



Adenuric[®]

febuxostat 80mg/120mg*



MENARINI HELLAS A.E.

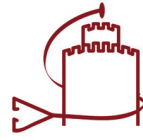
Αν. Δαμβέργη 7, 10445 Αθήνα
Τηλ.: 210 83.16.111-13 | Fax: 210 83.17.343
E-mail: menarini@otenet.gr

* SmPC Adenuric

Το **Adenuric**[®] αποτελεί σήμα κατατεθέν της Teijin Limited, Τόκιο, Ιαπωνία

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

στο **1^ο** Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης
Εκπαίδευσης στην **Εσωτερική Παθολογία**



Ε.Π.Β.Ε.
I.M.S.N.G.

**ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ
ΕΛΛΑΔΟΣ**

Internal Medicine
Society of the
Northern Greece



Ε.Π.Π.Ε.
H.P.U.I.

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ
ΕΝΩΣΗ
ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ
ΕΛΛΑΔΟΣ**

Hellenic
Professional Union
of Internists

1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο
Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην
Εσωτερική Παθολογία
με Διεθνή συμμετοχή

www.ngimscongress2015.gr

Ξενοδοχείο
Macedonia Palace
Θεσσαλονίκη

1st Panhellenic Congress
on Continuing Education in
Internal Medicine
with International Participation

Φαρμακευτικές Εταιρίες που συμμετείχαν
στο 1^ο Συνέδριο Συνεχιζόμενης
Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία



Φαρμακευτικές Εταιρίες που συμμετείχαν
στο 1^ο Συνέδριο Συνεχιζόμενης
Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία



HJM

Αλλαγή Ταχυδρομικής Διευθύνσεως Συνδρομητών Περιοδικού

Παρακαλούνται οι συνδρομητές του Περιοδικού “HJM - Hellenic Journal of Medicine - Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση” οι οποίοι αλλάζουν ταχυδρομική διεύθυνση, να ενημερώνουν μέσω fax: 210 8986265 ή μέσω e-mail: medicine@vegacom.gr, hjm@vegacom.gr τη γραμματεία της Εκδοτικής Εταιρίας “VEGA E.C.M. ΕΠΕ” με τα στοιχεία της νέας ταχυδρομικής τους διεύθυνσης, προκειμένου να συνεχίσουν να λαμβάνουν ανά τρίμηνο το περιοδικό στη νέα τους ταχυδρομική διεύθυνση



Ανακοινώσεις

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος: Ευστράτιος Μαλτέζος

Α' Αντιπρόεδρος: Απόστολος Χατζητόλιος

Β' Αντιπρόεδρος: Γεώργιος Νταλέκος

Γεν. Γραμματέας: Δημήτριος Παπάζογλου

Ταμίας: Χρήστος Σαββόπουλος

Μέλη: Γεώργιος Λιάμης, Στέφανος Μυλωνάς,
Σπυρίδων Μπακατσέλος, Δημήτριος Σκούτας

ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος: Ευάγγελος Τούλης

Αντιπρόεδρος: Απόστολος Χατζητόλιος

Γεν. Γραμματέας: Σόλων Κωτούλας

Αναπλ. Γεν. Γραμματέας: Παναγιώτης Χαλβατσιώτης

Ταμίας: Δημήτριος Βήτος

Υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων, Τύπου & Ενημέρωσης: Σπυρίδων Κόκκινος

Υπεύθυνος Διοικητικών & Νομικών Θεμάτων: Σπυρίδων Ντουράκης

Υπεύθυνος Εκδηλώσεων & Κινητοποίησης: Μάριος Πυρπασόπουλος

Υπεύθυνος Ευρωπαϊκών & Διεθνών Σχέσεων: Αχιλλέας Γκίκας

Τριμηνιαίο Περιοδικό της Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος

Ιδιοκτήτης-Εκδότης: Δημήτριος Ι. Γκρίλλας

Τηλ.: 210 8980461, Facsimile: 210 8986265

url: [http:// www.vegacom.gr](http://www.vegacom.gr)

email: medicine@vegacom.gr, hjm@vegacom.gr

**Εκδίδεται από την Εταιρία:
“VEGA E.C.M. Εκδοτική, Διαφημιστική,
Εκθεσιακή, Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε.”**

Πρόεδρος Δ.Σ.: Δημήτριος Ι. Γκρίλλας

Έδρα Εταιρίας: Ιουστινιανού 45-47, Γλυφάδα ,166 74

**Owner - Publisher: Dimitrios I. Gkrillas
President and CEO at “VEGA E.C.M. LTD”**

www.vegacom.gr - email: chairman@vegacom.gr
45-47, Ioustinianou Str. 16674, Glyfada, Hellas Tel. +30 210 8980461

**Πρόεδρος Συντακτικής
Επιτροπής**

Ευστράτιος Μαλτέζος
Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης,
Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής Π.Γ. Νοσοκομείου Αλεξανδρουπόλεως.

Διευθυντής Συντάξεως

Βασίλειος Κώτσης
Επικ. Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής, Γ' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.
Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη. Συντονιστής Ομάδας Εργασίας Ε.Π.Β.Ε.
για το Περιοδικό.

Editor In Chief

Efstratios Maltezos, MD.
Professor of Internal Medicine , Medical School Democritus University of Thrace.
University General Hospital of Alexandroupolis.

Managing Editor

Vasileios Kotsis, MD.
Assistant Professor in Internal Medicine
Medical School “Aristotle University of Thessaloniki”.
Coordinator I.M.S.N.G. Working Group for the Journal

Εκτύπωση-Βιβλιοδεσία LITHOS O.E.

Τιμή Τεύχους 1 λεπτό Ευρώ - 1Eurocent **Ετήσιες Συνδρομές:** Ιατροί 20 ευρώ Ιδρύματα - Εταιρείες 50 ευρώ

Τα μέλη της Εταιρείας Παθολογίας Β. Ελλάδος και της Επαγγελματικής Ενώσεως Παθολόγων Ελλάδος λαμβάνουν το Περιοδικό Δωρεάν (περιλαμβάνεται στην εγγραφή τους). Πληροφορίες: et.pathologies@hotmail.com

Παλαιότερα τεύχη του περιοδικού “ H J M ” καθώς και δημοσιευμένα Γραπτά Συμπόσια Ιατρικής μπορείτε να δείτε στην ιστοσελίδα της εταιρίας “ VEGA E.C.M. Ε.Π.Ε. ” : www.vegacom.gr στην Ενότητα: Εκδόσεις - Συνέδρια.

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ η αναδημοσίευση , η αναπαραγωγή , ολική ή μερική ή περιληπτική ή κατά παράφραση ή διασκευή απόδοση του περιεχομένου του περιοδικού H J M με οποιονδήποτε τρόπο , μηχανικό , ηλεκτρονικό , φωτοτυπικό , ηχογράφησης ή άλλο, χωρίς προηγούμενη γραπτή άδεια του Εκδότη. Νόμος 2121/1993 και Κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα .

©2014 Hellenic Journal of Medicine.All rights reserved. Nothing appearing in Hellenic J Med may be reprinted, reproduced or transmitted, either wholly or in part, by any electronic or mechanical means, without prior written permission from the publisher. Hellenic J Med®Registered in the GR Patent and Trademark Office.

ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑ ΣΕ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΣΤΟΧΟΥ LDL-C¹

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ
ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ
ΜΕ ΕΤΕΡΟΖΥΓΟ ΟΙΚΟΓΕΝΗ
ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑ¹

INEGY™
(ezetimibe/Simvastatin)

EZETROL™
(ezetimibe)



1. Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος **INEGY™**

Για περισσότερες συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων.



Υπεύθυνος Άδειας κυκλοφορίας

MSD Α.Φ.Β.Ε.Ε

ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος

Τηλ.: 210 9897300

ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ: 9ο χλμ. Θεσ/νίκης – Θέρμης,

570 01 ΠΥΛΑΙΑ

Τηλ.: 2310 863634, FAX: 2310 863687

www.merck.com



Συμπρώθηση από την εταιρεία:

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

LICENSEE / DISTRIBUTOR OF **MERCK SHARP & DOHME**
Division of MERCK & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., USA

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατοίου, 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β. Χατζή 2, Τηλ.: 2310 833893

ΠΑΤΡΑ: Μαιζώνος 131, Τηλ.: 2610 221397

E-mail: mailbox@vianex.gr • www.vianex.gr

Συντακτική Επιτροπή

Αλφαβητικώς

Αλεξανδρίδης Θεόδωρος

Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Γώγος Χαράλαμπος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Δαούσης Δημήτριος

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Δημόπουλος Μελέτιος - Αθανάσιος

Καθηγητής Θεραπευτικής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Ελισάφ Σ. Μωυσής

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Ηλιοδρομίτης Ευστάθιος

Καθηγητής Παθολογίας Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Καλφαρέντζος Φώτιος

Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Kantartzis Konstantinos

MD Department of Internal Medicine Division of Endocrinology , Diabetology Nephrology , Vascular Disease and Clinical Chemistry, University of Tübingen, Germany

Κολιάκος Γεώργιος

Καθηγητής Βιοχημείας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Κωλέττης Μ. Θεόφιλος

Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Μαλτζές Ευστράτιος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης Αλεξανδρούπολη

Mantzoros Christos

MD DSc PhD h.c. Editor in Chief , Metabolism , Clinical and Experimental Professor of Medicine , Harvard Medical School, Cambridge , U.S.A.

Bakris George ,

MD, F.A.S.H., F.A.S.N. Professor of Medicine Director , ASH Comprehensive Hypertension Center The University of Chicago Medicine, Chicago, U.S.A.

Μπασούκας Δ. Ιωάννης

Αναπληρωτής Καθηγητής Δερματολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Μπούρα Παναγιώτα

Καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Νάκος Χ. Γεώργιος

Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Νταλέκος Γεώργιος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

Ντουράκης Π. Σπυρίδων

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Παπανδρέου Χρήστος

Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

Παπαδάκη Ελένη

Καθηγήτρια Κλινικής Αιματολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

Πετρίκκος Γεώργιος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Σιαφάκας Νικόλαος

Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

Spyridopoulos Ioakim

Professor of Cardiology Chairman of Cardiovascular Gerontology, Institute of Genetic Medicine, Newcastle University, Newcastle , United Kingdom

Στεφανάδης Χριστόδουλος

Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Tsakiris A. Dimitrios

Professor of Medicine, MD, Diagnostic Hematology University Hospital Basel, Switzerland

Τσαταλάς Κωνσταντίνος

Καθηγητής Αιματολογίας Ιατρικής Σχολής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

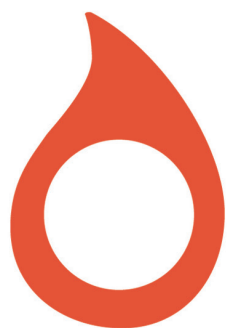
Τσατσούλης Α. Αγαθοκλής

Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολόγος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Χίτογλου - Μακέδου Αρετή

Καθηγήτρια Βιοπαθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

ΗJΜ



VEGA

1996

Συνεδριακή - Εκθεσιακή Εταιρία
Ιατρικά Συνέδρια - Ημερίδες - Συμπόσια
Congress - Event - Gala
Exhibitions - Conferences



**Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος
Δημήτριος Ι. Γκρίλλας**

Γλυφάδα-Χαλάνδρι (Γραφεία Βορείων Προαστίων)
Εδρα Εταιρίας: Ιουστινιανού 45-47 Γλυφάδα 166 74
Τηλ.: 210 8980461 Fax: 210 8986265

www.vegacom.gr

e-mail: info@vegacom.gr



Εταιρεία Παθολογίας Βορείου Ελλάδος

Στιλπ. Κυριακίδη 1 Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
Τ.Κ. 546 36
Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 993480 Fax: 2310 994918,
23730 23745
e-mail: epbe@epbe.gr / www.epbe.gr



Internal Medicine Society of Northern Greece

1 , Stilponos Kiriakidi AHEPA Hospital
54636
Thessaloniki Hellas
Tel.: 2301 993489
fax : 2310 99418
e-mail: epbe@epbe.gr / www.epbe.gr

Διοικητικό Συμβούλιο Ε.Π.Β.Ε.

Πρόεδρος	Ευστράτιος Μαλτέζος
Α' Αντιπρόεδρος	Απόστολος Χατζητόλιος
Β' Αντιπρόεδρος	Γεώργιος Νταλέκος
Γενικός Γραμματέας	Δημήτριος Παπάζογλου
Ταμίας	Χρήστος Σαββόπουλος
Μέλη Δ.Σ.	Γεώργιος Λιάμης, Στέφανος Μυλωνάς, Σπυρίδων Μπακατσέλος, Δημήτριος Σκούτας

Board of Directors I.M.S.N.G.

President	Efstratios Maltezos
First Vice-President	Apostolos Hatzitolios
Second Vice-President	George Ntalekos
Secretary General	Dimitris Papazoglou
Tressurer	Christos Savopoulos
Members	George Liamis, Stefanos Milonas, Spiridon Bakatselos, Dimitris Skoutas

Ομάδες Εργασίας Ε.Π.Β.Ε.

Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων & Θρομβοεμβολικών Νόσων
Αγγειολογίας - Υπερήχων
Αγωγής Υγείας & Ενημερωτικών Εκδηλώσεων για το Κοινό
Αναπνευστικών & Αλλεργικών Παθήσεων
Ανοσολογίας - Ρευματικών Νοσημάτων
Αρτηριακής Υπέρτασης
Γηριατρικής
Επαγγελματικών Θεμάτων & Δεοντολογίας
Δυσλιπιδαιμιών
Λοιμώξεων
Νοσημάτων Ήπατος
Παχυσαρκίας - Καπνίσματος - Διαταραχών Ύπνου
Περιοδικού
Προπτυχιακής, Μεταπτυχιακής, Δια Βίου Εκπαίδευσης & Θεμάτων Ειδικευομένων
Σακχαρώδη Διαβήτη

Βοηθεί Συντάξεως Περιοδικού ΗJM

Αποστολοπούλου Μάρθα,
Επιμέλεια Σελίδας Συνεδρίων,
Κουλαρά Παυλίνα,
Επιμέλεια Θεμάτων Ειδικότητας
Κακαλέτσης Νικόλαος,
Επιμέλεια Ειδήσεων από το Διαδίκτυο
Κωτούλας Σόλων,
Επιμέλεια Επαγγελματικών Θεμάτων
Τζιόμαλος Κωνσταντίνος,
Βιβλιογραφική Ενημέρωση
Κανέλλος Ηλίας,
Επιμέλεια θεμάτων συναφών ειδικοτήτων
Φωτιάδης Σπύρος,
Επιμέλεια ειδήσεων Υγειονομικού
Ενδιαφέροντος Ελληνικού & Διεθνούς
Ημερησίου & Περιοδικού Τύπου - Διαδίκτυο



Cholib[®]
Fenofibrate/Simvastatin

A-01209 CHO 1 - 11/2014

Η διαφήμιση είναι σύμφωνη με την ισχύουσα νομοθεσία – Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3(α)/32221 (ΦΕΚ 1049Β/29-04-2013) και τον κώδικα δεοντολογίας του ΣΦΕΕ. Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την πλήρη Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία:

BGP ΠΡΟΪΟΝΤΑ Μ.Ε.Π.Ε.
Αγίου Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος, Τηλ. 210 98 91 777

 **Mylan**
Seeing
is believing

Τεύχος 107
Ιούλιος-
Σεπτέμβριος
2015

Σελ. 74-75	Άρθρα Σύνταξης Απόστολος Ι. Χατζητόλιος - Ευστράτιος Μαλιέζος
Σελ. 76-85	Άρθρα Ανασκόπησης Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ως επιπλοκή συστηματικών νόσων - Μέρος Ι: Παθήσεις των αγγείων Νώτας Κωνσταντίνος
Σελ. 86-99	Εμπειρίες από τη μελέτη της φυματίωσης στον Νομό Ροδόπης σε οριζόντια εικοσιπενταετία (1976-2000) Χρήστο Βάμβαλη
Σελ. 100-115	Ομιλητές και Συμμετέχοντες στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία
Σελ. 116-117	Επιστολές προς τον Διευθυντή Συντάξεως Περιοδικού HJM
Σελ. 118-119	Προσεχή Συνέδρια, Επιστημονικές Εκδηλώσεις στην Ελλάδα και το Εξωτερικό, στην Παθολογία και τις συναφείς Ειδικότητες
Σελ. 120-124	Ανασκόπηση Διεθνούς Ιατρικού Τύπου
Σελ. 125-126	Ειδήσεις Υγειονομικού Ενδιαφέροντος Ελληνικού Ημερησίου & Περιοδικού Τύπου - Διαδίκτυο
Σελ. 127-130	HJM Οδηγίες προς Συγγραφείς
Σελ. 131-132	Δίαιτα & Διατροφή

Contents

Number 106
July -
September
2015

Pg. 74-75	Editorial Apostolos I. Hatzitolios - Efstratios Maltezos
Pg. 76-85	Review Articles Stroke as a complication systemic diseases - Part I: Vascular Diseases Notas Konstantinos
Pg. 86-99	Experiences from the study of tuberculosis in Rhodope Prefecture in horizon quarter century (1976-2000) Christos Vamvalis
Pg. 100-115	Speakers and Participants to the 1st Panhellenic Congress of Continuing Education in Internal Medicine
Pg. 116-117	Letters to the Editor
Pg. 118-119	Coming National or International Congress and Meetings in Internal Medicine or Subspecialties
Pg. 120-124	International Medicine Review
Pg. 125-126	Medical News from the Daily & Monthly Journals and the Web
Pg. 127-130	HJM Instructions for authors
Pg. 131-132	Diet & Nutrition

Άρθρο Σύνταξης- Editorial



A. I. Χατζητόλιος

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Όπως ήδη γνωρίζετε από το 2013 ξεκίνησε η έκδοση του Περιοδικού “Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση- Hellenic Journal of Medicine” ως επίσημο οργάνου της Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος (Ε.Π.Β.Ε.). Ελπίζω ότι μετά την ίδρυση της Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος το περιοδικό μας θα αποτελέσει και βήμα προβολής των Επαγγελματικών δικαιωμάτων και ανταλλαγής απόψεων για τα επαγγελματικά προβλήματα της ειδικότητας της Παθολογίας.

Σήμερα δύο χρόνια μετά, σύμφωνα με το Καταστατικό της Ε.Π.Β.Ε. και λόγω συμπλήρωσης δύο θητειών μου στην Προεδρεία του Δ.Σ. της Ε.Π.Β.Ε., μετά από τις αρχαιρεσίες της 1ης Μαρτίου 2015, ως Πρόεδρος της Συντακτικής Επιτροπής του Περιοδικού αναλαμβάνει ex officio ο νέος Πρόεδρος της ΕΠΒΕ Καθηγητής Παθολογίας στην Ιατρική Σχολή του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, αγαπητός συνάδελφος κ. Ευστράτιος Μαλτέζος.

Αποχωρώντας από την θέση του Προέδρου της Συντακτικής Επιτροπής, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους διακεκριμένους συγγραφείς των άρθρων που δημοσιεύθηκαν στα 8 τεύχη του περιοδικού κατά την διετία αυτή, αφενός για την επιλογή του Περιοδικού μας και αφετέρου γιατί τα άρθρα τους αυτά αποτελούν ουσιαστική συμβολή στην ενημέρωση των συναδέλφων σε σημαντικά θέματα της Κλινικής πράξης. Επίσης, να ευχηθώ καλή επιτυχία στον νέο Πρόεδρο, προς όφελος της διάκρισης του Περιοδικού μας και της προβολής των επιστημονικών και επαγγελματικών θεμάτων της Παθολογίας.

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Οφείλω να επαναλάβω, ότι η επιτυχία του εγχειρήματος και η καταξίωση του Περιοδικού μας, δεν είναι θέμα μιας ομάδος προσώπων, αλλά εξαρτάται κύρια από την δική σας ενεργό υποστήριξη, με την αποστολή άρθρων προς δημοσίευση ή και επιστολών και ανακοινώσεων για θέματα που σας ενδιαφέρουν, επιστημονικά εκπαιδευτικά ή επαγγελματικά.

Σας ευχαριστώ και πάλι για την υποστήριξη και την εμπιστοσύνη σας στο Περιοδικό μας.

Ο Απερχόμενος Επιστημονικός Υπεύθυνος
Του Περιοδικού & Πρόεδρος της ΕΠΒΕ
Απόστολος Χατζητόλιος
Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου
Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Άρθρο Σύνταξης- Editorial



Ευσ. Μαλτέζος

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Από τις αρχαιρεσίες της 1ης Μαρτίου 2015 είχα την ιδιαίτερη τιμή να εκλεγώ Πρόεδρος της Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος (Ε.Π.Β.Ε.) και να αναλάβω έτσι ταυτόχρονα, με βάση το καταστατικό, την Προεδρία της Συντακτικής Επιτροπής του Περιοδικού της Εταιρείας "Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση- Hellenic Journal of Medicine".

Έχω επίγνωση κατά συνέπεια της μεγάλης ευθύνης που αναλαμβάνω με τη σημαντική αυτή διπλή αρμοδιότητα. Η ιδιαίτερα επιτυχημένη Προεδρία του Καθηγητού κ. Απόστολου Χατζητόλιου έχει θέσει υψηλά τον «πήχη» και αυξάνει την «πίεση» συνέχισης των άοκνων και επίμονων προσπαθειών για την επιτυχία της αποστολής και των στόχων της Εταιρείας μας και του Περιοδικού της.

Είναι σήμερα κοινή πεποίθηση όλων των Ελλήνων Παθολόγων, ότι απαιτείται η αναβάθμιση της ειδικότητας της Παθολογίας και η απόδοση σε αυτή του κύρους και των αρμοδιοτήτων που της αναλογούν, όπως συμβαίνει σε όλες τις ευρωπαϊκές και τις άλλες προηγμένες χώρες.

Καλώ όλους του συναδέλφους και ιδιαίτερα τους νέους Παθολόγους και τους ειδικευόμενους στην Παθολογία να πλαισιώσουν την Ε.Π.Β.Ε. και να εντάξουν το περιοδικό της στις πηγές επιμόρφωσης και πληροφόρησής τους καθώς και να το χρησιμοποιήσουν ως βήμα επιστημονικού ή επαγγελματικού προβληματισμού και έκφρασης.

Καλώ επίσης τους συναδέλφους και το Δ.Σ. της νεοϊδρυθείσης Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος να στηρίξουν την προσπάθεια για περαιτέρω αναβάθμιση του περιοδικού «Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση», ώστε να καταστεί σημαντικό όργανο επιστημονικής κατάρτισης των Ελλήνων Παθολόγων και προβολής των επαγγελματικών μας θεμάτων ή προβληματισμών και διεκδικήσεων.

Ευχαριστώ θερμά όλους τους συναδέλφους για την τιμή που μου έκαναν.

Ευχαριστώ επίσης το απερχόμενο Δ.Σ. της Εταιρείας και τον Πρόεδρο κ. Χατζητόλιο για την ανεκτίμητη προσφορά τους καθώς και για τις ιστορικές πρωτοβουλίες τους για αναβάθμιση της ειδικότητας της Παθολογίας στην Ελλάδα.

Ο νέος Πρόεδρος της Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος
& Επιστημονικός Υπεύθυνος του Περιοδικού

Ευστράτιος Μαλτέζος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Δημοκριτείου
Πανεπιστημίου Θράκης

Άρθρα Ανασκόπησης

Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ως επιπλοκή συστηματικών νόσων



Κωνσταντίνος Νώτας

Μέρος Ι: Παθήσεις των αγγείων

Νώτας Κωνσταντίνος¹, Τέγος Θωμάς¹, Ξέρρας Χρυσόστομος¹, Σαββόπουλος Χρήστος²,
Καϊάφα Γεωργία², Χατζητόλιος Απόστολος², Ωρολογάς Αναστάσιος¹
1. Α΄ Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ. Νοσοκομείο Α.Χ.Ε.Π.Α.
2. Α΄ ΠΡΠ Κλινική Α.Π.Θ. Νοσοκομείο Α.Χ.Ε.Π.Α.

Υπεύθυνος επικοινωνίας:

Νώτας Κωνσταντίνος, Α΄ Νευρολογική ΑΧΕΠΑ,
Στ. Κυριακίδη 1, ΤΚ 54636 Θεσσαλονίκη
τηλ. 2310993309

Περίληψη

Στο άρθρο μας αυτό θα προσπαθήσουμε συνοπτικά να μελετήσουμε τις συστηματικές παθολογικές νόσους, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή να παρουσιάσουν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ως πρώτη εκδήλωσή τους. Αναλυτικότερα θα παρουσιάσουμε τη συσχέτιση μιας πλειάδας παθολογικών νόσων με την εκδήλωση ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, όπως οι ενδοκρινικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, οι λοιμώδεις νόσοι, οι φλεγμονώδεις νόσοι, οι αυτοάνοσες διαταραχές, οι διαταραχές του συνδετικού ιστού, η ανεπάρκεια οργάνων, η κακοήθεια, η μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων και οι διάφορες τοξικές ουσίες. Στο πρώτο μέρος θα εστιάσουμε στις διάφορες διαταραχές που οδηγούν σε αγγειοπάθεια (ινομυϊκή δυσπλασία, διαχωριστικά ανευρύσματα, αγγειοπάθεια

Μογασογυα, αγγειίτιδες με τις φλεγμονώδεις και αυτοάνοσες νόσους που τις συνοδεύουν και κληρονομικές νόσοι του συνδετικού ιστού). Η αναγνώριση και κατανόηση αυτών των σχέσεων από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων πέρα από του νευρολόγου μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση και ορθή αντιμετώπιση των επεισοδίων.

Λέξεις ευρετηρίου: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, συστηματικές νόσοι, αγγειοπάθεια.

Vascular Diseases

Notas Konstantinos¹, Tegos Thomas¹, Xerras Christostomos¹, Savopoulos Christos², Kaiafa Georgia², Hatzitolios Apostolos², Orologas Anastasios¹

1. 1st Neurologic Department, Medical School, Aristotile University of Thessaloniki, General Hospital "AHEPA".

2. 1st Propaedeutic Internal Medicine Department, Medical School, Aristotile University of Thessaloniki, General Hospital "AHEPA"

Summary

In this article we are briefly presenting the systemic diseases that can either lead to a stroke or present as stroke in their first manifestation. We study the association between stroke and a variety of systemic diseases, such as endocrine and electrolyte disorders, infectious and inflammatory diseases, autoimmune and connective tissue disorders, organ failure, cancer, organ transplantation and drugs. In this first part we focus on vasculopathies (fibromuscular dysplasia, artery dissections, Moyamoya disease, vasculitis due to inflammatory and autoimmune diseases and connective tissue disorders). An understanding of these associations can lead to an early diagnosis and a prompt intervention.

Key words: stroke, systemic diseases, vasculopathy.

Εισαγωγή

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) διαχωρίζεται σε ισχαιμικό ή αιμορραγικό. Τα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΙΑΕΕ) περιλαμβάνουν τα αρτηριακά εγκεφαλικά ισχαιμικά επεισόδια και την εγκεφαλική φλεβοθρόμβωση και θρόμβωση των εγκεφαλικών φλεβωδών κόλπων. Τα αιμορραγικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια περιλαμβάνουν την ενδοεγκεφαλική και την υπαραχνοειδή αιμορραγία. Πέρα από τους συνηθέστερους και

επαρκώς αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης ΑΕΕ, όπως η υπέρταση, η αθηροσκλήρωση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η δυσλιπιδαιμία, ο καρδιακός θρομβοεμβολισμός και οι αιματολογικοί προθρομβωτικοί παράγοντες, στο άρθρο μας αυτό θα προσπαθήσουμε συνοπτικά να εστιάσουμε στις συστηματικές παθολογικές νόσους, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε ΑΕΕ ή να παρουσιάσουν ΑΕΕ ως πρώτη εκδήλωσή τους. Αναλυτικότερα θα παρουσιάσουμε τη συσχέτιση μιας πλειάδας παθολογικών νόσων με την εκδήλωση ενός ΑΕΕ,

όπως οι ενδοκρινικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, οι λοιμώδεις νόσοι, οι φλεγμονώδεις νόσοι, οι αυτοάνοσες διαταραχές, οι διαταραχές του συνδετικού ιστού, η ανεπάρκεια οργάνων, η κακοήθεια, η μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων και οι διάφορες τοξικές ουσίες. Η αναγνώριση και κατανόηση αυτών των σχέσεων από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων πέρα από αυτή του νευρολόγου μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση και ορθή αντιμετώπιση των ΑΕΕ.

Λόγω του εκτεταμένου εύρους της βιβλιογραφίας και της ανάγκης ταξινόμησης των πολλαπλών συστηματικών νόσων που σχετίζονται με ΑΕΕ επιλέξαμε τη συγγραφή δυο επιμέρους άρθρων. Το πρώτο περιλαμβάνει τον γενικό όρο αγγειοπάθειες, ακολουθώντας την ταξινόμηση του Osborn¹, όπου εξετάζουμε την ινομυϊκή δυσπλασία, τα διαχωριστικά ανευρύσματα, την αγγειοπάθεια MoyaMoya, τις διάφορες αγγειίτιδες (με τις φλεγμονώδεις και αυτοάνοσες νόσους που τις συνοδεύουν) και ορισμένες κληρονομικές νόσους του συνδετικού ιστού.

Αγγειοπάθειες

Η πιο συχνή αγγειοπάθεια που σχετίζεται με αγγειακά εγκεφαλικά συμβάντα είναι η αθηρωματική νόσος των μικρών και μεγάλων αγγείων, η οποία είναι επαρκώς αναγνωρισμένη και δεν κρίνεται σκόπιμο να αναλυθεί σε αυτό εδώ το άρθρο. Αντίθετα όμως, υπάρχει μια πλειάδα αγγειοπαθειών σε διαφορετικές στιβάδες των ανθρώπινων αγγείων, που μπορούν σε μεγάλο ποσοστό να προκαλέσουν αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, ειδικά σε νεαρότερες ηλικίες.

Ινομυϊκή δυσπλασία

Αποτελεί μια συστηματική μη αθηρωματική, μη φλεγμονώδη αγγειοπάθεια, στην οποία παρουσιάζεται υπερπλασία ινώδους ιστού στον μέσο χιτώνα των μικρών και μεσαίων αγγείων, με μετατροπή των λείων μυϊκών ινών σε μυοϊνοβλάστες και καταστροφή των ελαστικών ινών, προκαλώντας υπερπλασία και στένωση των αγγείων. Προσβάλλει συνήθως τις νεφρικές αρτηρίες και το καρωτιδικό σύστημα και αποτελεί αίτιο υπέρτασης και εγκεφαλικού επεισοδίου σε νέους ενήλικες. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες με αναλογία 9:1. Η ινομυϊκή δυσπλασία σχετίζεται με υψηλό ποσοστό ενδοκράνιων ανευρυσμάτων και αρτηριοφλεβωδών

δυσπλασιών με συχνή την παρουσία υπαραχνοειδούς αιμορραγίας. Εγκεφαλικά έμφρακτα παρουσιάζονται είτε μέσω θρομβοεμβολισμού (έμβολα δημιουργούνται στους ψευδοαυλούς λόγω των διαχωριστικών ανευρυσμάτων), είτε λόγω ύπαρξης σημαντικού βαθμού αγγειακών στενώσεων είτε τέλος μέσω δημιουργίας πολλαπλών διαχωριστικών ανευρυσμάτων. Η χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης αγγειακών συμβάντων, ενώ απαραίτητος είναι ο ετήσιος απεικονιστικός έλεγχος της νόσου^{2,3}.

Αρτηριακός διαχωρισμός καρωτίδων και σπονδυλοβασικού συστήματος

Αρτηριακός διαχωρισμός δημιουργείται όταν μετά από ρήξη του έσω τοιχώματος ενός αγγείου επιτρέπεται στο αίμα να εισχωρήσει μεταξύ των στοιβάδων του, προκαλεί ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα που επεκτείνεται, οδηγώντας είτε άμεσα σε στένωση ή απόφραξη του αγγείου (ψευδός αυλός επεκτείνεται εσωτερικά, με ενδεχόμενη ρήξη ή δημιουργία ιστίου με επακόλουθη τη δημιουργία θρόμβου και εμβόλων), είτε στη συνέχεια σε ανευρυσματική του εξαλλαγή (ψευδός αυλός επεκτείνεται εξωτερικά και δημιουργείται μια ρήξη και ψευδοανεύρυσμα), με υψηλό κίνδυνο θρομβοεμβολικών γεγονότων. Αν και ο αρτηριακός διαχωρισμός των καρωτίδων και του σπονδυλοβασικού συστήματος θεωρείται υπεύθυνος μόνο για το 2% των συνολικών ΑΕΕ, αποτελεί το 10%-20% των εγκεφαλικών νεαρής και μέσης ηλικίας ατόμων. Αρτηριακός διαχωρισμός δημιουργείται είτε αυτόματα, είτε μετά από μηχανική κάκωση (τραυματική ή ιατρογενή). Ο αυτόματος διαχωρισμός συμβαίνει συχνότερα στην εξωκράνια μοίρα των καρωτίδων και στις σπονδυλικές αρτηρίες, καθώς είναι ιδιαίτερα εύκαμπτες και έρχονται σε επαφή με τα οστά της κεφαλής και του αυχένα, ενώ η μέση ηλικία των ασθενών είναι τα 45 έτη (από 30 έως 65 ετών). Μεγαλύτερη επίπτωση παρουσιάζεται σε ασθενείς με ιστορικό υπέρτασης και ημικρανίας, κυρίως τους χειμερινούς μήνες. Η κλασική κλινική εικόνα περιλαμβάνει ομόπλευρη κεφαλαλγία, καρωτιδυνία σε διαχωρισμό των καρωτίδων ή αυχενάλγία σε διαχωρισμό στο σπονδυλοβασικό σύστημα, ομόπλευρο ατελές σύνδρομο Horner και εστιακή σημειολογία εγκεφαλικού εμφράκτου (παροδικού ή μη). Τραυματικός καρωτιδικός διαχωρισμός συμβαίνει

μετά από άμεση ή έμμεση κάκωση της κεφαλής ή του αυχένα, με συννηθέστερα αίτια τα τροχαία ατυχήματα ή την πολύωρη υπερέκταση της κεφαλής. Οι εξωκράνιοι διαχωρισμοί είναι δυνατόν να επεκταθούν ενδοκρανίως, με τον ενδοκράνιο διαχωρισμό να προκαλεί συχνά ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, λόγω της εξωτερικής επέκτασης του ενδοτοιχωματικού θρόμβου.

ΑΕΕ επισυμβαίνουν με δυο μηχανισμούς, την αρτηριακή απόφραξη και τον εμβολισμό. Ένα ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα μπορεί να αποφράξει ή να δημιουργήσει σοβαρού βαθμού στένωση στον αυλό του αγγείου οδηγώντας σε εγκεφαλική ισχαιμία ενώ αντίστοιχα η ρήξη του έσω χιτώννα ή η είσοδος αίματος στον ψευδοαυλό δημιουργεί τοπικά θρόμβους, που εμβολίζουν μαζικά τον εγκέφαλο. Εγκεφαλικά έμφρακτα επισυμβαίνουν στο 40%-60% των ασθενών με αρτηριακό διαχωρισμό των αγγείων του αυχένα, καθιστώντας απαραίτητη τη χορήγηση αντιθρομβωτικής θεραπείας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της American Stroke Association (ASA) του 2014 προτείνουν τη χρήση είτε αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων είτε αντιπηκτικής αγωγής το λιγότερο για 3 με 6 μήνες (κανένας από τους δυο παράγοντες δεν έδειξε στις μελέτες υπεροχή έναντι του άλλου), με συνεχή επανέλεγχο. Χειρουργική αποκατάσταση συστήνεται μόνο σε περιπτώσεις όπου η αντιθρομβωτική αγωγή δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα^{4,5,6,7}.

Αγγειοπάθεια MoyaMoya

Η νόσος MoyaMoya είναι μια σπάνια αγγειοπάθεια που χαρακτηρίζεται από προοδευτική μη φλεγμονώδη αμφοτερόπλευρη στένωση ή απόφραξη της υπερκλινοειδούς μοίρας της έσω καρωτίδας, της εγγύς μέσης και των πρόσθιων και οπίσθιων εγκεφαλικών αρτηριών (αρτηρίες γύρω από το κύκλο του Willis) που οδηγεί σε σχηματισμό ανώμαλου παράπλευρου δικτύου αγγείων στη βάση του εγκεφάλου, το οποίο στην αγγειογραφία φαίνεται σαν «νέφος καπνού». Λόγω της απεικόνισης αυτής, το 1969 οι Suzuki και Takaku ονόμασαν την αγγειοπάθεια ως MoyaMoya που στα Ιαπωνικά σημαίνει « νέφος καπνού». Η αγγειοπάθεια MoyaMoya χαρακτηρίζεται ως σύνδρομο MoyaMoya (MMS) όταν αναπτύσσεται δευτεροπαθώς στα πλαίσια άλλων παθήσεων, όπως σε φλεγμονώδεις, γενετικές και προθρομβωτικές διαταραχές ή σε λοιμώξεις.

Εξέταση εκλογής για τη διάγνωση της νόσου αποτελεί η κλασική αγγειογραφία. Αν και είναι επεμβατική μέθοδος, και επομένως όχι άμοιρη επιπλοκών, εντούτοις μπορεί να απεικονίσει πιο καθαρά αγγειοπάθειες τύπου MoyaMoya μικρών αγγείων σε σχέση με τις άλλες τεχνικές και να διευκρινίσει αν η βλάβη προέρχεται από στένωση ή απόφραξη αυτών. Η κλινική εικόνα της νόσου ποικίλει. Μπορεί να διαδράμει αρχικά ασυμπτωματικά ή να εκδηλωθεί με νευρολογική εικόνα ΑΕΕ, παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου, εγκεφαλικής αιμορραγίας, κεφαλαλγίας, επιληψίας και ψυχιατρικών διαταραχών. Εμφανίζεται είτε στην παιδική ηλικία, με συχνότερη την εμφάνιση ΙΑΕΕ είτε σε μεγαλύτερες ηλικίες με συχνότερη την εμφάνιση εγκεφαλικών αιμορραγιών. Η αντιμετώπιση της νόσου MoyaMoya είναι κατά κανόνα χειρουργική, με διαφορετικές τεχνικές επανααγγείωσης, με στόχο τη βελτίωση της εγκεφαλικής αιμάτωσης και την πρόληψη σοβαρών νευρολογικών διαταραχών^{8,9,10}.

Κληρονομικές διαταραχές του συνδετικού ιστού

• Σύνδρομο Ehlers-Danlos

Από τους πολλαπλούς φαινότυπους του συνδρόμου Ehlers-Danlos, ο τύπος IV έχει τη χειρότερη πρόγνωση, προκαλώντας ανωμαλία στο κολλαγόνο τύπου III. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει την υπερελαστικότητα των αρθρώσεων και του δέρματος, την αυτόματη εμφάνιση εκχυμώσεων και τη συχνή εμφάνιση ουλών. Οι συχνότερες νευροαγγειακές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν είτε την δημιουργία αυτόματης καρωτιδο-σπραγγώδους επικοινωνίας (fistula), με υψηλής ροής άμεση επικοινωνία μεταξύ του σπραγγώδους τμήματος της έσω καρωτίδας και του σπραγγώδους φλεβώδη κόλπου, λόγω ρήξης ενός καρωτιδικού ανευρύσματος, δημιουργώντας τη χαρακτηριστική εικόνα της φλεβοθρόμβωσης του σπραγγώδη κόλπου με τον εξόφθαλμο, είτε τον εξωκράνιο ή ενδοκράνιο διαχωρισμό των καρωτίδων. Η διάγνωση τίθεται με βιοψία δέρματος, ενώ λόγω της ευθραστότητας των αγγείων χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή ακόμα και κατά τη διενέργεια διαγνωστικής αγγειογραφίας^{11,12}.

• Σύνδρομο Marfan

Το σύνδρομο Marfan είναι μια κληρονομική διαταραχή του συνδετικού ιστού, κληρονομούμενη με αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα, ενώ

στις κλινικές του εκδηλώσεις περιλαμβάνει το υψηλό ανάστημα, το σκαφοειδή θώρακα, τον προγναθισμό, την υψηλή έκφυση της υπερώας, την υπερελαστικότητα των αρθρώσεων και την πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας. Η πλέον επικίνδυνη κλινική εκδήλωση του συνδρόμου είναι τα πολλαπλά αορτικά ανευρύσματα. Ο αυξημένος κίνδυνος πρόκλησης ΑΕΕ προκύπτει από την ύπαρξη ενδοκράνιων ανευρυσμάτων, από τη συχνή επέκταση ενός αορτικού διαχωρισμού προς τις κοινές καρωτίδες και από καρδιακό θρομβοεμβολισμό λόγω της βαλβιδοπάθειας¹².

• Ελαστικό ψευδοξάνθωμα

Το ελαστικό ψευδοξάνθωμα προκαλεί ανεπάρκεια στις ελαστικές ίνες του δέρματος, των οφθαλμών και του καρδιαγγειακού συστήματος. Αντίστοιχα όμως ενοχοποιείται για προοδευτική από νεαρή ηλικία απόφραξη των καρωτίδων και του σπονδυλοβασικού συστήματος, που οδηγεί σε πολλαπλά εγκεφαλικά μικροέμφρακτα¹².

Αγγειίτιδες

• Πρωτοπαθής (μεμονωμένη) αγγειίτιδα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (isolated CNS or granulomatous angiitis)

Η μεμονωμένη αγγειίτιδα του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια (< 1:2.000.000) αρτηριακή φλεγμονή που περιορίζεται στο ΚΝΣ, προσβάλλει όλες τις ηλικίες, έχει μια ευρεία κλινική σημειολογία (επιληψία, ισχαιμικό ή αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο, κεφαλαλγία) και μικρή ανταπόκριση στα κορτικοστεροειδή. Η βιοψία εγκεφάλου είναι η εξέταση που θέτει τη διάγνωση, ενώ η συχνότερη εξέλιξη είναι η επιδείνωση και ο θάνατος¹³.

• Συστηματικές αγγειίτιδες, με συμμετοχή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Οζώδης πολυαρτηρίτιδα (polyarteritis nodosa)

Αποτελεί μια εστιακή, τμηματική και νεκρωτική αγγειίτιδα, με προτίμηση στα μικρά και μεσαίου μεγέθους αγγεία, κυρίως των νεφρών. Συχνά σχετίζεται με χρόνια ηπατίτιδα Β, ενώ οι συνήθεις νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν μονονευρίτιδες, πολλαπλές μονονευρίτιδες ή πολυνευροπάθειες. Ενοχοποιείται κυρίως για κεντροπιδωδή εγκεφαλικά έμφρακτα, αλλά συχνά μέσω της εμφάνισης αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου ή της νεφρικής αι-

τιολογίας υπέρτασης, μπορεί να προκαλέσει εκτεταμένα εγκεφαλικά έμφρακτα και ενδοεγκεφαλικά αιμορραγία^{14,15}. Σε προσβολή των οφθαλμικών αγγείων παρατηρείται παροδική μονοφθάλμια τύφλωση, ενώ σπανιότερα μπορεί να προκληθεί υπαραχνοειδής αιμορραγία μέσω της ρήξης ενδοκράνιου ανευρύσματος¹⁶. Η συμμετοχή των στεφανιαίων αγγείων ενδέχεται να οδηγήσει σε έμφραγμα (συνήθως σιωπηλό), καρδιακή ανεπάρκεια ή και εγκεφαλικό θρομβοεμβολισμό. Η διάγνωση γίνεται με βιοψία ιστού (νεφρών, δέρματος ή μυός), ενώ η αγγειογραφία αναδεικνύει πολλαπλές στενώσεις και μικροανευρύσματα. Η θεραπεία περιλαμβάνει χρήση κορτικοστεροειδών και κυκλοφωσφαμίδης.

Μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα

Είναι μια νεκρωτική, μη κοκκιωματώδης αγγειίτιδα των μικρών αγγείων, με συμμετοχή κυρίως των νεφρών (εστιακή νεκρωτική σπειραματονεφρίτιδα, νεφρωσικό και νεφριτιδικό σύνδρομο) και δευτερευόντως του αναπνευστικού (κυψελιδική αιμορραγία, πνευμονική ίνωση). Οι συνήθεις νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν πολυνευροπάθεια ή πολλαπλή μονονευρίτιδα, υπάρχουν όμως μεμονωμένες περιπτώσεις εμφάνισης ισχαιμικών και αιμορραγικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων^{17,18}. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση κορτικοστεροειδών και κυκλοφωσφαμίδης.

Σύνδρομο Churg Strauss

Είναι μια σπάνια, ιδιοπαθής, μη λοιμώδης λευκοκυτταροκλαστική συστηματική αγγειίτιδα των μικρών αγγείων, με έντονη πωσινοφιλία. Προσβάλλει κυρίως τους πνεύμονες, την καρδιά, το δέρμα αλλά και τα υπόλοιπα όργανα. Κλινικά, χαρακτηρίζεται από άσθμα και πυρετό ενώ οι συνήθεις νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν μονονευρίτιδες, πολλαπλές μονονευρίτιδες ή πολυνευροπάθειες. Σπάνια, υπάρχουν αναφορές για συσχέτιση με ισχαιμικά ή αιμορραγικά ΑΕΕ, θρομβώσεις φλεβωδών κόλπων και απόφραξη της οφθαλμικής αρτηρίας^{19,20}. Η θεραπεία περιλαμβάνει χορήγηση κορτικοστεροειδών και κυκλοφωσφαμίδης, ενώ σε περιπτώσεις μη ανταπόκρισης του ασθενή, ίσως χρειαστεί και πλασμαφαίρεση.

Κοκκιωμάτωση Wegener

Είναι μια πολυσυστηματική αγγειίτιδα των αρτηριών μικρού και μέσου μεγέθους, όπως και των φλεβιδίων, αρτηριολίων και περιστασιακά μεγάλων

αρτηριών, η οποία χαρακτηρίζεται από νεκρωτική κοκκιωματώδη αγγειίτιδα του ανώτερου ή κατώτερου αναπνευστικού (παραρρίνιοι κόλποι, ρινικές οδοί, φάρυγγας, πνεύμονες), γενικευμένη νεκρωτική αγγειίτιδα των αρτηριών και των φλεβών και εστιακή νεκρωτική σπειραματονεφρίτιδα^{21,22}. Η συχνότερη νευρολογική εκδήλωση της κοκκιωματώσης Wegener είναι η περιφερική νευροπάθεια, με συχνότερη την πολλαπλή μονονευρίτιδα (12-15% και σπάνια την περιφερική και συμμετρική πολυνευροπάθεια (2%)^{21,22}. Ισχαιμικά και αιμορραγικά ΑΕΕ, εγκεφαλική φλεβοθρόμβωση, ισχαιμία του αμφιβληστροειδούς και του οπτικού νεύρου και ισχαιμική λευκοεγκεφαλοπάθεια έχουν αναφερθεί στο πλαίσιο της νόσου^{23,24}, ενώ υπάρχουν περιπτώσεις καρδιοεμβολικών αγγειακών εγκεφαλικών ως συνέπεια της μη βακτηριακής θρομβωτικής ενδοκαρδίτιδας²⁵. Η θεραπεία περιλαμβάνει χορήγηση κορτικοστεροειδών και κυκλοφωσφαμίδης, ή μεθοτρεξάτης, αζαθειοπρίνης και ριτουξιμάμπης.

Νόσος Αδαμαντιάδη-Behcet

Είναι μια πολυσυστηματική φλεγμονώδης νόσος των μικρών αγγείων η οποία χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επώδυνα αφθώδη έλκη του στόματος και των γεννητικών οργάνων, ραγοειδίτιδα ή αγγειίτιδα του αμφιβληστροειδούς, πολυαρθρίτιδα, προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και δερματικές (οζώδες ερύθημα, γαγγραινώδες πυόδερμα), γαστρεντερικές και αγγειακές (ανευρύσματα και θρομβώσεις) αλλοιώσεις²⁶. Η προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (νευρό-Behcet) είναι μία από τις πλέον σοβαρές εκδηλώσεις του συνδρόμου, η οποία παρατηρείται έως το 25% των ασθενών, με εξάρσεις και υφέσεις και έχει πτωχή πρόγνωση, οδηγώντας του ασθενείς προοδευτικά σε μη αναστρέψιμη άνοια. Η μη νιγγοεγκεφαλίτιδα κυρίως του στελέχους, η εγκεφαλομυελίτιδα, οι πολλαπλές βλάβες της εγκεφαλικής λευκής ουσίας, η εγκεφαλική φλεβοθρόμβωση και οι ψυχιατρικές διαταραχές αποτελούν τις κυριότερες εκδηλώσεις της νόσου από το κεντρικό νευρικό σύστημα, ενώ η αρτηρίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε ισχαιμικά επεισόδια, διαχωρισμό ή διάταση ανευρύσματος και υπαραχνοειδή αιμορραγία²⁶. Η θεραπεία περιλαμβάνει χρήση κορτικοστεροειδών και κυκλοφωσφαμίδης, αζαθειοπρίνης και αντιπηκτικών.

Αρτηρίτιδα Takayasu

Αποτελεί μια ιδιοπαθή κοκκιωματώδη, φλεγμονώδη αρτηρίτιδα που προσβάλλει τα μεγάλα αγγεία και την αορτή, η οποία οδηγεί σε πάχυνση, ίνωση, στένωση και διάταση του τοιχώματος των αγγείων και σχηματισμό θρόμβων και ανευρυσμάτων. Εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες νεαρής ηλικίας από την Ασία, με χαρακτηριστικό κλινικό εύρημα την ασυμμετρία ή την απουσία σφύξεων, τη διαιλίπυουσα κωλότητα και τον πυρετό αγνώστου αιτιολογίας. Συχνά προκαλούνται ΑΕΕ είτε λόγω στενώσεων ή απόφραξης της εξωκράνιας μοίρας της καρωτίδας ή των σπονδυλικών αρτηριών, συμπεριλαμβάνοντας και το σύνδρομο υποκλοπής της υποκλειδίου είτε μέσω εμβολισμού από αρτηρία σε αρτηρία^{27,28}. Ενδοεγκεφαλική αιμορραγία μπορεί να προκληθεί συχνά λόγω υπέρτασης ή ραγέντων ενδοκράνιων ανευρυσμάτων²⁹. Σε υψηλό ποσοστό των περιπτώσεων, ανιχνεύονται υψηλά αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα στις εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ η θεραπεία περιλαμβάνει χορήγηση κορτικοστεροειδών και αντιαμοπεταλιακών παραγόντων.

Γιγαντοκυτταρική (κροταφική) αγγειίτιδα

Προσβάλλει μεσαίου προς μεγάλου μεγέθους αγγεία και εμφανίζεται κυρίως σε Βόρειο-Ευρωπαίους ασθενείς άνω των 50 ετών. Η κλινική της εικόνα περιλαμβάνει τη μονόπλευρη κροταφική κεφαλαλγία, την επώδυνη κωλότητα της κάτω γνάθου κατά τη μάσηση, τη ρευματική πολυμυαλγία, την απώλεια όρασης και την αύξηση των παραγόντων φλεγμονής, όπως η ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (Τ.Κ.Ε.) και η CRP. Η παρουσία τριών από τα ακόλουθα πέντε κριτήρια του Αμερικάνικου Κολλεγίου Ρευματολογίας πιστοποιεί τη νόσο: α) ηλικία άνω των 50 ετών, β) εντοπισμένη κεφαλαλγία πρόσφρατης έναρξης, γ) ευαισθησία της κροταφικής αρτηρίας, δ) Τ.Κ.Ε. > 50mm/h, ε) χαρακτηριστικά ιστολογικά ευρήματα κατά τη βιοψία της κροταφικής αρτηρίας³⁰. Η απώλεια της όρασης είναι η πλέον επικίνδυνη επιπλοκή λόγω της πρόσθιας ισχαιμικής οπτικής νευροπάθειας (συμμετοχή των οπίσθιων ακτινοειδών αρτηριών), ενώ σε ενεργή φάση της νόσου υψηλή είναι η πιθανότητα αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, ιδιαίτερα από την οπίσθια εγκεφαλική κυκλοφορία³¹. Η βιοψία της κροταφικής αρτηρίας θέτει την τελική διάγνωση, εφιστώντας την προσο-

χή στην περίπτωση της ψευδούς αρνητικής βιοψίας λόγω της τμηματικής φύσης της νόσου. Υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών αποτελούν τη θεραπεία.

Συστηματικές αυτοάνοσες παθήσεις, με πιθανές δευτερεύουσες αγγειίτιδες από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

• Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα αποτελεί ένα σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα πρόκλησης καρδιακών κυρίως, αλλά και εγκεφαλικών αγγειακών συμβάντων, όπως αποδεικνύεται από πολλαπλές μελέτες^{32,33,34}. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα προκαλεί αύξηση της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης, η οποία σε συνδυασμό με την ενεργοποίηση των παραγόντων φλεγμονής μπορεί να οδηγήσει σε γενικευμένη αγγειακή αθηροσκλήρωση, ενώ ενοχοποιείται και για αυξημένα ποσοστά εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής³⁵. Όλα τα παραπάνω αυξάνουν σημαντικά τα ποσοστά εμφάνισης ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, τα οποία μειώνονται με τη χορήγηση κορτικοστεροειδών και κυκλοφωσφαμίδης.

• Σύνδρομο Sjogren

Το σύνδρομο Sjogren ενοχοποιείται κυρίως για πρόκληση περιφερικής πολυνευροπάθειας, στα πλαίσια του μηχανισμού δράσης του. ΑΕΕ έχουν μεμονωμένα περιγραφεί σε ασθενείς με τη νόσο, όμως οι μελέτες δεν έχουν καταφέρει να αποδείξουν κάποια υποκείμενη εγκεφαλική αγγειίτιδα, ούτε και περιγράφονται υψηλότερα ποσοστά αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό³⁶.

• Συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ)

Τα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια σε ασθενείς με ΣΕΛ προκαλούνται λόγω της αυξημένης αθηροσκλήρωσης, της αυξημένης προθρομβωτικής διάθεσης (δευτεροπαθές αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο), της ενδοθηλιακής διαταραχής των αγγείων, της αορτικής ή μιτροειδούς βαλβιδοπάθειας (δημιουργία μη βακτηριακής θρομβωτικής ενδοκαρδίτιδας ή κολπικής μαρμαρυγής) και της αρτηριακής υπέρτασης³⁷. Η εγκεφαλική αγγειίτιδα η οποία θεωρείται ως πιθανή αιτία πρόκλησης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στους ασθενείς με ΣΕΛ δεν έχει επαρκώς τεκμηριωθεί με ιστοπαθολογικές μελέτες ή είναι εξαιρετικά σπάνια³⁸. Η θρομ-

βωτική θρομβοπενική πορφύρα όμως, που εμφανίζεται στα όψιμα στάδια της νόσου μπορεί να αποτελέσει ένα ακόμα παράγοντα κινδύνου. Αποτέλεσμα αυτών είναι η ύπαρξη πολλαπλών μικροεμφράκτων στον εγκεφαλικό φλοιό και στο στέλεχος σε ασθενείς με ΣΕΛ.

• Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο

Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο είναι ένα μη φλεγμονώδες αυτοάνοσο νόσημα που σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με εμφάνιση ΑΕΕ σε ηλικίες κάτω των 50 ετών³⁹. Συνήθως εμφανίζεται στα πλαίσια διαφόρων αυτοάνοσων νόσων (κυρίως του συστηματικού ερυθματώδη λύκου, του συνδρόμου Sjogren και του σκληροδέρματος), νόσων του συνδετικού ιστού, σε κακοήθειες, σε λοιμώξεις και ως παρενέργεια λήψης διαφόρων φαρμάκων, οπότε και ονομάζεται δευτεροπαθές, ενώ σπανιότερα σε απουσία άλλης νόσου ονομάζεται πρωτοπαθές. Στα κριτήρια διάγνωσης του συνδρόμου περιλαμβάνεται η παρουσία ενός αρτηριακού ή φλεβικού εμφράκτου ή πολλαπλά επεισόδια αποβολών στις γυναίκες και η παρουσία σε επανειλημμένες εργαστηριακές μετρήσεις (με διαφορά τριών μηνών) αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων στο αίμα (αντιπηκτικό του λύκου ή αντισώματα έναντι της καρδιολιπίνης ή αντισώματα έναντι της β2 γλυκοπρωτεΐνης I)^{40,41}. Υποψία ύπαρξης αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου πρέπει να τίθεται σε κάθε ασθενή με παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο ή ΙΑΕΕ, ο οποίος μπορεί να εμφανίζει και τις άλλες εκδηλώσεις του συνδρόμου, όπως δικτυωτή πελιδνώση, αποβολές ή ανεξήγητη θρομβοπενία. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της American Stroke Association (ASA) του 2014 προτείνουν τη χορήγηση αντιαιμοπεταλιακού παράγοντα σε περιπτώσεις ΑΕΕ και υποψίας αλλά μη τεκμηρίωσης αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου και χορήγηση αντιαιμοπεταλιακού παράγοντα σε τεκμηριωμένο σύνδρομο, εφόσον δεν έχει λάβει ήδη αντιπηκτική αγωγή, σύμφωνα με παλαιότερες οδηγίες⁷.

• Συστηματική σκλήρυνση ή σκληρόδερμα

Το σκληρόδερμα προκαλεί δομικές αλλαγές στα αγγεία μικρού μεγέθους, οδηγώντας σε ενώδη πάχυνση του έσω χιτώνα, ενώ έχει περιγραφεί σχεδόν σε όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος, οδηγώντας στις κυριότερες εκδηλώσεις της νόσου, όπως το σύνδρομο Raynaud, την προσβολή των

νεφρών, την πνευμονική υπέρταση και την ισχαιμία του μυοκαρδίου. Αντίστοιχα θα περιμέναμε μια όμοια προσβολή από το κεντρικό νευρικό σύστημα, όμως υπάρχουν ελάχιστες αναφορές για ύπαρξη εστιακής εγκεφαλικής αγγειίτιδας σε ασθενείς με σκληρόδερμα, χωρίς και την αντίστοιχη ιστοπαθολογική τεκμηρίωση⁴².

• Αγγειίτιδες από υπερευαισθησία

Πορφύρα Henoch-Schonlein

Είναι αυτοάνοση αγγειίτιδα των μικρών αγγείων λόγω υπερευαισθησίας, επαγόμενη από την IgA, εκδηλούμενη κυρίως στα παιδιά, η οποία χαρακτηρίζεται κλινικά από πορφυρικό εξάνθημα ιδιαίτερα στα κάτω άκρα, αρθραλγίες, κοιλιακό πόνο και αιματουρία λόγω νεφρικής προσβολής. Σπανιότερα υπάρχει συμμετοχή και των εγκεφαλικών αγγείων, οδηγώντας σε ισχαιμικά εγκεφαλικά έμφρακτα και υπαραχνοειδή ή ενδοεγκεφαλική αιμορραγία⁴³ ή ακόμα και στο σύνδρομο αναστρέψιμης οπίσθιας λευκοεγκεφαλοπάθειας⁴⁴.

Κρυσσφαιριναιμία

Οι κρυσσφαιρίνες είναι ανοσοσφαιρίνες οι οποίες καθιζάνουν όταν ψύχονται και διαλύονται όταν θερμαίνονται. Διακρίνονται τρεις τύποι κρυσσφαιρινών: ο τύπος I (μονοκλωνικός) (5%-10%), ο οποίος χαρακτηρίζεται από μονοκλωνική ανοσοσφαιρίνη κυρίως IgM ή IgG και σπανιότερα IgA και εμφανίζεται κυρίως στη μακροσφαιριναιμία του Waldenström και στο πολλαπλούν μύλωμα, ο τύπος II (μεικτός) (50%-65%) ο οποίος περιλαμβάνει 2 ή περισσότερες ανοσοσφαιρίνες εκ των οποίων η μία είναι μονοκλωνική και παρατηρείται σε χρόνια ηπατίτιδα C, σε λευχαιμίες, σε χρόνιες λοιμώξεις και σε αυτοάνοσα νοσήματα και ο τύπος III

(πολυκλωνικός) (30%-40%) ο οποίος περιλαμβάνει ανοσοσυμπλέγματα στα οποία περιλαμβάνονται και άλλες πρωτεΐνες και παρατηρείται σε χρόνια ηπατίτιδα C, σε νόσους του συνδετικού ιστού ή σε χρόνιες λοιμώξεις. Η κρυσσφαιριναιμία προκαλεί συστηματική αγγειίτιδα λόγω άμεσης απόφραξης των αγγείων ή λόγω φλεγμονής που προκαλείται από την εναπόθεση ανοσοσφαιρινικών συμπλεγμάτων που οδηγούν σε ενεργοποίηση του συμπληρώματος, επηρεάζοντας κυρίως τα νεφρά και το δέρμα. Η κρυσσφαιριναιμική αγγειίτιδα συχνότερα προκαλεί υποξεία, περιφερική, συμμετρική ή ασύμμετρη, κινητική ή/και αισθητική πολυνευροπάθεια καθώς και οξεία πολλαπλή μονονευρίτιδα. Σε περιπτώσεις όμως συμμετοχής και του κεντρικού νευρικού συστήματος ενδέχεται σπανιότερα να εμφανιστούν ισχαιμικά ή αιμορραγικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και εγκεφαλική φλεβοθρόμβωση⁴⁵.

Ελκώδης κολίτις

Μεμονωμένες μελέτες καταδεικνύουν συσχέτιση μεταξύ ισχαιμικών ΑΕΕ και την ελκώδη κολίτιδα, λόγω υποκείμενης προθρομβωτικής κατάστασης ή λόγω εγκεφαλικής αγγειίτιδας^{46,47}.

Νόσοι του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος με δευτερογενή αγγειίτιδα

• Νευροσαρκοείδωση

Η κλινική σημειολογία της νευροσαρκοείδωσης περιλαμβάνει βλάβες των κρανιακών νεύρων, μπνιγγοεγκεφαλίτιδα, υδροκέφαλο, περιφερική πολυνευροπάθεια και μυοπάθεια. Συγχρόνως προκαλεί εκτεταμένη εγκεφαλική αγγειίτιδα, η οποία προσβάλλει τους οφθαλμούς, τις μήνιγγες και τις εγκεφαλικές αρτηρίες και φλέβες, οδηγώντας σε πολλαπλά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια⁴⁸.

Βιβλιογραφία

- Osborn A. Nonatheromatous vasculopathy. In: Diagnostic Cerebral Angiography, 2nd Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 1999: 341-58.
- Slovut D, Olin J. Fibromuscular dysplasia. N Eng J Med 2004; 350:1862-1871.
- Cloft HJ, Kallmes DF, Kallmes MH, Goldstein JH, Jensen ME, Dion JE. Prevalence of cerebral aneurysms in patients with fibromuscular dysplasia: a reassessment. J Neurosurg. 1998 ;88(3):436-40.
- Treiman GS, Treiman RL, Foran RF, Levin PM, Cohen JL, Wagner WH, Cossman DV. Spontaneous dissection of the internal carotid

- artery: a nineteen-year clinical experience. *J Vasc Surg*. 1996;24: 597–605.
5. Mokri B. Cervicocephalic arterial dissections. In: Bogousslavsky J, Caplan LR, eds. *Uncommon Causes of Stroke*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2001:211–229.
 6. Molina CA, Alvarez-Sabin J, Schonewille W, Montaner J, Rovira A, Abilleira S, Codina A. Cerebral microembolism in acute spontaneous internal carotid artery dissection. *Neurology*. 2000;55:1738–1740.
 7. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*. 2014 ;45(7):2160–236.
 8. R. Michael Scott, M.D., and Edward R. Smith, M.D. Moyamoya Disease and Moyamoya Syndrome. *N Engl J Med* 2009; 360:1226–1237
 9. Kuroda S, Hashimoto N, Yoshimoto T, Iwasaki Y, Research Committee on Moyamoya Disease in Japan. Radiological findings, clinical course, and outcome in asymptomatic moyamoya disease: results of multicenter survey in Japan. *Stroke*. 2007;38(5):1430–5.
 10. Whitaker J. Management of moyamoya syndrome. *Arch Neurol*. 2001 Jan;58(1):132.
 11. Beighton P, De Paepe A, Steinmann B, et al. Ehlers-Danlos syndromes: revised nosology, Villefranche, 1997. Ehlers-Danlos National Foundation (USA) and Ehlers-Danlos Support Group (UK). *Am J Med Genet* 1998; 77:31–37.
 12. Tonarelli SB, Benavente O. Heritable connective tissue disorders and stroke. *Semin Cerebrovasc Dis Stroke* 2005; 5:2–12.
 13. Rula A, Hajj-Ali , Leonard H, Calabrese. Diagnosis and classification of central nervous system vasculitis. *Journal of Autoimmunity* 2014;48-49:149–152.
 14. Fourcade G, Lequellec A, Blard JM, Pagès M. Cerebral angiitis caused by periarteritis nodosa. *Rev. Neurol.(Paris)* 2005;161(3):323–325.
 15. Reichart MD, Bogousslavsky J, Janzer RC. Early lacunar strokes complicating polyarteritis nodosa: thrombotic microangiopathy. *Neurology* 2000;54(4):883–889.
 16. Shimizu M, Honma M, Endo K, Hoshi A, Mat-suura Y, Watanabe A, Saito N, Yamamoto T. Recurrent multiple cerebral hemorrhages complicated with polyarteritis nodosa. *Rinsho Shinkeigaku* 2002;42(7):603–607.
 17. Isoda K, Nuri K, Shoda T, Kotani T, Satoh T, Ishida S, Takeuchi T, Makino S, Hanafusa T. Microscopic polyangiitis complicated with cerebral infarction and hemorrhage: a case report and review of literature. *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi* 2010;33(2):111–115.
 18. Han S, Rehman HU, Jayaratne PS, Carty JE. Microscopic polyangiitis complicated by cerebral haemorrhage. *Rheumatol. Int.* 2006; 26(11):1057–1060.
 19. Sonnevile R, Lagrange M, Guidoux C, Michel M, Khellaf M, Russel S, Hosseini H. The association of cardiac involvement and ischemic stroke in Churg Strauss syndrome. *Rev. Neurol. (Paris)* 2006;162 (2):229–232.
 20. Hoffman PM, Godfrey T, Stawell RJ. A case of Churg–Strauss syndrome with visual loss following central retinal artery occlusion. *Lupus* 2005;14(2):174–175.
 21. Hoffman GS, Kerr GS, Leavitt RY, Hallahan CW, Lebovics RS, Travis WD, Rottem M, Fauci AS. Wegener granulomatosis: an analysis of 158 patients. *Ann Intern Med.* 1992 15;116(6):488–98.
 22. Duna GF, Galperin C, Hoffman GS. Wegener's granulomatosis. *Rheum Dis Clin North Am.* 1995 Nov;21(4):949–86.
 23. Savitz JM, Young MA, Ratan RR. Basilar artery occlusion in a young patient with Wegener's granulomatosis. *Stroke* 1994;25(1):214–216.
 24. Takei H, Komaba Y, Kitamura H, Hayama N, Osawa H, Furukawa T, Hasegawa O, Iino Y, Katayama Y. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage in a patient with Wegener's granulomatosis. *Clin. Exp. Nephrol.* 2004;8(3):274–278.
 25. Jimenez Caballero PE, Segura Martin T. Cardioembolic stroke secondary to non-bacterial endocarditis in Wegener disease. *Eur. J. Neurol.* 2007;14(6):683–685.
 26. Akman-Demir G, Serdaroglu P, TasSci B. Clinical patterns of neurological involvement in Behcet's disease: evaluation of 200 patients. The Neuro-Behcet Study Group. *Brain* 1999; 122 :2171–2182.
 27. Georgios T, Heliopoulos I, Vadikolias K, Birbilis T, Piperidou C. Subclavian steal syndrome

- secondary to Takayasu Arteritis in a young female Caucasian patient. *J. Neurol. Sci.* 2010.
28. Wang ZG, Gu YQ, Zhang J, Li JX, Yu HX, Luo T, Guo LR, Chen B, Li XF, Qi LX. Challenges in management of cerebral ischemia due to Takayasu's arteritis. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi* 2006;44(1):14-17.
 29. Kim DS, Kim JK, Yoo DS, Huh PW, Cho KS, Kang JK. Takayasu's arteritis presented with subarachnoid hemorrhage: report of two cases. *J. Kor. Med. Sci.* 2002;17 (5):695-698.
 30. Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, Stevens MB, Arend WP, Calabrese LH, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. *Arthritis Rheum* 1990;33:1122-1128.
 31. Belenguer-Benavides A, Vilar-Cambies C, Geffner-Sclarsky D. Stroke as the first manifestation of temporal arteritis: three case reports and a review of its pathogenesis and treatment. *Rev. Neurol.* 2004;39(3):227-232.
 32. Leker RR, MD. Stroke complicating systemic immune mediated disorders. *Semin. Cerebrovasc. Dis.* Stroke 5:21-27.
 33. Turesson C, Matteson EL. Vasculitis in rheumatoid arthritis. *Curr. Opin. Rheumatol.* 2009;21(1):35-40.
 34. Semb AG, Kvien TK, Aastveit AH, Jungner I, Pedersen TR, Walldius G, Holme I. Lipids, myocardial infarction and ischaemic stroke in patients with rheumatoid arthritis in the Apolipoprotein-related Mortality RiSk (AMORIS) Study. *Ann. Rheum. Dis.* - ; 69 (11):1996-2001.
 35. Christophe Meune, Emmanuel Touzé, Ludovic Trinquart and Yannick Allanore. High risk of clinical cardiovascular events in rheumatoid arthritis: Levels of associations of myocardial infarction and stroke through a systematic review and meta-analysis. *Archives of Cardiovascular Disease.* 2010; 103:253-261
 36. Delalande S, de Seze J, Fauchais AL, et al. Neurologic manifestations in primary Sjögren syndrome: a study of 82 patients. *Medicine (Baltimore)* 2004;83:280-91.
 37. Ballocca F, D'Ascenzo F, Moretti C, Omedè P, Cerrato E, Barbero U, Abbate A, Bertero MT, Zoccai GB, Gaita F. Predictors of cardiovascular events in patients with systemic lupus erythematosus (SLE): a systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2014 Aug 19. pii: 2047487314546826 [Epub ahead of print].
 38. Böckle BC, Jara D, Aichhorn K, Junker D, Berger T, Ratzinger G, Sepp NT. Cerebral large vessel vasculitis in systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2014 Nov;23(13):1417-21.
 39. Brey RL, Stallworth CL, McGlasson DL, Wozniak MA, Wityk RJ, Stern BJ, Sloan MA, Sherwin R, Price TR, Macko RF, Johnson CJ, Earley CJ, Buchholz DW, Hebel JR, Kittner SJ. Antiphospholipid antibodies and stroke in young women. *Stroke.* 2002;33:2396-2400
 40. Ruiz-Irastorza G, Crowther M, Branch W, Khamashta MA. Antiphospholipid syndrome. *Lancet.* 2010;376:1498-1509.
 41. Cervera R, Font J, Gómez-Puerta JA, Espinosa G, Cucho M, Bucciarelli S, Ramos-Casals M, Ingelmo M, Piette JC, Shenfeld Y, Asherson RA; for the Catastrophic Antiphospholipid Syndrome Registry Project Group. Validation of the preliminary criteria for the classification of catastrophic antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2005;64:1205-1209.
 42. Emmanuel Héron, Paul Fornes, Arnaud Rance, Joseph Emmerich, Olivier Bayle, Jean-Noël Fiessinger. Brain Involvement in Scleroderma. Two Autopsy Cases. *Stroke.* 1998; 29: 719-721.
 43. Paolini S, Ciappetta P, Piattella MC, Domenicucci M. Henoch-Schonlein syndrome and cerebellar hemorrhage: report of an adolescent case and literature review. *Surg. Neurol.* 2003;60(4):339-342.
 44. Ducros A. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome. *Rev. Neurol. (Paris)* 2010; 166(4):365-376.
 45. Ballouch L, Hommadi A, Karouach A, Bamou Y. Cryoglobulinemia type I and ischemic strokes. *Ann. Biol. Clin. (Paris)* 2007;65(5):563-568.
 46. Druschky A, Heckmann JG, Druschky K, Huk WJ, Erbguth F, Neundorfer B. Severe neurological complications of ulcerative colitis. *J. Clin. Neurosci.* 2002;9 (1):84-86.
 47. Valavanis A, Tegos T. A Case of Transient Ischemic Attack in a patient with Ulcerative Colitis. *Hippokratia.* 2013 Jan;17(1):79-80.
 48. Titlic M, Bradic-Hammoud M, Miric L, Punda A. Clinical manifestations of neurosarcoidosis. *Bratisl Lek Listy* 2009;110(9):576-579

Εμπειρίες από τη μελέτη της φυματίωσης στον Νομό Ροδόπης σε ορίζοντα εικοσιπενταετίας (1976-2000)



Ιωάννης Μουστάκας



Χρήστος Βάμβαλης

Χρήστος Βάμβαλης, ομότιμος καθηγητής Πνευμονολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Ιωάννης Μουστάκας, Πνευμονολόγος – τ. Διευθυντής του Αντιφυματικού Ιατρείου του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής

Υπεύθυνος επικοινωνίας:

Ιωάννης Μουστάκας

τ. Διευθυντής Αντιφυματικού Ιατρείου

Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής

Τηλ 25310-25160

email: moustakasioannis8@gmail.com

Περίληψη

Η παρούσα εργασία διήρκησε 25 χρόνια. Αποτελεί την πλέον αξιόπιστη καταγραφή πανελλαδικά, διότι η περιοχή είναι ακριτική και ο πάσχων πληθυσμός είχε χαμηλό βιοτικό επίπεδο. Διαφοροποιείται συγκριτικά με αντίστοιχες έρευνες που διενεργούνται σε περιοχές του τρίτου κόσμου και επικεντρώνονται ως επί το πλείστον σε 1 μόνο παράμετρο με χρονικό ορίζοντα τα 2,5 χρόνια, καθώς αποτελεί σύνθεση 12 παραμέτρων και αφορά χρονική περίοδο 25 ετών.

Σκοπός και κυριότεροι άξονες της έρευνας: η αποκωδικοποίηση των δομικών συστατικών της φυματίωσης, η διερεύνηση των παραμέτρων δημιουργίας-εξέλιξής της και η εξαγωγή αξιόπιστων επιστημονικά συμπερασμάτων, για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της.

Εύρος ερευνητικού δείγματος: 2.000 περιπτώσεις–32.055 φυματινοαντιδράσεις–17.009 εμβολιασμοί BCG

Διερευνητικές παράμετροι: 12 (νοσηρότητα, διαμόλυνση, τύπος νοσηλείας, νοσήσεις από επαφές, φυματική πρωτομόλυνση, ακτινολογικά ευρήματα θώρακος, παιδική φυματίωση,

αντιφυματικός εμβολιασμός, διηλικιακή φυματική διαμόλυνση, άτυπη εξέλιξη και δυσμενείς εκφάνσεις της φυματίωσης, σχέση φυματίωσης-καρκίνου του πνεύμονα)

Μεθοδολογία: κλινική ακτινογραφική προσέγγιση-αναλυτική αποτύπωση περιπτώσιολογικών στοιχείων-κατηγοριοποίηση-στατιστική ανάλυση-συγκριτική αξιολόγηση (διαχρονικά, με χρήση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων)-εξαγωγή πορισμάτων- διατύπωση προτεινόμενων μέτρων.

Ευρήματα:

- Πτώση νοσηρότητας μεγαλύτερη από την πορεία του φυματινικού δείκτη
- Αναποτελεσματικότητα αντιφυματικού εμβολιασμού-χημειοπροφύλαξης
- Πλεονεκτήματα κατ'οίκον νοσηλείας του φυματινικού
- Επιδράσεις στο περιβάλλον των ασθενών (μολύνσεις-νοσήσεις)
- Εμφάνιση παθολογικών εκδηλώσεων-παιδική φυματίωση
- Άτυπες εκδηλώσεις της φυματίωσης
- Φυματική διαμόλυνση σε όλες τις ηλικίες
- Υποτροπές
- Μεταφυματιώδεις αλλοιώσεις

Συμπεράσματα: σημαντική μείωση της φυματίωσης, που δεν δημιουργεί όμως συνθήκες επανάπαυσης, καθώς μετακινείται στις μεγάλες ηλικίες. Συνοψίζοντας, η ιδιαιτερότητα και η πολυπλοκότητα της νόσου υπαγορεύουν την αναγκαιότητα έγκαιρης και έγκυρης διάγνωσης για την αποτελεσματική αντιμετώπισή της.

Experiences from the study of tuberculosis in Rhodope Prefecture in horizon quarter century (1976-2000)

Christos Vamvalis, Emeritus Professor of Pneumology, Aristotle University of Thessaloniki,
Ioannis Moustakas, Pneumologist

Summary

This longitudinal study lasted for 25 years. It is the most valid nationwide record of tuberculosis, because the sample came from an area close to the border where the patient population had a low standard of living. This study differentiates from similar surveys conducted in the third world which usually focus mostly on one single parameter with a time

span of 2.5 years. This present study focuses on 12 parameters over a period of 25 years.

Purpose and main objectives: the de-coding of the structural components of tuberculosis (TB); the investigation of creation-evolution parameters for TB; and to extract reliable scientific findings on efficacious treatment.

Research Sample Range: 2,000 cases; 32,055 Mantoux; 17,009 BCG vaccinations.

Exploratory parameters: 12 parameters as follows: morbidity, trans-infection, treatment type, contact infections, tuberculous primary infection cases, chest radiographic findings, childhood tuberculosis, anti-tuberculosis vaccination intra-generational tuberculous trans-infection, non-typical infection and adverse manifestations of tuberculosis and TB-cell lung cancer interaction.

Methods: clinical-radiographic approach- detailed mapping of data case-classification-statistical analysis-benchmarking (over time, using quantitative and qualitative data) - conclusions- formulation of proposed actions.

Findings:

- morbidity reduction, greater than the course of tuberculin index
- Ineffectiveness of TB vaccination-chemoprophylaxis
- Advantages of home care for tuberculosis
- Effects on the patient environment (infections- new cases)
- Pathological events-childhood tuberculosis
- Atypical manifestations of tuberculosis
- TB trans-infection at all ages
- Relapses
- MetaTB lesions

Conclusions: There was a significant reduction of tuberculosis incidence which should not create complacency as TB rolls on to old age. In brief, the specificity and complexity of the condition dictate the necessity of timely and valid diagnosis in order to treat it effectively.

Εισαγωγή

Μελέτη της Φυματίωσης

Η μελέτη έχει εκπονηθεί εξ ολοκλήρου στον Νομό Ροδόπης, όπου εντοπίζονται οι εξής ιδιαιτερότητες: 1) το χαμηλό βιοτικό επίπεδο, καθώς ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού ήταν μικροκαλλιεργητές με παραδοσιακές καλλιέργειες και 2) η σύνθεση του πληθυσμού από θρησκευτικής απόψεως. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν ισάριθμες περίπου κοινότητες Χριστιανών και Μουσουλμάνων¹, στους οποίους – στην αρχή της μελέτης – υπήρχε

ένας υψηλός επιπολασμός της φυματίωσης.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ - ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ από την έρευνα:

Η Νοσηρότητα: πέφτει σημαντικά (7% ετησίως). Από 150 νέες περιπτώσεις το 1978 σε 43 το 1992 και σε 30 το 1999. Η νοσηρότητα στην αρχή της έρευνας ήταν 1,5 ασθενής ανά 1.000 κατοίκους. Το 1999 το ποσοστό αυτό άγγιξε το 0,2 αρρώστους ανά 1.000 κατοίκους. Το 2010 το ποσοστό ανέρχεται σε 0,1 ‰.

Η κοινωνική διάσταση φαίνεται από την κατα-

1. Ο πληθυσμός του Νομού ανέρχεται σε 103.000 (απογραφή 1991). Τα τελευταία χρόνια «πρέπει» να έχουν προστεθεί περίπου 5.000 πρόσφυγες από τις Ανατολικές χώρες, χαρακτηριζόμενοι παλιννοστούντες.

νομή της νοσηρότητας στις διάφορες ομάδες του πληθυσμού. Από τους 1.368 ασθενείς (έτη 1978-1999) οι 435 ήταν Χριστιανοί και οι 933 Μουσουλμάνοι, σχέση 1:2,14. Ως προς τους άρρενες η σχέση είναι 1 Χριστιανός: 1,84 Μουσουλμάνοι. Ως προς τις θήλεις 1 Χριστιανή: 2,70 Μουσουλμάνες.

Για την εξήγηση της νοσηρότητας σε Χριστιανούς και Μουσουλμάνους ελέγχθηκαν οι παρακάτω παράμετροι:

1. Κατά κεφαλήν εισόδημα. Χωρίς να υπάρχει μεγάλη διαφορά, εντούτοις οι Μουσουλμάνοι κάνουν πιο βαριές δουλειές για να αποκτήσουν το εισόδημα. 2. Συνθήκες κατοικίας. Οι Μουσουλμάνοι ζουν σε στενότερους χώρους, με στενό συγχρωτισμό. 3. Διατροφή. Για λόγους θρησκευτικούς: α) ακολουθούν μακρές νηστείες και β) στερούνται του χοιρινού κρέατος, φθηνής πηγής πρωτεϊνών και θερμίδων. 4. Εργασία της γυναίκας. Στην αρχή της έρευνας οι Μουσουλμάνες απασχολούνταν με ιδιαίτερα βαριές εργασίες. 5. Παιδεία. Επιβεβαιώνεται από διάφορες παραμέτρους της έρευνας ότι μορφωτικό επίπεδο και φυματίωση είναι ποσά αντιστρόφως ανάλογα.

Ο **Φυματινικός δείκτης** (δείκτης διαμόλυνσης, Φ.Δ.). Ως Φ.Δ. έχει επικρατήσει διεθνώς να θεωρείται το ποσοστό επί τοις εκατό των αντιδρώντων θετικά στη φυματίνη (test Mantoux) ατόμων, ηλικίας 11-12 ετών. Η Φυματινοοντίδραση μελετήθηκε και σε ομάδες μαθητών Γυμνασίου και Λυκείου κάθε φορά που διαπιστώθηκε ασθενής.

Μεθοδολογία. Οι μαθητές της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (ηλικία 11-12 ετών) χωρίστηκαν σε 4 ομάδες, ανάλογα με το θρήσκευμα και τον τόπο διαμονής. Δηλαδή Χριστιανοί, πόλης και χωριών και Μουσουλμάνοι, πόλης και χωριών.

- Η διαμόλυνση είναι εξαρχής υψηλή στους Μουσουλμάνους
- Μεταξύ των Χριστιανών υπερέχει η διαμόλυνση στην ύπαιθρο και

- Παρατηρείται πτώση και παράλληλα σύγκλιση των καμπυλών των δύο ομάδων (1989)

α. Η διαμόλυνση στους μαθητές της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στα πλαίσια της διενέργειας επιδημιολογικού ελέγχου βρέθηκε θετική στο 20% ως συνέπεια επαφών (ενδοοικογενειακή μόλυνση).

β. Η διαμόλυνση στο περιβάλλον των ασθενών (ενώ αυτή αγγίζει το 100%) δεν έχει εκτιμηθεί επακριβώς με προγραμματισμένη μελέτη, εκτιμάται όμως από το ποσοστό νοσήσεων ως συνέπεια επαφών, που στην προσχολική ηλικία ανέρχεται σε 78%, στη πρωτοβάθμια εκπαίδευση σε 43% και στη δευτεροβάθμια σε 28%, ενώ μεταξύ συζύγων σε μόλις 2%.

γ. Η διαπίστωση των προσφάτως θετικοποιηθέντων ατόμων στη Μαντουχ ανευρίσκεται ύστερα από αλληπάλληλους ελέγχους με Μαντουχ των ιδίων ατόμων σε αμελητέο ποσοστό, που δεν ξεπερνά το 1%. Μέση ετήσια πτώση στα έτη της έρευνας: 7,5%.

Συμπεράσματα: Η συγκεκριμένη πορεία θα πρέπει να αποδοθεί αφενός στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, που αποτρέπει την εκδήλωση ενεργούς φυματικής νόσου σε μεγαλύτερο ποσοστό μολυνθέντων και αφετέρου στην αντιμετώπιση των νοσούντων, άρα στην εξουδετέρωση των πηγών μόλυνσεων. Από το 1990 ο έλεγχος για τον Φ.Δ. μεταφέρθηκε στην ηλικία των 6-7 ετών.

Ο **Αντιφυματικός εμβολιασμός²** (B.C.G., από το *Bacillus Calmette-Guerin*):

Ο αντιφυματικός εμβολιασμός με το B.C.G. εμφανίστηκε ως ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα του 20ου αιώνα και εφαρμόστηκε από το 1921. Ωστόσο, μετά από 80 χρόνια εφαρμογής του παγκοσμίως αποδείχθηκε αναποτελεσματικό και εγκαταλείφθηκε από τον υπόλοιπο πολιτισμένο κόσμο εδώ και περίπου 30 χρόνια. Από το 1980 το περιοδικό *Lancet* υποστηρίζει ότι:... *το BCG συνεχίζεται... από αδράνεια (by inertia)... και έπαυσε να απασχο-*

Κλασικά ευρήματα από τον Φ.Δ.		
Ηλικία: 11-12	Ηλικία 13-15	Ηλικία 16-18
1978: 4,36%	1978: 8,26%	1978: 11,30%
1989: 1,78%	1989: 3,50%	1989: 2,86%
1991: 1,50%	Ηλικία 6-7 ετών	1991: 0,61%

2. Βλ. βιβλιογραφία.

λεί τον πολιτισμένο κόσμο...³, ενώ το 1995 αναφέρεται: όσο υψηλότερη είναι η επίπτωση της φυματίωσης σε έναν πληθυσμό, τόσο μικρότερη είναι η προστασία που παρέχεται από το εμβόλιο. Όπως χαρακτηριστικά λέγεται, το αντιφυματικό εμβόλιο είναι περισσότερο αποτελεσματικό σε πληθυσμούς, οι οποίοι δεν χρειάζονται την προστασία του⁴.

Η παρούσα μελέτη αφορά 29.410 παιδιά και διήρκεσε 16 έτη. Τα παιδιά χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: Α. (No 17.009) που υποβλήθηκαν σε B.C.G. και Β. (No 12.401) που για διάφορους λόγους και όχι προσχεδιασμένα, δεν εμβολιάστηκαν. Νόσησαν ισάριθμα παιδιά στις δύο κατηγορίες, δηλαδή 0,135% και 0,2% αντίστοιχα. Σε απόλυτη αριθμητική αναλογία εμβολιασθέντων και μη η σχέση ήταν 2:3. Ακόμα έγινε σύγκριση μεταξύ μη εμβολιασμένων παιδιών ηλικίας: α. 6-7 ετών (οπότε και εφαρμόζεται σήμερα το εμβόλιο) και β. 11-12 ετών (ηλικία στην οποία γινόταν παλαιότερα).

Από τη λεπτομερή ανάλυση των ευρημάτων προκύπτει ότι από τη μετάθεση του εμβολιασμού στην ηλικία των 6-7 ετών θα προλαμβάνονταν η νόσηση σε 6 μόνο παιδιά επί του συνόλου του δείγματος. Σχετικά με τις φυματιώδεις μηνιγγίτιδες και τις οξείες κεχροειδείς, για τις οποίες προτείνεται κύρια το αντιφυματικό εμβόλιο, διαπιστώθηκαν κατά την περίοδο της έρευνας μόνο 2 περιπτώσεις στην υπό εμβολιασμό ηλικία, άρα μόνο αυτές θα μπορούσαν να προστατευθούν, εάν το εμβόλιο ήταν όντως αποτελεσματικό επί συνόλου 38.790 παιδιών της εμβολιαστικής ηλικίας των 6-7 ετών σε ορίζοντα 25ετίας, που με αντιφυματική αγωγή θεραπεύτηκαν. Καμία περίπτωση φυματιώδους μηνιγγίτιδας δεν διαπιστώθηκε σε παιδιά ηλικίας άνω των 6-7 ετών. Το B.C.G. ως πρόφραση για την πρόληψη της φυματιώδους μηνιγγίτιδας και της οξείας κεχροειδούς αποδεικνύεται στην πράξη αναποτελεσματικό, καθώς οι συγκεκριμένες περιπτώσεις αφορούσαν παιδιά προσχολικής ηλικίας με μακρά παραμονή σε ισχυρή πηγή μόλυνσης και οδήγησαν στην ανακάλυψη της πηγής. Το αναφερόμενο ποσοστό προστασίας από τη φυματίωση 0-70%⁵ αφορούσε μόνο 6 (από τα προαναφερόμενα) παιδιά, ενώ το 80%⁶ για την πρόληψη της φυματιώδους μηνιγγίτιδας και της οξείας κεχροειδούς μόνο 2.

Μία περίπτωση, όπου αντενδεικνύεται η εφαρμογή του B.C.G., ενώ εφαρμόζεται, είναι οι στενές επαφές της προσχολικής ηλικίας, όπου η διαμόλυνσή τους αγγίζει το 100 %, αφού οι νοσήσεις ανέρχονται στο 78% και ενώ το παιδί θα μπορούσε – ενδεχομένως – να ανταποκριθεί στη φυσική μόλυνση χωρίς να νοσήσει, εμβολιαζόμενο, το ανοσοιακό του σύστημα υποχρεώνεται να αντιμετωπίσει δύο μολύνσεις συγχρόνως: τη φυσική και την τεχνητή⁷.

Η απώλεια της εμπιστοσύνης για το εμβόλιο είναι διάχυτη και αυτό οδήγησε τη διεθνή κοινότητα στην αναζήτηση ενός νέου, πλέον ασφαλούς και αποτελεσματικού εμβολίου, το οποίο να μπορεί να καλύψει τις σημερινές απαιτήσεις. Οι ιδιότητες του νέου εμβολίου, όπως αυτές έχουν περιγραφεί από το Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων (CDC) των Η.Π.Α. πρέπει να είναι οι εξής:

1. Να μπορεί το εμβόλιο να χορηγείται χωρίς κίνδυνο σε άτομα με βλάβη της κυτταρικής ανοσίας (AIDS).
2. Να μην τροποποιεί τη φυματινοαντίδραση.
3. Να προστατεύει τα άτομα τα οποία θα μολυνθούν μετά τον εμβολιασμό και να αποτρέπει την εμφάνιση της νόσου, σε ποσοστό > 90%.
4. Να μπορεί να χορηγείται σε άτομα τα οποία έχουν μολυνθεί και να αποτρέπει την εμφάνιση της νόσου⁸.

Νοσηλία του φυματικού: στο νοσοκομείο ή στο σπίτι; Το 1978, οπότε αρχίζει η μελέτη, ένα μεγάλο ποσοστό φυματικών νοσηλευόταν στα νοσοκομεία. Βαθμιαία όμως η νοσηλία σε νοσοκομεία περιορίστηκε. Έτσι από 93: 57, υπέρ των νοσηλευθέντων στο σπίτι, έφτασε η αναλογία στο 53: 13. Η περαιτέρω παρακολούθηση κρίνεται περιττή. Ωστόσο, θα πρέπει να τονισθεί: 1. ότι η διαμόλυνση στο περιβάλλον του φυματικού είναι η ίδια, είτε νοσηλεύεται στο σπίτι, είτε στο νοσοκομείο, διότι αυτή γίνεται πριν την ανακάλυψη του αρρώστου και 2. ότι η εξέλιξη της νόσου ήταν το ίδιο καλή, όπου κι αν νοσηλεύθηκαν οι ασθενείς. Ιδιαίτερη μέριμνα θα πρέπει να δοθεί στην επιδημιολογική έρευνα, που θα κατατείνει στην ανακάλυψη είτε της πηγής, από την οποία μολύνθηκε ο ασθενής όταν πρόκειται για παιδί, είτε της διαμόλυνσης που προκάλεσε ο άρρωστος στο περιβάλλον. Μεγάλη προσοχή χρειάζε-

3. Lancet (1980): 12, 73, 4. Fine, P. (1995), 346: 1339-1345, 5. Golditz, G., Brewer, T. et al. (1994), pp. 698-702, 6. Rodrigues, L, Diwan, V. & Wheeler, J. (1993), pp. 1154-1158, 7. Bannon, M. (1999), 80: 80-83, 8. O' Brien R. (1998), Q47(RR-13).

ται στην αναζήτηση των πρωτομολύνσεων στα παιδιά, γιατί είναι πια σήμερα γνωστό: 3. ότι οι ενήλικες δεν διατρέχουν κίνδυνο εξωγενών λοιμώξεων. Ως συμπέρασμα: δεν πρέπει να τρομάζουμε στις μέρες μας από την ανακάλυψη μιας ενεργούς φυματίωσης, που θα πανικοβάλλει άρρωστο και περιβάλλον. Μπορεί θαυμάσια ο ασθενής να νοσηλευτεί στο σπίτι (χωρίς τη δοκιμασία της προσαρμογής στο νοσοκομειακό περιβάλλον). Από το 1991 και μετά οι ασθενείς παραπέμπονταν στο νοσοκομείο μόνο για κοινωνικούς λόγους. Στην Ελλάδα όχι μόνο προτείνεται: α. η νοσοκομειακή νοσηλεία, αλλά συστήνεται να πραγματοποιείται σε ειδικούς θαλάμους αρνητικής πίεσης και ελλείψεως τέτοιων σε μονόκλινα ή δίκλινα δωμάτια και β. η εφαρμογή θεραπευτικού προγράμματος της άμεσα επιβλεπόμενης βραχείας θεραπείας (Α.Ε.Β.Θ. DOTs) εξάμηνης διάρκειας⁹. Αξιολογώντας την πορεία της φυματίωσης ακτινογραφικά κατά τη διάρκεια της αντιφυματικής θεραπείας στην πλειοψηφία του ερευνητικού δείγματος, τα βραχυχρόνια θεραπευτικά σχήματα θα κάλυπταν μόνο το 70% των περιπτώσεων. Από την έναρξη υλοποίησης του αντιφυματικού αγώνα στην Ελλάδα το 1960 τα θεραπευτικά σχήματα κυμάνθηκαν μεταξύ 18 και 24 μηνών κατά την έναρξη της έρευνας (με φάρμακα όπως η ισονιαζίδη, το παρααμινοσαλκυλικό οξύ και η στρεπτομυκίνη), με μείωση του χρόνου στη συνέχεια, λόγω χρήσης των νέων αντιφυματικών φαρμάκων (όπως η ριφαμπικίνη, η αιθαμβουτόλη και η πυραζιναμίδη).

Κατά την 25ετία (1976-2000) αντιμετωπίστηκαν θεραπευτικά πάνω από 1.400 ασθενείς με πνευμονική φυματίωση από το αντιφυματικό ιατρείο Κομοτηνής και 600 κατά την εξαετή θητεία στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, εκ των οποίων περισσότεροι από 1.200 εξολοκλήρου στο σπίτι και μεταξύ αυτών 98 παιδιά ηλικίας από 6 μηνών μέχρι 12 ετών με απόλυτη επιτυχία. Οι περιπτώσεις που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο υποχρεωτικά ήταν με οξεία κεχροειδή, φυματιώδη μηνιγγίτιδα και φυματιώδη καχεξία. Προτείνεται η θεραπεία του ασθενούς να είναι ανάλογη σε χρονική διάρκεια με την πορεία της νόσου και την εκτίμηση του θεράποντος ιατρού (κατ' ελάχιστον 9-12 μήνες με τριπλό σχήμα καθ' όλη τη διάρκεια), ώστε να

αποφεύγεται ένα ποσοστό των υποτροπών. Οι παρενέργειες που έχουν καταγραφεί είναι ασήμαντες, αφού δεν ξεπερνούν τις 5 περιπτώσεις για κάθε φάρμακο στα 25 έτη της έρευνας.

Μολύνσεις-νοσήσεις στο περιβάλλον των ασθενών: περισσότερο μόλυναν οι νοσηλευθέντες σε νοσοκομείο (21% έναντι 10%). Το ίδιο ισχύει και για τις νοσήσεις (26,8% έναντι 14,2%). Αυτό θα αποδοθεί στο ότι οι νοσηλευθέντες σε νοσοκομείο είχαν βαρύτερες, πιο εκτεταμένες πνευμονικές βλάβες. Επιβεβαιώνεται έτσι ότι με την έναρξη της ειδικής αγωγής στο σπίτι εξουδετερώνεται η μολυσματική «δυνατότητα» του ασθενούς εντός 2-3 εβδομάδων και άμεσα με την απομόνωση του αρρώστου σε ίδιο δωμάτιο. Η μετάδοση της νόσου μεταξύ συζύγων παρατηρήθηκε σε ποσοστό 2%!

1. Η πηγή μόλυνσης στο περιβάλλον του αρρώστου διαπιστώθηκε σε ποσοστό 1,5% στη διαπίστωση ενός μικρού παιδιού, που νοσεί από φυματίωση.
2. Το ποσοστό των νοσήσεων ως συνέπεια επαφών φτάνει στο 18% και η ανακάλυψη της νόσου γίνεται ενεργητικά, ενώ στο 82% των νοσήσεων η ανακάλυψη γίνεται παθητικά παγκοσμίως.
3. Η πρωτοπαθής εστία βρέθηκε ενεργή σε ποσοστό 1%, το δε πρωτοπαθές σύμπλεγμα σπανιότατα σε ποσοστό 2%.

Με πνευμονική εντόπιση της νόσου βρέθηκε το 74%, εκ του οποίου το 32% με ανοικτή (με σπλήνιο) και με εξωπνευμονική το 26%. Σε όλες τις περιπτώσεις εξωπνευμονικής εντόπισης δεν παρατηρείται διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, εκτός της φυματιώδους περιτονίτιδας, όπου η αναλογία είναι 3 γυναίκες προς 1 άνδρα, γεγονός αναμενόμενο. Εντύπωση επίσης προκαλεί το μικρό ποσοστό της φυματιώδους λαρυγγίτιδας, που επιβεβαιώνει τη φύση της αιματικής αιτιολογίας ή της ρήξης παρατραχειακού αδένοσ προς την τραχεία και ότι αυτή δεν οφείλεται στην άλωση από τον αυλό.

Οι **Παθολογικές εκδηλώσεις** από τη διαμόλυνση του περιβάλλοντος παρατηρούνται συχνά συγχρόνως με την ανακάλυψη της πηγής, δηλ. του αρρώστου, (45 από 150 περιπτώσεις), βαθμιαία δε ελαττώνονται (38 περιπτώσεις το 1ο εξάμηνο, 16

9. ΚΕΕΛΠΝΟ (2006), σ. 8.

το 2ο εξάμηνο, κ.λ.π.). Μεταγενέστερες εκδηλώσεις (15 περιπτώσεις) αφορούν την κλασική χρόνια πνευμονική φυματίωση. Παρατηρήσεις από την εκδήλωση διαφόρων μορφών της πρωτοπαθούς φυματικής νόσου, σε σχέση με το χρονικό διάστημα από την πρωτομόλυνση (ανακάλυψη της πηγής μόλυνσης):

1. Η συντριπτική πλειοψηφία της νόσου εμφανίζεται μέσα στο πρώτο έτος από τη μόλυνση.
2. Το ενεργό πρωτοπαθές σύμπλεγμα παρατηρείται κατά κύριο λόγο ταυτόχρονα με την αποκάλυψη της πηγής και οπωσδήποτε όχι πέραν του έτους από τη μόλυνση.
3. Η μηνιγγίτιδα εμφανίζεται στους πρώτους 6 μήνες από τη μόλυνση.
4. Η φυματιώδης πλευρίτιδα και η πνευμονική φυματίωση, μολονότι μπορεί να εμφανίζεται ελαφρώς, αποτελούν τις μόνες μορφές που κυριαρχούν μετά το πρώτο έτος από τη μόλυνση.

Παιδική φυματίωση:

Παρουσιάζονται οι παρατηρήσεις από τη μελέτη περιπτώσεων παιδικής φυματίωσης στον Νομό Ροδόπης την περίοδο 1978-1999. Στον επιδημιολογικό έλεγχο για 1.026 περιπτώσεις ενεργής φυματίωσης στην περιοχή, βρέθηκαν 98 παιδιά με εκδηλώσεις από μόλυνση από μυκοβακτηρίδιο, ποσοστό που πρέπει να θεωρηθεί χαμηλό. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ανακάλυψη της παιδικής φυματίωσης οδήγησε στην ανεύρεση της πηγής. Σε όλες τις περιπτώσεις μετά την ανακάλυψη της πηγής και τη θεραπευτική αντιμετώπιση, αναστάλη η περαιτέρω διαμόλυνση. Όλα τα παιδιά νοσηλεύθηκαν «εν οίκω», εκτός από τις περιπτώσεις φυματιώδους μηνιγγίτιδας και οξείας κεχροειδούς, η δε έκβαση ήταν θετική. Από τα στοιχεία της έρευνας προκύπτει το συμπέρασμα: η επικρατούσα φοβία σχετικά με την παιδική φυματίωση για μια διαμόλυνση από εστία φυματίωσης κρίνεται υπερβολική, ωστόσο απαιτείται επαγρύπνηση.

Φυματική πρωτομόλυνση και αυτόματη ή υπό θεραπεία εξέλιξή της. Η μελέτη καταρχήν βασίζεται σε 32.055 φυματιοαντιδράσεις σε άτομα ηλικίας 11-18 ετών. Από τους 32.055 εξετασθέντες βρέθηκαν Mantoux θετικοί οι 1.644. Το 95% από αυτούς θεωρήθηκε ως αυτοϊαθέντες (20% με επασβεσίωση του πρωτοπαθούς συμπλέγματος και 75% χωρίς «ίχνος» από την πρωτομόλυνση). Από

τις επασβεστωμένες αλλοιώσεις της πρωτομόλυνσης δεν εξελίσσεται η φυματίωση. Η επασβεσίωση επιβεβαιώνεται ακτινογραφικά από 2-3 χρόνια μετά την πρωτομόλυνση. Το 5% παρουσίασε νοσηρές εκδηλώσεις, που στο μεγαλύτερο ποσοστό (29 από 41 περιπτώσεις) διαπιστώθηκαν συγχρόνως ή εντός 6 μηνών από την ανεύρεση της θετικής Mantoux. Σε θεραπεία υποβλήθηκαν μόνον όσοι είχαν ενδείξεις για πιθανώς ενεργό νόσο όχι οι απλώς Mantoux θετικοί, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν για μακρό χρόνο. Όλοι οι μολυνθέντες έγιναν καλά με ή χωρίς θεραπεία.

Κάποιες επιστημονικές: 1. Για πλήρη «κάλυψη» ενός μολυνθέντος δεν αρκεί μια πρώτη «αρνητική» ακτινογραφία θώρακος. Η παρακολούθηση πρέπει να είναι μακροχρόνια ή και δια βίου, δηλαδή οι Mantoux θετικοί να υποβάλλονται συστηματικά ή ευκαιριακά σε ακτινολογικό έλεγχο. 2. Μία «αρνητική» ακτινογραφία δεν αποκλείει μια πρωτομόλυνση. Η Mantoux είναι απαραίτητη, ειδικά στα παιδιά. 3. Δεν είναι σκόπιμη η γενικευμένη προφυλακτική θεραπεία ή χημειοπροφύλαξη, εφόσον όλοι οι μολυνθέντες έγιναν καλά. Σήμερα, η πιθανότητα να εκδηλώσει νόσο ένας μολυνθείς είναι πολύ μικρή (0,1 %), ενώ η ίαση του αποτελεί βεβαιότητα. Ωστόσο, η χημειοπροφύλαξη πρέπει να εφαρμόζεται σε επαφές παιδιών μέχρι και ηλικίας 4 ετών (που βρίσκονται σε περιβάλλον νοσοκωμάτων) με Mantoux θετική, υπό μορφή βραχείας εφαρμογής τριπλής αντιφυματικής αγωγής, ώστε να προληφθούν οι δυσάρεστες επιπτώσεις της αιματικής διασποράς, που δυνητικά εκδηλώνονται κατά τους πρώτους 6 μήνες από τη μόλυνση. Πέραν δε της ηλικίας των 5 ετών με Mantoux θετική, ενδείκνυται η παρακολούθηση με ακτινογραφία θώρακος ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να εντοπισθεί έγκαιρα οποιαδήποτε δυσάρεστη εξέλιξη. Σημειώνεται πως η συγκεκριμένη οδηγία ποτέ δεν εφαρμόστηκε καθολικά. Η έγκαιρη ανακάλυψη της πηγής θα προλάμβανε σχεδόν ασφαλώς και τις φυματιώδεις μηνιγγίτιδες και τις αθώες πρωτομολύνσεις.

Αποτυχίες, υποτροπές, θάνατοι και άτυπες εξελίξεις: επισημαίνονται οι ιδιαιτερότητες της φυματικής νόσου και η σημασία του ξενιστή, η οποία κατά την προχημειοθεραπευτική εποχή υπαγόρευε, κατά κύριο λόγο, την εξέλιξη της φυματικής νόσου.

Ως πρωτοπαθής αποτυχία θεωρήθηκε η μετά

12μηνο από την έναρξη της θεραπείας μη ικανοποιητική εξέλιξη. Η αρχική θεραπεία έχει, ασφαλώς, πιο επιτυχή αποτελέσματα από την αναθεραπεία. Ο σακχαρώδης διαβήτης, η μη συμμόρφωση του ασθενούς και οι εκτεταμένες πνευμονικές αλλοιώσεις αποτελούν μερικά από τα αίτια της αποτυχίας.

Άτυπες εκδηλώσεις της φυματίωσης: στην τρέχουσα πρακτική είμαστε μάρτυρες «παράδοξων» φαινομένων, όπως υπό ειδική θεραπεία ενώ υποχωρεί η κύρια βλάβη, εμφανίζεται εκδήλωση φυματικών αλλοιώσεων σε άλλο από τη μητρική εστία σημείο, που εξελίσσεται ομαλά χωρίς αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος. Αφού η τριπλή αντί-TB αγωγή κατά τα αρχικά στάδια δεν τιθασειύει τη φυματική λοίμωξη, εγείρει σοβαρές επιφυλάξεις για την αποτελεσματικότητα προφύλαξης με τη χορήγηση μόνο της INH, δεδομένου ότι χορηγούμενη μόνη της μόνο ανθεκτικότητα δημιουργεί.

Υποτροπές της νόσου: επανενεργοποιήσεις της νόσου μετά το πέρας της επιτυχούς – θεωρηθείσας – αρχικής θεραπείας. Η αναθεραπεία πραγματοποιήθηκε, κατά κανόνα, με το ίδιο θεραπευτικό σχήμα, που χρησιμοποιήθηκε αρχικά. Οι υποτροπές παρουσιάζονται στην πλειονότητά τους κατά τα δύο πρώτα χρόνια μετά τη διακοπή της αρχικής θεραπείας, αλλά μπορεί να εκδηλωθούν και σε πολύ απώτερο χρόνο. «Προτιμούν» τις μικρότερες ηλικίες, ενώ η αποτυχία της θεραπείας τις μεγαλύτερες. Αυτές, στη συγκεκριμένη έρευνα ανέρχονται σε 3,2% (4,5% τα πέντε πρώτα χρόνια με φαρμακευτική αγωγή: ισονιαζίδη, παρααμινοσαλκυλικό οξύ και στρεπτομυκίνη και 2% τα επόμενα είκοσι με φαρμακευτική αγωγή: ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, αιθαμβουτόλη και πυραζιναμίδη). Μη ικανοποιητική πορεία παρατηρείται στους ασθενείς με πολύ εκτεταμένες αλλοιώσεις. Είναι προφανής η σημασία της γρήγορης διάγνωσης και της δόκιμης αγωγής. Θάνατοι αναφέρονται κυρίως σε υπερήλικες ασθενείς από φυματιώδη καχεξία (με εκτεταμένες πνευμονικές βλάβες) και φυματιώδη μηνιγγίτιδα σε ποσοστό 1,33%.

Ερευνητικά (προοπτικά) μελετήθηκε η Φυματική Διαμόλυνση σε όλες τις ηλικίες το 1992 με «δείγμα» 12.520 φυματινοαντιδράσεις, που συνιστούν το 1/10 του συνολικού πληθυσμού του Νομού. Εντο-

πίσθηκαν 14 νέες αγνοούμενες περιπτώσεις ενεργούς φυματίωσης, δηλαδή το 1/3 των περιπτώσεων που δηλώθηκαν το 1992 (ενεργητική ανακάλυψη της νόσου)¹⁰. Διαπιστώθηκε θετική Mantoux στο 16,5% και μείωση των Mantoux θετικών στις μεγάλες ηλικίες. Το φαινόμενο αποδόθηκε σε ανοσιακούς λόγους. Η εξήγησή του έχει και πρακτική σημασία, δεδομένου ότι ο πληθυσμός των πολιτισμένων χωρών «γηράσκει» και θα υπάρχουν πολλά άτομα μεγάλων ηλικιών, που ίσως θα «συμπεριφέρονταν» φυματιολογικά ως «νέος παιδικός» πληθυσμός. Θα υπόκεινται, δηλαδή σε εξωγενείς αναμολύνσεις, στις οποίες δεν υπόκεινται οι θετικά αντιδρώντες στη Mantoux. Από την ανάλυση των ευρημάτων καθορίζεται η εκρίζωση της φυματίωσης από τον νομό Ροδόπης για το έτος 2060!

Οι Μεταφυματιώδεις αλλοιώσεις απασχολούν τους συγγραφείς σε διάφορα επίπεδα, με έμφαση στα καρκινώματα σε ουλή (scar carcinoma), που ανέρχονται σε ποσοστό 0,7 % και εμφανίζονται σε άτομα μεγάλης ηλικίας με εκτεταμένες υπολειμματικές βλάβες και συνήθως καπνιστές. Αυτά συμβαίνουν σε λίγα χρόνια από το τέλος επιτυχούς αντιφυματικής θεραπείας (1,5 έως 5 έτη).

Συμπερασματικά - Επιγραμματικά:

Στη διάγνωση της φυματίωσης θα οδηγήσει μία ακτινογραφία θώρακος, που ενίοτε θα συσταθεί από την ανεύρεση μιας θετικής Mantoux. Η νοσηρότητα μετακινείται προς τις μεγαλύτερες ηλικίες, για παθογενετικούς λόγους: δηλαδή οι νέες νοσήσεις προέρχονται από αναζωπυρώσεις παλαιών μεταπρωτοπαθών εστιών, από την αιματική διασπορά του μυκοβακτηριδίου κατά την πρωτομόλυνση και όχι από νέες μολύνσεις. Γι' αυτό προτείνεται ιδιαίτερη προσοχή στις απερχόμενες κλάσεις, που αποτελούν πηγές του μυκοβακτηριδίου.

Προτεινόμενα μέτρα

Τα προτεινόμενα, βάσει της επιστημονικής εμπειρίας, μέτρα αντιμετώπισης της νόσου είναι:

- Εξοικείωση – εκπαίδευση των γιατρών στη διάγνωση της φυματίωσης
- Καλή, αποτελεσματική θεραπεία των νοσούντων
- Αναζήτηση – παρακολούθηση των υγείων ατόμων

10. Τα συμπεράσματα του προγράμματος ανακοινώθηκαν στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στο 28th World Conference of IUATLD/UICTMR (14th-17th June 1994), Mainz, Germany.

– φορέων του ΜΒ.

Αυτοί είναι οι Μαντουχ θετικοί, που θα αναζητηθούν:

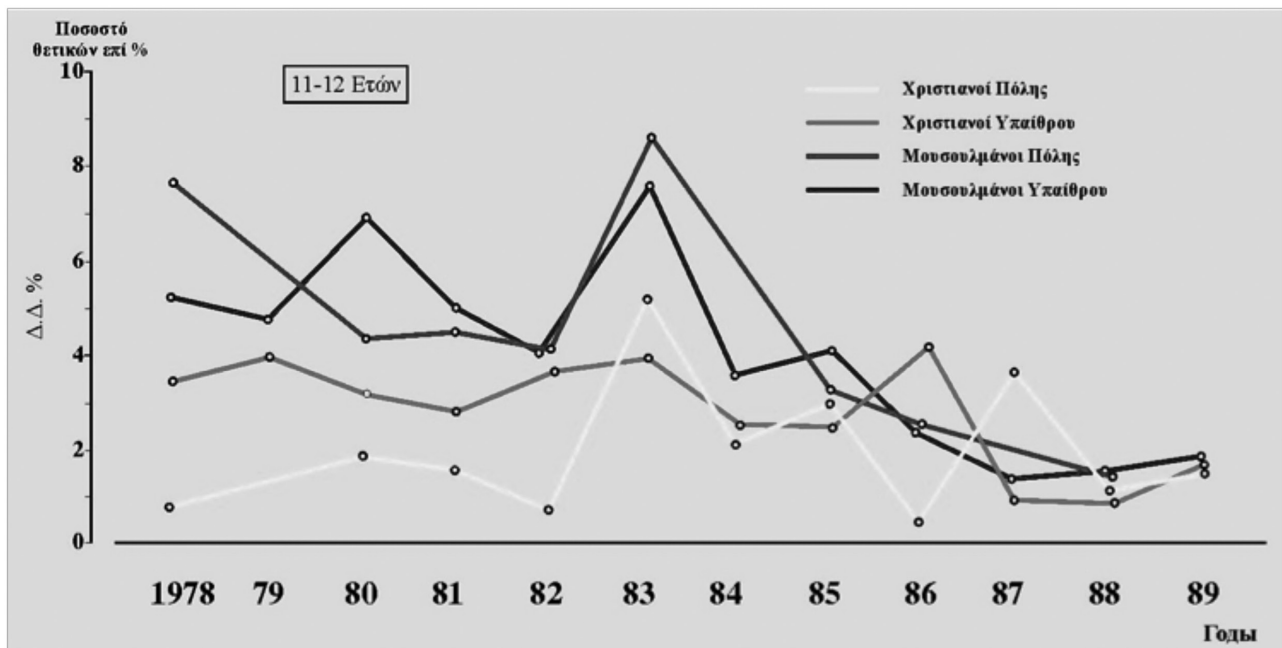
- α. Στις επαφές του αρρώστου (οικογενειακού, κοινωνικού και εργασιακού περιβάλλοντος)
- β. Στους οικονομικούς μετανάστες – Λαθρομετανάστες – Φυλακές
- γ. Στα άτομα μεγάλης ηλικίας (ΚΑΠΗ – Γηροκομεία – ασθενείς, που εισάγονται στο νοσοκομείο για οποιαδήποτε άλλη πάθηση)
- δ. σε άτομα με προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως σακχαρώδη διαβήτη, πνευμονοκονίαση, γαστρεκτομή, ανοσοκατασταλτική θεραπεία, λήψη κορτικοειδών, με μία ακτινογραφία θώρακος.

Οι ευρεθέντες θετικοί στη Μαντουχ πρέπει να παρακολουθούνται δια βίου με μία α/α θώρακος

ανά έτος.

- ε. Να επεκταθεί η διενέργεια της Μαντουχ στις μικρές ηλικίες (Παιδικό σταθμό, Νηπιαγωγεία), ώστε να προλαμβάνονται οι πιθανές εκδηλώσεις της αιματικής διασποράς, αποφεύγοντας τον μάταιο εμβολιασμό με Β.С.С., ώστε να φτάσουμε στην ενεργό αναζήτηση πιθανών ασθενών και να μην εφαρμόζονται μέτρα, που αποδείχθηκαν στην πράξη αναποτελεσματικά και ανεπίκαιρα.
- στ. Θα μπορούσε να γίνεται Μαντουχ στο σύνολο των νοσηλευομένων στα νοσοκομεία για οποιονδήποτε λόγο, ώστε να καταγραφούν οι Μαντουχ θετικοί σε μία δεκαετία και με μία α/α θώρακα ανά τακτά χρονικά διαστήματα θα διαπιστωνόταν ενεργητικά ένα μεγάλο μέρος των νέων αγνοούμενων περιπτώσεων φυματίωσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΦΥΜΑΤΙΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ



Δείκτης διαμόλυνσης των μαθητών του Ν. Ροδόπης, Χριστιανών και Μουσουλμάνων ηλικίας 11-12 ετών, κατά τα έτη 1978-1989. Παρατηρήσεις:

- Η διαμόλυνση είναι εξαρχής υψηλή στους Μουσουλμάνους.
- Μεταξύ των Χριστιανών υπερέχει η διαμόλυνση στην ύπαιθρο και
- Σημειώνεται πτώση και παράλληλα σύγκλιση των καμπύλων όλων των ομάδων.

Μετά το 1990 ο δείκτης μεταφέρθηκε στις μικρές ηλικίες (6-7 ετών).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

Παθολογικές εκδηλώσεις σε υποβληθέντες και μη σε αντιφυματικό εμβολιασμό στον Ν. Ροδόπης κατά τα έτη 1978-1993				
	Εμβολιασθέντες 17.009		Μη εμβολιασθέντες 12.401	
Μορφή εκδήλωσης	Ηλικία (έτη)	Αριθμός Νοσήσεων	Ηλικία (έτη)	Αριθμός Νοσήσεων
Οζώδες ερύθημα	12	1	14	1
Πυλαία αδενίτιδα	14	1	13	2
Πλευρίτιδα	12	1		
	16	1	13	1
	19	1	18	1
	21	2	16	2
	18	3	17	2
Πνευμονική φυματίωση			13	1
	14	1	20	1
	16	1	21	1
	21	1	25	1
	17	4	19	2
	18	6	16	5
Φυματιώδης πλευρίτιδα			16	1
			18	1
			19	1
Φυματιώδης Σπονδυλίτιδα	14	1	20	1
ΣΥΝΟΛΟ		23		24

Σχόλιο: Η εν λόγω μελέτη αφορά 29.410 παιδιά και διήρκεσε 16 έτη. Νόσησαν 0,135% και 0,2% παιδιά και στις δύο ομάδες (εμβολιασθέντα και μη) και σε απόλυτη αριθμητική αντιστοιχία εμβολιασθέντων και μη η σχέση ήταν 2:3. Από τη λεπτομερή ανάλυση των ευρημάτων προκύπτει ότι από τη μετάθεση του εμβολιασμού στην ηλικία των 6-7 ετών θα προλαμβάνονταν η νόσηση σε 5 μόνο παιδιά επί του συνόλου του δείγματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

Νοσήσεις από φυματίωση σε μη εμβολιασμένα παιδιά στις ηλικίες 6-7 ετών και 11-12 ετών στον Νομό Ροδόπης κατά τα έτη 1978-1993			
Ηλικία			
ΕΤΟΣ	6-7 ετών	11-12 ετών	
1978	1	1	
1979	2	2	
1980	1	6	
1981	2	1	σχέση 9:15
1982	1	2	
1983	2	3	
1984	1	1	
1985	1	1	
1986	0	1	
1987	1	0	
1988	0	0	Σχέση 5:7
1989	0	1	
1990	0	0	
1991	0	1	
1992	1	2	
1993	1	0	
ΣΥΝΟΛΟ	14(8)*		22(11)*

Σε παρένθεση οι περιπτώσεις που διαπιστώθηκαν σε επιδημιολογική έρευνα λόγω ανεύρεσης πηγής στο περιβάλλον

Σχόλιο: Αν αφαιρεθούν οι νοσήσεις από επαφές (αναπόφευκτες) νόσησαν 5 παιδιά στα 16 χρόνια της έρευνας, δηλαδή 1 παιδί κάθε 3 χρόνια και θα χρειάζονταν 6.000 εμβολιασμοί στην ηλικία των 6-7 ετών, προκειμένου να προληφθεί μία νόσηση, η οποία – με αντιφυματική αγωγή – θεραπεύεται σε ποσοστό 100%. Συνεπώς το αναφερόμενο ποσοστό προστασίας από τη φυματίωση 0-70%¹¹ θα αφορούσε μόνο αυτά τα 5 παιδιά.

11. Rodrigues, L, Diwan, V. & Wheeler, J. (1993), pp. 1154-1158.

Πίνακας 4: Περιπτώσεις φυματιώδους μηνιγγίτιδας και οξείας κεχροειδούς, που διαπιστώθηκαν στο Αντιφυματικό Ιατρείο κατά τα έτη 1978-1996

ΕΤΟΣ	ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΜΙΝΗΓΓΙΤΙΔΑ	ΟΞΕΙΑ ΚΕΧΡΟΕΙΔΗΣ
1978		2 40* 16**
1979		1 30*
1980	1 6*	
1981	1 21*	1 21*
1982		
1983	2 28/63**	
1984	1 60* Θ	1 22**
1985		
1986		1 40**
1987	2 3/10**	
1988	1 28* Θ	
1989		
1990		
1991		
1992		
1993	2 5/6**	
1994		
1995		1 22*
1996	1 3*	1 1**
ΣΥΝΟΛΟ	11	8

Ηλικία ανδρών: **00***
 Ηλικία γυναικών: **00****
 ΘΑΝΑΤΟΙ: **Θ**

Καταγράφοντας τις φυματιώδεις μηνιγγίτιδες και οξείες κεχροειδείς, εντοπίστηκαν συνολικά 19 περιπτώσεις στα 25 έτη της έρευνας, που αφορούσαν όλες τις ηλικίες. Από αυτές μόνο 7 (6+1 κεχροειδής) εντοπίστηκαν σε παιδιά ηλικίας έως 6 ετών και από τις φυματιώδεις μηνιγγίτιδες (6) μόνο 2 περιπτώσεις επί συνόλου 38.790 παιδιών στην υπό εμβολιασμό ηλικία των 6-7 ετών. Άρα το αναφερόμενο ποσοστό προστασίας 80%10 θα αφορού-

σε μόνο τις 2 ανωτέρω περιπτώσεις, αν το εμβόλιο ήταν αποτελεσματικό - παρότι με αντιφυματική αγωγή - θεραπεύτηκαν. Το B.C.G. ως πρόφαση για την πρόληψη της φυματιώδους μηνιγγίτιδας και της οξείας κεχροειδούς αποδεικνύεται στην πράξη αναποτελεσματική, καθώς οι περιπτώσεις αφορούσαν παιδιά προσχολικής ηλικίας, με μακρά παραμονή σε ισχυρή πηγή μόλυνσης και οδήγησαν στην ανακάλυψη της πηγής.

Βιβλιογραφία

1. Balbay D., Ozen H. et al. (1994): Detection of urinary interleukin 2 receptor and tumor necrosis factor levels in patients with superficial bladder tumor after intravesical BCG immunotherapy. *Urology*, 43, 187.
2. Bannon, M. (1999), BCG and tuberculosis. *Arch Dis Child* 1999; 80:80-83.
3. Besnard M., Sauvion S. et al. (1993) : Bacillus Calmette-Guerin infection after vaccination of human immunodeficiency virus infected children. *Ped. Inf. Dis. J.*, 12, 993.
4. Bettag Ol., Kaluzny A.A., Morse D., Radner D.B. (1964): BCG study at a state school for mentally retarded. *Dis. Chest*, 45, 503.
5. Comstock G.W., Webster R.G. (1969): Tuberculosis studies in Muscogee County, Georgia. *Am. Rev. Resp. Dis.*, 100, 839.
6. Comstock G.W., Edwards P.Q. (1972): An American point of view about BCG vaccination, illustrated by the results of a controlled trial in Puerto Rico, *Scand. J. Resp. Dis.*, 53, 207.
7. Fine, P. (1995), Variation in protection by BCG: Implications of and for heterologous immunity. *Lancet* 1995; 346:1339-1345.
8. HartPDA (1967) : Efficacy and applicability of mass BCG vaccination in tuberculosis control. *Br. Med. J.*, I, 587.
9. Golditz, G., Brewer, T. et al. (1994), Efficacy of BCG Vaccine prevention of tuberculosis: Meta-analysis of the published literature. *JAMA* 1994;271:698-702.
10. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (1994): Criteria for the discontinuation of vaccination programs using Bacille Calmette-Guerin (BCG) in countries with a low prevalence of tuberculosis. *Tubercle and Lung Disease*, 75, 179.
11. ΚΕΕΛΠΝΟ - Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (2006), Οδηγίες για την αντιμετώπιση της φυματίωσης, σ. 8.
12. Kirsten D., Rieger U. et al. (1993): Pulmonary tuberculosis due to Bacille Calmette-Guerin. *Clin. Invest.*, 71, 787.
13. *Lancet* (1980): BCG: Bad News from India. *Jan.*, 12, 73.
14. Lotte A., Wasz-Hockert O., Poisson N., Dumitrescu N., Verron M., Couvet E. (1984): BCG complications. *Advances in Tuberculosis Research*, 21, 107.
15. Lotte A., Wasz-Hockert O., Poisson N. et al. (1988): Second IUATLD study on complications induced by intradermal BCG-vaccination. *Bull. Int. Union Tuberc. Lung Dis.*, 63, 47.
16. Μουστάκας Ι., Βάμβαλης Χ. (1994) (α): Παρατηρήσεις επί της παιδικής φυματίωσης στον Νομό Ροδόπης κατά τα έτη 1978-1987.
17. Μουστάκας Ι., Βάμβαλης Χ. (1994) (β): Η νοσηρότητα από πνευμονική φυματίωση σε Χριστιανούς και Μουσουλμάνους στον Νομό Ροδόπης.
18. Μουστάκας Ι., Βάμβαλης Χ. et al. (1990) (α): Νοσήσεις από φυματίωση στο περιβάλλον πνευμονοφυματικών ασθενών, νοσηλευθέντων σε Νοσοκομείο ή στο σπίτι (παρατηρήσεις στον Ν. Ροδόπης κατά τα έτη 1978-1987. Ανακοίνωση στο ΙΓ' Ιατρικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων).
19. Μουστάκας Ι., Βάμβαλης Χ. et al. (1990) (β): Η εξωνοσοκομειακή νοσηλεία της φυματίωσης (παρατηρήσεις στον Νομό Ροδόπης κατά τα έτη 1978-1987. Ανακοίνωση στο ΙΓ' Ιατρικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων).
20. Μουστάκας Ι., Βάμβαλης Χ., Τσίτσιος Τ. (1989) (α): Ακτινολογικά ευρήματα από τον θώρακα σε ασυμπτωματικά παιδιά με φυματινοαντίδραση. (Μελέτη 26.967 φυματινοαντιδράσεων. Ανακοίνωση στο 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος).
21. Μουστάκας Ι., Βάμβαλης Χ., Τσίτσιος Τ. (1989) (β): Η φυματική πρωτομόλυνση και η εξέλιξή της (αυτόματη ή υπό θεραπεία) σε μαθητές του Ν. Ροδόπης (παρατηρήσεις 26.957 φυματινοαντιδράσεων κατά τα έτη 1978-1987. Ανακοίνωση στο 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος).
22. Μουστάκας Ι., Τζημάκας Χ. et al. (1993) (α): Παρατηρήσεις επί των επιδημιολογικών δεικτών φυματίωσης στους μαθητές του Νομού Ροδόπης κατά τα έτη 1978-1992. (Ανακοίνωση στο 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημά-

- των Θώρακος).
23. Μουστάκας Ι., Τζημάκας Χ. et al. (1993) (β): Η φυματική διαμόλυνση στον Νομό Ροδόπης. Έρευνα σε όλες τις ηλικίες κατά το έτος 1993. (Ανακοίνωση στο 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος).
 24. Μουστάκας Ι., Τζημάκας Χ. et al. (1993) (γ): Επίπτωση της φυματίωσης στον πληθυσμό του Νομού Ροδόπης. Εκτίμηση της νοσηρότητας κατά τα έτη 1978-1992. (Ανακοίνωση στο 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος).
 25. Μουστάκας Ι., Τζημάκας Χ. et al. (1993) (δ): Αποτυχία θεραπείας και υποτροπές σε 836 φυματικούς ασθενείς νοσηλευθέντες στον Νομό Ροδόπης κατά τα έτη 1978-1992. (Ανακοίνωση στο 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος).
 26. O' Brien R. (Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis). Development of new vaccines for Tuberculosis. *MMWR* 1998;47(RR-13).
 27. Rodriguez, L, Diwan, V. & Wheeler, J. (1993), Protective effect of BCG against tuberculous meningitis and miliary tuberculosis: a meta-analysis. *Int. J Epidemiol* 1993;22:1154-1158.
 28. Romanus, V. (1983): Childhood tuberculosis in Sweden. An epidemiological study made six years after the cessation of general BCG vaccination in the newborn. *Tubercle*, 64, 101.
 29. Romanus, V. (1988): Where do we stand with BCG2? *Bull. Intern. Un. Ag. Tub. And Lung Dis.*, December, 63, 4, 34.
 30. Romanus, V. (1990): Experience in Sweden 15 years after stopping general BCG vaccination at birth. *Bull. Intern. Un. Ag. Tub. And Lung Dis.*, 65, 32, 26.
 31. Romanus V., Svensson A., Hallander H.O. (1992): The Impact of changing BCG coverage on tuberculosis incidence in Swedish-born children between 1969-1989. *Tubercle Lund Dis.*, 73, 150.
 32. Styblo, K. (1981): Αναπροσαρμογή των προγραμμάτων ελέγχου της φυματίωσης. *Ιατρ. Επιθ. Εν. Δυναμ.*, 15, 403.
 33. Styblo K., Meijer J. (1976): Impact of BCG vaccination programs in children and young adults on the tuberculosis problem. *Tubercle* 57.
 34. Trinka L., Dankova D. (1990): Consequences of the discontinuation of BCG mass vaccination of newborn. *The European Resp. J.* (abstracts), V. 3 suppl. 10 September, p. 300s.3.
 35. Trinka L., Dankova D., Svadova E. (1993): Six years experience with the discontinuation of BCG vaccination: cost and benefit of mass BCG vaccination. *Tuberc. Lung Dis.*, 74, 288.
 36. Tuberculosis Prevention Trial, Madraw (1979): Trial of BCG vaccines in South India for tuberculosis prevention. *Ind. J. Med. Res.* 70, 349.

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

στο 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή

Ομιλητές και Συμμετέχοντες στο Συνέδριο

Bajbouj Monther Senior Physician, Specialist
in Internal Medicine, Endoscopy Technical
University of Munich, Klinikum Rechts Der
Isar, II Medical Clinic, Germany

Djordjevic Predrag Professor, Specialist
in Internal Practice Medicine, Outpatient
Department Internal Medicine «DEDINJE»
Internal Medicine, Endocrinology, Diabetology,
Serbia

Hobbs Richard Professor and Head of
Department National Director, NIHR School
for Primary Care Research Professorial Fellow,
Harris Manchester College, Oxford, UK

Kudo Shin-Ei MD, Ph.D, Chairman and
Professor Digestive Disease Center, Showa
University Northern Yokohama Hospital, Japan

Mufti Ghulam J. DM, FRCP, FRCPath,
Professor of Haematology & Head of

Department King's College London, UK

Nakamura Hiroki Lecturer, Assistant Doctor,
Japan Poulter Neil Professor of Preventive
Cardiovascular Medicine, Imperial College,
United Kingdom

Rudolph Jobst Πνευμονολόγος, Διευθυντής
Ε.Σ.Υ., Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Triadafilopoulos George MD, Clinical
Professor of Medicine, Gastroenterology and
Hepatology, Stanford University School of
Medicine, USA

Αβραμίδης Ιάκωβος Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Α΄
Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Εξωτερικό
Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ.
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Αγραφιώτης Αθανάσιος Νεφρολόγος, τ.
Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος, Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» Βούλας, Αθήνα

Αθανασίου Παναγιώτης Διδάκτωρ
Πανεπιστημίου Αθηνών, MSc Διοίκησης
Μονάδων Υγείας, Συντονιστής Διευθυντής
Ρευματολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ», Θεσσαλονίκη

Άθυρος Βασίλειος Αναπληρωτής Καθηγητής
Παθολογίας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ακριβιάδης Ευάγγελος Καθηγητής
Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Δ΄
Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,
Θεσσαλονίκη

Αλαβέρας Αντώνιος Διευθυντής Παθολόγος,
Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ.,
Αθήνα

Αλεβίζος Μιλτιάδης τ. Αναπληρωτής
Καθηγητής Παθολογίας - Διαβητολογίας
Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Αλεξανδράκης Μιχαήλ Καθηγητής
Αιματολογίας, Διευθυντής Εργαστηρίου
Αιματολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης,
Πανεπιστημιακό Γενικό

Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

Αμπραχαμιάν - Μιχαλάκη Αννέτ
Ενδοκρινολόγος, Αθήνα

Άντο Τεσφάιε Γενικός Χειρουργός,
Συνεργαζόμενος Χειρουργός Κλινικής «ΑΓΙΟΣ
ΠΑΥΛΟΣ», Υποψήφιος Διδάκτωρ Α.Π.Θ.,
Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Προπαιδευτικής
Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Αντώνογλου Χρήστος Αναπληρωτής
Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ.,
Αλεξανδρούπολη

Αποστολοπούλου Μάρθα Διδάκτωρ
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Επιμελήτρια Β΄ Ε.Σ.Υ.,
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»,
Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Προπαιδευτικής
Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Αρχανιωτάκη Μαριάνθη Παθολόγος -
Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Διευθύντρια
Παθολογικού Τμήματος Ε.Ι, Υπεύθυνος
Διαβητολογικού Ιατρείου, «ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ», Θεσσαλονίκη

Βακαλοπούλου Σοφία Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια Αιματολογίας, Β΄ Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,
Θεσσαλονίκη

Βασιλάκος Δημήτριος Καθηγητής
Αναισθησιολογίας & Εντατικής Θεραπείας,
Διευθυντής Αναισθησιολογίας & Εντατικής
Θεραπείας Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Βασιλικός Βασίλειος Καθηγητής
Καρδιολογίας, Διευθυντής Γ΄ Καρδιολογικής
Κλινικής Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Βέμμος Κωνσταντίνος Παθολόγος, Stroke
Division, Hellenic Cardiovascular Research
Society, Αθήνα

Βλαχάκος Δημήτριος Καθηγητής
Παθολογίας - Νεφρολογίας, Υπεύθυνος
Νεφρολογικής Μονάδας, Β΄ Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Πρόεδρος Ελληνικού Κολλεγίου
Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Αθήνα

Βλαχογιάννης Ανέστης Συντονιστής
Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό
Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Γαβριλίδης Σταύρος Ομότιμος Καθηγητής
Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Θεσσαλονίκη

Γαρυπίδου Βασιλεία Καθηγήτρια Παθολογίας-
Αιματολογίας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Γαρύφαλλος Αλέξανδρος Καθηγητής
Παθολογίας - Κλινικής Ανοσολογίας,
Διευθυντής Δ΄ Παθολογικής Κλινικής
Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Πρόεδρος Τμήματος Ιατρικής,
Σχολή Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Γεροτζιάφας Γρηγόριος Associate Professor,
Department of Hemostasis - Thrombosis
- Antithrombotic Treatment, Faculty de
Medicine University Pierre et Marie Curie,
France

Γεωργεφένδης Κωνσταντίνος Ειδικός
Παθολόγος - Διαβητολόγος, Γενικός
Διευθυντής Κέντρου Αποκατάστασης
«ΑΝΑΒΙΩΣΗ», Δράμα

Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης Ευάγγελος
Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Δ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Γιαννόγλου Γεώργιος Ομότιμος Καθηγητής
Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Θεσσαλονίκη

Γιαννουλάκη Παρθένα Κλινική Διαιτολόγος -
Διατροφολόγος (Msc), Προϊσταμένη Τμήματος

Διαιτολογίας - Διατροφής, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Γκίκας Αχιλλέας Καθηγητής Παθολογίας -
Λοιμώξεων Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Κρήτης, Κρήτη

Γκιρτοβίτης Φώτιος Αιματολόγος, Επιμελητής
Α΄ Κέντρου Αίματος, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Γκόγκος Κωνστανίνος Παθολόγος, Διευθυντής
Ε.Σ.Υ., Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»,
Θεσσαλονίκη

Γουλής Δημήτριος Επίκουρος Καθηγητής
Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Μονάδα
Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α΄ Μαιευτική
- Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό
Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Γουλής Ιωάννης Επίκουρος Καθηγητής
Γαστρεντερολογίας, Δ΄ Παθολογική Κλινική
Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος Καθηγητής
Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,
Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Λάρισας, Λάρισα

Γραμματικοπούλου Μαρία Διαιτολόγος -
Διατροφολόγος, Καθηγήτρια Εφαρμογών,
Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Γρέκας Δημήτριος Ομότιμος Καθηγητής
Παθολογίας - Νεφρολογίας Α.Π.Θ.,
Επιστημονικός Διευθυντής Μονάδας Τεχνητού
Νεφρού, Κεντρική Κλινική «ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ
- EUROMEDICA», Θεσσαλονίκη

Γροσομανίδης Βασίλειος Αναισθησιολόγος,
Επίκουρος Καθηγητής, Κλινική
Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας
Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Δαΐκος Γεώργιος Καθηγητής Παθολογίας
Λοιμώξεων, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό
Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Δανιηλίδης Μιχαήλ Καθηγητής Παθολογίας
- Ανοσολογίας, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής
Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Δασκαλοπούλου Ευφημία Πνευμονολόγος,
Διευθύντρια Εργαστηρίου Ύψνου, Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ», Θεσσαλονίκη

Δεστάνης Ευάγγελος Ακτινοδιαγνώστης,
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

«ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Δημητράκος Σταύρος Καθηγητής
Οφθαλμολογίας, Διευθυντής Β΄
Οφθαλμολογικής Κλινικής Α.Π.Θ, Γενικό
Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Δημητριάδης Γεώργιος Καθηγητής
Παθολογίας, Διευθυντής Β΄ Προπαιδευτικής
Παθολογικής Κλινικής - Μονάδας Έρευνας
και Διαβητολογικού Κέντρου Πανεπιστημίου
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Δημητρούλα Χαρίκλεια Παθολόγος, Διδάκτωρ
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Centre of Obesity
Managment, European Association for the
Study of Obesity (EASO), Επιστημονικός
Συνεργάτης Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Διδάγγελος Τριαντάφυλλος Επίκουρος
Καθηγητής Παθολογίας - Διαβητολογίας,
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Πρόεδρος
Διαβητολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος,
Θεσσαλονίκη

Δούμας Μιχαήλ Επίκουρος Καθηγητής
Παθολογίας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ελευθεριάδης Νικόλαος MD,
Γαστρεντερολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης
Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής
Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Ελισάφ Μωυσής Καθηγητής Παθολογίας,
Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Ευθυμιάδης Απόστολος Ομότιμος Καθηγητής
Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Πρόεδρος Εταιρείας
Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος,
Θεσσαλονίκη

Ευθυμιάδης Ιωάννης Καρδιολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Υπεύθυνος
Καρδιολόγος «ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗΣ», Θεσσαλονίκη

Ευστρατιάδης Γεώργιος Παθολόγος -
Νεφρολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής
Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ζακυνθινός Επαμεινώνδας Καθηγητής
Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας, Διευθυντής Κλινικής Εντατικής
Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Λάρισας, Λάρισα

Ζαντίδης Ανέστης Ειδικός Παθολόγος,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο

Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Ζαρίφης Ιωάννης Συντονιστής Διευθυντής
Καρδιολογικού Τμήματος Α.Π.Θ.,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Ζαρογουλίδης Κωνσταντίνος Καθηγητής
Πνευμονολογίας - Φυματιολογίας, Διευθυντής
Πνευμονολογικής - Φυματιολογικής Κλινικής
Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Ζεμπεκάκης Παντελής Αναπληρωτής
Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Παθολογική
Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Ζησόπουλος Δημήτριος Στρατιωτικός Ιατρός
- Ρευματολόγος, Επιμελητής Ρευματολογικού
Τμήματος, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο
Εκπαιδύσεως, Θεσσαλονίκη

Ζιάκας Αντώνιος MD, FSAI, FESC, Επίκουρος
Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική
Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Ηλιάδης Φώτιος Επίκουρος Καθηγητής
Παθολογίας-Διαβητολογίας,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο

Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Θεοφανίδης Δημήτριος Καθηγητής
Εφαρμογών ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
Θωμόπουλος Ανδρέας Ενδοκρινολόγος, Αθήνα

Ιακωβίδης Απόστολος Καθηγητής
Ψυχιατρικής, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Καζάκος Κυριάκος Παθολόγος -
Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής
Τμήματος Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης,
Θεσσαλονίκη

Καϊάφα Γεωργία Λέκτορας Αιματολογίας,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Καϊάφα - Γκμπάντι Μαρία Καθηγήτρια
Ποινικού Δικαίου, Τμήμα Νομικής Σχολής
Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Καλδρυμίδης Φίλιππος τ. Συντονιστής
Διευθυντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής,
Νοσοκομείο «ΜΕΤΑΞΑ», Αθήνα

Καλεβρόσoglου Ιωάννης Διευθυντής
Νεφρολογίας Ε.Σ.Υ., Α΄ Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Κλωνιζάκης Ιωάννης Ομότιμος Καθηγητής
Παθολογίας - Αιματολογίας Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Καλόφωτος Χαράλαμπος Καθηγητής
Παθολογίας - Ογκολογίας, Διευθυντής
Ογκολογικού Τμήματος, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Κόκκαλη Αναστασία Κλινικός Διαιτολόγος
- Διατροφολόγος B.Sc (Hons), S.R.D.,
Θεσσαλονίκη

Καπάντας Ευθύμιος Ειδικός Παθολόγος -
Διαβητολόγος, Διευθυντής Τμήματος Διαβήτη
- Παχυσαρκίας - Μεταβολισμού, Νοσοκομείο
«METROPOLITAN», Αθήνα

Κοντακιώτης Θεόδωρος Αναπληρωτής
Καθηγητής Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική
Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»,
Θεσσαλονίκη

Καραβασίλης Βασίλειος Επίκουρος Καθηγητής
Παθολογίας - Ογκολογίας, Διευθυντής Κλινικής
Παθολογικής Ογκολογίας Α.Π.Θ., Γενικό
Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Κοτσιανίδης Ιωάννης Αναπληρωτής
Καθηγητής Αιματολογίας, Αιματολογική Κλινική
Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Καρακώστας Δημήτριος Καθηγητής
Νευρολογίας, Διευθυντής Β΄ Νευρολογικής
Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Αγγειακών
Εγκεφαλικών Νόσων, Θεσσαλονίκη

Κούρτογλου Γεώργιος Παθολόγος -
Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., Υπεύθυνος Παθολογικού &
Διαβητολογικού Τμήματος, Κλινική
«ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ», Θεσσαλονίκη

Κατσογιριάκης Ιωάννης Γαστρεντερολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών, Αθήνα

Κούτρας Χρήστος Συντονιστής Διευθυντής
Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο
Βέροιας, Βέροια

Κιόρτσος Δημήτριος Ενδοκρινολόγος,
Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Κουτσιαντά Κοκκώνη Πρόεδρος
Περιφερειακού Τμήματος Β. Ελλάδος Εθνικού
Συνδέσμου Νοσηλευτών, Διευθύντρια
Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Κουτσουράδης Αχιλλέας Καθηγητής Αστικού Δικαίου, Νομική Σχολή Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Κοφτερίδης Διαμαντής Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Γενικής Παθολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, Κρήτη

Κρασσάς Γεράσιμος PhD, FRCP (Lond) Ενδοκρινολόγος, Άμισθος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Εθνικού Πανεπιστημίου, Treasurer (Ταμίας) UEMS - Ενδοκρινολογία Διαβήτης και Μεταβολισμός, Θεσσαλονίκη

Κροκίδης Ξενοφών Παθολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Mainz Γερμανίας, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Καβάλας, Καβάλα

Κυριαζής Ιωάννης MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ» Βούλας, Πρόεδρος «Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.», Αθήνα

Κυρπιζίδης Χρήστος Διευθυντής Π.Ε. Ιατρών, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Κωνσταντίνου Δημήτριος Ειδικός Καρδιολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος Α΄ Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Locum Consultant in Heart Failure & Device therapy, Royal

Brompton Hospital, London, UK

Κώστογλου - Αθανασίου Ιφιγένεια Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ., Αθήνα

Κωτούλας Σόλων Παθολόγος, Τρίκαλα

Κώτσος Βασίλειος Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρείο Υπέρτασης 24ωρης Καταγραφής Αρτηριακής Πίεσης, European Society Hypertension Center of Excellence, Γ΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Κώττα Δώρα Νοσηλεύτρια Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Λαμπρόπουλος Στυλιανός Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ» Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας, Πτολεμαΐδα

Λιακόπουλος Βασίλειος Επίκουρος Καθηγητής Νεφρολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Λιάμης Γιώργος Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Καθηγήτρια Αιματολογίας, Δ΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Λοιζίδης Θεόδωρος Ειδικός Φυσιάτρος, Μέλος του Ευρωπαϊκού Κολλεγίου των Φυσιάτρων, Επιστημονικός Διευθυντής Κέντρου Αποκατάστασης EuroMedica Αρωγή Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Μανές Χρήστος Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Πρόεδρος Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού, Θεσσαλονίκη

Λυμπερόπουλος Ευάγγελος Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Μαργαρίτης Δημήτριος Αιματολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Αιματολογικής Κλινικής Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Μακαρίτσας Κωνσταντίνος Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Μαρκόπουλος Αναστάσιος Καθηγητής Στοματολογίας, Διευθυντής Εργαστηρίου Στοματολογίας Τμήματος Οδοντιατρικής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Μακραντωνάκης Πάρις MD, PhD, Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθυντής Β΄ Τμήματος Χημειοθεραπευτικής Ογκολογίας, «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Μάρκου Κωνσταντίνος Ενδοκρινολόγος, Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Μαλτέζος Ευστράτιος Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Μάσσα Ελένη Παθολόγος - Εντατικολόγος, Θεσσαλονίκη

Μανδαλά Ευδοκία Αναπληρώτρια

Μερσίνογλου Ανδριάννα Οφθαλμίατρος, Α΄ Οφθαλμολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Μεταλλίδης Συμεών Λέκτορας Παθολογίας
- Λοιμωξιολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Μπλιώνης Χαράλαμπος Αναπληρωτής
Καθηγητής Παθολογίας, Σχολή Επιστημών
Υγείας, Τμήμα Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Μιμίδης Κωνσταντίνος Γαστρεντερολόγος,
Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Δ.Π.Θ.,
Αλεξανδρούπολη

Μιχαλάκης Κωνσταντίνος Ενδοκρινολόγος,
SCOPE, Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄
Πανεπιστημιακής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Μούζα Ειρήνη Φυσιάτρος, Επιστημονική
Διευθύντρια Κέντρου Αποκατάστασης «Η
ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ», Θεσσαλονίκη

Μουλούδη Ελένη Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Μονάδα
Εντατικής Θεραπείας, «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Μούσλεχ Ζαδάλλα Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακός
Υπότροφος Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Μπακατσέλος Σπυρίδων Παθολόγος,
Διδάκτωρ Διαβητολογίας, Συντονιστής
Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής
Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Μπαλαμώτη Τσάκωνα Ευγενία Δερματολόγος
- Αφροδισιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης
Πανεπιστημιακής Κλινικής, Νοσοκομείο
Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων «ΑΝΔΡΕΑΣ
ΣΥΓΓΡΟΣ», Αθήνα

Μπαχαράκη Δήμητρα Νεφρολόγος,
Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Νεφρολογικό Τμήμα,
Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Μπολέτης Ιωάννης Καθηγητής Νεφρολογίας,
Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Μπομπότης Γεώργιος Επεμβατικός
Καρδιολόγος, Διευθυντής, Γενικό Περιφερειακό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»,
Θεσσαλονίκη

Μπούρα Παναγιώτα Καθηγήτρια Παθολογίας
- Κλινικής Ανοσολογίας, Διευθύντρια Β΄
Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Μυγιάκης Σπυρίδων Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Wollongong, Διευθυντής Τμήματος Λοιμώξεων Νοσοκομείου Wollongong, Επικεφαλής Ομάδας Διαγνωστικής & Θεραπευτικής Έρευνας Ινστιτούτου Υγείας και Ιατρικής Έρευνας Illawarra, Νέα Νότιος Ουαλία, Αυστραλία

Ντάιος Γεώργιος Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Νταλέκος Γεώργιος Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Ομώνυμου Ερευνητικού Εργαστηρίου Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Α΄ Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Ήπατος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Εσωτερικής Παθολογίας και Ηπατολογίας, Λάρισα

Ντουράκης Σπύρος Καθηγητής Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αθήνα

Ξάνθης Ανδρέας Ειδικός Παθολόγος, PhD, Επιμελητής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Πάγκαλος Εμμανουήλ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιστημονικός Διευθυντής Κλινικής «ΘΕΡΜΗ», Θεσσαλονίκη

Παναγόπουλος Περικλής Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Πανταζή Ελένη Διευθύντρια Β΄ Ενδοκρινολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα

Παπαγιάννης Αντώνιος Πνευμονολόγος - Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Θεσσαλονίκη

Παπαδόπουλος Αθανάσιος Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Αιματολογίας, Θεσσαλονίκη

Παπάζογλου Δημήτριος Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Β΄ Παθολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Παπαϊωάννου Μαρία Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Παπάνας Νικόλαος Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Β΄ Παθολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Πασαδάκης Πλουμής Κοσμήτωρ Σχολής
Επιστημών Υγείας Δημοκριτείου Πανεπιστημίου
Θράκης, Καθηγητής Νεφρολογίας
Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης,
Διευθυντής Πανεπιστημιακής Νεφρολογικής
Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Έβρου, Αλεξανδρούπολη

Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Πετρίκος Γεώργιος Ομότιμος Καθηγητής
Παθολογίας - Λοιμώξεων, Εθνικό
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Πασπάτης Γρηγόριος Συντονιστής Διευθυντής
Γαστρεντερολογικής Κλινικής, «BENIZELEIO
ΠΑΝΑΝΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου,
Κρήτη

Πίτσαβος Χρήστος Καθηγητής Καρδιολογίας,
Α΄ Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αθήνα

Πατάκα - Αργυροπούλου Παρασκευή
Καθηγήτρια Πνευμονολογίας - Αναπνευστικής
Ανεπάρκειας, Διευθύντρια Μονάδας
Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α.Π.Θ.,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ.
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Αναπλ. Πρύτανης
Ανθρώπων Πόρων Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Πλωμαρίτης Ευστράτιος Διευθυντής
Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ», Θεσσαλονίκη

Πατσατσά Αικατερίνη Επίκουρη Καθηγήτρια
Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας, Β΄
Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών
και Αφροδισίων Νόσων Α.Π.Θ, Γενικό
Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Πνευματικός Ιωάννης Καθηγητής Εντατικής
Θεραπείας, Διευθυντής Μονάδας Εντατικής
Θεραπείας Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,
Αλεξανδρούπολη

Πεκτασίδης Δημήτριος Καθηγητής
Παθολογίας Ογκολογίας, Διευθυντής Β΄
Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»,
Αθήνα

Πολυμέρης Αντώνιος Ενδοκρινολόγος,
Επιμελητής Α΄, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα

Περιφάνης Βασίλειος Λέκτορας Αιματολογίας,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο

Ποντικίδης Νικόλαος Ενδοκρινολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., τ.
Διευθυντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής,
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»,
Θεσσαλονίκη

Πουλόπουλος Αθανάσιος Αναπληρωτής

Καθηγητής Στοματολογίας, Οδοντιατρικό
Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ.,
Θεσσαλονίκη

Σέττας Λουκάς Ομότιμος Καθηγητής
Ρευματολογίας - Παθολογίας Α.Π.Θ.,
Θεσσαλονίκη

Πρωτοπαπιάς Ανδρέας Γαστρεντερολόγος,
Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ., Α΄ Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Σιαφάκας Νικόλαος Καθηγητής
Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου,
Κρήτη Σιδηρόπουλος Ιωάννης Ειδικός
Αλλεργιολόγος, Θεσσαλονίκη

Ρίζος Ευάγγελος Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Επιμελητής Α΄ Παθολογικής Κλινικής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα Ρίχτερ Δημήτριος Καρδιολόγος,
Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής,
«ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ» Αθηνών, Αθήνα

Σιμελίδης Δημήτριος Παθολόγος -
Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής
Παθολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Κοζάνης,
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Κοζάνη

Σαββάτης Στέλιος Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Β΄
Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,
Θεσσαλονίκη

Σιούλης Αθανάσιος Νεφρολόγος,
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Α΄ Παθολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Σαββόπουλος Χρήστος Αναπληρωτής
Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
European Society Hypertension Center of
Excellence, Ταμίας Εταιρείας Παθολογίας
Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Σιών Μιχαήλ Ομότιμος Καθηγητής
Παθολογίας Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Σκένδρος Παναγιώτης Επίκουρος Καθηγητής
Παθολογίας Δ.Π.Θ., Α΄ Πανεπιστημιακή
Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,
Αλεξανδρούπολη

Σαμπάνης Χρήστος Παθολόγος -
Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Β΄ Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Υπεύθυνος
Διαβητολογικού Κέντρου, «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,
Θεσσαλονίκη

Σκούτας Δημήτριος Παθολόγος -
Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
Δ.Π.Θ., Επιστημονικός Συνεργάτης
Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Περιφερειακό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»,

Υπεύθυνος Παθολογικού Τομέα Κ.Α.Α.
«ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ», Θεσσαλονίκη

Στάγκου Μαρία Λέκτορας Νεφρολογίας
Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Σταφυλάς Παναγιώτης Καρδιολόγος
- Ιατρικός Συντονιστής Ευρωπαϊκών
Ερευνητικών Προγραμμάτων, HIM SA,
Βρυξέλλες

Στειρόπουλος Πασχάλης Επίκουρος
Καθηγητής Πνευμονολογίας Δ.Π.Θ.,
Αλεξανδρούπολη

Στεργίου Γεώργιος Καθηγητής Παθολογίας
- Υπέρτασης, Κέντρο Υπέρτασης, STRIDE
Hellas-7, Γ΄ Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο
Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»,
Αθήνα

Στυλιάδης Ιωάννης Αναπληρωτής Συντονιστής
Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό
Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Συμεωνίδης Ανάργυρος Αναπληρωτής
Καθηγητής Αιματολογίας, Αιματολογικό Τμήμα
Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών,
Πάτρα

Σύψας Νικόλαος Αναπληρωτής Καθηγητής,
Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Κλινική
Παθολογικής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου
Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ»,
Αθήνα

Σφέτσιος Τηλέμαχος Διδάκτωρ
Ρευματολογίας Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Σώμαλη Μαρία Ενδοκρινολόγος,
Δρ Τμήματος Ιατρικής, Σχολή Επιστημών
Υγείας Πανεπιστημίου Πατρών, Θεσσαλονίκη

Σωτηριάδης Δημήτριος Καθηγητής
Δερματολογίας, Διευθυντής Β΄
Δερματολογικής Κλινικής, Γενικό Περιφερειακό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»,
Πρόεδρος Ελληνικής Δερματολογικής &
Αφροδισιολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη

Ταμπακόπουλος Δημήτριος Στρατιωτικός
Ιατρός, Γαστρεντερολόγος, 401 Γενικό
Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

Τέγος Θωμάς Επίκουρος Καθηγητής
Νευρολογίας, Α΄ Νευρολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Τζιόμαλος Κωνσταντίνος Επίκουρος
Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Τζώτζας Θεμιστοκλής Ενδοκρινολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Προπαιδευτικής
Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Τιτόπουλος Ηρακλής Πνευμονολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Διευθυντής
Πνευμονολογικής Κλινικής Διαβαλκανικού
Κέντρου Θεσσαλονίκης, Επιστημονικός
Συνεργάτης Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Τρυποσκιάδης Φίλιππος Καθηγητής
Καρδιολογίας, Διευθυντής Καρδιολογικής
Κλινικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας,
Λάρισα

Τρύφων Σταύρος MD, PhD, FCCP, Διευθυντής
Ε.Σ.Υ., Πνευμονολόγος, Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»,
Θεσσαλονίκη

Τσακίρης Δημήτριος Καθηγητής Αιματολογίας,
University Hospital Basel, Switzerland

Τσάμης Δημήτριος Βιοπαθολόγος, Πρόεδρος
Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρικού Συλλόγου
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Τσάπας Απόστολος Αναπληρωτής Καθηγητής
Παθολογίας, Υπεύθυνος Διαβητολογικού
Κέντρου, Β΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Τσαταλάς Κωνσταντίνος Καθηγητής
Αιματολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Τσιόδρας Σωτήριος Αναπληρωτής
Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων,
Δ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Τσολάκη Μάγδα Καθηγήτρια Νευρολογίας
Α.Π.Θ., Πρόεδρος Πανελληνίας Ομοσπονδίας
Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών,
Θεσσαλονίκη

Υάκινθος Αντώνιος Ιατρός Φυσικής Ιατρικής
και Αποκατάστασης, Θεσσαλονίκη

Φλάσκας Θεοφάνης Νευροχειρουργός,
Νευροχειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομείο
«MEDITERRANEO», Αθήνα

Φουντουλάκης Κωνσταντίνος Αναπληρωτής
Καθηγητής Ψυχιατρικής, Γ΄ Πανεπιστημιακή
Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Φωτιάδης Σπύρος Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Φωτιάδου Ελένη Διαιτολόγος - Διατροφολόγος (M.Sc.), Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Χαλβατσιώτης Παναγιώτης Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Χαριτάντη Αφροδίτη Καθηγήτρια Ακτινολογίας Ιατρικής Φυσικής και Πληροφορικής, Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Χασαπίδου Μαρία Καθηγήτρια Διατροφής & Διαιτολογίας, Τμήμα Τεχνολογίας Τροφίμων και Διατροφής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Χατζηαγγελάκη Ερυφίλη Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Χατζημιλιτιάδης Σταύρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Χατζητόλιος Απόστολος Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. & Ομώνυμου Διαβητολογικού Κέντρου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Πρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Χολόγκιτας Ευάγγελος Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Δ΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη Χριστοδούλου Δημήτριος Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Ψωμάς Ευάγγελος Ειδικός Παθολόγος με εξειδίκευση στη Λοιμωξιολογία, Επιμελητής Τμήματος Λοιμώξεων, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαίδευσης, Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Σινάκος Εμμανουήλ Λέκτορας Παθολογίας - Ηπατολογίας, Δ΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Επιστολές προς τον Διευθυντή Συντάξεως Περιοδικού ΗJM - Letters to the Editor



Αγαπητέ κ. Διευθυντά Σύνταξης,

Διαβάσαμε με ιδιαίτερο ενδιαφέρον το εξαιρετικό άρθρο ανασκόπησης¹ του καθηγητού κ. Ντουράκη με τίτλο: «Σύγχρονη κλινική διάσταση της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος», που δημοσιεύθηκε στο υπ' αριθμ. 104 τεύχος του περιοδικού «Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση – ΗJM» και αποτελεί μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση των σύγχρονων κλινικο-εργαστηριακών δεδομένων, καθώς και των θεραπευτικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση της μη αλκοολικής νόσου του ήπατος (ΜΑΛΝΗ), που τείνει να λάβει διαστάσεις πανδημίας στον σύγχρονο Δυτικό κόσμο. Λόγω δε των σοβαρών επιπτώσεών της και στον καρδιαγγειακό κίνδυνο, η αποτελεσματική αντιμετώπισή της αποτελεί σημαντική πρόκληση για την παγκόσμια ιατρική κοινότητα.

Επιθυμώντας να συνεισφέρουμε την δική μας εμπειρία στο θέμα, αναφερόμαστε και σε δύο σχετικές δημοσιεύσεις της δικής μας ομάδας. Η πρώτη², αφορά μελέτη παρέμβασης σε τρεις ομάδες ασθενών με ΜΑΛΝΗ, με χορήγηση ω-3 λιπαρών οξέων σε ασθενείς με υπερτριγλυκεριδαιμία, ατορβαστατίνης σε ασθενείς με υπερχοληστερολαιμία και ορλιστάτης σε παχύσαρκους ασθενείς, προκειμένου να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα των τριών φαρμακευτικών ουσιών σε ΜΑΛΝΗ με δυσλιπιδαιμία. Τα καταγραφέντα αποτελέσματα ήταν πολύ ενθαρρυντικά και για τις τρεις ουσίες: Μετά από 24 εβδομάδες παρέμβασης και στις τρεις ομάδες παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων των τρανσαμινασών και υποστροφή της λιπώδους διήθησης, αποτέλεσμα που ενισχύει την άποψη ότι η χορήγηση υπολιπιδαιμικής αγωγής για την αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας, όχι μόνο δεν αντενδείκνυται για τον φόβο της ηπατοτοξικότητας και τρανσαμινασαιμίας σε ΜΑΛΝΗ, αλλά αντίθετα βελτιώνει την ηπατική παθολογία. Η εν λόγω μελέτη υπήρξε πρωτοποριακή και έχει λάβει ευρεία αναγνώριση από την επιστημονική κοινότητα, με βιβλιογραφική αναφορά της από πάρα πολλές (άνω των εκατόν πενήντα) συγγραφικές ομάδες.

Η δεύτερη δημοσίευση μας³, αφορά πρόσφατη ανασκόπηση δεδομένων πειραματικών και

κλινικών μελετών που καταδεικνύουν τα ω-3 λιπαρά οξέα ως μια πολλά υποσχόμενη θεραπευτική προσέγγιση της ΜΑΛΝΗ, καθώς αυτά παρεμβαίνουν σε διάφορα σημεία της παθοφυσιολογίας της νόσου. Έτσι, επηρεάζουν μεταγραφικούς παράγοντες και ένζυμα - που συμμετέχουν στην ομοιοστασία των λιπιδίων - μειώνοντας την de novo λιπογένεση, ελαττώνουν τη συσσώρευση λιπιδίων στο ήπαρ, ενώ συγχρόνως μειώνουν βιοδείκτες που σχετίζονται με την αντίσταση στην ινσουλίνη, τη φλεγμονή, το οξειδωτικό στρες και την απόπτωση των κυττάρων, οδηγώντας σε βελτίωση των βιοχημικών και υπερηχογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών. Η χορήγηση ω-3 λιπαρών οξέων είτε με τη μορφή συμπληρωμάτων διατροφής, είτε μέσω της κατανάλωσης λιπαρών ψαριών φαίνεται ότι μπορεί να προλάβει ή να αντιστρέψει βλάβες που παρατηρούνται στην ΜΑΛΝΗ. Ωστόσο, υπάρχει διχογνωμία στις κλινικές μελέτες σχετικά με τη βέλτιστη δόση των ω-3 λιπαρών οξέων χωρίς εμφάνιση παρενεργειών και σχετικά με τη διάρκεια της θεραπείας. Οι περισσότερες καταλήγουν στο ό,τι, οφέλη παρατηρούνται με δόση πάνω από 0,83 γρ/ημέρα ή δύο γεύματα με λιπαρά ψάρια την εβδομάδα, ενώ η χορήγηση μεγάλων δόσεων καθιστά αναγκαία τη συγχορήγηση και ενός αντιοξειδωτικού παράγοντα για την ελάττωση της υπέρμετρης οξείδωσης που μπορεί να παρατηρηθεί. Σχετικά, αναμένονται τα αποτελέσματα μεγάλων εν εξελίξει κλινικών μελετών που συνεκτιμούν την ηπατική ιστοπαθολογία, και θα διασαφηνίσουν περαιτέρω την αξία των ω-3 λιπαρών οξέων ως θεραπευτικού μέσου της ΜΑΛΝΗ.

Ευχαριστούμε για την φιλοξενία

Μπουζιανά Σ.Δ., Μπουζιανός Δ.Γ., Σαββόπουλος Χ.Γ., Χατζητόλιος Ι.Α.
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Ντουράκης Σ. Σύγχρονη κλινική διάσταση της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος. Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση 2014; 104: 182-194.
2. Hatzitolios A, Savopoulos C, Lazaraki G, Sidoropoulos I, Haritanti P, Lefkopoulos A, et al., Efficacy of omega-3 fatty acids, atorvastatin and orlistat in non-alcoholic fatty liver disease with dyslipidemia. Indian J Gastroenterol 2004; 23(4): 131-134.
3. Bouzianas DG, Bouziana SD, Hatzitolios AI. Potential treatment of human nonalcoholic fatty liver disease with long-chain omega-3 polyunsaturated fatty acids. Nutr Rev 2013; 71(11): 753-771.

Προσεχή Συνέδρια, Επιστημονικές Εκδηλώσεις στην Ελλάδα και το Εξωτερικό, στην Παθολογία και τις συναφείς Ειδικότητες



Επιμέλεια:
Μάρθα Αποστολοπούλου
Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ.

30ο Συνέδριο Κλινικής Καρδιολογίας, 17-18/04/2015, Divani Caravel, Αθήνα,
Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας

Πανελλήνιο Συμπόσιο Ρευματολογίας "Εαρινές Ημέρες Ρευματολογίας 2015".
23-26/04/2015, Aquila Rithymna Hotel, Ρέθυμνο, Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία

15ο Διεθνές Συνέδριο "New trends in cardiology", 17-18/04/2015, The Met Hotel.
Θεσσαλονίκη, Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ-Καρδιολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος
ECO2015 - 22nd European Congress on Obesity, 6-9/05/2015, Prague, European
Association for the Study of Obesity (EASO) and Czech Society for the Study of Obesity (CSSO)

- **14ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο**, 07-10/05/2015, International Convention Center, Κως, Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος.
- **2ο Πανελλήνιο Γηριατρικό Συνέδριο στην ΠΦΥ**, 14-17/05/2015, Kyllini Beach Κάστρο Κυλλήνης, Ελληνικής Γηριατρικής & Γεροντολογικής Εταιρείας Ν.Δ. Ελλάδας.
- **22η Επιστημονική Διημερίδα Εξελίξεις στην Αθηροσκλήρωση 2015, Αρτηριακή υπέρταση, Σακχαρώδης διαβήτης & Μεταβολικό σύνδρομο, ως παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, Ομάδων Εργασίας Αρτηριακής Υπέρτασης & Σακχαρώδη διαβήτη της Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος**, 15- 16/05/2015, Porto Carras, Χαλκιδική, Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος.
- **1ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης στην Καθημερινή Κλινική Πράξη**, 16/05/2015, 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Εταιρεία Μελέτης Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π.)
- **14ο Βορειοελλαδικό Καρδιολογικό Συνέδριο**, 28-30/05/2015, Hyatt Hotel, Θεσσαλονίκη, Καρδιολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος.
- **MIRCIM 2015 - Mc Master International Review Course in Internal Medicine**, 05-06/06/2015, Cracow, Poland.
- **41ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο**, 10-13/06/2015, Ξενοδοχείο Hilton, Αθήνα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.
- **25th European Meeting on Hypertension and Cardiovascular Protection**, 12-15/06/2015, MICO Milano Congressi, Μιλάνο, European Society of Hypertension.
- **8ο Θερινό Σχολείο 2015**, Μεταβολικά και Χρόνια Νοσήματα και η σχέση τους με την Καρδιαγγειακή Νόσο, 25/06/2015 - 27/06/2015, Ξενοδοχείο Royal Olympic, Αθήνα, Ελληνική Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης.

Ανασκόπηση Διεθνούς Ιατρικού Τύπου International Medicine Review



Hellenic Journal of Medicine
2015 : 106 : 120-124

Επιμέλεια: Κωνσταντίνος Τζιόμαλος
Επ. Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ.

JAMA 2014;312:2234-43.

Muhlestein JB, Lappé DL, Lima JA, et al. Effect of screening for coronary artery disease using CT angiography on mortality and cardiac events in high-risk patients with diabetes: the FACTOR-64 randomized clinical trial. Η αναζήτηση υποκλινικής στεφανιαίας νόσου δε βελτιώνει την καρδιαγγειακή νοσηρότητα των ασυμπτωματικών ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ωστόσο συχνά είναι ασυμπτωματική. Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν εξατομίκευση της απόφασης για αναζήτηση στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 χωρίς συμπτώματα στεφανιαίας νόσου, γιατί το όφελος από την ανίχνευση της νόσου δεν είναι σαφές. Η παρούσα μελέτη συμπεριέλαβε 900 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 χωρίς συμπτώματα στεφανιαίας νόσου.

Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν να υποβληθούν σε ανίχνευση στεφανιαίας νόσου με αξονική στεφανιογραφία σε συνδυασμό με συνήθη φροντίδα (αντιδιαβητική αγωγή με στόχο HbA1c < 7,0%, υπολιπιδαιμική αγωγή με στόχο LDL χοληστερόλη < 100 mg/dl και αντιυπερτασική αγωγή με στόχο συστολική αρτηριακή πίεση < 130 mmHg) ή στην συνήθη φροντίδα μόνο. Με βάση τα ευρήματα της αξονικής στεφανιογραφίας, οι ασθενείς θα μπορούσαν να λάβουν επιθετική φαρμακευτική αγωγή (αντιδιαβητική αγωγή με στόχο HbA1c < 6,0%, υπολιπιδαιμική αγωγή με στόχο LDL χοληστερόλη < 70 mg/dl, HDL χοληστερόλη > 40 mg/dl στους άνδρες και > 50 mg/dl στις γυναίκες, τριγλυκερίδια < 150 mg/dl και αντιυπερτασική αγωγή με στόχο συστολική αρτηριακή πίεση < 120 mmHg) ή/και να υποβληθούν σε επέμβαση στεφανιαίας επαναιμάτωσης.

Μετά από μέσο διάστημα παρακολούθησης 4 ετών, η επίπτωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων δε διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων.

Σχόλιο

Η διενέργεια αξονικής στεφανιογραφίας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη χωρίς συμπτώματα στεφανιαίας νόσου δε βελτιώνει την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

<http://www.cardiosource.org/science-and-quality/clinical-trials/i/improve-it>

IMProved Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial Η χορήγηση εξετιμίμπης σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύμβαμα ελαττώνει τα καρδιαγγειακά συμβάματα

Η εξετιμίμπη ελαττώνει σημαντικά την LDL χοληστερόλη (περίπου κατά 24%) όταν προστεθεί σε στατίνη. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό αν η ελάττωση αυτή της LDL χοληστερόλης μεταφράζεται σε ελάττωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων, καθώς οι υπάρχουσες μελέτες επιβίωσης συνέκριναν τον συνδυασμό στατίνης-εξετιμίμπης με εικονικό φάρμακο. Στην παρούσα μελέτη, 18.144 ασθενείς με πρόσφατη νοσπλεία (εντός των τελευταίων 10 ημερών) για οξύ στεφανιαίο σύμβαμα (έμφραγμα με ή χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος ή ασταθή στηθάγχη) και LDL χοληστερόλη 50-125 mg/dl (μέση τιμή 95 mg/dl) τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν σιμβαστατίνη 40 mg σε συνδυασμό με εξετιμίμπη ή σιμβαστατίνη 40 mg σε συνδυασμό με εικονικό φάρμακο. Μετά από 1 έτος, η μέση LDL χοληστερόλη ήταν 53 και 70 mg/dl στις δύο ομάδες αντίστοιχα. Ο συνδυασμός σιμβαστατίνης και εξετιμίμπης ελάττωσε το πρωτεύον καταληκτικό σημείο (καρδιαγγειακός θάνατος, μη θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου, μη θανατηφόρο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ασταθής στηθάγχη που χρειάστηκε νοσπλεία, επέμβαση στεφανιαίας επαναϊμάτωσης) κατά 6,4% συγκριτικά με την μονοθεραπεία με σιμβαστατίνη ($p = 0,016$). Η συχνότητα αύξησης των τρανσαμινασών και της CPK ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες.

Σχόλιο

Η εξετιμίμπη ελαττώνει τα καρδιαγγειακά συμβάματα σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Για την ίδια ελάττωση της LDL χοληστερόλης, η εξετιμίμπη φαίνεται να ελαττώνει τα καρδιαγγειακά συμβάματα εξίσου με τις στατίνες. Ωστόσο, λόγω της πληθώρας των μελετών που απέδειξαν τα καρδιαγγειακά οφέλη των στατινών, οι στατίνες εξακολουθούν να αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της αντιμετώπισης της υπερχοληστερολαιμίας και η εξετιμίμπη θα πρέπει να χορηγείται μόνο σε ασθενείς που δεν πετυχαίνουν το στόχο της LDL χοληστερόλης παρά τη χορήγηση της μέγιστης ανεκτής δόσης ισχυρής στατίνης.

N Engl J Med 2014;371:1091-9.

Fox K, Ford I, Steg PG, et al; SIGNIFY Investigators. Ivabradine in stable coronary artery disease without clinical heart failure. Η χορήγηση ιβαμπραδίνης δεν ελαττώνει τα καρδιαγγειακά συμβάματα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια

Η αυξημένη καρδιακή συχνότητα σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου στο γενικό πληθυσμό και σε ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Δεν είναι γνωστό αν η ιβαμπραδίνη, η οποία ελαττώνει την καρ-

διακή συχνότητα, ελαττώνει τα καρδιαγγειακά συμβάματα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια. Στην παρούσα μελέτη, 19.102 ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο και καρδιακή συχνότητα > 70' χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν ιβαμπραδίνη 10 mg δις ημερησίως ή εικονικό φάρμακο. Μετά από μέσο διάστημα παρακολούθησης 27,8 μηνών, η επίπτωση καρδιαγγειακού θανάτου ή μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου δε διέφερε μεταξύ των ασθενών που έλαβαν ιβαμπραδίνη και εικονικό φάρμακο. Ωστόσο, η χορήγηση ιβαμπραδίνης αύξησε κατά 18% τον κίνδυνο καρδιαγγειακού θανάτου ή μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου στους ασθενείς που είχαν σοβαρή στηθάγχη (δηλ. στηθάγχη που περιορίζει τη σωματική δραστηριότητα).

Σχόλιο

Η ιβαμπραδίνη δεν ελαττώνει τα καρδιαγγειακά συμβάματα σε ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια και είναι ενδεχομένως επιβλαβής σε ασθενείς με σοβαρή στηθάγχη.

N Engl J Med 2015 Mar 14

Douglas PS, Hoffmann U, Patel MR, et al; PROMISE Investigators. Outcomes of Anatomical versus Functional Testing for Coronary Artery. Σε ασθενείς με συμπτώματα ύποπτα για παρουσία στεφανιαίας νόσου, η διενέργεια αξονικής στεφανιαίας αγγειογραφίας έχει παρόμοια επίδραση στα καρδιαγγειακά συμβάματα σε σύγκριση με τη διενέργεια δοκιμασίας κόπωσης, stress υπερηχοκαρδιογραφήματος ή σπινθηρογραφήματος

Σε ασθενείς με συμπτώματα ενδεικτικά παρουσίας στεφανιαίας νόσου, οι διαθέσιμες μη επεμβατικές διαγνωστικές επιλογές περιλαμβάνουν τη διενέργεια δοκιμασίας κόπωσης, stress υπερηχοκαρδιογραφήματος και σπινθηρογραφήματος, ενώ τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται και η αξονική στεφανιαία αγγειογραφία. Ωστόσο, δεν είναι σαφές ποια από τις παραπάνω διαγνωστικές μεθόδους είναι η βέλτιστη. Σκοπός της μελέτης PROMISE ήταν η σύγκριση της επίδρασης της αξονικής στεφανιαίας αγγειογραφίας και των λειτουργικών δοκιμασιών στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα ασθενών με συμπτώματα ενδεικτικά παρουσίας στεφανιαίας νόσου. Στην παρούσα μελέτη, 10.003 ασθενείς με συμπτώματα ενδεικτικά παρουσίας στεφανιαίας νόσου (κυρίως στηθάγχη και δύσπνοια στην κόπωση) τυχαιοποιήθηκαν να υποβληθούν σε αξονική στεφανιαία αγγειογραφία ή σε λειτουργική δοκιμασία (δοκιμασία κόπωσης, stress υπερηχοκαρδιογράφημα και σπινθηρογράφημα σε ποσοστό 10,2, 22,4 και 67,4% αντίστοιχα). Μετά από διάμεση διάρκεια παρακολούθησης 25 μηνών, η επίπτωση του πρωτεύοντος τελικού σημείου (ολική θνησιμότητα, μη θανατηφόρο έμφραγμα μυοκαρδίου, νοσηλεία για ασταθή στηθάγχη) ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες (3,3 και 3,0% αντίστοιχα). Το ποσοστό των ασθενών που υποβλήθηκαν σε κλασική στεφανιαία αγγειογραφία ήταν υψηλότερο στην ομάδα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιαία αγγειογραφία (12,2 έναντι 8,1% στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λειτουργική δοκιμασία) αλλά το ποσοστό των ασθενών στους οποίους δε διαπιστώθηκε παρουσία στεφανιαίας νόσου στην κλασική στεφανιαία αγγειογραφία ήταν χαμηλότερο στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιαία αγγειογραφία (27,9 έναντι 52,5%).

Σχόλιο

Σε ασθενείς με συμπτώματα ενδεικτικά παρουσίας στεφανιαίας νόσου, η επιλογή της διαγνωστικής μεθόδου για τη διερεύνηση ύπαρξης στεφανιαίας νόσου δεν επηρεάζει την έκβαση των ασθενών. Ωστόσο, η διενέργεια αξονικής στεφανιαίας αγγειογραφίας ελαττώνει τον αριθμό των κλασικών στεφανιαίων αγγειογραφιών με αρνητικά ευρήματα. Η τελική επιλογή της διαγνωστικής μεθόδου θα πρέπει επίσης να λάβει υπόψη το κόστος, τη διαθεσιμότητα και την έκθεση σε ακτινοβολία για την κάθε μέθοδο.

N Engl J Med 2015 Mar 14

Bonaca MP, Bhatt DL, Cohen M, et al; PEGASUS-TIMI 54 Steering Committee and Investigators. Long-Term Use of Ticagrelor in Patients with Prior Myocardial.

Σε ασθενείς με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου προ 1-3 ετών, η χορήγηση συνδυασμού τικαγκρελόρης και ασπιρίνης ελαττώνει τα καρδιαγγειακά συμβλήματα αλλά αυξάνει τις αιμορραγικές επιπλοκές

Σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, συνιστάται η χορήγηση διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής (ασπιρίνη σε συνδυασμό με κλοπιδογρέλη, πρασουγρέλη ή τικαγκρελόρη) για 1 έτος, ενώ στην συνέχεια συνιστάται μονοθεραπεία με ασπιρίνη. Τα οφέλη της παράτασης της διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής πέραν του 1 έτους είναι ασαφή, ενώ παράλληλα υπάρχει και η πιθανότητα αύξησης των αιμορραγικών επιπλοκών. Σκοπός της μελέτης PEGASUS-TIMI 54 ήταν η εκτίμηση της ασφάλειας και της επίδρασης στα καρδιαγγειακά συμβλήματα της συνδυασμένης χορήγησης τικαγκρελόρης και ασπιρίνης σε ασθενείς με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου προ 1-3 ετών.

Στην παρούσα μελέτη, 21.162 ασθενείς με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου προ 1-3 ετών τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν ασπιρίνη 75-100 mg ημερησίως σε συνδυασμό με τικαγκρελόρη 90 mg δις ημερησίως, τικαγκρελόρη 60 mg δις ημερησίως, ή εικονικό φάρμακο. Οι ασθενείς είχαν επιπλέον ένα από τους παρακάτω παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου: ηλικία > 65 έτη, σακχαρώδη διαβήτη, δεύτερο έμφραγμα μυοκαρδίου στο παρελθόν, στεφανιαία νόσο 2 ή 3 αγγείων, ή ρυθμό σπειραματικής διήθησης < 60 ml/min. Ασθενείς που λάμβαναν αντιπηκτική αγωγή ή είχαν ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου αποκλείστηκαν από την μελέτη. Μετά από μέσο διάστημα παρακολούθησης 33 μηνών, η επίπτωση του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου (καρδιαγγειακός θάνατος, μη θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου, μη θανατηφόρο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) ήταν παρόμοια στην ομάδα που έλαβε τικαγκρελόρη 90 και 60 mg δις ημερησίως και 15% μικρότερη σε σύγκριση με την ομάδα που έλαβε εικονικό φάρμακο (7,85, 7,77 και 9,04% αντίστοιχα). Η επίπτωση μειζόνων αιμορραγιών ήταν 2,7 και 2,3 φορές μεγαλύτερη στους ασθενείς που έλαβαν τικαγκρελόρη 90 και 60 mg δις ημερησίως σε σύγκριση με την ομάδα που έλαβε εικονικό φάρμακο (2,60, 2,30 και 1,06% αντίστοιχα), αλλά η επίπτωση θανατηφόρων ή ενδοκράνιων αιμορραγιών δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων (0,63, 0,71 και 0,60% αντίστοιχα).

Σχόλιο

Σε ασθενείς με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου προ 1-3 ετών, ο συνδυασμός τικαγκρελόρης-ασπιρίνης προλαμβάνει περίπου τον ίδιο αριθμό καρδιαγγειακών συμβαμάτων με τον αριθμό των επιπλέον μειζόνων αιμορραγιών που προκαλεί. Ωστόσο, με δεδομένο ότι τα καρδιαγγειακά συμβλήματα έχουν δυσμενέστερη μακροπρόθεσμη επίδραση στην έκβαση των ασθενών από τα αιμορραγικά επεισόδια, και λαμβάνοντας υπόψη ότι οι θανατηφόρες αιμορραγίες δεν αυξήθηκαν με τη διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, ο συγκεκριμένος συνδυασμός θα μπορούσε να έχει θέση στην αντιμετώπιση ασθενών με ιστορικό εμφράγματος και χαμηλό αιμορραγικό κίνδυνο.

N Engl J Med 2015 Mar 15

Robinson JG, Farnier M, Krempf M, et al; ODYSSEY LONG TERM Investigators. Efficacy and Safety of Alirocumab in Reducing Lipids and Cardiovascular Events. Sabatine MS, Giugliano RP, Wiviott SD, et al; Open-Label Study of Long-Term Evaluation against LDL Cholesterol (OSLER) Investigators. Efficacy and Safety of Evolocumab in Reducing Lipids and Cardiovascular Events. Η χορήγηση μονοκλωνικών αντισωμάτων έναντι της PCSK9 ελαττώνει σημαντικά τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης και ενδεχομένως ελαττώνει και τα καρδιαγγειακά συμβλήματα

Τα τελευταία χρόνια, η χορήγηση μονοκλωνικών αντισωμάτων έναντι της πρωτεΐνης PCSK9, η οποία έχει ως φυσιολογική λειτουργία την απομάκρυνση του υποδοχέα της LDL χοληστερόλης από την επιφάνεια των ηπατοκυττάρων, έχει αναφερθεί ότι ελαττώνει σημαντικά τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης και είναι ασφαλής. Ωστόσο, οι υπάρχουσες μελέτες είχαν βραχεία διάρκεια και δεν εκτίμησαν την επίδραση στα καρδιαγγειακά συμβάματα. Σκοπός δύο νέων μελετών ήταν να εκτιμήσουν την επίδραση στο λιπιδαιμικό προφίλ και την ασφάλεια της πιο μακροχρόνιας χορήγησης των μονοκλωνικών αντισωμάτων έναντι της πρωτεΐνης PCSK9, ενώ πραγματοποιήθηκε και μια προκαταρκτική, πιλοτική ανάλυση της επίδρασής τους στα καρδιαγγειακά συμβάματα.

Στην πρώτη μελέτη, 4.465 ασθενείς με υπερχοληστερολαιμία τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν την συνήθη υπολιπιδαιμική αγωγή μόνο ή σε συνδυασμό με το μονοκλωνικό αντίσωμα enolocumab χορηγούμενο με υποδόρια ένεση κάθε 2 ή 4 εβδομάδες. Μετά από διάμεσο διάστημα παρακολούθησης 11 μηνών, τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης ήταν 61% χαμηλότερα στους ασθενείς που έλαβαν enolocumab (120 και 48 mg/dl αντίστοιχα) ενώ παράλληλα ελαττώθηκαν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων κατά 13% και της λιποπρωτεΐνης a κατά 25% και αυξήθηκαν τα επίπεδα της HDL χοληστερόλης κατά 7%. Η επίπτωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων ήταν 53% μικρότερη στους ασθενείς που έλαβαν enolocumab (0,95 και 2,18% αντίστοιχα). Στη δεύτερη μελέτη, 2.341 ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου με LDL χοληστερόλη > 70 mg/dl παρά την αγωγή με την μέγιστη ανεκτή δόση στατίνης τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν το μονοκλωνικό αντίσωμα alirocumab χορηγούμενο με υποδόρια ένεση κάθε 2 εβδομάδες. Μετά από διάμεσο διάστημα παρακολούθησης 78 εβδομάδων, τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης ήταν 62% χαμηλότερα στους ασθενείς που έλαβαν enolocumab (119 και 48 mg/dl αντίστοιχα) ενώ παράλληλα ελαττώθηκαν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων κατά 17% και της λιποπρωτεΐνης a κατά 26% και αυξήθηκαν τα επίπεδα της HDL χοληστερόλης κατά 5%. Η επίπτωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων ήταν 48% μικρότερη στους ασθενείς που έλαβαν enolocumab (1,7 και 3,3% αντίστοιχα). Και στις δύο μελέτες, η συχνότητα αύξησης των τρανσαμινασών και της CPK ήταν παρόμοια στους ασθενείς που έλαβαν μονοκλωνικά αντισώματα και σε εκείνους που δεν έλαβαν, αν και οι πρώτοι εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό διαταραχές των ανώτερων νοπτικών λειτουργιών (0,9-1,2% έναντι 0,3-0,5% αντίστοιχα).

Σχόλιο

Η χορήγηση μονοκλωνικών αντισωμάτων επιφέρει σημαντικές ελαττώσεις της LDL χοληστερόλης που διατηρούνται τουλάχιστον για 1 έτος συνεχούς χορήγησης και φαίνεται να είναι ασφαλής. Η ελάττωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων που παρατηρήθηκε είναι ελπιδοφόρος, ωστόσο βασίστηκε σε πολύ μικρό αριθμό συμβαμάτων και πρέπει να επιβεβαιωθεί σε μεγάλες μελέτες που βρίσκονται σε εξέλιξη. Με βάση όμως το κόστος των μονοκλωνικών αντισωμάτων και τα αδιαμφισβήτητα οφέλη των στατινών, η νέα αυτή υπολιπιδαιμική θεραπεία ενδεχομένως να έχει εφαρμογή κυρίως σε ασθενείς με δυσανεξία στις στατίνες ή με ετερόζυγη οικογενή υπερχοληστερολαιμία.



Ειδήσεις Υγειονομικού Ενδιαφέροντος Ελληνικού & Διεθνούς Ημερησίου & Περιοδικού Τύπου - Διαδίκτυο

Medical News from the Daily & Monthly Journals and the Web

2015: 106 : 125-126

**Επιμέλεια : Σπύρος Φωτιάδης Παθολόγος - Διαβητολόγος
Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.**

«jwatch.org 13/11/2014»

Κατ' οίκον παρεχόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η κατ' οίκον παρεχόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) αναφέρεται στην συνεχόμενη παροχή ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών στο σπίτι. Σύμφωνα με μία πιλοτική μελέτη στην Ουάσιγκτον σε 722 χρονίως πάσχοντες ασθενείς, η εφαρμογή της για 2 έτη από ομάδα ΠΦΥ (που παρακολουθούσαν τους ασθενείς στο σπίτι αλλά και κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο) είχε ως αποτέλεσμα την μείωση κατά 9% των εισαγωγών, κατά 10% της προσέλευση στα ΤΕΠ, κατά 27% των ημερών νοσηλείας και κατά 27% των επισκέψεων σε άλλους ιατρούς σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Μάλιστα αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση του συνολικού κόστους κατά 17%, ενώ η θνησιμότητα ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες. Δεύτερη μελέτη σε 9.425 χρονίως πάσχοντες έδειξε μείωση κατά 26% των εισαγωγών, κατά 37% των ημερών νοσηλείας και κατά 12% του κόστους σε σχέση με τις αναμενόμενες τιμές, ενώ καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από τους συμμετέχοντες ασθενείς.

«www.thelancet.com 26/11/2014»

Παχυσαρκία και καρκίνος

Σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Lancet Oncology, στον υψηλό δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) μπορεί να αποδοθεί σχεδόν το 4% όλων των περιπτώσεων καρκίνου. Οι ερευνητές συνέλεξαν στοιχεία για τις μέσες τιμές ΔΜΣ και τη επίπτωση των σχετιζόμενων με το ΔΜΣ περιπτώσεις καρκίνου (π.χ., παχέος εντέρου, οισοφάγου, ωοθηκών) σε παγκόσμιο επίπεδο. Στη συνέχεια, υπολογίστηκε το ποσοστό των περιπτώσεων καρκίνου του 2012 που θα μπορούσαν να αποδοθούν στον υψηλό ΔΜΣ του έτους 2002. Σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου 500.000 νέα κρούσματα καρκίνου μπορούν να αποδοθούν στον υψηλό ΔΜΣ, και κυρίως στις γυναίκες.

« cdc.gov 15/12/2014»

Οι μεγαλύτερες απειλές της δημόσιας υγείας σύμφωνα με το CDC κατά το έτος 2014

Σύμφωνα με το Center for Disease Control and Prevention (CDC) της Αμερικής οι μεγαλύτερες απειλές της δημόσιας υγείας κατά το έτος 2014 ήταν: 1. Ο ιός Έμπολα, 2. Η ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά, 3. Ο εντεροϊός D-68, 4. Ο κοροναϊός MERS-CoV, 5. Ο ιός HIV/AIDS, 6. Η πολιομυελίτιδα (με τη σημείωση: "Ο κόσμος βρίσκεται στα πρόθυρα της εξάλειψης της πολιομυελίτιδας, αλλά υπάρχει κίνδυνος να χαθεί πολύτιμο έδαφος"), 7. Η ασφάλεια των εργαστηρίων, 8. Η καρδιαγγειακή νόσος, 9. Το κάπνισμα τσιγάρων και 10. Η υπερβολική συνταγογράφηση φαρμάκων.

«rchinte.jamanetwork.com 15/12/2014»

Το να αισθάνεσαι νεότερος από την πραγματική σου ηλικία σχετίζεται με χαμηλότερη θνησιμότητα

Σύμφωνα με όσα περιγράφουν σε μία επιστολή τους στο JAMA, Βρετανοί ερευνητές ανέλυσαν τα δεδομένα από 6.500 περίπου ενήλικες 52 ετών και άνω, οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση "Πόσο χρονών αισθάνεστε ότι είστε". Σχεδόν το 70% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι ένιωθαν τουλάχιστον 3 χρόνια νεότεροι από την πραγματική τους ηλικία, το 25% κοντά στην πραγματική και το 5% περισσότερο από ένα έτος μεγαλύτεροι από την πραγματική τους ηλικία. Κατά τη διάρκεια 8 περίπου ετών παρακολούθησης, η θνησιμότητα ήταν χαμηλότερη σε αυτούς που αισθάνονταν νεότεροι (14%) από ό, τι σε εκείνους που απαντούσαν την πραγματική τους ηλικία (19%) και σε αυτούς με μεγαλύτερη (25%). Μάλιστα, μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση, βρέθηκε ότι το να αισθάνεται κάποιος μεγαλύτερος από τη πραγματική του ηλικία, ήταν στατιστικά σημαντικός ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης θνησιμότητας. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά αφορούσαν τον θάνατο καρδιαγγειακής αιτιολογίας και όχι από καρκίνο.

ΗJM Οδηγίες προς Συγγραφείς



Πεδίο εφαρμογής και κάλυψης του περιοδικού ΗJM

Η "ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ - ΗJM" είναι το επίσημο περιοδικό της Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος και στοχεύει στη δημοσίευση άρθρων υψηλής ποιότητας σχετικά με όλες τις πτυχές της εσωτερικής παθολογίας. Πρωταρχικός στόχος είναι να δημοσιεύει σε κάθε τεύχος μια σειρά από πρωτότυπα άρθρα σχετικά με κλινικές και βασικές ερευνητικές εκθέσεις ή παρουσίαση περιστατικών. Πολλές από αυτές θα συνοδεύονται από συντακτικές παρατηρήσεις. Άρθρα επικαιρότητας συχνά θα δημοσιεύονται μετά από πρόσκληση συγγραφέων που είναι διακεκριμένοι στο αντίστοιχο πεδίο. Η Συντακτική Επιτροπή αποδίδει μεγάλη σημασία σε θέματα που σχετίζονται με την συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών και την αποτελεσματικότητα στην εσωτερική παθολογία.

Διαδικασία αξιολόγησης άρθρων

Όλα τα άρθρα που υποβάλλονται στο περιοδικό θα υποβληθούν σε διαδικασία αξιολόγησης από δύο περισσότερους κριτές, πριν από τη λήψη της τελικής απόφασης από την Επιτροπή Σύνταξης.

Γλώσσες

Η επίσημη γλώσσα του περιοδικού είναι η Ελληνική ή η Αγγλική. Η συντακτική επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα να προβεί σε απαραίτητες γραμματικές και συντακτικές αλλαγές.

Στα άρθρα στα οποία περιγράφεται έρευνα για τον άνθρωπο, οι συγγραφείς πρέπει να αναφέρουν σαφώς ότι όλες οι πειραματικές διαδικασίες που διενεργήθηκαν έγιναν σύμφωνα με τα πρότυπα δεοντολογίας της αρμόδιας θεσμικής επιτροπής για τον ανθρώπινο πειραματισμό καθώς και με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι του 1975, αναθεωρημένη το 2000. Κατά την υποβολή ερευνών πάνω σε ζώα, οι συγγραφείς πρέπει επίσης να αναφέρουν ότι ακολούθησαν τις διαδικασίες που ορίζουν οι θεσμικοί και εθνικοί οδηγοί για τη φροντίδα και τον χειρισμό των πειραματόζων. Πρωτότυπα άρθρα, γίνονται δεκτά προς εξέταση για δημοσίευση με την προϋπόθεση ότι ούτε το αντικείμενο ούτε μέρος του άρθρου έχει ή πρόκειται να δημοσιευθεί αλλού πριν εμφανιστούν στο περιοδικό. (Αυτός ο περιορισμός δεν ισχύει για τα αποσπάσματα) Εάν κάποια στοιχεία ή πίνακες του άρθρου έχουν ήδη δημοσιευθεί αλλού, άδεια για τη χρήση τους πρέπει να λαμβάνεται από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων. Οι δεκτές εργασίες γίνονται μόνιμη ιδιοκτησία του περιοδικού Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση και δεν μπορούν να αναπαραχθούν αυτούσιες ή μέρος αυτών, χωρίς την έγγραφη συγκατάθεση του Εκδότη.

Οδηγίες συγγραφής

Τύποι άρθρων

Editorials (περιορίζεται σε 2000 λέξεις). Οι απόψεις αναγνωρισμένων επιστημόνων για την εσωτερική παθολογία θα δημοσιεύονται ως editorials σε τακτική βάση. Συντακτικές παρατηρήσεις επί συγκεκριμένων άρθρων μπορεί επίσης να ζητηθούν από εμπειρογνώμονες στον σχετικό τομέα.

Άρθρα ανασκόπησης (περιορίζεται σε 2000 λέξεις). Άρθρα ανασκόπησης περιλαμβάνουν σημαντικά επικαιροποιημένα θέματα, πρόσφατες πληροφορίες στα αντίστοιχα πεδία ή άρθρα που αναφέρονται σε νέα σημαντικά ευρήματα ή αποτελέσματα έρευνας που μπορούν να αξιοποιηθούν στην κλινική πράξη.

Πρωτότυπα άρθρα Έρευνας (περιορίζεται σε 2000 λέξεις). Περιγραφές ειδικών κλινικών και βασικών ερευνητικών μελετών σε όλους τους επιμέρους τομείς της εσωτερικής παθολογίας μπορούν να γίνουν επίσης δεκτά προς δημοσίευση στο περιοδικό.

Ενδιαφέρουσες Περιπτώσεις (περιορίζεται σε 500 λέξεις). Παρουσιάσεις και συζητήσεις από ενδιαφέρουσες κλινικές περιπτώσεις μπορούν να υποβάλλονται ως σύντομες εκθέσεις.

Επιστολές προς τη Σύνταξη.

Οι επιστολές προς τη Σύνταξη πρέπει να περιορίζονται σε 500 λέξεις. Μπορούν να περιλαμβάνουν σύντομες επιστημονικές εκθέσεις ή απαντήσεις σε άρθρα που δημοσιεύθηκαν σε προηγούμενα τεύχη του περιοδικού.

Προετοιμασία άρθρων

Το Περιοδικό “ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ - HJM” δέχεται άρθρα που πληρούν τις προϋποθέσεις της Διεθνούς Επιτροπής Συντακτών Ιατρικών Περιοδικών, όπως ενημερώθηκε το Νοέμβριο του 2003. Το άρθρο πρέπει να είναι γραμμένο με διπλό διάστιχο με ευρύ περιθώριο γύρω από το κείμενο. Ηλεκτρονική μορφή των άρθρων πρέπει να είναι σε μορφή MicrosoftWord. Οι σελίδες πρέπει να αριθμούνται διαδοχικά, αρχίζοντας από τη σελίδα τίτλου. Οι συντομογραφίες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με συνέπεια σε όλο το άρθρο αφού ορισθούν αρχικά στο κυρίως κείμενο. Όλα τα υποβληθέντα άρθρα θα πρέπει να συνοδεύονται από υπογεγραμμένη δήλωση των συμμετεχόντων συγγραφέων για ύπαρξη ή μη οικονομικών συμφερόντων ή άλλης προσωπικής σχέσης τους με οποιοδήποτε φορέα σχετίζεται με την υπό δημοσίευση έρευνα. Μονάδες μέτρησης: Όλες οι μετρήσεις θα πρέπει να εκφράζονται σε διεθνείς μονάδες (SI).

Μορφοποίηση άρθρων

Σελίδα τίτλου (σε ελληνικά και αγγλικά). Η σελίδα τίτλου θα πρέπει να περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες: το είδος του άρθρου, τον τίτλο του άρθρου, τα ονόματα των συγγραφέων (όνομα και επώνυμο), τουλάχιστον πέντε λέξεις-κλειδιά, για να χρησιμοποιηθούν ως ευρετήριο (όροι σύμφωνα με το MeSH θα προτιμούνται, διότι θα διευκολύνει την εύρεση στο PubMed / Medline), υπεύθυνος συγγραφέας και στοιχεία επικοινωνίας.

Περίληψη (σε ελληνικά και αγγλικά). Σε πρωτότυπα άρθρα θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται περίληψη έκτασης 250 λέξεων στην δεύτερη σελίδα του άρθρου η οποία θα έχει την εξής δομή: εισαγωγή, μεθοδολογία, αποτελέσματα και συμπεράσματα. Για τις Ενδιαφέρουσες Περιπτώσεις η περίληψη θα πρέπει να έχει την μορφή μιας παραγράφου (100 λέξεις) στην οποία θα συνοψίζονται τα κύρια σημεία ενδιαφέροντος της υπό εξέταση υπόθεσης.

Κείμενο

Τα πρωτότυπα άρθρα θα πρέπει να έχουν τις εξής βασικές ενότητες: Εισαγωγή, Μέθοδοι, Αποτελέσματα και Συζήτηση.

Ενδιαφέρουσες Περιπτώσεις

Θα πρέπει να περιλαμβάνουν μια σύντομη εισαγωγή, που ακολουθείται από την παρουσίαση της υπόθεσης και Συζήτηση. Κριτικές, Editorials, και άλλα είδη άρθρου θα πρέπει να χωρίζονται σε ενότητες ανάλογα με αντικείμενό τους.

Ευχαριστίες

Τα άτομα που έχουν συμβάλει στο άρθρο μπορούν να συμπεριληφθούν στο τέλος του τμήματος του κειμένου.

Οι αναφορές θα πρέπει να διαμορφωθούν αριθμητικά, από την πρώτη φορά που εμφανίζονται στο κείμενο, για παράδειγμα 1 Αναφορές (δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 30 για πρωτότυπο άρθρο, δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 10 για τις Ενδιαφέρουσες Περιπτώσεις και τα γράμματα) Οι αναφορές πρέπει να έχουν διπλό διάστημα με αριθμητική ακολουθία, ξεκινώντας σε μια νέα σελίδα μετά το τέλος του κειμένου. Η αρίθμηση των αναφορών θα πρέπει να αντικατοπτρίζει τη σειρά με την οποία αναφέρονται στο κείμενο. Όλοι οι συγγραφείς θα πρέπει να εμφανίζονται στις αναφορές.

Οι πίνακες θα πρέπει να είναι ένα σε κάθε σελίδα και αριθμημένους. Οι εικόνες επίσης θα πρέπει να είναι αριθμημένες με καλή ευκρίνεια ώστε να γίνονται κατανοητές από τους αναγνώστες και να υποστηρίζονται από βιβλιογραφία που παρέχεται εντός του κειμένου. Συντομογραφία ή οποιαδήποτε αναφορά που χρήζει επεξήγησης εντός κάθε εικόνας θα πρέπει να αναγράφεται στην σχετική λεζάντα ανά εικόνα.

Η “ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ - HJM” θα δέχεται άρθρα μόνο με ηλεκτρονική υποβολή. Τα άρθρα θα πρέπει να υποβάλλονται, αποστέλλονται ως συννημένο αρχείο στη διεύθυνση e-mail της Γραμματείας του Περιοδικού: hjm@vegacom.gr ή medicine@vegacom.gr, με Θέμα «Υποβολή Άρθρου» και αναφορά του τίτλου του άρθρου. Ο υπεύθυνος για επικοινωνία συγγραφέας θα λάβει επιστολή από την Συντακτική Επιτροπή του Περιοδικού τόσο για την παραλαβή του άρθρου όσο και για την αποδοχή ή απόρριψη του. Για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τις οδηγίες μπορείτε να συνδεθείτε με την ιστοσελίδα της ΕΠΒΕ www.epbe.gr (Περιοδικό, Οδηγίες προς Συγγραφείς).

HJM Instructions for authors



Scope and Coverage of the Journal: The “Hellenic Journal of Medicine - HJM” is the official journal of the North Greece Hellenic Society of Internal Medicine and aims to publish high-quality articles on all aspects of internal medicine. A primary goal is to publish in each issue a number of original articles related to clinical and basic research or case reports. Many of these will be accompanied by invited editorial comments. Hot topics will be invited frequently in the journal as invited expert articles. The Editorial Committee also attaches great importance to subjects related to continuing medical education, the implementation of guidelines and cost effectiveness in internal medicine.

Peer review process:

All articles submitted to the Journal will undergo a peer review process involving two or more reviewers, before a final decision is taken by the Editorial Committee.

Languages

The official language of the journal is Greek or English. The Editorial Committee retains the right to make necessary grammatical and syntactical changes.

Ethics

In manuscripts describing human research the authors must indicate clearly that all experimental procedures were carried out in accordance with the ethical standards of the responsible institutional committee for human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000. When reporting on animal research, the authors should also indicate that procedures followed the institutional and national guides for the care and use of laboratory animals. Manuscripts containing original material are accepted for consideration for publication with the understanding that neither the article nor part of the article has been or will be published elsewhere before appearing in the journal. (This restriction does not apply to abstracts) If any of the manuscript's figures or tables have previously been published elsewhere, permission for their use must be obtained from the copyright holder. Accepted papers become the permanent property of “HJM - HELLENIC JOURNAL OF MEDICINE” and may not be reproduced in whole or in part without the written consent of the Publisher.

Manuscript Guidelines

Types of article

Editorials (limited to 2000 words). The opinions of recognised leaders in internal medicine are invited as editorials on a regular basis. Editorial comments on specific articles may also be sought from experts in the relevant field. Review articles (limited to 2000 words). Review articles include comprehensive contemporary articles, updated information, or articles in new areas of research important and interesting to the medical community. Original Research articles (limited to 2000 words). Descriptions of specific clinical and basic research studies in all sub-fields of internal medicine are welcomed by the Journal. Case Reports (limited to 500 words). Presentations and discussion of interesting clinical cases may be submitted as brief reports. Letters to the Editor. Letters to the Editor should be limited to 500 words. They may include brief scientific reports or responses to articles published in previous issues of the Journal.

Preparation of manuscripts

“HJM - HELLENIC JOURNAL OF MEDICINE” accepts manuscripts prepared in accordance with the requirements of the International Committee of Medical Journal Editors, as updated in November 2003. The manuscript should be double-spaced throughout with wide margins all around. Electronic manuscript formats should be in Microsoft Word format. Pages should be numbered consecutively, beginning with the title page. Abbreviations must be used consistently throughout the manuscript after they are initially defined only in the main text. All manuscripts submitted should be accompanied by the authors’ disclosure of any financial or personal relationship or other conflict of interest that might influence their participation in the work described. Units of measurement: All measurements must be expressed in international units (SI).

Formatting of submissions

Title page (both in Greek and English). The title page should include the following information: the type of submission; the title of the manuscript; the names of the authors (first name and family name, authors’ affiliations; a list of up to five key words, to be used for indexing purposes (MeSH terms should be preferred, as they will facilitate indexing in PubMed/Medline); author responsible for correspondence.

Abstract (both in Greek and English). For Original Research articles an abstract no more than 250 words in length must be included as the second page of the manuscript including introduction, methods, results and conclusions. For Case Reports the abstract should be a single paragraph (100 words) summarising the main points of interest of the case presented.

Text Original Research articles should organise the text into the following main sections: Introduction, Methods, Results and Discussion.

Case reports should include a brief introduction, followed by Case presentation and Discussion. Reviews, Editorials, and other types of article should be divided into sections according to their subject matter.

Acknowledgements. Persons who have contributed to the article may be acknowledged at the end of the Text section.

Reference citations in the text should be formatted numerical when first appeared in the text for example 1

References (not exceed 30 per original paper, review, not exceed 10 for case reports, letters)References should be typed double-spaced in numerical sequence, starting on a new page after the end of the text. The numbering of references should reflect the order in which they are cited in the text. All authors should appear in the references.

TablesTables should be arranged one per page and numbered. Figure Legends. Figures should be numbered. Legends should be concise, but should be sufficient to enable the reader’s comprehension of a figure without reference to the main text. Explanations of any annotations on a figure should be appended to the respective legend.

“HJM - HELLENIC JOURNAL OF MEDICINE” will accept only electronic manuscript submissions Articles to be submitted, are sent as an attached file to the e-mail address of the Secretariat of the “HJM”: hjm@vegacom.gr or medicine@vegacom.gr “ Manuscript submission” and the title of the manuscript should be written in the subject section of the e-mail. The corresponding author will receive a letter from the Editorial Board of the “HJM” upon receipt of the article, as well as upon possible acceptance or rejection.

Diet & Nutrition



Πού οφείλεται η ανθρώπινη «τάση» προς τη γλυκιά γεύση; Νέα από το Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Παχυσαρκίας

Δρ. Αναστάσιος Παπαλαζάρου
Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, MSc, PhD

Η ανθρώπινη επιθυμία για τρόφιμα ή ροφήματα με γλυκιά γεύση αποτελεί έναν ιδιαίτερα πολύπλοκο μηχανισμό που επηρεάζεται από πληθώρα παραγόντων. Η γενετική προδιάθεση που μας ωθεί στο να προτιμούμε τη γλυκιά γεύση, οι διαφορές στην προτίμηση των ανθρώπων και οι όποιες επιπτώσεις της στο αίσθημα κορεσμού, την όρεξη και τη διαχείριση του βάρους, ήταν μερικά μόνο από τα βασικά σημεία που παρουσίασε μια ομάδα κορυφαίων επιστημόνων στο πλαίσιο του 22ου Ευρωπαϊκού Συνεδρίου Παχυσαρκίας, που πραγματοποιήθηκε στις 6-9 Μαΐου, στην Πράγα.

«Η έλξη προς τη γλυκιά γεύση εξηγείται από πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων».

Αυτό ήταν ένα από τα βασικά συμπεράσματα της Δρ. Η. Tuorila, Καθηγήτριας Επιστήμης Τροφίμων του Πανεπιστημίου του Ελσίνκι, που παρουσίασε στη διάλεξή της. Στη μελέτη της σχετικά με το κληρονομικό υπόβαθρο της προτίμησης στη γλυκιά γεύση, σε πληθυσμούς συνολικά 3000 διδύμων Βρετανών και Φινλανδών, αναζήτησε τις διαφορές μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων όσον αφορά στην επιθυμία για κατανάλωση γλυκών προϊόντων (όπως σοκολάτες, παγωτά), αναψυκτικών και προϊόντων που περιέχουν φυσικά σάκχαρα (όπως φρούτα, χυμοί). Μεταξύ των συμπερασμάτων της Δρ. Tuorila ήταν ότι:

- Η επιθυμία για κατανάλωση γλυκών προϊόντων μειώνεται με την αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) στους νέους ενήλικες (στους Φινλανδικούς πληθυσμούς), αλλά όχι σε όλες τις ηλικίες (στους Βρετανούς).
- Σε νέους ενήλικες, η προτίμηση στη γλυκιά γεύση διαφέρει σημαντικά μεταξύ των δύο φύλων, ενώ με την ηλικία φαίνεται να μειώνεται στις γυναίκες και να αυξάνεται στους άντρες (μη ύπαρξη αιτιότητας-δεδομένα συγχρονικού χαρακτήρα).
- Τα φρούτα και οι χυμοί φρούτων που περιέχουν φυσικά σάκχαρα, φαίνεται να προτιμώνται σε μεγάλο βαθμό και από τα δύο φύλα όλων των ηλικιών, ωστόσο δεν φαίνεται να ικανοποιούν την έντονη επιθυμία τους για γλυκιά γεύση.

«Σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα, δεν υποστηρίζεται ότι τα ολιγοθερμιδικά γλυκαντικά μπορεί να

αυξήσουν την όρεξη για γλυκιά γεύση, ενώ τα άτομα που συμπεριλαμβάνουν τα ολιγοθερμιδικά γλυκαντικά στη διατροφή τους είναι λιγότερο πιθανό να υπερκαταναλώνουν τρόφιμα που περιέχουν σάκχαρο».

Αυτά είπε μεταξύ άλλων η Δρ. F. Bellisle, Καθηγήτρια Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου της Γαλλίας, στη διάλεξή της, παρουσιάζοντας τα αποτελέσματα των τελευταίων 25 ετών από μελέτες παρατήρησης και ελεγχόμενες κλινικές μελέτες σε ενήλικες και παιδιά, αναφορικά με την έμφυτη «αγάπη» για τη γλυκιά γεύση, τα ολιγοθερμιδικά γλυκαντικά και την επίδρασή τους στην όρεξη και τη διαχείριση του βάρους.

Σε προηγούμενη πρόσφατη μελέτη της που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *Current Obesity Reports*, η Δρ Bellisle διαπίστωσε ότι τα άτομα που καταναλώνουν ολιγοθερμιδικά γλυκαντικά τείνουν να έχουν συνολικά ένα πιο υγιεινό πρότυπο διατροφής και να καταναλώνουν λιγότερα τρόφιμα με ζάχαρη. Επιπλέον, μελετώντας κλινικές μελέτες παρέμβασης σε παιδιά και ενήλικες, κατέληξε ότι τα ολιγοθερμιδικά γλυκαντικά μπορεί να συμβάλλουν στη μείωση του βάρους λόγω της μικρότερης κατανάλωσης προϊόντων που περιέχουν γλυκαντικά που αποδίδουν θερμίδες. Τέλος, ο ρόλος των ολιγοθερμιδικών γλυκαντικών αποδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντικός και στη διατήρηση του βάρους που χάθηκε, σύμφωνα με τη Δρ Bellisle.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι τα ολιγοθερμιδικά γλυκαντικά (όπως η ασπαρτάμη, η ακεσουλφάμη, το γλυκαντικό από το φυτό στέβια κ.λπ.) ανήκουν στα πρόσθετα τροφίμων τα οποία αξιολογούνται εκτενώς ως προς την ασφάλειά τους πριν εγκριθούν για χρήση στα τρόφιμα και τα ροφήματα. Στην ΕΕ, αρμόδιος φορέας είναι η Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφάλειας Τροφίμων (EFSA), η οποία επαναλαμβάνει τους ελέγχους σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα ολιγοθερμιδικά γλυκαντικά μπορούν να καταναλώνονται με ασφάλεια από όσους επιθυμούν να απολαύσουν τη γλυκιά γεύση χωρίς θερμίδες, συμπεριλαμβανομένων των γυναικών κατά την εγκυμοσύνη ή το θηλασμό, των παιδιών και των ατόμων με διαβήτη. Εξαίρεση αποτελούν τα άτομα με τη σπάνια γενετική νόσο φαινυλκετονουρία, που δεν πρέπει να καταναλώνουν ασπαρτάμη.

Συμπερασματικά, τα επιστημονικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η προτίμηση των ανθρώπων σε γλυκά προϊόντα, και η σχέση της με το σωματικό βάρος, επηρεάζεται, όχι μόνο από το περιβάλλον, αλλά και από γενετικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Η πολυεπίπεδη έρευνα σχετικά με τις διατροφικές μας τάσεις και προτιμήσεις, καθώς και τις «γλυκές» εναλλακτικές -παράδειγμα των οποίων αποτελούν τα ολιγοθερμιδικά γλυκαντικά- μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τους επαγγελματίες υγείας ώστε να παρέχουν μία πιο εξατομικευμένη προσέγγιση σε άτομα αυξημένου βάρους. Έτσι, θα τα διευκολύνουν ώστε να συμμορφωθούν σε ένα πρόγραμμα διατροφής και τελικά, να προσεγγίσουν ένα υγιεινότερο και πιο ισορροπημένο τρόπο ζωής.

Για περισσότερες πληροφορίες:

- Ευρωπαϊκό Συνέδριο Παχυσαρκίας, 2015. <http://eco2015.easo.org/>
- Bellisle F. Intense Sweeteners, Appetite for the Sweet Taste, and Relationship to Weight Management. *Current Obesity Reports*, 2015.