



Liptruzet[®]

(ezetimibe and atorvastatin) tablets



Για περισσότερες συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε
την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.



Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Merck Sharp & Dohme Ltd, Ηνωμένο Βασίλειο
Τοπικός Αντιπρόσωπος στην Ελλάδα:
MSD Α.Φ.Β.Ε.Ε.
Αγ. Δημητρίου 63, 174 56, Άλιμος
Τηλ. 210 9897300, dproc_greece@merck.com



Συμπρωθήση από την εταιρεία:
BIANEX Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Γραφεία επιστημονικής ενημέρωσης:
Αθήνα: Οδός Τατσιού, 146 71, Νέα Ερυθραία
Τηλ: 210 8009111, mailbox@vianex.gr

**ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
" ΗJM - ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ
ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ - HELLENIC JOURNAL
OF MEDICINE "**



Οι Ετήσιες Συνδρομές τού Περιοδικού "ΗJM - Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση - Hellenic Journal of Medicine " για 4 τεύχη το έτος , είναι για Ιατρούς 20 Ευρώ και για Ιδρύματα - Εταιρίες 50 Ευρώ . Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να λάβετε τηλεφωνικώς στον αριθμό 210 8980461, είτε μέσω email : medicine@vegacom.gr

HJM

**Hellenic
Journal
of Medicine** **Ελληνική
Ιατρική
Επιθεώρηση**



Εταιρεία
Παθολογίας
Ελλάδος
Internal Medicine
Society of Greece

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος
Ευστράτιος Μαλέζος
(Πανεπιστημιακός, Αλεξανδρούπολη)

Α' Αντιπρόεδρος
Απόστολος Χατζητόλιος
(Πανεπιστημιακός, Θεσσαλονίκη)

Β' Αντιπρόεδρος
Γεώργιος Νταλέκος
(Πανεπιστημιακός, Λάρισα)

Γενικός Γραμματέας
Δημήτριος Παπάζογλου
(Πανεπιστημιακός, Αλεξανδρούπολη)

Ταμίας
Χρήστος Σαββόπουλος
(Πανεπιστημιακός, Θεσσαλονίκη)

Μέλη Δ.Σ.
Γεώργιος Λιάμης
(Πανεπιστημιακός, Ιωάννινα)

Στέφανος Μυλωνάς
(Διευθυντής ΕΣΥ, Τρίκαλα)

Σπυρίδων Μπακατσέλος
(Διευθυντής ΕΣΥ, Θεσσαλονίκη)

Δημήτριος Σκούτας
(Ελεύθερος Επαγγελματίας,
Θεσ/νίκη)

Αθήνα , Ιανουάριος 2018

Αγαπητή/έ Φίλη/ε,

Το τριμηνιαίο ιατρικό περιοδικό «ΗJM» συμπλήρωσε ήδη το τριακοστό χρόνο κυκλοφορίας του, με αποδέκτες 10.000 ιατρούς σ' όλη την χώρα (συμπεριλαμβανομένων της διανομής του περιοδικού ΗJM στα Ιατρικά Συνέδρια), με ετήσιο κόστος παραγωγής - εκτύπωσης - ταχυδρόμησης/τεύχος 50,00€ περίπου.

Ως γνωστόν, το Περιοδικό «Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση - Hellenic Journal Of Medicine - ΗJM» βασίζεται οικονομικά, αποκλειστικά, στις χορηγίες και τις δωρεές των φίλων του και δεν λαμβάνει κρατική χορηγία. Προκειμένου το περιοδικό ΗJM να συνεχίσει την απρόσκοπτη έκδοσή του θα ήταν σημαντική και η δική σας οικονομική συμβολή.

Το ετήσιο κόστος Συνδρομής του περιοδικού ανέρχεται στα 50 Ευρώ για Ιδρύματα, Εταιρείες και στα 20 Ευρώ για Ιατρούς, Φοιτητές Ιατρικής.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις Ετήσιες Συνδρομές του Τριμηνιαίου Ιατρικού Περιοδικού «Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση - Hellenic Journal Of Medicine - ΗJM» παρακαλούμε επικοινωνήστε τηλεφωνικώς: Τηλ.: 210 8980461, 210 8037966, Κινητό Τηλ.: 6944 304490 ή μέσω email: medicine@vegacom.gr

Με εκτίμηση,
Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση

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 Ε.Π.Ε.

16th European Congress of Internal Medicine 2017- European Federation of Internal Medicine - EFIM, Milan, Italy, 31/8/2017 - 2/9/2017



INTERNAL MEDICINE SOCIETY OF GREECE
Stilp. Kyriakidi 1 (AHEPA Hospital) – P.C. 54636 Thessaloniki
Tel: 2313 303480– Fax: 2310994773
VAT Number: 998209271 – I' Thessaloniki's
Email: et.pathologias@hotmail.com



BOARDS MEMBERS

Alexandroupoli 11/9/2017
Prot. Num. 467

President
Efstratios Maltezos
Prof. of Internal Medicine
Alexandroupoli

Dear President,

A' Vice - President
Apostolos Hatzitolios
Prof. of Internal Medicine
Thessaloniki

I was informed by Vice-President of IMSG, Prof. A.I. Hatzitolios on the 16th successful outcome of the EFIM Congress in Milan and I would like to congratulate you and the Organizing Committee of the Congress.

B' Vice - President
George Dalekos
Prof. of Internal Medicine
Larisa

Additionally I consider that you would agree on the successful presence of IMSG with a stand in the Congress (you might find all the relevant photographic material with the colleagues and the Secretariat of EFIM). Also I am sure that you would agree with regard the announcement of our 4th Panhellenic Congress of Continuing Education in Internal Medicine with International Participation in Thessaloniki, 22-25/2/2018 to the Colleagues of the EFIM and all the other National Associations of other Countries.

General Secretary
Dimitrios Papazoglou
Assoc. Prof.
of Internal Medicine
Alexandroupoli

As to the above mentioned Congress of ours, that is the only official Congress organized by IMSG (to avoid any misconception) we would like to be under the endorsement of EFIM as well as the EFIM to be represented by the President participating on one hand by a stand which is going to promote its work and on the second hand (to participate) with a round table or speakers with appropriate topics of your choice.

Treasurer
Christos Savopoulos
Assoc. Prof.
of Internal Medicine
Alexandroupoli

Seizing the opportunity, we would like to state our Intention to participate as IMSG in the forthcoming Congress of EFIM in 2018.

Members
Christos Koutras
Director National
Health System
Veroia
George Liamis
Assis. Prof.
of Internal Medicine
Ioannina
Stefanos Mylonas
Director National
Health System
Trikala
Dimitrios Skoutas
PhD. of Internal Medicine
Thessaloniki

Furthermore, Prof. Hatzitolios has informed me on the relevant discussion with regard to the potential admission of Internal Medicine Society of a neighboring country (F.Y.R.O.M. and not Macedonia), you might find attached document Prof. Hatzitolios both had over to the General Assembly personally to you and a previous document that had been sent from IMSG to EFIM.

I look forward to hearing your response on the for mentioned documents in order to inform our colleagues, members of IMSG

Best regards

For the Board of Directors

President

Maltezos Efstratios



General Secretary

Papazoglou Dimitrios



1. EFIM Congress - Από τα αριστερά Ταμίας ΕΠΕ, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Χρ. Σαββόπουλος, Πρόεδρος της EFIM, Prof. R. Pálsson, Α' Αντιπρόεδρος ΕΠΕ, Καθηγητής Παθολογίας Α. Χατζητόλιος, President Elect, Prof. N. Montano, Μέλος του ΔΣ της ΕΠΕ και Χ. Κούτρας

2. EFIM Congress- Από τα αριστερά Ταμίας ΕΠΕ, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Χρ. Σαββόπουλος, Γραμματέας της EFIM, Aneta.Trajkowska, Α' Αντιπρόεδρος ΕΠΕ, Καθηγητής Παθολογίας Α. Χατζητόλιος

3. EFIM Congress- Από τα αριστερά Πρόεδρος της ΕΙΝΑΠ και Μέλος της Συντονιστικής Ομάδας Νοτίου Ελλάδος της ΕΠΕ, κα. Ματίνα Παγώνη, Α' Αντιπρόεδρος ΕΠΕ, Καθηγητής Παθολογίας Α. Χατζητόλιος

4. EFIM Congress - Τραπέζι της ΕΠΕ στον εκθεσιακό χώρο του Συνεδρίου

HJM

Hellenic
Journal
of MedicineΕλληνική
Ιατρική
Επιθεώρηση

Τριμηνιαίο Περιοδικό της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

Ιδιοκτήτης-Εκδότης: Δημήτριος Ι. Γκρίλλας

Τηλ.: 210 8980461, 210 8037966, Fax: 210 8986265

url: [http:// www.vegacom.gr](http://www.vegacom.gr)email: medicine@vegacom.gr, hjm@vegacom.grΕκδίδεται από την Εταιρεία:
"VEGA E.C.M. Εκδοτική, Διαφημιστική,
Εκθεσιακή, Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε."

Πρόεδρος Δ.Σ.: Δημήτριος Ι. Γκρίλλας

Έδρα Εταιρείας: 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. 166 74, Glyfada, Aixoni, Hellas .

Tel.: + 30 210 8980461 , + 30 210 8037966 , Fax: + 30 210 8986265

Πρόεδρος Συντακτικής
Επιτροπής

Ευστράτιος Μαλτέζος

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

Διευθυντής Συντάξεως

Περικλής Παναγόπουλος

Επ.Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής
Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Π.Γ.Νοσοκομείο Αλεξανδρουπόλεως , Συντονι-
στές Ομάδας Εργασίας Ε.Π.Ε., για το περιοδικό "Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση".

Editor In Chief

Efstratios Maltezos, MD.

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

Managing Editor

Pericles Panagopoulos MD.

Assistant Professor in Internal Medicine, Medical School Democritus University of
Thrace, University General Hospital of Alexandroupolis.

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 Ελλάδος και της Επαγγελματικής Ενώσεως Παθολόγων Ελλάδος λαμβάνουν το Περιοδικό Δωρεάν (περιλαμβάνεται στην εγγραφή τους). Πληροφορίες: et.pathologias@hotmail.comΠαλαιότερα τεύχη τού περιοδικού " H J M " καθώς και δημοσιευμένα Γραπτά Συμπόσια Ιατρικής μπορείτε να δείτε στην ιστοσελίδα της εταιρείας " 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 .

©2016 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.



Εταιρεία Παθολογίας Ελλάδος
Internal Medicine Society of Greece



Επαγγελματική Ένωση Παθολόγων Ελλάδος
Hellenic Professional Union of Internists



www.imsqcongress2018.gr

Πανελλήνιο Συνέδριο
Συνεχιζόμενης

Εκπαίδευσης στην

Εσωτερική Παθολογία

Με διεθνή συμμετοχή

4th Panhellenic Congress
on Continuing Education
in Internal Medicine with
International Participation
21-25/2/2018
Grand Palace, Thessaloniki

Endorsed by:



21-25 / 2 / 2018

Grand Palace, Θεσσαλονίκη



1996

Συνεδριακή - Εκθεσιακή Εταιρία

Ιατρικά Συνέδρια - Συμπόσια - Ημερίδες

Congress - Event - Exhibitions - Conferences



Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος
Δημήτριος Ι. Γκρίλλας

The
Leader
1996-2018



Γλυφάδα-Χαλάνδρι (Γραφεία Βορείων Προαστίων)
Εδρα Εταιρίας: Ιουστινιανού 45-47 Γλυφάδα 16674
Τηλ.: 210 8980461, 210 8037966, Fax: 210 8986265
www.vegacom.gr, e-mail: info@vegacom.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

Απόστολος Χατζητόλιος,

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

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 Δημοκριτείου 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

HJMM



Εταιρεία Παθολογίας 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 Greece

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος	Ευστράτιος Μαλτέζος (Πανεπιστημιακός, Αλεξανδρούπολη)
Α' Αντιπρόεδρος	Απόστολος Χατζητόλιος (Πανεπιστημιακός, Θεσσαλονίκη)
Β' Αντιπρόεδρος	Γεώργιος Νταλέκος (Πανεπιστημιακός, Λάρισα)
Γενικός Γραμματέας Ταμίας	Δημήτριος Παπάζογλου (Πανεπιστημιακός, Αλεξανδρούπολη) Χρήστος Σαββόπουλος (Πανεπιστημιακός, Θεσσαλονίκη)
Μέλη Δ.Σ.	Γεώργιος Λιάμης (Πανεπιστημιακός, Ιωάννινα) Στέφανος Μυλωνάς (Διευθυντής ΕΣΥ, Τρίκαλα) Σπυρίδων Μπακατσέλος (Διευθυντής ΕΣΥ, Θεσσαλονίκη) Δημήτριος Σκούτας (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Θεσ/νίκη)

ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Ε.Π.Ε.

Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων & Θρομβοεμβολικών Νόσων: Μπλιώνης Χαράλαμπος, Ντάις Γεώργιος
Αγγειολογίας - Υπερήχων: Παπάνας Νικόλαος
Αγωγής Υγείας & Ενημερωτικών Εκδηλώσεων για το κοινό: Μανές Χρήστος, Φωτιάδης Σπύρος
Αναπνευστικών & Αλλεργικών Παθήσεων: Δανιηλίδης Μιχαήλ
Ανοσολογίας - Ρευματικών Νοσημάτων: Μπούρα Παναγιώτα, Σκένδρος Παναγιώτης
Αρτηριακής Υπέρτασης: Ζεμπεκάκης Παντελεήμων, Μακαρίτσος Κωνσταντίνος
Γηριατρικής: Κούρτογλου Γεώργιος, Τρακατέλλη Χριστίνα
Επαγγελματικών Θεμάτων & Δεοντολογίας: Κωτούλας Σόλων, Τούλης Ευάγγελος
Δυσλιπιδαιμιών: Ελισάφ Μωυσής, Άθυρος Βασίλειος
Λοιμώξεων: Κούτρας Χρήστος, Μεταλλίδης Συμεών
Νοσημάτων Ήπατος: Σινάκος Εμμανουήλ, Χολόγκιτας Ευάγγελος
Παχυσαρκίας - Καπνίσματος - Διαταραχών Ύπνου: Αποστολοπούλου Μάρθα, Δημητρούλα Χαρίκλεια
Περιοδικού: Κώτσος Βασίλειος
Προπτυχιακής, Μεταπτυχιακής, Δια Βίου Εκπαίδευσης & Θεμάτων Ειδικευομένων: Τσάπας Απόστολος
Σακχαρώδη Διαβήτη: Ηλιάδης Φώτιος



Επαγγελματική Ένωση Παθολόγων Ελλάδος (Ε.Ε.Π.Ε)

ΕΔΡΑ: Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λαρίσης-Πανεπιστημιακή
Παθολογική Κλινική Βιόπολις Τ.Κ 411 10-ΛΑΡΙΣΑ
Τηλ.: 2310 994770 Fax: 2310994773
e-mail: eepe2014@gmail.com / eepe2014.blogspot.gr

Hellenic Professional Union of Internists (H.P.U.I.)

ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος	Ευάγγελος Τούλης (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Θεσσαλονίκη)
Αντιπρόεδρος	Απόστολος Χατζητόλιος (Πανεπιστημιακός, Θεσ/νίκη)
Γεν. Γραμματέας	Σόλων Κωτούλας (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Τρίκαλα)
Αναπλ. Γεν. Γραμματέας	Παναγιώτης Χαλβασιώτης (Πανεπιστημιακός, Αθήνα)
Ταμίας	Δημήτριος Βήτος (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Καρδίτσα)
Υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων, Τύπου & Ενημέρωσης	Σπυρίδων Κόκκινος (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Ναύπλιο)
Υπεύθυνος Διοικητικών & Νομικών Θεμάτων	Σπυρίδων Ντουράκης (Πανεπιστημιακός, Αθήνα)
Υπεύθυνος Εκδηλώσεων & Κινητοποίησης	Μάριος Πυρπασόπουλος (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Χαλκιδική)
Υπεύθυνος Ευρωπαϊκών & Διεθνών Σχέσεων	Αχιλλέας Γκίκας (Πανεπιστημιακός, Κρήτη)

ΒΟΗΘΟΙ ΣΥΝΤΑΞΕΩΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΗJΜ

Επιμέλεια Σελίδας Συνεδρίων:
Αποστολοπούλου Μάρθα (Ιατρός ΕΣΥ,Θεσσαλονίκη)
Επιμέλεια Θεμάτων ειδικότητας:
Κουλαρά Παυλίνα (Ειδικευόμενη Παθολογίας, Θεσσαλονίκη)
Επιμέλεια Ειδήσεων από το Διαδίκτυο:
Κακαλέτσος Νικόλαος (Ειδικευόμενος Παθολογίας, Θεσσαλονίκη)
Επιμέλεια Επαγγελματικών Θεμάτων:
Κωτούλας Σόλων (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Τρίκαλα)
Βιβλιογραφική ενημέρωση:
Τζιόμαλος Κωνσταντίνος (Πανεπιστημιακός, Θεσσαλονίκη)
Επιμέλεια Θεμάτων συναφών ειδικοτήτων:
Κανέλλος Ηλίας (Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Θεσσαλονίκη)
Επιμέλεια Ειδήσεων Υγειονομικού Ενδιαφέροντος
ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ & Διεθνούς Ημερησίου & Περιοδικού Τύπου -
Διαδίκτυο: Φωτιάδης Σπύρος (Ελεύθερος Επαγγελματίας,
Θεσσαλονίκη)

Olmесartan ή... Olmesartan;



Η ουσία είναι μία!

Olmесartan/Mylan

Olmесartan + Hydrochlorothiazide/Mylan

Έρθε το πρώτο
γενόσημο ολμεσαρτάνης
με την εγγύηση
της Mylan!

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

Για περισσότερες πληροφορίες: **Generics Pharma Hellas Ε.Π.Ε.**
Αγίου Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος • Τηλ.: 210 99.36.410 • Fax: 210 99.56.410 • Info@mylan.gr
Φαρμακοπαγρύνση: Fax: 210 99.47.377 • email: pharmacovigilance@mylan.gr

 **Mylan**
Seeing
is believing

1. ΑΟΡΤΟΛΟΓΟΝΙΟΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ Ή ΣΥΝΔΡΟΜΟ LERICHE	22	ΠΑΘΟΓΟΝΑ	40
2. ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΕΡΟΛΥΜΑΤΟΣ ΜΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΟΛΙΝΗΣ, ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟΥ ΝΑΤΡΙΟΥ, ΠΥΡΙΤΙΟΥ ΚΑΙ ΝΑΝΟΚΡΥΣΤΑΛΛΩΝ ΔΙΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΤΙΤΑΝΙΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΛΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ	22	36. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΑΘΙΑΣ (ΜΟΝΑΔΑ ΒΕΡΟΙΑΣ): ΕΘΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016	40
3. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΜΙΚΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	23	37. ΣΠΑΝΙΑ ΜΟΡΦΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΑΣΥΝΗΘΗΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	41
4. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΥΠΕΡΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ (ΓΥΑ) ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΚΣΥ) ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ Γ.Ν ΤΡΙΚΑΛΩΝ	24	38. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΙΚΤΕΡΟΥ ΑΠΟ ΜΕΘΙΜΑΖΟΛΗ	41
5. Επιτυχής αντιμετώπιση νευροτοξικής δηλητηρίασης με ανασφικτό ορό σε νεαρή ασθενή μετά από δόγμα οξιάς	25	39. Συσχέτιση κλινικών φαινοτύπων της νόσου Crohn και μεταβολών της εντερικής χλωρίδας: Μια βιοπληροφορική προσέγγιση	42
6. ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ- ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	25	40. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΛΟΙΜΩΣΗ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΟΚΥΤΤΑΡΟΪΔ (CMV) ΚΑΙ ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΑΠΟ ΕΒΣΤΕΙΝ ΒΑΡΡ (EBV)	42
7. Η ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ (ΧΝΝ) ΣΤΗ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ	25	41. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΙΦΝΙΔΙΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΣΑΡΚΑ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΡΟΓΟΝΙΤΙΔΑΣ ΛΟΓΩ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΑΠΩΛΕΙΑ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΣΗ ΑΠΟ ΒΛΑΣΤΟΚΥΣΤΗ HOMOINIS	43
8. ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΗΓΕΣΙΑΣ	26	42. ΨΕΥΔΟΜΥΣΩΜΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΧΥΤΟ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ	43
9. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΥΠΟΣΕΡΜΙΔΙΚΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΜΕΙΩΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	26	43. ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΣ ΣΕ ΜΗ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ	44
10. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	27	44. ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΠΟΡΦΥΡΙΑ	44
11. ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΤΑΝ ΣΕ ΥΠΟΞΕΙΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ (DE QUERVAIN)	27	45. ΑΙΦΝΙΔΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΙΚΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	45
12. Μελέτη της ανταχής στα αντιβιοτικά των στελεχών μικροβίων που απομονώθηκαν από καλλιέργειες αίματος κατά το 2017 των ασθενών Παθολογικής Κλινικής Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου.	28	46. ΑΛΓΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΟΥ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ	45
13. ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ	28	47. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ.	45
14. ΓΑΙΤΡΑΙΝΩΔΕΣ ΠΥΟΔΕΡΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	29	48. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΕΠΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ-ΝΑΤΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2	46
15. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΓΓΕΙΟΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΗ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ	29	49. ΔΩΔΕΚΑΜΗΝΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ Α-ΛΙΠΟΪΚΟ ΟΞΥ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2	46
16. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ	30	50. ΑΡΧΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΚΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ	47
17. ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΥΠΕΡΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ (ΓΥΑ) ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	31	51. ΜΑΚΡΟ- ΚΑΙ ΜΙΚΡΟ- ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2	47
18. ANCA-ΑΓΓΕΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ S.JOGREN	31	52. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2	48
19. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΧΩΡΙΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ - SYSTEMIC SCLEROSIS SINE SCLERODERMA	32	53. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΑΡΙΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗΣ ΜΕ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΑ ΥΨΗΛΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ	48
20. ΛΕΥΧΑΙΜΟΕΙΔΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	32	54. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΕΡΥΘΡΩΝ ΩΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑΣ	49
21. ΣΥΝΔΡΟΜΟ FELTY ΜΕ ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	33	55. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ (PLT) ΚΑΙ ΜΕΣΟΥ ΟΓΚΟΥ ΤΟΥΣ (MPV), ΣΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΕ ΥΓΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ.	49
22. ΟΞΩΔΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΟΣ	33	56. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΟΞΕΙΑΣ ΦΑΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΛΕΥΚΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΚΕ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	50
23. ΔΙΑΧΥΤΗ ΚΡΥΠΤΟΚΟΚΚΩΣΗ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	34	57. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΒΑΓΟΤΟΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΣΕ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ ΠΡΩΤΗΣ ΦΟΡΑΣ	50
24. Νεφρικό Σύνδρομο και Διατακτική Μυοκαρδιοπάθεια σε Late Presenter HIV(+). Παρουσίαση περιπτώσεων και ανασκόπηση βιβλιογραφίας.	34	58. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΣΤΗ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ-ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ	51
25. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ WEIL, ΚΥΦΕΛΑΪΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ	35	59. ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΩΣ ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΑΚΡΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑΣ WALDENSTROM	52
26. ΛΟΙΜΩΣΗ ΑΠΟ IO ΕΡΣΤΕΙΝ ΒΑΡΡ ΣΕ ΝΕΟ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	35	60. Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ	52
27. ΟΞΕΙΑ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΤΥΦΛΩΣΗ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	36	61. ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΑΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΤΗ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ	53
28. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΨΕΥΔΟΜΟΝΑΔΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	36	62. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΡΟΕΜΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ	54
29. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΛΑΝΟΣΙΑΣ ΑΠΟ PLASMODIUM FALCIPARUM	37	63. ΤΟ ΝΙΒΟΛΙΜΑΒ (ΑΝΤΙ PD-1) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ HODGKIN.	55
30. ΝΟΣΟΣ ΕΞ ΟΝΥΧΩΝ ΓΑΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΥΠΟ ΦΙΝΓΚΟΛΙΜΟΔΗ	37	64. ΧΡΟΝΙΑ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΑΙΤΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΙΖΟΝΑ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ	55
31. ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΒΡΟΥΚΕΛΛΑΣ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΗ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ	38	65. ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ 56	56
32. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΕΡΙΑΜΥΓΔΑΛΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΣΗΣ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΔΗ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ	38	66. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΑΤΥΠΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΑΠΟ ΟΛΜΕΣΑΡΤΑΝΗ	56
33. ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΩΔΙΣΚΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΤΑΝ ΑΡΧΙΚΑ ΩΣ ΑΜΙΓΩΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	39		
34. Η ΟΞΕΙΑ ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ. Η ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ	39		
35. ΕΚΘΕΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ			

67. ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΜΟΝΟΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	57
68. ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΑ	57
69. ΟΦΘΑΛΜΟΠΑΘΕΙΑ GRAVES' ΕΙΣΒΑΛΛΟΥΣΑ ΜΕ ΥΠΟΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ	58
70. ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑΣ-ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΙΖΟΝΑ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ (ΜΜΑ) ΤΟΥ Γ.Ν.ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΣΕ 2 ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ 2012-2013 ΚΑΙ 2016-201758	
71 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑΣ-ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΜΕΙΖΟΝΑ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ: ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ	59
72. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ 25-ΥΔΡΟΞΥ-ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΩΝ ΟΣΤΙΚΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΣΤΟΥΣ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ (ΜΜΑ) ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	60
73. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΚΑΙ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ	61
Transsphenoidal surgery for pituitary adenomas: early results from a single centre. Chirurgia endoscopica trans-naso-sfenoidale per il trattamento di adenomi ipofisari: risultati a breve termine di un singolo centro.	62
75. Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του Κορβοξυμηταζικού σιδήρου (Ferinject®) σε σπειρά ασθενών	62
76. ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ Α.Π.Θ.	63
77. ΑΤΥΠΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΜΗ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΩΣ ΚΥΡΙΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ	64
78. ΕΤΟΙΜΟΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΣΤΑΤΙΝΗΣ ΦΙΒΡΑΤΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΙΚΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ	64
79. ΠΙΤΒΑΣΤΑΤΙΝΗ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΣΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2	65
80. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΛΟΘΩΣΟΥ ΥΠΕΡΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΑΡΘΡΙΚΗΣ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ) ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	65
81. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΡΑΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ-ΦΑΙΝΟΦΙΜΠΡΑΤΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΘΗΡΟΓΟΝΟ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ	66
82. ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΗΣ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	67
83. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ PCSK9 ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ 67	
84. ΝΕΩΤΕΡΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΔΙΑΒΕΣΗ ΓΙΑ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΣΕ ΕΝΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΥΠΟΒΙΤΑΜΙΝΑΙΜΙΑ D ΚΑΙ ΛΑΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ	68
85. Η ΒΑΡΙΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ	68
86. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.	69
87. Ο ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ-6 -174G/C (rs1800795) ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2, ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΜΕ ΡΙΝΙΚΗ ΦΟΡΕΙΑ STAPHYLOCOCCUS AUREUS	69
88. Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ADKNOWL ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΤΟΥ ΓΝΚΑΒΑΛΑΣ	70
89. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ mGFR ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ IdegLira ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΕΠΑΡΚΩΣ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1	70
90. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ DEGLUCES ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	71
91. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΕ ΔΙΣΘΗΤΗΡΑ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1	71
92. ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΔΙΕΤΟΥΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ Α-ΜΕΑ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	72
93. Η ΑΘΗΡΟΓΟΝΟΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΥΣΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΣΤΑΤΙΝΗ	72
94. Η ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΥΣΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΣΤΑΤΙΝΗ	73
95. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΓΟΝΟΤΥΠΩΝ ΤΟΥ ΑΡΟΕ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ UKRDS RISK ENGINE ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2	73
96. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΑΡΟΕ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2	74
97. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	74
98. ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ	

ΚΕΝΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 2008-2017	74
99. ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ	75
100. ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗ ΠΑΡΑΠΡΩΤΕΪΝΑΙΜΙΑ	75
101. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ	76
102. Η ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΣΤΗ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ	76
103. Η ΦΕΡΡΙΤΙΝΗ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΗ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ	78
104. ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ Σ' ΕΝΑ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΛΙΠΩΔΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΗΠΑΤΟΣ	78
105. ΜΑΝΙΔΙΠΙΝΗ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ	79
106. ΤΑ ΑΥΣΗΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΡΟΥ ΤΗΣ ΖΕΛΑΤΙΝΑΣΗΣ-Α ΚΑΙ Η ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΙΑ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΣΕ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2	80
107. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΙΚΟΥ ΑΥΣΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ TGF-β1 ΜΕ ΤΩΝ ΙΣΤΙΚΟ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΑΣΩΝ -2 TIMP-2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΡΟΝΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ	80
108. ΟΙ ΥΨΗΛΕΣ ΤΙΜΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΜΙΝΗΣ (PROCALCITONIN, PCT) ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΙΣΧΥΡΟ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΔΙΗΜΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΕΠΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	81
109. Η βήτα ντεφρενσίν-1 ορού αποτελεί αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη θνητότητας σε ασθενείς με οξεία επί χρόνιας ηπατική ανεπάρκεια	81
110. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΡΟΒΙΟΤΙΚΩΝ SACCHAROMYCES BOULARDII, BIFIDOBACTERIUM LACTIS, LACTOBACILLUS ACIDOPHILLUS, LACTOBACILLUS PLANTARUM ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	82
111. ΑΜΕΤΡΗ ΥΠΕΡΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ CA 19-9 ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΙΚΤΕΡΟ	82
112. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΒΕΛΤΙΣΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ-ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ΚΑ) ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑ.	83
113. ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.	84
114. Η Αίθλιασση είναι ένα σπάνιο αλλά δυναμικά απειλητικό για την ζωή νευροπαρωλιτικό σύνδρομο που προκαλείται από την δράση μιας νευροτοξίνης που παράγεται από το μικρόβιο Clostridium Botulinum.	84
115. ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ	85
116. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ BLASTOCYSTIS HOMINIS ΣΕ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΥΠΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	85
117. Η ΑΝΤΟΧΗ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΣΕ ΜΕΘ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.	86
118. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ Α' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Α.Π.Θ. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΥΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ,ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	86
119. ΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΒΑΣΕΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΟΥ EMERGENCY CASE MANAGEMENT UNIT (ECMU) PROJECT	87
120. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ, ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΙΝΣΟΝ: ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΕΝΑ ΚΟΙΝΟ ΠΑΘΟΓΕΝΗΤΙΚΟ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	87
121. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΝΟΣ ΧΟΡΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ ΣΤΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ, ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	88
122. ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΤΩΝ GLP-1 ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ	89
123. ΣΥΝΔΡΟΜΟ SEZARY ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ ΕΡΥΘΡΟΔΕΡΜΑ	89
124. ΔΥΟ ΑΣΥΝΗΘΕΙΣ ΑΙΤΙΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΚΟΥΜΑΡΙΝΙΚΑ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ	90
125. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	90
126. ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	91
127. TREATING LUPUS NEPHRITIS WITH MYCOPHENOLATE MOFETIL: EFFECTS ON DISEASE BIOMARKERS AND LIPIDEMIC PROFILE	92
128. ΝΟΣΟΣ LYME: ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑ	95
129. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟ ΕΦΗΒΟ	95

Παρόν και Μέλλον της Παθολογίας στην Ελλάδα



Χατζητόλιος Ι. Απόστολος

Χατζητόλιος Ι. Απόστολος : Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Α' Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος, Αντιπρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος

Παγώνη Ματίνα², Μουρουγλάκης Αλέξανδρος³, Γκίκας Αχιλλέας⁴, Σαββόπουλος Χρήστος, Ιωαννίδης Ιωάννης⁶, Πυρπασόπουλος Μάριος⁷, Κόκκινος Σπυρίδων⁸, Κυριαζής Ιωάννης⁹, Κούτρας Χρήστος¹⁰, Χατζηγεωργίου Ιωάννης¹¹, Πεφάνης Άγγελος¹², Κωτούλας Σόλων¹³, Παπάζογλου Δημήτριος¹⁴, Τούλης Ευάγγελος¹⁵, Μαλτέζος Ευστράτιος¹⁶

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:

Χατζητόλιος Ι. Απόστολος

Τηλ. Επικοινωνίας: 2310994918

Email: axatzito@med.auth.gr

2. Παγώνη Ματίνα: Συντονίστρια Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ", Αναπληρώτρια Συντονίστρια Προσωρινού Συντονιστικού Οργάνου Νοτίου Ελλάδος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

3. Μουρουγλάκης Αλέξανδρος: Ειδικευόμενος Ιατρός Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Εκπρόσωπος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος στους Young Internists της European Federation of Internal Medicine (E.F.I.M.)

4. Γκίκας Αχιλλέας: Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Μέλος Εκτελεστικής Επιτροπής Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος

5. Σαββόπουλος Χρήστος: Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Ταμίας Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

6. Ιωαννίδης Ιωάννης: Παθολόγος, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας, Γ. Ν. Νέας Ιωνίας "ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ", Μέλος Προσωρινού Συντονιστικού Οργάνου Νοτίου Ελλάδος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

7. Πυρπασόπουλος Μάριος, Παθολόγος, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Χαλκιδικής, Μέλος Εκτελεστικής Επιτροπής Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος

8. Κόκκινος Σπυρίδων: Παθολόγος Αντιπρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Αργολίδας, Υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων, Τύπου και Ενημέρωσης της Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος

9. Κυριαζής Ιωάννης: MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Ιατρείου Διαβήτη - Παχυσαρκίας, Γ. Ν. Α. "ΚΑΤ"

10. Κούτρας Χρήστος: Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Βέροιας, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

11. Χατζηγεωργίου Ιωάννης: Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ Νοσοκομείου Σύρου, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

12. Πεφάνης Άγγελος: Παθολόγος, Λοιμωξιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών "Η ΣΩΤΗΡΙΑ"

13. Κωτούλας Σόλων: Παθολόγος, Υπερπυκνολόγος, Ιατρός Ειδικού Σώματος Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.ΠΑ), Γενικός Γραμματέας Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος

14. Παπάζογλου Δημήτριος: Καθηγητής Παθολογίας, Β' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Γενικός Γραμματέας Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

15. Τούλης Ευάγγελος: Παθολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος Παθολογικής Κλινικής, "EUROMEDICA" Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης, Πρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος

16. Μαλτέζος Ευστράτιος: Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Αλεξανδρούπολης, Πρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

Εισαγωγή.

Κατά τη διάρκεια της μακράς ιστορίας της στην Ελλάδα αλλά και παγκόσμια, η ειδικότητα της παθολογίας γνώρισε μεγάλη καταξίωση τόσο στους επιστημονικούς κλάδους όσο και στη κοινωνικό περίγυρο. Σήμερα η Παθολογία αντιμετωπίζει παλιές και νέες προκλήσεις. Ο όρος ειδικότητα της Παθολογίας, γνωστός στη διεθνή βιβλιογραφία ως internal medicine (εσωτερική παθολογία) αναφέρεται στη κλινική ειδικότητα της Ιατρικής, που ασχολείται με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη μη χειρουργική θεραπεία των νοσημάτων στους ενήλικες (μη παιδιατρικούς) ασθενείς. Η Εσωτερική Παθολογία ασκείται τόσο σε νοσοκομειακές δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία και ιατρεία/τμήματα επειγόντων περιστατικών) όσο και σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Κέντρα Υγείας, ιδιωτικά ιατρεία). Συνεχίζοντας τη παράδοση δεκαετιών, οι Παθολόγοι στελεκώνουν πανελλήνια τις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αναλαμβάνοντας το ρόλο του «οικογενειακού ιατρού», τα τελευταία χρόνια μάλιστα (από το 1988) μαζί με τους Γενικούς Ιατρούς.¹

Ο όρος «Εσωτερική Ιατρική» εμφανίζεται το 1882 κατά τη διάρκεια ενός ιατρικού συνεδρίου που έλαβε χώρα στο Wiesbaden της Γερμανίας. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για να έρθει σε αντιδιαστολή με την έννοια της Χειρουργικής. Θα μπορούσαμε να πούμε λοιπόν ότι η εκεί γεννήθηκε ο όρος «Εσωτερική Ιατρική», σκοπεύοντας να αφορίσει εκείνη την ειδικότητα της Ιατρικής που προσεγγίζει τα νοσήματα συνδυάζοντας την κλινική εικόνα με τα εργαστηριακά ευρήματα, γνωρίζοντας σε βάθος τους φυσιολογικούς (φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος) και τους παθογενετικούς (παθοφυσιολογία του ανθρώπινου σώματος) μηχανισμούς του ανθρώπινου σώματος. Σύμφωνα με τον ορισμό που αναπτύχθηκε από τον Friedrich T. von Frerichs - Γερμανός Καθηγητής Ιατρικής πανεπιστήμιο Goettingen 1819-1885 - «η εσωτερική ιατρική είναι ενσωμάτωση της κλινικής άσκησης, της παθολογοανατομικής και του εργαστηρίου».

Η Παθολογία δε θα πρέπει να συγχέεται με τον διεθνώς γνωστό όρο Pathology μιας και αυτός αντιστοιχεί στη Παθολογική Ανατομική, η οποία δεν αποτελεί κλινική αλλά διαγνωστική (εργαστηριακή) ειδικότητα. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Εσωτερικής Ιατρικής (European Federation of

Internal Medicine - EFIM)² και την Ευρωπαϊκή Ένωση Ιατρικών Ειδικοτήτων, η Παθολογία (Internal Medicine) έχει ως αντικείμενο την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ενήλικων ασθενών με νοσήματα εσωτερικών οργάνων (καρδιάς, νεφρών, γαστρεντερικής οδού, ουροποιητικής οδού, εγκεφάλου, πνευμόνων, νωτιαίου μυελού, μυών νεύρων και αρθρώσεων), πολλαπλές παθήσεις (συνοσπρότητα) ή άτυπη κλινική εικόνα. Η αντιμετώπιση της των νοσημάτων γίνεται κατά κύριο λόγο ολιστικά (ολιστική ιατρική), δηλαδή λαμβάνοντας υπόψη εξίσου όλα τα εσωτερικά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού (φυσιολογία και παθοφυσιολογία) χωρίς να ξεχνά την κοινωνική, ψυχολογική και ηθική διάσταση των κλινικών προβλημάτων των ασθενών.

2. Η Παθολογία στην Ελλάδα

Το νομικό πλαίσιο της Ειδικότητας της Παθολογίας ορίζεται από το Νομοθετικό Διάταγμα 3366 20/23 Σεπτεμβρίου 1955 (ΦΕΚ Α' 258)³ «ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ, ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ»⁴ καθώς και από το προεδρικό διάταγμα 415 της 29ης Δεκεμβρίου του 1994 (ΦΕΚ Α' 236) «ΠΕΡΙ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ». Για την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας της Παθολογίας απαιτείται άσκηση πέντε ετών στην Παθολογία.

Όπως ορίζεται από το νομικό πλαίσιο, κατά το πρώτο και δεύτερο έτος δίνεται έμφαση στην κλινική εξέταση (ιστορικό και σημειολογία) και στην κλινική αξιολόγηση των συνήθων εργαστηριακών εξετάσεων. Επίσης να διδάσκονται οι συνήθεις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις που συμπληρώνουν και ολοκληρώνουν την κλινική εξέταση (παρακεντήσεις, οφθαλμοσκόπηση, εξέταση περιφερικού αίματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος κ.λ.π.) Δίνεται η πρωτοβουλία στην επίλυση και τον χειρισμό συνήθων προβλημάτων.

Κατά το τρίτο και τέταρτο έτος εκπαίδευσης γίνεται άσκηση στην επίλυση δυσχερών και σύνθετων προβλημάτων κλινικής διαφορικής διαγνωστικής. Γίνεται επίσης άσκηση στη συγγραφή και παρουσίαση περιστατικών σε ακροατήριο. Ταυτόχρονα γίνεται επισκόπηση των συγχρόνων θεμάτων

της ειδικότητας (Βιβλιογραφική ενημέρωση) καθώς και άσκηση σε κλινικοπαθολογοανατομικά προβλήματα (CPC). Προοδευτικά να ανατίθεται στους ειδικευόμενους περισσότερο υπεύθυνο έργο στο εξωτερικό ιατρείο, το τμήμα επειγόντων και στην Κλινική. Στο τρίτο τρίμηνο του τετάρτου έτους να υπηρετούν και εκπαιδεύονται σε καρδιολογική μονάδα και στο τελευταίο τρίμηνο του ίδιου έτους σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Τέλος κατά το πέμπτο έτος, στο πρώτο εξάμηνο του έτους αυτού οι ειδικευόμενοι γιατροί έχουν δικαίωμα επιλογής για τρίμηνη υπηρεσία σε κάποια από τις υποειδικότητες και εξειδικεύσεις της κύριας ειδικότητας (εν προκειμένω της Παθολογίας) παραδείγματος χάριν Αιματολογία, Αλλεργιολογία, Γαστρεντερολογία, Δερματολογία, Ενδοκρινολογία, Νεφρολογία, Πνευμονολογία – Φυματιολογία και Ρευματολογία.

2.1 Ειδικά Γνωρίσματα της Παθολογίας

Ένα από τα ειδικά γνωρίσματα της ειδικότητας της παθολογίας, είναι η ευρύτητα του γνωστικού αντικειμένου της. Έτσι λοιπόν ο Παθολόγος καθημερινά καλείται να αντιμετωπίσει μια σειρά από νοσήματα που άπτονται όλα τα ανθρώπινα συστήματα. Ο Παθολόγος καθημερινά διαγιγνώσκει και θεραπεύει νεφρολογικά νοσήματα, όπως οξεία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, Πνευμονολογικά νοσήματα, όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και άσθμα, Γαστρεντερολογικά νοσήματα, όπως γαστρεντερίτιδες, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και έλκος δωδεκαδακτύλου, Ενδοκρινολογικά νοσήματα όπως υποθυρεοειδισμός και υπερθυρεοειδισμός, Καρδιαγγειακά νοσήματα όπως φλεβοθρόμβωση, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιακή ανεπάρκεια, αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο, καρδιακές αρρυθμίες και συγκοπτικά επεισόδια, μεταβολικά νοσήματα όπως σακχαρώδης διαβήτης και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διάφορα απλά και σύνθετα λοιμώδη νοσήματα λοιμώξεις κοινότητας και ενδονοσοκομειακές, ηπατίτιδα, δερματικές λοιμώξεις, ουρολοιμώξεις και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αιματολογικά νοσήματα όπως αναιμία καθώς και διάφορες άλλες νοσηρές και νοσογόνες καταστάσεις όπως νεοεξεργασίες, καταχρήσεις ουσιών και αλκοόλ, παχυσαρκία και χρόνια

επώδυνα νοσήματα. Ο παθολόγος παρακολουθεί ή και αντιμετωπίζει ποικίλα νοσήματα μόνος ή σε συνεργασία και με συναφείς ειδικότητες όπου απαιτείται.

2.2 Ειδικές απαιτήσεις της Παθολογίας

Οι καθημερινές απαιτήσεις του ιατρού παθολόγου ως ιατρού αναφοράς για τον άρρωστο και το περιβάλλον του ποικίλουν. Πρωτεύοντα ρόλο διαδραματίζει η φροντίδα του ασθενούς, η οξεία αντιμετώπιση και χρόνια παρακολούθηση (Patient care), η συνεχής ενημέρωση της ιατρικής γνώσης ή και η ενασχόληση με ποικίλες ακαδημαϊκές δραστηριότητες όπως η συγγραφή επιστημονικών άρθρων και συμμετοχή σε ιατρικά πρωτόκολλα (Medical knowledge /Academic activities). Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στις ικανότητες επικοινωνίας του ιατρού μιας και αυτές θα συμβάλουν στη δημιουργία διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή (Communication skills), κάτι που θεωρείται απαραίτητο για την ορθή παρακολούθησή του (ολιστική ιατρική). Ο επαγγελματισμός⁵ και η συνέπεια σε βασικές επιστημονικές, ηθικές και κοινωνικές αρχές κρίνεται επιβεβλημένη. Εξάλλου, σημαντική κρίνεται η ακρίβεια στις οδηγίες που δίνει ο ιατρός στους ασθενείς καθώς και η ικανότητα συνεργασίας του με άλλους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων όπου χρειάζεται (Professionalism). Τέλος ο ιατρός Παθολόγος, καλείται πολλές φορές να συντονίσει και καθοδηγήσει την διάγνωση και τη φροντίδα τους ασθενούς αλλά και την ενημέρωση του κοινού (Organization and leadership).

2.3 Στη καθ' ημέρα πράξη

Η καθημερινή εργασία του γιατρού παθολόγου είναι μια σύνθετη εμπειρία που περικλείει την κλινική πράξη αλλά και άλλες επιστημονικές δραστηριότητες. Έτσι ο Παθολόγος ασκεί τη προληπτική ιατρική διεξάγοντας προσυμπτωματικό γενικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο (αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου - εμβολιασμοί). Ο ιατρός παθολόγος προβαίνει στη διάγνωση (με κλινική εξέταση και διαγνωστικές πράξεις) και αντιμετώπιση (συμπτωματική και αιτιολογική) οξέων περιστατικών. Αυτό λαμβάνει χώρα στα Επείγοντα Ιατρεία νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Επιπλέον στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (δημόσια και ιδιωτικά) διαχειρίζεται χρόνια νοσήματα και συμβάλλει στην αποκα-

τάσταση τους (πχ: Αρτηριακή Υπέρταση, Καρδιακή Ανεπάρκεια, Σακχαρώδης Διαβήτης, Δυσλιπιδαιμία, ΧΑΠ, κά). Ο ιατρός παθολόγος καλείται να συνεργαστεί και να συντονιστεί με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων όπου φυσικά αυτό απαιτείται. Στις καθημερινές απαιτήσεις του γιατρού παθολόγου συμπεριλαμβάνεται η συμβουλευτική (καθοδήγηση και υποστήριξη ασθενούς και περιβάλλοντος, παραπομπή σε άλλους ειδικούς ιατρούς και επίπεδα περίθαλψης) η οικογενειακή, ιατρική, η τήρηση Ατομικού Φακέλου Υγείας και φυσικά η συνταγογράφηση. Ως εκ τούτου, εσχάτως απαιτείται η εξοικείωση του παθολόγου με τα σύγχρονα ηλεκτρονικά μέσα, τις φορητές συσκευές, τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και το διαδίκτυο.

2.4 Μετεκπαίδευση των Παθολόγων

Ειδικότητας παθολογίας διαθέτει διάφορα αντικείμενα μετεκπαίδευσης⁶ καθώς και εξειδικεύσεις⁷. Σε αυτά εντάσσονται η Λοιμωξιολογία, η Εντατικολογία, η Γηριατρική, η Υπερτασιολογία, η Διαβητολογία, η Κλινική Γενετική, οι Μεταβολικές διαταραχές, τα Επαγγελματικά νοσήματα, η Κλινική Φαρμακολογία, η Ιατρική Πληροφορική, η Κλινική Επιδημιολογία - Ιατρική Στατιστική, η Υπερπηχοτομογραφία, η Κλινική Ανοσολογία, η Κλινική Ηπατολογία καθώς και η χορήγηση Χημειοθεραπείας στην αντιμετώπιση κακοήθων νεοπλασμάτων.

Σε ό,τι αφορά τα αντικείμενα μετεκπαίδευσης και εξειδίκευσης, η άποψη της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος διατυπώνεται ξεκάθαρα λέγοντας να στις εξειδικεύσεις. Αυτό μπορεί να πραγματοποιείται είτε με την ενσωμάτωση τους στον κορμό της εκπαίδευσης για την απόκτηση ειδικότητας είτε και στα πλαίσια περαιτέρω μετεκπαίδευσης.

Όλα αυτά όμως χωρίς να δημιουργούν περιορισμούς στα επαγγελματικά δικαιώματα του συνόλου των παθολόγων, δεδομένου ότι αντικειμενικά αναφέρονται σε γνωστικά πεδία/κεφάλαια της ειδικότητάς. Σε αντίθετη περίπτωση υφίσταται κίνδυνος κατάτμησης της ειδικότητάς με τη δημιουργία (κυρίως για ιδιοτελείς επαγγελματικές σκοπιμότητες) νέων «υποειδικοτήτων» που θα μετεξελιχθούν σε νέες ειδικότητες εις βάρος όχι μόνο της Παθολογίας ως ειδικότητας κορμού, αλλά κυρίως εις βάρος της περίθαλψης των ασθενών και του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και πιθανές συνέπειες από την αποκλειστική άσκηση εξειδικεύσεων της Παθο-

λογίας. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε απώλεια του ολιστικού χαρακτήρα της Παθολογίας στην καθημερινή ιατρική πράξη με αποκλειστικό προσανατολισμό σε συγκεκριμένες διαγνωστικές και επεμβατικές τεχνικές.

2.5 Προβληματισμοί σχετικά με την Ειδικότητα της Παθολογίας

Η ευρύτητα του αντικειμένου δημιουργεί σε θεσμικό επίπεδο προβλήματα και σύγχυση σε αυτούς που ασκούν πολιτικές υγείας ως προς το έργο του Παθολόγου και την θέση του στο Σύστημα Υγείας. Αυτό επιτείνεται από την έλλειψη σαφούς οριοθέτησης της ειδικότητας με την Γενική Ιατρική. Είναι απαράδεκτη η ισοπεδωτική προκήρυξη θέσεων παθολόγων ή γενικών γιατρών για τα Κέντρα Υγείας (ή άλλες θέσεις στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) με εκ του νόμου μάλιστα πρόκριση των γενικών γιατρών. Επιπλέον ασάφεια προκαλεί η επικάλυψη με συναφείς υποειδικότητες της Παθολογίας (επιχειρείται μάλιστα η προσθήκη στους τίτλους ειδικοτήτων γνωστικών αντικειμένων με τα οποία κατεξοχήν ασχολείται η Παθολογία (π.χ. Ενδοκρινολογία - Διαβήτης και Μεταβολισμός, Γαστρεντερολογία - Ηπατολογία, Γενική Ιατρική - Οικογενειακή Ιατρική).

Ειδικά στον Δημόσιο Τομέα ο Παθολόγος καλείται να καλύψει οποιαδήποτε κενά του Συστήματος χωρίς πάντα επιστημονικά κριτήρια με αντίστοιχη υποβάθμιση του ρόλου του (παραδείγματος χάριν, ενώ στον Ιδιωτικό Τομέα συναφείς «υποειδικότητες» επεκτείνονται σε περιστατικά της Παθολογίας χρησιμοποιώντας παράτυπα έως και διπλό τίτλο ειδικότητας, στα Νοσοκομεία αντίθετα νοσηλεύονται στις Παθολογικές Κλινικές και όσα περιστατικά «περισσεύουν»).

Βέβαια, το φαινόμενο δεν είναι μόνο ελληνικό, γενικότερα η οριοθέτηση του αντικειμένου της ειδικότητας εμφανίζει δυσχέρειες λόγω της ευρύτητάς του και της κατά περίπτωση αλληλοεπικάλυψής του με τις επιμέρους συναφείς «υποειδικότητες». Από την άλλη αυθαίρετος περιορισμός θεραπευτικών και διαγνωστικών αντικειμένων θα αναιρούσε το κεντρικό και ολιστικό χαρακτήρα της ειδικότητας της Παθολογίας (πχ αντιεπιστημονικός περιορισμός συνταγογράφησης, περιορισμός παραπομπής εργαστηριακού ελέγχου).

Στην Ελλάδα το φαινόμενο επιτείνεται από το γε-

γονός ότι η πολιτεία δεν έχει μόνιμους επίσημους θεσμικούς συμβούλους ανά ειδικότητα, με αποτέλεσμα το lobbying να είναι ευκολότερο και το νομικό πλαίσιο να διαμορφώνεται με βάση την ετερογένεια των επαγγελματικών συμφερόντων.

3. Συμπεράσματα

Το μέλλον της παθολογίας στην Ελλάδα απαιτεί εκ νέου διαμόρφωση του επιστημονικού αντικειμένου και καταγραφή των ιδιαιτεροτήτων του αντικειμένου της Παθολογίας. Οφείλει να κατοχυρωθεί θεσμικά η ενσωμάτωση της Γηριατρικής, της Οικογενειακής Ιατρικής και της Προληπτικής Ιατρικής, που αντικειμενικά αποτελούν πεδίο καθημερινής ενασχόλησης κάθε Παθολόγου.

Σημαντικός κρίνεται ο καθορισμός θέσεων Παθολόγων στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Κέντρα Υγείας) με κατάργηση της παράλογης διαζευκτικής προκήρυξης με Γενικούς Ιατρούς. Πρέπει επίσης να δοθεί έμφαση στον επιτελικό ρόλο του Παθολόγου ως εκ των πραγμάτων συντονιστή, ιδίως κατά τη παρακολούθηση ασθενών με πολυνοσηρότητα.

Η πίεση της οικονομικής κρίσης προς οργανωτικές αλλαγές της υγείας αποτελεί ευκαιρία επαναπροσδιορισμού.

Προϋπόθεση αναβάθμισης της ειδικότητας, είναι αφενός η βέλτιστη εκπαίδευση και ενασχόληση στη χρήση των υπάρχουσών διαγνωστικών πράξεων (πέραν του ακουστικού και του πιεσόμετρου: ΗΚΓ, οξυμετρία, σπιρομέτρηση, παρακεντήσεις, καθετηριασμοί, doppler υπερηχοτομογραφία κ.ά.) και αφετέρου η εκπαίδευση και εξοικείωση με νέες μεθόδους και τεχνολογίες στο χώρο της Παθολογίας (δι-

αχείριση πληροφοριών / Clinical decision support system - Watson IBM, Artificial Intelligence, βιοτεχνολογία, τηλειατρική κτλ) Παραμένει ο βασικός χαρακτήρας της Παθολογίας, ως ειδικότητας κορμού του Συστήματος Υγείας, με ιδιαίτερο γνώρισμα την δυνατότητα ολιστικής αντιμετώπισης του ασθενούς και τον συντονισμό των λοιπών ιατρικών ειδικοτήτων, που συνάδει με την ευρύτητα του γνωστικού αντικειμένου της Παθολογίας (εις βάθος γνώση όλων των συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού).

Πρέπει μάλιστα να τονισθεί εν προκειμένω, ότι όσο πιο πολύπλοκοι γίνονται οι θεραπευτικοί αλγόριθμοι, και όσο αυξάνεται η δυνατότητα επιλογής νέων διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπειών, τόσο μεγαλώνει η ανάγκη καθοδήγησης και συνολικής ιατρικής διαχείρισης (medical management). Η στοχευμένη εξειδίκευση παρέχει μεν το μεγαλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, ωστόσο ενέχει τον κίνδυνο της μερικής θεώρησης των πραγμάτων, κάτι που μπορεί να αποβεί βλαπτικό για την αντιμετώπιση νοσημάτων (ολιστική ιατρική), αλλά και κοστοβόρο λόγω των συνεχών παραπομπών των ασθενών από ειδικότητα σε ειδικότητα.

Η ολιστική αντιμετώπιση και η εις βάθος γνώση καθώς και η επιστημονική δυνατότητα συντονισμού και συμβουλευτικής για οποιαδήποτε προβλήματα υγείας του ασθενούς, αλλά και του περιβάλλοντός του αναδεικνύει την καθοριστική θέση του παθολόγου και περαιτέρω, όσον αφορά την συμμόρφωση του ασθενούς στις θεραπευτικές οδηγίες - λόγω της στενής διαπροσωπικής σχέσης που αναπτύσσεται - και άρα το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία - Παραπομπές:

1. Ν. 4486/2017 (ΦΕΚ Α' 115/07.08.2017)
2. <https://www.efim.org/>
3. Νομοθετικό Διάταγμα 3366 20/23 Σεπτεμβρίου 1955 (ΦΕΚ Α' 258)
4. Προεδρικό Διάταγμα 415 της 29ης Δεκεμβρίου του 1994 (ΦΕΚ Α' 236)
5. M.H.H. Kramer et al. / European Journal of Internal Medicine 21 (2010) 173-175
6. ΦΕΚ Α 216-1995
7. European Journal of Internal Medicine 24 (2013) 627-632

Αφιέρωμα στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση στην Εσωτερική Παθολογία Με Διεθνή Συμμετοχή

21-25 / 2 / 2018, Θεσσαλονίκη, Grand Palace

Εργασίες Συνεδρίου (52 Προφορικές Ανακοινώσεις , 77 Αναρτημένες Ανακοινώσεις)

1. ΑΟΡΤΟΛΑΓΟΝΙΟΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ Ή ΣΥΝΔΡΟΜΟ LERICHE

Στοιγιάννου Δημήτριος, Στουρνάρας Ευάγγελος, Νεοκοσμίδης Γεώργιος, Πρωτοπαπάς Ανδρέας, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Απόστολος, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Leriche είναι μια μορφή περιφερικής αρτηριακής νόσου στην οποία η αθηροσκληρωτική στενωτική περιοχή περιλαμβάνει τμήμα της κοιλιακής αορτής ή / και των λαγόνιων αρτηριών. Ο επιπολασμός υπολογίζεται στο 5 – 10 % των ασθενών που πάσχουν από περιφερική αρτηριακή νόσο. Η κλασική τριάδα των συμπτωμάτων είναι δι-αλείπουσα κωλόπληξη, στυτική δυσλειτουργία (στους άντρες), ελαττωμένες σφύξεις στα κάτω άκρα.

Σκοπός: Η εξοικείωση με ένα καρδιαγγειακό σύνδρομο, το οποίο δεν είναι ευρέως γνωστό.

Υλικό – Μέθοδος: Ασθενής, άρρεν, 52 ετών με ατομικό ιστορικό καπνίσματος, κατάχρησης αλκοόλ και δύο οξέων

στεφανιαίων επεισοδίων το 2004 και το 2011, προσέρχεται αναφέροντας έντονο αίσθημα κόπωσης των κάτω άκρων άμφω κατά τη βόλωση, ειδικά στην περιοχή των μηρών. Αναφέρει, επίσης, αδυναμία επίτευξης και διατήρησης στύσης. Η κλινική εξέταση αποκαλύπτει ελάττωση των περιφερικών σφύξεων των κάτω άκρων από το ύψος των κοινών μηριαίων αρτηριών. Ακολουθεί έλεγχος με αξονική αγγειογραφία, οπότε ανευρίσκεται απόφραξη της κοιλιακής αορτής, αμέσως μετά την έκφυση της κάτω μεσεντερικής αρτηρίας (σύνδρομο Leriche), ανάπτυξη παράπλευρου αγγειακού δικτύου και σημαντικού βαθμού στένωση στο αρχικό τμήμα της άνω μεσεντερικής αρτηρίας.

2. ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΕΡΟΛΥΜΑΤΟΣ ΜΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΟΟΛΙΝΗΣ, ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟΥ ΝΑΤΡΙΟΥ, ΠΥΡΙΤΙΟΥ ΚΑΙ ΝΑΝΟΚΡΥΣΤΑΛΛΩΝ ΔΙΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΤΙΤΑΝΙΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΛΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Έλενα Ματοπούλου^{1,2}, Ηλιάς Κανέλλος¹, Άντο Τεσφάγιε¹, Φωφώ Παυλίδου², Παναγιώτα Κανούλα², Χριστίνα Μπάμπη², Βασιλική Ντινενή², Μαρία Παπαδοπούλου², Νικόλαος Τσώκος³, Μαρία Σώμαλη¹, Δημήτριος Σκούτας¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹.
1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Π.Γ.Ν Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, 2 Ποδολογικό Κέντρο "Έλενα Ματοπούλου", 3 Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Χαλκίδας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί παράμετρο του μεταβολικού συνδρόμου και προκαλεί αγγειακές και νευρολογικές βλάβες σε ποικίλα όργανα στόχους. Τα κάτω άκρα προσβάλλονται συχνά στους διαβητικούς ασθενείς λόγω αγγειοπάθειας και νευροπάθειας προκαλώντας την δημιουργία ελκών. Τα διαβητικά έλκη των κάτω άκρων που δεν αντιμετωπίζονται έγκαιρα, εξελίσσονται ταχύτατα προκαλώντας ιστική κυτταρική νέκρωση και οδηγούν τελικά σε ακρωτηριασμό. Νέα θεραπευτικά σχήματα που εφαρμόζονται στα έλκη των κάτω άκρων σε ασθενείς με ΣΔ, ίσως θεωρούνται καταλληλότερα για έγκαιρη και άμεση παρέμβαση

με στόχο την μείωση των ακρωτηριασμών, σε σχέση με την υπάρχουσα θεραπεία.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ Να καταγράψει τον απαιτούμενο χρόνο επούλωσης διαβητικών ελκών στα κάτω άκρα με μονοθεραπεία επιθεμάτων, σε σχέση με την συνδυασμένη θεραπεία επιθεμάτων και αερολύματος μείγματος επούλωσης, αναγεννητικών και βιοπροστατευτικών παραγόντων (Biosilver).

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ Συμμετείχαν δύο ομάδες ασθενών: μια ομάδα 30 ασθενείς με ΣΔ (15 άνδρες και 15 γυναίκες), με μέσο όρο ηλικίας 55 έτη), οι οποίοι εμφάνισαν έλκη στην πελματιαία επιφάνεια του άκρου πόδα και αντιμετωπί-

στηκαν με μονοθεραπεία επιθεμάτων και μια δεύτερη ομάδα 30 ασθενών με ΣΔ (15 άνδρες και 15 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 55 έτη), οι οποίοι εμφάνισαν έλκη στην πελματιαία επιφάνεια του άκρου πόδα και αντιμετωπίστηκαν με συνδυασμένη θεραπεία επιθεμάτων και Biosilver. Η έκταση, το βάθος και η ανατομική εντόπιση των διαβητικών ελκών μεταξύ των δύο προς μελέτη ομάδων ήταν κατά προσέγγιση παρόμοια. Στις δύο ομάδες ασθενών καταγράφηκαν: ο απαιτούμενος χρόνος πλήρους επούλωσης διαβητικών ελκών, η ποιότητα της διαδικασίας επούλωσης και η ευκολία χειρουργικού καθαρισμού των ελκών κατά την αλλαγή των επιθεμάτων, οι πιθανές επιμολύνσεις των διαβητικών ελκών κατά το χρονικό διάστημα της επούλωσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ομάδα με μονοθεραπεία επιθεμάτων

- Μέσος όρος χρόνου επούλωσης των διαβητικών ελκών: 64 ημέρες
- Μετρίου βαθμού επαναϊμάτωση στον κρατήρα του έλκους
- Περίμετρος του κρατήρα με ιδιαίτερη ιστική σκλήρυνση
- Επιμόλυνση των ελκών στο 15% των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ

Η προσθήκη Biosilver στην συνήθη μονοθεραπεία με επιθέματα επιφέρει στατιστικώς σημαντική διαφορά (23 ημέρες, p<0.05) στον χρόνο επούλωσης των διαβητικών ελκών των κάτω άκρων σε σχέση με την μονοθεραπεία επιθεμάτων. Επίσης παρατηρήθηκαν θετικά ποιοτικά ιστικά χαρακτηριστικά (σοβαρού βαθμού επαναϊμάτωση στον κρατήρα του έλκους εμφανής κατά τον χειρουργικό καθαρισμό, περίμετρος του κρατήρα με χαλαρή-ελαστική ιστική σκλήρυνση, μείωση

Το αερόλυμα μείγματος επούλωσης, αναγεννητικών και βιοπροστατευτικών παραγόντων (Biosilver) επιφέρει πλήρη επικάλυψη του συνόλου της επιφάνειας του έλκους, ιδίως σε έλκη με γεωμετρία, σχήμα και βάθος που δεν επιτρέπουν την πλήρη επικάλυψη και πρόσβαση με το επίθεμα. Δημιουργεί ένα αδιάβροχο φίλμ-φραγμό, απομονώνει το τραύμα, περι-ορίζει την εισβολή λοιμογόνων παραγόντων, δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες επούλωσης του έλκους (εκκίνηση αναγεννητικών κυτταρικών μηχανισμών επούλωσης, νεοαγγείωση κ.α), ενυδατώνει την περίμετρο του κρατήρα του έλκους οπότε και επιτρέπει πιο 'ευγενείς' χειρουργικούς χειρισμούς (μείωση επιμόλυνσης και δημιουργίας αιμορραγίας - αιματώματος κατά τον χειρουργικό καθαρισμό)

Ομάδα με συνδυασμένη θεραπεία επιθεμάτων και Biosilver

- Μέσος όρος χρόνου επούλωσης των διαβητικών ελκών: 41 ημέρες
- Σοβαρού βαθμού επαναϊμάτωση στον κρατήρα του έλκους
- Περίμετρος του κρατήρα με χαλαρή-ελαστική ιστική σκλήρυνση
- Επιμόλυνση των ελκών στο 5% των ασθενών.

του ποσοστού των επιμολύνσεων), τα οποία προάγουν την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη σύγκλιση των ελκών. Συνεπώς ο συνδυασμός αερολύματος Biosilver και επιθεμάτων λόγω των προαναφερθέντων θα μπορούσε να αντικαταστήσει την παρούσα μονοθεραπεία με επιθέματα και να συμβάλει με αυτόν τον τρόπο στην μείωση του ποσοστού των ακρωτηριασμών των κάτω άκρων στους διαβητικούς ασθενείς, βελτιώνοντας παράλληλα την ποιότητα ζωής και την επιβίωση τους.

3. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΜΙΚΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Παυλίδης Αθηνόδωρος¹, Μαργαρίτη Ελένη², Μπαλτατζής Κωνσταντίνος¹
1 Μ.Υ ΠΕΔΥ, Νεάπολη Θεσσαλονίκης
2 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η μικτή οικογενής δυσλιπιδαιμία είναι μια συχνή παθολογική κατάσταση (περίπου 1/300 άτομα) και η ανάγνη υπολιπιδαιμικής αγωγής είναι επιβεβλημένη.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού με μικτή οικογενή δυσλιπιδαιμία και εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων σε όλες εκ του στόματος υπολιπιδαιμικές αγωγές.

Υλικό-μέθοδος: Γυναίκα 62 ετών σήμερα, που από δεκαπενταετίας διαγνώστηκε με μικτή οικογενή δυσλιπιδαιμία (CHOL 380, HDL 21, TRG 1236), μη καπνίστρια και θετι-

κό οικογενειακό ιστορικό θανάτου από αγγειακή νόσο σε μικρή ηλικία.

Αποτελέσματα: Η ασθενής τέθηκε αρχικώς σε αγωγή με στατίνες, εμφανίζοντας όμως αλλεργικές αντιδράσεις και στις τέσσερις διαφορετικές στατίνες που δοκιμάστηκαν. Στην πορεία έγινε προσπάθεια θεραπείας με φιμπράτες, κολεσεβέλμη και ω-3 λιπαρά εμφανίζοντας όμως εκ νέου αλλεργικές αντιδράσεις. Εμφάνισε ηπιότερες αλλεργικές αντιδράσεις και σε μονοθεραπεία με εζετιμίμη. Έγινε ενημέρωση στην ασθενή για ενδεχόμενη αγωγή με αλιροκουμάμη, αλλά δεν εμ-

φρανίστηκε θετική στην συγκεκριμένη θεραπεία την παρούσα χρονικά στιγμή. Στα πλαίσια προσπάθειας μείωσης του καρδιαγγειακού κινδύνου και του κινδύνου εμφάνισης παγκρεατίτιδας, έγινε έναρξη συμπληρώματος διατροφής(πλούσιο σε Monacolin K) .Εμφάνισε σημαντική βελτίωση του λιπιδαιμικού της προφίλ (CHOL 218, HDL 36, TRG 360) χωρίς να παρουσιαστεί αλλεργική αντίδραση ή άλλη ανεπιθύμητη ενέργεια.

Συμπεράσματα: Η οικογενής μικτή υπερλιπιδαιμία είναι μια

κατάσταση που όλο και συχνότερα αντιμετωπίζεται στην καθημερινή κλινική πράξη του Παθολόγου. Η ανάγκη αντιλιπιδαιμικής αγωγής σε αυτούς τους ασθενείς είναι επιτακτική. Στις περιπτώσεις εμφάνισης αλλεργικών αντιδράσεων στις εκ του στόματος φαρμακευτικές αγωγές η χορήγηση αναστολέα του PCSK9 αποτελεί ελπιδοφόρο λύση. Ενδεχόμενα οφέλη μπορεί να προκύψουν και από χορήγηση διαφόρων συμπληρωμάτων διατροφής με υπολιπιδαιμική δράση.

4. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΥΠΕΡΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ (ΓΥΑ) ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΚΣΥ) ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ Γ.Ν ΤΡΙΚΑΛΩΝ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Πετρούλακη Ελένη², Βασδέκη Δήμητρα², Παπαδάτος Σταμάτης², Δεληγιάννης Γεώργιος², Μυλωνά Χαριτίνα², Αγγέλης Νικόλαος², Μυλωνάς Στέφανος²

Προέλευση: Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

1: Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας Γ.Ν. Τρικάλων, 2: Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων

Εισαγωγή: Το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (ΣΧΚ) είναι μια νοσολογική οντότητα η οποία αποδίδεται εσφαλμένα στη φαντασία του ασθενούς ή σε ψυχολογικά αίτια, διότι λείπουν συνήθως συγκεκριμένα κλινικά/εργαστηριακά ευρήματα για την διάγνυσή του. Το ΣΧΚ βρέθηκε σε υψηλότερο ποσοστό ασθενών που είχαν γενικευμένη υπερελαστικότητα αρθρώσεων (20,6%) συγκριτικά με υγιείς μάρτυρες (4,3%). Οι ασθενείς με ΣΧΚ και ΓΥΑ πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια του

ΚΣΥ σε ποσοστό 58,9%.

Σκοπός: Η μελέτη της επίπτωσης του ΣΧΚ στους επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν Τρικάλων και αυτών που έχουν ΓΥΑ και ΚΣΥ.

Υλικό-Μέθοδος: Έγινε έλεγχος και ταξινόμηση σε 60 εργαζόμενες γυναίκες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του Γ.Ν Τρικάλων (μέσος όρος ηλικίας τα 41 έτη) με βάση τις πληρούσαν τα κριτήρια του ΣΧΚ, την ΓΥΑ και του ΚΣΥ

Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (ΣΧΚ)
A)Επιμένουσα κόπωση, πρόσφατης έναρξης, μη υποχωρούσα με την ανάπαυση, προκαλούσα σημαντική ελάττωση των δραστηριοτήτων του ατόμου., χωρίς να έχει συγκεκριμένη αιτιολογία
B) Τουλάχιστον 4 από τα παρακάτω, διάρκειας ≥6 μηνών:
1. Προσβολή της μνήμης ή της ικανότητας
2. Υπερβολική και παρατεταμένη εξάντληση μετά από φυσική προσπάθεια και έξαρση των υπόλοιπων συμπτωμάτων με τη φυσική ή διανοητική προσπάθεια
3. Μη αναζωογονητικός ύπνος
4. Μυαλγίες
5. Πολυαρθραλγίες, χωρίς οίδημα ή ερυθρότητα των επώδυνων αρθρώσεων
6. Επεισόδια κεφαλαλγίας, νέου τύπου ή σοβαρότητας
7. Συχνή ή υποτροπιάζουσα φαρυγγαλγία
8. Ευαισθησία στους τραχηλικούς ή μασχαλιαίους λεμφαδένες

Αποτελέσματα: Τα ποσοστά του ΣΧΚ είναι 16.6% δηλαδή 10 στις 60 εργαζόμενες. Τα ποσοστά ΣΚΠ σε άτομα με ΓΥΑ είναι 50% συγκριτικά με υγιείς μάρτυρες που ήταν 14,2%, δηλαδή 8 στις 56 εργαζόμενες. Επιπλέον, τα ποσοστά ΣΚΠ σε άτομα με ΚΣΥ είναι 57,1% συγκριτικά με υγιείς μάρτυρες που ήταν 4,3% δηλαδή 2 στις 46 εργαζόμενες.

Συμπεράσματα: Υπάρχουν αυξημένα ποσοστά ΣΧΚ σε ασθενείς με ΓΥΑ και ΚΣΥ, αποτέλεσμα που μαρτυρά την πιθανή συσχέτιση αυτών των νοσολογικών οντοτήτων. Στους επαγγελματίες υγείας συναντάμε υψηλά ποσοστά ΣΧΚ γεγονός που μπορεί να συσχετίζεται με το αντικείμενο της εργασίας η και να επιπλεκεται με άλλα σύνδρομα όπως το burnout.

5. Επιτυχής αντιμετώπιση νευροτοξικής δηλητηρίασης με αντιοφικό ορό σε νεαρή ασθενή μετά από δήγμα οχιάς

Τζάκρη Μ., Κοντοτάσιος Κ., Τσαπαρόπουλος Α., Μιχαηλίδης Θ., Πλατογιάννης Ν., Γεωργακούδας Γ., Σούμπουρου Μ., Κούτρας Χρ.

Εισαγωγή. Τα δήγματα από δηλητηριώδη φίδια (οχιάς) είναι ιατρικά επείγοντα που μπορεί ο κάθε γιατρός να κληθεί να αντιμετωπίσει στη χώρα μας.

Σκοπός. Παρουσιάζεται η περίπτωση νεαρού θήλεος ατόμου που υπέστη δήγμα οχιάς και αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με χορήγηση αντιοφικού ορού στο Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας.

Υλικό. Θήλυ άτομο, 14 χρόνων, προσήλθε μία ώρα μετά από αναφερόμενο δάγκωμα φιδιού στη δεξιά πτέρνα. Στο σημείο του δαγκώματος παρατηρήθηκαν τα δύο σημάδια από τα δόντια της οχιάς, και οίδημα που εκτεινόταν ως τη δεξιά ποδοκνημική. Η ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική και τέθηκε σε στενή παρακολούθηση.

Μέθοδος. Παρά την αρχική αντιμετώπιση με ενυδάτωση, χορήγηση αναλγητικών, μεθυλπρεδνιζολόνης και την τυπική περιποίηση του τραύματος, η ασθενής παρουσίασε προληπτικό επεισόδιο, οφειλόμενο σε υπόταση περίπου 4 ώρες μετά το δήγμα του φιδιού (ΑΠ: 50/40mmHg), το οποίο αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ενδομυϊκή χορήγηση 0,2 mgαδρε-

ναλίνης. Ακολούθως, η ασθενής, στα πλαίσια νευροτοξικής δράσης του δηλητηριώδους ορού, παρουσίασε βλεφαρόπτωση και προμυϊκή συνδρομή (δυσκαταποσία, ήπια δυσαρθρία, περιορισμό των συζυγών κινήσεων των οφθαλμών), ενώ το οίδημα επεκτάθηκε ως τη μεσόπτη της δεξιάς κνήμης. Χορηγήθηκαν 20mlαντιοφικού ορού ενδοφλεβίως σε διάρκεια 6 ωρών, με αποτέλεσμα την προοδευτική βελτίωση της κλινικής εικόνας, χωρίς η ασθενής να παρουσιάσει ανεπιθύμητες ενέργειες από τον ορό.

Αποτελέσματα. Η ασθενής ανένηψε πλήρως, δεν ξαναπαρουσίασε υπόταση, το οίδημα στο κάτω άκρο περιορίστηκε, ενώ η νευρολογική σημειολογία σταδιακά υποχώρησε πλήρως.

Συμπεράσματα. Η έγκαιρη χορήγηση αντιοφικού ορού, αν και απαιτείται σε ένα μικρό ποσοστό ατόμων μετά δήγμα οχιάς, είναι γενικά ασφαλής και οδηγεί κατά κανόνα σε πλήρη υποχώρηση των σημείων και συμπτωμάτων, τοπικών και συστηματικών.

6. ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ- ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κεφφές Νικόλαος, Ζτρίβα Ελευθερία, Σαββόπουλος Χρήστος, Πιλάλας Δημήτριος, Τζατζίδου Αναστασία, Χατζητόλιος Απόστολος
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η Μυοπάθεια Κριτικής Νόσου (ΜΚΝ) αφορά νοσηλευόμενους σε ΜΕΘ και συσχετίζεται με τη χρήση μη αποβολωτικών αποκλειστών νευρομυϊκής σύναψης και κορτικοστεροειδών, αλλά και με την ίδια τη σήψη. Η διαχείριση της νόσου στηρίζεται στην επιθετική θεραπεία της σήψης, την μείωση της δόσης και της διάρκειας χρήσης των αποκλειστών νευρομυϊκής σύναψης και των κορτικοστεροειδών, καθώς και στη θεραπεία αποκατάστασης με εντατικό πρόγραμμα φυσιοθεραπειών, θρεπτική υποστήριξη, αντιοξειδωτική θεραπεία, παράγωγα τεστοστερόνης, αυξητικές ορμόνες και ανοσοσφαιρίνες.

Σκοπός: Διάγνωση, διαχείριση και πρόγνωση της Μυοπάθειας Κριτικής Νόσου.

Υλικό/Μέθοδος: Μελέτη περίπτωσης. Γυναίκα 58 ετών προσέρχεται στα ΤΕΠ με την κλασική τριάδα μπιγγιτιδίας(πυρετός, κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία), η οποία και ταχτοποιήθηκε ως βακτηριακή με Οσφυονωτιαία Παρακέντη-

ση (N.meningitidis), ενώ το ίδιο βακτήριο ανευρέθηκε σε αιμοκαλλιέργεια. Η έκπτωση του επιπέδου συνείδησης(GCS=8) κατέστησε αναγκαία την είσοδο της ασθενούς σε ΜΕΘ, όπου έγινε τραχειοστομία και αιμοδυναμική υποστήριξη της. Η ασθενής έλαβε ενδοφλέβια αγωγή με κεφτριαξόνη, βανκομυκίνη, αμπικυλλίνη, μαννιτόλη και δεξαμεθαζόνη. Παρέμεινε σε καταστολή για 12 ημέρες, έπειτα της οποίας διαπιστώθηκε παρά τη αποδρομή της μπιγγιτιδίας, βαριά μυοπάθεια - χαλαρή τετραπληγία με διατήρηση της αισθητικότητας των άκρων- και διαταραχές των μυών του πυελικού εδάφους.

Αποτελέσματα: Με την επιθετική αντιμετώπιση των λοιμώξεων, τις φυσικοθεραπείες και την θρεπτική υποστήριξη, βελτιώθηκε η μυϊκή ισχύς των άκρων και η ασθενής αποσωληνώθηκε και αποκαταστάθηκε η ομιλία της.

Συμπεράσματα: Η ΜΚΝ απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και επιθετική διαχείριση που αυξάνει τις πιθανότητες για πλήρη αποκατάσταση.

7. Η ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ (ΧΝΝ) ΣΤΗ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Λιάμπας Ιωάννης², Μαυραντώνη Ευαγγελία², Μαρίτσα Δήμητρα², Μυλωνά Χαριτίνα², Γούλα Αθανασία¹, Πατρίκαλου Εύα³, Μυλωνάς Στέφανος²

1: Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας (ΜΜΑ) - Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων (ΓΝΤ), 2: Β' Παθολογική Κλινική ΓΝΤ, 3: Μονάδα Τεχνικού Νεφρού ΓΝΤ

Εισαγωγή: Η κάθαρση κρεατινίνης(CICr) αποτελεί αξιόπιστο δείκτη του ρυθμού σπειραματικής διήθησης(GFR) και εκτίμησης της νεφρικής λειτουργίας. Για να καταστεί δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ ανθρώπων διαφορετικού μεγέθους, θα πρέπει να διορθωθεί βάσει της επιφάνειας σώματος. ΧΝΝ ορίζεται η παρουσία για διάστημα ≥ 3 μήνες: $-GFR < 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$ ανεξαρτήτως νεφρικής βλάβης ή $-$ νεφρικής βλάβης (λευκωματουρία/αλβουμινουρία/αιματοουρία/δομικές ή παθολογοανατομικές αλλοιώσεις νεφρών), ανεξαρτήτως GFR.

Σκοπός: Η μελέτη της νεφρικής λειτουργίας και του επιπολασμού της ΧΝΝ στη θαλασσαιμία.

Υλικό-Μέθοδος: Ο ι 25 πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς της MMA-ΓΝΤ υποβλήθηκαν σε υπερηχογράφημα νεφρών, γενική ούρων και συλλογή ούρων εικοσιτετραώρου και μετρήθηκαν τα ύψος και βάρος αυτών. Υπολογίστηκε το διορθωμένο $GFR = (Cr_{\text{ούρων}24\text{ώρου}}/Cr_{\text{ορού}}) \times (V_{\text{ml}}/t_{\text{min}}) \times (1.73\text{m}^2 / m^2 \text{ επιφάνειας σώματος})$, προσδιορίστηκε το λεύκωμα ούρων εικοσιτετραώρου και ο δείκτης πρωτεΐνη ούρων

/κρεατινίνη ούρων.

Αποτελέσματα: Από ΧΝΝ πάσχουν 5(πέντε) από τους 25(εικοσιπέντε) ασθενείς (20%), εκ των οποίων οι 4(τέσσερις) εμφανίζουν διαταραχές μεταβολισμού της γλυκόζης.

1.Φυσιολογικό ή αυξημένο GFR ($\geq 90 \text{ mL/min/1.73m}^2$), είχαν 19(δεκαεννέα) ασθενείς εκ των οποίων παθολογικό λεύκωμα ούρων εμφάνιζε 1(ένας) ασθενής (ΧΝΝ-στάδιο 1).

2.Ελαφρά μειωμένο GFR ($60-89 \text{ mL/min/1.73m}^2$) είχαν 4(τέσσερις) ασθενείς εκ των οποίων οι 2(δυο) εμφάνιζαν παθολογικό λεύκωμα ούρων (ΧΝΝ-στάδιο 2). Αμφότεροι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

3.Μέτρια μειωμένο GFR ($30-59 \text{ mL/min/1.73m}^2$) εμφανίζουν 2(δυο) ασθενείς (ΧΝΝ-στάδιο 3). Ο πρώτος πάσχει από ΣΔ και ο δεύτερος εμφανίζει παθολογική καμπύλη σακχάρου.

Συμπεράσματα: Η νεφρική νόσος είναι μια κατάσταση που θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη σε θαλασσαιμικούς ασθενείς, τόσο εξαιτίας της επίδρασης που ασκεί στο προσδόκιμο επιβίωσης, όσο και για τον καθορισμό της κατάλληλης δόσης των φαρμάκων που απεκκρίνονται από τους νεφρούς.

8. ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΗΓΕΣΙΑΣ

Νούσκαλη Γεωργία, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη Μπακάλη Αναστασία, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο ορισμός του νοσηλευτικού μοντέλου συνοψίζεται στις αντιλήψεις, τις αξίες, τους στόχους της νοσηλευτικής καθώς και τη γνώση και τις ικανότητες που απαιτούνται για να ασκηθεί το νοσηλευτικό επάγγελμα. Στα πλαίσια του νοσηλευτικού αυτού μοντέλου ο νοσηλευτής/τρια έχει τη δυνατότητα να σχεδιάσει και να εφαρμόσει την νοσηλευτική φροντίδα. Ο νοσηλευτής/τρια ονομάζεται κλινικός ηγέτης, όταν κατέχει κλινική εμπειρία μέσα από το πεδίο της εξειδικευμένης άσκησης και δίνει την δυνατότητα στους υπόλοιπους νοσηλευτές να προωθήσουν μια ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα.

Σκοπός: Το άρθρο αυτό στοχεύει στην αναγνώριση του νοσηλευτικού ηγετικού ρόλου μέσα από την εφαρμογή της έννοιας του νοσηλευτικού μοντέλου.

Υλικό: Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε είναι χαρτί Α4, μολύβι και υπολογιστής.

Μέθοδος: Για τον εντοπισμό της σχετικής βιβλιογραφίας

χρησιμοποιήθηκαν τα επιστημονικά περιοδικά British Journal of Nursing και Interscientific Health Care και οι λέξεις κλειδιά: ηγεσία και νοσηλευτικό μοντέλο, μέσα από το διαδίκτυο.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι οι κλινικοί νοσηλευτές είναι επιφορτισμένοι να δράσουν στα πλαίσια του μοντέλου αυτού, παρακινώντας και τους υπόλοιπους νοσηλευτές στη δράση αυτή. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η νοσηλευτική βρίσκεται συνεχώς σε κλίμα αλλαγών, οι νοσηλευτές/τριες καλούνται να δράσουν κάτω από τις διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες και πολλές φορές να μην έχουν τη δυνατότητα, όπως κατέδειξε η έρευνα, να αναγνωρίσουν τους εαυτούς τους ως κλινικούς ηγέτες.

Συμπεράσματα: Η επιτυχία της άσκησης του σύγχρονου νοσηλευτικού ηγετικού ρόλου, στο πλαίσιο του μοντέλου αυτού, διασφαλίζεται με την γνώση, τις ικανότητες, την ηθική, την επικοινωνία, την ανθρώπινη συμπεριφορά και την έρευνα σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο.

9. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΥΠΟΘΕΡΜΙΔΙΚΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΜΕΙΩΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Φωτιάδου Έλενα, Κοτζακιουλάφη Εβελίνα, Κιριακίδου Ελίνα, Γουνιτσιώτη Ηρώ, Δημητρώλα Χαρίκλεια, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Απόστολος Ι. Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας & Μεταβολισμού, ΕΑΣΟ διαπιστευμένο Κέντρο Αντιμετώπισης Παχυσαρκίας (Centre for Obesity Management - COM), Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΡΑ

Εισαγωγή Η συμμόρφωση παχύσαρκων ασθενών σε προγράμματα διατροφικής παρέμβασης καταδεικνύει ότι όσο μεγαλύτερη συμμόρφωση τόσο υψηλότερο ποσοστό απώλειας βάρους.

Σκοπός Η αξιολόγηση και η σύγκριση της συμμόρφωσης παχύσαρκων ανδρών και γυναικών στη διατροφική παρέμβαση

με υποθερμιδικό διαιτολόγιο.

Υλικά και Μέθοδος Αξιολογήθηκαν 269 παχύσαρκοι ασθενείς (άνδρες 60, μέσος ΔΜΣ: άνδρες $40,9 \pm 8,2$, γυναίκες $38,9 \pm 7,8$) κατά την πρώτη επίσκεψη και μετά από ένα μήνα διατροφικής παρέμβασης. Η συμμόρφωση τους εκτιμήθηκε από την πιστή εφαρμογή του διαιτολογίου και την ικανοποίη-

ση που αισθάνθηκαν οι ίδιοι από την απώλεια βάρους και μετά από σύγκριση των ανθρωπομετρικών μετρήσεων στις δύο επισκέψεις.

Αποτελέσματα Η απώλεια βάρους βρέθηκε στατιστικά σημαντική τόσο στους άνδρες ($p < 0,001$, $-4,4 \pm 3,3 \text{ kg}$) όσο και στις γυναίκες ($p < 0,001$, $-3,0 \pm 2,8 \text{ kg}$), με μεγαλύτερη μείωση στους άνδρες ($p = 0,002$). Υπήρχε μια ισχυρή θετική συσχέτιση ($p < 0,001$) με την απώλεια βάρους και το πραγματικό ποσοστό απώλειας βάρους, τη διαφορά σωματικού βάρους όπως και ΔΜΣ. Ο κύριος λόγος για μειωμένη συμμόρφωση των γυναικών ήταν οι κοινωνικές υποχρεώσεις (26,5%), η επιθυμία για «απαγορευμένα» τρόφιμα (23,6%), ότι δεν ήταν ψυχολο-

γικά έτοιμες (12,4%) και το ωράριο εργασίας (9,8%). Ομοίως, οι άνδρες δεν ακολούθησαν πιστά το υποθερμιδικό διαιτολόγιο εξαιτίας των κοινωνικών υποχρεώσεων (22,8%), της λαχτάρας για «απαγορευμένα» τρόφιμα (17,4%) και του ωραρίου εργασίας (13%). Σύμφωνα με το βαθμό προσκόλλησης οι γυναίκες με μεγαλύτερη συμμόρφωση ($n = 67$) πέτυχαν μεγαλύτερη μείωση σωματικού βάρους ($-4,6 \pm 2,5 \text{ i}$) από τις μη (47 , $-1,3 \pm 2,8 \text{ kg}$) ή εν μέρει (95 , $-3,1 \pm 2,6$) συμμορφούμενες ασθενείς. Αυτό δεν ίσχυε για τους άνδρες.

Συμπέρασμα Η επιτυχής απώλεια βάρους και η αυτοικανοποίηση των ασθενών, ανεξαρτήτως φύλου, συσχετίσθηκε με μεγαλύτερη συμμόρφωση στην υποθερμιδική δίαιτα.

10. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Φωτιάδου Έλενα, Τζιοβάρα Ευριδίκη, Κοτζακιουλάφη Εβελίνα, Δημητρώλα Χαρίκλεια, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Απόστολος Ι. Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας & Μεταβολισμού, ΕΑΣΟ διαπιστευμένο Κέντρο Αντιμετώπισης Παχυσαρκίας (Centre for Obesity Management-COM), Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή Η απώλεια βάρους μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη, υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας σε παχύσαρκους ασθενείς και είναι μεγαλύτερη όταν η υποθερμιδική δίαιτα συνοδεύεται με αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

Σκοπός Αξιολόγηση της συσχέτισης της παχυσαρκίας με την ικανότητα τέλεσης απλών δοκιμασιών φυσικής κατάστασης σε παχύσαρκους ασθενείς.

Υλικά και Μέθοδος Δείγμα 30 παχύσαρκων ασθενών (9 άνδρες) με μέσο όρο ηλικίας $45,64 \pm 13,5$, μέσο ΔΜΣ $38,8 \pm 7,3 \text{ kg/m}^2$ και περίμετρο μέσης $123,05 \pm 17,8 \text{ cm}$ κλήθηκαν, στα πλαίσια της πρώτης τους επίσκεψης, να εκτελέσουν τεστ φυσικής κατάστασης (Chair sit 3Π11 Reach, Back Scratch, Chair Stand Test, δυναμόμετρο, 8 foot up & 9o 1ε1, 2min 818p in Place). Καταγράφηκαν ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά (βάρος, ύψος, περιφέρεια μέσης και ισχίων, δερματοπυκνική τρικεφάλου, περίμετρος βραχίονα) και ερωτηματολόγιο φυσικής δραστηριότητας (IPAQ).

Αποτελέσματα Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$) στη σύγκριση της πραγματικής με την βιολογική ηλικία των ασθενών σε όλα τα τεστ φυσικής δραστηριότητας όπως και με το ερωτηματολόγιο IPA. Στη σύγκριση του ΔΜΣ με τα επιμέρους τεστ βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με το Back Scratch ($p = 0,018$) και με το Chair Stand T831 ($p = 0,042$). Η σύγκριση της περιμέτρου μέσης με τα διάφορα τεστ φανέρωσε διαφορές, αλλά στατιστικά σημαντική ήταν μόνο με το Back Scratch ($p = 0,024$).

Συμπεράσματα Η βιολογική ηλικία των παχύσαρκων ασθενών φαίνεται να είναι σημαντικά μεγαλύτερη από την πραγματική τους. Είναι φανερό ότι το αυξημένο σωματικό βάρος μειώνει την ικανότητα εκτέλεσης απλών καθημερινών φυσικών δραστηριοτήτων ευκινησίας και ευλυγισίας, συμβάλλοντας στην έκπτωση της ποιότητας της καθημερινής τους ζωής. Η ελάττωση του βάρους δεν είναι μόνο θέμα εξωτερικής εμφάνισης αλλά και ζήτημα σωματικής και ψυχικής υγείας

11. ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΤΑΝ ΣΕ ΥΠΟΞΕΙΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ (DE QUERVAIN)

Ζήσης Χρήστος¹, Μαλακούδη Φωτεινή¹, Λιάμπας Ιωάννης¹, Μαρτίσα Δήμητρα¹, Μυλωνά Χαρίτιν¹, Λιάκος Βασίλειος³, Μπάλλα Χριστίνα², Μυλωνάς Στέφανος¹

1: Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Τρικάλων, 2: Ιδιώτης Νευρολόγος Τρίκαλα, 3:Ιδιώτης Ενδοκρινολόγος Τρίκαλα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Υποξεία θυρεοειδίτιδα είναι κοκκιωματώδους άσπης φλεγμονή του θυρεοειδούς αδένου, πιθανόν ιογενούς αιτιολογίας. Εμφανίζει τυπική κλινική εικόνα:

-Μέτριας \rightarrow ισχυρής έντασης πόνο \rightarrow ευαισθησία τραχήλου(90%)

-Υπερθυρεοειδικό σύνδρομο(ταχυκαρδία/εφίδρωση/τρόμος/απώλεια βάρους)

-Δεκατική πυρετική κίνηση

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση σπανίας περίπτωσης πυρετού άγνωστης αιτιολογίας-ύποπτου για κροταφική αρτηρίτιδα-σε υπερηλική ασθενή, στην οποία αν και απόντα το τραχηλικό

άλγος και τα σημεία υπερθυρεοειδισμού διαγνώστηκε υποξεία θυρεοειδίτιδα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα, 87ετών, νοσηλεύτηκε για διερεύνηση παρατεταμένου εμπύρετου ($\theta \leq 38,4 \text{ oC}$) με συνοδό γενικά συμπτώματα (κακουχία/κόπωση/αδυναμία/ανορεξία/μυαλγίες) από μηνός. Διαπιστώθηκε ήπια αναμία, τριψήφια-TKE και αυξημένη-CRP. Υποβλήθηκε σε περαιτέρω εργαστηριακό έλεγχο: ανοσολογικό/ δείκτες ηπατίτιδας/καρκινικοί δείκτες/Widal/Wright/Ra-test/anti-toxo/πλεκτροφόρηση-ανοσοκαθίλωση πρωτεϊνών/καλλιέργειες αίματος-ούρων/ούρα24ώρου για Bences-Jones/Rθθώρακος /USκοιλιάς/

USκαρδιάς/CTεγκεφάλου-θώρακος-AOK/Mantoux, χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Υποψία κροταφικής αρτηρίτιδας τέθηκε, επειδή:

-η ασθενής μετά την 7ημέρα νοσηλείας εμφάνισε έντονη επίμονη-διάχυτη καθημερινή κεφαλαλγία, ενίοτε εντοπισμένη στους κροτάφους.

-πληρούσε την πλειοψηφία των κριτήριων (ηλικία/πρωτοεμφανιζόμενη κεφαλαλγία/τριψήφια ΤΚΕ/ ευαισθησία κροτάφων)

-αποτελεί τη συχνότερη αιτία πυρετού άγνωστης αιτιολογίας(15-20%) σε ασθενείς ≥65ετών.

Όμως η ψηλάφηση των κροταφικών αρτηριών ήταν χωρίς σκληρία και με φυσιολογικές σφύξεις. Η ασθενής αρνήθηκε να υποβληθεί σε βιοψία. Ακολούθησε μαγνητική αγγειογραφία κεφαλής που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα κροταφικών αρτηριών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υποψία της υποξείας θυρεοειδίτιδας τέθηκε από:

-τη χαμηλή TSH (θυρεοειδικές ορμόνες/αντιθυρεοειδικά αντισώματα ήταν φυσιολογικά).

-την ηπιότατη ευαισθησία στη ψηλάφηση του θυρεοειδούς αδένου

-τα υπερηχογραφικά ευρήματα (αδένας→ανομοιογενής με οζώδεις αλλοιώσεις και φτωχή αγγείωση).

Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε από:

-την ελαχίστη πρόσληψη ραδιοφαρμάκου στο σπινθηρογράφημα-1131.

-την κλινικοεργαστηριακή ανταπόκριση (ύφεση πυρετού/ομαλοποίηση δεικτών φλεγμονής) στη χορήγηση PO-ακετυλοσαλικυλικής λυσίνης 2gr/24ωρο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Για την εφαρμογή της καταλληλότερης θεραπείας είναι απαραίτητη η σωστή διάγνωση, η οποία ενίοτε είναι δυσχερής και χρήζει εξαντλητικού ελέγχου. Αυτός συχνά προσκρούει στην άρνηση των ασθενών όταν προϋποθέτει χρήση επεμβατικών μεθόδων, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται το ιατρικό έργο.

12. Μελέτη της αντοχής στα αντιβιοτικά των στελεχών μικροβίων που απομονώθηκαν από καλλιέργειες αίματος κατά το 2017 των ασθενών Παθολογικής Κλινικής Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου.

Τσαπαρόπουλος Α.¹, Παπκιάνου Ε.¹, Μπέκτες Τ.¹, Γκίλτον Μ.¹, Αρσενά Α.², Παπαϊωάννου Α.², Παπαϊωάννου Μ.², Ζωγράφου Μ.¹, Κούτρας Χ.¹

1: Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ημαθίας (Μον. Βέροιας), 2: Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ημαθίας (Μον. Βέροιας)

Σκοπός: Η μελέτη της αντοχής των στελεχών μικροβίων που απομονώθηκαν από καλλιέργειες αίματος των ασθενών της Παθολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας).

Υλικό- Μέθοδοι: 288 καλλιέργειες αίματος αποκτήθηκαν από νοσηλευθέντες ασθενείς από Ιανουάριο έως Δεκέμβριο 2017. Θετικές καλλιέργειες βρέθηκαν σε 54 περιπτώσεις (18%). Η απομόνωση των μικροοργανισμών έγινε με το Bact/Alert 3D60 και η ευαισθησία στα αντιβιοτικά έγινε με το VITEK-2 Compact (Biomerieux).

Αποτελέσματα: Τα gram θετικά στελέχη μικροβίων που απομονώθηκαν ήταν: CoNS 9 στελέχη (5 Staph. epidermidis, 4 Staph. hominis), 1 Streptococcus pneumoniae, 1 Staph. aureus, 1 enterococcus faecium.

- St. aureus είναι ευαίσθητος στην οξαλλίνη (MSSA).
- Enter. faecium είναι ευαίσθητος στη βανκομυκίνη.
- Str. pneumoniae είναι ευαίσθητος στην αμπικιλίνη, στην αμοξικιλίνη/ κλαβουλανικό οξύ, στην κεφτριαξόνη και στις καρβαπενέμες

Η αντοχή στην οξαλλίνη παρατηρήθηκε στο 100% των CoNS MRS. Όλα τα gram θετικά μικρόβια που απομονώθηκαν ήταν ευαίσθητα στη βανκομυκίνη.

Από τα gram αρνητικά μικρόβια απομονώθηκαν: 14 στελέχη E.coli, 4 στελέχη Klebsiella pneumoniae, 3 στελέχη Acinetobacter baumannii και 2 στελέχη Proteus mirabilis. Από τα στελέχη E.coli το 60% είναι ESBL θετικά. Η ευαισθησία της Klebsiella pneumoniae είναι 100% στη γενταμυκίνη, στην τιγκεκυκλίνη ενώ παρουσιάζει αντοχή στα υπόλοιπα αντιβιοτικά του αντιβιογράμματος. Η ευαισθησία του Acinetobacter baumannii είναι 100% στην τιγκεκυκλίνη και 50% στην κολιμυκίνη ενώ στα υπόλοιπα αντιβιοτικά του αντιβιογράμματος υπάρχει αντοχή 100%. Τα στελέχη του Pr. mirabilis παρουσιάζουν αντοχή 100% σε όλα τα αντιβιοτικά του αντιβιογράμματος.

Συμπεράσματα:

1. Όλα τα CoNS παρουσιάζουν 100% αντοχή στην οξαλλίνη (MRS)
2. Όλα τα gram θετικά μικρόβια που απομονώθηκαν ήταν ευαίσθητα στη βανκομυκίνη
3. Το 60% των στελεχών E.Coli είναι ESBL θετικά
4. Τα στελέχη Kl. pneumoniae και Acinetobacter baumannii παρουσιάζουν υψηλή αντοχή
5. Τα στελέχη Pr. mirabilis παρουσίαζαν αντοχή 100% σε όλα τα αντιβιοτικά του αντιβιογράμματός τους.

13. ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΙΤΙΔΑ

Αθανασίου Παναγιώτης¹, Μπαντή Θεοδότα¹, Γεροδήμος Χαράλαμπος¹, Καμάς Αθανάσιος², Πατσιαούρα Καλλιόπη²

1 Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», 2 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή. Η ηωσινοφιλική περιτονίτιδα είναι σπάνιο ιδιοπαθές ινωτικό νόσημα που κλινικά εμφανίζεται με οξεία

επώδυνη πάχυνση του δέρματος και ιστολογικά χαρακτηρίζεται από ίνωση μυϊκής περιτονίας. Παρατηρείται απουσία φαι-

νομένου Raynaud's και απουσία προσβολής σπλαχνικών οργάνων. Είναι αγνώστου αιτιολογίας. Ενοχοποιούνται διάφοροι παράγοντες (γενετικοί, ανοσολογικοί, λοιμώξεις, κακώσεις, έντονη άσκηση, τοξικές ουσίες, φάρμακα) ή περιβαλλοντικοί παράγοντες. Συνδέεται με εναποθέσεις ανοσοσφαιρινών ή και συμπληρώματος στο δέρμα.

Σκοπός. Σκοπός ήταν η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με ηωσινοφιλική περιτονίτιδα.

Περιγραφή περίπτωσης. Ασθενής, άνδρας ηλικίας 75 ετών, με ιστορικό καρκίνου προστάτου, προσήλθε με από εξαμήνου πάχυνση του δέρματος, συμφομένου με τους υποκειμένους ιστούς, άνω κάτω άκρων, κορμού και κοιλίας με συνοδό κνησμό. Η νόσος σεβόταν τις άκρες χείρες, ενώ δεν παρατηρήθηκε φαινόμενο Raynaud's και περιτοματική ρυτίδωση. Το δέρμα στις προσβεβλημένες περιοχές παρουσίαζε εικόνα φλοιού πορτοκαλιού. Η CT θώρακος υψηλής ευκρίνειας έδειξε παχύνσεις μεσολοβίων διαφραγμάτων άμφω και ινώδη στοιχεία, ενώ η MRI αριστερού βραχιονίου έδειξε απουσία παθολογικού σήματος από τις απεικονιζόμενες μυϊ-

κές περιτονίες. Η βιοψία δέρματος μύος αριστεράς γαστροκνημίας και αριστερού αντιβραχίου έδειξε εστιακές περιαγγειακές φλεγμονώδεις διηθήσεις με ηωσινόφιλα και πολυμορφοκύτταρα και ήπιες περιαγγειακές λεμφοκυτταρικές αθροίσεις. Τέθηκε η διάγνωση της ηωσινοφιλικής περιτονίτιδας. Χορηγήθηκε μεθοτρεξάτη και μεθυλπρεδνιζολόνη. Παρατηρήθηκε βελτίωση της κλινικής εικόνας και μείωση της σκληρίας του δέρματος.

Συμπεράσματα. Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με ηωσινοφιλική περιτονίτιδα. Η διάγνωση της νόσου γίνεται με βιοψία δέρματος μύος. Τα κορτικοστεροειδή είναι η θεραπεία εκλογής, ενώ συμπληρωματικά μπορεί να χορηγηθεί η υδροξυκλωροκίνη και η μεθοτρεξάτη. Αυτόματη ύφεση παρατηρείται σε αρκετούς από τους ασθενείς, ενώ παρά τη θεραπεία η πάχυνση του δέρματος και οι συγκάμψεις των αρθρώσεων μερικές φορές επιμένουν. Στην περιγραφόμενη περίπτωση ο ασθενής ανταποκρίθηκε στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή και μεθοτρεξάτη.

14. ΓΑΓΓΡΑΙΝΩΔΕΣ ΠΥΟΔΕΡΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Αθανασίου Παναγιώτης¹, Τσακίριδης Παύλος¹, Γεροδήμος Χαράλαμπος¹, Κώτσιου Μαρία²

1 Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», 2 Μονάδα Υπερβαρικής Ιατρικής, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή. Το γαγγραινώδες πυόδεσμα είναι ελκωτική, γαγγραινώδης άσηπτη βλάβη που παρατηρείται σε ασθενείς με συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα. Η χρόνια μη βακτηριακή οστεομυελίτιδα είναι άσηπτη φλεγμονώδης οστεομυελίτιδα που παρατηρείται στα πλαίσια αυτοανώσων νοσημάτων.

Σκοπός. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με ρευματοειδή αρθρίτιδα που εμφάνισε γαγγραινώδες πυόδεσμα και ακολούθως άσηπτη μη βακτηριακή οστεομυελίτιδα που αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με ανοσοτροποποιητική αγωγή.

Περιγραφή περίπτωσης. Ασθενής, γυναίκα 55 ετών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, παρουσιάστηκε με νεκρωτικές βλάβες κάτω άκρων άμφω, έλκος ραχιαίας επιφάνειας AP άκρου ποδός, αρθρίτιδα ΔΕ γόνατος, πυρετό και συνοδό άλγος εντοπιζόμενο στα κάτω άκρα. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε ρευματοειδή παράγοντα αρνητικά, αντι-CCP αντισώματα αρνητικά, αιματοκρίτη 30.2%, αιμοσφαιρίνη 9.3 g/dl, λευκά αιμοσφαίρια 9050/mm³, ΤΚΕ 52 mm/h, CRP 5.8 mg/dl (ΦΤ <0.5 mg/dl), καλλιέργειες αίματος και υλικού ληφθέντος από τις βλάβες αρνητικές. Χορηγήθηκε πρεδνιζολόνη και κυκλο-

σπορίνη και η ασθενής υποβλήθηκε σε συνεδρίες υπερβαρικού οξυγόνου με αποτέλεσμα ύφεση όλων των βλαβών εκτός από το έλκος της άνω επιφάνειας AP άκρου ποδός. Μετά δίμηνο η ασθενής παρουσίασε και πάλι ολιγοαρθρίτιδα ΔΕ γόνατος και AP ΠΔΚ, έκθυση νέων νεκρωτικών φυσαλίδων AP κνήμης και οίδημα υποδορίου, διήθηση και έντονη ευαισθησία στην πίεση στην περιοχή της AP κνήμης, αιματοκρίτη 23.9%, αιμοσφαιρίνη 7.6 g/dl, ΤΚΕ 87 mm/h και CRP 21.2 mg/dl. MRI κνήμης έδειξε εικόνα οστεϊτίδας. Χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη σε ώσεις 1 g iv επί 3 ημέρες και έγινε μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών. Τέθηκε η διάγνωση της χρόνιας μη βακτηριακής οστεομυελίτιδας. Χορηγήθηκε περαιτέρω πρεδνιζολόνη, κυκλοσπορίνη και μεθοτρεξάτη με αποτέλεσμα ύφεση της βλάβης.

Συμπεράσματα. Το γαγγραινώδες πυόδεσμα είναι ελκωτική, γαγγραινώδης βλάβη του δέρματος που παρατηρείται σε ασθενείς με συστηματικά νοσήματα. Στην περιγραφόμενη περίπτωση η ασθενής αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ανοσοτροποποιητική αγωγή και συνεδρίες υπερβαρικού οξυγόνου.

15. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΓΓΕΙΟΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΗ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ

Ζήσης Χρήστος¹, Μαρτίσα Δήμητρα¹, Πετρούλακη Ελένη¹, Μυλωνά Χαριτίνα², Τσέτσιλα Γιαννούλα¹, Τάσιος Βάιος¹, Γατάς Ελένη³, Μυλωνάς Στέφανος¹.

1Β' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα, 2 Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 3Αιματολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα.

Εισαγωγή: Ως «αγγειοοίδημα» αναφέρεται η εμφάνιση οιδήματος λόγω εξαγγείωσης πλάσματος στον υποδόριο

ιστό του δέρματος(προσώπου/βλεφάρων/χειλέων) ή/και των βλεννογόνων(γλώσσας/σταφυλής/λάρυγγα/έντερου).

Ισταμινεργικό-αγγειοοίδημα (υπερέκκριση ισταμίνης, ανταπόκριση στη χορήγηση αντιισταμινικών/κορτιζόνης).

1.Σχετιζόμενο με κνίδωση:Αγγειοοίδημα με ή χωρίς κνιδωτικό εξάνθημα

2.Ιδιοπαθές

Μη-ισταμινεργικό-αγγειοοίδημα (υπερέκκριση βραδυκινίνης, ανθεκτικό σε κορτιζόνη/αντιισταμινικά).

1.Κληρονομικό:Λειτουργική/ποσοτική ανεπάρκεια αναστολέα C1-εστερασης(C1-INH).

2.Επίκτητο:Παραγωγή anti-C1-INH ή υπερκατανάλωσης C1-INH σε αυτοάνοσα ή λεμφοϋπερπλαστικά νοσήματα.

3.Οφειλόμενο στους αναστολείς-MEA(μετατρεπτικού-ενζύμου-αγγειοτασίνης)

4.Ιδιοπαθές

Σκοπός: Περιγραφή σπάνιας περίπτωσης εμφάνισης αγγειοοιδήματος σε έφηβη με λοιμώδη μονοκυρήνωση.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής, θήλυ, 14ετών, χωρίς ατομικό/οικογενειακό ιστορικό αγγειοοιδήματος, προσήλθε αιτιώμενη πυρετό, εμέτους και διάρροιας από 24ώρου, αδυναμία, καταβολή και ανορεξία από πενθημέρου. Κλινικά διαπιστώθηκε τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Στον αιματολογικό έλεγχο βρέθηκε λεμφοκυττάρωση, αυξημένη LDH, ήπια τρανσαμινασαιμία και στον υπέρηχοκοιλίας ήπια σπληνομεγαλία.

Τη 2η-ημέρα νοσηλείας εμφάνισε οίδημα βλεφάρων-προσώπου-χειλιών-γλώσσας, χωρίς συνοδό κνίδωση, μη

σχετιζόμενο με φάρμακα και μη-ανταποκριθέν στην χορήγηση αντιισταμινικών.

Ο περαιτέρω έλεγχος (ανοσολογικός/θυρεοειδικής λειτουργίας/ηπατίτιδων/HIV-test/anti-CMV/Widal/Wright/anti-Brucella/anti-Lesmania/ASTO/Mantoux/US καρδιάς/καλλιέργειεςκοπράνων,ούρων,αίματος/λεύκωμασορού&ούρων24ώρου) ήταν φυσιολογικός. Η CTθώρακος-AOK δεν ανέδειξε μεσοθωρακική/κοιλιακή λεμφαδενοπάθεια.

Αποτελέσματα: Την 5η-ημέρα νοσηλείας χορηγήθηκε κορτιζόνη, την 6η υποχώρησε ο πυρετός και την 8η το οίδημα. Τα ετερόφιλα αντισώματα(Monotest) και τα IgM-anti-EBV ήταν αυξημένα, ενώ ο C1-INH βρέθηκε οριακά ελαττωμένος. Μετά την παρέλευση μηνός, υπήρξε ορομετατροπή των αντισωμάτων έναντι του EBV, τα επίπεδα C1-INH επανήλθαν στο φυσιολογικό και το κλάσμα-C4 ήταν φυσιολογικό.

Συμπέρασμα: Ο EBV είναι ένας λεμφοτρόπος ιός, που έχει ενοχοποιηθεί για ενεργοποίηση κληρονομικού αγγειοοιδήματος, λεμφοϋπερπλαστικά νοσήματα και εκδηλώσεις αυτοανοσίας. Δεν υπάρχει, ωστόσο, καμία βιβλιογραφική αναφορά σύνδεσής του με επίκτητο αγγειοοίδημα. Αντίθετα περιγράφονται ελάχιστες περιπτώσεις συσχέτισης με ισταμινεργικό αγγειοοίδημα, οξεία και χρόνια κνίδωση. Στην ιατρική, η διάγνωση σπάνιων περιστατικών θα πρέπει επιπλέον να βασίζεται σε βιβλιογραφική επιβεβαίωση και όχι σε αυθόρμητα συμπεράσματα.

16. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Πετρούλακη Ελένη², Βασδέκη Δήμητρα², Παπαδάτος Σταμάτης², Δελγιάννης Γεώργιος², Μυλωνά Χαριτίνα², Μαρίτσα Δήμητρα², Μυλωνάς Στέφανος²

Προέλευση: Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

1: Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας Γ.Ν. Τρικάλων, 2: Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων

Εισαγωγή: Το σύνδρομο ινομυαλγίας ανήκει στα «σύνδρομα μεγεθύνσεως του πόνου» και στις «παθήσεις σχετιζόμενες με το stress», γιατί κατά κανόνα επιδεινώνονται με το stress, τη ψυχική και φυσική καταπόνηση. Η ινομυαλγία είναι σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από χρόνια διάχυτο μυοσκελετικό πόνο και ευαισθησία σε 11 από τα 18 επώδυνα σημεία. Η συχνότητά της κυμαίνεται μεταξύ 2-5% του πληθυσμού. Το 90% των ασθενών είναι γυναίκες ηλικίας 30-50 ετών. Το σύνδρομο καλοήθους υπερελαστικότητας-αρθρικής υπερκινητικότητας (ΚΣΥ) αποτελεί κλινική οντότητα που εκδηλώνεται με διάχυτο μυοσκελετικό πόνο, κόπωση, εκδηλώσεις από μαλακά μόρια και συνδετικό ιστό. Έχει βρεθεί υψηλότερο ποσοστό του ΚΣΥ σε ασθενείς με ινομυαλγία (30%).

Σκοπός: Η μελέτη της επίπτωσης του συνδρόμου ινομυαλγίας στους επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν Τρικάλων που έχουν ΚΣΥ.

Υλικό /Μέθοδος: Έγινε έλεγχος για το σύνδρομο ινομυαλγίας σε 60 εργαζόμενες γυναίκες του Γ.Ν. Τρικάλων με

βάση το Δείκτη Εξάπλωσης Πόνου (WPI) και την Κλίμακα Έντασης των Συμπτωμάτων (SS). Σύμφωνα με το Αμερικανικό Κολέγιο Ρευματολογίας για την διάγνωση της ινομυαλγίας πρέπει:

1. Να μην υπάρχει γνωστή παθολογία που ερμηνεύει τους πόνους

2 Τα συμπτώματα να είναι παρόντα τουλάχιστον για 3 μήνες

3. Δείκτης WPI ≥ 7 και SS ≥ 5 ή ii) Δείκτης WPI 3-6 και SS ≥ 9

Ο έλεγχος για ΚΣΥ έγινε με βάση τα αναθεωρημένα κριτήρια του Beighton του 1998.

Αποτελέσματα : Ασθενείς με ινομυαλγία και ΚΣΥ βρέθηκαν σε ποσοστό 28.5% (4 στους 14), συγκριτικά με υγιείς μάρτυρες (χωρίς ΚΣΥ) που το ποσοστό ήταν στο 17,4% δηλαδή 8 στις 46 εργαζόμενες.

Συμπεράσματα: Είναι πιθανόν να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ αυτών των δυο νοσολογικών οντοτήτων.

17. ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΥΠΕΡΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ (ΓΥΑ) ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Πετρούλακη Ελένη², Βασδέκη Δήμητρα², Παπαδάτος Σταμάτης², Δελγιάννης Γεώργιος², Μυλωνά Χαριτίνα², Κατσάνου Κωνσταντινιά², Μυλωνάς Στέφανος²

Προέλευση: Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

1: Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας Γ.Ν. Τρικάλων, 2: Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων

Εισαγωγή: Η γενικευμένη υπερελαστικότητα αρθρώσεων (ΓΥΑ) χαρακτηρίζεται από σημαντική αύξηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων εξαιτίας της υπερελαστικότητας των αρθρικών σχηματισμών. Το 4-13% του γενικού πληθυσμού έχει ΓΥΑ χωρίς αυτό να συνοδεύει συστηματικά νοσήματα ή να προκαλεί ενοχλήματα. Επίσης παρατηρείται σε συγγενή νοσήματα του συνδετικού ιστού (σύνδρομο Marfan, Ehlers Danlos, ατελής οστεογένεση), χρωμοσωμικά και γενετικά νοσήματα (σύνδρομο Down) και μεταβολικά νοσήματα (ομοκυ-

στινουρία / υπερλυσιναιμία).

Σκοπός: Η μελέτη επίπτωσης της ΓΥΑ στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Γ.Ν. Τρικάλων

Υλικό-Μέθοδος Έγινε έλεγχος για ΓΥΑ με το σύστημα Beighton σε 60 εργαζόμενες γυναίκες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του Γ.Ν. Τρικάλων με μέσο όρο ηλικίας τα 41έτη. Σε μια κλίμακα 9 σημείων για την υπερκινητικότητα των αρθρώσεων απαιτείται ένα σκορ 4 τουλάχιστον βαθμών για να θεωρηθεί ότι το άτομο έχει ΓΥΑ.

Κλίμακα του Beighton (9 σημείων)		
Σκορ: 1 βαθμός για κάθε πλάγιο του σώματος	Δεξιά	Αριστερά
1. Παθητική διάταση της 5ης ΜΚΦ ως τις 90ο		
2. Επαφή του αντίχειρα με την καμπτική επιφάνεια του αντιβραχίου		
3 Υπερέκταση του αγκώνα $\geq 10ο$		
4. Υπερέκταση του γόνατος $\geq 10ο$:		
Σκορ: 1 βαθμός		
5. Ο ασθενής μπορεί να φέρει σε επαφή τις παλάμες του με το δάπεδο κάμπτοντας τον κορμό με τα γόνατα σε έκταση		

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ότι 4 στις 60 εργαζόμενες γυναίκες του Γ.Ν.Τρικάλων, που μεταφράζεται σ' ένα ποσοστό 6,5%, πάσχει από γενικευμένη υπερελαστικότητα αρθρώσεων

Συμπεράσματα: Αρχικά ιδιαίτερη σημασία έχει η διάγνωση του ΓΥΑ από κάθε θεράποντα ιατρό. Αναγκαία θεωρείται

στη συνέχεια η ενημέρωση των ασθενών για τη φύση και την ευνοϊκή πρόγνωση της κατάστασης αυτής καθώς και συμβουλές για ρύθμιση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων για την αποφυγή τραυματισμών, καταπόνησης αλλά και ακινησίας των αρθρώσεων.

18. ANCA-ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN

Αθανασίου Παναγιώτης, Παντελίδης Δημήτριος, Γεροδήμος Χαράλαμπος
Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Πάυλος»

Εισαγωγή. Οι ANCA-αγγειίτιδες είναι συχνή αιτία σπειραματονεφρίτιδας σε ασθενείς ηλικίας >50 ετών. Είναι η συχνότερη αιτία ταχέως εξελισσόμενης σπειραματονεφρίτιδας. Μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιαδήποτε ηλικία αλλά η επίπτωσή της αυξάνει με την ηλικία.

Σκοπός. Σκοπός ήταν η περιγραφή περίπτωσης ANCA-αγγειίτιδας σε ασθενή με πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren.

Περιγραφή περίπτωσης. Ασθενής, γυναίκα ηλικίας 63 ετών, εμφανίστηκε με πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren, διαγνωσμένο με βάση θετική βιοψία σιελογόνων αδένων. Τα αντιπυρηνικά και τα αντι-CCP αντισώματα ήταν αρνητικά. Ένα έτος μετά τη διάγνωση η ασθενής παρουσίασε λευκωματουρία και αναμμία, με Ht και Hb 26.4% και 7.4 g/dl, αντί-

στοιχα. Δεν είχε άλλα συμπτώματα, αλλά η λευκωματίνη ούρων ήταν 604.8 mg/24h και η γενική ούρων ήταν αρνητική για κυλίνδρους ερυθρών. Περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος έδειξε pANCA θετικά, cANCA αρνητικά, αντιπυρηνικά αντισώματα αρνητικά. Η βιοψία νεφρού έδειξε παρουσία μπουσινιδίων σχηματισμών και ήταν συμβατή με την παρουσία εστιακής, τμηματικής μπουσινιδικής σπειραματονεφρίτιδας ανοσοπενικού τύπου αγγειοιδικής αιτιολογίας. Τέθηκε η διάγνωση pANCA-αγγειίτιδας περιορισμένης στο νεφρό σε ασθενή με πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren. Έγινε έναρξη θεραπείας ώσεως με κυκλοφωσφαμίδη 750 mg/m² iv άπαξ μηνιαίως. Ταυτόχρονα, χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη 48 mg/ημέρα, υδροξυκλωροκίνη 200 mg/ημέρα και τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθο-

ξαζόλη 800/160 mg 3 φορές εβδομαδιαίως από του στόματος. Η λευκωματουρία ανταποκρίθηκε στη θεραπεία και η λευκωματινή ούρων ελαττώθηκε σε 414 mg/24h μετά την πρώτη ώση κυκλοφωσφαμίδης, σε 392 mg/24h μετά τη δεύτερη, σε 167.2 mg/24h μετά την τέταρτη και σε 52 mg/24h μετά την έκτη ώση. Η αναμμία βελτιώθηκε, ενώ η γενική ούρων ήταν αρνητική για κυλίνδρους ερυθρών. Η ασθενής ήταν ασυμπτωματική και η μεθυλπρεδνιζολόνη ελαττώθηκε σταδιακά σε 4 mg/ημέρα.

Συμπεράσματα. Περιγράφεται περίπτωση ANCA-

αγγειίτιδας σε ασθενή με πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren. Πρόκειται για pANCA-αγγειίτιδα περιοριζόμενη στο νεφρό. Η ασθενής ανταποκρίθηκε στην κυκλοφωσφαμίδη. Η στο νεφρό περιοριζόμενη αγγειίτιδα μπορεί να αντιμετωπισθεί με κυκλοφωσφαμίδη, ριτουξιμάμπη ή mycophenolate mofetil και μεθυλπρεδνιζολόνη, της θεραπευτικής επιλογής εξαρτώνται από τη συνεργασία ασθενούς ιατρού. Η πρόγνωση είναι χειρότερη όταν ο τίτλος των ANCA αντισωμάτων τείνει να αυξηθεί.

19. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΧΩΡΙΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ – SYSTEMIC SCLEROSIS SINE SCLERODERMA

Αθανασίου Παναγιώτης, Κατσαβούνη Χαρούλα, Γεροδήμος Χαράλαμπος
Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή. Η συστηματική σκλήρυνση είναι σπάνια συστηματική νόσος που χαρακτηρίζεται από το σκληρόδερμα, δηλαδή την πάχυνση και σκλήρυνση του δέρματος ως μια από τις κύριες εκδηλώσεις της. Η νόσος έχει δύο κύριες μορφές, τη διάχυτη και την περιορισμένη. Η μορφή της νόσου που είναι γνωστή ως systemic sclerosis sine scleroderma είναι εξαιρετικά σπάνια και χαρακτηρίζεται από την ολική ή μερική απουσία δερματικών εκδηλώσεων ενώ παρατηρείται η προσβολή των εσωτερικών οργάνων και οι ορολογικές διαταραχές.

Σκοπός. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με συστηματική σκλήρυνση χωρίς δερματικές εκδηλώσεις.

Περιγραφή περίπτωσης. Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς, γυναίκας 74 ετών, που εμφανίστηκε με αρθρίτιδα των μικρών αρθρώσεων άκρων χειρών, φαινόμενο Raynaud's, κόπωση, χρόνιο βήχα, πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό, και συμπτώματα sicca. Η δοκιμασία Schirmer's ήταν θετική. Η ασθενής είχε επίσης οστεοπόρωση και ήταν υπό θεραπεία με denosumab. Τα αντιπυρηνικά αντισώματα ήταν θετικά 1/640, ο ρευματοειδής παράγων θετικός, τα anti-CCP αρνητικά, τα anti-Scl70 θετικά και τα anti-Ro θετικά. Εγινε CT θώρακος υψηλής ευκρίνειας που έδειξε πνευμονική ίνω-

ση, εικόνα μελισσοκηρύθρας και περιβρογχική πάχυνση. Η διαχυτική ικανότητα του πνεύμονα ήταν ελαττωμένη. Η τριχοειδοσκόπηση έδειξε τοπικές αιμορραγίες. Δερματικές αλλοιώσεις, όπως πάχυνση και σκλήρυνση του δέρματος δεν παρατηρήθηκαν. Τέθηκε η διάγνωση συστηματικής σκλήρυνσης χωρίς δερματικές εκδηλώσεις – systemic sclerosis sine scleroderma. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με αζαθειοπρίνη, πρεδνιζολόνη και υδροξυκλωροκίνη. Ωστόσο, η αζαθειοπρίνη διακόπηκε λόγω γαστρικών ενοχλημάτων. Μετά πάροδο πέντε μηνών η ασθενής εμφανίστηκε με επιδεινούμενη δύσπνοια, ελάττωση της διαχυτικής ικανότητας του πνεύμονα και σε CT θώρακος εικόνα μελισσοκηρύθρας και θολής υάλου. Χορηγήθηκε κυκλοφωσφαμίδη iv 1g/μήνα επί 6μηνω με αποτέλεσμα σταθεροποίηση της δύσπνοιας.

Συμπεράσματα. Περιγράφηκε η περίπτωση ασθενούς με συστηματική σκλήρυνση χωρίς δερματικές εκδηλώσεις που είναι σπάνια μορφή της νόσου και αποτελεί <5% των περιπτώσεων. Χαρακτηρίζεται από προσβολή εσωτερικών οργάνων, στην περιγραφόμενη περίπτωση του πνεύμονα. Η διάγνωση της συστηματικής σκλήρυνσης χωρίς δερματικές εκδηλώσεις είναι δύσκολη, ενώ οι ασθενείς παρουσιάζουν τα κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών με τη διάχυτη ή περιορισμένη μορφή της νόσου.

20. ΛΕΥΧΑΙΜΟΕΙΔΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Αθανασίου Παναγιώτης, Δεβετζή Ειρήνη, Γεροδήμος Χαράλαμπος
Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή. Η συστηματική νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα είναι αυτοφλεγμονώδες νόσημα που χαρακτηρίζεται από αρθρίτιδα, πυρετό και εξάνθημα. Η λευκοκυττάρωση στα πλαίσια της συστηματικής νεανικής ιδιοπαθούς αρθρίτιδας μπορεί να οφείλεται στη νόσο, σε συνυπάρχουσα πρωτοπαθή νόσο του αίματος ή στη λήψη κορτικοστεροειδών.

Σκοπός. Σκοπός ήταν η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς που εμφάνισε συστηματική νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα και λευχαιμοειδή αντίδραση.

Περιγραφή περίπτωσης. Ασθενής, κορασίδα, ηλικίας

15 ετών, προσήλθε με πυρετό και άλγος AP γόνατος από 2 εβδομάδων και ΔΕ ΠΧΚ από εβδομάδος. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αιματοκρίτης 38.1%, αιμοσφαιρίνη 12.7 g/dL, λευκά αιμοσφαίρια 25290/mm³, ΤΚΕ 90 mm/h, αιμοπετάλια 463000/mm³, CRP 14.9 mg/dL (ΦΤ <0.5 mg/dL), φερριτίνη 1027 ng/ml (ΦΤ 6-142 ng/ml). Το επίχρισμα περιφερικού αίματος έδειξε πολυμορφοπυρηνικό τύπο λευκών αιμοσφαιρίων με απουσία παθολογικών κυττάρων. Τέθηκε η διάγνωση συστηματικής νεανικής ιδιοπαθούς αρθρίτιδας και χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη 32 mg/d. Η ασθενής βελτι-

ώθηκε κλινικά και εργαστηριακά καθώς σε νέο έλεγχο η ΤΚΕ ήταν 36 mm/h, η CRP 5.8 mg/dL και η φερριτίνη 235 ng/ml. Ωστόσο, τα λευκά αιμοσφαίρια ήταν 48000/mm³, ουδετερόφιλα 93.6%. Μελέτη επιχρίσματος περιφερικού αίματος έδειξε πολυμορφοπυρηνικό τύπο λευκών αιμοσφαιρίων με απουσία παθολογικών κυττάρων ενώ ο έλεγχος για την ύπαρξη του χιμαιρικού γονιδίου BCR/ABL1 ήταν αρνητικός. Τέθηκε η διάγνωση λευχαιμοειδούς αντίδρασης λόγω χορήγησης κορτικοστεροειδών. Εγινε προσπάθεια μείωσης της δόσης των κορτικοστεροειδών αλλά η νόσος υποτροπίαζε μετά κάθε προσπάθεια μείωσης. Χορηγήθηκε canakinumab άπαξ μηνιαίως και η νόσος ελέγχθηκε.

21. ΣΥΝΔΡΟΜΟ FELTY ΜΕ ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Αθανασίου Παναγιώτης, Γάτσιου Μαρίνα, Γεροδήμος Χαράλαμπος
Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή. Το σύνδρομο Felty είναι σπάνια εκδήλωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (ΡΑ) που χαρακτηρίζεται από λευκοπενία και σπληνομεγαλία. Η πυλαία υπέρταση είναι σπάνια επιπλοκή του συνδρόμου Felty.

Σκοπός. Σκοπός της εργασίας ήταν η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με ΡΑ που εμφάνισε σύνδρομο Felty και συνοδό πυλαία υπέρταση.

Περιγραφή περίπτωσης. Ασθενής, γυναίκα 55 ετών, πάσχουσα από οροθετική ΡΑ με διάρκεια νόσου 14 έτη, προσήλθε με αδυναμία, καταβολή και άλγος αριστερού υποχονδρίου από τετραμήνου. Η ασθενής έπασχε επίσης από ιδιοπαθή αρτηριακή υπέρταση, νευροαισθητήριο βαρνηκό και είχε χειρουργηθεί προ τριμήνου για τη διόρθωση βλαισού μεγάλου δακτύλου δεξιού ποδός. Εμφάνιζε αρθρίτιδα μικρών αρθρώσεων χειρών, ΠΧΚ και γονάτων. Είχε αφαιρεθέντα ρευματοειδή οζίδια δεξιού αγκώνα. Είχε λάβει λεφλουνομίδη και πρεδνιζολόνη. Κλινικά εμφάνιζε ευαισθησία αριστερού υποχονδρίου και σπληνομεγαλία. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν λευκά αιμοσφαίρια 1390/mm³, αιμοπετάλια 159000/mm³, CRP 4.5 mg/dL (ΦΤ <0.5 mg/dL), C3 103 mg/dL, C4 11 mg/dL (ΦΤ 15-57 mg/dL). Εγινε CT άνω κοιλίας που ανέδειξε σπληνομεγαλία και αιμαγγείωμα σπληνός,

Συμπεράσματα. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με συστηματική νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα που εμφάνισε λευχαιμοειδή αντίδραση μετά χορήγηση κορτικοστεροειδών. Η λευχαιμοειδής αντίδραση επί συστηματικής νεανικής ιδιοπαθούς αρθρίτιδας μπορεί να έχει ποικίλη αιτιολογία, μεταξύ άλλων και τη συνύπαρξη λευχαιμίας. Ωστόσο, ο κυτταρογενετικός έλεγχος ήταν αρνητικός για την ύπαρξη λευχαιμίας. Η ελάττωση της δόσης κορτικοστεροειδών βελτίωνε την εικόνα των λευκών αιμοσφαιρίων, αλλά η νόσος υποτροπίαζε. Η νόσος ελέγχθηκε με τη χορήγηση του αναστολέα της ιντερλευκίνης-1β canakinumab.

ενώ το μυελόγραμμα έδειξε αυξημένη κυτταροβρίθεια, ερυθρά σειρά 29% χωρίς δυσπλαστικές αλλοιώσεις, λευκή σειρά 68% με καλή ωρίμανση χωρίς δυσπλαστικές αλλοιώσεις. Εγινε MRI κοιλίας που έδειξε διεύρυνση σπληνοπυλαίου άξονα, εύρος πυλαίας φλέβας 15 mm και σπληνικό έμφρακτο οπίσθιας επιφάνειας σπληνός. Χορηγήθηκε filgastrim, μεθυλπρεδνιζολόνη, κεφταζιδίμη και αμικασίνη για την αντιμετώπιση της λευκοπενίας. Μετά 10ήμερο διαπιστώθηκε βελτίωση της ουδετεροπενίας. Ακολούθως χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη 16 mg 2x1, κυκλοσπορίνη 50 mg 1x2, ασβέστιο και βιταμίνη D από του στόματος. Σε έλεγχο μετά 1 μήνα διαπιστώθηκε ελάττωση του μεγέθους της πυλαίας.

Συμπεράσματα. Παρουσιάστηκε περίπτωση ασθενούς με ΡΑ, σύνδρομο Felty και πυλαία υπέρταση. Το σύνδρομο Felty είναι σπάνια εκδήλωση της οροθετικής ΡΑ. Σπάνια επιπλοκή του συνδρόμου Felty είναι η πυλαία υπέρταση, που μπορεί να έχει σαν εκδήλωση αιμορραγία με κακή έκβαση. Στην παρουσιαζόμενη περίπτωση η ασθενής είχε καλή έκβαση μετά τη χορήγηση θεραπείας για την αντιμετώπιση της λευκοπενίας και ανοσοτροποιοπτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

22. ΟΖΩΔΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΟΣ

Ζήσης Χρήστος¹, Μαλακούδη Φωτεινή¹, Νακοπούλου Θεοφανώ², Μυλωνά Χαριτίνη¹, Τάσιος Βάιος¹, Αγγέλης Νικόλαος¹, Τσέτσιλα Ιωάννα³, Μυλωνάς Στέφανος¹

1. ΄Β Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Τρικάλων, 2. Ακτινολογικό τμήμα Γ. Ν. Τρικάλων, 3. Δερματολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Οζώδη Σκλήρυνση (νόσος του Bourneville) αποτελεί πολυσυστηματική γενετική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη πολλαπλών καλοπθών υπερπλασιών(όζων)- που είναι αμαρτώματα-στα περισσότερα όργανα του σώματος (εγκέφαλο/δέρμα/οφθαλμοί/καρδιά/νεφρά/πνεύμονες) και τα οποία με την πάροδο των χρόνων αβεστοποιούνται(σκληραίνουν). Έχει επιπολασμό 1:6.000 γεννήσεις. Οι πάσχοντες στη χώρα μας υπολογίζονται σε περίπου 2000.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μια σπάνιας νόσου με Παγκό-

σμια Ημέρα Ευαισθητοποίησης την 15η Μαΐου

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 34 ετών προσήλθε στο Νοσοκομείο Τρικάλων αιτιώμενη επίμονη ζάλη. Είχε προηγουμένως εξεταστεί από ωτορινολαρυγγολόγο που είχε διαγνώσει ίλιγγο. Κατά την επισκόπηση διαπιστώθηκε συμμετρικό βλατίδωδες εξάνθημα πρόσωπου (αγγειοίωματα/σμηγματογόνα αδενώματα), αραιές υπομελανωτικές κηλίδες κορμού, περιονυχίες υπερπλασίες (ονυχικά ινώματα) και αγγειοίωματα τριχωτού της κεφαλής. Από το ιστορικό προκύπτει

οζώδης σκλήρυνση γνωστή από τη παιδική ηλικία, χωρίς όμως ιατρική παρακολούθηση στην ενήλικη ζωή, με παρουσία πολλαπλών εγκεφαλικών οζιδίων (<1cm) και επεισόδια αυτομάτου πνευμοθώρακα

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η MRI εγκέφαλου έδειξε πολλαπλά υποεπενδυματικά και υποφλοιώδη οζίδια, καθώς και εξεργασία (30x20x12mm) στην κεφαλή του αριστερού κερκοφόρου πυρήνα με πιεστικά φαινόμενα πιθανόν υποεπενδυματικό γιγαντοκυτταρικό αστροκύτωμα (SEGA)

Επίσης διαπιστώθηκαν τα εξής:

-βυθοσκόπηση →αμάρτωμα αμφιβλοπυροειδούς αριστερού οφθαλμού.

-US & CTAOK→ αιμαγγείωματα και οζώδεις εστιακές υπερπλασίες(αμαρτώματα) ήπατος, πολλαπλές κύστεις και αγγειομυολιπώματα νεφρών πολυκυστικές ωσθήκες

-CTθώρακος →εμφυσηματικές κύστεις πνευμόνων

- διαθωρακικό-USκαρδιάς → μόρφωμα μυοκαρδίου δεξιάς κοιλίας ύποπτο για ραβδομύωμα

-σπινθηρογράφημα οστών → φυσιολογικό

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ριζική θεραπεία της νόσου. Είναι απαραίτητη η στενή παρακολούθηση των ασθενών για έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών. Η εξέλιξη της Γενετικής επιστήμης δημιουργεί αισιοδοξία για την ανάπτυξη νέων φαρμάκων με ελπιδοφόρα αποτελέσματα, όπως είναι το everolimus στο SEGA.

23. ΔΙΑΧΥΤΗ ΚΡΥΠΤΟΚΟΚΚΩΣΗ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Παυλίδου Μαρία, Νικοπούλου Άννα, Πασκαλής Γεώργιος-Χάρης, Παπαδήμος Γεώργιος, Θεοχαρίδου Χριστίνα-Χρυσάνθη, Γκόγκος Κωνσταντίνος
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η κρυπτοκόκκωση οφείλεται στο ζυμομύκητα κρυπτόκοκκο και η μπιγγοεγκεφαλίτιδα είναι η πιο συχνά εμφανιζόμενη εκδήλωσή της. Οι περισσότεροι ασθενείς με κρυπτοκοκκική μπιγγίτιδα είναι ανοσοκατασταλμένοι. Η κλινική εικόνα ποικίλει και τα πιο συχνά συμπτώματα είναι: κεφαλαλγία, πυρετός και διαταραχή του επιπέδου συνείδησης. Η διάγνωση στηρίζεται σε καλλιέργειες από πτύελα, αίμα, ΕΝΥ, ή δείγματα ιστών καθώς και ανεύρεση αντιγόνου *Cryptococcus* σε ορό και ΕΝΥ. Η θεραπεία ανάλογα με την ανοσολογική κατάσταση του ασθενούς και την έκταση της νόσου περιλαμβάνει: αντιμυκητιασική θεραπεία, διαχείριση της ενδοκράνιας πίεσης και μείωση της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού διάχυτης κρυπτοκόκκωσης σε ανοσοεπαρκή ασθενή.

Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για έναν άνδρα, ηλικίας 38 ετών με α/α: ψυχωτική συνδρομή ο οποίος προσήλθε λόγω εμπυρέτου από 15ημέρου, μείωση σωματικού βάρους, αναφερόμενου βήχα από έτους και διάχυτη λεμφαδενοπάθεια

από εξωτερικό απεικονιστικό έλεγχο. Από καλλιέργειες αίματος και ΕΝΥ, βιοψία μεσαλικού λεμφαδένα και οστεομυελική βιοψία τέθηκε η διάγνωση της διάχυτης κρυπτοκόκκωσης.

Αποτελέσματα: Ύφεση του εμπυρέτου δύο ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας και βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς. Ο έλεγχος για πιθανή υποκείμενη ανοσοκαταστολή ήταν αρνητικός. Ο ασθενής εξήλθε βελτιωμένος μετά από 45 μέρες νοσηλείας. Έκτοτε παρακολουθείται τακτικά και παραμένει ασυμπτωματικός, σε άριστη κλινική κατάσταση ενώ από επανάληψη απεικονιστικού ελέγχου εμφανίζει ελάττωση μεγέθους λεμφαδένων.

Συμπεράσματα: Η διάχυτη κρυπτοκόκκωση είναι μια κατάσταση που μπορεί να εμφανιστεί και σε ανοσοεπαρκή άτομα ωστόσο θα πρέπει πάντα να γίνεται έλεγχος για πιθανή υποκείμενη ανοσοκαταστολή. Λόγω της μακράς διάρκειας θεραπείας είναι αναγκαία η στενή και μακροπρόθεσμη παρακολούθηση των ασθενών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

24. Νεφρωσικό Σύνδρομο και Διατακτική Μυοκαρδιοπάθεια σε Late Presenter HIV(+). Παρουσίαση περίπτωσης και ανασκόπηση βιβλιογραφίας.

Μολλαγιουσούφογλου Σ., Ξανθοπούλου Α.Μ., Τερζή Ε., Κυργιαννάκη Β., Ουζουνάκης Π., Παναγόπουλος Π., Ματζέζος Ε.
Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο στόχος του ΠΟΥ (90-90-90) είναι να διαγιγνώσκονται εγκαίρως οι Άνθρωποι που Ζούν με το HIV (PLWHIV), πριν την εμφάνιση ανοσοκαταστολής. Έτσι αφενός η σύνδεσή τους με το σύστημα υγείας αφετέρου η άμεση έναρξη αγωγής θα περιορίσει την επιδημία. Late Presenter είναι ο κάθε ασθενής που διαγιγνώσκεται με καθυστέρηση (αριθμός T4 λεμφοκυττάρων < 350κ/ mm³)

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με Νε-

φρωσικό Σύνδρομο και Μυοκαρδιοπάθεια σε Late Presenter HIV(+) που διεγνώσθη και νοσηλεύτηκε στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άρρεν, 43 ετών MSM, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, κατά το τελευταίο 6 μηνό ανέφερε απώλεια βάρους και σταδιακά επιδεινούμενη δύσπνοια μόχθου. Εισήχθη σε Περιφερικό Γενικό Νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση όπου διαπιστώθηκε επιδείνωση της νεφρι-

κής και καρδιακής λειτουργίας και διεκομίσθη στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων ΠΓΝΑ. Κατά την εισαγωγή διαπιστώθηκαν υποξυγοναιμία με αμφοτερόπλευρες πλευριτικές συλλογές, ασκίτης, οιδήματα προσώπου και ζυμώδη οίδημα κάτω άκρων και οσχέου. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου η κρεατινίνη του ήταν 2.5 mg/dl ενώ οι αλβουμίνες ορού ήταν 1.8 g/dl. Λόγω βαριάς λεμφοπενίας εστάλη HIV test με επιβεβαίωση W-B. Ο ιός HIV προκαλεί εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση οδηγώντας σε νεφρωσικό σύνδρομο και ΟΝΑ,

ενώ η επίπτωση είναι 15% έναντι του 0.7% στο γενικό πληθυσμό, προκαλώντας επίμονη ή υποτροπιάζουσα μυοκαρδίτιδα. Με την άμεση έναρξη της αντιρετροϊκής αγωγής επιτεύχθηκε περιορισμός της νεφρικής και μυοκαρδιακής καταστροφής με αποτέλεσμα σταδιακή αποκατάσταση του GFR(>30), υπολευκωματιναιμίας, και Κλάσματος Εξώθησης από 20% σε 45%. Ο ασθενής 12 μήνες μετά είναι σε άριστη κλινική κατάσταση, με Κρεατινίνη ~ 1.7 mg/dl και Alb ~ 3,5g/dl σε HAART και ανταγωνιστή Ca, φουροσεμίδα και ελπρερενόλη

25. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ WEIL, ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ

Κοτσιαρή Χριστίνα, Σιδεράς Λάζαρος, Θεοχαρίδου Χριστίνα – Χρυσάνθη, Δεμπέλα Ελένη, Πασκαλής Γεώργιος – Χάρης, Παπαδήμος Γεώργιος, Σαχλά Ζαχάρω, Γκόγκος Κωνσταντίνος

Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η νόσος του Weil αποτελεί την πλέον σοβαρή εκδήλωση προσβολής από λεπτόσπειρες. Η νόσος παρουσιάζει παγκόσμια κατανομή και σχετίζεται με αγροτικές εργασίες και έκθεση σε μολυσμένα ύδατα ή ιστούς ζώων.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης νόσου του Weil με την σπάνια εκδήλωση κυψελιδικής αιμορραγίας και καλή ανταπόκριση στην χορήγηση στεροειδών.

Υλικό – Μέθοδος: Ασθενής, άνδρας 65 ετών, προσήλθε λόγω εμπυρέτου με ρίγος και μυαλγιών από τριών ημερών. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ίκτερος, χωρίς λοιπά αξιοσημείωτα ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκε αύξηση χολερυθρίνης, ηπατικών ενζύμων και κρεατινίνης και πτώση αιματοκρίτη και αιμοπεταλίων. Τα ανωτέρω ευρήματα σε συνδυασμό με το ιστορικό επαγγελματικής έκθεσης του ασθενούς σε τρωκτικά έθεσαν την υπόνοια λεπτοσπείρωσης, που επιβεβαιώθηκε με ορολογικό έλεγχο. Παρά την αντιβιοτική αγωγή ο ασθενής παρουσίασε επιδεινούμενη δύσπνοια μέχρι σοβαρού βαθμού αναπνευστικής ανεπάρκειας και αιμόπτυση. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε ει-

κόνα συμβατή με κυψελιδική αιμορραγία. Πέρα από τα υποστηρικτικά μέτρα ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση κορτιζόνης (πρεδνιζολόνη 1mg/kg).

Αποτελέσματα: Ο ασθενής εμφάνισε ταχεία άνοδο της τιμής των αιμοπεταλίων και βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας και της ακτινολογικής εικόνας των πνευμόνων. Σαν αποτέλεσμα εξήλθε από το νοσοκομείο οκτώ ημέρες αργότερα με φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο, ακτινογραφία θώρακος και χωρίς ανάγκη χορήγησης οξυγόνου, υπό οδηγίες για σταδιακή διακοπή της κορτιζόνης.

Συμπεράσματα: Η κυψελιδική αιμορραγία αποτελεί μια από τις πλέον θανατηφόρες επιπλοκές της νόσου του Weil, ωστόσο δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες για την αντιμετώπισή της. Συχνά χρησιμοποιούνται τα στεροειδή με την μορφή ώσεων. Εδώ περιγράφουμε μια περίπτωση άριστης ανταπόκρισης σε ένα διαφορετικό δοσολογικό σχήμα στεροειδών. Οριστικές απαντήσεις για την βέλτιστη αντιμετώπιση θα μπορούσαν να δοθούν μόνο από τυχαίοποιημένες μελέτες.

26. ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ IO EPSTEIN BARR ΣΕ ΝΕΟ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Μαραθωνίτης Αναστάσιος¹, Ρέντζιου Γιαννούλα¹, Γκαμάζ Σάμι¹, Γκιγκέλου Φιλιάνα¹, Γκολιοπούλου Αθηνά¹, Τσάφκα-Τσότσκου Φανή¹, Σαφλιάνης Ιωάννης¹, Κουρμπάνης Βασίλειος¹

¹ Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Η πρωτοπαθής λοίμωξη από EBV προκαλεί οξεία λοιμώδη μονοπυρήνωση, ένα αυτοπεριοριζόμενο συχνό σύνδρομο. Επιπλοκές από διάφορα συστήματα έχουν περιγραφεί.

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε επιπλεγμένη λοίμωξη από EBV σε νέο ανοσοεπαρκή ασθενή.

Υλικό & Μέθοδοι: Άνδρας ασθενής 32 ετών προσέρχεται λόγω εμπυρέτου έως 400 από 5ημέρου και φαρυγγαλγίας. Ατομικό ιστορικό: ελεύθερο. Από την κλινική εξέταση: ερυθρότητα παρίσθμιων, λοιπά κ.φ. Εργαστηριακός έλεγχος: λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, αναιμία νορμόχρωμη, νορμοκυτταρική, αυξημένα επίπεδα τροπονίνης.

Αποτελέσματα: Ελήφθησαν καλλιέργειες βιολογικών υγρών και εστάλη πλήρης έλεγχος διερεύνησης παρατεινόμενου εμπύρετου. Τέθηκε σε συνδυασμό αντιβιοτικής αγωγής με αμπικιλίνη-σουλβακτάμη, κλαριθρομυκίνη και οσελταμιβίρη χωρίς ύφεση συμπτωμάτων. Ανευρέθησαν θετικά Abs και θετική PCR ορού για EBV. Λόγω ήπιας κίνησης μυοκαρδιακών ενζύμων νοσηλεύτηκε στην μονάδα εμφραγμάτων όπου τέθηκε η υποψία μυοκαρδίτιδας. Την δωδέκατη μέρα νοσηλείας του παρουσιάσε βραδυψυχισμό, σύγχυση, αριστερή πυραμидική συνδρομή. Υπεβλήθη σε MRI εγκέφαλου (διάχυτη πρόσληψη σκιαγραφικής ουσίας από την λεπτή μήνιγγα) και ΟΝΠ (ΕΝΥ 155 κύτταρα, λεμφοκύτταρα 98%, μι-

κροβιακός-ορολογικός-μοριακός έλεγχος για βακτήρια, ιούς και σπειροχαιτή ευρέθησαν αρνητικά). Τέθηκε σε αγωγή με ακυκλοβίρη ως επί ιογενούς λοίμωξης ΚΝΣ. Λόγω αυξημένης φερριτίνης, υπερτριγλυκεριδαιμίας, μειωμένου ινωδογόνου τέθηκε κλινική υποψία αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου. Υπεβλήθη σε οστεομυελική βιοψία: φαγοκύτταρα στον μυελό των οστών χωρίς να στοιχειοθετείται πλήρως το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο. Χορηγήθηκε γ-σφαιρίνη και ώσεις με-

θυλπρεδνιζολόνης. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη με σταδιακή μείωση και κυκλοσπορίνη για 6 μήνες με ταχύτατη βελτίωση.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό επισημαίνει πως η λοίμωξη από EBV μπορεί να παρουσιάσει απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές και τονίζει την σημασία της έγκαιρης διάγνωσης τους προκειμένου να ξεκινήσει αμέσως η κατάλληλη θεραπεία.

27. ΟΞΕΙΑ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΤΥΦΛΩΣΗ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τσόκολα Έλενα¹, Ρούμπου Αφροδίτη¹, Σιρμιλιάντζε Τάμα², Κορδαλή Χριστίνα², Παπαϊωάννου Ιωάννα¹, Λαμπρόπουλος Ε. Χρήστος¹
1 Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας, Ναύπλιο, 2 Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας, Άργος

Εισαγωγή: Η οξεία τύφλωση αποτελεί σπάνια επιπλοκή αμφοτερόπλευρης οφθαλμικής ή κροταφικής βλάβης.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού.

Υλικό: Γυναίκα ηλικίας 80 ετών με τύφλωση και εμπύρετο.

Μέθοδος: Η ασθενής προσήλθε λόγω αιφνίδιας απώλειας όρασης, ενώ εκτελούσε οικιακή εργασία. Στο ΤΕΠ ήταν σε πλήρη εγρήγορση, καλά προσανατολισμένη σε χώρο-χρόνο. Κλινικά διαπιστώθηκε εμπύρετο (38.5οC) με ρίγος, ΑΠ=220/120mmHg, χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία. Στην οφθαλμολογική εξέταση διαπιστώθηκε πλήρης απώλεια οπτικών πεδίων, καλά φωτοκινητικά αντανάκλαστικά (άμεσο, έμμεσο) και φυσιολογική βυθοσκόπηση. Εργαστηριακά δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα (ΤΚΕ=14χιλ/ώρα). Έγινε υπερηχογράφημα καρδιάς (αποκλεισμός θρομβοεμβολικών επεισοδίων), CT εγκεφάλου και υπερηχογράφημα κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στην οσφυονωτιαία παρακέντηση δεν διαπιστώθηκαν κύτταρα.

Αποτελέσματα: Η ασθενής έλαβε τριπλή αντιμικροβιακή και αντιική αγωγή, ενδοφλέβια στεροειδή, αντιαιμοπεταλια-

κή και αντιπηκτική αγωγή. Με την χορήγηση αντιυπερτασικών η ΑΠ μειώθηκε γρήγορα στα φυσιολογικά επίπεδα. Ο πυρετός εμφάνισε ύφεση μετά το πρώτο 24ωρο. Έγινε MRI εγκεφάλου με ευρήματα ήπιας μικροϊσχαιμικής εγκεφαλοπάθειας που δεν μπορούσαν να δικαιολογήσουν την κλινική εικόνα.

Η οπτική οξύτητα άρχισε να αποκαθίσταται σταδιακά μετά τις πρώτες 6 ώρες. Δύο ημέρες μετά, έγινε επαναληπτική οφθαλμολογική εξέταση καθώς και οπτικά πεδία χωρίς ειδικές αλλοιώσεις. Έγινε νευρολογική εκτίμηση όπου η οξεία τύφλωση αποδόθηκε σε οξεία σύγχυση λόγω εμπύρετου. Η ασθενής εξήλθε άπυρετη με σχεδόν πλήρη αποκατάσταση της όρασής της.

Συμπεράσματα: Η οξεία αμφοτερόπλευρη τύφλωση μπορεί σπανίως να αποτελέσει επιπλοκή ενός συγχετικού επεισοδίου, μια επιπλοκή που συνήθως έχει καλή πρόγνωση, εφόσον όλος ο κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος είναι φυσιολογικός.

Σε αυτές τις περιπτώσεις η διάγνωση τίθεται εξ αποκλεισμού.

28. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΨΕΥΔΟΜΟΝΑΔΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Πατιάκας Στέφανος, Τριανταφύλλου Γιώργος, Αθανασούλια Αναστασία, Μολδοβανιδου Κωνσταντινιά, Δεκίδης Χρήστος, Αιματολογικό, Ανοσολογικό και Βιοχημικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνηθεί η συχνότητα απομόνωσης στελεχών ψευδομονάδας σε σχέση με το είδος του καλλιεργούμενου βιολογικού υλικού και να καταγραφεί η αντοχή τους στα αντιβιοτικά.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν αναδρομικά 2730 καλλιέργειες που πραγματοποιήθηκαν τον τελευταίο χρόνο και αφορούσαν κάθε είδος κλινικού υλικού.

Οι καλλιέργειες έγιναν στα συνήθη θρεπτικά υλικά, η ταυτοποίησή τους πραγματοποιήθηκε με τη χρήση συστημάτων API, και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά σύμφωνα με οδηγίες της NCCLS και σε μηχανήμα Vitek της Biomerieux.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βρέθηκαν συνολικά 174 θετικές καλλιέργειες για ψευδομονάδα οι οποίες στην πλειοψηφία τους (96 περιπτώσεις) αφορούσαν ουρολοιμώξεις, ενώ αρκετά συχνά απομονώθηκε η ψευδομονάδα τόσο από καλλιέργειες τραυμάτων (22 περιπτώσεις), όπως επίσης

και από άλλες καλλιέργειες εκκρίματων (18 περιπτώσεις). Προσδιορίστηκε υψηλή αντοχή στα β-λακταμικά αντιβιοτικά, στην Amoxycillin+Clavulanic Acid (Augmentin) σε ποσοστό 93% (163 περιπτώσεις), στη Ceftriaxone 51%, στην Cefoxitine 47%, και από τις κινολόνες στην Ciprofloxacin 36%, ενώ από τις αμινογλυκοσίδες είχαμε την εξής αντοχή : Gentamycin 33%, Amikacin-Netelmicin 24%, και Tobramycin 20%. Τέλος, η αντοχή στην aztreonam και την imipenem ήταν 18% και 6% αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

α) Η επίπτωση των στελεχών ψευδομονάδας στο νοσοκομείο μας δεν θεωρείται ιδιαίτερα υψηλή (5,04%).

β) Ωστόσο, προκύπτει πως η αντοχή τους στα αντιβιοτικά διαρκώς αυξάνεται, γεγονός οπωσδήποτε ανησυχητικό, ιδιαίτερα μάλιστα, εάν λάβουμε υπόψη μας πως εντοπίστηκαν σε αρκετά μεγάλο ποσοστό (8%) πολυανθεκτικά στελέχη.

γ) Επιβάλλεται, συνεπώς, συνετής χρήση των διαθέσιμων αντιβιοτικών, δεδομένου μάλιστα ότι δεν προβλέπεται για

το άμεσο μέλλον η παρασκευή νέων αντιβιοτικών σκευασμάτων .

29. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΑΠΟ PLASMODIUM FALCIPARUM

Σαρβάνη Αναστασία¹, Μικρούδη Καλλιόπη¹, Παπαδημητρίου Αικατερίνη², Ματσαρίδου Ελένη¹, Μάντσου Ελένη¹, Κουλουρίδα Βασιλική², Τζατζάγου Γλυκερία¹

1Α΄ παθολογική κλινική Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, 2Βιοχημικό - ιολογικό - μικροβιολογικό εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

Εισαγωγή : Η ελονοσία είναι εμπύρετη παρασιτική λοίμωξη η οποία μεταδίδεται στον άνθρωπο από το θηλυκό κουνούπι του γένους Anopheles. Τα υπεύθυνα πλασμώδια είναι των ειδών Plasmodium falciparum , P. Vivax, P. malarie, P. ovale , P. knowlesi. Η επίπτωση της ελονοσίας σε παγκόσμιο επίπεδο μειώθηκε κατά 21% και το έτος 2016 καταγράφηκαν 216 εκατομμύρια κρούσματα. Η κλινική εικόνα ποικίλει από ασυμπτωματική, ήπια-μη επιπλεγμένη, έως σοβαρή νόσηση, δυννητικά θανατηφόρα.

Σκοπός : Η περιγραφή περιστατικού με οξύ εμπύρετο και η ανεύρεση πλασμοδίων εντός των ερυθροκυττάρων.

Υλικό και Μέθοδος : Άνδρας 44 ετών, Νιγηριανός, προσέρχεται στο ΤΕΠ λόγω εμπύρετου έως 39°C από τριήμερου, κυρίως απογευματινές ώρες. Συνοδός κακουχία, μυαλγίες. Αναφέρει πρόσφατο ταξίδι στη Νιγηρία και ιστορικό ελονοσίας προ πενταετίας. Από την κλινική εξέταση, τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο δε προέκυψαν αξιοση-

μείωτα ευρήματα.

Αποτελέσματα : Λόγω υψηλής κλινικής υποψίας για ελονοσία, ζητήθηκε μικροσκοπική εξέταση επιχρίσματος παχιάς σταγόνας όπου ανιχνεύτηκαν πλασμώδια. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κινίνη και δοξουκλίνη. Με εξέταση λεπτής σταγόνας, ταυτοποιήθηκε το είδος Plasmodium falciparum, που επιβεβαιώθηκε και με τη μέθοδο PCR. Η συμπτωματολογία υποχώρησε πλήρως.

Συμπεράσματα: Η Ελλάδα θεωρείται χώρα ελεύθερη ελονοσίας, ωστόσο θα πρέπει να υπάρχει επαγρύπνηση λόγω της μεγάλης μετακίνησης πληθυσμών, μεταναστών και ταξιδιωτών. Η κλινική εικόνα της ελονοσίας δεν είναι ειδική και εάν διαγνωστεί εγκαίρως και χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, η νόσος είναι ιάσιμη. Η ελονοσία λοιπόν, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με εμπύρετο οι οποίοι κατάγονται ή αναφέρουν πρόσφατο ταξίδι σε περιοχή ενδημική για ελονοσία.

30. ΝΟΣΟΣ ΕΞ ΟΝΥΧΩΝ ΓΑΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΥΠΟ ΦΙΝΓΚΟΛΙΜΟΔΗ

Τσιφά Αγγελική¹, Μαντζουράνη Μαρίνα¹, Λόντου Σταυρούλα-Παναγιώτα¹, Τριανταφύλλου Μαρία¹, Βιέρου Άννα-Μαρία¹, Ταμπάκη Μαρία¹, Χατζηδανιή Σεβαστιανός¹, Σκουλούδη Μαρίνα¹
1Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΛΑΙΚΟ», Αθήνα

Εισαγωγή: Η νόσος εξ ονύχων γαλής είναι συστηματική, συνήθως αυτοπεριοριζόμενη νόσος που οφείλεται στη Bartonella henselae. Μεταδίδεται μέσω δήγματος γαλής ή αμυχής εξ αυτής. Εκδηλώνεται με λεμφαδενοπάθεια, πυρετό, κακουχία, ενώ μπορεί να έχει και σπλαχνική εντόπιση. Η διάγνωση τίθεται από το ιστορικό και την ανεύρεση θετικών αντισωμάτων στο αίμα ή από την ιστολογική εξέταση προσβεβλημένου λεμφαδένα.

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης νόσου εξ ονύχων γαλής σε ασθενή με ιστορικό πολλαπλής σκλήρυνσης υπό φινγκολιμόδη.

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα 40 ετών με πυρετό έως 38,5 °C, κακουχία και διόγκωση των ΔΕ υπογονάτιων λεμφαδένων από δεκαπενθήμερου. Τις τελευταίες μέρες εμφανίζει ύφεση της λεμφαδενοπάθειας. Κλινικά, εκτός από μία εμφανή βλάβη στο κάτω χείλος μετά από αναφερόμενο δήγμα γαλής και ήπιας λεμφαδενοπάθειας, δεν διαπιστώθηκε οργανομεγαλία, ή προσβολή του ΚΝΣ. Από τον εργαστηριακό έλεγ-

χο διαπιστώθηκε ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναμία (Hgb: 10,8g/dl), λεμφοπενία και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (ΤΚΕ: 90mm, CRP: 62.40 mg/L). Βάσει του ιστορικού και της κλινικής εικόνας εστάλη έλεγχος με αντισώματα για Bartonella henselae ενώ παράλληλα έγινε διακοπή της φινγκολιμόδης από το θεράποντα νευρολόγο λόγω του αιματολογικού της προφίλ.

Αποτέλεσμα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε τίτλο αντισωμάτων για Bartonella henselae IgM 1:160 και IgG 1:64. Η ασθενής έλαβε αγωγή με κλαριθρομυκίνη για 7 ημέρες με συνεπακόλουθη ύφεση του εμπύρετου, εξαφάνιση της λεμφαδενοπάθειας και της βλάβης στο κάτω χείλος με παράλληλη αποκατάσταση των παθολογικών εργαστηριακών ευρημάτων.

Συμπέρασμα: Η διάγνωση της νόσου εξ ονύχων γαλής μπορεί να επιτευχθεί ταχέως με τη λήψη σωστού ιστορικού, που θα αποτρέψει το θεράποντα ιατρό από περιττό εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο.

31. ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΒΡΟΥΚΕΛΛΑΣ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΗ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ

Ζήσης Χρήστος¹, Βασδέκη Δήμητρα¹, Πετρουλάκη Ελένη¹, Μαρίτσα Δήμητρα¹, Γκόγκος Γεώργιος¹, Μυλωνά Χαριτίνα¹, Τάσιος Βάιος¹, Γατσά Ελένη², Μυλωνάς Στέφανος¹

1) Β' Παθολογική κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα, 2) Αιματολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Η βρουκέλλωση αποτελεί λοιμώδη νόσο που μεταδίδεται κυρίως μέσω άμεσης επαφής με μολυσμένα ζώα (αιγοπρόβατα/βοοειδή/χοίρους) ή κατανάλωσης μολυσμένων ζωικών προϊόντων. Σπάνια η μόλυνση μπορεί να συμβεί αερογενώς, με εισπνοή μολυσμένου αερολύματος σε εργαζόμενους κτηνιατρικών και ιατρικών εργαστηρίων.

Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού όπου η διερεύνηση εμμένουσας λευκοπενίας μετά από οξύ εμπύρετο, οδήγησε στη διάγνωση βρουκέλλωσης με επαγγελματική μετάδοση.

Υλικό-μέθοδος: Ασθενής 43 ετών, εργαζόμενη ως βοηθός μικροβιολόγου στο ΓΝ Τρικάλων, προσήλθε αιτιώμενη εμπύρετο έως 38 και αίσθημα κακουχίας από 3ημέρου, ενώ προηγουμένως είχε υποβληθεί σε αιματολογικό έλεγχο που έδειχνε ήπια παγκυταρροπενία, τρανσαμινασαιμία, αύξηση CRP & LDH. Κατά την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκε κάτι παθολογικό και η κλινικοεργαστηριακή εικόνα αποδόθηκε σε πιθανή ιογενή λοίμωξη. Εντός 5 ημερών υπήρξε πλήρης υποχώρηση της συμπτωματολογίας και με την παρέλευση του δεκαπενθήμερου οι παθολογικές εξετάσεις αίματος είχαν ομαλοποιηθεί, με εξαίρεση μια εμμένουσα ήπια λευκοπενία. Έτσι η ασθενής υποβλήθηκε σε περαιτέρω αιμα-

τολογικό έλεγχο (HbsAg/anti-HCV/anti-HIV/Monotest/Widal/anti-toxo/ANA /anti-DNA/anti-ENA), Mantoux και απεικονιστικό έλεγχο (ακτινογραφία θώρακος και υπερηχογράφημα κοιλίας) που ήταν αρνητικός. Τα anti-CMV και anti-EBV έδειχναν παλιά λοίμωξη.

Αποτελέσματα: Η υποψία της οξείας βρουκέλλωσης τέθηκε από την θετική Rose-bengal που έχει όμως χαμηλή ειδικότητα. Ενισχύθηκε από το γεγονός ότι η ασθενής εργαζόταν στο τμήμα καλλιέργειας του μικροβιολογικού εργαστηρίου, ενώ δεν αναφέρει επαφή με ζώα ή κατανάλωση μη παστεριωμένων γαλακτοκομικών. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε από την θετική Wright (τίτλος 1/320) και τα αυξημένα IgM-αντισώματα έναντι της βρουκέλλας (>100 IU/ml). Προς αποφυγή πιθανών υποτροπών χορηγήθηκε οξυκυκλίνη και σιπροφλοξασίνη για ενάμιση μήνα. Παρατηρήθηκε ορομετατροπή των αντισωμάτων και μείωση της Wright (1/40).

Συμπεράσματα: Στην ιατρική επιστήμη η προφανής διάγνωση δεν είναι πάντα η σωστή. Ενίοτε για αυτήν χρειάζεται τύχη, υψηλό ιατρικό ένστικτο και εμμονή στην διερεύνηση παθολογικών εξετάσεων (ακόμη και όταν ο εργαστηριακός έλεγχος έχει περιοριστεί εξαιτίας του κόστους).

32. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΕΡΙΑΜΥΓΔΑΛΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΣΗΣ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ

Ζήσης Χρήστος¹, Μαλακούδη Φωτεινή¹, Θεοδωρούλα Ευτέρπη¹, Ψύχου Χριστίνα², Ρουστάνης Αθανάσιος¹, Μυλωνά Χαριτίνα¹, Κατσάνου Κωνσταντίνος¹, Μυλωνάς Στέφανος¹

1. Β' Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Τρικάλων

2. Γενική Χειρουργική Κλινική Γ. Ν. Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η φαρυγγοαμυγδαλίτιδα της λοιμώδους μονοπυρήνωσης πολλές φορές είναι δύσκολο να διακριθεί από την στρεπτοκοκκική. Ενίοτε μπορεί να συνυπάρχουν. Το περιαμυγδαλικό απόστημα είναι μια επιπλοκή που εμφανίζεται κατά την αποδρομή της οξείας στρεπτοκοκκικής φαρυγγοαμυγδαλίτιδας. Πρέπει να διερευνάται όταν ο ασθενής μετά από σύντομη βελτίωση των συμπτωμάτων της αμυγδαλίτιδας εμφανίσει επιδείνωση, με υψηλό πυρετό, ρίγος, ετερόπλευρο άλγος τραχήλου -αντανάκλαση στο αυτί, δυσκαταποσία, σιελόρροια, σβώλωδη ομιλία και τριγμό γνάθου.

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή σπάνιας εμφάνισης περιαμυγδαλικού αποστήματος σε ασθενή που νοσούσε από λοιμώδη μονοπυρήνωση.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής-θήλυ 20ετών προσήλθε για κληιδώδες εξάνθημα μετά λήψης αμοξικιλίνης-κλαβουλανικού, που χορήγησε ωτορινολαρυγγολόγος για φαρυγγαλγία, εμπύρετο και τραχηλική διόγκωση. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε λευκωπό επίχρισμα αμυγδαλών, υπο-

γνάθια λεμφαδενική μάζα δεξιά και πολυάριθμοι μικροί λεμφαδένες στα οπίσθια τραχηλικά τρίγωνα αμφοτερόπλευρα. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε έντονη λεμφοκυττάρωση (διεγερμένα λεμφοκύτταρα), ήπια τρανσαμινασαιμία, αύξηση χολοστατικών ένζυμων και γαλακτικής αφυδρογενάσης. Στο υπερηχογράφημα κοιλίας διαπιστώθηκε σπληνομεγαλία. Τέθηκε η υποψία της λοιμώδους μονοπυρήνωσης, που επιβεβαιώθηκε από θετικό Monotest και αυξημένα αντισώματα IgM για EBV.

Η ασθενής μετά από παροδική βελτίωση επανήλθε μετά από μια εβδομάδα αιτιώμενη υποτροπή του πυρετού, έντονη φαρυγγαλγία, δυσκαταποσία και σιελόρροια

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Στην φαρυγγοσκόπηση διαπιστώθηκε επιπλέον προπέτεια της δεξιάς περιαμυγδαλικής περιοχής και έλξη της σταφυλής. Το Strep test ήταν θετικό και η ASTO πολύ αυξημένη (>2000 IU). Έγινε διαγνωστική παρακέντηση, διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος από ωτορινολαρυγγολόγο. Της χορηγήθηκε πολυήμερη αντιβιοτική αγωγή

(κεφαλοσπορίνη β-γενεάς).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η διάγνωση της φαρυγγοαμυγδαλίτιδας θεωρείται γενικά εύκολη, χρειάζεται όμως ιδιαίτερη προ-

σοχή στην προσέγγιση, διαφορική διάγνωση και θεραπεία, επειδή διάφοροι λοιμογόνοι παράγοντες προκαλούν παρόμοια κλινική εικόνα και ευρήματα στη φυσική εξέταση.

33. ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΤΑΝ ΑΡΧΙΚΑ ΩΣ ΑΜΙΓΩΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ζήσης Χρήστος¹, Βασδέκη Δήμητρα¹, Πετρουλάκη Ελένη¹, Λεβέντης Νίκος¹, Ψύχου Χριστίνα², Μυλωνά Χαριτίνα¹, Γούλας Βάιος³, Μυλωνάς Στέφανος¹

1) Β' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα, 2) Χειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα,

3) Ορθοπαιδική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Η αυτόματη βακτηριακή σπονδυλοδισκίτιδα (Α.Β.Σ.) αποτελεί βακτηριακή λοίμωξη της σπονδυλικής στήλης, η οποία εμφανίζεται χωρίς προηγηθέν τραύμα της σπονδυλικής στήλης ή προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση και χωρίς εμφανή πρωτοπαθή εστία λοίμωξης. Η επίπτωση της κυμαίνεται από 1/250.000 έως 1/100.000 ετησίως, αυξανόμενη τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της αύξησης της ενδοφλέβιας χρήσης φαρμάκων, του ανοσοκατασταλμένου πληθυσμού και της βελτίωσης των διαγνωστικών μεθόδων. Παρατηρείται συχνότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, με συχνότητα 3:1, συνήθως σε άτομα τρίτης ηλικίας με συνοδό ανοσοκαταστολή ή σακχαρώδη διαβήτη.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού Α.Β.Σ., που αντιμετωπιζόταν αρχικά ως αμιγώς ορθοπαιδικό περιστατικό.

Υλικό-μέθοδος: Ασθενής-θήλυ 80ετών με σακχαρώδη διαβήτη και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια προσήλθε στο Νοσοκομείο αιτιώμενη οξύ εμπύρετο (έως 38) και σύνοδο ρίγος. Από τα εργαστηριακά ευρήματα ανευρέθησαν αναιμία, λευκοκυττάρωση, τριψήφια ΤΚΕ και αυξημένη CRP. Ο έλεγχος με ακτινογραφία θώρακος-ΟΜΣΣ, υπερηχογράφημα κοιλίας, γενικής και καλλιέργειας ούρων ήταν αρνητικός. Από το ιστορικό προκύπτει επίμονη οσφυαλγία, δυσχέρεια βάδισης και μείωση κινητικότητας επιδεινούμενα από 20ημέρου, συμπτώματα για τα οποία επισκέφτηκε επανειλημμένα ορθοπαιδικό ιατρό που της

χορηγούσε παυσίπονα-αντιφλεγμονώδη αγωγή. Η μαγνητική τομογραφία MRI-ΟΜΣΣ, που αποτελεί εξέταση εκλογής για τις αλλοιώσεις της σπονδυλικής στήλης, ανέδειξε παρασπονδυλική μάζα, αποστήματα λαγονοψοίτη και επισκληρίδια επέκταση. Ο περαιτέρω έλεγχος με διαθωρακικό/διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς, Mantoux, Quantiferon, Ra-test, ANA, anti-DNA, anti-ENA, Widal, Wright, anti-βρουκέλλα, HLA-B27, ανοσοηλεκτροφόρηση και ανοσοκαθίζωση πρωτεϊνών, PSA, CEA, Ca19-9, ούρα 24ωρου για Bences Jones, ήταν αρνητικός.

Αποτελέσματα: Από τις αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε *Staphylococcus aureus*, ενώ δεν απαιτήθηκε η λήψη βιοψίας. Η θεραπευτική αντιμετώπιση ήταν συντηρητική με ενδοφλέβια αντιβίωση (σιπροφλοξασίνη-κλινδαμυκίνη) για 45 ημέρες και έπειτα από του στόματος για άλλες 90 ημέρες. Βελτίωση της κλινικής εικόνας παρατηρήθηκε τις πρώτες εβδομάδες, ενώ η αποκατάσταση των απεικονιστικών/εργαστηριακών ευρημάτων ήταν βραδεία.

Συμπέρασμα: Η Α.Β.Σ. αποτελεί μια ασυνήθη λοίμωξη που απαιτεί υψηλή υποψία και προσεκτική κλινικοεργαστηριακή αξιολόγηση, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και έπειτα την παρακολούθηση σε διάστημα μηνών για αποφυγή τυχόν υποτροπών.

34. Η ΟΞΕΙΑ ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ. Η ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Πετρουλάκη Ελένη², Βασδέκη Δήμητρα², Παρδάλη Βαία², Οικονόμου Δημήτριος², Μυλωνά Χαριτίνα², Κελεπούρης Ζήσης², Μυλωνάς Στέφανος²

Πρόέλευση: Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

1: Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Τρικάλων, 2: Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων

Εισαγωγή: Η τοξοπλάσωση αποτελεί συστηματική, παρασιτική ασθένεια που προκαλείται από το πρωτόζωο *Toxoplasma gondii*. Στην επίκτητη μορφή, η μόλυνση γίνεται με την κοπρανοστοματική οδό και στους ανοσοεπαρκείς είναι συνήθως ασυμπτωματική, σπάνια είναι συμπτωματική και συνήθως δε απαιτείται θεραπεία.

Σκοπός: Είναι η παρουσίαση περιστατικού οξείας τοξοπλάσωσης σε ασθενή που προσήλθε στο τμήμα επειγόντων λόγω εμπύρετου και γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας ως παραπομπή για διενέργεια βιοψίας προς αποκλεισμό πιθανού λεμφοϋπερπλαστικού νοσήματος.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής γυναίκα ηλικίας 83ετών εμ-

φανίστηκε με από μόνος δεκατική πυρετική κίνηση, αδυναμία, κακουχία και απώλεια βάρους. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν διογκωμένοι λεμφαδένες στον τράχηλο, στη δεξιά μασχαλιαία κοιλότητα και στις βουβωνικές χώρες άμφω. Στον αιματολογικό έλεγχο υπήρχε αναστροφή του τύπου των λευκών, αυξημένη ΤΚΕ, CRP, LDH και υπεργαμμασφαιριναιμία. Στο απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε επιπλέον μεσοθωρακική και οπισθοπεριτοναϊκή λεμφαδενοπάθεια. Ο υπόλοιπος έλεγχος ήταν αρνητικός.

Αποτελέσματα: Η υποψία της τοξοπλάσωσης τέθηκε από το γεγονός της ύπαρξης οικοσίτων γάτων. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με την ανεύρεση υψηλών τίτλων IgM και IgG αντι-

σωμάτων για τοξόπλασμα και την ορομετατροπή με τον τετραπλασιασμό των IgG εντός μηνός (168→755 IU/ml). Εξαιτίας του παρατεινομένου κλινικού συνδρόμου αποφασίστηκε η χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής. Λόγω αλλεργίας στις σουλφοναμίδες, χορηγήθηκε αρχικά μονοθεραπεία με κλινδαμικίνη αλλά η ασθενής εμφάνισε αλλεργικό εξάνθημα οπότε τελικά χορηγήθηκε κλαριθρομυκίνη για 1 μήνα. Η ασθενής κα-

τέστη απύρετη, ασυμπτωματική.

Συμπεράσματα: Η διερεύνηση παθήσεων των λεμφαδένων αποτελεί ένα διαγνωστικό γρίφο που δοκιμάζει κάθε κλινικό ιατρό. Ο χρόνος διενέργειας της βιοψίας αποτελεί μια από τις πιο δύσκολες αποφάσεις. Ίσως θα πρέπει αρχικά να εξαντληθούν όλες οι αναίμακτες μέθοδοι διερεύνησης πριν την εφαρμογή επεμβατικών μεθόδων.

35. ΕΚΘΕΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ

Λαζαρίδης Γεώργιος, Ξανθοπούλου Άννα-Μαρία, Βεντούρη Σαραντούλα, Λεμονάκης Νικόλαος, Χαράνα Αικατερίνη, Μαρτίνης Γεώργιος, Κωνσταντινίδης Θεόδωρος, Μαλτέζος Ευστράτιος
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου (Φορέας Αλεξανδρούπολης)

Εισαγωγή: Στους 35 περίπου εκατομμύρια εργαζόμενους Υπηρεσιών Υγείας παγκοσμίως εκτιμάται ότι συμβαίνουν ετησίως 3 εκατομμύρια εκθέσεις σε αιματογενώς μεταδιδόμενα παθογόνα, ενώ υπολογίζεται ότι οδηγούν σε 66.000, 16.000 ή 1.000 λοιμώξεις από HBV, HCV ή HIV αντιστοίχως.

Σκοπός: Ανάλυση εργατικών ατυχημάτων έκθεσης σε αιματογενώς μεταδιδόμενα παθογόνα σε διάστημα 8 ετών (2007 - 2014) σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.

Υλικό - Μέθοδος: Αναλύθηκαν τα δεδομένα από τα Έντυπα Δήλωσης εργατικού ατυχήματος που κατατέθηκαν στον αρμόδιο ιατρό.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 404 εργατικά ατυχήματα σε 280 γυναίκες και 124 άνδρες. Η ηλικιακή ομάδα με τη συχνότερη έκθεση ήταν αυτή των 30-40 ετών (45,79%). Τα περισσότερα ατυχήματα καταγράφηκαν στο Νοσηλευτικό προσωπικό (32,92%), ενώ το υψηλότερο ποσοστό διαπιστώθηκε στον Παθολογικό Τομέα (41,09%). Ποσοστό 18,32% των

τραυματισμών έγινε κατά την αιμοληψία, ενώ συχνότερη αιτία ήταν λανθασμένοι χειρισμοί του εργαζομένου (39,11%). Το 89,11% των περιπτώσεων αφορούσε διαδερμικό τραυματισμό. Στο 16,84% των πηγών έκθεσης υπήρχε οροθετικότητα σε έναν τουλάχιστον από τους ελεγχθέντες ιούς. Το 74,75% των εκτεθέντων ανέφερε πλήρη εμβολιασμό έναντι HBV. Κανένας από τους εκτεθέντες δεν εμφάνισε λοίμωξη. Η επίπτωση των εκθέσεων από το 2007 (έτος υψηλότερης επίπτωσης με 69 ατυχήματα) μέχρι το 2010 παρουσιάζει μείωση, ενώ μετά το 2012 εμφανίζει νέα μικρή αύξηση, χωρίς να φτάνει στα επίπεδα του 2007.

Συμπεράσματα: Τα ατυχήματα έκθεσης των εργαζομένων σε αιματογενώς μεταδιδόμενα παθογόνα είναι συχνά, αλλά δεν οδηγούν συνήθως σε λοίμωξη. Η συχνότερη αιτία έκθεσης είναι οι λανθασμένοι χειρισμοί των εργαζομένων. Παρατηρείται τάση μείωσης της ετήσιας επίπτωσης σε αιματογενώς μεταδιδόμενα παθογόνα.

36. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΑΘΙΑΣ (ΜΟΝΑΔΑ ΒΕΡΟΙΑΣ): ΕΘΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016

Πατουλιάς Δημήτριος¹, Κουτσούκης Αναστάσιος², Τζάκη Μαίρη¹, Διαμαντοπούλου Πολυξένη², Κοντοτάσιος Κωνσταντίνος¹, Δεληγιάννη Δέσποινα¹, Αμπεριάδου Παρασκευή^{1,3}, Κούτρας Χρήστος¹

1: Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας), Βέροια, 2: Νοσηλευτής ΓΝ Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας), Βέροια, 3: Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας, Αλεξάνδρεια

Εισαγωγή - Σκοπός: Η σημειακή καταγραφή επιπολασμού είναι ένας ταχύς τρόπος εκτίμησης του προβλήματος των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (ΝΛ). Στα πλαίσια της εθνικής σημειακής καταγραφής του επιπολασμού των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων και της κατανάλωσης αντιβιοτικών το 2016, μελετήσαμε το πρόβλημα των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων και της κατανάλωσης αντιβιοτικών στο Νοσοκομείο μας.

Υλικό- Μέθοδος: Η αναδρομική μελέτη περιελάμβανε 89 ασθενείς. 65 ασθενείς ήταν ηλικίας 55 ετών (73%). 47 ασθενείς είχαν μόνιμο ουροκαθετήρα (52.8%). 53 ασθενείς (59.6%) ελάμβαναν αντιβιοτικά, με μέσο όρο 1.5 αντιβιοτικό ανά ασθενή.

Αποτελέσματα: Νοσοκομειακές Λοιμώξεις διαπιστώθηκαν σε 7 ασθενείς, με τον επιπολασμό αυτών να ανέρχεται

στο 7.9%. Ο αριθμός των ΝΛ ήταν 8 (9%). Η κατανομή ήταν: 3 ουρολοιμώξεις (37.5%), 2 λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού (25%), 1 λοίμωξη ΓΕΣ (12.5%), 1 λοίμωξη κυκλοφορικού (12.5%) και 1 λοίμωξη εγχειρτητικού πεδίου (12.5%). Η επίπτωση των πολυανθεκτικών μικροβίων ήταν: Acinetobacter baumannii 1, E. coli 1 και Alcaligenes spp. 1. Δεν ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος σε υψηλό ποσοστό. Το ποσοστό αντιμικροβιακής θεραπείας μακράς διάρκειας > 1 ημέρα για χειρουργική προφύλαξη ήταν αυξημένο (51%).

Συμπεράσματα: Οι Νοσοκομειακές Λοιμώξεις έχουν υψηλή επίπτωση σε ασθενείς 3ης ηλικίας. Το ποσοστό των νοσηλευόμενων ασθενών που ελάμβαναν αντιβιοτικά είναι υψηλό. Το ποσοστό αντιμικροβιακής θεραπείας μακράς διάρκειας για χειρουργική προφύλαξη ήταν επίσης αυξημένο.

37. ΣΠΑΝΙΑ ΜΟΡΦΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΑΣΥΝΗΘΗΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Τζαβέλλα Κωνσταντίνα¹, Ott Roland¹, Schatke Winfried¹, Karimi Diana², Bogner Johannes³, Σαββόπουλος Χρήστος⁴, Χατζητόλιος Απόστολος⁴

1 Ινστιτούτο Γαστρεντερολογίας – Ιδιωτικό Ιατρείο, Μόναχο, Γερμανία, 2 Ινστιτούτο Παθολογοανατομίας, Μόναχο, Γερμανία, 3 Medizinische Klinik und Poliklinik IV der Ludwig-Maximilians-Universität, Μόναχο, Γερμανία, 4 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ

Παρουσίαση περιστατικού: Θήλυ ασθενής, 32 ετών, προσήλθε στο γαστρεντερολογικό ιατρείο με διάχυτο κοιλιακό άλγος και υδαρείς διαρροϊκές κενώσεις από 6ημέρου. Από το ατομικό ιστορικό της ασθενούς προκύπτει επεισόδιο πυώδους αμυγδαλίτιδας προ μηνός και έκτοτε η εμφάνιση επώδυνων ελκών στη στοματική κοιλότητα, που καθιστούσαν σχεδόν αδύνατη τη λήψη τροφής από το στόμα με αποτέλεσμα την απώλεια βάρους 10 κιλών. Επιπλέον, η ασθενής είχε παρουσιάσει προ 4μήνου επανειλημμένα επεισόδια υψηλού πυρετού με αρθραλγίες, η διερεύνηση των οποίων σε εξωτερικά ρευματολογικά ιατρεία πανεπιστημιακής κλινικής είχε καταλήξει σε λοιμώδη αιτιολογία. Λόγω συνεχιζόμενων αρθραλγιών η ασθενής εξακολουθούσε να λαμβάνει τακτικά μεταμιζόλη. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος που διενεργήθηκε στο γαστρεντερολογικό ιατρείο κατέδειξε στην ειλεοτυφλική βαλβίδα και στο τυφλό έως το σιγμοειδές μεγάλα (έως 15 mm) μεμονωμένα έλκη με οιδηματώδη όρια και παχιά κιτρινωπή επικάλυψη. Ελήφθησαν βιοψίες με ιστολογικά ευρήματα ακτινομυκτιάσης. Μετά τη λήψη του πορίσματος και λόγω επιδείνωσης της κλινικής εικόνας έγινε άμεση εισαγωγή της ασθενούς σε πανεπιστημιακή κλινική του Μονάχου. Στον εργαστηριακό έλεγχο ευρέθη ακοκκιοκυτταραιμία, το μυελόγραμμα κατέδει-

ξε ως αιτία τοξική βλάβη, προφανώς στο πλαίσιο χρόνιας λήψης μεταμιζόλης. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε στον υπέρηχο ηπατομεγαλία και στην CT θώρακος πυλαία και μεσοθωρακική λεμφαδενοπάθεια καθώς και πολλαπλά μικρά οζίδια στους πνεύμονες. Στην ασθενή χορηγήθηκε παράγοντας διέγερσης (CGSF) και αντιβίωση (Piperacillin, Tazobactam) με άμεση βελτίωση της κλινικής εικόνας. Περίπου 2 εβδομάδες μετά το εξιτήριο η ασθενής παρουσίασε ξανά αρθραλγίες ανθεκτικές σε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη οπότε και ετέθη σε αγωγή με Prednisolone 20 mg. Η περαιτέρω διερεύνηση έθεσε τελικά τη διάγνωση σαρκοειδωσης, η θεραπευτική αγωγή συμπληρώθηκε με μεθοτρεξάτη με άμεση ύφεση των αρθραλγιών.

Συμπέρασμα: Η ακτινομυκτίαση με τη μορφή ελκώδους κολίτιδας είναι σπάνια. Στην παρούσα περίπτωση εκδηλώθηκε στο πλαίσιο ανοσοκαταστολής με ακοκκιοκυττάρωση μετά από χρόνια λήψη μεταμιζόλης λόγω αρθραλγιών. Το αξιοσημείωτο είναι, ότι οι αρθραλγίες και ο υψηλός πυρετός, τα αρχικά συμπτώματα της ασθενούς, αποδείχθηκαν εκ των υστέρων ως πρώτη κλινική εκδήλωση σαρκοειδωσης, η διάγνωση της οποίας ετέθη τελικά 7 μήνες μετά τα πρώτα συμπτώματα.

38. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΙΚΤΕΡΟΥ ΑΠΟ ΜΕΘΙΜΑΖΟΛΗ

Κυρκασιάδου Μαρία¹, Ρέντζου Γιαννούλα¹, Σαλιίκη Αικατερίνη², Κουρμπάνης Βασίλειος¹, Ζάννης Νικόλαος³, Δαιμονάκου Μαρία⁴, Σαφλιάνης Ιωάννης¹

1 Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, Αθήνα, Ελλάδα, 2 Ενδοκρινολογική Μονάδα, Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα, Ελλάδα, 3 Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, Αθήνα, Ελλάδα, 4 Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Στη βιβλιογραφία, οι θειοναμίδες έχουν αναφερθεί σπάνια ως αίτιο βαριάς ηπατικής βλάβης.

Σκοπός: Σκοπός μας είναι η περιγραφή ενός περιστατικού που παρουσίασε σοβαρό χολοστατικό ίκτερο οφειλόμενο στη μεθιμαζόλη.

Υλικό-Μέθοδος: Γυναίκα 83 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω ικτερικής χροιάς δέρματος, κνησμού και υπερχρωσης ούρων. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται μη μεταστατικός καρκίνος ενδομπτρίου και υποκλινικός υπερθυρεοειδισμός λόγω πολυοζώδους βρογχοκήλης, για τον οποίο ελάμβανε 5mg μεθιμαζόλης/μέρα από 20ημέρου. Η ασθενής δεν ελάμβανε κανένα άλλο φάρμακο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκε υψηλή χολερυθρίνη καθ'υπεροχή άμεση, ALPγ-GT και αμινοτρανσφεράσες, κυρίως AST.

Αποτελέσματα: Η ασθενής παρέμεινε απύρετη σε όλη την διάρκεια της νοσηλείας της. Η μεθιμαζόλη διεκόπη άμεσα. Τα θυρεοειδικά αυτοαντισώματα ήταν αρνητικά και η θυρεοειδική λειτουργία φυσιολογική. Ο έλεγχος για: HAV,HBV,HCV, HIV,

EBV,CMV και άλλους ερπητοϊούς, πρωτοπαθή χολική κίρρωση, σκληρυντική χολαγγειίτιδα, αυτοάνοση ηπατίτιδα και σαρκοειδωση ήταν αρνητικές. Υπεβλήθη σε: υπερηχογράφημα ήπατος, μαγνητική τομογραφία, MRCP χωρίς αξιόλογα ευρήματα. Λόγω επιδείνωσης της χολόστασης διενεργήθηκε βιοψία ήπατος, η οποία έδειξε ενδοκυττάρια χολόσταση και λοβιακή ηπατίτιδα οφειλόμενη στο φαρμακευτικό παράγοντα που ελάμβανε. Δυο εβδομάδες μετά τη διακοπή του φαρμάκου, η ασθενής παρουσίασε προοδευτική βελτίωση της ηπατικής λειτουργίας και δεν παρουσίαζε πλέον κνησμό.

Συμπέρασμα: Εξ όσων γνωρίζουμε έχουν περιγραφεί λιγότερες από 30 περιπτώσεις χολοστατικού ίκτερου οφειλόμενου στη μεθιμαζόλη. Η ανεπιθύμητη αυτή ενέργεια δεν είναι δοσοεξαρτώμενη και ως μηχανισμός της πιθανολογούνται ανοσολογικοί μηχανισμοί, όπως οι αλλεργικές αντιδράσεις. Πρέπει πάντα να λαμβάνουμε υπόψη ότι ακόμη και μικρές δόσεις φαρμάκου μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή ηπατοτοξικότητα.

39. Συσχέτιση κλινικών φαινοτύπων της νόσου Crohn και μεταβολών της εντερικής χλωρίδας: Μια βιοπληροφορική προσέγγιση

N. Δόβρολης¹, I. Δρυγιαννάκης², E. Φιλίδου¹, A. Κανδολογιαννάκης¹, K. Αρβανιτίδης¹, I. Τέντες³, Γ. Κολιός¹, B. Βαλάτσας¹
1 Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, 2 Εργαστήριο Γαστρεντερολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, 3 Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός: Η σύσταση της μικροχλωρίδας των ασθενών με νόσο Crohn (NO) διαφέρει από αυτή των υγιών ατόμων. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η μεταγενομική διερεύνηση με υπολογιστικές μεθόδους της βιοποικιλότητας και μικροβιακών μεταβολικών διεργασιών στους τρεις κλινικούς φαινότυπους της NO.

Υλικά και Μέθοδοι:

Αναλύθηκαν αλληλουχίες ONA υπερμετάβλητων τμημάτων του γονιδίου του βακτηριακού 16S rRNA από δεδομένα ελεύθερης πρόσβασης σε 251 δείγματα κοπράνων ασθενών με NO (115 με τη φλεγμονώδη μορφή της νόσου- B1, 103 με τη στενωτική- B2 και 33 με τη διαιτηραίνουσα- B3) καθώς και 62 δείγματα φυσιολογικών μαρτύρων. Χρησιμοποιήθηκαν τα βιοπληροφορικά εργαλεία του πακέτου aIIME και πλατφόρμες στατιστικής ανάλυσης, όπως οι Calypso και STAM P.

Αποτελέσματα: Ανιχνεύθηκαν στατιστικά σημαντικές δια-

φορές στην ποσοτική και ποιοτική σύσταση της βιοποικιλότητας (α και β diversities) των ομάδων, με τους φυσιολογικούς μάρτυρες να έχουν την μεγαλύτερη ποικιλία πληθυσμών και τα δείγματα με στενωτικό φαινότυπο την μικρότερη (rarefied Chao1 test $p < 10^{-14}$). Περαιτέρω, βακτηριακά μεταβολικά μονοπάτια όπως τα bacterial invasion of epithelial cells, ροσπί Escherichia coli infection, shigellosis κ.α παρουσίασαν στατιστικά σημαντική αύξηση αφθονίας με διαφορές ανάμεσα στους NO φαινοτύπους και έναντι των φυσιολογικών μαρτύρων από 1500% ο ως 9600% (Turkey-Kramer post-hoc test). Συμπεράσματα:

Από την παρούσα in silico μελέτη, προκύπτει ξεκάθαρη διαφοροποίηση του μικροβιώματος, μεταξύ των κλινικών φαινοτύπων συμπεριφοράς της NO, που απαιτεί περαιτέρω in vitro και κλινική διερεύνηση για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων.

40. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΟΚΥΤΤΑΡΟΪΟ (CMV) ΚΑΙ ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ EBSTEIN BARR (EBV)

Ζήσης Χρήστος¹, Μαρτίσα Δήμητρα¹, Μαλακούδη Φωτεινή¹, Κατσάνου Κωνσταντίνα¹, Μυλωνά Χαριτίνα², Γατσά Ελένη, Μυλωνάς Στέφανος²

1 Β' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα., 2 Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 3 Αιματολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα.

Εισαγωγή: Ο κυτταρομεγαλοϊός(CMV) και ιός Epstein-Barr(EBV) ανήκουν στην ομάδα των ερπητοϊών και προκαλούν το σύνδρομο της λοιμώδους μονοκυρήνωσης. Μετά την πρωτολοίμωξη παραμένουν σε λανθάνουσα μορφή στα λεμφοκύτταρα. Σπάνια εμφανίζουν αναζωπύρωση σε καταστάσεις κυτταρικής ανοσοκαταστολής.

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται σπάνιες περιπτώσεις συλλοίμωξης από CMV και EBV -κυρίως σε παιδιά.

Επιπλέον, τα αντιγόνα τους μπορεί να εμφανίσουν διασταυρούμενες αντιδράσεις τόσο μεταξύ τους όσο και με άλλους ερπητοϊούς.

Σκοπός: Περιγραφή σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με άτυπο σύνδρομο μονοκυρήνωσης(με προέχουσα ήπια ηπατίτιδα) από πρωτολοίμωξη από CMV και ταυτόχρονη αναζωπύρωση λοίμωξης από EBV.

Υλικό-Μέθοδος: Γυναίκα 56ετών με αίσθημα κακουχίας-κόπωσης και καταβολής δυνάμεων από μηνός παραπέμφθηκε στο νοσοκομείο για διερεύνηση τρανσαμινασαιμίας(τιμές ορού τριπλάσιες των ανώτατων φυσιολογικών) και σπληνομεγαλίας-υπερηχογραφικά επιβεβαιωμένης. Επιπλέον, εμφάνιζε αναστροφή τύπου των λευκών, ήπια αναιμία-θρομβοπενία, υπεργαμμασφαιραιμία και υψηλή LDH.

Ο έλεγχος για ηπατίτιδες ήταν αρνητικός για B και C

(HbsAg/anti-Hbs/anti-core/anti-HCV) και υπέρ παλαιάς λοίμωξης για A. Η CTθώρακος-AOK επιβεβαίωσε την σπληνομεγαλία, χωρίς, όμως, ανεύρεση συνοδού λεμφαδενοπάθειας.

Ο υπόλοιπος έλεγχος:Mantoux/Monotest/anti-HIV1,2/Widal/Wright/anti-Broucella/ anti-Lesmania/anti-Toxo/ANA/anti-DNA/anti-ENA/ASMA/AMA/p-c-ANCA/anti-SLA/anti-LKM-1,2,3/χαλκός/σερουλοπλασμίνη/a1-αντιθρυψίνη) ήταν αρνητικός.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκαν υψηλοί τίτλοι IgM και IgG για CMV και ορομετατροπή αυτών-ευρήματα συμβατά με πρωτολοίμωξη. Επίσης, βρεθήκαν αυξημένα IgM-/IgG-anti-VCA για τον EBV με ακόλουθη διακύμανση των τιμών. Το Monotest ήταν αρνητικό και διαπιστώθηκε παρουσία anti-EBNA-IgG

Το 90-95% των ανθρώπων προσβάλλεται από τον EBV μέχρι την ενηλικίωση, πιθανότερη έτσι, θεωρείται η αναζωπύρωσή του, εξαιτίας παροδικής καταστολής της κυτταρικής ανοσίας από την οξεία-CMV-λοίμωξη.

Συμπεράσματα: Στην ιατρική, η επιτυχής διαγνωστική προσέγγιση εκτός από την κλινική εξέταση και την εργαστηριακή διερεύνηση-που ενίοτε περιλαμβάνει ειδικές ορολογικές αντιδράσεις-απαιτεί και την ορθή συνεκτίμηση και ερμηνεία όλων των δεδομένων από τον θεράποντα.

41. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΙΦΝΙΔΙΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΣΑΡΚΑ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΡΟΓΟΝΙΤΙΔΑΣ ΛΟΓΩ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΑΠΩΛΕΙΑ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΒΛΑΣΤΟΚΥΣΤΗ HOMINIS

Ζήσης Χρήστος¹, Μαρτίσα Δήμητρα¹, Μαρκοπούτη Ευανθία¹, Αγγέλης Νικόλαος¹, Βασδέκη Δήμητρα¹, Μυλωνά Χαριτίνα², Μούσια Μαρία³, Μυλωνάς Στέφανος¹.

1 Β' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα, 2 Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 3 Παθολογοανατομικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα.

Εισαγωγή: Η βλαστοκύστη-hominis είναι αναερόβιο πρωτόζωο αμφιλεγόμενης παθογονικότητας. Πολλοί αποβάλλουν το παράσιτο στα κόπρανα και είναι ασυμπτωματικοί. Έχει συσχετιστεί με:ευερέθιστο-έντερο/γαστρίτιδα/δυσπεψία/περιτονίτιδα/αιμορραγικές διάρροιες/αιμορραγική-πρωκτοκολίτιδα/υποτροπές ελκώδους-κολίτιδας(EK)/εντεροπάθεια-με-απώλεια-λευκώματος(EAL)/οίδημα-ανά-σάρκα και εξωεντερικέςεκδηλώσεις(κνίδωση/ πωσινοφιλία).

Η ΕΑΛ αποτελεί σπάνιο κλινικό σύνδρομο. Χαρακτηρίζεται από αυξημένη απώλεια πρωτεϊνών από τον εντερικό σωλήνα, με διπλό παθογενετικό-μηχανισμό:απώλεια λέμφου ή/και αυξημένη βλενογονική διαπερατότητα.

Υλικό-Μέθοδος: Γυναίκα, 42ετών με ιστορικό ευερέθιστου εντέρου, προσήλθε για εμμένον διαρροϊκό-σύνδρομο με πρόσμιξη αίματος/βλέννας από 10ημέρου. Οι αιματολογικές εξετάσεις έδειξαν βαριά σιδηροπενική-αναιμία, υποκαλιαιμία, υπομαγνησαιμία, χωρίς λευκοκυττάρωση, αυξημένους δείκτες-φλεγμονής ή διαταραχές ηπατικής-βιοχημείας. Η οροαντίδραση-Widal(για σαλμονέλλωση), η γενική/καλλιέργεια κοπράνων, η εξέταση αντισωμάτων έναντι yersinia-enterocolitica και η εξέταση για τοξίνη-κλωστρίδιου-difficile ήταν αρνητικές. Στην δακτυλική-εξέταση-ορθού(ΔΕΟ) βρέθηκε αίμα/αιμορροϊδοπάθεια.

Η διάρροια θεωρήθηκε λοιμώδους αιτιολογίας. Χορηγήθηκε ενδοφλέβια σιπροφλοξασίνη-χωρίς ανταπόκριση. Η ασθενής μεταγίστηκε με δύο μονάδες-συμπυκνωμένων-ερυθρών(ΜΣΕ). Έλαβε ενδοφλέβια-σιδηροθεραπεία.

Τη 2η-ημέρα νοσηλείας εμφάνισε οίδημα-ανά-σάρκα με αύξηση σωματικού-βάρους(ΣΒ) κατά 15kg. Υποβλήθηκε σε

αξονική-τομογραφία(AT)θώρακος-κοιλίας που απεικόνισε υπεζωκοτική συλλογή άμφω και ασκτική συλλογή.

Συμπληρωματικός έλεγχος αποκάλυψε βαριά υπολευκωματιναιμία,υποσφαιραιναιμία,χαμηλό φυλλικό-οξύ/B12 και παράταση χρόνου προθρομβίνης.

Περαιτέρω διερεύνηση(ολικές-πρωτεΐνες(ΟΠ)ούρων-24ωρου/άμεση-μικροσκοπήση&καλλιέργεια-γαστροδωδεκαδακτυλικού-υγρού/Μαντουχ/αντισώματα-για-κοιλιοκάκη APCΑ-για-αυτοάνοση,ατροφική-γαστρίτιδα/ θυρεοειδικές ορμόνες/πλήρης ανοσολογικός έλεγχος) ήταν αρνητική.

Η ενδοσκόπηση ανώτερου-κατώτερου πεπτικού ήταν φυσιολογική, πλην φλεγμονής σε κατιόν και ορθοσιγμοειδές(με ιστολογικά ευρήματα λεμφοκυτταρικής διήθησης).

Αποτελέσματα: Το σύνδρομο αποδόθηκε σε ΕΑΛ-κατόπι αποκλεισμού άλλων αιτιών υπολευκωματιναιμίας. Ενδοφλέβια χορήγηση λευκωματίνης/φουροσεμίδης οδήγησε σε υποχώρηση οιδήματος και συλλογών. Επί θετικής παρασιτολογικής-κοπράνων για βλαστοκύστη-hominis χορηγήθηκε μετρονιδαζόλη. Η διάρροια υφέθηκε. Μετά παρέλευση μηνός, η ασθενής παρέμενε ασυμπτωματική με αποκατάσταση ΣΒ, ΟΠορού και αιματοκρίτη.

Συμπεράσματα: Ασθενείς με έντονα συμπτώματα πρέπει να διερευνώνται για άλλα λοιμώδη αίτια. Προσεκτική αξιολόγηση συχνά αποκαλύπτει άλλο λοιμογόνο-παράγοντα. Οι υπόλοιποι-με εμμένουσα συμπτωματολογία-πρέπει να λαμβάνουν μετρονιδαζόλη για λοίμωξη από βλαστοκύστη-hominis. Η υπολευκωματιναιμία φαίνεται να αποτελεί χαρακτηριστικό λοίμωξης από το παράσιτο.

42. ΨΕΥΔΟΜΥΞΩΜΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΧΥΤΟ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

Ροδοθέου Ντάνια, Κωνσταντίνου Χάρης, Κίζη Ανθούλα, Λουκά Χρυσόστομος, Ολύμπιος Γιώργος, Αδάμαντου Μαγδαληνή, Ορθοδόξου Ανδρέας, Στυλιανού Ανδρέας
Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας

Εισαγωγή: Το ψευδομύξωμα περιτοναίου είναι μία σπάνια μορφή κακοήθειας. Η εκτιμώμενη επίπτωση ανέρχεται στα 1-2 περιστατικά/1.000.000/ έτος.

Περιστατικό: Άνδρας 74 ετών, προσήλθε στο ΤΑΕΠ του νοσοκομείου μας αιτώμενος διάχυτο, σταθερού χαρακτήρα, με σταδιακή επιδείνωση κοιλιακό άλγος. Δεν ανέφερε οποιοδήποτε συνοδό σύμπτωμα. Κατά την κλινική εξέταση η κοιλιά ήταν μαλακή, διατεταμένη και επώδυνη κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση με φυσιολογικούς εντερικούς ήχους. Σημαντικά σημεία ήταν οι ψηλαφητές μάζες που εντοπιζόνταν στο

αριστερό ημιμόριο της κοιλιακής χώρας και η διάχυτη αμβλύτητα κατά την επίκρουσή της. Η δακτυλική εξέταση ήταν φυσιολογική. Το υπερηχογράφημα κοιλίας ανέδειξε σημαντική ποσότητα ασκτικής συλλογής. Ακολούθησε παρακέντηση του ασκτικού υγρού με τα εξής αποτελέσματα: 1600 λευκοκύτταρα (λεμφοκύτταρα 75%, ουδετερόφιλα 10%, άλλα κύτταρα 15%) και κλίση αλβουμίνης (SAAG) <1,1. Η κυτταρολογική ανάλυση ήταν συμβατή με ψευδομύξωμα περιτοναίου. Στην αξονική τομογραφία κοιλίας ανευρέθηκε θολερότητα του επίπλου. Ακολούθησε γαστροσκόπηση χωρίς οποιαδήποτε πα-

θολογία, ενώ στην κολοноσκόπηση ανιχνεύθηκαν πολλαπλοί πολύποδες. Η βιοψία των πολυπόδων ήταν συμβατή με αδένωμα με σημαντικό βαθμό δυσπλασίας. Τέλος, οι πολλαπλές βιοψίες του επίπλου ήταν συμβατές με ψευδομύζωμα περιτοναίου (low grade). Ο ασθενής έλαβε 2 κύκλους OxMdC και 5 κύκλους OXALICAP με καλή ανταπόκριση.

Συμπέρασμα: Αν και το ψευδομύζωμα περιτοναίου έχει

συνήθως ως πρωτοπαθή εστία αδένωμα που εντοπίζεται στη σκωληκοειδή απόφυση, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις που άρχεται από άλλα όργανα όπως το κόλον και το ορθό, ο στόμαχος, η χοληδόχος κύστη, τα χοληφόρα, το λεπτό έντερο, η ουροδόχος κύστη, οι πνεύμονες, οι μαστοί, οι σάλπιγγες και το πάγκρεας. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό με πρωτοπαθή εστία το κόλον.

43. ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΣ ΣΕ ΜΗ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Αυγουλάς Γεώργιος, Ντιστόλης Θωμάς, Γρηγοράκη Ευαγγελία, Συμεωνίδης Δαυίδ, Αντωνόπουλος Σταύρος
B' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Πειραιά Τζάνειο

Εισαγωγή: Η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα αποτελεί γνωστή επιπλοκή της μη αντιρροπούμενης κίρρωσης ήπατος. Οι προτεινόμενοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί περιλαμβάνουν την μεταδιάθεση από τον εντερικό σωλήνα, την αιματογενή διασπορά, τη δυσλειτουργία των κυττάρων Kupffer και την διαταραχή της εντερικής μικροβιακής χλωρίδας που παρατηρείται σε κίρρωτικούς ασθενείς.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καταδείξει την πιθανότητα ανάπτυξης αυτόματης βακτηριακής περιτονίτιδος σε μη κίρρωτικούς ασθενείς.

Υλικό και μέθοδος: Το παρόν πόνημα αποτελεί παρουσίαση περιστατικού. Περιγράφεται η περίπτωση 53χρονης ασθενούς που προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Νοσοκομείου μας.

Αποτελέσματα: Η ασθενής πρωτίστως διεσωληνώθηκε λόγω κώματος αγνώστου αιτιολογίας και νοσηλεύτηκε στην αναπνευστική ΜΕΘ. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της διαπιστώθηκε οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα και ασκτική συλλογή και αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Μετά από 10μερη πα-

ραμονή αποσωληνώθηκε επιτυχώς. Την δέκατη τρίτη ημέρα νοσηλείας εμφάνισε διάχυτο κοιλιακό άλγος, ναυτία, εμέτους με συνοδό εμπύρετο έως 39° C. Η αντικειμενική εξέταση ήταν συμβατή με οξεία κοιλία. Διενεργήθη διαγνωστική παρακέντηση της ασκτικής συλλογής που ανέδειξε 23.000 λευκά με 87% πολυμορφοπύρνηνα, SAAG 1,1 και Gram χρώση αρνητική.

Αποκλείστηκαν με τις ανάλογες εξετάσεις η πυλαία υπέρταση, η διάτρηση κοίλου σπλάχνου, η νεφρική και καρδιακή ανεπάρκεια. Λόγω της βαριάς κλινικής εικόνας διενεργήθη διερευνητική λαπαροτομία όπου δεν ανευρέθη υποκείμενη παθολογία. Η διεχειρητική καλλιέργεια του ασκτικού υγρού ανέδειξε Enterococcus Faecium.

Συμπεράσματα: Η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα παρατηρείται σε κίρρωτικούς ασθενείς καθώς και σε παιδιά μικρής ηλικίας ή σε ασθενείς με ασκίτη λόγω συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, νεφρωσικού συνδρόμου ή ΣΕΛ. Στη δική μας περίπτωση δεν υπήρξαν οι προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου.

44. ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΠΟΡΦΥΡΙΑ

Μύρου Αθηνά¹, Θεοδωρίδης Ανδρέας², Ασλανίδης Θεόδωρος³, Χατζητόλιος Απόστολος⁴,
1 Παθολόγος-Εντατικολόγος, Θεσσαλονίκη, 2 Παθολόγος, Θεσσαλονίκη, 3 ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης, 4 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ.

Εισαγωγή: Η οξεία διαλείπουσα πορφυρία είναι μια σπάνια μεταβολική νόσος με αυτοσωμικό επικρατούντα χαρακτήρα. Προέρχεται από γενετική διαταραχή που προκύπτει από την έλλειψη του ενζύμου συνθετάσης της υδροξυμεθυλολάνης (HMBS), το τρίτο ένζυμο στην βιοσύνθεση της αίμης.

Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός άνδρα 67 ετών με συχνά επεισόδια αδιάγνωστου κοιλιακού άλγους και διαρροϊκού συνδρόμου από 5ετίας.

Αναφέρει ότι τα συμπτώματα επιδεινώνονται με τη λήψη καφέ, το stress, την έντονη σωματική κόπωση. Κλινική εξέταση φυσιολογική. Ατομικό ιστορικό: αριστερή ημικολοκτομή και ρήξη ήπατος λόγω τροχαίου ατυχήματος προ 20ετίας, έλκος 12δακτύλου-βαγοτομή, χοληδοχολιθίαση.

Παρακλινικός έλεγχος: ECHO άνω-κάτω κοιλίας: χοληδοχολιθίαση, ERCP: σφιγκτηροτομή και αφαίρεση χολολί-

θων, κολοноσκόπηση :φυσιολογική, MRI άνω κοιλίας: φυσιολογική, καλλιέργεια και παρασιτολογική κοπράνων αρνητική, βιοχημικός έλεγχος κατά φύση. Σε αυτό το σημείο και εφόσον ο ασθενής συνέχιζε να παρουσιάζει τα παραπάνω συμπτώματα, τέθηκε η υποψία για οξεία διαλείπουσα πορφυρία και δόθηκε συλλογή ούρων 24ώρου δις καθώς και δείγμα ούρων για πορφοκολινογόνο (PBG) και ALA .Η συγκέντρωση του PBG ήταν: 5,4 mg/24h(φ.τ. PBG 24h:0,1-1,7 mg/24h) ,PBG: 2,09 mg/24h ,PBG: 2,49 mg/g κρεατινίνης (φ.τ. PBG:0,2-1,6 mg/g κρεατινίνης). ALA: 20 mg/24h (φ.τ. ALA: 0-7 mg/24h).

Συμπέρασμα: Η οξεία διαλείπουσα πορφυρία μπορεί να μιμηθεί οποιαδήποτε κλινική οντότητα με κοιλιακό άλγος, όπως η σκωληκοειδίτιδα, η χολοκυστίτιδα, η πανγκρεατίτιδα κ.α. και μπορεί να διαφύγει της διάγνωσης του κλινικού ιστορικού. Η υποψία απαιτεί ενδελεχή διερεύνηση. Η έγκαιρη διάγνωση προλαμβάνει σοβαρές επιπλοκές.

45. ΑΙΦΝΙΔΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΙΚΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Παπαγιουβάννη Ιωάννα, Καπρίνης Αλέξανδρος, Κιαπίδου Στεφανία, Σινάκος Εμμανουήλ, Ακριβιάδης Ευάγγελος
Δ' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης

Παρουσίαση περίπτωσης: Άνδρας, 61 ετών, διακομίζεται από περιφερικό νοσοκομείο, λόγω κοιλιακής διάτασης μετά από επεισόδιο οξείας δύσπνοιας, που είχε αντιμετωπιστεί με φουροσεμίδη. Στο ιστορικό αναφέρονται: αρτηριακή υπέρταση και σημαντική καρδιακή ανεπάρκεια με κλάσμα εξώθησης 15-20%. Κατά την προσέλευσή του διαπιστώνονται ίκτερος (ολική χοληρυθίνη: 7,36mg/dL, άμεση: 3,33mg/dL), ιδιαίτερος αυξημένα ηπατικά ένζυμα (SGPT: 8417IU/L, SGOT: 14104IU/L, γ-GT: 130U/L) και LDH (14407U/L) και κατά την εξέταση διάταση της κοιλιάς χωρίς σημεία προχωρημένης ηπατικής νόσου. Τίθεται υπόνοια ισχαιμικής ηπατίτιδας και λαμβάνεται μέριμνα για την αιμοδυναμική αποκατάστασή του με σταδιακή χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως. Παράλληλα, αποκλείονται άλλα αίτια οξείας ηπατικής βλάβης (αρνητικός ιολογικός έλεγχος) και ελέγχεται η βατότητα του χοληφόρου δέντρου (φυσιολογικό υπερηχογράφημα κοιλιάς). Στη διάρκεια της νοσηλείας του παραμένει αιμοδυναμικά στα-

θερός, ενώ τα ηπατικά ένζυμα μειώνονται σταδιακά. Εξέρχεται τη 13η μέρα νοσηλείας σε καλή κλινική κατάσταση και με εργαστηριακές τιμές εξόδου: SGPT: 200IU/L, SGOT:50IU/L, γ-GT:340U/L, LDH:289U/L, ολική χοληρυθίνη:2,65mg/dL, άμεση:1,66mg/dL.

Συζήτηση: Σε περιπτώσεις σοβαρής καρδιακής ανεπάρκειας, το ήπαρ καθίσταται ευαίσθητο στην υποξία, ειδικά όταν συνυπάρχει επίμονη υπόταση, καθώς επηρεάζεται αρνητικά η ηπατική μικροκυκλοφορία. Ο μηχανισμός αυτός εξηγεί και την πορεία του ασθενούς μας, που αποδίδεται στο προηγηθέν επεισόδιο της οξείας δύσπνοιας και της πιθανολογούμενης συνοδού υπότασης. Η κλινική μας διάγνωση ενισχύεται και από το λόγο SGPT/LDH <1,5, που δεν παρατηρείται σε οξεία ιογενή ή φαρμακευτική ηπατίτιδα. Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να είναι εξοικειωμένος με αυτή την οντότητα έτσι, ώστε να μπορεί να την αναγνωρίζει έγκαιρα και να την αντιμετωπίζει κατάλληλα.

46. ΑΛΓΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΟΥ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ

Ροδοθέου Ντάνια, Κωνσταντίνου Χάρης, Αλέξη Άγγελος, Ολύμπιος Γιώργος, Αδάμαντου Μαγδαληνή, Ηροδότου Έλενα, Χριστοδούλου Σοφία, Στυλιανού Ανδρέας
Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας

Εισαγωγή: Το μελάνωμα αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας (MUP) διαγιγνώσκεται στο 5-10% των ασθενών με μεταστατικό μελάνωμα.

Περιστατικό: Ασθενής 59 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό προσήλθε στο ΤΑΕΠ του Νοσοκομείου μας αιτιώμενος βύθιο, ήπιας έντασης άλγος εντοπισμένο στο δεξί υποχόνδριο, αρχόμενο από 3 βδομάδων, συνοδό ξηρό βήχα και αναφερόμενο εμπύρετο (39,2°C). Κατά την κλινική εξέταση ψηλαφήθηκε μάζα ακανόνιστων ορίων στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου, ενώ η λοιπή εξέταση δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αύξηση των χολοστατικών ενζύμων (γ-GT: 167, ALP: 212). Στην αξονική κοιλιάς ανευρέθηκε ετερογενής μάζα (15x7 εκ) σε άμεση επαφή με την πυλαία φλέβα και δεξιό επινεφρίδιο, χωρίς να προκαλεί πιεστικά φαινόμενα. Στην πρόσθια επιφάνεια του αριστερού ηπατικού λοβού εντοπίστηκε μεταστατική υπόπυκνη αλλοίωση (0,8 εκ). Στην αξονική θώρακος ανευρέθη-

καν πολλαπλές υπόπυκνες πνευμονικές αλλοιώσεις αμφοτερόπλευρα ως επί μεταστατικών εστιών. Διενεργήθηκε βιοψία της υπηπατικής μάζας η οποία έδειξε έντονη, διάχυτη αυτοανασία έναντι των αντισωμάτων Melan A, HMB45 και MITF αλλά όχι έναντι της πρωτεΐνης S-100, ευρήματα που συνήγορούσαν ισχυρά υπέρ της διάγνωσης μεταστατικού μελάνωματος. Ακολούθως, έγινε προσπάθεια ανεύρεσης της πρωτοπαθούς εστίας χωρίς αποτέλεσμα (έλεγχος της δερματικής επιφάνειας, των βλεννογόνων, οφθαλμολογική και ΩΡΛ εκτίμηση, διερεύνηση του ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού και αξονική τομογραφία εγκεφάλου), ενώ δεν υπήρξε καμία αναφορά παλαιότερης δερματικής βλάβης. Τέλος, ο ασθενής έλαβε χημειοθεραπεία με φτωχά αποτελέσματα.

Συμπέρασμα: Παρουσιάζεται ένα ενδιαφέρον περιστατικό ασθενούς με μεταστατικό μελάνωμα, με μόνη εκδήλωση άτυπο άλγος στο δεξί υποχόνδριο, ξηρό βήχα και αναφερόμενο εμπύρετο και χωρίς την ανεύρεση πρωτοπαθούς εστίας.

47. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ.

Μύρου Αθηνά¹, Ασλανίδης Θεόδωρος², Θεοδωρίδης Ανδρέας, Διδάγγελος Τριαντάφυλλος, Χατζητόλιος Απόστολος, Γρέκας Δημήτριος,
1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, 2 ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης.

Εισαγωγή: Η διαβητική νεφροπάθεια είναι μια μικροαγγειακή επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη και είναι η αιτία της νεφρικής νόσου τελικού σταδίου.

Σκοπός: Είναι η βιβλιογραφική αναζήτηση και αποτίμηση ερευνών που μελετούν το ρόλο διαφορετικών παθοφυσιολογικών παραγόντων.

Υλικό – μέθοδος: Τρεις ανεξάρτητοι ερευνητές (Μ.Α.,Α.Σ.,Θ.Α.) πραγματοποίησαν αναζήτηση της βάσης δεδομένων PubMed χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά “diabetic nephropathies”[όρος MeSH]. Κριτήριο των μελετών που εισήχθησαν στην παρούσα μελέτη ήταν το επίπεδο τεκμηρίωσης >2 (συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τυχαίοποιημένες μελέτες). Τα αποτελέσματα των ερευνών κατόπιν συνάντησής τους ελέγχθηκαν από τέταρτο ανεξάρτητο ερευνητή (Γ.Δ.).

Αποτελέσματα: Από το πλήθος των 338 δημοσιεύσεων, αυτές που πληρούσαν τα κριτήρια της παρούσας εργασίας ήταν τελικά 174.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα:

1) Ο αγγειακός αυξητικός παράγοντας-A (Vascular Endothelial Growth Factor: VEGF-A), αποτελεί έκφραση βλάβης των ποδοκυττάρων, ενώ φαίνεται να συσχετίζεται με τους υποδοχείς της ινσουλίνης, την eNOS και τις αγγειοποιΐνες.

2) Η οστική μορφογενετική πρωτεΐνη-7 (Bone Morphogenetic Protein: BMP7) κατέχει αντι-ινωτικό και πρω-

τεολυτικό ρόλο, έτσι ώστε να μειώνει τη δράση ινωτικών παραγόντων και παίζει προστατευτικό ρόλο.

3) Η συγκέντρωση των παραγόντων αύξησης των ινοβλαστών -21 και -23 (Fibroblast Growth Factor-21,-23: FGF-21, FGF-23) αυξάνεται με την εξέλιξη της διαβητικής νεφροπάθειας.

4) Τα επίπεδα των υποδοχέων του παράγοντα νέκρωσης των όγκων-α (Tumor Necrosis Factor-α TNFRs) αυξάνονται παράλληλα με την πρόοδο της διαβητικής νεφροπάθειας.

5) Ο αυξητικός παράγοντας του συνδετικού ιστού (Connective Tissue Growth Factor: CTGF) έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση ίνωσης του νεφρικού ιστού.

Πλήθος άλλων ουσιών όπως η πρωτεΐνη Tamm-Horsfall, η γλυκολαμινιδάση της N-ακετύλ-γλυκολαμίνης (NAG), η νεφρίνη, η ποδοκυκλίνη, η α-ακτίνη-4, ο δείκτης (neutrophil gelatinase associated lipocalin) NGAL-1, το μόριο νεφρικής βλάβης-1 (KIM-1), ο δείκτης (matrix metalloproteinase-9) MMP-9, ο δείκτης (8-hydroxy-2-deoxyguanosine) 8-OHdG κ.α. αποτελούν αποτελέσματα της βλάβης και δεν έχει αποσαφηνιστεί ο παθοφυσιολογικός τους ρόλος.

Συμπεράσματα: Ο ρόλος των διαφόρων ουσιών στην παθοφυσιολογία της διαβητικής νεφροπάθειας παραμένει ζητούμενο: ποιες αποτελούν αποτέλεσμα της βλάβης, ποιες αίτια εξέλιξής της και πώς θα δημιουργήσουν και νέες προοπτικές θεραπείας/αναστολής της νόσου.

48. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΕΠΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ-ΝΑΤΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παφίλη Καλλιόπη, Δημητρίου Μαρία, Κύρογλου Σουλτάνα, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλτέζος Ευστράτιος, Παπάνας Νικόλαος
Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Οι αναστολείς της νεφρικής επαναρρόφησης γλυκόζης-Νατρίου (Sodium-glucose transporter-2 inhibitors, SGLT-2is) αποτελούν αντιδιαβητικά δισκία, των οποίων η χρήση στην Ελλάδα γενικεύεται κατά τα τελευταία 2 χρόνια.

Σκοπός: Η καταγραφή των ανεπιθύμητων ενεργειών από το ουροποιητικό και το γεννητικό σύστημα με τη χρήση των SGLT-2is σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

Υλικό: Μελετήθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών με Τ2ΣΔ στους οποίους χορηγήθηκαν SGLT-2is ως μέρος της αντιδιαβητικής θεραπείας από το Δεκέμβριο του 2014 μέχρι το Δεκέμβριο του 2017.

Επρόκειτο για 147 ασθενείς (91 άνδρες, 56 γυναίκες) μέσης ηλικίας 55.6 ετών και μέσης διάρκειας Τ2ΣΔ 7.8 ετών.

Μέθοδος: Καταγράφηκαν οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τα ανωτέρω συστήματα και η συχνότητα τους διακοπή των SGLT-2is.

Αποτελέσματα: Συνολικά εκδηλώθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες σε 9 ασθενείς (6.1%). Από αυτούς ο ένας εκδήλωσε εμπύρετο ουρολοίμωξη. Αναγκαστική μόνιμη διακοπή των SGLT-2is έγινε σε 7 ασθενείς (4.8%).

Συμπεράσματα: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από το ουροποιητικό και το γεννητικό σύστημα με τη χρήση των SGLT-2is σε ασθενείς με Τ2ΣΔ δεν είναι συχνές, γεγονός που ενθαρρύνει τη χρήση τους.

49. ΔΩΔΕΚΑΜΗΝΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ Α-ΛΙΠΟΪΚΟ ΟΞΥ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Δημητρίου Μαρία, Παφίλη Καλλιόπη, Κύρογλου Σουλτάνα, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλτέζος Ευστράτιος, Παπάνας Νικόλαος
Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Κατά τα τελευταία 2 χρόνια συγκεντρώνονται και Ελληνικά δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα του άλφα-λιποϊκού οξέος (ΑΛΑ) βραδείας αποδέσμευσης (retard) ως μονοθεραπείας για τη βελτίωση των νευροπαθολογικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

Σκοπός: Η καταγραφή της αποτελεσματικότητας της μονοθεραπείας 12 μηνών με ΑΛΑ βραδείας αποδέσμευσης σε ασθενείς με Τ2ΣΔ.

Υλικό: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι των ασθενών μας με Τ2ΣΔ στους οποίους είχε συμπληρωθεί 12μηνη μονοθεραπεία με ΑΛΑ βραδείας αποδέσμευσης. Επρόκειτο για 26 ασθενείς (12 άνδρες, 14 γυναίκες) μέσης ηλικίας 64.3 ετών και μέσης διάρκειας Τ2ΣΔ 13.7 ετών.

Μέθοδος: Εκτιμήθηκε η αναλγητική αποτελεσματικότη-

τα στους 12 μήνες με τη συχνότητα $\geq 30\%$ και $\geq 50\%$ μείωσης του άλγους καθώς και με τη μεταβολή του δείκτη νευροπαθολογικών συμπτωμάτων (Neuropathy Symptom Score, NSS).

Αποτελέσματα: Έπειτα από 12 μήνες θεραπείας, $\geq 30\%$ βελτίωση των συμπτωμάτων σημειώθηκε σε 22 ασθενείς (84.6%) και $\geq 50\%$ βελτίωση των συμπτωμάτων σε 19 ασθενείς (73.1%). Η μέση μείωση του NSS ήταν -2.7. Ανεπιθύμητες ενέργειες δεν παρατηρήθηκαν.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να είναι τα πρώτα στη χώρα μας δεδομένα 12 μηνών και ενισχύουν περαιτέρω τη θετική εμπειρία από την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του ΑΛΑ βραδείας αποδέσμευσης για τη βελτίωση των νευροπαθολογικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με Τ2ΣΔ.

50. ΑΡΧΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΚΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Πηλίτση Ελένη, Παπάνας Νικόλαος, Μαλτέζος Ευστράτιος
Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Οι επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ), και ειδικότερα το διαβητικό πόδι, πρέπει να προλαμβάνονται ή τουλάχιστο να διαγιγνώσκονται έγκαιρα και να αντιμετωπίζονται κατάλληλα. Επομένως, οι τελειόφοιτοι φοιτητές Ιατρικής θα πρέπει να είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι για τα θέματα αυτά.

Σκοπός: Η αρχική καταγραφή των γνώσεων των εκτοετών φοιτητών Ιατρικής σχετικά με το διαβητικό πόδι.

Υλικό: Συνολικά 90 εκτοετείς φοιτητές του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου μας.

Μέθοδος: Δημιουργήσαμε ένα ερωτηματολόγιο 21 ερωτημάτων που περιείχε δημογραφικές πληροφορίες και ερωτήσεις για το ΣΔ (τύπου πολλαπλής επιλογής και σύντομης ανάπτυξης).

Αποτελέσματα: Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 66 φοιτητές (73%). Το 39% των φοιτητών γνωρίζει όλες/σχεδόν

όλες τις χρόνιες επιπλοκές του ΣΔ και το 51% περιγράφει με ακρίβεια/σχεδόν με ακρίβεια την αιτιολογία του διαβητικού ποδιού. Το 66% των φοιτητών γνωρίζει ορθά τον υπολογισμό του Σφυροβραχιόνιου Δείκτη, αλλά μόνο το 28% γνωρίζει την πλήρη κλινική εξέταση του διαβητικού ποδιού και μόνο το 10% μπορεί να αναφέρει τα κλινικά ευρήματα της διαβητικής νευροπάθειας. Η συντριπτική πλειονότητα των φοιτητών (83.3%) αναγνωρίζει ορθά τον προϋπάρχον έλκος ως το κύριο αίτιο ακρωτηριασμού κάτω άκρου σε διαβητικούς. Τέλος, μόνο το 50.9% των φοιτητών απάντησε ορθά σχετικά με τη συχνότητα αυτοελέγχου των ποδιών από τους ασθενείς με ΣΔ.

Συμπεράσματα: Οι γνώσεις των εκτοετών φοιτητών μας για το διαβητικό πόδι είναι σχετικά ικανοποιητικές και θα μας βοηθήσουν στο σχεδιασμό της περαιτέρω εκπαίδευσής τους στο θέμα.

51. ΜΑΚΡΟ- ΚΑΙ ΜΙΚΡΟ- ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ι. Κυριαζής¹, Δ. Στεφανής², Ε. Καλαφάτης², Ε. Πούλιου², Ι. Τσάμης², Π. Γεωργακόπουλος², Κ. Κυρέ², Α. Δρόσος², Μ. Λελέκας².
1 Διαβητολογικό Ιατρείο και 2 Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α ΚΑΤ

Εισαγωγή: Οι επιπλοκές του διαβήτη, μικρο- και μακροαγγειοπαθολογικές, επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη.

Σκοπός: Η διερεύνηση του επιπολασμού των διαβητικών επιπλοκών και η συσχέτισή τους με την γλυκαιμική ρύθμιση σε άτομα με ΣΔ τύπου 2 [ΣΔΤ2].

Υλικό: 176 ασθενείς (42,9% άνδρες), 61.3% άνω των 45 ετών, χωρίς να παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, $p=0,213$.

Μέθοδος: Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και σωματομετρικά στοιχεία τους, οι πληροφορίες σχετικές με την παρουσία άλλων μεταβολικών και μη χρόνιων νοσημάτων, έγινε πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος και έλεγχος παρουσίας διαβητικών επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Η διάρκεια ΣΔΤ2 ήταν 7.4 ± 10.0 έτη χωρίς να παρουσιάζεται διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,227$). Στεφανιαία νόσο παρουσίαζε το 23,4% των ασθενών (αγγειοπλαστική το 12,4% και αορτοστεφανιαία παρά-

καμψη το 19,3%), νεφροπάθεια το 17,1%, αμφιβλοπρωτεϊδοπάθεια το 31,4%, στυτική δυσλειτουργία το 39,7% των ανδρών, διαβητικό πόδι το 2,3% και ακρωτηριασμός είχε διενεργηθεί στο 1,9 % των ασθενών. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ρύθμισης όπως αυτή εκφράστηκε από τις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης με την εμφάνιση των επιπλοκών του ΣΔΤ2 ($r=0,221-0,137$ $p=0,004-0,024$), ενώ ανάλογη συσχέτιση παρουσίασε και η διάρκεια του ΣΔΤ2

($p=0,001$) καθώς και το επίπεδο μόρφωσης για την παρουσία διαβητικού ποδιού ($r=0,200$ $p=0,004$) και στυτικής δυσλειτουργίας ($r=0,209$ $p=0,013$).

Συμπεράσματα: Ο ακρογωνιαίος λίθος της πρόληψης των επιπλοκών του διαβήτη είναι η σωστή ρύθμιση του σακχάρου με τη λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, παράλληλα με την τακτική ιατρική παρακολούθηση και τον προληπτικό έλεγχο των «οργάνων στόχων» του διαβήτη.

52. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

I. Α. Κυριαζής¹, Ε. Καλαφάτης, Ε. Πούλιου, Π. Κουτσούρης², Κ. Κυρέ², Α. Δρόσος², Π. Γεωργακόπουλος², Σ. Πετροπούλου², Ι. Καχριμανίδης², Φ. Τατάκης², Β. Λαϊνής², Μ. Λελέκης²
1 Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ ΚΑΤ, 2 Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

Εισαγωγή: Η διατροφή θεωρείται ακρογωνιαίος λίθος στη ρύθμιση του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη. Παρά τις σύγχρονες γνώσεις για την θετική επίδραση της σωστής διατροφής στο σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) πολύ συχνά δεν ακολουθείται.

Σκοπός: σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των διατροφικών συνθηκών των ατόμων με ΣΔΤ2 και η συσχέτιση των συνθηκών αυτών με την ρύθμιση του.

Υλικό: Στη μελέτη αυτή εντάχθηκαν 327 ασθενείς (56,1% άνδρες) με ηλικία άνω των 60 ετών για το 69,3% των ατόμων της μελέτης (χωρίς να παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, $p=0,205$).

Μέθοδος: Οι ασθενείς της μελέτης απάντησαν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο σχετικά με δημογραφικά, σωματομετρικά στοιχεία και πληροφορίες σχετικές με το ΣΔ καθώς και ένα ερωτηματολόγιο με στοιχεία για τις διατροφικές τους συνήθειες.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ήταν (HbA1c) $6,73\pm 2,36\%$, με το 57,1% των ασθενών να παρουσιάζουν HbA1c μικρότερη από 7%. Η διάρκεια του ΣΔ ήταν $12,3\pm 11,9$ έτη. Το 17% των ασθενών ήταν ανώτερης εκπαίδευσης, το 39,8% μέσης, το 36,5% βα-

σικής και το 6,7% ήταν αγράμματοι.

Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) ήταν $32,17\pm 7,15$ χωρίς να υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα ($p=0,480$). Το 67% των ασθενών ήταν υπέρβαροι - παχύσαρκοι με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ($p=0,011$). Το 83,7% των ασθενών καταναλώνει πρωινό, ενώ την εβδομάδα φρούτα πάνω από 8 φορές καταναλώνει το 32,6%, λαχανικά τουλάχιστον 2 φορές το 55,3%, κρέας 2 φορές το 41%, ψάρια 1 φορά το 46,3%, όσπρια το 59%, κοτόπουλο 2 φορές το 29,1%, πρόχειρο φαγητό 1 φορά το 21,3%.

Γλυκά καταναλώνει το 19,3% των ασθενών. Θετική συσχέτιση με την ρύθμιση του ΣΔ παρουσιάζουν η κατανάλωση πρωινού ($p<0,0001$), λαχανικών ($p=0,001$), ψαριού ($p=0,001$) καθώς και η παρουσία 2 κύριων γευμάτων στο ημερήσιο πρόγραμμα ($p=0,009$). Αρνητική επίδραση είχαν η μεγάλη κατανάλωση πρόχειρου φαγητού ($p=0,008$), η κατανάλωση αναψυκτικών ($p=0,036$) και η κατανάλωση γλυκών ($p<0,0001$).

Συμπεράσματα: Οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων με ΣΔ επηρεάζουν την ρύθμιση τους. Το ισορροπημένο πρόγραμμα το οποίο ακολουθεί τις σχετικές οδηγίες έχει θετική επίδραση στη γλυκαιμική ρύθμιση.

53. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΑΡΙΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗΣ ΜΕ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΑ ΥΨΗΛΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μάσσα Ελένη, Αλευρούδης Ιωάννης, Κοτσαμίδα Ιωάννα, Χαρισόπουλος Δημήτρης, Μιχαηλίδου Ευαγγελία, Μπαργιώτα Τριανταφυλλένια, Αηδοπούδης Βαίος, Τάταρη Τάνια, Πασακιάτου Μαρίλυ, Μουλούδη Ελένη
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή. Η βαριά διαβητική κετοξέωση είναι μία σπάνια, αλλά δυνητικά θανατηφόρα, επιπλοκή σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι και ΙΙ. Αποτελεί μια οξεία μεταβολική διαταραχή που δημιουργείται σε συνθήκες μεγάλης έλλειψης ινσουλίνης και υπερέκκρισης των ανταγωνιστικών της ορμονών. Λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης, κρίνεται απαραίτητη και σημαντική η σωστή αντιμετώπιση των ασθενών αυτών για την αποφυγή ενός σοβαρών επιπλοκών.

Παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης: Γυναίκα ηλικίας 61 ετών, διακομίζεται σε κωματώδη κατάσταση

στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου. Από τους οικείους αναφέρεται άλγος υπογαστρίου, με συνοδό ναυτία και εμέτους από 24ώρου. Από το ιστορικό αναφέρεται σακχαρώδης διαβήτης, υπό δίαιτα. Διασωληνώνεται με κλίμακα Γλασκώβης 6. Από τα αέρια αίματος διαπιστώνεται ($glu>600mg/dl$) και εικόνα βαριάς μεταβολικής οξέωσης με $pH : 6,87$, $pO_2 : 89mmHg$, $pCO_2 : 23mmHg$, $SBE - 28$, $HCO_3 : 4mEq/L$, $K+ : 3,7mEq/L$, $Na+ : 153mEq/L$, διορθωμένο $Na+ : 159mEq/L$, $Lac : 2,9$ (φ.τ. <2). Επίσης η ασθενής ήταν σε βαρύτατο σοκ (ΑΠ 80/40mmHg) και υποθερμία. Επειδή η ασθενής δεν ανταποκρινόταν στην χορήγηση υγρών διενερ-

γήθηκε και υπερηχογράφημα καρδιάς για αποκλεισμό καρδιογενούς σοκ, με φυσιολογικά ευρήματα. Στην διαφορική διάγνωση ετέθη και το σπητικό σοκ και παρόλο που δεν υπήρχε κάποια εμφανής εστία, καλύφθηκε με αντιβιοτική αγωγή και υποβλήθηκε σε ολοσωματική αξονική με ευρήματα οιδηματώδους παγκρεατίτιδας.

Η ασθενής έλαβε αρκετά υγρά, αρχικά N/S 0,9% και στην συνέχεια N/S 0,45 % έγινε συνεχής έγχυση K+ παρακολουθώντας τα επίπεδα, έλαβε στάγδην ινσουλίνη (μετά από bolus) σε αυξανόμενη δοσολογία από 10 έως 70 μονάδες την ώρα, τέθηκε σε νοραδρεναλίνη 0,5-1mcg/kg/min. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: λευκοκυττάρωση (57800/mm³), αυξημένο ινωδογόνο: 586mg/dl, CRP: 51, TKE : 51 αμυλάση ορού: 1777U/L (φ.τ. $<90U/L$) και αμυλάση ούρων: 518 (φ.τ. $<350U/L$).

54. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΕΡΥΘΡΩΝ ΩΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑΣ

Αθανασούλια Αναστασία, Πατιάκας Στέφανος, Τριανταφύλλου Γιώργος, Μολδοβανιδου Κωνσταντινιά, Δεκίδης Χρήστος, Αιματολογικό, Ανοσολογικό και Βιοχημικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

ΣΚΟΠΟΣ : Να μελετηθούν συγκριτικά οι μεταβολές του εύρους κατανομής μεγέθους ερυθρών κυττάρων (RDW), όπως αυτές αποτυπώνονται στην γενική εξέταση αίματος, σε σχέση με τις μεταβολές του σιδήρου και να διερευνηθεί η δυνατότητα χρησιμοποίησης της παραπάνω παραμέτρου ως αξιόπιστου δείκτη στην εκτίμηση της σιδηροπενίας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ : Μελετήθηκαν 132 περιπτώσεις ασθενών, στους οποίους ζητήθηκε από το μικροβιολογικό εργαστήριο του νοσοκομείου μας, να υπολογιστούν οι τιμές σιδήρου και φερριτίνης του ορού, ενώ παράλληλα διενεργήθηκε σε όλους και γενική εξέταση αίματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Αποκαλύφθηκαν, τελικώς, 57 περιπτώσεις ασθενών με αναιμία, στις οποίες αποδείχθηκε ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του δείκτη RDW και των μεταβολών του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης και των μεταβολών του σιδήρου. Μάλιστα, σε περιπτώσεις με έντονη σιδη-

σταδιακά η ασθενής βελτιώθηκε, απογαλακτίστηκε από τα αγγειοσπαστικά και την μηχανική υποστήριξη και εξήλθε από την μονάδα, μετά από 10 ημέρες νοσηλείας, με άριστο επίπεδο επικοινωνίας.

Συμπεράσματα: Κάνοντας ανασκόπηση στην βιβλιογραφία διαπιστώνουμε ότι αναφέρονται ελάχιστα περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν με τόσο υψηλές ή και υψηλότερες δόσεις ινσουλίνης. Στα πρότυπα πρωτόκολλα ΔΚΟ χρησιμοποιούνται χαμηλές δόσεις ινσουλίνης που δεν επαρκούν για ασθενείς με σοβαρή αντίσταση. Η εντατική φροντίδα και παρακολούθηση αυτών των ασθενών καθώς και η προσεκτική διόρθωση των βαρύτατων ηλεκτρολυτικών και μεταβολικών διαταραχών και η ανεύρεση του αιτίου της απορρύθμισης, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την ομαλή και ανεπίπλεκτα έκβαση τους.

ροπενία διαπιστώθηκε ότι ο χαμηλός σίδηρος του ορού συνοδεύεται από αυξημένο RDW, ενώ υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της τιμής του μέσου όγκου των ερυθρών αιμοσφαιρίων (MCV) με το RDW με σχέση αντιστρόφως ανάλογη μεταξύ τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Καταδεικνύεται, συνεπώς, η χρησιμότητα του RDW ως δείκτη χρήσιμου, τόσο στην διερεύνηση, όσο και στην εκτίμηση μιας σιδηροπενίας, καθώς επίσης και στην παρακολούθηση της ανταπόκρισής της στην θεραπεία με σκευάσματα σιδήρου. Αποτελεί, επομένως, ως δείκτης του βαθμού της ανισοκυττάρωσης των ερυθρών, εξέταση που δεν πρέπει να διαλάθει της προσοχής του θεράποντος γιατρού σε περιπτώσεις σιδηροπενίας, αφού, αν και δεν αντικαθιστά τις υπόλοιπες απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις, εντούτοις, συμβάλλει και αυτός στην επιβεβαίωσή της και συνεισφέρει στην αποφυγή επιπρόσθετων καταχρηστικών εξετάσεων.

55. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ (PLT) ΚΑΙ ΜΕΣΟΥ ΟΓΚΟΥ ΤΟΥΣ (MPV), ΣΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ.

Πατιάκας Στέφανος¹, Τσιγαριδάκη Μαρία², Αθανασούλια Αναστασία¹, Τριανταφύλλου Γιώργος¹, Μολδοβανιδου Κωνσταντινιά¹,
1 Αιματολογικό, Ανοσολογικό και Βιοχημικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος», 2 Βιοχημικό τμήμα «Βενιζέλειου» Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Σκοπός: Να εκτιμηθεί, τόσο ο αριθμός, όσο και ο μέσος όγκος των αιμοπεταλίων σε δείγμα σακχαροδιαβητικών ασθενών, και να συγκριθούν τα αποτελέσματά μας, με αυτά υγιών μαρτύρων, δεδομένου ότι ο μέσος όγκος των αιμοπεταλίων σχετίζεται άμεσα με την ενεργότητά τους, γεγονός που όπως γνωρίζουμε συμβάλλει αποδεδειγμένα παθοφυσιολογικά στην εκδήλωση καρδιαγγειακών επιπλοκών.

Υλικό-Μέθοδος: Υλικό της μελέτης μας αποτέλεσαν 75 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ, των οποίων τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με αυτά ισάριθμων ατόμων με

φυσιολογικές τιμές σακχάρου. Σε όλους καταγράφηκε ο αριθμός των αιμοπεταλίων (PLT) και ο μέσος όγκος τους (MPV), όπως αυτός προέκυψε από την γενική εξέταση του αίματος στον αυτόματο αναλυτή, ενώ, παράλληλα καταγράφηκαν και οι τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), όπως αυτές προσδιορίστηκαν επίσης από αυτόματο αναλυτή, με τη βοήθεια της χημειοφωταύγειας.

Αποτελέσματα: Ως προς τον αριθμό των αιμοπεταλίων, δεν παρατηρήθηκε ανάμεσα στις δύο ομάδες καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p>0,05$). Αντιθέτως, ο MPV

ήταν στατιστικώς πολύ αυξημένος ($p < 0,001$) στην ομάδα των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, σε σχέση με την ομάδα των μαρτύρων. Συγκεκριμένα, οι σακχαροδιαβητικοί ασθενείς παρουσίασαν μέση τιμή MPV 12,8 fl (54 από τους 75, ποσοστό 72%, είχαν παθολογικές τιμές), ενώ η αντίστοιχη τιμή για τους υγιείς μάρτυρες ήταν 8,4 fl. (Μόλις 12 από τους 75, ποσοστό δηλαδή 16%, παρουσίασε αυξημένη τιμή MPV). Μάλιστα, περαιτέρω διερεύνηση από το ιστορικό των σακχαροδιαβητικών ασθενών –όπου βέβαια κάτι τέτοιο ήταν εφικτό- απέδειξε συσχέτιση του MPV (13,9 fl) με καρδιαγγειακά συμβλήματα (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια), ενώ τα επίπεδα των τιμών του MPV δεν αποδείχθηκε ότι σχετίζονται, ούτε με το φύλο, αλλά ακόμη ούτε και με τα επί-

πεδα της HbA1c.

Συμπεράσματα: Αποδεικνύεται, επομένως, ότι ο μέσος όγκος των αιμοπεταλίων στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι στατιστικά σημαντικά αυξημένος σε σχέση με τον υγιή γενικό πληθυσμό, γεγονός που συνεπάγεται βεβαίως, επιπρόσθετο και ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου στην ήδη «επιβαρυσμένη» αυτή κατηγορία ασθενών. Το γεγονός αυτό επιβάλλει, ακόμη περισσότερο στην ευαίσθητη αυτή ομάδα των σακχαροδιαβητικών ασθενών μας, πέρα από την τακτική παρακολούθησή τους ως προς την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων και βεβαίως, την όσο το δυνατόν καλύτερη ρύθμισή τους, επιπρόσθετα και τον συχνό έλεγχο του αιματολογικού τους προφίλ.

56. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΩΤΕΙΝΩΝ ΟΞΕΙΑΣ ΦΑΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΛΕΥΚΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΚΕ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Τριανταφύλλου Γιώργος¹, Τσιγαριδάκη Μαρία², Πατιάκος Στέφανος¹, Αθανασούλια Αναστασία¹, Μολδοβανιδου Κωνσταντίνια¹, 1Αιματολογικό, Ανοσολογικό και Βιοχημικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος», 2Βιοχημικό τμήμα «Βενιζέλιου» Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Σκοπός: Να ερευνηθεί η συσχέτιση τιμών πρωτεϊνών οξείας φάσης, όπως είναι η CRP και η φερριτίνη, με τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) και την ΤΚΕ στην 1η ώρα, ώστε να αξιολογηθεί η χρησιμότητά τους στις διάφορες παθολογικές καταστάσεις.

Υλικό – Μέθοδος: Συνολικά μελετήθηκαν 103 περιπτώσεις ασθενών στις οποίες καταγράφηκε αύξηση των πρωτεϊνών οξείας φάσης, ενώ παράλληλα, προσδιορίστηκε η ΤΚΕ με τη μέθοδο Westergreen, καθώς και ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων σε αυτόματο αιματολογικό αναλυτή.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 103 δειγμάτων ορών που ελέγχθηκαν, σε 61 (ποσοστό 59,2%) ήταν αυξημένη μόνον η CRP (ομάδα I), σε 4 (3,9%) μόνον η φερριτίνη (ομάδα II), ενώ στα υπόλοιπα 38 δείγματα (36,9%) διαπιστώθηκε ταυτόχρονη αύξηση και των δύο πρωτεϊνών (ομάδα III). Περαιτέρω έλεγχος των δειγμάτων αποκάλυψε : Στην ομάδα I είχαμε ταυτόχρονη αύξηση ΤΚΕ και WBC σε 18 ασθενείς (29,5%), αύξηση μόνον της ΤΚΕ σε 22 (36%), μόνον των WBC σε 12 (19,6%), ενώ στα υπόλοιπα 9 δείγματα (14,7%) ΤΚΕ και WBC ήταν φυσιολογικά. Στην ομάδα II σε 2 από τις 4

περιπτώσεις είχαμε φυσιολογικές τιμές ΤΚΕ και WBC, σε έναν ασθενή καταγράφηκε αύξηση μόνον της ΤΚΕ και στον άλλον μόνον των λευκών. Τέλος, στην ομάδα III σημειώθηκε ταυτόχρονη αύξηση ΤΚΕ και WBC σε 15 ασθενείς (39,4%), αύξηση μόνον της ΤΚΕ σε 9 (23,6%), μόνον των WBC σε 8 (21%), ενώ στα υπόλοιπα 6 δείγματα (15,8%) ΤΚΕ και WBC ήταν φυσιολογικά.

Συμπεράσματα : 1) Ο πιο ευαίσθητος και αξιόπιστος δείκτης στις διάφορες παθολογικές καταστάσεις αποδεικνύεται η CRP (αυξημένη σε 99 από το σύνολο των 103 περιστατικών – ποσοστό 96%), αφού αυξάνεται πριν από την ΤΚΕ και επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα πριν από αυτήν. (Μάλιστα, φαίνεται ότι αυξάνεται και σε ικανό αριθμό περιστατικών όπου δεν έχουμε καμία αύξηση ούτε στην ΤΚΕ, ούτε στον αριθμό των λευκών).

2) Η αύξηση της ΤΚΕ καταδεικνύεται σαφώς πιο συχνή από την αύξηση των WBC, ενώ τέλος, 3) Υπάρχουν κάποιες σπάνιες περιπτώσεις (π.χ. νεφροπαθών ή διαβητικών), όπου η αύξηση της φερριτίνης δεν συνοδεύεται από ανάλογη αύξηση της CRP.

57. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΒΑΓΟΤΟΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΣΕ ΘΕΛΟΝΤΕΣ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ ΠΡΩΤΗΣ ΦΟΡΑΣ

Ντινοπούλου Έλλη, Κωνσταντινίδου Άννα, Γκιρτοβίτης Φώτης, Καλτσούνης Γεώργιος, Βουλγαρίδου Βιργινία, Χατζηκώρκου Μαρία, Περπερίδου Παρθένα, Παπέ Μαγδαληνή, Μπακαλούδη Βασιλική, Νεοχωρή Γεωργία, Τσετσώνη Παναγιώτα, Χασαποπούλου -Ματάμη Ελένη

Κέντρο Αίματος, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αποφυγή των βαγοτονικών αντιδράσεων είναι σημαντική για την ασφάλεια του αιμοδότη και για την επάνοδο του ως αιμοδότη στο μέλλον -και μάλιστα τακτικά.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη αποσκοπεί στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας τακτικής που έχει ως στόχο την μείωση της συχνότητας βαγοτονικών αντιδράσεων στην αιμοδοσία και ιδιαίτερα σε αιμοδότες πρώτης φοράς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στις εξωτερικές αιμοληψίες σε συλλόγους εθελοντών αιμοδοτών και σε συνεργασία με τους διοργανωτές των εξορμήσεων από το 2016 και μετά, τηρήθηκε πρωτόκολλο λήψης 500ml νερού ή χυμού πριν την αιμοληψία.

Επιπρόσθετα, ακολουθήσαμε την τακτική οι αιμοδότες πρώτης φοράς να τίθενται σε ύπτια θέση στην οποία και πα-

ραμένουν υπό στενή παρακολούθηση έως και 5-10 λεπτά μετά το τέλος της αιμοδοσίας.

Όλες οι βαγοτονικές αντιδράσεις καταγράφονται σε ειδικό έντυπο στο πλαίσιο της αιμοεπαγρύπνησης. Στην παρούσα μελέτη συγκρίναμε τις βαγοτονικές αντιδράσεις σε αιμοδότες πρώτης φοράς σε εξορμήσεις κατά το έτος 2015 (προ της εφαρμογής πρόσληψης υγρών και ύπτιας θέσης) και κατά το 2016 (μετά την εφαρμογή αυτής της τακτικής).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά το έτος 2015 καταγράφηκαν 73 βαγοτονικά συμβλήματα (60 ήπια και 13 μέτρια) μεταξύ των 1530 αιμοδοτών πρώτης φοράς-ποσοστό 4,77%.

Το 2016 το αντίστοιχο ποσοστό μειώθηκε σε 2%, αφού μόνο 29/1449 εμφάνισαν βαγοτονικά επεισόδια (24 ήπια, 4 μέτρια και 1 σοβαρό).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

-Η λήψη 500mL νερού ή άλλου ροφήματος προ της αιμοληψίας, καθώς και η τοποθέτηση του αιμοδότη σε ύπτια θέση, φαίνεται να προλαμβάνει σημαντικά τα λιποθυμικά επεισόδια στους αιμοδότες πρώτης φοράς.

-Η παραπάνω τακτική χρειάζεται να εφαρμόζεται συστηματικά, τουλάχιστον σε αιμοδότες πρώτης φοράς, ώστε να τους διατηρήσουμε στη δεξαμενή των αιμοδοτών.

58. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΣΤΗ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ-ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Λιάμπας Ιωάννης², Αγγέλης Νικόλαος², Μυλωνά Χαριτίνη², Γιοτζίης Απόστολος¹, Κούνη Μαρία¹, Ζήσης Κελεπούρης², Μυλωνάς Στέφανος²

1: Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας (ΜΜΑ) - Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων (ΓΝΤ), 2: Β' Παθολογική Κλινική ΓΝΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Εναπόθεση σιδήρου στους πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς γίνεται σε όλα τα όργανα, συχνότερα στο ήπαρ, στο οποίο μπορεί μελλοντικά να προκληθεί ίνωση/κίρρωση. Η αιμοσιδήρωση του μυοκαρδίου αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θανάτου.

Είναι πολύ σημαντική, λοιπόν, η επιλογή της καλύτερης μεθόδου αποσιδήρωσης.

ΣΚΟΠΟΣ: Σύγκριση της αποτελεσματικότητας των με-

θόδων αποσιδήρωσης με τη χρήση μαγνητικής τομογραφίας-T2*ήπατος-καρδίας στους ασθενείς με β-θαλασσαιμία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε καταγραφή και σύγκριση των αποτελεσμάτων 17(68%) εκ των 25 τακτικά-μεταγγιζόμενων β-θαλασσαιμικών ασθενών της ΜΜΑ-ΓΝΤ που υποβλήθηκαν σε MRI-T2*ήπατος-καρδίας κατά τη διάρκεια δύο περιόδων μελέτης (2οεξάμηνο2012-2οεξάμηνο2013 και 2οεξάμηνο2015-2οεξάμηνο2017).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΗΠΑΡ					
Αιμοχρωμάτωση	Ασθενείς	Αποσιδήρωση		Παρατηρήσεις	
		1η περίοδος	2η περίοδος		
Με (χωρίς μεταβολή)	2 (12%)	PO-δεφεροξαμίνη	Συνδυαστική	Κακή Συμμόρφωση	2
Βελτίωση αιμοχρωμάτωσης	5 (29,5%)	Sc-δεφεροξαμίνη	Sc-δεφεροξαμίνη	Εντατικοποίηση	1
		PO-δεφεριπρόνη	Συνδυαστική	Προσθήκη sc-δεφεροξαμίνης	1
		PO-δεφεροξαμίνη	Συνδυαστική	Αλλαγή PO-σκευάσματος Προσθήκη Sc-δεφεροξαμίνης	2
		PO-δεφεροξαμίνη	Sc-δεφεροξαμίνη	Αντένδειξη PO-δεφεριπρόνης	1
Χωρίς (διαχρονικά)	7 (41%)	Συνδυαστική	Συνδυαστική	Μακροχρόνια Συμμόρφωση	4
		Sc-δεφεροξαμίνη	Sc-δεφεροξαμίνη		2
		PO-δεφεριπρόνη	PO-δεφεριπρόνη		1
Επιδείνωση Αιμοχρωμάτωσης	3 (17,5%)	Συνδυαστική	Συνδυαστική	Κακή Συμμόρφωση	1
		PO-δεφεριπρόνη	Συνδυαστική		1
		PO-δεφεριπρόνη	PO-δεφεριπρόνη	Αρνηση συνδυαστικής	1
ΜΥΟΚΑΡΔΙΟ					
Χωρίς αιμοχρωμάτωση →16 ασθενείς(94%) από τους 17. Βελτίωση (από μετρία σε ήπια αιμοχρωμάτωση)→ 1 ασθενής(100%) μετά από εντατικοποίηση sc-δεφεροξαμίνης.					

Επιτυχημένη αποσιδήρωση ήπατος διαπιστώνεται στο 70,5%(12/17) των ασθενών: με συνδυαστική θεραπεία (4→μακροχρόνια συμμόρφωση, 3→αντικατάσταση PO-μονοθεραπείας), με Sc-δεφεροξαμίνη (2→μακροχρόνια συμμόρφωση, 1→εντατικοποίηση δόσης) και με PO-σκευάσματα(2).

Αστοχία αποσιδήρωσης ήπατος παρατηρείται στο 29,5%(5/17) των ασθενών εξαιτίας κυρίως κακής συμμόρφωσης ή/και άρνησης συνδυαστικής θεραπείας, λόγω δυσανεξίας χρήσης Sc-δεφεροξαμίνης (επώδυνοι νυγμοί, τοπικές αντιδράσεις και πολύωρη διάρκεια έγχυσης του φαρμάκου).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Για την επίτευξη του στόχου της θεραπείας αποσιδήρωσης απαιτείται:
-εξατομικευση θεραπείας, με τροποποίηση δόσεων ή/και αλλαγή αυτής

-τακτική ενημέρωση των ασθενών
-έλεγχος συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες (παρακολούθηση εκτέλεσης συνταγών, παρουσία δερματικών νυγμών καθετήρων αποσιδήρωσης).

59. ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΩΣ ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΑΚΡΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑΣ WALDENSTROM

Ρούμπου Αφροδίτη, Τσόκολα Ελένη, Κουτρουμή Μαρία-Θεοδώρα, Παπαϊωάννου Ιωάννα, Μουστάκας Ιωάννης, Πρωτόπαπας Ανδρέας, Λαμπρόπουλος Χρήστος
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδος, Ναύπλιο

Εισαγωγή: Η μακροσφαιριναιμία Waldenström εκδηλώνεται συνήθως με σπληνομεγαλία, λεμφαδενοπάθεια και περιφερική νευροπάθεια.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού μακροσφαιριναιμίας Waldenström με μοναδική εκδήλωση τις πλευριτικές συλλογές.

Υλικό: Γυναίκα 84 ετών.

Μέθοδος: Η ασθενής προσήλθε με σταδιακά επιδεινούμενη δύσπνοια τις τελευταίες δέκα μέρες, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Στο ατομικό αναμνηστικό αναφερόταν κολπική μαρμαρυγή και υποθυρεοειδισμός υπό αγωγή. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στις πνευμονικές βάσεις άμφω, ιδίως δεξιά. Δεν παρατηρήθηκαν ευρήματα από την ψηλάφηση της κοιλίας, οιδήματα ή περιφερική λεμφαδενοπάθεια. Ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, απύρετη, με ικανοποιητική οξυγόνωση. Εργαστηριακά διαπιστώθηκαν: TKE=144mm/h, CRP=13mg/dl (φ.τ.<5), Hb=8.6g/dl, LDH=484U/l, ολικό λεύκωμα=11g/dl, TSH=4.4μU/ml, Ca-125=147U/ml (φ.τ.<35), φυσιολογική νεφρική και ηπατική λειτουργία. Η α/α θώρακος έδειξε πλευριτικές συλλογές άμφω, ενώ στο υπερηχογράφημα καρδιάς

δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα. Έγινε εκκενωτική παρακέντηση (700ml) με στοιχεία φλεγμονώδους υγρού (LDHυγρού=132U/L, LDHορού=174U/L, 2400 λεμφοκύτταρα), αρνητική καλλιέργεια και κυτταρολογική εξέταση. Τα ευρήματα της ακτινογραφίας επιβεβαιώθηκαν στη CT θώρακος (συλλογές άμφω και ανώτερου μεσοθωρακίου χωρίς λεμφαδενοπάθεια) ενώ η CT κοιλίας δεν έδειξε επιπλέον παθολογία.

Αποτελέσματα: Στον ποσοτικό προσδιορισμό ανοσοσφαιρινών διαπιστώθηκε IgM=3.42g/dl (φ.τ.<0.3) ενώ στην ανοσοκαθάλωση λευκωμάτων μονοκλωνική IgM με κ ελαφρές αλυσούς. Η ασθενής παραπέμφθηκε σε αιματολογικό τμήμα όπου διενεργήθηκε οστεομυελική βιοψία με εικόνα εκτεταμένης διήθησης από μονοκλωνικά μικρά B-λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα σε ποσοστό 80% (φυσιολογικός καρυότυπος). Η ασθενής υποβάλλεται σε θεραπεία, βρίσκεται σε σταθερή κλινική κατάσταση, χωρίς υποτροπή της πλευριτικής συλλογής.

Συμπεράσματα: Κάθε πλευριτική συλλογή χρήζει διερεύνησης μέχρι την οριστικοποίηση της διάγνωσης, καθώς μπορεί να υποκρύπτεται συστηματικό νόσημα με άτυπες εκδηλώσεις.

60. Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Λιάμπας Ιωάννης², Μαυραντών Ευαγγελία², Μυλωνά Χαριτίνη², Τζέκα Αικατερίνη¹, Σταμπέρνα Αλεξάνδρα², Γατσά Ελένη³, Μυλωνάς Στέφανος²

1: Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας (MMA) - Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων (ΓΝΤ), 2: Β' Παθολογική Κλινική ΓΝΤ, 3: Αιματολογικό Ιατρείο ΓΝΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στη θαλασσαιμία η εναπόθεση σιδηρού γίνεται σε όλα τα όργανα και κυρίως στο ήπαρ. Οι μετρήσεις φερριτίνης δεν ανταποκρίνονται με ακρίβεια στο φορτίο του σιδηρού ή στις τάσεις αυξομείωσης του. Η σχέση αυτή ποικίλει ανάλογα με την ύπαρξη φλεγμονής ή ιστικής βλάβης και με το είδος και τη διάρκεια αποσιδήρωσης.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της σχέσης φερριτίνης και αιμοχρω-

μάτωσης ήπατος-καρδιάς όπως προκύπτει με MRI-T2* ασθενών με β-θαλασσαιμία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε ταξινόμηση με βάση τα επίπεδα φερριτίνης και τη βαρύτητα αιμοχρωμάτωσης ήπατος-καρδιάς 23 πολυμεταγγιζόμενων θαλασσαιμικών ασθενών της MMA-ΓΝΤ που υποβλήθηκαν σε MRI-T2* κατά τη διετία 2016-17.

Αποτελέσματα				
Μ.Ο. τιμών φερριτίνης		<1000ng/ml	1000-2500ng/ml	>2500ng/ml
Αριθμός ασθενών	23	15 (65%)	3 (13%)	5 (22%)
Αιμοχρωμάτωση ήπατος				
Καθόλου	10 (43%)	9(60%),	1 (33%)	---

Ήπια	5 (22%)	1 (6,6%)	2 (66%)	2(40%)
Μέτρια	6 (26%)	4 (26,6%)	---	2 (40%)
Σοβαρή	2 (9%)	1 (6,6%)	---	1 (20%)
Αιμοχρωμάτωση μυοκαρδίου				
Καθόλου	19 (83%)	11(73%)	3 (100%)	5 (100%)
Ήπια	4 (17%)	4 (27%)	---	---
Μέτρια	---	---	---	---
Σοβαρή	---	---	---	---
Αιμοχρωμάτωση ήπατος				
· Χωρίς→ 60% των ασθενών με φερριτίνη <1000ng/ml και 12% των ασθενών με φερριτίνη >1000ng/ml				
· Με (ήπια έως σοβαρή)→40% των ασθενών με φερριτίνη <1000ng/ml και 88% των ασθενών με φερριτίνη >1000ng/ml				
Αιμοχρωμάτωση μυοκαρδίου				
· Χωρίς→ 73% με φερριτίνη<1000 ng/ml και 100% με φερριτίνη > 1000 ng/ml				
· Ήπια→ 27% με φερριτίνη <1000ng/ml				

Για φερριτίνη <1000ng/ml:

-60%(9/15) των ασθενών δεν εμφανίζουν ηπατική επιβάρυνση και αφορά την πλειοψηφία αυτών (7/9) που την διατηρούσαν μακροχρόνια σε χαμηλά επίπεδα.

-το υπόλοιπο 40%(6/15) που εμφανίζει αιμοχρωμάτωση ήπατος και οι πάσχοντες από ήπια αιμοχρωμάτωση μυοκαρδίου, είναι κυρίως ασθενείς με πρόσφατη μείωση ή αυξομείωση της φερριτίνης.

Για φερριτίνη >1000ng/ml

-σχεδόν όλοι(7/8) εμφάνιζαν από ήπια έως σοβαρού βαθ-

μού αιμοχρωμάτωση ήπατος,

-κανένας(8/8) δεν εμφάνιζε αιμοχρωμάτωση μυοκαρδίου

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η φερριτίνη για πολλά χρόνια ήταν πλέον σημαντική εξέταση στην παρακολούθηση ασθενών με β-θαλασσαιμία. Η αποτυχία μείωσης της στον ορό δεν αποδεικνύει κατά ανάγκη ότι ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στην θεραπεία. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα αποτελέσματα της MRI-T2*ήπατος-καρδιάς, που αποτελεί την πιο αξιόπιστη σύγχρονη μέθοδο για εκτίμηση της βαρύτητας της αποσιδήρωσης.

61. ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΑΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΤΗ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Λιάμπας Ιωάννης², Μαρτίσα Δήμητρα², Μυλωνά Χαριτίνη², Τζέκα Αικατερίνη¹, Τάσιος Βάιος², Γατσά Ελένη³, Μυλωνάς Στέφανος²

1: Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας (MMA) - Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων (ΓΝΤ), 2: Β' Παθολογική Κλινική ΓΝΤ, 3: Αιματολογικό Ιατρείο ΓΝΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι θαλασσαιμικοί ασθενείς συχνά παραμένουν τη θεραπεία αποσιδήρωσης, γιατί η αιμοχρωμάτωση δεν προκαλεί άμεσα κλινικές επιπλοκές και όταν γίνεται αντιληπτή έχει ήδη προκαλέσει σοβαρές βλάβες, ενίοτε μη αναστρέψιμες.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρακολούθηση των μεθόδων αποσιδήρωσης και της διαχρονικής μεταβολής του βαθμού αιμοχρω-

μάτωσης ήπατος-καρδιάς με χρήση MRI(τεχνική-T2*) στη β-θαλασσαιμία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγράφηκε το είδος της αποσιδήρωσης και τα αποτελέσματα των MRI-T2*ήπατος-καρδιάς στην πλειοψηφία των 25τακτικά-μεταγγιζόμενων β-θαλασσαιμικών ασθενών της MMA-ΓΝΤ σε 2 χρονικές περιόδους(διετίες).

Αποτελέσματα (μέθοδος Anderson-Pennel)		2 ^ο εξάμηνο 2012-2 ^ο εξάμηνο 2013		2 ^ο εξάμηνο 2015-2 ^ο εξάμηνο2017		
		18 ασθενείς (72 %)		23 ασθενείς (92%)		
Αιμοχρωμάτωση	Αποσιδήρωση	Ήπαρ	Καρδιά	Ήπαρ	Καρδιά	
Καθόλου	po DFP	8 (32%)	2	4	1	2
	po DFX		0	16 (64%)	5	19 (76%)
	sc DFO		2	2	2	3
	PoDFP-sc DFO		4	5	5	13

Αποτελέσματα (μέθοδος Anderson-Pennel)		2 ^ο εξάμηνο 2012- 2 ^ο εξάμηνο 2013		2 ^ο εξάμηνο 2015- 2 ^ο εξάμηνο 2017	
		18 ασθενείς (72 %)		23 ασθενείς (92%)	
Αιμοχρωμάτωση	Αποσιδήρωση	Ήπαρ	Καρδιά	Ήπαρ	Καρδιά
Ήπια	po DFP	-	-	-	-
	po DFX	2	1	5	4
	sc DFO	(8%)	0	(20%)	(16%)
	Po DFP-sc DFO				
Μέτρια	po DFP	1	-	1	-
	po DFX	2	1	6	0
	sc DFO	(8%)	(4%)	(24%)	
	po DFP& sc DFO				
Σοβαρή	po DFP	2	1	2	0
	po DFX	6	3	2	-
	sc DFO	(24%)	(4%)	(8%)	-
	po DFP& sc DFO				
Άγνωστη	po DFP	2	-	-	-
	po DFX	7	5	2	1
	sc DFO	(28%)		(8%)	
	po DFP& sc DFO				1

Η συμμόρφωση των ασθενών σε MRI αυξήθηκε κατά 20%
Μόνο 2 ασθενείς δεν υποβλήθηκαν σε MRI την 2^η περίοδο: 1/25→αντένδειξη (ορθοπεδικό χειρουργείο), 1/25→ άρνηση (ψυχολογικούς λόγους)

PO-δεφερασιρόξιν(DFX)

-οι ασθενείς σε αγωγή την 1ηπερίοδο που υποβλήθηκαν σε MRI(5/5) εμφάνιζαν αιμοχρωμάτωση(ήπια-σοβαρή) ήπατος, χωρίς αιμοχρωμάτωση μυοκαρδίου.

-έγινε διακοπή στο 70%(7/10) εξαιτίας επιπλοκών ή αναποτελεσματικότητας και αντικατάσταση: 6/7→συνδυαστική θεραπεία & 1/7→sc-δεφεροξαμίνη

Μονοθεραπεία PO-δεφεριπρόνη(DFP)

-στα 5/7 προστέθηκε sc-δεφεροξαμίνη (συνδυαστική-θεραπεία), εξαιτίας αναποτελεσματικότητας.

-στα 2/7 συνεχίστηκε και στην 2η περίοδο (1/7→ικανοποιητικό θεραπευτικό-αποτέλεσμα & 1/7→άρνηση συνδυαστικής)

Μονοθεραπεία με sc-δεφεροξαμίνη

-αφορά ασθενείς με επιπλοκές/αντενδείξεις στα δύο PO-σκευάσματα.

-είχε καλά αποτελέσματα (μισοί→χωρίς αιμοχρωμάτωση ήπατος)

Συνδυαστική αποσιδήρωση

-αν και τριπλασιάστηκε η χορήγηση της τη 2η περίοδο, μόνο το 5/15(33%) ήταν χωρίς αιμοχρωμάτωση ήπατος.

-στους υπόλοιπους (10/15) υπήρξε πρόσφατη αλλαγή θεραπείας ή κακή συμμόρφωση στη θεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρακολούθηση της θεραπείας αποσιδήρωσης στη θαλασσαιμία θα πρέπει να γίνεται με MRI ήπατος-καρδιάς, βάσει της οποίας να προσαρμόζεται η θεραπεία στις ανάγκες κάθε θαλασσαιμικού ασθενούς.

62. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΡΟΕΜΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

Μπεκιάρη Ελένη¹, Βλαχάκη Ευθυμία¹, Μεντεσίδου Βαϊά², Καρατζιά Λουκία³, Γεωργιάδου Αναστασία¹, Μπούρα Παναγιώτα¹, Τσάπας Απόστολος¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΠΝΘ Ιπποκράτειο, ² Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ.Παπανικολάου», ³ Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου, Λευκωσία

Εισαγωγή:

Το σύνδρομο ΡΟΕΜΣ είναι ένα σπάνιο παρανεοπλασματικό σύνδρομο πλασματοκυτταρικών δυσκρasiών. Το ακρωνύμιο προκύπτει από τα κύρια σημεία που το απαρτίζουν (πολυ-

νευροπάθεια, οργανομεγαλία, ενδοκρινοπάθεια, μονοκλωνική πρωτεΐνη, δερματολογικές αλλοιώσεις). Η διάγνωση τίθεται όταν πληρούνται τα δύο υποχρεωτικά κριτήρια (πολυνευροπάθεια, μονοκλωνική πλασματοκυτταρική νόσος), ένα από τα

μείζονα (οστεοσκληρυντικές βλάβες, Castleman disease, αυξημένα επίπεδα VEGF) και ένα από τα ελάσσονα (οργανομεγαλία, υπερφόρτωση εξωαγγειακού χώρου, ενδοκρινοπάθεια, δερματικές εκδηλώσεις, οίδημα θηλής, θρομβοκυττάρωση/ πολυερυθραιμία).

Σκοπός:

Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με διάγνωση ιδιοπαθούς θρομβοκυττάρωσης και προοδευτική εμφάνιση εκδηλώσεων συμβατών με σκληρόδερμα, που αποδόθηκαν τελικώς σε σύνδρομο ΡΟΕΜΣ.

Μέθοδος-Υλικό:

Ασθενής 46 ετών με ιστορικό ιδιοπαθούς θρομβοκυττάρωσης και εκδηλώσεις σκληροδέρματος παραπέμπεται για διερεύνηση.

Διαπιστώθηκαν πνευμονική υπέρταση, αμφοτερόπλευρο οίδημα θηλής και βαριά αισθητικοκινητική πολυνευροπάθεια, ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε οστεολυτικές και

οστεοσκληρυντικές βλάβες στο ύψος Ο5-11 με συνοδό διόγκωση οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων. Η βιοψία της οστικής βλάβης έθεσε τη διάγνωση του μονήρους πλασματοκυττάρωσος οστών. Έλεγχος με ανοσοκαθίλωση λευκωμάτων ορού και ούρων δεν κατέδειξε μονοκλωνικό κλάσμα.

Η νευροπάθεια αρχικά αποδόθηκε σε πιεστικά φαινόμενα εκ της σπονδυλικής στήλης, αλλά η συνύπαρξη πολλαπλών νοσολογιών (ιδιοπαθής θρομβοκυττάρωση, σκληρόδερμα, πλασματοκύττωμα) έθεσε την υπόνοια παρανεοπλασματικού συνδρόμου με πολλαπλές εκδηλώσεις. Η ασθενής πληρούσε τα κριτήρια για την διάγνωση του συνδρόμου ΡΟΕΜΣ.

Συμπεράσματα:

Η θρομβοκυττάρωση μπορεί να αποτελεί αρχική εκδήλωση συνδρόμου ΡΟΕΜΣ και ο υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας σε ασθενείς με αρνητικό μοριακό έλεγχο για ιδιοπαθή θρομβοκυττάρωση μπορεί να οδηγήσει στη διάγνωση του συνδρόμου.

63. ΤΟ ΝΙΒΟΛΟΥΜΑΒ (ΑΝΤΙ PD-1) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ HODGKIN.

Βλαχάκη Ευθυμία¹, Μπεκιάρη Ελένη¹, Καφαντάρη Κατερίνα¹, Στάγκου Μαρία², Ανδριόπουλος Δημήτρης¹, Γλαβά Αγνή¹, Γώττη Καλλιόπη-Κλειώ¹, Αλυφαντής Ανδρέας¹, Τσάπας Απόστολος¹

¹ Β΄ Παθολογική κλινική, ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, ² Νεφρολογική κλινική, ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Συνήθως οι ασθενείς με λέμφωμα Hodgkin αντιμετωπίζονται με επιτυχία με τη χημειοθεραπεία ή με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία ή με εντατική χημειοθεραπεία και αυτόλογη μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων. Όμως ένα ποσοστό ασθενών έχει πρωτοπαθή ανθεκτική νόσο ή υποτροπιάζει πολύ γρήγορα και πολλοί απ' αυτούς αποβιώνουν. Η συνεχής εξέλιξη της ανοσοθεραπείας και η χρήση της σε ευρύ φάσμα κακοηθειών, την καθιέρωσε ως θεραπευτική επιλογή εκτός από την κλασική χημειοθεραπεία.

Η παρουσία υποδοχέων στα κύτταρα του ανοσοποιητικού μηχανισμού, που αναγνωρίζουν αντίστοιχους συνδέτες στα καρκινικά κύτταρα, αποτελούν ιδανικό στόχο για την ανοσοθεραπεία με αποτέλεσμα την απόπτωση των καρκινικών κυττάρων. Από διετίας το Nivolumab (αντι PD-1) έλαβε έγκριση για την αντιμετώπιση του ανθεκτικού και υποτροπιάζοντος λεμφώματος Hodgkin. Ωστόσο, παρά το όφελος που προ-

σφέρει η ανοσοθεραπεία, συνοδεύεται και από ανεπιθύμητες ενέργειες με άνοσο κυρίως μηχανισμό, τις οποίες πρέπει να τις γνωρίζουμε και να τις αντιμετωπίζουμε με ή χωρίς την οριστική διακοπή του φαρμάκου. Σκοπός της εργασίας η περιγραφή ασθενούς με πρωτοπαθή ανθεκτική νόσο Hodgkin σε διάφορες θεραπείες, έλαβε 6 κύκλους Nivolumab και παρουσίασε ως ανεπιθύμητη ενέργεια αυτοάνοσο υποθυρεοειδισμό, βαρύ νεφρωσικό σύνδρομο και ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη.

Η θεραπεία διακόπηκε προσωρινά μέχρι να αντιμετωπιστούν οι διαταραχές με θεραπεία υποκατάστασης και κορτικοστεροειδή.

Συμπερασματικά, η επαναστατική είσοδος της ανοσοθεραπείας στις κακοήθειες αύξησε το θεραπευτικό εύρος, έφερε ωστόσο στο προσκήνιο νέες ανεπιθύμητες ενέργειες με άνοσο μηχανισμό.

64. ΧΡΟΝΙΑ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΑΙΤΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΙΖΟΝΑ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χρήστος¹, Βασδέκη Δήμητρα¹, Πετρούλακη Ελένη¹, Οικονόμου Δημήτριος¹, Γκόγκος Γεώργιος¹, Μαλακούδη Φωτεινή¹, Θεοδωρούλα Ευτέρπη¹, Μυλωνά Χαρίτινη¹, Μυλωνάς Στέφανος¹

¹ Β΄ Παθολογική κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Η αιτιολογία της πνευμονικής υπέρτασης (ΠΥ) στις αιμοσφαιρινοπάθειες μπορεί να οφείλεται σε άγνωστους ή πολυπαραγοντικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με την γενική παθολογία της νόσου(η χρόνια υποξία συνεπάγεται αγγειοσύσπαση και δυσλειτουργία του ενδοθηλίου)καθώς και σε παθήσεις των αριστερών καρδιακών κοιλοτήτων,σε ασθενείς με βαριά αιμοσιδήρωση του μυοκαρδίου.

Σκοπός: Περιγραφή μιας περίπτωσης ασθενούς με μεί-

ζονα θαλασσαιμία και Π.Υ. η όποια εσφαλμένα είχε αποδοθεί στην χρόνια αιμολυτική αναιμία,ενώ εν τέλει οφειλόταν σε θρομβοεμβολική νόσο.

Υλικό-μέθοδος: Πολυμεταγχιζόμενος ασθενής,60 ετών,με ιστορικό μείζονος θαλασσαιμίας, χρόνιας ηπατίτιδας C,σπληνομεγαλίας,παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, χωρίς αιμοχρωμάτωση καρδιάς και ήπατος και χωρίς δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας ήταν υπό τακτική υπερηχο-

γραφική παρακολούθηση του μυοκαρδίου εξαιτίας διάγνωσης ήπιας πνευμονικής υπέρτασης από 5ετίας χωρίς επιβάρυνση της δεξιάς καρδιάς.Ο ασθενής παρέμενε ασυμπτωματικός,το BNP ήταν φυσιολογικό και σε επαναλαμβανόμενους ελέγχους τα δ-διμερή ήταν αρνητικά.Η Π.Υ. του ασθενούς αποδόθηκε στη χρόνια αιμόλυση και σε επιδείνωση της αναιμίας λόγω θεραπείας της ηπατίτιδας C με Sofosbuvir.Εγιναν προσπάθειες βελτίωσης του αιματοκρίτη με εντατικοποίηση των μεταγγίσεων. Παράλληλα,αποφασίστηκε η διενέργεια δεξιού καθετηριασμού που επιβεβαίωσε την αυξημένη προτριχοειδική πνευμονική πίεση.Ο στεφανιογραφικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Με το σπινθηρογράφημα αερισμού-αιμάτωσης δι-

εγνώσθη θρομβοεμβολική νόσος.Ο έλεγχος θρομβοφιλίας έδειξε χαμηλή πρωτεΐνη C,S,αντιθρομβίνη III και υψηλή ομοκυστεΐνη.Το αντιπηκτικό του λύκου και τα αντισώματα έναντι της καρδιολιπίνης και β2-γλυκοπρωτεΐνης ήταν αρνητικά. Από τον γονιδιακό έλεγχο διαπιστώθηκε ετεροζυγωτία στην μετάλλαξη C677T του γονιδίου MTHFR,ενώ δεν ανιχνεύθηκε μετάλλαξη στο γονίδιο G20210A της προθρομβίνης.Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με Riociguat και ασενοκουμαρόλη με αποτέλεσμα την μείωση της πνευμονικής πίεσης

Συμπεράσμα: Στην ιατρική επιστήμη η προφανής διάγνωση δεν αποτελεί πανάκεια. Επαγρύπνηση χρειάζεται σε πολύπλοκες καταστάσεις όπως η μείζονα θαλασσαιμία.

65. ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Λουκά Χρυσόστομος, Κωνσταντίνου Χάρης, Χριστοδούλου Σοφία, Κίζη Ανθούλα, Αλέξη Άγγελος, Αδάμαντου Μαγδαληνή, Ροδοθέου Ντάνια, Στυλιανού Ανδρέας
Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας

Εισαγωγή: Το ανεύρυσμα της σπληνικής αρτηρίας είναι σχετικά σπάνιο και αποτελεί το 60% περίπου του συνόλου των σπλαχνικών ανευρυσμάτων.

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με γνωστό ιστορικό χρόνιας αλκοολικής παγκρεατίτιδας και χρόνιας ηπατίτιδας Β, ο οποίος νοσηλεύτηκε λόγω αναιμίας.

Μέθοδοι - Υλικό: Πρόκειται για ασθενή ηλικίας 55 ετών με πολλαπλές νοσηλίες στη παθολογική κλινική λόγω χρόνιας αλκοολικής παγκρεατίτιδας, ο οποίος προσήλθε στο Νοσοκομείο αιτιώμενος γενικής αδυναμίας και εύκολη κόπωση. Σε εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκε Hb5,6mg/dl, ενώ η γαστροσκόπηση ανέδειξε ενεργό αιμορραγία από το φύμα του Vater. Η αξονική τομογραφία κοιλίας έδειξε ψευδοκύστη παγκρέατος που προϋπήρχε και σε προηγούμενο απεικονιστικό έλεγχο. Σε περαιτέρω έλεγχο με ψηφιακή αγγειογραφία φάνηκε λιμνάζουσα σκιαγραφική ουσία εντός της ψευδοκύστης η οποία επικοινωνούσε με τη σπληνική αρτηρία. Η σπληνική

αρτηρία απεικονίστηκε με εξελκώσεις στη πορεία της ψευδοκύστης, ευρήματα που συνηγορούσαν για ανεύρυσμα αυτής. Λόγω του υψηλού κινδύνου που παρουσίαζε ο ασθενής, αποφασίστηκε όπως γίνει αντιμετώπιση με εμβολισμό της σπληνικής αρτηρίας. Η πρώτη προσπάθεια εμβολισμού ανέδειξε ψευδοανεύρυσμα στη μεσότητα της σπληνικής αρτηρίας και ήταν ανεπιτυχής. Μετά από χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας έγινε εκ νέου με επιτυχία αυτή τη φορά εμβολισμός της σπληνικής αρτηρίας.

Συμπεράσματα: Το ανεύρυσμα της σπληνικής αρτηρίας είναι σχετικά σπάνιο και η αγγειογραφία επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Προϋπάρχουσες καταστάσεις που συσχετίζονται με τη δημιουργία αυτών των ανευρυσμάτων είναι η συστηματική ινοδυσπλασία, η πυλαία υπέρταση με σπληνομεγαλία και οι πολλαπλές εγκυμοσύνες. Άλλα αίτια σπανιότερα αίτια όπως στον πιο άνω ασθενή είναι οι φλεγμονώδεις παθήσεις (χρόνια παγκρεατίτιδα), και μυκωτικές βλάβες. Ο εμβολισμός αποτελεί τη θεραπεία επιλογής σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

66. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΑΤΥΠΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΑΠΟ ΟΛΜΕΣΑΡΤΑΝΗ

Μακρή Ανδρομάχη, Μπάρκας Φώτιος, Λαμούρη Χαρίκλεια, Μεγαπάνου Ευσταθία, Πανταζή Αδελαΐδα, Ελισάφ Μωυσής, Λιάμης Γεώργιος
Β Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Οι σαρτάνες αποτελούν μία ευρέως συνταγογραφούμενη κατηγορία αντιυπερτασικών φαρμάκων, με ένα εξαιρετικό προφίλ ασφάλειας. Ωστόσο, υπάρχουν αναφορές περιστατικών ενός συνδρόμου εντεροπάθειας που αποδίδεται στις σαρτάνες (κυρίως στην ολμεσαρτάνη) και χαρακτηρίζεται από διάρροιες, δυσασπορόφηση και απώλεια σωματικού βάρους.

Σκοπός: Η περιγραφή ενός περιστατικού εντεροπάθειας από ολμεσαρτάνη, κατά το οποίο η απώλεια σωματικού βάρους προηγήθηκε αρκετούς μήνες του διαρροϊκού συνδρόμου.

Υλικό: Ασθενής 71 ετών με ατομικό ιστορικό αρτηριακής

υπέρτασης υπό ολμεσαρτάνη από 5ετίας αναφέρει απώλειας σωματικού βάρους 15 Kg τους τελευταίους 14 μήνες χωρίς ανορεξία ή άλλη συνοδό συμπτωματολογία. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος προ 8μήνου και προ τριμήνου σε εξωτερική βάση απέβη αρνητικός. Η ασθενής εισήχθη στην κλινική μας αναφέροντας από 20ημέρου την εμφάνιση πολλαπλών διαρροϊκών κενώσεων. Η ασθενής παρουσίαζε περιφερικά οίδημα, υπολευκωματιναιμία και παράταση του χρόνου προθρομβίνης, που διορθώθηκε με χορήγηση βιταμίνης Κ.

Μέθοδος: Ο ενδελχής έλεγχος ήταν αρνητικός για υποκείμενη λοίμωξη, ενδοκρινοπάθεια, ανοσολογικό νόσημα ή συμπαγή νεοπλασία. Τα αντισώματα για κοιλιοκάκη ήταν αρ-

νητικά. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού ανέδειξε οίδηματώδεις, πεπλατυσμένες και ερυθρές πτυχές του δωδεκαδακτύλου, ενώ η ιστολογική εξέταση ανέδειξε σοβαρού βαθμού αλλοιώσεις της αρχιτεκτονικής των αδενίων, με πλήρη αποπλάτυση των λαχνών και λευκοκυτταρική διήθηση του χορίου. Αποτελέσματα: Έγινε διακοπή της ολμεσαρτάνης με αποτέλεσμα την κλινική βελτίωση της ασθενούς (διακοπή διαρ-

ροίων, προοδευτική ανάκτηση του σωματικού βάρους).

Συμπεράσματα:

Ανεξήγητη απώλεια σωματικού βάρους μπορεί να είναι η μοναδική εκδήλωση της εντεροπάθειας από ολμεσαρτάνη για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η άμεση διακοπή του φαρμάκου αποτρέπει πιθανή επιδείνωση καθώς και άσκοπες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις.

67. ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΜΟΝΟΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Στοιμένης Δημήτριος¹, Θεοφανίδου Σοφία², Σιωνίδου Μαρία³, Σπυριδωνίδου Χριστίνα⁴, Χατζηθεόκλητος Ευθύμιος⁵.

1 Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο, Θεσσαλονίκη, 2 Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Euromedica - Αρωγή, Θεσσαλονίκη, 3 Ιδιωτικό Πνευμονολογικό Ιατρείο, Θεσσαλονίκη, 4 Μ.Ε.Θ., Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, 5 Μονάδα Χειρουργικής Παγκρέατος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Χαρακτηριστικό του παγκρεατικού καρκίνου αποτελεί η απουσία ειδικών συμπτωμάτων στα πρώιμα στάδια που οδηγεί σε καθυστέρηση της διάγνωσης και πτωχή πρόγνωση. Περιστασιακά, οι παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις (σύνδρομο Trousseau, νευροπάθειες) αποτελούν ένα πρώιμο κλινικό σημείο του παγκρεατικού καρκίνου.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με σκοπό την αύξηση της υποψίας του κλινικού ιατρού σε αντίστοιχες περιπτώσεις.

Υλικό - Μέθοδοι: Καταγραφή ιστορικού, παρούσας νόσου, διάγνωσης και θεραπείας σε ασθενή που παρακολουθείται σε Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο από το Φεβρουάριο του 2017 έως σήμερα.

Αποτελέσματα: Άρρεν 62 ετών, καπνιστής, χωρίς χρήση αλκοόλ, με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπό δισκία, στεφανιαίας νόσου / αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, βηματοδότη, υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας, παρουσίασε αιφνίδια χαλαρή πάρεση δεξιού κάτω άκρου. Εκτιμήθηκε από νευρολόγο και ορθοπεδικό και διαπιστώθηκε μονονευρίτιδα του κοινού περνιαίου νεύρου, απομυελινωτικού κυρίως τύπου.

68. ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΑ

Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια¹, Αθανασίου Λάμπρος², Σπυρόπουλος Παναγιώτης³, Ξανθάκου Ελένη⁴, Αθανασίου Παναγιώτης⁵
1 Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, 2 Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, 3Ενδοκρινολόγος, Αθήνα, 4 Ενδοκρινολόγος, Σπάρτη, 5 Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή. Η ανοϊκή συνδρομή ποικίλης αιτιολογίας είναι ένα σύγχρονο πρόβλημα που απασχολεί την ιατρική κοινότητα αλλά και την κοινωνία. Οι διαταραχές θρέψης είναι μεγάλο πρόβλημα για τους ασθενείς με ανοϊκή συνδρομή, καθώς επηρεάζουν τη γενική κατάσταση των ασθενών και η αντιμετώπισή τους προβληματίζει τους φροντιστές των ασθενών. Για την αντιμετώπιση του ανοϊκού συνδρόμου χρησιμοποιούνται αναστολείς της χολινεστεράσης και ανταγωνιστές του υποδοχέα του NMDA για την καθυστέρηση της προόδου της νόσου. Οι αναστολείς της χολινεστεράσης και οι ανταγωνιστές του υποδοχέα του NMDA προκαλούν διαταραχές του πεπτικού, όπως ναυτία και ελάττωση της όρεξης.

Σκοπός. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή ομάδας ασθενών με ανοϊκή συνδρομή ποικίλης αιτιολογίας που ελάμβαναν θεραπευτική αγωγή για τη νόσο και παρουσίασαν ελάττωση της όρεξης για τη λήψη τροφής και συνοδό

σαρκοπενία.

Μέθοδοι. Παρουσιάζεται ομάδα 10 ασθενών με ανοϊκή συνδρομή. Οι ασθενείς έπασχαν από νόσο Alzheimer (5 ασθενείς), άνοια αγγειακής αιτιολογίας (4 ασθενείς) και ανοϊκή συνδρομή τραυματικής αιτιολογίας (1 ασθενής). Οι ασθενείς αντιμετωπιζόνταν με τη χορήγηση αναστολέων της χολινεστεράσης και ανταγωνιστών του υποδοχέα του NMDA.

Αποτελέσματα. Οι ασθενείς εμφανίστηκαν με σαρκοπενία. Έγινε πλήρης ορμονολογικός και αιματολογικός έλεγχος που δεν έδειξε σχετικές διαταραχές, καθώς η θυρεοειδική λειτουργία ήταν φυσιολογική και τα επίπεδα των ορμονών που σχετίζονται με τη ρύθμιση των επιπέδων του ασβεστίου στο αίμα ήταν φυσιολογικά. Συστήθηκε επαρκής διατροφή και ήπια άσκηση με αποτέλεσμα σταθεροποίηση του προβλήματος της σαρκοπενίας. Ωστόσο, παρά τη συμμόρφωση με τις διατροφικές οδηγίες το πρόβλημα της σαρκο-

πενίας επέμεινε.

Συμπεράσματα. Περιγράφεται ομάδα ασθενών με ανοϊκή συνδρομή ποικίλης αιτιολογίας που αντιμετωπιζόταν με αναστολείς της χολινεστεράσης και ανταγωνιστές του υπο-

δοχέα του NMDA και παρουσίασε σαρκοπενία. Παρουσιάζε-ται η σαρκοπενία ως εκδήλωση της ανοϊκής συνδρομής και των διαταραχών της όρεξης και της διατροφικής συμπεριφο-ράς που τη συνοδεύουν.

69. ΟΦΘΑΛΜΟΠΑΘΕΙΑ GRAVES' ΕΙΣΒΑΛΛΟΥΣΑ ΜΕ ΥΠΟΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ

Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια¹, Αθανασίου Λάμπρος², Ξανθάκου Ελένη³, Σπυρόπουλος Παναγιώτης⁴, Αθανασίου Παναγιώτης⁵
1 Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, 2 Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, 3 Ενδοκρινολόγος, Σπάρτη, 4 Ενδοκρινολόγος, Αθήνα, 5 Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή. Η νόσος Graves' είναι πολυσυστηματική νόσος που χαρακτηρίζεται από υπερθυρεοειδισμό, δυσθυρεοειδική οφθαλμοπάθεια και προκνημιαίο μυξοίδημα. Η νόσος εισβάλλει συνήθως με υπερθυρεοειδισμό ή σπανιότερα με προσβολή των οφθαλμών. Έχει ποικίλη πορεία και πολλές φορές κατά τη φυσική της πορεία εμφανίζεται μόνιμος υποθυρεοειδισμός.

Σκοπός. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς που εμφανίστηκε με δυσθυρεοειδική οφθαλμοπάθεια και υποκλινικό υποθυρεοειδισμό.

Περιγραφή περίπτωσης. Ασθενής, γυναίκα 59 ετών, προσήλθε με πρόπτωση του δεξιού οφθαλμού καθώς και συνοδά συμπτώματα όπως η αίσθηση ξένου σώματος σε αμφότερους τους οφθαλμούς. Εγινε έλεγχος με αξονική τομογραφία οφθαλμικών κόγχων που έδειξε εξοίδηση των οφθαλμικών μυών άμφω με προέχουσα προσβολή των μυών του δεξιού οφθαλμού. Εγινε εργαστηριακός έλεγχος που έδειξε TRab 1.7 IU/L (ΦΤ <1.5 IU/L), θετικά αντιμικροσωματικά και αντιθυρεοσφαιρινικά αντισώματα, TSH 4.9 mIU/L και FT4 φυσιολογική. Χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζο-

λόνη iv 500 mg/wk σε 6 εβδομαδιαία σχήματα και ακολούθως πρεδνιζόνη από του στόματος σε σταδιακά μειούμενη δόση. Η πρόπτωση του δεξιού οφθαλμού υποχώρησε. Εγινε νέος έλεγχος και έδειξε TSH 5.7 mIU/L. Χορηγήθηκε θυροξίνη σε δόση 75 μg ημερησίως.

Η ασθενής είναι σταθερή και ευθυρεοειδική, TSH 2.1 mIU/L υπό αγωγή με θυροξίνη και πρεδνιζόνη σε σταδιακά μειούμενη δόση.

Συμπερασματικά. Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με νόσο Graves' που εισέβαλε με δυσθυρεοειδική οφθαλμοπάθεια και υποκλινικό υποθυρεοειδισμό. Η νόσος Graves' πολλές φορές στη φυσική της πορεία χαρακτηρίζεται από εμφάνιση υποθυρεοειδισμού.

Ωστόσο, η εισβολή του νοσήματος με υποθυρεοειδισμό είναι ιδιαίτερα σπάνια και υπογραμμίζει τη σχέση, όσο αφορά την παθογένεια και παθοφυσιολογία των νοσημάτων, μεταξύ της αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας Hashimoto που προκαλεί υποθυρεοειδισμό και της νόσου Graves', πολυσυστηματικού αυτοάνοσου νοσήματος που χαρακτηρίζεται από προσβολή πολλαπλών συστημάτων και υπερθυρεοειδισμό.

70. ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑΣ- ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΙΖΟΝΑ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ (ΜΜΑ) ΤΟΥ Γ.Ν.ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΣΕ 2 ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ 2012-2013 ΚΑΙ 2016-2017

Ζήσης Χρήστος¹, Μαρίτσα Δήμητρα², Λιάμπας Ιωάννης², Μυλωνά Χαριτίνα³, Παρδάλη Βαϊά², Γιαντζής Απόστολος⁴, Σταμπέρνα Αλεξάνδρα², Μυλωνάς Στέφανος².

1 Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας (ΜΜΑ) Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα, 2 Β' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα, 3 Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 4 Νοσηλευτική Υπηρεσία Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα.

Εισαγωγή: Για πολλά χρόνια κλασική θεραπευτική αγωγή για το σύνδρομο οστεοπενίας-οστεοπόρωσης ασθενών με β-θαλασσαιμία αποτελούσαν η υποκατάσταση ορμονών του φύλου, τα συμπληρώματα βιταμίνης-D/ασβεστίου(Ca) και τα διφωσφονικά.

Προέκυψαν όμως νεότερα δεδομένα:

-Δεδομένα περί εξασθένησης της αποτελεσματικότητας των διφωσφονικών και αύξησης του κινδύνου εμφάνισης σπανιότερων επιπλοκών με σύσταση, πλέον, για αποφυγή χορήγησης πέραν της 3-5ετίας.

-Ανεύρεση χαμηλών συγκεντρώσεων βιταμίνης-D στον

ελληνικό πληθυσμό.

-Υπεροχή της διαιτητικής πρόσληψης ασβεστίου έναντι της συμπληρωματικής.

-Νέες θεραπείες όπως δανοσομύμη(ανθρώπινο-μονοκλωνικό-αντίσωμα).

Σκοπός: Ανασκόπηση σύγχρονης θεραπευτικής προσέγγισης ασθενών με β-θαλασσαιμία και μειωμένη οστική πυκνότητα στην επαρχία.

Υλικό-Μέθοδος: Καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής του συνδρόμου οστεοπενίας-οστεοπόρωσης 25 πολυμεταγγιζόμενων β-θαλασσαιμικών ασθενών της ΜΜΑ Γ.Ν.Τρικάλων σε 2 περιόδους: 2012-2013 και 2016-2017.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑΣ-ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΤΩΝ 25 ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΩΝ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΜΑ του Γ.Ν.ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΣΕ 2 ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ 2012-13 και 2016-17						
	ΠΕΡΙΟΔΟΣ 2012-2013		ΠΕΡΙΟΔΟΣ 2016-2017		ΜΕΤΑΒΟΛΗ	
	ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑΣ - ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ				Οστεοπενία	Οστεοπόρωση
	Οστεοπενία	Οστεοπόρωση	Οστεοπενία	Οστεοπόρωση		
	12 (48%)	7 (28%)	11 (44%)	10 (40%)	-1 (-4%)	+3 (+12%)
ΦΑΡΜΑΚΑ	19 (76%)		21 (84%)		+8%	
Σκευάσματα ασβεστίου	15 (79%)		7 (33%)		-46%	
Σκευάσματα βιταμίνης D	17 (89%)		21 (100%)		+11%	
Διφωσφονικά	9 (47%)		3 (14%)		-33%	
Ορμονική υποκατάσταση	11 (58%) (Α:Γ 10:1)		12 (57%) (Α:Γ 10:2)		Χωρίς μεταβολή	
Υδρογλωροθειαζίδη	4 (21%)		4 (19%)		Χωρίς μεταβολή	
Ρανελικό στρόντιο	2 (10,5%)		0 (0%)		-10,5%	
Δανοσομύμη	0 (0%)		9 (43%)		+43%	

Αποτελέσματα:

-Πλέον όλοι λαμβάνουν σκευάσματα βιταμίνης-D, σε αυξημένες-θεραπευτικές δόσεις.

-Η χορήγηση σκευασμάτων-Ca μειώθηκε κατά 46% λόγω υπεροχής της διαιτητικής πρόσληψης.

-Υποτριπλασιάστηκε η χορήγηση διφωσφονικών, εξαιτίας εμφάνισης γαστρεντερικών επιπλοκών ή μακροχρόνιας χορήγησης(>5ετίας).

- Η ορμονική υποκατάσταση αφορά κυρίως χορήγηση τεστοστερόνης σε άνδρες.

-Τα θειαζιδικά διουρητικά έχουν θέση στη μείωση της απο-

βολής ασβεστίου στα ούρα.

-Διακόπηκε η χορήγηση ρανελικού στρόντιου-παρά την αποτελεσματικότητά-εξαιτίας του αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου.

-Η δανοσομύμη πλέον χορηγείται σχεδόν στους μισούς ασθενείς.

Συμπεράσματα: Υπάρχει ανάγκη περαιτέρω μελέτης της αποτελεσματικότητας των θεραπειών και πιθανώς μια πιο σύγχρονη προσέγγιση της χρήσης τους στην οστική νόσο των β-θαλασσαιμικών ασθενών.

71 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑΣ-ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΜΕΙΖΟΝΑ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ: ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Ζήσης Χρήστος¹, Μαρίτσα Δήμητρα², Μαλακούδη Φωτεινή², Λιάμπας Ιωάννης², Μυλωνά Χαριτίνα³, Σταμπέρνα Αλεξάνδρα², Μυλωνάς Στέφανος²

1 Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας (ΜΜΑ) Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα, 2 Β' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα, 3 Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

Εισαγωγή: Η ελάττωση της οστικής πυκνότητας στους β-θαλασσαιμικούς ασθενείς είναι πολυπαραγοντική. Τα αίτια είναι:

1.Μηχανικά:Υπερπλασία μυελού→λέπτυνση φλοιού→διαταραχή αρχιτεκτονικής οστών

2.Γενετικά

3 Ενδοκρινικά:Υπογοναδισμός(αιμοχρωμάτωση υπόφυσης-όρχεων-ωοθηκών)/ Υποπαραθυρεοειδισμός/δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός/Ανεπάρκεια αυξητικής-ορμόνης(GH)-ισουλινομόρφου-αυξητικού-παράγοντα(IGF1)/Υποθυρεοειδισμός/ Σακχαρώδης διαβήτης

4.Έλλειψη βιταμινών(D,C) και ιχνοστοιχείων(μαγνησίου-Mg,ψευδαργύρου-Zn)

5.Τοξικότητα σιδήρου ή/και φαρμάκων(παράγοντες αποσι-

δήρωσης, κυρίως η δεσφεροξαμίνη).

Στον γενικό πληθυσμό η οστεοπενία-οστεοπόρωση εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες, άνω των 50 ετών. Η συχνότητά της αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας και για τα δύο φύλα.

Σκοπός: Καταγραφή του επιπολασμού του συνδρόμου οστεοπενίας-οστεοπόρωσης σε 25 πολυμεταγγιζόμενους β-θαλασσαιμικούς της ΜΜΑ Γ.Ν.Τρικάλων για την περίοδο 2016-2017 και συσχέτισή του με το φύλο και την ηλικία.

Υλικό-Μέθοδος: Σε μέτρηση οστικής πυκνότητας με τη μέθοδο DEXA υποβλήθηκαν την περίοδο 2016-2017 όλοι οι ασθενείς στην ΟΜΣΣ και 8 επιπλέον στο ισχίο. Ακολούθησε ταξινόμηση με βάση την οστική πυκνότητα, το φύλο και την ηλικία.

Αποτελέσματα:

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑΣ-ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ ΣΕ 25 ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΜΜΑ Γ.Ν.ΤΡΙΚΑΛΩΝ 2016-2017: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ															
ΦΥΛΟ	ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ														
	Φυσιολογική οστική πυκνότητα			Οστεοπενία			Οστεοπόρωση			ΣΥΝΟΛΟ			Οστεοπενία και Οστεοπόρωση		
	Γ (♀)	Α (♂)	Σ	Γ (♀)	Α (♂)	Σ	Γ (♀)	Α (♂)	Σ	Γ (♀)	Α (♂)	Σ	Γ (♀)	Α (♂)	Σ
Πρώιμη ενήλικη ηλικία (20-40ο έτος)	1	0	1 (10%)	4	2	6 (60%)	2	1	3 (30%)	7	3	10 (86%)	6	3	9 (90%)
Μέση ηλικία (40ο-60ο έτος)	0	3	3 (21,4%)	3	2	5 (35,7%)	1	5	6 (42,9%)	4	10	14 (100%)	4	7	11 (78,5%)
Σημια ηλικία (>60ο έτος)	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1 (100%)	0	1	1 (100%)
ΣΥΝΟΛΟ	1	3	4 (16%)	7	4	11 (44%)	3	7	10 (40%)	11	14	25 (40%)	10	11	21 (84%)

Στην β-θαλασσαιμία παρατηρούμε ότι το σύνδρομο οστεοπενίας-οστεοπόρωσης εμφανίζεται σε υψηλό επιπολασμό σε γυναίκες και άνδρες όλων των ηλικιακών ομάδων. Αποτελεί, μάλιστα, σημαντική αιτία νοσηρότητας σε νεαρούς ενήλικες και των δύο φύλων—σε αντίθεση με τον γενικό πληθυσμό.

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός του συνδρόμου παραμένει σημαντικός στη β-θαλασσαιμία παρά την σύγχρονη θεραπευτική αγωγή. Απαραίτητη κρίνεται η τακτική παρακολούθηση της οστικής πυκνότητας των β-θαλασσαιμικών ασθενών ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας.

72. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ 25-ΥΔΡΟΞΥ-ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΝ ΟΣΤΙΚΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΣΤΟΥΣ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ (ΜΜΑ) ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

Ζήσης Χρήστος¹, Μαρτίσα Δήμητρα², Θεοδωρούλα Ευτέρπη³, Ψύχου Χριστίνα³, Μαυραντών Ευαγγελία², Μυλωνά Χαρτίτση⁴, Αγγέλης Νικόλαος², Μυλωνάς Στέφανος²

1 Μονάδα Μεσογειακής Αναίμιας (ΜΜΑ) Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα, 2 Β' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα, 3 Ειδικευόμενη Χειρουργικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα, 4 Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

Εισαγωγή: Οι παρακάτω παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στον οστικό μεταβολισμό:

→ Βιταμίνη D (Vit-D): Ρύθμιση απορρόφησης ασβεστίου από το έντερο. Σε συνθήκες ένδειας ασβεστίου, δεσμεύεται στους οστεοβλάστες, ενεργοποιούνται οι οστεοκλάστες και απελευθερώνεται ασβέστιο στην κυκλοφορία. Έλλειψη vit-D διαπιστώνεται και σε κατοίκους χωρών με αυξημένη ηλιοφάνεια—όπως η Ελλάδα.

Στη β-θαλασσαιμία εξαιτίας αιμοσιδήρωσης του ήπατος υπάρχει ανεπαρκής υδροξυλίωση της βιταμίνης στη θέση 25. Μπορεί να αποτελέσει αιτία δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού.

→ Παραθορμόνη (PTH): Παρεμπόδιση πτώσης της στάθμης του ιονιζόμενου ασβεστίου στον εξωκυττάριο χώρο με σύστημα αρνητικής παλίνδρομης ρύθμισης (όργανα-στόχοι: οστά/νεφροί/έντερο). Υποπαραθυρεοειδισμός προκαλείται από αιμο-

σιδήρωση των παραθυρεοειδών αδένων.

→ Ασβέστιο (Ca)/Φώσφορος (P): Διατήρηση της ομοιοστασίας του Ca επιτυγχάνεται μέσω τριών οργάνων (εντέρου/οστών/νεφρών) υπό την επίδραση ασβεστοτρόπων ορμονών (παραθορμόνης/βιταμίνης-D/κυττοκίνες). Διαταραχή ομοιοστασίας Ca/P εμφανίζεται σε ορό/ούρα. Η υπερασβεστιουρία επιπλέκεται με νεφρολιθίαση. Διάγνωση της ιδιοπαθούς μορφής τίθεται εξ' αποκλεισμού.

→ Μαγνήσιο (Mg)/Ψευδάργυρος (Zn): Προστατευτικές επιδράσεις στον σκελετό.

Σκοπός: Έλεγχος βιοχημικών παραμέτρων σχετιζόμενων με τον οστικό μεταβολισμό σε β-θαλασσαιμικούς ασθενείς.

Υλικό-Μέθοδος: Προσδιορισμός Vit-D, PTH, Ca, P, Mg ορού, Ca ούρων-24ωρου στους 25 πολυμεταγγιζόμενους β-θαλασσαιμικούς της ΜΜΑ-Γ.Ν. Τρικάλων και επιπλέον μέτρηση Zn στους 18 ασθενείς υπό δεφεριπρόνη.

Αποτελέσματα:

ΤΙΜΕΣ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΟΣΤΙΚΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΣΕ 25 ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΥΣ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΜΑ Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ			
ΒΙΤΑΜΙΝΗ D ορού	Υπερβιταμίνωση	0	Σχεδόν όλοι οι ασθενείς (96%) εμφανίζουν έλλειψη/ανεπάρκεια βιταμίνης-D, παρόλο που το 68% έπαιρνε χοληκαλσιφερόλη 400-800IU ή αλφακαλσιδόλη 0,25-1μg/ημερησίως.
	Επάρκεια	1	
	Ανεπάρκεια	20(80%)	
	Έλλειψη	4(16%)	
ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗ (PTH) ορού	Υψηλή	3(12%)	-Το 12% έχει αναπτύξει δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό. -Το 20% πάσχει από υποπαραθυρεοειδισμό.
	Φυσιολογική	17	
	Χαμηλή	5(20%)	
ΑΣΒΕΣΤΙΟ (Ca) ορού	Υπερασβεστιαιμία	1	Σχεδόν όλοι έχουν φυσιολογικά επίπεδα Ca.
	Φυσιολογικό	24(96%)	
	Υπασβεστιαιμία	0	
	ούρων	Υπερασβεστιουρία	
Φυσιολογικό		15	Σκευάσματα ασβεστίου 2
Υπασβεστιουρία		2	Διουρητικά ακύκλης 1
			Υποπαραθυρεοειδισμός 4
ΦΩΣΦΟΡΟΣ (P) ορού	Υπερφωσφαταιμία	3	Από τους 5(20%) πάσχοντες από υποπαραθυρεοειδισμό 3(60%) εμφάνισαν υπερφωσφαταιμία.
	Φυσιολογικός	22	
	Υποφωσφαταιμία	0	
ΜΑΓΝΗΣΙΟ (Mg) ορού	Υπερμαγνησαιμία	0	Το 60% έχει φυσιολογικά επίπεδα μαγνησίου (όμως το 40% λαμβάνει συμπλήρωμα μαγνησίου).
	Φυσιολογικό	15(60%)	
	Υπομαγνησαιμία	10(40%)	
ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΣ (Zn) ορού*	Υψηλός	0	Σε όσους εξετάστηκε ο ψευδάργυρος ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα. *Εξετάστηκε σε 18 από τους 25 β-θαλασσαιμικούς ασθενείς, που στην πλειοψηφία τους λαμβάνουν δεφεριπρόνη.
	Φυσιολογικός	18(100%)	
	Χαμηλός	0	

Συμπεράσματα: Απαιτείται ιδιαίτερη προσπάθεια από τους ιατρούς των Μονάδων για την αποτελεσματική ρύθμιση των παραμέτρων του οστικού μεταβολισμού των ασθενών με μείζονα θαλασσαιμία. Σημαντική κρίνεται η συνεργασία με ενδοκρινολόγους.

73. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΚΑΙ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Φόρτης Αθανάσιος¹, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια², Παππάς Δημήτριος¹, Ελ Γκότμι Ναταλί¹, Σταμάτη Αλεξάνδρα¹, Καλογήρου Θωμάς¹

1Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, 2Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

Εισαγωγή. Η θαλιδομίδη είναι ένα φάρμακο με πολλές ιδιότητες και πλείστες εφαρμογές. Μετά το σάλο που έγινε λόγω της εμφάνισης σοβαρών συγγενών διαταραχών που αποδόθηκαν στη χορήγηση της θαλιδομίδης η χορήγηση του φαρμάκου στη θεραπευτική περιορίστηκε, ωστόσο, αυτό ουδέποτε έπαψε να χρησιμοποιείται. Σήμερα έχει βρει νέο θεραπευτικό πεδίο ως ανοσοτροποποιητικό φάρμακο και χρησιμοποιείται επιτυχώς στη θεραπευτική αντιμετώπιση του πολλαπλού μυελώματος.

Σκοπός. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς που έπασχε από πολλαπλό μυέλωμα και ανεπάρκεια βιταμίνης D και εμφάνισε βαριά υπασβεστιαιμία μετά χορήγηση θαλιδομίδης και δεξαμεθαζόνης.

Περιγραφή περίπτωσης. Ασθενής, άνδρας ηλικίας 64 ετών, προσήλθε με πολλαπλό μυέλωμα. Είχε λάβει διφωσφονικά στα πλαίσια της αντιμετώπισης του πολλαπλού μυ-

ελώματος. Ο ασθενής ήταν υπό αγωγή με θαλιδομίδη. Χορηγήθηκε δεξαμεθαζόνη και ο ασθενής εμφάνισε βαριά υπασβεστιαιμία. Στο γενόμενο έλεγχο διαπιστώθηκε βαριά ανεπάρκεια της βιταμίνης D, καθώς η 25(OH)D3 ήταν 13.4 ng/ml. Από τον εργαστηριακό έλεγχο η αιμοσφαιρίνη ήταν 11.1 g/dl, ο αιματοκρίτης 33.9%, το ασβέστιο αίματος 5.7 mg/dl, η κρεατινίνη αίματος 1 mg/dl και η PTH αίματος 239 pg/ml. Για την αντιμετώπιση της υπασβεστιαιμίας χορηγήθηκε γλυκονικό ασβέστιο iv και ακολούθως αλφακαλσιδόλη και ασβέστιο από του στόματος με αποτέλεσμα διόρθωση της υπασβεστιαιμίας. Ακολούθως χορηγήθηκε χοληκαλσιφερόλη για την αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της βιταμίνης D.

Συμπεράσματα. Η χορήγηση διφωσφονικών χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση του πολλαπλού μυελώματος, ωστόσο μπορεί να παρατηρηθεί υπασβεστιαιμία. Η θαλιδομίδη έχει βρει σήμερα εφαρμογή στη θεραπευτική αντιμετώπιση

του πολλαπλού μυελώματος ως ανοσοτροποποιητικό φάρμακο. Ωστόσο, η χορήγηση συνδυασμού θαλιδομίδης και δεξαμεθαζόνης μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα βαριά υπασβεστιαιμία. Στον περιγραφόμενο ασθενή η υπασβεστιαιμία αντι-

μετωπίστηκε επιτυχώς με τη χορήγηση αλφακαλσιδόλης και ασβεστίου, ωστόσο, χρειάστηκε περαιτέρω χορήγηση κοληκαλσιφερόλης για την αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της βιταμίνης D.

74. Transsphenoidal surgery for pituitary adenomas: early results from a single centre.

Chirurgia endoscopica trans-naso-sfenoidale per il trattamento di adenomi ipofisari: risultati a breve termine di un singolo centro.

I. Karamouzis¹, M. Caputo¹, C. Mele¹, M. Marchetti¹, M. Zavattaro¹, MT Samà¹, L. Pagano¹, I., G. Aimaretti¹

¹Endocrinology, Diabetes and Metabolism, Department of Translational Medicine, University of Piemonte Orientale, Maggiore della Carità University Hospital Novara, Italy

Background and aim: Neurosurgery treatment of pituitary adenomas is based on the transsphenoidal endoscopic approach. The aim of treatment is reversal of endocrine dysfunction with preservation of normal pituitary function. Moreover, decompression of the nervous structures and control of tumor growth become increasingly important when large tumors are considered. The aim of our study was to evaluate the early results of transsphenoidal surgery.

Patients and methods: Retrospective review of 90 consecutive patients undergoing endoscopic pituitary adenoma surgery from 2007 to 2016 at "Maggiore della Carità" Hospital in Novara. Age at diagnosis, sex, symptoms at presentation, hormonal and radiological data, complications of surgery and short term follow-up informations were collected.

Results: The majority of patients were male (M/F: 1.5/1) and mean age at diagnosis (mean ± SEM) was 62.1 ± 1.5 years (range 22-82 years). Most of patients (91.1%) presented a macroadenoma (maximum diameter mean ± SEM: 27.4 ± 1.1 mm). Clinical presentations was related to mass effect as visual impairment in 74.0% and/or as hypopituitarism in 55.1% of cases. Most cases were nonfunctioning pituitary adenomas (80.0%).

Regarding surgery complications, only one patient died because of stroke. The major complication of surgery was

insipidus diabetes (12.2% of patients), followed by cerebral hemorrhage (4.4%), rinoliquorrea (4.4%), SIAD (2.2%) and epistaxis (2.2%). Intraoperative complications risk was non statistically associated with tumor size (OR=0.588, CI95% 0.967-1.081, p=0.443).

Regarding early post-operative results, visual function improved in 70.6% of patients who presented visual defects at diagnosis while recovery of normal gonadal, thyroid, or adrenal function occurred in 48.1% of cases. The first postoperative neuroimaging study, performed 3 months after surgery, demonstrated residual tumor in 72.4% of cases, whereas no tumor was documented in 27.6% of patients. Multivariate logistic regression analysis showed that tumor invasion of the cavernous sinus (OR= 6.857, CI95% 1.039-1.309, p<0.01) and maximum tumor diameter (OR= 3.293, CI95% 0.897-16.738, p=0.05) were associated with an unfavorable surgical outcome.

Conclusions: Transsphenoidal endoscopic surgery for pituitary adenomas is safe and it is frequently followed by prompt improvement in visual symptoms, whereas improvement of pituitary function is less common, as reported in larger series of literature. In our patients, complete surgical removal of pituitary adenomas is comparable to other surgical series (14.3-43.1%) but further investigations will be necessary to clarify long term risk of tumor recurrence.

75. Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του Καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου (Ferinject®) σε σειρά ασθενών

Χάρης Πίππη, Βασίλης Περιφάνης, Σταυρούλα Μπουντόλα, Γεώργιος Πολυχρονόπουλος, Δημήτριος Μυλωνάς, Γεωργία Καϊάφα, Απόστολος Ι. Χατζητόλιος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Η θεραπεία της σιδηροπενικής αναμίας, της 2ης σε συχνότητα αναμίας παγκοσμίως, περιλαμβάνει per os χορήγηση σκευασμάτων δισθενούς ή τρισθενούς σιδήρου για διάστημα 3-6 μηνών, με συνήθεις παρενέργειες τις γαστρεντερικές διαταραχές (10-20%), που οδηγούν συχνά σε πτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία. Η iv χορήγηση σιδήρου θεωρήθηκε δυναμικά αλλεργιογόνος, με πιθανότητα εμφάνισης θρομβοφλεβίτιδας στο σημείο της βραδείας (πέραν των 4 ωρών) έγχυσης (λόγος για τον οποίο πάντοτε προηγείται δο-

κιμαστική χορήγηση). Τα τελευταία χρόνια σκευάσματα σιδήρου (σοκροζικά ή μαλτοζικά) μπορούν να χορηγηθούν iv ταχέως σε μεγάλη δόσολογία, χωρίς αξιοσημείωτες παρενέργειες.

Σκοπός: Μελετήσαμε τη χορήγηση Ferinject σε σειρά ασθενών, που εξετάστηκαν στα Τακτικά Ε.Ι. του Αιματολογικού Τμήματος τα 2 τελευταία έτη.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 64 ασθενείς (40 γυναίκες και 24 άνδρες), μέσης ηλικίας 54 (±11) ετών, ενώ καταγράφηκαν τα

αίτια μη απάντησης στην per os σιδηροθεραπεία, η αρχική και η μετά τρίμηνο τιμή αιμοσφαιρίνης και αντίστοιχες τιμές φερριτίνης. Η δόσολογία iv Fe υπολογίσθηκε σύμφωνα με τον τύπο του Ganzoni. Στους περισσότερους ασθενείς χορηγήθηκαν δύο δόσεις Ferinject με μεσοδιάστημα 2-3 εβδομάδων, ανάλογα με τις ανάγκες τους. Η στατιστική σύγκριση έγινε με δοκιμασία Student's t test.

Αποτελέσματα: Οι αιτίες προσέλευσης των ασθενών ήταν: σε 28 ασθενείς επίμονη μνηροραγία, σε 12 κακοήθειες, σε 11 νοσήματα συνδετικού ιστού και σε 13 χρόνια νεφρική νόσος.

Σημειώθηκε στατιστικά σημαντική άνοδος της αιμοσφαιρίνης (10,6±1,8g/dl vs 12,3±1,7g/dl, p=0,001) και της φερριτίνης (14,3±10,2mg/dl vs 113±106mg/dl, p=0,0001) μετά πα-

ρέλευση 12 εβδομάδων. Ένας ασθενής παρουσίασε αλλεργική αντίδραση και διέκοψε τη θεραπεία και την παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Παρεντερική χορήγηση σιδήρου ενδείκνυται όταν υπάρχει δυσανεξία στο σίδηρο, όταν υπάρχουν αυξημένες ανάγκες (ανεξέλεγκτη συνεχιζόμενη αιμορραγία) ή δυσαπορρόφηση του σιδήρου, καθώς και σε ασθενείς με λειτουργική ανεπάρκεια σιδήρου (ταυτόχρονα με ερυθροποιητίνη). Λίγες εγχύσεις iv Ferinject χρειάζονται με ελάχιστες ανεπιθύμητες επιπλοκές (> 85% των ασθενών με μέγιστο 2 εγχύσεις διόρθωσαν και διατήρησαν τα επίπεδα Fe). Η δυνατότητα χορήγησης σιδήρου σε ελάχιστο χρόνο με τα νεότερα σκευάσματα χωρίς σχεδόν κανένα κίνδυνο επιπλοκών έχει αλλάξει την πρακτική αντιμετώπιση της σιδηροθεραπείας.

76. ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ Α.Π.Θ.

Βασιλική Σαχανίδου¹, Δωροθέα Καπουκρανίδου², Κωνσταντίνος Δίτσιος³, Ηλίας Κανέλλος⁴, Χρήστος Σαββόπουλος⁴

¹ Τμήμα Διοίκησης ΑΠΘ, ² Εργαστήριο Φυσιολογίας Α.Π.Θ, ³ Α΄ Ορθοπαιδική Πανεπιστημιακή Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», ⁴ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Λόγω της οικονομικής κρίσης ολόένα και περισσότεροι υπάλληλοι πανεπιστημιακών ιδρυμάτων που συνταξιοδοτούνται δεν αντικαθίστανται, ενώ παράλληλα οι εργασιακές απαιτήσεις αυξάνονται. Απόρροια των παραπάνω είναι το αυξημένο εργασιακό στρες και η σωματική κόπωση, τα οποία οδηγούν έναν εργαζόμενο σε πανεπιστημιακό ίδρυμα να προσέλθει στην πρωτοβάθμια υγειονομική επιτροπή προκειμένου να του χορηγηθεί αναρρωτική άδεια εξαιτίας ποικίλων παθήσεων. Επιπρόσθετα λόγω της αύξησης του μέσου όρου ηλικίας κυοφορίας σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες, συχνές είναι και οι αναρρωτικές άδειες κυοφορίας, λοχειάς και ανατροφής βρεφών.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ Η καταγραφή της πάθησης που οδήγησε στη χορήγηση αναρρωτικής άδειας, η ιδιότητα του υπαλλήλου, καθώς και το πανεπιστημιακό ίδρυμα στο οποίο ανήκει κατά το τελευταίο εξάμηνο του 2017. Επιπρόσθετοι παράγοντες οι οποίοι ελήφθησαν υπόψη ήταν ο χρόνος υπηρεσίας του δημόσιου υπαλλήλου, η χρονική διάρκεια της αναρρωτικής άδειας, καθώς και το σύνολο των ημερών αναρρωτικής άδειας την τελευταία πενταετία και η ειδικότητα του θεράποντα ιατρού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Σύμφωνα με την καταγραφή, 114 υπάλληλοι έλαβαν αναρρωτική άδεια το τελευταίο εξάμηνο, εκ των οποίων 19 ανήκουν στο πανεπιστήμιο Μακεδονίας (ΠΑ.ΜΑΚ) και 97 στο Α.Π.Θ, από αυτούς 64 διοικητικοί, 24 μέλη ΔΕΠ, 25 ΕΔΙΠ/ΕΤΕΠ. Ο μέσος όρος χρόνου υπηρεσίας ήταν 17,7 έτη και ο μέσος όρος ημερών αδείας ήταν

58 ημέρες (μέσος όρος ημερών αδείας με νοσηλεία 5, χωρίς νοσηλεία 53). Όσον αφορά τις ιατρικές ειδικότητες καταγράφηκαν 3 νευρολογικά, 5 ΩΡΛ, 6 καρδιολογικά, 8 παθολογικά, 13 χειρουργικά, 18 ογκολογικά περιστατικά και 38 ορθοπαιδικά, ενώ 11 αφορούσαν εγκυμοσύνη. Οι αναρρωτικές άδειες χορηγήθηκαν από 48 νοσοκομειακούς γιατρούς, ενώ 66 από ιδιώτες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Λόγω του εργασιακού στρες η αναμενόμενη επιβάρυνση του καρδιαγγειακού συστήματος (οξεία στεφανιαία επεισόδια ή εγκεφαλικά επεισόδια) δεν παρατηρήθηκε, αφού σύμφωνα με την παρούσα μελέτη παρατηρήθηκαν 5% καρδιολογικά και 2% νευρολογικά περιστατικά. Αντίθετα συμπεραίνουμε ότι η σωματική καταπόνηση είναι ιδιαίτερα αυξημένη στους εν λόγω υπαλλήλους, αφού τα ορθοπαιδικά περιστατικά αφορούν το 37% των περιστατικών και περιλαμβάνουν κυρίως μυοσκελετική καταπόνηση κάτω άνω άκρων και σπονδυλικής στήλης (οσφυαλγία, παθήσεις μνίσκων, οστεοαρθρίτιδα, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, κατάγματα, τενοντίτιδες). Η συνεχής χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή σε συνδυασμό με πολύωρη ακατάλληλη στάση σώματος, η έλλειψη ορθοπαιδικών καθισμάτων και εργονομικών επίπλων γραφείου, καθώς και η πολύωρη ακινησία, φαίνεται ότι δυνατόν να έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση μυοσκελετικών συμπτωμάτων και συνεπώς την αύξηση των αναρρωτικών αδειών των υπαλλήλων πανεπιστημιακών ιδρυμάτων, κυρίως λόγω ορθοπαιδικών παθήσεων. Τέλος τα ογκολογικά περιστατικά αφορούσαν το 17%.

77. ΑΤΥΠΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΜΗ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΩΣ ΚΥΡΙΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Ζτρίβα Ελευθερία, Καϊάφα Γεωργία, Σοφογιάννη Αρετή, Πολυχρονόπουλος Γεώργιος, Μυλωνάς Δημήτριος, Μπουντόλα Σταυρούλα, Περιφάνης Βασίλειος, Χατζητόλιος Απόστολος, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Το Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο (ΑΦΣ) είναι μια αυτοάνοση κατάσταση που σχετίζεται με την εμφάνιση συχνά πολλαπλών επεισοδίων θρόμβωσης, αρτηριακής ή / και φλεβικής, ή / και με νοσηρότητα της κύησης (επαναλαμβανόμενες αποβολές, εμβρυϊκός θάνατος, όψιμες επιπλοκές κύησης), υπό την παρουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων (APLS): αντιπηκτικό αντισώμα του λύκου (LA), αντισώματα αντικαρδιολιπίνης (ACL) και αντι-β2 γλυκοπρωτεΐνης-Ι (αντι-b2GPI) αντισώματα. Στους ασθενείς με ΑΦΣ συχνές είναι και οι άτυπες εκδηλώσεις, όπως οι νευρολογικές και καρδιολογικές εκδηλώσεις (βαλβιδοπάθεια, ενδοκαρδίτιδα), η δικτυωτή πελιδνώση και η νεφροπάθεια.

Σκοπός: Η επισήμανση των άτυπων εκδηλώσεων του ΑΦΣ και η σημασία της ισχυρής κλινικής υποψίας προς την έγκαιρη διάγνωση.

Υλικό/Μέθοδος: Μελέτη περιστατικού: Γυναίκα 47 ετών προσέρχεται στα ΤΕΠ αιτιώμενη έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών σταδιακά επιδεινούμενη με τελική αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης. Έφερε αξονική εγκεφάλου με ευρήματα ατροφίας και λευκοεγκεφαλοπάθειας. Διενεργήθηκε, επίσης,

μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου που ανέδειξε πολλαπλά μικρά ισχαιμικά έμφρακτα, και αξονική κοιλίας που ανέδειξε ηπατοσπληνομεγαλία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε παγκυτταροπενία, υψηλούς δείκτες φλεγμονής και θετικά αντισώματα καρδιολιπίνης σε δυο μετρήσεις. Ο υπέρηχος καρδιάς ανέδειξε παρουσία εκβλάστησης στην αορτική βαλβίδα με επαναλαμβανόμενες ωστόσο αρνητικές καλλιέργειες αίματος.

Αποτελέσματα: Τέθηκε η διάγνωση ΑΦΣ και η ασθενής ξεκίνησε αγωγή με κορτιζόνη, ανοσοσφαιρίνη και Rituximab. Η ασθενής, ωστόσο, τις επόμενες μέρες επιδεινώθηκε αναπνευστικά, διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όπου κατέληξε.

Συμπεράσματα: Οι νευρολογικές και καρδιολογικές εκδηλώσεις του ΑΦΣ, αν και άτυπες πρέπει να εγείρουν εγκαίρως την υποψία του κλινικού ιατρού προς τη διάγνωση υποκείμενου αυτοάνοσου νοσήματος. Η θεραπεία του ΑΦΣ πρέπει να είναι επιθετική με αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, κορτιζόνη, ανοσοσφαιρίνη και π्लाσμαφαιρέσεις, με ιδιαίτερη προσοχή ωστόσο σε ασθενείς αιμοδυναμικά ασταθείς.

78. ΕΤΟΙΜΟΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΣΤΑΤΙΝΗΣ ΦΙΒΡΑΤΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΙΚΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ

Δεμπέλα Ελένη¹, Κοτσιάρη Χριστίνα¹, Τζήμας Δημήτριος¹, Γκλάρα Παναγιώτα¹, Παπαδήμος Γεώργιος¹, Μπουντούρη Αικατερίνη², Κρασόβκαγια Ιρίνα³, Σαχλά Ζαχάρω¹, Γκόγκος Κωνσταντίνος¹

1 Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, 2 Παθολογική κλινική, Γ.Ν. Σερρών, Σέρρες, 3 Α Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο συνδυασμός σιμβαστατίνης με φαινοφιβράτη κυκλοφορεί υπό την εμπορική ονομασία Cholib® σε δύο μορφές, ως σιμβαστατίνη/φαινοφιβράτη 20mg/145mg και ως σιμβαστατίνη/φαινοφιβράτη 40mg/145mg. Χρησιμοποιείται επικουρικά μαζί με τη διαίτα και την άσκηση σε ενήλικες ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου με μικτή δυσλιπιδαιμία.

Σκοπός: Σκοπός είναι η καταγραφή της εμπειρίας μας από τη χρήση του έτοιμου συνδυασμού.

Υλικό – Μέθοδος: Χορηγήθηκε το σκεύασμα στη δόση των 20mg/145mg και 40mg/145mg ανάλογα με τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης και της LDL σε 42 ασθενείς, 24 γυναίκες και 18 άνδρες, ηλικίας 46 έως 72 ετών (μέσος όρος ηλικίας 58,5 έτη) με καλή νεφρική λειτουργία και χωρίς ιστορικό ραβδομυόλυσης ή άλλης παρενέργειας σε προηγούμενη θεραπεία με στατίνη. Όλοι οι ασθενείς είχαν διερευνηθεί για δευτεροπαθή αίτια δυσλιπιδαιμίας. Σε όλους τους ασθενείς είχε γίνει μέτρηση CPK και τρανσαμινασών πριν την έναρξη

της αγωγής. Συστήθηκε κατάλληλη διαίτα, αποφυγή της κατάχρησης αλκοόλ και άσκηση. Οι ασθενείς επανεκτιμήθηκαν μετά από 15 ημέρες για το ενδεχόμενο αντιδράσεων και στη συνέχεια ανά 3 μήνες για ένα έτος συνολικά.

Αποτελέσματα: Κατά μέσο όρο, παρατηρήθηκε πτώση των τιμών των τριγλυκεριδίων κατά 39%, αύξηση της HDL κατά 7,5%, πτώση της LDL κατά 34% και πτώση της ολικής χοληστερόλης κατά 25%. Όσον αφορά στις παρενέργειες, μία μόνο ασθενής παρουσίασε παροδική άνοδο των τρανσαμινασών της τάξης του διπλάσιου του φυσιολογικού και δεν χρειάστηκε διακοπή της αγωγής. Ακόμη, μία ασθενής παρουσίασε ατοπική δερματίτιδα η οποία, σύμφωνα με δερματολόγο, δεν αποδόθηκε στο φάρμακο και υποχώρησε. Δεν παρατηρήθηκε αύξηση της τιμής της κρεατινίνης πέραν των φυσιολογικών ορίων σε κανέναν ασθενή.

Συμπεράσματα: Ο έτοιμος συνδυασμός σιμβαστατίνης με φαινοφιβράτη είναι αποτελεσματικός και ασφαλής για την αντιμετώπιση της μικτής δυσλιπιδαιμίας.

79. ΠΙΤΑΒΑΣΤΑΤΙΝΗ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Δεμπέλα Ελένη¹, Πασκαλής Γεώργιος – Χάρης¹, Θεοχαρίδου Χριστίνα – Χρυσάνθη¹, Κοτσιάρη Χριστίνα¹, Τζήμας Δημήτριος¹, Μπουντούρη Αικατερίνη², Κρασόβκαγια Ιρίνα³, Σαχλά Ζαχάρω¹, Γκόγκος Κωνσταντίνος¹

1 Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, 2 Παθολογική κλινική, Γ.Ν. Σερρών, Σέρρες, 3 Α Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η πιταβαστατίνη είναι η τελευταία στατίνη που προστέθηκε στη φαρμάκων αντιλιπιδαιμικών φαρμάκων. Είναι μια λιπόφιλη, συνθετική στατίνη που απορροφάται >80% από το γαστρεντερικό, έχει υψηλή βιοδιαθεσιμότητα (>60%) που δεν επηρεάζεται από τη λήψη τροφής, έχει χρόνο ημίσειας ζωής 11 ώρες και από μελέτες έχει φανεί ότι δεν αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

Σκοπός: Σκοπός μας είναι να μεταφέρουμε την εμπειρία μας από τη χρήση της πιταβαστατίνης σε ασθενείς που είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔτ2 (παχυσαρκία και κληρονομικότητα).

Υλικό – Μέθοδος: Η πιταβαστατίνη χορηγήθηκε σε δόση 2 mg σε 80 ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔτ2 (παχύσαρκους και με κληρονομικό ιστορικό ΣΔτ2 από τον έναν ή και τους δύο γονείς), οι οποίοι παρουσίαζαν πρωτοπα-

θή υπερχοληστεριναίμια και μικτή δυσλιπιδαιμία. Οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο και μετά τη χορήγηση του φαρμάκου παρακολουθήθηκαν για τουλάχιστον ένα χρόνο και παράλληλα συστήθηκε υγιεινοδιαιτητική αγωγή (απώλεια βάρους – άσκηση – υπολιπιδαιμική διατροφή).

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος της LDL μειώθηκε κατά 44% και της HDL αυξήθηκε κατά 6%. Ο μέσος όρος της ολικής χοληστερόλης μειώθηκε κατά 29% και των τριγλυκεριδίων κατά 12%. Δεν παρατηρήθηκε μεταβολή στην ομοιοστασία των υδατανθράκων μετά από θεραπεία τουλάχιστον ενός έτους (συχνοί έλεγχοι επιπέδων γλυκόζης και HbA1c), ούτε παρατηρήθηκαν σοβαρές παρενέργειες ώστε να γίνει διακοπή της αγωγής.

Συμπεράσματα: Η πιταβαστατίνη είναι αποτελεσματική και ασφαλής και δεν αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΣΔτ2.

80. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΑΡΘΡΙΚΗΣ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ) ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Πετρούλακη Ελένη², Βασδέκη Δήμητρα², Παπαδάτος Σταμάτης², Δελγιάννης Γεώργιος², Μυλωνά Χαριτίνα², Μαρίτσα Δήμητρα², Μυλωνάς Στέφανος²

Προέλευση: Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

1: Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας Γ.Ν. Τρικάλων, 2: Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων

Εισαγωγή: Το σύνδρομο καλοήθους υπερελαστικότητας-αρθρικής υπερκίνητικότητας (ΚΣΥ ή BJS) αποτελεί μια χρόνια κλινική οντότητα που εκδηλώνεται με διάχυτο μυοσκελετικό πόνο, κόπωση, και πολλαπλές εκδηλώσεις από μαλακά μόρια και συνδετικό ιστό. Πιθανώς κληρονομείται με αυτοσωμικό επικρατές τύπο. Μπορεί να οφείλεται σε μεταλλάξεις του γονιδίου της φμπριλλίνης που οδηγεί σε ανωμαλία του κολλαγόνου ή της σχέσης των υπότυπων του κολλαγόνου Av και παρατηρείται συνήθως στο 5-38% του γενικού πληθυσμού, είναι πολύ πιθανόν να υποδιαγιγνώσκεται.

Σκοπός: Η μελέτη επίπτωσης του ΚΣΥ στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Γ. Ν. Τρικάλων.

Υλικό-Μέθοδος: Έγινε έλεγχος για ΚΣΥ με βάση τα αναθεωρημένα κριτήρια του Beighton του 1998 σε 60 εργαζόμενες γυναίκες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του Γ. Ν. Τρικάλων με μέσο όρο ηλικίας τα 41ετη. Η διάγνωση του ΚΣΥ τίθεται με την παρουσία δυο μειζόνων ή ενός μειζόνου και δυο ελασσόνων ή τεσσάρων ελασσόνων ή μόνο δύο ελασσόνων κριτηρίων όταν υπάρχει σίγουρη περίπτωση προσβολής συγγενούς πρώτου βαθμού.

ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ
1. Beighton σκορ \geq 4/9 (τώρα ή στο παρελθόν)
2. Αρθραλγίες \geq 4 αρθρώσεων για > 3 μηνών
ΕΛΑΣΣΟΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ
1. Beighton σκορ 1,2 ή 3/9 ή 0-3/9 για άτομα ηλικίας >50 ετών
2. Αρθραλγίες σε 1-3 αρθρώσεις ή σφουαλγία διάρκειας > 3 μηνών, σπονδυλολίση ή σπονδυλόλυση ή σπονδυλωση
3. Εξάρθρωμα/υπεξάρθρωμα σε \geq 1 αρθρώσεις ή σε μια άρθρωση σε >1 επεισόδια

4. Ρευματισμός μαλακών ιστών σε >3 βλάβες (π.χ. επικονδυλίτιδα, τενοντοελυτρίτιδα, θυλακίτιδα)
5. Σωματότυπος Marfan Υψηλό ανάστημα, λεπτό σώμα, άνοιγμα χεριών / ύψος σώματος > 1,03, μήκος άνω/κάτω άκρων < 0.89, αραχνοδακτυλία, θετικό σημείο Steinberg στον καρπό
6. Δερματολογικές εκδηλώσεις Υπερεκτασιμότητα ή λέπτυνση δέρματος ή ραβδώσεις ή ουλές που μοιάζουν με πάπυρο
7. Οφθαλμολογικές εκδηλώσεις Πρόπτωση βλεφάρων ή αντιμογγλοειδή σχισμή ή μυωπία
8. Φλεβικοί κίρσοι ή κήλη κοιλιακού τοιχώματος ή πρόπτωση μήτρας/ ορθού

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ότι 14 στις 60 εργαζόμενες δηλαδή ένα ποσοστό 23.3%, πάσχει από ΚΣΥ.

Συμπεράσματα: Το ΚΣΥ δεν έχει διαγνωστικά, ακτινολογικά, εργαστηριακά ευρήματα ή κλινικές εκδηλώσεις φλεγμονώδους αρθροπάθειας, με τις οποίες είναι εξοικειωμένοι οι περισσότεροι ρευματολόγοι και ορθοπεδικοί. Χρειάζεται επαγρύπνηση όλων για την αποφυγή περιπτώσεων ή ακατάλληλων διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπευτικών χειρισμών.

81. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΡΑΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ-ΦΑΙΝΟΦΙΜΠΡΑΤΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΘΗΡΟΓΟΝΟ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

Καραπαζόζου Αναστασία¹, Ανδρόνιου Μάρκος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Πετρίδης Σωτήριος², Ζτρίβα Ελευθερία¹, Φωτιάδου Έλενα³, Κανέλλος Ηλίας¹, Αγαπάκης Δημήτριος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹

1. Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
2. Ιατρός Παθολόγος, Καστοριά
3. Τμήμα Διατροφής-Διαιτολογίας, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο υπολειπόμενος καρδιαγγειακός κίνδυνος, παρά την αγωγή με στατίνες, αποτελεί θεραπευτικό στόχο σε διαβητικούς ασθενείς με αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία. Η αποτελεσματική μείωση των αυξημένων τριγλυκεριδίων (TRG) και της μειωμένης HDL χοληστερόλης, που αποτελεί τη συνήθη λιπιδαιμική διαταραχή στους διαβητικούς, ελαττώνει τον κίνδυνο αυτό.

Σκοπός: Η μελέτη της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του σταθερού συνδυασμού πραβαστατίνης-φαινοφιμπράτης σε διαβητικούς ασθενείς με αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 11 ασθενείς με ΣΔ ΙΙ με αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία, οι οποίοι κατά το τελευταίο τρίμηνο βρίσκονταν σε αγωγή με σταθερό συνδυασμό πραβαστατίνης-φαινοφιμπράτης. Κατά την έναρξη της μελέτης προσδιορίστηκαν οι λιπιδαιμικές παράμετροι (T-C, TRG, HDL, LDL), οι βιοχημικές παράμετροι ορού (SGOT, SGPT, CK, ουρία, κρεατι-

νίνη, γλυκόζη νηστείας, HbA1c), υπολογίσθηκε ο δείκτης μάζας/σώματος (BMI), καθώς και ο 10ετής καρδιαγγειακός κίνδυνος (Framingham Risk Score). Οι ίδιοι παράμετροι μετρήθηκαν στο τέλος της μελέτης (μετά την πάροδο 12 εβδομάδων) και συγκρίθηκαν μεταξύ τους με τη χρήση του paired t test (IBM SPSS Statistics version 21.0, 64 bit edition).

Αποτελέσματα: Η χορήγηση σταθερού συνδυασμού πραβαστατίνης-φαινοφιμπράτης είχε ως αποτέλεσμα στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων της T-C και των TRG (p=0,0132 και p=0,0191 αντίστοιχα) (Πίνακας 1), μη στατιστικά σημαντική μείωση της LDL χοληστερόλης (p=0,082) (Πίνακας 1), καθώς επίσης και μη στατιστικά σημαντική αύξηση των επιπέδων της HDL χοληστερόλης (p=0,4486) (Πίνακας 1), ενώ μειώθηκε στατιστικά σημαντικά ο 10ετής καρδιαγγειακός κίνδυνος (p=0,049) (Πίνακας 1). Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση του σταθερού συνδυασμού πραβαστατίνης-φαινοφιμπράτης.

Πίνακας 1.	Διαφορά μέσων τιμών πριν και μετά την αγωγή ± τυπική απόκλιση	Στατιστική σημαντικότητα (p)
Ολική χοληστερόλη	60,36 ± 22,207	,0132
LDL χοληστερόλη	42,45 ± 23,25	,082
HDL χοληστερόλη	-1,91 ± 2,47	,4486
Τριγλυκερίδια	123,55 ± 48,44	,0191
Framingham Risk Score	14,9 ± 7,1	,049
HbA1c	0,44 ± 0,35	,22

GFR	5,3 ± 8,7	,054
SGOT	0,82 ± 3,493	,8172
SGPT	0,91 ± 4,819	,8523
CK	-13,45 ± 41,403	,7486

Συμπεράσματα: Ο σταθερός συνδυασμός πραβαστατίνης-φαινοφιμπράτης απεδείχθη αποτελεσματικός και ασφαλής, βελτιώνοντας όλες τις λιπιδαιμικές παραμέτρους, σε ασθενείς με αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία, όπως οι διαβητικοί, μειώνοντας παράλληλα και τον υπολειπόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο που διατρέχουν οι συγκεκριμένοι ασθενείς.

82. ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΗΣ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Μπάρκας Φώτιος, Λυμπερόπουλος Ευάγγελος, Σφαριόπουλος Δημήτριος, Χριστοπούλου Ελίζα, Δημητρίου Θεοδώρα, Φιλιππάτος Θεοδόσης, Ρίζος Χρήστος, Λιάμης Γεώργιος
Τμήμα Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Σκοπός: Η εκτίμηση της επίτευξης των στόχων της υπολιπιδαιμικής αγωγής σύμφωνα με τις πρόσφατες Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες (ESC/EAS) σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης, στην οποία συμμετείχαν ενήλικοι ασθενείς που παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο Λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για ≥3 έτη. Εκτιμήθηκαν τα ποσοστά επίτευξης των στόχων της υπολιπιδαιμικής αγωγής σύμφωνα με τις τωρινές Ευρωπαϊκές (ESC/EAS) κατευθυντήριες οδηγίες.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 1,000 ασθενείς. Τα ποσοστά επίτευξης των στόχων όσον αφορά τη χοληστερόλη των χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL-C) ήταν 16%, 27% και 59%, όσον αφορά τους ασθενείς πολύ υψηλού, υψηλού και μετρίου κινδύνου, αντίστοιχα. Η χορήγηση συνδυασμού στατίνης με εξετιμίπη είχε ως αποτέλε-

σμα υψηλότερα ποσοστά επίτευξης του στόχου όσον αφορά την LDL-C σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία με στατίνη (41 vs 27%, p <0.05). Από τους ασθενείς πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου που έπαιρναν συνδυασμό ισχυρής στατίνης με εξετιμίπη αλλά δεν πέτυχαν τους στόχους της υπολιπιδαιμικής αγωγής, το 38% είχε LDL-C >100 mg/dL. Από τους ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου που έπαιρναν συνδυασμό ισχυρής στατίνης με εξετιμίπη αλλά δεν πέτυχαν τους στόχους της υπολιπιδαιμικής αγωγής, το 37% είχε LDL-C >130 mg/dL.

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός στατίνης με εξετιμίπη συσχετίζεται με σημαντική αύξηση των ποσοστών επίτευξης των στόχων της υπολιπιδαιμικής αγωγής σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες. Ωστόσο, ένα ικανό ποσοστό ασθενών υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου υποθεραπεύονται παρά τη χορήγηση επιθετικής υπολιπιδαιμικής αγωγής.

83. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ PCSK9 ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Μπάρκας Φώτιος, Λυμπερόπουλος Ευάγγελος, Κεή Αναστάζια, Μακρή Ανδρομάχη, Μεγαπάνου Ευσταθία, Πανταζή Αδελαΐδα, Ελισάφ Μωυσής, Λιάμης Γεώργιος
Τμήμα Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Σκοπός: Η καταγραφή των ασθενών που είναι υποψήφιοι για αγωγή με αναστολείς της PCSK9.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν 1,000 ενήλικοι ασθενείς που παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο Λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για ≥3 έτη. Οι κατηγορίες των ασθενών που ήταν υποψήφιοι για τη χορήγηση αναστολέων της PCSK9 ορίστηκαν σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκληρώσεως. Ως επιθετική αγωγή με στατίνη ορίστηκε εκείνη που αναμένεται να μειώσει τα επίπεδα της LDL-C κατά ≥50%.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχε στη μελέτη, το 17% των ατόμων είχε διαγνωσθεί με CVD, το 6% με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και βλάβη οργάνου στόχου, το 11% των ατόμων είχε FH και το 4% εμφάνισε δυσανεξία στη στατίνη. Τα επίπεδα της LDL-C για τις 3 κατηγο-

ρίες ασθενών που ελάμβαναν επιθετική υπολιπιδαιμική αγωγή ήταν 97mg/dL (εύρος:46-305), 69mg/dL (εύρος:54-159) και 107mg/dL (εύρος:45-242), αντίστοιχα, ενώ τα άτομα που εμφάνισαν δυσανεξία στις στατίνες και ελάμβαναν οποιαδήποτε υπολιπιδαιμική αγωγή σε ανεκτή δόση είχαν επίπεδα LDL-C 104mg/dL (εύρος:32-230). Από τους ασθενείς που ελάμβαναν επιθετική υπολιπιδαιμική αγωγή, 11 από τους 34 ασθενείς με CVD, 1 από τους 9 διαβητικούς ασθενείς με βλάβη οργάνου στόχου και 8 από τους 37 ασθενείς με FH ήταν υποψήφιοι για αγωγή με αναστολείς της PCSK9. Αντίστοιχα, 1 από τους 16 ασθενείς που εμφάνισαν δυσανεξία στις στατίνες ήταν επίσης υποψήφιοι να λάβει αναστολείς της PCSK9.

Συμπεράσματα: Ένα ικανό ποσοστό υπερλιπιδαιμικών ασθενών υψηλού κινδύνου και ιδιαίτερα οι ασθενείς με FH δεν επιτυγχάνουν τους στόχους της αγωγής όσον αφορά τη LDL-C και είναι υποψήφιοι για αγωγή με αναστολείς της PCSK9.

84. ΝΕΟΤΕΡΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΣΕ ΕΝΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΥΠΟΒΙΤΑΜΙΝΑΙΜΙΑ D ΚΑΙ ΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ

Γρηγόριος Δήμας¹, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Θωμάς Τέγος², Ιωάννης Καραμούζης³, Ανδρέας Κουνανής¹, Μάρκος Ανδρόνογλου¹, Σοφία Δημοπούλου¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹
1 Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ», ΑΠΘ Θεσσαλονίκη, 3 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ», ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Η λευκωματουρία εκτός από πρώιμος δείκτης χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) και καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ) έχει βρεθεί σε συχνότητα 1 στους 4 υπερτασικούς ασθενείς, καθώς και 1 στους 3 υπερήλικες (>65 ετών). Έχει βρεθεί ότι η βιταμίνη D εμφανίζεται ιδιαίτερα μειωμένη στους υπερτασικούς ασθενείς με λευκωματουρία. Στην παρούσα μελέτη αναζητούνται βιοδείκτες αφενός που να ηλαιοιώνουν το μοντέλο και αφετέρου που να σχετίζονται με αθηροσκληρώση σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 80 ασθενείς με ΑΥ και λευκωματουρία από 300ml – 2.5gr ημερησίως και 100 ασθενείς με ΑΥ χωρίς λευκωματουρία. Τα επίπεδα ορού της 1.25(OH)2D3, του Αγγειακού Ενδοθηλιακού Αυξητικού Παράγοντα – Α (Vascular Endothelial Growth Factor – A, VEGF-A) και του Ιστικού Αναστολέα των Πρωτεασών-1 (Tissue Inhibitor of Metalloproteinase-1, TIMP-1) μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Ο προσδιορισμός των επιπέδων της ομοκυστεΐνης (Hmct) έγινε με τη μέθοδο του πολυμένου ανοσοφθορισμού (FPIA), ενώ η διερεύνηση των μεταλλάξεων MTHFR-1 (C677T) και MTHFR-2 (A1298C) με τη μέθοδο της Real Time PCR, η οποία ανιχνεύει τόσο το φυσιολογικό όσο και το μεταλλαγμένο αλληλόμορφο γονίδιο. Η πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα (Intima-Media Thickness, IMT)

των καρωτίδων, καθώς και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας προσδιορίστηκαν με έναν υπερηχοτομογράφο υψηλής ευκρίνειας, ενώ η αλβουμινουρία μετρήθηκε σε συλλογή ούρων 24ώρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά του VEGF-A (350 ±50pg/ml, p<0.0001), του TIMP-1 (400±20ng/ml, p<0.0001), της Hmct (10±5μmol/l, p<0.0001), της 1.25(OH)2D3 (40±25pg/ml, p<0.0001), του IMT (0.4±0.1mm, p<0.0001) και της λευκωματουρίας (1500±500mg, p<0.0001) σε ασθενείς σε σχέση με μάρτυρες. Υπήρξε στατιστικά σημαντική ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων λευκωματουρίας και IMT (r: 0.75, p<0.0001), λευκωματουρίας με ΑΥ (r: 0.7, p<0.0001), VEGF-A με λευκωματουρία (r: 0.7, p<0.0001), VEGF-A με ΑΥ και IMT (r: 0.75, p<0.0001) και VEGF-A με Hmct (r: 0.7, p<0.0001). Στην ομάδα ασθενών η μετάλλαξη MTHFR-1 (C677T) ήταν παρούσα στο 75% των ασθενών και η MTHFR-2 (A1298C) στο 40%. Στην ομάδα υγιών 20% εμφάνιζαν την MTHFR-1 και 10% την MTHFR-2.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στο μοντέλο της ΑΥ με λευκωματουρία και υποβιταμιναιμία D, ο VEGF-A, ο TIMP-1, η Hmct και ο MTHFR-1 εμφανίζονται να προδιαθέτουν σε αθηροσκληρωση και εγκεφαλική ισχαιμία.

85. Η ΒΑΡΙΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Κώστος Γουλιέλμος¹, Αθανασίου Ιφιγένεια¹, Αθανασίου Λάμπρος², Γιαννακόπουλος Ανδρέας³, Παστρούδης Αλέξανδρος³, Αθανασίου Παναγιώτης⁴
1 Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, 2 Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, 3 Στ΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, 4 Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης D σχετίζεται με την εμφάνιση οστεομαλακίας, καθώς ελαττώνει την απορρόφηση του ασβεστίου από το έντερο και την επασβεστώση των οστών. Ωστόσο, η βαριά ανεπάρκεια της βιταμίνης D σχετίζεται επίσης με δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό που προκαλεί οστεοπόρωση. Επιπροσθέτως προκαλεί διαταραχή της λειτουργίας των μυών που σε συνδυασμό με την ευπάθεια των ηλικιωμένων – frailty – συντελεί στην εμφάνιση των πτώσεων.

Σκοπός. Σκοπός της εργασίας ήταν η παρουσίαση ομάδας ασθενών με βαριά ανεπάρκεια της βιταμίνης D που εμφάνισαν κάταγμα ισχίου.

Μέθοδοι. Παρουσιάζεται ομάδα 10 υπερηλικών ασθενών – older adults – ηλικίας 82-97 ετών, που εμφανίσθηκαν με κάταγμα του ισχίου. Οι ασθενείς χειρουργήθηκαν επιτυχώς για το κάταγμα του ισχίου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε οριακά χαμηλό Ca αίματος, χαμηλό

Ca ούρων 24h και πολύ χαμηλά επίπεδα 25(OH)D3 [25(OH)D3 αίματος <7 ng/ml] .

Αποτελέσματα. Στους ασθενείς χορηγήθηκε χολκάλσιφερόλη σε υψηλές δόσεις φόρτισης και ακολούθως σε δόση συντήρησης. Οι ασθενείς ανέρρωσαν πλήρως και επανήλθαν στην προ του κατάγματος φυσική κατάσταση.

Συμπεράσματα. Στην περιγραφόμενη ομάδα υπερηλικών ασθενών με κάταγμα ισχίου η συνυπάρχουσα βαριά ανεπάρκεια της βιταμίνης D συνετέλεσε αιτιολογικά στην εμφάνιση του κατάγματος του ισχίου ενώ η χορηγούμενη βιταμίνη D έδρασε θεραπευτικά και συνετέλεσε στη μετεγχειρητική αποκατάσταση των καταγμάτων.

Συνεπώς, συνιστάται, ιδιαίτερα στους υπερήλικες ασθενείς που εμφανίζονται με κάταγμα του ισχίου να μετράται άμεσα η βιταμίνη D αίματος και η τυχόν ανεπάρκεια να αντιμετωπίζεται επαρκώς θεραπευτικά με τη χορήγηση βιταμίνης D. Στους ευπαθείς ηλικιωμένους που διαβιώνουν σε

κλειστούς χώρους λόγω αδυναμίας να εξέλθουν από την οικία τους είναι σκόπιμη η μέτρηση των επιπέδων της βιταμίνης

D και η χορήγησή της για την πρόληψη των πτώσεων και των καταγμάτων.

86. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.

Σουλτάνα Αυγέρη¹, Δημήτριος Πιλάλας², Ελευθερία Ζτρίβα², Απόστολος Ι. Χατζητόλιος², Ευστράτιος Μαυρίδης¹, Ηλίας Κανέλλος², Ευάγγελος Ψωμάς², Τριαντάφυλλος Διδάγγελος², Χρήστος Σαββόπουλος²

1. Γ.Ν. Άγιος Παύλος, Θεσσαλονίκη

2. Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Ο σακχαρώδης διαβήτης(ΣΔ) αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα από τη γρίπη. Συνακόλουθα, σύμφωνα με Διεθνείς και Ελληνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες, συνιστάται ο εμβολιασμός των διαβητικών ασθενών κατά του ιού της γρίπης σε ετήσια βάση.

Σκοπός: Ο προσδιορισμός επιδημιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με διενέργεια εμβολιασμού κατά του ιού της γρίπης σε διαβητικούς ασθενείς τύπου Ι και ΙΙ.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη εντάχθηκαν ασθενείς με ΣΔ τύπου Ι και ΙΙ υπό παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Άγιος Παύλος (διαβητολογικό και ύπνου) και του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ (υπέρτασης, παχυσαρκίας και δυσλιπιδαιμίας) κατά την περίοδο 4-7/2014. Για τη διεξαγωγή της μελέτης χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου το οποίο συμπληρώθηκε με τηλεφωνική συνέντευξη. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό IBM SPSS Statistics.

Αποτελέσματα: Συνολικά, συμμετείχαν 206 ασθενείς (42% άνδρες, 73% έγγαμοι, διάμεση ηλικία 70 έτη). Το 90% των ασθενών έπασχαν από ΣΔ τύπου ΙΙ, με διάρκεια νόσου >15 έτη για τους μισούς ασθενείς. Μόλις 47% των ασθενών είχε εμβολιαστεί κατά το τρέχον έτος, ενώ το 52% δεν είχε εμβολιαστεί κατά την προηγούμενη πενταετία. Το 53% των ασθενών >60 ετών εμβολιάζεται κάθε χρόνο έναντι 30% σε νεότερους ασθενείς (p=0.004). Παρατηρήθηκε ότι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν πλημμελή συμμόρφωση με τον εμβολιασμό (25% vs 50%, p=0.028). Επιπλέον, το επίπεδο της συμμόρφωσης είναι χαμηλότερο σε ασθενείς χωρίς συννοσηρότητες (30% vs 51%, p=0.013).

Συμπεράσματα: Η συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τον αντιγριπικό εμβολιασμό σε διαβητικούς ασθενείς κρίνεται χαμηλή. Απαιτούνται συντονισμένες και στοχευμένες ενέργειες από κρατικούς και λοιπούς αρμόδιους φορείς για την ενημέρωση ασθενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για τα οφέλη του εμβολιασμού.

87. Ο ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ-6 -174G/C (rs1800795) ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2, ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΜΕ ΡΙΝΙΚΗ ΦΟΡΕΙΑ STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Πλατάκη Ν Μαρίνα^{1,2}, Σαμώνης Γεώργιος^{1,2}, Γουλιέλμος Ν Γεώργιος¹, Ζερβού Ι Μαρία¹, Μπικής Χαράλαμπος-Σταύρος², Παπαδάκης Α Ιωάννης², Ανδριανάκη Μ Αγγελική², Μαρράκη Σοφία³, Κοφτερίδης Π Διαμαντής^{1,2}

1 Εργαστήριο Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη

2 Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

3 Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

Εισαγωγή: Πολυμορφισμοί του γονιδίου της ιντερλευκίνης-6 (IL-6) έχουν συσχετιστεί με ευπάθεια στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) και σε λοιμώξεις.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη ερευνήθηκε ο ρόλος του πολυμορφισμού ενός νουκλεοτιδίου (SNP) της IL-6 rs1800795 τόσο στον κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2, όσο και στη ρινική φορεία με Staphylococcus aureus σε ΣΔ2 ασθενείς.

Ασθενείς & μέθοδοι: Σε 144 ασθενείς με ΣΔ2 και 180 μη διαβητικούς μάρτυρες έγινε γονοτύπωση του SNP της IL-6 rs1800795. Στους ΣΔ2 ασθενείς ελήφθη και μια καλλιέργεια ρινικού επιχρίσματος για την ανίχνευση φορείας S. aureus. Σε 31 από τους 44 ΣΔ2 ασθενείς, με θετική πρώτη καλλιέργεια, ελήφθη και δεύτερη, μια εβδομάδα έως ένα μήνα αργότερα, για τον καθορισμό της εμμένουσας φορείας.

Αποτελέσματα: Ο G/C γονότυπος, καθώς και το αλλη-

λιο C του SNP της IL-6 rs1800795 βρέθηκαν με μεγαλύτερη συχνότητα σε ΣΔ2 ασθενείς σε σχέση με τους μάρτυρες (p=0.004, OR=1.98, 95% CI 1.24-3.18 και p=0.011, OR=1.59, 95% CI 1.11-2.26, αντιστοίχως). Η ρινική φορεία με S. aureus βρέθηκε σε ποσοστό 31%, ενώ η εμμένουσα στο 12% των ΣΔ2 ασθενών. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συχνότητα αλληλίου ή γονοτύπου μεταξύ φορέων και μη-φορέων ΣΔ2 ασθενών. Η ανάλυση υποομάδων ΣΔ2 ασθενών, βασισμένη στο μοτίβο φορείας (εμμένουσα ή διαλείπουσα), επίσης δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Συμπεράσματα: Ο πολυμορφισμός της IL-6 rs1800795 φαίνεται πως σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2 αλλά όχι με αυξημένη επίπτωση ρινικής φορείας με S. aureus σε αυτούς τους ασθενείς.

88. Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ADKNOWL ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΤΟΥ ΓΝΚΑΒΑΛΑΣ

Γατούλα Μαρία¹, Κερασσού Αwa¹, Λασκαριδου Ελένη¹, Παττά Κυριακή¹, Παπαντωνίου Ελένη¹, Παπαντωνίου Στέφανος¹, Παπαδοπούλου Περεσφόνη¹

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας

Εισαγωγή: Η χρήση του ερωτηματολογίου ADKNOWL για την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων των ασθενών του διαβητολογικού ιατρείου Καβάλας.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας ήταν η αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων αναφορικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II, των ασθενών που επισκέπτονται το διαβητολογικό ιατρείο του ΓΝΚαβάλας.

Υλικό: Το δείγμα που εξετάστηκε αποτελούνταν από 104 άτομα (48 άντρες και 56 γυναίκες) με Σακχαρώδη διαβήτη τύπου

Μέθοδος Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ADKNOWL και ο στατιστικός έλεγχος έγινε με την χρήση του SPSS 22.

Αποτελέσματα: Από τα 104 άτομα που ερωτήθηκαν, η πλειοψηφία γνώριζε βασικές πληροφορίες σχετικά με τον

Σακχαρώδη Διαβήτη II. Τα σημεία που φάνηκε να υπάρχει έλλειψη γνώσεων ήταν η πιθανότητα εμφάνισης υπογλυκαιμίας μετά από φυσική δραστηριότητα ή κατανάλωση αλκοόλ. Επιπλέον η πλειοψηφία δεν ήξερε τι δείχνει η εξέταση της HbA1c. Όσον αφορά τις ερωτήσεις που αφορούσαν την διατροφή, το 82% θεωρεί ότι οι μαργαρίνες έχουν λιγότερες θερμίδες από τα βούτυρα και σχεδόν το 70% ότι το τυρί και τα μπισκότα έχουν λιγότερες θερμίδες σε σχέση με τις κρέμες.

Συμπεράσματα: Απαιτείται καλύτερη ενημέρωση των ατόμων με ΣΔΤ2 όσον αφορά τα πλεονεκτήματα της σωστής διατροφής, της άσκησης, του ελέγχου του σωματικού βάρους, της εξέτασης της γλυκοζηλιωμένης αιμοσφαιρίνης και της επίδρασης του αλκοόλ στον σακχαρώδη διαβήτη, ώστε να έχουμε καλύτερη βελτίωση του σακκάρου και ελάττωση των επιπλοκών.

89. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ mGFR ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ IDegLira ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΕΠΑΡΚΩΣ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Διδάγγελος Τριαντάφυλλος¹, Κοντονίνας Ζήσης¹, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος¹, Μαυρομανώλη Άννα¹, Μαργαριτίδης Χαράλαμπος¹, Στεργίου Ιωάννης¹, Τσοτουλίδης Στέφανος¹, Μουρουγιάκης Αλέξανδρος¹, Καρλάφτη Ελένη¹, Πασχαλά Αναστασία¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η διερεύνηση των κλινικών αποτελεσμάτων του IDegLira [συνδυασμός ινσουλίνης degludec (IDeg) και λιραγλουτιδης (Lira)] σε γενικό πληθυσμό με μακράς διάρκειας ανεπαρκώς ελεγχόμενο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 μετά από αλλαγή από δια στόματος λαμβανόμενα δισκία, GLP-1RA ή/και ινσουλίνης.

Ασθενείς-Μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη παρακολούθηθηκαν 35 ασθενείς (42.9% άντρες, μέση ηλικία 63.9±9.7 έτη, μέση διάρκεια Σακχαρώδους Διαβήτη 15.8±8.5 έτη), οι οποίοι πριν από τη θεραπεία με IDegLira λάμβαναν μετφορμίνη, αναστολείς DPP-4, σουλφονουλιδίνας, αναστολείς SGLT-2, GLP-1 RAs ή/και ινσουλίνη. Μετά από την έναρξη επιπρόσθετης IDegLira, όλοι οι ασθενείς βρισκόταν σε θεραπεία με μετφορμίνη και σε κάποιες περιπτώσεις με ταχέως δρώντα ανάλογα ινσουλίνης. Οι ασθενείς ήταν υπό θεραπεία με IDegLira για τουλάχιστον 3 μήνες. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν σχετικά με το γλυκαιμικό έλεγχο, την ολική δοσολογία του IDegLira, το σωματι-

κό βάρος, το mGFR, την αρτηριακή πίεση και πιθανά ανεπιθύμητα συμβάματα προέκυψαν από ιατρικά αρχεία και αναφορές ασθενών.

Αποτελέσματα (αρχικά έναντι τελικών): Η μέση HbA1C βελτιώθηκε (8.9±1.6% έναντι 7.3±0.7%, p<0.001) με ταυτόχρονη απώλεια βάρους (97.4±18.4 έναντι 94.4±18.4 kg, p<0.001). Υπήρξε μείωση στη μέση συστολική (135.6±19.4 έναντι 130.7±16.4 mmHg, p<0.05), αλλά όχι στη μέση διαστολική αρτηριακή πίεση με το IDegLira. Η μέση δόση του IDegLira ήταν 35.9±13.8 U/24h. Ο mGFR δεν άλλαξε σημαντικά (74.7±17.4 έναντι 72.6±22.8 ml/min/1.73m²). Δεν υπήρξαν επεισόδια σοβαρών υπογλυκαιμιών κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Συμπεράσματα: Η αλλαγή της θεραπείας σε IDegLira, κυρίως από σχήματα με ινσουλίνη και αντιδιαβητικά δισκία στο γενικό πληθυσμό ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, οδήγησε σε βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο με μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης και απώλεια βάρους.

90. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ DEGLUDEC ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Διδάγγελος Τριαντάφυλλος¹, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος¹, Μουρουγιάκης Αλέξανδρος¹, Καρλάφτη Ελένη¹, Μαυρομανώλη Άννα¹, Στογιάννου Δημήτριος¹, Αλκαγιέτ Στελλίνα¹, Σοφογιάννη Αρετή¹, Πασχαλά Αναστασία¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αξιολόγηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της ινσουλίνης Degludec σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1.

Ασθενείς-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 31 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (61.3% άνδρες, μέση ηλικία 45.5±17.6 έτη), που τέθηκαν σε αγωγή με ινσουλίνη Degludec μετά από 2 χρόνια θεραπείας με άλλη βασική ινσουλίνη και παρακολούθηθηκαν ένα έτος μετά την αλλαγή σε ινσουλίνη degludec.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς λάμβαναν προηγουμένως θεραπεία με ινσουλίνη glargine (77.4%) ή detemir (22.6%). Κατά τη διάρκεια των 24 μηνών πριν την αλλαγή σε ινσουλίνη degludec, 29 ασθενείς (93.5%) βίωσαν τουλάχιστον 1 μη σοβαρό υπογλυκαιμικό επεισόδιο (12.7±3.7 επεισόδια, εκ των οποίων 4.6±1.9 κατά τη διάρκεια της νύκτας). Κατά τη διάρκεια των 12 μηνών μετά την αλλαγή σε ινσουλίνη degludec,

4 ασθενείς (12.9%) βίωσαν ένα μη σοβαρό επεισόδιο (1, 2, 1 και 3 επεισόδια αντίστοιχα, κανένα από τα οποία δε συνέβη κατά τη διάρκεια της νύκτας). Κατά τη στιγμή της αλλαγής σε ινσουλίνη degludec, η HbA1C και τα επίπεδα γλυκόζης πλάσματος ήταν 7.0±0.6% και 130±15 mg/dl αντίστοιχα και μετά από 12 μήνες μειώθηκαν σε 6.1±0.2% και 100±9 mg/dl αντίστοιχα (p<0.001 και για τις 2 συγκρίσεις). Δεν παρατηρήθηκε αλλαγή στο σωματικό βάρος, τη δόση της ινσουλίνης degludec σε σχέση με την προηγούμενης χορηγηθείσα ινσουλίνη και τη γευματική ινσουλίνη, κατά τη διάρκεια της θεραπείας με ινσουλίνη degludec.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, η αλλαγή από άλλες βασικές ινσουλίνες σε ινσουλίνη degludec μειώνει τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας και βελτιώνει το γλυκαιμικό έλεγχο, χωρίς πρόσληψη βάρους και χωρίς ανάγκη αύξησης των δόσεων ινσουλίνης.

91. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΕ ΑΙΣΘΗΤΗΡΑ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Διδάγγελος Τριαντάφυλλος¹, Γιαννουλάκη Παρθένα¹, Πασχαλά Αναστασία¹, Κοτζακιουλάφη Εβελίνα¹, Καρλάφτη Ελένη¹, Κοντονίνας Ζήσης¹, Μαυρομανώλη Άννα¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης της θεραπείας με αντλία ινσουλίνης με αισθητήρα (sensor-augmented insulin pump, SAP) με τεχνολογία πρόβλεψης αναστολής χορήγησης ινσουλίνης στο μεταβολικό έλεγχο ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 που προηγουμένως είχαν αντιμετωπίσει με άλλους τύπους αντλιών ή πολλαπλές καθημερινές ενέσεις. Το SAP με σύστημα MiniMed 640G και τεχνολογία SmartGuard επιτρέπει έναν αυτόματο αποκλεισμό ροής ινσουλίνης βασίζόμενο στην πρόβλεψη χαμηλών επιπέδων γλυκόζης.

Ασθενείς-Μέθοδος: Συμπεριλήφθησαν 13 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (7 γυναίκες, μέση ηλικία 44.7±12.4 έτη, BMI=23.7±4.2 kg/m², μέση διάρκεια Σακχαρώδους Διαβήτη= 27.7±7.8 έτη) που βρίσκονταν τουλάχιστον 3 μήνες σε θεραπεία με το σύστημα MiniMed 640G με τεχνολογία SmartGuard (Medtronic). Καταγράφηκαν η HbA1C, ανθρωπομετρικές μετρήσεις και ιατρικό ιστορικό πριν και μετά τη χρήση του συστήματος και δεδομένα της αντλίας ινσουλίνης

της του τελευταίου μηνός.

Αποτελέσματα: Ο γλυκαιμικός έλεγχος μετά τη χρήση του συστήματος ήταν σημαντικά βελτιωμένος συγκρινόμενος με πριν τη χρήση του (μέση HbA1C=6.54±0.4 έναντι 7.36±0.8, p=0.002). Το μέσο μηνιαίο ποσοστό γλυκαιμικής μεταβλητότητας μεταξύ 70-180 mg/dl ήταν 75.8%, ενώ πάνω από 180 mg/dl και κάτω από 70 mg/dl ήταν 21.09% και 3.18% αντίστοιχα. Υπήρχε διαφορά στη συνολική ημερήσια δόση (Total Daily Dose, TDD) πριν και μετά τη χρήση του συστήματος (μέση TDD=43.2±20.1 έναντι 37.1±17.9 αντίστοιχα, p=0.051). Τελικά, δεν υπήρχε καμία σημαντική αλλαγή στο βάρος σώματος (72.9±19.6 έναντι 70.3±18, p=0.071).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, η χρήση της θεραπείας με τεχνολογία πρόβλεψης αναστολής χορήγησης ινσουλίνης βελτιστοποιεί το γλυκαιμικό έλεγχο, με παραμονή των επιπέδων γλυκόζης στα επιθυμητά όρια κατά το μεγαλύτερο μέρος της μέρας χωρίς πρόσληψη βάρους.

92. ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΔΙΕΤΟΥΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ Α-ΜΕΑ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Διδάγγελος Τριαντάφυλλος¹, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος¹, Πασχαλά Αναστασία¹, Μαργαριτίδης Χαράλαμπος¹, Κοντονίνας Ζήσης¹, Στεργίου Ιωάννης¹, Τσοτουλίδης Στέφανος¹, Μαυρομανώλη Άννα¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹
1. Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης του μετατραπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (Α-ΜΕΑ), κιναρπρίλης (20mg/μέρα), στη Διαβητική Νευροπάθεια του Αυτόνομου (Diabetic Autonomic Neuropathy, DAN), και του Περιφερικού Νευρικού συστήματος (Peripheral Neuropathy, DPN), σε περίοδο 24 μηνών.

Ασθενείς-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 63 ασθενείς με σαφή DAN και DPN. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε 2 ομάδες: Α=31 ασθενείς που έλαβαν κιναρπρίλη, Β= 32 ασθενείς που έλαβαν placebo. Οι ασθενείς δεν έπασχαν από υπέρταση και στεφανιαία νόσο (φυσιολογικό σπινθηρογράφημα). Για την ανίχνευση DPN και DAN χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω: Michigan Neuropathy Screening Instrument Questionnaire and Examination (MNSIQ και MNSIE), έλεγχος του ορίου αντίληψης των δονήσεων με βιοθεσιόμετρο (BIO) και CRT [Δοκιμασία μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας κατά την διάρκεια βαθιάς αναπνοής (που αξιολογήθηκαν με το δείκτη εκπνοής/εισπνοής (Expiration/Inspiration ratio, E/I), Μέσο ανυ-

σματικό δείκτη των κυκλικών μεταβολών των R-R διαστημάτων {Mean Circular Resultant (MCR), ανυσματική ανάλυση}, σταθερή απόκλιση (SD)], δοκιμασία Valsalva (vals), δοκιμασία μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας από την ύπια στην όρθια θέση (Δείκτης 30:15), ορθοστατική υπόταση(OH)].

Αποτελέσματα: Οι ακόλουθοι δείκτες αυξήθηκαν σημαντικά στην ομάδα Α (πριν έναντι μετά τη θεραπεία): E-/I 1.11±0.06 έναντι 1.23±0.12, MCR 18.1±6.2 έναντι 38.7±20.5, SD 31.1±11.9 έναντι 56.6±23.0 (για όλες τις συγκρίσεις p<0.05). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή στις υπόλοιπες δοκιμασίες. Στην ομάδα Β: όλοι οι δείκτες, εκτός από το vals, επιδεινώθηκαν σημαντικά. Τα MNSIQ, MNSIE και BIO δεν μεταβλήθηκαν.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη η DAN βελτιώθηκε μετά από 2 έτη θεραπείας με Α-ΜΕΑ. Η βελτιωμένη ισορροπία του αυτόνομου νευρικού συστήματος μπορεί να είναι κλινικά σημαντική στην μακροχρόνια εξέλιξη των διαβητικών ασθενών.

93. Η ΑΘΗΡΟΓΟΝΟΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΣΤΑΤΙΝΗ

Μπάρκας Φώτιος, Λυμπερόπουλος Ευάγγελος, Σφαιρόπουλος Δημήτριος, Κλούρας Ελευθέριος, Λιόντος Άγγελος, Ελισάφ Μωυσής, Ρίζος Ευάγγελος, Λιάμης Γεώργιος
Τμήμα Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Σκοπός: Η διερεύνηση των μεταβολικών παραμέτρων που συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ) σε δυσλιπιδαιμικούς ασθενείς που λαμβάνουν στατίνη.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν 1,241 δυσλιπιδαιμικοί ασθενείς με διάρκεια παρακολούθησης ≥3 έτη. Μελετήθηκε η επίδραση του προδιαβήτη (PreDM) και της μικτής δυσλιπιδαιμίας (MixDys) στον κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ. Από την ανάλυση των δεδομένων αποκλείστηκαν 166 ασθενείς με ΣΔ και 193 άτομα που ελάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή κατά την 1η επίσκεψη.

Αποτελέσματα: Το 11% των ατόμων που συμμετείχε στη μελέτη (n=882) εμφάνισε ΣΔ κατά τη διάρκεια παρακολούθησής τους (6 έτη; IQR:4-10 έτη). Τα αρχικά επίπεδα της γλυκόζης νηστείας (OR:1.08; 95% CI:1.06-1.11, p<0.001), της συστολικής αρτηριακής πίεσης (OR:1.03; 95% CI:1.01-1.04, p<0.001),

ο λόγος τριγλυκερίδια/χοληστερόλη των υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (OR:1.12; 95% CI:1.05-1.19, p=0.001), το οικογενειακό ιστορικό ΣΔ (OR:2.71; 95% CI:1.44-5.10, p<0.05) και η επιθετικότητα της αγωγής με στατίνη (OR:2.34; 95% CI:1.55-3.54, p<0.001) αποτελούσαν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΣΔ. Ο PreDM (OR:7.44; 95% CI:3.51-10.69, p<0.001) και η MixDys (OR:2.44; 95% CI:1.14-5.20, p=0.02) συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση ΣΔ, μετά από διόρθωση για τους αντίστοιχους συγχυτικούς παράγοντες. Οι προδιαβητικοί ασθενείς με MixDys εμφάνισαν πολύ υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση ΣΔ σε σύγκριση με τα νορμογλυκαιμικά άτομα χωρίς MixDys (OR:14.08; 95% CI:6.01-32.99, p<0.001).

Συμπεράσματα: ΟPreDM και η MixDys και ιδιαίτερα ο συνδυασμός τους αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ σε υπερλιπιδαιμικούς ασθενείς που λαμβάνουν στατίνη.

94. Η ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΣΤΑΤΙΝΗ

Μπάρκας Φώτιος, Λυμπερόπουλος Ευάγγελος, Παναγιωτοπούλου Θάλεια, Λαμούρη Χαρίκλεια, Γεωργιλής Εμμανουήλ, Ελισάφ Μωυσής, Ρίζος Ευάγγελος, Λιάμης Γεώργιος
Τμήμα Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης της μη αλκοολικής λιπώδους διήθησης ήπατος (NAFLD) με τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ) σε δυσλιπιδαιμικούς ασθενείς που λαμβάνουν στατίνη.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν 1,241 δυσλιπιδαιμικοί ασθενείς με διάρκεια παρακολούθησης ≥3 έτη. Ως NAFLD ορίστηκε η παρουσία αυξημένων επιπέδων οξολοξικής τρανσαμινάσης (ALT) >30 και >19 U/L για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα, αφού αποκλείστηκαν άλλα ηπατικά νοσήματα (ηπατίτιδα Β και C, αιμοχρωμάτωση, αυτόνοσα νοσήματα, ανεπάρκεια α1-αντιθρυπίνης και νόσος Wilson). Από την ανάλυση των δεδομένων αποκλείστηκαν 166 ασθενείς με ΣΔ και 193 άτομα που ελάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή κατά την 1η επίσκεψη.

Αποτελέσματα: Το 11% των ατόμων που συμμετείχε στη μελέτη (n=882) εμφάνισε ΣΔ κατά τη διάρκεια παρακολούθησής τους (6 έτη; IQR:4-10 έτη). Τα αρχικά επίπεδα της ALT (OR:1.02;95%CI:1.01-1.03, p<0.05), της Glu

(OR:1.09;95%CI:1.07-1.11,p<0.001), της συστολικής αρτηριακής πίεσης (OR:1.03;95%CI:1.01-1.04,p<0.001), ο λόγος τριγλυκερίδια/χοληστερόλη των υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (OR:1.12;95%CI:1.05-1.19,p<0.001), το οικογενειακό ιστορικό ΣΔ (OR:2.95;95%CI:1.54-5.64,p<0.001) και η επιθετικότητα της αγωγής με στατίνη (OR:2.44;95%CI:1.60-3.74,p<0.001) αποτελούσαν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΣΔ. Η NAFLD συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση ΣΔ, μετά από διόρθωση για τους αντίστοιχους συγχυτικούς παράγοντες (OR:2.14;95%CI:1.18-3.77,p<0.05). Τόσο οι προδιαβητικοί ασθενείς με NAFLD (OR:18.06;95%CI:6.78-48.14, p<0.001) ή χωρίς NAFLD (OR:10.62;95%CI:4.08-27.59,p<0.001), όσο επίσης και τα νορμογλυκαιμικά άτομα με NAFLD (OR:3.29;95%CI:1.16-9.34,p<0.05) είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ σε σύγκριση με τα νορμογλυκαιμικά άτομα χωρίς NAFLD.

Συμπεράσματα: Η NAFLD αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ σε υπερλιπιδαιμικά άτομα και ιδιαίτερα σε προδιαβητικούς ασθενείς που λαμβάνουν στατίνη.

95. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΓΟΝΟΤΥΠΩΝ ΤΟΥ ΑΡΟΕ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ UKPDS RISK ENGINE ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Μοναστηριώτης Χριστόδουλος¹, Καρανικόλα Κορίνα², Παπάνας Νικόλαος¹, Βελετζά Σταυρούλα², Μαλιτζός Ευστράτιος¹
1 Β΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
2 Εργαστήριο Ιατρικής Βιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Μελέτες έκβασης συσχετίζουν συγκεκριμένα αλληλόμορφα του ΑΡΟΕ με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν υπάρχει κάποια συσχέτιση ανάμεσα στον γονότυπο ΑΡΟΕ και τον 10ετή κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακού συμβάματος (στεφανιαίο επεισόδιο, θανατηφόρο στεφανιαίο επεισόδιο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, θανατηφόρο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) όπως αυτός υπολογίζεται με την UKPDS Risk Engine, σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2

ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη συμμετείχαν 177 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2

ΜΕΘΟΔΟΣ: Με τη χρήση της UKPDS Risk Engine υπολογίστηκε ο εκτιμώμενος 10ετής κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων, καθενός από τους ασθε-

νείς. Επιπλέον όλοι οι ασθενείς γονοτυπήθηκαν ως προς το ΑΡΟΕ. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση για τη σύγκριση του διαμέσου κινδύνου εμφάνισης καθενός συμβάματος, μεταξύ των διαφόρων γονοτύπων

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές στον 10ετή κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίου επεισοδίου (p=0,872), θανατηφόρου στεφανιαίου επεισοδίου (p=0,948), αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (p=0,812) ή θανατηφόρου εγκεφαλικού επεισοδίου (p=0,930), μεταξύ των ασθενών με διαφορετικούς γονοτύπους

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο γονότυπος του ΑΡΟΕ δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη εκτίμησης του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, σύμφωνα με την UKPDS Risk Engine

96. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ APOE ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Μοναστηριώτης Χριστόδουλος¹, Καρανικόλα Κορίνα², Παπάνας Νικόλαος¹, Βελετζά Σταυρούλα², Μαλτέζος Ευστράτιος¹
¹ Β' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
² Εργαστήριο Ιατρικής Βιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ενώ υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι το γονίδιο APOE είναι πιθανό να εμπλέκεται στην παθογένεση του σακχαρώδη διαβήτη, σχετικές μελέτες δίνουν αντικρουόμενα αποτελέσματα.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αναζήτηση συσχέτισης ανάμεσα στους πολυμορφισμούς του γονιδίου APOE και την εκδήλωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ: Την ομάδα μελέτης αποτέλεσαν 275 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Την ομάδα ελέγχου, 4405 άτομα που γονοτυπήθηκαν ως προς το APOE σε μελέτες συσχέτισης των πολυμορφισμών του με διάφορες παθολογικές καταστάσεις, πλην σακχαρώδη διαβήτη, στις οποίες συμμετείχαν είτε ως ασθενείς είτε ως υγιείς μάρτυρες.

ΜΕΘΟΔΟΣ: 275 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη γονοτυπήθηκαν ως προς το APOE. 14 μελέτες συσχέτισης APOE

με διάφορες παθολογικές καταστάσεις ανασκοπήθηκαν και καταγράφηκαν οι συχνότητες αλληλομόρφων του APOE, 4405 συνολικά ατόμων, ασθενών και υγιών μαρτύρων. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση των συχνοτήτων των αλληλομόρφων στις δυο ομάδες και αναζήτηση σημαντικότητας

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα μελέτης οι συχνότητες των αλληλομόρφων ήταν: 5,09% για το ε2, 89,1% για το ε3 και 5,81% για το ε4, ενώ στην ομάδα ελέγχου ήταν 5,5%, 85,6% και 8,9% αντίστοιχα. Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε τη σημαντικότητα των διαφορών αυτών ($\chi^2=6,820$, $df=2$, $p=0,033$, έλεγχος χ^2 καλής προσαρμογής)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με βάση τα αποτελέσματα φαίνεται ότι το αλληλόμορφο ε3 εμφανίζεται με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

97. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ρούμπου Αφροδίτη, Τσόκολα Έλενα, Κουτρουμή Μάρω, Παπαϊωάννου Ιωάννα, Μουστάκας Ιωάννης, Πρωτόπαπας Ανδρέας, Λαμπρόπουλος Χρήστος
 Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδος, Ναύπλιο

Εισαγωγή: Ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευόμενων ασθενών στις παθολογικές κλινικές πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Επίσης, η υπεργλυκαιμία λόγω stress σε μη διαβητικούς ασθενείς δεν είναι ασυνήθιστη.

Σκοπός: Μελέτη παρατήρησης του επιπολασμού του ΣΔ και της υπεργλυκαιμίας σε νοσηλευόμενους ασθενείς Παθολογικής Κλινικής.

Υλικό: Νοσηλευόμενοι ασθενείς της Κλινικής μας τα τελευταία τρία έτη, ανεξαρτήτως ηλικίας ή αιτίας νοσηλείας.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι των ασθενών και έγινε καταγραφή των τιμών σακχάρου κατά την εισαγωγή, οι περιπτώσεις νεοδιαγνωσθείσας νόσου, η φαρμακευτική αγωγή, οι συνυπάρχουσες παθήσεις και άλλα επιδημιολογικά δεδομένα.

Αποτελέσματα: Έγινε καταγραφή των φακέλων 6.098 ασθενών (6.813 νοσηλείες). Στο σύνολο των ασθενών, 1.644 (27%) εμφάνιζαν ΣΔ: 1.435 με γνωστή νόσο και 209 με διάγνωση κατά τη νοσηλεία (12.7% των διαβητικών ή 3.3%

του συνόλου). Τιμές γλυκόζης ≥ 200 mg/dL παρατηρήθηκαν σε 884 ασθενείς (14.5%) ενώ τιμές γλυκόζης 140-199mg/dL σε 1.196 ασθενείς (19.6%). Στους διαβητικούς ασθενείς, τιμές γλυκόζης ≥ 200 mg/dL παρατηρήθηκαν σε 697 ασθενείς (42.4%), 140-199mg/dL σε 501 (30.4%) και 70-139mg/dL σε 395 ασθενείς (24.1%) ενώ αντίστοιχα στους μη διαβητικούς 187 (4.2%), 695 (15.6%) και 3.572 (80.2%). Με συμπτώματα υπογλυκαιμίας προσήλθαν 51 διαβητικοί ασθενείς (3.1%). Ινσουλίνη ελάμβαναν 383 ασθενείς (23.4% των ασθενών με ΣΔ). Τέλος, 2.634 ασθενείς (43.2%) εμφάνιζαν αρτηριακή υπέρταση.

Συμπεράσματα: Ένα υψηλό ποσοστό ασθενών στις Παθολογικές Κλινικές πάσχει από ΣΔ (σε μεγάλο ποσοστό αρρυθμιστο) ή διαγιγνώσκεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Οι παρατεταμένες και συχνότερες νοσηλείες αυτών των ασθενών προκαλούν σημαντική οικονομική επιβάρυνση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας κάνοντας επιτακτική την ανάγκη τακτικής παρακολούθησης και καλύτερης ρύθμισης της νόσου.

98. ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 2008-2017

Χούσκο Μεχμέτ Ακίφ¹, Διδίλης Νικόλαος¹, Δάλλα Βασιλική¹, Τσιρονίδου Βικτώρια², Χρυσάφης Ιωάννης³, Σουφτάς Βασίλειος³, Χρυστακίδου Παρασκευή¹, Παπαγόρας Χαράλαμπος¹, Κουκλάκης Γεώργιος¹, Ρίπης Κωνσταντίνος^{1,2}, Σκένδρος Παναγιώτης^{1,2}.
¹Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ²Εργαστήριο Μοριακής Αιματολογίας, ³ Εργαστήριο Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

Εισαγωγή Η φυματίωση παραμένει σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως. Το 20% των περιπτώσεων αφορά εξωπνευμονική εντόπιση της νόσου (ΕΦ) η οποία συχνά χαρακτηρίζεται από άτυπα κλινικά/εργαστηριακά ευρήματα, που καθιστούν την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία προβληματική.

Σκοπός Αναφορά των περιστατικών ΕΦ που διαγνώστηκαν και αντιμετωπίστηκαν στη Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης κατά την τελευταία δεκαετία.

Υλικό Η μελέτη αφορά 26 ασθενείς, 15Α/11Θ, μέσης ηλικίας 52,20±18 έτη, με διάρκεια νόσου έως τη διάγνωση 11,5±11,6 εβδομάδες. Οκτώ ασθενείς παρουσίαζαν πυρετό/φλεγμονή αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (ΠΦΑΑ), 7 σπονδυλίτιδα/αρθρίτιδα, 3 λεμφαδενίτιδα, 3 περικαρδίτιδα, 2 προσβολή ΚΝΣ, 2 εντεροκολίτιδα και 1 προσβολή ουροποιητικού. Σοβαρές συνοσηρότητες περιελάμβαναν αιματολογική κακοήθεια (2), ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (1), νεφρωσικό σύνδρομο (1), νόσο Crohn (1), πνευμονική ίνωση (1) και ιστορικό λήψης anti-TNFα παράγοντα (4).

99. ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ

Λιόντος Άγγελος, Φώτιος Μπάρκας, Μακρή Ανδρομάχη, Μεγαπάνου Ευσταθία, Ελισάφ Μωυσής, Λιάμης Γεώργιος
 Β Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η διερεύνηση του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας (ΠΑΑ) αποτελεί πρόκληση για τον Παθολόγο καθώς οφείλεται σε πολυάριθμα αίτια. Το πολλαπλό μυέλωμα (ΠΜ) συνήθως δεν αναφέρεται στα κλασσικά συγγράμματα ως αίτιο ΠΑΑ, ενώ η εμφάνιση πυρετού σε διαγνωσμένο ΠΜ υποδηλώνει συνήθως υποκείμενη λοίμωξη.

Επιπρόσθετα, στα ελάχιστα δημοσιευμένα περιστατικά στη διεθνή βιβλιογραφία ΠΑΑ εξαιτίας ΠΜ υπήρχαν τυπικές εκδηλώσεις της νόσου όπως αναιμία ή οστικά άλγη.

Σκοπός: Η περιγραφή ενός περιστατικού ΠΜ που εκδηλώθηκε ως ΠΑΑ χωρίς να υπάρχουν συνήθεις κλινικές ή εργαστηριακές εκδηλώσεις της νόσου.

Υλικό: Γυναίκα 67 ετών, χωρίς ιδιαίτερο ατομικό αναμνηστικό, διακομίσθηκε στην κλινική μας από νοσοκομείο της περιφέρειας λόγω μη απυρεξίας παρά τα διάφορα αντιβιοτικά σχήματα που έλαβε κατά την 10ήμερη νοσηλεία της. Η παρούσα νόσος ξεκινά από 25ήμερου με πυρετό μέχρι 38.5ο C που ήταν καλά ανεκτός, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Η

Μέθοδοι Η διάγνωση βασίσθηκε στην κλινική εικόνα, τα απεικονιστικά ευρήματα και την ανταπόκριση στη αντιφυματική αγωγή. Σε 21/26 επιβεβαιώθηκε με ανίχνευση DNA M. tuberculosis (PCR) σε υλικό παρακέντησης/βιοψίας (8/21 σε οστικό μυελό) και αντίστοιχη θετική κ/α (3/21). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αντιφυματική αγωγή με συνδυασμό 3-5 αντιφυματικών φαρμάκων (ριφαμπικίνη, ισονιαζίδη, εθαμβουτόλη, πυραζιναμίδη, αμικασίνη, σιπροφλοξασίνη, κλαριθρομυκίνη) για 9-12 μήνες.

Αποτελέσματα Διαπιστώθηκε καλή ανοχή και ανταπόκριση στη θεραπεία σε όλες τις περιπτώσεις. Σε 4 περιπτώσεις χρειάστηκε παροχέτευση ή/και χειρουργικός καθαρισμός.

Συμπεράσματα Η ΕΦ πρέπει να λαμβάνεται σημαντικά υπόψη στην διαφορική διάγνωση του ΠΦΑΑ, ιδιαίτερα στους >50 ετών και στους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Η σπονδυλίτιδα αποτελεί τη συχνότερη επιπλοκή/εντόπιση. Η PCR στο υλικό βιοψίας είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και ταχεία μέθοδος. Στις περιπτώσεις ΠΦΑΑ η λήψη οστικού μυελού βοηθάει σημαντικά στη διάγνωση.

100. ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗ ΠΑΡΑΠΡΩΤΕΪΝΑΙΜΙΑ

Παπαδόπουλος Βασίλειος¹, Κοκοβιάδου Κυριακή¹, Ευστρατιάδου Μαρία - Ειρήνη¹, Σταμούλη Ειρήνη², Κώτσος Βασίλειος², Ευαγγέλου Ιωάννης³, Παπαδάκη - Γκούμα Θεοδώρα⁴, Δούμα Στέλλα², Κιουμή Άννα¹
¹Αιματολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ²Γ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, ³Β' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ⁴Αιμοπαθολογιοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή - σκοπός: Μονοκλωνική παραπρωτεΐνη μπορεί να συνοδεύει πλασματοκυτταρικές δυσκρασίες, λεμφώματα ή να είναι τυχαίο εύρημα (μονοκλωνική γαμμασφαιρινοπάθεια

αδιευκρίνιστης σημασίας). Σε περιπτώσεις όπου δεν είναι ξεκάθαρη η διάγνωση, τίθενται θεραπευτικά διλήμματα, όπως διαφαίνονται στην ακόλουθη περίπτωση ασθενούς με δευτε-

ροπαθή μονοκλωνική υπερσφαιριναίμια στα πλαίσια σπλαχνικής λείσημανίας.

Αποτελέσματα: Άνδρας 57 ετών με παρατεινόμενο εμπύρετο, παρουσίαζε ψηλαφητό σπλήνα, αναιμία, ήπια λευκοπενία, LDH=317IU/mL, υπερσφαιριναίμια (TPt/Alb=9,89/3,42g/dL), μονοκλωνικό κλάσμα IgG, κ σε πολυκλωνικό υπόβαθρο, και απεικονιστικά ήπια διογκωμένους βουβωνικούς λεμφαδένες και μη ειδικές οστικές αλλοιώσεις.

Το μυελόγραμμα και η οστεομυελική βιοψία ανέδειξαν αντιδραστικά λεμφοκύτταρα και μονοκλωνικά και πολυκλωνικά πλάσματοκύτταρα.

Δεν τεμνηρώθηκε λέμφωμα από τη βιοψία λεμφαδένα, ώστε να ερμηνευτεί το εμπύρετο, ενώ ενδελεχής έλεγχος για λοιμώξεις απέβη αρνητικός.

Ο πυρετός υφίσταντο παροδικά με αντιβιοτικά, ενώ σταδιακά εγκαταστάθηκε παγκυτταροπενία με βαριά ουδετεροπενία (340/μL). Θεραπευτικά συζητήθηκε η χημειοθεραπεία, επιλο-

γή που απορρίφθηκε λόγω μη επαρκούς τεκμηρίωσης κακοήθειας, και η σπληνεκτομή, που διενεργήθηκε 4 μήνες από την εκδήλωση της νόσου, για να αντιμετωπιστεί και ο υπερσπληνισμός. Στο επόμενο μυελόγραμμα, διαπιστώθηκαν πολλαπλοί μικροοργανισμοί με χαρακτηριστικά λείσημανίας και επιβεβαιωτική PCR.

Ο ασθενής ξεκίνησε θεραπεία με αμφοτερικίνη, ενώ είχε αρχόμενη ηπατική ανεπάρκεια. Σταδιακά βελτιώθηκαν όλα τα συμπτώματα, η ουδετεροπενία αποκαταστάθηκε άμεσα, ενώ το μονοκλωνικό κλάσμα εξαφανίστηκε 3 χρόνια μετά.

Συμπεράσματα: Σε περίπτωση υπόνοιας ενός υποκείμενου νοσήματος που απαιτεί ισχυρή κυτταροτοξική θεραπεία, είναι άκρως απαραίτητη η επαρκής τεκμηρίωση της διάγνωσης και ο αποκλεισμός άλλων νοσημάτων, ιδιαίτερα μάλιστα σπάνιων λοιμωδών παραγόντων, προκειμένου να μην εκτεθεί ο ασθενής σε μη απαραίτητο κίνδυνο, αλλά να επιτευχθεί ακόμη και η ίαση, με εφαρμογή του «ωφελέειν ή μη βλάπτειν».

101. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Θεοχαρίδου Χριστίνα – Χρυσάνθη, Χατζηκωνσταντίνου Θωμάς, Πασκαλής Γεώργιος – Χάρης, Δεμηλέα Ελένη, Κουρσιουμπάς Γεώργιος, Παυλίδου Μαρία, Σαχλά Ζαχάρω, Γκόγκος Κωνσταντίνος
Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η οξεία αιμολυτική αναιμία μπορεί να αποβεί θανατηφόρος και η συνύπαρξη άλλων σοβαρών καταστάσεων, όπως για παράδειγμα, οξείας νεφρικής βλάβης ή σοβαρής λοίμωξης, αυξάνουν τις πιθανότητες για μια τέτοια έκβαση.

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία, οξεία νεφρική βλάβη και θρομβοπενία σε έδαφος λοίμωξης ουροποιοτικού.

Υλικό: Άνδρας ασθενής 81 ετών ήδη νοσηλευόμενος λόγω ατελώς θεραπευθείσας σπονδυλοδισκίτιδας και υπό αντιβιοτική αγωγή με σιπροφλοξασίνη, ριφαμπικίνη, ισονιαζίδη παρουσίασε επεισόδιο εμπύρετου έως 38οC με ρίγος και oligουρία.

Η κλινική εξέταση ανέδειξε ευαισθησία στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, που προϋπήρχε, και πόνο στην οσφυϊκή χώρα δεξιά, που αποτελούσε νέο εύρημα.

Μέθοδος: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αιμολυτική αναιμία με θετική δοκιμασία άμεσης Coombs, θρομβοπενία,

οξεία νεφρική βλάβη και αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Στο επίχρισμα περιφερικού αίματος δεν ανευρέθηκαν σχιστοκύτταρα ή άλλα παθολογικά ερυθροκύτταρα και οι χρόνοι PT και aPTT ήταν φυσιολογικοί. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε φυσιολογικό μέγεθος σπλήνα και στοιχεία υπέρ πνευμονοφρίτιδας δεξιά. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές.

Αποτελέσματα: Στον ασθενή χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή και ενυδάτωση ενώ πραγματοποιήθηκε αλλαγή της αντιβιοτικής αγωγής με αποτέλεσμα την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων του και την επαναφορά των εργαστηριακών τιμών σε φυσιολογικά επίπεδα. Η θεραπεία της σπονδυλοδισκίτιδας συνεχίστηκε για 8 εβδομάδες. Έως σήμερα, ο ασθενής παραμένει ελεύθερος νόσου.

Συμπεράσματα: Καταγράφουμε ένα περιστατικό ιδιαίτερης βαρύτητας που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά και είχε ως αποτέλεσμα την πλήρη ύφεση.

102. Η ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΣΤΗ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Λιάμπας Ιωάννης², Μαυραντώνη Ευαγγελία², Μυλωνά Χαριτίνα², Κατσάνου Κωνσταντίνια², Γούλα Αθανασία¹, Δημητριάδου Ευθυμία¹, Μυλωνάς Στέφανος²

1: Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας (MMA) - Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων (ΓΝΤ), 2: Β' Παθολογική Κλινική ΓΝΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι κηλικό-παράγοντες αποσιδήρωσης είναι η χορηγούμενη παρεντερικά δεσφεροξαμίνη και οι από-του-στόματος δεφεριπρόνη και δεφερασιρόξη.

ΣΚΟΠΟΣ: Καταγραφή της μεταβολής χρήσης των σκευασμάτων-αποσιδήρωσης για την επίτευξη ή διατήρηση χαμη-

λών τιμών φερριτίνης σε βάθος 5ετίας στη β-θαλασσαιμία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγράφηκε ο Μ.Ο. τιμών φερριτίνης και η μέθοδος αποσιδήρωσης των 25 πολυμεταγγιζόμενων β-θαλασσαιμικών ασθενών της MMA-ΓΝΤ για τα έτη 2012 και 2017

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ						
Είδος Αποσιδήρωσης	Αριθμός ασθενών		Μεταβολή %	Μ.Ο. τιμών φερριτίνης	Αριθμός ασθενών	
	2012	2017			2012	2017
PO δεφερασιρόξη (Exjade ή DFX)	10 (40%)	3 (12%)	Μείωση 70%	<1000	1	2
				1000-2500	1	1
				>2500	8	0
PO δεφεριπρόνη (Ferriprox ή DFP)	7 (28%)	2 (8%)	Μείωση 57%	<1000	3	2
				1000-2500	0	0
				>2500	4	0
Sc δεφεροξαμίνη (Desferal ή DFO)	3 (12%)	4 (16%)	Αύξηση 33%	<1000	2	3
				1000-2500	1	1
				>2500	0	0
<u>Συνδυαστική</u> (PO δεφεριπρόνη & Sc δεφεροξαμίνη)	5 (20%)	16 (64%)	Αύξηση 220%	<1000	4	8
				1000-2500	1	2
				>2500	0	6

- PO-μονοθεραπεία αποσιδήρωσης
-λάμβανε το 68%(17/25) των ασθενών(2012), με το 71%(12/17) αυτών να εμφανίζει φερριτίνη>2500mg/L.
-διεκόπη σχεδόν στο σύνολο(11/12) των ασθενών με φερριτίνη>2500mg/L (αντικατάσταση: 10/12→συνδυαστική, 1/12→sc δεφεροξαμίνη και 1/12→ αύξηση δόσης PO δεφερασιρόξης).
- Συνδυαστική αποσιδήρωση
-στην 5ετία τριπλασιάστηκε η χορήγησή της φτάνοντας στο 64%(16/25) του συνόλου και στο 83%(10/12) αυτών με φερριτίνη>2500mg/L.
- Μονοθεραπεία sc-δεφεροξαμίνης
-άφορα ασθενείς με επιπλοκές/αντενδείξεις στα δύο PO-σκευάσματα.
- Στόχος φερριτίνης<1000mg/L επιτεύχθηκε:
-στο 60%(15/25) του συνόλου των ασθενών
-στα 8/15 με συνδυαστική θεραπεία
-στα 3/15 με sc-δεφεροξαμίνη
-στα 4/15 με PO-μονοθεραπεία.

Συμπεράσματα: Τα PO-κηλικά-σκευάσματα, χρησιμοποιήθηκαν αρχικά σε μεγάλο βαθμό ως μονοθεραπεία, εξαιτίας της ευκολίας χρήσης αυτών. Παρόλα αυτά, συχνά μονόδρομο αποτελεί η χορήγηση συνδυαστικής θεραπείας, λόγω πιθανής αθροιστικής δράσης στην αποβολή σιδήρου, χωρίς να εξασφαλίζεται πάντοτε το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

103. Η ΦΕΡΡΙΤΙΝΗ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΗ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Λιάμπας Ιωάννης², Κούνη Μαρία¹, Μυλωνά Χαριτίνα², Μαυραντώνη Ευαγγελία², Μαρίτσα Δήμητρα², Δημητριάδου Ευθυμία¹, Μυλωνάς Στέφανος²

1: Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας (MMA) - Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων (ΓΝΤ), 2: Β' Παθολογική Κλινική ΓΝΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η φερριτίνη είναι η κύρια πρωτεΐνη αποθήκευσης σιδήρου του οργανισμού. Παρόλο που η τιμή της επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, χρησιμοποιείται ευρύτερα γιατί η μέτρηση της είναι απλή και οικονομική και έχει διαχρονική αξία στην παρακολούθηση της θεραπείας αποσιδήρωσης και της αιμοχρωμάτωσης στη θαλασσαιμία (>2500ng/ml→σημαντικός κίνδυνος αιμοχρωμάτωσης-θανάτου, <2.500ng/ml→μειωμένος κίνδυνος, <1000ng/ml→επιπλέον κλινικό όφελος).

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της προσπάθειας επίτευξης ή δια-

τήρησης χαμηλών τιμών φερριτίνης στους β-θαλασσαιμικούς ασθενείς που μεταγγίζονται στη MMA-ΓΝΤ σε βάθος 5ετίας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Υπολογίστηκε ο μέσος όρος των τιμών φερριτίνης (Μ.Ο.) των 25 πολυμεταγγιζόμενων β-θαλασσαιμικών ασθενών της MMA-ΓΝΤ για τα έτη 2012 και 2017. Ακολούθησε ταξινόμηση ως προς τα επίπεδα φερριτίνης (<1000, 1000-2500, >2500ng/ml) βάσει των οποίων διαφοροποιείται η πρόγνωση των πολυμεταγγιζόμενων ασθενών. Αποκλείστηκαν οι ασθενείς που πέθαναν ή μεταγγίζονται και σε άλλες μονάδες.

Αποτελέσματα			
Μ.Ο. τιμών φερριτίνης	2012	2017	Μεταβολή %
<1000mg/L	10 (40%)	15 (60%)	Αύξηση 50%
1000-2500 mg/L	3 (12%)	4 (16%)	Αύξηση 33 %
> 2500 mg/L	12 (48%)	6 (24%)	Μείωση 50 %

Οι ασθενείς με φερριτίνη: <1000ng/ml→ αυξήθηκαν κατά ½, 1000-2500mg/L→ αυξήθηκαν κατά ⅓, >2500mg/L→ υποδιπλασιάστηκαν.

Σαφής βελτίωση της φερριτίνης υπήρξε σε 8 ασθενείς (32%): 2(δυο) από 1000-2500mg/L την ελάττωσαν <1000mg/L, 2(δυο) από ≥2500 mg/L την ελάττωσαν <1000mg/L 4(τέσσερις) ασθενείς την ελάττωσαν σε 1000-2500mg από >2500mg/L

Παρατηρήσεις: Η βελτίωση επιτεύχθηκε στα 6/8 με αντικατάσταση της ΡΟ-μονοθεραπείας (στα 5/8 με συνδυαστική & σε 1/8 με sc-δεφεροξαμίνη) και 2/8 εντατικοποίηση της μονοθεραπείας (1/8 με ΡΟ-δεφερασιρόξη & 1/8 με sc-δεφεροξαμίνη)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι απολυτά δικαιολογημένη η επιμονή τόσο των θεραπόντων ιατρών, όσο και των ασθενών στην επίτευξη χαμηλών τιμών φερριτίνης. Προϋποθέτει όμως ιδιαίτερη προσπάθεια, χωρίς να είναι πάντα εφικτό το επιθυμητό αποτέλεσμα.

104. ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ Σ' ΕΝΑ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΛΙΠΩΔΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Γρηγόριος Δήμας¹, Δημήτριος Στογιάννου², Θωμάς Τέγος³, Ανδρέας Πρωτοπαπάς², Ιωάννης Καραμούζης⁴, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Αναστασία Καραπαπάζογλου¹, Σοφία Δημοπούλου¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ», ΑΠΘ Θεσσαλονίκη, 2 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Γαστρεντερολογικό ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ», ΑΠΘ Θεσσαλονίκη, 3 Α' Νευρολογική Κλινική ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ», ΑΠΘ Θεσσαλονίκη, 4 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ», ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) εμφανίζει παγκοσμίως λιπώδη διήθηση που κυμαίνεται στο 30-45%. Στο εξωτερικό ιατρείο υπέρτασης της κλινικής μας επιβεβαιώθηκε αυτό το ποσοστό εφόσον στα 100 τελευταία περιστατικά που προσήλθαν για διερεύνηση υπέρτασης 35% εμφάνιζε στο υπερηχογράφημα άνω κοιλίας λιπώδη διήθηση ήπατος. Παρ' ότι το ηπατικό λίπος εμφανίζεται εύκολα κινητοποιήσιμο με αλλαγή του τρόπου ζωής και της διαίτας, παραμένει με δυσμενή πρόγνωση καρδιαγγειακών συμβαμάτων και εμφάνισης διαβήτη. Στον καθορισμό του κινδύνου εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) παίζει σημαντικό ρόλο μεταξύ άλλων και η πρόσληψη βιταμίνης D. Τα επίπεδα της βρίσκονται μειωμένα στον ορό διαβητικών τύπου 2 με λευκωματουρία σε σχέση με μάρτυρες. Είναι γνωστό ότι το σύστημα της βιταμίνης D έχει αρνητική ρυθμιστική επίδραση in vivo στο ενδοεμφρικό σύστημα της ρενίνης-αγγειοτενσίνης. Οι μεταβολίτες της βιταμίνης D μπορούν επίσης να καταστείλουν την ενεργοποίηση αυξητικών παραγόντων και κυτοκινών. Οι επιδράσεις αυτές είναι ενδεικτικές ενός δυναμικού ρόλου της βιταμίνης D στον ΣΔ. Ο αυξητικός παράγοντας των ινοβλαστών-23 (Fibroblast growth factor-23, FGF-23) έχει ενοχοποιηθεί τελευταία στη χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) και είναι σημαντικός στον άνθρωπο κατά την οστεογένεση. Πρόσφατα πειραματικά δεδομένα υποστηρίζουν ένα ρόλο για τον FGF-23 στην ευδωση κυτοκινών από το λιπώδη ιστό αλλά οι υποκείμενοι μηχανισμοί δεν έχουν διερευνηθεί. Η ιντερλευκίνη-6 (IL-6) θεωρείται μία

προ-φλεγμονώδης λιποκυτταροκίνη. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιορισθούν τα επίπεδα της βιταμίνης D, του FGF-23 και της IL-6 και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση σε ασθενείς με ΑΥ και λιπώδη διήθηση ήπατος.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 100 ασθενείς με ΑΥ και λιπώδη διήθηση ήπατος και 100 ασθενείς με ΑΥ χωρίς λιπώδη διήθηση ήπατος. Τα επίπεδα ορού του FGF-23, της IL-6 και της 1.25(OH)2D3 μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Ο υποκλινικός δείκτης αθηροσκλήρωσης IMT (Intima-Media Thickness) των καρωτίδων μετρήθηκε με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερηχοτομογράφο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ επιπέδων ορού του FGF-23 (0.5±0.1ng/ml, p<0.004), της IL-6 (4±0.5pg/ml, p<0.0001), της 1.25(OH)2D3 (40±15pg/ml, p<0.0001), ΑΥ (20±5mmHg, p<0.0001) και IMT (0.4±0.1, p<0.0001) μεταξύ ασθενών και μαρτύρων. Υπήρξε στατιστικά σημαντική ισχυρή θετική μεταξύ επιπέδων ορού FGF-23 και IL-6 (r: 0.75, p<0.005), μεταξύ FGF-23 και IMT (r: 0.65, p<0.001) και μεταξύ IL-6 και IMT (r: -0.7, p<0.001). Υπήρξε στατιστικά σημαντική ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ FGF-23 και 1.25(OH)2D3 (r: -0.7, p<0.001) και 1.25(OH)2D3 και IMT (r: -0.65, p<0.005).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η μελέτη υποδεικνύει τα επίπεδα ορού του FGF-23, της IL-6 και της 1.25(OH)2D3 να αποτελούν παράγοντες κινδύνου λιπώδους διήθησης και αθηροσκλήρωσης σε ασθενείς με ΑΥ στους οποίους κατά την παρακολούθηση θα διενεργηθεί fibroscan και επικείμενη βιοψία ήπατος.

105. ΜΑΝΙΔΙΠΙΝΗ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Πασκαλής Γεώργιος - Χάρης¹, Δεμπέλα Ελένη¹, Κοτσιαρή Χριστίνα¹, Θεοχαρίδου Χριστίνα -Χρυσάνθη¹, Μπουτούρη Αικατερίνη², Κρασόβοκαγια Ιρίνα³, Τσουτσούλη Βασιλική¹, Γκόγκος Κωνσταντίνος¹

1 Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, 2 Παθολογική κλινική, Γ.Ν. Σερρών, Σέρρες, 3 Α Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η μανιδιπίνη είναι ένας εκλεκτικός αναστολέας διαύλων ασβεστίου της ομάδας των διυδροπυριδινών (3ης γενιάς), που εμφανίζει αντιυπερτασική δράση και φαρμακοδυναμικές ιδιότητες ευνοϊκές για τη νεφρική λειτουργία, έχει μεγάλη λιποφιλικότητα και μακρά διάρκεια δράσης.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας είναι να μεταφέρουμε την εμπειρία μας από τη χρήση της μανιδιπίνης στους ασθενείς του υπερτασιολογικού ιατρείου της κλινικής μας ως μονοθεραπεία.

Υλικό - Μέθοδος: Χορηγήθηκε μανιδιπίνη σε 84 ασθενείς, 51 γυναίκες και 33 άντρες, που είτε διαγνώστηκαν για πρώτη φορά με υπέρταση είτε είχαν λάβει άλλη αγωγή και δε ρυθμίστηκαν ή την διέκοψαν για άλλους λόγους. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο και αποκλείστηκε η πιθανότητα δευτεροπαθούς υπέρτασης. Η αρτηριακή υπέρταση αξιολογήθηκε με 3 μετρήσεις ημερησίως για μια εβδομάδα από τους ίδιους τους ασθενείς στο σπίτι με ηλεκτρονικό πιεσόμετρο. Επανεξετάστηκαν και αξιολογήθηκαν μετά από ένα μήνα και ακολούθως ανά τρίμηνο για

τουλάχιστον 2 έτη. Στους ασθενείς, εκτός της μανιδιπίνης, συστήθηκε και υγιεινοδιαιτητική διατροφή.

Αποτελέσματα: Στον πληθυσμό των γυναικών, πριν την παρέμβαση, ο μέσος όρος συστολικής πίεσης (ΣΑΠ) και διαστολικής πίεσης (ΔΑΠ) ήταν 158,2 mmHg και 92 mmHg αντίστοιχα. Στον πληθυσμό των ανδρών, πριν την παρέμβαση, ο μέσος όρος ΣΑΠ και ΔΑΠ ήταν 156,3 mmHg και 94 mmHg. Μετά από ένα μήνα, στον πληθυσμό των γυναικών, ο μέσος όρος ΣΑΠ και ΔΑΠ ήταν 132,2 mmHg και 83,3 mmHg ενώ στον πληθυσμό των ανδρών ήταν 134,2 mmHg και 81 mmHg αντίστοιχα. Οι δόσεις ήπια παρουσιάστηκαν μόνο σε 2 ασθενείς γυναίκες κατά τους θερινούς μήνες και δε χρειάστηκε διακοπή της αγωγής. Στη διάρκεια παρακολούθησης των 2 ετών δεν παρουσιάστηκε επιβάρυνση στη νεφρική λειτουργία και στην ομοιοστασία των υδατανθράκων.

Συμπεράσματα: Η μανιδιπίνη ως μονοθεραπεία αποδείχθηκε αποτελεσματικό και ασφαλές φάρμακο με καλή συμμόρφωση και πολύ λιγότερες παρενέργειες από άλλους αναστολείς διαύλων ασβεστίου.

106. ΤΑ ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΡΟΥ ΤΗΣ ΖΕΛΑΤΙΝΑΣΗΣ-Α ΚΑΙ Η ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΙΑ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΣΕ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Γρηγόριος Δήμας¹, Σοφία Δημοπούλου¹, Θωμάς Τέγος², Ιωάννης Καραμούζης³, Ηλίας Κανέλλος¹, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹

1 Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη, 2 Α΄ Νευρολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη, 3 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Ζελατινάση-Α, γνωστή και ως μεταλλο-πρωτεϊνάση-2 (matrix metalloproteinase-2, MMP-2) έχει ενοχοποιηθεί στη χρόνια νεφρική νόσο (XNN) και στην καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ). Οι σύγχρονες όμως αντικρουόμενες κλινικές και πειραματικές μελέτες δεν μπορούν να αποδώσουν μέχρι σήμερα έναν σαφή ρόλο της MMP-2 στην αθηροσκληρώση σε διάφορες ομάδες πληθυσμών. Η υπερομοκυστεϊναιμία (Hmct) αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αρτηριακή νόσο. Οι διαβητικοί ασθενείς συχνά εμφανίζουν Hmct και υψηλό κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάματα και εγκεφαλικά. Η Hmct μπορεί να αυξήσει την παραγωγή της ενζυματικής δραστηριότητας της MMP-2.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιοριστούν τα επίπεδα ορού της MMP-2 και της ομοκυστεϊνης (mct) σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 και λευκωματουρία.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Συμμετείχαν 80 ασθενείς με ΑΥ, 80 με ΣΔ 2 χωρίς λευκωματουρία, καθώς και 100 ασθενείς με ΣΔ 2, λευκωματουρία με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Τα επίπεδα της MMP-2 μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA, της mct με έναν συμβατό βιοχημικό αναλυτή και συσχετίστηκαν με υπέρταση, δείκτες πρώιμης αθηροσκληρώσης (intima-media thickness, IMT) και λευκωματουρία. Το πάχος

του έσω-μέσου χιτώνα (IMT, intima-media thickness) των καρωτίδων και μηριαίων αρτηριών και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας καθορίστηκαν με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερχοτομογράφο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα ορού της MMP-2 διέφεραν στατιστικά σημαντικά σε ασθενείς σε σχέση με μάρτυρες (260±25, p<0.001), καθώς και της mct (20±7, p<0.001). Η MMP-2 ήταν 95±35ng/ml σε ασθενείς με ΑΥ, 125±50ng/ml σε ασθενείς με ΣΔ 2 και 375±80ng/ml σε ασθενείς με ΣΔ 2 και λευκωματουρία. Η mct ήταν 10.5±4μmol/lit στην ΑΥ, 15±5μmol/lit σε ΣΔ 2 και 25±8μmol/lit σε ΣΔ2 με λευκωματουρία. Επιπρόσθετα, η MMP-2 αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα για λευκωματουρία και αθηροσκληρώση. Τα επίπεδα της MMP-2 και της mct σημείωναν ισχυρή σημαντική συσχέτιση με αλβουμινουρία (p<0.0001 και p<0.001 αντίστοιχα), καθώς και με IMT και αθηρωματική πλάκα. Τα επίπεδα της MMP-2 εμφάνιζαν ισχυρή συσχέτιση με αυτά της mct στην ομάδα των ασθενών με ΣΔ2 και λευκωματουρία (pearson correlation r: 0.675, p<0.0001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η μελέτη μας υποδεικνύει ότι τα επίπεδα της MMP-2 συσχετίζονται με λευκωματουρία και αθηροσκληρώση, αποδίδοντας έναν ρόλο στην MMP-2 στα πρώιμα στάδια ΣΔ 2 με λευκωματουρία.

107. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΜΟΡΦΙΚΟΥ ΑΥΞΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ TGF-β1 ΜΕ ΤΟΝ ΙΣΤΙΚΟ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ -2 TIMP-2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΡΟΝΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Γρηγόριος Δήμας¹, Άννα Μαυρομανώλη¹, Θωμάς Τέγος², Ιωάννης Καραμούζης³, Κωνσταντίνος Λάλλας¹, Δημήτριος Παπαδημόπουλος¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹, Δημήτριος Γρέκας¹

1 Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη, 2 Α΄ Νευρολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη, 3 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή/ Σκοπός: Ο μεταμορφικός αυξητικός παράγοντας (Transforming Growth Factor-β1, TGF-β1) θεωρείται μία προ-ινώδης κυτοκίνη, η οποία διεγείρεται από τη φλεγμονή, το διαβητικό περιβάλλον και επάγει τη νεφρική υπερτροφία. Οι σύγχρονες όμως αντικρουόμενες κλινικές και πειραματικές μελέτες δεν μπορούν να αποδώσουν μέχρι σήμερα έναν σαφή ρόλο του TGF-β1 στην παθογένεια της χρόνιας σπειραματονεφρίτιδας, της αλβουμινουρίας και της αθηροσκληρώσης. Ο ιστικός αναστολέας των πρωτεασών-2 (tissue inhibitor of metalloproteinase -2, TIMP-2) είναι σημαντικός κατά τη νεφρογένεση, ενώ έχει βρεθεί ότι η υπερέκφρασή του σε ζωικό μοντέλο αθηροσκληρώσης ποντικού υποστρέφει τις αγγειακές βλάβες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να

προσδιοριστούν τα επίπεδα ορού του TGF-β1 και του TIMP-2 και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με δείκτες πρώιμης και κλινικής αθηροσκληρώσης σε ασθενείς με πρωτοπαθή χρόνια σπειραματονεφρίτιδα (ΧΣΝ) σε πρώιμα στάδια χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN).

Ασθενείς/ Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 80 ασθενείς σε πρώιμα στάδια XNN 1 και 2, με ΧΣΝ. Σαν μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 80 υγιείς εθελοντές. Ο TGF-β1 και ο TIMP-2 μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Ο πρώιμος αθηρωματικός δείκτης IMT (Intima media thickness) των καρωτίδων και μηριαίων αρτηριών, καθώς και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας προσδιορίστηκαν με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερχοτομογράφο, ενώ η αλβουμινουρία εξετάστηκε σε συλλο-

γή ούρων 24ώρου.

Αποτελέσματα: Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων TGFβ-1, TIMP-2, αλβουμινουρίας και IMT. Τα επίπεδα ορού του TGF-β1 ήταν 18000±7500pg/ml στην ομάδα ασθενών και 3775±1250pg/ml στην ομάδα υγιών. Τα επίπεδα ορού του TIMP-2 ήταν 125±55ng/ml στην ομάδα ασθενών και 475±115ng/ml στην ομάδα υγιών. Ο TGF-β1 εμφάνιζε αρνητική ισχυρή συσχέτιση με τον TIMP-2 (r:-0.75, p<0.0001), ενώ ο TIMP-2 εμφάνιζε αρνητική ισχυρή

συσχέτιση με τον IMT (r:-0.7, p<0.0001) και την αλβουμινουρία (r: -0.65, p<0.004). Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ TGF-β1 (10000±7000, p<0.001), TIMP-2 (100±5, p<0.0001), IMT (0.3±0.1, p<0.0001) και αλβουμινουρίας (300±150, p<0.0001) στην ομάδα ασθενών.

Συμπέρασμα: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει τα επίπεδα ορού του TGF-β1 και του TIMP-2 να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εξέλιξη σε ΧΝΝ σε ασθενείς με πρωτοπαθή χρόνια σπειραματονεφρίτιδα.

108. ΟΙ ΥΨΗΛΕΣ ΤΙΜΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗΣ (PROCALCITONIN, PCT) ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΙΣΧΥΡΟ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΔΙΜΗΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΕΠΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μάνη Ηλιάνη¹, Αλεξόπουλος Θεόδωρος¹, Αγιασωτέλλη Δανάη¹, Βασιλείβα Λαρίσα², Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα¹, Χατζηγιάννη Αιμιλία¹, Ντουράκης Σπυρίδων Π.¹

1Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ιπποκράτειο» ΓΝΑ 2 Γαστρεντερολογικό Τμήμα Νοσοκομείο ΓΝΑ «Η Ελπίς»

Εισαγωγή: Στους ασθενείς με Οξεία-επί-Χρονίας-Ηπατική-Ανεπάρκεια (ΟΕΧΗΑ), ο δείκτης CLIF-C OF θεωρείται ενδεδειγμένος για την εκτίμηση της πρώιμης θνησιμότητας. Η ανθρώπινη προκαλσιτονίνη (Procalcitonin, PCT), αποτελεί πρόδρομο πεπτίδιο της ορμόνης καλσιτονίνης που εμπλέκεται στην ομοιόσταση του ασβεστίου. Έχει μελετηθεί στην κίρρωση, αλλά όχι στην ΟΕΧΗΑ.

Σκοπός: Συσχετίσαμε τα επίπεδα της PCT ορού με την θνησιμότητα σε 2 ομάδες ασθενών με οξεία ρήξη αντιρρόπησης: 1. ΟΕΧΗΑ, 2. Οξεία ρήξη αντιρρόπησης χωρίς ΟΕΧΗΑ (ΟΡΑ) και στην ομάδα ελέγχου ασθενών με μη αντιρροπούμενη κίρρωση χωρίς οξεία ρήξη αντιρρόπησης (ΜΑΚ).

Υλικό και Μέθοδοι: Περιλήφθηκαν 52 διαδοχικοί ασθενείς: 22 ΟΕΧΗΑ, 30 ΟΡΑ. Ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 33 ασθενείς με ΜΑΚ. Η PCT μετρήθηκε (ng/ml) στον ορό με ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA). Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν προοπτικά.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα ορού PCT ήταν υψηλότερα στο σύνολο των ασθενών με οξεία ρήξη αντιρρόπησης (ΟΕΧΗΑ και ΟΡΑ) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (ΜΑΚ) (0.485 (0.190-1.728) και 0.100 (0.100-0.345), αντίστοιχα, P<0.001). Στην καμπύλη ROC, η τιμή PCT=0.5650 ήταν η

βέλτιστη για πρόβλεψη θανάτου στις 60 ημέρες στους ΟΕΧΗΑ (c-statistic=0.889) με ευαισθησία 83.3%, ειδικότητα 88.9%, θετική προγνωστική αξία 90.9% και αρνητική προγνωστική αξία 79.9%. Τα επίπεδα PCT δεν συσχετιζόνταν με την C-αντιδρώσα-πρωτεΐνη (C-reactive protein-CRP). Στους 22 ασθενείς με ΟΕΧΗΑ, τα υψηλά επίπεδα PCT≥0.5650 συσχετίστηκαν αρνητικά με την έκβαση (log rank P<0.001) των 60-ημερών. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση, τα MELD (P=0.014), CLIF-C OF (P=0.003), Na ορού (P=0.029), CRP (P=0.044), και υψηλές τιμές PCT (P=0.04) ήταν προγνωστικοί παράγοντες της θνησιμότητας στην ομάδα ΟΕΧΗΑ. Ωστόσο, στην πολυπαραγοντική ανάλυση, μόνο τα υψηλά επίπεδα PCT (P=0.021) [HR (95% CI)=50.481 (1.496-1703.5), P=0.029] ήταν προγνωστικά της θνησιμότητας. Στις ομάδες ΟΡΑ και ΜΑΚ, η PCT δεν αποτελούσε αξιόπιστο δείκτη πρόβλεψης θνησιμότητας.

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα της PCT ορού αποτελούν ιδιαίτερα ευαίσθητο δείκτη στην πρόβλεψη θνησιμότητας με 50πλάσιο κίνδυνο θανάτου στις 60 ημέρες σε ασθενείς με ΟΕΧΗΑ. Πλεονεκτούν του δείκτη CLIF-C OF και πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω ως πρώιμος δείκτης ένδειξης για άμεση μεταμόσχευση ήπατος.

109. Η βήτα ντεφενσίνη-1 ορού αποτελεί αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη θνητότητας σε ασθενείς με οξεία επί χρόνιας ηπατική ανεπάρκεια

Ηλιάνη Μάνη¹, Λαρίσα Βασιλείβα², Αλεξάνδρα Αλεξοπούλου¹, Αιμιλία Χατζηγιάννη¹, Δανάη Αγιασωτέλλη¹, Θεόδωρος Αλεξόπουλος¹, Δημήτριος Ζαμπέτας¹, Σπύρος Π Ντουράκης¹

1 Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, 2 ΓΝΑ «Η Ελπίς», Γαστρεντερολογικό Τμήμα

Σκοπός: Η βήτα-ντεφενσίνη-1 (Human-beta-defensin-1/hBD-1) αποτελεί φυσικό αντιμικροβιακό πεπτίδιο, που εκφράζεται στα επιθηλιακά κύτταρα. Στη μελέτη μας, οι τιμές των hBD-1 και C-αντιδρώσας-πρωτεΐνης (CRP) μετρήθηκαν σε κίρρωτικούς ασθενείς και εκτιμήθηκε η συσχέτισή τους με τη θνητότητα.

Υλικό-Μέθοδοι: Παρακολούθηθηκαν προοπτικά 125 ασθενείς, (39 με Οξεία-Επί-Χρονίας-Ηπατική-Ανεπάρκεια/ΟΕΧΗΑ, 46 με Οξεία-Ρήξη-της-Αντιρρόπησης χωρίς ΟΕΧΗΑ / ΟΡΑ και 40 με Μη-Αντιρροπούμενη-Κίρρωση χωρίς οξύ σύμ-βαμα/ΜΑΚ). Τα επίπεδα hBD-1 στον ορό προσδιορίστηκαν με ανοσοενζυμική μέθοδο. Δεκαπέντε υγιείς μάρτυρες χρησιμο-

ποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα hBD-1 ήταν υψηλότερα στην ομάδα OEXHA συγκριτικά με την OPA (P<0.001) καθώς και στην OPA συγκριτικά με την MAK (P<0.001). Αντιθέτως, τα επίπεδα CRP παρουσίαζαν ασθενέστατη συσχέτιση με τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου.

Οι υγιείς μάρτυρες είχαν χαμηλότερες τιμές συγκρινόμενοι με τους κίρρωτικούς (P<0.001). Τα επίπεδα hBD-1 δεν συσχετιζόνταν με τις τιμές της CRP (r=0.224). Στην καμπύλη ROC, η τιμή hBD-1 30.635 ng/ml επιτύγχανε την βέλτιστη πρόβλεψη θνητότητας στις 60 ημέρες στην ομάδα OEXHA (c-statistic=0.931, ευαισθησία=87.5%, ειδικότητα=100%). Η προγνωστική αξία της CRP ήταν ασθενέστερη (c-statistic=0.792, ευαισθησία=87.5%, ειδικότητα=66.7%).

Στις ομάδες OPA και MAK, τόσο η hBD-1 όσο και η CRP παρουσίασαν λιγότερη ακρίβεια στην πρόβλεψη της θνητότητας.

Στην ομάδα OEXHA, ασθενείς με hBD-1>30.635 είχαν δυσμενέστερη πρόγνωση συγκριτικά με εκείνους με χαμηλότερες τιμές (log-rank P=0.001). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η hBD-1 (13.088, 95%CI 1.475-116.101, P=0.021) και το MELD score (1.106 95%CI 1.012-1.120, P=0.027) αποτελούσαν αξιόπιστους δείκτες πρόβλεψης της θνητότητας στην OEXHA.

Συμπεράσματα: Υψηλά επίπεδα hBD-1 ανιχνεύθηκαν σε ασθενείς με OEXHA που απεβίωσαν στις 60 ημέρες. Η hBD-1 ορού αποτελεί αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη βραχυπρόθεσμης θνητότητας σε ασθενείς με OEXHA.

110. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΡΟΒΙΟΤΙΚΩΝ SACCHAROMYCES BOULARDII, BIFIDOBACTERIUM LACTIS, LACTOBACILLUS ACIDOPHILLUS, LACTOBACILLUS PLANTARUM ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Σιδεράς Λάζαρος, Θεοχαρίδου Χριστίνα – Χρυσάνθη, Κοτσιαρή Χριστίνα, Δεμπέλα Ελένη, Πασκαλής Γεώργιος – Χάρης, Γκλάρα Παναγιώτα, Παπαδήμος Γεώργιος, Σαχλά Ζαχάρω, Γκόγκος Κωνσταντίνος
Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (ΣΕΕ) αποτελεί μια χρόνια, υποτροπιάζουσα λειτουργική διαταραχή του γαστρεντερικού που αφορά 10-20% του πληθυσμού. Τα προβιοτικά επιδρούν ευεργετικά αποκαθιστώντας την ισορροπία της εντερικής μικροχλωρίδας και αποτελούν θεραπευτική πρόταση στο ΣΕΕ.

Σκοπός: Να αξιολογηθεί η επίδραση της θεραπείας με προβιοτικά S.Boulardii, B.Lactis, L.Acidophilus, L.Plantarum (Lacto-Levure®) στη συμπτωματολογία και ποιότητα ζωής ασθενών με ΣΕΕ.

Υλικό: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 28 ασθενείς με διάγνωση ΣΕΕ σύμφωνα με τα κριτήρια Ρώμης III που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία από 1/1/2017 έως 31/12/2017. Μέθοδος: Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η συνολική ανταπόκριση στη θεραπεία με βάση την IBS-Global Improvement Scale. Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η ένταση και συχνότητα του κοιλιακού άλγους, ο μετεωρισμός, οι διαταραχές των κενώσεων και η ποιότητα ζωής σύμφωνα με το IBS-Severity Scoring System. Οι ασθενείς έλαβαν προβιοτικά για 4 εβδομάδες και εκτιμήθηκαν πριν και μετά τη θεραπεία. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t-test για παρατηρήσεις κατά ζεύγη.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός μελέτης ήταν 23 γυναίκες (διάμεση ηλικία 54,4±9,6έτη) και 5 άνδρες (48,2±13,8έτη). Τρεις ασθενείς (10,7%) εμφάνισαν ήπια νόσο, 16 (57,2%) μέτρια και 9 (32,1%) σοβαρή. Το ποσοστό των ασθενών που εμφάνισαν σημαντική ύφεση των συμπτωμάτων ήταν 82,14%. Μετά τη θεραπεία παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση του κοιλιακού άλγους σε ένταση και συχνότητα (4,93±2,19 έναντι 2,86±2,13 και 4,64±1,90 έναντι 2,54±2,04, P<0,001). Ο μετεωρισμός μειώθηκε επίσης σημαντικά (7,46±1,62 έναντι 4,61±2,06, P<0,001). Η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώθηκε στατιστικά σημαντικά (2,5±1,42, 95%CI: 1,94-3,05).

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός προβιοτικών S.Boulardii, B.Lactis, L.Acidophilus, L.Plantarum είναι αποτελεσματική θεραπεία σε ασθενείς με ΣΕΕ.

111. ΑΜΕΤΡΗ ΥΠΕΡΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ Ca 19-9 ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΙΚΤΕΡΟ

Στογιάννου Δημήτριος, Στουρνάρας Ευάγγελος, Νεοκοσμίδης Γεώργιος, Σοφογιάννη Αρετή, Πρωτοπαπάς Ανδρέας, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Απόστολος
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Το καρκινικό αντιγόνο Ca 19-9 είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος βιοδείκτης για τη διάγνωση του καρκίνου του παγκρέατος σε ασθενείς με κλινικοεργαστηριακή υποψία νεοπλασμάτος του παγκρέατος, πέρα από την παρακολούθηση ασθενών υπό θεραπεία για αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος.

Σκοπός: Η αναγνώριση της ύπαρξης ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων σε καλοήθεις παθήσεις και της πιθανότητας «παραπλάνησης» ως προς τη διάγνωση.

Υλικό – Μέθοδος: Ασθενής, θήλυ, 86 ετών με ατομικό ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, χρονίας κολπικής μαρμαρυγής και μορφώματος ουροδόχου κύστης, γνωστού από 2ετίας

χωρίς διερεύνηση, προσκομίζεται λόγω κοιλιακού άλγους με συνοδούς εμέτους και ίκτερο (ολική χολερυθρίνη: 8.74 mg/dl, άμεση χολερυθρίνη: 7.72 mg/dl). Το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας αποκαλύπτει ηπατομεγαλία, ήπια χολοκυτίτιδα με παρουσία λίθου 25.76 mm και διάταση του χοληδόχου πόρου 11.23 mm, χωρίς διάταση των ενδοηπατικών χολαγγείων. Η αξονική τομογραφία κοιλίας αποκαλύπτει δύο υπόπυκνες περιοχές ήπατος >2 εκ., έντονη διάταση της χοληδόχου κύστης με φλεγμονή (ύδρωπας) παρουσία λίθου 2 cm, διάταση του χοληδόχου πόρου 1.4 cm, στη μεσότητα του οποίου εντοπίζεται οζώδες υπέρπυκνο υλικό το οποίο εμπλουτίζεται, έντονη στένωση του χοληδόχου πόρου στο ύψος του φύματος του Vater με πάχυνση τοιχώματος βολβού δωδεκαδακτύλου. Ο καρκινικός δείκτης Ca 19-9 είναι θετικός: 5281 U/mL (0 – 27 U/mL). Στην ασθενή χορηγείται ενδοφλέβια αντι-

βιοτική αγωγή, ενυδάτωση με ορούς, διακόπτεται η σίτιση και πραγματοποιείται ERCP με επιτυχή αποσυμφόρηση του χοληφόρου δένδρου.

Αποτελέσματα: Η ασθενής παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της κλινικής της εικόνας με υποχώρηση των δεικτών φλεγμονής, του ίκτερου, ενώ νέα μέτρηση του καρκινικού δείκτη Ca 19-9 μια εβδομάδα μετά ανέδειξε τιμή: 222.30 U/mL.

Συμπεράσματα: Στην ασθενή λόγω της ηλικίας, των ευρημάτων από την αξονική τομογραφία, του ιστορικού και του καρκινικού δείκτη ετέθη η υποψία νεοπλασίας του παγκρέατος. Η άμεση θεαματική πτώση του βιοδείκτη Ca 19-9 μετά την αποδρομή του οξέως επεισοδίου καταδεικνύει την αδυναμία του ως διαγνωστικό εργαλείο διαλογής για τον καρκίνο του παγκρέατος και την ύπαρξη ψευδώς θετικών παροδικών αυξήσεων του Ca 19-9 σε καλοήθεις παθήσεις.

112. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΒΕΛΤΙΣΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ-ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ΚΑ) ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑ.

Ηλίας Κανέλλος^{1,2}, Μαρία Πετρίδου^{1,3}, Γεώργιος Τσιονόπουλος², Σκαντζής Παναγιώτης¹, Γρηγόρης Δήμας¹, Βασίλης Δήμου², Λαμπρινή Τσιγκρίκη², Στυλιανός Δάιος², Κυριακός Καζάς¹, Αντώνιος Αντωνίου², Γεώργιος Παπαθανάσιου³, Πάρις Κελεμπεκόγλου², Ιωάννης Κουμπαρούδης², Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹.

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Π.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, 2 Στεφανιαία μονάδα-Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.

Σερρών, 3 ΑΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ, ΣΕΥΠ-Τμήμα Φυσικοθεραπείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Η ΚΑ αποτελεί χρόνια νόσημα και συνοδεύεται είτε από χαμηλό κλάσμα εξωθήσεως (EF<40%, συστολική ΚΑ), είτε από διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως EF>50%, διαστολική ΚΑ), ενώ πρόσφατα ορίστηκε και η ΚΑ με ενδιάμεσο χαρακτήρα και κλάσμα εξωθήσεως (EF:40-50%). Λυσιτελής θεραπεία που οδηγεί σε πλήρη υποστρόφη και ίαση της νόσου δεν υφίσταται μέχρι σήμερα και η διαθέσιμη σύγχρονη φαρμακευτική αγωγή στοχεύει στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου, στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και στην διατήρηση της ποιότητας της ζωής.

Μικρός σχετικά αριθμός σύγχρονων μελετών, εξετάζει την επίπτωση της φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης και της τήρησης υγειοδιαιτητικών οδηγιών πρόληψης ΚΑ, ώστε να μειωθούν οι επανανοσπείρες των ασθενών με ΚΑ και συνεπώς να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνητότητα από ΚΑ.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ Να αποδειχθεί εάν ο συνδυασμός βέλτιστης φαρμακευτικής αγωγής, καρδιοαναπνευστικής φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης και τήρησης των υγειοδιαιτητικών οδηγιών πρόληψης ΚΑ με σκοπό την συμμόρφωση των ασθενών, έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της επανανοσπείρας ασθενών με ΚΑ.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ Επιλέχθηκαν δύο ομάδες ασθενών: Την πρώτη ομάδα αποτελούσαν 20 ασθενείς με ΚΑ ποικίλης αιτιολογίας (10 άνδρες και 10 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 65 έτη), οι οποίοι ακολουθούσαν αποκλειστικά και μόνο βέλτιστη θεραπευτική αγωγή για την ΚΑ.

Η δεύτερη ομάδα περιελάμβανε επίσης 20 ασθενείς (10 άνδρες και 10 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 65 έτη) οι οποίοι έλαβαν επίσης βέλτιστη θεραπευτική αγωγή για ΚΑ,

αλλά επιπρόσθετα υποβλήθηκαν σε συνεδρίες καρδιοαναπνευστικής φυσικοθεραπείας κατά την τελευταία τους νοσηλεία λόγω απορρύθμισης ΚΑ, ενώ παράλληλα επισημάνθηκαν ιδιαίτερα και λεπτομερώς από τους θεράποντες ιατρούς οι υγειοδιαιτητικές οδηγίες πρόληψης ΚΑ(διατήρηση ισοζυγίου ύδατος, αποφυγή πρόληψης άλατος, καθημερινή μέτρηση βάρους και αντίστοιχη προσαρμογή της διουρητικής αγωγής) κατά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.

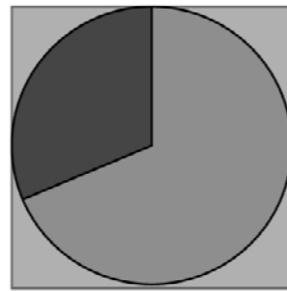
Η καρδιοαναπνευστική φυσικοθεραπεία περιελάμβανε

1. Κινητοποίηση του ασθενούς:
 - Ελεύθερες ενεργητικές κινήσεις κάμψης και έκτασης άνω και κάτω άκρων επί κλίνης.
 - Εξοικείωση με δραστηριότητες ατομικής φροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης.
 - Ασκήσεις ενεργοποίησης μυϊκής αντλίας.
2. Αναπνευστική φυσικοθεραπεία
 - διδασκαλία διαφραγματικής αναπνοής
 - πλήξεις και δονήσεις για παροχέτευση εκκρίσεων
 - εκμάθηση βήχα
 - συνδυασμένες κινήσεις άνω άκρων και αναπνοής

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στον αριθμό των ασθενών που επανανοσπείθηκαν λόγω απορρύθμισης ΚΑ ένα χρόνο μετά το εξιτήριο (6+-1,p<0.05) ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Η ομάδα των ασθενών με μοναδική παρέμβαση την συνήθη βέλτιστη αγωγή, παρουσίασε επανανοσπείρα λόγω απορρύθμισης ΚΑ σε μεγαλύτερο ποσοστό (50%) ασθενών, σε σχέση με την ομάδα συνδυασμένης παρέμβασης (επανανοσπείρα 23%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Ο συνδυασμός βέλτιστης θεραπευτικής αγωγής σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες, καρδιοαναπνευστικής φυσικοθεραπείας πριν την έξοδο των νοσηλευόμενων με απορρύθμιση ΚΑ ασθενών και η τήρηση των υγειοδιαιτητικών οδηγιών πρόληψης ΚΑ προκαλεί ευμενή επίδραση σε μηχανισμούς όπως η αποφυγή έκπτωσης της μυϊκής μάζας, η αύξηση της φλεβικής επιστροφής, η προαγωγή της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου, η μείωση του μεταφορτίου, η αύξηση του προφορτίου, η μεταβολή της λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος (πρόληψη εκδήλωσης αρρυθμιών), η αύξηση του κυψελιδικού αερισμού, η μείωση υποκειμενικού δύσπνοιας-κόπωσης, η βελτίωση αναπνευστικών όγκων και χωρητικότητας και η ενδυνάμωση εισπνευστικών μυών. Οι παραπάνω μηχανισμοί έχουν ως καταληκτικό σημείο την ευμενή αιμοδυναμική επί-



■ ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΑ
ΑΧΩΡΙΣ
ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

■ ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΑ
ΜΕΤΑ ΑΠΟ
ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

δραση στην καρδιακή λειτουργία και συνεπώς η συνδυασμένη παρέμβαση μειώνει τις επανανοσηλείες λόγω ΚΑ και προκαλεί μείωση της θνητότητας, αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και εξοικονόμηση οικονομικών πόρων στα συστήματα υγείας.

113. ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.

Πασβούρη Μαγδαληνή¹, Αρμουτέλη Ειρήνη³, Μουσταφά Καντέρ⁴, Σταυρέλης Χρήστος⁵, Αντιστάκης Χαράλαμπος².
1 Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής ΓΝΜ ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ, 2 Διευθυντής Παθολογίας ΓΝΜ ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ, 3 Διευθύντρια Παθολογίας ΓΝΜ ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ, 4 Διευθυντής Παθολογίας ΓΝΜ ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ, 5 Επιμελητής Α' Παθολογίας ΓΝΜ ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η έσω καρωτίδα μπορεί να υποστεί διαχωρισμό είτε μεταξύ έσω και μέσου, είτε μεταξύ μέσου και έξω χιτώνα του τοιχώματος της και συμβαίνει στην πλειονότητα των περιπτώσεων στην εξωκράνια μοίρα της. Ο διαχωρισμός του έσω-μέσου χιτώνα είναι ο πιο συχνός και μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλικό ισχαιμικό επεισόδιο ως αποτέλεσμα της μείωσης της διαμέτρου του αγγείου ή θρομβοεμβολικού επεισοδίου. Στον διαχωρισμό του μέσου-έξω χιτώνα, η ενδοαυλική ροή μπορεί να μη μειωθεί, και συνεπώς να μην ανιχνευθεί στην υπερηχοτομογραφική μελέτη των αγγείων του τραχήλου. Περιγράφουμε δύο περιστατικά, τα οποία νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο Μυτιλήνης με διάγνωση διαχωρισμού έσω καρωτίδας και με διαφορετική κλινική εκδήλωση στο καθένα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Περιστατικό 1. Γυναίκα ηλικίας 48 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, παραπέμφθηκε από Νευρολόγο στο ΓΝΜ "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ" λόγω συνδρόμου Horner (βλεφαρόπτωση και μύση δεξιού οφθαλμού) και κεφαλαλγίας από δεκαήμερου, προοδευτικά επιδεινούμενων. Διενεργήθηκε υπερηχογραφικός έλεγχος αγγείων τραχήλου και μαγνητική αγγειογραφία τραχήλου που έθεσαν τη διάγνωση του διαχωρισμού της έσω καρωτίδας και έγινε άμεση έναρξη αντιπηκτικής αγωγής. Ως πιθανός παράγοντας πρόκλησης του διαχωρισμού θεωρήθηκε το τραύμα, το οποίο

ανέφερε η ασθενής με τη συμμετοχή της σε συγκρουόμενα αμαξίδια και τραμπολίνο λίγες μέρες πριν την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Περιστατικό 2. Γυναίκα ηλικίας 47 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, διακομίζεται στο ΓΝΜ ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ λόγω δυσαρθρίας, πτώσης γωνίας στόματος αριστερά και αριστερής ημιπάρεσης. Διενεργείται επείγουσα CT εγκεφάλου, εκτιμάται από νευρολόγο και εισάγεται στην Παθολογική κλινική για ισχαιμικό ΑΕΕ. Οι συνήθειες αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Έγινε διαθωρακικό ECHO καρδιάς και στη συνέχεια τέθηκε Holter ρυθμού.

Η μαγνητική αγγειογραφία του τραχήλου διέγνωσε οξύ διαχωρισμό της εξωκράνιας μοίρας της δεξιάς έσω καρωτίδας. Χορηγήθηκε αντιπηκτική αγωγή και αφού βελτιώθηκε παραπέμφθηκε σε Κέντρο Αποκατάστασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο διαχωρισμός της έσω καρωτίδας δύναται να παρουσιαστεί με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις. Ευθύνεται σε σημαντικό ποσοστό για τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια σε άτομα νεαρής και μέσης ηλικίας. Ο κλινικός ιατρός και ο ακτινολόγος πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι στη διάγνωση της οντότητας αυτής, καθώς η άμεση έναρξη θεραπείας σχετίζεται με ύφεση συμπτωμάτων και μείωση του ποσοστού των υποτροπών.

114. Η Αλλαντίαση είναι ένα σπάνιο αλλά δυνητικά απειλητικό για την ζωή νευροπαραλυτικό σύνδρομο που προκαλείται από την δράση μιας νευροτοξίνης που παράγεται από το μικρόβιο Clostridium Botulinum.

Παπαδόπουλος Α.¹, Δελγιάννη Δ.¹, Κοντοτάσιος Κ.¹, Πατουλιάς Δ.¹, Τζάκρη Μ.¹, Σεβαστούδη Α.¹, Αμπεριάδου Π.^{1,2}, Κούτρας Χ.¹
1: Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ημαθίας (Μον. Βέροιας), 2: Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας

Σκοπός : Παρουσιάζεται η περίπτωση άνδρα ηλικίας 47 ετών με τροφογενή αλλαντίαση.

Υλικό - Μέθοδοι : Άνδρας ηλικίας 47 ετών προσεκομίσθη μετά την βρώση μολυσμένου αλατισμένου ψαριού λίμνης

που υπέστη επεξεργασία καπνίσματος. Ο ασθενής παρουσίασε άτυπα κοιλιακά άλγη, ναυτία, καταβολή αδυναμία και θάμβος οράσεως (διατεταμένες κόρες μη αντιδρώσες στο φως) χωρίς πυρετό με καλή διανοητική κατάσταση. Ο ασθενής με την αρχική σκέψη της αλλαντίασης διακομίστηκε στην Παθολογική κλινική του νοσοκομείου Λοιμωδών Θεσσαλονίκης όπου νοσηλεύθηκε επί διήμερο. Κατόπιν, λόγω επιδείνωσης της κατάστασης του (δύσπνοια, γαστροπληγικοί έμετοι και κατιούσα μυϊκή αδυναμία) διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε σε ΜΕΘ νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. 24 ώρες μετά την εισαγωγή στην ΜΕΘ, δόθηκε τριδύναμη ίππεια αντιτοξίνη (ΑΒΕ). Παρουσίασε σημεία αρχόμενης βελτίωσης της κατάστασης μετά τη δωδέκατη ημέρα στην ΜΕΘ. Αποσωληνώθηκε μετά από τρεις εβδομάδες.

Αποτελέσματα : 10 ημέρες μετά την αποσωλήνωση, εξήλθε της ΜΕΘ. Παρουσίασε κατάλοιπα αδυναμίας και δυσλειτουργίας του νευρικού συστήματος με μεγαλύτερη αδυναμία στα κάτω άκρα και λιγότερη στα άνω άκρα, που αποκαταστάθηκε σε σημαντικό βαθμό μετά από τρίμηνο.

Συμπεράσματα : Το πλέον σημαντικό ζήτημα στη διάγνωση είναι η αρχική σκέψη της νόσου. Προσεκτικό ιστορικό και φυσική εξέταση είναι ουσιώδη. Η διασωλήνωση και η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής είναι άμεσο μέτρο όταν η παράλυση επεκτείνεται και διαπιστώνεται υποξαιμία και υπερκαπνία.

Η θεραπεία με τριδύναμη ίππεια αντιτοξίνη πρέπει να δίδεται πρώιμα στην πορεία της νόσου. Αποτελεί τη μόνη ειδική θεραπεία.

115. ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ

Δεμπέλα Ελένη¹, Κουρσιουμπάς Γεώργιος¹, Πασκαλής Γεώργιος - Χάρης¹, Θεοχαρίδου Χριστίνα - Χρυσάνθη¹, Κοτσιαρή Χριστίνα¹, Σωτηράκη Σμαράγδα², Νικοπούλου Άννα¹, Σαχλά Ζαχάρα¹, Γκόγκος Κωνσταντίνος¹

1 Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

2 Ινστιτούτο Κτηνιατρικών Ερευνών Ελληνικός Γεωργικός Οργανισμός, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η σπλαχνική λείσμανιαση αποτελεί νόσο που προκαλείται από τα στελέχη του πρωτόζωου Leishmania. Είναι μία δυνητικά θανατηφόρος νόσος, εάν δεν θεραπευτεί και μπορεί να υποτροπιάζει, ειδικά σε ανοσοκατασταμένους ασθενείς.

Σκοπός: Παρουσιάζονται και συγκρίνονται δύο περιπτώσεις σπλαχνικής λείσμανιασης, με κοινό σημείο τον τόπο κατοικίας (Ωραιόκαστρο Θεσσαλονίκης) και με έμφαση στη δυσχέρεια της διάγνωσης όταν συνυπάρχει ανοσοκαταστολή.

Υλικό - Μέθοδος: Μία 48χρονη γυναίκα (ασθενής Α), χωρίς προηγούμενο ιστορικό, προσήλθε με εμπύρετο έως 40 οC, νυκτερινούς ιδρώτες και ρίγος από δεκαπενθήμερου. Διπιστώθηκαν σπληνομεγαλία (18.5cm) και ηπατομεγαλία (19.1cm), πανκυτταροπενία και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Διενεργήθηκε μυελόγραμμα από το οποίο τέθηκε η υπόνοια λείσμανιασης, που επιβεβαιώθηκε με παρασιτολογική εξέταση δείγματος αίματος με real time qPCR.

Το δεύτερο περιστατικό (ασθενής Β) πρόκειται για άνδρα 67 ετών με ιστορικό ρευματοειδούς αρθρίτιδας υπό μεθοτρεξάτη. Επτά μήνες πριν την εισαγωγή του παρουσίασε εμπύρετο, σπληνομεγαλία, πανκυτταροπενία, υπεργαμμασφαιρι-

ναιμία, τα οποία διερευνήθηκαν διεξοδικά στον ιδιωτικό τομέα, χωρίς τεκμηρίωση διάγνωσης. Προτάθηκε και διενεργήθη σπληνεκτομή με την υποψία λεμφώματος. Από την ιστολογική εξέταση διαπιστώθηκαν αλλοιώσεις έντονης λεμφοειδούς υπερπλασίας, οπότε και παραπέμφθηκε στην αιματολογική κλινική του νοσοκομείου μας για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Διενεργήθηκε εκ νέου μυελόγραμμα από όπου τέθηκε η υπόνοια λείσμανιασης και διεκομίσθηκε στην κλινική μας. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με παρασιτολογική εξέταση δείγματος αίματος με ELISA και real time qPCR.

Αποτελέσματα: Η ασθενής Α τέθηκε σε αγωγή με λιποσωμική αμφοτερικίνη Β τρεις ημέρες μετά την εισαγωγή της με ταχεία και αποτελεσματική ανάρρωση. Στον ασθενή Β τέθηκε η ίδια θεραπεία, σε εντατικοποιημένο σχήμα λόγω ανοσοκαταστολής, με αποτέλεσμα πλήρη ίαση.

Συμπεράσματα: Η σπλαχνική λείσμανιαση σε έναν ανοσοεπαρκή ασθενή διαγιγνώσκεται και θεραπεύεται ταχέως. Αντίθετα σε έναν ανοσοκατασταμένο ασθενή η διάγνωση ενδέχεται να καθυστερήσει, ακόμα και να επιπλακεί, με υψηλό κόστος για την υγεία και το μέλλον του.

116. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ BLASTOCYSTIS HOMINIS ΣΕ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΥΓΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Κοτσιαρή Χριστίνα, Πασκαλής Γεώργιος - Χάρης, Θεοχαρίδου Χριστίνα - Χρυσάνθη, Σιδεράς Λάζαρος, Δεμπέλα Ελένη, Τζήμας Δημήτριος, Γκλάρα Παναγιώτα, Σαχλά Ζαχάρα, Γκόγκος Κωνσταντίνος
Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η Blastocystis hominis (B. hominis) αποτελεί το συχνότερα απομονούμενο παράσιτο του εντέρου, ωστόσο ο ρόλος της στην πρόκληση νόσου, καθώς και η βέλτιστη αντιμετώπιση δεν έχουν διαλευκανθεί πλήρως. Στην βιβλιογραφία περιγράφονται ποικίλες συσχετίσεις της, κυρίως με το

Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (IBS).

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας όσον αφορά τις κλινικές συσχετίσεις και την αντιμετώπιση της παρουσίας του παρασίτου σε καλλιέργειες κοπράνων.

Υλικό - Μέθοδος: Σύμφωνα με την Υ1γ/Γ.Π./οικ 35797

απόφαση του Υπουργείου Υγείας απαραίτητη προϋπόθεση για την έκδοση πιστοποιητικού υγείας για χειριστές τροφίμων είναι η καλλιέργεια και παρασιτολογική κοπράνων. Από το αρχείο των εξωτερικών ιατρείων της κλινικής κατά τα τελευταία δύο έτη βρέθηκαν 28 περιπτώσεις με απομόνωση B. Hominis. Επρόκειτο για 15 θήλεις και 13 άρρενες. Οι ηλικίες των ασθενών κυμαίνονταν από τα 18 ως και 51 έτη, με μέσο όρο ηλικίας τα 25,3.

Αποτελέσματα: Από τους 28 ασθενείς, μόνο δύο γυναίκες, ηλικίας 44 και 51 ετών, παρουσίαζαν συμπτωματολογία συμβατή με την διάγνωση του IBS (κριτήρια της Ρώμης III). Μετά από θεραπεία με μετρονιδαζόλη η επαναληπτική καλλι-

έργεια κοπράνων απέβη αρνητική στο σύνολο των ασθενών. Από τις δυο ασθενείς με IBS για έλεγχο επανήλθε η μια αναφέροντας σαφή βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η παρουσία της B. hominis στο έντερο φαίνεται να είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο ακόμη και στον υγιή πληθυσμό και μάλιστα σε ένα σημαντικό ποσοστό παραμένει ασυμπτωματική. Η σχέση της με την πρόκληση IBS δεν φαίνεται να είναι απόλυτη και ίσως η μακροχρόνια λήψη αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου. Τέλος, η μετρονιδαζόλη φαίνεται να είναι μια ιδιαίτερα αξιόπιστη θεραπευτική επιλογή. Σαφώς, απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

117. Η ΑΝΤΟΧΗ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΣΕ ΜΕΘ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.

Γιαννάκη Χ.¹, Γαβριήλγλου Γ.¹, Μουρβετίδης Π.¹, Γκίλτον Μ.², Παπαϊωάννου Α.², Αρσενά Α.², Παλαμούτη Μ.², Ματεί Χ.³, Κούτρας Χ.³
1: Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ημαθίας (Μον. Βέροιας), 2: Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Ημαθίας (Μον. Βέροιας), 3: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Ημαθίας (Μον. Βέροιας)

Εισαγωγή- Σκοπός: Αναλύσαμε τα αποτελέσματα όλων των αιμοκαλλιέργειών από νοσηλευθέντες ασθενείς στην ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας) κατά το έτος 2017.

Υλικά και Μέθοδοι: 124 καλλιέργειες αίματος αποκτήθηκαν από νοσηλευθέντες ασθενείς από Ιανουάριο έως Δεκέμβριο 2017. Θετικές καλλιέργειες βρέθηκαν σε 42 περιπτώσεις (33,9%). Η απομόνωση των μικροοργανισμών και η ευαισθησία στους αντιμικροβιακούς παράγοντες εκτελέστηκαν με BacT/Alert 3D60 και VITEK-2 Compact (bioMérieux).

Αποτελέσματα: Από τα gram θετικά μικρόβια απομονώθηκαν 7 στελέχη CoNS και 2 στελέχη Enterococcus faecium ενώ δεν απομονώθηκε St. aureus. Αντοχή στην οξασιλλίνη παρατηρήθηκε στο 100% των CoNS MRS.

Όλα τα gram θετικά μικρόβια που απομονώθηκαν ήταν ευαίσθητα στη βανκομυκίνη. Από τα gram αρνητικά μικρόβια απομονώθηκαν 11 στελέχη Acinetobacter baumannii, 3 στελέχη Ps. aeruginosa και 2 στελέχη Kl. pneumoniae. Από τα στελέχη Acinetobacter baumannii που απομονώθηκαν 100% ήταν ανθεκτικά στα παρακάτω αντιβιοτικά: αμικασίνη, αζιτρεονάμη, κεφαλοσπορίνες γ' και δ' γενιάς, αντιψευδομοναδικές πενικιλίνες, αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη ενώ παρουσίαζαν

100% ευαισθησία στην κολιμυκίνη, 33% ευαισθησία στην τιγκεκυκλίνη, στη μινोकυκλίνη και στη τριμεθοπρίμη/ σουλφαμεθοξαζόλη.

Τα στελέχη Ps. aeruginosa έχουν ευαισθησία 100% στις αμινογλυκοσίδες, στις αντιψευδομοναδικές πενικιλίνες, στη κεφεπίμη, στη σιπροφλοξασίνη, στη λεβοφλοξασίνη, στις καρβαπενέμες, στην κολιστίνη και 50% ευαισθησία στη κεφταζιδίμη.

Τα στελέχη Kl. pneumoniae έχουν αντοχή 100% στις κεφαλοσπορίνες γ' γενιάς, στην πιπερακιλίνη/ ταζομπακτάμη, στη σιπροφλοξασίνη και στη μεροπενέμη ενώ έχουν ευαισθησία 100% στην κεφεπίμη, στην ιμιπενέμη, στην ερταπενέμη και στην κολιστίνη.

Συμπεράσματα:

1. Δεν απομονώθηκε χρυσίζων σταφυλόκοκκος ενώ όλοι οι CoNS ήταν MRS.
2. Όλα τα gram θετικά στελέχη ήταν ευαίσθητα στη βανκομυκίνη.
3. Υψηλό επίπεδο αντοχής διαπιστώθηκε στα στελέχη Acinetobacter baumannii καθώς και στα στελέχη Kl. pneumoniae.

118. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ Α΄ ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Α.Π.Θ. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΥΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Σαββόπουλος Χρήστος, Καρλάφτη Ελένη, Παπακαραλάμπος Γεώργιος, Διδάγγελος Τριαντάφυλλος, Τέγος Θωμάς, Περιφάνης Βασίλειος, Αποστολοπούλου Μάρθα, Παπαλιάγκας Βασίλειος, Σύρρης Γεώργιος, Τεσφάγιε Άντο, Ιτσιόπουλος Ηρακλής, Δήμου Πέτρος, Πρατίλας Γεώργιος, Δήμας Γρηγόριος, Μούσλεχ Ζαδάλλα, Σώμαλη Μαρία, Φωτιάδου Ελένη, Βλάχου Αναστασία, Στυλιανίδης Στυλιανός, Αγκομαχαελής Ιωάννης, Ρούσκας Πάυλος, Ματοπούλου Ελένη, Κανέλος Ηλίας, Γαβριηλίδης Σταύρος, Ταγαράκης Χρήστος, Μπουτούδης Θωμάς, Χατζόπουλος Γεώργιος, Παναγιώτου Γρηγόριος, Πολυχρονόπουλος Γεώργιος, Μουρουγλάκης Αλέξανδρος, Τσούτσας Γεώργιος, Στογιάννου Δημήτριος, Πασχαλά Αναστασία, Πιλάλας Δημήτριος, Σοφογιάννη Αρετή, Θεοφανίδης Δημήτριος, Φουντούκη Αντιγόνη, Χατζητόλιος Απόστολος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Στα πλαίσια σειράς προγραμματισμένων εκδηλώσεων (Ιερά Μονή Αγίων Αναργύρων του Νομού Καστοριάς και Νομού Κοζάνης), σημειολογικά κατά την εορτή των Αγίων Αναργύρων της Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής (Α.Π.Π.) Κλινικής Α.Π.Θ. συμβουλευτικής και παροχής ιατρικών υπηρεσιών από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, καθώς και από άλλους επαγγελματίες υγείας πραγματοποιήθηκε στις 1/11/2017 εκδήλωση σε αίθουσα ΚΑΠΗ της 3ης Δημοτικής Κοινότητας Θεσσαλονίκης, με την έγκριση του Δημοτικού συμβουλίου Θεσσαλονίκης, και σε αίθουσα του Ιερού Ναού Αγίων Αναργύρων Ακροπόλεως Θεσσαλονίκης, με την έγκριση της Ιεράς Μητρόπολης Θεσσαλονίκης.

Υλικό-Μέθοδος: Το κοινό ενημερώθηκε για την πραγματοποίηση της εκδήλωσης από την Εκκλησία, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την τηλεόραση, το ραδιόφωνο και το διαδικτυο, αλλά και από ενημερωτικές αφίσες στην περιοχή. Οι πολίτες που προσήλθαν ζήτησαν να εξεταστούν από έναν ή περισσότερους ιατρούς και επαγγελματίες υγείας, που συμμετείχαν στην εκδήλωση.

Αποτελέσματα: Η ιατρική ομάδα, αποτελούμενη από ειδικούς και ειδικευόμενους ιατρούς, αλλά και από άλλους

επαγγελματίες υγείας, εξέτασε 49 άτομα (80% γυναίκες, 20% άνδρες).

Το 18% εξ αυτών παρακολουθούνταν σε τακτική βάση από παθολόγο. Το 73% ζήτησε να εξετασθεί από ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας, το 22% από 2 ειδικότητες και το 4% από 3. Το 31% ζήτησε να εξετασθεί από Ορθοπεδικό, το 18% από Παθολόγο και το 17% από Διατροφολόγο.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι παρά την προσπάθεια ενημέρωσης του κοινού-πιστών για την εθελοντική προσφορά ιατρικών υπηρεσιών στην κατεύθυνση της πρόληψης και ενημέρωσης για σημαντικά θέματα υγείας, μη ικανοποιητικό ποσοστό ασθενών ανταποκρίθηκε.

Από την άλλη, ικανοποιητικός αριθμός ιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας ανταποκρίθηκε στην πρόσκληση αυτή, αναδεικνύοντας τον ρόλο του ιατρού ως ανάργυρου λειτουργού, όπως διετέλεσαν οι Άγιοι Ανάργυροι.

Ο Παθολόγος αποδεικνύεται ότι αποτελεί τον οικογενειακό ιατρό, ωστόσο, επιτακτική είναι η ανάγκη για συνεργασία των διαφόρων υποειδικοτήτων και ειδικοτήτων, δεδομένου ότι 1 στους 4 χρειάστηκε και συμβουλευτική από 2 ή 3 ειδικότητες.

119. ΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΒΑΣΕΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΟΥ EMERGENCY CASE MANAGEMENT UNIT (ECMU) PROJECT

ΣΟΛΩΜΟΣ ΖΗΣΙΑΜΓΕΛΟΣ¹, RUCHNER KARL², ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΜΑΡΙΟΣ³,
1 ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ MD MSc, 2 MEDICAL COORDINATOR, 3 ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ MD MRCP ERS
EMERGENCY CASE MANAGEMENT UNIT, ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ, ΑΘΗΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Το πρόγραμμα ECMU, το οποίο χρηματοδοτείται από τις Ευρωπαϊκές Δράσεις Πολιτικής Προστασίας και Ανθρωπιστικής Βοήθειας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (ECHO) και το οποίο εφαρμόζεται από τους Γιατρούς του Κόσμου Ελλάδας, προσφέρει ολοκληρωμένη ιατρική και ψυχιατρική φροντίδα και διασύνδεση του προσφυγικού πληθυσμού με δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές Υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ Η περιγραφή των υγειονομικών αναγκών του προσφυγικού πληθυσμού μέσω της παρουσίασης επιδημιολογικών δεδομένων προς τυχόν αξιοποίηση από τους φορείς σχεδιασμού της Δημόσιας Υγείας.

ΥΛΙΚΟ Επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν το σύνολο των ωφελούμενων του προγράμματος έως και την 30η Νοεμβρίου 2017.

ΜΕΘΟΔΟΣ Ελέγχθηκαν οι ηλεκτρονικοί φάκελοι 826 ασθενών και καταγράφηκαν η ηλικία, οι διαγνώσεις βάσει ICD.10, η χρονιότητα ή μη της νόσου, ο αριθμός των φαρ-

μακευτικών σκευασμάτων ανά ασθενή, η παραπομπή ή μη σε δευτεροβάθμιες ή τριτοβάθμιες δομές υγείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (Περιλαμβάνονται αναλυτικοί πίνακες και γραφήματα)

Από τους 826 ασθενείς, το 52,9% (437) αφορούσαν παθολογικά περιστατικά και το 31,7% (262) ψυχιατρικά. Το 44,8% (196) των παθολογικών περιστατικών αφορούσε χρόνια νοσήματα, ενώ έγιναν συνολικά 704 παραπομπές σε 2βάθμια και 3βάθμια κέντρα (1,61 παραπομπές/παθολογικό ασθενή). Το 11,8% του συνόλου των ασθενών (98) αφορούσε ασθενείς με πολυνοσηρότητα (>3 νοσήματα) ενώ το 14,29% (118) λάμβαναν αγωγή με περισσότερα από 4 φαρμακευτικά σκευάσματα. (Ακολουθεί πίνακας με επιμέρους διαγνώσεις)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι οι ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης του προσφυγικού πληθυσμού δεν είναι αμελητέες, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό αυτών χρήζει δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

120. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ, ΑΡΘΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ: ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΕΝΑ ΚΟΙΝΟ ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Γρηγόριος Δήμας¹, Γρηγόριος Παναγιώτου¹, Θωμάς Τέγος², Ιωάννης Καραμούζης³, Αντιγόνη Τρανίδου¹, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Σοφία Δημοπούλου¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹

1 Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ», ΑΠΘ Θεσσαλονίκη, 2 Α΄ Νευρολογική Κλινική ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ», ΑΠΘ Θεσσαλονίκη, 3 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ», ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) τύπου 2 συνοδεύεται από αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) σε ένα ποσοστό που κυμαίνεται παγκοσμίως μεταξύ 60-80%, ενώ αποτελεί το κύριο μεταβολικό νόσημα σε ολόκληρο το δυτικό κόσμο. Η νόσος του Πάρκινσον (ΝΠ) αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα νευροεκφυλιστική νόσο, πλήττοντας το 2-5%, της τρίτης ηλικίας του γενικού πληθυσμού. Η ινσουλίνη και η ντοπαμίνη φαίνεται ότι ασκούν μία αλληλένδετη δράση σε υπερήλικες. Σε μοντέλα πειραματόζωων η υποϊνσουλιναιμία που προκαλείται από την στρεπτοζοσίνη μειώνει τα επίπεδα του μεταφορέα της ντοπαμίνης και της υδροξυλάσης της τυροσίνης στη συμπαγή μοίρα της μέλαινας ουσίας. Έχει προταθεί μία σειρά βλαπτικών παραγόντων με αντικρουόμενες απόψεις, σχετικά με τη συνύπαρξη των νοσημάτων αυτών, όπως το οξειδωτικό στρες και η χρόνια συστηματική φλεγμονή.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση των νοσημάτων αυτών και η μεταξύ τους συνύπαρξη σε ασθενείς που επισκέφθηκαν τα ιατρεία μας την τελευταία διετία, καθώς και οι βιοδείκτες που συσχετίζονται και προσδιορίζουν το μοντέλο.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ΜΕΘΟΔΟΙ: Επιλέχσαν 500 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, από τους οποίους οι 300 ήταν ηλικίας > 65 ετών και οι 200 < 65 ετών. Μελετήθηκε το ποσοστό της ΑΥ και της ΝΠ σε ασθενείς με ΣΔ 2. Τα επίπεδα ορού του αυξητικού παράγοντα των ινοβλαστών-23 (Fibroblast Growth Factor, FGF-23), του αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα-A (Vascular Endothelial Growth Factor-A, VEGF-A), της ιντερλευκίνης-6 (IL-6) και της 1.25(OH)2D3 προσδιορίστηκαν με τη μέθοδο ELISA. Η αθηροσκληρωτική των καρωτίδων

μέσω της πάχυνσης του έσω-μέσου χιτώνα (Intima-Media Thickness, IMT) προσδιορίστηκε με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερηχοτομογράφο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι στο σύνολο των 500 ασθενών με ΣΔ 2, το 65% (325 ασθενείς) έπασχε από ΑΥ και το 23% (115 ασθενείς) από ΝΠ. Τα ποσοστά είναι καταλυτικά για την κατηγορία των ασθενών >65 ετών, ενώ στους διαβητικούς >75 ετών, 4/5 πάσχουν από ΑΥ και 1/4 από ΝΠ.

Τα επίπεδα ορού του FGF-23 ήταν $2.25 \pm 0.5 \text{ ng/ml}$ στους ασθενείς με ΣΔ 2, ΑΥ και ΝΠ $1.15 \pm 0.3 \text{ ng/ml}$ στους ασθενείς με ΣΔ 2 και $0.55 \pm 0.15 \text{ ng/ml}$ στους ασθενείς με ΑΥ ($p < 0.0001$). Τα επίπεδα ορού του VEGF-A ήταν $655 \pm 225 \text{ pg/ml}$ στους ασθενείς με ΣΔ 2, ΑΥ και ΝΠ, $245 \pm 110 \text{ pg/ml}$ στους ασθενείς με ΣΔ 2 και $145 \pm 60 \text{ pg/ml}$ στους ασθενείς με ΑΥ ($p < 0.0005$). Τα επίπεδα ορού της IL-6 ήταν $6.5 \pm 3 \text{ pg/ml}$ στους ασθενείς με ΣΔ 2, ΑΥ και ΝΠ, $2.8 \pm 1.5 \text{ pg/ml}$ στους ασθενείς με ΣΔ 2 και $1.75 \pm 0.5 \text{ pg/ml}$ στους ασθενείς με ΑΥ ($p < 0.0005$). Τα επίπεδα ορού της $1.25(\text{OH})_2\text{D}_3$ ήταν $18 \pm 5 \text{ pg/ml}$ στους ασθενείς με ΣΔ 2, ΑΥ και ΝΠ, $45 \pm 22 \text{ pg/ml}$ στους ασθενείς με ΣΔ 2 και $68 \pm 30 \text{ pg/ml}$ στους ασθενείς με ΑΥ ($p < 0.004$). Το IMT της καρωτίδας ήταν $0.9 \pm 0.25 \text{ mm}$ στην ομάδα με ΣΔ 2, ΑΥ και ΝΠ, ενώ στην ομάδα ΣΔ 2 ήταν $0.65 \pm 0.15 \text{ mm}$ και στην ομάδα ΑΥ ήταν $0.5 \pm 0.1 \text{ mm}$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η μελέτη μας υποδεικνύει σαφή επίπτωση στον γηράσκοντα διαβητικό πληθυσμό της ΑΥ και της ΝΠ σε ασθενείς με ΣΔ 2, ενώ οι βιοδείκτες FGF-23, VEGF-A, IL-6 και της $1.25(\text{OH})_2\text{D}_3$ φαίνονται να σχετίζονται με το μοντέλο.

121. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΝΟΣ ΧΟΡΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ ΣΤΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ, ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Τζάμπερ Μαριάμ¹, Τσολλάκη Μαγδαληνή², Χριστούλας Κοσμάς¹, Σιάτρας Θεοφάνης¹
¹Σχολή Επιστημών Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
²Α' Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής στις αναπτυγμένες κοινωνίες έχει ως αποτέλεσμα και την αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων. Με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται σωματική και γνωστική έκπτωση, με επιπτώσεις στις καθημερινές δραστηριότητες, την αυτόνομη διαβίωση και τη μνήμη των ηλικιωμένων ατόμων. Για την αντιμετώπιση αυτών των συνεπειών, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας και εφαρμογής ειδικών προγραμμάτων άσκησης, ώστε τα προβλήματα της υγείας των ηλικιωμένων να είναι πιο ελεγχόμενα και η ποιότητα της ζωής τους βελτιωμένη.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας ενός χορογραφικού προγράμματος με στοιχεία γυμναστικής, διάρκειας οκτώ εβδομάδων, στις λειτουργικές, νοητικές και συναισθηματικές ικανότητες των ηλικιωμένων ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή.

Υλικό: Στην έρευνα συμμετείχαν εθελοντικά έντεκα ασθε-

νείς (5 άνδρες και 6 γυναίκες) με διαγνωσμένη ήπια νοητική διαταραχή, οι οποίοι εμφάνιζαν είκοσι έξι βαθμούς στη σύντομη εξέταση νοητικής κατάστασης (MMSE). Έξι άτομα αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα που συμμετείχε στο χορογραφικό πρόγραμμα (ηλικία $71,7 \pm 7,9$ έτη) και πέντε άτομα την ομάδα ελέγχου (ηλικία $70,4 \pm 5,4$ έτη).

Μέθοδος: Για την αξιολόγηση των λειτουργικών ικανοτήτων των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκαν εργαστηριακές μετρήσεις δύναμης, ισορροπίας, ευλυγισίας και ευκινισίας, καθώς και δύο δοκιμασίες λειτουργικότητας (FUCAS και FRSSD). Επίσης, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MMSE για την εκτίμηση της νοητικής κατάστασης των ασθενών, ενώ οι συναισθηματικές ικανότητες εκτιμήθηκαν με τη βαθμολογική κλίμακα του Hamilton και με τη γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης (GDS). Για τον έλεγχο της σημαντικότητας των διαφορών των εξαρτημένων μεταβλητών, πριν και μετά την εφαρμογή του χορογραφικού προγράμματος με στοιχεία γυμνα-

στικής, εφαρμόστηκε το paired Student t-test. Επίσης, έγινε σύγκριση των διαφορών στις επιδόσεις (change scores) των ασθενών της πειραματικής ομάδας και των ασθενών της ομάδας ελέγχου, με unpaired Student t-test, $p \leq 0,05$.

Αποτελέσματα: Σημαντικές βελτιώσεις προέκυψαν για αρκετές λειτουργικές, νοητικές και συναισθηματικές ικανότητες των συμμετεχόντων μετά την εφαρμογή του χορογραφικού προγράμματος, γεγονός που μπορεί να ενθαρρύνει τη συμμετοχή των ασθενών σε τέτοιου είδους φυσικές δραστηριότητες.

122. ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΤΩΝ GLP-1 ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Μπάρκας Φώτιος, Λιάμης Γεώργιος, Παππά Ελένη, Φίλιππος-Ντεκούαν Σερμπάσιαν, Ελισάφ Μωυσής, Μπλιώνης Χαράλαμπος
 Τμήμα Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Δεδομένα από πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι αγωνιστές των GLP-1 υποδοχέων έχουν νευροπροστατευτικές δράσεις, κυρίως όταν η θεραπεία με αυτά τα φάρμακα έχει ξεκινήσει πριν την εμφάνιση των ΑΕΕ.

Σκοπός: Η μετα-ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης ΑΕΕ σε άτομα που λαμβάνουν αγωνιστές των GLP-1 υποδοχέων.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε μια μετα-ανάλυση πολυκεντρικών τυχαίοποιημένων, διπλά τυφλών ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο μελετών (RCTs) με πρωταρχικό καταληκτικό σημείο την επίδραση των αγωνιστών των GLP-1 υποδοχέων στα καρδιαγγειακά συμβάματα.

Αποτελέσματα: Η ανάλυσή μας συμπεριέλαβε 4 RCTs (ELIXA, LEADER, SUSTAIN, EXCEL) με $n=32,895$ άτομα και έδειξε μία στατιστικά μη σημαντική μείωση του κινδύνου εμφάνισης ΑΕΕ για τους ασθενείς που ελάμβαναν αγωνιστές

της με ψυχαγωγικό χαρακτήρα.

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι το ειδικό χορογραφικό πρόγραμμα μπορεί να αποτελέσει μία εναλλακτική μορφή άσκησης για ηλικιωμένα άτομα με ήπια νοητική διαταραχή και να έχει θετικές επιδράσεις στη λειτουργικότητα και τη μνήμη τους.

Ωστόσο, κρίνεται απαραίτητη μια μελλοντική μελέτη με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων και μεγαλύτερη διάρκεια παρέμβασης.

των GLP-1 υποδοχέων σε σύγκριση με εκείνους που έπαιρναν εικονικό φάρμακο (OR 0.88, 95% CI:0.76-1.03, $p=0.109$; Q-value=3.57, $p=0.31$; I²=15.95%). Ωστόσο, αφού αποκλείστηκε η μελέτη ELIXA λόγω των υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου ασθενών της με πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου, το όφελος της χορήγησης των GLP-1 υποδοχέων ήταν στατιστικά σημαντικό (OR 0.85, 95% CI:0.74-0.99, $p=0.04$; Q-value=2.145, $p=0.342$; I² = 6.76%).

Συμπεράσματα: Τα διαθέσιμα δεδομένα από τις RCT καρδιαγγειακής ασφάλειας υποστηρίζουν εν μέρει τα πολλά υποσχόμενα ευρήματα από προηγούμενες πειραματικές μελέτες που έχουν δείξει ότι η θεραπεία με αγωνιστές των GLP-1 υποδοχέων προστατεύουν έναντι των ΑΕΕ. Παρόλα αυτά, η νευροπροστασία αυτών των φαρμάκων πρέπει να διερευνηθεί με μελλοντικές κλινικές μελέτες που να έχουν τα ΑΕΕ ως πρωτεύον καταληκτικό σημείο.

123. ΣΥΝΔΡΟΜΟ SEZARY ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ ΕΡΥΘΡΟΔΕΡΜΑ

Κορακιανίτη Ελένη, Κωστοπούλου Βασιλική, Τσίτου Χριστίνα, Άνθης Νικόλαος, Φανίδη Ηλιάνη, Δολιανίτη Βαρβάρα, Rudenko Elena, Γιαννόπουλος Αθανάσιος, Κουρή Μαρία*, Τζιλιάνας Μιχαήλ**, Μπούκας Χρυσόστομος.
 Α' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κερκύρας
 * Αλλεργιολόγος, **Τμήμα Αιμοδοσίας Γενικού Νοσοκομείου Κερκύρας

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Sezary είναι μία επιθετική μορφή και συχνά η φυσική κατάληξη της σπογγοειδούς μυκητιάσης, ενός T-δερματικού non-Hodgkin λεμφώματος, το οποίο χαρακτηρίζεται από διήθηση του δέρματος από κακοήγη T-λεμφοκύτταρα. Η μετάπτωση σε σύνδρομο Sezary ορίζεται ως αριθμός κυκλοφορούντων στο αίμα κυττάρων Sezary (άτυπα λεμφοκύτταρα με εγκεφαλοειδή πυρήνα) μεγαλύτερος των 1000/mm³. Η επίπτωση του σ. Sezary είναι 0,3 περιπτώσεις/εκατομμύριο πληθυσμού/έτος, δηλαδή 20 φορές μικρότερη από την επίπτωση της σπογγοειδούς μυκητιάσης (4% όλων των non-Hodgkin λεμφωμάτων).

Σκοπός: Η παρουσίαση μιας περιπτώσεως συνδρόμου Sezary σε ηλικιωμένη ασθενή με νόσο προχωρημένου σταδίου, χωρίς σπλαγχνική συμμετοχή και χωρίς λεμφαδενοπά-

θεια, η περιγραφή της διαγνωστικής προσέγγισης και της θεραπείας.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής 90 ετών προσήλθε τον Οκτώβριο 2017 στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω γενικευμένου κνησμού και διάχυτης ερυθροδερμίας από διμήνου, υπό αγωγή με κορτιζόνη χωρίς ανταπόκριση. Ατομικό αναμνηστικό: ελεύθερο. Κλινική εξέταση: καρδιακοί τόνοι κ.φ., αναπνευστικό ψιθύρισμα κ.φ. , κοιλία: μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη, χωρίς ηπατοσπληνομεγαλία ή λεμφαδενοπάθεια. Δέρμα με διάχυτη ερυθρότητα, έντονα στοιχεία απολέπισης και διάσπαρτα οζώδη δερματικά επάρματα με ερυθροίδη απόχρωση. Εργαστηριακός έλεγχος: απόλυτη λεμφοκυττάρωση (wbc=21.000K/μl, 51% LYMP), ΤΚΕ=6mm, CT θώρακος/ κοιλίας (-). Η ασθενής υποβλήθηκε σε στερι-

κή παρακέντηση με ευρήματα συμβατά με σ. Sezary. Η κυτταρομετρία ροής σε περιφερικό αίμα έδειξε θετικότητα για CD4,CD3,CD5,CD2,TCRγδ ενώ ήταν αρνητική για CD7. Η εικόνα ήταν συμβατή ανοσοφαινοτυπικά με σύνδρομο Sezary. Η βιοψία δερματικής βλάβης ήταν επίσης συμβατή με σ. Sezary. Έγινε έναρξη αγωγής με βηξαρτένιο 75mg 1x2 (ρε-

τινοειδές, παράγωγο βιτ.Α) με καλή κλινική ανταπόκριση (υποχώρηση κνησμού, ερυθροδερμίας).

Συμπεράσμα: Η πρόγνωση του συνδρόμου Sezary σε προχωρημένα στάδια είναι κακή. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενούς, χωρίς όμως να μεταβάλλεται σημαντικά η πρόγνωση.

124. ΔΥΟ ΑΣΥΝΗΘΕΙΣ ΑΙΤΙΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΚΟΥΜΑΡΙΝΙΚΑ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ

Καροφυλάκης Εμμανουήλ¹, Γρηγοροπούλου Σωτηρία¹, Μαραντος Θεόδωρος¹, Τόμος Ιωάννης¹, Αγγέλου Ελένη¹, Κυριάκου Ηλίας², Γιαννιτσιώτη Ευθυμία¹, Αντωνιάδου Αναστασία¹

1: Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αττικών, 2:

Αιματολογικό Εργαστήριο - Μονάδα Αιμοδοσίας, Π. Γ. Ν. Αττικών

Εισαγωγή Γυναίκα 62 ετών, με ιστορικό λήψης κουμαρινικών αντιπηκτικών -λόγω τοποθέτησης μεταλλικών βαλβίδων- και ΧΝΝ σταδίου ΙΙΙ, προσήλθε με επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και αυτόματες βλεννοδερματικές αιμορραγίες.

Σκοπός Η παρουσίαση δύο σπάνιων αιτιών αιμορραγικής διάθεσης στην ασθενή.

Υλικό & Μέθοδος Η ασθενής προσήλθε με αυτόματες εκχυμώσεις δέρματος και αιματέμηση. Παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα: Creat=2.5 mg/dl, INR=2,56, ενώ PLTs=κφ.

Έγινε αντικατάσταση των κουμαρινικών αντιπηκτικών με LMWH sc σε θεραπευτική δόση. Παρά τη ρύθμιση των αντι-Χα επιπέδων στα επιθυμητά όρια, οι βλεννοδερματικές αιμορραγίες της ασθενούς επέμεναν (προσθήκη ουλορραγίας, αιματοουρίας). Από το διατροφικό ιστορικό της επισημάνθηκε η σχεδόν πλήρης αποφυγή τροφών πλούσιων σε βιταμίνη Κ στα πλαίσια λήψης κουμαρινικών αντιπηκτικών.

Αποτελέσματα Στην ασθενή διενεργήθηκε Light

Transmission Aggregometry με ασθενείς και ισχυρούς αιμοπεταλιακούς διεγέρτες και ανεδείχθη έκπτωση αιμοπεταλιακής λειτουργικότητας. Επιπρόσθετα, τέθηκε η υποψία έλλειψης βιταμίνης C από το διατροφικό ιστορικό. Τα μετρηθέντα επίπεδα βιταμίνης C ήταν χαμηλά (αβιταμίνωση C- σκορβούτο). Με τη βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας και την έναρξη διατροφής πλούσιας σε βιταμίνη C, οι αιμορραγικές εκδηλώσεις υφέθηκαν πλήρως.

Συμπεράσματα Οι λειτουργικές διαταραχές των αιμοπεταλίων στη ΧΝΝ οφείλονται σε ενδοαιμοπεταλιακές αιτίες, στην αναιμία και στην αλληλεπίδραση αιμοπεταλίων-ενδοθηλίου. Το κλινικό σύνδρομο της έλλειψης ασκορβικού οξέος οφείλεται εν πολλοίς στη διαταραχή της σύνθεσης κολλαγόνου και ακολούθως στη μειωμένη αιμοπεταλιακή προσκόλληση στο ενδοθήλιο. Οι βιταμίνες Κ και C συνυπάρχουν σε πολλές τροφές. Η αποφυγή τροφών πλούσιων σε βιταμίνη Κ στην ασθενή μας οδήγησε σε παρεμπόδιση ένδεια βιταμίνης C και στη διάγνωση ενός ξεχασμένου κλινικού συνδρόμου, του οποίου η κλινική εικόνα επιδεινώθηκε από την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας της.

125. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Αγαπάκης Δημήτρης, Καραγιαννίδου Μακρίνα, Μπακσιόβα Αφροδίτη, Μαρασλής Στέφανος, Σάτσογλου Αιμίλιος
Παθολογική Κλινική, ΓΝ Γουμένισσας, Κιλκίς

Εισαγωγή: Το οξύ ισχαιμικό Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας. Η αναγνώριση και αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (ΠΚ) που προδιαθέτουν στην πρόκληση των ΑΕΕ μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψή τους.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της συχνότητας των κύριων ΠΚ για οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ σε ασθενείς ηλικίας > 65 ετών και η συσχέτισή τους με την ηλικία και το φύλο.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 138 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ, κατά τη διάρκεια 48 μηνών. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε: Ομάδα 1: 65-80 ετών, Ομάδα 2: >80 ετών. Σε όλους τους ασθενείς λή-

φθηκε το ιστορικό, έγινε κλινική και εργαστηριακή εξέταση, ΗΚΓ και καταγράφηκε η παρουσία των κύριων ΠΚ: αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ), στεφανιαία νόσος (ΣΝ), σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) δυσλιπιδαιμία (ΔΜ), προηγούμενο ΑΕΕ, κάπνισμα. Η διάγνωση του ΑΕΕ τέθηκε με τη διενέργεια CT-εγκεφάλου. Στη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο x2 με όριο σημαντικότητας το 5% (p<0.05).

Αποτελέσματα: Επρόκειτο συνολικά για 73 (52.89%) γυναίκες (Γ) και 65 (47.10%) άνδρες (Α), μέσης ηλικίας 76.72±5.68 έτη. Στην Ομάδα 1 συμπεριλήφθηκαν 94 άτομα (68.11%), (44Γ-50Α) και στην Ομάδα 2: 44 άτομα (31.88%), 29Γ-15Α. Συνολικά, τα αποτελέσματα της μελέτης καταγράφονται στους παρακάτω Πίνακες (1,2,3).

Πίνακας 1. Συχνότητα κατανομής των Παραγόντων Κινδύνου (ΠΚ) ανά ηλικιακή Ομάδα

ΠΚ	Ομάδα 1 ν(%)	Ομάδα 2 ν(%)	Συνολικά ν(%)	p
ΑΥ	77 (82.79)	40 (93.02)	117 (86.03)	0.18
ΔΜ	40 (43.01)	18 (41.86)	58 (42.64)	0.90
ΚΜ	29 (31.18)	12 (27.9)	41 (30.14)	0.69
ΣΝ	23 (24.73)	11 (25.58)	34 (25)	0.91
ΣΔ	26 (27.95)	5 (11.62)	31 (22.8)	0.03
Προηγ. ΑΕΕ	15 (16.12)	15 (34.89)	30 (22.06)	0.01
Κάπνισμα	28 (27.78)	5 (11.36)	33 (23.91)	0.03

Πίνακας 2. Σύγκριση του πλήθους των Παραγόντων Κινδύνου (ΠΚ) ως προς την ηλικία

Παράγοντες Κινδύνου	Ομάδα 1 ν(%)	Ομάδα 2 ν(%)	Συνολικά ν(%)	p
1	28 (29.78)	8 (18.18)	36 (26.08)	0.1
2	33 (35.10)	5 (11.36)	38 (27.53)	<0.01
≥3	27 (28.73)	30 (68.18)	57 (41.80)	<0.001

Πίνακας 3. Σύγκριση του πλήθους των Παραγόντων Κινδύνου (ΠΚ) ως προς το φύλο και την ηλικία

ΠΚ	Ομάδα 1		p	Ομάδα 2		p
	Γ	Α		Γ	Α	
1	13 (29.54)	15 (30)	0.9	4 (13.79)	4 (20.99)	0.3
2	19 (43.18)	14 (28)	0.07	4 (13.79)	1 (6.66)	0.4
≥3	8 (18.18)	19 (38)	0.04	20 (68.96)	10 (66.66)	0.7

Συμπεράσματα: Η ΑΥ αποτελεί τον κύριο ΠΚ για ΑΕΕ σε ηλικιωμένους και υπερήλικες.

Στους υπερήλικες εμφανίζονται σημαντικά περισσότεροι ΠΚ σε σχέση με τους ηλικιωμένους. Στους ηλικιωμένους, οι άνδρες έχουν σημαντικά περισσότερους ΠΚ σε σχέση με τις γυναίκες. Οι γυναίκες υπερτερούν στη συχνότητα εμφάνισης ΑΕΕ, ιδίως στους υπερήλικες.

126. ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Πασκαλής Γεώργιος-Χάρης¹, Σαχλά Ζαχάρω¹, Θεοχαρίδου Χριστίνα-Χρυσάνθη¹, Χατζηκωνσταντίνου Θωμάς¹, Κρασόβσκαγια Ιρίνα², Δεμπέλα Έλενα¹, Γκόγκος Κωνσταντίνος¹

1 Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, 2 Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο είναι μια νόσος, που χαρακτηρίζεται από πολυσυστηματική φλεγμονή και προκαλείται από ενεργοποίηση των μακροφάγων. Είναι πρωτοπαθές/κληρονομώμενο ή δευτεροπαθές συνδυαζόμενο με λοιμώξεις, αυτοάνοσα νοσήματα ή κακοήθειες. Δεν υπάρχει παθογνωμονικό εύρημα και η διάγνωση στηρίζεται σε συνδυασμό κλινικοεργαστηριακών κριτηρίων. Η θεραπεία βασίζεται στη χορήγηση κορτιζόνης, ετοπσοσίδης, κυκλοσπορίνης και την αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου.

Σκοπός: Παρουσίαση τριών περιπτώσεων ασθενών που εμφάνισαν δευτεροπαθές αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο.

Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για δύο άνδρες και μία γυναίκα 64, 72 και 67 ετών αντίστοιχα. Όλοι οι ασθενείς πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια. Τα πρωτοπαθή νοσήματα στα οποία αποδόθηκε η εμφάνιση του συνδρόμου ήταν λεμφαδενοπάθεια - πιθανός συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος, οροαρνητική ρευματοειδής αρθρίτιδα και λοίμωξη από Staphylococcus aureus.

Αποτελέσματα: Ο ένας ασθενής διακομίστηκε στη ΜΕΘ λόγω λοίμωξης αναπνευστικού σε έδαφος ανοσοανεπάρκειας (βαριά ουδετεροπενία και ανοσοκατασταλτική αγωγή) ένα μήνα μετά την εισαγωγή του, όπου κατέληξε λόγω σπηκτικής καταπληξίας. Η δεύτερη εξήλθε βελτιωμένη μετά από 90 ημέρες νοσηλείας και κατέληξε από άγνωστη αιτία δύο εβδομάδες αργότερα. Ο τρίτος ασθενής βελτιώθηκε και εξήλθε μετά από 110 ημέρες νοσηλείας. Έκτοτε έχει εμφανίσει δύο υποτροπές του συνδρόμου, που αντιμετωπίστηκαν αμφότερες επιτυχώς σε πρώιμο στάδιο λόγω ισχυρής υποψίας και εκπαίδευσης του ίδιου του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο είναι μια βαριά κατάσταση που μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς με διάφορες πρωτοπαθείς νόσους. Απαιτείται ισχυρή κλινική υποψία για την έγκαιρη διάγνωση του, καθώς η εξέλιξη του είναι ταχύτατη. Οι περιπτώσεις αυτές αναδεικνύουν επίσης την ανάγκη για στενή και μακροπρόθεσμη παρακολούθηση των ασθενών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

127. TREATING LUPUS NEPHRITIS WITH MYCOPHENOLATE MOFETIL: EFFECTS ON DISEASE BIOMARKERS AND LIPIDEMIC PROFILE

Gkantaras Antonios, Georgiadou Anastasia-Maria, Gkougkourelas Ioannis, Boura Panagiota
Clinical Immunology Unit, 2nd Internal Medicine Department, Hippokraton General Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Mycophenolate Mofetil (MMF) has been increasingly used for remission induction but also as maintenance therapy in lupus nephritis (LN). Its efficacy to yield therapeutic benefits has been proven in randomized clinical trials, but evidence for its effects on lupus biomarkers is limited.

The objective of this study is to explore the effects of MMF treatment on disease activity biomarkers that might be associated with renal response following MMF treatment.

In this retrospective observational study, data was collected from 8 lupus patients with severe LN, who referred to the Clinical Immunology Unit, 2nd Internal Medicine Department AUTH, fulfilled 1997 American College of Rheumatology (ACR) revised criteria and were treated by MMF between 2007 and 2017. Global disease and renal activity were measured according to the Systemic Lupus Erythematosus (SLE) Disease Activity Index-2000 (SLEDAI-2K) and renal SLEDAI (rSLEDAI), respectively. Paired t-test was used to compare baseline and follow-up data of patients at 12 months of treatment. Correlations were tested with the Spearman's Rank correlation coefficient. A $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Demographic, clinical, and serological characteristics of the patients are shown in **Table 1**. **Table 2** reports the effects of MMF treatment on serological parameters and disease activity. According to the regression analysis, 24h Urine Protein, IgG levels and Fibrinogen were positively correlated to SLEDAI-2K ($r=0.47$, $p=0.03$; $r=0.45$, $p=0.046$; $r=0.56$, $p=0.01$, respectively) (**Figures 1- 3**).

Furthermore, C4 levels were negatively correlated to rSLEDAI ($r = -0.45$, $p=0.04$) (Figure 4), whereas LDL levels were positively correlated to rSLEDAI ($r=0.48$, $p=0.03$) (**Figure 5**).

The results of our study suggest that MMF is quite effective in induction treatment of LN, as significant decrease in 24h Urine Protein and rSLEDAI after 12 months of treatment indicates (See **Table 2**). In addition, MMF treatment improved the lipidemic profile, slightly increasing HDL (See **Table 2**). In SLE, HDL tends to be low, possibly due to auto-antibodies against apolipoprotein A1, among other reasons. Thus, MMF, which inhibits the de novo synthesis of purine nucleotides, reduces B cell proliferation and antibody production, preventing further HDL concentration decline. Moreover, MMF mechanism of action interprets the decrease in IgG levels at 12 months of treatment.

Based on scatter diagrams, the normalization of C4

Table 1. The demographic, clinical, and serological characteristics of SLE patients (N=8) treated by MMF

Parameter	SLE patients (N=8)
Demographic data	Mean \pm SD
Female : Male Ratio	6:2
Age (years)	47.63 \pm 12.56
Ethnicity	All Caucasian
Disease duration (months)	181.50 \pm 126.25
MMF treatment duration (months)	40.50 \pm 30.72
Mean dosage of MMF (mg/day)	1136.25 \pm 583.14
SLE ACR criteria	No (%)
Malar rash	1 (12.5)
Discoid rash	1 (12.5)
Photosensitivity	1 (12.5)
Oral ulcers	0 (0)
Arthritis	4 (50)
Serositis	2 (25)
Renal disorders	8 (100)
Neuropsychiatric disorders	3 (37.5)
Pancytopenia	2 (25)
ANA	8 (100)
Anti-dsDNA	5 (62.5)

may be predictive of renal response to MMF (lower C4 levels correlate to higher rSLEDAI, **Figure 4**). Moreover, increased LDL levels seem to be associated with higher rSLEDAI (**Figure 5**), reflecting severity of proteinuria, because patients with nephrotic range proteinuria exhibit an acquired LDL-receptor deficiency and experience an upregulation of HMG-CoA reductase, leading to increased LDL concentrations, to avoid further decrease of the serum colloid-osmotic pressure. Consequently, reduction in LDL levels during MMF treatment reflects improvement of proteinuria and renal response. Important to say, fibrinogen, a proinflammatory mediator, could be a valuable lupus biomarker, having a strong correlation with SLEDAI (**Figure 3**), beneficial to monitor MMF treatment response.

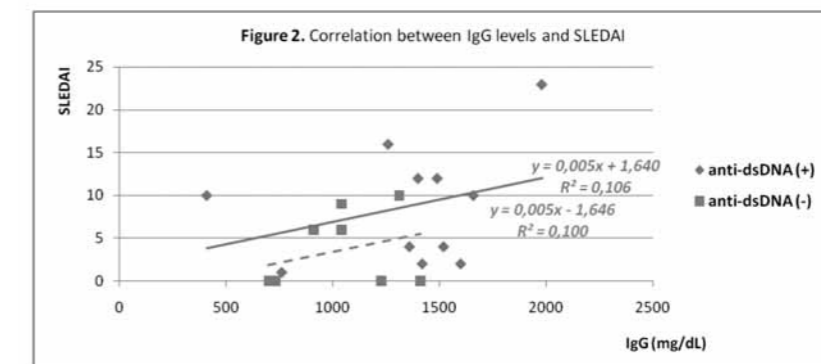
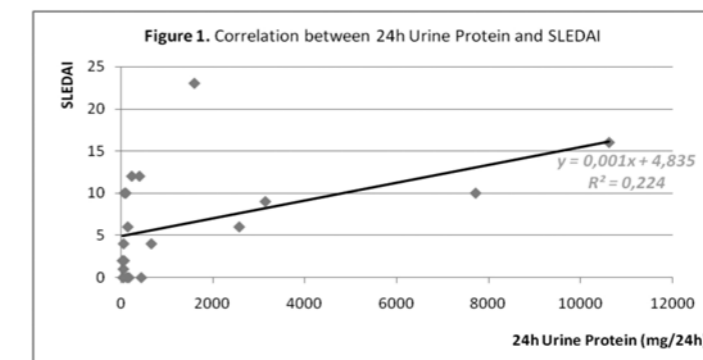
In conclusion, MMF treatment of LN achieves significant reduction of proteinuria and improves the lipidemic profile. Monitoring C4, IgG, Fibrinogen and LDL levels might be an easy, useful biomarker combination regarding LN follow-up.

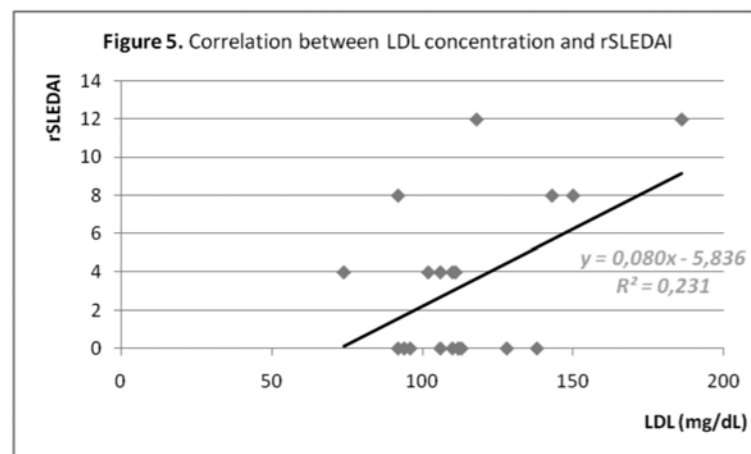
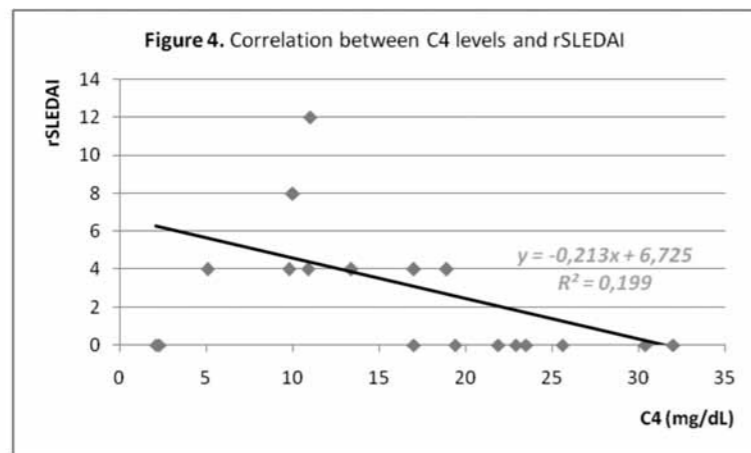
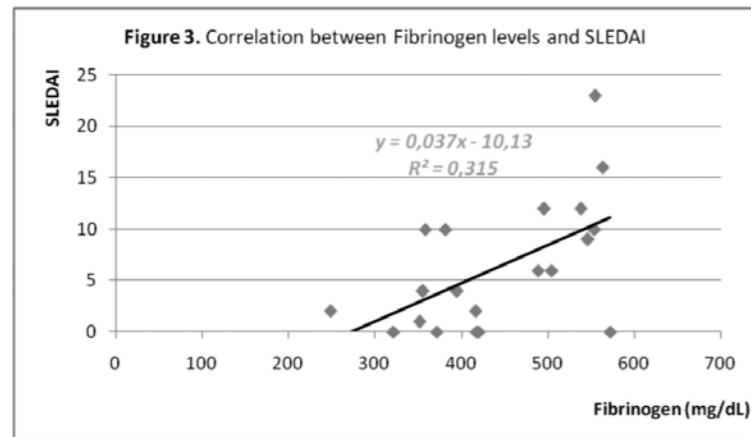
Table 2. Serological, biochemical, cellular and SLEDAI alterations during treatment with MMF

Parameters	Baseline (Mean \pm SD)	At 12 months (Mean \pm SD)	P Value (paired t-test)
C3 (mg/dl)	148.11 \pm 149.99	103.65 \pm 50.31	NS
C4 (mg/dl)	11.03 \pm 3.36	17.53 \pm 9.29	0.047
anti-dsDNA*	62.5 %	37.5 %	NS
IgA (mg/dl)	259.65 \pm 122.38	241.89 \pm 135.05	NS
IgM (mg/dl)	128.56 \pm 127.16	108.71 \pm 104.25	NS
IgG (mg/dl)	1336.25 \pm 359.88	1044.25 \pm 435.19	0.027
HDL (mg/dl)	52.63 \pm 18.76	61.38 \pm 14.75	0.095
LDL (mg/dl)	119.63 \pm 33.97	110.38 \pm 18.22	NS
ESR (mm)	66.00 \pm 37.30	34.63 \pm 28.16	0.03
Fibrinogen (mg/dl)	508.29 \pm 67.35	418.48 \pm 89.32	0.07
24h Urine Protein (mg/day)	2343.36 \pm 3549.91	1105.68 \pm 2676.02	0.03
WBC (K/ μ L)	6.63 \pm 3.31	7.50 \pm 3.65	NS
NEUT (K/ μ L)	4.64 \pm 2.67	5.66 \pm 2.83	NS
LYMPH (K/ μ L)	1.39 \pm 0.68	1.19 \pm 0.89	NS
SLEDAI-2k	11.50 \pm 5.66	3.63 \pm 4.78	0.008
rSLEDAI	6.50 \pm 3.66	2.00 \pm 7.00	0.007

ESR: Erythrocyte Sedimentation Rate, WBC: White Blood Cells, NEUT: Neutrophils, LYMPH: Lymphocytes, (r)SLEDAI: (renal) Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index, NS: Not Significant

*This parameter is expressed as the percentage (%) of patients (n=8) with positive anti-dsDNA titer, and the p value was calculated from chi square test (χ^2).





128. ΝΟΣΟΣ LYME: ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑ

Ανδρόνικου Μάρκος¹, Καραπαζόγλου Αναστασία¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Δήμας Γρηγόριος¹, Τεπερικήδης Ελευθέριος², Χατζητόλιος Απόστολος¹

1. Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, 2. Φαρμακοποιός, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η νόσος του Lyme προκαλείται από τη σπειροχαίτη *Borrelia burgdorferi* και αποτελεί τη συχνότερη νόσο από εκείνες που μεταδίδονται με αρθρώποδα. Μεταδίδεται με κρότωνες, τα δήγματα των οποίων μολύνουν τον άνθρωπο.

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέρουσας κλινικής περίπτωσης με μεταναστευτικό ερύθημα, σε νόσο του Lyme.

Υλικό-Μέθοδος: Κορίτσι 5 ετών, Σερβικής καταγωγής, προσήλθε σε ιδιωτικό ιατρείο του νομού Χαλκιδικής, με αναφερόμενο εμπύρετο έως 38°C από 7 ημέρου. Αναφέρει αρθραλγία της δεξιάς κατά γόνα αρθρώσεως και μυαλγίες. Από το ιστορικό αναφέρει δήγμα κρότωνος, προ 3 εβδομάδων. Από την κλινική εξέταση διεπιστώθηκε μεταναστευτικό ερύθημα στα άνω και κάτω άκρα, καθώς και στον γλουτό (σημείο δήξης κρότωνος).

Από τον εργαστηριακό έλεγχο δεν παρατηρήθηκαν παθολογικές τιμές (αιμοδιάγραμμα, βιοχημικός και ηλεκτρολυτικός έλεγχος, ΤΚΕ, εξετάσεις πήξεως).

Αποτελέσματα: Βάσει υποψίας νόσου του Lyme, η ασθενής ετέθη σε φαρμακευτική αγωγή αρχικά με Αμοξικιλίνη και κατόπιν με Αζιθρομυκίνη, συνολικής διάρκειας 50 ημερών. Μετά την πάροδο 3 μηνών έγινε έλεγχος για IgM και IgG αντισώματα έναντι της *Borrelia burgdorferi* στον ορό (Line-blot test) -δεν κατέστη δυνατός ο προσδιορισμός τους στην αρχική φάση- τα οποία ανευρέθησαν θετικά, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση της νόσου. 4 μήνες μετά την πρώτη λήψη αντιβιοτικής αγωγής, η ασθενής υποτροπίασε, παρουσιάζοντας συμπτώματα αρθρίτιδας και ετέθη εκ νέου σε αντιβιοτική αγωγή με Αζιθρομυκίνη, συνολικής διάρκειας 2 μηνών, παρουσιάζοντας πλήρη βελτίωση της κλινικής της εικόνας.

Συμπεράσματα: Η νόσος του Lyme αποτελεί μία συχνή και απειλητική νόσο, με σοβαρές χρόνιες επιπλοκές. Η σωστή και γρήγορη διάγνωση, καθώς και η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, μπορεί σχεδόν να εκπαιδενίσει την εξέλιξη της νόσου, αλλά και την εμφάνιση των επιπλοκών.

129. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟ ΕΦΗΒΟ

Κωνσταντίνου Χάρης, Ροδοθέου Ντάνια, Σκαρπάρη Μαρία, Αλέξη Άγγελος, Ολύμπιος Γιώργος, Πρασίτη Μιχαέλα, Χριστοδούλου Μιχάλης, Στυλιανού Ανδρέας
Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας

Σκοπός: Παρά το γεγονός ότι αναφέρεται αύξηση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) στα παιδιά δεν έχει περιγραφεί μέχρι τώρα στη Κύπρο περιστατικό ΣΔ2 σε παιδιά ή έφηβους. Περιγράφεται η πρώτη περίπτωση ΣΔ2 στη Κύπρο.

Υλικό - Μέθοδοι: Πρόκειται για νεαρό παχύσαρκο άνδρα, (ΣΒ:141Kg, Ύψος:1,64cm) με ελεύθερο ατομικό ιστορικό ο οποίος νοσηλεύτηκε στη παθολογική κλινική λόγω πρωτοεμφανιζόμενου διαβήτη.

Περιγραφή περίπτωσης: Άνδρας ηλικίας 18 ετών ο οποίος εισήχθη στη κλινική μας λόγω αναφερόμενου κοιλιακού άλγους, εμέτων και λοίμωξης αναπνευστικού. Παρουσίαζε δε από μινός συμπτώματα πολυδιψίας, πολουρίας και εμέτων. Από τη κλινική εξέταση: ήπια ευαισθησία περιομφαλικά και φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: Λευκά αιμοσφαίρια 18850, Hct 46%, Na:130 mmol/l, K: 2.80mmol/l, γλυκόζη: 590mg/dl, τριγλυκερίδια 573mg/dl, γενική ούρων: γλυκόζη ++, κετόνες ++. Τα αέρια αίματος:

pH:7.11, HCO₃: 9,7, υπερκοχλάφημα κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα. Τέθηκε διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη και έγινε αντιμετώπιση της διαβητικής κετοξέωσης. Η HbA_{1c} ανέρχεται σε 11.8%. Ο ασθενής βελτιώθηκε σημαντικά τις επόμενες μέρες και τέθηκε σε αγωγή με μετφορμίνη και ινσουλίνη. Περεταίρω έλεγχος για διάγνωση ΣΔ1 με δοκιμασία γλυκαγόνης με προσδιορισμό του C πεπτιδίου στα 0 και 6 λεπτά, θυρεοειδικός έλεγχος όπως επίσης και έλεγχος για αντισώματα (IA2,GAD, IAA) αρνητικός. Επιπλέον, έλεγχος για αποκλεισμό συνδρόμου Cushing ήταν επίσης αρνητικός. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ως πρωτοεμφανιζόμενος ΣΔ2 με άριστη μέχρι τώρα ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι ο ΣΔ2 δεν είναι τόσο συχνός σε παχύσαρκα νεαρά άτομα όπως αναφέρεται βιβλιογραφικά. Η εμφάνισή του όμως σε αυτά τα άτομα μπορεί να προκαλέσει σοβαρό διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα όσον αφορά το τύπο του διαβήτη.



Ανακοίνωση

Για την προβολή του Επιστημονικού τους έργου και την ενημέρωση των Συναδέλφων Ιατρών, όσοι επιθυμούν μπορούν να αποστέλλουν προς δημοσίευση στο Περιοδικό "HJM - Hellenic Journal of Medicine - Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση", δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις (Abstracts) οι οποίες έχουν ανακοινωθεί ή έχουν γίνει αποδεκτές σε Ελληνικά ή Διεθνή Ιατρικά Συνέδρια.

e mail υποβολής: medicine@vegacom.gr