έλαβε εξιτήριο και στους 3 μήνες έγινε αποκατάσταση της στομίας.

**Συμπεράσματα:** Η διαχείριση του πολυτραυματία μπορεί να έχει επιτυχημένα αποτελέσματα όταν ακολουθούνται οι βασικές αρχές αναζωογόνησης και αντιμετώπισης, ανεξαρτήτως της βαρύτητας με την οποία προσέρχεται στο περιβάλλον του νοσοκομείου και της αιτίας του τραυματισμού, όσο σπάνια και αν είναι.



### AA12

#### ΚΗΛΗ ΤΟΥ AMYAND: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

**Μάξιμος Φρούντζας<sup>1,2</sup>, Παναγιώτης Γιαννόπουλος<sup>1</sup>, Χριστίνα Νικολάου<sup>1</sup>,  
Κώνσταντίνος Δουρούμης<sup>1</sup>, Δημήτρης Χριστακόπουλος<sup>1</sup>, Χαρίκλεια Κουτούση<sup>3</sup>,  
Σπυρίδων Φούντας<sup>1</sup>, Ευσταθία Γεωργιοπούλου<sup>1</sup>, Παναγιώτης Καλοφωλιάς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

<sup>2</sup> Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής & Χειρουργικής Ερεύνης «Ν. Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup> Αναισθησιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

**Σκοπός:** Ο όρος «κήλη του Amyand» χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον εγκλωβισμό της φλεγμίνουσας ή μη σκωληκοειδούς απόφυσης μέσα στον κηλικό σάκο μιας βουβωνοκήλης. Το συγκεκριμένο φαινόμενο αποτελεί ένα εξαιρετικά σπάνιο εύρημα με επίπτωση που κυμαίνεται από 0.19%-1.7% σε καταγεγραμμένες περιπτώσεις βουβωνοκήλης, ενώ παρουσιάζει τριπλάσια συχνότητα εμφάνισης στον παιδιατρικό πληθυσμό. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης «κήλης του Amyand», η οποία διαπιστώθηκε διεγχειρητικά κατά την επέμβαση αποκατάστασης βουβωνοκήλης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Άνδρας 56 ετών, με ελεύθερο ατομικό και χειρουργικό ιστορικό, προσήλθε στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας για προγραμματισμένη επέμβαση αποκατάστασης βουβωνοκήλης ύστερα από εξέταση στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Χειρουργικής του Νοσοκομείου.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της επέμβασης με σκοπό την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης, και αφού είχε παρασκευαστεί ο κηλικός σάκος έγινε διάνοιξη με σκοπό τη διερεύνηση του περιεχομένου λόγω της υποψίας για μόρφωμα εντός αυτού. Τελικά διαπιστώθηκε η παρουσία της σκωληκοειδούς απόφυσης εντός του κηλικού σάκου. Στη συνέχεια, ακολούθησε σκωληκοειδεκτομή και πλαστική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης με πλέγμα. Μετά την ανάνηψη ο ασθενής οδηγήθηκε στο θάλαμο νοσηλείας.

**Συμπεράσματα:** Η κήλη του Amyand αποτελεί μία εξαιρετικά σπάνια περίπτωση κήλης. Παρόλα αυτά, στις περιπτώσεις όπου συνυπάρχει και σκωληκοειδίτιδα εντός της κήλης η θνητότητα ανέρχεται στο 14%-30%. Για το λόγο αυτό η περίπτωση της «κήλης του Amyand» θα πρέπει να βρίσκεται πάντα στο πίσω μέρος του μυαλού κάθε χειρουργού που αντιμετωπίζει μια πιθανή περισιφιγμένη κήλη ειδικά όταν ο ασθενής παρουσιάζει χαρακτηριστικά σήψης.



### AA13

#### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ CPAP ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΝΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ

**Αναστάσιος Καλλιάνος, Παναγιώτης Κουσούλης, Λεμονιά Βελέντζα, Νικόλαος Τιβέριος Οικονόμου, Γεωργία Τρακαδά**

*Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»*

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο υπνικής άπνοιας (ΣΥΑ) αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη νοσημάτων όπως η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος και τα εγκεφαλικά. Στους μηχανισμούς που εμπλέκονται στην αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου φαίνεται να περιλαμβάνονται η ενεργοποίηση προθρομβωτικών και φλεγμονωδών παραγόντων. Η συνεχής θετική πίεση στους αεραγωγούς (CPAP) μέσω ρινικής μάσκας αποτελεί την πρωταρχική θεραπεία σε ασθενείς με ΣΥΑ.

**Σκοπός:** Μελέτη της επίδρασης της θεραπείας με CPAP στα επίπεδα των δεικτών φλεγμονής όπως η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), τα λευκά αιμοσφαίρια και η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ).

**Υλικό & Μέθοδος:** Περιλάβαμε στην προοπτική μας μελέτη 28 ασθενείς με ατομικό ιστορικό ελεύθερο καρδιαγγειακής νόσου, οι οποίοι προσήλθαν προς έλεγχο και διαγνωστική επικύρωση της κλινικής υπόνοιας του ΣΥΑ. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε νυκτερινή πολυπνογραφία και τα επίπεδα της CRP, των λευκών αιμοσφαιρίων και της ΤΚΕ καταγράφηκαν αρχικά και έξι μήνες μετά την εφαρμογή CPAP.

**Αποτελέσματα:** Στον πληθυσμό των ασθενών μας περιλήφθηκαν 16 άνδρες και 12 γυναίκες με μέση ηλικία τα  $56 \pm 13$  έτη και μέσο δείκτη βάρους-σώματος  $32 \pm 3$ . Η στατιστική ανάλυση κατέδειξε στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων της CRP (0.75 vs. 0.54 mg/dL,  $p < 0.05$ ) και των λευκών αιμοσφαιρίων (8.532/μL vs. 7.757/μL,  $p < 0.05$ ) έξι μήνες μετά την θεραπεία με την συσκευή CPAP.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με ΣΥΑ η θεραπεία με την συσκευή CPAP φαίνεται να περιορίζει την ενεργοποίηση των παραγόντων φλεγμονής. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται προκειμένου να εκτιμηθεί η κλινική σημασία αυτού του ευρήματος.

### AA14

#### ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ ΜΑΛΑΚΩΝ ΙΣΤΩΝ

**Παναγιώτης Καραμήτσος, Κωνσταντίνος Νικολακάς**

*DDS A.Π.Θ.*

**Εισαγωγή:** Στην καθημερινή κλινική πράξη ερχόμαστε αντιμέτωποι με περιστατικά απώλειας μαλακών ιστών στον βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας. Για την αποκατάσταση των βλαβών αυτών και την επαναφορά του στοματογναθικού συστήματος στην ορθή λειτουργία του εφαρμόζουμε διάφορα θεραπευτικά πρωτόκολλα.



**Υλικό & Μέθοδος:** Στο ιατρείο μας έχουν αντιμετωπιστεί τριάντα τρία περιστατικά απώλειας μαλακών ιστών στον στοματικό βλεννογόνο. Στα δεκαπέντε από αυτά τοποθετήθηκε χειρουργικά ξενομόσχευμα μαλακών ιστών, στα επτά τοποθετήθηκε ελεύθερο ουλικό μόσχευμα με λήψη από διάφορες περιοχές τού στοματικού βλεννογόνου και σε έντεκα από αυτά τοποθετήθηκε υποεπιθηλιακό μόσχευμα συνδετικού ιστού από τον βλεννογόνο της μαλακής υπερώας.

**Συμπεράσματα:** Από την εφαρμογή αυτών των μεθόδων, προτιμυέα μέθοδος αποκατάστασης των προαναφερθέντων βλαβών είναι η λήψη και τοποθέτηση υποεπιθηλιακού μοσχεύματος συνδετικού ιστού από τον βλεννογόνο της μαλακής υπερώας γιατί συνδυάζει την ταχύτερη επούλωση και την αποτελεσματικότερη αποκατάσταση τού όγκου των μαλακών ιστών περιορίζοντας ταυτόχρονα στο ελάχιστο τα ποσοστά αποτυχίας.

### AA15

#### Μετάφραση και Στάθμιση ερωτηματολογίου μέτρησης συμπτωμάτων κινήτωσης (Gianaros Motion Sickness Assessment Questionnaire) στην ελληνική γλώσσα

Παναγιώτης Κουσουύλης<sup>1,2</sup>, Γεώργιος Αλεβητσοβίτης<sup>2</sup>, Βασίλειος Μουτεβελής<sup>2</sup>, Ουρανία Φυδανάκη<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Οτρινολαρυγγολογική Κλινική 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας

<sup>2</sup> 120 Πτέρυγα Εκπαιδεύσεως Αέρος, Υγειονομική Υπηρεσία

**Εισαγωγή:** Το ερωτηματολόγιο Motion Sickness Assessment Questionnaire (MSAQ) αναπτύχθηκε από τον Gianaros το 2001 με σκοπό να διευκολύνει τη μέτρηση των συμπτωμάτων της κινήτωσης που αφορούν πολλά συστήματα του ανθρώπινου σώματος, χωρίζοντάς τα σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: γαστρεντερικά, περιφερικά, συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα και συμπτώματα που σχετίζονται με την υπνηλία. Στην ελληνική γλώσσα δεν υπάρχει αντίστοιχο ερωτηματολόγιο μέτρησης συμπτωμάτων κινήτωσης, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η διενέργεια σχετικών επιστημονικών μελετών. Ο σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τη διαδικασία μετάφρασης και στάθμισης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα.

**Υλικό & Μέθοδος:** Το MSAQ μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα και στη συνέχεια μεταφράστηκε ξανά στην Αγγλική γλώσσα από δύο διαφορετικούς μεταφραστές. Μικρές διαφορές που προέκυψαν μεταξύ των δύο κειμένων διορθώθηκαν. Στη συνέχεια το διορθωμένο ερωτηματολόγιο (Greek-MSAQ) δόθηκε προς συμπλήρωση σε άρρενες ενήλικες, πριν και μετά την έκθεση σε κίνηση που προκαλούσε συμπτώματα κινήτωσης. Η κίνηση των συμμετεχόντων επετεύχθη με τη χρήση ειδικά κατασκευασμένης καρέκλας ηλεκτρικά περιστρεφόμενης στον κατακόρυφο άξονα με ταχύτητα 10 στροφές/λεπτό, ενώ ταυτόχρονα οι συμμετέχοντες εκτελούσαν κινήσεις της κεφαλής στο οβελιαίο και το στεφανιαίο επίπεδο, ακολουθώντας ηχογραφημένες οδηγίες (ερεθισμός τύπου Coriolis). Στη συνέχεια έγινε επεξεργασία των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου με μια σειρά στατιστικών δοκιμασιών ώστε να υπολογιστούν οι ψυχομετρικές ιδιότητές του.





**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμμετείχαν 112 ενήλικοι άρρνες ηλικίας 19-22 ετών. Ο μέσος όρος βαθμολογίας των συμπτωμάτων κινήτωσης ήταν 19.04 πριν και 33.46 μετά την έκθεση στο ναυσιγόνο ερέθισμα. Η μεταβολή αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ), κάτι που υποδηλώνει ότι το ερέθισμα που χορηγήθηκε ήταν αρκούντως ισχυρό ώστε να προκαλέσει συμπτώματα στους συμμετέχοντες. Η εσωτερική συνάφεια του ερωτηματολογίου (Internal consistency) μετρήθηκε με το συντελεστή Cronbach's alpha και ήταν εξαιρετική τόσο για το συνολικό ερωτηματολόγιο, όσο και για τις τέσσερις υποκλίμακες συμπτωμάτων. Ο Συντελεστής αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων (Test-Retest Reliability) έγινε με το συντελεστή του Pearson και την κατανομή Bland-Altman. Και οι δύο αυτές στατιστικές δοκιμασίες ανέδειξαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για την ολική βαθμολογία και για τις υποκλίμακες.

**Συμπέρασμα:** Η διαδικασία μετάφρασης και στάθμισης του Greek-MSAQ είχε ως αποτέλεσμα να παραχθεί ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο με αποδεκτή εσωτερική συνάφεια, εγκυρότητα και επαναληψιμότητα, που μπορεί πλέον με ασφάλεια να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση των συμπτωμάτων κινήτωσης σε ανάλογες μελέτες σε ελληνικό πληθυσμό.

### AA16

#### ΕΥΜΕΓΕΘΗΣ ΚΥΣΤΗ SKENE. ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Κωνσταντίνος Τζελέπης, Κωνσταντίνος Μήτσιος, Ιωάννης Μπουλαλάς,  
Χαράλαμπος Κοτούλας, Γεώργιος Λεφάκης

*Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας, Πειραιά*

**Εισαγωγή:** Οι αδένες του Skene εντοπίζονται κάτω από την ουρήθρα, κοντά στην είσοδο του κόλπου και αποτελούν παραουρηθρικούς αδένες. Οι αδένες του Skene έχουν ρόλο κατά τη διάρκεια του σεξ, σε σχέση με τη λίπανση του κόλπου και θεωρούνται θηλυκοί ομόλογοι του προστατικού αδένου. Σε απόφραξη του πόρου τους το έκκριμά τους συσσωρεύεται και προκαλεί διόγκωση του αδένου και τη δημιουργία κύστης (Skene Gland Cyst).

**Σκοπός:** Είναι η παρουσίαση και αντιμετώπιση μιας περίπτωσης με ευμεγέθη συμπτωματική κύστη του αδένου του Skene.

**Υλικό & Μέθοδος:** Γυναίκα 67 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας αιτιώμενη δυσουρικά ενοχλήματα, δυσπαρευνία και αιμορραγία από έτους. Από τη γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε ψηλαφητό μórφωμα με εξέλιξη στο πρόσθιο-άνω τοίχωμα του κόλπου. Η μαγνητική τομογραφία ανέδειξε ευμέγεθες κυστικό μórφωμα με ομαλό τοίχωμα εντοπιζόμενο ανάμεσα στο πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου και το πρόσθιο τμήμα της ουρήθρας. Η ουρηθροκυστεσκόπηση δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.

**Αποτελέσματα:** Αποφασίστηκε και διενεργήθηκε η χειρουργική εξαίρεση της κύστης με διακολπική προσπέλαση – διατομή και μαρσιποποίηση. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε κύστη η οποία επενδύεται από ψευδοπολύστιβο κυλινδρικό επιθήλιο. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία.



**Συμπέρασμα:** Η κύστη Skene είναι μια σχετικά σπάνια οντότητα η οποία όταν είναι μικρών διαστάσεων είναι συνήθως ασυμπτωματική. Η κλινική εξέταση, η MRI και ενδοσκοπικός έλεγχος και θέτουν με ασφαλή τρόπο τη διάγνωση, όπως στην περίπτωση της ασθενούς μας. Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει κυρίως από τα εκκολώματα τις ουρήθρας, των παραουρηθρικών κύστεων και σπανιότερα από τους συμπαγείς όγκους του κόλπου. Οι ευμεγέθεις και συμπτωματικές κύστεις χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης.

### AA17

#### ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ: REHACOM VS ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΝΤΥΠΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

**Νίκη Πανοπούλου<sup>1</sup>, Ευγενία Καρτερολιώτη<sup>2</sup>, Νικόλαος Πρωτόπαπας<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Ψυχολόγος- MSc Κλ. Νευροψυχολογίας, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>2</sup> Ψυχολόγος MSc-Ψυχοθεραπεύτρια, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>3</sup> Νευρολόγος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

**Εισαγωγή:** Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως Αγγειακό Εγκεφαλικό (ΑΕΕ) ορίζεται κάθε οξεία έναρξη εστιακή ή γενικευμένη διαταραχή εγκεφαλικής λειτουργίας που διαρκεί περισσότερο από 24 ώρες και οφείλεται αποκλειστικά σε αγγειακά αίτια. (WHO Task Force on Stroke and Other Cerebrovascular Disease, 1989). Τα ΑΕΕ αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία μόνιμης/μακροχρόνιας αναπηρίας στους ενήλικες Lopez AD et al. Lancet (2006) 367: 1747-1757. Αποτελούν το 2<sup>ο</sup> πιο συχνό αίτιο άνοιας και κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα O' Brien JT et al. Lancet Neurol (2003) 2: 89-98. Κάθε χρόνο συνολικά 15.000.000 άνθρωποι παθαίνουν ΑΕΕ με το 9% των ατόμων να οδηγούνται σε θάνατο παγκοσμίως. Ο αριθμός των νέων ΑΕΕ στη χώρα μας εκτιμάται σε 25.000 έως 30.000 ετησίως.

**Σκοπός:** Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση των γνωστικών ελλειμμάτων των ασθενών με ΑΕΕ και η γνωστική αποκατάσταση στις ανώτερες νοητικές λειτουργίες.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στο πρόγραμμα συμμετείχαν 15 νοσηλευόμενοι ασθενείς, με εύρος ηλικίας (60-80) που παρουσίασαν ελλείμματα γνωστικών λειτουργιών μετά από ισχαιμικό ή αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Αρχικά πραγματοποιήθηκε νευροψυχολογική αξιολόγηση προκειμένου να εντοπισθούν τα ελλείμματα, με τις κλίμακες MMSE(Mini Mental State Examination) και ACE-R(Addenbrooke's Cognitive Scale-Revised). Η πρώτη ομάδα (αποτελούμενη από 5 ασθενείς) ακολούθησε δομημένο πρόγραμμα γνωστικής ενδυνάμωσης με τη χρήση εγχειριδίου γνωστικής έκπτωσης και η δεύτερη ομάδα (αποτελούμενη από 5 ασθενείς) ακολούθησαν δομημένο πρόγραμμα γνωστικής ενδυνάμωσης με τη χρήση του λογισμικού RehaCom.Οι δύο ομάδες συμμετείχαν στις ομάδες γνωστικής ενδυνάμωσης με συχνότητα 1 φορά την εβδομάδα 30' ανά είδους συνεδρίας για 3 μήνες. Τέλος, η τρίτη ομάδα δεν συμμετείχε σε καμία θεραπεία γνωστικής ενδυνάμωσης, λειτουργώντας ως ομάδα ελέγχου.



**Αποτελέσματα:** Γνωστική βελτίωση και για τις 2 ομάδες:

- MMSE (εισόδου): Μ.Ο: 4,8/ MMSE (εξόδου): Μ.Ο : 18,4
- ACE-R (εισόδου): Μ.Ο: 13,5/ ACE-R (εξόδου): Μ.Ο: 53,8

Συγκρίνοντας τις 2 ομάδες:

- Γνωστική βελτίωση 1<sup>η</sup> ομάδας (γνωστική ενδυνάμωση με έντυπο υλικό): 13,5%
- Γνωστική βελτίωση 2<sup>η</sup> ομάδας (γνωστική ενδυνάμωση με λογισμικό RehaCom: 52,8%

Η διαφορά βελτίωσης μεταξύ της ομάδας RehaCom και εντύπου υλικού ήταν στατιστικά σημαντική  $p < 0,005$ .

**Συμπεράσματα:** Σημαντικές ενδείξεις μεγαλύτερης βελτίωσης των γνωστικών λειτουργιών με το λογισμικό RehaCom/έντυπο υλικό. Απαραίτητη η ένταξη της γνωστικής ενδυνάμωσης σε δομημένο πρόγραμμα αποκατάστασης με στόχο την ελαχιστοποίηση των νευροψυχολογικών ελλειμμάτων και την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών.

### AA18

#### ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

**Αλεξάνδρα Καραβασιλή<sup>1</sup>, Παναγιώτης Κωνσταντόπουλος<sup>1</sup>, Νικόλαος Πρωτόπαπας<sup>2</sup>,  
Ευγενία Κανελλοπούλου<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Φυσίατρος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>2</sup> Νευρολόγος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>3</sup> Τμήμα Εργοθεραπείας, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

**Εισαγωγή:** Τα κατάγματα ισχίου αποτελούν σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας από άποψη νοσηρότητας, θνητότητας και κόστους αντιμετώπισης. Υπολογίζεται ότι το 30-35% των ατόμων ηλικίας >65 ετών έχουν τουλάχιστον μία πτώση το χρόνο. Το ποσοστό αυτό αυξάνει στο 40% στα άτομα ηλικίας >75 ετών. Από τις περιπτώσεις αυτές περίπου το 5% συνιστούν κάταγμα ισχίου. Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να αναδείξει την σημασία της παρακολούθησης προγράμματος αποκατάστασης σε οργανωμένο θεραπευτικό περιβάλλον με κριτήριο τη λειτουργική ανεξαρτησία των ασθενών και την καταγραφή της γνωστικής λειτουργίας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ανασκοπήσαμε 174 εισαγωγές στο ΚΑΑ ΔΙΑΠΛΑΣΗ για διάστημα 9 μηνών. Η διάγνωση εισόδου ήταν κάταγμα ισχίου. Τα αποτελέσματα επεξεργάστηκαν με spss. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Functional Independent Measure (FIM), Barthel Index (BI), Mini Mental scale examination.



**Αποτελέσματα:** Συνολικά κατεγράφησαν 174 ασθενείς (32 άνδρες, 142 γυναίκες) με κάταγμα ισχίου. Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η βελτίωση της λειτουργικότητας κατά 25.41 μονάδες της κλίμακας FIM και κατά 33.15 της κλίμακας Barthel ενώ η γνωσιακή κατάσταση δεν παρουσίασε ιδιαίτερη βελτίωση.

N=174 (32M, 142)	age	stay length	admiss fim	disch fim	Fim delt	admiss barthel	disch barthel	Barthel delta	admiss mmse	disch mmse	Mmse delta
Mean	84.1	45.19	50.45	75.86	25.41	22.26	55.41	33.15	15.84	16.97	1.13
SD	7.61	40.51	14.45	21.64	10.62	13.57	21.52	12.86	7.191	7.315	1.66

**Συμπέρασμα:** Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει πως το πρόγραμμα αποκατάστασης σε οργανωμένη δομή βελτιώνει τη λειτουργική ανεξαρτησία ασθενών με κάταγμα ισχίου με αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας ζωής.

### AA19

#### ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΗΜΙΠΛΗΓΙΚΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ) ΜΕ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΡΟΜΠΟΤΙΚΟΥ ARMEO SPRING

Δημήτριος Δήμου<sup>1</sup>, Φωτεινή Τερζάκη<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα Καραβασίλη<sup>2</sup>, Νικόλαος Πρωτοπαππας<sup>3</sup>, Ευγενία Κανελλοπούλου<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Εργοθεραπευτής/τρια, Τμήμα Εργοθεραπείας, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>2</sup> Φυσίατρος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>3</sup> Νευρολόγος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>4</sup> Τμήμα Εργοθεραπείας, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

**Εισαγωγή/σκοπός:** Η χρήση ρομποτικού εξοπλισμού στην αποκατάσταση άνω άκρου μετά από ΑΕΕ στοχεύει μέσω της νευροπλαστικότητας του εγκεφάλου στην επανεκπαίδευση του ασθενούς σε στοχοκατευθυνόμενο πλαίσιο. Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφεί η επίδραση της ρομποτικής αποκατάστασης στις συνέργειες, τον συντονισμό και τη λειτουργικότητα του άκρου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Επιλέχθηκαν 10 ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ και χωρίστηκαν σε 2 ισάριθμες ομάδες σύστοιχες στην ηλικία και το φύλο. Στην ομάδα Α οι ασθενείς έκαναν συμβατική εργοθεραπεία σε συνδυασμό με συνεδρίες Armeo και στην ομάδα Β μόνο συμβατική εργοθεραπεία. Οι κλίμακες αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η Fugl-Meyer (σαν κλίμακα λειτουργικότητας εξειδικευμένη για το άνω άκρο), η Functional Independence Measure (FIM) και η Barthel Index (BI) (ως κλίμακες λειτουργικότητας του ασθενή).

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα μετά το πέρας των θεραπειών έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις σε όλες τις



παραμέτρους και για τις 2 ομάδες. Συγκεκριμένα, υπάρχει σαφής βελτίωση στην μείωση των συνεργειών, την αύξηση της ενεργητικής κίνησης και το συντονισμό όπως αυτή μετρήθηκε με την Fugl-Meyer στην ομάδα A έναντι της ομάδας B ( $p < 0.05$ ). Ωστόσο, δε σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη λειτουργικότητα ανάμεσα στις δύο ομάδες όπως αυτή καταγράφηκε με τις κλίμακες BI ( $p = 0.08$ ) και FIM ( $p = 0.6$ ).

**Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός Αrgeo με συμβατική Εργοθεραπεία σε σχέση με την συμβατική εργοθεραπεία επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα στην αποκατάσταση του ημιπληγικού άνω άκρου μετά από ισχαιμικό ΑΕΕ.

### AA20

#### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΛΟΚΟΜΑΤ ΣΤΗ ΒΑΔΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ)

**Δέσποινα Αλεξοπούλου<sup>1</sup>, Νικόλαος Μαρκόπουλος<sup>1</sup>, Βασιλική Στριμπάκου<sup>1</sup>,  
Αλεξάνδρα Καραβασιλή<sup>2</sup>, Νικόλαος Πρωτοπαππας<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Φυσικοθεραπευτής/τρια, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>2</sup> Φυσίατρος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>3</sup> Νευρολόγος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

**Εισαγωγή/σκοπός:** Η ρομποτική τεχνολογία στη βάδιση μετά από ΑΕΕ στοχεύει μέσω της νευροπλαστικότητας του εγκεφάλου στην επανεκπαίδευση του ασθενούς σε στοχοκατευθυνόμενο πρότυπο. Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφεί η επίδραση της ρομποτικής αποκατάστασης στην απόσταση βάδισης, την ισορροπία και τη λειτουργικότητα.

**Υλικό & Μέθοδος:** Επιλέχθηκαν 16 ασθενείς με ΑΕΕ και χωρίστηκαν σε 2 ισάριθμες ομάδες σύστοιχες στην ηλικία, το φύλο και το είδος του ΑΕΕ (ισχαιμικό/αιμορραγικό). Στην ομάδα Α οι ασθενείς έκαναν συμβατική φυσικοθεραπεία σε συνδυασμό με συνεδρίες Lokomat και στην ομάδα Β μόνο συμβατική φυσικοθεραπεία. Οι κλίμακες αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η Berg Balance Scale (BBS), η Functional Independence Measure (FIM), η Barthel Index (BI) και η απόσταση βάδισης κατεγράφη σε μέτρα.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα μετά το πέρας των θεραπειών έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις σε όλες τις παραμέτρους και για τις 2 ομάδες. Συγκεκριμένα, υπάρχει σαφής βελτίωση στην ισορροπία του κορμού όπως αυτή μετρήθηκε με την BBS στην ομάδα Α έναντι της ομάδας Β ( $p = 0,043$ ) όπως και μεγαλύτερη καταγραφή στην απόσταση βάδισης για την ομάδα Α σε σχέση με την ομάδα Β ( $p = 0,041$ ). Ωστόσο, σχετικά με τη λειτουργικότητα, ενώ βρέθηκε ότι υπάρχει μεγαλύτερη βελτίωση στις κλίμακες BI και FIM στην ομάδα Α σε σχέση με την ομάδα Β η βελτίωση αυτή δεν απεδείχθη στατιστικά σημαντική ( $p = 0.07$  vs  $0.9$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι συνεδρίες Lokomat σε συνδυασμό με συμβατική φυσικοθεραπεία αποδίδουν καλύτερα αποτελέσματα στην ισορροπία και την απόσταση βάδισης και μικρότερα οφέλη στην λειτουργικότητα των ασθενών σε σχέση με τους ασθενείς που ακολουθούν πρόγραμμα συμβατικής φυσικοθεραπείας.



### AA21

#### ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ, ΜΕ ΣΥΝΟΔΑ ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

**Αθανασία – Αικατερίνη Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Νίκη Πανοπούλου<sup>2</sup>, Ευγενία Καρτερολιώτη<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Κλ. Λογοθεραπεύτρια SLT Πρότυπο κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>2</sup>Ψυχολόγος- MSc Κλ. Νευροψυχολογίας, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

<sup>3</sup>Ψυχολόγος MSc-Ψυχοθεραπεύτρια, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

Ασθενής 66 ετών με ιστορικό Υπαρανοειδούς Αιμορραγίας, παρουσίασε Δυσφαγία στοματοφαρυγγικού σταδίου (σίτιση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα) παρουσία γνωστικών ελλειμμάτων στους τομείς της επικοινωνίας, προσανατολισμού χώρου και χρόνου, προσοχής και συγκέντρωσης, αντίληψης, μνήμης κι επίλυσης προβλήματος. Από το ψυχο - κοινωνικό ιστορικό προκύπτει προϋπάρχουσα διαταραχή πρόσληψη τροφής επί εδάφους διαταραχής διάθεσης, η οποία αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά από την εισαγωγή της στο ΚΑΑ. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των αποτελεσμάτων της συνδυαστικής λογοθεραπευτικής και ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενή με σοβαρή δυσφαγία παρουσία γνωστικών ελλειμμάτων. Η ασθενής παρακολούθησε συνδυαστικό πρόγραμμα λογοθεραπείας και ψυχοθεραπείας με συχνότητα 4 φορές εβδομαδιαίως 30', για διάστημα 3 μηνών. Πραγματοποιήθηκαν δραστηριότητες γνωστικής ενδυνάμωσης με έντυπο υλικό και το λογισμικό RehaCom, ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για τη διαταραχή πρόσληψη τροφής και στοματοπροσωπικές ασκήσεις με οπτική ανατροφοδότηση (καθρέφτη). Τα αποτελέσματα που προκύπτουν ήταν η πλήρης αποκατάσταση της σίτισης και η σημαντική βελτίωση των γνωστικών ελλειμμάτων. Η ασθενής σίτιζεται με ασφάλεια ποικιλία υφής τροφών και η επικοινωνία της κρίνεται λειτουργική. Η αρχική επίδοση της ασθενούς ελέγχεται ελλειμματική: MMSE 13/30, ACE-R 30/100, ωστόσο μετά το πέρας της γνωστικής ενδυνάμωσης η επίδοση της ελέγχεται βελτιωμένη: MMSE 16/30, ACE-R 44/100. Επίσης, σύμφωνα με τη λογοθεραπευτική κλίματα FCMs παρουσιάζει αρχική επίδοση 9/56, τελική επίδοση 43/56 και συγκεκριμένα στην υποκατηγορία της κατάποσης παρουσιάζει αρχική επίδοση 1/7 και τελική επίδοση 7/7. Συμπερασματικά, καταλήγουμε ότι η συνδυαστική θεραπεία της λογοθεραπευτικής και ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης καθώς και η γνωστική ενδυνάμωση στις ανώτερες νοητικές λειτουργίες της ασθενούς σε συνδυασμό με την ιατρική και φαρμακευτική της περίθαλψη είχε ως αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας ζωής της.



### AA22

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ ΜΕ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΗ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ (NMES) - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Έλενα Τραχανά<sup>1</sup>, Αθανασία – Αικατερίνη Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Παναγιώτης Κουσουλός<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Λογοθεραπείας, Κέντρο αποκατάστασης «Διάπλαση» Καλαμάτα

<sup>2</sup> Ωτορινολαρυγγολογικό Ιατρείο, Καλαμάτα

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η διαταραχή της καταποτικής λειτουργίας σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε κέντρα αποκατάστασης είναι πολύ συχνή και σχετίζεται με το νευρολογικό ιστορικό τους και την υποκείμενη νόσο. Ένας από τους κύριους στόχους είναι επαναφορά της καταποτικής λειτουργίας στα φυσιολογικά επίπεδα. Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού δυσφαγίας που αντιμετωπίστηκε στο κέντρο μας.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άρρεν 63 ετών νοσηλεύτηκε ως εσωτερικός ασθενής στο Κ.Α.Α -Διάπλαση με διάγνωση «Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο εμβολικού τύπου». Ο ασθενής κατά την εισαγωγή στιζόταν με γαστροστομία, ενώ είχε νοσηλευτεί στο πρόσφατο παρελθόν εξαιτίας επεισοδίου εισρόφησης. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος καταποτικής λειτουργίας από λογοθεραπευτή όπου διαπιστώθηκε εξαιρετικά νωθρό αντανακλαστικό κατάποσης και πλήρης χαλάρωση των μυών της κατάποσης, πάραυτα η επικοινωνία διατηρούνταν σε πολύ καλό επίπεδο. Σύμφωνα με την κλίμακα της Αμερικανικής Εταιρείας Λογοθεραπείας (ASHA-NOMS scale/ κλίμακα 7 επιπέδων), ο ασθενής βαθμολογήθηκε με την κατώτερη βαθμολογία 1/7. Δημιουργήθηκε εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης με στόχο την επανεκπαίδευση κίνησης και ενδυνάμωση μυών που συμμετέχουν στην κατάποση αλλά και ενδυνάμωση στοματοπροσωπικών δομών για εύρος και έκταση αρθρωτών (χαλαρός μυϊκός τόνος). Το πρόγραμμα της θεραπείας περιλάμβανε 5 συνεδρίες λογοθεραπείας με διάρκεια 30' εβδομαδιαίως. Λόγω της εξαιρετικά μειωμένης μυϊκής ισχύος και της μειωμένης ανύψωσης του υοειδούς οστού, αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί η αυτοματοποιημένη NMES- Νευρομυϊκή Ηλεκτρικής-Διέγερση μέσω της εξειδικευμένης συσκευής. Έπειτα από 12 εβδομάδες εντατικών θεραπειών, ο ασθενής παρουσίασε κλινική βελτίωση και εκτιμήθηκε μέσω ενδοσκοπικού ελέγχου κατάποσης (FEES) από ιατρό Ωτορινολαρυγγολόγο. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος έδειξε σημαντική βελτίωση ανύψωσης υοειδούς οστού, ταχύτερη ενεργοποίηση αντανακλαστικού κατάποσης δίχως εισχώρηση και εισρόφησης παχύρευστων υγρών, ενώ και στοματοδομικά ήταν βελτιωμένοι όσο αφορά την μυϊκή ισχύ. Στην επανεκτίμηση της κλίμακας το σκορ ήταν βελτιωμένο 4/7 (ASHA-NOMS) και ο ασθενής κατόρθωσε την από του στόματος σίτιση σε διατροφολόγιο σύστασης μαλακών τροφών.

**Συμπεράσματα:** Το συγκεκριμένο περιστατικό καταδεικνύει τη σημασία της στοχευμένης παρέμβασης με λογοθεραπεία και νευρομυϊκή ηλεκτρική διέγερση (NMES), ακόμα και σε ασθενείς που κατά το παρελθόν θα θεωρούνταν αθεράπευτοι και θα σιτίζονταν εφ'όρου ζωής μέσω γαστροστομίας ή ρινογαστρικού σωλήνα. Σημαντική παράμετρος στην διαδικασία της αποκατάστασης είναι η σωστή συνεργασία των διαφόρων ειδικοτήτων εντός της διεπιστημονικής ομάδας από τη διάγνωση και την παρέμβαση ως την τελική θεραπεία.



### AA23

#### ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ

Παναγιώτης Χουντής MD PhD<sup>1</sup>, Μαρία Χουντή RN, Msc<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργός Θώρακος-Καρδιάς και Μεγάλων Αγγείων, Διευθυντής Κλινικής Χειρουργικής Θώρακος, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

<sup>2</sup> Νοσηλεύτρια, Ευρωκλινική Αθηνών

**Εισαγωγή:** Το κακόηθες μεσοθηλίωμα του υπεζωκότα είναι μία νόσος η οποία έχει συνδεθεί με έκθεση σε ίνες αμιάντου. Η εμφάνιση της νόσου προβλέπεται ότι θα αυξηθεί τα επόμενα χρόνια. Αν και από τις αρχές του 90 η χρήση του αμιάντου έχει απαγορευθεί σε πολλές χώρες δεν είναι εφικτή ούτε η εφαρμογή της οδηγίας ούτε η απομάκρυνση του από τους χώρους όπου έχει τοποθετηθεί.

**Σκοπός:** της μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας από την αντιμετώπιση ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω μεσοθηλιώματος υπεζωκότα. Ο συνδυασμός χειρουργικής και χημειο- ακτινοθεραπείας είναι εφικτό να καθυστερήσει σημαντικά την εξέλιξη της νόσου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μεταξύ των ετών 2013 και 2019 υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση στην Θωρακοχειρουργική Κλινική του NNA 16 ασθενείς, 12 άνδρες και 4 γυναίκες. Ο Μ.Ο ηλικίας των ασθενών ήταν 60±5 έτη. Η θωρακοσκοπική βιοψία υπεζωκότος ή η μικρή θωρακοτομή έθεσε την διάγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις. Από τους 16 ασθενείς οι 8 υπεβλήθησαν σε πλευρόδεση- αποφλοιώση και πλευρόδεση με έγχυση talc στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Οι υπόλοιποι έλαβαν απλή τοποθέτηση σωλήνα και πλευρόδεση.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος νοσηλείας των ασθενών ήταν 37.4 ημέρες. Ο χρόνος επιβίωσης των ασθενών κυμάνθηκε από 2-48 μήνες. Ένας ασθενής ζει ακόμα μετά από 4 έτη.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με μεσοθηλίωμα η χειρουργική παίζει σημαντικό ρόλο στην ορθή διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου και κυρίως της κακόηθους πλευριτικής συλλογής. Η πρόληψη αποτελεί τη μόνη δυνατότητα επιβίωσης και ο ρόλος της θα πρέπει να τονίζεται σε κάθε επαγγελματικό χώρο.





## AA24

### ΟΖΩΔΗΣ ΙΝΩΜΑΤΩΣΗ ΘΩΡΑΚΟΣ - ΕΝΑΣ ΣΠΑΝΙΟΣ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΟΓΚΟΣ

Παναγιώτης Χουντής MD PhD<sup>1</sup>, Μαρία Χουντή RN Msc<sup>2</sup>, Ιωάννης Παραλίκας<sup>3</sup>,  
Αθανάσιος Κορδέλας<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργός Θώρακος-Καρδιάς και Μεγάλων Αγγείων, Διευθυντής Κλινικής Χειρουργικής Θώρακος, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

<sup>2</sup> Νοσηλεύτρια, Ευρωκλινική Αθηνών

<sup>3</sup> Χειρουργός Θώρακος-Καρδιάς και Μεγάλων Αγγείων, Επιμελητής Κλινικής Χειρουργικής Θώρακος, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

<sup>4</sup> Παθολογοανατόμος, Επιμελητής Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου NNA

**Εισαγωγή:** Η οζώδης ινωμάτωση αποτελεί έναν καλοήγη όγκο των οστών, των μαλακών μορίων και των αρθρώσεων η οποία εμφανίζεται με μορφή μάζας. Η διάγνωση είναι κατ'εξοχήν ιστολογική. Διαφοροδιαγνωστικά η διάκριση πρέπει να γίνει με το εξαιρετικά κακόηθες ινοσάρκωμα.

**Σκοπός** της εργασίας μας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού με εμφάνιση διόγκωσης μάζας θωρακικού τοιχώματος εντός μικρού χρονικού διαστήματος. Η αρχική κλινική εντύπωση ήταν ότι επρόκειτο για κακοήγη μάζα πιθανότατα σάρκωμα χωρίς να μπορεί να αποκλειστεί και η πιθανότητα καρκινώματος.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η ασθενής 48 ετών προσήλθε στην Θωρακοχειρουργική Κλινική μετά την ανακάλυψη μάζας δεξιού μαστού. Στο πλαίσιο υπερηχογραφικού ελέγχου διαγνώστηκε η θέση της μάζας στην θέση του μείζονος θωρακικού μυός, γεγονός που επιβεβαιώθηκε με Αξονική Τομογραφία.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής υπεβλήθη σε δεξιά πρόσθια θωρακοτομή και εκτομή της μάζας en block μαζί με τους γύρω ιστούς σε υγιή όρια χωρίς προηγηθείσα βιοψία για ογκολογικούς λόγους αφού θεωρήθηκε ως πιθανή κακοήθεια.

**Συμπεράσματα:** Η οζώδης ινωμάτωση αποτελεί καλοήγη όγκο μαλακών μορίων και η εκτομή της μάζας που προκαλεί η νόσος είναι αρκετή για την θεραπεία του ασθενούς. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει την εκτομή σε υγιή όρια για την πιθανότητα κακοήθους νοσήματος.



## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### Τόπος Συνεδρίου

Μέγαρο Χορού Καλαμάτας

### Ημερομηνίες Διεξαγωγής

7 & 8 Ιουνίου 2019

### Ιστοσελίδα Συνεδρίου

<https://iemescongress2019.frei.gr/>

### Γλώσσα Συνεδρίου

Επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική

### Έκθεση

Καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου λειτουργεί έκθεση ιατρικών προϊόντων και Εξοπλισμού.

### Μοριοδότηση

Το Συνέδριο αξιολογήθηκε από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με 15 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME Credits) αναγνωρισμένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (U.E.M.S.) στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης.

### Πιστοποιητικό Συμμετοχής

Σε όλους του συμμετέχοντες του Συνεδρίου θα δοθεί πιστοποιητικό συμμετοχής. Για την παραλαβή του πιστοποιητικού απαιτείται η παρακολούθηση του 60% του συνολικού χρόνου του επιστημονικού προγράμματος, σύμφωνα με τη σχετική εγκύκλιο του ΕΟΦ και θα υπάρχει σύστημα καταμέτρησης (barcode).

Τα πιστοποιητικά συμμετοχής θα δοθούν το Σάββατο 8 Ιουνίου 2019 από τις 18:00 έως τη λήξη του Συνεδρίου με τη συμπλήρωση της απαραίτητης φόρμας αξιολόγησης του Π.Ι.Σ.

### Εξοπλισμός Αιθουσών

Οι αίθουσες είναι εξοπλισμένες με data video projector για προβολή μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή (power point presentation). Προσωπικοί ηλεκτρονικοί υπολογιστές δεν επιτρέπονται.

### Κέντρο παραλαβής ομιλιών

Οι ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν την ομιλία τους, στον κατάλληλα εξοπλισμένο χώρο τουλάχιστον μισή ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους.

### Τελετή Έναρξης Συνεδρίου

Η Τελετή Έναρξης του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί την Παρασκευή 7 Ιουνίου 2019 και μπορούν να παρακολουθήσουν όλοι οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι.

### Δικαίωμα Συμμετοχής

Το δικαίωμα συμμετοχής έχει καθοριστεί από την Ιατρική Εταιρεία Μεσσηνίας ως ακολούθως:

Κατηγορία Εγγραφής Συνεδρίου	Κόστος
Ειδικευμένοι Ιατροί	40€
Ειδικευόμενοι Ιατροί	20€
Νοσηλευτές/Λοιποί Επαγγελματίες Υγείας	20€
Φοιτητές	Δωρεάν

Στις παραπάνω τιμές δεν συμπεριλαμβάνεται ΦΠΑ 24%



Το δικαίωμα εγγραφής των Συνέδρων (Ειδικευμένων, Ειδικευόμενων & λοιπών ειδικοτήτων) περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος
- Πρόσβαση στην Έκθεση
- Συμμετοχή στην Εναρκτήρια Τελετή του Συνεδρίου
- Συνεδριακό υλικό
- Πιστοποιητικό συμμετοχής

Το δικαίωμα εγγραφής των Φοιτητών περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος
- Πρόσβαση στην Έκθεση
- Πιστοποιητικό συμμετοχής

### Ώρες λειτουργίας Γραμματείας Συνεδρίου

Παρασκευή, 7 Ιουνίου 2019	13:00 – 20:00
Σάββατο, 8 Ιουνίου 2019	08:00 – 21:00

## Εταιρεία Οργάνωσης



FREI s.a.

Congress Organiser - Corp. Meetings/Events - DMC

3 Paparigopoulou Str., 105 61 Athens, Greece

T: +30 210 3215600, Fax: +30 210 3219296

[www.frei.gr](http://www.frei.gr) e-mail: [info@frei.gr](mailto:info@frei.gr)



### ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΡΟΕΔΡΩΝ, ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ, ΟΜΙΛΗΤΩΝ, ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Johnson Elizabeth . . . . .	13	Γώγος Χαράλαμπος . . . . .	9, 28
Αδαμόπουλος Ιωάννης . . . . .	6, 43	Δέδε Αριόδνη Μαρία . . . . .	6, 18
Αδαμοπούλου Θεοδούλη . . . . .	5	Δέδες Βασίλειος . . . . .	6, 18
Αδαμοπούλου Κωνσταντίνα . . . . .	37	Δέδες Νίκος . . . . .	12
Αδαμοπούλου Στεφανία-Δέσποινα . . . . .	43	Δεπούντης Γεώργιος . . . . .	7, 10, 21, 30, 39
Αθανασοπούλου Αγγελική-Γεωργία . . . . .	44	Δημοπούλου Βασιλική . . . . .	8, 26
Αλαμανής Χρήστος . . . . .	12	Δήμου Δημήτριος . . . . .	52
Αλεβετσοβίτης Γεώργιος . . . . .	48	Διαμαντόπουλος Κωνσταντίνος . . . . .	5
Αλεξοπούλου Δέσποινα . . . . .	53	Δούζης Ιωάννης . . . . .	40
Αλαζίδου Έλενα . . . . .	6, 19	Δουμουλάκης Αντώνης . . . . .	10, 32
Αναστασόπουλος Ιωάννης . . . . .	11	Δουρούμης Κωνσταντίνος . . . . .	8, 26, 41, 46
Ανδριανόπουλος Κώστας . . . . .	12	Εξερτζόγλου Ελένη . . . . .	8, 26
Αντωνοπούλου Ελπίδα . . . . .	12	Ερμίδης Δημήτριος . . . . .	6, 20, 38
Αποστολόπουλος Κωνσταντίνος . . . . .	13	Ευθυμίου Ιωάννης . . . . .	8, 9, 26
Αποστολόπουλος Σωτήρης . . . . .	12	Ευστρατίου Ιωάννα . . . . .	9, 29
Αποστολοπούλου Νικολέττα . . . . .	13	Ζέρβα Αγγελική . . . . .	11
Αποστολοπούλου Σωτηρία . . . . .	11	Ζολώτας Απόστολος Κυριάκος . . . . .	6, 19
Αρβανίτης Δημήτριος . . . . .	42	Ηλιοπούλου Μαρία . . . . .	9, 28
Βαλασκατζή Αργυρώ . . . . .	41	Θεοχάρης Γεώργιος . . . . .	6, 20, 38
Βελέντζα Λεμονιά . . . . .	47	Καλανταρίδου Σοφία . . . . .	37
Βέργη Χριστίνα . . . . .	13, 45	Καλλιάνος Αναστάσιος . . . . .	47
Γαζούλη Μαρία . . . . .	13	Καλομοίρης Παρασκευάς . . . . .	10, 33
Γεωργιοπούλου Ευσταθία . . . . .	10, 31, 41, 46	Καλοφωλιάς Παναγιώτης . . . . .	10, 31, 41, 46
Γεωργούντζος Αριστείδης . . . . .	10, 32	Καμπουγέρη Ευσταθία . . . . .	5
Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης Ευάγγελος . . . . .	11	Κανελλόπουλος Δημήτριος . . . . .	35, 36
Γιαμαρέλλου Αγγελική . . . . .	11	Κανελλοπούλου Ευγενία . . . . .	51, 52
Γιαννακοπούλου Αθανασία - Αικατερίνη . . . . .	54, 55	Καούλας Αντώνιος . . . . .	6, 20, 38
Γιαννακοπούλου Ιωάννα . . . . .	7, 10, 21, 30, 39	Κάπος Ιωάννης . . . . .	12
Γιαννακοπούλου Μαρία . . . . .	10, 32	Καραβασίλη Αλεξάνδρα . . . . .	8, 10, 12, 25, 34, 51, 52, 53
Γιαννόπουλος Παναγιώτης . . . . .	7, 10, 23, 31, 32, 45, 46	Καραμήτσος Παναγιώτης . . . . .	47
Γιαννοπούλου Σωτηρία . . . . .	9, 28	Καραμπέτσος Βασίλειος . . . . .	9
Γιωτοπούλου Ιωάννα . . . . .	7, 10, 21, 30, 39	Καρατζάς Δημήτριος . . . . .	11
Γκόλα Ελένη . . . . .	11	Καρτερολιώπη Ευγενία . . . . .	8, 25, 50, 54
Γκότσης Δημήτριος . . . . .	9	Κατσέτος Χρήστος . . . . .	35, 36
Γλύκας Ιωάννης . . . . .	6, 20, 38		



Κατσούλης Μιχαήλ . . . . .	35, 36	Μητσέλου Αντιγόνη . . . . .	40
Κλουφέτος Περικλής . . . . .	8	Μήτσιος Κωνσταντίνος . . . . .	49
Κολοβός Ιωάννης . . . . .	45	Μοσκόφη Ιορδάνια . . . . .	5
Κολοβός Πέτρος . . . . .	44	Μοσχοβίτης Αλέξανδρος . . . . .	44
Κομπόγιωργας Δημήτριος . . . . .	7, 22	Μουτεβελής Βασίλειος . . . . .	48
Κόνσολα Γεωργία . . . . .	45	Μπακαράκη Ακριβή . . . . .	5
Κόντζογλου Κωνσταντίνος . . . . .	7, 23	Μπιλιαρδής Χρυσάνθος . . . . .	5
Κορδέλας Αθανάσιος . . . . .	57	Μπολέτης Ιωάννης . . . . .	12, 13
Κοτούλας Χαράλαμπος . . . . .	49	Μπόνιος Μιχαήλ . . . . .	13
Κουδούνης Γεώργιος . . . . .	12	Μπουλαλάς Ιωάννης . . . . .	49
Κούκου Ευαγγελία . . . . .	7, 10, 21, 30, 39	Μπουντουβάς Δημήτριος . . . . .	6, 19
Κούμπουλας Αλέξανδρος . . . . .	11	Μυλωνάκης Παναγιώτης . . . . .	40
Κουσουλής Παναγιώτης . . . . .	7, 13, 24, 47, 48, 55	Νεοχωρίτης Γεώργιος . . . . .	10, 34
Κουτούση Χαρίκλεια . . . . .	8, 26, 46	Νικολακέας Κωνσταντίνος . . . . .	47
Κοψίνη Δήμητρα . . . . .	7, 23	Νικολακέας Μιχαήλ . . . . .	41, 45
Κρητικός Νεοκλής . . . . .	7, 9, 10, 23, 31, 32, 41	Νικολάου Χριστίνα . . . . .	7, 10, 23, 32, 45, 46
Κωνσταντόπουλος Παναγιώτης . . . . .	5, 51	Ντόκου Μαρία . . . . .	9, 29
Κωνσταντοπούλου Αλεξάνδρα . . . . .	7, 10, 21, 30, 39	Ντούμας Κωνσταντίνος . . . . .	6, 20, 38
Κωνσταντοπούλου Γεωργία . . . . .	11	Ξυδιά Νικολέττα . . . . .	5, 7, 10, 21, 30, 39
Λαμπροπούλου Αικατερίνη . . . . .	8	Ξυφτέρη Αρετή . . . . .	9
Λαμπροπούλου Διονυσία . . . . .	6, 19	Οικονόμου Σοφία . . . . .	9
Λάμπρου Σταύρος . . . . .	6, 20, 38	Παιβανά Θεοδώρα . . . . .	5, 43
Λεβέντη Αγγελική . . . . .	6, 20, 38	Παναγιωτόπουλος Δημήτρης . . . . .	37
Λεφάκης Γεώργιος . . . . .	49	Παναγόπουλος Περικλής . . . . .	37
Μαζαράκης Δημοσθένης . . . . .	7, 10, 21, 30, 39	Πανοπούλου Νίκη . . . . .	50, 54
Μακρέας Σωκράτης . . . . .	13	Πανουτσόπουλος Γεώργιος . . . . .	6, 18
Μακρής Ιωάννης . . . . .	5	Παπαδάκης Σταμάτιος . . . . .	13
Μαλαπέρδα Κυριακή . . . . .	8, 25	Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος . . . . .	12
Μάλλιου Χρύσα . . . . .	10, 13, 31, 32, 41	Παραλίκας Ιωάννης . . . . .	57
Μανδηλάρης Ηλίας . . . . .	11	Παρασκευόπουλος Κώστας . . . . .	12
Μανωλέας Γιάννης . . . . .	12	Περγαλιώτης Βασίλειος . . . . .	7, 23
Μαρκόπουλος Νικόλαος . . . . .	53	Περουκίδης Σταύρος . . . . .	12
Μαστρογιαννάκη - Μαρίνη Αλεξάνδρα . . . . .	12	Πετράκος Γεώργιος . . . . .	6, 19
Μελεξοπούλου Χριστίνα . . . . .	12	Πολίτης Βασίλειος . . . . .	42
Μέντης Εμμανουήλ . . . . .	9, 27	Πορφύρης Ορέστης . . . . .	10, 33
Μητσέα Δανάη Αγγελική . . . . .	6, 18	Πουλοπούλου Παναγιώτα . . . . .	6, 19
Μητσέας Αθανάσιος . . . . .	6, 18	Πούφος Νικόλαος . . . . .	45



Πρωτόπαππας Νικόλαος . . . . .	8, 9, 10, 25, 34, 50, 51, 52, 53	Τζοβάρας Νικόλαος . . . . .	7, 24
Ρόδη - Μπουριέλ Αγγελική . . . . .	9, 29	Τζωρτζίνης Δημήτριος . . . . .	12
Σακκάς Αντώνης . . . . .	11	Τιβέριος Οικονόμου Νικόλαος . . . . .	47
Σαλούστρος Εμμανουήλ . . . . .	12	Τούτουζας Κωνσταντίνος . . . . .	7, 12, 23
Σαπουντζής Απόστολος . . . . .	12	Τρακαδά Γεωργία . . . . .	47
Σιαμπή Βασιλική . . . . .	7, 24	Τραχανά Ελενα . . . . .	55
Σιδηροπούλου Ελένη . . . . .	7, 10, 21, 30, 39	Τσάλτα Παναγιώτα - Δανάη . . . . .	7, 10, 21, 30, 39
Σκληρός Ευστάθιος . . . . .	12	Τσέρτου Διονυσία . . . . .	8, 25
Σκρεπέτης Κωνσταντίνος . . . . .	8, 10, 26, 33, 42	Τσίου Χρυσούλα . . . . .	9, 29
Σολδάτος Παναγιώτης . . . . .	13	Τσίχλη Κυριακή . . . . .	7, 10, 21, 30, 39
Σολδάτου-Ψώνη Σταυρούλα . . . . .	11	Τσίχλης Ηλίας . . . . .	11
Σπυρακόπουλος Παναγιώτης . . . . .	9, 10, 31, 45	Τσόπελα Μαρία - Υπατία . . . . .	9
Στασινόπουλος Κωνσταντίνος . . . . .	10, 33	Φιλοπούλου Κυριακή . . . . .	10, 31
Στασινοπούλου Φωτεινή . . . . .	9, 27	Φούντας Σπυρίδων . . . . .	10, 31, 41, 46
Στασινού Ειρήνη . . . . .	8, 25	Φραγκούλης Χαράλαμπος . . . . .	6, 20, 38
Στέργιος Κωνσταντίνος . . . . .	7, 23	Φρούντζας Μάξιμος . . . . .	7, 10, 23, 31, 32, 45, 46
Στριμπάκος Αλέξιος . . . . .	12	Φυδανάκη Ουρανία . . . . .	48
Στριμπάκου Βασιλική . . . . .	53	Χαλβατσιώτης Παναγιώτης . . . . .	12
Σχίζας Δημήτριος . . . . .	7, 23	Χαραλάμπους Χαράλαμπος . . . . .	12
Τερζάκη Φωτεινή . . . . .	52	Χιώτη Γαρυφαλλιά . . . . .	6
Τζαμουράνης Δημήτριος . . . . .	8	Χουντή Μαρία . . . . .	56, 57
Τζαμουράνη Χριστιάνα . . . . .	11	Χουντής Παναγιώτης . . . . .	56, 57
Τζελέπης Κωνσταντίνος . . . . .	10, 33, 42, 49	Χουσιανίτης Ζαχαρίας . . . . .	8, 10, 26, 33, 42
Τζιαφέρη Στυλιανή . . . . .	9, 29	Χριστακόπουλος Δημήτρης . . . . .	46
Τζίφα Γαρυφαλλιά . . . . .	7, 13, 24	Χριστοδουλάκη Χρυσή . . . . .	35, 36
		Ψυχάρης Ιωάννης . . . . .	5



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής του **11<sup>ου</sup> Συνεδρίου Υγείας Μεσσηνίας**, ευχαριστούν θερμά τις κάτωθι εταιρείες για τη συμβολή τους στην επιτυχή διοργάνωση του Συνεδρίου.

### Χορηγοί



Menarini Hellas



**BIANEE** Α.Ε.  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ



GlaxoSmithKline



**DEMO** ΑΒΕΕ  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ



Pharmaceutical Laboratories S.A.



Epsilon Health



# 11<sup>ο</sup> | Συνέδριο Υγείας Μεσσηνίας

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

---





**7-8 Ιουνίου 2019**

Μέγαρο Χορού Καλαμάτας

[www.iemescongress2019.frei.gr](http://www.iemescongress2019.frei.gr)

---



# 11° | Συνέδριο Υγείας Μεσσηνίας

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

---





