

# 10<sup>ο</sup>

# ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

8 - 9  
ΙΟΥΝΙΟΥ  
2018



ΜΕΓΑΡΟ ΧΟΡΟΥ  
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ



ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ: ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ



ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ: ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ  
ΤΗΣ ΒΑΡΙΑΣ ΝΟΣΟΥ



ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΩΝ:



ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ  
ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ



ΔΗΜΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Θα χορηγηθούν 14 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

[www.iemes.gr](http://www.iemes.gr)



Ο πρώτος  
μικροσωματιδιακός  
σταθερός  
τριπλός  
συνδυασμός



**Trimbow**®

μπεκλομεθαζόνη /  
φορμοτερόλη / βρωμιούχο  
γλυκοπυρρόνιο





# 10ο

# ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

## Χαιρετισμός Προέδρου Οργανωτικής Επιτροπής



Νυκτερινή άποψη της Καλαμάτας

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής του 10ου Συνεδρίου Υγείας Μεσσηνίας, έχω τη μεγάλη χαρά και την ιδιαίτερη τιμή να σας προσκαλέσω να συμμετάσχετε ενεργά στις εργασίες του Συνεδρίου μας.

Το Συνέδριο Υγείας Μεσσηνίας έχει φθάσει ουσίως τα δέκα έτη συνεχούς προσφοράς γνώσης στην Ιατρική Κοινότητα.

Παρά την οικονομική κρίση και τους περιορισμένους πόρους, το Διοικητικό Συμβούλιο της Ιατρικής Εταιρείας Μεσσηνίας είναι σταθερά και ομόφωνα προσανατολισμένο στη συνέχιση και εξέλιξη του θεσμού, με το σκεπτικό ότι ο πλούτος της ιατρικής γνώσης δεν μπορεί να αποδεχθεί ως εμπόδιο στην ένδεια χρημάτων και μέσων.

Η Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου επεδίωξε να καταρτίσει ένα επιστημονικό πρόγραμμα υψηλού επιπέδου με τη δυνατότητα ευρείας ανταλλαγής απόψεων των συνέδρων. Πιστεύουμε ότι με την ενεργό συμμετοχή του ιατρικού κόσμου της Μεσσηνίας και όχι μόνο, θα μπορούσαμε να προσφέρουμε ένα Συνέδριο αντάξιο της ποιότητας του ιατρικού δυναμικού του τόπου μας.

Σας περιμένουμε όλους !!!

Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής  
Κωνσταντίνος Μ. Σκρεπέτης



Το λιμάνι της Καλαμάτας

## Οργανωτική Επιτροπή

**Πρόεδρος:** Κ. Σκρεπέτης

**Αντιπρόεδρος:** Π. Γιαννόπουλος

### Μέλη

Γ. Αλεβητσόβιτης

Ι. Αναστασόπουλος

Χ. Βέργη

Ι. Ευθυμίου

Α. Καρύδης

Α. Κομνός

Χ. Κουτούση

Χ. Κυριακοπούλου

Ε. Ναστούλης

Π. Σολδάτος

## Επιστημονική Επιτροπή

**Πρόεδρος:** Γ. Μπαλτόπουλος

**Αντιπρόεδρος:** Ι. Μπουρής

### Μέλη

Π. Αβαρλής

Ε. Βλάσσης

Ε. Γιαννοπούλου

Γ. Καρκατζούλης

Α. Κατρακάζου

Μ. Κορωνιού

Δ. Λαγονίδης

Α. Λαμπροπούλου

Α. Παλυδώρου

Γ. Τζίφα

Ε. Χατζηδάκη

Ζ. Χουσιανίτης



Η ιστορική εκκλησία των Αγίων Αποστόλων

## Επιτροπή Κρίσης & Βράβευσης Εργασιών

Π. Αβαρλής

Κ. Αποστολόπουλος

Ι. Αναστασόπουλος

Θ. Κατσούλας

Π. Κουσσούλης

Σ. Μακρέας

Γ. Μπαλτόπουλος

Κ. Σκρεπέτης

Ν. Τζοβάρης

# 10<sup>ο</sup>

## ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 8 Ιουνίου 2018

### 15:00 - 17:00 Κλινικό Φροντιστήριο I «Επείγουσα Σημειολογία στην Κλινική Εξέταση»

Προεδρεία: Π. Αβαρλής - Π. Γιαμπουδάκης

Εισηγητές: Π. Σολδάτος

Π. Κουσσούλης

Γ. Αλεβetsοβίτης

Π. Γιαμπουδάκης

Νευρολογική εξέταση

Οτορινολαρυγγολογική εξέταση

Καρδιολογική εξέταση

Πνευμονολογική εξέταση

### 15:00 - 17:00 Κλινικό Φροντιστήριο II «Επείγουσα Ακτινολογία»

Προεδρεία: Σ. Μανωλακάκης - Μ. Μιχαήλ

Εισηγητές: Σ. Μανωλακάκης

Ε. Καρυμπάτσου

Ε. Χατζηδάκη

Γ. Τσώνου

Απλή ακτινογραφία (θώρακας – αυχένas – κοιλία)

Αξονική τομογραφία εγκεφάλου

Αξονική τομογραφία θώρακας & κοιλίας

Διενέργεια FAST

### 17:00 - 18:30 Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτικών Θεμάτων

Προεδρεία: Μ. Γκούζου - Δ. Κωνστανταρου

Εισηγητές: Α. Αντωνοπούλου & Μ. Φάββα

Β. Γκόνη

Α. Αθανασοπούλου & Ε. Κελεπούρη

Ι. Καλεμικεράκης

Εύκαμπτη & άκαμπτη συρτηπρωλιθιτριψία. Προ-διε-μετ εγχειρητική νοσηλευτική προσέγγιση

Οι κίνδυνοι από την επαναχρησιμοποίηση ιατρικών βοηθημάτων μιας χρήσης

Ασφάλεια ασθενούς και προσωπικού κατά τις επεμβατικές παρεμβάσεις.

Η αναισθησιολογική διαχείριση

Φροντίδα ελκών πίεσης

### 18:30 - 20:00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις I

Προεδρεία: Ε. Γεωργιοπούλου - Δ. Μητρόπουλος Παρουσίαση Ελεύθερων Ανακοινώσεων από Νο.1 έως και Νο.8

### 18:30 - 20:00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις II

Προεδρεία: Κ. Αποστολόπουλος - Γ. Σωφρονάς Παρουσίαση Ελεύθερων Ανακοινώσεων από Νο.9 έως και Νο.18

### 20:00 - 20:30 Τελετή έναρξης - Χαιρετισμοί

### 20:30 - 21:30 Ειδική Διάλεξη

Προεδρεία: Π. Κουσσούλης - Γ. Μπαλτόπουλος

Ομιλητής: Χ. Μάρκου

Αstrονομία νετρίνο. Ανιχνεύοντας το σύμπαν μέσα από τη θάλασσα της Μεσοπνίας



Σάββατο 9 Ιουνίου 2018

**09:00 - 10:30 Α΄ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Ο λόγος στους Νέους Ιατρούς»**

Συντονιστές: Γ. Κουδούνης - Ε. Μπούτζουκα

Εισηγητές: Σ. Κατωπόδης

Λεπτοσπείρωση

Φ. Βασιλοπούλου

Πυρετός &amp; εξάνθημα στην παιδική ηλικία

Α. Κυριαζόπουλος

Μικροβιακή φορεία ανώτερου αναπνευστικού &amp; δέρματος. Πότε θέλει θεραπεία;

Μ. Γιαννακοπούλου &amp; Κ. Φιλοπούλου

Θξεία κοιλία

**10:30 - 12:00 Β΄ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Ιατρικά προβλήματα ανθρώπινης αναπαραγωγής»**

Συντονιστές: Σ. Αλοΐζος - Κ. Σκρεπέτης

Εισηγητές: Χ. Ασβέστης

Ύπνος &amp; σεξουαλική λειτουργία – δυσλειτουργία

Β. Βλάχος

Ελαττωμένη σεξουαλική επιθυμία στη γυναίκα-Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπισή της

Γ. Πατρίκιος:

Διερεύνηση υπογόνιμου ζευγαριού στη γυναίκα

Γ. Παρανυχιανάκης

Διερεύνηση υπογόνιμου ζευγαριού στον άνδρα

**12:00 - 12:30 Διάλειμμα****12:30 - 13:30 Δορυφορική Διάλεξη (χορηγός ετ. MENARINI)**

Προεδρείο: Χ. Βέργη - Ν. Ξυδιά

Ομιλητής: Ε. Κοσμάς

Η θέση του ακτιδινίου &amp; του σταθερού συνδυασμού του με φορμοτερόλη στη θεραπεία της ΧΑΠ

**13:30 - 15:00 Γ΄ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Νεότερα δεδομένα & αντιλήψεις στην αντιμετώπιση του οξέος & χρόνιου πόνου από τους επαγγελματίες υγείας»**

Προεδρείο: Β. Δημοπούλου - Α. Λαμπροπούλου - Μ. Τριανταφύλλου

Ομιλητής: Ι. Σιαφάκα

Ιατρείο Πόνου. Η Ελληνική πραγματικότητα

Α. Κατρακάζου

Προσέγγιση του πόνου στο Νομό Μεσσηνίας

Σ. Ραπτοπούλου &amp; Χ. Κουτούση

Μη φαρμακευτικές θεραπείες του πόνου

**15:00 - 15:45 Διάλειμμα - Ελαφρύ Γεύμα**

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων (posters)

Σάββατο 9 Ιουνίου 2018

**15:45 - 16:45 Δ΄ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Η διεπιστημονικότητα στην Αποκατάσταση»**

Συντονιστές: Σ. Αλοΐζος - Α. Κάτσος

Εισηγητές: **A. Κορβασιλη**  
**Γ. Νεοχωρίτης**  
**Ν. Τζοβάρας**  
**Δ. Αλεξοπούλου**

Αποκατάσταση. Η έννοια της Ομάδας

Η διεπιστημονικότητα στην παιδιατρική αποκατάσταση

Συνοσπρόπτες: εμπόδια στην πορεία για την αποκατάσταση. Ο ρόλος του Παθολόγου

Ο ρόλος της Ρομποτικής στην αποκατάσταση

**16:45 - 18:30 Ε΄ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Νεότερες εξελίξεις στη φαρμακοθεραπεία»**

Συντονιστές: Ε. Μπούτζουκα - Γ. Μπριστογιάννης

Εισηγητές: **Μ-Χ. Κυρτσώνη**  
**Π. Πολυχρονόπουλος**  
**Ι. Αναστασόπουλος**  
**Δ. Μπαρούσας**

Βασικές αρχές ανοσοθεραπείας

Θεραπευτικές προσεγγίσεις για την πολλαπλή σκλήρυνση

PCSK9 έναντι στατινών για την υπερλιπιδαιμία

Στυτική δυσλειτουργία &amp; η αντιμετώπισή της

**18:30 - 18:45 Διάλειμμα****18:45 - 19:45 Ειδική Διάλεξη**

Προεδρείο: Σ. Αργυρόπουλος - Μ. Μιχαήλ

Ομιλητής: Σ. Θεοδωράκης

Κοιτάζοντας το μέλλον: εξατομικευμένες θεραπείες, πόσο κοντά είμαστε;

**19:45 - 20:30 Παρουσίαση βραβευμένων εργασιών**

Συντονιστές: Α. Ζέρβα - Ι. Μπουρής

1ο, 2ο, 3ο βραβεία ελεύθερων ανακοινώσεων &amp; βράβευση καλύτερου poster

**20:30 - 21:00 Τελετή λήξης - Συμπεράσματα**



## Χρήσιμες Πληροφορίες

**Χρόνος - Τόπος**

Το 10ο Συνέδριο Υγείας Μεσσηνίας θα πραγματοποιηθεί στις 8 και 9 Ιουνίου 2018, στο Μέγαρο Χορού Καλαμάτας

**Κόστος συμμετοχής**

- Ειδικευμένοι Ιατροί: 40 Ευρώ
- Ειδικευόμενοι Ιατροί: 20 Ευρώ
- Νοσηλευτές, Οδοντίατροι, Φαρμακοποιοί & λοιποί Επαγγελματίες Υγείας: 20 Ευρώ
- Φοιτητές: ΔΩΡΕΑΝ

**Κονκάρδες Συνεδρίου (Badges)**

Οι κονκάρδες (badges) παραδίδονται από τη γραμματεία του Συνεδρίου και είναι απαραίτητες για την είσοδο στους συνεδριακούς χώρους καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου ώστε να ελέγχεται η είσοδος και η έξοδος από τις συνεδριακές αίθουσες. Η συνολική ώρα παρακολούθησης του επιστημονικού προγράμματος του Συνεδρίου αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για τη διάθεση των μορίων, σύμφωνα με τις οδηγίες του Π.Ι.Σ. και του Ε.Ο.Φ.

**Μοριοδότηση**

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου μοριοδοτείται με 14 Μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (CME-CPD Credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (ΠΙΣ).

Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε σύνοδρος ο οποίος έχει παρακολουθήσει πάνω από το 60% των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος.

**Βραβεύσεις Εργασιών**

Θα βραβευτούν οι τρεις καλύτερες ελεύθερες ανακοινώσεις και η καλύτερη αναρτημένη ανακοίνωση, σύμφωνα με την απόφαση της Επιτροπής Κρίσης Εργασιών. Η βαθμολόγηση των ελεύθερων ανακοινώσεων θα γίνει ανεξάρτητα από κάθε μέλος της επιτροπής κατά την ώρα της παρουσίασης της εργασίας με βάση την πρωτοτυπία, τη δυσκολία/πολυπλοκότητα, τη συμφωνία της περίληψης με τις οδηγίες της επιστημονικής επιτροπής, τη συμφωνία περίληψης και παρουσίασης, την τήρηση του χρόνου παρουσίασης και την πληρότητα κάλυψης του θέματος από τον ομιλητή. Τα μέλη της επιτροπής κρίσης εργασιών δε μπορούν να βαθμολογήσουν εργασίες στις οποίες συμμετέχουν.

Η βαθμολόγηση των αναρτημένων ανακοινώσεων θα γίνει από τα μέλη της επιτροπής το Σάββατο στις 15:00 -15:45. Παρακαλούνται οι σύνοδροι που έχουν αναρτημένες ανακοινώσεις να βρίσκονται στο χώρο ανάρτησης των πόστερ για να υποδεχθούν την επιτροπή κρίσης.

Εργασίες που δεν υποστηρίζονται από τουλάχιστον ένα συγγραφέα δε θα βαθμολογηθούν.

Η ανακοίνωση των βραβευθεισών εργασιών θα γίνει το Σάββατο 9 Ιουνίου 2018, αμέσως πριν τη λήξη του συνεδρίου. Η εργασία που θα βραβευθεί ως πρώτη, θα παρουσιαστεί ξανά στην τελετή βράβευσης.

**Βεβαιώσεις Παρακολούθησης**

Η παράδοση των βεβαιώσεων παρακολούθησης θα γίνει από τη Γραμματεία του Συνεδρίου, το Σάββατο, 9 Ιουνίου 2018, μετά τη λήξη της εκδήλωσης στους συνέδρους που έχουν παρακολουθήσει πάνω από το 60% των εκπαιδευτικών ωρών.

**Ανακοίνωση για τους Ομιλητές**

Σύμφωνα με σχετική εγκύκλιο του Ε.Ο.Φ. όλοι οι ομιλητές, αντί της έγγραφης δήλωσης, υποχρεούνται στην αρχή της ομιλίας τους (στη 2η διαφάνεια μετά τον τίτλο της διάλεξης), να αναφέρονται σε οποιαδήποτε σύγκρουση συμφερόντων.

**ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ:**

**Αθήνα: Δήμητρα Καραμπάσου**

Τηλέφωνο: 210 3501698, 6945172860, E-mail: [dekara66@gmail.com](mailto:dekara66@gmail.com), <http://www.icutopics.gr>

**Καλαμάτα: Αλεξάνδρα Κοντογεώργη**

Τηλέφωνο: 27210 21448, Fax: 27210 23568, E-mail: [iemess2011@gmail.com](mailto:iemess2011@gmail.com), <http://www.iemes.gr>



## Ομιλητές - Συντονιστές - Μέλη Επιτροπών

**Παντελής Αβαρλής:** Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος

**Αγγελική Αθανασοπούλου:** Νοσηλεύτρια, Αναισθ/κό Τμήμα ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Γεώργιος Αλεξοβίτης:** Καρδιολόγος, Στρατιωτικός Ιατρός, 120 Πτέρυγα Εκπαιδύσεως Αέρος

**Δέσποινα Αλεξοπούλου:** Φυσικοθεραπεύτρια, Κέντρο Αποκατάστασης "ΔΙΑΠΛΑΣΗ"

**Σταύρος Αλοΐζος:** Παθολόγος-Εντατικολόγος, Συντ.Διευθυντής ΜΕΒ 417 ΝΙΜΤΣ

**Ιωάννης Αναστασόπουλος:** Καρδιολόγος

**Αντωνία Αντωνοπούλου:** Νοσηλεύτρια, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Κωνσταντίνος Αποστολόπουλος:** Οториνολαρυγγολόγος, Σ/ντής, Δ/ντής ΩΡΛ Κλινικής ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Σωτήριος Αργυρόπουλος:** Φαρμακοποιός, Πρόεδρος Φαρμακευτικού Συλλόγου Μεσσηνίας

**Χαράλαμπος Ασβέστης:** Χειρουργός Ουρολόγος

**Φωτεινή Βασιλοπούλου:** Ειδικευόμενη Παιδιατρικής, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Χριστίνα Βέργη:** Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Β, Αναισθ/κό Τμήμα ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Ευθύμιος Βλάχος:** Παθολόγος

**Θεμιστοκλής Βλάχος:** Ψυχίατρος, Στρατιωτικός Ιατρός, Επιμελητής Ψυχιατρικής Κλινικής, 251 Γ.Ν.Α.

**Ευσταθία Γεωργιοπούλου:** Χειρουργός, Διευθύντρια ΕΣΥ, Χειρ/κή Κλινική ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Παντελής Γιαμπουδάκης:** Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, τ.Διευθυντής ΝΝΘΑ ΣΩΤΗΡΙΑ

**Μαρία Γιαννακοπούλου:** Ειδικευόμενη Χειρουργικής, Χειρ/κή Κλινική ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Παναγιώτης Γιαννόπουλος:** Χειρουργός, Επιμελητής Α', Χειρ/κή Κλινική ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Ελένη Γιαννοπούλου:** Οφθαλμίατρος

**Βασιλική Γκόνη:** Νοσηλεύτρια, Υπ. Τμήματος Αποστείρωσης, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Μαρία Γκούζου:** Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Βασιλική Δημοπούλου:** Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Β', Αναισθ/κό Τμήμα ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Ιωάννης Ευθυμίου:** Ουρολόγος, Επιμελητής Α', Ουρολογική Κλινική ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Αγγελική Ζέρβα:** Νεφρολόγος, Δ/ντρια Νεφρολογικού Τμήματος ΓΝ Κυπαρισσίας, ΔΙΥ ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Σταύρος Θεοδωράκης:** Φαρμακοποιός

**Ιωάννης Καλεμικεράκης:** Λέκτορας Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

**Αλεξάνδρα Καραβασιλά:** Ιατρός Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, Κέντρο Αποκατάστασης "ΔΙΑΠΛΑΣΗ"

**Ευδοκία Καραμπάτσου:** Ακτινοδιαγνώστis, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Γεώργιος Καρκατζούλης:** Οториνολαρυγγολόγος, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Ανδρέας Καρύδης:** Οφθαλμίατρος

**Αικατερίνη Κατρακάζου:** Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Β', ΓΝ Λαμίας

**Αθανάσιος Κάτσος:** Ορθοπαιδικός, Διευθυντής ΕΣΥ, Ορθοπαιδική Κλινική ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Θεόδωρος Κατσούλας:** Επικ.Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Παν/κή ΜΕΒ ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

**Σωκράτης Κατωπόδης:** Ειδικευόμενος Παθολογίας, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Ευαγγελία Κελεπούρη:** Νοσηλεύτρια, Αναισθ/κό Τμήμα ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Απόστολος Κομνός:** Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, Συντ.Διευθυντής ΜΕΒ ΓΝ Λάρισας

**Μαρία Κορωνισιού:** Γενική Ιατρός, Στρατιωτική Ιατρός, 120 Πτέρυγα Εκπαιδύσεως Αέρος

**Επαμεινώνδας Κοσμάς:** Πνευμονολόγος, Διευθυντής Πνευμ/κής Κλινικής «Πνοή» Νοσοκομείου «ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ»



## Ομιλητές - Συντονιστές - Μέλη Επιτροπών

- Γεώργιος Κουδούνης:** Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Παναγιώτης Κουσσούλης:** Ουρολογολόγος, Στρατιωτικός Ιατρός
- Χαρίκλεια Κουτούση:** Αναισθησιολόγος, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Αθανάσιος Κυριαζόπουλος:** Στρατιωτικός Ιατρός, 120 Πτέρυγα Εκπαιδεύσεως Αέρος
- Χαράλαμπα Κυριακοπούλου:** Παιδίατρος
- Μαρία-Χριστίνα Κυρτσώνη:** Αναπλ. Καθηγήτρια Αιματολογίας, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Δήμητρα Κωνσταντάρου:** Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Χειρουργείου, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Δημήτριος Λαγονίδης:** Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Συντ.Διευθυντής ΜΕΘ ΓΝ Γιαννιτών
- Χαράλαμπος Λαδάκης:** Παθολόγος-Εντατικολόγος, Διευθυντής ΜΕΘ, ΙΑΣΩ GENERAL
- Αικατερίνη Λαμπροπούλου:** Αναισθησιολόγος, Μεσσηνιον Θεραπευτήρια «ΛΗΤΟ»
- Σωκράτης Μακρέας:** Γαστρεντερολόγος-Ηπατολόγος
- Στυλιανός Μανωλακάκης:** Ακτινοδιαγνώστης, Επιστ. Υπεύθυνος Διαγνωστικού Κέντρου "AFFIDEA"
- Χρήστος Μάρκου:** Διευθυντής Ερευνών Ινστιτούτο Πυρηνικής & Σωματιδιακής Φυσικής ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος
- Δημήτριος Μητρόπουλος:** Καρδιολόγος
- Μιχαήλ Μιχαήλ:** Ακτινοδιαγνώστης, Διευθυντής Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας
- Γεώργιος Μπαλιτόπουλος:** Ομ.Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης της Βαριάς Νόσου
- Ιωάννης Μπουρής:** Καρδιολόγος
- Δημήτριος Μπορούσας:** Ουρολόγος
- Γεώργιος Μπρισταγιάννης:** Νεφρολόγος, Σ/ντής, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Ελένη Μπούτζουκα:** Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Παν/κή ΜΕΘ ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»
- Ευάγγελος Ναστούλης:** Ιατροδικαστής, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Γεώργιος Νεοχωρίτης:** Ιατρός Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, Κέντρο Αποκατάστασης "ΔΙΑΠΛΑΣΗ"
- Νικολέττα Ξυδιά:** Παθολόγος, Διευθύντρια Β' Παθολογικής Κλινικής, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Γεώργιος Παρανυχιανόκης:** Ουρολόγος
- Γεώργιος Πατρίκιος:** Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Στρατιωτικός Ιατρός Διακλαδική Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
- Ανδρέας Πολυδώρου:** Μαιευτήρας-Γυναικολόγος
- Παναγιώτης Πολυχρονόπουλος:** Αναπλ.Καθηγητής Νευρολογίας, Νευρολογική Κλινική ΠΝ Πατρών
- Σοφία Ραπτοπούλου:** Επιστ.Συνεργάτης Ιατρείου Πόνου, ΠΓΝΑ «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ»
- Διονύσιος Σβρώνος:** Καρδιολόγος, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Ιωάννα Σιαφάκα:** Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Διευθύντρια Α' Αναισθησιολογικής Κλινικής & Κέντρου Πόνου & Παρηγορητικής Αγωγής, ΠΓΝΑ «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ»
- Κωνσταντίνος Σκρεπέτης:** Ουρολόγος, Συντ.Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Παναγιώτης Σολδάτος:** Νευρολόγος
- Γεώργιος Σωφρονάς:** Καρδιολόγος
- Γαρυφαλλιά Τζίφα-Λούρα:** Ενδοκρινολόγος
- Νικόλαος Τζοβάρας:** Παθολόγος-Εντατικολόγος
- Μάρω Τριανταφύλλου:** Αναισθησιολόγος, τ.Διευθύντρια Αναισθ/κού Τμήματος ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Γεωργία Τσώνου:** Ακτινοδιαγνώστης, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Μαρία Φάββα:** Νοσηλεύτρια, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Κυριακή Φιλοπούλου:** Ειδικευμένη Μαιευτικής, Γυναικολογική Κλινική ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Ελένη Χατζεδάκη:** Ακτινοδιαγνώστης, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
- Ζαχαρίας Χουσιανίτης:** Ουρολόγος, Επιμελητής Α', Ουρολογική Κλινική ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας



# 10<sup>ο</sup>

# ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

## Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή του 10ου Συνεδρίου Υγείας Μεσσηνίας ευχαριστεί τις παρακάτω Φαρμακευτικές Εταιρείες και Εταιρείες Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού και Αναλωσίμων για τη συμμετοχή και την ενίσχυσή τους στην πραγματοποίηση του Συνεδρίου μας.



Menarini Hellas



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



**MSD**

INVENTING FOR LIFE

pharmaQ  
*for health*



Pharmaceutical Laboratories S.A.



RECORDATI HELLAS

**Chiesi**  
People and ideas for innovation in healthcare



Epsilon Health



Coloplast



ATHENIAN SCIENCE BOOKSTORE

[www.perivolaropoulou.gr](http://www.perivolaropoulou.gr)



## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

### ΟΜΑΔΑ Α. Ελεύθερες Ανακοινώσεις Νο.1 έως Νο.9

**Προεδρείο:** Ε. Γεωργιοπούλου - Δ. Μητρόπουλος

**Επιτροπή Κρίσης:** Γ. Μπαλτόπουλος, Σ. Μακρέας, Κ. Σκρεπέτης, Ν. Τζοβάρας

*Παρασκευή 8 Ιουνίου 2018, ώρα 18.30 – 20.00*

#### **1. ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΑΝΑΠΤΥΞΗ & ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

Γεώργιος Αλεβητσοβίτης, Μουτεβελής Βασίλειος, Elizabeth Johnson, Douglas Wiegmann, Μάμμας Θεοδώρου, Σβορώνος Διονύσιος, Παναγιώτης Πρεζεράκος

#### **2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΕΦΕΡΡΙΠΡΟΝΗΣ (FERRIPROX) ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ (ΤΚΑ) ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΓΟΝΑΡΘΡΩΣΗΣ**

Σάββας Γιακουμάκης, Ιωάννα Χαλίμου, Γεώργιος Καρπέτας, Ιωάννης Σεφερλής, Ηλίας Παναγιωτόπουλος

#### **3. Η ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ**

Βασιλική Ψαλλίδα, Βασίλης Ζηδιανάκης, Ευδοξία Τσίγκου, Θεόδωρος Κατσούλας, Ελένη Μπούτζουκα, Χρήστος Δεμπονέρας, Γεώργιος Φιλντίσης

#### **4. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΟΥ ΛΑΡΥΓΓΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ (ΠΛΝ) ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΕΥΡΟΔΙΕΓΕΡΤΗ (ΝΙΜ) & ΕΥΚΑΜΠΤΟΥ ΙΝΟΠΤΙΚΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΟΥ**

Β. Μανέττας, Μ. Ιερωνυμάκης, Γ. Καρκατζούλης, Ι. Κουτραφούρης, Ε. Γκόλα, Ι. Τσιλιγκαρίδης, Αικ. Λαμπροπούλου, Κ. Αποστολόπουλος

#### **5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΟΛΙΓΟΑΣΘΕΝΟΣΠΕΡΜΙΑΣ**

Κωνσταντίνος Σκρεπέτης, Ανδρέας Μπουρδούμης, Γεώργιος Παρανυχιαννάκης

#### **6. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

Ευγενία Καρτερολιώτη, Βασιλική Ρούμπου, Νικόλαος Πρωτόπαπας

#### **7. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ**

Αναστάσιος Καλλιάνος, Αθανάσιος Ανδριανόπουλος

#### **8. Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ SWOT ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

Βασιλική Δημοπούλου, Γεωργία-Αικατερίνη Μπουζαλά

#### **9. Η ΑΝΙΟΥΣΑ ΕΥΚΑΜΠΗ ΟΥΡΗΤΗΡΟΝΕΦΡΟΛΙΘΟΘΡΥΨΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗΣ**

Κωνσταντίνος Σκρεπέτης, Ζαχαρίας Χουσιανίτης, Ιωάννης Ευθυμίου, Παναγιώτης Θανασάς

### ΟΜΑΔΑ Β. Ελεύθερες Ανακοινώσεις Νο.10 έως Νο.18

**Προεδρείο:** Κ. Αποστολόπουλος - Γ. Σωφρονάς

**Επιτροπή Κρίσης:** Π. Αβαρλής, Κ. Αποστολόπουλος, Ι. Αναστασόπουλος, Θ. Κατσούλας, Π. Κουσουύλης

*Παρασκευή 8 Ιουνίου 2018, ώρα 18.30 – 20.00*

#### **10. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016 ΣΤΟ Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ**

Δημήτριος Μπουντουβάς, Απόστολος-Κυριάκος Ζολώτας, Διονυσία Λαμπροπούλου, Έλενα Αλχαζίδου, Σταύρος Αντωνόπουλος, Γεώργιος Πετράκος

#### **11. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΕΞΟΔΟΥ & Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Παναγιώτης Χουντής, Μαρία Χουντή

#### **12. ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ & ΕΝΖΥΜΙΚΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΩΝ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΩΝ**

Σωκράτης Κατωπόδης, Βασίλειος Καραμπάτσος, Ευαγγελία Νικόλη, Δημήτριος Παναγιωταράς, Αναστασία Μαρκοπούλου, Νικολέττα Αποστολοπούλου

#### **13. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΥΞΗΜΕΝΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ**

Παναγιώτης Βασιλείου, Θεόδωρος Κατσούλας, Ευδοξία Τσίγκου, Ελένη Μπούτζουκα, Αντώνιος Μπουλταδάκης, Γεώργιος Φιλντίσης

#### **14. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (FEES)**

Αικατερίνη Γιαννακοπούλου, Έλενα Τραχανά, Παναγιώτης Κουσουύλης

#### **15. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Ε ΣΤΗΝ ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΩΝ ΡΟΘΗΚΩΝ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΡΟΘΗΚΩΝ**

Γ. Πατρίκιος, Ι. Σπυροπούλου, Δ. Μαυρογιάννη, Γ. Παρτσινέβελος, Κ. Καλλιανίδης, Π. Δρακάκης, Δ. Λουτράδης

#### **16. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΜΕΤΑ ΠΟΛΥΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ TRUS-ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Ιωάννης Ευθυμίου, Ζαχαρίας Χουσιανίτης, Παναγιώτης Θανασάς, Κωνσταντίνος Σκρεπέτης

#### **17. ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ: ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Αριστέιδης Χρονόπουλος, Θεοδώρα Ζάρρα, Μαρία Καπρούλα

#### **18. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΡΝΕΑΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΡΟΧΑΛΗΤΟ**

Παναγιώτης Κουσουύλης, Αναστάσιος Καλλιάνος



## **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

**ΟΜΑΔΑ Α.** Αναρτημένες Ανακοινώσεις (Postes) P.01 – P.13

**Επιτροπή Κρίσης:** Π. Αβαρλής - Κ. Αποστολόπουλος - Ι. Αναστασόπουλος

*Επίσκεψη: Σάββατο 9 Ιουνίου 2018, ώρα 15.00 – 16.00*

### **P.01 ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΘΗΓΗΤΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ**

Έλενα Χρονοπούλου, Ιωάννης Αδαμόπουλος

### **P.02 ΘΞΕΙΑ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ, ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΘΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ**

Γεώργιος Αλεβετσοβίτης, Σταυρούλα Κοσμοπούλου, Γεώργιος Κουδούνης, Περικλής Κλουφέτος

### **P.03 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΞΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΞΣΗΝΙΑΣ**

Δημήτριος Γκότσης, Γεώργιος Αλεβετσοβίτης, Χαράλαμπος Πανοτόπουλος, Βασίλειος Καραμπέτσος, Ανδρέας Κολλέρης, Γεωργίου Παρασκευή, Νικόλαος Μουρίκης, Διονύσιος Σβωρώνος, Ανδρέας Κολονιάρης, Νικόλαος Λιονάκης, Ηλίας Νταΐβις, Ηλίας Τσίχλης, Αθανάσιος Αντωνιάκος, Περικλής Κλουφέτος, Εμμανουήλ Μάκαρης, Σταυρούλα Κοσμοπούλου, Γεώργιος Κουδούνης

### **P.04 ΕΤΟΙΜΟ ΦΑΓΗΤΟ: Η ΜΑΣΤΙΓΑ ΤΟΥ ΑΙΩΝΑ**

Γεωργία Δημητρίου, Φωτεινή Βασιλοπούλου, Βάιος Κατσάρος, Σταύρος Αντωνόπουλος

### **P.05. ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ & ΚΥΗΣΗ**

Γιώργος Πετράκος, Δημήτρης Μπουντουβάς, Διονυσία Λαμπροπούλου, Έλενα Αλχαζίδου, Κωνσταντίνα Αδαμοπούλου, Απόστολος Κυριάκος Ζολώτας, Ιωάννης Αδαμόπουλος, Μαρία Τσιρώνη

### **P.06 ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΞ ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΤΑΧΥΠΝΟΙΑ ΣΤΟ Γ.Ν. ΜΞΣΗΝΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2016-2017**

Δημήτριος Μπουντουβάς, Απόστολος-Κυριάκος Ζολώτας, Διονυσία Λαμπροπούλου, Έλενα Αλχαζίδου, Σταύρος Αντωνόπουλος, Γεώργιος Πετράκος

### **P.07 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΜΟΡΦΟΥΜΕΝΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ (IMRT) Vs ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (3DCRT) ΣΞ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΞ ΟΓΚΟΥΣ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

Ι. Γεωργακόπουλος, Σ. Παπαγεωργίου, Ι. Βαμβακάς, Β. Κωστάκης

### **P.08 ΔΕΣΜΟΞΙΔΗΣ ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΜΞΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΟΣ ΜΞ ΘΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ ΛΟΓΩ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΗΣΗΣ**

Παναγιώτης Σολωμός, Δημήτριος Καπαρέλας, Σπυρίδων Αρναούτος, Μαργαρίτα Αμπαδιωτάκη, Ζωή Λαμπρινού, Ανδρομάχη Μπάμπαλη, Νεοκλής Κρητικός, Σωτήριος Σωτηριανάκος

### **P.09 ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΕΛΚΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ: ΜΞΣΤΑΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ**

Π. Καραβίτης, Α. Παπαγιάννη, Ν. Γιώτη, Κ. Πετράκη

### **P.10 ΕΝΔΟΡΡΑΧΙΑΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΙΓΕΚΥΚΛΙΝΗΣ ΣΞ ΑΣΘΕΝΗ ΜΞ ΜΞΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΞΓΓΙΣΗ**

Νικόλαος Λάσχος, Φώτης Σεϊντής, Φωτεινή Δαρειωτάκη, Δήμητρα Λυμπεροπούλου, Αναστάσιος Μακρής, Ειρήνη-Σοφία Καράμνη, Φαίδωνας Λιάκος, Βασίλης Καδάς

### **P.11 ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ: ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Φωτεινή Δαρειωτάκη, Νικόλαος Λάσχος, Δήμητρα Λυμπεροπούλου, Αναστάσιος Μακρής, Ειρήνη-Σοφία Καράμνη, Σωτηρία Δρακοπούλου, Βασίλης Καδάς

### **P.12 Ο ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΩΞ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ**

Μαρία Κορωνιού, Ουρανία Φυδανάκη

### **P.13 ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΤΥΜΠΑΝΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ**

Παναγιώτης Κουσουλής, Χαράλαμπος Φέστας, Κωνσταντίνα Λεμπέση, Σοφία Πλιού

**ΟΜΑΔΑ Β. Αναρτημένες Ανακοινώσεις (Postes) P.14 – P.26**  
**Επιτροπή Κρίσης:** Θ. Κατσούλας – Σ. Μακρέας – Ν. Τζοβάρας  
*Επίσκεψη: Σάββατο 9 Ιουνίου 2018, ώρα 15.00 – 16.00*

**P.14 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ CHARCOT ΑΠΟ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΕΛΚΟΣ**

Αναστάσιος Μακρής, Νικόλαος Γκιούλας, Αδαμαντία Σπανού, Ελένη Χατζηδάκη, Νικολέττα Ξυδιά

**P.15 ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΘΟΛΙΚΟ ΝΕΟΓΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΑΚΟΗΣ ΣΤΗ ΜΕΣΣΗΝΙΑ**

Μανώλης Ιερωνυμάκης, Γεώργιος Καρκατζούλης, Βασίλειος Μανέττας, Ιωάννης Κουτραφούρης, Ελένη Γκόλα, Ιάσοντας Τσιλιγκαρίδης, Παναγιώτης Κουσουλής, Κωνσταντίνος Αποστολόπουλος

**P.16 ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ**

Ζαχαρίας Χουσιανίτης, Ιωάννης Ευθυμίου, Παναγιώτης Καραβίτης, Σταύρος Περούκιδης, Κωνσταντίνος Σκρεπέτης

**P.17 ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΧΟΡΔΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ & Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΔΥΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Παναγιώτης Χουντής, Μαρία Χουντή

**P.18 ΑΟΡΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ**

Παναγιώτης Χουντής, Μαρία Χουντή, Κωνσταντίνος Πλέστης

**P.19 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΕΧΝΙΚΗ ΡΥΔΑΚΩΝ ΜΕ ΔΟΚΟ ΘΕΡΜΙΚΗΣ ΜΝΗΜΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ RECTUS EXCAVATUM. Η ΠΡΩΤΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Παναγιώτης Χουντής, Μαρία Χουντή

**P.20 ΤΡΑΧΗΛΙΚΟ ΥΠΟΔΟΡΙΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ: ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ Ή ΚΑΤΙΟΥΣΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΤΙΔΑ;**

Παναγιώτης Χουντής, Μαρία Χουντή

**P.21 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΚΡΟΡΡΙΖΙΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΙΓΜΟΡΕΙΟ ΑΝΤΡΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Αριστείδης Χρονόπουλος, Θεοδώρα Ζάρρα, Μαρία Καπρουλά

**P.22 ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΞΩΚΡΑΝΙΟ ΜΟΙΡΑ ΤΗΣ ΕΞΩ ΚΑΡΤΙΔΑΣ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ελένη Χατζηδάκη, Ευδοκία Καραμπάτσου, Ειρήνη-Σοφία Καράμπη, Φωτεινή Δαρειωτάκη, Σωκράτης Πέτροβας, Μιχαήλ Μιχαήλ, Ρεβέκκα Χρόνη

**P.23 ΓΙΓΑΝΤΙΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΑΝΙΟΥΣΗΣ ΑΟΡΤΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ευδοκία Καραμπάτσου, Ελένη Χατζηδάκη, Σωκράτης Πέτροβας, Ρεβέκκα Χρόνη, Μιχαήλ Μιχαήλ

**P.24 ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗΣ ΔΙΦΥΟΥΣ – ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΗΣ ΚΑΤ'ΙΣΧΙΟΝ ΑΡΘΡΩΣΗΣ**

Δημήτριος Κατσιγιαννόπουλος, Γεωργία Τσώνου, Σωκράτης Πέτροβας, Μιχαήλ Μιχαήλ, Ρεβέκκα Χρόνη

**P.25 ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ ΣΥΜΒΑΤΕΣ ΜΕ ΜΙΤΩΣΗ ΩΣ ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΚΩΣΗ. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ**

Γεωργία Τσώνου, Δημήτριος Κατσιγιαννόπουλος, Σωκράτης Πέτροβας, Μιχαήλ Μιχαήλ, Ρεβέκκα Χρόνη

**P.26 ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ PARKINSON**

Ν. Πρωτόπαπας, Γ. Νεοχωρίτης, Α. Καραβασίλη, Ε. Καρτερολιώτη



# **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

## 1. ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ (ΙΑΤΡΙΚΟΥ) ΛΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΑΝΑΠΤΥΞΗ & ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Γεώργιος Αλεβητσοβίτης, Μουτεβελής Βασίλειος<sup>2</sup>, Elizabeth Johnson<sup>3</sup>, Douglas Wiegmann<sup>4</sup>, Μάμμας Θεοδώρου<sup>5</sup>, Σβορώνος Διονύσιος<sup>6</sup>, Παναγιώτης Πρεζεράκος<sup>7</sup>

1. 120 Πτέρυγα Εκπαίδευσης Αέρος-Υγειονομική Υπηρεσία
2. Γραφείο Αεροπορικής Ιατρικής, Διεύθυνση Υγειονομικού Πολεμικής Αεροπορίας
3. Ιατρική σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
4. College of Engineering, University of Wisconsin – Madison, USA
5. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
6. Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
7. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Νοσηλευτικής

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο χώρος των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται τόσο από αυξημένη και συμπυκνωμένη γνώση όσο και εξελιγμένο τεχνολογικό υπόβαθρο. Επιπλέον χαρακτηρίζεται και από υψηλό βαθμό ρίσκου, το οποίο δύναται να επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην ατομική ασφάλεια των ασθενών και συχνή εμπλοκή των εργαζομένων στο χώρο της υγείας με το σύστημα δικαιοσύνης. Ο σκοπός αυτής της ερευνητικής μελέτης είναι η παρουσίαση και αξιολόγηση με όρους αξιοπιστίας του συστήματος Medical Human Factors Analysis and Classification System μέσω πιλοτικής μελέτης και η παρουσίαση του τρόπου χρήσης του στη διερεύνηση ατυχημάτων στο χώρο της υγείας, ως μία ύστατη λύση σε ένα τεράστιο πρόβλημα.

**Υλικό-Μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκε μία υβριδική μορφή του εργαλείου διερεύνησης αεροπορικών ατυχημάτων Human Factors Analysis and Classification System (MED-HFACS), προκειμένου να αναλυθούν και να κατηγοριοποιηθούν οι παράγοντες σε ατυχήματα στο χώρο της υγείας, από τρεις ανεξάρτητους αναλυτές-αξιολογητές υπό τη στατιστική ανάλυση του βαθμού συμφωνίας, κάνοντας χρήση του δείκτη Cohen's Kappa Index μέσω SPSS. Οι τρεις αναλυτές επιλέχθηκαν με απλή τυχαία δειγματοληψία, από διαφορετικούς τομείς ενός νοσηλευτικού ιδρύματος και περιελάμβαναν έναν ιατρό, έναν νοσηλεύτη και έναν εργαζόμενο στο διοικητικό προσωπικό, ώστε να συμπεριληφθεί και η παράμετρος νοστοροπία στη διερεύνηση. Ακολούθως, εκπαιδεύτηκαν εκτενώς από έμπειρο χρήστη του εργαλείου HFACS και με βάση τα δεδομένα του χρονικού του ατυχήματος προχώρησαν στην αντίστοιχη ανάλυση του ατυχήματος.

**Αποτελέσματα:** Ο βαθμός συμφωνίας των τριών αναλυτών κυμάνθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα, με υψηλό δείκτη Cohen's Kappa Index.

**Συμπεράσματα:** Το συγκεκριμένο εργαλείο ανάλυσης και διερεύνησης χαρακτηρίζεται από ικανοποιητική προσαρμοστικότητα και ικανότητα για εν τω βάθει ανάλυση παραγόντων με συμβολή σε κάθε είδους ατύχημα. Μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο εργαλείο ασφάλειας, διοίκησης και αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας, όποιος και αν κληθεί να το χρησιμοποιήσει, με γνώμονα ένα καλύτερο και ασφαλέστερο σύστημα υγείας.

## 2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΕΦΕΡΡΙΠΡΟΝΗΣ (FERRIPROX) ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ (ΤΚΑ) ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΓΟΝΑΡΘΡΩΣΗΣ

Σάββας Γιακουμάκης<sup>1</sup>, Ιωάννα Χαλίμου<sup>2</sup>, Γεώργιος Καρπίετας<sup>1</sup>, Ιωάννης Σεφερλής<sup>1</sup>, Ηλίας Παναγιωτόπουλος<sup>1</sup>

1. Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
2. Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Στόχος του ορθοπαιδικού χειρουργού μετά από κάθε ΤΚΑ παραμένει η σωστή διαχείριση του πρώιμου μετεγχειρητικού άλγους. Η παθοβιοχημική κατανόηση του μοντέλου ισχαιμίας-επαναιμάτωσης (Toumiquet) των σκελετικών μυών αναδύει νέες δυνατότητες πρόληψης του μετεγχειρητικού πόνου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 20 ασθενείς, ηλικίας 57-87 ετών, 15 θήλεα/5 άρρενα, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική γόνατος (ΤΚΑ) με μέσο χρόνο ισχαιμίας περίδεσης 55min κ μέση πίεση περίδεσης 360mm Hg. Ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες 10 ασθενών: Ομάδα P(T+D-) & Ομάδα P(T+D+), όπου T=Toumiquet, D=Δεφερριπρόνη. Δόθηκε Δεφερριπρόνη άπαξ per os σε συγκέντρωση 30mg/Σ.Β. δύο (2) ώρες προεγχειρητικά, βάσει των φαρμακοκινητικών ιδιοτήτων της. Η εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου έγινε με χρήση της κλίμακας πόνου VAS την 1<sup>η</sup> κ 5<sup>η</sup> μετ ημέρα τόσο στην ακινησία του χειρουργημένου κάτω άκρου όσο κ στην ισομετρική ανύψωσή του.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκαν τα εξής:

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ (ΚΛΙΜΑΚΑΝΑΣ 0-10)	P(T+D-)	P(T+D+)
<b>Χειρουργημένο άκρο σε</b>	<b>Ακινησία</b>	<b>Ακινησία</b>
1 <sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα	5,8	2
5 <sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα	2	0,6
<b>Χειρουργημένο άκρο σε</b>	<b>Ισομετρική ανύψωση (0-30°)</b>	<b>Ισομετρική ανύψωση (0-30°)</b>
1 <sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα	7,4	3,6
5 <sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα	3,9	0,4



**Συμπεράσματα:** Η κατανόηση του παθογενετικού μηχανισμού της αλγογένεσης σε τέτοιες επεμβάσεις αποτελεί σύγχρονο πεδίο πρόληψης του πρώιμου μετεγχειρητικού πόνου. Παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση του μετεγχειρητικού άλγους, άρα μειωμένη ανάγκη συστηματικής αναλγητικής αγωγής κ πρωιμότερη κινητοποίηση των ασθενών, που έλαβαν προεγχειρητικά δεφεριπρόνη.

### 3. Η ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ

Βασιλική Ψαλλίδα, Βασίλης Ζηδιανάκης, Ευδοξία Τσίγκου, Θεόδωρος Κατσούλας, Ελένη Μπούτζουκα, Χρήστος Δεμπονέρας, Γεώργιος Φιλντίσης  
Πανεπιστημιακή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ο.Ν.Κ. «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι βαριά πάσχοντες ασθενείς με καρκίνο θεωρείται ότι έχουν χειρότερη έκβαση συγκριτικά με τους υπόλοιπους ασθενείς της ΜΕΘ. Όμως, οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν ανομοιογενή ομάδα, που περιλαμβάνει ασθενείς με ποικίλη βαρύτητα νόσου, με παθολογικά και χειρουργικά προβλήματα και με προγραμματισμένη ή επείγουσα εισαγωγή. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της έκβασης των ασθενών με κακοήθεια, που εισάγονται στη ΜΕΘ μετεγχειρητικά.

**Υλικό-Μέθοδος:** Εκτιμήθηκαν αναδρομικά όλοι οι 334 ασθενείς που εισήχθηκαν μετεγχειρητικά στη γενική θκλινη ΜΕΘ του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου «Οι Άγιοι Ανάργυροι» από τον Ιανουάριο του 2013 ως τον Οκτώβριο του 2017. Καταγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών και συγκρίθηκαν δύο ομάδες ασθενών, αυτοί που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο λόγω κακοήθειας έναντι των υπόλοιπων χειρουργικών ασθενών. Για τις κατηγορικές μεταβλητές, που παρουσιάζονται ως αριθμοί και ως ποσοστά, η σύγκριση μεταξύ των ομάδων πραγματοποιήθηκε με δοκιμασία  $\chi^2$ . Για τις συνεχείς μεταβλητές, που παρουσιάζονται ως μέση τιμή±SD, οι συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων έγιναν με student's t test, για κανονικές κατανομές, ή με Mann Whitney U test, για μη κανονικές. Ο κίνδυνος θανάτου εκτιμήθηκε με δοκιμασίες Kaplan-Meier και πολλαπλής παλινδρόμησης. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS version 21.0 (SPSS, Inc., Chicago, Illinois).

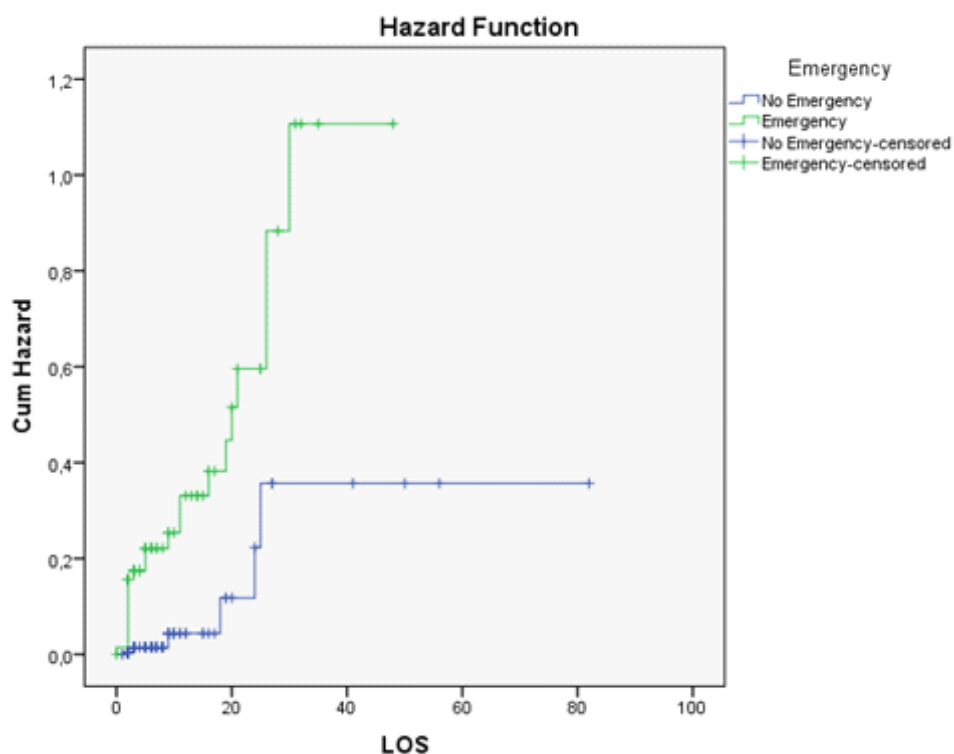
**Αποτελέσματα:** Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Η διμεταβλητή ανάλυση έδειξε ότι η θνητότητα των ογκολογικών χειρουργικών ασθενών δεν διέφερε από αυτή των υπολοίπων, αλλά επηρεάζεται από τη βαρύτητα της νόσου, όπως αυτή εκτιμάται με τα APACHE II και SOFA scores, και από τον επείγοντα χαρακτήρα του χειρουργείου (Πίνακας 2). Αν και η Kaplan-Meier ανάλυση κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αύξηση του κινδύνου θανάτου στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επείγον χειρουργείο, σύμφωνα με την πολυπαραγοντική ανάλυση, που περιέλαβε τις παραπάνω παραμέτρους, μόνο το APACHE II score σχετιζόταν με την επιβίωση, με ανεξάρτητο τρόπο [Exp(B)=1,203, CI=1,048-1,38, p=0,009].

Πίνακας 1. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των χειρουργικών ασθενών.

	Χειρουργικοί ογκολογικοί	Χειρουργικοί	P
Προγραμματισμένο (n, %)	179 (89.1%)	85 (63.9%)	<0.001
Επείγον (n, %)	22 (10.9%)	48 (36.1%)	
Άνδρες (n, %)	128 (63.7%)	60 (45.1%)	0.001
Γυναίκες (n, %)	73 (36.3%)	73 (54.9%)	
Επιβίωσαντες (n, %)	186 (92.5%)	117 (88%)	0.18
Αποβίωσαντες (n, %)	15 (7.5%)	16 (12%)	
Ηλικία (έτη)	68.14 ± 13.8	70.39 ± 12.57	0.122
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)	7.22 ± 12.17	7.1 ± 7.89	0.317
APACHE II score	17.13 ± 8.68	9.46 ± 11.44	0.006
SOFA score	6.15 ± 3.8	8.63 ± 4.04	0.001

**Πίνακας 2.** Τα αποτελέσματα της διμεταβλητής ανάλυσης με τη χρήση της επιβίωσης ως την εξαρτημένη μεταβλητή.

	Επιβίωσαντες	Αποβίωσαντες	p
Ηλικία (έτη)	68.82 ± 13.03	71.13 ± 16.22	0.189
Φύλο Άνδρες Γυναίκες	172 (91.5%) 131 (89.7%)	16 (8.5%) 15 (10.3%)	0.704
APACHE II score	16.75 ± 7.83	29 ± 6.58	<0.001
SOFA score	6.79 ± 3.99	11 ± 2.73	0.001
Τύπος εισαγωγής Χειρουργικοί ογκολογικοί Χειρουργικοί	186 (92.5%) 117 (88%)	15 (7.5%) 16 (12%)	0.180
Επείγον χειρουργείο ΟΧΙ ΝΑΙ	256 (97%) 47 (67.1%)	8 (3%) 23 (32.9%)	<0.001



**Εικόνα 1.** Οι καμπύλες Kaplan-Meier για τις δύο ομάδες ασθενών, αυτών με επείγον χειρουργείο, έναντι αυτών με προγραμματισμένο [LogRank (MantelCox)  $\chi^2=23,14$   $p<0,001$ ].

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με κακοήθεια που εισήχθησαν μετεγχειρητικά στη ΜΕΘ δεν είχαν χειρότερη έκβαση, αν και η βαρύτητα νόσου τους, σύμφωνα με τα APACHEII και SOFA score ήταν σημαντικά υψηλότερη. Η επείγουσα φύση του χειρουργείου, αν και φαίνεται να αυξάνει τη θνητότητα των χειρουργικών ασθενών, δεν αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου.

#### 4. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΟΥ ΛΑΡΥΓΓΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ (ΠΛΝ) ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΕΥΡΟΔΙΕΓΕΡΤΗ (ΝΙΜ) & ΕΥΚΑΜΠΤΟΥ ΙΝΟΠΤΙΚΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΟΥ

Β. Μανέττας, Μ. Ιερωνυμάκης, Γ. Καρκατούλης, Ι. Κουτραφούρης, Ε. Γκόλα, Ι. Τσιλιγκαρίδης, Αικ. Λαμπροπούλου, Κ. Αποστολόπουλος  
ΩΡΛ Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας-ΝΜ Καλαμάτας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η απώλεια σήματος κατά τη θυρεοειδεκτομή με ΝΙΜ απαιτεί την άμεση διακοπή της επέμβασης, ώστε να ελεγχθεί η θέση του τραχειοσωλήνα σε σχέση με το ύψος των φωνητικών χορδών, ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα μετακίνησής του. Πολλές φορές παρά τη σωστή θέση του



σωλήνα και την οπτική αναγνώριση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου από το χειρουργό, υπάρχει ανεξήγητη απώλεια σήματος. Η εργασία αυτή έχει ως σκοπό να μελετηθεί η δυνατότητα ελέγχου της λειτουργίας του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου με άμεση διεγχειρητική ενδοσκοπηση του λάρυγγος και videoκαταγραφή της κινητικότητας των φωνητικών χορδών.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η ασθενής 45 ετών 72 κιλά διασωληνώθηκε με ενδοτραχειακό spiral σωλήνα Νο 7,5 που φέρει επικολλώμενα τα ηλεκτρόδια καταγραφής. Τοποθετήθηκε λαρυγγική μάσκα αερισμού (LAM) Νο 3 στον υποφάρυγγα, μεταξύ βάσης της γλώσσας και οπίσθιου φαρυγγικού τοιχώματος (1,5cm πιο πάνω, από τη θέση στην οποία τοποθετείται κανονικά η μάσκα για τη διατήρηση της αναισθησίας), ώστε με το φούσκωμα του cuff να απωθηθούν οι υπεργλωττιδικές δομές και να δημιουργηθεί χώρος για άμεσο ενδοσκοπικό έλεγχο της κινητικότητας των φωνητικών χορδών. Τα εύκαμπτο ινοοπτικό λαρυγγοσκόπιο διαμέτρου 2,7mm, πέρασε μέσω της μάσκας και σταθεροποιήθηκε σε θέση ώστε η αμφοτερόπλευρη επισκόπηση των φωνητικών χορδών εκατέρωθεν του ενδοτραχειακού σωλήνα, να είναι ευχερής. Η διέγερση του νεύρου έγινε με διπολικό νευροδιεγέρτη με ρεύμα 0,2mA και αναγνώριση της απάντησής του με ηχητικό σήμα, καθώς και καταγραφή στο monitor. Όταν αναγνωρίστηκε το παλίνδρομο οπτικά και με τον NIM έγινε ερεθισμός του νεύρου και videoκαταγραφή της κίνησης της σύστοιχης φωνητικής χορδής. Όταν μετακινήθηκε ο σωλήνας 1,2cm προς την τραχεία δεν είχαμε ηλεκτρομυογραφικό σήμα από τον NIM και είχαμε οπτική αναγνώριση της κινητικότητας.

**Αποτελέσματα:** Η οπτική καταγραφή της σύστοιχα συσπώμενης φωνητικής χορδής μέσω του ινοοπτικού ενδοσκοπίου πιστοποίησε τη λειτουργικότητα του ΠΛΝ, εξασφαλίζοντας την ακεραιότητά του.

**Συμπεράσματα:** Η οπτική καταγραφή του ΠΛΝ με τη βοήθεια εύκαμπτου λαρυγγοσκόπιου, σταθεροποιημένου μέσω λαρυγγικής μάσκας, αποτελεί μια συμπληρωματική αξιόπιστη μέθοδο νευροπαρακολούθησης του ΠΛΝ. Μπορεί να καταστεί ιδιαίτερα χρήσιμη ως μέθοδος, σε περιπτώσεις απώλειας σήματος. Ειδικά στην περίπτωση που η απώλεια σήματος είναι αληθής και επαληθεύεται και από την ενδοσκοπική εικόνα απώλειας της κινητικότητας της σύστοιχης φωνητικής χορδής, εύρημα που υποχρεώνει το χειρουργό να επαναπροσδιορίσει το χειρουργικό του πλάνο, μη επεμβαίνοντας στην άλλη πλευρά.

## 5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΟΛΙΓΟΑΣΘΕΝΟΣΠΕΡΜΙΑΣ

Κωνσταντίνος Σκρεπέτης<sup>1</sup>, Ανδρέας Μπουρδούμης<sup>1</sup>, Γεώργιος Παρανυχιαννάκης<sup>2</sup>

1. Ουρολογική Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας-ΝΜ Καλαμάτας

2. Ουρολογικό Ιατρείο, Ηράκλειο Κρήτης

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Είναι να εκτιμηθεί το ιξώδες του σπερματικού υγρού και η ταχεία πρόσθια κίνηση των σπερματοζωαρίων προ και μετά από θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με ιδιοπαθή oligoασθενοσπερμία και επίσης να συσχετισθούν με το ποσοστό επίτευξης κύησης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη μας συμπεριελήφθησαν 117 άνδρες ηλικίας 22-46 ετών με ιδιοπαθή oligoασθενοσπερμία. Στους ασθενείς χορηγήθηκε N-acetylcysteine 600mgX2, L-carnitine 2gr και Tamoxifene 20mg για χρονικό διάστημα 80 ημερών με σκοπό τη βελτίωση της γονιμοποιητικής ικανότητας των σπερματοζωαρίων. Η συλλογή και η ανάλυση των δειγμάτων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με το πρωτόκολλο της WHO και με τη χρήση της CASA. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων προ και κατόπιν της θεραπείας πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή της γραμμικής διμεταβλητής συσχέτισης και της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (SPSS 13.0). Ως όριο θετικής συσχέτισης ορίστηκε  $p < 0.05$ .

**Αποτελέσματα:** Η ταχεία πρόσθια κίνηση των σπερματοζωαρίων βελτιώθηκε στατιστικώς σημαντικά από  $13\% \pm 8,45$  SD σε  $31,55 \pm 11,75$  SD κατόπιν της ολοκλήρωσης της θεραπευτικής αγωγής. Το ιξώδες του σπερματικού υγρού ανευρέθη αυξημένο σε 78 ασθενείς (66,7%) προ της θεραπείας, ενώ κατόπιν της αγωγής διαπιστώθηκαν φυσιολογικές τιμές αυτής της παραμέτρου σε 97 ασθενείς (82,9%). Απόλυτη συχνότητα μεταβολής του ιξώδους σημειώθηκε στο 51,3% των περιπτώσεων. Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση διαπιστώθηκε μεταξύ του ποσοστού επίτευξης κύησης και αυτού της βελτίωσης της ταχείας πρόσθιας κίνησης ( $p < 0,01$ ), καθώς και μεταξύ της απόλυτης συχνότητας μεταβολής του ιξώδους και της απόλυτης συχνότητας της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων.

**Συμπεράσματα:** Η αλληλεπίδραση των σπερματοζωαρίων και σπερματικού υγρού επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη μορφολογία και την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Επί αυξημένου ιξώδους τα σπερματοζωάρια παρουσιάζουν τρομώδη κίνηση ούτως ώστε να σημειώνεται απώλεια ενέργειας δίκην θερμότητας λόγω της αυξημένης τριβής ολισθήσεως. Η προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή φαίνεται να βελτιώνει τις σπερματικές παραμέτρους και να συσχετίζεται με σημαντική αύξηση του ποσοστού των συλλήψεων.

## 6. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ευγενία Καρτερολιώτη, Βασιλική Ρούμπου, Νικόλαος Πρωτόπαπας

Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ένα εγκεφαλικό επεισόδιο οδηγεί σε απώλεια των εγκεφαλικών λειτουργιών λόγω διαταραχής στην παροχή αίματος στον εγκέφαλο. Αυτό μπορεί να συμβεί είτε λόγω ισχαιμίας που προκαλείται από θρόμβωση ή αρτηριακό εμβολισμό ή λόγω αιμορραγίας. Η περιοχή που πλήττεται δεν μπορεί να λειτουργήσει, οδηγώντας το άτομο είτε στο να μη μπορεί να κινήσει τη μια πλευρά του σώματος, ή να έχει δυσκολία στην κατανόηση ή την παραγωγή λόγου, δυσκολίες στη μνήμη, διάσπαση προσοχής, δυσκολία στην αναγνώριση, τη λήψη αποφάσεων και την επεξεργασία της πληροφορίας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στο πρόγραμμα συμμετείχαν 10 νοσηλευόμενοι ασθενείς που παρουσίασαν ελλείμματα γνωστικών δυσκολιών μετά από εγκεφαλικά

επεισόδια. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε νευροψυχολογική αξιολόγηση προκειμένου να εντοπισθούν οι ελλείψεις, με τις κλίμακες MMSE (Mini Mental State Examination) και ACE-R (Addenbrooke's Cognitive Scale-Revised). Εν συνεχεία, ακολούθησαν δομημένο πρόγραμμα γνωστικής ενδυνάμωσης με τη χρήση εγχειριδίου γνωστικής έκπτωσης.

**Αποτελέσματα:** Μετά από 3 μήνες δομημένου και εξατομικευμένου μοντέλου γνωστικής ενδυνάμωσης φάνηκε: 1) Μέση τιμή ασθενών MMSE εισόδου 4,8%-MMSE εξόδου 18,4%, ACE-R εισόδου 13,5%- ACE-R Εξόδου 53,8% και 2) μέση τιμή βελτίωσης γνωστικής λειτουργίας σύμφωνα με τις 2 κλίμακες 13,5% και 52,8% αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Μέσα από αυτή την πιλοτική έρευνα και σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η γνωστική ενδυνάμωση ασθενών που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο κρίνεται σημαντική σε όλη τη διάρκεια της αποκαταστασιακής τους πορείας. Υπάρχουν σημαντικά στοιχεία για την υποστήριξη της γνωστικής αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένης στρατηγικής κατάρτισης για ήπια εξασθένηση της μνήμης, για την προσοχή και για λειτουργικά ελλείμματα επικοινωνίας. Η ορθή αξιολόγηση και υποστήριξη του ασθενή, ιατρικά, φαρμακευτικά και γνωστικά δύναται να οδηγήσει στη βελτίωση σε σημαντικό βαθμό της ποιότητας ζωής του.

## 7. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ

Αναστάσιος Καλλιάνος, Αθανάσιος Ανδριανόπουλος

Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Η ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Σε ασθενείς με αποφρακτική άπνοια στον ύπνο υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία σχετικά με τις συνέπειες των επαναλαμβανόμενων επεισοδίων απόφραξης των αεραγωγών κατά τη διάρκεια του ύπνου, στη διάρκεια της ημέρας και στην πνευμονική λειτουργία. Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η πνευμονική λειτουργία σε ασθενείς με αποφρακτική άπνοια.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήσαμε προοπτικά 42 ασθενείς (30 άνδρες-12 γυναίκες, μέση ηλικία  $\pm$  SD:  $54,4 \pm 12,2$ ), χωρίς ιστορικό πνευμονικών, καρδιαγγειακών ή νευρομυϊκών ασθενειών που παραπέμφθηκαν για μελέτη ύπνου. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πολυσωματογραφική μελέτη ύπνου και λειτουργικές δοκιμασίες αναπνευστικής λειτουργίας.

**Αποτελέσματα:** Ο δείκτης άπνοιας-υπόπνοιας (AHI, μέση τιμή:  $51,2 \pm 27,1$ ) είχε αρνητική συσχέτιση με την FEV1 ( $p=0,045$ ,  $r=-0,310$ ), FEF25-75 ( $p=0,025$ ,  $r=-0,345$ ). Ο δείκτης αποκορεσμών οξυγόνου (ODI, μέση τιμή:  $54,1 \pm 30,8$ .) είχε αρνητική συσχέτιση με FVC ( $p=0,041$ ,  $r=-0,342$ ), FEV1 ( $p=0,028$ ,  $r=-0,366$ ), TLC ( $p=0,014$ ,  $r=-0,413$ ), DLCO ( $p=0,009$ ,  $r=-0,351$ ). Όλες αυτές οι συσχετίσεις παρέμειναν σε υψηλά επίπεδα μετά την προσαρμογή για το δείκτη μάζας σώματος και το κάπνισμα. Ασθενείς με σοβαρή OSAHS (AHI > 50) είχαν χειρότερη FVC, FEV1, FEF25-75, σε σύγκριση με εκείνους με ήπια (AHI: 5-35) ή μέτρια OSAHS (AHI: 35-50) ( $p=0,015$ ,  $p=0,016$ ,  $p=0,014$ , αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Η αποφρακτική άπνοια στον ύπνο διαταράσσει την πνευμονική λειτουργία προκαλώντας μικτού τύπου διαταραχή του αερισμού η οποία επιδεινώνεται σε σχέση με τη βαρύτητα της νόσου.

## 8. Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ SWOT ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ:

### Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Βασιλική Δημοπούλου<sup>1</sup>, Γεωργία-Αικατερίνη Μπουζαλά<sup>2</sup>

1. Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
2. Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αναδιάρθρωση του υγειονομικού τομέα σε συνθήκες οικονομικής κρίσης επιβάλλει επιτυχημένο στρατηγικό σχεδιασμό, βασική προϋπόθεση του οποίου αποτελεί η ανάλυση SWOT. Πρόκειται για τον εντοπισμό των δυνατών κι αδύνατων σημείων αλλά και των ευκαιριών κι απειλών που θα οδηγήσουν σε πιο αποτελεσματικές αποφάσεις. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος με τη μέθοδο SWOT προκειμένου να διευκολυνθεί η χάραξη ενός επιτυχημένου σχεδίου δράσης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Επιλέχθηκε να γίνει η μελέτη της περίπτωσης του εργαστηριακού τομέα του Γ.Ν. Καλαμάτας.

**Αποτελέσματα:** Από τη S.W.O.T. ανάλυση των Διαγνωστικών Εργαστηρίων του Γ.Ν. Καλαμάτας προέκυψαν τα εξής: Στα Δυνατά Σημεία (Strengths) συγκαταλέγονται το εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ο σύγχρονος εξοπλισμός, το εύρος των εξετάσεων, η συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα και δράσεις και η ικανοποίηση των ασθενών. Στις Αδυναμίες (Weaknesses) ανήκουν η υποστελέχωση, το υψηλό κόστος λειτουργίας, η καθυστέρηση επίδοσης αποτελεσμάτων, η μη παροχή εξειδικευμένων αναλύσεων, η απώλεια πρόσθετων εσόδων, το χαμηλό απόθεμα αναλωσίμων. Ευκαιρίες (Opportunities) μπορούν να θεωρηθούν οι επενδύσεις σε εξοπλισμό, η παροχή πρόσθετων εξετάσεων, η απορρόφηση τμήματος αγοράς του ιδιωτικού τομέα, η διεύρυνση του τμήματος, οι πιστοποιήσεις ποιότητας (ISO, ΕΣΥΔ), η ψηφιοποίηση των πληροφοριών και η πρόσβαση σε Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας. Σε Απειλές (Threats) μπορούν να αναδειχθούν η έλλειψη νέου εξειδικευμένου Ανθρώπινου Δυναμικού, η μονοπωλιακή συμπεριφορά των προμηθευτών, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες υποβολής σε εξετάσεις, ο προσανατολισμός των ασθενών στον Ιδιωτικό Τομέα, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας με χαμηλό ρυθμό απόκρισης και η μείωση κονδυλίων για την υγεία.

**Συμπεράσματα:** Ο εργαστηριακός τομέας των δημόσιων νοσοκομείων επιβάλλεται να αναβαθμισθεί και να αποτελέσει σύγχρονο κι οργανωμένο πυλώνα



του εθνικού συστήματος υγείας. Η SWOT ανάλυση μπορεί να αποτελέσει ένα σύγχρονο εργαλείο αξιολόγησης της υφιστάμενης κατάστασης και να οδηγήσει σε έναν επιτυχημένο στρατηγικό σχεδιασμό, με γνώμονα την αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

## 9. Η ΑΝΙΟΥΣΑ ΕΥΚΑΜΠΗ ΟΥΡΗΤΗΡΟΝΕΦΡΟΛΙΘΟΘΡΥΨΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗΣ

Κωνσταντίνος Σκρεπέτης, Ζαχαρίας Χουσιανίτης, Ιωάννης Ευθυμίου, Παναγιώτης Θανασάς

Ουρολογική Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας-ΝΜ Καλαμάτας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ανιούσα εύκαμπτη ουρητηρονεφρολιθοθρυψία (RIRS) αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική τεχνική και φαίνεται να επιλέγεται με αυξανόμενο ποσοστό ως πρώτη θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση της νεφρολιθίασης. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάσαμε την εμπειρία της κλινικής μας από την εφαρμογή της εύκαμπτης ανιούσας ουρητηρονεφρολιθοθρυψίας στη θεραπεία της νεφρολιθίασης και αναδεικνύουμε τις παραμέτρους που επηρεάζουν την επιτυχή έκβαση της επέμβασης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη μας συμπεριελήφθησαν 80 ασθενείς ηλικίας 21-87 ετών (μ.ο. 58 έτη) με νεφρική λιθίαση. Η διάμετρος των λίθων ήταν <2cm και >2cm σε 54 και 26 ασθενείς αντίστοιχα. Ο λίθος εντοπίστηκε σε 36 ασθενείς στη νεφρική πύελο (45%) και σε 12 περιπτώσεις (15%) σε κάλυκες, ενώ σε 32 ασθενείς (40%) υπήρχε πολλαπλή λιθίαση. Οι παράμετροι που αξιολογήθηκαν ήταν: δημογραφικά χαρακτηριστικά, μέγεθος, αριθμός και εντόπιση των λίθων, χειρουργικός χρόνος, νοσηλεία ασθενών, ποσοστό επιπλοκών και αριθμός ασθενών ελεύθεροι λιθίασης. Η RIRS θεωρήθηκε επιτυχής σε απουσία ή ύπαρξη λίθου <3mm ένα μήνα μετεγχειρητικά. Στους ασθενείς χορηγήθηκε γενική ή ραχιαία αναισθησία. Οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση ουρητηρικού θηκαριού, αντλία έγχυσης υγρών Endoflow®, τα εύκαμπτα ουρητηρονεφροσκόπια Cobra™ Wolf και Olympus URF-P5, το LithoVue™ Boston Scientific ουρητηροσκόπιο ψηφιακής τεχνολογίας και το Laser λιθοθρυψίας Holmium Auriga QI®.

**Αποτελέσματα:** Σε 52 ασθενείς (65%) η RIRS εφαρμόστηκε ως πρώτη θεραπευτική επιλογή, σε 24 ασθενείς (30%) μετά από αποτυχημένη SWL και σε 4 περιπτώσεις (5%) μετά από διαδερμική νεφρολιθοθρυψία (PCNL). Το συνολικό ποσοστό ελεύθερο λίθου ήταν 85%. Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 55 min και η μετεγχειρητική νοσηλεία 1-8 ημέρες (μ.ο 1.4 ημέρες). Σε 58 και 22 ασθενείς χορηγήθηκε γενική και ραχιαία αναισθησία, αντίστοιχως. Στις περιπτώσεις που χορηγήθηκε γενική αναισθησία και ο κατακερματισμός του λίθου ήταν δυσχερής λόγω των αναπνευστικών κινήσεων προκλήθηκε ελεγχόμενη άπνοια. Σε δύο ασθενείς το χειρουργείο διακόπηκε πρόωρα λόγω κακής ορατότητας εξαιτίας αιματοουρίας. Οι επιπλοκές ήταν ελάσσονες και αντιμετωπίστηκαν με την εφαρμογή συντηρητικών μέτρων. 10 ασθενείς (12%) παρουσίασαν εμπύρετη ουρολοίμωξη, 4 ασθενείς (5%) τρώση του αποχετευτικού και 9 ασθενείς (11%) παροδική αιματοουρία.

**Συμπεράσματα:** Η RIRS αποτελεί αποτελεσματική και ασφαλή θεραπευτική προσέγγιση της νεφρικής λιθίασης με εξαιρετικά υψηλά ποσοστά επιτυχίας ακόμη και σε ασθενείς με μεγάλο λιθιασικό φορτίο. Η RIRS είναι επίσης εφικτό να εκτελεσθεί με ασφάλεια υπό ραχιαία αναισθησία. Η RIRS αποτελεί την καλύτερη θεραπευτική επιλογή μετά από αποτυχημένη SWL και σε υπολειμματική λιθίαση μετά PCNL.

## 10. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016 ΣΤΟ Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

Δημήτριος Μπουντουβάς<sup>1</sup>, Απόστολος-Κυριάκος Ζολώτας<sup>2</sup>, Διονυσία Λαμπροπούλου<sup>3</sup>, Έλενα Αλχαζίδου<sup>2</sup>, Σταύρος Αντωνόπουλος<sup>4</sup>, Γεώργιος Πετράκος<sup>2</sup>

1. Β' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, ΠΓΝΑ «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ»
2. Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας-ΝΜ Καλαμάτας
3. Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας
4. Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Άργους

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι γυναικολογικοί καρκίνοι είναι καρκίνοι του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος. Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι πολλών και διαφορετικών τύπων και έχει ιδιαίτερη εμφάνιση και συμπεριφορά, με συχνότερο τύπο τον επιθηλιακό καρκίνο. Αποτελεί την 1η αιτία θανάτου ανάμεσα στους γυναικολογικούς καρκίνους στην Ελλάδα. Ο καρκίνος του ενδομητρίου ξεκινά στο κύριο σώμα της μήτρας και ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται μπορεί να διηθεί τμήμα ή και όλο το τοίχωμα της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ξεκινά στον τράχηλο και αποτελεί την 3η πιο κοινή μορφή καρκίνου στη γυναίκα. Τέλος, ο καρκίνος του κόλπου ξεκινά στην κολπική κοιλότητα και εκτείνεται από τον τράχηλο ως το αιδοίο ενώ ο καρκίνος του αιδοίου ξεκινά στο αιδοίο. Στους υπόλοιπους τύπους γυναικολογικών καρκίνων περιλαμβάνονται ο καρκίνος των σαλπίγγων και ο καρκίνος του πλακούντα (καρκίνος που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη). Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των νέων περιστατικών γυναικολογικών καρκίνων που εμφανίστηκαν στο Γ.Ν. Μεσσηνίας κατά το έτος 2016.

**Υλικό-Μέθοδος:** Σε σύνολο 1863 ασθενών που προσήλθαν προς έλεγχο στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και στο τμήμα του οικογενειακού προγραμματισμού του Γ.Ν. Μεσσηνίας καταγράφηκαν 45 νεοδιαγνωσθείσες περιπτώσεις γυναικολογικού καρκίνου, με μέση ηλικία εμφάνισης τα 63 έτη.

**Αποτελέσματα:** Ο συχνότερα εμφανιζόμενος τύπος καρκίνου ήταν ο καρκίνος του ενδομητρίου με ποσοστό 37,8% (n=19) και με συνολική επίπτωση στον πληθυσμό 1,034%. Ο συχνότερος τύπος ήταν το ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα (n=17), ενώ εμφανίστηκε ένα περιστατικό χοριοκαρκινώματος και ένα περιστατικό καρκινοσαρκώματος. Δεύτερος σε συχνότητα εμφανίστηκε ο καρκίνος των ωοθηκών με ποσοστό 31,1% (n=13), ο οποίος στην πλειονότητα ευρέθη σε στάδιο III και πάνω (n=8), ενώ η συνολική του επίπτωση ήταν 0,708%. Τέλος εμφανίστηκαν 12 περιστατικά (n=12) καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με κυρίαρχο ιστολογικό τύπο τον καρκίνο εκ πλακωδών κυττάρων. Καρκίνος των σαλπίγγων εμφανίστηκε σε 1 ασθενή.

**Συμπεράσματα:** Εκ των αποτελεσμάτων ανευρέθη αυξημένη επίπτωση των γυναικολογικών καρκίνων σε σχέση με την επίπτωσή τους στα μεγάλα αστικά κέντρα, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Συνεπώς θα έπρεπε να στρέψουμε την προσοχή μας στην ενημέρωση του πληθυσμού στο πλαίσιο της πρόληψης.

## 11. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΕΞΟΔΟΥ & Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Παναγιώτης Χουντής<sup>1</sup>, Μαρία Χουντή<sup>2</sup>

1. Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών

2. Νοσηλεύτρια Msc, Ευρωκλινική Αθηνών

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο ή σύνδρομο θωρακικής εξόδου ή σύνδρομο θωρακικού στομίου αποτελεί μία καθορισμένη παθολογική κατάσταση που οφείλεται σε συγκεκριμένες ανατομικές διαταραχές. Οι πολλαπλές ονομασίες του συνδρόμου αντανακλούν βέβαια τη σύγχυση που επικρατούσε επί πολλά έτη σχετικά με την παθογένεση και τα αίτια του.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μεταξύ Ιανουαρίου 2009 και Ιανουαρίου 2018 αντιμετωπίστηκαν από το τμήμα Χειρουργικής Θώρακος εννέα (9) ασθενείς με σύνδρομο θωρακικής εξόδου. Πέντε (5) υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση με εκτομή σκαληνών μυών και αφαίρεση της πρώτης πλευράς και τέσσερις (4) αντιμετωπίστηκαν με εκτομή σκαληνών και μερική διατομή του ελάσσονος θωρακικού μυός.

**Αποτελέσματα:** Υπήρξε πλήρης υποστροφή των συμπτωμάτων των ασθενών με τη χειρουργική αντιμετώπιση. Επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν κατά την παρακολούθηση των ασθενών σε μηνιαία και εξαμηνιαία βάση. Η κύρια ένδειξη για χειρουργική επέμβαση αποτελεί η αποτυχία βελτίωσης της συντηρητικής αγωγής ή η οξεία αγγειακή συμπτωματολογία.

**Συζήτηση:** Η βασική ανατομική διαταραχή είναι η παγίδευση αγγείων ή/και νεύρων στην περιοχική εξόδου τους μέσα από τους σκαληνούς μύες στον τράχηλο, συνήθως με συμπίεση τους επάνω στην πρώτη πλευρά. Η χειρουργική επέμβαση είναι καλά ανεκτή και η κλινική βελτίωση άμεση.

**Συμπεράσματα:** Το σύνδρομο θωρακικής εξόδου αποτελεί μια κλινική οντότητα που απαιτεί για τη διάγνωση και αντιμετώπιση του τη συμμετοχή πολλών επιστημόνων διαφορετικών κλάδων. Η συνεργασία τους είναι βασικός παράγων της θεραπείας των ασθενών. Ο Χειρουργός Θώρακος παρεμβαίνει στη θεραπευτική διαδικασία συνήθως αρκετά καθυστερημένα σε σχέση με τους υπόλοιπους λειτουργούς υγείας.

## 12. ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ & ΕΝΖΥΜΙΚΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΩΝ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΩΝ

Σωκράτης Κατωπόδης, Βασίλειος Καραμπάτσος, Ευαγγελία Νικόλη, Δημήτριος Παναγιωταράς, Αναστασία Μαρκοπούλου, Νικολέττα Αποστολοπούλου  
Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελούν τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου και την τρίτη πιο συχνή αιτία αναπηρίας, παγκοσμίως. Διακρίνονται σε ισχαιμικά, που αποτελούν το 87% του συνόλου των εγκεφαλικών και σε αιμορραγικά. Σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι η καταγραφή των ασθενών με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο που νοσηλεύτηκαν στην Α' Παθολογική κλινική ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας το χρονικό διάστημα 2016 και 2017, καθώς και καταγραφή των μεταβολών των ενζύμων AST και ALT κατά τη διάρκεια του θρομβοεμβολικού επεισοδίου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη κοόρτης που περιλαμβάνει 88 ασθενείς με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, επιβεβαιωμένο με CT εγκεφάλου. Έγινε καταγραφή των τιμών AST και ALT την ημέρα της εισαγωγής και τη δεύτερη ημέρα νοσηλείας. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν η σοβαρή ηπατική νόσος, η χρόνια νεφρική νόσος, αιματολογικές παθήσεις και κακοήθειες.

**Αποτελέσματα:** Νοσηλεύτηκαν συνολικά 88 ασθενείς με οξύ θρομβοεμβολικό επεισόδιο. Οι 44 παρουσίασαν οξύ θρομβοεμβολικό επεισόδιο κατανομής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, 18 εξ' αυτών παρουσίασαν άνοδο των AST και ALT (σε ποσοστό 40%). Οι υπόλοιποι 44 παρουσίασαν οξύ θρομβοεμβολικό επεισόδιο άλλων αγγείων. Οι 6 εξ' αυτών εμφάνισαν αύξηση των τιμών AST και ALT (σε σημαντικό μικρότερο ποσοστό, 13,6%). Τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney ( $U=637.5$ ,  $p=0.006<0.05$ ) έδειξαν ότι η τιμή του ενζύμου AST ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα ασθενών με οξύ θρομβοεμβολικό επεισόδιο κατανομής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας σε σχέση με την ομάδα ασθενών με οξύ θρομβοεμβολικό επεισόδιο άλλων αγγείων.

**Συμπεράσματα:** Η εκπόλωση των νευρώνων λόγω της μειωμένης παραγωγής ATP στα μιτοχόνδρια των κυττάρων, ως απότοκο της νέκρωσης που προκαλεί η ισχαιμία οδηγεί στην απελευθέρωση γλουταμικού από τα συναπτικά κυστίδια. Η υπερβολική απελευθέρωση γλουταμικού προκαλεί νευροτοξικότητα. Μέχρι στιγμής, η υπόθεση ότι η αυξημένη απελευθέρωση του τοξικού γλουταμικού επάγει την ηπατική σύνθεση των κύριων ενζύμων, AST και ALT, που εμπλέκονται στο μεταβολισμό του, παραμένει ο πιθανότερος παθοφυσιολογικός μηχανισμός της ήπιας τρανσαμινασαιμίας σε μεγάλα έμφρακτα, όπως της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Η μελέτη δείχνει ότι η αύξηση των ενζύμων ALT και AST σχετίζεται με το μέγεθος του εμφράκτου και επαγωγικά με πρόγνωση βαριάς έκβασης.



### 13. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΥΞΗΜΕΝΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

Παναγιώτης Βασιλείου, Θεόδωρος Κατσούλας, Ευδοξία Τσίγκου, Ελένη Μπούτζουκα, Αντώνιος Μπουλαδάκης, Γεώργιος Φιλντίσης  
Πανεπιστημιακή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ο.Ν.Κ. «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αύξηση της καρδιακής τροπονίνης (cardiac troponin – cTn) στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποδίδεται σε πολλά αίτια και σχετίζεται με κακή πρόγνωση. Όμως, δεν έχει διαμορφωθεί συγκεκριμένη τιμή πρόγνωσης της έκβασης. Σκοπός της μελέτης είναι η ανασκόπηση της επίπτωσης και των αιτιών αύξησης της cTn, η συσχέτιση της με την έκβαση των βαριά πάσχοντων ασθενών και ο υπολογισμός ενός δείκτη πρόγνωσης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Αναδρομική ανασκόπηση όλων των ασθενών που εισήχθησαν σε 8κλινη γενική ΜΕΘ σε διάρκεια 6 μηνών (Σεπτέμβριος 2017-Φεβρουάριος 2018) και είχαν τουλάχιστον μία μέτρηση cTn κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους. Καταγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, η τιμή της cTn κατά την εισαγωγή, η μέγιστη τιμή cTn κατά τη διάρκεια νοσηλείας και τα πιθανά αίτια ανόδου. Οι μεταβλητές παρουσιάζονται ως mean ± SD ή ως median και Interquartile Ratio (IR), αναλόγως της κανονικότητας της κατανομής τους. Χρησιμοποιήθηκαν Student's T test ή Mann Whitney U δοκιμασίες για τη σύγκριση της ομάδας των ασθενών με υψηλή cTn έναντι αυτής με φυσιολογική. Η προγνωστική ικανότητα της αυξημένης cTn εκτιμήθηκε με Receiver Operating Characteristics (ROC) curve. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το σύστημα SPSS version 21.0 (SPSS, Inc., Chicago, Illinois).

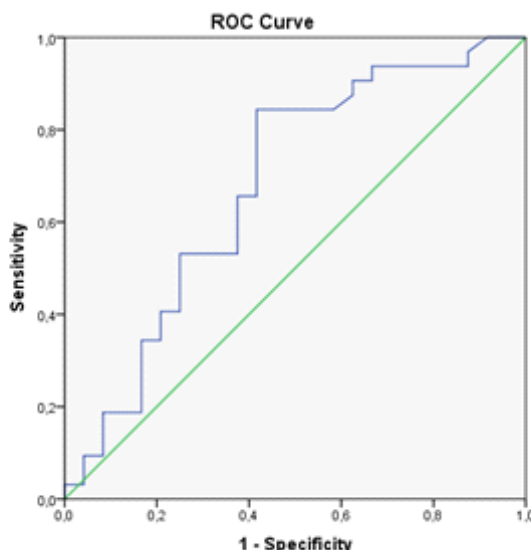
**Αποτελέσματα:** Σε 84 από τους 92 ασθενείς που υπήρχε τουλάχιστον μία μέτρηση cTn, αυξημένα επίπεδα (>15.6pg/ml) διαπιστώθηκαν σε 58 (69%) από αυτούς και η μέγιστη τιμή cTn ήταν 633 (1718.25) pg/ml. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών φαίνονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

	ΥψηλήcTn (n=58)	Φυσιολογική cTn (n=26)	P
Φύλο(άνδρες)	29 (50%)	9 (34.6%)	0.239
Ηλικία (έτη)	72(16)	61(33)	0.002
Θνητότητα	32 (57.1%)	1 (3.8%)	<0.001
APACHE II score	24.27±8.99	12.76±5.62	<0.001
SOFA score	9.71±3.79	4.95±3.35	<0.001
LOS	14(23)	3(9)	0.004

LOS: length of stay (διάρκεια νοσηλείας)

Η σήψη ήταν το βασικό αίτιο ανόδου της τροπονίνης, που επεπλάκη από Οξεία Νεφρική Βλάβη (Acute Kidney Injury - AKI) σε 20 περιπτώσεις. Η μέγιστη cTn, το AKI και η διαφορά μέγιστης cTn- cTn εισόδου διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών που επιβίωσαν και αυτών που απεβίωσαν (p=0.029 και 0.001, αντίστοιχα). Η Area Under the Curve (AUC) ήταν 0.680 και η βέλτιστη προγνωστική τιμή μέγιστης cTn τα 85.5pg/ml, με ειαισθησία 0.844 και ειδικότητα 0.583 (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. ROC καμπύλη της μέγιστης cTn

**Συμπεράσματα:** Η υψηλή τιμή cTn αποτελεί συχνό εύρημα στους βαριά πάσχοντες ασθενείς. Η σήψη, μόνη της ή σε συνδυασμό με AKI αποτελούν το βασικό της αίτιο. Η ύπαρξη AKI και η μέγιστη τιμή cTn διαφέρουν σημαντικά μεταξύ επιβιωσάντων-αποβιωσάντων ασθενών. Η μέγιστη τιμή cTn >85.5pg/ml κατά τη διάρκεια νοσηλείας αποτελεί καλό προγνωστικό δείκτη θνητότητας.

#### 14. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (FEES)

Αικατερίνη Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Έλενα Τραχανά<sup>1</sup>, Παναγιώτης Κουσουλής<sup>1,2</sup>

1. Τμήμα Λογοθεραπείας, Κέντρο Αποκατάστασης «Διάπλαση», Καλαμάτα
2. 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 της θεραπείας αποκατάστασης είναι η επαναφορά της καταποτικής λειτουργίας σε φυσιολογικά επίπεδα. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας του κέντρου μας στην αντιμετώπιση περιστατικών δυσφαγίας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν νοσηλεύμενοι κατά τα έτη 2016-2017 που αντιμετώπιζαν προβλήματα κατάποσης κατά την εισαγωγή. Γινόταν αρχική αξιολόγηση από λογοθεραπευτή και η καταποτική λειτουργία αξιολογούνταν σύμφωνα με την κλίμακα της Αμερικανικής Εταιρείας Λογοθεραπείας (ASHA-NOMSScale/ κλίμακα 7 επιπέδων). Στη συνέχεια γινόταν ενδοσκοπικός λειτουργικός έλεγχος κατάποσης (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing-FEES) από Ωτορινολαρυγγολόγο. Οι ασθενείς ακολούθησαν στοχευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης ανάλογα με τα ευρήματα. Πριν το εξιτήριο γινόταν εκ νέου αξιολόγηση σύμφωνα με την κλίμακα ASHA-NOMS scale.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 19 περιστατικά με δυσφαγία (13 άνδρες και 8 γυναίκες), ηλικίας 49-87 ετών (μ.ο.72,3). Οι διαγνώσεις εισαγωγής αφορούσαν Ισχαιμικό Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (11 ασθενείς), εγκεφαλική αιμορραγία (2 ασθενείς), κρανιοεγκεφαλική κάκωση (2), κάταγμα ισχίου (2), σ. Guillaine – Barre (1) και Μυοπάθεια λόγω νοσηλείας σε ΜΕΘ (1). Στην αρχή της θεραπείας οι 15 ασθενείς σιτίζονταν μέσω ρινογαστρικού σωλήνα, δύο μέσω γαστροστομίας ενώ δύο ασθενείς σιτίζονταν από το στόμα με μαλακές τροφές ή πολτώδη. Η καταποτική τους λειτουργία σύμφωνα με την κλίμακα ASHA-NOMS scale υπολογίστηκε στην εισαγωγή κατά μέσο όρο σε 1,9 (εύρος 1-4). Σύμφωνα με τη FEES, η δυσφαγία εντοπίστηκε στο στοματικό στάδιο σε 5 ασθενείς, στο φaryγγικό στάδιο σε 7 ασθενείς, ενώ και τα δύο στάδια παρουσίαζαν προβλήματα σε 9 ασθενείς. Ένας ασθενής διέκοψε το θεραπευτικό πρόγραμμα οικειοθελώς, ενώ μία ασθενής απεβίωσε πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας. Με τη θεραπευτική παρέμβαση στους υπόλοιπους 17 ασθενείς, σταδιακά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας που κυμαινόταν από 26-179 ημέρες (μ.ο. 118), κατέστη δυνατή η αφαίρεση του ρινογαστρικού σωλήνα και η βελτίωση της καταποτικής λειτουργίας στους 16 ασθενείς. Συνολικά οι ασθενείς βελτιώθηκαν σε επίπεδα 5,3 (εύρος 1-7) στην κλίμακα ASHA-NOMS scale. Δεν παρατηρήθηκαν περιστατικά εισρόφησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

**Συμπεράσματα:** Η συνήθης πρακτική που εφαρμόζεται στη χώρα μας σε περιστατικά με νευρολογικά νοσήματα στη φάση της αποκατάστασης είναι η σίτιση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η πρόωπη αφαίρεση του ρινογαστρικού σωλήνα και η σίτιση από το στόμα σε ασθενείς που δεν έχουν καλή καταποτική λειτουργία προδιαθέτει σε εισρόφηση και λοιμώξεις αναπνευστικού, που επηρεάζουν τη γενικότερη υγεία και καθυστερούν το πρόγραμμα αποκατάστασης. Η δοκιμασία FEES είναι η πλέον σύγχρονη μέθοδος για την ακριβή διάγνωση των επιμέρους διαταραχών κατάποσης και τον καθορισμό του πλάνου θεραπείας που θα ακολουθήσει ο λογοθεραπευτής. Με τη στοχευμένη παρέμβαση και τη συνεργασία των ειδικών, η σίτιση από το στόμα με ασφάλεια είναι δυνατή στο τέλος της θεραπείας στην πλειοψηφία των ασθενών.

#### 15. ΔΙΕΥΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Ε ΣΤΗΝ ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΩΝ ΩΘΗΚΩΝ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΘΗΚΩΝ

Γ. Πατρίκιος, Ι. Σπυροπούλου, Δ. Μαυρογιάννη, Γ. Παρτινέβελος, Κ. Καλλιανίδης, Π. Δρακάκης, Δ. Λουτράδης  
Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Αθηνών ΠΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Να μελετηθεί με υπερηχογραφικές μεθόδους, η επίδραση της συμπληρωματικής χορήγησης της Βιταμίνης Ε στην αιμάτωση των ωθηκών και της μήτρας σε PCOS γυναίκες.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η μελέτη περιελάμβανε 41 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας που έχουν το Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωθηκών (PCOS-Rotterdam criteria), ηλικίας από 18 έως 35 έτη, με μέση ηλικία τα 24,5 έτη. Στις υπό μελέτη γυναίκες χορηγήθηκε VitE-1000IU (671mg), μία φορά ημερησίως τις πρώτες πρωινές ώρες, για χρονικό διάστημα ενός μηνός, όσο περίπου διαρκεί ένας υποτιθέμενος κύκλος IVF. Καταγράφηκαν με διακοπικό υπερηχογράφημα οι εξής παράμετροι: Ο δείκτης παλμικότητας (Pulsatility Index-PI) των δεξιών και αριστερών ωθηκικών και μητριάων αρτηριών, ο όγκος της δεξιάς και της αριστερής ωθήκης και ο λόγος πάχους στρώματος προς το συνολικό πάχος των ωθηκών. Η πρώτη εξέταση έγινε κατά την ωοθυλακική φάση (2η-5η μέρα κύκλου), ενώ η δεύτερη εξέταση των γυναικών έγινε ένα μήνα μετά. Η Στατιστική ανάλυση έγινε με Paired Samples t-test και Wilcoxon test για τον έλεγχο των υπερηχογραφικών μετρήσεων πριν και μετά τη φαρμακευτική αγωγή) και ως στατιστικά σημαντικές επιδράσεις θεωρήθηκαν οι διαφορές εκείνες με p-values<0.05.

**Αποτελέσματα:** Η χορήγηση VitE-1000IU (671mg), μία φορά ημερησίως για χρονικό διάστημα ενός μηνός, στο σύνολο των γυναικών ελαττώνει στατιστικά σημαντικά το δείκτη παλμικότητας των δεξιών και αριστερών ωθηκικών αρτηριών ROV-PI (p-value 0,005) και LOV-PI (p-value 0,010), ελαττώνει στατιστικά σημαντικά το δείκτη παλμικότητας των δεξιών και αριστερών και μητριάων αρτηριών RUT-PI (p-value 0,000) και LUT-PI (p-value 0,001), ελαττώνει στατιστικά σημαντικά το λόγο του πάχους του στρώματος της δεξιάς ωθήκης προς το συνολικό της πάχος (RSTR/TOT) (p-value 0,015).

**Συμπεράσματα:** Η χορήγηση 1000IU Βιταμίνης Ε ημερησίως για χρονικό διάστημα ενός μηνός, σε γυναίκες με PCOS, είχε ευεργετική επίδραση στην αιμάτωση των ωθηκών. Γυναίκες επομένως με PCOS, ίσως ωφεληθούν από τη συμπληρωματική χορήγηση Βιταμίνης Ε. Συμπληρωματική χορήγηση Βιταμίνης Ε ίσως αποδειχθεί επωφελής και σε άλλες περιπτώσεις γυναικών με διαταραχές ωοθυλακιορρηξίας.



## 16. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΜΕΤΑ ΠΟΛΥΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ TRUS-ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ιωάννης Ευθυμίου, Ζαχαρίας Χουσιανίτης, Παναγιώτης Θανασάς, Κωνσταντίνος Σκρεπέτης  
Ουρολογική Κλινική ΓΝ Μεσσηνίας-ΝΜ Καλαμάτας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η κατευθυνόμενη διορθική βιοψία προστάτη (ΚΔΟΒΠ) αποτελεί την πιο απλή μέθοδο ενσωμάτωσης των πληροφοριών της πολυπαραμετρικής μαγνητικής τομογραφίας του προστάτη (MP-MRI) στο διορθικό υπερηχογράφημα (TRUS). Περιλαμβάνει τη νοπή και τρισδιάστατη αντιστοίχιση της βλάβης από την PM-MRI στην απικονοιστική εικόνα, σε πραγματικό χρόνο, στο διορθικό υπερηχογράφημα με τη βοήθεια σημείων αναφοράς όπως είναι κύστες, οζίδια, εκσπερματικοί πόροι. Σκοπός της μελέτης είναι να συγκρίνουμε την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της ΚΔΟΒΠ στη διάγνωση καρκίνου του προστάτη σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επαναληπτική βιοψία προστάτη.

**Υλικό-Μέθοδος:** Από τα αρχεία καταγραφής της κλινικής μας πραγματοποιήσαμε ιστορική μελέτη κοόρτης (Cohort Study) σε 40 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επαναληπτική βιοψία προστάτη λόγω αυξημένου PSA και υποψίας καρκίνου του προστάτη. Η ομάδα των ασθενών (15 περιπτώσεις) που υποβλήθηκε πριν την επαναληπτική βιοψία προστάτη σε MP-MRI συγκρίθηκε με την ομάδα ελέγχου των ασθενών (25 περιπτώσεις) που στο παρελθόν είχε υποβληθεί κατευθείαν σε επαναληπτική βιοψία προστάτη. Τα δεδομένα που μελετήθηκαν και στις δύο ομάδες ασθενών ήταν ο μέσος αριθμός λήψεως ιστοτεμαχίων ανά βιοψία, το ποσοστό διάγνωσης καρκινικής νόσου και επιπλοκών.

**Αποτελέσματα:** Στις δυο ομάδες ασθενών δεν ανευρέθη στατιστικά σημαντική διαφορά και ως προς την ηλικία, το PSA και τον όγκο του προστάτη. Το ποσοστό θετικής βιοψίας στους ασθενείς στους οποίους είχε προηγηθεί MP-MRI ήταν 26.6% (4 ασθενείς) έναντι 20% (5 ασθενείς) στην ομάδα ελέγχου των ασθενών. Η ανάλυση των δεδομένων δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (Pearson's chi square test,  $p=0.56$ ). Ο αριθμός λήψεως ιστοτεμαχίων ανά βιοψία ήταν μεγαλύτερος στην ομάδα ελέγχου και κυμαίνεται από 9 έως 18 (μ.ο. 12,2), ενώ στην ομάδα που είχε υποβληθεί σε MP-MRI ήταν από 6 έως 14 (μ.ο. 9). Στο ποσοστό των επιπλοκών δεν εμφανίστηκε σημαντική διαφορά στις δύο ομάδες ασθενών με πιο συχνές να είναι αυτές της αιμοσπερμίας και της αιματοουρίας.

**Συμπεράσματα:** Ασθενείς με αρνητική προηγηθείσα βιοψία προστάτη και υποψία προστατικού καρκίνου συχνά υποβάλλονται σε πολλαπλές βιοψίες προστάτη. Η πραγματοποίηση MP-MRI προστάτη πριν την εκτέλεση της επαναληπτικής διορθικής βιοψίας μπορεί να αυξήσει το ποσοστό ανεύρεσης θετικών αποτελεσμάτων για καρκίνο προστάτη, εάν και απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός δειγμάτων για να επιβεβαιωθεί και στατιστικά αυτή τη διαφορά. Με την ενδεδειγμένη χρήση της MP-MRI αφενός είναι δυνατόν να αποφεύγεται η εκτέλεση άσκοπων βιοψιών, αφετέρου μπορεί να ανευρεθούν κλινικά σημαντικοί καρκίνοι.

## 17. ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ: ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Αριστέιδης Χρονόπουλος<sup>1</sup>, Θεοδώρα Ζάρρα<sup>2</sup>, Μαρία Καπρουλά<sup>3</sup>

1. Στοματικός Χειρουργός, Ιδιωτικό Ιατρείο, Καλαμάτα
2. Ενδοδοντολόγος, Ιδιωτικό Ιατρείο, Λάρισα
3. Πολεμικό Ναυτικό, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η οστεονέκρωση των γνάθων από ακτινοβολία αποτελεί μία ανεπιθύμητη συνέπεια της ακτινοβολίας που χρησιμοποιείται για θεραπευτικούς σκοπούς. Κατά καιρούς διάφοροι παράγοντες έχουν συσχετιστεί με την ανάπτυξη της οστεονέκρωσης των γνάθων.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη η οποία περιελάμβανε όλες τις περιπτώσεις οστεονέκρωσης των γνάθων οι οποίες θεραπεύτηκαν στην κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Πανεπιστημίου του Μονάχου στην περίοδο 2003-2012.

**Αποτελέσματα:** Εκατόν δεκαπέντε ασθενείς με συνολικά 153 περιπτώσεις οστεονέκρωσης συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Είκοσι τρεις ήταν σταδίου I, 31 σταδίου II και 99 σταδίου III. Η αρχική εντόπιση του καρκίνου αφορούσε στις περισσότερες περιπτώσεις το έδαφος του στόματος, τη γλώσσα και το φάρυγγα. Ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, το μέγεθος του καρκίνου (T) καθώς και το στάδιο του καρκίνου (UICC) είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το στάδιο της οστεονέκρωσης.

**Συμπεράσματα:** Η οστεονέκρωση των γνάθων από ακτινοβολία παραμένει μία δύσκολη επιπλοκή. Η συσχέτιση του σταδίου της οστεονέκρωσης με τα επιδημιολογικά στοιχεία, τα γενικά προβλήματα υγείας των ασθενών καθώς και με το στάδιο της αρχικής νόσου μπορεί να εξηγηθεί με βάση τα δεδομένα της σύγχρονης βιβλιογραφίας της ακτινοθεραπείας με σοβαρές συνέπειες για τον ασθενή και το περιβάλλον του.

## 18. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΡΝΕΑΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΡΟΧΑΛΗΤΟ

Παναγιώτης Κουσουλής<sup>1</sup>, Αναστάσιος Καλλιάνος<sup>2</sup>

1. Ωτορινολαρυγγολογικό Ιατρείο, Καλαμάτα
2. Πνευμονολογικό Ιατρείο, Θεραπευτική Κλινική ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η διάγνωση της αιτίας αλλά και της βαρύτητας του ροχαλητού και της υπνικής άπνοιας μόνο με την κλινική εξέταση είναι δύσκολη,

καθώς στην παθοφυσιολογία συμμετέχει το ανώτερο αναπνευστικό (ρινική κοιλότητα και υπερώα), το κατώτερο αναπνευστικό (αμυγδαλές και βάση γλώσσας) ή και τα δύο μαζί. Η μελέτη ύπνου με τη συσκευή Arneagraph δίνει στοιχεία τόσο για τη βαρύτητα του συνδρόμου όσο και για την εντόπιση της απόφραξης του αεραγωγού. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της χρησιμότητας της μελέτης ύπνου με τη συσκευή Arneagraph στη λήψη θεραπευτικής απόφασης σε ασθενείς με πρωταρχικό σύμπτωμα το ροχαλιτό ή/και πιθανή υπνική άπνοια.

**Υλικό-Μέθοδος:** Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινική Ωτορινολαρυγγολογική εξέταση συμπεριλαμβανομένης της ενδοσκόπησης. Χρησιμοποιήθηκε επιπλέον, το ερωτηματολόγιο υπνηλίας Erworth (ESS). Ασθενείς με ESS>15 παραπέμπονταν κατευθείαν για πολυσωματογραφική μελέτη ύπνου και δε συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μελέτη. Τέλος, η ένταση του ροχαλιτού μετρήθηκε από το/τη σύντροφο με τη χρήση οπτικής αναλογικής κλίμακα (0=Καθόλου ροχαλιτό-10=Ροχαλιτό που αναγκάζει το/τη σύντροφο να φύγει από το κρεβάτι). Στη συνέχεια οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μελέτη ύπνου με τη συσκευή Arneagraph. Η απόφαση για θεραπευτική παρέμβαση (χειρουργική ή συντηρητική) λαμβανόταν μετά την ολοκλήρωση της διερεύνησης. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας μετρήθηκε με την κλίμακα υπνηλίας ESS και με το ερωτηματολόγιο από το/τη σύντροφο του ασθενούς σε δύο χρονικά σημεία (δύο μήνες και ένα έτος μετά το τέλος της θεραπείας).

**Αποτελέσματα:** Εικοσιοκτώ ασθενείς (20 άνδρες και 8 γυναίκες) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Από αυτούς οι 5 (17,9%) είχαν δείκτη απνοιών (AHI) μεγαλύτερο από 30 σύμφωνα με το Arneagraph και παραπέμφθηκαν για πολυσωματογραφική μελέτη ύπνου, ως μη κατάλληλοι για χειρουργική θεραπεία. Στους ασθενείς αυτούς χορηγήθηκε συσκευή αναπνοής θετικής πίεσης (C-PAP). Σε 6 ασθενείς (6/28 – 21,4%) προτάθηκε συντηρητική αντιμετώπιση (π.χ. με αλλαγή στη στάση του ύπνου, απώλεια βάρους, χρήση ενδορινικών προθέσεων). Σε επτά ασθενείς (25%) διαγνώστηκε απόφραξη κυρίως από τον ανώτερο αεραγωγό και υποβλήθηκαν σε χειρουργική θεραπεία στη ρινική κοιλότητα σε συνδυασμό με εφαρμογή ραδιοσυχνοτήτων στην υπερώα. Τρεις ασθενείς (10,7%) παρουσίαζαν απόφραξη κυρίως στον κατώτερο αεραγωγό και τους προτάθηκε χειρουργική θεραπεία με φρυγγούπερωπλαστική (UPPP) και εφαρμογή ραδιοσυχνοτήτων στη βάση της γλώσσας. Οι υπόλοιποι επτά ασθενείς (25%) παρουσίαζαν πολυεπίπεδη απόφραξη και αντιμετωπίστηκαν αντίστοιχα με πολυεπίπεδη χειρουργική παρέμβαση. Η μέση τιμή στην κλίμακα Erworth παρουσίασε βελτίωση από 9.9 +/- 3.5 πριν τη θεραπεία σε 5.9 +/- 3.3 (P <0,001) και 6,2 +/- 2,5 (P <0,001) δύο μήνες και ένα έτος μετά τη θεραπεία αντίστοιχα. Η υποκειμενική εκτίμηση του ροχαλιτού από το/τη σύζυγο παρουσίασε βελτίωση από 8.4 +/- 0.9 πριν τη θεραπεία σε 3.2 +/- 2.4 (P <0,001) και 3,4+/-2,1(P <0,001) αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία του ροχαλιτού οφείλει να είναι εξατομικευμένη. Η χρήση της μελέτης ύπνου Arneagraph είναι χρήσιμη τόσο στο να επιλεγεί η κατάλληλη χειρουργική θεραπεία στους ασθενείς που το έχουν ανάγκη, όσο και στο να αποφευχθεί η χειρουργική επέμβαση στους ασθενείς που δεν πληρούν τα κριτήρια.

## **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**



## **P.01 ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΘΗΓΗΤΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ**

Έλενα Χρονοπούλου, Ιωάννης Αδαμόπουλος

Τμήμα Αιμοδοσίας, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η μεταμόσχευση μυελού των οστών έχει αναγνωρισθεί διεθνώς ως μια ιατρική πράξη εξέχουσας σημασίας. Παρά τις προσπάθειες ενημέρωσης και προσέλευσης νέων εθελοντών, δυνητικών δωτών μυελού των οστών δεν έχει ακόμη επιτευχθεί η πλήρης κάλυψη των αναγκών των ασθενών σε μοσχεύματα. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν: α) να διερευνηθεί τις στάσεις και τις προθέσεις των καθηγητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Καλαμάτα αναφορικά με τη δωρεά μυελού των οστών, β) να εντοπίσει παράγοντες που εμπλέκονται στη διαμόρφωσή τους, γ) να αναδείξει πιθανές πρωτοβουλίες τους για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των μαθητών τους στη δωρεά μυελού των οστών.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η έρευνα διενεργήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2016-2017 σε δείγμα 178 καθηγητών στους οποίους χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο που εκτιμούσε τις γνώσεις και τις στάσεις τους προς τη δωρεά μυελού των οστών.

**Αποτελέσματα:** Οι καθηγητές παρουσίασαν θετικές πεποιθήσεις ως προς τη δωρεά μυελού των οστών αλλά μέτρια θετική στάση ως προς την ενημέρωση των μαθητών τους. Εμφάνισαν υψηλό έλλειμμα γνώσεων ως προς το θέμα ενώ ελάχιστοι ήταν εγγεγραμμένοι στο Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Μυελού των Οστών. Οι στάσεις προς την εγγραφή στο Εθνικό Μητρώο βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά και θετικά με τις γνώσεις επί της διαδικασίας δωρεάς Μ.Ο., τις απόψεις που διατηρεί ο κοινωνικός περίγυρος του ατόμου, τις αλτρουιστικές τους πεποιθήσεις και το επίπεδο ικανοποίησής τους από τη ζωή. Αντιθέτως, οι προσωπικές αντιλήψεις επικινδυνότητας της διαδικασίας, βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την αρνητική στάση προς τη δωρεά Μ.Ο.

**Συμπεράσματα:** Από την έρευνα προκύπτει ότι πρέπει να ενταθούν οι προσπάθειες ενημέρωσης του κοινού στο θέμα της δωρεάς μυελού των οστών. Προτείνεται να εξετασθεί η συνεργασία των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας για την κατάρτιση ειδικού προγράμματος ευαισθητοποίησης των μαθητών στα σχολεία, των αυριανών δηλαδή εθελοντών δωτών.

## **P.02 ΘΞΕΙΑ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ, ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΘΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ**

Γεώργιος Αλεβητσοβίτης<sup>1,2</sup>, Σταυρούλα Κοσμοπούλου<sup>2</sup>, Γεώργιος Κουδούνης<sup>2</sup>, Περικλής Κλουφέτος<sup>2</sup>

1. 120 Πτέρυγα Εκπαίδευσης Αέρος

2. Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Εισαγωγή:** Η Ηωσινοφιλική Μυοκαρδίτιδα αποτελεί μια δυνητικά θανατηφόρο νόσο του μυοκαρδίου και χαρακτηρίζεται από διήθηση του μυοκαρδίου από κύτταρα φλεγμονής, μεταξύ των οποίων ανευρίσκεται μία σημαντική αναλογία από πωσινόφιλα. Αφορά σε μία από τις πιο σοβαρές επιπλοκές του υπερηωσινοφιλικού συνδρόμου. Η κλινική απόδειξη μυοκαρδιακής συμμετοχής στο υπερηωσινοφιλικό σύνδρομο, περιλαμβάνει εκδηλώσεις καρδιακής ανεπάρκειας, ενδοκαρδιακούς θρόμβους, μυοκαρδιακή ισχαιμία, αρρυθμίες και σπανιότερα περικαρδίτιδα. Η έγκαιρη αναγνώριση αυτής της πάθησης και η έναρξη κορτικοστεροειδών είναι σημαντική για την αποδρομή της.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής 53 ετών νοσηλεύεται για επεισόδιο παρατεταμένου θωρακικού άλγους (CCS Angina Grading Scale II-III), συνδυαζόμενο με προσυγκοπτικές εκδηλώσεις και έντονη εφίδρωση. Στο ιστορικό του περιλαμβάνεται φαρμακευτική αγωγή με ασπιρίνη, λόγω πολλαπλών επεισοδίων παροδικών ΑΕΕ. Παρουσιάζει ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα συμβατή με έμφραγμα κατώτερου τοιχώματος και προσθιοπλάγια ισχαιμία, καθώς και θετική μυοκαρδιακή ενζυμική δραστηριότητα. Επίσης παρουσιάζει λευκοκυττάρωση με επικράτηση των πωσινόφιλων στην ποσοστιαία ανάλυση. Αντιμετωπίζεται αρχικά ως οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, ενώ στην επεμβατική μελέτη διαπιστώνεται φυσιολογική απεικόνιση των στεφανιαίων αγγείων. Ακολούθως ο ασθενής παρουσιάζει επιδείνωση της κλινικής του εικόνας με εξέλιξη σε καρδιογενή καταπληξία, κατά τη διαγνωστική προσέγγιση της οποίας διαπιστώνεται εικόνα περιφερικής πνευμονικής θρομβοεμβολικής νόσου και υπερηχογραφική εικόνα καρδιακής ανεπάρκειας με μειωμένο κλάσμα εξώθησης. Σε απουσία άλλης εξήγησης και αδυναμία διενέργειας ενδομυοκαρδιακής βιοψίας, αντιμετωπίζεται ως πωσινόφιλική μυοκαρδίτιδα με υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών και σταδιακή βελτίωση της κατάστασής του.

**Συμπεράσματα:** Η διάγνωση αυτής της νόσου, αν και απαιτεί ενδομυοκαρδιακή βιοψία για επιβεβαίωση, δεν αφήνει πολλά χρονικά περιθώρια για αντιμετώπιση και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση για αποφυγή επιπλοκών. Απαιτείται υψηλού βαθμού κλινική υποψία και αναλυτική προσέγγιση όλων των εργαστηριακών ευρημάτων για να μπορέσει να τεθεί έγκαιρα η σωστή διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση.

## **P.03 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΤΟΥ**

### **Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ**

Δημήτριος Γκότσος<sup>1</sup>, Γεώργιος Αλεβητσοβίτης<sup>2</sup>, Χαράλαμπος Παντοπούλος<sup>1</sup>, Βασίλειος Καραμπέτσος<sup>1</sup>, Ανδρέας Κολλέρης<sup>1</sup>, Γεωργίου Παρασκευή<sup>1</sup>, Νικόλαος Μουρίκης<sup>1</sup>, Διονύσιος Σβορώνος<sup>1</sup>, Ανδρέας Κολονιάρης<sup>1</sup>, Νικόλαος Λιονάκης<sup>1</sup>, Ηλίας Νταίβης<sup>1</sup>, Ηλίας Τσίχλης<sup>1</sup>, Αθανάσιος Αντωνιάδης<sup>1</sup>, Περικλής Κλουφέτος<sup>1</sup>, Εμμανουήλ Μάκαρης<sup>1</sup>, Σταυρούλα Κοσμοπούλου<sup>1</sup>, Γεώργιος Κουδούνης<sup>1</sup>

1. Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

2. 120 Πτέρυγα Εκπαίδευσης Αέρος, Υγειονομική Υπηρεσία

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Μέσα από τη διαχρονική παρακολούθηση της προσφοράς ενός άρτια οργανωμένου δικτύου αιμοδυναμικών εργαστηρίων στις περιφερειακές περιοχές της Ελλάδας, διαπιστώνεται με σαφήνεια η σημασία τόσο στην επιβίωση των καρδιολογικών ασθενών, όσο και στην οικονομία σε πόρους υγείας. Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιαστούν οι συγκεντρωτικές αιμοδυναμικές παρεμβάσεις στη χρονική διάρκεια ενός έτους, με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία των ασθενών, το είδος της επεμβατικής αγγειακής προσπέλασης σε συσχετισμό με τη μείωση των ημερών νοσηλείας, καθώς και η δυναμική του αιμοδυναμικού εργαστηρίου στα πλαίσια της διενέργειας πρωτογενούς παρέμβασης στα οξεία στεφανιαία συμβάντα.

**Υλικό-Μέθοδος:** Αντλήθηκαν τα δεδομένα από το πληροφοριακό σύστημα του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας για την περίοδο από 1-5-2017, έως 1-5-2018. Τα δεδομένα αφορούν σε σύνολο 617 ασθενών [410 (66%) άνδρες- 207 (34%) γυναίκες], οι οποίοι υπεβλήθησαν σε αιμοδυναμική μελέτη-παρέμβαση στα πλαίσια εισαγωγής για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, αξιολόγηση διαταραχών σε ασθενείς με σταθερή στηθάγχη, βαλβιδοπάθειες κ.α. Συγκεκριμένα αντιμετωπίστηκαν 440 οξεία στεφανιαία σύνδρομα, 60 περιστατικά επιδείνωσης σταθερής στηθάγχης, 32 περιστατικά διερεύνησης στεφανιαίας νόσου στα πλαίσια χειρουργείου βαλβιδοπάθειας, 23 περιστατικά διερεύνησης πρωτοδιαγνωσθείσας καρδιακής ανεπάρκειας, 14 επεισόδια μυοκαρδίτιδας για αποκλεισμό στεφανιαίας συμμετοχής, 4 περιστατικά αιμοδυναμικής μελέτης με δεξιό καθετηριασμό και 44 περιστατικά τα οποία δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώνεται μία αυξητική δυναμική τάση του αιμοδυναμικού εργαστηρίου στην πληρότητα και αρτιότητα στην αντιμετώπιση σοβαρών καρδιολογικών επιπλοκών, καθώς και μία ύφεση των ημερών νοσηλείας με την αντίστοιχη αύξηση των περιστατικών τα οποία αντιμετωπίζονται μέσω κερκιδικής προσπέλασης.

**Συμπεράσματα:** Είναι αναμφισβήτητη η σπουδαιότητα της αποκεντρωμένης λειτουργίας άρτια οργανωμένων αιμοδυναμικών εργαστηρίων, τόσο με όρους ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και με όρους κόστους-οφέλους, στοιχεία τα οποία χρήζουν περισσότερης αξιολόγησης.

#### P.04 ΕΤΟΙΜΟ ΦΑΓΗΤΟ: Η ΜΑΣΤΙΓΑ ΤΟΥ ΑΙΩΝΑ

Γεωργία Δημητρίου<sup>1</sup>, Φωτεινή Βασιλοπούλου<sup>1</sup>, Βάιος Κατσάρος<sup>1</sup>, Σταύρος Αντωνόπουλος<sup>2</sup>

1. ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
2. ΓΝ Αργολίδας-NM Άργους

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει μόνο το 5% των θερμίδων που λαμβάνουμε καθημερινά να προέρχεται από ζάχαρη. Η κατανάλωση από παιδιά κατεργασμένης ζάχαρης ενοχοποιείται για οδοντικά προβλήματα, προβλήματα συμπεριφοράς, παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη και ηπατικές βλάβες. Επιπλέον, η κατανάλωση «junk food» αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας και χρόνιων παθήσεων όπως η υπέρταση και η υπερκολληστερολαιμία και φαίνεται να επηρεάζει την ικανότητα συγκέντρωσης για μεγάλα διαστήματα. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή διατροφικών συνθηκών των παιδιών που σχετίζονται κυρίως με μη θρεπτικά/ λιπαρά γεύματα.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν οι συνήθειες 397 μαθητών δευτέρας και έκτης τάξης δημοτικών σχολείων του δήμου Καλαμάτας, με τη συλλογή ερωτηματολογίου που μοιράστηκε στους γονείς.

**Αποτελέσματα:** Στις παρακάτω ερωτήσεις απάντησαν ως εξής:

ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ ΤΡΩΝΕ ΠΡΟΙΟΝΤΑ ΠΕΡΙΠΤΕΡΟΥ	
1	204 (52%)
2-4	176 (44%)
5-7	13 (3%)
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 7	4 (1%)

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΙ ΓΛΥΚΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ	
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	37 (9%)
ΜΕΡΑ ΠΑΡΑ ΜΕΡΑ	138 (35%)
1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	222 (56%)
1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	0
ΠΟΤΕ	0

ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ ΤΡΩΕΙ ΕΤΟΙΜΟ ΦΑΓΗΤΟ, ΦΑΣΤ ΦΟΥΝΤ ΚΤΛ	
ΠΟΤΕ	136 (34%)
ΜΙΑ ΦΟΡΑ	226 (57%)
2-4	35 (9%)
5-7	0
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 8	0

Το 57% του συνόλου απάντησαν πως στο σπίτι υπάρχουν πάντα φρούτα και φαγητό, το 18% έχουν πάντα στο σπίτι φρούτα, φαγητό και γλυκά, ενώ στο 3% των σπιτιών εκτός των άλλων υπάρχουν πάντα και αναψυκτικά. Στα σπίτια που υπάρχουν πάντα γλυκά και αναψυκτικά (22%), παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά κατανάλωναν σε μεγαλύτερο ποσοστό (53%) 2-4 φορές την εβδομάδα προϊόντα περιπτερού. Επίσης, κατανάλωναν γλυκά καθημερινά στο 22% και μέρα παρά μέρα στο 55%, ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου φαγητού αλλά ούτε και στο δείκτη μάζας σώματος των παιδιών αυτών. Αντίθετα, στα σπίτια που δεν υπήρχε πάντα φαγητό (8%), παρατηρήθηκε κατανάλωση έτοιμου φαγητού 2-4 φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 19%, ενώ δεν υπήρχε διαφορά στο ποσοστό των παχύσαρκων παιδιών.

**Συμπεράσματα:** Μικρό φαίνεται να είναι το ποσοστό των παιδιών που καταναλώνει σχεδόν καθημερινά προϊόντα περιπτερού ή έτοιμο φαγητό, ενώ συχνότερη φαίνεται η κατανάλωση γλυκών. Επίσης παρατηρείται μια συσχέτιση της συχνότητας κατανάλωσης των ανωτέρω με την «εύκολη πρόσβαση» σε τρόφιμα που υπάρχουν εντός του σπιτιού.

## P.05. ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ & ΚΥΗΣΗ

Γιώργος Πετράκος<sup>1,5</sup>, Δημήτρης Μπουντουβάς<sup>2</sup>, Διονυσία Λαμπροπούλου<sup>3</sup>, Έλενα Αλχαζίδου<sup>1</sup>, Κωνσταντίνα Αδαμοπούλου<sup>1</sup>, Απόστολος Κυριάκος Ζολώτας<sup>1</sup>, Ιωάννης Αδαμόπουλος<sup>4</sup>, Μαρία Τσιρώνη<sup>5</sup>

1. Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
2. Β' Πανεπιστημιακή Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, ΠΓΝΑ «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ»
3. Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας
4. Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
5. Τμήμα Νοσλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα θαλασσαιμικά σύνδρομα αποτελούν μία ετερογενή ομάδα κληρονομικών νοσημάτων που μεταβιβάζονται κατά τον υπολειπόμενο σωματικό χαρακτήρα και οφείλονται σε βλάβες των γονιδίων των πεπτιδικών αλυσίδων της αιμοσφαιρίνης. Οι βλάβες αυτές οδηγούν σε ελαττωμένη σύνθεση μίας ή περισσότερων αλυσίδων, με συνέπεια ελαττωμένη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης ή των αιμοσφαιρινών των οποίων η αλυσίδα αυτή αποτελεί μέρος. Οι θαλασσαιμίες ανάλογα με το γονίδιο που έχει υποστεί βλάβη διακρίνονται αδρά σε α και β-θαλασσαιμίες. Δεδομένου ότι οι μελέτες στη βιβλιογραφία σχετικά με επιδημιολογικά στοιχεία των κύψεων με μεσογειακή αναιμία είναι περιορισμένες και περιορίζονται συνήθως σε μεμονωμένες αναφορές περιστατικών (case report) χωρίς την ύπαρξη καταγεγραμμένων χαρακτηριστικών αυτών, η παρούσα εργασία αποτελεί τμήμα μελέτης που στοχεύει να καταγράψει και να διερευνήσει τα κλινικά χαρακτηριστικά των εν λόγω κύψεων καθώς και την έκβαση αυτών.

**Υλικό-Μέθοδος:** Το δείγμα της εργασίας αποτέλεσαν 4 γυναίκες με μεσογειακή αναιμία που γέννησαν στο Γ.Ν. Μεσσηνίας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τους ιατρικούς φακέλους της αιθούσας τοκετών και της μονάδας μεσογειακής αναιμίας του Γ.Ν. Μεσσηνίας.

**Αποτελέσματα-Συμπεράσματα:** Κατά την κύηση είναι απαραίτητη η συστηματική καρδιακή παρακολούθηση της εγκύου, η διατήρηση της αιμοσφαιρίνης 10-10.5g/dL, η αύξηση της συχνότητας μεταγγίσεων, η διακοπή της αποσιδήρωσης και η μέτρηση της φερριτίνης κάθε μήνα, η ενδοκρινολογική παρακολούθηση που περιλαμβάνει έλεγχο για σακχαρώδη διαβήτη και τη θυρεοειδική λειτουργία, η παρακολούθηση της ηπατικής λειτουργίας καθώς και η μαιευτική παρακολούθηση της μητέρας και του εμβρύου με υπερηχογράφημα για παρακολούθηση της ενδομήτριας ανάπτυξης. Η κύηση σε ασθενείς που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία αποτελεί μία κατάσταση υψηλού κινδύνου, με αυξημένα ποσοστά επιπλοκών και η παρακολούθηση ανάλογων περιστατικών θα πρέπει να γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα αναφοράς. Με την προϋπόθεση στενής συνεργασίας της ομάδας Καρδιολόγου, Ενδοκρινολόγου, Αιματολόγου, Μαιευτήρα και με βασικό συντονιστή το θεράποντα Ιατρό, η κύηση είναι εφικτή και μπορεί να εξελιχθεί ομαλά και με ασφάλεια για τη θαλασσαιμική μητέρα και το παιδί της.

## P.06 ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΤΑΧΥΠΝΟΙΑ ΣΤΟ Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2016-2017

Δημήτριος Μπουντουβάς<sup>1</sup>, Απόστολος-Κυριάκος Ζολώτας<sup>2</sup>, Διονυσία Λαμπροπούλου<sup>3</sup>, Έλενα Αλχαζίδου<sup>2</sup>, Σταύρος Αντωνόπουλος<sup>4</sup>, Γεώργιος Πετράκος<sup>2</sup>

1. Β' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, ΠΓΝΑ «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ»
2. Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
3. Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας
4. Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Άργους

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παροδική ταχύπνοια των νεογνών είναι η πιο κοινή αιτία αναπνευστικής δυσχέρειας στην πρώιμη νεογνική περίοδο. Οι βασικοί παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση παροδικής ταχύπνοιας είναι η καισαρική τομή, η προωρότητα, το άρρεν φύλο, οι ακραίες τιμές βάρους γέννησης καθώς και ο ΣΔ και το άσθμα της μητέρας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Έγινε καταγραφή των περιστατικών που εισήχθησαν στην Παιδιατρική κλινική το έτος 2016-2017 για παρακολούθηση και αντιμετώπιση με κλινική εικόνα παροδικής ταχύπνοιας. Μελετήθηκαν 40 περιστατικά με κλινική εικόνα παροδικής ταχύπνοιας.

**Αποτελέσματα:** Από τα περιστατικά που μελετήθηκαν τα 26 ήταν αγόρια και τα 14 κορίτσια, ενώ εξ' αυτών τα 29 γεννήθηκαν με καισαρική τομή. Το 15% εξ αυτών ήταν πρόωρα και τα υπόλοιπα τελειόμηνα. Οι 4 από τις μητέρες είχαν σακχαρώδη διαβήτη κύησης, η 3 ήταν βαριές καπνίστριες, η 1 έπαυσε από



βρογχικό άσθμα υπό αγωγή, ενώ οι υπόλοιπες δεν παρουσίαζαν κάποια άλλη παθολογία. Τέλος, μόνο 5 από τα νεογνά είχαν χαμηλό βάρος γέννησης (<2.500gr). Από την καταγραφή προκύπτει ότι το 52,5% των νεογνών εμφάνισε συμπτώματα αμέσως μετά τη γέννηση, το 40% 1-2 ώρες μετά τη γέννηση, το 5% μετά την 3η ώρα ζωής και το 2,5% μετά τις 12 ώρες ζωής. Τα συμπτώματα υποχώρησαν στο 85% των νεογνών το 1ο 24ωρο ζωής, στο υπόλοιπο 15% εντός 48ώρου. Το πιο κοινό χαρακτηριστικό της κλινικής τους εικόνας εκτός της ταχύπνοιας, ήταν ο γογγυσμός (σε ποσοστό 80%). Όλα τα νεογνά διατηρούσαν καλό κορεσμό εκτός οξυγόνου >95% εκτός από 2. Αντιμετωπίστηκαν στην πλειονότητα (82,5%) με χορήγηση διάχυτου οξυγόνου στο 1-2 lit/min και μόνο το 17,5% έρχεζε ανάγκης hood.

**Συμπεράσματα:** Από την καταγραφή προκύπτει ότι υπάρχει αυξημένη επίπτωση σε αγόρια και νεογνά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή. Τα συμπτώματα υποχώρησαν εντός 24 έως 48 ωρών, με συντηρητική αγωγή όπως θερμοκοιτίδα και χορήγηση οξυγόνου, καθώς πρόκειται για μια αυτοελεγχόμενη κατάσταση. Δεν προκύπτει συσχέτιση στη συγκεκριμένη καταγραφή με την ηλικία της μητέρας ούτε και με τον αριθμό των κυήσεων.

## **P.07 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΜΟΡΦΟΥΜΕΝΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ (IMRT) Vs ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (3DCRT) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΓΚΟΥΣ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

Ι. Γεωργακόπουλος, Σ. Παπαγεωργίου, Ι. Βαμβακάς, Β. Κωστάκης  
Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η τεχνική IMRT έχει καθιερωθεί ως θεραπεία εκλογής στον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, αφού αυξάνει το θεραπευτικό όφελος με την έννοια της επαρκούς κάλυψης του όγκου στόχου και παράλληλα της ικανής προστασίας των υγιών ιστών. Η εργασία αυτή σκοπό έχει να παρουσιάσει την υπεροχή του IMRT έναντι της 3DCRT τεχνικής αναλύοντας δοσιμετρικές παραμέτρους.

**Υλικό-Μέθοδος:** Τέσσερις ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου περιλήφθηκαν στη μελέτη. Για όλους τους ασθενείς, έγινε σχεδιασμός θεραπείας τόσο για την τεχνική IMRT όσο και για την 3DCRT, εφαρμόζοντας τις ίδιες ακριβώς παραμέτρους (ίδιοι ακριβώς ακτινοβολητέοι όγκοι - target volume contours και ίδιοι περιορισμοί δόσης - constraints). Όργανα σε κίνδυνο που σχεδιάστηκαν ήταν: παρωτίδες, νωτιαίος μυελός, ισοσφάγος, λάρυγγας, σφιγκτήρες μύες φάρυγγος, οπτικά νεύρα, οπτικό χίασμα, στέλεχοςεγκεφάλου, κροταφογοναθιακή διάρθρωση και στοματική κοιλότητα. Ο υπολογισμός του πλάνου θεραπείας στην IMRT τεχνική έγινε σε σύστημα Pinnacle ver. 7.4 f – Adacs Philips system ενώ η θεραπεία των ασθενών έγινε με πρωτόκολλο static step and shoot σε Elekta Precise γραμμικό επιταχυντή εφοδιασμένο με iView GT.H σύγκριση των πλάνων θεραπείας των δύο τεχνικών έγινε με εκτίμηση των κατανομών δόσης και των ιστογραμμάτων δόσης όγκου (DVH) για τους ακτινοβολητέους όγκους (PTVs) και τα όργανα σε κίνδυνο. Για κάθε ασθενή και για επιλεγμένα όργανα σε κίνδυνο (παρωτίδες και νωτιαίο μυελό) αξιολογήθηκαν η μέση, ελάχιστη και μέγιστη δόση, η τυπική απόκλιση, ο όγκος των ιστών που λάμβανε ένα συγκεκριμένο επίπεδο δόσης και τα επίπεδα δόσης που σχεδιάστηκαν να χορηγηθούν σε συγκεκριμένο όγκο ιστού.

**Αποτελέσματα:** Και στις τέσσερις περιπτώσεις ήταν φανερό η ανωτερότητα του IMRT έναντι της 3DCRT τεχνικής, κυρίως όσον αφορά στη βέλτιστη θεραπευτική κάλυψη της νόσου και παράλληλα της ελάττωσης της δόσης ακτινοβολίας οργάνων σε κίνδυνο, ιδίως του νωτιαίου μυελού και των παρωτίδων. Προκειμένου να εξαχθούν συγκρίσιμα αποτελέσματα το πλάνο 3DCRT απαιτούσε τουλάχιστον επτά ομοιοεπίπεδες δέσμες φωτονίων.

**Συμπεράσματα:** Η ανωτερότητα της τεχνικής IMRT συγκριτικά με την 3DCRT στην αντιμετώπιση των όγκων κεφαλής και τραχήλου, ως προς την ασφάλεια των οργάνων σε κίνδυνο, συμφωνεί με τα δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία.

## **P.08 ΔΕΣΜΟΕΙΔΗΣ ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΟΣ ΜΕ ΘΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ ΛΟΓΩ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΗΣΗΣ**

Παναγιώτης Σολωμός<sup>1</sup>, Δημήτριος Καπαρέλος<sup>1</sup>, Σπυρίδων Αρναούτος<sup>1</sup>, Μαργαρίτα Αμπαδιωτάκη<sup>1</sup>, Ζωή Λαμπρινού<sup>1</sup>, Ανδρομάχη Μπάμπαλη<sup>2</sup>, Νεοκλής Κρητικός<sup>1</sup>, Σωτήριος Σωτηριανάκος<sup>2</sup>

1. Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Λακωνίας-NM Σπάρτης

2. Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝ Λακωνίας-NM Σπάρτης

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι δεσμοειδείς όγκοι προέρχονται από τις μυϊκές δομές και τις απονευρώσεις του σώματος και θεωρούνται καλοήθεις όγκοι. Μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε μυ, αλλά συχνότερα στον ορθό κοιλιακό μυ, σε γυναίκες μετά τον τοκετό. Οι περισσότεροι από τους ενδοκοιλιακούς δεσμοειδείς όγκους εμφανίζονται στο μεσεντέριο, συνήθως του λεπτού εντέρου, και αποτελούν τον πιο κοινό πρωτοπαθή όγκο του μεσεντερίου. Στην πλειοψηφία τους, οι όγκοι αυτοί εμφανίζονται σποραδικά εκτός εάν εμπλέκονται ορισμένα σύνδρομα όπως το σύνδρομο Gardner. Στη παρούσα εργασία παρουσιάζουμε μια περίπτωση δεσμοειδούς όγκου, η οποία θεωρείται ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα επειδή ο ασθενής δεν ήταν θήλυ, δεν είχε προηγούμενες επεμβάσεις στην κοιλιά και προσήλθε με εντερική διάτρηση, μια σπάνια επιπλοκή για αυτόν τον τύπο όγκων. Περιγράφονται τα διαδοχικά στάδια της διάγνωσης, η χειρουργική επέμβαση και η συνολικά επιτυχή αντιμετώπιση.

**Περιγραφή περιπτώσεως:** Υγιής άρρεν 42 ετών, καυκάσιος καταγωγής προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με οξύ διάχυτο κοιλιακό άλγος, αρχόμενο από 2ώρου. Ο ασθενής ανέφερε ήπια πυρετική κίνηση καθώς και επεισόδια διάρροιας και εμέτου 2 ημέρες πριν την έναρξη του οξέως κοιλιακού άλγους. Στο προηγούμενο ιατρικό και χειρουργικό ιστορικό του δεν υπήρχε κάτι αξιοσημείωτο και δεν ελάμβανε καμία φαρμακευτική αγωγή. Τα ζωτικά του κατά την έλευση στα ΤΕΠ ήταν: Καρδιακή Συχνότητα: 91/λεπτό, ΑΠ: 155/90mmHg, θερμοκρασία: 37.4°C, Sat: 99%. Κατά την κλινική εξέταση, η κοιλιά ήταν σε σύσπαση με αναπνδώρα ευαισθησία και με απουσία εντερικών ήχων. Τα εργαστηριακά ευρήματα ήταν: WBC: 14.0K/μL με 80% ουδετερόφιλα και CRP:

12mg/L, ενώ η ουρία και οι ηλεκτρολύτες βρίσκονταν εντός φυσιολογικών ορίων. Η ακτινογραφία θώρακος σε όρθια θέση αποκάλυψε πνευμοπεριτόναιο υποδεικνύοντας πιθανή διάτρηση εντέρου. Η αξονική άνω κάτω κοιλίας επιβεβαίωσε την υποψία και κατέδειξε μάζα (περίπου 7.2 x 5cm) πλησίον της ειλεοτυφλικής βαλβίδας με περιεχόμενο περιτονιακό υγρό και αέρα. Πραγματοποιήθηκε επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία. Μία ευμεγέθης μάζα ανευρέθη στο μεσεντέριο πλησίον της ειλεοτυφλικής βαλβίδας με τμήμα του ειλεού κολλημένο σε αυτή. Μια έλικα του σιγμοειδούς βρέθηκε επίσης παγιδευμένη εντός της μάζας και εκεί εντοπιζόταν το τμήμα του εντέρου που είχε διαρραγεί. Η μάζα αφαιρέθηκε με εντεροτομή του ειλεού, απευθείας αναστόμωση και δημιουργία loop κολοστομίας στο σημείο της διάτρησης. Η μάζα απεστάλη για ιστολογική ανάλυση η οποία αποκάλυψε πως επρόκειτο για δεσμοειδή όγκο. Ο ασθενής υπεβλήθη σε θεραπεία με ΜΣΑΦ μετεγχειρητικά. Πέντε μήνες αργότερα υπεβλήθη δευτέρα προγραμματισμένη επέμβαση για αποκατάσταση της loop κολοστομίας του σιγμοειδούς και το περιστατικό διεκπεραιώθηκε αισίως.

**Συμπεράσματα:** Αρκετοί παράγοντες έχουν καταστήσει αυτή την περίπτωση δεσμοειδούς όγκου ενδιαφέρουσα και κατ' εμάς άξια αναφοράς και κοινοποίησης. Ο ασθενής ήταν άρρεν, δεν είχε ιστορικό προηγούμενου χειρουργείου στην κοιλιά ή οιστρογονοθεραπείας, η εντόπιση της μάζας ήταν εντός του μεσεντερίου με παγίδευση τμήματος του λεπτού εντέρου εντός αυτής και ο ασθενής προσήλθε με συμπτώματα οξείας κοιλίας λόγω εντερικής διάτρησης. Εκτός του χαρακτηριστικού τρόπου εκδήλωσής του, το περιστατικό καταδεικνύει πως οι φαινομενικά καλοήθεις όγκοι, όπως οι δεσμοειδείς, μπορούν να γίνουν απειλητικοί για τη ζωή και για το λόγο αυτό δε θα πρέπει να υποτιμούνται αλλά να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Επιλέχθηκε μια μάλλον επιθετική θεραπευτική προσέγγιση η οποία συνιστάται λόγω των υψηλών ποσοστών υποτροπής η οποία περιελάμβανε πλήρη χειρουργική εκτομή και μετεγχειρητική κυτταροτοξική χημειοθεραπεία. Τα θετικά αποτελέσματα με τον ασθενή μας τεκμηριώνουν την επιλογή αυτού του τρόπου θεραπείας.

## Ρ.09 ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΕΛΚΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ: ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Π. Καραβίτης, Α. Παπαγιάννη, Ν. Γιώτη, Κ. Πετράκη  
Γαστρεντερολογικό Ιατρείο, ΓΝ Μεσσηνίας-ΝΜ Καλαμάτας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι δυο πιο συχνές αιτίες έλκους στομάχου είναι η λοίμωξη από *H. pylori* και η λήψη ΜΣΑΦ. Άλλα σπανιότερα αίτια είναι: καρκίνος στομάχου, λέμφωμα στομάχου, συστηματική μαστοκυττάρωση, νόσος Crohn's, σαρκοείδωση, λοιμώξεις (π.χ. CMV), πρωτοπαθής γαστρεντερίτιδα. Γνωρίζουμε ότι το λοβιακό καρκίνωμα μαστού, αν και σπάνια, μεθίσταται στο στομάχο. Η ενδοσκοπική εικόνα σε αυτές τις περιπτώσεις ποικίλει από εντελώς καλοήθεις μέχρι πλήρη ομοιότητα με καρκίνο στομάχου. Ενίοτε εμφανίζεται με την εικόνα πολλαπλών ελκών. Τα έλκη αυτά διαφέρουν από τα συνήθη διότι σχηματίζονται επί εδάφους επηρμένου βλεννογόνου.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής, 88 ετών, προσήλθε για επιγαστραλγία από 2μήνου, με συνοδό ανορεξία και τάση για έμετο. Υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση κατά την οποία διαπιστώθηκε η παρουσία στο στομάχο έξι υπεργέρσεων του βλεννογόνου με έλκος στο κέντρο τους. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε «περιοχική διάχυτη διήθηση και εξέλκωση από κακόηθες νεόπλασμα, το οποίο παρουσιάζει μορφολογικά και ανοσοφαινοτυπικά χαρακτηριστικά λοβιακού καρκινώματος του μαστού». Η ασθενής στη συνέχεια υποβλήθηκε στον κατάλληλο έλεγχο που επιβεβαίωσε την παρουσία καρκίνου του μαστού.

**Συμπεράσματα:** Η μετάσταση του λοβιακού καρκινώματος του μαστού στο στομάχο, αν και σπάνια, είναι γνωστό πως μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και πολλά έτη μετά την αρχική διάγνωση και θεραπεία. Είναι, βέβαια, εξαιρετικά ασυνήθιστο να διαγνωσθεί πρώτα η μετάσταση και μετά ο καρκίνος του μαστού. Σε κάθε ασθενή με γνωστό καρκίνο μαστού που εμφανίζεται με παρατεταμένα δυσπεπτικά ενοχλήματα είναι σκόπιμο να γίνεται γαστροσκόπηση προς διερεύνηση καθώς και εκτεταμένη λήψη βιοψιών στομάχου διότι, ενίοτε, οι βλάβες δεν είναι τόσο τυπικές και η όψη τους μπορεί να είναι εντελώς καλοήθεις. Ιδιαίτερως τονίζεται η σημασία της λήψης επαρκούς υλικού για ιστολογική εξέταση σε κάθε περίπτωση ελκών στομάχου, αλλά και η σημασία της εξέτασης του υλικού από έμπειρο παθολογοανατόμο.

## Ρ.10 ΕΝΔΟΡΡΑΧΙΑΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΙΓΕΚΥΚΛΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Νικόλαος Λάσχος<sup>1</sup>, Φώτης Σεϊντής<sup>2</sup>, Φωτεινή Δαρειωτάκη<sup>1</sup>, Δήμητρα Λυμπεροπούλου<sup>1</sup>, Αναστάσιος Μακρής<sup>1</sup>, Ειρήνη-Σοφία Καραμπή<sup>1</sup>, Φαίδωνας Λιάκος<sup>3</sup>, Βασίλης Καδάς<sup>1</sup>

1. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Μεσσηνίας-ΝΜ Καλαμάτας
2. Ιδιώτης Παθολόγος/Λοιμωξιολόγος
3. Νευροχειρουργός, ΓΝ Μεσσηνίας-ΝΜ Καλαμάτας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η μετεγχειρητική μηνιγγίτιδα από πολυανθεκτικά στελέχη αποτελεί μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές της ανοσομειωτικής κρανιεκτομής, επηρεάζοντας την έκβαση των ασθενών ειδικά όταν συμμετέχουν ενδονοσοκομειακά πολυανθεκτικά στελέχη.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Πρόκειται για άντρα 50 ετών, νοσηλεύόμενο στη Μ.Ε.Θ. του Νοσοκομείου Καλαμάτας λόγω ισχαιμικού αρτηριακού εγκεφαλικού, κατανομής αριστερής μέσης εγκεφαλικής και πρόσθιας αρτηρίας, ο οποίος υποβλήθηκε σε ευρεία ανοσομειωτική κρανιεκτομή λόγω οιδήματος και πνευματικών φαινομένων. Κατά τη νοσηλεία του επιβεβαιώθηκε μηνιγγίτιδα από XDR *Klebsiella Pneumoniae*, ευαίσθητη στη κολιμυκίνη, τιγκεκυκλίνη και φωσφομυκίνη. Τοποθετήθηκε ενδορραχιαίος καθετήρας προκειμένου να υποβληθεί σε θεραπεία με τιγκεκυκλίνη (10mg x 2) και κολιμυκίνη (250.000IU x 2) σε συνδυασμό με ενδοφλέβια χορήγηση των άνωθεν αντιβιοτικών.

**Συμπεράσματα:** Παρά τη δεδομένα μεγάλη αποτελεσματικότητα της τιγκεκυκλίνης έναντι των ΧDR παθογόνων, δεν αποτελεί φάρμακο εκλογής σε περιπτώσεις μηνιγγίτιδας λόγω χαμηλής συγκέντρωσης φαρμάκου στο ΕΝΥ. Αν και υπάρχουν ελάχιστα βιβλιογραφικά δεδομένα για τη χρήση της ενδορραχιαίας τιγκεκυκλίνης στη θεραπεία των ενδοσσοκομειακών βακτηριακών μηνιγγιτιδίων, έχουν αναφερθεί διεθνώς περιπτώσεις επιτυχούς θεραπείας. Ο συνδυασμός ενδοφλέβιας και ενδορραχιαίας χορήγησης της τιγκεκυκλίνης ίσως αυξάνει τη συγκέντρωσή της στο ΕΝΥ. Η δοσολογία και η μέθοδος χορήγησης ήταν ασφαλείς και αποτελεσματικές. Τα ευρήματα μας δείχνουν ότι η ενδορραχιαία χορήγηση της τιγκεκυκλίνης, αν και δεν είναι ευρέως δόκιμος θεραπευτική μέθοδος, μπορεί να αποτελεί εναλλακτική επιλογή για τη σοβαρή μετεγχειρητική μηνιγγίτιδα σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς.

#### **P.11 ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ: ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Φωτεινή Δαρειωτάκη, Νικόλαος Λάσχος, Δήμητρα Λυμπεροπούλου, Αναστάσιος Μακρής, Ειρήνη-Σοφία Καράμνη, Σωτηρία Δρακοπούλου, Βασίλης Καδός  
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Μεσσηνίας-ΝΜ Καλαμάτας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η θερμοπληξία είναι η θερμική προσβολή στο εγκεφαλικό θερμορρυθμιστικό σύστημα που ελέγχει την παραγωγή και αποβολή θερμότητας.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άνδρας 15 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, προσκομίζεται στο Τ.Ε.Π με λιποθυμικό επεισόδιο, ενώ έχει προηγηθεί διανοητική σύγχυση και ζάλη μετά από πολύωρη έκθεση στον ήλιο κατά τη διάρκεια πεζοπορίας. Στο Τ.Ε.Π είναι εμπύρετος (θ 39.7°C) παρουσιάζει τονικοκλονικούς σπασμούς, έκπτωση επιπέδου συνείδησης και διασωληνώνεται για προστασία αεραγωγού. Διενεργήθηκε αξονική εγκεφάλου που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Κατά την είσοδό του στη Μ.Ε.Θ παρουσίασε διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, νεφρική ανεπάρκεια, ραβδομυόλυση και μυοκαρδιακή βλάβη. Δεδομένων των διαταραχών πήξεως δεν κατέστη αρχικά εφικτή η διενέργεια οσφυονωτιαίας παρακέντησης και ετέθη σε εμπειρική αντιμικροβιακή και αντιϊκή αγωγή για πιθανή μηνιγγοεγκεφαλίτιδα. Υποστηρίχθηκε με συντηρητικά μέσα (επιθετική ψύξη, ενυδάτωση). Σε δεύτερο χρόνο αποκλείστηκε η λοίμωξη του Κ.Ν.Σ με οσφυονωτιαία παρακέντηση και υποβλήθηκε σε μαγνητική εγκεφάλου με ευρήματα συμβατά με θερμοπληξία.

**Συμπεράσματα:** Η θερμοπληξία μπορεί να προκαλέσει νευρολογική δυσλειτουργία, διαταραχές πήξης καθώς και προσβολή πολλών οργάνων Παρά την πολλαπλή οργανική ανεπάρκεια που εμφάνισε ο ασθενής, με δυσμενέστερη πρόγνωση, η έγκαιρη και βέλτιστη θεραπευτική προσέγγιση οδήγησε στην πλήρη αποκατάστασή του.

#### **P.12 Ο ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ**

Μαρία Κορωνιού, Ουρανία Φυδανάκη

Υγειονομική Υπηρεσία, 120 Πτέρυγα Εκπαίδευσης Αέρος, Πολεμική Αεροπορία

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η κεφαλαλγία είναι ένα από τα συχνότερα συμπτώματα με επίπτωση κατά τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου που φθάνει το 80%. Η συντηρητική και φαρμακευτική αντιμετώπιση δεν είναι επαρκής σε πολλές περιπτώσεις χρόνιας κεφαλαλγίας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η εφαρμογή του βελονισμού έχει θετικά αποτελέσματα στον έλεγχο του άλγους σε ασθενείς με χρόνια κεφαλαλγία. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας στη χρήση του βελονισμού σε ασθενείς με κεφαλαλγία.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 11 ασθενείς (8 γυναίκες και 3 άντρες), ηλικίας 37 έως 62 ετών, οι οποίοι διεγνώσθηκαν με χρόνια κεφαλαλγία και λάμβαναν προφυλακτική φαρμακευτική αγωγή, χωρίς πλήρη έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με βελονισμό, συμπληρωματικά με την αγωγή τους, σε συγκεκριμένα πρωτεύοντα σημεία, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Επιπλέον έγινε ψηλάφηση και βελονισμός των Trigger points στην κεφαλή και το λαιμό (μαστίγρες, κροταφίτες, μετωπιαίοι, ινιακοί και στερνοκλειδομαστοειδείς μύες) καθώς και στην άνω ζώνη του τραπεζοειδούς μυός. Οι συνεδρίες πραγματοποιήθηκαν στον ίδιο χώρο, στις εγκαταστάσεις της Υγειονομικής Υπηρεσίας της 120 Πτέρυγας Εκπαίδευσης Αέρος και είχαν διάρκεια 35-40 λεπτά κάθε φορά. Ανά 10 λεπτά γίνονταν σε όλους περιστροφή και διέγερση των βελονών. Οι συνεδρίες έγιναν σε όλους με το ακόλουθο χρονοδιάγραμμα: 2 συνεδρίες την εβδομάδα για 2 εβδομάδες και ακολούθως 1 συνεδρία την εβδομάδα. Χρησιμοποιήθηκαν μεταλλικές αποστειρωμένες βελόνες βελονισμού μιας χρήσεως διαστάσεων 0.25X25mm με οδηγό. Η ένταση της κεφαλαλγίας και των συνοδών συμπτωμάτων (ναυτία έμετος, κατάθλιψη) μετρήθηκε πριν την έναρξη και μετά το τέλος των συνεδριών με μια οπτική αναλογική κλίμακα (0-10). Επιπλέον καταγράφηκε η διάρκεια και η συχνότητα των επεισοδίων μέσα στην εβδομάδα.

**Αποτελέσματα:** Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν κάποιο βαθμό βελτίωση σε συγκεκριμένο αριθμό συνεδριών. Η βελτίωση αφορούσε είτε σε ελάττωση της έντασης ή της διάρκειας της κεφαλαλγίας, είτε στη δράση φαρμάκων τα οποία πριν τη θεραπεία με βελονισμό είχαν μικρότερη ή και καμία επίδραση, είτε στην ύφεση των συνοδών της χρόνιας κεφαλαλγίας συμπτωμάτων όπως ναυτία, έμετοι, καταθλιπτική συνδρομή. Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάστηκαν 5 -10 συνεδρίες για να αναφέρουν κάποια αισθητή βελτίωση.

**Συμπεράσματα:** Ο βελονισμός έχει θετικά αποτελέσματα όταν χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική θεραπεία σε ασθενείς με χρόνια κεφαλαλγία.



### P.13 ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΤΥΜΠΑΝΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Παναγιώτης Κουσουλής, Χαράλαμπος Φέστας, Κωνσταντίνα Λεμπέση, Σοφία Πλιού  
Οτορινολαρυγγολογικό Ιατρείο, Καλαμάτα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η διατρήσεις της τυμπανικής μεμβράνης αντιμετωπίζονται παραδοσιακά με τυμπανοπλαστική υπό γενική αναισθησία χρησιμοποιώντας ως μόσχευμα περιτονία, χόνδρο ή περικόνδριο. Εντούτοις, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, υπάρχει η δυνατότητα χρήσης ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών στο περιβάλλον του ιατρείου υπό τοπική αναισθησία. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αντιμετώπιση διατρήσεων της τυμπανικής μεμβράνης με τη χρήση ειδικού απορροφητικού χαρτιού (paper-patch myringoplasty) στο περιβάλλον του ιατρείου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Ασθενείς με μικρές διατρήσεις (μικρότερες από ¼ της διαμέτρου του τυμπανικού υμένα) ανεξάρτητα από την αιτιολογία ή το χρόνο έναρξης συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Οι ασθενείς ενημερώνονταν για τις διαφορετικές μεθόδους θεραπείας και τα πλεονεκτήματα κάθε μιας από αυτές. Η ωτόρροια ήταν αντένδειξη για την επέμβαση μέχρι να ελεγχθεί πλήρως με τοπική αντιβιοτική αγωγή. Η τοπική αναισθησία γινόταν με τη χρήση κρέμας λιδοκαΐνης και πριλοκαΐνης για 30 λεπτά στον έξω ακουστικό πόρο. Ακολουθούσε νεαροποίηση των χειλέων της διάτρησης, τοποθέτηση του χάρτινου μοσχεύματος και κλείσιμο του έξω ακουστικού πόρου με απορροφήσιμο υλικό Gelfoam. Το αποτέλεσμα ελεγχόταν στο τέλος της τρίτης μετεγχειρητικής εβδομάδας.

**Αποτελέσματα:** Εννιά ασθενείς (8 άνδρες και 1 γυναίκα) που αντιμετωπίστηκαν στο ιατρείο από το 2014-2017 συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Από αυτούς οι 4 είχαν πρόσφατη τραυματική διάτρηση, ενώ στους υπολοίπους η διάτρηση ήταν χρόνια. Σύγκλιση της διάτρησης επιτεύχθηκε σε επτά από τους ασθενείς (77%). Σε μία περίπτωση τραυματικής διάτρησης λόγω αερωτίτιδας δεν κατέστη δυνατή η σύγκλιση λόγω μετακίνησης του χάρτινου μοσχεύματος για άγνωστο λόγο, οπότε και ακολούθησε τυπική τυμπανοπλαστική. Σε μια δεύτερη περίπτωση ηλικιωμένου ασθενούς με χρόνια διάτρηση και συνοδά προβλήματα υγείας που δεν επέτρεπαν τη γενική αναισθησία, η επέμβαση επαναλήφθηκε δύο φορές με μόλις μερική σύγκλιση της διάτρησης.

**Συμπεράσματα:** Η μέθοδος τυμπανοπλαστικής με τη χρήση αποστειρωμένου ειδικού χαρτιού για σύγκλιση επιλεγμένων διατρήσεων του τυμπανικού υμένα είναι μια καλή εναλλακτική για τους ασθενείς, με καλά ποσοστά επιτυχίας και πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με την κλασική τυμπανοπλαστική.

### P.14 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ CHARCOT ΑΠΟ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΕΛΚΟΣ

Αναστάσιος Μακρής<sup>1</sup>, Νικόλαος Γκιούλος<sup>1</sup>, Αδαμαντία Σπανού<sup>1</sup>, Ελένη Χατζηδάκη<sup>2</sup>, Νικολέττα Ξυδιά<sup>1</sup>

1. Διαβητολογικό Εξωτερικό Ιατρείο, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
2. Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Εισαγωγή:** Η αντιμετώπιση ενός χρόνιου έλκους προϋποθέτει την εκτίμηση των παραγόντων που δυσχεραίνουν την επούλωση του. Ένας τέτοιος παράγοντας σε ένα διαβητικό πόδι είναι η οστεοαρθροπάθεια Charcot η οποία πρέπει να διακρίνεται από την πολύ συχνότερη οστεομυελίτιδα.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άνδρας ηλικίας 51 ετών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και περιφερική διαβητική νευροπάθεια προσήλθε με εικόνα ακρωτηριασμού στο ύψος των μεταταρσίων του αριστερού ποδός, ανοικτό κολόβωμα από έτους με λίγες εκκρίσεις και οίδημα. Η διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ των σκελών η χαμηλή CRP, TKE και η απουσία δύσοσμων εκκρίσεων από το κολόβωμα έθεσε την υποψία οστεοαρθροπάθειας Charcot αντί λοίμωξης. Η ακτινογραφία ήταν μη διαγνωστική οπότε διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία (MRI) η οποία ανέδειξε οστικό οίδημα κεντρικά και ενδομυελικά στο τρίτο, τέταρτο και πέμπτο μετατάρσιο. Τέθηκε η διάγνωση οστεοαρθροπάθειας Charcot, ο ασθενής δεν έλαβε αντιβιοτικά, το σκέλος αποφορτίστηκε με μπότα με αεροθάλαμο για διάστημα 6 μηνών οπότε το κολόβωμα επούλωθηκε και το οίδημα υφέθηκε.

**Συμπεράσματα:** Η οστεοαρθροπάθεια Charcot αποτελεί μια επιπλοκή σε ασθενείς με διαβητική περιφερική νευροπάθεια με συχνότητα 0,8-7,5%. Εκδηλώνεται αρχικά ως ερυθρό, θερμό πόδι με οίδημα. Η αντιμετώπιση στηρίζεται στην αποφόρτιση του σκέλους μέχρι την ύφεση της φλεγμονής, ειδάλλως καταστρέφεται η άρθρωση και τα οστά. Η ορθή διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα και υποβοηθείται από απεικονιστικές τεχνικές. Όταν συνυπάρχει έλκος πρέπει να αποκλείεται η ύπαρξη οστεομυελίτιδας η οποία παρουσιάζει παρόμοια ακτινολογική εικόνα. Η διάγνωση της οστεοαρθροπάθειας Charcot απαιτεί υψηλή κλινική υποψία και αξιολόγηση ώστε να διαφοροδιαγινώσκειται από την οστεομυελίτιδα η οποία μπορεί και να συνυπάρχει. Η έγκαιρη διάγνωση και αποφόρτιση αποτελεί θεμέλιο λίθο για τη διάσωση του σκέλους.

### P.15 ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΘΟΛΙΚΟ ΝΕΟΓΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΑΚΟΗΣ ΣΤΗ ΜΕΣΣΗΝΙΑ

Μανώλης Ιερωνυμάκης<sup>1</sup>, Γεώργιος Καρκατζούλης<sup>1</sup>, Βασίλειος Μανέττας<sup>1</sup>, Ιωάννης Κουτραφούρης<sup>1</sup>, Ελένη Γκόλα<sup>1</sup>, Ιάσωνας Τσιλιγκαρίδης<sup>2</sup>, Παναγιώτης Κουσουλής<sup>1,3,4</sup>, Κωνσταντίνος Αποστολόπουλος<sup>1</sup>

1. ΩΡΛ Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
2. Γ.Ν.Μεσσηνίας
3. Ιδιωτικό Μαιευτήριο Λητώ
4. Οτορινολαρυγγολογικό Ιατρείο, Καλαμάτα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η διεθνής και η ελληνική βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η συχνότητα της νεογνικής βαρηκοΐας κυμαίνεται από 1-5 περιστατικά ανά

1000 γεννήσεις. Για το λόγο αυτό, ο Καθολικός Νεογνικός Έλεγχος Ακοής (ΚΝΕΑ) με τη χρήση ωτακουστικών εκπομπών (ΟΑΕ) έχει καθιερωθεί στη διεθνή πρακτική ως μια απαραίτητη προληπτική εξέταση. Από τις αρχές του 2016, η εξέταση αυτή γίνεται από την ΩΡΛ κλινική του Γ.Ν. Μεσσηνίας, από ιδιώτες Ωτορινολαρυγγολόγους και από το Ιδιωτικό Μαιευτήριο Λπτώ. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιαστούν τα αποτελέσματα του ΚΝΕΑ στο Νομό Μεσσηνίας και να διερευνηθεί η συμμόρφωση των γονιών με το πρόγραμμα ανίχνευσης βαρκοϊάς.

**Υλικό-Μέθοδος:** Κατά τα έτη 2016-2017 οι γονείς κάθε νεογνού που γεννήθηκε στο ΓΝ Μεσσηνίας ενημερώθηκε προφορικά αλλά και με παραπομπή που γράφεται στο βιβλιάριο υγείας του νεογνού για την ανάγκη εκτέλεσης του ΚΝΕΑ. Αντίστοιχη ενημέρωση γινόταν και για τους τοκετούς που συμβαίνουν στο Ιδιωτικό Μαιευτήριο "Λπτώ" από τους θεράποντες παιδίατρος. Έγινε καταγραφή όλων των νεογνών που προσήλθαν για εξέταση ακοής στη Μεσσηνία. Επιπλέον αναζητήθηκε ο αριθμός των νεογνών που εγγράφησαν στο Ληξιαρχείο Καλαμάτας.

**Αποτελέσματα:** Κατά τα έτη 2016 και 2017 εξετάστηκαν 250 νεογέννητα (ηλικίας 20 ημερών ως 2 μηνών) με τη μέθοδο των ΟΑΕ. Από τα στοιχεία που συγκεντρώσαμε προκύπτει ότι στο Μαιευτήριο Λπτώ και σε ιδιωτική βάση εξετάστηκαν επιπλέον 212 νεογνά. Στο σύνολο των 462 νεογνών βρέθηκαν τέσσερα περιστατικά με σοβαρή βαρκοϊά, εκ των οποίων τα δύο με αμφοτερόπλευρη εντόπιση. Επιπλέον βρέθηκαν τρία περιστατικά με μονόπλευρη ατρησία έξω ακουστικού πόρου, με φυσιολογική ακοή του ετερόπλευρου ωτός. Όλα τα ανωτέρω περιστατικά παραπέμφθηκαν σε ειδικό κέντρο. Κατά τα έτη 2016-2017, 2088 νεογνά εγγράφηκαν στο ληξιαρχείο Καλαμάτας. Το ποσοστό των νεογνών που υπεβλήθησαν σε ΚΝΕΑ ήταν 22,12%.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα ανωτέρω στοιχεία, η συχνότητα της νεογνικής βαρκοϊάς στα νεογνά που εξετάστηκαν κυμαίνεται στα ποσοστά της βιβλιογραφίας. Εντούτοις, η συμμόρφωση με τον ΚΝΕΑ είναι εξαιρετικά χαμηλή. Απαιτείται μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας με σκοπό να αυξηθεί το ποσοστό των νεογνών που ελέγχονται. Η πρώιμη ανίχνευση της βαρκοϊάς είναι πρωταρχικής σημασίας για την αποκατάσταση αυτής με ακουστικό βαρκοϊάς ή κοχλιακό εμφύτευμα.

## **P.16 ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ**

Ζαχαρίας Χουσιανίτης<sup>1</sup>, Ιωάννης Ευθυμίου<sup>1</sup>, Παναγιώτης Καραβίτης<sup>2</sup>, Σταύρος Περουκίδης<sup>3</sup>, Κωνσταντίνος Σκρεπέτης<sup>1</sup>

1. Ουρολογική Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας-ΝΜ Καλαμάτας
2. Γαστρεντερολογικό Ιατρείο, Καλαμάτα
3. Παθολόγος-Ογκολόγος, ΓΝ Μεσσηνίας-ΝΜ Καλαμάτας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ανάπτυξη μεταστατικής καρκινικής νόσου στην ουροδόχο κύστη από αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια κατάσταση. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε μια περίπτωση ασθενούς με διηθητικό αδενοκαρκίνωμα ουροδόχου κύστεως μετά από πρωτοπαθές αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής ηλικίας 49 ετών προσήλθε στην κλινική μας προ 8μήνου με συμπτωματολογία δυσουρικών ενοχλημάτων και επεισοδίου αιματουρίας. Η ασθενής προ διετίας διαγνώστηκε με αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος το οποίο αντιμετωπίστηκε με χημειοθεραπεία. Το θεραπευτικό σχήμα που έλαβε η ασθενής ήταν οξαλιπλατίνη, λευκοβορίνη και 5-φθοριουρακίλη για 12 κύκλους. Ο απεικονιστικός και κυστεοσκοπικός έλεγχος ανέδειξε συμπαγές μórφωμα με ευρεία βάση στο οπίσθιο τοίχωμα, όπισθεν του τριγώνου, της ουροδόχου κύστεως. Ο απεικονιστικός έλεγχος του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος ήταν φυσιολογικός. Ακολούθησε διουρηθρική εκτομή του νεοπλάσματος και αποστολή για ιστοπαθολογοανατομική εξέταση. Στο προγραμματισμένο έλεγχο προ διμήνου διαπιστώθηκε σημαντικό βαθμού ουρητηροϋδρονέφρωση δεξιά μέχρι την πυελική μοίρα του ουρητήρα λόγω εξωαυλικού στενώματος. Τοποθετήθηκε στο νεφρό αυτοσυγκρατούμενος ουρητηρικός καθετήρας 7Fr. Στον επανέλεγχο που διενεργήθηκε προ μηνός δεν αναδείχθηκε βελτίωση της διάτασης του πυελοκαλυκτικού συστήματος δεξιά, αλλά επιπλέον παρατηρήθηκε και ήπιου βαθμού υδρονέφρωση του αριστερού νεφρού. Στην ασθενή αφαιρέθηκε το pig-tail από το δεξιό νεφρό και τοποθετήθηκε ταυτοχρόνως μεταλλικό ουρητηρικό stent τύπου Uventa™, ενώ στον αριστερό νεφρό ετέθη pig-tail 6Fr.

**Αποτελέσματα:** Η ιστολογική εξέταση του εξαιρεθέντος νεοπλάσματος από την ουροδόχο κύστη ανέδειξε διηθητικό αδενοκαρκίνωμα εντερικού τύπου μέτριας διαφοροποίησης με κυρίως μικροσωληνώδες πρότυπο ανάπτυξης. Ο ανοσοιστοχημικός έλεγχος επιβεβαίωσε ότι πρόκειται για ένα μεταστατικό όγκο από το πρωτοπαθές αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος με την ανάδειξη του νεοπλασματικού πληθυσμού να είναι θετικός στους δείκτες CK7, CK19 και CDX2 και αρνητικός στο p63. Στον τελευταίο απεικονιστικό αναδείχθηκε υποχώρηση της διάτασης των πυελοκαλυκτικών συστημάτων αμφοτερόπλευρα. Η κλινική εικόνα της ασθενούς βρίσκεται σήμερα σε σταθερή κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Τα μορφολογικά χαρακτηριστικά αυτού του σπάνιου μεταστατικού νεοπλάσματος της ουροδόχου κύστεως από αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος θα πρέπει να εγείρουν τη διάγνωσή του, ενώ η επιβεβαίωση αυτής πραγματοποιείται από τον ανοσοιστοχημικό έλεγχο. Οι ασθενείς θα πρέπει να βρίσκονται σε στενή παρακολούθηση για την τυχόν ανάδειξη εμφάνισης απόφραξης του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος. Η τοποθέτηση μεταλλικού ουρητηρικού stent αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή τεχνική στην αντιμετώπιση της ουρητηρικής απόφραξης.

## **P.17 ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΧΟΡΔΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ & Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΔΥΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Παναγιώτης Χουντής<sup>1</sup>, Μαρία Χουντή<sup>2</sup>

1. Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών
2. Νοσηλεύτρια Msc, Ευρωκλινική Αθηνών

**Εισαγωγή:** Το χόρδωμα είναι μια σπάνια νεοπλασία μέσης προς χαμηλής κακοήθειας που άρχεται από υπολείμματα της νωτιαίας χορδής. Παρά την αργή του εξέλιξη οι ασθενείς με χορδώματα έχουν κακή πρόγνωση λόγω της τοπικής επέκτασης και της μετάστασης που λαμβάνουν χώρα στις μισές τουλάχιστον περιπτώσεις. Η βάση της θεραπείας είναι η χειρουργική εξαίρεση σε υγιή όρια.

**Συζήτηση περιστατικού:** Η ασθενής ήταν γυναίκα 54 ετών που διεγνώσθη με αμφοτερόπλευρο χόρδωμα πνεύμονα. Είχε ιστορικό επεμβάσεων προ θητιάς για αφαίρεση ιεροκοκκυγικού χορδώματος. Μετεγχειρητικά είχε υποβληθεί και σε ακτινοβολία στην περιοχή. Ήταν ασυμπτωματική για πολλά χρόνια και εμφανίστηκε για διερεύνηση με προοδευτική δύσπνοια και βήχα. Η Αξονική Τομογραφία κατέδειξε μάζες αμφοτερόπλευρα 11 εκατοστά στη δεξιά πλευρά και 9 εκατοστά στην αριστερά πλευρά. Η ασθενής υπεβλήθη σε δεξιά θωρακοτομή και διλοβεκτομή. Δύο μήνες μετά υπεβλήθη σε αριστερά θωρακοτομή με εκτομή του όγκου από αριστερά.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής ανέχθηκε τις επεμβάσεις καλώς και η μετεγχειρητική πορεία της ήταν ανεπίπλοκος. Εξήλθε της κλινικής την 6<sup>η</sup> και 5<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα αντίστοιχα. Δύο έτη από την επέμβαση παραμένει ασυμπτωματική σε άριστη κλινική κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Η εκτέλεση αμφοτερόπλευρης επέμβασης για μεταστατικό χόρδωμα είναι εξαιρετικά σπάνια. Η θεραπεία σε πολλές περιπτώσεις εξατομικεύεται ανάλογα με το ίδρυμα. Συνήθως χειρουργική εξαίρεση και ακτινοθεραπεία προσφέρει την καλύτερη επιβίωση.

## P.18 ΑΟΡΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

Παναγιώτης Χουντής<sup>1</sup>, Μαρία Χουντή<sup>2</sup>, Κωνσταντίνος Πλέστης<sup>3</sup>

1. Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών
2. Νοσηλεύτρια Msc, Ευρωκλινική Αθηνών
3. Professor of Cardiothoracic Surgery, Lankenau Medical Center, PA, USA

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η μεταμόσχευση ήπατος, νεφρών και καρδιάς αποτελεί κεντρική θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου των αντιστοιχών οργάνων. Η μεταμόσχευση έχει αποδειχθεί πως αυξάνει σημαντικά την επιβίωση και την ποιότητα ζωής σε αυτούς τους ασθενείς. Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών και θανάτου λόγω της ανοσοκαταστολής και συνοδών νοσηρών καταστάσεων.

**Συζήτηση περιστατικών:** Ο πρώτος ασθενής ήταν άρρεν 49 ετών με οξύ διαχωρισμό ανιούσης αορτής τύπου A και ιστορικό μεταμόσχευσης νεφρού. Υπεβλήθη σε αντικατάσταση της ανιούσης αορτής και παρά τις πολλαπλές επιπλοκές και την απόρριψη του μοσχεύματος επιβίωσε και συνεχίζει σε αιμοδιάλυση. Ο δεύτερος ασθενής ήταν άρρεν 48 ετών με διόγκωση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής και ιστορικό μεταμόσχευσης καρδιάς. Υπεβλήθη σε αντικατάσταση του ανευρύσματος και είχε άριστη πορεία. Ο τρίτος ασθενής ήταν άρρεν 51 ετών με ιστορικό μεταμόσχευσης ήπατος προ 10ετίας και πρόσφατη διάγνωση στένωσης αορτικής βαλβίδας και ανεύρυσμα ανιούσης αορτής και αορτικής ρίζας. Υπεβλήθη σε αντικατάσταση τους με άριστη κλινική πορεία.

**Αποτελέσματα:** Παρά τα πολλαπλά προβλήματα και τις επιπλοκές που συνόδευαν τις επεμβάσεις αυτές οι ασθενείς επιβίωσαν και είχαν καλή μετεγχειρητική πορεία.

**Συμπεράσματα:** Η εμπειρία στην αποκατάσταση ασθενών με ανευρύσματα αορτής και ιστορικό μεταμόσχευσης είναι μικρή. Ο αριθμός ασθενών που αναμένεται να υποβληθούν σε μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων στο μέλλον φαίνεται πως θα αυξηθεί και συνεπώς αναμένεται να αυξηθεί και ο αριθμός των ασθενών που θα χρειαστεί να υποβληθούν σε επέμβαση στην αορτή.

## P.19 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΕΧΝΙΚΗ RUDAKON ΜΕ ΔΟΚΟ ΘΕΡΜΙΚΗΣ ΜΝΗΜΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ PECTUS EXCAVATUM.

### Η ΠΡΩΤΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Παναγιώτης Χουντής<sup>1</sup>, Μαρία Χουντή<sup>2</sup>

1. Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών
2. Νοσηλεύτρια Msc, Ευρωκλινική Αθηνών

**Εισαγωγή:** Ο Σκαφοειδής θώρακας (Pectus Excavatum) αποτελεί τη συνθέστερη ανωμαλία του θωρακικού τοιχώματος. Εμφανίζεται ως επιπλοκή της ανάπτυξης των στερνοπλευρικών αρθρώσεων κατά τη διάρκεια της εφηβείας και νεανικής ηλικίας. Η αποκατάστασή του επιβάλλεται σε περιπτώσεις που δημιουργεί συνοδά ιατρικά προβλήματα καρδιακής ή αναπνευστικής αιτιολογίας ή για αισθητικούς λόγους.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Πρόκειται για ασθενή άρρενα 37 ετών ο οποίος προσήλθε μετά από διαγνωστική του διερεύνηση λόγω του σκαφοειδούς θώρακος και της παρουσίας αισθήματος θωρακικού βάρους και αισθήματος παλμών στο αριστερό πλάγιο θωρακικό τοίχωμα. Στο πλαίσιο αυτό διεγνώσθη ότι η νόσος είχε μετατοπίσει την καρδιά τελείως αριστερά σε επαφή με το θωρακικό κλωβό. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αποκατάσταση της νόσου με την τεχνική Rudakon με mini αμφοτερόπλευρες θωρακοτομές και χρήση δοκού θερμικής μνήμης. Η επέμβαση εκτελέστηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής είχε άριστη μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε της Κλινικής την 4<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Η κλινική βελτίωση του ασθενούς ήταν άμεση με ύφεση των συμπτωμάτων και αναμένεται να αποκατασταθεί η θέση της καρδιάς σε περίπου 3 έτη.

**Συμπεράσματα:** Ο Σκαφοειδής θώρακας αποτελεί μία νόσο η οποία σε επιλεγμένους ασθενείς η χειρουργική αποκατάσταση είναι εφικτή με ελάχιστα επεμβατική μέθοδο με την τεχνική που εισαγάγουμε με την παρούσα επέμβαση. Η επέμβαση είναι άριστα ανεκτή με μέτριο μετεγχειρητικό πόνο.



## **P.20 ΤΡΑΧΗΛΙΚΟ ΥΠΟΔΟΡΙΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ: ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΘΩΡΑΚΙΟ Ή ΚΑΤΙΟΥΣΑ ΜΕΣΘΩΡΑΚΙΤΙΔΑ;**

Παναγιώτης Χουντής<sup>1</sup>, Μαρία Χουντή<sup>2</sup>

1. Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών
2. Νοσηλεύτρια Msc, Ευρωκλινική Αθηνών

**Εισαγωγή:** Η εμφάνιση αυτόματου πνευμομεσθωράκιου είναι μια σχετικά σπάνια επιπλοκή που έχει συνδεθεί με άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και αναπνευστικές λοιμώξεις ιδίως σε νέους άρρενες ασθενείς. Σπάνιες αναφορές έχουν συνδέσει την εμφάνιση του με οδοντιατρικές εργασίες και οπισθοφαρυγγικές επεμβάσεις με χρήση μηχανημάτων εμφύσησης αέρος.

**Συζήτηση περιστατικού:** Γυναίκα 60 ετών διεκομίσθη από τους οικείους της στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του NNA με εκτεταμένο υποδόριο εμφύσημα πλάγιας τραχηλικής χώρας αριστερά και αριστερού άνω άκρου και προσώπου τρείς περίπου ώρες μετά την ολοκλήρωση οδοντιατρικής εργασίας στην οποία υπεβλήθη στην κάτω γνάθο. Το μείζον διαγνωστικό ερώτημα ήταν να αναγνωριστεί η αιτία της νόσου καθώς και η πιθανότητα για κατιούσα μεσθωρακίτιδα με αεριογόνα μικρόβια αντί για αυτόματο πνευμομεσθωράκιο.

**Αποτελέσματα:** Η κλινική εικόνα της ασθενούς βελτιώθηκε προοδευτικά και το υποδόριο εμφύσημα απορροφήθηκε αφ' εαυτού εντός εβδομάδος. Η ασθενής παρέμεινε σε εισαγωγή υπό στενή παρακολούθηση για την πιθανότητα μετατροπής του αυτόματου πνευμομεσθωράκιου σε κατιούσα μεσθωρακίτιδα μια δραματική κλινική κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Το αυτόματο πνευμομεσθωράκιο αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα η οποία εμφανίζεται κάτω από συνθήκες αυξημένης πίεσης μέσα στα βρογχίδια και τις κυψελίδες που υφίστανται ρήξη και απελευθέρωση αέρα μέσα στον οπισθοφαρυγγικό χώρο και το μεσθωράκιο ενώ μπορεί να επεκταθεί σε κάθε ιστό ύπερθεν του σημείου ρήξης.

## **P.21 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΚΡΟΡΡΙΖΙΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΙΓΜΟΡΕΙΟ ΑΝΤΡΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Αριστέιδης Χρονόπουλος<sup>1</sup>, Θεοδώρα Ζάρρα<sup>2</sup>, Μαρία Καπρουλά<sup>3</sup>

1. Στοματικός Χειρουργός, Ιδιωτικό Ιατρείο, Καλαμάτα
2. Ενδοδοντολόγος, Ιδιωτικό Ιατρείο, Λάρισα
3. Πολεμικό Ναυτικό, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η προώθηση ρίζας στο ιγμόρειο άντρο είναι αρκετά συχνή επιπλοκή κατά την εξαγωγή προγομφίων, γομφίων, καθώς και φρονιμιτών της άνω γνάθου.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής 16 ετών, παραπέμφθηκε στο Ιατρείο μας για την αφαίρεση ακρορριζίου που είχε προωθηθεί στο ιγμόρειο άντρο. Μετά τη διενέργεια αξονικής τομογραφίας κωνικής δέσμης (CBCT) και τον ακριβή εντοπισμό του ακρορριζίου, πραγματοποιήθηκε χειρουργική αφαίρεση. Έγινε αναπέταση κρημνού κατά Rehmman, μετατόπιση αυτού υπερώια και σύγκλειση της επικοινωνίας κατά πρώτο σκοπό. Οι κύριες μετεγχειρητικές επιπλοκές περιλάμβαναν αιμορραγία, οίδημα και πόνο.

**Συμπεράσματα:** Έχουν περιγραφεί διάφορες τεχνικές για την αφαίρεση του σπασμένου ακρορριζίου. Οι κυριότερες είναι η αφαίρεση του ακρορριζίου διαφανιακά, η τεχνική Caldwell-Luc και η διαρινική ενδοσκοπική προσπέλαση. Η συμβατική τεχνική αφαίρεσης τμημάτων δοντιού από το ιγμόρειο άντρο μετά τον προσδιορισμό της θέσης του ακρορριζίου με αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) είναι αποτελεσματική και συντηρητική τεχνική. Η χρήση των σύγχρονων απεικονιστικών τεχνικών σε συνδυασμό με την άμεση αντιμετώπιση οποιουδήποτε συμβάματος μετά την εξαγωγή μπορεί να μας αποτρέψει από την πραγματοποίηση χρονοβόρων, απαιτητικών και επιβαρυντικών για τον ασθενή χειρουργικών επεμβάσεων.

## **P.22 ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΞΩΚΡΑΝΙΟ ΜΟΙΡΑ ΤΗΣ ΞΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ελένη Χατζηδάκη<sup>1</sup>, Ευδοκία Καραμπάτσου<sup>1</sup>, Ειρήνη-Σοφία Καράμνη<sup>2</sup>, Φωτεινή Δαρειωτάκη<sup>2</sup>, Σωκράτης Πέτροβας<sup>1</sup>, Μιχαήλ Μιχαήλ<sup>1</sup>, Ρεβέκκα Χρόνη<sup>1</sup>

1. Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας
2. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Παρουσιάζουμε μία περίπτωση ευμεγέθους ανευρύσματος της έξω καρωτίδας, το οποίο ανακαλύφθηκε τυχαία, κατά τη διάρκεια ελέγχου ασθενούς στη ΜΕΘ.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Πολυαγγειακή ασθενής 75 ετών, διασκομίσθηκε στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου, σε κώμα, με εμπύρετο και εισήχθη στη ΜΕΘ, με υποψία μηνιγγοεγκεφαλίτιδας. Στο πλαίσιο του ελέγχου με CT εγκεφάλου, αναδείχθηκε ευμεγέθους ανεύρυσμα της εξωκράνιας μοίρας της έξω καρωτίδας, διαστάσεων 41x31χιλ, εκφυόμενο αμέσως μετά τον καρωτιδικό βολβό. Στη συνέχεια διενεργήθηκε Triplex καρωτιδίων, Α.Τ. τραχήλου και Μαγνητική Αγγειογραφία. Το ανεύρυσμα της αυχενικής μοίρας της έξω καρωτίδας αποτελεί μία σπάνια νοσολογική οντότητα (0,1-2% όλων των καρωτιδικών επεμβάσεων), η οποία συνήθως ανακαλύπτεται τυχαία, επειδή κατά κανόνα είναι ασυμπτωματική. Παρ' όλα αυτά μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές σε πολύ υψηλό ποσοστό (68%), λόγω τοπικών πιεστικών φαινομένων, ισχαιμικών ΑΕΕ ή πολύ σπάνια λόγω ρήξης. Γι' αυτό είναι σημαντικό να διαγνωσθεί και να αντιμετωπιστεί χειρουργικά. Η πιο συχνή αιτία των ανευρυσμάτων αυτών είναι η αθηρωμάτωση. Άλλες αιτίες αποτελούν το τραύμα, ο διαχωρισμός,

προηγηθείσα ενδαρτηρεκτομή, ινομυϊκή δυσπλασία, ακτινοβολία κ.α. Εξέταση πρώτης γραμμής για τη διάγνωση αποτελεί το Triplex καρωτίδων, το οποίο όμως μπορεί να δώσει ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα σε μικρά ή σε παρακείμενα της βάσης του κρανίου ανευρύσματα. Η Α. Τομογραφία και η MRI με σκιαγραφικό, μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη διάγνωση, αν και εξέταση εκλογής αποτελεί η Αγγειογραφία (CTA, MRA ή ψηφιακή).

**Συμπεράσματα:** Η διάγνωση των αυχενικών ανευρυσμάτων της έσω καρωτίδας είναι απαραίτητη, λόγω των σημαντικών επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει. Μέθοδος εκλογής για τη διάγνωση αποτελεί η Αγγειογραφία, όπως αναδεικνύει η δική μας εμπειρία αλλά και η διεθνής βιβλιογραφία.

### **P.23 ΓΙΓΑΝΤΙΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΑΝΙΟΥΣΗΣ ΑΟΡΤΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ευδοκία Καραμπάτσου, Ελένη Χατζηδάκη, Σωκράτης Πέτροβας, Ρεβέκκα Χρόνη, Μιχαήλ Μιχαήλ  
Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Παρουσιάζουμε μία περίπτωση γιγαντιαίου ανευρύσματος ανιούσης αορτής.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής 86 ετών, νοσηλευόμενος σε παθολογική κλινική για δύσπνοια, χαμηλή ΑΠ, αιμόφυρτα πτύελα και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, προσήλθε στο τμήμα μας για διενέργεια ΑΤ θώρακος σε επείγουσα βάση. Από την εξέταση αναδείχθηκε γιγαντιαίο ανεύρυσμα της ρίζας της θωρακικής αορτής, με μέγιστη εγκάρσια διάμετρο 13εκ. Η πιθανότητα ρήξης του αγγείου δεν κατέστη δυνατό να αποκλειστεί, λόγω της μη χορήγησης ΕΦ σκιαγραφικού στο πλαίσιο της ΧΝΑ. Συνυπήρχε ανευρυσματική διάταση της κατιούσης αορτής. Ο όρος ανεύρυσμα χρησιμοποιείται όταν η εγκάρσια διάμετρος της θωρακικής αορτής είναι >5cm, ενώ για διάμετρο 4-5cm χρησιμοποιείται ο όρος ανευρυσματική διάταση. Στο περιστατικό που παρουσιάζουμε, η εγκάρσια διάμετρος ήταν 13εκ, γεγονός εξαιρετικά σπάνιο, που αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ρήξης. Τα ανευρύσματα συχνότερα εμφανίζονται σε άντρες ηλικίας 50-60 ετών και η ετήσια επίπτωση αυξάνεται με την ηλικία 3-4% κατά έτος μετά τα 65. Συχνότερα αίτια αποτελούν η αθηρωματική νόσος (75%), το τραύμα (5%), λοιμώδη αίτια (μυκωτικά ανευρύσματα) και οι φλεγμονώδεις αρτηρίτιδες. Στην α/α θώρακος απεικονίζεται διεύρυνση του μεσοθωρακίου, με παρουσία επιμήκων ασβεστώσεων στο όριο της βλάβης. Εξέταση εκλογής αποτελεί η ΑΤ θώρακος, όπου πριν τη χορήγηση ΕΦ σκιαγραφικού αναδεικνύονται οι τοιχωματικές ασβεστώσεις, τα πιεστικά φαινόμενα σε παρακείμενες δομές, ενώ η παρουσία υπέρπυκνου θρόμβου είναι ενδεικτική επαπειλούμενης ρήξης. Με τη χορήγηση του σκιαγραφικού καθίσταται δυνατή η ανάδειξη ρήξης (ανοικτής, συγκαλυμμένης ή επαπειλούμενης).

**Συμπέρασμα:** Η ΑΤ με σκιαγραφικό αποτελεί μέθοδο εκλογής για την ανάδειξη ανευρυσμάτων της ανιούσης θωρακικής αορτής.

### **P.24 ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗΣ ΔΙΦΥΟΥΣ – ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΗΣ ΚΑΤ'ΙΣΧΙΟΝ ΑΡΘΡΩΣΗΣ**

Δημήτριος Κατσιγιαννόπουλος, Γεωργία Τσώνου, Σωκράτης Πέτροβας, Μιχαήλ Μιχαήλ, Ρεβέκκα Χρόνη  
Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Παρουσιάζουμε μία σπάνια περίπτωση διφυούς κατ' ισχίον άρθρωσης, η οποία ανακαλύφθηκε τυχαία, κατά τη διάρκεια ελέγχου ασθενούς στο ακτινολογικό τμήμα.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άρρεν ασθενής 45 ετών προσήλθε στο ακτινολογικό τμήμα του Γ.Ν. Μεσσηνίας παραπεμφθείς από ορθοπαιδικό ιατρό, λόγω άλγους στο αριστερό ισχίο. Πραγματοποιήθηκαν απλές ακτινογραφίες και αξονική τομογραφία λεκάνης-ισχίων, οι οποίες ανέδειξαν παρουσία διφυούς κοτύλης, καθώς και υπεράρθρως κεφαλής και τμήματος του μηριαίου οστού δεξιά, με συνοδές σημαντικές αλλοιώσεις εκφυλιστικής οστεοαρθρίτιδας συσταίως. Ο ετερόπλευρος διπλασιασμός της κοτύλης έχει περιγραφεί σαν ξεχωριστή οντότητα ή σε συνδυασμό με άλλες συγγενείς ανωμαλίες, όπως οσφυϊκή μυελομηνιγγοκήλη, κνημιαία ημιμέλεια, ατρησία πρωκτού και ερμαφροδιτισμό. Εξέταση πρώτης γραμμής για τη διάγνωση αποτελεί η απλή ακτινογραφία λεκάνης ισχίων. Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση.

**Συμπέρασμα:** Ο εκ γενετής διπλασιασμός της κατ' ισχίον άρθρωσης αποτελεί σπάνια συγγενή ανωμαλία. Από την πρώτη της περιγραφή από τον Erlich το 1885 έχουν περιγραφεί 30 περιστατικά περίπου. Η αιτία παραμένει άγνωστη.

### **P.25 ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ ΣΥΜΒΑΤΕΣ ΜΕ ΜΙΤΩΣΗ ΩΣ ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΚΩΣΗ. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ**

Γεωργία Τσώνου, Δημήτριος Κατσιγιαννόπουλος, Σωκράτης Πέτροβας, Μιχαήλ Μιχαήλ, Ρεβέκκα Χρόνη  
Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝ Μεσσηνίας-NM Καλαμάτας

**Εισαγωγή:** Ασθενής 80 ετών προσκομίσθηκε με το ΕΚΑΒ στο Γ.Ν. Μεσσηνίας λόγω κάκωσης στο θώρακα με έντονο άλγος στις πλευρές.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Πραγματοποιήθηκαν ακτινογραφία θώρακος και κοιλίας, υπέρπυκνος κοιλίας-τραυματιών και αξονική θώρακος. Οι ακτινογραφίες ανέδειξαν πολλαπλά κατάγματα πλευρών και ο υπερηχογραφικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Η CT επιβεβαίωσε τα πολλαπλά κατάγματα πλευρών. Τόσο στον υπερηχογραφικό έλεγχο όσο και στην αξονική τομογραφία αναδείχθηκαν αλλοιώσεις στο ήπαρ συμβατές με μιτωτική εξεργασία.

**Συμπεράσματα:** Ο ακτινολογικός έλεγχος τόσο από την δική μας εμπειρία όσο και από τη διεθνή βιβλιογραφία, μπορεί να αναδείξει σημαντικά ευρήματα μη σχετιζόμενα με την αιτία παραπομπής του ασθενούς.

## P.26 ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ PARKINSON

Ν. Πρωτόπαπας<sup>1</sup>, Γ. Νεοκωρίτης<sup>2</sup>, Α. Καραβασίλη<sup>3</sup>, Ε. Καρτερολιώτη<sup>4</sup>

1. Νευρολόγος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα
2. Φυσιάτρος, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα
3. Φυσιάτρος-Επιστημονική Διευθύντρια, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα
4. Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ΔΙΑΠΛΑΣΗ», Καλαμάτα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** 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). Ιδιαίτερα σε μεγαλύτερες ηλικίες, άνω των 75 ετών, υπολογίζεται πως μέχρι και το 10% των ατόμων πάσχουν από την νόσο. 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 σημαντικής 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 75 εισαγωγές στο ΚΑΑ Διάπλαση από 1/1/2018 μέχρι και 5/5/2018 με διάγνωση εισόδου κάταγμα μετά από πτώση εξ' ιδίου ύψους. Εντοπίσαμε 13 ασθενείς με διάγνωση Πάρκινσον, που χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, η πρώτη με επίσημη διάγνωση Πάρκινσον προ της εισόδου και η δεύτερη, ασθενείς στους οποίους τέθηκε η διάγνωση Πάρκινσον κατά την νοσηλεία τους.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε ότι το 17,33% των εισαγωγών με κάταγμα λόγω πτώσης εξ' ιδίου ύψους έπασχε από νόσο του Πάρκινσον, πιο συγκεκριμένα σε αναλογία 1 προς 3 ασθενείς με κάταγμα συνυπήρχε μη διαγνωσμένο Πάρκινσον. Ειδικότερα σε σύνολο 13 ασθενών με διάγνωση εξόδου μεταξύ άλλων και νόσο του Πάρκινσον οι 9 (69,3%) είχαν λάβει προ εισόδου επίσημη διάγνωση σε αντίθεση με 4 (30,3%) που έλαβαν τη διάγνωση με βάση το ιστορικό και την ιατρική αξιολόγηση κατά την εισαγωγή τους.

**Συμπεράσματα:** Με την παρούσα μελέτη καταδεικνύουμε την ανάγκη ευαισθητοποίησης ως προς την έγκαιρη διάγνωση της νόσου του Πάρκινσον και της αντιμετώπισης της με σκοπό την αποφυγή των συχνών πτώσεων ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες όπου και η νόσος είναι πιο συχνή και οι επιπλοκές των καταγμάτων είναι μεγαλύτερης συχνότητας και σημαντικότερης φύσεως.



10<sub>0</sub>

# ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ



Menarini Hellas



**BIANEE** A.E.  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ  
ΣΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ



**MSD**

INVENTING FOR LIFE

pharmaQ  
*for health*



Pharmaceutical Laboratories S.A.



RECORDATI HELLAS



People and Ideas for Innovation in healthcare



Epsilon Health



**Coloplast**



ATHENIAN SCIENCE BOOKSTORE

[www.perivolapoulou.gr](http://www.perivolapoulou.gr)

**MSD**

INVENTING FOR LIFE

## ΝΑ ΓΙΑΤΙ ΑΝΑΚΑΛΥΠΤΟΥΜΕ ΝΕΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

### ΣΤΗΝ MSD ΑΝΑΚΑΛΥΠΤΟΥΜΕ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΖΩΗ

Αναζητούμε συνεχώς νέες θεραπείες, γιατί έχουμε έναν σκοπό. Θέλουμε οι ανακαλύψεις μας να προσφέρουν περισσότερη και καλύτερη ζωή σε όσο το δυνατό περισσότερους ανθρώπους παγκοσμίως.

Στην MSD πρωτοπορούμε στην έρευνα γιατί χρειαζόμαστε ακόμα θεραπείες για τον καρκίνο, τη νόσο Αλτσχάιμερ, τον ιό HIV και τόσες άλλες παθήσεις που ταλαιπωρούν ανθρώπους και ζώα σε όλο τον κόσμο.

Στοχεύουμε τις πιο δύσκολες ασθένειες, γιατί θέλουμε να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να απαλλαγούν από αυτές, ώστε να μπορούν να δημιουργούν, να απολαμβάνουν και να ζουν μια καλύτερη ζωή.

MSD. *Inventing for Life.*

Για να μάθετε περισσότερα για τις επιστημονικές μας ανακαλύψεις επισκεφθείτε το [msd.gr](http://msd.gr) ή ακολουθήστε μας στο Twitter.