



**ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ**

Internal Medicine Society
of the Northern Greece



E.E.Π.Ε.
H.P.U.I.

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ**

Hellenic Professional Union
of Internists

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

με Διεθνή συμμετοχή

www.ngimscongress2015.gr

**1st Panhellenic Congress
on Continuing Education in**

Internal Medicine

with International Participation

26-28

Φεβρουαρίου
2015

Ξενοδοχείο

Makedonia Palace

Θεσσαλονίκη

**1 Μαρτίου 2015 Ιδρυτικό Συνέδριο Ε.Ε.Π.Ε.
Makedonia Palace, Θεσσαλονίκη**

Υπό την αιγίδα:



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
& ΘΡΑΚΗΣ



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Ιατρικής



ΙΑΤΡΙΚΟΣ
ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Οργάνωση - Γραμματεία:



**Τελικό Πρόγραμμα
& Βιβλίο Περιλήψεων**



01209054416



Galvus
vildagliptin



Eucreas
vildagliptin/metformin

 **NOVARTIS**

Novartis (Hellas) A.E.B.E.

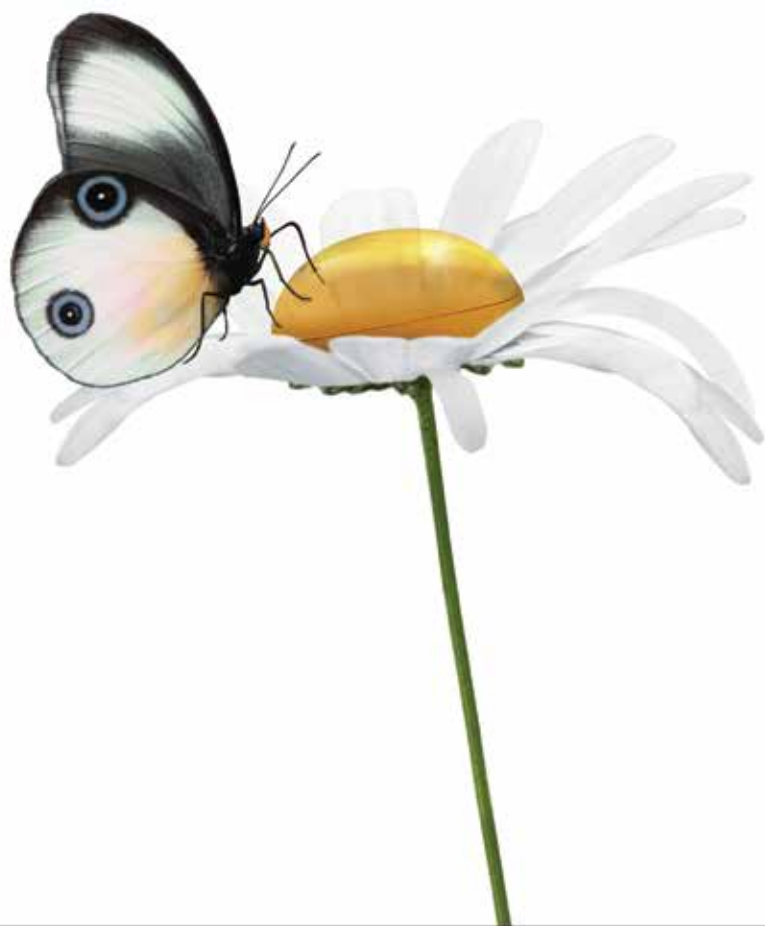
120 κλμ. Εθνικής Οδού Γραφείο Θεσσαλονίκης
Αθηνών-Λαρίσης 120 κλμ. Θεσ/νίκης - Ν. Μουδανιών

144 51 Μεταμόρφωση 570 01 Θέρμη

Τηλ.: 210 281 1712 Τηλ.: 2310 424 039

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΗΣΗ: 210 2828 812

Tirosint[®] | Soft gel levothyroxine sodium capsules



proton[®]
pharma





Περιεχόμενα

Χαιρετισμός 5

**Διοικητικό Συμβούλιο
Ε.Π.Β.Ε.** 6

**Προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή
Ε.Ε.Π.Ε.** 6

Επιτροπές
Οργανωτική Επιτροπή 7
Επιστημονική Επιτροπή..... 7

Χορηγοί 8

Κάτοψη Εκθεσιακού Χώρου..... 9

Πληροφορίες Συνεδρίου

Γενικές Πληροφορίες
Ημερομηνία Συνεδρίου 12
Συνεδριακός Χώρος 12
Γλώσσα Συνεδρίου 12
Ιστοτόπος Συνεδρίου 12
Έκθεση Συνεδρίου 12
Κονκάρδες Συνεδρίου (Badges) 12
Γραμματεία Συνεδρίου 13
Εγγραφές 14
Βεβαιώσεις Παρακολούθησης 14
Πιστοποιητικά Συνεχιζόμενης Ιατρικής
Εκπαίδευσης..... 15
Πληροφορίες για Ομιλητές 15

Προφορικές & Αναρτημένες

Ανακοινώσεις
Παρουσίαση Προφορικών
Ανακοινώσεων 16
Παρουσίαση Αναρτημένων
Ανακοινώσεων 17
Βραβεύσεις Εργασιών 17
Κλινικά Φροντιστήρια 18

Συνοπτικό Πρόγραμμα

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015..... 20
Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015 22
Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015..... 24

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015..... 28
Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015 44
Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015..... 64

Προφορικές

Ανακοινώσεις 76

Αναρτημένες

Ανακοινώσεις 104

Ευρετήριο

Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών 174

Ευρετήριο

Προφορικών & Αναρτημένων
Ανακοινώσεων 186



Χαιρετισμός

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η Εταιρεία Παθολογίας Βορείου Ελλάδος (Ε.Π.Β.Ε.) ιδρύθηκε το 2008 και ήδη αποτελεί καταξιωμένο επιστημονικό φορέα, η δραστηριότητα του οποίου συμβάλλει αποφασιστικά στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των Ελλήνων ιατρών αναφορικά με τις σύγχρονες εξελίξεις στην ειδικότητα της Εσωτερικής Παθολογίας. Επιπλέον, παράλληλο σκοπό της Εταιρείας αποτελεί η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών της χώρας μας σε θέματα δημόσιας υγείας και πρόληψης, με τη διοργάνωση Ημερίδων και Ενημερωτικών Ομιλιών.

Στο πλαίσιο αυτό, η Ε.Π.Β.Ε. έχει διοργανώσει μέχρι σήμερα σε ετήσια βάση σημαντικές εκπαιδευτικές δράσεις, σε διάφορες μάλιστα περιοχές της Βορείου & Κεντρικής Ελλάδος, προκειμένου να υποστηρίξει όσο το δυνατόν περισσότερο την εκπαίδευση των ιατρών στο δύσκολο καθημερινό κλινικό έργο τους. Πολλές μάλιστα από τις εκπαιδευτικές αυτές δράσεις έγιναν σε συνεργασία με άλλες Ιατρικές Επιστημονικές Εταιρείες διαφόρων ειδικοτήτων, αλλά και Συλλόγους ασθενών και Κοινωνικούς φορείς. «Κορωνίδα» της επιστημονικής δραστηριότητας της Ε.Π.Β.Ε. για το 2015 θα αποτελέσει το **1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή**, το οποίο θα πραγματοποιηθεί στις 26-28 Φεβρουαρίου 2015 στη Θεσσαλονίκη (ξενοδοχείο Makedonia Palace).

Στην εκδήλωση εξειδικευμένοι στα θέματά τους διακεκριμένοι Έλληνες και ξένοι επιστήμονες θα παρουσιάσουν τις νεότερες εξελίξεις σε όλα τα πεδία της Εσωτερικής Παθολογίας μεταφέροντας και τη διεθνή εμπειρία, τόσο σε ό,τι αφορά στο ερευνητικό επίπεδο, όσο και στην καθ' ημέρα κλινική πρακτική. Φιλοδοξία της Ε.Π.Β.Ε. είναι το Συνέδριο αυτό να αποτελέσει καινοτόμο θεσμό στο χώρο της Παθολογίας και σημείο αναφοράς στην Ελληνική επιστημονική κοινότητα.

Εκ μέρους του Διοικητικού Συμβουλίου της Ε.Π.Β.Ε. προσκαλούμε όλους τους συναδέλφους Παθολόγους αλλά και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων καθώς και επαγγελματίες υγείας να παρακολουθήσουν το Συνέδριο αυτό συμβάλλοντας με την ενεργό συμμετοχή τους στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη επιτυχία της προσπάθειάς μας.

Με φιλικούς χαιρετισμούς,

Καθηγητής Απόστολος Ι. Χατζητόλιος

Πρόεδρος της Οργανωτικής & της Επιστημονικής Επιτροπής του Συνεδρίου



Διοικητικό Συμβούλιο Ε.Π.Β.Ε.

Πρόεδρος	Χατζητόλιος Απόστολος
Α΄ Αντιπρόεδρος	Νταλέκος Γεώργιος
Β΄ Αντιπρόεδρος	Παπάζογλου Δημήτριος
Γενικός Γραμματέας	Τσαχουρίδης Αριστείδης
Ειδικός Γραμματέας	Αρχανιωτάκη Μαριάνθη
Ταμίας	Σαββόπουλος Χρήστος
Μέλη	Κούτρας Χρήστος Λιάμης Γεώργιος Σκούτας Δημήτριος

Προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή Ε.Ε.Π.Ε.

Πρόεδρος	Χατζητόλιος Απόστολος
Αντιπρόεδρος	Πετρίκκος Γεώργιος
Γενικοί Γραμματείς	Κωτούλας Σόλων Σαββόπουλος Χρήστος
Αναπληρωτές Γενικοί Γραμματείς	Λιάμης Γεώργιος Σκούτας Δημήτριος
Ταμίες	Μακαρίτσας Κωνσταντίνος Αρχανιωτάκη Μαριάνθη
Υπεύθυνοι Δημοσίων Σχέσεων, Τύπου & Ενημέρωσης	Παπάζογλου Δημήτρης Τσαχουρίδης Αριστείδης
Υπεύθυνοι Διοικητικών & Νομικών θεμάτων	Σταματιάδου Μαριάννα Μπούσμπουλας Σταύρος
Υπεύθυνοι Εκδηλώσεων & Κινητοποίησης	Κροκίδης Ξενοφών Πυρπασόπουλος Μάριος
Υπεύθυνοι Ευρωπαϊκών & Διεθνών Σχέσεων	Νταλέκος Γεώργιος Γώγος Χαράλαμπος



Οργανωτική Επιτροπή

Αδαμίδου Αλεξάνδρα
Αρχανιωτάκη Μαριάνθη
Γερούδης Ιάκωβος
Γκιρτοβίτης Φώτης
Γώγος Χαράλαμπος
Δήμας Γρηγόριος
Δημητρούλα Χαρά
Διδάγγελος Τριαντάφυλλος
Δουμαράκης Ευγένιος
Ηλιάδης Φώτης
Καϊάφα Γεωργία
Κακαλιέτσης Νικόλαος
Καλεβρόσογλου Ιωάννης
Καρλιάφη Ελένη
Κουλιάρη Παυλίνα
Κούτρας Χρήστος
Κροκίδης Ξενοφών
Κωτούλας Σόλων
Λιάμης Γεώργιος
Μακαρίτσας Κωνσταντίνος

Μούσηλεχ Ζαδάλλα
Μποζίκας Ανδρέας
Μπούσμπουλας Σταύρος
Νταλέκος Γεώργιος
Παπάζογλου Δημήτριος
Παπάνας Νικόλαος
Περιφάνης Βασίλειος
Πετρίκκος Γεώργιος
Πρωτοπαπής Ανδρέας
Πυρπασόπουλος Μάριος
Σαββόπουλος Χρήστος
Σαραντόπουλος Αλέξανδρος
Σκούτας Δημήτριος
Σταματιάδου Μαριάννα
Τέγος Θωμάς
Τζόμαλος Κωνσταντίνος
Τζώτζας Θεμιστοκλής
Τσακάλης Αργύρης
Τσαχουρίδης Αριστείδης
Ψωμάς Ευάγγελος

Επιστημονική Επιτροπή

Αλεξανδρίδης Θεόδωρος
Βασιλόπουλος Δημήτριος
Γαρυφαήλης Αλέξανδρος
Γαμαρέλλης - Μπουρμπούλης Ευάγγελος
Γιώβος Ιωάννης
Δανιηλίδης Μιχαήλ
Δούμα Στέλλα
Ελισάφ Μωυσής
Ζεμπεκάκης Παντελής
Καλόφωνος Χαράλαμπος

Καραγιάννης Αστέριος
Κοντακιώτης Θεόδωρος
Κυριαζοπούλου Βενετσάνα
Μαητέζος Ευστράτιος
Μπούρα Παναγιώτα
Παπαγιάννη Αικατερίνη
Παπακώστα Δέσποινα
Σφηκιάκης Πέτρος
Χατζηδάκης Δημήτριος

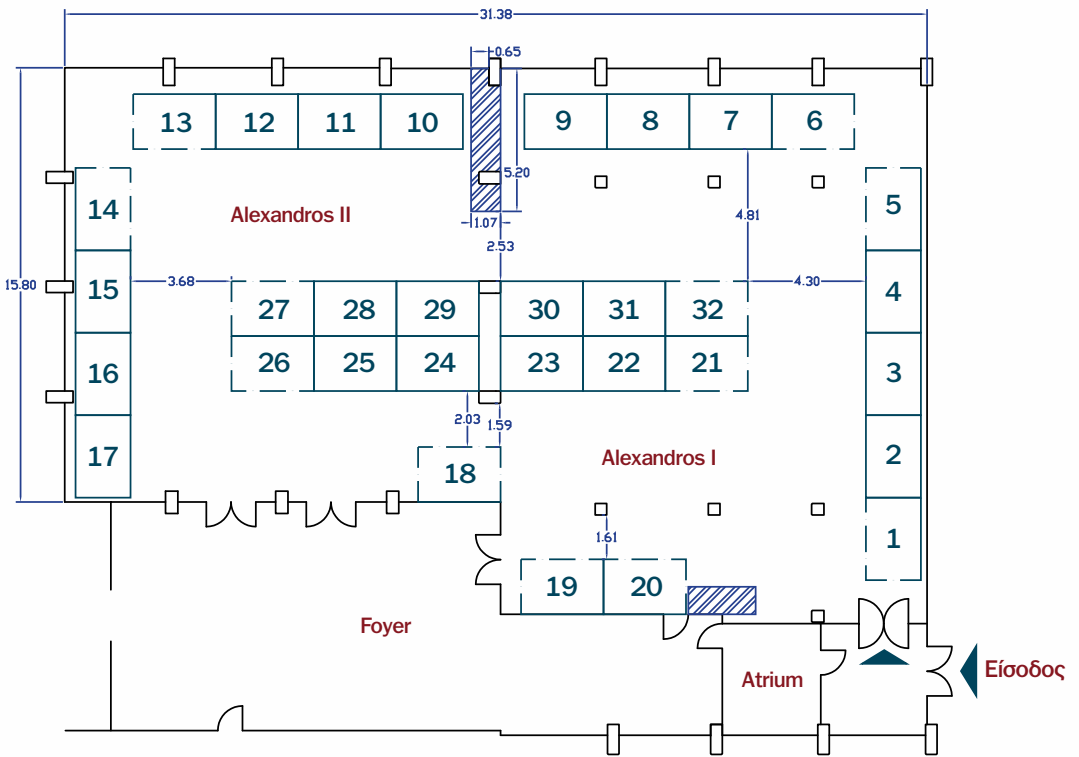
Η Εταιρεία Παθολογίας Βορείου Ελλάδος
ευχαριστεί θερμά τις ακόλουθες εταιρίες για τη συμβολή τους στην πραγματοποίηση του
1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή συμμετοχή:



&



Κάτοψη Εκθεσιακού Χώρου





Οργάνωση - Γραμματεία:



Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας, Αττική
τηλ.: 210 6048 260, fax: 210 6047 457
e-mail: alebesi@free-spirit.gr, web site: www.free-spirit.gr



Πληροφορίες Συνεδρίου

Γενικές Πληροφορίες

Ημερομηνία Συνεδρίου

Οι εργασίες του **1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με διεθνή συμμετοχή** θα πραγματοποιηθούν από **Πέμπτη 26** έως και το **Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015**.

Συνεδριακός Χώρος

Ξενοδοχείο Macedonia Palace

Λεωφόρος Μεγάλου Αλεξάνδρου 2, 54 640 Θεσσαλονίκη

Τηλ.: 2310 897197

www.makedoniapalace.com

Αίθουσες:

AMFITRION I, AMFITRION II, ARISTOTELIS I, ARISTOTELIS II, ERATO, KALLIOPI, CLIO

Γλώσσα Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

Ιστότοπος Συνεδρίου

www.ngimscongress2015.gr

Έκθεση Συνεδρίου

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών και άλλων προϊόντων, καθώς και ιατρικού εξοπλισμού.

Κονκάρδες Συνεδρίου (Badges)

Οι κονκάρδες (badges) παραδίδονται από τη γραμματεία του Συνεδρίου και είναι απαραίτητες για την είσοδο τόσο στους συνεδριακούς χώρους όσο και στην έκθεση καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου. Οι κονκάρδες φέρουν γραμμωτό κώδικα (barcode), ώστε να ελέγχεται η είσοδος και η έξοδος από τη συνεδριακή αίθουσα. Η συνολική ώρα παρακολούθησης του επιστημονικού προγράμματος του Συνεδρίου αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για τη διάθεση των μορίων, σύμφωνα με τις οδηγίες της U.E.M.S., του Π.Ι.Σ. και του Ε.Ο.Φ.

Γραμματεία Συνεδρίου

Η Γραμματεία λειτουργεί τις εξής ημέρες και ώρες:

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015 07.30 - 21.45

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015 07.15 - 21.30

Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015 07.15 - 22.00

Εγγραφές

Κατηγορίες Συμμετεχόντων	Εγγραφή
Μέλη Ε.Π.Β.Ε.* - Ε.Ε.Π.Ε.	100 €
Ειδικευμένοι	120 €
Ειδικευόμενοι	50 €
Λοιποί επαγγελματίες υγείας / Νοσηλευτές / Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

* Οι παραπάνω τιμές αφορούν τα οικονομικώς τακτοποιημένα μέλη της Ε.Π.Β.Ε.

Οι συμμετέχοντες είναι απαραίτητο να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Συνεδρίου
- Έντυπο υλικό του Συνεδρίου
- Είσοδο στην έκθεση των φαρμακευτικών εταιριών
- Βεβαίωση παρακολούθησης
- Πιστοποιητικό συμμετοχής με μόρια για ιατρούς
εφόσον έχει καθυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης

Στις παραπάνω τιμές **συμπεριλαμβάνεται** ΦΠΑ 23%

Βεβαιώσεις Παρακολούθησης

Η παράδοση των βεβαιώσεων παρακολούθησης θα γίνει από τη Γραμματεία του Συνεδρίου, το **Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015**, μετά τη λήξη του Συνεδρίου.

Πιστοποιητικά Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου θα μοριοδοτηθεί με **δεκαεπτά (17)** Μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.), ο οποίος είναι ο επίσημος φορέας για τη μοριοδότηση, μετά την υπογραφή σχετικής σύμβασης με την U.E.M.S. (Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών). Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε Σύεδρος (Ιατρός) ο οποίος έχει παρακολουθήσει 60% των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος. Δορυφορικά συμπόσια και διαλέξεις επιχορηγούμενα από φαρμακευτικές εταιρίες καθώς και κλινικά φροντιστήρια δε μοριοδοτούνται. Η καταμέτρηση του χρόνου παρακολούθησης θα γίνεται με τη χρήση αναγνωστών γραμμωτού κώδικα (barcode scanners) στις κονκάρδες των Συνέδρων.

Με γνώμονα τα παραπάνω, η αποστολή των πιστοποιητικών θα γίνει ταχυδρομικώς 15 ημέρες μετά τη λήξη του Συνεδρίου, με την προϋπόθεση συμπλήρωσης του εντύπου αξιολόγησης, το οποίο θα προμηθεύονται οι Σύεδροι κατά την εγγραφή τους.

Πληροφορίες για Ομιλητές

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων. Οι αίθουσες θα είναι πλήρως εξοπλισμένες για παρουσιάσεις μέσω Η/Υ. Παρακαλούνται οι ομιλητές να παραδίδουν την παρουσίασή τους στη γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων **τουλάχιστον μία ώρα πριν από την προγραμματισμένη ώρα παρουσίασης της ομιλίας τους.**

Προφορικές & Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Οι εργασίες θα παρουσιαστούν ως Προφορικές Ανακοινώσεις και παρουσιάζονται στο πρόγραμμα ως ΠΑ καθώς και ως Αναρτημένες Ανακοινώσεις και παρουσιάζονται στο πρόγραμμα ως ΑΑ.

Προφορικές Ανακοινώσεις

Παρουσίαση Προφορικών Ανακοινώσεων

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015 | Αίθουσα ARISTOTELIS I | 08.00 - 09.30

ΠΑ01-ΠΑ10

Πρόεδροι: Κ. Γκόγκος, Γ. Μπομπότης

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015 | Αίθουσα ARISTOTELIS I | 07.45 - 09.45

ΠΑ11-ΠΑ29

Πρόεδροι: Κ. Μιμίδης, Α. Αγραφιώτης

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015 | Αίθουσα ARISTOTELIS II | 08.00 - 10.00

ΠΑ30-ΠΑ39

Πρόεδροι: Α. Παπαδόπουλος, Ε. Πλωμαρίτης

Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015 | Αίθουσα ARISTOTELIS I | 07.45 - 08.30

ΠΑ40-ΠΑ46

Πρόεδροι: Κ. Μιχαλάκης, Π. Σταφυλιάς

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

- Η ανάρτηση των ανακοινώσεων θα πραγματοποιηθεί την **Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015** και ώρα **08.00 - 12:30** στην Αίθουσα **AMFITRION I**.
- Σε κάθε πλαίσιο ανάρτησης ανακοινώσεων θα έχει τοποθετηθεί από την εταιρία οργάνωσης ο κωδικός αριθμός κάθε περίπτωσης. Οι συγγραφείς καλούνται να αναρτήσουν τις εργασίες τους στις προβλεπόμενες θέσεις.
- Οι συγγραφείς θα προμηθευτούν τα απαιτούμενα υλικά (ταινία διπλής όψης, blue tag) για την ανάρτηση των ανακοινώσεων από τη Γραμματεία που λειτουργεί στο ίδιο επίπεδο.
- Οι διαστάσεις των πλαισίων poster είναι 1,20 εκ. ύψος x 0,80 εκ. πλάτος, με κάθετο προσανατολισμό.
- Οι ανακοινώσεις θα μείνουν αναρτημένες καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.
- Η αποξήλωση των αναρτημένων ανακοινώσεων θα γίνει το **Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015** και ώρα **17.00 - 20.00**.
- Σε περίπτωση που δεν έχει πραγματοποιηθεί η αποξήλωση των αναρτημένων ανακοινώσεων την συγκεκριμένη ώρα και μέρα, ο οργανωτής δεν φέρει ευθύνη για την απώλεια ή την καταστροφή αυτών.

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015 | Αίθουσα AMFITRION I | 14.30-16.30

AA001-AA038

Πρόεδροι: Σ. Λαμπρόπουλος, Α. Βλαχογιάννης, Χ. Αντώνογλου

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015 | Αίθουσα AMFITRION I | 14.30-16.30

AA039-AA088

Πρόεδροι: Ν. Ελευθεριάδης, Α. Θωμόπουλος, Α. Ποθυμέρης, Μ. Σώμαλη,
Β. Λιακόπουλος

Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015 | Αίθουσα AMFITRION I | 14.30-16.30

AA089-AA101

Πρόεδροι: Σ. Βακαλοπούλου, Μ. Παπαϊωάννου

Κάθε προφορική και κάθε αναρτημένη ανακοίνωση θα πρέπει να συνοδεύεται υποχρεωτικά από τουλάχιστον μία εγγραφή μέλους της συγγραφικής ομάδας.

Βραβεύσεις Εργασιών

Κατά την **Τελετή Λήξης** του Συνεδρίου, το **Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015** και ώρα **22.00 - 22.15** θα πραγματοποιηθεί η βράβευση των τριών (3) καλύτερων προφορικών ανακοινώσεων και των τριών (3) καλύτερων αναρτημένων ανακοινώσεων του Συνεδρίου. Τα τρία (3) βραβεία των προφορικών ανακοινώσεων συνοδεύονται από χρηματικά έπαθλα αξίας 500 €, 300 € και 200 € αντίστοιχα και τα τρία (3) βραβεία των αναρτημένων ανακοινώσεων συνοδεύονται από χρηματικά έπαθλα αξίας 250 €, 150 € και 100 € αντίστοιχα.

Κλινικά Φροντιστήρια

Στο πλαίσιο του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθούν Κλινικά Φροντιστήρια 2 ωρών το καθένα σε παράλληλες αίθουσες - Βασικές Θεωρητικές Γνώσεις & Επίδειξη Τεχνικής με συμμετοχή. Τα Φροντιστήρια απευθύνονται σε Επαγγελματίες Υγείας και είναι για περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων (30 άτομα / φρονιστήριο).

Το ποσό εγγραφής ανά φρονιστήριο ανέρχεται στο ποσό των **40 €** και θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας. Η εγγραφή στο Συνέδριο αποτελεί προϋπόθεση παρακολούθησης του φρονιστηρίου. Η Οργανωτική Επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα ακύρωσης κάποιου φρονιστηρίου σε περίπτωση που δεν συμπληρωθεί ο απαιτούμενος αριθμός συμμετεχόντων.

Στην παραπάνω τιμή **συμπεριλαμβάνεται** ΦΠΑ 23%

Θέματα Φρονιστηρίων

- Ηλεκτροκαρδιογραφία - βηματοδότηση - απινίδωση (βασικές αρχές)
- Υπερηχογραφία
 - α. Υπέρηχος κοιλίας
 - β. Υπέρηχος καρωτίδας
 - γ. Υπέρηχος καρδιάς
- Μέθοδοι ελέγχου καρδιαγγειακού συστήματος και παρεμβάσεις
 - α. 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης και ρυθμού
 - β. PWV
 - γ. ABI
 - δ. Βυθοσκόπηση
 - ε. Νεφρική συμπαθητική απονεύρωση
- Αυτομέτρηση στο σακχαρώδη διαβήτη - έλεγχος περιφερικής νευροπάθειας - διερεύνηση νευροπάθειας του αυτόνομου νευρικού συστήματος - διαβητικό πόδι - ενέσιμα θεραπευτικά σχήματα (ινσουλίνη, GLP-1 ανάλογα, γλυκαγόνη) - αντλίες ινσουλίνης
- Ισοζύγιο υγρών ηλεκτρολυτών, οξεοβασική ισορροπία - διαταραχές
- Εκτίμηση - αντιμετώπιση ασθενούς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο - σπιρομέτρηση - αέρια αίματος
- Νοσηλευτική φροντίδα χρόνιων νοσημάτων - φροντίδα ασθενών με άνοια
- Βασικές αρχές φυσικής αποκατάστασης
- Διαιτολογία - διατροφολογία σε ασθενείς με παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα, χρόνια νεφρική και ηπατική νόσο
- Εντατικολογία: σήψη - καταπληξία - καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση - πνευμονική εμβολή
- Δερματικές και στοματολογικές εκδηλώσεις νοσημάτων της παθολογίας
- Ειδικές λοιμώξεις της κοινότητας (HIV λοίμωξη, φυματίωση). Προβλήματα εμβολιασμών



Συνοπτικό Πρόγραμμα

- Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015
- Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015
- Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015

Συνοπτικό Πρόγραμμα

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Ι		ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ ΙΙ	
07.30 - 09.30	ΕΓΓΡΑΦΕΣ		
08.00 - 09.30	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι (ΠΑ01-ΠΑ10) Πρόεδροι: Κ. Γκόγκος, Γ. Μπομπότης		
09.30 - 11.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Καρδιολογία» Πρόεδροι: Φ. Τρυσσοκιάδης, Σ. Γαβριηλίδης Ομιλητές: Δ. Ρίχτερ, Δ. Κωνσταντίνου, Β. Βασιλικός	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Ενδοκρινολογία» Πρόεδροι: Κ. Μάρκου, Γ. Κρασάς Ομιλητές: Ν. Ποντακίδης, Θ. Τζώτζας, Δ. Γουλής	
11.00 - 11.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Μικροβιακή αντοχή: Ένα παγκόσμιο πρόβλημα» Πρόεδρος: Α. Γκάικας | Ομιλητές: Σ. Μυγιάκης	ΔΙΑΛΕΞΗ «Θεραπεία με θυροξίνη: προβλήματα και προοπτικές» Πρόεδρος: Φ. Καθδρυμίδης, Ε. Πανταζή Ομιλήτρια: Ι. Κώστογλου - Αθανασίου	
11.30 - 12.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ		
12.00 - 12.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Συνήθη γηριατρικά προβλήματα: πολυπαραγονική προσέγγιση ηλικιωμένων ασθενών» Πρόεδρος: Σ. Μπακατσέλος | Ομιλητές: Γ. Κούρτογλου	ΔΙΑΛΕΞΗ «Διαχείριση ενδοσσοκομειακών / εξωνσοκομειακών λοιμώξεων σύμφωνα με τις σύγχρονες διεθνείς οδηγίες» Πρόεδρος: Γ. Πετρίκος | Ομιλητές: Σ. Τσιόδρας	
12.30 - 13.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Εξελίξεις στην αντιμετώπιση της αγγειακής εγκεφαλικής νόσου» Πρόεδρος: J. Rudolf | Ομιλητές: Α. Ξάνθος	ΔΙΑΛΕΞΗ “Prevention of type 2 Diabetes mellitus, its complications and specificity of the treatment and care in elderly diabetic patients. Our experience from European DE-PLAN, IMAGE and e PREDICE projects” Πρόεδρος: Χ. Σαμπάνης | Ομιλητές: P. Djordjevic	
13.00 - 13.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ GALENICA «Ανταμιοπεταϊδική αγωγή στη δευτερογενή πρόληψη των ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων: ο ρόλος της τριφλουζόλης» Πρόεδρος: Κ. Μακαρίτσας | Ομιλητές: Γ. Ντάιος	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ	
13.30 - 14.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ BAYER - ELPEN «Νέα αντιπηκτικά στην καθημερινή κλινική πρακτική» Πρόεδρος: Α. Χατζητόλιος Ομιλητές: Κ. Βέμμος, Γ. Γεροτζάφας		
14.30 - 16.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ		
16.30 - 17.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Μεταβολισμός» Πρόεδροι: Γ. Δημητριάδης, Δ. Παπάζογλου Ομιλητές: Ε. Καπάντας, Φ. Ηλιάδης, Ε. Λυμπερόπουλος	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 16.30 - 17.30 «Ογκολογία» Πρόεδροι: Δ. Πεκτασίδης, Χ. Καλόφωνος Ομιλητές: Β. Καραβασίλης, Δ. Κοφτερίδης	
17.00 - 17.30			
17.30 - 18.00			
18.00 - 18.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ		
18.30 - 20.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ NOVARTIS «Μεγαλακρία» Πρόεδρος: Φ. Καθδρυμίδης Ομιλητές: Φ. Καθδρυμίδης, Ε. Μπαλαμώτη - Τσάκωνα, Θ. Φλάσκας		
20.00 - 20.30	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ		
20.30 - 21.15	ΕΝΑΡΤΗΡΙΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ «Ιατρική δεοντολογία» Πρόεδροι: Δ. Τσάμης, Α. Χατζητόλιος • Οριοθέτηση της ποινικής ευθύνης του ιατρού για προσβολές ενόρκων αγαθών των ασθενών από αμέλεια: Μ. Καϊάφα - Γκιμπάνη • Η Ιατρική ευθύνη από τη σκοπιά ενός Αστυκόλογου: Α. Κουτσουράδης		
21.15 - 21.45	ΜΟΥΣΙΚΟ ΗΜΙΩΡΟ ΜΕ ΤΗ ΧΟΡΩΔΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΟΛΛΕΓΙΟΥ		
21.45	ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ		

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ AMFITRION II	ΑΙΘΟΥΣΑ CLIO	ΑΙΘΟΥΣΑ ΚΑΛΛΙΟΠΙ	ΑΙΘΟΥΣΑ AMFITRION I	
				07.30 - 09.30
				08.00 - 09.30
				09.30 - 11.00
				11.00 - 11.30
				11.30 - 12.00
				12.00 - 12.30
				12.30 - 13.00
				13.00 - 13.30
				13.30 - 14.30
ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ I 12.30 - 14.30 «Ηλεκτροκαρδιογραφία - Βηματοδότηση - Απινίδωση (Βασικές Αρχές)» Συντονιστές: Α. Ευθυμιάδης, Σ. Σαββάτης Ομιλητές: Χ. Κυρηζίδης, Ι. Ζαρίφης, Σ. Χατζημητιάδης				
	14.30 - 16.30 «Μέθοδοι ελέγχου Καρδιαγγειακού Συστήματος και παρεμβάσεις» Συντονιστής: Γ. Στεργίου Ομιλητής: Β. Κώτσος Συντονιστής: Κ. Μακαρίτσας Ομιλητής: Κ. Τζιόμαλος Συντονιστής: Γ. Γιαννόγλου Ομιλητής: Δ. Σκούτας Συντονιστής: Σ. Δημητράκος Ομιλήτρια: Α. Μερσίνουγλου Συντονιστής: Μ. Δούμας Ομιλητής: Α. Ζιάκας	14.30 - 16.30 «Αυτομέτρηση στο Σακχαρώδη Διαβήτη - Έλεγχος Περιφερικής Νευροπάθειας - Διερεύνηση Νευροπάθειας του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος - Διαβητικό Πόδι - Ενέσιμα Θεραπευτικά Σχήματα (Ινσουλίνη, GLP-1, Ανάλογα, Γλυκαγόνη) - Αντίληξ Ινσουλίνης» Συντονιστές: Τ. Διδάγγελος, Μ. Αρχανιωτάκη, Δ. Σμελίδης, Μ. Αλεβίζος Ομιλητές: Α. Ζαντίδης, Α. Tesfaye, Ζ. Μούσλεχ, Σ. Φωτιάδης		
ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ II 14.30 - 16.30 «Υπερηχογραφία» Συντονιστές: Δ. Καρακώστας, Α. Χαριτάκη Ομιλητές: Ε. Δεσάνης, Σ. Κωτούλας, Θ. Τέγος, Ε. Δεσάνης, Ι. Ευθυμιάδης	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ III	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ IV	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (POSTER) I (AA001-AA038) Πρόεδροι: Σ. Λαμπρόπουλος, Α. Βλαχογιάννης, Χ. Αντώνουγλου	14.30 - 16.30
				16.30 - 17.00
				17.00 - 17.30
				17.30 - 18.00
				18.00 - 18.30
				18.30 - 20.00
				20.00 - 20.30
				20.30 - 21.15
				21.15 - 21.45
				21.45

Συνοπτικό Πρόγραμμα

	ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ I	ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ II
07.45 - 09.45	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II (ΠΑ11-ΠΑ29) Πρόεδροι: Κ. Μιμίδης, Α. Αγραφιώτης	08.00 - 10.00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III (ΠΑ30-ΠΑ39) Πρόεδροι: Α. Παπαδόπουλος, Ε. Πλωμαρίτης
09.45 - 11.10	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Γαστρεντερολογία - Ηπατολογία» Πρόεδροι: Ε. Ακριβιάδης, Γ. Πασιπάς Ομιλήτες: Δ. Χριστοδούλου, Α. Πρωτοπαπός, Ε. Χολογίτας	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 10.00 - 11.30 «Νεφρολογία» Πρόεδρος: Π. Πασαδάκης, Ι. Μπλιέτης Ομιλήτες: Μ. Στάγκου, Δ. Μπαχαράκη, Δ. Βλαχάκος
11.10 - 11.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ	11.30 - 12.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
11.30 - 12.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Παθήσεις Οισοφάγου» Πρόεδρος: Δ. Ταμπάκοπουλος, Ι. Γουλής Ομιλήτες: Μ. Βαβουγι, Ι. Κατσογριδάκης	ΔΙΑΛΕΞΗ 12.00 - 12.30 «Παρηγορική ιατρική. Η αντιμετώπιση του ασθενούς στο τελικό στάδιο των ανιάτων νοσημάτων. Δοντολογικοί προβληματισμοί θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Αντιμετώπιση του πόνου» Πρόεδρος: Δ. Βασιλάκος | Ομιλήτες: Π. Μακρυντωνιάκης
12.30 - 13.00	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ASTELLAS «C. Difficile μια αναδυόμενη επιδημία, διαγνωστικές και θεραπευτικές προτάσεις» Πρόεδρος: Γ. Νταλέκος Ομιλήτης: Ε. Γιαμαρέλλης - Μπουρμούλης	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
13.00 - 13.30	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ WIN MEDICA «Σύγχρονη αντιμετώπιση ασθενών με Διαβήτη τύπου 2, παρουσίαση περιστατικών» Πρόεδρος: Εμ. Πάγκαλος | Ομιλήτης: Δ. Σκούτας	
13.30 - 14.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Υπερευαισθησία και ανοσοκαταστολή» Πρόεδρος: Π. Μπούρα | Ομιλήτης: Π. Σκένδρος	
14.00 - 14.30	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ Η ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗΣ «Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και αποκατάσταση» Πρόεδρος: Χ. Σαββόπουλος | Ομιλήτρια: Ε. Μούζα	
14.30 - 16.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ	
16.30 - 17.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Πνευμονολογία» Πρόεδροι: Π. Πατάκα - Αργυροπούλου, Κ. Γουργουλιάνης Ομιλήτες: Σ. Τρύφων, Θ. Κοντακιώτης	ΔΙΑΛΕΞΗ 16.30 - 17.00 «Πυρετός αγνώστου αιτιολογίας» Πρόεδρος: Μ. Σιών | Ομιλήτης: Χ. Κούτρας 17.00 - 17.30 «Περιφερική αγγειοπάθεια» Πρόεδρος: Μ. Αρχανιατάκη | Ομιλήτης: Ν. Παπάνας
17.30 - 18.00	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ NOVARTIS «Η αλλαγή της θεραπευτικής προσέγγισης του ασθενή με ΧΑΠ: Διπλή βροχοδιαστολή: το νέο κεφάλαιο» Πρόεδρος: Χ. Σαββόπουλος | Ομιλήτης: Π. Στερόπουλος	ΔΙΑΛΕΞΗ «Ψυχοσωματικά προβλήματα, εξαρτήσεις και κατάθλιψη στην κλινική πράξη του παθολόγου» Πρόεδρος: Α. Ιακωβίδης Ομιλήτης: Κ. Φουντουλάκης
18.00 - 18.30	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ASTRAZENECA «Αντιμετωπίζοντας το διαβήτη τύπου 2 ανεξάρτητα από την ινσουλίνη: Κλινικά δεδομένα για την ένταξη των SGLT2 αναστολέων στην καθημερινή κλινική πράξη» Πρόεδρος: Α. Τσάπας | Ομιλήτης: Ε. Ρίζος	ΔΙΑΛΕΞΗ «Differential diagnosis and treatment of chronic constipation and diarrhea in clinical practice of the Internist» Πρόεδρος: Α. Χατζηπόλιος, Εμ. Σινάκος Ομιλήτης: Γ. Triadafilopoulos
18.30 - 19.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ	
19.00 - 19.30	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ NOVO «Θεραπεία με τη νέα βασική ινσουλίνη Degludec» Πρόεδρος: Δ. Παπάζογλου | Ομιλήτης: Ν. Παπάνας	
19.30 - 20.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «From Kudo's Pit Pattern Classification to endocytoscopy» Πρόεδροι: Ν. Ελευθεράδης, Η. Nakamura Ομιλήτης: Σ.-Ε. Kudo	
20.00 - 20.30	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ GENESIS PHARMA «Προκλήσεις και διλήμματα στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών με ΜΔΣ» Πρόεδρος: Κ. Τσαταλάς | Ομιλήτης: Ι. Κοτσιανίδης	
20.30 - 21.30	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ SANOFI «Ενέσιμες αγωγές στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2» Πρόεδρος: Χ. Μανές Ομιλήτες: Γ. Δημητριάδης, Ι. Αβραμίδης	

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

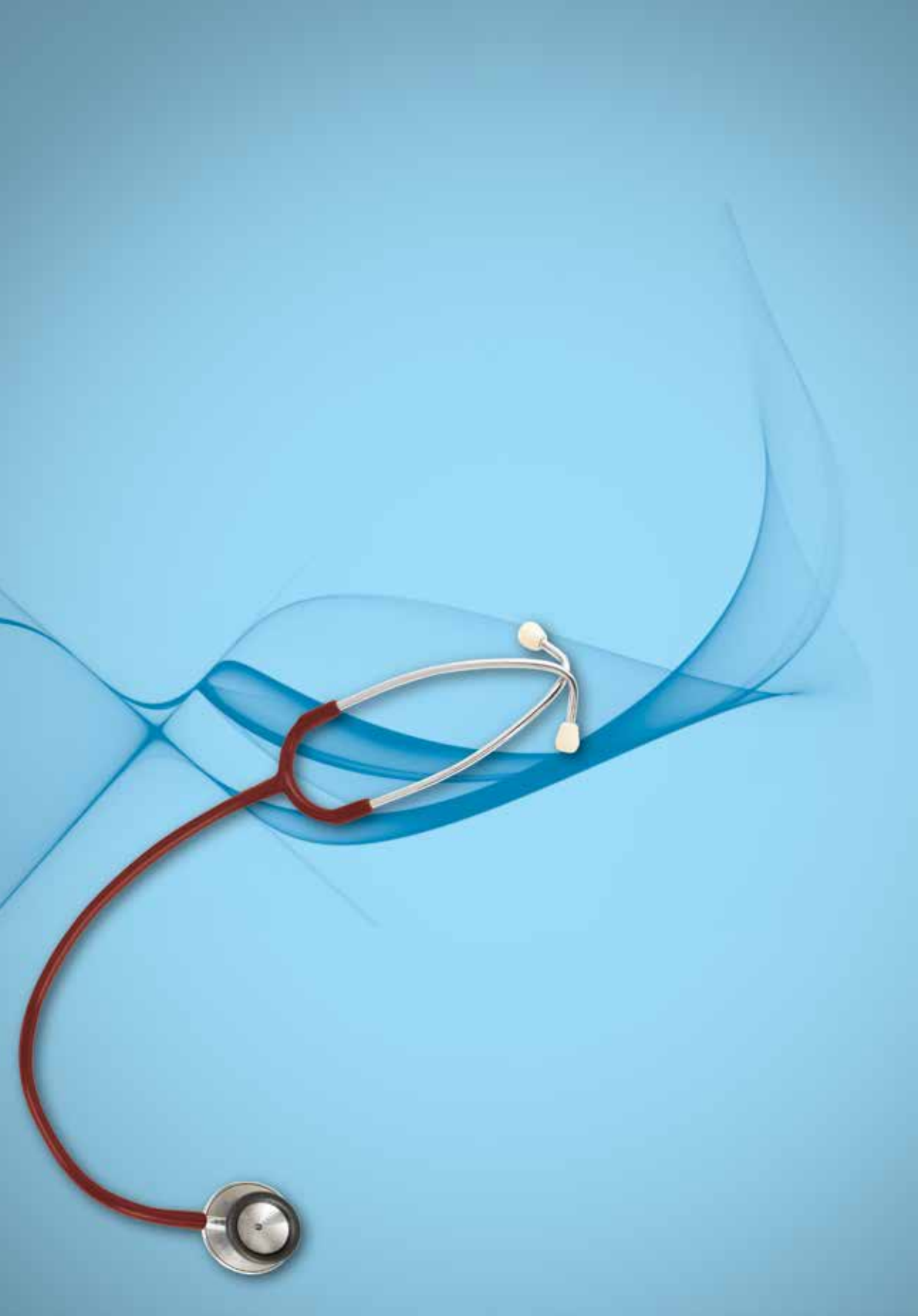
ΑΙΘΟΥΣΑ AMFITRION II	ΑΙΘΟΥΣΑ CLIO	ΑΙΘΟΥΣΑ ERATO	ΑΙΘΟΥΣΑ KALLIOPI	ΑΙΘΟΥΣΑ AMFITRION I	
					07.45 - 09.45
					09.45 - 11.10
					11.10 - 11.30
					11.30 - 12.30
					12.30 - 13.00
					13.00 - 13.30
					13.30 - 14.00
					14.00 - 14.30
	14.30 - 16.30	14.30 - 16.30	14.30 - 16.30	14.30 - 16.30	14.30 - 16.30
ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ V «Ισοζύγιο Υγρών Ηλεκτρολυτών, Οξεοβασική Ισορροπία - Διαταραχές» Συντονιστές: Π. Ζεμπεκιάκης, Δ. Γρέκας, Γ. Ευστρατιάδης Ομιλητές: Γ. Λιάμης, Α. Σιούλης, Ι. Καλεβρσόγλου, Μ. Ελισάφ	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ VI «Εκτίμηση - Αντιμετώπιση ασθενούς με ΧΑΠ και σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο - Σπυρομέτρηση - Δείρια αίματος» Συντονιστές: Κ. Ζαρογουλίδης, Ν. Σιαφάκας Ομιλητές: Η. Τπόπουλος, Α. Παπαγιάννης, Ε. Δασκαλοπούλου	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ VII «Νοσηλευτική φροντίδα χρονίων νοσημάτων - φροντίδα ασθενών με άνοια» Συντονιστές: Κ. Καζάκος, Εμ. Πάγκαλος, Κ. Κουτσιαντά, Μ. Τσολάκη Ομιλητές: Δ. Θεοφανίδης, Δ. Κώττα, Μ. Αποστολοπούλου, Θ. Τέγος	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ VIII «Βασικές αρχές φυσικής αποκατάστασης» Συντονιστές: Ξ. Κροκίδης, Α. Υάκινθος, Κ. Γεωργεφένδης Ομιλητές: Ε. Μούζα, Θ. Λοιζίδης	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (POSTER) II (AA039-AA088) Πρόεδρος: Ν. Ελευθεριάδης, Α. Θωμάπουλος, Α. Πολυμέρης, Μ. Σώμαλη, Β. Λιακόπουλος	14.30 - 16.30
					16.30 - 17.30
					17.30 - 18.00
					18.00 - 18.30
					18.30 - 19.00
					19.00 - 19.30
					19.30 - 20.00
					20.00 - 20.30
					20.30 - 21.30

Συνοπτικό Πρόγραμμα

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι	
07.45 - 08.30	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV (ΠΑ40-ΠΑ46) Πρόεδροι: Κ. Μιχαήλακης, Π. Σταφυλιάς
08.30 - 10.00	ΣΤΡΟΓΥΛΟ ΠΡΑΞΕΩ «Αιματολογία» Πρόεδροι: Μ. Αλεξανδράκης, Α. Συμεωνίδης | Ομιητές: Ε. Μανδαλά, Β. Περιφάνης, Δ. Τσακίρης
10.00 - 10.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Novel oral anticoagulants: a new era» Πρόεδρος: Β. Γαρυπίδου | Ομιητής: R. Hobbs
10.30 - 11.30	ΣΥΝΑΓΩΓΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΔΙΚΟ Με την ευγενική χορηγία της AMGEN «Ανταπόκριση των αιματολογικών κακοηθειών στους αιμοποιητικούς αυξητικούς παράγοντες» Πρόεδρος: Δ. Μαργαρίτης | Ομιήτρια: Γ. Καϊάφα
ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ	
12.00 - 12.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «TPO-R agonists in MDS and bone marrow failure syndromes» Πρόεδρος: Ι. Κλωνιάκης | Ομιητής: G.J. Mufti
12.30 - 13.00	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΥΛ Α.Ε.Β.Ε. «Ο ρόλος των αιματολογικών ασθενών με αυξημένη γλυκόζη: είναι όλες οι στατίνες ίδιες;» Πρόεδρος: Α. Χατζητόλιος | Ομιητής: Β. Κώτσος
13.00 - 13.30	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ PFIZER «Ο ρόλος της τεγκεκλιθίνης στην εποχή της μικροβιακής αντοχής - Εμπειρία από μελέτες παρατήρησης στην Ευρώπη» Πρόεδρος: Ε. Μαϊτζέζος | Ομιητής: Ν. Σύμας
13.30 - 14.30	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ MSD & BIANEX «Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας» Πρόεδρος: Α. Χατζητόλιος | Ομιητές: Α. Χατζητόλιος, Χ. Σαββόπουλος, Χ. Μπιλιώνης
ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ	
16.30 - 17.30	ΣΤΡΟΓΥΛΟ ΠΡΑΞΕΩ «Ρευματολογία - Ανοσολογία» Πρόεδροι: Α. Γαρυφαλλός, Α. Σέττας | Ομιητές: Τ. Σφέτσιος, Π. Αθανασίου
17.30 - 18.00	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ANGELINI «Μικτή αθηρογόνος δυσλιπιδαιμία: Κρίσιμα κλινικά ερωτήματα και απαντήσεις με στόχο το μέγιστο όφελος για τους ασθενείς της καθημερινής κλινικής πράξης» Πρόεδρος: Α. Χατζητόλιος | Ομιητής: Β. Άθυρος
18.00 - 18.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Διάγνωση και διαφορική διάγνωση ηπατικών νόσων με βάση τον εργαστηριακό έλεγχο» Πρόεδρος: Γ. Νταλέκος | Ομιητής: Σ. Ντουράκης
18.30 - 19.00	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ MENARINI «Η εξελικτική πορεία της θεραπείας των αλλεργικών νόσων» Πρόεδρος: Χ. Σαββόπουλος | Ομιητής: Ι. Σιδηρόπουλος
ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ	
19.30 - 20.00	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ABBOTT «Σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση διαβητικού ασθενούς με μεικτή δυσλιπιδαιμία. Οφέλη της συνδυαστικής θεραπείας» Πρόεδρος: Χ. Σαββόπουλος | Ομιητής: Ε. Λυμπερόπουλος
20.00 - 20.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Κριτική θεώρηση των θεραπευτικών αλγορίθμων για το σακχαρώδη διαβήτη» Πρόεδρος: Ι. Κυριαζής | Ομιήτρια: Ε. Χατζηαγγελάκη
20.30 - 21.30	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ NOVARTIS «Η αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη & της αρτηριακής υπέρτασης, ως των δύο ισχυρότερων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου» Πρόεδρος: Α. Χατζητόλιος | Ομιητές: Π. Χαλβασιώτης, Χ. Σαββόπουλος
21.30 - 22.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Preventing CVD by Optimising BP Management - Low Hanging Fruit!» Πρόεδρος: Α. Χατζητόλιος | Ομιητής: Ν. Poulter
22.00 - 22.15	ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ - ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ AMFITRION II	ΑΙΘΟΥΣΑ CLIO	ΑΙΘΟΥΣΑ ERATO	ΑΙΘΟΥΣΑ ΚΑΛΛΙΟΠΙ	ΑΙΘΟΥΣΑ AMFITRION I	
					07.45 - 08.30
					08.30 - 10.00
					10.00 - 10.30
					10.30 - 11.30
					11.30 - 12.00
					12.00 - 12.30
					12.30 - 13.00
					13.00 - 13.30
					13.30 - 14.30
14.30 - 16.30 «Διατολογία - Διατροφολογία σε ασθενείς με παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα, χρόνια νεφρική και ηπατική νόσο» Συντονιστές: Μ. Χασαπίδου, Α. Αμπραχαμιάν - Μιχαήλα, Α. Αλαβέρας, Δ. Κιόρτσος Ομιλητές: Χ. Δημητρούλα, Ε. Φωτιάδου, Π. Γιαννουλάκη, Α. Κόκκαλη, Μ. Γραμματικοπούλου	14.30 - 16.30 «Εντατικολογία: Σήψη - Καταπληξία - Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση - Πνευμονική Εμβολή» Συντονιστές: Ε. Ζακυνθινός, Ι. Πνευματικός Ομιλητές: Ε. Μουλούδη, Φ. Γκιρτοβίτης, Ε. Μάσσα, Β. Γροσμανίδης, Ι. Στυλιάδης	14.30 - 16.30 «Δερματικές και στοματολογικές εκδηλώσεις νοσημάτων της παθολογίας» Συντονιστές: Δ. Σωτηριάδης, Α. Μαρκόπουλος Ομιλητές: Α. Πατσαστή, Δ. Ζησόπουλος, Α. Πουλόπουλος	14.30 - 16.30 «Ειδικές λοιμώξεις της κοινότητας (HIV Λοίμωξη, Φυματίωση). Προβλήματα εμβολιασμών» Συντονιστές: Ε. Μαϊτέζος, Γ. Δαΐκος, Μ. Δανιηλίδης Ομιλητές: Π. Παναγόπουλος, Σ. Μεταλήδης, Ε. Ψωμάς	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (POSTER) III (AA089-AA101) Πρόεδροι: Σ. Βακαλοπούλου, Μ. Παπαϊωάννου	14.30 - 16.30
ΚΑΙΝΗΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ IX	ΚΑΙΝΗΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ X	ΚΑΙΝΗΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ XI	ΚΑΙΝΗΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ XII		16.30 - 17.30
					17.30 - 18.00
					18.00 - 18.30
					18.30 - 19.00
					19.00 - 19.30
					19.30 - 20.00
					20.00 - 20.30
					20.30 - 21.30
					21.30 - 22.00
					22.00 - 22.15





Επιστημονικό Πρόγραμμα

- Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015
- Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015
- Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

07.30 - 09.30 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

08.00 - 09.30 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι (ΠΑ01-ΠΑ10)

Πρόεδροι: Κ. Γκόγκος, Γ. Μπομπότης

ΠΑ01 Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ ΕΝΙΣΧΥΕΙ ΤΗ ΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ

Μπάρκας Φ., Λιάμης Γ., Λυμπερόπουλος Ε., Κηλούρας Ε., Παναγιωτοπούλου Θ., Ελίσάφ Μ.

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

ΠΑ02 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΡΥΠΑΝΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Κακαλήτσος Ν.¹, Τζόμαλος Κ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Ρήγα Μ.², Μπουζιανά Σ.¹, Σπανού Μ.¹, Κωστάκη Σ.¹, Αγγελιοπούλου Σ.¹, Καρατζάς Κ.², Χατζητόλης Ι. Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Μηχανολόγων Μηχανικών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΠΑ03 Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Αγαπάκης Δ., Γώγος Χ., Γκουρμπαλιώτης Α., Παπανικολάου Γ., Κωταΐδου Ε., Σάτσογλου Α.

Γ.Ν. Γουμένισσας, Κίρκης

ΠΑ04 LOCAL HEMODYNAMIC MICROENVIRONMENT GUIDES MANAGEMENT OF CORONARY ARTERY ULCERATED PLAQUE

Giannopoulos A.^{1,2}, Antoniadis A.^{1,2}, Chatzitoliou A.³, Ziakas A.², Savopoulos C.³, Karvounis H.², Giannoglou G.², Chatzizisis Y.^{1,2}

¹ Cardiovascular Division, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

² First Department of Cardiology, AHEPA University Hospital, Aristotle University Medical School, Thessaloniki, Greece

³ First Propedeutic Medical Department, AHEPA University Hospital, Aristotle University Medical School, Thessaloniki, Greece

ΠΑ05 ΠΟΣΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΩΝ ESC/EAS ΚΑΙ 2013 ACC/AHA ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ; ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΛΙΠΙΔΙΩΝ

Μπάρκας Φ., Λιάμης Γ., Παναγιωτοπούλου Θ., Μηλιώνης Χ., Ελίσάφ Μ., Λυμπερόπουλος Ε.

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

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

ΠΑ06 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Κακαλιέτσος Ν.¹, Ντάιος Γ.², Μηλιώνης Χ.³, Χάιδις Α.-Μ.⁴, Μακαρίτσας Κ.², Σαββόπουλος Χ.¹, Berge Ε.⁵, Χατζητόλιος Ι. Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

² Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα

³ Β΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁴ Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

⁵ Department of Internal Medicine, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

ΠΑ07 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΩΝ ΑΠΙΝΙΔΩΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Κωνσταντίνου Δ.¹, Ευθυμιάδης Γ.¹, Βασιλικός Β.¹, Παρασκευαΐδης Σ.¹, Παγκουρέλιας Ε.¹, Μαρον Β.², Καρβούνης Χ.¹

¹ Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα

² Hypertrophic Cardiomyopathy Center, Minneapolis Heart Institute Foundation, Minneapolis, MN, USA

ΠΑ08 ΜΗ ΒΑΛΒΙΔΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ: ΚΟΥΜΑΡΙΝΙΚΑ Ή ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ; ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΓΟΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΣΗΤΕΙΑΣ

Παπακωνσταντίνου Π., Ασημακοπούλου Ν., Γαργεράκη Α., Μηντζαρίδης Ε.

Γενικό Νοσοκομείο- Κέντρο Υγείας Σητείας, Σητεία, Λασιθί, Κρήτη

ΠΑ09 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γκιάτα Ο.¹, Παγανάς Α.², Γκαρτζιούλας Γ.², Μπαθιάσκας Π.², Ρουσάκης Ν.², Σεκέρη Ζ.³

¹ Επιμ. Β΄

² Επιμ. Α΄

³ Δ/ντρια, Κ.Υ. Λιτοχώρου Περίας

ΠΑ10 ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ LANE-HAMILTON (ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗ) ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

Τρύφων Σ.^{1,2}, Lorenzo Κ.², Σαρόγλη Μ.¹, Specks U.²

¹ Α΄ Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκη

² Pulmonary Dpt; Mayo Clinic Rochester, MN, USA

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

09.30 - 11.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

«Καρδιολογία»

Πρόεδροι: **Φ. Τρυποσκιάδης, Σ. Γαβριηλίδης**

- Χρόνια στεφανιαία νόσος και οξύ στεφανιαίο σύνδρομο: **Δ. Ρίχτερ**
- Καρδιακή ανεπάρκεια: **Δ. Κωνσταντίνου**
- Διαταραχές ρυθμού: **Β. Βασιλικός**

11.00 - 11.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

«Μικροβιακή αντοχή: Ένα παγκόσμιο πρόβλημα»

Πρόεδρος: **Α. Γκίκας**

Ομιλητής: **Σ. Μυγιάκης**

11.30 - 12.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

12.00 - 12.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

«Συνήθη γηριατρικά προβλήματα: πολυπαραγοντική προσέγγιση ηλικιωμένων ασθενών»

Πρόεδρος: **Σ. Μπακατσέλος**

Ομιλητής: **Γ. Κούρτογλου**

12.30 - 13.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

«Εξελιξείς στην αντιμετώπιση της αγγειακής εγκεφαλικής νόσου»

Πρόεδρος: **J. Rudolf**

Ομιλητής: **Α. Ξάνθης**

13.00 - 13.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ GALENICA**

«Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στη δευτερογενή πρόληψη των ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων: ο ρόλος της τριφλουζάλης»

Πρόεδρος: **Κ. Μακαρίτσας**

Ομιλητής: **Γ. Ντάιος**

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

13.30 - 14.30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ BAYER - ELPEN

«Νέα αντιπηκτικά στην καθημερινή κλινική πρακτική»

Πρόεδρος: **Α. Χατζητόλιος**

Εισαγωγή: **Α. Χατζητόλιος**

- Κοιλιακή μαρμαρυγή και εγκεφαλικά: κλινικές περιπτώσεις ασθενών στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη: **Κ. Βέμμος**
 - Πρόληψη και θεραπεία της φλεβικής θρομβοεμβολής: Κλινικές περιπτώσεις ασθενών: **Γ. Γεροτζιάφας**
- Συζήτηση - Συμπεράσματα

14.30 - 16.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

16.30 - 18.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Μεταβολισμός»

Πρόεδροι: **Γ. Δημητριάδης, Δ. Παπάζογλου**

- Παχυσαρκία: **Ε. Καπάντας**
- Σακχαρώδης Διαβήτης τ1 και τ2: **Φ. Ηλιάδης**
- Δυσλιπιδαιμίες: **Ε. Λυμπερόπουλος**

18.00 - 18.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

18.30 - 20.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΝΟΒΑΡΤΙΣ

«Μεγαλακρία»

Πρόεδρος: **Φ. Καθδρυμίδης**

- Η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης στη μεγαλακρία: **Φ. Καθδρυμίδης**
- Δερματολογικές εκδηλώσεις της μεγαλακρίας:
Ε. Μπαλαμώτη - Τσάκωνα
- Χειρουργική αντιμετώπιση μεγαλακρίας: **Θ. Φλιάσкас**

20.00 - 20.30 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

20.30 - 21.15 **ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ**

«Ιατρική δεοντολογία»

Πρόεδροι: **Δ. Τσάμης, Α. Χατζητόλιος**

- Οριοθέτηση της ποινικής ευθύνης του ιατρού για προσβολές εννόμων αγαθών των ασθενών από αμέλεια:

Μ. Καϊάφα - Γκμπάντι

- Η Ιατρική ευθύνη από τη σκοπιά ενός Αστικολόγου: **Α. Κουτσουράδης**

21.15 - 21.45 **ΜΟΥΣΙΚΟ ΗΜΙΩΡΟ ΜΕ ΤΗ ΧΟΡΩΔΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΟΛΛΕΓΙΟΥ**

21.45 **ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ**

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ II

09.30 - 11.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

«Ενδοκρινολογία»

Πρόεδροι: **Κ. Μάρκου, Γ. Κρασσάς**

- Νοσήματα θυρεοειδούς: **Ν. Ποντικίδης**
- Οστεοπόρωση, ασβέστιο και οστικός μεταβολισμός: **Θ. Τζώτζας**
- Νοσήματα υπόφυσης και επινεφριδίων: **Δ. Γουλής**

11.00 - 11.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

«Θεραπεία με θυροξίνη: προβλήματα και προοπτικές»

Πρόεδροι: **Φ. Καθδρυμίδης, Ε. Πανταζή**

Ομιλήτρια: **Ι. Κώστογλου - Αθανασίου**

11.30 - 12.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

12.00 - 12.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

«Διαχείριση ενδοσσοκομειακών / εξωνσοκομειακών λοιμώξεων σύμφωνα με τις σύγχρονες διεθνείς οδηγίες»

Πρόεδρος: **Γ. Πετρίκκος**

Ομιλητής: **Σ. Τσιόδρας**

12.30 - 13.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

“Prevention of type 2 Diabetes mellitus, its complications and specificity of the treatment and care in elderly diabetic patients. Our experience from European DE-PLAN, IMAGE and e PREDICE projects”

Πρόεδρος: **Χ. Σαμπάνης**

Ομιλητής: **P. Djordjevic**

13.00 - 16.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ II

16.30 - 17.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

«Ογκολογία»

Πρόεδροι: **Δ. Πεκτασίδης, Χ. Καλόφωνος**

- Η θέση του προληπτικού ελέγχου στην πρώιμη διάγνωση και αντιμετώπιση των νεοπλασμάτων: **Β. Καραβασίλης**
- Παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις: **Δ. Κοφτερίδης**

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΟΝ II

12.30 - 14.30 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ I**

«Ηλεκτροκαρδιογραφία - Βηματοδότηση - Απινίδωση (Βασικές Αρχές)»

Συντονιστές: **Α. Ευθυμιάδης, Σ. Σαββάτης**

- Απινίδωση (Βασικές Αρχές): **Χ. Κυρπιζίδης**
- Βηματοδότηση: **Ι. Ζαρίφης**
- Ηλεκτροκαρδιογραφία: **Σ. Χατζημιητιάδης**

14.30 - 16.30 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ II**

«Υπέρηχογραφία»

Συντονιστές: **Δ. Καρακώστας, Χ. Πίτσας, Α. Χαριτάντη**

- Υπέρηχος κοιλίας: **Ε. Δεσάνης, Σ. Κωτούλας**
- Υπέρηχος καρωτίδας: **Θ. Τέγος, Ε. Δεσάνης**
- Υπέρηχος καρδιάς: **Ι. Ευθυμιάδης**

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ CLIO

14.30 - 16.30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ III

«Μέθοδοι ελέγχου Καρδιαγγειακού Συστήματος και παρεμβάσεις»

Συντονιστής: **Γ. Στεργίου**

- 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης και ρυθμού: **Β. Κώτσας**

Συντονιστής: **Κ. Μακαρίτσας**

- PWV: **Κ. Τζιόμαλος**

Συντονιστής: **Γ. Γιαννόγλου**

- ABI: **Δ. Σκούτας**

Συντονιστής: **Σ. Δημητράκος**

- Βυθοσκόπηση: **Α. Μερσίνογλου**

Συντονιστής: **Μ. Δούμας**

- Νεφρική Συμπαθητική Απονεύρωση: **Α. Ζιάκας**

ΑΙΘΟΥΣΑ ΚΑΛΛΙΟΡΙ

14.30 - 16.30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ IV

«Αυτομέτρηση στο Σακχαρώδη Διαβήτη - Έλεγχος Περιφερικής Νευροπάθειας - Διερεύνηση Νευροπάθειας του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος - Διαβητικό Πόδι - Ενέσιμα Θεραπευτικά Σχήματα (Ινσουλίνη, GLP-1, Ανάλογο, Γλυκαγόνη) - Αντιίλιες Ινσουλίνης»

Συντονιστές: **Τ. Διδάγγελος, Μ. Αρχανιωτάκη, Δ. Σιμελίδης, Μ. Αλεβίζος**

- Έλεγχος περιφερικής νευροπάθειας - Διερεύνηση νευροπάθειας του αυτόνομου νευρικού συστήματος: **Α. Ζαντίδης**
- Διαβητικό πόδι: **Α. Tesfaye**
- Αυτομέτρηση στο σακχαρώδη διαβήτη - Ενέσιμα θεραπευτικά σχήματα (Ινσουλίνη, GLP-1, Ανάλογο, Γλυκαγόνη, Αντιίλιες ινσουλίνης): **Ζ. Μούσιες**
- Αυτομέτρηση στο σακχαρώδη διαβήτη - Ενέσιμα θεραπευτικά σχήματα (Ινσουλίνη, GLP-1, Ανάλογο, Γλυκαγόνη): **Σ. Φωτιάδης**

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΛΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΟΝ Ι

14.30 - 16.30

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (POSTER) I
(ΑΑ001-ΑΑ038)

Πρόεδροι:

Σ. Λαμπρόπουλος (ΑΑ003, ΑΑ009, ΑΑ010, ΑΑ011, ΑΑ019, ΑΑ023, ΑΑ032, ΑΑ033, ΑΑ034, ΑΑ035)

Α. Βλάχογιάννης (ΑΑ002, ΑΑ005, ΑΑ006, ΑΑ008, ΑΑ012, ΑΑ013, ΑΑ015, ΑΑ018, ΑΑ021, ΑΑ022, ΑΑ025, ΑΑ027, ΑΑ028, ΑΑ030)

Χ. Αντώνογλου (ΑΑ001, ΑΑ004, ΑΑ007, ΑΑ014, ΑΑ016, ΑΑ017, ΑΑ020, ΑΑ024, ΑΑ026, ΑΑ029, ΑΑ031)

ΑΑ001 ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Καραγιαννάκη Α., Μελικόκη Β., Περίφανος Γ., Περληπέ Κ., Γκιουλέκας Φ., Πουλιανίτη Ε., Πουλικάκου Μ., Τσαντζαλή Ι., Λαζάρου Χ., Μπεράντζε Ν., Παλιάντζας Θ., Καδίτη Σ., Περληπέ Φ., Σιδηρόπουλος Γ., Παπαγεωργίου Κ., Παπαβασιλείου Β., Βέμμος Κ., Μακαρίτσης Κ., Ντάιος Γ., Νταϊλέκος Γ.

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

ΑΑ002 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ. ΧΡΗΣΕΙ Ή ΟΧΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ; ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τσιμπιδάκης Α., Νικολόπουλος Δ., Κρητικός Κ.

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καρπενεσίου

ΑΑ003 Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ: ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ;

Παπακωνσταντίνου Π., Ασημακοπούλου Ν., Γαργεράκη Α., Μηντζαρίδης Ε.

Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Σπτείας, Σπτεία, Λασιθί, Κρήτη, Ελλάδα

ΑΑ004 ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΕΕ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ντασιποπούλου Χ., Τσιλιγκερίδου Α., Αναγνωστοπούλου Α., Σγουτζάκος Σ., Κατσάνος Ι., Κυριακίδου Α., Σκούτας Δ., Μούζα Ε.

Κ.Α.Α. Αναγέννηση

ΑΑ005 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΙΟ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΙΚΑΝΟ ΝΕΑΡΟ ΕΝΗΛΙΚΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Βασιλείου Α.-Μ., Αναστασιάδου Α., Σαχινίδης Α., Κεχαγιά Ε., Τσεκούρα Ι.

Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας-Γαννιτσών, Παθολογική Κλινική, Γαννιτσά

ΑΑ006 ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΩΣ ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ζήσης Χ.¹, Δεληγιάννης Γ.¹, Παπαδάτος Σ.¹, Μυλωνάς Κ.², Μυλωνάς Σ.¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

² Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΟΝ Ι

ΑΑ007 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)

Αυγέρη Σ.¹, Μαυρίδης Ε.¹, Χατζητόλιος Α.² Πλωμαρίτης Ε.³, Χατζηδημητρίου Μ.⁴, Μπεηλάλη Θ.⁵, Κυριαζόπουλος Α.², Σαββόπουλος Χ.²

¹ Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

³ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

⁴ Τμήμα Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

⁵ Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

ΑΑ008 ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΟΛΕΙΟΜΥΟΜΑΤΩΣΗ (LAM): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πορπόδης Κ., Παπακάθα Ε., Παπαϊωάννου Α., Κωσταντά Σ., Παπακώστα Δ.

Πνευμονολογική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Εξοχή, Θεσσαλονίκη

ΑΑ009 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΜΥΞΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΚΟΛΠΟ

Σοφούλης Σ.¹, Βαλατσού Α.¹, Κανέλλης Η.², Χαλκίδου Μ.¹, Καδόγλου Ν.³, Βαλιούκας Δ.¹, Λαμπρόπουλος Σ.¹

¹ Καρδιολογική Κλινική, Μαμάτσειο-Μποδοσάκειο Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας

² Α΄ Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Κέντρο Αριστείας Αρτηριακής υπέρτασης και Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

³ Heart Hospital, University College of London, UK

ΑΑ010 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΔΑΒΙΓΑΤΡΑΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΗΜΙΑΝΟΨΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Σοφούλης Σ.¹, Βαλατσού Α.¹, Κανέλλης Η.^{2,3}, Τρανουήδου Γ.¹, Χαλκίδου Μ.¹, Αντωνίου Α.³, Λαμπρόπουλος Σ.¹

¹ Καρδιολογική κλινική, Μαμάτσειο-Μποδοσάκειο Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας

² Α΄ Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Κέντρο Αριστείας Αρτηριακής Υπέρτασης και Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

³ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

ΑΑ011 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ

Βαλατσού Α.¹, Σοφούλης Σ.¹, Κανέλλης Η.², Τρανουήδου Γ.¹, Καδόγλου Ν.³, Λαμπρόπουλος Σ.¹

¹ Καρδιολογική κλινική, Μαμάτσειο-Μποδοσάκειο Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας

² Α΄ Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Κέντρο Αριστείας Αρτηριακής Υπέρτασης και Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

³ Heart hospital, university college of London, UK

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΩΝ Ι

AA012 ΕΙΚΟΣΙΕΤΗΣ ΘΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ. ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥΣ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑ (ΔΗΜΟΥΣ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ) ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1991-2010

Παπάζογλου Ν.², Κουλιάρá Π.¹, Κανέλλης Η.¹, Μουρουγλάκης Α.¹, Παπάνας Ν.³, Σαββόπουλος Χ.¹, Μαϊτεζός Ε.³, Χατζητόλιος Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Β΄ Παθολογική Κλινική Γεν. Περιφ. Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

³ Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου-Αλεξανδρούπολης

AA013 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΚΡΙΤΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΟΝΤΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ. ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑΣ (1991-2010) ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ

Παπάζογλου Ν.¹, Κουλιάρá Π.², Τζιόμαλος Κ.², Ηλιάδης Φ.², Διδάγγελος Τ.², Κανέλλης Η.², Τζατζάγου Γ.³, Σαββόπουλος Χ.², Χατζητόλιος Α.²

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική Γεν. Περιφ. Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

² Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. - Γεν. Νοσοκομείου «ΑΧΕΠΑ»

³ Α΄ Παθολογική Κλινική - Γεν. Περιφ. Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

AA014 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΟΥ [ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ] ΑΣΘΕΝΩΝ Μ.Ε.Θ

Σγούρος Κ.¹, Τσέτσου Α.¹, Κορμηνού Δ.¹, Μαχαιρίδου Α.¹, Καθαφάτης Ε.², Ραψιμανίκης Κ. - Π.², Λελέκης Μ.², Κυριαζής Ι.³

¹ Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Μ.Ε.Θ

² Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Παθολογική Κλινική

³ Γ.Ν. Ασκληπείου Βούλας, Α΄ Παθολογική Κλινική και Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας

AA015 COMORBIDITY ANALYSIS AND LONG-TERM MORTALITY IN ACUTE ISCHEMIC STROKE: DATA FROM THE ACUTE STROKE REGISTRY AND ANALYSIS OF LAUSANNE (ASTRAL)

Κακαletsis Ν.¹, Papavasileiou V.¹, Lambrou D.², Eskandari A.², Ntaios G.², Michel P.²

¹ Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

² Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

AA016 ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

Σταμπουλή Σ.^{1,2}, Παπακάτσια Σ.¹, Κοτρώνης Γ.¹, Άντζα Χ.¹, Κώτσος Β.¹

¹ Κέντρο Υπέρτασης-24ωρης καταγραφής της ΑΠ-Κέντρο Αριστείας της ESH, Γ΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

² Α΄ Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΟΝ Ι

AA017 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΜΦΡΑΚΤΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Δήμας Γ.¹, Τέγος Θ.², Κανέλλης Η.^{1,3}, Κωνσταντίνιδης Γ.², Φωτιάδης Σ.¹, Κουφοπούλου Σ.³, Γιανναδάκη Μ.³, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

AA018 TEMPERATURE CHANGE, SHORT- AND LONG-TERM HANDICAP IN ACUTE ISCHEMIC STROKE

Kakaletsis N.¹, Papavasileiou V.¹, Lambrou D.², Ntaios G.², Michel P.²

¹ Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

² Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

AA019 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΑΚΕΤΥΛΟΧΟΛΙΝΗΣ ΚΑΙ Η ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

Δήμας Γ.¹, Τέγος Θ.², Κανέλλης Η.^{1,3}, Κωνσταντίνιδης Γ.², Φωτιάδης Σ.¹, Τσιονόπουλος Γ.³, Παννακάκης Κ.³, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

AA020 COMORBIDITY ANALYSIS AND 3 MONTHS FUNCTIONAL OUTCOME IN ACUTE ISCHEMIC STROKE: DATA FROM ACUTE STROKE REGISTRY AND ANALYSIS OF LAUSANNE (ASTRAL)

Kakaletsis N.¹, Papavasileiou V.¹, Lambrou D.², Eskandari A.², Ntaios G.², Michel P.²

¹ Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

² Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

AA021 ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΟΧΟΝΙΔΙΝΗΣ, ΕΝΟΣ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΓΕΝΕΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΩΣ ΔΡΩΝΤΟΣ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ

Καρήαφτη Ε.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Κοηλιάκος Γ.², Μπαϊτατζή Μ.¹, Διδάγγελος Τρ.¹, Χατζητόλιος Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, «ΑΧΕΠΑ», Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

² Τμήμα Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΩΝ Ι

AA022 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΙ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ STRESS ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΥΠΟΥ 1 ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ II (AGTR1) ΚΑΙ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΓΛΟΥΤΑΘΕΙΟΝΗΣ-S-ΤΡΑΝΣΦΕΡΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (ΔΜΣ)

Αποστολοπούλου Μ., Γούλας Α., Σαββόπουλος Χ., Κοηλιάκος Γ., Φουντουκίδης Η., Σταυρόπουλος Κ., Μαυρουδής Σ., Κώτσος Β., Τσιούφης Κ., Ψυρρόπουλος Δ., Γαβρά Μ., Δαρδαβέσης Θ., Χατζητόλιος Α.

AA023 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ, ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΜΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ(ΑΠ) ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σαββόπουλος Χ., Σταυρόπουλος Κ., Αποστολοπούλου Μ., Σταυρόπουλος Ν., Φουντουκίδης Η., Κουνανής Α., Βενέτη Σ., Καραμανή Π., Προκοπίδης Δ., Μαυρουδής Σ., Μάρκογλου Ν., Χατζητόλιος Α.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

AA024 ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2)

Τσαχουρίδου Ο.¹, Τσοτουλίδης Σ.¹, Γρίβου Κ.¹, Τσαχουρίδης Α.¹, Χριστοφορίδου Ε.¹, Πετρίδης Γ., Μανές Χ.²

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο, Κ.Υ. Κασσανδρείας, Χαλκιδική

² Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

AA025 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Σαχινίδης Α., Τζιόμαλος Κ., Κωστάκη Σ., Αγγελοπούλου Σ., Τσοποζίδη Μ., Σαββόπουλος Χ., Χατζητόλιος Α.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

AA026 ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΕΛΑΣΣΟΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΗΣ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ (ΑΡΟ-Β ΚΑΙ NON-HDL-C) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ Ή ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΩΝ

Μπάρκας Φ., Λιάμης Γ., Κηούρας Ε., Ρίζος Ε., Λυμπερόπουλος Ε., Ελίσαφ Μ.

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

AA027 ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΑΠΟ COXIELLA BURNETTI

Κουσιαπλή Ε., Δραμιώτου Λ., Τούρβα Δ., Νεδέα Μ., Βουνού Ε.

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΟΝ Ι

ΑΑ028 ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)

Μαυρίδης Ε.¹, Αυγέρη Σ.¹, Χατζηδημητρίου Μ.², Μπελλιάνη Θ.³, Γιαρτζά Ε.¹, Σαββόπουλος Χ.⁴

¹ Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Τεχνολογιών Ιατρικών Εργαστηρίων, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

³ Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

⁴ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

ΑΑ029 ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ LDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ, ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Μπάρκας Φ., Λιάμης Γ., Κηλούρας Ε., Λιόντος Α., Λυμπερόπουλος Ε., Ελίσσας Μ.

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

ΑΑ030 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟ ΘΑΛΑΜΟ

Μπεχτοσοπούλου Σ.¹, Θεοφανίδης Δ.², Παντούλα Π.¹, Κακαλιέτσος Ν.¹, Τζιόμαλος Κ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Ι. Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Α.Τ.Ε.Ι.Θ., Θεσσαλονίκη

ΑΑ031 ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ [ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ] ΑΣΘΕΝΕΙΣ Μ.Ε.Θ

Σγούρος Κ.¹, Τσέτσου Α.¹, Κομνηνού Δ.¹, Μαχαιρίδου Α.¹, Καλαφάτης Ε.², Ραψιμανίκης Κ. - Π.², Λελέκης Μ.², Κυριαζής Ι.³

¹ Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Μ.Ε.Θ

² Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Παθολογική Κλινική

³ Γ.Ν. Ασκληπείου Βούλας, Α΄ Παθολογική Κλινική και Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας

ΑΑ032 ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΤΟ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ

Μπεχτοσοπούλου Σ.¹, Θεοφανίδης Δ.², Παντούλα Π.³

¹ Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc(c), Κλινικός Εκπαιδευτής Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Καθηγητής Εφαρμογών, ΜSc, Prof Doc, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΣΕΥΠ, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

³ Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προισταμένη Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΟΝ Ι

ΑΑ033 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΙΕΤΙΑ

Σταυρόπουλος Κ., Σαββόπουλος Χ., Μαυρουδής Σ., Φουντουκίδης Η., Τζιόδα Σ.Τ., Τζαμουράνη Χ., Σταυρόπουλος Ν., Φωτιάδου Ε., Χατζητόλιος Α.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

ΑΑ034 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2(ΣΔ2), ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ(ΑΠ) ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΙΕΤΙΑ

Σταυρόπουλος Κ., Σαββόπουλος Χ., Φουντουκίδης Η., Μαυρουδής Σ., Φρύδας Α., Αναστασιάδου Σ., Σταυρόπουλος Ν., Γουντσιώτη Η., Φωτιάδου Ε., Χατζητόλιος Α.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

ΑΑ035 ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗ ΡΥΠΑΝΣΗ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Κακαλέτσης Ν.¹, Ρήγα Μ.², Τζιόμαλος Κ.¹, Μπουζιανά Σ.¹, Σπανού Μ.¹, Κωστάκη Σ.¹, Αγγελιοπούλου Σ.¹, Κακαλέτσης Σ.², Καρατζάς Κ.², Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Ι. Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Μηχανολόγων Μηχανικών, «Αριστοτέλειο» Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΑΑ036 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΑΕΕ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ξάνθης Α., Τσαγκρίδη Α., Μάττας Γ., Ξενικάκης Μ., Μιχαηλίδου Α., Βλάχογιάννης Α.
Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Δράμας

ΑΑ037 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΑΝ ΤΡΙΦΛΟΥΖΑΛΗ (ΑΦΛΕΝ) ΩΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Κακαλέτσης Ν., Σαββόπουλος Χ., Κουληρά Π., Μουρουγιάκης Α., Κουνανής Α., Μάρκογλου Ν., Ηλιάδης Φ., Χατζητόλιος Ι. Α.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Πέμπτη 26 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΟΝ Ι

ΑΑ038 ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Παπακάτσικα Σ.¹, Κοτρώνης Γ.¹, Άντζα Χ.¹, Δημόπουλος Χ.¹, Σταμπουλή Σ.¹, Κώτσος Β.¹

¹Κέντρο Υπέρτασης-24ωρης καταγραφής της ΑΠ-κέντρο Αριστείας της ESH, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Γ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

07.45 - 09.45

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΙ (ΠΑ11-ΠΑ29)

Πρόεδροι: Κ. Μιμίδης, Α. Αγραφιώτης

ΠΑ11 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙ-VEGF ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Δήμας Γ.¹, Μπαλιάνικας Γ.², Ηλιάδης Φ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Αλεξανδρίδης Α.², Καραματάκης Β.³, Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Οφθαλμολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Πειραματικής Οφθαλμολογίας, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

ΠΑ12 ΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΖΕΛΑΤΙΝΑΣΗΣ-Α ΚΑΙ ΤΟΥ TGF-Β1 ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ, ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΥΠΟΥ 2

Δήμας Γ.¹, Ηλιάδης Φ.¹, Τέγος Θ.², Κανέλλος Η.¹, Σπύρογλου Σ.³, Καραμούζης Ι.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

ΠΑ13 ΜΗ ΕΚΚΡΙΤΙΚΑ ΥΠΟΦΥΣΙΑΚΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΑ (NFPA): «WAIT AND SEE» ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Καραμούζης Ι., Berardelli R., Prencipe N., Berton A., Bona C., Gasco V., Maccario M., Ghigo E., Grotto S.

Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβητολογίας, Τομέας Ιατρικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο του Τορίνο, Ιταλία

ΠΑ14 ΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ MMP-2 ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΝΝ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Δήμας Γ.¹, Τέγος Θ.², Κανέλλος Η.¹, Σπύρογλου Σ.³, Καραμούζης Ι.¹, Φωτιάδης Σ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

ΠΑ15 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ, ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ ΚΑΙ ΓΛΑΥΚΩΜΑ ΣΕ ΚΟΙΝΟ ΠΑΘΟΓΕΝΗΤΙΚΟ ΤΕΤΡΑΦΥΛΛΟ ΤΡΙΦΥΛΛΙ

Σακινίδου Χ.¹, Δήμας Γ.², Ράντεβ Ζ.³, Κανέλλης Η.², Φωτιάδης Σ.², Τράντα Α.², Σαββόπουλος Χ.², Χατζητόλιος Α.²

¹ Κέντρο Υγείας Λαγκαδά

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Κέντρο Υγείας Μαδύτου

ΠΑ16 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ MMP-9 ΚΑΙ VEGF-A ΜΕ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΝΝ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΣΠΕΙΡΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ

Δήμας Γ.¹, Ηλιάδης Φ.¹, Τέγος Θ.², Κανέλλης Η.¹, Σπύρογλου Σ.³, Καραμούζης Ι.³, Σαββόπουλος Χ.¹, Καραμούζης Μ.³, Ωρολογάς Α.², Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

ΠΑ17 ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ Ή ΟΧΙ

Μανές Χ.¹, Σαπάκος Ι.¹, Μητσόπουλος Ε.², Κυρικλίδου Π.², Σκούτας Δ.¹, Νικολαΐδης Α.¹, Τσακίρης Δ.²

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

² Νεφρολογικό Τμήμα - Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

ΠΑ18 Η ΧΡΩΜΟΓΡΑΝΙΝΗ Α ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Βραδέλης Σ.¹, Κουκλιάκης Γ.², Ιωσηφίδου Γ.¹, Παπάνας Ν.¹, Μαιτέζος Ε.¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκρετίου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

² Εργαστήριο Ενδοσκοπήσεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΠΑ19 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΜΥΟΤΟΜΗ (ΡΟΕΜ) ΓΙΑ ΤΗΝ ΡΙΖΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ, ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥΣ

Ελευθεριάδης Ν.¹, Ινουε Η.³, Πρωτοπαπάς Α.¹, Γερμανίδης Γ.², Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική

² Α΄ Παθολογική Κλινική

³ Γ.Π.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ., Digestive Disease Center, Showa University Northern Yokohama Hospital, Japan

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

ΠΑ20 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΟΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΟΡΓΑΝΟΕΙΔΙΚΩΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΔΕΛΤΑ (ΧΗΔ)

Ζάχου Κ.^{1,2}, Yurdaydin C.³, Drebber U.⁴, Schlahhoff V.¹, Dienes Hans P.⁴, Manns M.¹, Wedemeyer H.¹, Νταλέκος Γ.² για τη **HIDT-1 Study Group**

¹ Department of Gastroenterology, Hepatology and Endocrinology, Hanover Medical School, Hanover, Germany

² Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα

³ University of Ankara Medical School, Gastroenterology Section, Ankara, Turkey

⁴ Institute of Pathology, University of Cologne, Cologne, Germany

ΠΑ21 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ (ΑΗ) ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΜΥΣΟΦΕΝΟΛΑΤΕ ΜΟΦΕΤΙΛ (ΜΜΦ) ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ

Ζάχου Κ.¹, Γατοσίλης Ν.¹, Γκαμπέτα Σ.¹, Σαϊτίης Α.¹, Κουκούλης Γ.², Νταλέκος Γ.¹

¹ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα

² Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα

ΠΑ22 ΠΡΩΤΕΪΝΗ GP73 (GOLGI PROTEIN 73): ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΣΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

Γατοσίλης Κ. Ν.¹, Norman L. G.², Ζάχου Κ.¹, Shums Z.², Σαϊτίης Α.¹, Γκαμπέτα Σ.¹, Νταλέκος Ν. Γ.¹

¹ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα

² INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, CA, USA

ΠΑ23 Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Κουτσογιάννης Ε., Δαδίκας Χ., Λύτρας Δ., Γανίτης Α., Παναγόπουλος Π., Μαϊτέζος Ε.

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Έβρου, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

ΠΑ24 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ 24ΩΡΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΦΥΓΜΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

Σταμπουλή Σ.^{1,2}, Παπακάτσια Σ.¹, Κοτρώνης Γ.¹, Δημόπουλος Χ.¹, Άντζα Χ.¹, Κώτσος Β.¹

ΠΑ25 Η ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΤΗΝ ΑΛΗΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΤΗ ΣΥΓΚΕΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ

Άντζα Χ.¹, Παπακάτσια Σ.¹, Κοτρώνης Γ.¹, Δημόπουλος Χ.¹, Σταμπουλή Σ.¹, Κώτσος Β.¹

¹ Κέντρο Υπέρτασης και 24ωρης καταγραφής της ΑΠ-Κέντρο Αριστείας της ESH, Γ' Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, Α.Π.Θ.

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

ΠΑ26 TEMPERATURE CHANGE, SHORT- AND LONG-TERM MORTALITY IN ACUTE ISCHEMIC STROKE

Kakaletsis N.¹, Papavasileiou V.¹, Lambrou D.², Ntaios G.², Michel P.²

¹ Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

² Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

ΠΑ27 PREDICTIVE VALUE OF THE ASTRAL SCORE, THE CHARLSON AND THE ELIXHAUSER COMORBIDITY INDEXES IN ACUTE ISCHEMIC STROKE

Kakaletsis N.¹, Papavasileiou V.¹, Lambrou D.², Eskandari A.², Ntaios G.², Michel P.²

¹ Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

² Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

ΠΑ28 ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ PREVISE

Κακαλιέτσος Ν.¹, Ντάιος Γ.², Μηλιώνης Χ.³, Χουβαρδά Ι.⁴, Χύτας Α.⁴, Φίλιος Δ.⁴, Τζιόμαλος Κ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Ι. Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα

³ Β΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁴ Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

ΠΑ29 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κακαλιέτσος Ν.¹, Μηλιώνης Χ.², Ντάιος Γ.³, Σαββόπουλος Χ.¹, Μακαρίτσος Κ.³, Τζιόμαλος Κ.¹, Νταλέκος Ν. Γ.³, Ελισάφ Μ.³, Χατζητόλιος Ι. Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

² Β΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

³ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

09.45 - 11.10

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Γαστρεντερολογία - Ηπατολογία»

Πρόεδροι: **Ε. Ακριβιάδης, Γ. Πασπάτης**

- Νεότερα δεδομένα στη διάγνωση και αντιμετώπιση νοσημάτων ανωτέρου Γαστρεντερικού Σωλήνα: **Δ. Χριστοδούλου**
- Νεότερα δεδομένα στη διάγνωση και αντιμετώπιση νοσημάτων κατώτερου Γαστρεντερικού Σωλήνα: **Α. Πρωτοπαπάς**
- Νεότερα δεδομένα στη διάγνωση και αντιμετώπιση νοσημάτων του ήπατος: **Ε. Χολόγκιτας**



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

11.10 - 11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

11.30 - 12.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

«Παθήσεις Οισοφάγου»

Πρόεδροι: Δ. Ταμπακόπουλος, Ι. Γουλής

- Esophagus Baret: **M. Βαϊβουj**
- Ενδοσκοπική μυοτομή για τη θεραπεία της αχαλασίας οισοφάγου (ΡΟΕΜ):
Ι. Κατσογριδάκης

12.30 - 13.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ASTELLAS**

«C. Difficile μια αναδυόμενη επιδημία, διαγνωστικές και θεραπευτικές προτάσεις»

Πρόεδρος: Γ. Νταλιέκος

Ομιλητής: **Ε. Γαμαρέλλης - Μπουρμπούλης**

13.00 - 13.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ WIN MEDICA**

«Σύγχρονη αντιμετώπιση ασθενών με Διαβήτη τύπου 2, παρουσίαση περιστατικών»

Πρόεδρος: **Εμ. Πάγκαλος**

Ομιλητής: **Δ. Σκούτας**

13.30 - 14.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

«Υπερευαισθησία και ανοσοκαταστολή»

Πρόεδρος: **Π. Μπούρα**

Ομιλητής: **Π. Σκένδρος**

14.00 - 14.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ Η ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ**

«Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και αποκατάσταση»

Πρόεδρος: **Χ. Σαββόπουλος**

Ομιλήτρια: **Ε. Μούζα**

14.30 - 16.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

16.30 - 17.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

«Πνευμονολογία»

Πρόεδροι: Π. Πατάκα - Αργυροπούλου, Κ. Γουργουλιάνης

- Άσθμα, Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, Οξεία και χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια: Σ. Τρύφων
- Προσβολή των πνευμόνων σε συστηματικά νοσήματα της Εσωτερικής Παθολογίας: Θ. Κοντακιώτης

17.30 - 18.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ NOVARTIS**

«Η αλλαγή της θεραπευτικής προσέγγισης του ασθενή με ΧΑΠ:
Διπλή βρογχοδιαστολή: το νέο κεφάλαιο»

Πρόεδρος: Χ. Σαββόπουλος

Ομιλητής: Π. Στεϊρόπουλος

18.00 - 18.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ASTRAZENECA**

«Αντιμετωπίζοντας το διαβήτη τύπου 2 ανεξάρτητα από την ινσουλίνη:
Κλινικά δεδομένα για την ένταξη των SGLT2 αναστολέων στην
καθημερινή κλινική πράξη»

Πρόεδρος: Α. Τσάπας

Ομιλητής: Ε. Ρίζος

18.30 - 19.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

19.00 - 19.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ NOVO**

«Θεραπεία με τη νέα βασική ινσουλίνη Degludec»

Πρόεδρος: Δ. Παπάζογλου

Ομιλητής: Ν. Παπάνας

19.30 - 20.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

«From Kudo's Pit Pattern Classification to endocytoscopy»

Πρόεδροι: Ν. Ελευθεριάδης, Η. Nakamura

Ομιλητής: S.-E. Kudo



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

20.00 - 20.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ GENESIS PHARMA

«Προκλήσεις και διλήμματα στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών με ΜΔΣ»

Πρόεδρος: Κ. Τσαταλάς

Ομιλητής: Ι. Κοτσιανίδης

20.30 - 21.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ SANOFI

«Ενέσιμες αγωγές στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2»

Πρόεδρος: Χ. Μανές

- Έναρξη ινσουλινοθεραπείας με βασική ινσουλίνη Lantus: Γ. Δημητριάδης
- Εντατικοποίηση ινσουλινοθεραπείας με γευματικό αγωνιστή των υποδοχέων GLP-1: Ι. Αβραμίδης

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ II

08.00 - 10.00 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III (ΠΑ30-ΠΑ39)**

Πρόεδροι: **Α. Παπαδόπουλος, Ε. Πλωμαρίτης**

ΠΑ30 Η ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Αθανασίου Π.¹, Κώστογλου-Αθανασίου Ι.², Λυράκη Α.³, Ραφτάκης Ι.³, Αντωνιάδης Χ.³

¹ Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

² Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.

³ Ρευματολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας

ΠΑ31 Ο ΜΕΜΒΡΑΝΙΚΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΛΥΤΟΣ TREM-1 (TRIGGERED RECEPTOR EXPRESSED ON MYELOID CELLS -1) ΣΤΗ ΣΗΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ

Γκουγκουρέλλας Ι., Σαραντόπουλος Α., Τσέλιος Κ., Καλογερίδης Α., Γεωργιάδου Α., Παντούρα Μ., Μπούρα Π.

Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΠΑ32 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΤΡΙΧΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑΤΟΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Γκουγκουρέλλας Ι., Σαραντόπουλος Α., Τσέλιος Κ., Ψάρρας Α., Γεωργιάδου Α., Παντούρα Μ., Μπούρα Π.

Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΠΑ33 TRAF1/C5 ΜΟΝΟΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΟΣ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ (rs3761847) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σαραντόπουλος Α., Τσέλιος Κ., Γκουγκουρέλλας Ι., Μπούρα Π.

Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., «Ιπποκράτειο» Γ.Ν.Θ.

ΠΑ34 ΟΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ

Κοντονίνας Ζ.¹, Καϊάφα Γ.¹, Σαούλη Ζ.¹, Παπαδόπουλος Α.¹, Γιαννόπουλος Ζ.², Πηδώνια - Μανίκα Ι.³, Βακαλοπούλου Σ.⁴, Διδάγγελος Τ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

² Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

³ Εργαστήριο Βιοχημείας Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «ΑΧΕΠΑ»

⁴ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσ/κης

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ II

ΠΑ35 ΔΙΑΓΝΩΣΗ AIDS ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟ ΦΟΡΕΑ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ ΛΟΓΩ ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑΣ

Μυλωνάς Κ.¹, Γατσά Ε.², Παπαδάτος Σ.², Δεληγιάννης Γ.², Ζήσης Χ.², Μυλωνάς Σ.²

¹ Φοιτητής Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ.

² Β΄ Παθολογική Κλινική - Γ.Ν. Τρικάλων

ΠΑ36 ΟΞΥ ΟΠΙΣΘΟΣΤΕΡΝΙΚΟ ΑΛΓΟΣ ΩΣ ΠΡΩΤΟΕΚΔΗΛΩΣΗ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗΣ ΠΟΡΦΥΡΑΣ (ΘΘΠ)

Παπαδάτος Σ.¹, Δεληγιάννης Γ.¹, Γατσά Ε.¹, Μυλωνάς Κ.², Ζήσης Χ.¹, Μυλωνάς Σ.¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

² Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

ΠΑ37 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΑΝ ΡΙΒΑΡΟΞΑΜΠΑΝΗ (ΧΑΡΕΛΤΟ®) ΕΝΑΝ ΝΕΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

Κακαλιέτσος Ν., Γκιρτοβίτης Φ., Γοδόσης Δ., Καϊάφα Γ., Κουλιάρη Π., Μουρουγιάκης Α., Μπουντόλη Σ., Περιφάνης Β., Σαββόπουλος Χ., Χατζητόλης Ι. Α.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

ΠΑ38 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΟΓΚΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΣΕ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

Αγαπάκης Δ.¹, Γώγος Χ.¹, Αλεξίου Ε.¹, Δαμιανίδου Μ.¹, Σάτσογλου Σ.², Σάτσογλου Α.¹

¹ Γ.Ν. Γουμένισσας, Κιλκίς

² Γ.Ν. Σερρών, Σέρρες

ΠΑ39 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΓΟΝΩΝ CD5 ΚΑΙ CD19 ΣΤΑ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Σαούλη Ζ.¹, Καϊάφα Γ.¹, Κοντονίνας Ζ.¹, Παπαδόπουλος Α.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Βακαλοπούλου Σ.², Γαρυπίδου Β.², Κλωνιζιάκης Ι.³, Καραμήτσος Δ.¹, Χατζητόλης Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

² Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσ/κης

³ Β΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσ/κης

10.00 - 11.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Νεφρολογία»

Πρόεδροι: Π. Πασαδάκης, Ι. Μπολέτης

- Διαγνωστικές στρατηγικές στη νεφρολογία: Με βάση τα κλινικά ευρήματα:
Μ. Στάγκου
- Οξεία νεφρική βλάβη: **Δ. Μπαχαράκη**
- Χρόνια νεφρική νόσος: **Δ. Βλαχάκος**

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ II

11.30 - 12.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

12.00 - 12.30 ΔΙΑΛΕΞΗ

«Παρηγορική ιατρική. Η αντιμετώπιση του ασθενούς στο τελικό στάδιο των ανιάτων νοσημάτων. Δεοντολογικοί προβληματισμοί θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Αντιμετώπιση του πόνου»

Πρόεδρος: Δ. Βασιλάκος

Ομιλητής: Π. Μακραντωνάκης

12.30 - 16.30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

16.30 - 17.00 ΔΙΑΛΕΞΗ

«Πυρετός αγνώστου αιτιολογίας»

Πρόεδρος: Μ. Σιών

Ομιλητής: Χ. Κούτρας

17.00 - 17.30 ΔΙΑΛΕΞΗ

«Περιφερική αγγειοπάθεια»

Πρόεδρος: Μ. Αρχανιωτάκη

Ομιλητής: Ν. Παπάνας

17.30 - 18.00 ΔΙΑΛΕΞΗ

«Ψυχοσωματικά προβλήματα, εξαρτήσεις και κατάθλιψη στην κλινική πράξη του παθολόγου»

Πρόεδρος: Α. Ιακωβίδης

Ομιλητής: Κ. Φουντουλάκης

18.00 - 18.30 ΔΙΑΛΕΞΗ

«Differential diagnosis and treatment of chronic constipation and diarrhea in clinical practice of the Internist»

Πρόεδροι: Α. Χατζητόλιος, Εμ. Σινάκος

Ομιλητής: G. Triadafilopoulos



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ AMFITRION II

14.30 - 16.30 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ V**

«Ισοζύγιο Υγρών Ηλεκτρολυτών, Οξεοβασική Ισορροπία - Διαταραχές»
Συντονιστές: Π. Ζεμπεκάκης, Δ. Γρέκας, Γ. Ευστρατιάδης

- Διαταραχές Na: Γ. Λιάμης
- Διαταραχές Ασβεστίου (Ca) Φωσφόρου (P): Α. Σιούλης
- Διαταραχές Οξεοβασικής Ισορροπίας: Ι. Καλεβρόσογλου
- Βασικές Αρχές Χορήγησης Διαλυμάτων: Μ. Εηλιόφ

ΑΙΘΟΥΣΑ CLIO

14.30 - 16.30 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ VI**

«Εκτίμηση - Αντιμετώπιση ασθενούς με ΧΑΠ και σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο - Σπιρομέτρηση - Αέρια αίματος»

Συντονιστές: Κ. Ζαρογουλίδης, Ν. Σιαφάκας

- Αντιμετώπιση ασθενούς με ΧΑΠ: Η. Τιτόπουλος
- Σπιρομέτρηση - Αέρια αίματος: Α. Παπαγιάννης
- Σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο: Ε. Δασκαλοπούλου

ΑΙΘΟΥΣΑ ERATO

14.30 - 16.30 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ VII**

«Νοσηλευτική φροντίδα χρόνιων νοσημάτων - φροντίδα ασθενών με άνοια»

Συντονιστές: Κ. Καζάκος, Εμ. Πάγκαλος, Κ. Κουτσιαντά, Μ. Τσολάκη

- Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στα χρόνια νοσήματα: Δ. Θεοφανίδης
- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και ψυχοκοινωνική υποστήριξη χρόνιων πασχόντων ασθενών: Δ. Κώττα
- Βασικές αρχές διάγνωσης και θεραπείας ασθενών με χρόνια νοσήματα Εσωτερικής Παθολογίας: Μ. Αποστολοπούλου
- Διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση της άνοιας: Θ. Τέγος

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΚΑΛΛΙΟΡΙ

14.30 - 16.30 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ VIII**

«**Βασικές αρχές φυσικής αποκατάστασης**»

Συντονιστές: **Ξ. Κροκίδης, Α. Υάκινθος, Κ. Γεωργηφένδης**

- Η δυσκαταποσία, ένα συχνό πρόβλημα κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης: διάγνωση και αντιμετώπιση: **Ε. Μούζα**
- Προσέγγιση ασθενούς με λειτουργικό έλλειμμα. Ο ρόλος του Φυσιάτρου στη διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης και το τελικό αποτέλεσμα: **Θ. Λοιζίδης**

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΟΝ Ι

14.30 - 16.30 **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (POSTER) II
(ΑΑ039-ΑΑ088)**

Πρόεδροι:

Ν. Είλευθεριάδης (ΑΑ039, ΑΑ040, ΑΑ041, ΑΑ042, ΑΑ043, ΑΑ044, ΑΑ045, ΑΑ046, ΑΑ047, ΑΑ048, ΑΑ049, ΑΑ050, ΑΑ051, ΑΑ052, ΑΑ53, ΑΑ054, ΑΑ055)

Α. Θωμόπουλος (ΑΑ063, ΑΑ066, ΑΑ073, ΑΑ075, ΑΑ085, ΑΑ086)

Α. Ποθυμέρης (ΑΑ057, ΑΑ065, ΑΑ069, ΑΑ070, ΑΑ077, ΑΑ080, ΑΑ082, ΑΑ088)

Μ. Σώμαλη (ΑΑ061, ΑΑ064, ΑΑ072, ΑΑ074, ΑΑ076, ΑΑ081 ΑΑ087)

Β. Λιακόπουλος (ΑΑ056, ΑΑ058, ΑΑ059, ΑΑ060, ΑΑ062, ΑΑ067, ΑΑ068, ΑΑ071, ΑΑ078, ΑΑ079, ΑΑ083, ΑΑ084)

ΑΑ039 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ “EN-BLOC” ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΕΚΤΟΜΗ (ESD) ΠΡΩΙΜΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΚΟΥ ΟΡΘΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥΣ

Είλευθεριάδης Ν.¹, Γερμανίδης Γ.², Πρωτόπαπας Α.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατίρογλου Π.³, Χατζητόλης Α.¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική

² Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Α.Π.Θ.

ΑΑ040 ΛΗΧΕΝΟΕΙΔΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΣ: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Τζαβέλλα Κ.¹, Ott R.¹, Schatke W.¹, Karimi D.², Straumann A.³, Σαββόπουλος Χ.⁴, Χατζητόλης Α.⁴, Παπαπολυχρονιάδης Κ.⁵

¹ Ινστιτούτο Γαστρεντερολογίας - Ιδιωτικό Ιατρείο, Μόναχο, Γερμανία

² Ινστιτούτο Παθολογοανατομίας, Μόναχο, Γερμανία

³ Νοσοκομείο Όλτεν, Όλτεν, Ελβετία

⁴ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

⁵ Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΟΝ Ι

ΑΑ041 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΠΡΟΠΑΦΑΙΝΟΝΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μολληγιουσούφογίου Σ., Βραδέλης Σ., Παπάνας Ν., Μαϊτέζος Ε.

Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΑΑ042 Ο ΛΟΒΟΣ RIEDEL ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ: ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σαββόπουλος Χ.¹, Κακαλήτσος Ν.¹, Καϊάφα Γ.¹, Ηλιάδης Φ.¹, Καλογερά Α.², Χατζητόλης Ι. Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Ακτινολογικό Τμήμα, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

ΑΑ043 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ “ΕΝ-ΒΛΟΣ” ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΕΚΤΟΜΗ (ESD) ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΒΑΘΜΟΥ 1 (NET G1)

Ελευθεριάδης Ν.¹, Κατσογριδάκης Ι.¹, Κατσώρας Α.¹, Χυτίρογλου Π.², Γραμματόπουλος Α.¹

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Ενδοσκοπικό Τμήμα, Νοσοκομείο «METROPOLITAN», Αθήνα

² Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

ΑΑ044 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΥΟΤΟΜΗ (ΡΟΕΜ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΧΑΛΑΣΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Κατσογριδάκης Ι., Ελευθεριάδης Ν., Κατσώρας Γ., Γραμματόπουλος Α.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Ενδοσκοπικό Τμήμα, Νοσοκομείο «METROPOLITAN»

ΑΑ045 Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν. ΛΕΜΕΣΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ CΙ. DIFFICILE

Παπουρής Γ.¹, Βενιζέλου Δ.¹, Τούρβα Δ.¹, Σκουφάρη Α.¹, Ξενοφώντας Ε.², Βουνού Ε.³

¹ Ειδικευόμενοι Ιατροί Παθολογίας, Γ.Ν. Λεμεσού

² Επιμελήτρια Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Λεμεσού

³ Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Λεμεσού

ΑΑ046 ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΓΟΝΟΤΥΠΟΣ 1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ, ΡΙΠΑΒΙΡΙΝΗ ΚΑΙ ΤΕΛΑΠΡΕΒΙΡΗ

Στυλιανίδης Σ., Στουρνάρας Ε., Γεράκης Ι., Κακαλήτσος Ν., Μασμανίδου Μ., Παπαδοπούλου Ε., Ελευθεριάδης Ν., Πρωτοπαπάς Α.

Ηπατο-Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.-Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

ΑΑ047 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΑΠΟ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κακαλήτσος Ν., Στυλιανίδης Σ., Στουρνάρας Ε., Μποζίκας Α., Γεράκης Ι., Δεσάνης Ε., Μασμανίδου Μ., Πρωτοπαπάς Α.

Ηπατο-Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΩΝ Ι

ΑΑ048 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κακαλιέτσος Ν., Στυλιανίδης Σ., Μασμανίδου Μ., Τσούτσας Γ., Δεστάνης Ε., Παντολέων Α., Ελευθεριάδης Ν., Πρωτοπαπιάς Α.

Ηπατο-Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

ΑΑ049 ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Στυλιανίδης Σ., Κουπαράνης Α., Μποζίκας Α., Γεράκης Ι., Δεστάνης Ε., Παντολέων Α., Μασμανίδου Μ., Πρωτοπαπιάς Α.

Ηπατο-Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

ΑΑ050 ΣΟΒΑΡΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΥΠΕΡΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ ΑΣΘΕΝΗ

Στουρνάρας Ε., Στυλιανίδης Σ., Τσούτσας Γ., Δεστάνης Ε., Γεράκης Ι., Παπαδοπούλου Ε., Πρωτοπαπιάς Α.

Ηπατο-Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

ΑΑ051 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΙΡΡΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ

Κακαλιέτσος Ν., Στυλιανίδης Σ., Στουρνάρας Ε., Τσούτσας Γ., Παπαδοπούλου Ε., Παντολέων Α., Ελευθεριάδης Ν., Πρωτοπαπιάς Α.

Ηπατο-Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

ΑΑ052 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ποζουκίδου Κ.¹, Δημουλιάς Φ.², Δούμτσας Π.¹, Μέμμος Ε.¹, Δεληγιάννη Δ.¹, Κοντοτάσιος Κ.¹, Βουητσαϊνός Β.³, Κούτρας Χ.¹

¹ Παθολογικό Τμήμα

² Ενδοσκοπικό Γαστρεντερολογικό Τμήμα

³ Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας)

ΑΑ053 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ποζουκίδου Κ.¹, Δημουλιάς Φ.², Δούμτσας Π.¹, Μέμμος Ε.¹, Δεληγιάννη Δ.¹, Κοντοτάσιος Κ.¹, Βουητσαϊνός Β.³, Κούτρας Χ.¹

¹ Παθολογικό Τμήμα

² Ενδοσκοπικό Γαστρεντερολογικό Τμήμα

³ Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας)

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΩΝ Ι

AA054 ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Δημουλίδης Φ.¹, Ποζουκίδου Κ.², Δεληγιάννη Δ.², Κοντοτάσιος Κ.², Ζωγράφου Μ.², Γραμμενά Χ.¹, Τσικρίκα Ε.⁴, Σκορδίλης Π.³, Παντελεάκης Κ.¹, Κούτρας Χ.²

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα Γ.Ν. Βέροιας

²Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Βέροιας

³Γαστρεντερολογικό Τμήμα Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

⁴Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας

AA055 ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΚΑΙ HELICOBACTER PYLORI

Δημουλίδης Φ.¹, Ποζουκίδου Κ.², Δεληγιάννη Δ.², Κοντοτάσιος Κ.², Ζωγράφου Μ.², Τσακίριδου Μ.¹, Τσικρίκα Ε.⁴, Σκορδίλης Π.³, Παντελεάκης Κ.¹, Κούτρας Χ.²

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας

²Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Βέροιας

³Γαστρεντερολογικό Τμήμα Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

⁴Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας

AA056 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 96 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2)

Τσαχουρίδου Ο.¹, Τσοτουλίδης Σ.¹, Γρίβου Κ.¹, Τσαχουρίδης Α.¹, Χριστοφορίδου Ε.¹, Πετρίδης Γ., Μανές Χ.²

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο, Κ.Υ. Κασσανδρείας, Χαλκιδική

² Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

AA057 Η ΠΛΕΙΟΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D. ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ

Κώστογλου - Αθανασίου Ι., Αθανασίου Π., Γκούντουβας Α., Καϊδρυμίδης Φ.

Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.

Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Μεταξά Πειραιά

AA058 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΡΟΥ ΤΟΥ TIMP-1 ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΥΤΑ ΤΗΣ IL-6 ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΧΝΝ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΥΠΟΥ 2

Δήμας Γ.¹, Ηλιάδης Φ.¹, Τέγος Θ.², Σπύρογλου Σ.³, Κανέλλης Η.¹, Καραμούζης Ι.³, Σαββόπουλος Χ.¹, Καραμούζης Μ.³, Ωρολογάς Α.², Χατζητόλης Α.¹, Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΩΝ Ι

ΑΑ059 ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ. ΜΙΑ ΟΧΙ ΚΑΙ ΤΟΣΟ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΟΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Κιουτσούκ Σ., Ιωσφίδου Γ., Παναγόπουλος Π., Γανίτης Α., Χρηστακίδου Ε., Τερζή Ε., Μπαήτατζίδου Μ., Δημισκίδου Α., Αντώνογλου Χ., Μαϊτέζος Ε.

Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων

Β΄ Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική

Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

ΑΑ060 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ηλιάδης Φ.¹, Διδάγγελος Τ.¹, Ντέμκα Α.¹, Μωραλίδης Ε.², Γκοτζαμάνη - Ψαρράκου Α.², Μακέδου Α.³, Σαββόπουλος Χ.¹, Γρέκας Δ.¹, Χατζητόλιος Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

² Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

³ Εργαστήριο Λιπιδίων 2^{ος} Παιδιατρικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

ΑΑ061 ΜΥΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΝΗ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Καλογιάννης Κ., Ράνδου Ε., Αλεξάκης Γ., Γάβρος Ζ., Μίχου Α., Σιμελίδης Δ.

Νοσοκομείο Κοζάνης

ΑΑ062 ΤΑ ΧΑΜΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΑΥΣΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ TGF-β ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Δήμας Γ.¹, Κανέλλης Η.¹, Ηλιάδης Φ.¹, Τέγος Θ.², Καραμούζης Ι.¹, Σπύρογλου Σ.³, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

ΑΑ063 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΡΟΥ FGF-23, ΡΤΗ ΚΑΙ 1.25 (OH)₂ D ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΥΠΟΥ 2

Δήμας Γ.¹, Ηλιάδης Φ.¹, Κανέλλης Η.¹, Τέγος Θ.², Σπύρογλου Σ.³, Καραμούζης Ι.³, Σαββόπουλος Χ.¹, Καραμούζης Μ.³, Ωρολογιάς Α.², Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

ΑΑ064 Η ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ - ΥΠΟΘΕΡΜΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΟΡΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

Καγιάφα Δ.^{1,3}, Παπαδάτος Σ.², Μπουρδάκης Α.³

Ιατρείο Λιπιδίων - Παχυσαρκίας, Γ.Ν. Τρικάλων

¹ Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, MSc Διατροφή και Δημόσια Υγεία

² Ειδικευόμενος Παθολογίας

³ Ειδικός Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ AMFITRION I

AA065 ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΥΦΕΣΗΣ ΣΕ ΘΥΡΕΟΤΡΟΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ ΤΗΣ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ γ-ΚΝΙΦΕ ΣΤΕΡΕΟΤΑΚΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Μούσλεχ Ζ.¹, Σώμαλη Μ.¹, Σακαλή Κ.², Μαστοράκος Γ.², Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

² Τμήμα Ενδοκρινολογίας Μεταβολισμού και Διαβήτη, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τακτικό Ενδοκρινολογικό Εξωτερικό Ιατρείο

AA066 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΣΔ1

Σκούτας Δ., Μούσλεχ Ζ., Σώμαλη Μ., Μυλόπουλος Χ., Τσούτσας Γ., Δαραμήλιας Χ., Τζήμου Γλ., Δερδεράκης Χ., Μανές Χ.

Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσ/νίκης
Σύλλογος Διαβητικών Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος»

AA067 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΑΥΣΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ (VEGF-A) ΜΕ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΕΡΗΧΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΥΠΟΥ II ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΠΡΩΪΜΑ ΣΤΑΔΙΑ

Δήμας Γ.¹, Τέγος Θ.², Κανέλλος Η.¹, Κωνσταντινίδης Γ.², Σπύρογλου Σ.³, Καραμούζης Ι.³, Ηλιάδης Φ.¹, Καραλάζου Π.³, Θυσιάδου Α.³, Σαββόπουλος Χ.¹, Ωρολογιάς Α.², Καραμούζης Μ.³, Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

AA068 ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Δήμας Γ.¹, Κανέλλος Η.¹, Δαθαβίτσου Β.², Καραμούζης Ι.², Δημητριάδης Π.², Ηλιάδης Φ.¹, Καραλάζου Π.², Θυσιάδου Α.², Σαββόπουλος Χ.¹, Καραμούζης Μ.², Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

AA069 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΔΡΑΣΤΙΚΗΣ INTACT ΡΤΗ (1-84) + C-TERMINAL ΜΕ ΤΗΝ INTACT ΡΤΗ (1-84) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Δήμας Γ.¹, Δημητριάδης Π.², Κανέλλος Η.¹, Δαθαβίτσου Β.², Ηλιάδης Φ.¹, Καραλάζου Π.², Θυσιάδου Α.², Καραμούζης Ι.², Σαββόπουλος Χ.¹, Καραμούζης Μ.², Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ AMFITRION I

AA070 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΔΡΑΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ (ΙΡΤΗ) (INTACT ΡΤΗ + C-TERMINAL) ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΘΙΚΤΗΣ ΡΤΗ (INTACT ΡΤΗ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Δήμας Γ.¹, Δαλαβίτσου Β.², Κανέλλος Η.¹, Δημητριάδης Π.², Ηλιάδης Φ.¹, Καραλήζου Π.², Θυσιάδου Α.², Καραμούζης Ι.², Σαββόπουλος Χ.¹, Παννακάκης Κ.¹, Καραμούζης Μ.², Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

AA071 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΥΟ ΠΟΛΕΩΝ (ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ). ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑΣ 1991 - 2010

Παπάζογλου Ν.², Μαργαρίτη Ε.¹, Παπάνας Ν.³, Πακουμέλος Α.⁴, Παυλίδης Α.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Μαϊτέζος Ε.³, Χατζητόλιος Ι. Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

² Β΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

³ Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Αλεξανδρούπολη

⁴ Β΄ Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»

AA072 ΓΝΩΣΤΗ ΚΑΙ ΝΕΟ - ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ - ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κυριαζής Ι., Σπυροπούλου Ο., Μιτζέλος Β., Καραγκούνη Ν., Καψούδας Δ., Γατζόγλου Ι., Κορδαλής Α.

Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας - Α΄ Παθολογική Κλινική και Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας

AA073 ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 77 ΕΤΩΝ

Καρράς Γ.

Παθολογικό Τμήμα «Ιασώ Θεσσαλίας»

AA074 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ Η΄ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ / ΥΔΡΟΧΛΩΡΘΕΙΑΖΙΔΗΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗ ΣΤΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

Κεή Α., Μουτζούρη Ε., Λιάμης Γ., Λυμπερόπουλος Ε., Ελιόφ Μ.

Τομέας Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

AA075 ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 30 ΕΤΩΝ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τσακάλης Α.¹, Χαριζοπούλου Β.², Γουλήs Γ. Δ.², Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΩΝ Ι

AA076 Ο ΓΟΝΟΤΥΠΟΣ ΤΟΥ ΑΡΘΕ ΔΕΝ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΕΙ ΣΕ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ, ΑΛΛΑ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΤΑΝ ΑΥΤΗ ΕΝΣΚΗΨΕΙ

Μοναστηριώτης Χ.¹, Παπάνας Ν.¹, Τρυφιάνης Γ.², Καρανικόλα Κ.³, Βελετζά Σ.³, Μαϊτέζος Ε.¹

¹Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκρετίου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

²Εργαστήριο Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρετίου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

³Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρετίου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

AA077 Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12 ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μοναστηριώτης Χ., Παπάνας Ν., Μαϊτέζος Ε.

Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκρετίου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

AA078 ΒΙΟΨΙΑ ΝΕΦΡΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Σκορπίνα Ν.¹, Θεοφανίδης Δ.², Κώττα Θ.³

¹Νοσηλεύτρια ΤΕ(σ), Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

²Καθηγητής Εφαρμογών, MSc, Prof Doc, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΣΕΥΠ, ΑΤΕΙΘ

³Νοσηλεύτρια ΤΕ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

AA079 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΟΞΕΙΑΣ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ

Δεληγιάννης Γ.¹, Παπαδάτος Σ.¹, Μυλωνάς Κ.², Ζήσης Χ.¹, Μυλωνάς Σ.¹

¹Β΄ Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

²Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

AA080 ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΡΙΚΩΣ ΚΕΝΟΥ ΤΟΥΡΚΙΚΟΥ ΕΦΙΠΠΙΟΥ ΜΕ ΑΔΔΙΣΣΟΝΙΟ ΚΡΙΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 68 ΕΤΩΝ

Μουσιλεχ Ζ.¹, Σώμαλη Μ.¹, Κουλιάρη Π.¹, Μουρουγιάκης Α.¹, Τσούτσας Γ.¹, Αναστασιάδου Σ.¹, Γεροθανάση Ν.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹

¹Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

AA081 ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΟΣΟΥ CUSHING ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΑΡΠΟΥ

Μουσιλεχ Ζ.¹, Σώμαλη Μ.¹, Κακαθέτσος Ν., Τσούτσας Γ.¹, Βενέτη Σ.¹, Γαβριήλογλου Γ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹

¹Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Τακτικό Ενδοκρινολογικό Εξωτερικό Ιατρείο

AA082 Ο ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΩΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Ο ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΕΩΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Κανέλλης Η.^{1,3}, Μήρτσου Ν.², Κουφοπούλου Σ.³, Φαρμάκη Φ.¹, Κάτσικα Ε.¹, Μούστα Ε.¹, Πάσαλη Β.¹, Προυσανίδου Χ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹

¹Α΄ Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

²Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

³Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

Παρασκευή 27 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΩΝ Ι

AA083 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΟΡΟΥ ΜΕ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΙΣΟΔΙΑ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Δήμας Γ.¹, Κωνσταντινίδης Γ.¹, Δαλαβίτσου Β.², Κανέλλος Η.¹, Καραμούζης Ι.¹, Δημητριάδης Π.², Ηλιάδης Φ.¹, Σπυρογίου Σ.², Καραλήζου Π.², Θυσιάδου Α.², Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

AA084 ΙΝΙΔΟΕΙΔΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Δήμας Γ.¹, Διβάνη Μ.¹, Μπερετούλη Ε.², Καραγιαννοπούλου Γ.², Κολλέτσα Τ.², Καρκαβέλης Γ.², Γρέκας Δ.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

² Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής Α.Π.Θ.

AA085 ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΥΧΑΙΩΜΑ ΔΕ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ, ΤΟΞΙΚΗ ΟΣΩΔΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΜΟΝΟΝΕΦΡΟ

Σαχινίδου Χ.¹, Δήμας Γ.², Ράντεβ Ζ.³, Κανέλλος Η.², Φωτιάδης Σ.², Τράντα Α.², Σαββόπουλος Χ.², Χατζητόλιος Α.²

¹ Κέντρο Υγείας Λαγκαδά

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Κέντρο Υγείας Μαδύτου

AA086 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Πελετίδου Ε.¹, Σαββόπουλος Χ.², Καζάκος Κ.³, Ηλιάδης Φ.², Τσαλικάκης Δ.⁴, Φωτιάδου Ε.², Χατζητόλιος Α.²

¹ Τ.Ε. Νοσηλεύτρια Εντατικής Ενθάλκων, Γενικό Νοσοκομείο «Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

³ Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

⁴ Τμήμα Μηχανικών Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Κοζάνη

AA087 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ TLR5(C/T)^{392STOP} ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Χαλήλ Ιμνράμ Ζ., Μολλάγιουσουφόγλου Σ., Παπαθεοδώρου Κ., Γανίτης Α., Ιωσηφίδου Γ., Κιουτσούκ Μεμέτ Σ., Παπάζογλου Δ., Μαητέζος Ε.

Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Έβρου, Ιατρική Σχολή Αλεξανδρούπολης

AA088 Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ Ο ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗΣ ΩΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΟΝΤΟΤΗΤΕΣ. Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΒΑΣΕΙ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Σκούτας Δ., Κουτσιουμπέλης Σ., Χύτας Η., Κιρμιζής Δ., Λιάκος Σ., Τέφας Α., Κοντός Α., Περγίκης Ι.

Γεν. Κλινική Λισ. Σαραφινός Θεσσαλονίκη

Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

07.45 - 08.30

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙV (ΠΑ40-ΠΑ46)

Πρόεδροι: Κ. Μιχαήλας, Π. Σταφυλάς

ΠΑ40 ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΛΑΜΒΑΝΑΝ ΣΤΑΤΙΝΗ ± ΕΖΕΤΙΜΙΜΠΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 8 ΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΛΙΠΙΔΙΩΝ

Μπάρκας Φ., Λιάμης Γ., Κηλούρας Ε., Ρίζος Ε., Λυμπερόπουλος Ε., Ελίσάφ Μ.

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

ΠΑ41 ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Χατζηκοσμά Γ.¹, Παφίτη Κ.¹, Δημητρίου Μ.¹, Παπαθεοδώρου Κ.¹, Κύρογλου Σ.¹, Βαδικόλιας Κ.², Παπάζογλου Δ.¹, Μαϊτέζος Ε.¹, Παπάνας Ν.¹

¹ Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

² Νευρολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

ΠΑ42 ΓΝΩΣΙΑΚΑ ΠΡΟΚΛΗΤΑ ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπαλιάγκας Β.¹, Καζάκος Κ.², Αβραμικά Μ.², Παπαμήτσου Θ.³, Ανωγειανάκης Γ.³, Τσολλάκη Μ.⁴

¹ Εργαστήριο Κλινικής Νευροφυσιολογίας Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

³ Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

⁴ Γ' Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΠΑ43 ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΟΥΡΙΧΑΙΜΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΔΕΣ

Πολυμέρης Α., Τραυλός Α., Κατσούλης Γ., Παπαέτρου Δ. Π.

Β' Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»- Αθήνα

ΠΑ44 ΘΕΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΛΥΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΩΝ ΤΕΛΙΚΩΝ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΣΗΣ (AGES) ΜΕ ΤΟ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ξάνθης Α.¹, Κοηλιάκος Γ.², Χατζημιητιάδης Σ.³, Χατζητόλης Α.⁴

¹ Παθολόγος ΓΝ Δράμας, Διδάκτωρ Α.Π.Θ.

² Καθηγητής Βιοχημείας Α.Π.Θ.

³ Αν. Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ.

⁴ Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ.

Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

ΠΑ45 ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ ΤΟΥ AT1 ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ, ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ (ΑΠ) ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ (ΑΥ)

Γούλας Α.¹, Αποστολοπούλου Μ.², Σαββόπουλος Χ.², Αποστολίδης Α.¹, Πανδέρης Α.¹, Κώτσος Β.³, Γαβρά Μ.⁴, Τσιούφης Κ.⁵, Ψυρρόπουλος Δ.⁶, Χατζητόλιος Α.²

¹ Α΄ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ.

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

³ Γ΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»

⁴ Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

⁵ Καρδιολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο»

⁶ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

ΠΑ46 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΕΕ

Ξάνθης Α., Ξενικάκης Μ., Τσαγκρίδη Α., Μάττας Γ., Μιχαηλίδου Α., Βλάχογιάννης Α.

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Δράμας

08.30 - 10.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Αιματολογία»

Πρόεδροι: **Μ. Αλεξανδράκης, Α. Συμεωνίδης**

- Αιματολογικές κακοήθειες: **Ε. Μανδαλά**
- Αναιμίες: **Β. Περιφάνης**
- Θρομβοφιλία και αιμορραγική διάθεση: **Δ. Τσακίρης**

10.00 - 10.30

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Novel oral anticoagulants: a new era»

Πρόεδρος: **Β. Γαρυπίδου**

Ομιλήτης: **R. Hobbs**

10.30 - 11.30

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΙΔΙΚΟ - Με την ευγενική χορηγία της **AMGEN**

«Ανταπόκριση των αιματολογικών κακοηθειών στους αιμοποιητικούς αυξητικούς παράγοντες»

Πρόεδρος: **Δ. Μαργαρίτης**

Ομιλήτρια: **Γ. Καϊάφα**



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

11.30 - 12.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

12.00 - 12.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

«TPO-R agonists in MDS and bone marrow failure syndromes»

Πρόεδρος: Ι. Κλωνιζάκης

Ομιλητής: G.J. Mufti

12.30 - 13.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

«Δυσλιπιδαιμικός ασθενής με αυξημένη γλυκόζη: είναι όλες οι στατίνες ίδιες;»

Πρόεδρος: Α. Χατζητόλιος

Ομιλητής: Β. Κώτσος

13.00 - 13.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ PFIZER**

«Ο ρόλος της τιγκεκυκλίνης στην εποχή της μικροβιακής αντοχής - Εμπειρία από μελέτες παρατήρησης στην Ευρώπη»

Πρόεδρος: Ε. Μαητέζος

Ομιλητής: Ν. Σύψας

13.30 - 14.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ MSD & BIANEΞ**

«Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας»

Πρόεδρος: Α. Χατζητόλιος

• Κατανοώντας το σημαντικό ρόλο της LDL - c στην πρόληψη των καρδιαγγειακών συμβαμάτων - Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας:

Α. Χατζητόλιος

• Παρουσίαση αποτελεσμάτων μελέτης IMPROVE-IT: **Χ. Σαββόπουλος**

• Από τις κλινικές μελέτες στην καθημερινή κλινική πράξη.

Παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων: **Χ. Μηλιώνης**

14.30 - 16.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

16.30 - 17.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

«Ρευματολογία - Ανοσολογία»

Πρόεδροι: Α. Γαρούφαλλος, Λ. Σέττας

• Διαφορική διάγνωση ρευματικών παθήσεων σε διαφορετικές ηλικίες:

Τ. Σφέτσιος

• Αγγειίτιδες: **Π. Αθανασίου**

Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ Ι

17.30 - 18.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ANGELINI

«Μικτή αθηρογόνος δυσλιπιδαιμία: Κρίσιμα κλινικά ερωτήματα και απαντήσεις με στόχο το μέγιστο όφελος για τους ασθενείς της καθημερινής κλινικής πράξης»

Πρόεδρος: Α. Χατζητόλιος

Ομιλητής: Β. Άθυρος

18.00 - 18.30 ΔΙΑΛΕΞΗ

«Διάγνωση και διαφορική διάγνωση ηπατικών νόσων με βάση τον εργαστηριακό έλεγχο»

Πρόεδρος: Γ. Νταλιέκος

Ομιλητής: Σ. Ντουράκης

18.30 - 19.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ MENARINI

«Η εξελικτική πορεία της θεραπείας των αλλεργικών νόσων»

Πρόεδρος: Χ. Σαββόπουλος

Ομιλητής: Ι. Σιδηρόπουλος

19.00 - 19.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

19.30 - 20.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ABBOTT

«Σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση διαβητικού ασθενούς με μεικτή δυσλιπιδαιμία. Οφέλη της συνδυαστικής θεραπείας»

Πρόεδρος: Χ. Σαββόπουλος

Ομιλητής: Ε. Λυμπερόπουλος

20.00 - 20.30 ΔΙΑΛΕΞΗ

«Κριτική θεώρηση των θεραπευτικών αλγόριθμων για το σακχαρώδη διαβήτη»

Πρόεδρος: Ι. Κυριαζής

Ομιλήτρια: Ε. Χατζηαγγελιάκη

Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΙΣ I

20.30 - 21.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΝΟΒΑΡΤΙΣ

«Η αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη & της αρτηριακής υπέρτασης, ως των δύο ισχυρότερων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου»

Πρόεδρος: **Α. Χατζητόλιος**

- Η σημασία του «φαινομένου κληρονομιάς» για τον ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2: **Π. Χαϊβατσιώτης**
- 25 χρόνια καινοτομία για τον υπέρτασικό ασθενή: Από τη μονοθεραπεία στον τριπλό συνδυασμό: **Χ. Σαββόπουλος**

21.30 - 22.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Preventing CVD by Optimising BP Management - Low Hanging Fruit!»

Πρόεδρος: **Α. Χατζητόλιος**

Ομιλητής: **N. Poulter**

22.00 - 22.15

ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ - ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΩΝ II

14.30 - 16.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ IX

«Διαιτολογία - Διατροφολογία σε ασθενείς με παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα, χρόνια νεφρική και ηπατική νόσο»

Συντονιστές: **Μ. Χασαπίδου, Α. Αμπραχαμιάν - Μιχαλάκη, Α. Αθαβέρας, Δ. Κιόρτσας**

- Σημασία της σωστής διατροφής σε ασθενείς με συνήθη νοσήματα της παθολογίας: **Χ. Δημητρούλα**
- Καρδιαγγειακά νοσήματα: **Ε. Φωτιάδου**
- Σακχαρώδης διαβήτης: **Π. Γιαννουλάκη**
- Χρόνια νεφρική και ηπατική νόσος: **Α. Κόκκαλη**
- Παχυσαρκία: **Μ. Γραμματικοπούλου**

Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ CLIO

14.30 - 16.30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ X

«Εντατικολογία: Σήψη - Καταπληξία - Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση - Πνευμονική Εμβολή»

Συντονιστές: **Ε. Ζακυνθινός, Ι. Πνευματικός**

- Καταπληξία: **Ε. Μουλούδη**
- Παθοφυσιολογία και διάγνωση πνευμονικής εμβολής: **Φ. Γκιρτοβίτης**
- Σήψη: **Ε. Μάσσα**
- Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση: **Β. Γροσομανίδης**
- Κλινική εικόνα και αντιμετώπιση πνευμονικής εμβολής: **Ι. Στυλιάδης**

ΑΙΘΟΥΣΑ ERATO

14.30 - 16.30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ XI

«Δερματικές και στοματολογικές εκδηλώσεις νοσημάτων της παθολογίας»

Συντονιστές: **Δ. Σωτηριάδης, Α. Μαρκόπουλος**

- Δερματικές εκδηλώσεις νοσημάτων της παθολογίας: **Α. Πατσατσή**
- Εκδηλώσεις ρευματικών νοσημάτων από τον βλεννογόνο του στόματος και το δέρμα: **Δ. Ζησόπουλος**
- Στοματολογικές εκδηλώσεις νοσημάτων της παθολογίας:
Α. Πουλόπουλος

ΑΙΘΟΥΣΑ ΚΑΛΛΙΟΡΙ

14.30 - 16.30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ XII

«Ειδικές λοιμώξεις της κοινότητας (HIV Λοίμωξη, Φυματίωση). Προβλήματα εμβολιασμών»

Συντονιστές: **Ε. Μαητέζος, Γ. Δαΐκος, Μ. Δανιηλίδης**

- HIV Λοίμωξη: **Π. Παναγόπουλος**
- Φυματίωση: **Σ. Μεταλλίδης**
- Προβλήματα εμβολιασμών: **Ε. Ψωμάς**

Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΟΝ Ι

14.30 - 16.30

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (POSTER) III
(AA089-AA101)

Πρόεδροι: Σ. Βακαλοπούλου, Μ. Παπαϊωάννου

AA089 ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΗΛΙΚΑΣ 49 ΕΤΩΝ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Αναστασιάδου Α., Σαχινίδης Α., Μάτα Α., Βακιάνη Σ.

Γενικό Νοσοκομείο Πέλλης - Γιαννιτσών, Παθολογική Κλινική, Γιαννιτσά

AA090 Η ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΕΒΣΤΕΙΝ-BAR (EBV) ΣΤΟ Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ

Μυλωνάς Κ.¹, Δεληγιάννης Γ.², Παπαδάτος Σ.², Ζήσης Χ.², Μυλωνάς Σ.²

¹ Φοιτητής Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ.

² Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ν. Τρικάλων

AA091 ΑΤΥΠΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ SWEET ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕ ΕΚΤΡΟΠΗ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Καϊάφα Γ., Κακαλέτσος Ν., Σαββόπουλος Χ., Ηλιάδης Φ., Περιφάνης Β., Προυσανίδης Ι., Γραϊκού Α., Τζαλοκώστας Β., Χατζητόλιος Ι. Α.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

AA092 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ D-DIMER ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Αγαπάκης Δ., Γώγος Χ., Αλεξίου Ε., Μαρασλής Σ., Βράνου Ε., Σάτσογλου Α.

Γ.Ν. Γουμένισσας, Κιλκίς

AA093 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΩΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑΣ (1991-2010) ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

Παπάζογλου Ν.¹, Καϊάφα Γ.², Κακαλέτσος Ν.², Παπάνας Ν.³, Σαββόπουλος Χ.², Μαϊτέζος Ε.³, Χατζητόλιος Ι. Α.

¹ Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

³ Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

AA094 ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΗΝ ΤΥΧΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ

Ντινοπούλου Ε., Γκιρτοβίτης Φ., Κωνσταντινίδου Α., Μπακαλούδη Β., Βουληγαρίδου Β., Παπέ Μ., Χατζηκύρκου Μ., Τζιούρα Α., Χαϊκιά Π., Παντελίδου Δ., Περπερίδου Ο., Μαρκοτσάνη Α., Χασαποπούλου - Ματάμη Ε.

Κέντρο Αίματος, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

AA095 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ
Μαρινάκη Π.¹, Καπιτζόγλου Β.²

¹ M.D., PhD, Αιματολόγος

² M.D., PhD, Νευρολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Σάββατο 28 Φεβρουαρίου 2015

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΙΟΝ Ι

AA096 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Παπέ Μ.¹, Μπακαλούδη Β.¹, Γεωργοπούλου Ε.², Γκιρτοβίτης Φ.¹, Ντινοπούλου Ε.¹, Κωσταντινίδου Α.¹, Χατζηκύρκου Μ.¹, Φλωρίδης Κ.¹, Περπερίδου Ο.¹, Θωμαΐδου Σ.¹, Παυλοπούλου Α.¹, Πουλιούδη Π.¹, Βασιλάκη Ο.³, Πρωτονοταρίου Ε.³, Σκούρα Λ.³, Χασαποπούλου - Ματάμη Ε.¹

¹ Κέντρο Αίματος, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

³ Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

AA097 ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΟΣΤΕΟΛΥΤΙΚΕΣ ΕΣΤΙΕΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΠΡΟ-Β ΟΞΕΙΑΣ ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ: ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Καϊάφα Γ.¹, Περιφάνης Β.¹, Κακαλέτσης Ν.¹, Χαλιβατζή Κ.², Τσαβδαρίδου Β.², Γούναρη Ε.², Χρυσουλίδου Ε.¹, Καλογερά Α.³, Χατζητόλιος Ι. Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Μικροβιολογίας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

³ Ακτινολογικό Τμήμα, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

AA098 ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΛΛΟΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Μπουντόθα Σ., Χρυσουλίδου Ε., Προυσανίδης Ι., Περιφάνης Β., Καϊάφα Γ. Χατζητόλιος Α.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

AA099 ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΔΙΠΟΝΕΚΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ

Κόκκινος Σ., Μολληλαγιουσσοφύργη Σ., Τζελάη Μ., Σαββίδου Γ., Μεχμέτ Φ., Χασάν Α., Παπάνας Ν., Παπάζογλου Δ., Μαητέζος Ε.

Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Έβρου, Ιατρική Σχολή Αλεξανδρούπολης

AA100 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΩΔΥΝΟΥ ΩΜΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΕΕ

Αντωνιάδης Β.¹, Τσιλνίκος Δ.¹, Θεοφανίδης Δ.²

¹ Φοιτητής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΣΕΥΠ, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

² Καθηγητής Εφαρμογών, MSc, ProfDoc, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

AA101 ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΞΕΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ (HUMAN ALBUMINE)

Αναστασιάδου Α., Σαχινίδης Α., Πρωτονοταρίου Α., Μπουτέλι Δ.

Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας - Γιαννιτών, Παθολογική Κλινική, Γιαννιτά




Nplate[®]
romiplostim

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον Κάτοχο της Άδειας Κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως ή περιλαμβάνονται στη συνοπτική περιγραφή χαρακτηριστικών του προϊόντος, το φύλλο οδηγιών χρήσης και τη μοναγραρία του φαρμάκου.

AMGEN[®]

AMGEN Hellas Ε.Π.Ε.
Γραβιός 4, 151 25 Μαρούσι
Τηλ: 210 3447000, Fax: 210 3447050
Email: info@amgen.gr, www.amgen.gr

NPO-GRC-AMG-031-2015-January-P

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και αποτελεσματικά
ΔΑΕΣ της ανεξάρτητης οντότητας για ΟΑΕ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Αναφέρετε κάθε φορά οποιαδήποτε πρόβλημα φάρμακο με το οποίο πρόκειται να ασχοληθείτε στο Τμήμα Αναπτυξιακών Επιχειρήσεων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) Τηλ: 2102042000, Fax: 2102042050, με τη χρήση της Κίτρινης Κάρτας, διαθέσιμης και στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ: www.eof.gr για έγκαιρη ή άμεση αντιμετώπιση ή επικοινωνήστε στην AMGEN Ελλάς Φαρμακόμελη Ε.Π.Ε. Τηλ: +30 2103447000.



AMGEN
Oncology

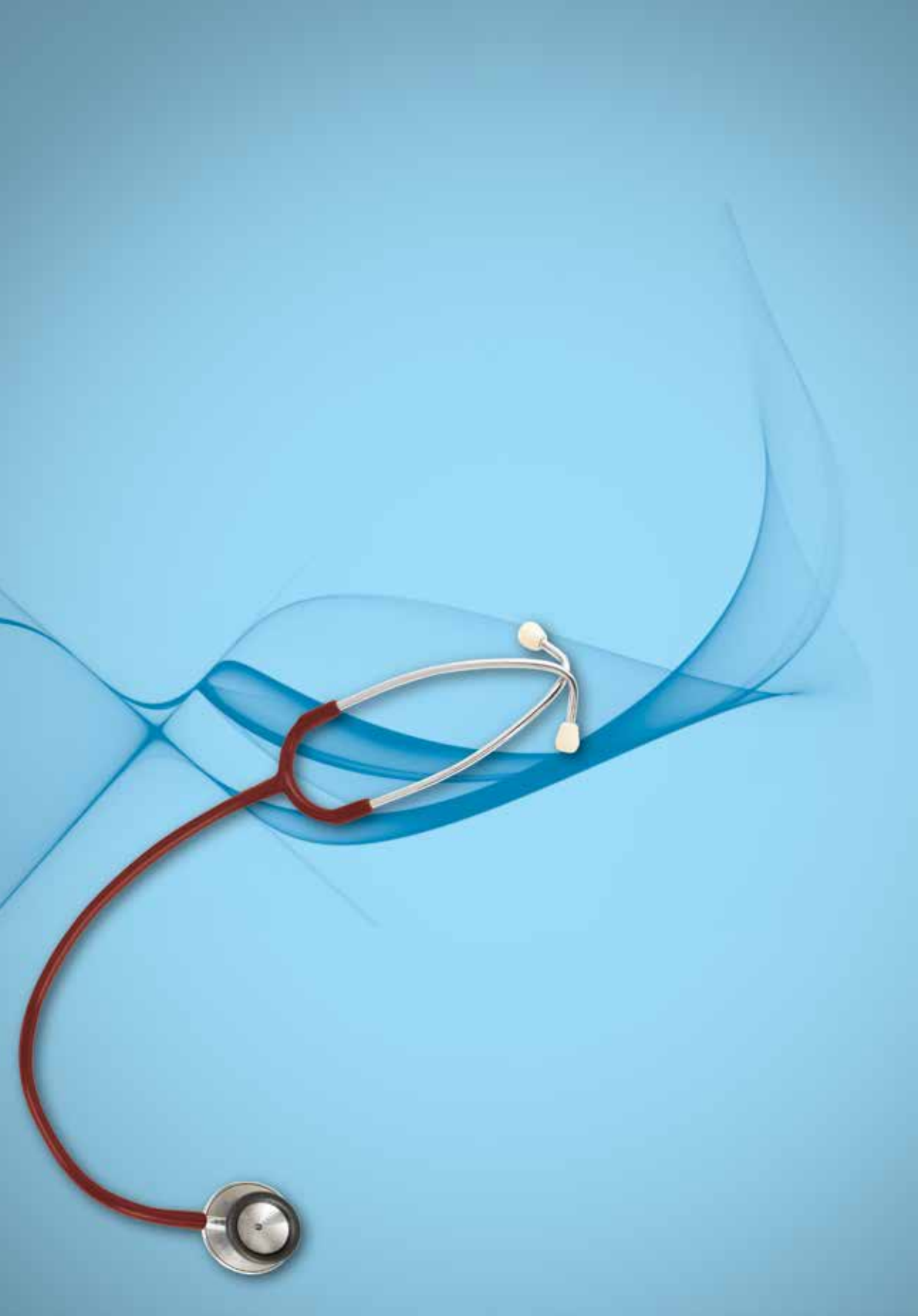
 **Neulasta[®]**
(pegfilgrastim)

Amgen Hellas Ε.Π.Ε.
Γραβιάς 4, 151 25 Μαρούσι
Τηλ.: 210 344 7000
Fax: 210 344 7050
e-mail: info@amgen.gr
www.amgen.gr

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον Κόδοχο της Άδειας Κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως ή περαιωθώντας στη συντομική περιγραφή χαρακτηριστικών του προϊόντος, το φύλλο οδηγιών χρήσης και τη μονογραφία του φαρμάκου.

**Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Ανοηρέτα
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΑΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"**

Ανοηρέτα είναι απλή αναπνευστική ενέργεια σύμφωνα με το κείμενο σχετικά αναφοράς στο Τμήμα Αντιβιοτικών Ενέργειών του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) Τηλ. 2103546386, Fax 2106549525 με τη μορφή της Κίτρινης Κάρτας Βελτίωσης και στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ: www.efp.gr για άμεση ή ηλεκτρονική υποβολή ή ενδεικτικά στην AMGEN Ελλάς Φαρμακεία Ε.Π.Ε. Τηλ. +30 2103447000





Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ01 Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ ΕΝΙΣΧΥΕΙ ΤΗ ΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ

Μπάρκας Φώτιος, Λιάμης Γεώργιος, Λυμπερόπουλος Ευάγγελος, Κηούρας Ελευθέριος, Παναγιωτοπούλου Θάλεια, Ελίσσάφ Μωυσής

Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Σκοπός: Μελέτες έδειξαν ότι οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (PPIs) ενδέχεται να επηρεάζουν το μεταβολισμό της χοληστερόλης και των στατινών στο ήπαρ. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της επίδρασης της χορήγησης PPIs στα επίπεδα της χοληστερόλης των χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL-C) σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με στατίνες.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης, στην οποία συμμετείχαν ενήλικοι ασθενείς που παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για ≥ 3 έτη. Στην τελευταία επίσκεψη εκτιμήθηκε το ποσοστό μείωσης της LDL-C σε ασθενείς που έπαιρναν στατίνες + PPIs σε σύγκριση με όσους έπαιρναν μόνο στατίνη.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 1000 ασθενείς: 9% έπαιρναν στατίνη + PPIs και 83% μόνο στατίνη. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα από τις 2 ομάδες ασθενών όσον αφορά το είδος της υπολιπιδαιμικής θεραπείας (Πίνακας 1). Το ποσοστό μείωσης της LDL-C ήταν υψηλότερο κατά 8% στους ασθενείς που έπαιρναν στατίνη + PPIs σε σύγκριση με όσους έπαιρναν μόνο στατίνη ($p < 0,01$ για τη σύγκριση μεταξύ των 2 ομάδων μετά από διόρθωση για το φύλο, την ηλικία και τα αρχικά επίπεδα LDL-C). Η διαφορά ήταν σημαντική στους ασθενείς που έπαιρναν ροσουβαστατίνη (11%).

Συμπέρασμα: Η χορήγηση των PPIs ενδέχεται να ενισχύει τη δράση των στατινών (κυρίως της ροσουβαστατίνης) όσον αφορά τη μείωση της LDL-C. Αυτή η ευνοϊκή επίδραση των PPIs στο λιπιδαιμικό προφίλ πρέπει να τεκμηριωθεί από προοπτικές κλινικές μελέτες.

Πίνακας 1 Σύγκριση υπολιπιδαιμικής θεραπείας ανάμεσα στους ασθενείς που έπαιρναν στατίνη + PPIs και όσους ελάμβαναν μόνο στατίνη

	Στατίνη (N=830)		Στατίνη + PPIs (N=90)	
	N, %	Μέση δόση, mg	N, %	Μέση δόση, mg
Ατορβαστατίνη	43	20	38	20
Ροσουβαστατίνη	32	20	30	10
Σιμβαστατίνη	21	40	28	40
Φλουβαστατίνη	4	80	4	80
Εζετιμίμη	24	10	28	10

ΠΑ02 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΡΥΠΑΝΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Κακαλιέτσος Νικόλαος¹, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Ρήγα Μαρίνα², Μπουζιανά Στέλλα¹, Σπανού Μαριάννα¹, Κωστάκη Σταυρούλα¹, Αγγελιοπούλου Στέλλα¹, Καρατζάς Κωνσταντίνος², Χατζητόλιος Ι. Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Μηχανολόγων Μηχανικών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Υπάρχουν μελέτες που συνδέουν την ατμοσφαιρική ρύπανση με την εκδήλωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), με συνδετικό κρίκο τη φλεγμονή των πνευμόνων. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της βαρύτητας του οξέος ΑΕΕ και των επιπέδων αέριας ρύπανσης στις διάφορες περιοχές της Θεσσαλονίκης.

Μέθοδος: Επιδέχθηκαν 231 ασθενείς με οξύ ΑΕΕ με τόπο κατοικίας στο πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης, που εισήχθησαν επειγόντως στην Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική κατά τη χρονική περίοδο 9/2010-2/2013. Καταγράφηκαν η ηλικία, το φύλο, η βαρύτητα του ΑΕΕ (NIHSS) και η διεύθυνση κατοικίας. Έγινε εντοπισμός του γεωγραφικού μήκους και πλάτους της κατοικίας τους και στη συνέχεια των αντίστοιχων τιμών της ατμοσφαιρικής ρύπανσης της περιοχής κατά την ημέρα εισαγωγής. Ακολούθησε σύγκριση των χαρακτηριστικών στους ασθενείς με βαρύ ΑΕΕ (NIHSS>24) σε σχέση με του υπόλοιπους. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το SPSS.

Αποτελέσματα: Στις ακραίες περιοχές του πολεοδομικού συγκροτήματος της Θεσσαλονίκης (Καθαμαριά, Κορδελίο) η αναλογία των βαρύτερων ΑΕΕ/υπόλοιποι ήταν μεγαλύτερη. Κατά τη σύγκριση των χαρακτηριστικών στις δύο υποομάδες βρέθηκε σημαντική διαφορά μόνο της ταχύτητας του ανέμου (0,91vs1,42, p=0,013). Από την μονοπαράγοντική μόνο ανάλυση, προέκυψε ότι η συγκέντρωση του διοξειδίου του αζώτου (NO₂) και η ταχύτητα του ανέμου αποτέλεσε στατιστικώς σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση βαρύτερου ΑΕΕ.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι ίσως η ατμοσφαιρική ρύπανση διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην εκδήλωση βαρύτερου ΑΕΕ κυρίως μέσω των επιπέδων NO₂ και εμμέσως της ταχύτητας του ανέμου, δεδομένα που είναι συμβατά με υπάρχουσες δημοσιεύσεις και πρέπει να επιβεβαιωθούν από μεγαλύτερες μελέτες. Η επίδραση του NO₂ δύναται να συνδέεται με την συμμετοχή του σε μηχανισμούς που οδηγούν σε φλεγμονώδεις αντιδράσεις, ενώ η ταχύτητα του ανέμου ενδέχεται να συνδέεται με λειτουργίες του αναπνευστικού.

ΠΑ03 Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Αγαπάκης Δημήτρης, Γώγος Χρήστος, Γκουρμπαλιώτης Απόστολος, Παπανικολάου Γεώργιος, Κωταΐδου Ελένη, Σάτσογλου Αιμίλιος

Γ.Ν. Γουμένισσας, Κιλίκης

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι η κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) αποτελεί την πιο κοινή εμφανιζόμενη αρρυθμία. Επίσης, οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου που αναφέρονται και ως μεταβολικό σύνδρομο (Μ.Σ.), σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την επίπτωση της παρουσίας κοιλιακής μαρμαρυγής σε ασθενείς με Μ.Σ.

Υλικό και Μέθοδος: Η μελέτη περιέλαβε 177 ασθενείς που εξετάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία ή την κλινική κατά τη διάρκεια 16 μηνών και πληρούσαν τα κριτήρια του NCEP-ATP III για τον ορισμό του Μ.Σ.. Επρόκειτο για 109 γυναίκες και 48 άνδρες μέσης ηλικίας 71.1 έτη οι οποίοι δεν έπασχαν ούτε ανέφεραν από το ιστορικό τους οργανική καρδιακή νόσο, χρόνια αναπνευστική ή νεφρική νόσο. Ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 63 ασθενείς με τα ίδια χαρακτηριστικά ως προς την ηλικία και το φύλο, χωρίς Μ.Σ. Σε όλους τους ασθενείς έγινε πλήρης κλινική εξέταση, διενεργήθηκε ΗΚΓγραφικός έλεγχος και προσδιορίστηκαν οι λιπιδαιμικές παράμετροι, η γλυκόζη νηστείας, η αρτηριακή πίεση και η περιμέτρος μέσης.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ασθενών με Μ.Σ. διαπιστώθηκε ότι σε 15 (8.4%) υπήρχε Κ.Μ (χρόνια) έναντι 3 (4.7%) ασθενών της ομάδας ελέγχου (p<0.01). Στους ασθενείς με Μ.Σ. διαπιστώθηκε ότι 113 (63.8%), είχαν Αρτηριακή Υπέρταση, 59 (33.3%) έπασχαν από ΣΔ, χαμηλή HDL και αυξημένα τριγλυκερίδια μετρήθηκαν σε 53 (29.9%) και αυξημένη περιφέρεια μέσης σε 79 (44.6%). Η κοιλιακή μαρμαρυγή συσχετιζόταν περισσότερο με την κοιλιακή παχυσαρκία. (OR;3.1, 95%CI 1.1-7.9, p=0.03).

Συμπεράσματα: Οι καρδιομεταβολικοί παράγοντες κινδύνου συσχετίζονται θετικά με την κοιλιακή μαρμαρυγή, αυξάνοντας τη νοσηρότητα στον πληθυσμό των ασθενών αυτών. Η κοιλιακή παχυσαρκία ίσως να αποτελεί τον υποκείμενο μηχανισμό για την σύνδεση αυτή.

ΠΑ04 LOCAL HEMODYNAMIC MICROENVIRONMENT GUIDES MANAGEMENT OF CORONARY ARTERY ULCERATED PLAQUE

Andreas Giannopoulos, MD^{1,2}, Antonios Antoniadis, MD, PhD^{1,2}, Apostolos Chatzitoliou, MD, PhD³, Anthony Ziakas, MD, PhD², Christos Savvopoulos, MD, PhD³, Haralambos Karvounis, MD, PhD², George D. Giannoglou, MD, PhD², Yiannis Chatzizisis, MD, PhD^{1,2}

¹ Cardiovascular Division, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

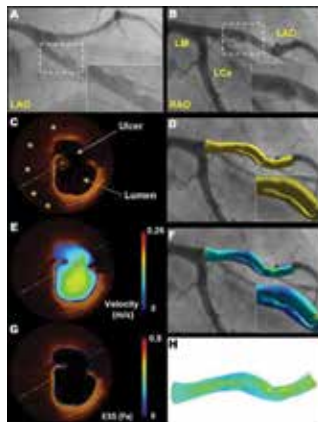
² First Department of Cardiology, AHEPA University Hospital, Aristotle University Medical School, Thessaloniki, Greece

³ First Propedeutic Medical Department, AHEPA University Hospital, Aristotle University Medical School, Thessaloniki, Greece

A 57-year-old man with history of ST-elevation anterior myocardial infarction 3 months ago that was treated conservatively in an outside hospital and positive family history of coronary artery disease (CAD) was referred to our institution for an elective coronary angiogram due to post-infarction angina.

Coronary angiography showed an area of haziness in the proximal LAD (A). Advanced imaging with OCT demonstrated an ulcerated thin-capped fibroatheroma (B, asterisks denote a large lipid pool). The plaque was hemodynamically insignificant by FFR. We further investigated the local endothelial shear stress (ESS) in the ulcerated plaque using 3D OCT (C) and computational fluid dynamics (D). An area of flow perturbation was found within the ulcer, resulting in blood stagnation (E) and low ESS (D, F, G, H, video). Due to the non-obstructive nature of the lesion we decided to put the patient on medical management maximizing the dose of statin (atorvastatin 80 mg) and using a stronger double antiplatelet therapy regimen (aspirin and prasugrel).

The management of non-obstructive ulcerated plaques in coronary arteries remains unclear. Low local ESS within the ulcer sustains a highly inflammatory and thrombogenic environment potentially increasing the likelihood of future adverse events. Intensive anti-inflammatory and antiplatelet therapy in those patients might be beneficial.



ΠΑ05 ΠΟΣΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΤΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΩΝ ESC/EAS ΚΑΙ 2013 ACC/AHA ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ; ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΛΙΠΙΔΙΩΝ

Μπάρκας Φώτιος, Λιάμης Γεώργιος, Παναγιωτοπούλου Θάλεια, Μηλιώνης Χαράλαμπος, Ελισάφ Μωυσής, Λυμπερόπουλος Ευάγγελος

Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, των Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Σκοπός: Η εκτίμηση της επίτευξης των στόχων της υπολιπιδαιμικής αγωγής σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες των Αμερικανικών (ACC/AHA) σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης, στην οποία συμμετείχαν ενήλικοι ασθενείς που παρακολούθησαν 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) και πρόσφατες Αμερικανικές κατευθυντήριες οδηγίες.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 1000 ασθενείς. Τα ποσοστά επίτευξη των στόχων της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών χοληστερόλης (LDL-C) ήταν 21%, 44% και 62% στους ασθενείς πολύ υψηλού, υψηλού και μετρίου κινδύνου, αντίστοιχα. Από τους ασθενείς που έπαιρναν ισχυρή στατίνη, 47% πέτυχαν την αναμενόμενη μείωση της LDL-C $\geq 50\%$ (στόχος των ACC/AHA). Το αντίστοιχο ποσοστό ήταν υψηλότερο σε αυτούς που ελάμβαναν στατίνη + εξετιμίμη (76%, $p < 0.05$). Παρομοίως, υψηλότερα ποσοστά επίτευξης των στόχων της LDL-C σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες παρατηρήθηκαν σε ασθενείς που έπαιρναν στατίνη + εξετιμίμη σε σύγκριση με αυτούς που ελάμβαναν στατίνη ως μονοθεραπεία (37, 50 και 71%, αντίστοιχα για τις 3 ομάδες κινδύνου).

Συμπεράσματα: Σε άτομα υψηλού κινδύνου παρά τη χορήγηση 'ισχυρών' στατινών, παρατηρείται μία ανεπαρκής μείωση των επιπέδων της LDL-C με βάση τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες των ACC/AHA. Ο συνδυασμός 'ισχυρής' στατινής με εξετιμίμη συσχετίζεται με σημαντική αύξηση των ποσοστών επίτευξης των στόχων των Ευρωπαϊκών και Αμερικανικών οδηγιών.

ΠΑ06 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Κακαλιέτσος Νικόλαος¹, Ντάιος Γεώργιος², Μηλιώνης Χαράλαμπος³, Χάιδης Άννα-Μπετίνα⁴, Μακαρίτσας Κωνσταντίνος², Σαββόπουλος Χρήστος¹, Berge Eivind⁵, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

² Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα

³ Β΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁴ Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

⁵ Department of Internal Medicine, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Εισαγωγή: Η σχέση των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά την οξεία φάση του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) με την έκβαση, δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί πλήρως.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της προγνωστικής αξίας της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής ΑΠ (ΔΑΠ) που καταγράφονται με τη μέθοδο της 24ωρης καταγραφής (ΑΒΡΜ), κατά την οξεία φάση του ΑΕΕ σε σύγκριση με τις τιμές της ΑΠ που μετρήθηκαν κατά την εισαγωγή.

Υλικό-Μέθοδος: Έγινε αναζήτηση μελετών με ασθενείς που εισήχθησαν εντός 24 ωρών από την έναρξη του ΑΕΕ, και οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ΑΒΡΜ κατά το πρώτο 24ωρο της νοσηλείας τους. Οι μελέτες ανέφεραν τις τιμές της ΑΠ ξεχωριστά σε ασθενείς με καλή και πτωχή λειτουργική έκβαση στο τέλος της παρακολούθησης. Πραγματοποιήσαμε μετα-ανάλυση της επίδρασης της μέσης ΑΠ και της μεταβλητότητας της ΑΠ στην έκβαση.

Αποτελέσματα: Τα υψηλά επίπεδα της ΣΑΠ και ΔΑΠ όπως μετρούνται με ΑΒΡΜ σχετίστηκαν με πτωχή βραχυ-, μεσο- και μακροπρόθεσμη έκβαση χωρίς να ισχύει το ίδιο για τις μετρήσεις κατά την εισαγωγή. Υψηλότερη ΣΑΠ κατά 9,1mmHg (95%CI: 6,6-11,6, $p<0,001$; $I^2=9\%$) και ΔΑΠ κατά 2,3 mmHg (95%CI: 0,8-3,7, $p=0,002$; $I^2=0\%$) συσχετίστηκε με πτωχή έκβαση. Η μείωση της ΑΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας σχετίστηκε με καλή έκβαση. Δεν βρέθηκε συσχέτιση της μεταβλητότητας της ΑΠ με την έκβαση μετά το ΑΕΕ.

Συμπεράσματα: Υψηλότερες τιμές της ΣΑΠ και ΔΑΠ, όπως μετρούνται με ΑΒΡΜ σχετίστηκαν με πτωχή έκβαση. Το ίδιο δεν βρέθηκε για την ΑΠ κατά την εισαγωγή, και είναι πιθανό ότι η μέθοδος ΑΒΡΜ εμπεριέχει καλύτερη προγνωστική πληροφορία.

ΠΑ07 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΩΝ ΑΠΙΝΙΔΩΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Κωνσταντίνου Δημήτριος, MD, PhD,¹ Ευθυμιάδης Γεώργιος, MD, PhD,¹ Βασιλικός Βασιλείος, MD, PhD,¹ Παρασκευαΐδης Στυλιανός, MD, PhD,¹ Παγκουρέλιας Ευστάθιος, MD, PhD,¹ Maron Barry, MD,² Καρβούνης Χαράλαμπος, MD, PhD¹

¹ Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα

² Hypertrophic Cardiomyopathy Center, Minneapolis Heart Institute Foundation, Minneapolis, MN, USA

Εισαγωγή: Ο Αιφνίδιος Θάνατος (ΑΘ) μπορεί να επιπλέξει τη φυσική πορεία ασθενών με Υπερτροφική Μυοκαρδιοπάθεια (ΥΜΚ). Η αναγνώριση κατάλληλων υποψηφίων προς εμφύτευση απινιδωτή για πρωτογενή πρόληψη ΑΘ αποτελεί πρόκληση.

Μέθοδος: Συμπεριλήφθησαν 37 ασθενείς με ΥΜΚ και απινιδωτή για πρωτογενή πρόληψη ΑΘ. Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση του κινδύνου ΑΘ πριν την εμφύτευση και ακολούθως έλεγχος του απινιδωτή δις ετησίως. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν ο χρόνος που μεσολάβησε μεταξύ εμφύτευσης και πρώτης πρόσφορης θεραπείας (αντι-ταχυκαρδιακή βηματοδότηση ή shock). Δευτερογενές καταληκτικό σημείο ήταν το ποσοστό απρόσφορων θεραπειών.

Αποτελέσματα: Σε διάστημα 3,1 ετών, 10 (27%) ασθενείς δέχθηκαν ≥ 1 πρόσφορες θεραπείες. Η επίπτωση της πρώτης πρόσφορης θεραπείας ήταν 7,2%/έτος (95% CI: 3,4-13,2) ενώ η 5ετής αθροιστική επίπτωση ήταν 29,2 \pm 7,4%. Κανένας από τους προγνωστικούς δείκτες ΑΘ δεν σχετίστηκε ανεξάρτητα με το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ενώ η επίπτωση των πρόσφορων θεραπειών ήταν συγκρίσιμη μεταξύ των ασθενών με 1, 2 ή ≥ 3 παράγοντες κινδύνου (Log Rank $p=0,58$). Ασθενείς με ιστορικό ΑΘ σε 1^ο βαθμού συγγενείς με ΥΜΚ διέτρεχαν 3,8 φορές υψηλότερο κίνδυνο για πρόσφορη θεραπεία έναντι αυτών χωρίς οικογενειακό ιστορικό ΑΘ (HR: 3,8; 95% CI: 1,0-14,1, $p=0,05$). Επτά (18,9%) ασθενείς βίωσαν ≥ 1 απρόσφορες θεραπείες. Η λήψη β-αποκλειστών συσχετίστηκε με ελάττωση της επίπτωσης απρόσφορων θεραπειών κατά 75% (HR: 0,15; 95% CI: 0,03-0,89).

Συμπεράσματα: Τα ισχύοντα κριτήρια είναι σε θέση να αναγνωρίσουν μία υποομάδα ασθενών με ΥΜΚ που διατρέχει υψηλό κίνδυνο ΑΘ. Ωστόσο, κανένας από τους παράγοντες κινδύνου ΑΘ δεν υπερέχει σε προγνωστική ισχύ των υπολοίπων ενώ η άθροιση πολλαπλών παραγόντων δεν σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση θεραπειών από τον απινιδωτή.

ΠΑ08 ΜΗ ΒΑΛΒΙΔΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ: ΚΟΥΜΑΡΙΝΙΚΑ Ή ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ; ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΓΟΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΣΤΕΙΛΙΑΣ

Παπακωνσταντίνου Παντελεήμων, Ασπρακοπούλου Ναταλία, Γαργεράκη Αναστασία, Μπντζαρίδης Εμμανουήλ

Γενικό Νοσοκομείο- Κέντρο Υγείας Στειλίας, Στειλία, Λασιθι, Κρήτη

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά έχουν πρόσφατα εγκριθεί για την πρόληψη των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και των θρομβοεμβολιών σε ασθενείς με μη βαλβιδική κοιλιακή μαρμαρυγή (ΜΒ-ΚΜ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει την παρακολούθηση των ασθενών με μη ΜΒ-ΚΜ καθώς και την αντιπηκτική αγωγή που χορηγείται σε άγονες περιοχές.

Υλικό-Μέθοδοι: Στην προοπτική μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ΜΒ-ΚΜ, οι οποίοι λάμβαναν κουμαρινικά ή νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά και προσήλθαν στο Γενικό Νοσοκομείο- Κέντρο Υγείας Στειλίας και τα περιφερειακά του ιατρεία κατά το χρονικό διάστημα Φεβρουάριος-Οκτώβριος 2014.

Αποτελέσματα: Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν 110 διαδοχικοί ασθενείς (ηλικίας 76 +/- 10 ετών; 51 άνδρες) με ΜΒ-ΚΜ (78 ασθενείς με χρόνια κοιλιακή μαρμαρυγή, 32 ασθενείς με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή) με μέσο CHAD2-DS2-VASc Score 4,72 +/- 1,19. Το 76% των ασθενών λάμβανε ασενοκουμαρόλη. Το 14% λάμβανε νταμπιγκατράνη, 4% απιζεμπάνη, 2% ριβροξαμπάνη ενώ 4% λάμβανε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Το 57,8% των ασθενών που λάμβαναν κουμαρινικά παρακολουθούνταν το INR σε μηνιαία βάση, το 34,6% ανα δίμηνο και οι υπόλοιποι ασθενείς σε διαστήματα >3 μηνών. Το 18% των ασθενών είχαν TTR (Time in Therapeutic Range) INR >60%.

Συμπεράσματα: Τα νέα αντιπηκτικά δεν χρησιμοποιούνται ευρέως σε άγονες περιοχές παρά το γεγονός ότι προσφέρουν πλεονεκτήματα στην παρακολούθηση ασθενών, ιδιαίτερα όταν η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Η χρήση κουμαρινικών αντιπηκτικών κρίνεται ιδιαίτερα επισφαλής με συνέπεια την αύξηση των προσκομιδών στο νοσοκομείο λόγω είτε επικίνδυνων αιμορραγιών ή θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Συνεπώς τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά θα μπορούσαν να αποτελέσουν για άγονες περιοχές μια ασφαλή αλλαγή και οικονομικά Αποτελεσματατική λύση.

ΠΑ09 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γκιάτα Ουρανία¹, Παγανάς Αριστοφάνης², Γκαρτζιούλας Γεώργιος², Μπαλάσκας Πύρρος², Ρουσάκης Νικόλαος², Σεκέρη Ζαφερία³

¹ Επισμ. Β´

² Επισμ. Α´

³ Δ/ντρια, Κ.Υ. Λιτοχώρου Περίας

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, καθώς και ένα από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η ΑΥ ενοχοποιείται για 7,1 εκατομμύρια πρόωρων θανάτων.

Σκοπός: Η καταγραφή του προβλήματος της ΑΥ σε ένα πληθυσμό ευθύνης τεσσάρων περιφερειακών ιατρείων στο νομό Περίας.

Μέθοδος: Πρόκειται για μία μελέτη χρονικής στιγμής (cross-sectional), στην οποία ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, έξις και συνήθειες, το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό των συμμετεχόντων και πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης.

Αποτελέσματα: Στην μελέτη συμμετείχαν συνολικά 1143 άτομα, εκ των οποίων 396 άρρενες και 747 θήλεα (μέσος όρος ηλικίας Μ.Ο = 65 έτη). Ο επιπολασμός της ΑΥ βρέθηκε 82,8%, επίγνωση της νόσου από το σύνολο των υπέρτασικών είχε το 82,7%, υπό φαρμακευτική αγωγή είχαν τεθεί 757 άτομα (96,3%) των υπέρτασικών που είχαν επίγνωση, ενώ έλεγχος της νόσου επιτεύχθηκε στο 40,3% των ασθενών υπό αγωγή. Οι καπνιστές καθώς και οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, δυσλιπιδαιμία, καθώς και οι παχύσαρκοι βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ΑΥ.

Συμπέρασμα: Παρόλο το υψηλό ποσοστό επίγνωσης και θεραπείας της νόσου, το ποσοστό ελέγχου της αρτηριακής πίεσεως δε βρέθηκε εξίσου αισιόδοξο, γεγονός που αποτυπώνει τη σοβαρότητα του προβλήματος της ΑΥ της χώρας. Η καταγραφή χρόνιων νόσων καθώς και η προληπτική ιατρική παρέμβαση σε επίπεδο ΠΦΥ, μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερο έλεγχο και βελτιωμένες υπηρεσίες προς τους ασθενείς.

ΠΑ10 ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ LANE-HAMILTON (ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗ) ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

Τρύφων Σταύρος^{1,2}, Lorenzo Klein², Σαρόγλη Μαρία¹, Specks Ulrich²

¹ Α΄ Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκη

² Pulmonary Dpt; Mayo Clinic Rochester, MN, USA

Εισαγωγή: Η κοιλιοκάκη (Κ), χρόνια ανοσοεξαρτώμενη πεπτοποπάθεια με γενετική προδιάθεση τύπου HLA-DQ2/8 έχει επίπτωση 1:100 στο γενικό πληθυσμό. Η ιδιοπαθής πνευμονική αιμοσιδήρωση (ΙΠΑ), επίσης ανοσοεξαρτώμενη νόσος, προκαλούσα ενδοκυψελιδική αιμορραγία, έχει επίπτωση 1,26/10⁶.

Σκοπός: Η συνύπαρξή τους, Lane-Hamilton syndrome (LHS) είναι μία ιδιαίτερη οντότητα, που λόγω της σπανιότητάς της, η διάγνωση και η έκβαση της αποτελούν πρόκληση για τον κλινικό ιατρό.

Υλικό-Μέθοδος: Ελέγχσαμε αναδρομικά τα στοιχεία 5 ετών νοσηλείων, 230 ασθενών με Κ και 52 ασθενών με ΙΠΑ που νοσηλεύθηκαν στην Mayo Clinic, Rochester, MN. Ανευρέθηκε 1 ασθενής με LHS. Ανευρέθησαν επιπρόσθετα 51 κλινικά περιστατικά LHS από το PubMed.

Αποτελέσματα: LHS σε 33 (63,4%) παιδιά (8,2ετών: min-max 1-15, 13 αγόρια/20 κορίτσια) και 19 (36,7%) ενήλικες (31,3ετών: min-max 53-18, 14 άνδρες/ 5 γυναίκες). Ο χρόνος διάρκειας της νόσου πριν τη διάγνωση στα παιδιά ήταν μικρότερος (1,3±2,2 μήνες έναντι 4,6±5,1 έτη, p<0.01). Το κύριο εύρημα στα παιδιά: αναιμία (29%) - στους ενήλικες: αιμόπτυση χωρίς αναιμία (52,6%), [Hb (g/dl): 5,8±2,9 vs 12,9±4,8 p<0,01]. Εμφάνιζαν ταυτόχρονα και τυπική Κ (διαρροϊκό σύνδρομο) 22,5% των παιδιών, έναντι 1 ενήλικα. Ολική απροφία των εντερικών λαχνών εμφάνιζαν τα παιδιά (32,2% vs 15,8%, p<0,05), η συχνότητα εμφάνισης φυσιολογικού βλεννογόνου ήταν ίδια (25,8% vs 21%, p=0,57). Όλοι είχαν θετικά αντισώματα. Οι ενήλικες είχαν πιο άσπρη κλινική εικόνα 93% - βελτιώθηκαν με την διαίτα ελεύθερη γλυουτένης (ΔΕΓ). Στα παιδιά υπήρχε ένα περιστατικό θανάτου - χρηζαν ανοσοκατασταλτικά και κορτικοειδή το 38,7% εξ αυτών.

Συμπεράσματα: Το LHS εμφανίζει διαφορετική κλινική εικόνα μεταξύ ενηλίκων και παιδιών. Η καλύτερη διαγνωστική προσέγγιση είναι η κλινική υποψία του: όταν ανευρεθούν διηθήσεις στην ακτινογραφία, (συνηθέτερα) σε κορίτσια με εμμένουσα αναιμία και σε άνδρες με υποτροπιάζοντα επεισόδια αιμοπτύσεων. Η άμεση διάγνωση της νόσου και η ΔΕΓ χαρακτηρίζονται από κλινική βελτίωση, χωρίς υποτροπές.

ΠΑ11 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ANTI-VEGF ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗ-ΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Δήμας Γρηγόριος¹, Μπαλανίκας Γεώργιος², Ηλιάδης Φώτιος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Αλέξανδριδης Αλέξανδρος², Καραμπατάκης Βασίλειος³, Χατζητόλης Απόστολος¹, Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Οφθαλμολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Πειραματικής Οφθαλμολογίας, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Πρόσφατα δεδομένα υποδηλώνουν ότι οι νεφρικές αγγειακές μεταβολές συμβάλλουν στην εξέλιξη της νεφρικής νόσου και ότι εναλλαγές του Αγγειακού Ενδοθηλιακού Αυξητικού Παράγοντα-A (Vascular Endothelial Growth Factor-A, VEGF-A) πιθανόν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις μικροαγγειακές απώλειες της αγγειακής ανακατασκευής των αγγείων και του νεφρού. Ωστόσο, ο μηχανισμός με τον οποίο ο VEGF δρα στο νεφρό και στα αγγεία, τουλάχιστον σε πρώιμα στάδια διαβητικής νεφροπάθειας (ΔΝ) και χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ), παραμένει αδιευκρίνιστος. Πρόσφατα, ένας σημαντικός αριθμός πρόδρομων μελετών υποδηλώνει σημαντικό ρόλο για τους Anti-VEGF παράγοντες στη διαχείριση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (ΔΑ). Ενδοαίθρητη χρήση τους έχει δείξει ευεργετικές βραχυπρόθεσμες δράσεις πάνω στο διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας (ΔΟΩΚ), την πάχυνση της αμφιβληστροειδικής αρτηρίας και την όραση.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 20 ασθενείς με ΔΝ τύπου 2 σε πρώιμα στάδια, και μικρολευκωματουρία. Χορηγήθηκε ανασυνδυασμένο εξανθρωπισμένο μονοκλωνικό αντίσωμα Anti-VEGF μιας χρήσης από 0.3-0.8mg ενδοουαϊώδους έγχυσης κάθε 28-50 ημέρες για 3-8 μήνες. 20 άρτηοι ασθενείς έλαβαν πλάσματική θεραπεία ελέγχου.

Αποτελέσματα: Με την φλουοραγγειογραφία αποδείχθηκε σημαντική μείωση του υγρού από τα αγγεία και απορρόφηση του οιδήματος της ωχράς κηλίδας. Με την τομογραφία συνοχής του οφθαλμού αναδείχθηκε μια μείωση ΔΟΩΚ κατά 0.5-3.5mm, 80% βελτίωση σε σχέση με τους υγιείς, καθώς και μία σημαντική μείωση της πάχυνσης της κεντρικής αμφιβληστροειδικής αρτηρίας και βελτίωση της όρασης. Η πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτιδίων (Intima Media Thickness, IMT), ως υποκλινικού δείκτη αθηροσκλήρωσης ελαττώθηκε από 1.05mm σε 0.65mm, 1 χρόνο μετά.

Συμπεράσματα: Παρά τις υποσχόμενες δράσεις της θεραπευτικής μεθόδου θα χρειαστούν εκτεταμένες μελέτες στο διαβητικό πληθυσμό για να απομνησθεί η ασφάλεια, η Αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των Anti-VEGF παραγόντων στη ΔΑ και την υποκλινική αθηροσκλήρωση, ιδιαίτερα σε πρώιμα στάδια ΔΝ κατά το στάδιο της υπερδιήθησης, με πιθανές υποτροπές των βλαβών.

ΠΑ12 ΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΖΕΛΑΤΙΝΑΣΗΣ-Α ΚΑΙ ΤΟΥ TGF-β1 ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ, ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΥΠΟΥ 2

Δήμας Γρηγόριος¹, Ηλιάδης Φώτιος¹, Τέγος Θωμάς², Κανέλλης Ηλίας¹, Σπύρουλου Σοφία³, Καραμούζης Ιωάννης¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹, Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η Ζελατινάση-Α, γνωστή και ως μεταλλοπρωτεϊνάση-2 (matrix metalloproteinase-2, MMP-2) έχει ενοχοποιηθεί στη χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) και στην καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ). Ο αυξητικός παράγοντας Transforming Growth Factor-β1 (TGF-β1) θεωρείται μία προ-ινώδης κυτοκίνη, η οποία διεγείρεται από το διαβητικό περιβάλλον και επάγει τη διαβητική 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 διαβητικής αλβουμινουρίας και της αθηροσκλήρωσης.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθούν τα επίπεδα ορού της MMP-2 και αυτά του TGF-β1 και να συνδυαστούν με πιθανό ρόλο τους στην αλβουμινουρία και στην αθηροσκλήρωση σε πρώιμα στάδια διαβητικής νεφροπάθειας (ΔΝ).

Υλικό και Μέθοδοι: Η μελέτη περιλάμβανε 50 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1 και 2 και τύπου 2 ΔΝ. Σαν μάρτυρες, συμμετείχαν 2 ομάδες, ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 χωρίς νεφροπάθεια (n=40) και υγιείς εθελοντές (n=40). Τα επίπεδα ορού MMP-2 και TGF-β1 εξετάσθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Το πάχος του έσω-μέσου χιτώνα (IMT, intima-media thickness) των καρωτίδων και μηριαίων αρτηριών και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας καθορίσθηκαν με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερηχοτομογράφο.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα της MMP-2 και του TGF-β1 σημείωναν ισχυρά σημαντική συσχέτιση με αλβουμινουρία (p<0.0001 και p<0.001 αντιστοίχα), με δείκτες φλεγμονής (hs, CRP, IL-6), καθώς και με IMT και αθηρωματική πλάκα. Τα επίπεδα της MMP-2 εμφάνιζαν ισχυρή συσχέτιση με αυτά του TGF-β1 στην ομάδα των ασθενών (pearson correlation 0.675, p<0.0001).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει τα επίπεδα της MMP-2 να συσχετίζονται με αυτά του TGF-β1 στην εμφάνιση αλβουμινουρίας, φλεγμονής και αθηροσκλήρωσης και να αποτελούν πρώιμο δείκτη εμφάνισης αλβουμινουρίας, φλεγμονής και αθηροσκλήρωσης στη ΔΝ προς την εξέλιξη σε ΧΝΝ.

ΠΑ13 ΜΗ ΕΚΚΡΙΤΙΚΑ ΥΠΟΦΥΣΙΑΚΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΑ (NFPA): «WAIT AND SEE» ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ιωάννης Καραμούζης, Rita Berardelli, Nunzia Prencipe, Alessandro Berton, Chiara Bona, Valentina Gasco, Mauro Maccario, Ezio Ghigo, Silvia Grottoli

Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβητολογίας, Τομέας Ιατρικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο του Τορίνο, Ιταλία

Εισαγωγή: Η διαχείριση της επιλογής των μη-εκκριντικών υποφυσιακών αδενωμάτων (NFPA) παραμένει η debulking χειρουργική επέμβαση όταν είναι προληπτικά. Υπάρχουν δεδομένα για την εξέλιξη των NFPA που δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία κατά τη διάρκεια μιας μακράς περιόδου παρακολούθησης δίνοντας έτσι ένδειξη της φυσικής τους εξέλιξης. Ωστόσο, στοιχεία που συγκρίνουν την αντιμετώπιση της έκβασης της χειρουργικής επέμβασης και ένα «wait and see προσέγγιση» των NFPA είναι ελάχιστα.

Σκοπός: αξιολόγηση της φυσικής πορείας των «υποτιθέμενων» NFPA και της έκβασης των επιβεβαιωμένων-ιστολογικά NFPA κατά τη διάρκεια μακράς περιόδου παρακολούθησης.

Υλικό και Μέθοδοι: Μεταξύ 1993-2013, 84 ασθενείς με NFPA μελετήθηκαν αναδρομικά. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν με βάση τη ακόλουθη κριτήρια: απεικόνιση υποφυσιακού αδενώματος, απουσία βιοχημικής/κλινικής ένδειξης ορμονικής υπερέκκρισης, αποκλεισμός προλακτινώματος και τουλάχιστον μία διαδοχική απεικόνιση. Κατά τη παρακολούθηση, επαναλαμβανόμενη εκτίμηση της υποφυσιακής λειτουργίας, οπτικών πεδίων και απεικόνιση διεξήχθη σε τακτά διαστήματα. Η διάρκεια παρακολούθησης εκτιμήθηκε από την πρώτη και τελευταία ημερομηνία απεικόνισης.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα F (παρακολούθηση χωρίς χειρουργική επέμβαση, 33 ασθενείς: 27 μακροαδενώματα-6 μικροαδενώματα), τα μακροαδενώματα (>1cm) έδειξαν παρόμοια πιθανότητα αύξησης και μείωσης του όγκου (15%). Παρόμοιες μεταβολές του μέγους του όγκου είχαν και τα μικροαδενώματα (<1cm). Στην ομάδα S (χειρουργική επέμβαση, 51 ασθενείς: 51 μικροαδενώματα), μετά τη χειρουργική εκτομή, ακόμη και στους ασθενείς με υπολειμματικό όγκο (> 1 και <1 cm), τα NFPA παρέμειναν κυρίως σταθερά σε μέγεθος επί σειρά ετών.

Συμπεράσματα: Με βάση τη δεδομένη έλλειψη συγκεκριμένης ιατρικής προσέγγισης, τους πιθανούς κινδύνους και τη πιθανά συνοδά νοσήματα της χειρουργικής επέμβασης, η μελέτη μας προτείνει ότι η προσεκτική παρακολούθηση ασθενών με NFPA χωρίς προβλήματα όρασης/ νευρολογικές ανωμαλίες είναι μία ασφαλή προσέγγιση.

ΠΑ14 ΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ MMP-2 ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΝΝ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Δήμας Γρηγόριος¹, Τέγος Θωμάς², Κανέλλης Ηλίας¹, Σπύρογλου Σοφία³, Καραμούζης Ιωάννης¹, Φωτιάδης Σπυρίδων¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹, Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: 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 μεταλλοπρωτεϊνάσης 2 (MMP-2). Η MMP-2 έχει ενοχοποιηθεί στην χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) και στην καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ).

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιοριστούν τα επίπεδα ορού της MMP-2 και της ομοκυστεϊνης (mct) σε ασθενείς σε πρώιμα στάδια ΧΝΝ με πρωτοπαθή χρόνια σπειραματονεφρίτιδα (ΧΣΝ).

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 50 ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) σταδίων 1-2 και ΧΣΝ. Ως μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 40 υγιείς εθελοντές. Τα επίπεδα της MMP-2 μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA, της mct με έναν συμβατό βιοχημικό αναλυτή και συσχετίστηκαν με υπέρταση, δείκτες πρόωμης αθηροσκλήρωσης (intima-media thickness, IMT) και λευκωματουρία.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα ορού της MMP-2 διέφεραν στατιστικά σημαντικά σε ασθενείς σε σχέση με μάρτυρες (260 ± 12 , $p < 0.001$), καθώς και της mct (30 ± 7 , $p < 0.001$). Επιπρόσθετα, η MMP-2 αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα για λευκωματουρία και Hmct.

Συμπέρασμα: Η μελέτη μας υποδεικνύει ότι τα επίπεδα της MMP-2 συσχετίζονται ισχυρά με Hmct και λευκωματουρία, αποδίδοντας έναν ρόλο στην MMP-2 στα πρώιμα στάδια ΧΝΝ και ΧΣΝ.

ΠΑ15 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ, ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ ΚΑΙ ΓΛΑΥΚΩΜΑ ΣΕ ΚΟΙΝΟ ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟ ΤΕΤΡΑΦΥΛΛΟ ΤΡΙΦΥΛΛΙ

Σαχινίδου Χαρίκλεια¹, Δήμας Γρηγόριος², Ράντεβ Ζανίνα³, Κανέλλης Ηλίας², Φωτιάδης Σπυρίδων², Τράντα Αλεξάνδρα², Σαββόπουλος Χρήστος², Χατζητόλιος Απόστολος²

¹ Κέντρο Υγείας Λαγκαδά

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Κέντρο Υγείας Μαδύτου

Εισαγωγή: Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί το κύριο μεταβολικό νόσημα σε ολόκληρο το δυτικό κόσμο, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αυτών, ιδιαίτερα άνω των 65 ετών, πάσχει και από αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ). 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 αλληλεπένδυτη δράση σε υπερήλικες. Σε μοντέλα πειραματόζωων η υποίνσουλιναίμια που προκαλείται από την στρεπτοζωσίνη μειώνει τα επίπεδα του μεταφορέα της ντοπαμίνης και της υδροξυλάσης της τυροσίνης στη συμπαγή μοίρα της μέλαινας ουσίας. Τελευταία ερευνητικά δεδομένα εστιάζουν στην βλάβη ενός νέου τύπου νευρικών κυττάρων, των γαγγλιοκυττάρων του αμφιβληστροειδούς, τα οποία είναι ζωτικά για την όραση στη νόσο του γλαυκώματος (ΓΛ). 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.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η συσχέτιση των νοσημάτων αυτών και η μεταξύ τους συνύπαρξη σε ασθενείς που επισκέφθηκαν τα ιατρεία μας την τελευταία διετία.

Υλικό και Μέθοδοι: Επιλέγησαν 405 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, από τους οποίους οι 210 ήταν ηλικίας > 65 ετών και οι 195 < 65 ετών. Μελετήθηκε το ποσοστό της ΑΥ, της ΝΠ και του ΓΛ.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι στο σύνολο των 405 ασθενών το 62.7% έπασχε από ΑΥ, το 15.5% από ΝΠ και το 14.1 από ΓΛ. Τα ποσοστά είναι καταλυτικά για την κατηγορία των ασθενών >65 ετών, ενώ στους διαβητικούς >75 ετών, 2/3 πάσχουν από ΑΥ, 1/4 από ΝΠ και 1/5 από ΓΛ.

Συμπέρασμα: Η μελέτη μας υποδεικνύει σαφή επίπτωση στον γηράσκοντα διαβητικό πληθυσμό της ΑΥ, της ΝΠ και του ΓΛ.

ΠΑ16 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ MMP-9 ΚΑΙ VEGF-A ΜΕ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΝΝ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ

Δήμας Γρηγόριος¹, Ηλιάδης Φώτιος¹, Τέγος Θωμάς², Κανέλλος Ηλίας¹, Σπύρουλου Σοφία³, Καραμούζης Ιωάννης³, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Καραμούζης Μιχαήλ³, Ωρολογιάς Αναστάσιος², Χατζητόλιος Απόστολος¹, Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η μεταλλοπρωτεϊνάση 9 (MMP-9) είναι ένα πρωτεολυτικό ένζυμο, το οποίο ενοχοποιείται στην χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) και στην καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ). Πρόσφατα δεδομένα υποδηλώνουν ότι οι νεφρικές αγγειακές μεταβολές συμβάλλουν στην εξέλιξη της νεφρικής νόσου και ότι εναλλαγές του Αγγειακού Ενδοθηλιακού Αυξητικού Παράγοντα-A (Vascular Endothelial Growth Factor-A, VEGF-A) πιθανόν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορισθούν τα επίπεδα ορού των MMP-9 και VEGF-A και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με δείκτες αθηροσκλήρωσης και οξειδωτικού στρες σε πρώιμα στάδια ΧΝΝ και πρωτοπαθούς χρόνιας σπειραματονεφρίτιδας (ΧΣΝ).

Ασθενείς-Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 50 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1 και 2 και ΧΣΝ. Ως ομάδα μαρτύρων προσήλθαν 30 υγιείς μάρτυρες. Η καθαρή κρεατινίνη και έκκριση αλβουμίνης ανιχνεύθηκαν σε ούρα 24ώρου. Ο VEGF-A, ο MMP-9 και το 15-F2t isop μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Η πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων και των μηριαίων αρτηριών (Intima Media Thickness, IMT) και η παρουσία αθηρωματικής πλάκας εκτιμήθηκαν με έναν υπερηχοτομογράφο υψηλής ευκρίνειας.

Αποτελέσματα: Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ VEGF-A (250 ± 20 , $p < 0.005$), MMP-9 (500 ± 50 , $p < 0.005$) και 15-F2t isop (80 ± 15 , $p < 0.005$) στην ομάδα ασθενών σε σχέση με τους μάρτυρες. Επιπλέον υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ VEGF-A και MMP-9 ($r = 0.7$, $p < 0.005$), VEGF-A και 15-f2t isop ($r = 0.6$, $p < 0.005$) και MMP-9 και 15-F2t isop ($r = 0.75$, $p < 0.005$) στην ομάδα των ασθενών.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει τα επίπεδα VEGF-A και MMP-9 σαν ανεξάρτητους παράγοντες αθηροσκλήρωσης και οξειδωτικού στρες, τουλάχιστον στα πρώτα στάδια ΧΝΝ και ΧΣΝ προς την εξέλιξη σε ΧΝΝ.

ΠΑ17 ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ Η ΟΧΙ

Χ. Μανές¹, Ι. Σαπάκος¹, Ε. Μητσόπουλος², Π. Κυρικλίδου², Δ. Σκούτας¹, Α. Νικολαΐδης¹, Δ. Τσακίρης²

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

² Νεφρολογικό Τμήμα - Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Νευροπάθεια εμφανίζεται σε 65% των ασθενών που εντάσσονται σε αιμοκάθαρση. Εκδηλώνεται συνήθως με τη μορφή χρόνιας συμμετρικής πολυνευροπάθειας. Αντίστοιχα, οι διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν σε ποσοστό (30%) περιφερική νευροπάθεια που αποτελεί σημαντικό παράγοντα για εμφάνιση ελκών στα κάτω άκρα. Η εμφάνιση της περιφερικής Διαβητικής Νευροπάθειας είναι ως επί το πλείστον συμμετρική χρόνια πολυνευροπάθεια.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη ερευνήθηκε η κλινική εκδήλωση νευροπάθειας σε ειδικό πληθυσμό ασθενών δηλαδή σε όσους βρίσκονται σε υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια σε αιμοκάθαρση - ομάδα Α και ασθενείς με οποιαδήποτε αιτιολογία (ήπην του Σακχαρώδη Διαβήτη) νεφροπάθεια σε αιμοκάθαρση επίσης - ομάδα Β. Ερευνήθηκε η βαρύτητα των βλαβών (νευροπαθτικών) όσον αφορά 1) το σύνολο των νευρικών ινών, 2) τις μικρές νευρικές ίνες και 3) τις μεγάλες νευρικές ίνες. Για την ποσοτική έκφραση της δυσλειτουργίας του συνόλου των νευρικών ινών χρησιμοποιήθηκε ο Δείκτης Νευρολογικής Δυσλειτουργίας (ΔΝΔ), για τις μικρές ίνες ο Δείκτης Νευρικής Δυσλειτουργίας (αντίληψη αφής, ψυχρού-θερμού) ΔΝΔ1 και για τις μεγάλες νευρικές ίνες η μέτρηση του ουδού αντίληψης των δονήσεων με το Βιοηλεκτρομετρο.

Αποτελέσματα: 1) Στην ομάδα Α ήταν 30 ασθενείς. Άνδρες=21, μέση ηλικία: 65.97 ± 13.6 έτη. Στην ομάδα Β περιλήφθηκαν 31 ασθενείς. Άνδρες=20, μέση ηλικία: 63.6 ± 12.7 έτη. 2) Δεν υπάρχει διαφορά ως προς την ηλικία και το φύλο στις δύο ομάδες ($p = NS$) 3) Ο ΔΝΔ ήταν αυξημένος σημαντικά στην ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β (5.4 ± 3.6 vs. 0.6 ± 1.26 $p < 0.05$) 4) Ο ΔΝΔ1 ήταν αυξημένος στην ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β (3.92 ± 0.5 vs. 0.5 ± 0.99 $p < 0.001$) 5) Ουδός αντίληψης δονήσεων (ΟΑΔ) αυξημένος σημαντικά στην ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β (36 ± 13 vs. 19 ± 8 $p < 0.05$).

Συμπέρασμα: Διαβητικοί αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς εμφανίζουν βαρύτερης μορφής νευροπάθεια σε σχέση με μη διαβητικούς αιμοκαθαρόμενους. Η ομάδα αυτή χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα για την πρόληψη εξελκώσεων και ενδοεσωματικών ακρωτηριασμών των κάτω άκρων.

ΠΑ18 Η ΧΡΩΜΟΓΡΑΝΙΝΗ Α ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Βραδέλης Στέργιος¹, Κουκλιάκης Γεώργιος², Ιωσφίδου Γεωργία¹, Παπάνας Νικόλαος¹, Μαϊτζέζος Ευστράτιος¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκriteίου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

² Εργαστήριο Ενδοσκοπήσεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Η Χρωμογρανίνη Α (CgA) εκκρίνεται από τα ενδοκρινή κύτταρα και του γαστρεντερικού που αποτελεί το μεγαλύτερο ενδοκρινικό όργανο. Υπάρχουν ελάχιστες αναφορές σχετικά με την συμμετοχή της σε χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και μάλιστα το σχετιζόμενο με διάρροια (ΣΕΕ-Δ).

Σκοπός: Να εξετασθεί αν η CgA αποτελεί αξιόπιστο δείκτη του ΣΕΕ-Δ.

Υλικό: Συνολικά 27 ασθενείς με ΣΕΕ-Δ (16/27 [59%] άνδρες, μέση ηλικία 43 έτη, εύρος 25-59) και 30 μάρτυρες (17/30 [57%], μέση ηλικία 38 έτη, εύρος 19-57) συμμετείχαν στη μελέτη.

Μέθοδος: Η διάγνωση του ΣΕΕ-Δ και η επιλογή των ασθενών έγινε με βάση τα κριτήρια της Ρώμης ΙΙΙ. Η CgA μετρήθηκε στο ορό στους ασθενείς (πριν λάβουν θεραπεία) και στους μάρτυρες.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή για την CgA ήταν 66.80 ± 19.61 U/l (μικρότερη τιμή 35.60 U/l, μεγαλύτερη 114.00 U/l) στους ασθενείς και η μέση τιμή για τους μάρτυρες 65.60 ± 15.80 U/l (μικρότερη τιμή 33.40 U/l, μεγαλύτερη 108.10 U/l). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην τιμή της CgA μεταξύ ασθενών και μαρτύρων.

Συμπεράσμα: Η CgA δεν αναδεικνύεται ως αξιόπιστος δείκτης σε ασθενείς με ΣΕΕ-Δ.

ΠΑ19 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΜΥΟΤΟΜΗ (ΡΟΕΜ) ΓΙΑ ΤΗΝ ΡΙΖΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ, ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥΣ

Ν. Ελευθεριάδης¹, Η. Ινoue³, Α. Πρωτοπαπάς¹, Γ. Γερμανίδης², Χ. Σαββόπουλος¹, Α. Χατζητόλης¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική

² Α΄ Παθολογική Κλινική

³ Γ.Π.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ., Digestive Disease Center, Showa University Northern Yokohama Hospital, Japan

Εισαγωγή: Η ενδοσκοπική μυοτομή (ΡΟΕΜ) αποτελεί την πιο σύγχρονη επέμβαση, για την οριστική θεραπεία της αχαλασίας οισοφάγου.

Σκοπός: Να αναφέρουμε την εφαρμογή ΡΟΕΜ σε δύο άρρενες, 32 και 52 ετών αντίστοιχα, με αχαλασία οισοφάγου τύπου Ι, με συμμετοχή Ελλήνων Γαστρεντερολόγων.

Υλικό και Μέθοδοι: Οι ασθενείς ανέφεραν δυσφαγία από έτη, με προοδευτική επιδείνωση και απώλεια βάρους τους τελευταίους μήνες. Αντιμετωπίστηκαν αρχικά με ανταγωνιστές διαύλων ασεβτίου με παροδική βελτίωση. Το Eckard score ήταν 7 και 8 αντίστοιχα (στάδιο ΙΙΙ). Η μομομετρία οισοφάγου έδειξε απερίσπαστη οισοφαγικού σώματος, αυξημένη πίεση ηρεμίας (44mmHg και 55mmHg αντίστοιχα) και ατελή χάλυση του ΚΟΣ. Το οισοφαγογράφημα έδειξε διάταση σώματος οισοφάγου >3εκ και σημείο ράμφους πουλιού, ενώ η ενδοσκόπηση, ικανή στάση υγρών, απουσία συσπάσεων σώματος και αντίσταση ΚΟΣ. Λόγω επιδείνωσης των συμπτωμάτων έγινε επιτακτική η ανάγκη οριστικής λύσης και με βάση τη δυνατότητα πραγματοποίησης ενδοσκοπικής μυοτομής, προτάθηκε η τεχνική ΡΟΕΜ.

Αποτελέσματα: Οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν υπο γενική αναισθησία, με βάση προηγούμενη περιγραφή. Κατά την ενδοσκόπηση χρησιμοποιήθηκε εμφύσηση CO₂, (Olympus Medical Systems), ενώ κατά την επέμβαση χρησιμοποιήθηκε το TT-knife. Εκλεκτική μυοτομή του έσω κυκλοστερούς μυός, μήκους 13 και 10 εκ αντίστοιχα, ολοκληρώθηκε επιτυχώς απουσία άμεσων ή αψώτερων επιπλοκών. Οι ασθενείς εξήλθαν μετά από τριήμερη νοσηλεία με πλήρη υποχώρηση της δυσφαγίας.

Συμπεράσματα: Με βάση τις δύο επιτυχείς περιπτώσεις, θεωρούμε την τεχνική ΡΟΕΜ ως ασφαλή και Αποτελεσματική οριστική θεραπεία της αχαλασίας οισοφάγου και εφικτή η πραγματοποίησή της από έλληνες γαστρεντερολόγους. Παρόλα αυτά, περαιτέρω εμπειρία είναι απαραίτητη.

ΠΑ20 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΟΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΟΡΓΑΝΟΕΙΔΙΚΩΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΔΕΛΤΑ (ΧΗΔ)

Ζάχου Καλλιόπη^{1,2}, Yurdaydin Cihan³, Drebber Uta⁴, Schlahpoff Verena¹, Dienes Hans Peter⁴, Manns Michael¹, Wedemeyer Heiner¹, Νταϊλέκος Γεώργιος² για τη H1DT-1 Study Group

¹ Department of Gastroenterology, Hepatology and Endocrinology, Hanover Medical School, Hanover, Germany

² Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα

³ University of Ankara Medical School, Gastroenterology Section, Ankara, Turkey

⁴ Institute of Pathology, University of Cologne, Cologne, Germany

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ΧΗΔ σχετίζεται με την παραγωγή αυτοαντισωμάτων, η κλινική σημασία των οποίων είναι άγνωστη. Σκοπός της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός της συχνότητας διαφόρων αυτοαντισωμάτων στη μεγαλύτερη σειρά ασθενών με ΧΗΔ που έχει υπάρξει μέχρι στιγμής διεθνώς (n=87) (μελέτη H1DT-1) και η συσχέτισή τους με την έκβαση της θεραπείας. **Υλικό/Μέθοδος:** Ελέγχθηκαν τα αντιπυρηνικά (ANA), αντιμυοκονδριακά (AMA), αντισώματα έναντι ρεϊών-μυϊκών-ινών (SMA), έναντι μικροσωμάτων-ήπατος-νεφρού (anti-LKM), έναντι τοξικοματικών κυττάρων στομάχου (PCA) και anti-LKM-3 (western-blot, ανασυνδυασμένη UGT-1.1), προ-θεραπείας και στο τέλος (48^η-εβδομάδα), σε ορούς 87 ασθενών με ΧΗΔ. Έγινε, επιπλέον, ποσοτικός προσδιορισμός HDVRNA, HBSAg και HBV-DNA προ-θεραπείας, την 48^η και 72^η εβδομάδα.

Αποτελέσματα: Προ-θεραπείας, ANA, SMA, AMA, anti-LKM, PCA και anti-LKM-3 ανιχνεύθηκαν σε 33%, 27%, 2.3%, 3.4%, 4.6% και 24% των ασθενών, αντίστοιχα. Τουλάχιστον ένα αυτοαντίσωμα (Τ.Ε.Α.) ανιχνεύθηκε στο 64.4%. Την 48^η-εβδομάδα, θετικοί ήταν 39%, 27%, 4%, 7%, 24% και 27% των ασθενών αντίστοιχα, ενώ Τ.Ε.Α. ανιχνεύθηκε στο 73%. Η παρουσία ANA (προ-θεραπείας) σχετιζόταν με αυξημένη πιθανότητα αρνητικοποίησης του HDVRNA (72^η-εβδομάδα, p=0.04). Η απουσία SMA σχετιζόταν με χαμηλότερα επίπεδα HDVRNA (72^η-εβδομάδα, p=0.057) και βελτίωση της ίνωσης (p=0.05). Η απουσία PCA (48^η-εβδομάδα) σχετιζόταν με χαμηλότερα επίπεδα HBSAg (48^η-εβδομάδα, p=0.01) και (72^η-εβδομάδα, p=0.01), βιοχημική ύφεση (p=0.04) και βελτίωση της φλεγμονής ιστολογικά (p=0.03). Η παρουσία Τ.Ε.Α. (προ-θεραπείας) σχετιζόταν με αυξημένη πιθανότητα αρνητικοποίησης του HDVRNA την 48^η-εβδομάδα.

Συμπεράσματα: Βρέθηκε αυξημένη συχνότητα αυτοαντισωμάτων σε ασθενείς με ΧΗΔ. Αν και τα ειδικά για τη νόσο anti-LKM-3 δε φαίνεται να επηρεάζουν την απάντηση στη θεραπεία, η ανίχνευση κάποιων άλλων αυτοαντισωμάτων πιθανώς να σχετίζεται με την ιστολογική και βιοχημική ύφεση της νόσου.

ΠΑ21 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ (ΑΗ) ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΜΥCOFENOLATE MOFETIL (MMF) ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ

Ζάχου Καλλιόπη¹, Γατσέλης Νικόλαος¹, Γκαμπέτα Στέλλα¹, Σαΐτης Αστέριος¹, Γεώργιος Κουκουήλης², Νταϊλέκος Γεώργιος¹

¹ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα

² Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα

Εισαγωγή/Σκοπός: Η φυσική ιστορία της ΑΗ εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Πρόσφατα δείξαμε ότι το MMF ως θεραπεία πρώτης γραμμής αντί της κλασσικής (κορτικοστεροειδή±αζαθειοπρίνη), σχετίζεται με υψηλά ποσοστά ύφεσης, λιγότερες παρενέργειες, ταχεία απόσυρση των κορτικοστεροειδών και απουσία μη-ανταπόκρισης. Στην παρούσα μελέτη διερευνήσαμε τη μακροχρόνια έκβαση των ασθενών που έλαβαν MMF, με έμφαση στην έκβαση μετά την πλήρη διακοπή της αγωγής.

Υλικό/Μέθοδος: 105 ασθενείς με ΑΗ [παρακολούθηση 66(3-168) μήνες] έλαβαν πρεδνιζολόνη (1mg/kg/ημέρα) και MMF (1.5-2g/ημέρα). Η ανταπόκριση καθορίστηκε σύμφωνα με τις οδηγίες του AASLD. Οι ασθενείς ήταν υποψήφιοι για διακοπή θεραπείας αν είχαν λάβει συστηματικά τουλάχιστον 4 έτη αγωγής και είχαν πλήρη ανταπόκριση (Π.Α.) τα τελευταία 2 έτη.

Αποτελέσματα: 99/105(94%) παρουσίασαν αρχική ανταπόκριση με ομαλοποίηση τρανσαμινασών και γ-σφαιρινών: 77(73.3%) είχαν Π.Α., 22(21%) πέτυχαν αρχική ανταπόκριση αλλά υποτροπίασαν κατά την απόσυρση της πρεδνιζολόνης και 6(5.7%) είχαν μερική ανταπόκριση. Η Π.Α. σχετιζόταν με οξεία εμφάνιση (p=0.003) και βραχύτερη διάρκεια νόσου (p=0.01). Μέχρι στιγμής, 31/105 ασθενείς έχουν διακόψει την αγωγή μετά 60(12-125) μήνες θεραπείας. 23/31(74%) παραμένουν σε πλήρη ύφεση για 21(3-84) μήνες, ενώ 8/31 υποτροπίασαν σε 3.5(2-7) μήνες. Η διατήρηση της ανταπόκρισης σχετιζόταν με απουσία κίρρωσης στη διάγνωση (p=0.05), μικρότερη διάρκεια χορήγησης πρεδνιζολόνης (p=0.009), χαμηλότερη IgG τον 1^ο (p<0.02) και 6^ο μήνα θεραπείας (p=0.01).

Συμπεράσματα: Το MMF αποδεικνύεται Αποτελεσματική και ασφαλή θεραπεία πρώτης γραμμής για την ΑΗ, πετυχαίνοντας τα υψηλότερα ποσοστά διατήρησης ύφεσης εκτός θεραπείας (74%) που δημοσιεύθηκαν ποτέ. Καθώς η υποτροπή είναι καθολική μετά την απόσυρση της κλασσικής θεραπείας στην ΑΗ, το MMF φαίνεται να αποτελεί μια σημαντική θεραπεία πρώτης γραμμής.

ΠΑ22 ΠΡΩΤΕΪΝΗ GP73 (GOLGI PROTEIN 73): ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΣΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

Γατσέλης Κ. Νικόλαος¹, Norman L. Gary², Ζάχου Καλλιόπη¹, Shums Zakera², Σαΐτης Αστέριος¹, Γκαμπέτα Στέλλα¹, Νταλέκος Ν. Γεώργιος¹

¹ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα

² INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, CA, USA

Εισαγωγή: Η πρωτεΐνη GP73 εκφράζεται στα ηπατικά κύτταρα ασθενών με ηπατοκυτταρικό καρκίνο (ΗΚΚ).

Σκοπός: Να προσδιοριστεί ο ρόλος της GP73 σε ασθενείς με χρόνια ηπατικά νοσήματα ως μη-επεμβατικός δείκτης εκτίμησης της ηπατικής ίνωσης και πρόγνωσης της εξέλιξης σε ΗΚΚ, καθώς επίσης η διαγνωστική ακρίβεια στη διάγνωση του ΗΚΚ.

Υλικό: Τα επίπεδα της GP73 προσδιορίστηκαν σε 367 ασθενείς με χρόνια ηπατικά νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C (n=124), χρόνια ηπατίτιδα B (n=189), αυτοάνοση ηπατίτιδα (n=8), πρωτοπαθή χολική κίρρωση (n=22) και αλκοολική νόσο του ήπατος (n=23).

Μέθοδος: Τα επίπεδα της GP73 προσδιορίστηκαν στον ορό μέσω της μεθόδου ELISA (INOVA Diagnostics).

Αποτελέσματα: Αυξημένα επίπεδα GP73 (>20 units) ανευρέθηκαν σε 94/366 ασθενείς (25.7%) εκ των οποίων 84/94 (90%) ήταν κίρρωτικοί. Η παρουσία αυξημένων επιπέδων GP73 συσχετίστηκε με την παρουσία κίρρωσης (p<0.001), ρήξης της αντρορόπησης (p<0.001) και ΗΚΚ (p<0.001). 295 από τους ασθενείς παρακολούθηθηκαν για διάμεση διάρκεια 51 μηνών (εύρος 6-170 μήνες). Η ανάλυση Kaplan-Meier ανέδειξε ότι αυξημένες τιμές GP73 συσχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα ρήξης της αντρορόπησης (p<0.05), ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου (p<0.001 για όλους τους ασθενείς, p=0.07 για τους κίρρωτικούς) και θανάτου σχετιζόμενου με την ηπατική νόσο (p<0.001) κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Η ROC ανάλυση έδειξε ότι ο συνδυασμός της GP73 με την AFP έχει σημαντική ικανότητα διάγνωσης ΗΚΚ (AUC 0.837, 95%CI: 0.79-0.89 στην συνολική ομάδα των ασθενών και AUC 0.732, 95%CI: 0.66-0.81 στους κίρρωτικούς).

Συμπεράσματα: Η GP73 μπορεί να αποτελέσει έναν νέο μη-επεμβατικό βιοδείκτη για την εκτίμηση του κινδύνου ανάπτυξης ΗΚΚ καθώς και για τη διάγνωσή του.

ΠΑ23 Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Κουτσογιάννης Ε., Δαδίκια Χ., Λύτρας Δ., Γανίτης Α., Παναγόπουλος Π., Μαητέζος Ε.

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Έβρου, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Εισαγωγή: Η τελευταία δεκαετία χαρακτηρίζεται από κατάχρηση των αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPI's) στην αντιμετώπιση παθήσεων του στομάχου και του 12δακτύλου και υπέρμετρη συνταγογράφηση τους.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει κατά πόσον η ευρεία ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή συνταγογράφηση των PPI's πραγματοποιείται εντός των συνιστώμενων, σύμφωνα με τον ΕΟΦ, ενδείξεων.

Μέθοδος: Κατά τη χρονική περίοδο 12 εβδομάδων (7-1-2014 έως 7-4-2014) μελετήθηκαν όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης και οι οποίοι ελάμβαναν PPI's είτε στο πλαίσιο της νοσηλείας τους είτε ως συνέχεια της κατ' οίκον αγωγής τους. Κατεγράφησαν πληροφορίες σχετικά με τα δημογραφικά τους στοιχεία, την αιτία έναρξης της αγωγής, τη δραστική ουσία που χορηγήθηκε, τη πιθανή ιστολογικώς επιβεβαιωμένη βλάβη με H.Pylori, τη συγχορήγηση των PPI's με ΜΣΑΦ, κλιπιδογρένη ή ακετυλοσαλικυλικό οξύ, το ιστορικό ενδοσκοπικώς επιβεβαιωμένων πεπτικού έλκους ή γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Από τους συνολικά 188 νοσηλευόμενους ασθενείς οι 67(36%) ελάμβαναν PPI's. Από αυτούς, το 43% (29 ασθενείς) ελάμβανε αγωγή εκτός των συνιστώμενων ενδείξεων. Στο 85% των περιπτώσεων η έναρξη της αγωγής ήταν ενδονοσοκομειακή (61% εκτός ενδείξεων) ενώ στο 15% από ιδιώτη ιατρό (30% εκτός ενδείξεων).

Συμπεράσματα: Σε στατιστικά σημαντικό ποσοστό, η χρήση των PPI's δεν ανταποκρίνεται στην ανάγκη χορήγησης τους με αποτέλεσμα την αλόγιστη συνταγογράφηση τους τόσο από νοσοκομειακούς όσο και από ιδιώτες ιατρούς και την εκτόξευση του κόστους.

ΠΑ24 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ 24ΩΡΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΦΥΓΜΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

Σταμπουλή Στέλλα^{1,2}, Παπακάτσια Σοφία¹, Κοτρώνης Γεώργιος¹, Δημόπουλος Χαρίλαος¹, Άντζα Χριστίνα¹, Κώτσος Βασίλειος¹

Σκοπός: Η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων της 24ωρης πίεσης σφυγμού με την ηλικία, την ΑΠ Ιατρείου, τα επίπεδα ΑΠ 24ωρης καταγραφής και την παχυσαρκία σε νέα άτομα.

Μέθοδοι: Ένα σύνολο 524 εθελοντών, ηλικίας 2-24 ετών, υποβλήθηκαν σε μετρήσεις ΑΠ Ιατρείου και 24ωρης καταγραφής. Η υπέρταση τεκμηριώθηκε με βάση τις μετρήσεις 24ωρης καταγραφής. Η παχυσαρκία ορίστηκε ως $BMI > 95^{\text{η}}$ ΕΘ για την ηλικία και το φύλο ή ως $BMI > 30 \text{ kg/cm}^2$ για άτομα άνω των 18 ετών ηλικίας.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται κατά 59,2% από άρρενες. 33,6% των ατόμων ήταν παχύσαρκα και 29,7% διαγνώστηκαν ως υπέρτασικά άτομα με βάση την 24ωρη καταγραφή της ΑΠ. Η 24ωρη πίεση σφυγμού εμφάνισε θετική συσχέτιση με την ηλικία ($r=0,13$, $P<0,001$), τη ΣΑΠ Ιατρείου ($r=0,48$, $P>0,001$), τη ΔΑΠ Ιατρείου ($r=0,24$, $P<0,001$), τη ΣΑΠ 24ωρης καταγραφής ($r=0,74$, $p<0,001$), την SD της ΣΑΠ 24ωρης καταγραφής ($r=0,28$, $p<0,001$), την SD της ΔΑΠ 24ωρης καταγραφής ($r=0,18$, $p<0,001$), το φορτίο της ΣΑΠ 24ωρης καταγραφής ($r=0,14$, $p<0,001$), τον BMI ($r=0,40$, $p<0,001$), την περιφέρεια μέσης ($r=0,39$, $p<0,001$) και το z score του BMI ($r=0,33$, $p<0,001$). Η 24ωρη πίεση σφυγμού βρέθηκε σημαντικά αυξημένη σε άτομα με υπέρταση συγκριτικά με άτομα με φυσιολογικά επίπεδα ΑΠ ($55,07 \pm 5,78$ έναντι $46,57 \pm 7,19$, $p<0,001$), παχύσαρκα έναντι μη-παχύσαρκων ατόμων ($52,03 \pm 7,95$ έναντι $47,98 \pm 8,9$, $p<0,001$) και σε άρρενα έναντι θηλέων ατόμων ($52,31 \pm 8,89$ έναντι $45,57 \pm 6,95$, $p<0,001$). Η ανάλυση συσχέτισης ανέδειξε ανεξάρτητη συσχέτιση της πίεσης σφυγμού 24ωρης καταγραφής με την ηλικία και την παρουσία παχυσαρκίας και υπέρταση ($R^2 = 0,43$, $B=52,75$, $p<0,001$; ηλικία $B=0,26$, $p<0,001$; παχυσαρκία $B=9,322$, $p<0,001$ υπέρταση $B=9,07$, $p<0,001$). Οι διαφορές στην 24ωρη πίεση σφυγμού μεταξύ αρρένων και θηλέων, παχύσαρκων και μη-παχύσαρκων, υπέρτασικών και νορμοτασικών ατόμων παρέμειναν σημαντικές μετά από προσαρμογή για την ηλικία.

Συμπεράσματα: Η παχυσαρκία, η υπέρταση και το άρρεν φύλο αποτελούν ανεξάρτητους καθοριστές της 24ωρης πίεσης σφυγμού σε νέα άτομα, προτείνοντας ένα προγνωστικό προφίλ για μελλοντικά καρδιαγγειακά επεισόδια.

ΠΑ25 Η ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΤΗΝ ΑΛΗΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΤΗ ΣΥΓΚΕΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ

Άντζα Χριστίνα¹, Παπακάτσια Σοφία¹, Κοτρώνης Γεώργιος¹, Δημόπουλος Χαρίλαος¹, Σταμπούλη Στέλλα¹, Κώστας Βασιίλειος¹

¹ Κέντρο Υπέρτασης και 24ωρης καταγραφής της ΑΠ-Κέντρο Αριστείας της ESH, Γ΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, Α.Π.Θ.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση διαφορών στην αρτηριακή σκληρία μεταξύ νορμοτασικών ατόμων και ασθενών με αληθή υπέρταση, υπέρταση λευκής μπλούζας και συγκεκριμένη υπέρταση.

Μέθοδοι: 542 άτομα (50,2% άνδρες), με μέση ηλικία 42,5+/-26,2 έτη συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Οι εθελοντές δεν είχαν λάβει ποτέ στο παρελθόν αντιυπερτασική θεραπεία. Τρεις μετρήσεις ΑΠ ιατρείου λήφθηκαν από τον ίδιο ερευνητή με τη χρήση υδραργυρικού σφυγμομανομέτρου. Όλοι οι εθελοντές υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ σε μία τυπική εργάσιμη ημέρα. Τα άτομα με φυσιολογική ΑΠ ιατρείου και 24ωρης καταγραφής χαρακτηρίστηκαν νορμοτασικά (ΑΠ ιατρείου <140/90 mmHg και 24ωρης καταγραφής <125/80 mmHg). Τα άτομα με υπερτασικές μετρήσεις ιατρείου και 24ωρης καταγραφής χαρακτηρίστηκαν αληθώς υπερτασικά (ΑΠ ιατρείου>140/90 mmHg και 24ωρης καταγραφής >125/80 mmHg). Η υπέρταση λευκής μπλούζας ορίστηκε ως ο συνδυασμός παθολογικής ΑΠ ιατρείου (ΑΠ ιατρείου>140/90 mmHg) και φυσιολογικής ΑΠ ημερήσιας περιόδου<135/85 mmHg). Η συγκεκριμένη υπέρταση ορίστηκε ως ο συνδυασμός φυσιολογικής ΑΠ ιατρείου (<140/90 mmHg) και ΑΠ ημερήσιας περιόδου >135/85 mmHg. Η καρωτιδο-μηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (c-f PWV) μετρήθηκε μετά από ανάπαυση διάρκειας 15 min σε ύπτια θέση. Οι συμμετέχοντες έλαβαν οδηγία για αποχή από την κατανάλωση φαγητού, καπνού, αλκοόλ και καφεϊνών πριν τη διεξαγωγή της μέτρησης. Η PWV υπολογίστηκε ως ο χρόνος μετάβασης του αρτηριακού παλμού κατά μήκος της καρωτιδο-μηριαίας απόστασης διαιρεμένος με την απόσταση αυτή.

Αποτελέσματα: 43,7% των ατόμων διαγνώστηκαν ως αληθώς νορμοτασικοί, 19,4% με υπέρταση λευκής μπλούζας, 6,9% με συγκεκριμένη υπέρταση και 30% με αληθή υπέρταση. Η καρωτιδο-μηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (c-f PWV) παρουσίασε ανεξάρτητη συσχέτιση (ANCOVA) με την ηλικία (B=0,11, p<0,001), την αληθή υπέρταση έναντι της αληθούς νορμοτάσης (B=1,8, p<0,001) και την αληθή υπέρταση έναντι της υπέρτασης λευκής μπλούζας (B=1,35, p<0,001), αλλά όχι με τις τιμές ΑΠ ιατρείου και τον BMI. Η c-f PWV μετρήθηκε 9,954 +/-0,24 m/sec στους αληθώς νορμοτασικούς, 10,404+/-0,29 m/sec στους υπερτασικούς λευκής μπλούζας, 11,128+/-0,46 m/sec στα άτομα με συγκεκριμένη υπέρταση και 11,751+/-0,29 m/sec στους αληθώς υπερτασικούς, μετά από διόρθωση για την ηλικία, το φύλο, την ΑΠ ιατρείου και τον BMI. Οι διαφορές στη c-f PWV μεταξύ αληθούς υπέρτασης και αληθούς νορμοτάσης και μεταξύ αληθούς υπέρτασης και υπέρτασης λευκής μπλούζας ήταν 1,797+/-0,45 και 1,346+/-0,45 m/sec, αντίστοιχα. Οι διαφορές αυτές έφτασαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,001 και 0,01 αντίστοιχα, μετά από την προσαρμογή Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις.

Συμπεράσματα: Η αρτηριακή σκληρία βρέθηκε αυξημένη σε ασθενείς με διαγνωσμένη περιπατητική υπέρταση, ενώ η υπέρταση λευκής μπλούζας δε συσχετίστηκε με την αρτηριακή σκληρία.

ΠΑ26 TEMPERATURE CHANGE, SHORT- AND LONG-TERM MORTALITY IN ACUTE ISCHEMIC STROKE

Kakaletsis Nikolaos¹, Papavasileiou Vasileios¹, Lambrou Dimitrios², Ntaios George², Michel Patrik²

¹ Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

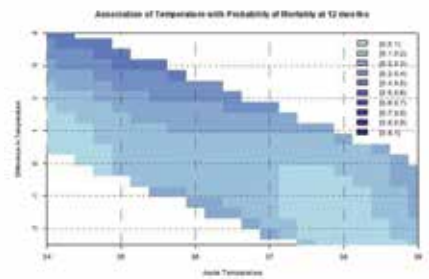
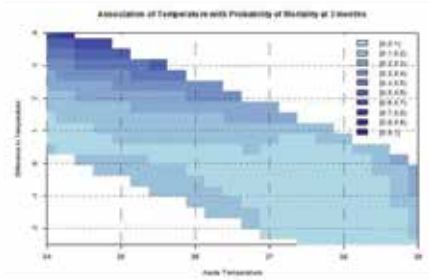
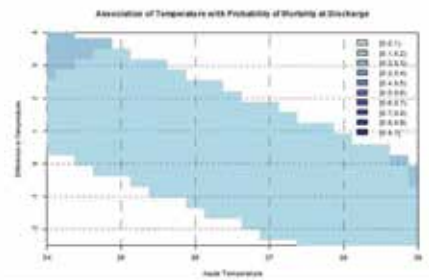
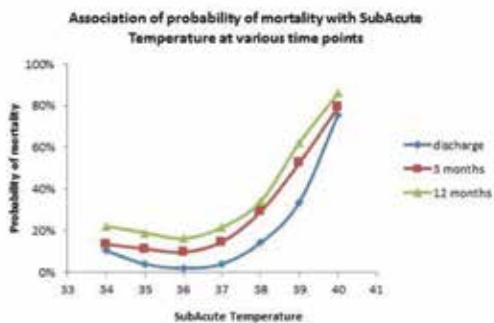
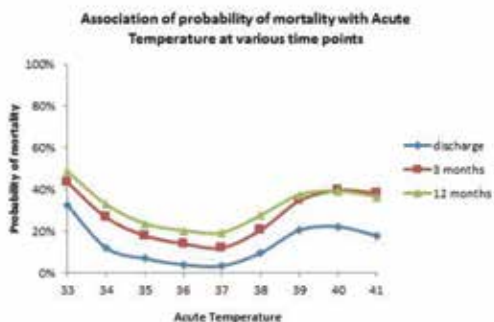
² Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

Aim: The aim of the study is to explore the association between baseline temperature (T) levels, T change during the first 24 hours, and mortality in a representative acute ischemic stroke (AIS) population.

Methods: All patients registered in the Acute Stroke Registry and Analysis of Lausanne (ASTRAL) between 2003 and 2013 were analyzed (n=2,555). The outcome was mortality at 7 days, 3 and 12 months. A local polynomial surface algorithm was used to assess the effect of T values on the three outcomes.

Results: Hypo- and hyperthermic admission T values were associated with more unfavorable outcomes in the short- and long-term. This association disappeared with subacute hypothermia but strengthened with hyperthermia. $T < 37^{\circ}\text{C}$ that increased over 24 hours was associated with a higher, and $T > 37^{\circ}\text{C}$ that decreased with a lower mortality.

Conclusions: Both hypo- and hyperthermia on admission are associated with increased short- and long-term mortality after AIS. A T decrease of initially elevated body temperatures over 24 hours reduced mortality. We found little evidence that spontaneous hypothermia in the acute stage of stroke was associated with short- or long-term benefits.



ΠΑ27 PREDICTIVE VALUE OF THE ASTRAL SCORE, THE CHARLSON AND THE ELIXHAUSER COMORBIDITY INDEXES IN ACUTE ISCHEMIC STROKE

Kakaletsis Nikolaos¹, Papavasileiou Vasileios¹, Lambrou Dimitrios², Eskandari Ashraf², Ntaios George², Michel Patrik²

¹ Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

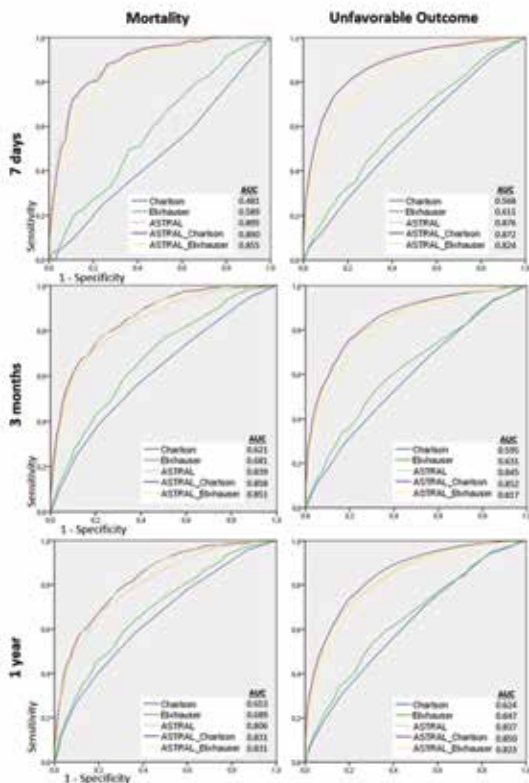
² Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

Background: There is limited information on the impact of comorbidities on outcome of stroke patients. The aim was to evaluate the prognostic value of the Charlson/Deyo and Elixhauser comorbidity indexes (CI) on functional outcome and mortality in patients with acute ischemic stroke (AIS) in short-, medium- and long-term and to test whether they can add further predictive value in addition to the existing clinical predictive model (ASTRAL-score).

Methods: We assessed 3,099 consecutive AIS patients from the ASTRAL-registry regarding unfavorable functional outcome, (mRS>2) and mortality at 7 days, 3 and 12 months. The discriminatory power of the indexes was expressed with the area-under-the-curve (AUC).

Results: Comparing AUC, the ASTRAL-score was a more accurate predictor of outcomes than Charlson/Deyo and Elixhauser CIs in the short-, medium- and long-term. The Elixhauser CI was always more accurate than the Charlson/Deyo CI, especially in the short-term. However the combination of the ASTRAL-score with the Charlson/Deyo CI has the highest AUC.

Conclusion: The ASTRAL-score is better predictor of AIS outcome (functional outcome or death) than Charlson/Deyo and Elixhauser CIs in short-, medium- and long-term. It may be statistically improved with the addition of the Charlson/Deyo CI, but this addition is of limited clinically use because of its complex calculation.



ΠΑ28 ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ PREVISE

Κακαλιέτσος Νικόλαος¹, Ντάιος Γεώργιος², Μηλιώνης Χαράλαμπος³, Χουβαρδά Ιωάννα⁴, Χύτας Αχιλλέας⁴, Φίλος Δημήτριος⁴, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα

³ Β΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁴ Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα δεδομένα σχετικά με την προγνωστική αξία της μεταβλητότητας (BPV) της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά την οξεία φάση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι παρουσίαση των προκαταρκτικών αποτελεσμάτων της μελέτης PREVISE (NCT01915862) που αφορά τη σχέση της BPV στην οξεία φάση του ΑΕΕ που καταγράφεται με τη μέθοδο της 24ωρης καταγραφής (ABPM) και της έκβασης.

Υλικό και Μέθοδος: 27 διαδοχικοί ασθενείς με οξύ ΑΕΕ υποβλήθηκαν σε 24-ωρη καταγραφή της ΑΠ ανά 20 λεπτά με τη συσκευή TM2430 (A&D Company Ltd) κατά τη διάρκεια της ημέρας (7:00-22:59) και της νύκτας (23:00-6:59). Καταγράφηκαν οι τιμές της ΑΠ και υπολογίστηκαν διάφοροι δείκτες BPV όπως το εύρος, τυπική απόκλιση, διακύμανση και εντροπία της συστολικής και διαστολικής ΑΠ και ο περιπατητικός δείκτης αρτηριακής σκληρίας (AASI). Ως καταληκτικό σημείο ορίσαμε την άνοδο του NIHSS (εισαγωγής-εξιτηρίου) κατά 2 μονάδες.

Αποτελέσματα: Πέντε ασθενείς (18,5%), των οποίων τα κλινικά χαρακτηριστικά δεν διέφεραν από τον υπόλοιπο πληθυσμό εμφάνισαν το καταληκτικό σημείο. Σε αυτούς τους ασθενείς, όλες οι παράμετροι της ΑΠ ήταν υψηλότερες αλλα όχι στατιστικώς σημαντικά σε σχέση με των υπολοίπων. Από τους δείκτες BPV, μόνο η εντροπία είχε στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη τιμή (2,21vs2,09, p=0,029).

Συμπεράσματα: Η εντροπία (sample entropy) ως δείκτης BPV που περιγράφει τη μη κανονικότητα (irregularity) σε μια χρονολογική σειρά, θα μπορούσε να αποτελέσει χρήσιμο προγνωστικό παράγοντα της έκβασης σε ασθενείς με ΑΕΕ. Τα αποτελέσματα αυτά πρέπει να επιβεβαιωθούν ή να καταρριφθούν από μελέτες μεγαλύτερου πληθυσμού και διάρκειας.

ΠΑ29 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κακαλιέτσος Νικόλαος¹, Μηλιώνης Χαράλαμπος², Ντάιος Γεώργιος³, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Μακαρίτσας Κωνσταντίνος³, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος¹, Νταϊλέκος Ν. Γεώργιος³, Ελισάφ Μωυσής³, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

² Β΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

³ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) κατά την οξεία φάση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) αυξάνεται στο 75% με 80% των ασθενών και επανέρχεται στα αρχικά επίπεδα κατά τις επόμενες ημέρες.

Σκοπός: Η μελέτη της σχέσης των επιπέδων της ΑΠ κατά την οξεία φάση του ΑΕΕ που καταγράφεται με τη μέθοδο της 24ωρης καταγραφής με τη βαρύτητα του ΑΕΕ.

Υλικό και Μέθοδος: 22 διαδοχικοί ασθενείς με οξύ ΑΕΕ υποβλήθηκαν σε 24-ωρη καταγραφή της ΑΠ ανά 20 λεπτά με τη συσκευή TM2430 (A&D Company Ltd) κατά τη διάρκεια της ημέρας (7:00-22:59) και της νύκτας (23:00-6:59). Καταγράφηκαν γνωστοί παράγοντες κινδύνου ΑΕΕ και τα κλινικά ευρήματα κατά την εισαγωγή. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS.

Αποτελέσματα: Δεκατρείς ασθενείς (59,1%), των οποίων τα κλινικά χαρακτηριστικά δεν διέφεραν από των υπολοίπων εκτός από τη συχνότητα τη κοιλιακής μαρμαρυγής (53,8%vs11,1%, p=0,04), είχαν NIHSS>4. Σε αυτούς τους ασθενείς, όλες οι παράμετροι της ΑΠ δεν διέφεραν από αυτές των ασθενών με ελαφρύ ΑΕΕ, εκτός από την καρδιακή συχνότητα που ήταν υψηλότερη. Η ομάδα των ασθενών με ελαφρύ ΑΕΕ είχαν κατά τη διάρκεια της νύκτας, χαμηλότερη διαστολική ΑΠ (70,1vs75,2mmHg, p=0,009) και καρδιακή συχνότητα (60,2vs65,4bpm, p=0,009) σε σχέση με τις ημερήσιες τιμές.

Συμπεράσματα: Οι χαμηλότερες τιμές της διαστολικής ΑΠ (dipping pattern) και καρδιακής συχνότητας κατά τη διάρκεια της νύκτας σε ασθενείς με οξύ ΑΕΕ σχετίζονται με μικρότερης βαρύτητας ΑΕΕ. Επιπλέον, οι υψηλότερες τιμές της καρδιακής συχνότητας κατά τη διάρκεια του 24ώρου σχετίζονται με μέτριο/βαρύ ΑΕΕ.

ΠΑ30 Η ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Αθανασίου Παναγιώτης¹, Κώστογλου-Αθανασίου Ιριγένεια², Λυράκη Αικατερίνη³, Ραφτάκης Ιωάννης³, Αντωνιάδης Χριστόδουλος³

¹ Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

² Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.

³ Ρευματολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκήπιο Βούλας

Εισαγωγή: Η ανεπάρκεια της βιταμίνης D θεωρείται ότι μπορεί να συμμετέχει στην παθογένεια αυτοάνοσων νοσημάτων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 και η κατά πλάκας σκλήρυνση. Η ανεπαρκής πρόσληψη βιταμίνης D έχει συνδεθεί με ευπάθεια στην εμφάνιση ρευματοειδούς αρθρίτιδας (ΡΑ) και θεωρείται ότι σχετίζεται με αυξημένη ενεργότητα της νόσου.

Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση των επιπέδων της βιταμίνης D στο αίμα σε ασθενείς με ΡΑ και η εκτίμηση της σχέσης μεταξύ των επιπέδων της και ενεργότητας της νόσου.

Μέθοδοι: Σε ομάδα 44 ασθενών που είχαν ΡΑ μετρήθηκαν τα επίπεδα της 25(OH)D₃, της παραθορμόνης (PTH), της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) και της ΤΚΕ. Η ενεργότητα της νόσου εκτιμήθηκε με το δείκτη DAS28. Μελετήθηκε επίσης ομάδα ελέγχου (v=44) της αυτής ηλικίας και φύλου. Όλοι οι ασθενείς με ΡΑ πληρούσαν τα κριτήρια του Αμερικανικού Ρευματολογικού Κολλεγίου για την ταξινόμηση της ΡΑ.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα των 44 ασθενών με ΡΑ τα επίπεδα της 25(OH)D₃ ήταν σημαντικά χαμηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα της ομάδας ελέγχου, καθώς η 25(OH)D₃ ήταν 15.26±1.07 ng/ml and 25.8±1.6 ng/ml (mean±SEM), στην ομάδα των ασθενών και των φυσιολογικών, αντίστοιχα (Student's t test, p<0.001). Η PTH ήταν 71.08±7.02 pg/ml (Φ.Τ. 10.0-65.0 pg/ml), η CRP 7.6±1.57 mg/l (Φ.Τ. <3 mg/l) και η ΤΚΕ 38.0±4.6 mm/h στην ομάδα των ασθενών με ΡΑ. Παρατηρήθηκε ότι τα επίπεδα της 25(OH)D₃ συσχετιζόνταν αρνητικά με το δείκτη ενεργότητας της ΡΑ DAS28 με συντελεστή συσχέτισης -0.084. Παρατηρήθηκε, επίσης, ότι τα επίπεδα της 25(OH)D₃ συσχετιζόνταν αρνητικά με τη CRP και την ΤΚΕ, με συντελεστή συσχέτισης -0.115 and -0.18, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι στους ασθενείς με ΡΑ παρατηρείται ανεπάρκεια της βιταμίνης D και ότι αυτή σχετίζεται με την ενεργότητα και βαρύτητα της νόσου. Καθώς η ανεπάρκεια της βιταμίνης D σχετίζεται με διάχυτα μυοσκελετικά άλγη, τα ευρήματα αυτά έχουν θεραπευτικές επιπτώσεις. Η χορήγηση συμπληρωματικά βιταμίνης D μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη της οστεοπόρωσης αλλά και στην ανακούφιση του πόνου στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

ΠΑ31 Ο ΜΕΜΒΡΑΝΙΚΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΛΥΤΟΣ TREM-1 (TRIGGERED RECEPTOR EXPRESSED ON MYELOID CELLS -1) ΣΤΗ ΣΗΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ

Γκουγκουρέλης Ιωάννης, Σαραντόπουλος Αλέξανδρος, Τσέλιος Κωνσταντίνος, Καλογερίδης Αθανάσιος, Γεωργιάδου Αναστασία, Παντούρα Μαριάννα, Μπούρα Παναγιώτα

Β΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η έγκαιρη και έγκυρη διάκριση της σήψης από άλλα αίτια Συστηματικής Φλεγμονώδους Απάντησης (SIRS) είναι κρίσιμη για την ορθή αντιμετώπιση των ασθενών.

Σκοπός: Διερεύνηση της διαγνωστικής ικανότητας του TREM-1 όσον αφορά στη ικανότητα διάκρισης σήψης και συστηματικής αυτοάνοσης φλεγμονής.

Υλικό: Μελετήθηκαν 70 ασθενείς. Ομάδα Α: 37 ασθενείς με σήψη, ομάδα Β: 16 ασθενείς με συστηματική αυτοάνοση φλεγμονή (8 με ενεργό ρευματοειδή αρθρίτιδα και 8 με ενεργό συστηματικό ερυθηματώδη λύκο). Η ομάδα Γ αποτελούνταν από 17 υγιή άτομα ως σημεία αναφοράς.

Μέθοδοι: Η έκφραση του mTREM - 1 στα CD14 + μονοκύτταρα εκτιμήθηκε με κυτταρομετρία ροής, ενώ τα επίπεδα του s TREM - 1 μετρήθηκαν στο περιφερικό αίμα με δοκιμασία ELISA. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με δοκιμή Mann - Whitney test και επίπεδο σημαντικότητας p < 0.05.

Αποτελέσματα: Η έκφραση του mTREM - 1 στα CD14 + μακροφάγα ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σηπτικούς ασθενείς (MFI: 9,3 ± 2) σε σύγκριση με αυτοάνοσους ασθενείς (μέση ένταση φθορισμού MFI: 5 ± 1,4) (p < 0,05) και των υγιών μαρτύρων (MFI: 1,6 ± 0,6) (p < 0.05). Παρομοίως, τα επίπεδα του sTREM - 1 ήταν σημαντικά υψηλότερα στην ομάδα Α (124,6 ± 36,1pg / ml) από την ομάδα Β (43,6 ± 17,4pg / ml, p < 0,05) και τα υγιή άτομα (5 ± 3,3pg / ml, p < 0,05).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με σήψη έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα του mTREM - 1 και s TREM-1 σε σύγκριση με τα επίπεδα τους σε ασθενείς με αυτοάνοσης αιτιολογίας συστηματική φλεγμονή. Ο TREM -1 μπορεί να συμβάλει στη διάκριση σηπτικών από μη σηπτικών αιτιών SIRS.

ΠΑ32 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΤΡΙΧΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑΤΟΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Γκουγκουρέλας Ιωάννης, Σαραντόπουλος Αλέξανδρος, Τσέλιος Κωνσταντίνος, Ψάρρας Αντώνιος, Γεωργιάδου Αναστασία, Παντούρα Μαριάννα, Μπούρα Παναγιώτα

Β΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η τριχοειδοσκόπηση είναι μια απλή μέθοδος εξέτασης της μικροκυκλοφορίας που αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία στη διερεύνηση του Raynaud και στη παρακολούθηση νοσημάτων του συνδετικού ιστού, ιδίως του Συστηματικού Σκληροδέρματος (ΣΣ).

Σκοπός: Τριχοειδοσκοπική μελέτη ασθενών με Raynaud για βελτίωση της διάγνωσης

Υλικό και Μέθοδοι: Εξετάστηκαν από 2 έμπειρους στη τριχοειδοσκόπηση γιατρούς 76 άτομα, 20 ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΣ (κριτήρια 1983), 10 ασθενείς με διάγνωση άλλου συστηματικού νοσήματος (ΡΑ, ΣΕΛ, ΜΝΣΙ) και 46 άτομα μόνο με φαινόμενο Raynaud.

Αποτελέσματα: Από τους ασθενείς με ΣΣ, 19 είχαν ευρήματα πρώιμης, ενεργού ή προχωρημένης νόσου (ευαισθησία μεθόδου: 95%), ενώ 4/10 ασθενείς με άλλη νόσο, εμφάνιζαν μη ειδικά τριχοειδοσκοπικά ευρήματα.

Από τους ασθενείς με φαινόμενο Raynaud μόνο, οι 26 ήταν χωρίς τριχοειδοσκοπικά ευρήματα και χαρακτηρίστηκαν πρωτοπαθή (55%), 15 εμφάνισαν μη ειδικά ευρήματα και συνεστήθη παρακολούθηση (35%) και 5 άτομα εμφάνισαν εικόνα «πρώιμου σκληροδέρματος». Παραπέρα έρευνα έδειξε ότι τελικά τα άτομα αυτά πληρούσαν κριτήρια διάγνωσης ΣΣ σύμφωνα με πρόσφατες οδηγίες EULAR 2013 και όχι 1983.

Συμπεράσματα: Η τριχοειδοσκόπηση είναι απαραίτητη σε άτομα με φαινόμενο Raynaud καθώς συμβάλλει στη πρώιμη διάγνωση του ΣΣ. Επί μη ειδικών ευρημάτων, συστήνεται μακροχρόνια παρακολούθηση για ενδεχόμενο μετάπτωσης σε νόσο συνδετικού ιστού. Μελετάται η προγνωστική αξία της τριχοειδοσκόπησης σε ασθενείς με ΣΣ σε σχέση με την πνευμονική υπέρταση.

ΠΑ33 TRAF1/C5 ΜΟΝΟΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΟΣ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ (rs3761847) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σαραντόπουλος Αλέξανδρος, Τσέλιος Κωνσταντίνος, Γκουγκουρέλας Ιωάννης, Μπούρα Παναγιώτα

Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., «Ιπποκράτειο» Γ.Ν.Θ.

Εισαγωγή: Οι μελέτες ευρείας γενομικής ανάλυσης επέτρεψαν τη συσχέτιση νέων γενετικών επιτόπων με συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα. Ο rs3761847 πολυμορφισμός στο χρωμόσωμα 9 της TRAF1/C5 περιοχής συσχετίστηκε με την εκδήλωση Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας (ΡΑ) σε μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναζητηθεί πιθανή συσχέτιση του παραπάνω πολυμορφισμού όχι μόνο με την εκδήλωση της ΡΑ, αλλά και με την ενεργότητα της νόσου και την απόκριση σε αντι-TNFα θεραπείες σε Έλληνες ασθενείς.

Υλικό-Μέθοδοι: 180 ασθενείς με ΡΑ (ηλικίας $59,5 \pm 13,5$) και 100 υγιείς μάρτυρες μελετήθηκαν σχετικά με το προφίλ (επίπτωση αδενίνης - Α /γουανίνης - Γ) του γενετικού πολυμορφισμού της θέσης rs3761847. Τα αποτελέσματα επεξεργάστηκαν με δοκιμασία χ^2 . Η ομάδα των ασθενών υπο-ομαδοποιήθηκε ανάλογα με την ενεργότητα νόσου και την απόκριση σε αντι-TNFα θεραπεία.

Αποτελέσματα: Η αναλογία Α/Γ δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων ασθενών και υγιών μαρτύρων. (Α/Γ=58,85/41,15 στους ασθενείς με ΡΑ έναντι 59,02/40,98 στους υγιείς). 38/180 ασθενείς με επιθετική ΡΑ λάμβαναν αντι-TNFα θεραπεία. Σε αυτούς, η αναλογία Α/Γ ήταν 61,3/38,7 (πίνακας 1). Περαιτέρω ομαδοποίηση των ασθενών ανάλογα με την απόκρισή τους στην αντι-TNFα θεραπεία δεν κατέδειξε διαφοροποίηση στο προφίλ του Α/Γ πολυμορφισμού.

Πίνακας 1. Γονιδιακός πολυμορφισμός στους ασθενείς με ΡΑ

	A (%)	Γ (%)
Ασθενείς υπό βιολογική θεραπεία (38/180)	50,88	49,12
Ασθενείς υπό DMARDs αγωγή (142/180)	61,3	38,7

Συμπέρασμα: Στην παρούσα μελέτη, ο rs3761847 πολυμορφισμός δε συσχετίστηκε με την εμφάνιση της ΡΑ. Παροχή αυτά, επί ασθενών με ΡΑ, το αλληλότιο Γ συσχετίστηκε με βαρύτερη πρόγνωση νόσου. Το γεγονός αυτό αποτυπώνει ότι η παρουσία του αλληλότιου Γ στον υπό μελέτη πολυμορφισμό μπορεί μεν να μην προδικάζει για την εμφάνιση ΡΑ στους Έλληνες ασθενείς, εντούτοις, επί εκδήλωσης ΡΑ, προδικάζει για βαρύτερη μορφή νόσου, όπως υποδηλώνει η ανάγκη για χορήγηση βιολογικής θεραπείας. Τα ευρήματα των γενετικών μελετών αποτυπώνουν εθνολογικές διαφορές αλλά και πιθανότητα απόκρισης σε πολύ ακριβείς βιολογικές θεραπείες; κρίζουν λοιπόν περαιτέρω έρευνας.

ΠΑ34 ΟΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ

Κοντονίνος Ζήσης¹, Καϊάφα Γεωργία¹, Σαούλη Ζωή¹, Παπαδόπουλος Αθανάσιος¹, Γιαννόπουλος Ζώης², Πηδώνια - Μανίκα Ιφιγένεια³, Βακαλοπούλου Σοφία⁴, Διδάγγελος Τριαντάφυλλος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

² Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

³ Εργαστήριο Βιοχημείας Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «ΑΧΕΠΑ»

⁴ Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσ/κης

Σκοπός: Η εκτίμηση της συχνότητας παθολογικών τιμών των καρκινικών δεικτών CA15-3, CA125, CA19-9 και CEA κατά τη διάγνωση και υποτροπή/επιδείνωση ή ύφεση αιματολογικών κακοηθειών, καθώς και η συσχέτισή τους με το φορτίο νόσου στις παραπάνω καταστάσεις.

Υλικό-Μέθοδοι: 268 ασθενείς, 16-95 ετών που έπασχαν από 14 αιματολογικές κακοηθείες. Οι καρκινικοί δείκτες προσδιορίστηκαν με την ανοσοχημική μέθοδο της ηλεκτροχημειοφωταύγειας, που στηρίζεται στην αρχή της διπλής ανασοδήμησης, στον αναλυτή Hitachi Modular E170.

Αποτελέσματα: Ο CA15-3 βρέθηκε αυξημένος στην έναρξη της νόσου με εξαίρεση τα μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα (ΜΔΣ) και την οξεία μυελογενή λευχαιμία (ΟΜΛ), ενώ συσχετίζεται με υψηλό φορτίο νόσου στη διάγνωση της ιδιοπαθούς θρομβοκυττάρωσης, αιθηθούς πολυκυτταραιμίας και Non- Hodgkin's λεμφώματος (NHL) και στην υποτροπή/επιδείνωση των αιματολογικών κακοηθειών, με εξαίρεση την ΟΜΛ και οξεία λεμφογενή λευχαιμία (ΟΛΛ). Υποχώρησε σε φυσιολογικά επίπεδα κατά την ύφεση των νοσημάτων, με εξαίρεση τα ΜΔΣ, πρωτοπαθή μυελοϊνωση και ΟΜΛ. Ο CA125 ήταν αυξημένος στη διάγνωση NHL και πολλαπλού μυελώματος (ΠΜ), ενώ συσχετίζεται με υψηλό φορτίο νόσου στα NHL. Επανερχεται σε φυσιολογικά επίπεδα κατά την ύφεση του ΠΜ., NHL και χρόνιας λεμφογενούς λευχαιμίας (ΧΛΛ). Οι CA19-9 και CEA δεν αυξήθηκαν στη διάγνωση και υποτροπή αιματολογικών κακοηθειών, πλην του CEA που αυξήθηκε στην υποτροπή του Π.Μ.

Συμπεράσματα: Ο CA15-3 είναι βοηθητικός δείκτης στη διάγνωση αιματολογικών κακοηθειών, εκτός από τα ΜΔΣ και την ΟΜΛ. Μπορεί να προσδιορίσει την υποτροπή/επιδείνωση ή την ύφεση σε ιδιοπαθή θρομβοκυττάρωση, ΜΔΣ, NHL, Hodgkin's λεμφώματα και ΧΛΛ. Ο CA125 είναι βοηθητικός δείκτης στη διάγνωση NHL και ΠΜ. Μπορεί να προσδιορίσει υποτροπή/επιδείνωση ή ύφεση NHL και ΧΛΛ. Ο CEA συμβάλλει στην ανίχνευση υποτροπής/επιδείνωσης Π.Μ. Ο CA19-9 δεν έχει αξία στη διάγνωση και παρακολούθηση αιματολογικών κακοηθειών.

ΠΑ35 ΔΙΑΓΝΩΣΗ AIDS ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟ ΦΟΡΕΑ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΙΜΟΠΤΥΞΗ ΛΟΓΩ ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑΣ

Μυλωνάς Κωνσταντίνος¹, Γατσά Ελένη², Παπαδάτος Σταμάτης², Δεληγιάννης Γεώργιος², Ζήσης Χρήστος², Μυλωνάς Στέφανος²

¹ Φοιτητής Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ.

² Β΄ Παθολογική Κλινική - Γ.Ν. Τρικάλων

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι αιματολογικές διαταραχές της HIV - νόσου είναι συχνές και πολλαπλής αιτιολογίας. Η κυτταροπενίας είναι σε μικρή αναλογία στην αρχική νόσο, αυξάνουν όμως σε συχνότητα και βαρύτητα κατά την όψιμη φάση και αποτελούν βασική αιτία θανάτου στην τελική φάση του AIDS. Παρουσιάζεται ένα περιστατικό με κεραυνοβόλο εκδήλωση AIDS με αρχικό σύμπτωμα τη σοβαρή αιμοπτυση.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής 38 ετών από την Ρουάντα, εκδήλωσε αιμοπτυση νοσηλεύτηκε άμεσα και κατέληξε από σπητικό πυρετό πέντε ημέρες μετά την διάγνωση του AIDS.

Αποτελέσματα: Από το ιστορικό του πάσχοντος απουσίαζαν στοιχεία ενδεικτικά παθολογίας, ενώ δεν αναφέρθηκε η χρήση φαρμάκων. Το αιματολογικό προφίλ του ασθενούς αποκάλυψε πανκυτταροπενία (λευκά: $1,93 \cdot 10^3/\mu\text{l}$ με 13% λεμφοκύτταρα, Ερυθρά: $3,72 \cdot 10^6/\mu\text{l}$, αιμοπετάλια: $5 \cdot 10^3/\mu\text{l}$). Τα ευρήματα των απεικονιστικών εξετάσεων (Ακτινογραφία Θώρακος, Echo κοιλίας, CT θώρακος) δεν ανέδειξαν αξιόλογο παθολογία. Επιπλέον, διενεργήθηκε μυελόγραμμα το οποίο εμφάνισε κεντρική καταστολή της αιμοποίησης και ήπια μείωση της κυτταροβρίθειας του μυελού. Τελικά, ο ασθενής αποδείχθηκε θετικός για HIV. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με Western blot.

Συμπέρασμα: Μολονότι το AIDS κατά κανόνα σχετίζεται με την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων, όγκων και γενικότερης καχεξίας, καταγράφηκε μια περίπτωση όπου το σύνδρομο όχι μόνο δεν ακολούθησε την συνήθη πορεία του, αλλά οδήγησε τον ασθενή σε θάνατο πέντε ημέρες μόνο μετά την πρώτη εκρηκτική εκδήλωση και επακόλουθη διάγνωση του.

ΠΑ36 ΟΞΥ ΟΠΙΣΘΟΣΤΕΡΝΙΚΟ ΑΛΓΟΣ ΩΣ ΠΡΩΤΟΕΚΔΗΛΩΣΗ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗΣ ΠΟΡΦΥΡΑΣ (ΘΗΠ)

Παπαδάτος Σταμάτης¹, Δεληγιάννης Γεώργιος¹, Γατσά Ελένη¹, Μυλωνάς Κωνσταντίνος², Ζήσης Χρήστος¹, Μυλωνάς Στέφανος¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

² Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ΘΗΠ είναι μια γενικευμένη μορφή θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας κατά την οποία αιμοπεταλιακοί μικροθρόμβοι αποφράζουν τα μικρά αγγεία της κυκλοφορίας με αποτέλεσμα την ισχαιμική δυσλειτουργία πολλών οργάνων και την ενδοαγγειακή αιμόλυση.

Υλικό-Μέθοδος: Άρρεν ασθενής 25 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στο παθολογικό ΤΕΠ αιτώμενος οξύ οπισθοστερνικό άλγος, αδυναμία και επιδεινούμενη ζάλη. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε πυρέτιο 37,6°C ενώ προσοδευτικά εγκατέστησε διαταραχές επικοινωνίας χωρίς άλλη εστιακή νευρολογική σημειολογία. Ο ασθενής άμεσα υπεβλήθη σε πλήρη εργαστηριακό (αιματολογικό - βιοχημικό - ηκτολογικό) και απεικονιστικό έλεγχο (Ro θώρακος, US κοιλίας, CT εγκεφάλου).

Αποτελέσματα: Το ηλκτροκαρδιογράφημα ήταν χωρίς ειδικές αλλοιώσεις ενώ η τροπονίνη ασθενώς θετική. Από τον υπόλοιπο εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αιμολυτική αναιμία (Hgb 6.6g/dl, ΔΕΚ 26,4%, καθ' υπερκοχήν έμμεση υπερκολερυθριναιμία 3,06mg/dL / 2,31 mg/dL, τετραψήφια LDH, οξισκοκύτταρα στο πλάκακι περιφερικού αίματος), θρομβοπενία (PLT 13.000/μL) και αυξημένα D-Dimers (1,87 μg/mL) με φυσιολογικό PT, aPTT, ινωδογόνο και αρνητική άμεση Coombs. Τα ανωτέρω κλινικοεργαστηριακά ευρήματα έθεσαν ψηλά στη διαφορική διάγνωση τη ΘΗΠ. Ο ασθενής υπεβλήθη σε CT εγκεφάλου που ήταν αρνητική και αντιμετωπίστηκε αρχικά με iv κορτικοστεροειδή και FFP ενώ διακομίστηκε άμεσα σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για πλάσμαφαίρεση και περαιτέρω αντιμετώπιση.

Συμπέρασμα: Το οξύ οπισθοστερνικό άλγος δεν υποκρύπτει μόνο καρδιολογικές νοσολογικές οντότητες (μυοκαρδική ισχαιμία, περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα). Η άμεση αναγνώριση των κλινικών εκδηλώσεων και η εργαστηριακή επιβεβαίωση της ΘΗΠ είναι σημαντικά για τη διάγνωση και την Αποτελεσματατική αντιμετώπιση.

ΠΑ37 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΑΝ ΡΙΒΑΡΟΞΑΜΠΑΝΗ (ΧΑΡΕΛΤΟ®) ΕΝΑΝ ΝΕΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

Κακαλιέτσος Νικόλαος, Γκιρτοβίτης Φώτιος, Γοδόσης Δημήτριος, Καϊάφα Γεωργία, Κουλιάρη Παυλίνα, Μουρουγιάκης Αλέξανδρος, Μπουντόθα Σταυρούλα, Περιφάνης Βασίλειος, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ριβαροξαμπάνη (rivaroxaban) είναι ένας εξαιρετικά επιλεκτικός άμεσος αναστολέας του παράγοντα Χα με από του στόματος βιοδιαθεσιμότητα. Η αναστολή του παράγοντα Χα διακόπτει την ενδογενή και εξωγενή οδό του καταρράκτη της πήξης του αίματος, αναστέλλοντας τη δημιουργία θρομβίνης και κατ' επέκταση την ανάπτυξη θρόμβων.

Σκοπός: Η παρουσίαση των κλινικών χαρακτηριστικών ασθενών που λάμβαναν σε ριβαροξαμπάνη κατά την επίσκεψή τους στο Ιατρείο Αιμόστασης ή κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους σε Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική.

Υλικό-Μέθοδος: Καταγράφηκαν οι ασθενείς που λάμβαναν ριβαροξαμπάνη κατά τη νοσηλεία τους στην Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική κλινική καθώς και ασθενείς που παρακολουθούνται στο Ιατρείο Αιμόστασης της ίδιας κλινικής κατά το τελευταίο έτος, για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Καταγράφηκαν δεδομένα όπως το φύλο, η ηλικία και το ατομικό ιατρικό ιστορικό τους.

Αποτελέσματα: 43 συνολικά ασθενείς ελάμβαναν ριβαροξαμπάνη 13(30,2%) για κοιλιακή μαρμαρυγή, 13(30,2%) για πνευμονική εμβολή και 17(39,5%) για εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση με μέσο διάστημα λήψης 3,8±3,1 μήνες με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: 63,8±16 έτη μέση ηλικία, 44,2% άνδρες, 32,6% αρτηριακή υπέρταση, 14% σακχαρώδη διαβήτης, 4,7% γνωστή στεφανιαία νόσο, 14% ΑΕΕ και 7% καρδιακή ανεπάρκεια.

Συμπέρασμα: Η χρήση της ριβαροξαμπάνης όπου αυτή ενδείκνυται αποτελεί μια ελκυστική θεραπευτική επιλογή, ειδικότερα όταν τίθενται σε προτεραιότητα τα κοινά πηλονεκρήματα των από του στόματος νεότερων αντιπηκτικών φαρμάκων που ειδικά για τη ριβαροξαμπάνη είναι ότι λαμβάνεται εφάπαξ ημερησίως, δεν χρειάζεται παρακολούθηση της δραστηριότητάς της, έχει καλό προφίλ ασφάλειας, υψηλή βιοδιαθεσιμότητα, ταχεία έναρξη αντιπηκτικής δράσης και καλή συσχέτιση μεταξύ δόσης και θεραπευτικού αποτελέσματος.

ΠΑ38 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΟΓΚΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΣΕ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

Αγαπάκης Δημήτρης¹, Γώγος Χρήστος¹, Αλεξίου Ευάγγελος¹, Δαμιανίδου Μαρία¹, Σάτσογλου Σαράντης², Σάτσογλου Αιμίλιος¹

¹ Γ.Ν. Γουμένισσας, Κιλκίς

² Γ.Ν. Σερρών, Σέρρες

Εισαγωγή: Η οστεοπόρωση αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας προιούσης της ηλικίας. Από μελέτες υποστηρίζεται η σημασία του ρόλου των αιμοπεταλίων στην οστική αναδιαμόρφωση.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης μας ήταν η εκτίμηση της διακύμανσης του ΜέσουΌγκου Αιμοπεταλίων (MPV) σε οστεοπορωτικές γυναίκες.

Υλικό-Μέθοδος: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 134 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με μέση ηλικία τα 64,3 έτη (47-75), στις οποίες υπήρχε ένδειξη πιθανής οστεοπόρωσης. Αποκλείστηκαν περιπτώσεις με ιστορικό οξείας ή χρόνιας ηθιμωξης, αυτοάνοσου νοσήματος, νεοπλασμών, Σακχαρώδη Διαβήτη, Στεφανιαίας Νόσου, Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου, θυρεοειδοπάθειας, διαταραχής του ηπκτικού μηχανισμού, λήψης αντιαιμοπεταλιακών/αντιπηκτικών φαρμάκων ή κορτιζόνης. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μέτρηση της οστικής πυκνότητας (BMD) με τη μέθοδο της διπλής φωτονιακής απορροφησιομέτρησης στο ισχίο (DXA, T-score). Στις ασθενείς έγινε γενική εξέταση αίματος και προσδιορισμός του MPV καθώς και οι συνήθεις βιοχημικές εξετάσεις. Ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 79 υγιείς μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ανάλογης μέσης ηλικίας.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα ελέγχου διαπιστώθηκε οστεοπόρωση (ΟΠ) σε 57 γυναίκες (42,5%, T-score < -2.5) ενώ οι υπόλοιπες είχαν οστεοπενία (ΟΠε, T-score > -2.5). Η ομάδα ελέγχου είχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα MPV σε σχέση με τις μάρτυρες (10.2 fl vs 8.1fl, p<0.001). Επίσης, βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων MPV και BMD (r = -0.5, p<0.01). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων σχετικά με τον αριθμό των αιμοπεταλίων (273x10³/μl vs 229x10³/μl, p=0.7).

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας προκύπτει ότι σε οστεοπορωτικές γυναίκες μπορεί να υπάρχει ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων και ένταση της φλεγμονώδους διεργασίας, όπως αντανακλάται από την αύξηση του MPV.

ΠΑ39 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΓΟΝΩΝ CD5 ΚΑΙ CD19 ΣΤΑ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Σαούλη Ζωή¹, Καϊάφα Γεωργία¹, Κοντονίνας Ζήσης¹, Παπαδόπουλος Αθανάσιος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Βακαλοπούλου Σοφία², Γαρυπίδου Βασιλεία², Κήλωνιζάκης Ιωάννης³, Καραμήτσος Δημήτριος¹, Χατζητόλης Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

² Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσ/κης

³ Β΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσ/κης

Εισαγωγή: Υπάρχουν λιγοστά βιβλιογραφικά δεδομένα παγκοσμίως που αναφέρονται στην έκφραση των μοριακών δεικτών που αφορούν τα χρόνια ηεμφοϋπερηλαστικά νοσήματα σε φυσιολογικό πληθυσμό.

Σκοπός: Η ανίχνευση της σύγχρονης έκφρασης των αντιγόνων CD5 και CD19 σε φυσιολογικά άτομα.

Υλικό-Μέθοδοι: Εξετάστηκαν 815 υγιείς ενήλικες, ηλικίας 30-70 ετών και 27 πάσχοντες από Χρόνια Λεμφογενή Λευχαιμία (ΧΛΛ). Στα δείγματα αίματος που ελήφθησαν με παρακέντηση περιφερικής φλέβας, πραγματοποιήθηκε πλήρης αιματολογικός, βιοχημικός και ανοσοφαινοτυπικός έλεγχος. Στους έχοντες συνέκφραση CD5/CD19 άνω του 2,5%, έγινε μελέτη του ανοσοφαινοτύπου της Β- ΧΛΛ και προσδιορισμός της μονοκλωνικότητας κ και λ των κυττάρων αυτών των ασθενών.

Αποτελέσματα: Η συνέκφραση των CD5/CD19 βρέθηκε να αντιπροσωπεύει το 1,6% του γενικού πληθυσμού. Η συνέκφραση αυτή, με την χρήση πιο εκτεταμένου ανοσοφαινοτυπικού ελέγχου, καθώς και ελέγχου της μονοκλωνικότητάς τους, φαίνεται πως μπορεί να αποτελέσει έναν υψηλής αξίας προγνωστικό δείκτη για την εμφάνιση μονοκλωνικής λεμφοκυττάρωσης, η οποία δυνητικά μπορεί να εξελιχθεί σε Β-ΧΛΛ με την πάροδο του χρόνου.

Συμπεράσματα: Ένα ποσοστό του υγιούς πληθυσμού στην Ελλάδα, ίσο με το 1,6%, φέρει κύτταρα με ανοσοφαινότυπο ΧΛΛ, ποσοστό που βρίσκεται μέσα στα πλαίσια των διεθνών μελετών (0,5-3,5%). Αυτό που φαίνεται τελικά να έχει ιδιαίτερη σημασία, είναι η παρακολούθηση των ασθενών αυτών στο χρόνο, με στόχο την λήψη αποφάσεων τόσο αναφορικά με τη διάγνωση, όσο και μελλοντικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

ΠΑ40 ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΛΑΜΒΑΝΑΝ ΣΤΑΤΙΝΗ ± ΕΖΕΤΙΜΙΜΠΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 8 ΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΛΙΠΙΔΙΩΝ

Μπάρκας Φώτιος, Λιάμης Γεώργιος, Κηούρας Ελευθέριος, Ρίζος Ευάγγελος, Λυμπερόπουλος Ευάγγελος, Ελισάφ Μωυσής

Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Σκοπός: Η εκτίμηση των ποσοστών εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) σε ασθενείς που ελάμβαναν στατίνη ± εξετιμίμπη σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο λιπιδίων.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν ενήλικοι ασθενείς με ≥ 3 έτη παρακολούθησης στο εξωτερικό Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Αποκλείστηκαν οι ασθενείς με ΣΔ κατά την 1η επίσκεψη, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες ανάλογα με τη γλυκόζη νηστείας (<100 mg/dL και 100-125 mg/dL). Συγκρίθηκαν τα ποσοστά εμφάνισης ΣΔ ανάμεσα σε ασθενείς που έπαιρναν ισχυρή ή μέτρια δόση στατίνης και εκείνους που δεν ελάμβαναν στατίνη. Ως ισχυρή και μέτρια δόση στατίνης ορίστηκαν οι στατίνες που μειώνουν την LDL-C κατά $\geq 50\%$ και $<50\%$, αντίστοιχα. Παρόμοιες συγκρίσεις έγιναν ανάμεσα στους ασθενείς που έπαιρναν συνδυασμό στατίνης με εξετιμίμπη και σε εκείνους που ελάμβαναν στατίνη ως μονοθεραπεία.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 877 άτομα με μία μέση διάρκεια παρακολούθησης 8 ετών. Στην ομάδα ασθενών με προδιαβήτη παρατηρήθηκε ένα υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης ΣΔ σε εκείνους που έπαιρναν ισχυρή δόση στατίνης σε σύγκριση με εκείνους που ελάμβαναν μέτρια δόση στατίνης ή καθόλου στατίνη (39 vs 22 vs 11%, αντίστοιχα, $p < 0.05$). Ωστόσο, δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στους ασθενείς που έπαιρναν συνδυασμό στατίνης με εξετιμίμπη σε σύγκριση με εκείνους που ελάμβαναν στατίνη ως μονοθεραπεία: 39 vs 23%, αντίστοιχα, για την ισχυρή δόση στατίνης και 22 vs 33%, αντίστοιχα, για τη μέτρια δόση στατίνης ($p > 0.05$ για τις επιμέρους συγκρίσεις).

Συμπεράσματα: Η χορήγηση ισχυρής δόσης στατίνης σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ σε προδιαβητικούς ασθενείς, ενώ η εξετιμίμπη έχει ουδέτερη επίδραση στην ομοιοστάση της γλυκόζης.

ΠΑ41 ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Χατζηκοσμά Γεωργία¹, Παφίλη Καλλιόπη¹, Δημητρίου Μαρία¹, Παπαθεοδώρου Κωνσταντίνος¹, Κύρογλου Σουλτάνα¹, Βαδικόλιας Κωνσταντίνος², Παπάζογλου Δημήτριος¹, Μαϊτέζος Ευστράτιος¹, Παπάνας Νικόλαος¹

¹ Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

² Νευρολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Εισαγωγή: Νεότερες διαγνωστικές δοκιμασίες συνεχώς αναπτύσσονται, με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση της διαβητικής πολυνευροπάθειας. Σε αυτές ανήκει η συσκευή NC-stat® DPNCheck™ (Neurometrix, Inc., Waltham, MA, USA).

Σκοπός: Η εξέταση της επαναληψιμότητας της ανωτέρω συσκευής κατά την εξέταση από τον ίδιο εκτιμητή (inter-observer reproducibility) σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

Υλικό: Εξετάσθηκαν 10 γυναίκες με Τ2ΣΔ μέσης ηλικίας 58.2 ± 7.2 ετών και μέσης διάρκειας Τ2ΣΔ 6.3 ± 2.2 ετών.

Μέθοδος: Κάθε μέτρηση των νευροφυσιολογικών παραμέτρων (εύρος δυναμικού, ταχύτητα αγωγιμότητας) του δεξιού γαστροκνημιαίου νεύρου με την ανωτέρω συσκευή πραγματοποιήθηκε 5 φορές κατά την ίδια επίσκεψη. Υπολογίστηκε ο μέσος συντελεστής μεταβλητότητας (%CV) για κάθε ασθενή και, στη συνέχεια, ο μέσος %CV στο σύνολο των ασθενών.

Αποτελέσματα: Επί συνόλου των ασθενών, ο μέσος %CV ήταν $16.2 \pm 1.7\%$ για το εύρος δυναμικού και $7.1 \pm 0.64\%$ για την ταχύτητα αγωγιμότητας.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα αυτά μαρτυρούν ικανοποιητική επαναληψιμότητα της συσκευής NC-stat® DPNCheck™, ιδίως για την ταχύτητα αγωγιμότητας, σε γυναίκες με Τ2ΣΔ.

ΠΑ42 ΓΝΩΣΙΑΚΑ ΠΡΟΚΛΗΤΑ ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπαλιάγκας Βασίλειος¹, Καζάκος Κυριάκος², Αβραμικά Μαρία², Παπαμήτσου Θεοδώρα³, Ανωγειανάκης Γεώργιος³, Τσολλάκη Μάγδα⁴

¹ Εργαστήριο Κλινικής Νευροφυσιολογίας Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

³ Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

⁴ Γ' Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) σε ηλικιωμένους ασθενείς έχει συνδεθεί με έκπτωση της νοητικής λειτουργίας και αυξημένο κίνδυνο άνοιας.

Σκοπός: Η εκτίμηση του επιπέδου νοητικής λειτουργίας ασθενών με ΣΔ2 και η συσχέτισή του με το επίπεδο ασθενών με ήπια νοητική διαταραχή (ΗΝΔ), η οποία σε σημαντικό βαθμό εξελίσσεται σε άνοια.

Υλικό: Στη μελέτη συμμετείχαν 24 ασθενείς με ΣΔ2, μέσης ηλικίας 70.6±6.5 (εύρος 55-86 έτη), εκ των οποίων 7 άνδρες και 17 γυναίκες και 16 πάσχοντες με ΗΝΔ χωρίς ΣΔ2 της ίδιας μέσης ηλικίας (t=1.06, p=0.30) και αναλογίας ανδρών - γυναικών (χ²=0.084, p=0.772), οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου.

Μέθοδος: Μετρήθηκε η αρτηριακή πίεση, το σωματικό βάρος, το ύψος και υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος σε όλους τους ασθενείς, ο οποίος δε διέφερε ανάμεσα στις δύο ομάδες. Η εκτίμηση της νοητικής κατάστασης έγινε αφενός με τη μέτρηση των λανθανόντων χρόνων εμφάνισης και των υψών των επαρμάτων Ν200, Ρ300 και SW των ακουστικών γνωσιακών προκλήτων δυναμικών (ΑΓΠΔ) και αφετέρου με βάση την επίδοση στις ψυχομετρικές κλίμακες MMSE, MOCA, IADL, CDR, HAMILTON και ADCS-ADL.

Αποτελέσματα: Σε καμία από τις μετρηθείσες παραμέτρους των ΑΓΠΔ ή τις επιδόσεις σε όλες τις ψυχομετρικές κλίμακες δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο ομάδες ασθενών (p>0,05).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας μας δείχνουν ότι το νοητικό επίπεδο των ασθενών με ΣΔ2 δεν διαφέρει σημαντικά από αυτό των ατόμων με ΗΝΔ.

Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) - Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: ΑΡΧΙΜΗΔΗΣ ΙΙΙ. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

ΠΑ43 ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΟΥΡΙΧΑΙΜΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΔΕΣ

Ποιμήρης Αντώνης, Τραυλός Αλέξης, Κατσούλης Γεώργιος, Παπαπέτρου Δ. Πέτρος

Β' Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» - Αθήνα

Εισαγωγή: Η υπερουριχαιμία σχετίζεται με το μεταβολικό σύνδρομο και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Άτομα με υπερουριχαιμία έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2 (Rotterdam Study). Η υπερουριχαιμία φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την αντίσταση στην ινσουλίνη (ΙR).

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης του ουρικού οξέος με την ΙR σε μη διαβητικές Ελληνίδες.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Σε 63 μη διαβητικές γυναίκες, 20-82 ετών, μετρήθηκαν: ουρικό οξύ, σάκχαρο, ινσουλίνη και υπολογίστηκε ο HOMA. Χωρίστηκαν 2 ομάδες, με HOMA≤2.29 και ≥2.30. Τιμές HOMA≤2.29 είχε το 95% των γυναικών με BMI<25 στην παρούσα καθώς και σε προηγούμενη μελέτη μας, και η τιμή αυτή θεωρήθηκε ως το ανώτερο όριο «φυσιολογικού» HOMA.

Αποτελέσματα:

1. Στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ ουρικού οξέος και HOMA στο σύνολο (r=0.50, p<0.001) και στις ομάδες ξεχωριστά (HOMA≤2.29: r=0.38, p=0.01 και HOMA≥2.30: r=0.51, p=0.02).
2. Πολλήπαλη παλινδρόμηση του ουρικού οξέος επί των: ινσουλίνη και γλυκόζη έδειξε ότι στις γυναίκες με HOMA≤2.29 μόνο η γλυκόζη (β συντελεστής=0.44) σχετίζονταν σημαντικά με το ουρικό οξύ, ενώ στις γυναίκες με HOMA≥2.30 μόνο η ινσουλίνη (β συντελεστής=0.54) είχε σημαντική σχέση με το ουρικό οξύ.

Συμπεράσματα:

1. Το ουρικό οξύ του ορού συσχετίζεται θετικά με τον HOMA σε μη διαβητικές Ελληνίδες.
2. Σημαντική τυποποιημένη επίδραση στο ουρικό οξύ έχει σε γυναίκες με:
 - HOMA≤2.29 μόνο η γλυκόζη, αύξηση της οποίας κατά 1 τυπική απόκλιση (SD) θα αυξήσει το ουρικό οξύ κατά 44% της SD, όταν η ινσουλίνη μένει σταθερή.
 - HOMA≥2.30 μόνο η ινσουλίνη, αύξηση της οποίας κατά 1 SD θα αυξήσει το ουρικό οξύ κατά 54% της SD, όταν η γλυκόζη μένει σταθερή.

ΠΑ44 ΘΕΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΛΥΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΩΝ ΤΕΛΙΚΩΝ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΣΗΣ (AGES) ΜΕ ΤΟ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ξάνθος Α.¹, Κοιλιάκος Γ.², Χατζημιητιάδης Σ.³, Χατζητόλιος Α.⁴

¹ Παθολόγος Γ.Ν. Δράμας, Διδάκτωρ Α.Π.Θ.

² Καθηγητής Βιοχημείας Α.Π.Θ.

³ Αν. Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ.

⁴ Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Τα τελικά προϊόντα προχωρημένης γλυκοζυλίωσης (AGES) επιταχύνουν την αθηρωμάτωση των διαβητικών ασθενών μέσω σύνδεσής τους με ειδικό υποδοχέα (RAGE) στην επιφάνεια των ενδοθηλιακών κυττάρων. Διερευνήθηκαν: α) τα επίπεδα S-RAGE σε διαβητικούς με ΣΝ και σε υγιείς, β) η σχέση των AGES και του S-RAGE ορού με την έκταση και βαρύτητα της αθηρωματικής πλάκας

Υλικό-Μέθοδοι: Μετρήθηκαν τα AGES ορού και το S-RAGE ορού σε 50 διαβητικούς και σε 50 υγιείς, ομαδοποιημένους ως προς την ηλικία και τους βασικούς παράγοντες κινδύνου. Η αξιολόγηση της έκτασης της αθηρωμάτωσης έγινε με ποσοτική στεφανιογραφική ανάλυση (QCA), στην οποία καταγράφηκε η συνολική έκταση (εμβαδό) και ο βαθμός στένωσης (ποσοστό %) της αθηρωματικής πλάκας. Έγινε πολυπαραγοντική παλίνδρομη ανάλυση για να διαπιστωθεί η σχέση του sRAGE και των AGES ορού με το αθηρωματικό φορτίο.

Αποτελέσματα: Οι μεγαλύτερες τιμές ολικού διαλυτού s-RAGE (S-RAGE) διαπιστώθηκαν στους υγιείς άνδρες (Μέση τιμή=1481,3±658,7pg/ml), ενώ οι μικρότερες σε διαβητικούς άνδρες με ΣΝ (Μέση τιμή=1257,9±534,5pg/ml). Τα φθοριζόντα AGES ήταν αυξημένα στους διαβητικούς με ΣΝ (Μέση τιμή=6,79±0.7U/gr) Στην πολυπαραγοντική ανάλυση βρέθηκε ότι στους διαβητικούς το S-RAGE είναι ανάλογο με το εμβαδό της αθηρωματικής πλάκας (p=0.037) και τη μέση ελάχιστη διάμετρο αυλού (p=0.014).

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα sRAGE ορού έχουν θετική συσχέτιση με το αθηρωματικό φορτίο στους διαβητικούς με ΣΝ και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως συμπληρωματικός δείκτης βαρύτητας

ΠΑ45 ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΑΤ1 ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ, ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ (ΑΠ) ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ (ΑΥ)

Γούλας Αντώνης¹, Αποστολοπούλου Μάρθα², Σαββόπουλος Χρήστος², Αποστολίδης Αθανάσιος¹, Πανδέρη Αθανασία¹, Κώτσης Βασίλειος³, Γαβρά Μαρία⁴, Τσιούφης Κωνσταντίνος⁵, Ψυρρόπουλος Δημήτριος⁶, Χατζητόλιος Απόστολος²

¹ Α΄ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ.

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

³ Γ΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»

⁴ Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

⁵ Καρδιολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο»

⁶ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Πειραματικά κυρίως δεδομένα συνηγορούν υπέρ του σημαντικού ρόλου που παίζουν το οξειδωτικό στρες και η φλεγμονή, με κοινό παρονομαστή την ενεργοποίηση του άξονα ρενίνη-αγγειοτενσίνη-αλδοστερόνη (ΡΑΑ) - τόσο περιφερικά (νεφροί, αγγεία) όσο και κεντρικά (υποθάλαμος, στέλεχος) - στην παθογένεση της ΑΥ.

Σκοπός: Η συσχέτιση κοινών πολυμορφισμών του γονιδίου του ΑΤ1 υποδοχέα (AGTR 1166A>C), της καταλάσης (CAT -262C>T) και του TNF (TNF -850C>T) με τις τιμές συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής πίεσης (ΔΑΠ), σε ασθενείς με ιδιοπαθή ΑΥ και νορμοτασικούς εθελοντές.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμμετείχαν 100 νεοδιαγνωσμένοι ασθενείς από τα εξωτερικά ιατρεία υπέρτασης Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης και Αθήνας και 60 νορμοτασικοί εθελοντές. Ο γονοτυπικός έλεγχος των δυο πολυμορφισμών έγινε με καθιερωμένες τεχνικές PCR-RFLP, σε DNA που απομονώθηκε από φλεβικό αίμα. Η συσχέτιση των πολυμορφισμών με την ΣΑΠ και ΔΑΠ ελέγχθηκε με πολυπαραγοντικές και μονοπαραγοντικές δοκιμασίες ANCOVA, χρησιμοποιώντας την ηλικία, το φύλο, το κάπνισμα και το δείκτη μάζας-σώματος ως συμμεταβλητές.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των συμμετεχόντων, ο πολυμορφισμός CAT-262C>T παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ΣΑΠ. Ο πολυμορφισμός TNF -850C>T παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ΣΑΠ στους συμμετέχοντες που είχαν BMI \geq 25. Από τη σύγκριση των κατανομών των γονοτύπων μεταξύ των δύο ομάδων προέκυψε σημαντικά αυξημένη παρουσία του CAT-262T αλληλομόρφου στους υπέρτατικούς ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η γενετικά καθοριζόμενη δραστηριότητα της καταλάσης και η έκφραση του TNF φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την ΑΠ και την ευαισθησία σε παράγοντες που προκαλούν ιδιοπαθή ΑΥ. Αυτή η επίδραση ενδέχεται να διαμορφώνεται από τον BMI.

ΠΑ46 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΕΕ

Ξάνθης Ανδρέας, Ξενικάκης Μενέλαος, Τσαγκρίδη Αλίκη, Μάττας Γεώργιος, Μιχαηλίδου Αναστασία, Βλάχογιάννης Ανέστης

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Δράμας

Εισαγωγή: Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια αποτελούν τη 2^η αιτία θανάτου και την 1^η αιτία χρόνιας αναπηρίας, γεγονός που καθιστά την πρόληψη τους μείζον θέμα δημόσιας υγείας. Ένα δυνητικά αντιμετωπίσιμο αίτιο είναι η κοιλιακή μαρμαρυγή, τόσο η χρόνια όσο και η παροξυσμική. Στόχος της εργασίας είναι η αναζήτηση της επίπτωσης της μαρμαρυγής στα ισχαιμικά ΑΕΕ και η αξιολόγηση της αντιθρομβωτικής αγωγής που χορηγείται.

Υλικό-Μέθοδοι: Αναλύθηκαν 100 οξεία ισχαιμικά ΑΕΕ που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Δράμας το 2013. Σε κάθε ασθενή καταγράφηκαν η Αρτηριακή Πίεση εισόδου, η Γλυκόζη, η Θερμοκρασία, το Καρδιογράφημα, η Φαρμακευτική αγωγή, οι Ημέρες νοσηλείας και το Rankin σκορ.

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4.4 ημέρες (± 0.79) και το μέσο RANKIN σκορ ήταν 2.4 (± 0.92). Στο 24% των ΑΕΕ υπήρχε κοιλιακή μαρμαρυγή (20% μόνιμη και 4% παροξυσμική). Οι ασθενείς ελάμβαναν δικουμαρόλη σε ποσοστό 35% και από αυτούς το 25% είχε ικανοποιητικό INR (2-3), ενώ το 40% ελάμβανε κλοπιδογρέλη, το 15% ασπιρίνη, το 5% διπλή αντιαιμοπεταλιακή και το 5% νεότερο αντιπηκτικό. Διαπιστώθηκε ότι η παρουσία μαρμαρυγής είχε στατιστικά σημαντική σχέση με τις ημέρες νοσηλείας ($p=0.03$) και με το Rankin σκορ ($p=0.002$).

Συμπεράσματα: Η κοιλιακή μαρμαρυγή σχετίζεται με βαρύτερης πρόγνωσης ΑΕΕ, αλλά αντιμετωπίζεται επαρκώς στη μειοψηφία των ασθενών, γεγονός που απαιτεί συμμόρφωση στη δικουμαρόλη και σε αποτυχία αυτής άμεση χορήγηση νεότερων αντιπηκτικών.



**Αναρτημένες
Ανακοινώσεις**

ΑΑ001 ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Καραγιαννάκη Αναστασία, Μελιόκκη Βασιλική, Περίφανος Γεώργιος, Περλεπέ Καλλιόπη, Γκιουλέκας Φώτιος, Πουλιανίτη Ευδοξία, Πουλικάκου Ματίνα, Τσαντζαλή Ιωάννα, Λαζάρου Χρυσάνθη, Μπεράντζε Νικόλαος, Παλιάντζας Θεοφάνης, Καδίτη Σταυρίνα, Περλεπέ Φαίη, Σιδηρόπουλος Γεώργιος, Παπαγεωργίου Κυριακή, Παπαβασιλείου Βασίλειος, Βέμμος Κωνσταντίνος, Μακαρίτσης Κωνσταντίνος, Νταίος Γεώργιος, Νταϊέκος Γεώργιος

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή-Σκοπός: Αν και τα εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) είναι η τέταρτη αιτία θανάτου στις δυτικές κοινωνίες, η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τα ΑΕΕ παραμένει ανεπαρκής. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να εκτιμηθεί α) η αναγνώριση του προσωπικού κινδύνου εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου και β) η ενημέρωση του Ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τα ΑΕΕ.

Υλικό-Μέθοδος: Μια εκπαιδευμένη ομάδα φοιτητών Ιατρικής διεξήγαγε τηλεφωνική έρευνα μεταξύ Φεβρουαρίου και Απριλίου 2014 χρησιμοποιώντας ένα δομημένο online ερωτηματολόγιο. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με τη χρήση τυχαίων ψηφίων του αριθμού σταθερού ή κινητού τηλεφώνου, με δειγματοληψία ποσόστωσης σταθμισμένη για τη γεωγραφική περιοχή, με βάση την πιο πρόσφατη Γενική Απογραφή Πληθυσμού (2011).

Αποτελέσματα: 723 άτομα [418 (58%) γυναίκες, 47,4±17,8 έτη] συμφώνησαν να συμμετέχουν στην μελέτη. 642 (88,8%) άτομα ανέφεραν τουλάχιστον ένα παράγοντα κινδύνου για ΑΕΕ. 673 (93,08%) ερωτηθέντες ανέφεραν σωστά τουλάχιστον ένα σύμπτωμα ή σημείο ΑΕΕ. Όταν ερωτήθηκαν τι θα κάνουν σε περίπτωση οξείας έναρξης συμπτωμάτων ΑΕΕ, 497 (68,7%) απάντησαν ότι είτε θα καλέσουν το ασθενοφόρο είτε θα επισκεφθούν το πλησιέστερο τμήμα επεγόντων περιστατικών. Μόνο το 35,3%, 18,9%, 17,2%, 20,7%, 15,0% των ερωτηθέντων με κοιλιακή μαρμαρυγή, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη και κάπνισμα αντίστοιχα, θεώρησαν ότι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ΑΕ.

Συμπεράσματα: Η αναγνώριση του προσωπικού κινδύνου για εμφάνιση ΑΕΕ στην Ελλάδα είναι χαμηλή, παρά τη μέτρια ενημέρωση του κοινού.

ΑΑ002 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ. ΧΡΗΣΕΙ Ή ΟΧΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ; ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Αντώνιος Τσιμπιδάκης, Δήμος Νικολόπουλος, Κωνσταντίνος Κρητικός

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καρπενεσίου

Η βαρύτητα της πνευμονίας της κοινότητας, η οποία συνδέεται άμεσα με τη θνητότητα και την ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο, έχει αξιολογηθεί με πολλά συστήματα αξιολόγησης, όπως το PSI (Pneumonia Severity Index), το οποίο όμως είναι ιδιαίτερα πολυπλόκο για χρήση στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και στο εξωτερικό ιατρείο, λόγω των πολλαπλών παραμέτρων που περιλαμβάνει. Απλούστερη και πρακτικότερη σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, είναι η κλίμακα CURB-65 (Confusion, blood Urea, Respiratory rate, Blood pressure και ηλικία πάνω από 65 έτη). Βάση της κλίμακας CURB-65 διακρίνονται 3 ομάδες κινδύνου. Στην ομάδα I (0 ή 1 κριτήρια βαρύτητας), που συνοδεύεται από χαμηλή θνητότητα (1,5%), συνιστάται κατ' οίκον θεραπεία. Στην ομάδα II (2 κριτήρια βαρύτητας) με μέτρια θνητότητα (9,2%), συνιστάται νοσοκομειακή επίβλεψη και αναλόγως της εξέλιξης νοσηλεία ή έξοδος. Οι ασθενείς που κατατάσσονται στην ομάδα III (3 ή περισσότερα κριτήρια) με υψηλή θνητότητα (22%), αντιμετωπίζεται ως ασθενείς με σοβαρή πνευμονία (Severe Pneumonia) και χρήζουν εισαγωγής στο νοσοκομείο και ενδοχεμόμενης στη ΜΕΘ.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα παρουσιάζουμε την περίπτωση γυναίκας 57 ετών, που προσήλθε στο ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Καρπενεσίου αιπύμενη εμπύρετο έως 40°C με ρίγος και βήχα από 48ώρο περίπου. Επίσης ανέφερε και ένα επεισόδιο εμέτου. Η ασθενής ήταν χρόνια καπνίστρια και η μόνη αγωγή που λάμβανε ήταν θυροξίνη λόγω υποθυρεοειδισμού.

Από την κλινική εξέταση προέκυψαν τα εξής ευρήματα: Αρτηριακή πίεση 115/70 mmHg, Θερμοκρασία 38,7°C, ακροαστικά ευρήματα άφρω στους πνεύμονες με μουσικούς και μη μουσικούς ήχους, SpO₂ 88%, Σφίξεις 100/min. Φυσιολογική αναπνευστική συχνότητα και πλήρως προσανατολισμένη σε χώρο-χρόνο-πρόσωπα με GCS 15/15.

Από τις παρακλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις: **Γενική αίματος:** WBC 7.720 με 81% ουδετερόφιλα, Αιμοσφαιρίνη 11,4, Hct 35,6, PLT 197000. **Βιοχημικές εξετάσεις:** Glu 104, ουρία 35, κρεατινίνη 0,7, SGOt 28, SGPt 22, γGT 30, CRP 3,76, χολερυθρίνη 0,46, K 4,2, Na 140. Από τον ακτινολογικό έλεγχο: Τίθεται η διάγνωση της λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού - πνευμονίας.

Με τα κριτήρια CURB-65 η ασθενής έχει σκορ 0 και βρίσκεται στην ομάδα I χαμηλής θνητότητας συνεπώς σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες πρέπει να λάβει θεραπεία κατ' οίκον. Από τα αέρια αίματος όμως προκύπτουν τα εξής ευρήματα: PaO₂ 60 mmHg, PCO₂ 26,4 mmHg, PH 7,491. Η ασθενής έχει αναπνευστική αλκάλωση και μάλιστα PaO₂ / FIO₂ = 28,5, δηλαδή βρίσκεται στα όρια της αναπνευστικής ανεπάρκειας και χρήζει θεραπείας με οξυγόνο. Αλλά και στην κλίμακα PSI η ασθενής ταξινομείται στην ομάδα II με θνησιμότητα 0,6% όπου επίσης συστήνεται θεραπεία κατ' οίκον.

Τίθεται λοιπόν το εξής ερώτημα: Χρήζει ή όχι νοσηλείας η συγκεκριμένη ασθενής;

ΑΑ003 Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ: ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ;

Παπακωνσταντίνου Παντελεήμων, Ασημακοπούλου Ναταλία, Γαργεράκη Αναστασία, Μπντζαρίδης Εμμανουήλ

Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Σπτείας, Σπτεία, Λασιθι, Κρήτη, Ελλάδα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ασπιρίνη αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο φαρμακευτικό σκεύασμα στην καθημέρα κλινική πράξη. Ο FDA (Food and Drug Administration) των Η.Π.Α αποτρέπει τη χρήση ασπιρίνης ως μέσο πρωτογενούς πρόληψης καρδιαγγειακών συμβαμάτων θεωρώντας ότι οι κίνδυνοι από τη χρήση της είναι περισσότεροι από τα οφέλη. Η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (ΕΚΕ) προτείνει τη χρησιμοποίηση της σε υπερτασικούς ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει τη χρήση της ασπιρίνης στις απομακρυσμένες περιοχές της Κρήτης ως μεσού πρωτογενούς πρόληψης.

Υλικό και Μέθοδοι: Πλήθυσμός αναφοράς-μελέτης αποτέλεσε το σύνολο των ασθενών (>18ετών) που επισκέφτηκαν το Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Σπτείας και τα περιφερειακά ιατρεία αυτού την χρονική περίοδο Μάρτιος-Σεπτέμβριος 2014. Στην προοπτική μελέτη, το δείγμα που πάθθηκε, αποτέλεσαν 207 διαδοχικοί ασθενείς. Για τον προσδιορισμό του καρδιαγγειακού κινδύνου των ασθενών (χαμηλός-μέσος-υψηλός) χρησιμοποιήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση (2013) της ΕΚΕ.

Αποτελέσματα: Οι 207 διαδοχικοί ασθενείς (68±9 ετών;113 άνδρες) που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη λάμβαναν ακετυλοσαλικυλικό οξύ σε καθημερινή βάση σε δόση 80-100mg. Στο 73% (151/207) χρησιμοποιούνταν ως μέσο πρωτογενούς πρόληψης ενώ το στο 27% (56/207) χρησιμοποιούνταν κατόπιν ενός καρδιαγγειακού επεισοδίου. Το 45% (93/207) ήταν ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Η ασπιρίνη κατείχε ποσοστό 4,6% του συνόλου των φαρμακευτικών σκευασμάτων που χορηγήθηκαν στην ευρύτερη περιοχή της Σπτείας.

Συμπεράσματα: Το ακετυλοσαλικυλικό οξύ αποτελεί την πιο συχνά συνταγογραφούμενη φαρμακευτική ουσία. Το 55% των ασθενών είχαν ανένδειξη για τη λήψη ασπιρίνης καθώς ήταν χαμηλού-μέσου καρδιαγγειακού κινδύνου. Συνεπώς, λαμβάνοντας υπόψη τις πρόσφατες οδηγίες του FDA και της ΕΚΕ συμπεραίνουμε ότι η ευρεία χρήση της ασπιρίνης στην περιοχή μας και κατά επέκταση στη χώρα μας, έξω από τα όρια των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, θα πρέπει να επαναξιολογηθεί.

ΑΑ004 ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΕΕ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Χρυσάνθη Ντασιπούλου, Αικατερίνη Τσιλιγκερίδου, Αικατερίνη Αναγνωστοπούλου, Σωκράτης Σγουτζάκος, Ιωάννης Κατόνας, Αικατερίνη Κυριακίδου, Δημήτρης Σκούτας, Ειρήνη Μούζα

Κ.Α.Α. Αναγέννηση

Εισαγωγή: Ο στόχος του προγράμματος αποκατάστασης των ασθενών με ΑΕΕ είναι να επιτύχουν το καλύτερο λειτουργικό αποτέλεσμα των ασθενών και να προετοιμάσει το περιβάλλον τους για την υποδοχή τους. Η διατήρηση της λειτουργικότητας των ασθενών στην καθημερινότητα τους επηρεάζει την ποιότητα ζωής αυτών και των οικογενών τους.

Υλικό-Μέθοδος: 35 ασθενείς με ΑΕΕ (12 άνδρες και 23 γυναίκες), ηλικίας 51-82 χρόνων μετά από το πρώτο ισχαιμικό ΑΕΕ και FIM score κατά την έξοδό τους >70. Πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική συνέντευξη αρκετούς μήνες μετά την έξοδό τους και καταγράφηκε η λειτουργική τους ικανότητα στις καθημερινές δραστηριότητες καθώς και τα προβλήματα υγείας και προσαρμογής που παρουσίασαν σε αυτό το χρονικό διάστημα σύμφωνα με τους φροντιστές τους. Ακολούθησε σύγκριση των λειτουργικών ικανοτήτων των ασθενών στις δύο χρονικές στιγμές.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς επέστρεψαν στο σπίτι τους με συγγενείς ως φροντιστές. Δύο ασθενείς είχαν επιπλέον βοήθεια με αμοιβή. Η ηπείσωση των ασθενών είχαν βελτιώσει την λειτουργικότητά τους σε σχέση με το επίπεδο τους κατά την έξοδό τους. Ιδιαίτερη βελτίωση παρουσίασαν (ανεξάρτητοι FIM 7) σε: σίτιση (71% έξοδος- 94% συνέντευξη), διαχείριση κύστεως (46% έξοδος - 74% συνέντευξη), διαχείριση εντέρου (42% έξοδος - 74% συνέντευξη), μεταφορές (20% έξοδος - 51% συνέντευξη), περιποίηση (20% έξοδος - 46% συνέντευξη), μπάνιο (3% - 26% συνέντευξη) και κατανόηση (26% έξοδος - 69% συνέντευξη). Αξιόλογη βελτίωση (FIM 6 and 7) έδειξαν σε: ένδυση(20% έξοδος discharge-40,5% συνέντευξη interview) και βάδιση (25,5% έξοδος discharge-66% συνέντευξη interview). Μικρότερη βελτίωση παρουσίασαν στην απόσταση βάδισης. Οι περισσότεροι ασθενείς (19) συνέχισαν την άσκηση στο σπίτι με θεραπευτή ή με συγγενή. Μόνο 4 ασθενείς χαρακτηρίστηκαν στην ίδια κατάσταση ή επιδεινωμένοι λόγω νέου ΑΕΕ, άνοιξης ή παραίτησης. Οι περισσότεροι (23)συνέχισαν την χρήση βοηθημάτων βάδισης. Όλοι οι συνοδοί υποστήριξαν ότι η επιστροφή των ασθενών στο σπίτι είχε ευεργετικό αποτέλεσμα στην ψυχολογία τους.

Συμπέρασμα: Η επιστροφή των ασθενών στο σπίτι τους και σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον είναι ευεργετική και προάγει τη λειτουργικότητά τους και την ποιότητα ζωής τους. Δεν αναφέρθηκαν ιδιαίτερα προβλήματα προσαρμογής κατά την επιστροφή τους.

ΑΑ005 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΙΟ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΙΚΑΝΟ ΝΕΑΡΟ ΕΝΗΛΙΚΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Βασιλείου Αικατερίνη-Μαρία, Αναστασιάδου Αφροδίτη, Σαχινίδης Αλέξανδρος, Κεχαγιά Εμμανουηλία, Τσεκούρα Ιωάννα

*Γενικό Νοσοκομείο Πέλλα ς- Γιαννιτσών, Παθολογική Κλινική, Γιαννιτσά
Διευθυντής: Κακουλίδης Ιωάννης*

Εισαγωγή: Η ανεμειλογιά είναι συχνό μεταδοτικό νόσημα στα παιδιά, με καλή πρόγνωση και ομαλή κλινική πορεία. Στους ενήλικες είναι σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή, λόγω σημαντικών επιπλοκών, με συχνότερη και σοβαρότερη την πνευμονία.

Σκοπός: Η περιγραφή περιστατικού πνευμονίας από ιό ανεμειλογιάς σε προηγουμένως υγιή νεαρό ενήλικα που εξελίχθηκε σε Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενήλικων.

Παρουσίαση Περιστατικού: 40χρονος ασθενής προσήλθε στα ΤΕΠ αιτώμενος εμπύρετο από 5ημέρου, εξάνθημα προσώπου και άκρων και προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια από 24ωρου. Η 5χρονη κόρη του είχε ανεμειλογιά προ εβδομάδος. Από το ιστορικό του αναφέρεται: χειρουργηθέν κάταγμα μηριαίου προ 2 ετών, κάπνισμα (1 πακέτο/ημέρα επί 15 έτη). Στην εισαγωγή είχε όψη πάσχοντος, θερμοκρασία 38°C, ταχύπνοια (40 αναπνοές/λεπτό, ήπια υποξυγοναιμία και κηλιδοβλατιδώδη εξανθήματα. Ενώ είχε φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα, η α/α θώρακος ανέδειξε διάχυτες, αμφοτερόπλευρες λοβώδεις διηθήσεις στα κάτω πνευμονικά πεδία. Εργαστηριακός έλεγχος: ήπια ηπατική δυσλειτουργία (SGOT: 126, SGPT: 237, γGT: 819, ALP:197), φυσιολογική γενική αίματος και CRP:0,93. Αέρια αρτηριακού αίματος συμβατά με αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I (Po2: 46,6 mmHg, PCO2:33,8mmHg, Ph:7,483). Επιδεινώθηκε ταχύτατα και εντός ολίγων ωρών παρουσίασε Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενήλικων. Αποφασίστηκε διασωλήνωση και εισαγωγή του σε ΜΕΘ. Του χορηγήθηκε ασυκλόβηρι και κεφεπίμ, βελτιώθηκε και αποσωληνώθηκε επιτυχώς μετά 6 ημέρες, ενώ 5 ημέρες αργότερα εξήλθε σε καλή κατάσταση. Η μετά 6 μηνών επανεκτίμηση ήταν φυσιολογική.

Συμπέρασμα: Η λοίμωξη ενήλικων από τον ιό της ανεμειλογιάς είναι σπάνια, αλλά με υψηλή επικινδυνότητα λόγω των πονηλών και σοβαρών επιπλοκών της.

ΑΑ006 ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΩΣ ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ζήσης Χρήστος¹, Δεληγιάννης Γεώργιος¹, Παπαδάτος Σταμάτης¹, Μυλωνάς Κωνσταντίνος², Μυλωνάς Στέφανος¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

² Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

Εισαγωγή-Σκοπός: Η βρουκέλλωση είναι μια ανθρωποζωονόσος που ενδημεί στις αγροτικές περιοχές της Μεσογείου. Οι αερόβιοι αυτοί ενδοκυτταριοί κοκκοβακίλλοι φιλοούν ιδιαίτερα το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα (ήπαρ - σπλήν - μυελός οστών). Η πνευμονική συμμετοχή υπολογίζεται <5%.

Υλικό-Μέθοδος: Παρουσιάζονται τρεις περιπτώσεις κτηνοτρόφων με εμπύρετο και εκδηλώσεις από το κατώτερο αναπνευστικό. Ο πρώτος εμφάνισε υψηλό πυρετό και παραγωγικό βήχα. Ο δεύτερος (ο οποίος προ εξαμήνου έλαβε αντιβιοτική αγωγή για 1,5 μήνα) εμφάνισε δεκατική πυρετική κίνηση, βήχα και ήπιο βρογχόσπασμο. Ο τρίτος (ο οποίος προ δεκαπενταετίας νόσησε από μελίταιο) εμφάνισε εμπύρετο, παροξυσμικό βήχα με βλενωδή απόχρεψη και δύσπνοια.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς αρχικά αντιμετωπίστηκαν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης με p.o. αντιβιοτικά, αποχρεμτικά και εισπνεόμενα βροχοδιασταλτικά. Στον πρώτο η ακτινογραφία θώρακος έδειξε επίταση βροχοαγγειακής σκιάς και στο δεύτερο μικρές διάσπαρτες διηθήσεις άμφω που επιβεβαιώθηκαν με CT θώρακος. Στον τρίτο ασθενή η CT θώρακος έδειξε περιοχές με απεικόνιση δίκην ανθισμένου δένδρου. Το εμπύρετο, η εμφάνιση συμπτωματολογίας από το μυοσκελετικό (αρθραλγίες, οσφραλγία) και το ατομικό / επαγγελματικό αναμνηστικό, έστρεψε τη διαγνωστική σκέψη στη βρουκέλλωση. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με τη θετική συγκολλητινοαντίδραση Wright σε υψηλούς τίτλους αντισωμάτων και την παρουσία IgM αντισωμάτων με τη μέθοδο ELISA. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με συνδυασμό δοξκυκλίνης, ριφαμπικίνης +/- στρεπτομικίνης.

Συμπέρασμα: Η πνευμονική συμμετοχή είναι σπάνια αλλά υπάρχει στη βρουκέλλωση και χρήζει πρώιμης εκτίμησης από τον κλινικό.

ΑΑ007 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)

Αυγέρη Σουητάνα¹, Μαυρίδης Ευστράτιος¹, Χατζητόλιος Απόστολος² Πλωμαρίτης Ευστράτιος³, Χατζηδημητρίου Μαρία⁴, Μπελλήλη Θάλεια⁵, Κυριαζόπουλος Αθανάσιος², Σαββόπουλος Χρήστος²

¹ Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

³ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

⁴ Τμήμα Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

⁵ Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι διαβητικοί λόγω της ανοσοκαταστολής που προκαλεί ο ΣΔ με την πάροδο των ετών, είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις και ιδιαίτερα σε εκδήλωση γριπώδους συνδρομής και ιογενών ή μικροβιακών πνευμονιών.

Σκοπός: Η καταγραφή, σύγκριση και αξιολόγηση της Αποτελεσματικότητας του εμβολιασμού έναντι του ιού της γρίπης και του πνευμονιόκοκκου αναφορικά με την πρόληψη αναπνευστικών λοιμώξεων και επιπλοκών τους, σε εμβολιασμένα και μη διαβητικά άτομα.

Υλικά Μέθοδος: Συμπλήρωση ειδικά διαμορφωμένου ανώνυμου ερωτηματολογίου από 206 άτομα (87 άνδρες, 119 γυναίκες), με ΣΔ τύπου 1 και 2. Η επιλογή ασθενών έγινε με τυχαία δειγματοληψία από τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων ΑΧΕΠΑ και Άγιος Παύλος.

Αποτελέσματα: Το 58% των εμβολιασθέντων έναντι του ιού της γρίπης δε νόσησε καμία φορά, ενώ μόλις το 2% είχε νοσήσει 2 ή περισσότερες φορές. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν και αναφορικά με τη βαρύτητα της νόσησης, αφού όσοι εμβολιάστηκαν δεν παρουσίασαν περισσότερα από 4 συμπτώματα και μόνο το 14% εμφάνισε 3-4 συμπτώματα. Ανάλογα είναι και τα ευρήματα αναφορικά με την Αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού έναντι του πνευμονιόκοκκου, δεδομένου ότι μόλις 2% των εμβολιασθέντων νόσησαν από πνευμονία έναντι 11,4% των μη εμβολιασθέντων.

Συμπεράσματα: Προκύπτει ύπαρξη σημαντικής διαφοράς στην εμφάνιση καθώς και στην ένταση των λοιμώξεων του αναπνευστικού μεταξύ των ατόμων με διαβήτη που εμβολιάστηκαν και εκείνων που δεν προσέβησαν σε προληπτικό εμβολιασμό. Ο εμβολιασμός φαίνεται να επιδρά θετικά στα άτομα με ΣΔ, δεδομένου ότι αφενός μειώνει τη νοσηρότητα και αφετέρου συντελεί στον περιορισμό των συμπτωμάτων, ακόμη και στην περίπτωση νόσησης.

ΑΑ008 ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΟΛΕΙΟΜΥΟΜΑΤΩΣΗ (LAM): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πορπόδης Κωνσταντίνος, Παπακάθα Έλενα, Παπαϊωάννου Αντώνης, Κωσταντά Σουητάνα, Παπακώστα Δέσποινα

Πνευμονολογική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Εξοχή, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η LAM είναι μια σπάνια νόσος άγνωστης αιτιολογίας που προσβάλλει σχεδόν αποκλειστικά γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Οι λείες μυϊκές ίνες των βρόγχων, των αγγείων και των λεμφαγγείων πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα με αποτέλεσμα την κυστική καταστροφή του πνευμονικού παρεγχύματος και τη δημιουργία όγκων στην κοιλιακή χώρα.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 27 ετών, μη καπνίστρια προσέρχεται για δύσπνοια, βήχα με ιστορικό υποτροπιάζοντων πνευμοθωράκων από 10ετίας και αφαίρεσης αγγειομοσληπίωματος δεξιού νεφρού προ 6 ετών. Ο εργαστηριακός έλεγχος είναι φυσιολογικός και από τον έλεγχο αερίων αίματος φαίνεται υποξυγοναιμία. Σε απεικονιστικό έλεγχο η ακτινογραφία θώρακος είναι φυσιολογική ενώ στην αξονική τομογραφία απεικονίζονται πολλαπλές λεπτοεικωματικές κύστεις που καταλαμβάνουν τα πνευμονικά πεδία άμφω. Η σπироμέτρηση είναι συμβατή με αποφρακτικού τύπου διαταραχή της αναπνευστικής λειτουργίας και διαταραχή της διάχυσης (FVC 90%, FEV₁ 55%, RV 94%, TLC 104%, DLco 41%). Η ασθενής υποβάλλεται σε ενδοσκοπικό έλεγχο, όπου η βρογχοσκόπηση είναι μη αποκαλυπτική, το βρογχοκυψελιδικό έκπληγμα-BAL δείχνει τον αριθμό και τον τύπο των κυτάρων φυσιολογικά, απλά τα ευρήματα από τη διαβρογχική βιοψία συνηγορούν για LAM (πάχυνση των λείων μυϊκών ινών και του τοιχώματος των λεμφαγγείων). Η ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με μεθυλπροστερόνη (25mg/24ωρο) και βρογχοδιασταλτικά, παρά την οποία εμφάνισε ήπια ακτινολογική επιδείνωση το πρώτο εξάμηνο. Προστέθηκαν βρογχοδιασταλτικά και ώσεις κορτικοειδών και η ασθενής μπήκε σε λίστα για μεταμόσχευση στη Γερμανία και στην Αυστρία. Η ασθενής παρακολουθείται στην κλινική μας.

Συμπέρασμα: Η LAM είναι μια σπάνια νόσος. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από πωσινόφιλο κοκκίωμα, άσθμα, εμφύσημα, σαρκοείδωση, οζώδη σκλήρυνση και εξωγενή αλλεργική κυψελιδίτιδα. Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται στη χορήγηση προγεστερόνης, αντι-οιστρογόνων, αναλγητών του GnRH και σε μεταμόσχευση πνευμόνων. Η μέση επιβίωση είναι 8-10 έτη.

ΑΑ009 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΜΥΞΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΚΟΛΠΟ

Σοφούλης Σταμάτιος¹, Βαλατσού Αγγελική¹, Κανέλλος Ηλίας², Χαλκίδου Μαρία¹, Καδόγλου Νικόλαος³, Βαλούκας Δημήτριος¹, Λαμπρόπουλος Στυλιανός¹

¹ Καρδιολογική Κλινική, Μαμάτσειο-Μποδοσάκειο Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας

² Α΄ Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Κέντρο Αριστείας Αρτηριακής υπέρτασης και Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

³ Heart Hospital, University College of London, UK

Εισαγωγή: Οι πρωτοπαθείς καρδιακοί όγκοι είναι πολύ σπάνιοι και το κοιλιακό μύξωμα είναι ο πιο συχνός καλοήθης όγκος της καρδιάς. Διαγιγνώσκεται τυχαία ως ασυμπτωματικός όγκος ή με απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές που χρήζουν άμεσης χειρουργικής επέμβασης.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 48 ετών, με προ 4ετίας χειρουργηθέν θύμωμα, ευρισκόμενος στον 3ο κύκλο χημειοθεραπείας, προσέρχεται αιτιώμενος εύκολη κόπωση και καταβολή δυνάμεων. Παρουσίασε υποτροπή της νόσου με πνευμονικές διηθήσεις στον άνω και μέσο λοβό του δεξιού πνεύμονα - εκτεταμένη διήθηση δεξιού υπεζωκότα και διήθηση στο ήπαρ και στους τραχηλικούς πνευμονοβρόγχους. Προ έτους σε αξονική στο θώρακος υπόπικνη εστία μεγέθους 1cm στον αριστερό κόλπο της καρδιάς. Η κλινική εξέταση και το ΗΚΓ ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Το υπερηχογράφημα καρδιάς κατέδειξε μάζα στον αριστερό κόλπο, διαστάσεων 3,79 X 3,45 cm.

MRI καρδιάς, επιβεβαίωσε την ύπαρξη του όγκου. Η μάζα εξορμάται από τον αριστερό κόλπο, διηθώντας το τοίχωμα της δεξιάς κάτω πνευμονικής φλέβας και εκτείνεται ως το ύψος του μιτροειδικού δακτυλίου, ερχόμενη σε επαφή με τις γήλιες της μιτροειδούς, στην τελοδιαστολική φάση του καρδιακού κύκλου (εικόνα 1). Ο ασθενής εμφάνισε βελτίωση της γενικότερης κατάστασης της υγείας του και οι μεταστάσεις στον δεξιο ημθωρακιο υποχώρησαν, χωρίς όμως παράλληλη μείωση και της καρδιακής μάζας. Εκτιμήθηκε ως μη χειρουργήσιμος, η δε συνεχιζόμενη επιδείνωση της κλινικής του κατάστασης σε συνδυασμό με την αύξηση του μεγέθους της καρδιακής μάζας, οδήγησαν σε αιμοδυναμική αστάθεια και τελικά ο ασθενής κατέληξε.

Συμπεράσματα: Αρκετές φορές στην κλινική καθημερινή πράξη βρισκόμαστε αντιμέτωποι με ασθενείς που εμφανίζουν ιδιαίτερα σπάνια υπερηχογραφικά ευρήματα. Πέραν της διάγνωσης, σημαντικά πρακτικά ερωτήματα που ανακύπτουν αφορούν τον τρόπο παρακολούθησης αυτών των ασθενών, τη διαστρωμάτωση κινδύνου για εμφάνιση κάποιου τελικού σημείου στο μέλλον και τη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την θεραπευτική παρέμβαση. Η υπερηχοκαρδιογραφία, η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία είναι τα πιο χρήσιμα διαγνωστικά εργαλεία για την αξιολόγηση τους, που σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις εντοπίζουν τους όγκους και προσδιορίζουν την έκταση και τα χαρακτηριστικά τους, καθώς και το προτεινόμενο θεραπευτικό πλάνο.



Εικόνα 1. Ύπαρξη μυξώματος στον αριστερό κόλπο διαστάσεων 3,79 X 3,45 cm.

ΑΑ010 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΔΑΒΙΓΑΤΡΑΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΗΜΙΑΝΟΨΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Σοφούλης Σταμάτιος¹, Βαλατσού Αγγελική¹, Κανέλλος Ηλίας^{2,3}, Τρανουλίδου Γεωργία¹, Χαλκίδου Μαρία¹, Αντωνίου Αντώνιος³, Λαμπρόπουλος Στυλιανός¹

¹ Καρδιολογική κλινική, Μαιμάτσειο-Μποδοσάκειο Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας

² Α΄ Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Κέντρο Αριστείας Αρτηριακής Υπέρτασης και Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

³ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

Εισαγωγή: Η κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) αποτελεί τη συχνότερη χρόνια αρρυθμία με σημαντική θνητότητα και θνησιμότητα και η συχνότητά της αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας. Αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), λόγω συστηματικών εμβολιών. Ένα από του στόματος νεότερο αντιπηκτικό η δαβιγατράνη, άμεσος αναστολέας της θρομβίνης, η οποία σε δοσολογία 150mg είναι αποτελεσματικότερη στην πρόληψη ΑΕΕ και συστηματικών εμβολιών σε σύγκριση με τη βαρφαρίνη.

Παρουσίαση περιστατικού: Περιγράφεται περίπτωση εμφάνισης ημιανοψίας κατά τη χορήγηση δαβιγατράνης σε έναν 29χρονο ασθενή με ιστορικό δύο επεισοδίων παροξυσμικής ΚΜ. Το πρώτο πριν από 1 χρόνο, με αίσθημα παλμών και δυσφορία. Χορηγήθηκε προπαιφαιρόνη από στόμα, 600mg εφάπαξ, προκειμένου να επιτευχθεί ανάταξη. Μετά από 3 ώρες ο ασθενής ανέταξε σε φθλεβοκομβικό ρυθμό και εξήλθε χωρίς οδηγίες για λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

1 χρόνο μετά επαναλήφθηκε νέο επεισόδιο μικρής διάρκειας που αυτοανατάχθηκε, και έκτοτε συνεστήθη χορήγηση δαβιγατράνης 110 mg, 2 φορές/ημέρα. Πέντε ώρες όμως, μετά τη λήψη του πρώτου δισκίου εμφανισε επεισόδιο αριστερής ομώνυμης ημιανοψίας, διάρκειας 20', που συνοδεύτηκε και από κεφαλαλγία. Τα συμπτώματα υποχώρησαν σε λίγα λεπτά και επανεμφανίσθηκαν μετά 3 ώρες με διάρκεια 40' και αυτόματη ύφεση. Την επόμενη ημέρα έλαβε το τρίτο δισκίο. 3 ώρες μετά τη λήψη του εμφανίσθηκε αιφνίδια απώλεια όρασης με αριστερή ομώνυμη ημιανοψία και δεξιά άνω τεταρτοκυκλική ημιανοψία και συνοδό διάχυτη κεφαλαλγία, διάρκειας 2 ωρών. Μετά τη λήψη και του τέταρτου δισκίου, ο ασθενής εμφάνισε μείωση της περιφερικής του όρασης. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε ηπατοτοξικότητα. Η δαβιγατράνη διακόπηκε και συστήθηκε η από του στόματος χορήγηση ενοξαπαρίνης 8mg 2 φορές/ημέρα και στη συνέχεια ασενοκουμαρόλη για 3 μήνες. Ο ασθενής κατέστη ασυμπτωματικός χωρίς υποτροπή των οφθαλμικών διαταραχών και της κεφαλαλγίας. Μετά από 3 μήνες ο ασθενής υποβλήθηκε σε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και κατάλυση με επιτυχία.

Συμπέρασμα: Περιγράφονται λίγα περιστατικά εμφάνισης ημιανοψίας και χορήγησης δαβιγατράνης χωρίς επαρκή δεδομένα για την ασφαλή χρήση της δαβιγατράνης στην κλινική πράξη. Είναι συνεπώς απαραίτητο να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση νέων φαρμάκων, χωρίς ωστόσο το γεγονός αυτό να αποτελέσει έναυσμα για περιορισμό της χορήγησης του φαρμάκου, αναλογιζόμενοι και τα επιπλέον οφέλη και πλεονεκτήματα που προσφέρει έναντι των παλαιότερων αντιπηκτικών.

ΑΑ011 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ

Βαλατσού Αγγελική¹, Σοφούλης Σταμάτιος¹, Κανέλλης Ηλίας², Τρανουλίδου Γεωργία¹, Καδόγλου Νικόλαος³, Λαμπρόπουλος Στυλιανός¹

¹ Καρδιολογική κλινική, Μαμάτσειο-Μποδοσάκειο Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας

² Α΄ Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Κέντρο Αριστείας Αρτηριακής Υπέρτασης και Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

³ Heart hospital, university college of London, UK

Εισαγωγή: Η εγκυμοσύνη σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αρρυθμιών και η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία αποτελεί τη πιο συχνή αρρυθμία. Οι περισσότερες αρρυθμίες κατά τη διάρκεια της κύησης δεν χρειάζονται αντιμετώπιση, ενώ φαρμακευτική αγωγή χορηγείται μόνο για συμπτωματικές αρρυθμίες ή όταν υπάρχει αιμοδυναμική αστάθεια.

Παρουσίαση Περιστατικού: Έγκυος 32 εβδομάδων προσήλθε για επεισόδιο θωρακικής δυσφορίας με συνοδό αίσθημα παλμών, διάρκειας 10΄. Κατά την κλινική εξέταση: 146 παλμούς/λεπτό, αρτηριακή πίεση 144/84mm/Hg. Ηλεκτοκαρδιογράφημα με υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και στενά QRS,εμβρυϊκό υπέρηχο, ανέδειξε ένα φυσιολογικό έμβρυο με φυσιολογική καρδιακή λειτουργία. Επιχειρήθηκε αρχικώς ανάταξη της αρρυθμίας με χειρισμούς Valsava, οι οποίοι όμως δεν απέδωσαν. Στη συνέχεια αποφασίστηκε ανάταξη με iv 6 mg αδενσοσίνης και η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία ανατάχθηκε σε φλεβοκόμβο. Λίγα λεπτά αργότερα η ταχυκαρδία επανεμφανίστηκε με την ίδια συχνότητα και επιχειρήθηκε εκ νέου ανάταξη με αδενσοσίνη στη διπλάσια δοσολογία των 12mg, η οποία ήταν επιτυχής με 78 παλμούς/λεπτό και εξάλειψη των συμπτωμάτων. Μετά από 10΄ η αρρυθμία επανεμφανίστηκε, επιχειρήθηκε και τρίτη ανάταξη με αδενσοσίνη στα 18mg αυτή την φορά, χωρίς όμως επιτυχία. Τελικώς αποφασίστηκε να χορηγηθεί βεραπαμίλη per-os 120mg εφάπαξ, που είχε ως αποτέλεσμα την ανάταξη και τη διατήρηση φλεβοκομβικού ρυθμού, μετά από 20΄. Η ασθενής μετά την ανάταξη κατέστη ασυμπτωματική, χωρίς σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας και εξήλθε του νοσοκομείου.

Συμπέρασμα: Οι συμπτωματικές αρρυθμίες αποτελούν μία πρόκληση στην διαχείριση τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην επιλογή του προς χορήγηση αντιαρρυθμικού, βασιζόμενοι στα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς, στην ορθή αναγνώριση του είδους της αρρυθμίας, καθώς και στις φαρμακευτικές ιδιότητες της επιλεγόμενης αγωγής.

ΑΑ012 ΕΙΚΟΣΙΕΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ. ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥΣ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑ (ΔΗΜΟΥΣ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ) ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1991-2010

Παπάζογλου Νικόλαος², Κουϊλάρη Παυλίνα¹, Κανέλλος Ηλίας¹, Μουρουγιάκης Αλέξανδρος¹, Παπάνας Νικόλαος³, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Μαϊτέζος Ευστράτιος³, Χατζητόλιος Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Β΄ Παθολογική Κλινική Γεν. Περιφ. Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

³ Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου-Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος αποτελούν μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα. Η επίπτωση των νόσων του αναπνευστικού συστήματος παρουσιάζει ευρεία ποικιλομορφία ανά γεωγραφικό διαμέρισμα και αυτό οφείλεται σε πολλαπλά αίτια.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η παρουσίαση των διαφορών στη θνητότητα από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές όπου και πραγματοποιήθηκε η μελέτη. (Δήμοι Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης).

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή με τη χρήση απλού ερωτηματολογίου το οποίο περιείχε τα εξής στοιχεία: το έτος γέννησης, το φύλο, το έτος θανάτου και την αναγραφόμενη νόσο στο πιστοποιητικό θανάτου. Τα δεδομένα καταγράφηκαν από ιατρούς, οι οποίοι έλαβαν μέρος στην μελέτη. Οι πληροφορίες παρήχθησαν από τα Ληξιαρχικά γραφεία (μετά από ειδική άδεια) των Δήμων Κατερίνης - Αλεξανδρούπολης.

Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 15.0 και ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 1357 πιστοποιητικά θανάτου επί συνόλου 8762 στο Δήμο Κατερίνης και 1100 πιστοποιητικά θανάτου επί συνόλου 7611 στο Δήμο Αλεξανδρούπολης που αναφέρουν ως βασικό αίτιο θανάτου νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος. (15,49% και 14,45% αντίστοιχα).

Ανευρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στα ποσοστά θανάτου από αναπνευστική ανεπάρκεια ($7,34 \pm 1,2\%$, $p < 0,05$) στην Κατερίνη, ενώ υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά και στα ποσοστά θανάτου στην Αλεξανδρούπολη από πνευμονία ($3,96 \pm 0,9\%$, $p < 0,05$), καρκίνου του ήπατος ($0,7 \pm 0,1\%$, $p < 0,05$), καρκίνου μεσοθωρακίου ($0,55 \pm 0,1\%$, $p < 0,05$), και μεσοθωρακίου ($0,45 \pm 0,1\%$, $p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Αξιοσημείωτο ποσοστό ως αίτια θανάτου στην Ελληνική επικράτεια αποτελούν τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος. Στην Κατερίνη φαίνεται, να υπερέχουν οι θάνατοι από λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού. Ενώ αντιθέτως η πνευμονία και οι καρκίνου του ήπατος και του μεσοθωρακίου φαίνεται, να υπερέχουν στην Αλεξανδρούπολη.

ΑΑ013 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΚΡΙΤΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΟΝΤΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ. ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑΣ (1991-2010) ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ

Παπάζογλου Νικόλαος¹, Κουληρά Παυλίνα², Τζόμαλος Κωνσταντίνος², Ηλιάδης Φώτιος², Διδάγγελος Τριαντάφυλλος², Κανέλλος Ηλίας², Τζατζάγου Γλυκερία³, Σαββόπουλος Χρήστος², Χατζητόλιος Απόστολος²

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική Γεν. Περιφ. Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

² Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. - Γεν. Νοσοκομείου «ΑΧΕΠΑ»

³ Α΄ Παθολογική Κλινική - Γεν. Περιφ. Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Οι θάνατοι οι οποίοι οφείλονται σε παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο στη χώρα μας. Εξαιρώντας την περίπτωση των νεοπλασμάτων, ποικίλη αίτια με συνθέστερα τις λοιμώξεις, την πνευμονική εμβολή και συνοδά νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος που επηρεάζουν και το αναπνευστικό σύστημα, είναι υπαρκτά και συχνά.

Σκοπός: Έχοντας ως δεδομένο την ολοένα και αυξανόμενη θνητότητα από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος που παρουσιάζεται στον Ελληνικό πληθυσμό, θα μελετήσουμε τη συχνότητα του φαινομένου αυτού σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (σύνολο του Ν. Πιερίας) όπου και πραγματοποιήθηκε η μελέτη.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των αιτιών θανάτου από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, εκτός των νεοπλασμάτων, με τη χρήση απλού ερωτηματολογίου το οποίο περιείχε τα εξής στοιχεία: το έτος γέννησης, το φύλο, το έτος θανάτου και την αναγραφόμενη νόσο στο πιστοποιητικό θανάτου (της εικοσαετίας 1991-2010). Τα δεδομένα καταγράφηκαν από ιατρούς, οι οποίοι έλαβαν μέρος στην μελέτη. Οι πληροφορίες παρήχθησαν από τα Ληξιαρχικά γραφεία (μετά από ειδική άδεια) του Ν. Πιερίας.

Αποτελέσματα: Από τον συνολικό αριθμό των 24130 θανάτων καταγράψαμε 1284 οφειλόμενους σε καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια, 460 σε πνευμονία, 150 σε πνευμονική εμβολή, 1 σε πνευμονικό απόστημα, 18 σε φυματίωση, 3 σε σύνδρομο Pickwick, 18 σε ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση, 1 σε πνευμοθώρακα, 105 σε καρκίνο του λάρυγγος, 6 σε καρκίνο του μεσοθωρακίου και 11 σε μεσοθηλίωμα. Στον πίνακα 1 υπάρχουν επιπλέον αναφορές στην επιβίωση από τις παραπάνω παθολογικές καταστάσεις καθώς και διάκριση μεταξύ αρρένων και θηλέων.

Πίνακας 1. Παθολογικές καταστάσεις του αναπνευστικού συστήματος που αναγράφονται στο υλικό μας ως αιτίες θανάτου, η συχνότητά τους και ο χρόνος επιβίωσης εξ αυτών.

Νόσος	Αριθ.	Επιβ.	Άρρεν.	Επιβ.	θήλειες	Επιβ.
Πνευμονία	460	80,03	268	80,01	192	80,07
Αναπνευστική ανεπάρκεια	1284	79,02	736	79,13	548	81,51
Πνευμονικό απόστημα	1	51,00	1	51,00	0	0-0
Φυματίωση	18	65,61	15	63,46	3	76,30
Πνευμονική εμβολή	150	81,53	52	71,47	98	86,77
Ιδιοπ. πνευμονική ίνωση	18	74,61	10	74,11	8	75,25
Πνευμοθώραξ	1	70,00	0-0	0-0	1	70,00
Καρκίνος λάρυγγος	105	69,29	100	69,15	5	72,20
Νόσος του Pickwick	3	75,33	0-0	0-0	3	75,33
Καρκίνος μεσοθωρακίου	6	75,50	4	75,00	2	76,50
Μεσοθηλίωμα	11	69,81	8	69,62	3	70,33
-						
ΣΥΝΟΛΟ	2057		1194	8	63	

Συμπεράσματα: Τελικά συμπεραίνουμε από τις παραπάνω καταγραφές ότι από τους 2057 θανάτους οι περισσότεροι οφείλονταν σε καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονία και πνευμονική εμβολή, ενώ τα υπόλοιπα νοσήματα παρουσιάζονται σε μικρότερα ποσοστά.

ΑΑ014 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΟΥ [ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ] ΑΣΘΕΝΩΝ Μ.Ε.Θ

Σγούρος Κωνσταντίνος¹, Τσέτσου Άννα¹, Κομνηνού Δέσποινα¹, Μαχαιρίδου Αρχοντία¹, Καθαφάτης Εμμανουήλ², Ραφιμανίκης Κάρολος Παύλος², Λελέκης Μωυσής², Κυριαζής Ιωάννης³

¹ Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Μ.Ε.Θ

² Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Παθολογική Κλινική

³ Γ.Ν. Ασκήππειο Βούλας, Α΄ Παθολογική Κλινική και Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας

Εισαγωγή: Το μεταβολικό σύνδρομο, είναι ένα οργανικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο επιμέρους μεταβολικών διαταραχών που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου.

Σκοπός: Μελέτη της επίδρασης του ΜΣ και των παραγόντων αυτού στην έκβαση νόσου σε ασθενείς Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ) με αναπνευστική ανεπάρκεια που αφορούσε καρδιαγγειακά συμβλήματα, ριμώξεις και άμεση ανεπάρκεια του αναπνευστικού.

Ασθενείς-Μέθοδος: 36 ασθενείς, 19Α-17Γ, που διασωληνώθηκαν, χωρίς χειρουργικό ή ακούσιο τραύμα και χωρίς διαπιστωμένη κακοήθεια. Αναλύθηκαν τα στοιχεία του ΜΣ ως προς την έκβαση της νοσηλείας.

Αποτελέσματα: 1) Μέση ηλικία 70+10 έτη 2) Η αρχική διάγνωση που οδήγησε σε αναπνευστική ανεπάρκεια ήταν: α. Λοίμωξη 19 ασθενείς [14 με ΜΣ (73.68%)], β. καρδιολογικό σύμβαμα (ΟΕΜ, ΟΠΟ, αναταραχθείσα ανακοπή) 8 ασθενείς [6 με ΜΣ (75%)], γ. έξαρση ΧΑΠ 9 ασθενείς [3 με ΜΣ (33.3%)]. 3) Έκβαση: α. ασθενείς με ΜΣ 12 θάνατοι, 12 έξοδοι (50% θνητότητα), γ. ασθενείς χωρίς ΜΣ απεβίωσαν 6, έξοδος 6 (50% θνητότητα). γ. Από τους 19 θανάτους ανεξαρτήτως ύπαρξης ΜΣ οι 18 είχαν χαμηλή HDL (94.7%). δ. Από τους 12 θανάτους με ΜΣ, 6 είχαν ΣΔ (50%), 9 με χαμηλή HDL (75%), 6 με tgI > 150, (50%), 9 με υπέρταση (75%) και 11 με περιομφαλική περίμετρο άνω του ορίου (91,6%)

Συμπεράσματα: 1) Αυξημένη θνητότητα σε απόλυτο αριθμό σε ασθενείς που έχουν ΜΣ. 2) Η παχυσαρκία συνδέεται σημαντικά με τη θνητότητα. 3) Ανεξαρτήτως ύπαρξης ΜΣ η HDL φαίνεται να λειτουργεί σαν παράγοντας πρόγνωσης θνητότητας από μόνη της. 3) ΣΔ και τριγλυκερίδια ισοβαθμούν ενώ υψηλή είναι και η σχέση ύπαρξης υπέρτασης και θνητότητας.

AA015 COMORBIDITY ANALYSIS AND LONG-TERM MORTALITY IN ACUTE ISCHEMIC STROKE: DATA FROM THE ACUTE STROKE REGISTRY AND ANALYSIS OF LAUSANNE (ASTRAL)

Kakaletsis Nikolaos¹, Papavasileiou Vasileios¹, Lambrou Dimitrios², Eskandari Ashraf², Ntaios George², Michel Patrik²

¹ Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

² Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

Aim: The aim was to evaluate the prevalence of comorbid diseases and their impact on mortality prediction in patients with acute ischemic stroke (AIS) in the long-term and to test whether they can add further predictive value in addition to already existing clinical predictive models.

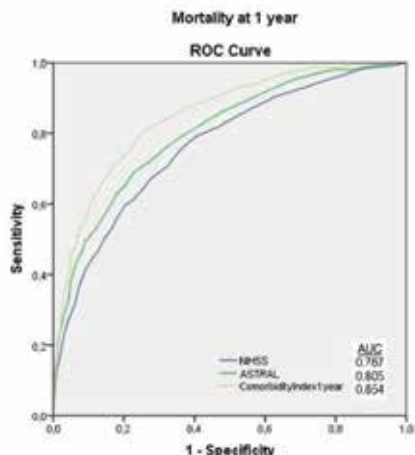
Methods: We assessed 2,693 consecutive AIS patients from the ASTRAL-registry regarding 12 months mortality. We constructed multivariable logistic regression models by including 45 comorbidities plus age, or NIHSS, or age&NIHSS, or the prognostic ASTRAL-score as independent variables. The β -coefficient of each covariate was used to generate an integer-based point scoring system. We assessed the discriminatory power of the indexes and compared them by calculating the area-under-the-curve (AUC).

Results: 9 variables were positively and 2 negatively associated with long-term mortality (Table 1). The AUC of the derived comorbidity index (Figure 1) was somewhat better compared to pure ASTRAL-score's AUC (0.853 vs 0.805, $p < 0.001$).

Conclusion: Taking account comorbid diseases for the prediction of long-term mortality in stroke in addition to already existing models may add more predictive information which could be used as stratification tools in cohort longitudinal studies.

Table 1. ComorbidityIndex1year	
points	ASTRAL
4	Pulmonary Circulation Disorders
5	Coronary Artery Disease without MI
5	Dementia
5	Solid Cancer
6	Fluid and Electrolyte Disorders
7	Peptic Ulcer
7	Myocardial Infarction (MI)
7	Renal Failure
16	Metastatic Cancer
-3	Obesity
-4	Hyperlipidemia

Figure 1



ΑΑ016 ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

Σταμπουλή Στέλλα^{1,2}, Παπακάτσια Σοφία¹, Κοτρώνης Γεώργιος¹, Άντζα Χριστίνα¹, Κώτσος Βασίλειος¹

¹ Κέντρο Υπέρτασης-24ωρης καταγραφής της ΑΠ-Κέντρο Αριστείας της ESH, Γ΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

² Α΄ Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η αρτηριακή σκλήρυνση είναι μία συνεχιζόμενη διαδικασία με έναρξη στα πρώτα χρόνια της ζωής και πρόοδο με την ηλικία, που μπορεί να τροποποιείται από διάφορους παράγοντες.

Σκοπός της μελέτης: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της μέσης περιπατητικής ΑΠ (ABP) και άλλων παραμέτρων αυτής, όπως η μεταβλητότητα της ΑΠ, η αναλογία της ημερήσιας προς τη νυκτερινή ΑΠ και η 24ωρη πίεση σφυγμού (PP) στην καρωτιδο-μηνιαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (c-f PWV), ως προγνωστικό δείκτη αρτηριακής σκλήρυνσης σε νέους εθελοντές.

Υλικό και Μέθοδοι: Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 138 νέους εθελοντές (ηλικίας 4-20 ετών) που προσήλθαν στο κέντρο υπέρτασης λόγω αυξημένων τιμών ΑΠ. Σε όλα τα άτομα πραγματοποιήθηκε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ και μέτρηση της c-f PWV. Η μεταβλητότητα της ΑΠ μετρήθηκε με βάση τη σταθμισμένη τυπική απόκλιση (SD) της μέσης 24ωρης ΑΠ, που υπολογίστηκε ως ο σταθμισμένος μέσος όρος της ημερήσιας και νυκτερινής ΑΠ. Ο περιπατητικός δείκτης αρτηριακής σκλήρυνσης (AASI) υπολογίστηκε ως η διαφορά (1-διαστολική κλίση ΔΑΠ/ΣΑΠ).

Αποτελέσματα: 10,6% των ατόμων είχαν τιμές c-fPWV υψηλότερες της 95th ΕΘ του πληθυσμού. Με τη χρήση της ανάλυσης συσχέτισης του Pearson, η c-fPWV παρουσίασε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την ηλικία, το ύψος, το βάρος, τη ΣΑΠ και ΔΑΠ ιατρείου, τη ΣΑΠ και ΔΑΠ 24ώρου, την SD της ΣΑΠ 24ώρου, το φορτίο της ΣΑΠ και ΔΑΠ 24ώρου, την ημερήσια ΣΑΠ, την SD της ημερήσιας ΣΑΠ, τη νυκτερινή ΣΑΠ και ΔΑΠ, την SD της νυκτερινής ΣΑΠ, τη νυκτερινή PP και την εκτιμώμενη κεντρική PP. Δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση μεταξύ της c-fPWV και καμιάς από τις μετρήσεις της καρδιακής συχνότητας (ιατρείου, 24ώρου, 24ωρης μεταβλητότητας καρδιακής συχνότητας), ούτε μεταξύ της c-fPWV και του AASI. Με την πολυπαραγοντική ανάλυση συσχέτισης (ANCOVA) η c-fPWV παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με τη μεταβλητότητα της ΣΑΠ 24ώρου (95% CI Β 0,037-0,536, p<0,05). Η ηλικία, το φύλο, οι δείκτες ΣΑΠ και ΔΑΠ ιατρείου και 24ώρου δεν ήταν στατιστικά σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της c-fPWV. Η αναλογία ημερήσιας/νυκτερινής ΣΑΠ, ο AASI, το φορτίο της πίεσης σφυγμού 24ώρου και της ΑΠ 24ώρου δεν παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση με την c-fPWV.

Συμπεράσματα: Τα παραπάνω ευρήματα αναδεικνύουν ότι οι βραχυπρόθεσμες μεταβολές της ΑΠ μπορεί να ασκούν επίδραση σε δομικές και λειτουργικές ιδιότητες των αγγείων σε νέα άτομα, ανεξάρτητα από τα απόλυτα επίπεδα της ΑΠ.

ΑΑ017 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΜΦΡΑΚΤΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Δήμας Γρηγόριος¹, Τέγος Θωμάς², Κανέλλης Ηλίας^{1,3}, Κωνσταντινίδης Γαλακτίων², Φωτιάδης Σπυρίδων¹, Κουφοπούλου Στυλιανή³, Γιανναδάκη Μαρία³, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

Εισαγωγή: Έχει αποδειχθεί ότι τα υπερηχογραφικά ευρήματα των καρωτίδων συσχετίζονται με ισχαιμία στην απεικόνιση του εγκεφάλου.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί η αθηροσκλήρωση των καρωτίδων και μηριαίων αρτηριών και να συσχετισθεί με το αθηροσκληρωτικό φορτίο του εγκεφαλικού παρεγχύματος μέσω αξονικής τομογραφίας (CT) του εγκεφάλου.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 75 διαβητικοί υπέρταστοι ασθενείς, 46 άνδρες και 29 γυναίκες, με μέση ηλικία 65 έτη. Μετρήθηκε το IMT (intima media thickness) σε καρωτίδες και μηριαίες και εκτιμήθηκε η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας. Έτσι κάθε αρτηρία έλαβε ένα σκορ (παρουσία πλάκας = 1, απουσία πλάκας = 0, $IMT > 0.8mm = 1$, $IMT < 0.8mm = 0$) και το τελικό αποτέλεσμα των 4 αγγείων (2 καρωτίδες - 2 μηριαίες) υπολογίσθηκε σε κάθε ασθενή ως αθηροσκληρωτικό αποτέλεσμα (atherosclerotic ultrasonic score - ATHUS). CT εγκεφάλου διενεργήθηκε σε όλους τους ασθενείς και σημειώθηκε παρουσία ή απουσία ισχαιμίας.

Αποτελέσματα: Η ομάδα Α (ATHUS = 0-2, 27 ασθενείς) συσχετίστηκε με μία επίπτωση εγκεφαλικής CT ισχαιμίας 22.2% (6/27). Τα αντίστοιχα αποτελέσματα για την ομάδα Β (ATHUS = 3-5, 24 ασθενείς) και ομάδα Γ (ATHUS = 6-8, 24 ασθενείς) ήταν 45.8 (11/24) και 58.3 (14/24) αντίστοιχα ($p < 0.005$).

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν ότι ο βαθμός της αθηροσκλήρωσης συνδέεται άμεσα με τα ισχαιμικά ευρήματα της CT εγκεφάλου. Η θέση αυτή θα μπορούσε να αποσαφηνισθεί σε εκτεταμένες μελέτες ασθενών, όπου θα διαφαινόταν κατά πόσο ο βαθμός της αθηροσκλήρωσης θα προδικάζει την ανάπτυξη ισχαιμίας του εγκεφάλου.

AA018 TEMPERATURE CHANGE, SHORT- AND LONG-TERM HANDICAP IN ACUTE ISCHEMIC STROKE

Kakaletsis Nikolaos¹, Papavasileiou Vasileios¹, Lambrou Dimitrios², Ntaios George², Michel Patrik²

¹ Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

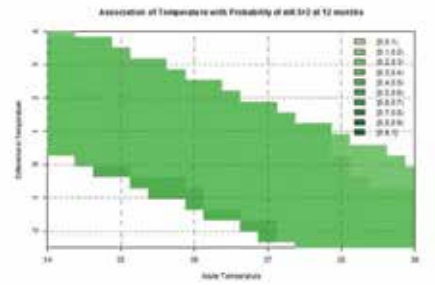
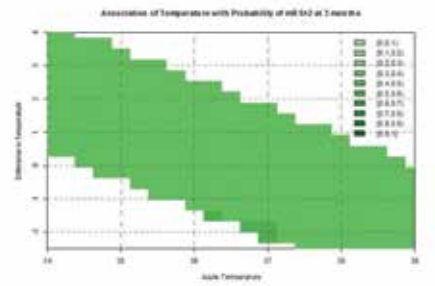
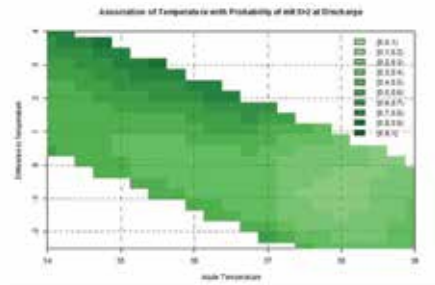
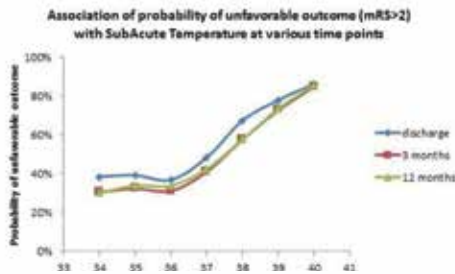
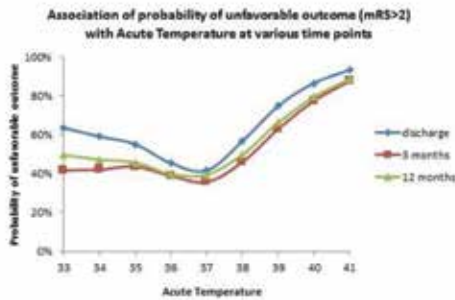
² Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

Aim: The aim of the study is to explore the association between baseline temperature (T) levels, T change during the first 24 hours, and functional outcome in a representative acute ischemic stroke (AIS) population.

Methods: All patients registered in the Acute Stroke Registry and Analysis of Lausanne (ASTRAL) between 2003 and 2013 were analyzed (n=2,555). Unfavorable outcomes at 7 days, 3 and 6 months were defined as modified Rankin scores >2. A local polynomial surface algorithm was used to assess the effect of T values on the three outcomes.

Results: Acute and sub-acute normothermia, but not hypothermia, was associated with less unfavorable short- and long-term outcome. Low or normal admission temperatures followed by a T increase over 24 hours were associated with a worse prognosis, whereas a mild baseline T increase followed by a decrease was associated with better outcome at 7 days. These dynamic associations with handicap disappeared after 3 and 12 months.

Conclusions: Elevated body temperature in AIS is associated with a worse functional outcome, but initial hypothermia does not seem to be protective. These insights may help to adapt individual treatment decisions and to plan future therapeutic studies.



ΑΑ019 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΑΚΕΤΥΛΟΧΟΛΙΝΗΣ ΚΑΙ Η ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

Δήμας Γρηγόριος¹, Τέγος Θωμάς², Κανέλλος Ηλίας^{1,3}, Κωνσταντινίδης Γαλακτίων², Φωτιάδης Σπυρίδων¹, Τσινόπουλος Γεώργιος³, Γιαννακάκης Κωνσταντίνος³, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

Εισαγωγή: Η αθηροσκλήρωση συχνά αποτιμάται με τα υπερηχογραφικά ευρήματα των καρωτίδων και έχει συσχετισθεί με άνοια. Πρόσφατες μελέτες καταδεικνύουν ότι ασθενείς με αγγειακή άνοια (AA) παρουσιάζουν ένα χοηνεργικό έλλειμμα και εμφανίζουν καλή απάντηση στη θεραπεία με αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης (AChI). Σε πειραματικό μοντέλο θυρεοειδικών ποντικών από in vitro μελέτες βρέθηκε ότι η ακετυλοχολίνη διεγείρει την ενεργοποίηση του ιωδίου χωρίς ταυτόχρονη απελευθέρωση της T4.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η θυρεοειδική λειτουργία μετά χορήγηση AChI σε ασθενείς με AA και να ερευνηθεί η θεραπευτική επίδραση στους ασθενείς αυτούς με αυξημένους δείκτες αθηροσκλήρωσης.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 75 ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν με διάγνωση Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (ΑΕΕ) και AA. Ως μάρτυρες συμπεριλήφθησαν 50 υγιείς. Η ομάδα ασθενών ολοκλήρωσε μια θεραπεία 12 μηνών AChI (ριβαστιγμίνης), ενώ η ομάδα μαρτύρων έλαβε πλάσματος θεραπεία. Μελετήθηκαν μεταβολές των θυρεοειδικών παραμέτρων πριν και μετά την χορήγηση του AChI. Οι αθηροσκοπικοί δείκτες προσδιορίστηκαν πριν την έναρξη της θεραπείας και μετά την ολοκλήρωσή της, ώστε να διευκρινισθεί η παρουσία αθηροσκοπικής πλάκας και το IMT ως υπολογιζόμενος υποκλινικός δείκτης αθηροσκλήρωσης. Το minimal score (MMSE) εκτιμήθηκε για κάθε ασθενή.

Αποτελέσματα: Το MMSE μετά την 12μηνιαία θεραπεία δεν μεταβλήθηκε σε 45/50 μάρτυρες, ενώ βελτιώθηκε στους 70/75 ασθενείς ($p < 0.001$). Επίσης, το όφελος των AChI φάνηκε στους ασθενείς με AA, αλλά όχι στους μάρτυρες. Η ομάδα ασθενών (ATHUS = 3-6, 55 ασθενείς) συσχετίστηκε με μέσο MMSE = 27. Η αντίστοιχη τιμή για την ομάδα μαρτύρων (ATHUS = 0-2, 40 υγιείς) ήταν 30 ($p < 0.005$).

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν ότι η AChI θεραπεία προσφέρει κλινικό όφελος μετά τουλάχιστον ενός έτους θεραπεία σε AA ασθενείς, οι οποίοι ωστόσο συμπάσχουν από αθηροσκοπική αγγειακή νόσο.

AA020 COMORBIDITY ANALYSIS AND 3 MONTHS FUNCTIONAL OUTCOME IN ACUTE ISCHEMIC STROKE: DATA FROM ACUTE STROKE REGISTRY AND ANALYSIS OF LAUSANNE (ASTRAL)

Kakaletsis Nikolaos¹, Papavasileiou Vasileios¹, Lambrou Dimitrios², Eskandari Ashraf², Ntaios George², Michel Patrik²

¹ Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

² Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

Aim: The aim was to evaluate the prevalence of comorbid diseases and their impact on handicap prediction in patients with acute ischemic stroke (AIS) in medium-term and to test whether they can add further predictive value in addition to already existing clinical predictive models.

Methods: We assessed 2,590 consecutive AIS patients from the ASTRAL-registry regarding 3 months unfavorable outcome, defined as a modified Rankin score of >2. We constructed multivariable logistic regression models by including 45 comorbidities plus age or NIHSS or age&NIHSS or the ASTRAL-score as independent variables. The β -coefficient of each covariate was used to generate an integer-based point scoring system. We assessed the discriminatory power of the indexes and compared them by calculating the area-under-the-curve (AUC).

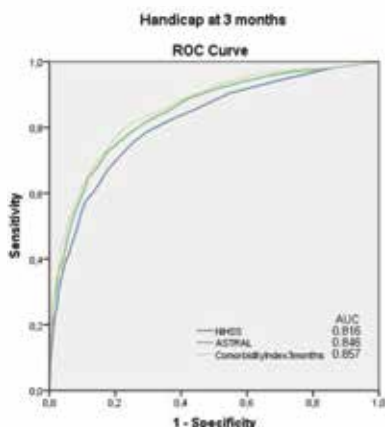
Results: 6 variables were positively and 2 negatively associated with 3 months handicap (Table1). The AUC of the derived comorbidity index (Figure1) differed slightly but statistically significantly from the pure ASTRAL-score's AUC (0.857vs.0.846, $p<0.001$).

Conclusions: Adding an ASTRAL-derived comorbidities index to the existing ASTRAL-score slightly improves prediction of 3 months handicap slightly. This improvement is of limited clinical use because it more than doubles the number of variables needed for its calculation.

Table 1. ComorbidityIndex3months

points	ASTRAL
2	Renal Failure
3	Chronic Pulmonary Disease
3	Depression
4	Dementia
4	Coagulopathy
4	Metastatic Cancer
-2	Hyperlipidemia
-3	Patent foramen ovale

Figure 1



ΑΑ021 ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΟΧΟΝΙΔΙΝΗΣ, ΕΝΟΣ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΓΕΝΕΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΩΣ ΔΡΩΝΤΟΣ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ

Καρλόφτη Ε.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Κολιάκος Γ.², Μπαλιτατζή Μ.¹, Διδάγγελος Τρ.¹, Χατζητόλιος Α.¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, «ΑΧΕΠΑ», Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

² Τμήμα Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η μοξονιδίνη το νεότερο, δεύτερης γενιάς, κεντρικώς δρών αντιυπερτασικό, δρα εκλεκτικά ως αγωνιστής στους I1 μιδαζολινοικούς υποδοχείς. Εμφανίζει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα υπόλοιπα της κατηγορίας, και ως εκ τούτου χρησιμοποιείται συχνά ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με άλλα αντιυπερτασικά. Χορηγείται ιδιαίτερα στους παχύσαρκους υπερτασικούς, διότι μειώνει τα επίπεδα της λεπτίνης στο πλάσμα, καθώς και το σωματικό βάρος, μέσω δράσης της στο ΣΝΣ.

Σκοπός: Η επίδραση της μοξονιδίνης στην θεραπεία των παχύσαρκων υπερτασικών.

Σχεδιασμός και μέθοδος: 90 ασθενείς, με ήπιου-μετρίου βαθμού αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), έλαβαν μοξονιδίνη για 12 εβδομάδες (30 υπερτασικοί παχύσαρκοι, 30 υπερτασικοί υπέρβαροι και 30 υπερτασικοί φυσιολογικού βάρους / 50% σε κάθε ομάδα, ήταν άνδρες).

Αποτελέσματα:

1. Στους παχύσαρκους, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους (ΣΒ) ($p = 0.281$) ή του BMI ($p = 0.487$), μετά τη θεραπεία.
2. Στις παχύσαρκες γυναίκες, υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση, τόσο της ΣΑΠ ($p = 0.007$), όσο και της ΔΑΠ ($p = 0.001$) μετά την θεραπεία, ενώ στους παχύσαρκους άνδρες δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά, είτε ΣΑΠ ($p = 0.266$), ή ΔΑΠ ($p = 0.401$).
3. Στους υπέρβαρους, υπήρξε μια στατιστικά σημαντική μείωση του βάρους ($p < 0.001$), και του BMI ($p < 0.001$) μετά τη θεραπεία, με ταυτόχρονα σημαντική μείωση της ΣΑΠ ($p < 0.001$), και της ΔΑΠ ($p < 0.001$).
4. Το ίδιο παρατηρήθηκε, όταν η ανάλυση έγινε για το κάθε φύλο ξεχωριστά.
5. Στους υπερτασικούς με φυσιολογικό βάρος, παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική μείωση του βάρους ($p = 0.039$), και του BMI ($p = 0.020$), με ταυτόχρονη στατιστικά σημαντική μείωση της ΣΑΠ ($p < 0.001$), και ΔΑΠ ($p < 0.001$), μετά την θεραπεία.
6. Στους φυσιολογικού βάρους υπερτασικούς άνδρες, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση, είτε του βάρους ($p = 0.485$) ή του BMI ($p = 0.408$), παρά τη σημαντική μείωση της ΣΑΠ ($p < 0.001$) και ΔΑΠ ($p < 0.001$).
7. Στις φυσιολογικού βάρους υπερτασικές γυναίκες, υπήρξε μια στατιστικά σημαντική μείωση στο ΒΣ ($p = 0.013$), στο BMI ($p = 0.010$), στη ΣΑΠ ($p < 0.001$), και ΔΑΠ ($p = 0.003$).
8. Η μείωση της ΣΑΠ και ΔΑΠ ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες, ειδικά της ΣΑΠ.

Συμπέρασμα: Οι γυναίκες, είτε παχύσαρκες ή φυσιολογικού βάρους, φαίνεται να ανταποκρίνονται καλύτερα στην αντιυπερτασική θεραπεία με μοξονιδίνη, με σημαντική μείωση, τόσο της ΣΑΠ όσο και ΔΑΠ. Το συμπέρασμα αυτό, δυνατόν να αντανάκλα την μεγαλύτερη διέγερση του ΣΝΣ στις γυναίκες πριν από την αγωγή, ενώ επισμαίνει και τη συμβολή του ΣΝΣ στην αύξηση της ΑΠ, καταδεικνύοντας παράλληλα την επίδραση της μοξονιδίνης στη μείωση ΣΒ στις γυναίκες.

ΑΑ022 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΙ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ STRESS ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΥΠΟΥ 1 ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ II (AGTR1) ΚΑΙ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΓΛΟΥΤΑΘΕΙΟΝΗΣ-S-ΤΡΑΝΣΦΕΡΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (ΔΜΣ)

Αποστολοπούλου Μάρθα, Γούλιας Αντώνιος, Σαββόπουλος Χρήστος, Κοηλιάκος Γεώργιος, Φουντουκίδης Ηλίας, Σταυρόπουλος Κων/νος, Μαυρουδής Σταύρος, Κώτσης Βασίλειος, Τσιούφης Κων/νος, Ψυρρόπουλος Δημήτριος, Γαβρά Μαρία, Δαρδαβέσης Θεόδωρος, Χατζητόλιος Απόστολος

Εισαγωγή: Ο πολυμορφισμός A1166C του AGTR1 (A και C αλληλόμορφα), έχει βρεθεί ότι παρουσιάζει μη σταθερή συσχέτιση με την ΑΥ. Παρομοίως, τα αλληλόμορφα GSTM1 και GSTT1-null (αλληλόμορφα με ομοζυγωτία 0/0) του γονιδίου της γλουταθειόνης-S-τρανσφεράσης, φαίνεται να σχετίζονται επίσης, μη σταθερά, με την ΑΠ.

Σκοπός: Συσχέτιση τόσο των δεικτών φλεγμονής όσο και των γονιδιακών πολυμορφισμών AGTR1/A1166C, GSTM1 και GSTT1-null με την ΑΠ και το ΔΜΣ, σε νορμοτασικούς και υπερτασικούς Έλληνες ασθενείς.

Υλικό: Συμμετείχαν 100 προσφάτως διαγνωσμένοι υπερτασικοί, νοσοκομείων Αθήνας και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι ουδέποτε είχαν λάβει κάποια θεραπεία, ενώ 95 νορμοτασικοί αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Αποκλείστηκαν όσοι εμφάνιζαν σημεία ή συμπτώματα οξείας ή χρόνιας φλεγμονής.

Η hs-CRP και το αμυλοϊδέξ του ορού (SAA), χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες φλεγμονής, ενώ ο δείκτης ισορροπίας 'οξειδωτικών- αντιοξειδωτικών' (PAB), χρησιμοποιήθηκε ως δείκτης οξειδωτικού stress. Τα σχετιζόμενα πολυμορφικά γονίδια με τα αλληλόμορφα τους ταυτοποιήθηκαν με PCR. Η συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων γονοτύπων συσχετίστηκε με τις αντίστοιχες τιμές hs-CRP, SAA, PAB αλληλά και με το ΔΜΣ, τόσο στην ομάδα των νορμοτασικών, όσο και στους υπερτασικούς. Έγινε συγκριτικός έλεγχος (t-test, έλεγχος κατά Mann και Whitney) κι ανάλυση συσχέτισης.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα καταδεικνύονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1: Αποτελέσματα ΣΑΠ, ΔΑΠ, ΔΜΣ, αλληλόμορφων A και C, αλληλόμορφων GSTM1-null και GSTT1-null, δεικτών φλεγμονής και οξειδωτικού στρες.

	Υπερτασικοί	Νορμοτασικοί	P
Ηλικία (έτη)	39,47	43,65	0,003
Φύλο (%Α/Γ)	A: 43%	A: 49,1%	0,412
	Γ: 57%;	Γ: 50,9%	
Κάννισμα (%)	Ναι: 29,2%	Όχι: 70,8%	0,110
	Ναι: 41,6%	Όχι: 58,4%	
ΔΜΣ	30,09	26,90	<0,001
ΣΑΠ (mmHg)	153,6	116,4	<0,001
ΔΑΠ (mmHg)	97,8	75,2	<0,001
AGRT1 γονότυπος (%)	AA: 68,0, AC: 29,0, CC: 3,0	AA: 65,0, AC: 33,3, CC: 1,7	0,761
GSTM1 γονότυπος (%)	-1: 55,3	-1: 47,9	0,124
	-0: 44,7	-0: 52,1	
GSTT1 γονότυπος (%)	-1: 74	-1: 80	0,241
	-0: 26	-0: 20	
hsCRP (mg/l)	3,2	1,6	<0,001
SAA (ng/ml)	3048,2	2170,2	<0,001
PAB (HK arbitrary U)	916,0	1005,5	0,07

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις δεικτών φλεγμονής και οξειδωτικού στρες με την ΑΠ.

Πίνακας 2: Συσχετίσεις δεικτών φλεγμονής και οξειδωτικού στρες με την ΑΠ.

	hsCRP (mg/l)	SAA (ng/ml)	PAB (HK arbitrary Units)	ΣΑΠ (mmHg)	ΔΑΠ (mmHg)	Αλληλομόρφο C
hsCRP (mg/l)	1.00	0,34 p=0.002	0,38 P<0.001	0,23 p=0.04	0,29 p=0.008	-0,16 p= 0.15
SAA (ng/ml)	0,34 p=0.002	1.00	0,18 p=0.11	0,04 p=0.75	0,003 p=0.98	0,01 p=0.91
PAB (HK arbitrary Units)	0,38 p<0,001	0.18 p=0.11	1.00	0,11 p=0.33	0.01 p=0.91	-0,20 p =0.07
ΣΑΠ (mmHg)	0,23 p=0.04	0.04 p=0.75	0,11 p=0.33	1,00	0,488 p<0.001	0,01 p=0.92
ΔΑΠ (mmHg)	0,29 p=0.008	0,003 p=0.98	0,01 p=0.91	0.48 p<0.001	1,00	-0,05 p=0.68
Αλληλομόρφο C	-0,16 p= 0.15	0,01 p=0.91	-0,20 p=0.07	0,01 p=0.92	-0,05 p=0.68	1,00

Επιπλέον, ο ΔΜΣ παρουσίαζε στους νορμοτασικούς θετική συσχέτιση με την ΣΑΠ και με την ΔΑΠ, ενώ αντιθέτως μεταξύ των υπερτασικών, ο ΔΜΣ βρέθηκε να σχετίζεται θετικά μόνο με τη ΔΑΠ.

Επίσης, το αλληλομόρφο GSTM1-null του γονιδίου της γλιουταθειόνης - S-τρανσφεράσης φάνηκε να εμφανίζει θετική συσχέτιση με την ΣΑΠ και τη ΔΑΠ μόνο μεταξύ των νορμοτασικών.

Συμπέρασμα: Καταδεικνύεται ότι οι δείκτες φλεγμονής, όπως και ο ΔΜΣ σχετίζονται (θετικά) με την υπέρταση.

Επιπλέον, οι διαφορές στην έκφραση η/και λειτουργικότητα των πολυμόρφων AGTR1 και GSTM1 θα μπορούσαν να επηρεάσουν τον έλεγχο της ΑΠ.

ΑΑ023 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ, ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΜΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ(ΑΠ) ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σαββόπουλος Χ., Σταυρόπουλος Κ., Αποστολοπούλου Μ., Σταυρόπουλος Ν., Φουντουκίδης Η., Κουνανής Α., Βενέτη Σ., Καραμανή Π., Προκοπίδης Δ., Μαυρουδής Σ., Μάρκογλου Ν., Χατζητόλιος Α.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Με βάση αποτελέσματα μεγάλων μελετών και τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Υπέρτασης, φαίνεται ότι η μονοθεραπεία στις περισσότερες περιπτώσεις δεν αρκεί και απαιτείται συνδυασμός αντιυπερτασικών για την ρύθμιση της ΑΠ. Η ανάγκη αυτή είναι ιδιαίτερα επιτακτική σε ειδικές ομάδες υπερτασικών όπως οι παχύσαρκοι, οι ηλικιωμένοι και ασθενείς με συμπαρομαρτούντα νοσήματα που λαμβάνουν πολλά φάρμακα και δεν παρουσιάζουν καλή συμμόρφωση.

Σκοπός: Η επίδραση του φύλου, του δείκτη μάζας σώματος (BMI) και της μονοθεραπείας ή σταθερής συνδυαστικής αγωγής 2 φαρμάκων στην Αποτελεσματικότητα ρύθμιση της ΑΠ.

Υλικό-Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη 540 υπερτασικών (229 άνδρες, 331 γυναίκες, 50-85 ετών, με μέση τιμή 73±2) του Κέντρου Αριστείας Υπέρτασης ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου το διάστημα 2011-2012. Χρησιμοποιήθηκαν καταγεγραμμένα δεδομένα που αφορούν το βάρος, το ύψος, την αντιυπερτασική αγωγή, τη συμμόρφωση, καθώς και μετρήσεις της πίεσης κάθε ασθενούς.

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος chi-square test με επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.05$.

Αποτελέσματα: 207 ασθενείς (38,2% / 14,04% άνδρες και 24,26% γυναίκες $p < 0,05$) είχαν καλό έλεγχο της ΑΠ. Η αντιπαραβολή των ανθρωπομετρικών παραμέτρων ανδρών και γυναικών με καλή ρυθμιζόμενη ΑΠ έδειξε ότι ο BMI εμφανίζεται να είναι ανεξάρτητος παράγοντας για την ρύθμιση της ΑΠ ($p < 0,05$).

	Μονοθεραπεία (M)	Σταθερή συνδυαστική θεραπεία με 2 φάρμακα (FC)	Γυναίκες	Άνδρες	BMI
Καλή ρύθμιση (WC) (n=207)	68.12%	31.88%	63.28% (40.58%M 22.7%FC)	36.72% (27.54M 9.18%FC)	27.4 (Ανδρες:26 Γυναίκες:28)
Όχι ρύθμιση (NC) (n=333)	65.77%	34.23%	54.05% (36.03%M 18.02FC)	45.95% (29.73%M 16.22%FC)	29 (Ανδρες:27.4 Γυναίκες:30.4)

Προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ασθενών λαμβάνει μονοθεραπεία και σε όσους χορηγείται συνδυασμός αντιυπερτασικών λαμβάνουν δυο φάρμακα. Στην κατηγορία των WC ασθενών ήταν μεγαλύτερο το ποσοστό των γυναικών σε σχέση με των ανδρών ($p < 0.05$). Επιπρόσθετα, περισσότερες γυναίκες λαμβάνουν προσαρμοσμένη θεραπεία με πάνω από ένα φάρμακο σε σύγκριση με τους άνδρες.

Συμπεράσματα: Ο BMI επιβεβαιώνεται ότι παραμένει ένας σημαντικός παράγοντας για τον έλεγχο της ΑΠ. Οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των WC ασθενών, παρά το γεγονός ότι έχουν υψηλότερο BMI. Τα 2/3 των γυναικών λαμβάνουν μονοθεραπεία ενώ εμφανίζεται να υπάρχει και μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην ομάδα των γυναικών με FC σε σχέση με την αντίστοιχη των ανδρών. Ο καλύτερος έλεγχος της ΑΠ στις γυναίκες είναι δυνατόν να εξηγηθεί από το μεγαλύτερο ποσοστό που λαμβάνει συνδυαστική αγωγή με κατ'επέκταση καλύτερη συμμόρφωση.

ΑΑ024 ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2)

Τσαχουρίδου Όλγα¹, Τσοτουλίδης Στέφανος¹, Γρίβου Καλλιόπη¹, Τσαχουρίδης Αριστείδης¹, Χριστοφορίδου Ευγενία¹, Πετρίδης Γεώργιος, Μανές Χρήστος²

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο, Κ.Υ. Κασσανδρείας, Χαλκιδικής

² Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση(A/Y) και το θετικό οικογενειακό ιστορικό για ΣΔΤ2 ενδέχεται να επιταχύνουν την εγκατάσταση διαβητικής νευροπάθειας και αμφιβληστροειδοπάθειας.

Σκοπός: Η μελέτη της ύπαρξης συσχέτισης ή μη της παχυσαρκίας, της A/Y και της κληρονομικότητας με επιπλοκές του ΣΔΤ2.

Αποτελέσματα-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 342 ασθενείς με ΣΔΤ2. Καταγράφηκε η αντίληψη των δονήσεων στον μεγάλο δάκτυλο, τον αστράγαλο και το κάτω άκρο της κνήμης, καθώς και η αισθητικότητα και η έκλυση των τενόντιων αντανακλαστικών. Ακόμη καταγράφηκαν: η ύπαρξη θετικού οικογενειακού ιστορικού για ΣΔΤ2(τουλάχιστον ένα συγγενικό άτομο πρώτου βαθμού), ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η A/Y και η αμφιβληστροειδοπάθεια.

Αποτελέσματα: 250 ασθενείς (73,09%) είχαν A/Y υπό αγωγή. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ και της αμφιβληστροειδοπάθειας ($p<0.01$), της παθολογική έκλυση των τενόντιων αντανακλαστικών (επιγονατίδας, $p<0.01$ και αχιλλείου, $p<0.05$). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση της παχυσαρκίας με τις διάφορες αισθητικές διαταραχές των κάτω άκρων. Η A/Y αποτέλεσε ανεξάρτητο παράγοντα στην εμφάνιση νευρολογικών διαταραχών και αμφιβληστροειδοπάθειας στη διμεταβλητή ανάλυση. 61,4% των ασθενών ανέφεραν ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου II σε τουλάχιστον ένα συγγενικό άτομο πρώτου βαθμού. 88,75% των ασθενών με διαταραχή των τενόντιων αντανακλαστικών είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό. Το θετικό οικογενειακό ιστορικό σχετίζεται με διαταραχή στην έκλυση των επιγονατίων αντανακλαστικών ($p<0.05$) και τη δυσλειτουργία των μεγάλων νευρικών ινών($p<0.05$). 59,2% των ασθενών με διαταραχές αισθητικότητας των κάτω άκρων και το 80% των ασθενών με αμφιβληστροειδοπάθεια είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό (NS).

Συμπεράσματα: Η ρύθμιση του ΒΣ και της A/Y μπορεί να καθυστερήσει την εμφάνιση μικροαγγειακών επιπλοκών, ενώ το θετικό οικογενειακό ιστορικό φαίνεται να αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα.

ΑΑ025 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Σαχινίδης Αλέξανδρος, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος, Κωστάκη Σταυρούλα, Αγγελιοπούλου Στέλλα, Τσοποζίδη Μαρία, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Απόστολος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν μείζονα αίτια θνησιμότητας αλλά η επίπτωσή τους στην ποιότητα ζωής δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

Σκοπός: Η εκτίμηση της επίδρασης του ΑΕΕ στην ποιότητα ζωής. Υλικό: Μελετήθηκαν προοπτικά 67 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (32,8% άνδρες, ηλικία $80,6\pm 6,1$ έτη) και 79 άτομα παρόμοιας ηλικίας και φύλου χωρίς ιστορικό ΑΕΕ (μάρτυρες).

Μέθοδος: Η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο EuroQol-5D-5L 3 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο στους ασθενείς, καθώς και στους μάρτυρες. Η λειτουργική κατάσταση εκτιμήθηκε με την τροποποιημένη κλίμακα Rankin κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και 3 μήνες μετά στους ασθενείς, καθώς και στους μάρτυρες.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με ΑΕΕ είχαν μεγαλύτερο επιπολασμό σακχαρώδη διαβήτη και οικογενειακού ιστορικού καρδιαγγειακής νόσου καθώς και χαμηλότερη HDL χοληστερόλη και υψηλότερα τριγλυκερίδια σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Δε διαπιστώθηκαν άλλες διαφορές στους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου μεταξύ των 2 ομάδων. Η λειτουργική κατάσταση των ασθενών με ΑΕΕ ήταν χειρότερη από των μαρτύρων ($p=0,001$). Οι τομείς της ποιότητας ζωής που αφορούν την ατομική φροντίδα ($p<0,001$) και τις συνήθεις δραστηριότητες ($p=0,019$) ήταν χειρότεροι στους ασθενείς με ΑΕΕ σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Αντίθετα, οι τομείς της ποιότητας ζωής που αφορούν την ικανότητα βάδισης, τον πόνο/δυσφορία και το άγχος/κατάθλιψη δε διέφεραν μεταξύ των 2 ομάδων. Η συνολική αίσθηση υγείας ήταν δυσμενέστερη στους ασθενείς με ΑΕΕ ($p<0,001$).

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα αναφορικά με την ατομική φροντίδα και τις συνήθεις δραστηριότητες, σε σύγκριση με άτομα ίδιας ηλικίας χωρίς ιστορικό ΑΕΕ.

AA026 ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΕΛΑΣΣΟΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΗΣ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ (ΑΡΟ-Β ΚΑΙ NON-HDL-C) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ Ή ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΩΝ

Μπάρκας Φώτιος, Λιάμης Γεώργιος, Κηλούρας Ελευθέριος, Ρίζος Ευάγγελος, Λυμπερόπουλος Ευάγγελος, Ελισάφ Μωυσής

Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, των Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Σκοπός: Η εκτίμηση της επίτευξης των στόχων όσον αφορά τα επίπεδα της απολιποπρωτεΐνης Β (ΑροΒ) και της χοληστερόλης που δεν περιέχεται στις υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (non-HDL-C) σε ασθενείς που είχαν πετύχει το στόχο της χοληστερόλης των χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνων (LDL-C) <100 mg/dL.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν ενήλικοι ασθενείς που παρακολούθουν στο εξωτερικό Ιατρείο Λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για ≥ 3 έτη. Στους ασθενείς που είχαν πετύχει το στόχο της LDL-C <100 mg/dL εκτιμήθηκαν τα ποσοστά επίτευξης του στόχου όσον αφορά την ΑροΒ (<100 mg/dL) και τη non-HDL-C (<130 mg/dL).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 1000 ασθενείς και καταγράφηκαν εκείνοι που ελάμβαναν μία στατίνη και είχαν LDL-C <100 mg/dL στην πιο πρόσφατη επίσκεψη στο Ιατρείο μετά από τουλάχιστον 3 έτη (n=543). Από αυτούς τους ασθενείς 30% είχε σακχαρώδη διαβήτη, 60% είχε μεταβολικό σύνδρομο και 9% είχε επίπεδα τριγλυκεριδίων (TG) ≥ 200 mg/dL. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη εμφάνιζαν ένα σημαντικό χαμηλότερο ποσοστό επίτευξης του στόχου όσον αφορά την ΑροΒ σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς ασθενείς (63% vs 92%, $p < 0,05$). Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 2 ομάδες όσον αφορά την επίτευξη του στόχου της non-HDL-C (93% vs 93%). Αριθμητικά λιγότεροι ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο πέτυχαν επίπεδα ΑροΒ <100 mg/dL σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου (86% vs 94%, $p=NS$). Τα αντίστοιχα ποσοστά επίτευξης του στόχου όσον αφορά τη non-HDL-C ήταν 91% και 96% ($p < 0,05$ για τη σύγκριση των 2 ομάδων). Οι ασθενείς με επίπεδα TG ≥ 200 mg/dL είχαν χαμηλότερα ποσοστά επίτευξης των στόχων όσον αφορά την ΑροΒ και τη non-HDL-C σε σύγκριση με τους ασθενείς με χαμηλότερες τιμές των TG (69% vs 94% και 50% vs 97%, αντίστοιχα, $p < 0,05$ για τις συγκρίσεις ανάμεσα στις 2 ομάδες).

Συμπεράσματα: Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, μεταβολικό σύνδρομο ή TG ≥ 200 mg/dL και επίπεδα LDL-C <100 mg/dL ενώ λαμβάνουν μία στατίνη δεν επιτυγχάνουν τους στόχους όσον αφορά κυρίως την ΑροΒ και λιγότερο την non-HDL-C.

AA27 ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ COXIELLA BURNETTI

Κουσιανή Έλενα, Δραμιώτου Λουκία, Τούρβα Δήμητρα, Νεδέα Μικαέλλα, Βουνού Εμμέλια

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος

Εισαγωγή: Η *Coxiella burnetti* προκαλεί ζωνόσσο με παγκόσμια κατανομή (πυρετός Q). Η πλειοψηφία των νοσούντων παραμένει ασυμπτωματική. Η συμπτωματική νόσος συχνά εκδηλώνεται στην οξεία φάση με πυρετό, γριππώδη συνδρομή, πνευμονία ή ηπατίτιδα, ενώ στην χρόνια με ενδοκαρδίτιδα. Η μηνιγγοεγκεφαλομυελίτιδα αποτελεί ασυνήθη εκδήλωση της νόσου.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού λοίμωξης από ένα συχνό παθογόνο με σπάνια κλινική εικόνα.

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα 28 ετών προσήλθε με κεφαλαλγία, εμπύρετο, εμέτους, σύγχυση και αστάθεια βάδισης από επαγμέρου, με ταχεία επιδείνωση.

Αποτελέσματα: Η ασθενής είχε θορυβώδη κλινική εικόνα με έκπτωση επιπέδου συνείδησης, προοδευτικά επιδεινούμενη αδυναμία κάτω άκρων, αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά, μειωμένη αισθητικότητα και επίσχεση ούρων και κοπράνων.

Εργαστηριακά παρατηρήθηκε ήπια τρανσαμινασαιμία, αύξηση CRP (μέχρι 59) και ΤΚΕ (μέχρι 27). Η οσφουονταία παρακέντηση ανέδειξε αυξημένα λευκά αιμοσφαίρια (WBC 470, λεμφοκυτταρικός τύπος), χαμηλή γλυκόζη, και αυξημένη πρωτεΐνη, χωρίς να απομονωθεί παθογόνος μικροοργανισμός. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είχε ευρήματα εγκεφαλίτιδας. Το MRI εγκεφάλου ανέδειξε διάχυτο ενδιάμεσης έντασης σήμα στον δεξιό ιππόκαμπο. Σε επανέλεχο βρέθηκαν γραμμοσιδηά διάσπαρτα στοιχεία στην περιοχή των βασικών γαγγλίων. Το MRI σπονδύλου ανέδειξε παθολογικά υψηλό σήμα εντός του ωτιαίου μυελού από Θ1-Θ8. Αποκλείστηκε κακοήθεια, αυτοάνοσα νοσήματα, αυτοάνοσα εγκεφαλίτιδα, φυματίωση, HIV, σύφιλη και ιογενείς ηπατίτιδες. Η λοίμωξη από *Coxiella burnetti* επιβεβαιώθηκε με θετικό ανοσοφθορισμό. Η ασθενής έλαβε παρατεταμένη αγωγή με δοξυκυκλίνη και 5 μέρες μεθυπρεδνιζολόνη. Ακολούθησε συνέχιση κορτικοστεροειδών από το στόμα με σταδιακή μείωση.

Συμπέρασμα: Η *Coxiella burnetti* απαντάται συχνά προκαλώντας ήπια νόσο με ευρεία κλινική εικόνα. Ωστόσο, η μηνιγγοεγκεφαλομυελίτιδα αποτελεί σπάνια εκδήλωση, δυναμικά απειλητική για τη ζωή και με υπαρκτό τον κίνδυνο για νευρολογικά κατάλοιπα.

ΑΑ028 ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)

Μαυρίδης Ευστράτιος¹, Αυγέρη Σουλτάνα¹, Χατζηδημητρίου Μαρία², Μπελλιάλη Θάλεια³, Γαρτζά Ευαγγελία¹, Σαββόπουλος Χρήστος⁴

¹ Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Τεχνολογών Ιατρικών Εργαστηρίων, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

³ Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

⁴ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η γνώση του κοινού σε θέματα που αφορούν το Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) θα μπορούσε να βοηθήσει στην πρόληψη της νόσου, με θετικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού και την οικονομία της Πολιτείας.

Σκοπός: Η αξιολόγηση του επιπέδου των γνώσεων ενός υγιούς πληθυσμού, των αιμοδοτών, σε θέματα που αφορούν τον ΣΔ και ο έλεγχος για ύπαρξη διαφοροποιήσεων στο επίπεδο των γνώσεων ανάμεσα σε διάφορες ομάδες του πληθυσμού.

Μεθοδολογία: Διεξήχθη μια συγχρονική έρευνα σε 1571 αιμοδότες του Νομού Θεσσαλονίκης, στη Βόρεια Ελλάδα, που αιμοδότησαν στην Ν.Υ.Α. ή σε εξόμηση του κινητού κλιμακίου αιμοληψιών του Γ.Ν.Θ. Αγίου Παύλου, ώστε να αξιολογηθούν οι γνώσεις τους σχετικά με τον διαβήτη. Το δείγμα κλήθηκε να απαντήσει σε 40 ερωτήσεις ερωτηματολογίου. Κάθε σωστή απάντηση βαθμολογήθηκε με μία μονάδα και με μηδέν η λανθασμένη, καθώς και η απάντηση «δεν γνωρίζω».

Αποτελέσματα: Το συνολικό μέσο ποσοστό επιτυχίας των ορθών απαντήσεων έφτασε το 53,5%, με το υψηλότερο ποσοστό να αφορά τις γενικές γνώσεις για το ΣΔ και το χαμηλότερο τις επιπλοκές αυτού. Αναλυτικά, το ποσοστό επιτυχίας σε κάθε τομέα ήταν: γενικές γνώσεις: 63,2%, παράγοντες κινδύνου: 50,8%, συμπτώματα: 47,7%, επιπλοκές: 40,3%, Θεραπεία και διαχείριση: 60,7%, συνήθειες δραστηριότητες που πρέπει να αποφεύγονται από τους διαβητικούς: 53,5% και η παρακολούθηση του διαβήτη: 50,6%.

Συμπεράσματα: Η επίγνωση του ΣΔ σε υγιή πληθυσμό, ευαισθητοποιημένο μάλιστα σε θέματα υγείας, στο Νομό Θεσσαλονίκης, βρίσκεται ακόμη σε μέτριο επίπεδο. Ιδιαίτερα χαμηλές επιδόσεις παρουσίασαν ο ανδρικός πληθυσμός, τα νεότερης ηλικίας άτομα, καθώς και τα άτομα με μηδενικό ή πολύ χαμηλό εισόδημα, ενώ αξιοσημείωτο είναι και το ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν φαίνεται να επιδρά θετικά στο επίπεδο της γνώσης για το ΣΔ.

ΑΑ029 ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ LDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ, ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Μπάρκας Φώτιος, Λιάμης Γεώργιος, Κλούρας Ελευθέριος, Λιόντος Άγγελος, Λυμπερόπουλος Ευάγγελος, Ελισάφ Μωυσής

Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Σκοπός: Η εκτίμηση των ποσοστών επίτευξης των στόχων της αντιυπερτασικής, υπολιπιδαιμικής και αντιδιαβητικής αγωγής σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη που παρακολουθούνται σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν ενήλικοι ασθενείς που παρακολουθούνται στο εξωτερικό Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν η διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και μία διάρκεια παρακολούθησης ≥ 3 έτη. Στην τελευταία επίσκεψη στο ιατρείο εκτιμήθηκε η αρτηριακή πίεση (ΑΠ), το λιπιδαιμικό προφίλ, καθώς και τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 1000 ασθενείς από τους οποίους 211 (21%) είχαν σακχαρώδη διαβήτη. Από τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη το 58% πέτυχαν το στόχο όσον αφορά την ΑΠ (<140/80 mmHg). Τα ποσοστά επίτευξης των στόχων όσον αφορά τη χοληστερόλη των χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL-C <70 mg/dL) και τη χοληστερόλη που δεν περιέχεται στις υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (non-HDL-C <100 mg/dL) ήταν 35% και 43%, αντίστοιχα. Το ποσοστό επίτευξης του στόχου όσον αφορά τα επιθυμητά επίπεδα των τριγλυκεριδίων (<150 mg/dL) ήταν 72%. Όσον αφορά το ποσοστό επίτευξης του στόχου της αντιδιαβητικής αγωγής, το 54,4% των διαβητικών ασθενών είχε επίπεδα της HbA1c <7%, ενώ το 26% είχε επίπεδα της HbA1c <6,5%. Μόνο 1 στους 10 ασθενείς είχαν πετύχει όλους τους στόχους μαζί (ΑΠ <140/80 mmHg, LDL-C <70 mg/dL και HbA1c <7%).

Συμπεράσματα: Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη που παρακολουθούνται σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο δεν πετυχαίνουν τους στόχους της αντιυπερτασικής, υπολιπιδαιμικής και αντιδιαβητικής αγωγής.

ΑΑ030 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟ ΘΑΛΑΜΟ

Μπεχτισσοπούλου Στυλιανή¹, Θεοφανίδης Δημήτριος², Παντούλα Παρασκευή¹, Κακαλιέτσος Νικόλαος¹, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Α.Τ.Ε.Ι.Θ., Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν επείγοντα ιατρικά περιστατικά με υψηλή ποσοστά θνητότητας, συνήθως συνοδύ μόνιμη αναπηρία με κατ' επέκταση σημαντικό κοινωνικοοικονομικό κόστος. Η αντιμετώπιση θα πρέπει να γίνεται σε ειδικές μονάδες (ΜΑΦ) όπου παρέχονται υπηρεσίες αυξημένης φροντίδας

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση της βαρύτητας και έκβασης ασθενών με ΑΕΕ στη ΜΑΦ σε σχέση με αυτών που νοσηλεύονται σε κοινό θάλαμο.

Υλικό-Μέθοδος: Από 318 ασθενείς με ΑΕΕ που νοσηλεύθηκαν στην Κλινική μας το διάστημα 1/2012-12/2014 καταγράφηκαν η βαρύτητα (NIHSS) και λειτουργική έκβαση του ΑΕΕ (mRS), η διάρκεια νοσηλείας, το είδος του θαλάμου, η εφαρμογή θρομβόλυσης και η ενδονοσοκομειακή θνητότητα.

Αποτελέσματα: Από αυτούς τους ασθενείς, οι 153(48,1%) νοσηλεύθηκαν στη ΜΑΦ (20,5% αιμορραγικό ΑΕΕ), οι οποίοι εμφάνιζαν μεγαλύτερης βαρύτητας ΑΕΕ (NIHSS:8,6vs7,1), μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας (8,5vs6,9) και παρόμοια λειτουργική έκβαση (mRS:3,3vs3,3) και θνητότητα (13%vs12,3%) σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε κοινό θάλαμο, χωρίς όμως οι διαφορές αυτές να είναι στατιστικά σημαντικές. Πραγματοποιήθηκαν 9 θρομβολυσεις με ενδονοσοκομειακή θνητότητα (11,1%) και βελτίωση στους υπολοίπους.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευθέντες στην ΜΑΦ, ήταν σχεδόν αποκλειστικά μη θρομβολυθέντες, ωστόσο αποτελούσαν τα βαρύτερα περιστατικά με ανάγκη εντατικότερης παρακολούθησης σε σχέση με τους νοσηλευόμενους σε κοινούς θαλάμους. Το γεγονός ότι η έκβαση δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων των ασθενών, επισημαίνει έμμεσα το όφελος από τη νοσηλεία τους στη ΜΑΦ.

ΑΑ031 ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ [ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ] ΑΣΘΕΝΕΙΣ Μ.Ε.Θ

Σγουρός Κωνσταντίνος¹, Τσέτσου Άννα¹, Κομνηνού Δέσποινα¹, Μαχαίριδου Αρχοντία¹, Καθαράτης Εμμανουήλ², Ραφιμανίκης Κάρολος Παύλος², Λελέκης Μωυσής², Κυριαζής Ιωάννης³

¹ Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Μ.Ε.Θ

² Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Παθολογική Κλινική

³ Γ.Ν. Ασκληπείου Βούλας, Α΄ Παθολογική Κλινική και Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας

Εισαγωγή: Το Μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ), είναι ένας συνδυασμός διαταραχών που αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου.

Σκοπός: Μελέτη της επίπτωσης του ΜΣ σε ασθενείς Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ) λόγω καρδιαγγειακών και αναπνευστικών συμβαμάτων, με συνοδό οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια.

Υλικό-Μέθοδος: Αναλύθηκαν στοιχεία όπως ηλικία, φύλο, αίτιο νοσηλείας και παρουσία στοιχείων του ΜΣ.

Αποτελέσματα: 1) Μέση ηλικία 70±10 έτη 2) Αρχική διάγνωση: Λοίμωξη 19[14 με ΜΣ (73.68%)], καρδιοπνευμονικό σύμπτωμα (Ο.Ε.Μ, Ο.Π.Ο, αναταχθείσα ανακοπή) 8 [6 με ΜΣ (75%)], έξαρση ΧΑΠ 9[3 με ΜΣ (33.3%)]. 3) Από τους 36, 24(66.6%) είχαν ΜΣ [4(16.7%) είχαν 5/5 παράγοντες, 6 (25%) είχαν 4/5 και 14 (58.3%) είχαν 3/5 παράγοντες]. 4) Σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) 11 με ΜΣ (45.8%) και 2 χωρίς ΜΣ (16.8%). 5) 19 από τους 36 ήταν υπέρτασοι(52.7%) - 17 με ΜΣ (89.47%). 6) 25 από τους 36 είχαν περιφερική διάμετρο μεγαλύτερη των ορίων (69.4%) - 23 με ΜΣ (92%). 7) HDL: α. από τους 36, οι 31 είχαν χαμηλή HDL (86.1%), β. από τους 24 με ΜΣ οι 22 είχαν χαμηλή HDL (91.6%). 8) 14 από τους 36 είχαν υπερτριγλυκεριδαιμία (38.9%), 13 με ΜΣ (92.8%). 9) Λοίμωξη ως επιπλοκή ή υποτροπή λοίμωξης κατά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ ανεξαρτήτως αιτίας εισόδου, 20 από τους 36, 15 εξ αυτών έπασαν από ΜΣ (75%).

Συμπεράσματα: 1) Ισχυρή η επίπτωση του ΜΣ σε ασθενείς Μ.Ε.Θ με αναπνευστική ανεπάρκεια ακόμα και με το μικρότερο φορτίο παραγόντων. 2) Το ΜΣ ήταν συχνότερο σε καρδιοπνευμονικά συμβάματα και λοιμώξεις. 3) Αρκετά ισχυρός ρόλος φαίνεται η ύπαρξη ΣΔ σε ασθενείς με ΜΣ. 4) Ισχυρός ο δεσμός Υπερτάσεως και ΜΣ στους ασθενείς της ΜΕΘ (89.47%). 5) Σχεδόν απόλυτα συνδεδεμένη η κοιλιακή περιμέτρος. 6) Αρκετά υψηλή συχνότητα χαμηλής HDL στο ΜΣ. 7) Υψηλή συσχέτιση ΜΣ και υπερτριγλυκεριδαιμίας.

ΑΑ032 ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΤΟ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ

Μπεχτισπούλου Σ.¹, Θεοφανίδης Δ.², Παντούλα Π.³

¹ Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc(ε), Κλινικός Εκπαιδευτής Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, Διευθυντής Απόστολος Ι. Χατζητόλιος

² Καθηγητής Εφαρμογών, MSc, Prof Doc, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΣΕΥΓΠ, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

³ Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προισταμένη Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, Διευθυντής Απόστολος Ι. Χατζητόλιος

Εισαγωγή: Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν επείγοντα ιατρικά περιστατικά με υψηλή ποσοστά θνητότητας, συνοδό μόνιμη αναπηρία και σημαντικό κοινωνικοοικονομικό κόστος. Η αντιμετώπιση τους πρέπει να γίνεται σε ειδικές μονάδες (stroke units), όπου παρέχονται συντονισμένες υπηρεσίες αυξημένης φροντίδας.

Σκοπός: η αξιολόγηση της εφαρμογής της θρομβολυτικής αγωγής (r-tPA) στη θεραπεία του ισχαιμικού ΑΕΕ.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed/Medline το διάστημα 2004-2014 με λέξεις κλειδιά: "ischemic stroke", και "intravenous thrombolysis", ενώ συμπεριλήφθησαν 10 τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες και μια μετα-ανάλυση.

Αποτελέσματα: Η παρούσα ανάλυση κατέδειξε την Αποτελεσματικότητα της ενδοφλέβιας θρομβόλυσης στην αύξηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας σε ασθενείς με οξύ ΙΑΕΕ (όπως αυτό διαπιστώνεται με βάση τη νευρολογική εξέταση και τον αποκλεισμό ενδοκράνιας αιμορραγίας στην αξονική τομογραφία εγκεφάλου) με χρονική ταξινόμηση του κλινικού οφέλους από την εγκατάσταση της συμπτωματολογίας ως εξής: Εντός των **πρώτων 3 ωρών** η θεραπεία κρίνεται πολύ Αποτελεσματική με μεγιστοποίηση του κλινικού οφέλους σε σχέση με την έγκαιρη χορήγηση.

- Σε ασθενείς που έχουν υπερβεί το θεραπευτικό παράθυρο των 3 ωρών, η χορήγηση της θεραπείας συνιστάται **έως και 4.5 ώρες**.
- **Πέραν των 4.5 ωρών** η iv χορήγηση r-tPA αντενδείκνυται καθώς οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι της είναι πιθανόν να υπερβαίνουν τα οφέλη.
- Ενδαρτηριακή θρομβόλυση μπορεί να χορηγηθεί **έως και 6 ώρες** από την εγκατάσταση των συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Το ΙΑΕΕ αποτελεί επείγουσα κατάσταση που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Η επιτυχής χρήση της ενδοφλέβιας θρομβόλυσης βασίζεται στην καλή κατανόηση της διαδικασίας επιλογής του κατάλληλου υποψηφίου και στην οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας με στόχο την όσο το δυνατόν ταχύτερη έναρξη της θεραπείας. Η iv θρομβολυτική αγωγή εντός 3 ωρών από την έναρξη της νευρολογικής σημειολογίας αποτελεί την πλέον τεκμηριωμένη και Αποτελεσματική θεραπεία του οξέος ΙΑΕΕ και η ευρεία εφαρμογή της σε όλα τα τριτοβάθμια Νοσοκομεία αποτελεί σημαντική πρόκληση για τη σύγχρονη ιατρική κοινότητα.

ΑΑ033 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΙΕΤΙΑ

Σταυρόπουλος Κ., Σαββόπουλος Χ., Μαυρουδής Σ., Φουντουκίδης Η., Τζιόλα Σ.Τ., Τζαμουράνη Χ., Σταυρόπουλος Ν., Φωτιάδου Ε., Χατζητόλης Α.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Ο προσδιορισμός του ποσοστού της ανθεκτικής υπέρτασης στο σύνολο των υπερτασικών ασθενών, που εξετάστηκαν για πρώτη φορά την τελευταία διετία στο κέντρο αριστείας αρτηριακής υπέρτασης της Α' ΠΡΠ κλινικής του Α.Π.Θ. στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.

Ασθενείς-Μέθοδος: 388 υπερτασικοί (139 άνδρες, 35.82%), που προσήλθαν για πρώτη φορά στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία υπέρτασης της κλινικής από τον Δεκέμβριο του έτους 2012 έως τον Νοέμβριο του έτους 2014, συμμετείχαν στην μελέτη. Ως ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση ορίστηκαν αυτοί που είχαν τιμές αρτηριακής πίεσεως >140/90 mmHg, ενώ λαμβάνουν αγωγή τριών διαφορετικών κατηγοριών αντιυπερτασικών φαρμάκων στην μέγιστη συνιστώμενη δοσολογία, εκ των οποίων το ένα είναι διουρητικό.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ασθενών της μελέτης, οι 48 πληρούσαν το σύνολο των κριτηρίων τις ανθεκτικής υπέρτασης. Δηλαδή ένα ποσοστό 12.37% των ασθενών που επισκέφτηκαν για πρώτη φορά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία υπέρτασης της κλινικής τα δύο τελευταία έτη, πάσχει από ανθεκτική υπέρταση.

Συμπέρασμα: Φαίνεται ότι η ανθεκτική υπέρταση είναι ένα συχνό φαινόμενο στον πληθυσμό των υπερτασικών ασθενών. Η σωστή διερεύνηση κάθε νέου υπερτασικού ασθενούς από τον κλινικό ιατρό, καθώς και η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών στον σχεδιασμό και την εφαρμογή της αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής, μπορούν να περιορίσουν το ποσοστό ανθεκτικής υπέρτασης και να αποκαλύψουν δευτεροπαθή αίτια αυτής.

ΑΑ034 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2(ΣΔ2), ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ(ΑΠ) ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΙΕΤΙΑ

Σταυρόπουλος Κ., Σαββόπουλος Χ., Φουντουκίδης Η., Μαυρουδής Σ., Φρύδας Α., Αναστασιάδου Σ., Σταυρόπουλος Ν., Γουντσίωτη Η., Φωτιάδου Ε., Χατζητόλης Α.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Ο προσδιορισμός του ποσοστού της ανθεκτικής υπέρτασης σε υπερτασικούς ασθενείς με ΣΔ2 που εξετάστηκαν για πρώτη φορά την τελευταία διετία στο Κέντρο Αριστείας ΑΥ της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής κλινικής του Α.Π.Θ., στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ».

Ασθενείς-Μέθοδος: Στην μελέτη συμμετείχαν 83 ασθενείς (28 άνδρες, 33.73%) με διαγνωσμένο ΣΔ2, για τον οποίο λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία, ινσουλίνη ή συνδυασμό αυτών και προσήλθαν για πρώτη φορά στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία υπέρτασης της κλινικής από τον Δεκέμβριο του 2012 έως τον Νοέμβριο του 2014. Ως ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση ορίστηκαν αυτοί που είχαν τιμές αρτηριακής πίεσεως >140/85 mmHg, ενώ λαμβάνουν αγωγή τριών διαφορετικών κατηγοριών αντιυπερτασικών φαρμάκων στην μέγιστη συνιστώμενη δοσολογία, εκ των οποίων το ένα είναι διουρητικό.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ασθενών της μελέτης, οι 17 πληρούσαν το σύνολο των κριτηρίων τις ανθεκτικής υπέρτασης. δηλαδή ένα ποσοστό 20.41% .

Συμπέρασμα: Φαίνεται ότι η ανθεκτική υπέρταση είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο στον πληθυσμό των υπερτασικών ασθενών με ΣΔ2. Άρα ο κλινικός ιατρός θα είναι καλό να μεριμνά τόσο για την ρύθμιση των επιπέδων της γλυκόζης στο πλάσμα, όσο και για την διερεύνηση και την ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης σε έναν ασθενή με ΣΔ2 και ΑΥ.

ΑΑ035 ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗ ΡΥΠΑΝΣΗ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Κακαλιέτσος Νικόλαος¹, Ρήγα Μαρίνα², Τζιόμαλος Κωνσταντίνος¹, Μπουζιανά Στέλλα¹, Σπανού Μαριάννα¹, Κωστάκη Σταυρούλα¹, Αγγελοπούλου Στέλλα¹, Κακαλιέτσος Σωτήριος², Καρατζάς Κωνσταντίνος², Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Μηχανολόγων Μηχανικών, «Αριστοτέλειο» Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Υπάρχουν μελέτες που συνδέουν την ατμοσφαιρική ρύπανση με την εκδήλωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), με συνδετικό κρίκο τη φλεγμονή των πνευμόνων. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των χαρακτηριστικών ασθενών με ΑΕΕ και των δεδομένων της ατμοσφαιρικής ρύπανσης συναρτήσει του έτους, της εποχής και της περιοχής κατοικίας των ασθενών στο πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης.

Μέθοδος: Επιλέχθηκαν 231 ασθενείς με οξύ ΑΕΕ με τόπο κατοικίας στο πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης που εισήχθησαν επειγόντως στην Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική κατά τη χρονική περίοδο 9/2010-2/2013. Καταγράφηκαν η ηλικία, το φύλο, η βαρύτητα του ΑΕΕ (NIHSS) και η διεύθυνση κατοικίας. Έγινε εντοπισμός του γεωγραφικού μήκους και πλάτους της κατοικίας τους και στη συνέχεια των αντίστοιχων τιμών της ατμοσφαιρικής ρύπανσης της περιοχής κατά την εισαγωγή. Έγινε σύγκριση των χαρακτηριστικών σε σχέση με το έτος, την εποχή και την περιοχή εκδήλωσης ΑΕΕ. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το SPSS.

Αποτελέσματα: Στις ακραίες περιοχές του πολεοδομικού συγκροτήματος της Θεσσαλονίκης (Καλαμαριά, Κορδελίο) τα ΑΕΕ ήταν μεγαλύτερης βαρύτητας σε σχέση με αυτά που εκδηλώθηκαν στο κέντρο της Θεσσαλονίκης. Στις περιοχές αυτές τα επίπεδα των ατμοσφαιρικών ρύπων ήταν υψηλότερα (CO, SO₂, O₃) και η ταχύτητα του ανέμου χαμηλότερη.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι ίσως η ατμοσφαιρική ρύπανση διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην εκδήλωση βαρύτερου ΑΕΕ μέσω των ατμοσφαιρικών ρύπων και εμμέσως της ταχύτητας του ανέμου, δεδομένα που είναι συμβατά με υπάρχουσες δημοσιεύσεις και πρέπει να επιβεβαιωθούν από μεγαλύτερες μελέτες.

ΑΑ036 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΑΕΕ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ξάνθης Ανδρέας, Τσαγκρίδη Αίλιη, Μάττας Γεώργιος, Ξενικάκης Μενέλαος, Μιχαηλίδου Αναστασία, Βλάχογιάννης Ανέστης

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Δράμας

Εισαγωγή: Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια αποτελούν τη 2^η αιτία θανάτου και την 1^η αιτία χρόνιας αναπηρίας, γεγονός που καθιστά την πρόληψη τους μείζον θέμα δημόσιας υγείας. Στόχος της εργασίας είναι η αναζήτηση των βασικών εξετάσεων στα επείγοντα και η συσχέτιση τους με τη βαρύτητα των ισχαιμικών ΑΕΕ σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν οι φάκελοι 100 ασθενών με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική το 2013 και καταγράφηκαν η Αρτηριακή Πίεση εισόδου, η Γλυκόζη, η Θερμοκρασία, το Καρδιογράφημα, η Φαρμακευτική αγωγή, οι Ημέρες Νοσηλείας, οι τυχόν Επιπλοκές και το Rankin σκορ.

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4.4 ημέρες (±0.79), ο χρόνος προσέλευσης στα ΤΕΠ ήταν 1.6 ώρες (± 0.5), η μέση ΣΑΠ ήταν 148mmHg, (±22.4), η μέση τιμή γλυκόζης ήταν 148.5mg/dl,(±72), η μέση θερμοκρασία ήταν 36.4 (±2.81), ο μέσος κορεσμός O₂ ήταν 95.8% (±2.38) και το μέσο RANKIN σκορ ήταν 2.4 (±0.92). Σε πολυπαράγοντική παλινδρομη ανάλυση, διαπιστώθηκε ότι η γλυκόζη είχε στατιστικά σημαντική σχέση με τις ημέρες νοσηλείας (p=0.012) και η γλυκόζη και η θερμοκρασία στα ΤΕΠ με το Rankin σκορ (p=0.002 και p=0.033 αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Α) Η γλυκόζη και η θερμοκρασία εισόδου στο νοσοκομείο είναι απλή αλλά αξιόπιστοι δείκτες βαρύτητας και πρόγνωσης των ισχαιμικών ΑΕΕ Β) Ο μέσος χρόνος προσέλευσης στα ΤΕΠ είναι 90 λεπτά, γεγονός που επιτρέπει την ασφαλή θρομβόλυση.

ΑΑ037 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΑΝ ΤΡΙΦΛΟΥΖΑΛΗ (AFLEN) ΩΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ

Κακαλιέτσος Νικόλαος, Σαββόπουλος Χρήστος, Κουλιάρη Παυλίνα, Μουρουγιάκης Αλέξανδρος, Κουνανής Ανδρέας, Μάρκογλου Νικόλαος, Ηλιάδης Φώτιος, Χατζητόλης Ι. Απόστολος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η τριφλουζάλη (AFLEN) αποτελεί μία πολλή υποσχόμενη εναλλακτική θεραπευτική επιλογή της ασπιρίνης. Είναι ένας αναστολέας της βιοσύνθεσης της θρομβοξάνης που δρα μέσω μη αντιστρεπτής αναστολής της κυκλοοξυγενάσης των αιμοπεταλίων, με το πλεονέκτημα νότισέβεται τη βιοσύνθεση της προστακυκλίνης λόγω της αμελητέας δράσης της στην κυκλοοξυγενάση των αγγείων σε θεραπευτικές δόσεις. Σύμφωνα με διπλά τυφλές τυχαιοποιημένες μελέτες TACIP και TAPIRSS είναι εξίσου Αποτελεσματική με την ασπιρίνη στην δευτερογενή πρόληψη του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) παρουσιάζοντας ένα πιο ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας.

Σκοπός: Η παρουσίαση των κλινικών χαρακτηριστικών ασθενών που λάμβαναν τριφλουζάλη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική.

Υλικό-Μέθοδος: Καταγράφηκαν οι ασθενείς που λάμβαναν τριφλουζάλη κατά τη νοσηλεία τους στην παθολογική κλινική ως δευτερογενή πρόληψη ΑΕΕ. Καταγράφηκαν δεδομένα όπως το φύλο, η ηλικία και γνωστοί παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

Αποτελέσματα: 24 συνολικά ασθενείς ελάμβαναν τριφλουζάλη με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: 79,9±10,3 έτη μέση ηλικία, 20,8% άνδρες, 79,2% αρτηριακή υπέρταση, 33,3% σακχαρώδη διαβήτη, 33,3% γνωστή στεφανιαία νόσο, 16,7% καρδιακή ανεπάρκεια και 33,3% κοιλιακή μαρμαρυγή.

Συμπεράσματα: Η χρήση της τριφλουζάλης όπου αυτή ενδείκνυται αποτελεί μια ελκυστική θεραπευτική επιλογή με απόλυτη ένδειξη στη δευτερογενή πρόληψη ΑΕΕ (Κατηγορία Ι, Επίπεδο Α), ειδικότερα μάλιστα όταν τίθεται σε προτεραιότητα η ασφάλεια και η σχέση κόστους-Αποτελεσματικότητας.

ΑΑ038 ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Παπακάτοικα Σοφία¹, Κοτρώνης Γεώργιος¹, Άντζα Χριστίνα¹, Δημόπουλος Χαρίλαος¹, Σταμπούλη Στέλλα¹, Κώτσης Βασίλειος¹

¹Κέντρο Υπέρτασης-24ωρης καταγραφής της ΑΠ-κέντρο Αριστείας της ESH, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Γ΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων από τη δράση της τελμισαρτάνης και της νεμπιβολόλης στα επίπεδα της ΑΠ 24ωρης καταγραφής και η διερεύνηση πιθανών διαφορών στη βελτίωση της αρτηριακής σκληρίας που επάγουν οι δύο αυτές φαρμακευτικές ουσίες καθώς δρουν με διαφορετικούς αντιυπερτασικούς μηχανισμούς.

Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν άτομα που δεν είχαν λάβει στο παρελθόν καμιά αντιυπερτασική αγωγή. Η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης τεκμηριώθηκε με τη χρήση της 24ωρης καταγραφής της ΑΠ και εξαιρέθηκαν τα άτομα με καταγεγραμμένη υπέρταση πνευκτικής μπλούζας. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν τελμισαρτάνη είτε νεμπιβολόλη και υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ και μέτρηση αρτηριακής σκληρίας πριν την έναρξη της μελέτης, στο τέλος του πρώτου μήνα και στο τέλος του έκτου μήνα από την έναρξη της μελέτης.

Αποτελέσματα: 53 ασθενείς με υπέρταση σταδίου Ι βόσει κλινικών μετρήσεων συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. 18 άτομα (34%) εξαιρέθηκαν από την τυχαιοποίηση, επειδή διαγνώστηκαν με υπέρταση πνευκτικής μπλούζας. 35 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν είτε 40 mg τελμισαρτάνης (18 ασθενείς) είτε 5 mg νεμπιβολόλης (17 ασθενείς). Οι ασθενείς επανεξετάστηκαν ένα μήνα μετά από την αρχική επίσκεψη με νέες μετρήσεις 24ωρης καταγραφής ΑΠ και αρτηριακής σκληρίας. Σε περίπτωση παθολογικών τιμών μετρούμενης μέσης ΑΠ 24ωρης καταγραφής, γινόταν προσθήκη 40 mg τελμισαρτάνης ή 5 mg νεμπιβολόλης. Όλοι οι ασθενείς εξετάστηκαν εκ νέου μετά από έξι μήνες από την αρχική επίσκεψη. Δύο ασθενείς από τις ομάδες της νεμπιβολόλης και της τελμισαρτάνης αποσύρθηκαν λόγω κακής συμμόρφωσης στην αγωγή και δύο ασθενείς από την ομάδα της νεμπιβολόλης λόγω εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν και στις δύο ομάδες στις τιμές της ΑΠ Ιατρείου και 24ωρης καταγραφής μεταξύ των επισκέψεων. Στην ομάδα της νεμπιβολόλης βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική ελάττωση της καρδιακής συχνότητας. Η κεντρική αορτική ΑΠ και η καρωτιδο-μυριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (c-f PWV) παρουσίασαν σημαντική πτώση στην τρίτη επίσκεψη στην ομάδα της τελμισαρτάνης, ενώ δεν επηρεάστηκαν στην ομάδα της νεμπιβολόλης.

Συμπεράσματα: Παρά τα παρόμοια αντιυπερτασικά αποτελέσματα από τη δράση της τελμισαρτάνης και της νεμπιβολόλης, οι δύο ουσίες παρουσιάζουν διαφορές στην πτώση της κεντρικής ΑΠ και της c-f PWV κατά τη διάρκεια των έξι μηνών της παρακολούθησης. Ο αποκλεισμός των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης-II τελμισαρτάνη αναδείχθηκε ανώτερος της νεμπιβολόλης στην ελάττωση της αρτηριακής σκληρίας, συνιστώντας έτσι ένα πιθανό ρόλο του αποκλεισμού του ΣΡΑΑ στην πρόληψη μεθλιονικής αρτηριοσκλήρυνσης.

ΑΑ039 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ "ΕΝ-ΒΛΟC" ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΕΚΤΟΜΗ (ESD) ΠΡΩΙΜΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΚΟΥ ΟΡΘΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥΣ

Ν. Ελευθεριάδης¹, Γ. Γερμανίδης², Α. Πρωτόπαπας¹, Χ. Σαββόπουλος¹, Π. Χυτίρογλου³, Α. Χατζητόλης¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική

² Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Α.Π.Θ.

Acknowledgment: Prof. Dr. Haruhiro Inoue (Digestive Disease Center, Showa University Northern Yokohama Hospital, Japan) for ESD training and case consultation.

Εισαγωγή: Η ενδοσκοπική υποβλεννογονία εκτομή (ESD), που χαρακτηρίζεται από υποβλεννογονία διατομή βλεννογονικού καρκίνου, με πιθανότητα την 'en bloc' αφαίρεση, αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τον πρώιμο γαστρεντερικό καρκίνο, ιδίως στην Ιαπωνία, με αυξανόμενη εμπειρία στη Δύση.

Σκοπός: Να αναφέρουμε την επιτυχή, 'en-bloc' ESD εκτομή πρώιμου γαστρικού καρκίνου, σώματος στομάχου στο έλασσον τόξο, τύπου '0-IIa', 2εκ, σε άνδρα 77ετών και βλεννογονικού ορθικού όγκου, τύπου '0-IIa+IIc', >4εκ, σε απόσταση 1εκ από την οδοντωτή γραμμή, σε άνδρα 65ετών, από Έλληνες Γαστρεντερολόγους.

Υλικό και Μέθοδοι: Ο 1^{ος} ασθενής ήταν υψηλού χειρουργικού κινδύνου λόγω βαριάς στεφανιαίας νόσου, ενώ ο 2^{ος} υποβλήθηκε σε ESD, λόγω θέσης, μορφολογίας και μεγέθους του ορθικού όγκου. Οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν στο ενδοσκοπικό εργαστήριο, υπό μέθη, με βάση προηγούμενη περιγραφή. Το Dual-knife χρησιμοποιήθηκε για το μαρκάρισμα, την περιμετρική εκτομή και ESD. Για αιμόσταση χρησιμοποιήθηκε αιμοστατική λαβίδα.

Αποτελέσματα: Διάρκεια επεμβάσεων ήταν 6 και 6,5 ώρες αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές άμεσες ή απώτερες επιπλοκές. Οι ασθενείς εξήλθαν μετά από τριήμερη νοσηλεία. Ιστολογική εξέταση, στον 1^ο ασθενή έδειξε παρασκευάσμα 'en-bloc' ενδοσκοπικής βλεννογονεκτομής στομάχου, διαστάσεων 4,6Χ2,5Χ0.3εκ, με περιοχή χαμηλόβαθμης και εστιακά υψηλόβαθμης επιθηλιακής δυσπλασίας διαστάσεων 2Χ2εκ, ενώ στον 2^ο ασθενή έδειξε πλακωτό αδένωμα ορθού, διαστάσεων 4,6Χ3,7Χ1,4εκ, με χαμηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία. Τα όρια εκτομής και στους δύο ασθενείς ήταν φυσιολογικά. Ενδοσκόπηση ένα χρόνο αργότερα έδειξε φυσιολογική ουλή και στους δύο ασθενείς.

Συμπεράσματα: Με βάση τις δύο επιτυχείς περιπτώσεις μας, θεωρούμε την τεχνική ESD ως ασφαλή και Αποτελεσματική θεραπεία 'en-bloc' εκτομής πρώιμου γαστρεντερικού καρκίνου και εφικτή την πραγματοποίησή της από Έλληνες Γαστρεντερολόγους. Παρόλο αυτά, περαιτέρω εμπειρία είναι απαραίτητη.

ΑΑ040 ΛΗΧΝΟΕΙΔΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΣ: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Τζαβέλλα Κωνσταντίνα¹, Ott Roland¹, Schatke Winfried¹, Karimi Diana², Straumann Alexander³, Σαββόπουλος Χρήστος⁴, Χατζητόλης Απόστολος⁴, Παπαπολύχρονιάδης Κωνσταντίνος⁵

¹ Ινστιτούτο Γαστρεντερολογίας - Ιδιωτικό Ιατρείο, Μόναχο, Γερμανία

² Ινστιτούτο Παθολογοανατομίας, Μόναχο, Γερμανία

³ Νοσοκομείο Όλτεν, Όλτεν, Ελβετία

⁴ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

⁵ Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

Εισαγωγή: Ο ομαλός λειχήνας είναι μια φλεγμονώδης νόσος αγνώστου αιτιολογίας, που προσβάλλει το δέρμα και τους βλεννογόνους. Η προσβολή του οισοφάγου είναι σπάνια.

Παρουσίαση περιστατικού: Θήλυ ασθενής, 64 ετών, προσήλθε για περαιτέρω διερεύνηση επαναλαμβανόμενων συμπτωμάτων δυσφαγίας από 20ετίας. Η ασθενής ανέφερε συχνά επεισόδια δυσκαταποσίας σε συνδυασμό με μη όξινη παλινδρόμηση. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος κατέδειξε κυρίως στον μέσο και κατώτερο οισοφάγο έναν ουλώδη βλεννογόνο με δακτυλοειδείς διαμορφώσεις υπεράνω της γραμμής Z. Ελήφθησαν βιοψίες με ιστολογικά ευρήματα χρόνιας λεμφοκυτταρικής οισοφαγίτιδας συμβατής με ληχνοειδής οισοφαγίτιδα. Ο συμπληρωματικός δερματολογικός και ρευματολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός ως προς την ύπαρξη συστηματικής νόσου. Η ασθενής ετέθη σε αγωγή με τοπικά κορτικοστεροειδή για 12 εβδομάδες. Αναμένεται ο ενδοσκοπικός έλεγχος με λήψη βιοψιών και ιστολογική εκτίμηση μετά το πέρας της θεραπείας.

Συμπέρασμα: Η ληχνοειδής οισοφαγίτις αν και σπάνια θα πρέπει απαραίτητα να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της δυσφαγίας.

ΑΑ041 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΠΡΟΠΑΦΑΙΝΟΝΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μολληγιουσούφογλου Σεντά, Βραδέλης Στέργιος, Παπάνας Νικόλαος, Μαλιτζός Ευστράτιος

Β' Παθολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Η τοξική δράση φαρμάκων δεν είναι σπάνιο αίτιο ηπατίτιδας στην καθημερινή κλινική πράξη.

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενούς με φαρμακευτική ηπατίτιδα από λήψη προπαφαϊνόνης.

Παρουσίαση της περίπτωσης: Άνδρας 82 ετών εισήχθη με ίκτερο τρεις μήνες έπειτα από την έναρξη αγωγής με προπαφαϊνόνη για κοιλιακή μαρμαρυγή. Ο εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε: AST 58 IU/L, ALT 67 IU/L, γGT 456 IU/L, ALP 613 IU/L, ολική χολερυθρίνη 4.2 mg/dl, άμεση χολερυθρίνη 3 mg/dl. Το υπερηχογράφημα ήπατος-χοληφόρων και η MRCP είχαν φυσιολογικά ευρήματα. Η γενική αίματος, οι δείκτες ηπατίτιδων, ο έλεγχος αυτοάνοσων νοσημάτων του ήπατος και οι ανοσοσφαιρίνες του ορού ήταν εντός των φυσιολογικών. Ο ασθενής δεν ελάμβανε άλλο ηπατοτοξικό φάρμακο. Έγινε διακοπή της προπαφαϊνόνης με βαθμιαία βελτίωση του ίκτερου και μείωση των ηπατικών ενζύμων, τα οποία έφθασαν στα απόλυτα φυσιολογικά επίπεδα εντός μηνός. Η προπαφαϊνόνη αντικαταστάθηκε από μετοπρολόλη. Δύο και τέσσερις μήνες αργότερα ο ασθενής δεν παρουσίαζε υποτροπή.

Συμπέρασμα: Η παρούσα περίπτωση μας υπενθυμίζει ότι ένα από τα φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν ηπατίτιδα ανήκει και η προπαφαϊνόνη.

ΑΑ042 Ο ΛΟΒΟΣ RIEDEL ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ: ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σαββόπουλος Χρήστος¹, Κακαλέτσος Νικόλαος¹, Καϊάφα Γεωργιά¹, Ηλιάδης Φώτιος¹, Καλογερά Άννα², Χατζητόλης Ι. Απόστολος¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Ακτινολογικό Τμήμα, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο λοβός Riedel του ήπατος είναι μια απλή ανατομική παραλλαγή. Πρόκειται για προεκβολή προς τα κάτω, του πρόσθιου άκρου του δεξιού λοβού του ήπατος, στα δεξιά της χοληδόχου κύστης, με την τυπική του περίπτωση να είναι αρκετά σπάνια.

Περίπτωση: Αναφέρουμε την περίπτωση μία γυναίκας 71 ετών με τυπική εμφάνιση μη ψηλαφητού λοβού Riedel του ήπατος, σαν τυχαίο εύρημα, η οποία είχε παραπεμφθεί στο νοσοκομείο για διερεύνηση υπεργαμμασφαιριναιμίας. Μετά από πλήρη κλινικο-εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, τα δύο παραπάνω ευρήματα αποδόθηκαν σε χρόνια φλεγμονή λόγω αποστήματος στο δεξιό λαγονοψοίτη, μετά από αμφοτερόπλευρη αναθεώρηση ολικής αρθροπλαστικής ισχίου.

Συμπέρασματα: Γενικά, η γνώση της πιθανότητας παρουσίας του λοβού Riedel του ήπατος είναι σημαντική, δεδομένου ότι δεν παραμένει πάντα κλινικά λανθάνουσα, όπως στην συγκεκριμένη περίπτωση. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επιπλάκει έπειτα από συστροφή του ή με παρουσία ηπατικών όγκων.

ΑΑ043 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ "ΕΝ-ΒΛΟΣ" ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΕΚΤΟΜΗ (ESD) ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΒΑΘΜΟΥ 1 (NET G1)

Ελευθεριάδης Νικόλαος¹, Κατσογριδάκης Ιωάννης¹, Κατώρας Αναστάσιος¹, Χυτίρογλου Πρόδρομος², Γραμματόπουλος Αναστάσιος¹

¹Γαστρεντερολογική Κλινική, Ενδοσκοπικό Τμήμα, Νοσοκομείου «METROPOLITAN», Αθήνα

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Ευχαριστίες: στον Καθηγητή κ. Haruhiro Inoue (Digestive Disease Center, Showa University Northern Yokohama Hospital, Japan) για ESD training and case consultation.

Εισαγωγή: Η ενδοσκοπική υποβλεννογόνια εκτομή (ESD), αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τον πρώιμο γαστρικό καρκίνο, ενώ έχει αναφερθεί η εφαρμογή της μεθόδου και για ενδοσκοπική αφαίρεση υποβλεννογόνιων γαστρικών όγκων σε εξειδικευμένα κέντρα.

Σκοπός: Να αναφέρουμε την επιτυχή, 'en-bloc' ESD εκτομή, υποβλεννογονίου νευροενδοκρινικού όγκου βαθμού 1 (NET G1) σώματος στομάχου στο έλλασσον τόξο, τύπου '0-I', 2εκ, σε άνδρα 62-ετών.

Υλικό και Μέθοδοι: Ο ασθενής ήταν υψηλού χειρουργικού κινδύνου λόγω βαριάς στεφανιαίας νόσου, σακχαρώδη διαβήτη, υπέρτασης και σύνδρομο απινών στον ύπνο υπό CPAP. Η γαστροσκόπηση λόγω δυσπεψίας, έδειξε υποβλεννογόνο πολυποειδές μόρφωμα, τύπου '0-I' σώματος στομάχου και πλήρη ατροφική γαστρίτιδα. Εν συνεχεία προτάθηκε η ενδοσκοπική αφαίρεση με τη μέθοδο ESD, η οποία πραγματοποιήθηκε στο ενδοσκοπικό τμήμα, υπό μέθη, με βάση προηγούμενη περιγραφή. Το Dual-knife χρησιμοποιήθηκε για το μορκάρισμα, την περιμετρική εκτομή και ESD. Για αιμόσταση χρησιμοποιήθηκε αιμοστατική λαβίδα.

Αποτελέσματα: Η διάρκεια της επεμβάσης ήταν 1.5 ώρες. Δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές άμεσες ή απώτερες επιπλοκές. Ο ασθενής εξήλθε μετά από τριήμερη νοσηλεία. Ιστολογική εξέταση, έδειξε παρασκευάσμα 'en-bloc' ενδοσκοπικής βλεννογονεκτομής στομάχου, διαστάσεων 3.2X2X0.3εκ και σε απόσταση 0.1εκ από τα όρια εκτομής παρατηρήθηκε πολυποειδές μόρφωμα με ευρεία βάση διαστάσεων 1.8X1.2X0.7εκ, συμβατό με νευροενδοκρινικό όγκο βαθμού 1 (NET G1). Τα όρια εκτομής ήταν φυσιολογικά. Ενδοσκόπηση ένα χρόνο αργότερα έδειξε φυσιολογική ουλή, ενώ ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένου αξονικής τομογραφίας άνω-κάτω κοιλίας, octreoscan, σεροτονίνης ορού, χρωμογρανίνης και καρκινικοί δείκτες ήταν φυσιολογικά.

Συμπεράσματα: Με βάση την περίπτωση μας, θεωρούμε την τεχνική ESD ως ασφαλή και Αποτελεσματική θεραπεία 'en-bloc' εκτομής υποβλεννογόνιων όγκων στομάχου σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Περαιτέρω εμπειρία είναι απαραίτητη.

ΑΑ044 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΥΟΤΟΜΗ (ΡΟΕΜ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΧΑΛΑΣΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Ι. Κατσογριδάκης, Ν. Ελευθεριάδης, Γ. Κατώρας, Α. Γραμματόπουλος

Γαστρεντερολογική Κλινική, Ενδοσκοπικό Τμήμα, Νοσοκομείου «METROPOLITAN»

Εισαγωγή: Η ενδοσκοπική μυοτομή (ΡΟΕΜ) αποτελεί την πιο σύγχρονη επέμβαση, για την οριστική θεραπεία της αχαλασίας οισοφάγου.

Σκοπός: Να αναφέρουμε ασθενή άνδρα 64-ετών, με γνωστή αχαλασία οισοφάγου τύπου Ι (ταξινόμηση του Chicago), ο οποίος αντιμετωπίστηκε Αποτελεσματικά με ενδοσκοπική μυοτομή (ΡΟΕΜ).

Υλικό-Μέθοδος: Ο ασθενής προσήλθε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δυσφαγίας και απώλειας βάρους 25kg τους τελευταίους μήνες. Το Eckard score ήταν 7 (στάδιο ΙΙΙ). Η ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού, το οισοφαγογράφημα και η μανομετρία οισοφάγου ήταν συμβατά με κλινική αχαλασία τύπου Ι. Συγκεκριμένα το οισοφαγογράφημα έδειξε διάταση σώματος οισοφάγου έως 3εκ και σημείο ράμφους πουλιού, ενώ η ενδοσκόπηση, έδειξε ικανή στάση υγρών, σπάνιες σύγχρονες συσπάσεις και αντίσταση στον ΚΟΣ. Η μανομετρία οισοφάγου έδειξε απερίσταπτη σώματος, αυξημένη πίεση πρεμίας και ατελή χάλασση του ΚΟΣ. Εν συνεχεία προτάθηκε η ενδοσκοπική μυοτομή (ΡΟΕΜ), η οποία και πραγματοποιήθηκε υπο γενική αναισθησία, με βάση προηγούμενη περιγραφή, στο ενδοσκοπικό τμήμα του νοσοκομείου.

Αποτελέσματα: Κατά την ενδοσκόπηση χρησιμοποιήθηκε εμφύσηση CO₂, ενώ κατά την επέμβαση χρησιμοποιήθηκε το TT-knife. Εκλεκτική μυοτομή του έσω κυκλιωτούς μύος, μήκους 12 εκ, ολοκληρώθηκε επιτυχώς απουσία άμεσων ή απώτερων επιπλοκών. Επαναληπτική ενδοσκόπηση και οισοφαγογράφημα την επομένη της επέμβασης ήταν φυσιολογικές, με απουσία διάτρωσης ή αιμορραγίας, ενώ η γαστροοισοφαγική συμβολή ήταν ανοικτή. Ο ασθενής άρχισε σταδιακή σίτιση και εξήλθε μετά από μία ημέρα νοσηλείας σε καλή γενική κατάσταση. Πέντε μήνες αργότερα είναι ελεύθερος συμπτωμάτων με σχεδόν πλήρη υποχώρηση της δυσφαγίας και καλή ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Θεωρούμε την πρωτοποριακή τεχνική ΡΟΕΜ, ασφαλή, Αποτελεσματική και εφικτή, άμιστελής θεραπεία της αχαλασίας οισοφάγου.

ΑΑ045 Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν. ΛΕΜΕΣΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ *Cl.DIFFICILE*

Παπουρής Γιώργος¹, Βενιζέλου Δέσπω¹, Τούρβα Δήμητρα¹, Σκουφάρη Αναστασία¹, Ξενοφώντος Έλενα², Βουνού Εμμέλεια³

¹ Ειδικευόμενοι Ιατροί Παθολογίας Γ.Ν. Λεμεσού

² Επιμελήτρια Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Λεμεσού

³ Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Λεμεσού

Εισαγωγή: Το *cl.difficile* αποτελεί ένα από τα κυριότερα αίτια ενδοσοκομειακής διάρροιας στις ανεπτυγμένες χώρες. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται προοδευτική αύξηση της επίπτωσης και της βαρύτητας των λοιμώξεων από το παθογόνο αυτό.

Υλικό-Μέθοδος: Έγινε καταγραφή των περιστατικών με λοίμωξη από *cl.difficile* που νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική από 01/09/13 - 31/08/14

Αποτελέσματα: Υπήρξαν 30 περιστατικά πρωτολοίμωξης από *cl.difficile*. Το 60% αφορούσε γυναίκες και το 40% άνδρες. Στις μισές περιπτώσεις οι ασθενείς παρουσίαζαν διαρροϊκές κενώσεις στην εισαγωγή τους, ενώ στις υπόλοιπες εμφάνισαν διάρροιας 48 ώρες αργότερα. 96% των ασθενών ήταν άνω των 65 ετών, 76% είχαν λάβει αντιβιοτική αγωγή το τελευταίο τρίμηνο και το 80% λάμβανε αναστολέα αντλίας πρωτονίων (PPIs). Το 50% χρειάστηκε να λάβει αντιβιοτική αγωγή κατά την νοσηλεία του, η οποία και διακόπηκε στο 80% των περιπτώσεων.

Οι περισσότερες περιπτώσεις ανταποκρίθηκαν στην χορήγηση μετρονιδαζόλης με ή χωρίς βανκομυκίνη. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας των ασθενών ήταν 14,5 ημέρες. 4 ασθενείς απεβίωσαν λόγω σοβαρών συνοδών παθήσεων. Από τα 26 περιστατικά που έγιναν εξιτήριο τα 4 παρουσίασαν υποτροπή (15%) εντός 30 ημερών.

Συμπεράσματα: Οι λοιμώξεις από *cl.difficile* εκτός από τη σημαντική προσωπική και κλινική επιβάρυνση που επικφέρουν έχουν σημαντική οικονομική επίπτωση λόγω της αυξημένης διάρκειας και του κόστους νοσηλείας. Ο περιορισμός της αλόγηστης χρήσης αντιβιοτικών, PPIs καθώς και η πρόληψη της νοσοκομειακής μετάδοσης αποτελούν βασικά στοιχεία της αντιμετώπισής τους.

ΑΑ046 ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΓΟΝΟΤΥΠΟΣ 1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ, ΡΙΠΑΒΙΡΙΝΗ ΚΑΙ ΤΕΛΑΠΡΕΒΙΡΗ

Στυλιανίδης Στυλιανός, Στουρνάρας Ευάγγελος, Γεράκης Ιωάννης, Κακαλέτσης Νικόλαος, Μασμανίδου Μαρία, Παπαδοπούλου Ευθυμία, Ελευθεριάδης Νικόλαος, Πρωτοπαπιάς Ανδρέας

Ηπατο-Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.-Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

Εισαγωγή: Η χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) αποτελεί σημαντικότατο παράγοντα κινδύνου χρόνιας ηπατικής νόσου(κίρρωσης, ΗΚΚ) και την συχνότερη αιτία μεταμόσχευσης ήπατος. Σε ποσοστά έως 50% παρατηρείται αποτυχία της θεραπευτικής αγωγής με διπλό σχήμα, (πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη, ριπαβιρίνη) στη ΧΗC γονοτύπου 1.

Σκοπός: Διερεύνηση ασφάλειας, Αποτελεσματικότητας της τριπλής θεραπείας σε συνθήκες κλινικής πράξης.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Συνοδικά μελετήσαμε, 15 ασθενείς (8Α/7Γ), μέσης ηλικίας 48 ετών με ΧΗC-1 έλαβαν τριπλή θεραπεία με Peginterferon, ριπαβιρίνη και τελαπρεβίρη.

Αποτελέσματα: Εννέα ασθενείς έλαβαν στο παρελθόν αγωγή διάρκειας 48 εβδομάδων, με Peginterferon και ριπαβιρίνη-5 υποτροπιάσαντες (2 πρώην iv-χρήστες ουσιών) και 4 μη-ανταποκρινόμενοι (2 πρώην iv-χρήστες ουσιών) και 6 πρωτοθεραπευόμενοι ασθενείς που έλαβαν τριπλή αγωγή με Peginterferon, ριπαβιρίνη και τελαπρεβίρη. Μετά θεραπεία 4 εβδομάδων όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν πρώιμη ιολογική ανταπόκριση EVR. Τρεις ασθενείς διέκοψαν την τριπλή αγωγή μεταξύ 4^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας λόγω παρενεργειών (1^{ος}: έντονη καταβολή και αδυναμία, 2^{ος}: επιδείνωση προϋπάρχουσας κατάθλιψης 3^{ος}: θρομβοπενία, μητροραγία σε έδαφος μη-αντροποούμενης κίρρωσης). Μία πρωτοθεραπευόμενη ασθενής με EVR δεν προσήλθε στο έλεγχο HCVRNA PCR μετά την διακοπή της αγωγής. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν παρενέργειες: αδυναμία, καταβολή δυνάμεων 100%, αναιμία 60%, κνησμό δέρματος 60%, δερματικό εξάνθημα 20%. Σε μια ασθενή ο δερματικός κνησμός υφέθει μετά 10 εβδομάδες από την διακοπή της τελαπρεβίρης. Η HCVRNA PCR την 12 και 24 εβδομάδα ήταν αρνητική στους υπόλοιπους ασθενείς. Δέκα ασθενείς παρουσίασαν μόνιμη ιολογική ανταπόκριση SVR.

Συμπεράσματα: Στη ΧΗC γονοτύπου 1, ο συνδυασμός πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης, ριπαβιρίνης και τελαπρεβίρης είναι Αποτελεσματικός στη μόνιμη αντιμετώπιση της στη καθημερινή κλινική πράξη (μη ανταποκρινόμενοι, υποτροπιάσαντες, πρωτοθεραπευόμενοι) αλλά με σημαντικές παρενέργειες.

ΑΑ047 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΑΠΟ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κακαλιέτσος Νικόλαος, Στυλιανίδης Στυλιανός, Στουρνάρας Ευάγγελος, Μποζίκας Ανδρέας, Γεράκης Ιωάννης, Δεσπάνης Ευάγγελος, Μασμανίδου Μαρία, Πρωτοπαπάς Ανδρέας

Ηπατο-Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

Εισαγωγή-Σκοπός: Η κίρρωση του ήπατος (ΚΙ) αποτελεί χρόνια ηπατική νόσο που χαρακτηρίζεται από διάχυτη ίνωση και διαταραχή της φυσιολογικής ηθιακής αρχιτεκτονικής. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των βασικών κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων και των μεθόδων σταδιοποίησης ασθενών που εξετάστηκαν στο Ηπατολογικό Ιατρείο της Κλινική μας λόγω ΚΙ σε έδαφος κατάχρησης αλκοόλ και η σύγκριση αυτών με τους υπόλοιπους κίρρωτικούς ασθενείς.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Μελετήσαμε 44 διαδοχικούς ασθενείς με ΚΙ το από 1/2013 ως 8/2014. Καταγράφηκαν παράγοντες κινδύνου, (Κατάχρηση Αλκοόλ, Χρόνια Ηπατίτιδα Β και C, Σακχαρώδης Διαβήτης, Μη-Αλκοολική Στεατοπατίτιδα) εργαστηριακά ευρήματα, οι επιπλοκές (ασκίτης, κίρσορραγία, ηπατική εγκεφαλοπάθεια, αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα, ηπάτωμα, θρόμβωση πυλαίας φλέβας) και το στάδιο της ΚΙ. Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με SPSS 21.0.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός είχε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: 62,4% άρρεν φύλλο, 45,5% αλκοολισμό, 27,3% HBV, 27,3% HCV, 18,2% NASH, 2,3% χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Οι ασθενείς με ιστορικό αλκοολισμού (n=20) ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό άρρενες (88,9%vs42,3%, p=0,002) και είχαν μικρότερη ηλικία (55,7vs67, p<0,001) ενώ δε διέφεραν στατιστικώς σημαντικά ως προς τα υπόλοιπα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα.

Συμπεράσματα: Η αλκοολική κίρρωση αποτελεί την κυριότερη αιτία κίρρωσης και είναι συχνότερη στους άρρενες και αφορά μικρότερες ηλικίες.

ΑΑ048 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κακαλιέτσος Νικόλαος, Στυλιανίδης Στυλιανός, Μασμανίδου Μαρία, Τσούτσας Γεώργιος, Δεσπάνης Ευάγγελος, Παντολέων Αθηνά, Ελευθεριάδης Νικόλαος, Πρωτοπαπάς Ανδρέας

Ηπατο-Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

Εισαγωγή - σκοπός: Η θρόμβωση πυλαίας φλέβας (ΘΠΦ) αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα και είναι το αποτέλεσμα τοπικών και συστηματικών παραγόντων κινδύνου. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των βασικών κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Ηπατολογικό Τμήμα της Κλινική μας λόγω ΘΠΦ.

Ασθενείς και μέθοδοι: Μελετήσαμε 10 ασθενείς με θρόμβωση πυλαίας από 5/2013 ως 7/2014. Καταγράφηκαν παράγοντες κινδύνου, εργαστηριακά ευρήματα και οι επιπλοκές. Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με SPSS.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός είχε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: 62,2 έτη μέση ηλικία, 50% άρρεν φύλλο, 70% κίρρωση, 20% HBV, 30% NASH και 30% ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ). Άλλε αίτιες ΘΠΦ που καταγράφηκαν ήταν συστηματικός ερυθρηματώδης ήλικος, ψωριασική αρθρίτιδα και η θρομβοφιλία. Οι κυριότερες επιπλοκές εκδήλωσης ήταν ο ασκίτης (40%) και η κίρσορραγία (40%).

Συμπεράσματα: Η κίρρωση σε έδαφος NASH και ΗΚΚ αποτελούν σημαντικά αίτια ΘΠΦ. Η κίρσορραγία και ο ασκίτης αποτελούν τις κυριότερες επιπλοκές εκδήλωσης θρόμβωσης της πυλαίας φλέβας.

ΑΑ049 ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Στυλιανίδης Στυλιανός, Κουπαράνης Αντώνιος, Μποζίκας Ανδρέας, Γεράκης Ιωάννης, Δεστώνης Ευάγγελος, Παντολέων Αθηνά, Μασμανίδου Μαρία, Πρωτοπαπάς Ανδρέας

Ηπατο-Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο αποτελεί ένα μη φλεγμονώδες αυτοάνοσο νόσημα με χαρακτηριστικές υποτροπιάζουσες θρομβώσεις τόσο στο αρτηριακό όσο και στο φλεβικό δίκτυο, προσβάλλει διάφορα όργανα και μπορεί να εμφανίσει διάφορες κλινικές εκδηλώσεις.

Παρουσίαση περίπτωσης: Ασθενής 45 ετών εισήχθη στην κλινική λόγω διάχυτης κοιλιακής ευαισθησίας από 2 ημέρου. Το ατομικό ιστορικό είναι ελεύθερο. Από το οικογενειακό ιστορικό δεν αναφέρονται περιπτώσεις πρώιμων καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Κατά τον κλινικό έλεγχο δεν διαπιστώνονται παθολογικά ευρήματα. Στο εργαστηριακό έλεγχο παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα d-Dimers ενώ από την CT- Αγγειογραφία ευρήματα συμβατά με θρόμβωση μεσεντερίου και σπληνικής φλέβας . Η ενδοσκοπηση ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού ήταν φυσιολογικές. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας ήταν αρνητικός. Έγινε έλεγχος για αντιφωσφολιπιδαιμικό σύνδρομο και τα αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης και β2-GP1 που ήταν θετικά. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Αρχικώς έλαβε ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και τέθηκε σε μακροχρόνια αγωγή με βαρφαρίνη με στόχο INR 2-3 . Σε επανέλεγχο μετά έξι μήνες με συγκριτική CT-Αγγειογραφία βρέθηκε ήπια υποστρόφη την θρόμβωση.

Συμπεράσματα: Πρόκειται για περίπτωση θρόμβωσης μεσεντερίου και σπληνικής φλέβας ως πρώτη εκδήλωση αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου με εντόπιση στο έντερο που αντιμετωπίζεται συντηρητικά με αντιπηκτική αγωγή.

ΑΑ050 ΣΟΒΑΡΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΥΠΕΡΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ ΑΣΘΕΝΗ

Στουρνάρας Ευάγγελος, Στυλιανίδης Στυλιανός, Τσούτσας Γεώργιος, Δεστώνης Ευάγγελος, Γεράκης Ιωάννης, Παπαδοπούλου Ευθυμία, Πρωτοπαπάς Ανδρέας

Ηπατο-Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Οι μετεγχειρητικές στενώσεις χοληφόρων αποτελούν τη συνθέστερη αιτία καλοήθων στενώσεων χοληφόρων. Εμφανίζονται συχνότερα μετά από λαπαροσκοπική (0.4-0.6%) και σπανιότερα μετά από ανοικτή χειρουργική χολοκυστεκτομή (0.2-0.4%)

Παρουσίαση περίπτωσης: Νεαρός άνδρας 19 ετών εισήχθη στη κλινική μας λόγω ικτερικής συνδρομής από 3 ημέρου με ήπιο άλγος δεξιού υποχονδρίου, απουσία πυρετού. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται χοληλιθίαση και ανοικτή χολοκυστεκτομή σε ηλικία 6 ετών σε έδαφος αδιευκρίνιστης αιμολυτικής αναιμίας από την βρεφική ηλικία για την οποία δεν ελάμβανε αγωγή ή μεταγγίσεις αίματος. Δύο ημέρες μετά την χολοκυστεκτομή ακολούθησε 2^η χειρουργική επέμβαση λόγω ικτερικής συνδρομής. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, διαπιστώθηκε υπερχολερυθριναιμία με ολική χολερυθρίνη 80mg/dl, άμεση: 55mg/dl, έμμεση: 25mg/dl, με αυξημένες τιμές ουρίας, κρεατινίνης (αφυδάτωση) καθώς επίσης ήπια τρανσαμινασαιμία και ήπια ορθόχρωμη αναιμία. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποκάλυψε σοβαρή διάταση ενδοηπατικών και εξωηπατικών χοληφόρων, με εύρος κοινού χοληδόχου 20mm. Η MRCP ανέδειξε διάταση ενδοηπατικών χολαγγείων παρουσία χοληλιθίων στον αριστερό ηπατικό, τον κοινό ηπατικό και τον κοινό χοληδόχο πόρο, απουσία σημείων στένωσης. Ακολούθησε ενδοσκοπική παλίνδρομη παγκρεατοχολαγγειογραφία με σφιγκτηροτομή, όπου στο μέσω τρίτημorio του κοινού χοληδόχου πόρου παρατηρείται ομαλή στένωση παρουσία σημαντικού αριθμού λίθων άνωθεν και κάτωθεν αυτής, ακολούθησε καθαρισμός των χοληφόρων με μπαλόνι και τοποθέτηση π्लाστικών ενδοπροθέσεων. Ο ασθενής παρουσίασε ταχεία βελτίωση των επιπέδων της χολερυθρίνης.

Συμπεράσματα: Οι πολύ αυξημένες τιμές χολερυθρίνης αποδίδονται στη σημαντική απόφραξη των χοληφόρων λόγω της χοληδόχολιθίασης, της στένωσης του χοληδόχου πόρου αβλά και στη παρουσία της αδιευκρίνιστης αιμολυτικής αναιμίας.

AA051 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΙΡΡΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ

Κακαλιέτσος Νίκος, Στυλιανίδης Στυλιανός, Στουρνάρας Ευάγγελος, Τσούτσας Γεώργιος, Παπαδοπούλου Ευθυμία, Παντολέων Αθηνά, Ελευθεριάδης Νικόλαος, Πρωτοπαπάς Ανδρέας

Ηπατο-Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

Εισαγωγή-Σκοπός: Η κίρρωση του ήπατος (ΚΙ) αποτελεί χρόνια ηπατική νόσο που χαρακτηρίζεται από διάχυτη ίνωση και διαταραχή της φυσιολογικής ηοβιακής αρχιτεκτονικής. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των βασικών κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων και των μεθόδων σταδιοποίησης ασθενών που εξετάστηκαν στο Ηπατολογικό Ιατρείο της Κλινικής μας λόγω ΚΙ και η σύγκριση αυτών στα δύο φύλα.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Μελετήσαμε 44 διαδοχικούς ασθενείς με ΚΙ το από 1/2013 ως 8/2014. Καταγράφηκαν παράγοντες κινδύνου, εργαστηριακά ευρήματα, οι επιπλοκές και το στάδιο της ΚΙ. Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με SPSS.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός είχε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: 62,4% άρρεν φύλλο, 27,3% HBV, 27,3% HCV, 45,5 % αλκοολισμό, 18,2 % ΜΑΣΗ, 2,3% χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Οι άρρενες ασθενείς (n=27) είχαν μικρότερη ηλικία (59,2vs67,5, p=0,01), μεγαλύτερο ποσοστό κατάχρησης αλκοόλ (59,3%vs11,8%, p=0,002), HBV (40,7%vs5,9%, p=0,015) και υψηλότερη τιμή WBC (5.800vs3.300, p=0,023). Οι γυναίκες είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό HCV και NASH ΚΙ χωρίς όμως στατιστικές σημαντική διαφορά.

Συμπεράσματα: Η κίρρωση στους άρρενες εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία και σχετίζεται με τον αλκοολισμό και τον HBV, ενώ στις γυναίκες με τον HCV και τη NASH.

AA052 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ποζουκίδου Καλλιόπη¹, Δημουλιός Φίλιππος², Δούμτσας Πέτρος¹, Μέμμος Ευάγγελος¹, Δεληγιάννη Δέσποινα¹, Κοντοτάσιος Κωσταντίνος¹, Βουήτσινος Βασίλης³, Κούτρας Χρήστος¹

¹ Παθολογικό Τμήμα

² Ενδοσκοπικό Γαστρεντερολογικό Τμήμα

³ Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας)

Σκοπός: Μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών του Ca στομάχου όσον αφορά στην ηλικία, το φύλο, την ανατομική εντόπιση, την κύρια ένδειξη ενδοσκόπησης και τον ιστολογικό τύπο την τριετία 2012-2014.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Έγινε αναδρομική μελέτη των ενδοσκοπήσεων και των βιοψιών του στομάχου της τελευταίας τριετίας του ενδοσκοπικού γαστρεντερολογικού τμήματος της παθολογικής κλινικής του Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας). Καταγράφηκαν 49 (5,5%) ασθενείς με Ca στομάχου επί του συνόλου 2.739 ενδοσκοπήσεων του ανώτερου πεπτικού συστήματος.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 70 (50-92) έτη. Η αναλογία ανδρών γυναικών ήταν 2:1. Οι κυριότερες ενδείξεις ενδοσκόπησης ήταν: διερεύνηση μετά από ευρήματα στη CT(28%), αναιμία(20%), αιμορραγία ανώτερου πεπτικού(18%) και απώλεια βάρους(14%). Η ανατομική κατανομή ήταν καρδιοισοφαγική συμβολή-θόλος στομάχου(31%), σώμα(22%), άντρο(40%) και γαστρικό κοιλώμα(7%). Απόφραξη αυλού διαπιστώθηκε στο 22% των περιπτώσεων και στένωση σε ποσοστό 85%. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε αδενοκαρκίνωμα σε όλες τις περιπτώσεις.

Συμπεράσματα: 1. Συχνότερη εμφάνιση Ca στομάχου παρατηρείται σε ηλικία > 60(87%). 2. Οι κυριότερες ενδείξεις ενδοσκοπικού ελέγχου ήταν: ευρήματα στη CT, αναιμία, αιμορραγία ανώτερου πεπτικού και απώλεια βάρους. 3. Παρατηρείται συχνότερα στο άντρο και στην καρδιοισοφαγική συμβολή-θόλο στομάχου. 4. Ο ιστολογικός τύπος ήταν σε όλες τις περιπτώσεις αδενοκαρκίνωμα.

ΑΑ053 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ποζουκίδου Καλλιόπη¹, Δημουλιός Φίλιππος², Δούμτσας Πέτρος¹, Μέμμος Ευάγγελος¹, Δεληγιάννη Δέσποινα¹, Κοντοτάσιος Κωσταντίνος¹, Βουλιτσινός Βασίλης³, Κούτρας Χρήστος¹

¹ Παθολογικό Τμήμα

² Ενδοσκοπικό Γαστρεντερολογικό Τμήμα

³ Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας)

Σκοπός: Μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών του Ca παχέος εντέρου όσον αφορά στην ηλικία, το φύλο, την ανατομική εντόπιση, τη συνύπαρξη πολυπόδων και τον ιστολογικό τύπο την τριετία 2012-2014.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Έγινε αναδρομική μελέτη των ενδοσκοπήσεων και των ιστολογικών εξετάσεων του παχέος εντέρου του ενδοσκοπικού τμήματος της Παθολογικής κλινικής του Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας) την τριετία 2012-2014. Καταγράφηκαν 88 (15%) ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου επί του συνόλου 1.742 ενδοσκοπήσεων του κατώτερου πεπτικού συστήματος.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών με Ca παχέος ήταν 74 (24-88) έτη. Η αναλογία ανδρών-γυναικών ήταν 0,9:1,1. Οι κύριες ενδείξεις ενδοσκόπησης ήταν: διερεύνηση μετά από ευρήματα στη CT(28%), αιμορραγία κατώτερου πεπτικού(27%), ειλεός(15%), αναιμία(12%). Η κατανομή του Ca παχέος εντέρου ήταν ορθός(25%), σιγμοειδής(31%), κατιόν(6%), εγκάρσιο(8%), ανιόν(11%), τυφλή(19%). Η συνύπαρξη πολυπόδων ήταν 25%. Διαπιστώθηκε απόφραξη του αυλού σε ποσοστό 45% και στένωση σε ποσοστό 15%. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε σε όλες τις περιπτώσεις αδενοκαρκίνωμα.

Συμπεράσματα: 1. Παρατηρείται συχνότερα σε ηλικία >45(99%) και ιδιαίτερα στους υπερήλικες (ηλικία >75 σε ποσοστό 64%). 2. Οι κυριότερες ενδείξεις ενδοσκοπικού ελέγχου ήταν: ευρήματα στη CT, αιμορραγία κατώτερου πεπτικού, ειλεός και αναιμία. 3. Η συχνότερη εντόπιση ήταν στο ορθοσιγμοειδές(56%). 4. Ο ιστολογικός τύπος ήταν σε όλες τις περιπτώσεις αδενοκαρκίνωμα.

ΑΑ054 ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Δημουλίδης Φίλιππος¹, Ποζουκίδου Καλλιόπη², Δεληγιάννη Δέσποινα², Κοντοτάσιος Κωνσταντίνος², Ζωγράφου Μουσσιανή², Γραμμένα Χαρίκλεια¹, Τσικρικά Ευαγγελία⁴, Σκορδίλης Παναγιώτης³, Παντελεάκης Κυριάκος¹, Κούτρας Χρήστος²

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας

²Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

³Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

⁴Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας

Εισαγωγή: Η ηλικία θεωρείται σημαντικός αρνητικός προγνωστικός παράγοντας στην οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Η γήρανση του πληθυσμού, σε συνδυασμό με την διαρκώς αυξανόμενη χρήση αντιαιμοπεταλιακών και άλλων αντιπηκτικών, έχουν προκαλέσει αύξηση των εισαγωγών λόγω οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού.

Σκοπός-Μέθοδος: Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθούν αναδρομικά τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, τα ενδοσκοπικά ευρήματα, και η θεραπεία που ακολουθήθηκε σε όλους τους ασθενείς ηλικίας > 80 ετών που νοσηλεύτηκαν με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στη διάρκεια της τετραετίας 2008-11, στο Γ.Ν.Βέροιας. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε γαστροσκόπηση εντός 24 ωρών

Αποτελέσματα: Συνολικά 95 ασθενείς ηλικίας 80-91 ετών, (μέση ηλικία: 83,5) συμμετείχαν στην καταγραφή (58,9% γυναίκες). Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 7,4±5,3 ημέρες. Η θνητότητα, στη διάρκεια της νοσηλείας, ήταν 4,2%. Υποτροπή της αιμορραγίας παρουσίασαν 7 ασθενείς (7,3%) και χρειάστηκε να υποβληθούν σε δεύτερη ενδοσκόπηση. Το 97,8% παρουσίαζε τουλάχιστον μια συνυπάρχουσα πάθηση: καρδιοαγγειακή νόσος: 35,7%, ιστορικό ΑΕΕ: 14,7%, ΧΝΑ: 8,4%, νεοπλασία: 13,6%, κίρρωση ήπατος: 8,4%, σακχαρώδης διαβήτης: 34,7%, υπέρταση: 53,6%. Το 24,2% έπαιρνε χαμηλή δόση ασπιρίνης, το 13,6% έπαιρνε κλοπιδογρένη, το 9,4% έπαιρνε κουμαρινικό αντιπηκτικό, και το 25,2% χρησιμοποιούσε συχνά άλλα ΜΣΑΦ. Τα ενδοσκοπικά ευρήματα ήταν: πεπτικό έλκος: 62 ασθενείς (65,2%) (Forrest Ia και Ib: 11 ασθενείς, Forrest IIa-c: 29 ασθενείς, Forrest III: 22 ασθενείς), κίρρωσ οισοφάγου: 3 ασθενείς (3,1%), οισοφαγίτις: 10 ασθενείς (10,5%), Mallory-Weiss: 5 ασθενείς (5,2%), νεοπλασίες: 6 ασθενείς (6,3%), άλλα ευρήματα: 9 ασθενείς (9,4%). Ενδοσκοπική θεραπεία εφαρμόστηκε σε 13 ασθενείς (13,6%), με Αποτελεσματικότητα 88,8%. Ένας ασθενής (1,05%) χρειάστηκε να χειρουργηθεί.

Συμπεράσματα: Το πεπτικό έλκος ήταν το συχνότερο αίτιο αιμορραγίας στους ασθενείς άνω των 80 ετών. Η ενδοσκοπική προσέγγιση ήταν ασφαλής και Αποτελεσματική.

AA055 ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΚΑΙ HELICOBACTER PYLORI

Δημουλίδης Φίλιππος¹, Ποζουκίδου Καλλιόπη², Δεληγιάννη Δέσποινα², Κοντοτάσιος Κωνσταντίνος², Ζωγράφου Μουσιανή², Τσακνίδου Μαρία¹, Τσικρικά Ευαγγελία⁴, Σκορδίλης Παναγιώτης³, Παντελεάκης Κυριάκος¹, Κούτρας Χρήστος²

¹ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας

² Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

³ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

⁴ Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας

Εισαγωγή: Η πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στη λοίμωξη από *Helicobacter Pylori* (HP) και στη Γαστροοισοφαγική Παλινδρομική Νόσο (ΓΟΠΝ) συμπεραίνεται από επιδημιολογικά δεδομένα που δείχνουν ότι όσο ο επιπολασμός της HP λοίμωξης, στο Δυτικό κόσμο, ελαττώνεται, τόσο αυξάνει ο επιπολασμός της ΓΟΠΝ και της οισοφαγίτιδας. Άλλες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν αυτήν την αρνητική συσχέτιση.

Σκοπός - Μέθοδος: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθεί ο επιπολασμός της HP λοίμωξης σε ασθενείς με οισοφαγίτιδα από παλινδρομηση. Συμμετείχαν 361 ασθενείς με οισοφαγίτιδα (μέση ηλικία 54,5 έτη, 58,17% άνδρες) και 70 ασυμπτωματικοί μάρτυρες, που υποβλήθηκαν σε γαστροσκοπήση λόγω σιδηροπενικής αναιμίας, χωρίς κλινικά ή ενδοσκοπικά ευρήματα οισοφαγίτιδας ή ΓΟΠΝ. Όλοι οι ασθενείς και οι μάρτυρες υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού. Η παρουσία του Η.Ρ. επιβεβαιώθηκε με ιστολογική εξέταση ή δοκιμασία αναπνοής.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με οισοφαγίτιδα χαρακτηρίστηκαν, σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Los Angeles, ως εξής: στάδιο A (168 ασθενείς), στάδιο B (94), στάδιο C (68) και στάδιο D (31). Ο επιπολασμός της λοίμωξης από HP ήταν χαμηλότερος (αλλά όχι σημαντικά) στους ασθενείς με οισοφαγίτιδα σε σύγκριση με τους μάρτυρες (51,24% vs 55.7%, NS). Όταν οι ασθενείς με οισοφαγίτιδα χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με βάση τη βαρύτητα της οισοφαγίτιδας, (ήπια οισοφαγίτιδα: στάδια A+B, και σοβαρή οισοφαγίτιδα: στάδια C+D), η συχνότητα του HP ήταν η ακόλουθη: 57.25% στους ασθενείς με ήπια οισοφαγίτιδα (NS σε σύγκριση με τους μάρτυρες), και 35,35% στους ασθενείς με σοβαρή οισοφαγίτιδα (p<0,05 σε σύγκριση με τους μάρτυρες).

Συμπέρασμα: Παρατηρήθηκε σημαντικά χαμηλότερος επιπολασμός της λοίμωξης από HP σε ασθενείς με σοβαρή οισοφαγίτιδα (σταδίου C, D), αλλά όχι σε ασθενείς με ήπια οισοφαγίτιδα (σταδίου A, B). Αυτό, υποδηλώνει ένα πιθανό προστατευτικό ρόλο της λοίμωξης από HP στην εμφάνιση σοβαρής οισοφαγίτιδας.

AA056 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 96 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2)

Τσαχουρίδου Όλγα¹, Τσοτουλίδης Στέφανος¹, Γρίβου Καλλιόπη¹, Τσαχουρίδης Αριστείδης¹, Χριστοφορίδου Ευγενία¹, Πετρίδης Γεώργιος, Μανές Χρήστος²

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο, Κ.Υ. Κασσανδρείας, Χαλκιδικής

² Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η περιφερική νευροπάθεια και η διαβητική νευροπάθεια αποτελούν δύο από τις σοβαρότερες επιπλοκές του ΣΔΤ2. Σκοπός: Η διαχρονική μελέτη της νεφρικής λειτουργίας και της λειτουργίας των μεγάλων νευρικών ιών και η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας σε σχέση με τη διαταραχή στην αντίληψη των δονήσεων.

Ασθενείς-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 342 ασθενείς με ΣΔΤ2 στην έναξή τους στο Διαβητολογικό Ιατρείο με παρακολούθησή τους για 96 εβδομάδες. Προσδιορίστηκαν οι παράμετροι: ηλικία, βάρος, ύψος, κρεατινίνη πλάσματος και η παρουσία πλευρώματος στα ούρα. Υπολογίστηκε η κάθαρση κρεατινίνης (GFR). Τέλος, μετρήθηκε η παλθαισθησία με βιοθεσιόμετρο στο μεγάλο δάκτυλο με τη μέση τιμή τριών διαδοχικών μετρήσεων.

Αποτελέσματα: 55 ασθενείς (16%) είχαν μικρολευκωματιουρία στην έναξή τους, ενώ 71 ασθενείς (20.7%) στην τελευταία επίσκεψη. Ο μέσος όρος του GFR(0) ήταν 114,04/min/1.73m² (SD: 39,00%) ενώ 96 εβδομάδες μετά το GRF(1) μειώθηκε σε 110,75/min/1.73m² (SD: 44,48%)[N/S]. Η αντίληψη των δονήσεων επιδεινώθηκε σημαντικά διαχρονικά στους άκρους πόδες 96 εβδομάδες μετά (<0,0005) την έναρξη της μελέτης. Οι τιμές του GFR(1) είχαν αρνητική συσχέτιση με τις τιμές των μετρήσεων στο βιοθεσιόμετρο (0)(ΔΕ:r=-0,270, p<0,04, AP:r=-0,317, p<0,01) και βιοθεσιόμετρο (1) (ΔΕ:r=-0,243, p<0,09, AP:r=-0,281, p<0,03), αναδεικνύοντας ότι επιδείνωση των νευροπαθικών βλαβών μπορεί να προβλέπει μείωση του GFR. Ασθενείς με ενδιάμεσες βλάβες νευροπαθικού τύπου στο baseline(σκόρ βιοθεσιόμετρο: 11-25) φάνηκε να επιδεινώνουν τη νεφρική τους λειτουργία σε σχέση με αυτούς με φυσιολογική αντίληψη των δονήσεων ΔΕ (p=0.014) και AP (p=0.072).

Συμπέρασματα: Οι διαταραχές παλθαισθησίας φαίνεται να σχετίζονται με την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Η εντόπιση ασθενών με ενδιάμεσες βαρύτητας νευροπαθικές βλάβες είναι σημαντική για την πρόβλεψη και των άλλων επιπλοκών της νόσου.

AA057 Η ΠΛΕΙΟΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D. ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ

Κώστωγλου - Αθανασίου Ιφιγένεια, Αθανασίου Παναγιώτης, Γκούντουβας Αναστάσιος, Καϊδρυμίδης Φίλιππος

Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.
Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»
Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Μεταξά Πειραιά

Εισαγωγή. Η βιταμίνη D είναι ορμόνη που συμβάλλει στην εύρυθμη λειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος. Φαίνεται, ωστόσο, ότι η ορμόνη έχει πολλαπλές εξωσκελετικές δράσεις. Συγκρίνοντας ερευνητικά δεδομένα από πολλές χώρες δείχνουν ότι η ανεπάρκεια της βιταμίνης D είναι μια σύγχρονη πραγματικότητα. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης D έχει σχετισθεί με προδιάθεση για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη 2 (ΣΔ 2) και θεωρείται ότι μπορεί να επιδρά στην έκκριση και στη δράση της ινσουλίνης.

Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της επίδρασης της βιταμίνης D στη γλυκαιμική ρύθμιση σε ασθενείς με ΣΔ 2.

Υλικό και Μέθοδοι: Μετρήθηκαν τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και της 25(OH)D₃ στο αίμα σε 120 ασθενείς με ΣΔ 2 και 120 φυσιολογικά άτομα αντίστοιχης ηλικίας και φύλου.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα της HbA1c ήταν 7.2±0.18% (mean±SEM) και 5.1±0.05% στους ασθενείς με ΣΔ2 και τους φυσιολογικούς, αντίστοιχα (p<0.001, Student's t test). Τα επίπεδα της 25(OH)D₃ ήταν 19.26±0.95 και 25.49±1.02 ng/ml στους ασθενείς με ΣΔ2 και τους φυσιολογικούς, αντίστοιχα (p<0.001). Παρατηρήθηκε ανάστροφη σχέση μεταξύ των επιπέδων της HbA1c και των επιπέδων της 25(OH)D₃ στους ασθενείς με ΣΔ 2 (p=0.008, r²=0.058, linear regression analysis). Η ανάστροφη αυτή σχέση μεταξύ της HbA1c και της 25(OH)D₃ ήταν ισχυρότερη όταν τα δεδομένα των ασθενών με ΣΔ 2 και των φυσιολογικών μελετήθηκαν μαζί (p<0.001, r²=0.086).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι οι ασθενείς με ΣΔ 2 είχαν χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D₃ και ότι οι ασθενείς με πτωχότερα ρυθμισμένο ΣΔ 2 είχαν χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης D₃. Φαίνεται ότι η 25(OH)D₃ μπορεί να επηρεάζει τη γλυκαιμική ρύθμιση στους ασθενείς με ΣΔ 2.

AA058 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΡΟΥ ΤΟΥ TIMP-1 ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΥΤΑ ΤΗΣ IL-6 ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΧΝΝ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΥΠΟΥ 2

Δήμας Γρηγόριος¹, Ηλιάδης Φώτιος¹, Τέγος Θωμάς², Σπύρογλου Σοφία³, Κανέλλος Ηλίας¹, Καραμούζης Ιωάννης², Σαββόπουλος Χρήστος¹, Καραμούζης Μιχαήλ³, Ωρολόγης Αναστάσιος², Χατζητόλιος Απόστολος¹, Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο ιστικός αναστολέας των πρωτεασών TIMP-1 (Tissue inhibitor of MMPs) έχει ταυτοποιηθεί στον άνθρωπο και η έκφρασή του ρυθμίζεται κατά την ανάπτυξη και την ανακατασκευή των ιστών. Η υπερέκφρασή του σε πειραματικό μοντέλο ποντικού έδειξε υποστροφή της αθηροσκληρωτικής βλάβης των αγγείων. Η ιντερλευκίνη-6 (IL-6) αποτελεί μια σημαντική προφλεγμονώδη λιποκυτοκίνη.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορισθούν τα επίπεδα ορού του TIMP-1 και της IL-6 και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με δείκτες αθηροσκληρώσεως και εξέλιξης χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) σε πρώιμα στάδια διαβητικής νεφροπάθειας τύπου 2 (ΔΝ 2).

Ασθενείς-Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 40 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1 και 2 και μικρολευκωματουρία. Ως ομάδα μαρτύρων προσήλθαν 40 υγιείς μάρτυρες. Η κάθαρση κρεατινίνης και η έκκριση αλβουμίνης ανιχνεύθηκαν σε ούρα 24ώρου. Ο TIMP-1 και η IL-6 μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Η πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων και των μηριαίων αρτηριών (Intima Media Thickness, IMT) και η παρουσία αθηρωματικής πλάκας εκτιμήθηκαν με έναν υπερηχοτομογράφο υψηλής ευκρίνειας.

Αποτελέσματα: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του TIMP-1 και της IL-6 (r= -0.7, p<0.005), καθώς επίσης και του TIMP-1 και του IMT (r= -0.65, p<0.005), ενώ υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ IL-6 και IMT (r= 0.7, p<0.005) στην ομάδα των ασθενών. Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών και μαρτύρων του TIMP-1 (400±20, p<0.005), της IL-6 (4±0.5, p<0.005), καθώς και του IMT (0.3±0.09, p<0.005).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει τα χαμηλά επίπεδα ορού του TIMP-1 σε συνδυασμό με τα υψηλά επίπεδα IL-6 να συσχετίζονται με παράγοντες αθηροσκληρώσεως τουλάχιστον στα πρώτα στάδια ΧΝΝ και ΔΝ προς την εξέλιξη σε ΧΝΝ.

ΑΑ059 ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ. ΜΙΑ ΟΧΙ ΚΑΙ ΤΟΣΟ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΟΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Κιουτσούκ Σ., Ιωσφίδου Γ., Παναγόπουλος Π., Γανίτης Α., Χρηστακίδου Ε., Τερζή Ε., Μπαϊτατζίδου Μ., Δημισκίδου Α., Αντώνογλου Χ., Μαϊτέζος Ε.

Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β΄ Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Εισαγωγή: Η λεπτοσπείρωση αποτελεί μία ανθρωποζωνόσο με παγκόσμια κατανομή και ποικίλους παράγοντες κινδύνου

Σκοπός: Η καταγραφή της εμπειρίας της Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων της Κλινικής μας σε χρονικό διάστημα 20 μηνών, η αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου καθώς και των προγνωστικών δεικτών της νόσου, αλληλά και η επισήμανση των διαγνωστικών δυσκολιών

Ασθενείς-Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι περιπτώσεις λεπτοσπείρωσης με εργαστηριακή τεκμηρίωση σε χρονικό διάστημα 20 μηνών. Κατεγράφησαν οι παράγοντες κινδύνου, η αρχική συμπτωματολογία, η αρχική διάγνωση (στις περιπτώσεις που διεκοιμήθησαν από άλλο νοσοκομείο), οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και η έκβαση.

Αποτελέσματα: Στο παραπάνω χρονικό διάστημα νοσηλεύθηκαν 4 ασθενείς με επιβεβαιωμένη λεπτοσπείρωση. Όλοι ήταν άνδρες, ηλικίας 24, 32, 50 και 60 ετών αντιστοίχως. Ήταν κάτοικοι και των τριών νομών της Θράκης με σαφή παράγοντα έκθεσης. 4/4 (100%) είχαν ηπατική συμμετοχή και νεφρική ανεπάρκεια κατά τη διάγνωση, 2/4 εκδήλωσαν αιμορραγική διάθεση και χαρακτηριστική ένεση επιπεφυκικών, ενώ ουδείς παρουσίασε πνευμονική προσβολή και ενδοκυψελιδική αιμορραγία. 2/4 υπεβλήθησαν άμεσα σε συνεδρία τεκτονού νεφρού, όλοι έλαβαν άμεσα επαρκές αντιμικροβιακό σχήμα και όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν άριστη ανταπόκριση και ίαση. Εξάιρεση αποτελεί ένας εξ αυτών ο οποίος παρουσίασε ανοσοολογικές επιπλοκές με αγγειίτιδα και πολυνευρίτιδα που οδήγησαν σε γάγγραινα άκρου ποδός.

Συμπεράσματα: Η λεπτοσπείρωση είναι μία νόσος που δεν πρέπει να αγνοούμε. Κρίβει διαγνωστικές παγίδες, ενώ η όποια καθυστέρηση στην ορθή θεραπευτική προσέγγιση επιβαρύνει την πρόγνωση. Απαραίτητη είναι και η εργαστηριακή υποστήριξη για την τεκμηρίωση της ασθένειας.

ΑΑ060 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ηλιάδης Φ.¹, Διδάγγελος Τ.¹, Ντέμκα Α.¹, Μωραλίδης Ε.², Γκοτζαμάνη - Ψαρράκου Α.², Μακέδου Α.³, Σαββόπουλος Χ.¹, Γρέκας Δ.¹, Χατζητόλιος Α.¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

² Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

³ Εργαστήριο Λιπιδίων 2^{ος} Παιδιατρικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) είναι ιδιαίτερα συχνή σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) και οδηγεί σε αύξηση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων των διαβητικών ασθενών.

Σκοπός: Η καταγραφή της συχνότητας της ΧΝΝ σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 που προσέρχονται στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ενός Διαβητολογικού Κέντρου Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου.

Υλικό-Μέθοδος: Εκτιμήθηκαν 417 ασθενείς (43% άνδρες) από το Διαβητολογικό Κέντρο της Α΄ ΠΡΠ Κλινικής του Νοσοκομείου «ΑΧΕΠΑ». Για την ύπαρξη της ΧΝΝ χρησιμοποιήθηκε η μέτρηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) με ραδιοϊσοτοπική μέθοδο (κάθαρση Cr⁵¹) και η ύπαρξη ηευκωματινιουρίας με μέτρηση του λόγου ηευκωματίνης (mg)/g κρεατινίνης ούρων (ACR) σε πρωινό δείγμα ούρων. Τα βασικά κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά των ασθενών ήταν: ηλικία 64,9 (10,4) έτη, διάρκεια διαβήτη 11,6 (8,8), BMI 30,8 (5,0) Kg/m², γλυκόζη νηστείας 153 (57) mg, HbA1c 7,0 (1,6) %, GFR 70,7 (24,1) ml/min/1.73 m², ACR 78,5 (243,1) mg/g cr. Η στατιστική ανάλυση έγινε με SPSS 18.0

Αποτελέσματα: ΧΝΝ είχαν 197 ασθενείς (47,3 % του συνόλου των ασθενών). ΧΝΝ σταδίου 1 είχαν 19 ασθενείς (4,6% του συνόλου), ΧΝΝ σταδίου 2 είχαν 25 ασθενείς (6% του συνόλου), ΧΝΝ σταδίου 3 είχαν 138 ασθενείς (33,1% του συνόλου) και ΧΝΝ σταδίου 4 και 5 είχαν 15 ασθενείς (3,6% του συνόλου). Συνολικά 36,7 % των ασθενών είχαν GFR < 60 ml/min/1.73 m².

Συμπεράσματα: Η ΧΝΝ είναι ιδιαίτερα συχνή σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 και πρέπει πάντα να αναζητείται.

ΑΑ061 ΜΥΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΝΗ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Κ. Καθολιάννης, Ε. Ράνδου, Γ. Αλεξάκης, Ζ. Γάβρος, Α. Μίχου, Δ. Σιμελίδης

Νοσοκομείο Κοζάνης

Εισαγωγή: Οι στατίνες αναστέλλουν την αναγωγή του HMG-CoA, ενός ενζύμου που ρυθμίζει την ταχύτητα σύνθεσης της χοληστερόλης. Σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η αναστρέψιμη μυοσίτιδα και η ραβδομυόλυση. Ο κίνδυνος είναι σπάνιος.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιπτώσεως μυοξικότητας από στατίνη.

Υλικό: Πρόκειται για γυναίκα ηλικίας 59 ετών που νοσηλεύτηκε στην Παθολογική κλινική γιατί σε τυχαίο έλεγχο διαπιστώθηκε αυξημένη κρεατινική κινάση(CK).

Ιστορικό: Αμυγλής υπερχοληστερολαιμία υπό ατορβαστατίνη 40 mgx1 από 18μήνου. Υπέρταση υπό Olmesartan+Amlodipine 20/5 x1, Σ. Διαβήτης υπό sitagliptine+ metformine 50/850 x2.

Ήταν ασυμπτωματική και χωρίς ευρήματα από την κλινική εξέταση και τη Νευρολογική εκτίμηση. Κατά την είσοδο : Ht 36,5%, Λευκά 6.930, ΑΜΠ 326.000 ΤΚΕ 33,CK 5895 IU/L CMB 142 LDH 660 AST 129 ALT 182 CRP 0.50 Λοιπός βιοχημικός έλεγχος και α/α θώρακα κ.φ.

Μέθοδος-Αποτελέσματα: Η άμεση διακοπή της στατίνης, η ενυδάτωση (ούρα 24ώρου > 3 lit) και η αλκαλοποίηση των ούρων βελτίωσαν μερικώς μόνον τα επίπεδα της CK, των τρανσαμινασών και της LDH. Έγινε περαιτέρω διερεύνηση: Πλευρογικό έλεγχος θυρεοειδούς, δείκτες ηπατίτιδας, RA test, καρκινικοί δείκτες, ECHO άνω κοιλίας, C.T. κοιλίας, κολονοσκόπηση, πλήρης καρδιολογικός έλεγχος και βιοψία μυός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Λόγω επιμονής των αυξημένων τιμών CK (έως 3.800) χορηγήθηκε Medrol (μεθυλπρεδνιζολόνη) 16mg x1. Διαπιστώθηκε σταδιακή πτώση των τιμών της CK. Γινόταν παράλληλα μείωση του Medrol. 4 μήνες μετά τη διακοπή της ένοχης ουσίας και 15 μέρες μετά τη διακοπή της κορτιζόνης η CK βρέθηκε 787. Οι τιμές των LDH, AST, ALT αποκαταστάθηκαν πλήρως. Μετά δίμηνο CK 370, ΤΚΕ 28.

Σχόλιο: Παρουσιάζουμε πιθανή μυοξικότητα από στατίνη. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της (ασυμπτωματική, εμμένουσα, χορήγηση κορτιζόνης) θα συζητηθούν.

ΑΑ062 ΤΑ ΧΑΜΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΑΥΣΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ TGF-β ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Δήμος Γρηγόριος¹, Κανέλλης Ηλίας¹, Ηλιάδης Φώτιος¹, Τέγος Θωμάς², Καραμούζης Ιωάννης¹, Σπύρογλου Σοφία³, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹, Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Στον καθορισμό του κινδύνου εμφάνισης διαβητικής νεφροπάθειας (ΔΝ) παίζουν σημαντικό ρόλο ο γλυκαιμικός έλεγχος, τα επίπεδα της συστηματικής αρτηριακής πίεσης και διάφοροι γενετικοί παράγοντες, ενώ το λιπιδαιμικό προφίλ, το κάπνισμα και η πρόσληψη βιταμίνης D φαίνεται να διαδραματίζουν επίσης ρόλο στον παραπάνω κίνδυνο. Τα επίπεδα της βρίσκονται μειωμένα στον ορό διαβητικών τύπου 2 με ρευκωματουρία σε σχέση με μάρτυρες. Είναι γνωστό ότι το σύστημα της βιταμίνης D έχει αρνητική ρυθμιστική επίδραση in vivo στο ενδονεφρικό σύστημα της ρενίνης-αγγειοτενσίνης. Οι μεταβολίτες της βιταμίνης D μπορούν, επίσης, να καταστείλουν την ενεργοποίηση του μεταμορφωτικού αυξητικού παράγοντα-β (TGF-β). Οι επιδράσεις αυτές είναι ενδεικτικές ενός δυναμικού ρόλου της βιταμίνης D στη ΔΝ.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη διερευνώνται τα επίπεδα της βιταμίνης D, του TGF-β1 και συσχετίζονται με υπέρταση σε πρώιμα στάδια ΔΝ τύπου 2.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 50 ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) σταδίων 1-2 και ΔΝ. Ως μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 30 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 χωρίς ΧΝΝ και 30 υγιείς εθελοντές. Τα επίπεδα της 1.25 (OH)₂ D₃ του TGF-β1 μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA και συσχετίστηκαν με υπέρταση, δείκτες πρώιμης αθηροσκλήρωσης (intima-media thickness, IMT) και ρευκωματουρία.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα της βιταμίνης D είναι στατιστικά σημαντικά μειωμένα στους ασθενείς σε σχέση με τους μάρτυρες, ενώ ο TGF-β1 βρίσκεται σημαντικά αυξημένος στους ασθενείς με μία διαφορά 11989±717 (p<0.001). Τα επίπεδα των πιο πάνω μετρήσεων συσχετίζονται με υπέρταση, IMT και αλβουμινουρία στην ομάδα των ασθενών.

Συμπέρασμα: Η μελέτη μας υποδεικνύει ότι τα επίπεδα της βιταμίνης D και του TGF-β1 συσχετίζονται με υπέρταση, αθηροσκλήρωση και αλβουμινουρία σε πρώιμα στάδια ΔΝ προς την εξέλιξη σε ΧΝΝ.

ΑΑ063 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΡΟΥ FGF-23, ΡΤΗ ΚΑΙ 1.25 (OH)₂ D ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΥΠΟΥ 2

Δήμας Γρηγόριος¹, Ηλιάδης Φώτιος¹, Κανέλλης Ηλίας¹, Τέγος Θωμάς², Σπύρογλου Σοφία³, Καραμούζης Ιωάννης³, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Καραμούζης Μιχαήλ³, Ωρολογάς Αναστάσιος², Χατζητόλιος Απόστολος¹, Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο αυξητικός παράγοντας των ινοβλαστών FGF-23 παράγεται από τα οστεοκύτταρα και τους ινοβλάστες και δρα φυσιολογικά στο νεφρό επάγοντας τη φωσφατουρία και αναστέλλοντας τη σύνθεση της 1.25 (OH)₂ D. Η παραθορμόνη (PTH) δρα άμεσα στα οστεοκύτταρα αυξάνοντας την έκφραση του FGF-23. Η παρατήρηση ότι η αναιμία και ο Β΄ παθής υπερπαραθυρεοειδισμός (ΔΥΠΘ) στην διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ) ξεκινούν νωρίτερα σε σύγκριση με άλλες αιτίες χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) οδήγησε στη διερεύνηση αυτής της υπόθεσης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορισθούν τα επίπεδα ορού των FGF-23 και 1.25 (OH)₂ D και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με δείκτες αναιμίας και ΔΥΠΘ σε πρώιμα στάδια ΧΝΝ και ΔΝ.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 50 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1 και 2 και ΔΝ. Ως ομάδα μαρτύρων προσήλθαν 40 υγιείς μάρτυρες. Η κάθαρση κρεατινίνης και η έκκριση αλβουμίνης ανιχνεύθηκαν σε ούρα 24ώρου. Ο FGF-23 και η 1.25 (OH)₂ D μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Η παραθορμόνη μετρήθηκε με τη μέθοδο της ηλεκτροχημειοφωταύγειας (ECLIA).

Αποτελέσματα: Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε ασθενείς σε σχέση με μάρτυρες μεταξύ FGF-23 (0.5 ± 0.1 , $p < 0.005$), 1.25 (OH)₂ D (40 ± 3 , $p < 0.005$), παραθορμόνη (PTH, 3 ± 0.5 , $p < 0.005$) και αιμοσφαιρίνη (Hb, 4 ± 1 , $p < 0.005$). Επιπλέον υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ FGF-23 και 1.25 (OH)₂ D ($r = -0.7$, $p < 0.005$), FGF-23 και Hb ($r = -0.75$, $p < 0.005$), θετική συσχέτιση 1.25 (OH)₂ D και Hb ($r = 0.6$, $p < 0.005$) και FGF-23 και PTH ($r = 0.7$, $p < 0.005$) στην ομάδα των ασθενών.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει τα αυξημένα επίπεδα FGF-23 να αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα για ΔΥΠΘ και αναιμία, τουλάχιστον στα πρώτα στάδια ΧΝΝ και ΔΝ προς την εξέλιξη σε ΧΝΝ.

ΑΑ064 Η ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ - ΥΠΟΘΕΡΜΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΩΡΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

Δ. Καγιάφα^{1,3}, Σταμάτης Παπαδάτος², Α. Μπουρδάκης³

Ιατρείο Λιπιδίων - Παχυσαρκίας, Γ.Ν. Τρικιάλων

¹ Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, MSc Διατροφή και Δημόσια Υγεία

² Ειδικευόμενος Παθολογίας

³ Ειδικός Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας

Εισαγωγή - Σκοπός: Διερευνήθηκε η ύπαρξη επιπλέον οφέλους από τη διαιτητική αγωγή (ΔΑ) και την επαγόμενη μείωση σωματικής μάζας (ΣΜ) στην αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας μέσω φαρμακευτικής αγωγής (ΦΑ).

Υλικό-Μέθοδος: Κριτήριο υπαγωγής των ασθενών στο θεραπευτικό πρόγραμμα ήταν η ύπαρξη μέτριου ή σοβαρού βαθμού δυσλιπιδαιμίας, κατά τα όρια του ATP III. Περαιτέρω κριτήρια διαλογής για την περιήληψη των ασθενών στην παρούσα μελέτη ήταν ένας δείκτης μάζας σώματος >25kg/m², που υποδηλώνει υπέρβαρο ή παχυσαρκία, και η καλή συμμόρφωση με την αγωγή επί τουλάχιστον δύο μήνες. Από την άλλη, ασθενείς με ακραίες τιμές λιπιδίων ή μη σταθερά ρυθμιζόμενες με τη ΦΑ απορρίφθηκαν. Τελικό κριτήριο κατάταξης των ασθενών στην ομάδα ελέγχου (N=40,ΦΑ) ή παρέμβασης (N=22,ΦΑ&ΔΑ) ήταν η ατομική απόρριψη ή αποδοχή αντίστοιχα της ΔΑ. Η ΦΑ περιλάμβανε κυρίως στατίνες, ενώ η ΔΑ συνίστατο σε ελαφρύ έως μέτριο περιορισμό της ενεργειακής πρόσληψης και του διατροφικού λίπους. Οι μετρήσεις που συλλέχθηκαν ήταν τιμές ολικής (T-CHOL), χαμηλής πυκνότητας (LDL-C) και υψηλής πυκνότητας (HDL-C) χοληστερίνης, και τριγλυκεριδίων (TG) και για τις δύο ομάδες, και επιπλέον ενδείξεις ΣΜ για την ομάδα παρέμβασης.

Αποτελέσματα: Σημειώθηκαν θετικές και στατιστικά σημαντικές μεταβολές των λιπιδίων ορού και στις δύο ομάδες, τόσο δηλαδή με την αποκλειστικά ΦΑ όσο και με την συνδυαστική αγωγή (ΦΑ + ΔΑ). Όλες οι μεταβολές ήταν μεγαλύτερες στην ομάδα παρέμβασης, με εξαίρεση τη μείωση των TG, η οποία ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα ελέγχου. Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων, αν και εμφανείς, δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Εντούτοις, στην ομάδα παρέμβασης, βρέθηκε στατιστικά ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των μεταβολών στη ΣΜ και τα TG.

Συμπεράσματα: Ανέκυψαν ισχυρές ενδείξεις για τη συμβολή της ΔΑ στην αντιμετώπιση της υπεροξοληστερολαιμίας, αλληλά και στη διατήρηση ή και αύξηση της HDL-C. Αντίστοιχες μελέτες μεγαλύτερου δείγματος έχουν στο παρελθόν καταλήξει και στη στατιστική απόδειξη αυτής της συμβολής. Ωστόσο, η αρνητική συσχέτιση μεταξύ της μείωσης ΣΜ και της μείωσης TG που βρέθηκε στην παρούσα μελέτη υποδηλώνει ότι η απώλεια βάρους σε παχύσαρκα άτομα με υπετριγλυκεριδαιμία χρήζει ειδικότερης ιατρικής και διαιτολογικής υποστήριξης.

ΑΑ065 ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΥΦΕΣΗΣ ΣΕ ΘΥΡΕΟΤΡΟΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ ΤΗΣ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ γ-KNIFE ΣΤΕΡΕΟΤΑΚΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Μούσλεχ Ζαδάλλα¹, Σώμαλη Μαρία¹, Σακαλή Κωνσταντίνα², Μαστοράκος Γεώργιος², Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

² Τμήμα Ενδοκρινολογίας Μεταβολισμού και Διαβήτη, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Ιατρική Σολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τακτικό Ενδοκρινολογικό Εξωτερικό Ιατρείο

Εισαγωγή: Τα θυρεοτρόφα αδενώματα αποτελούν το 0,5-3% όλων των αδενωμάτων της υπόφυσης και συνήθως εκκρίνουν αμιγώς TSH. Η διαφοροδιάγνωση από το σύνδρομο κεντρικής αντίστασης στις θυρεοειδικές ορμόνες γίνεται με τη δοκιμασία διέγερσης με TRH ή τη δοκιμασία καταστολής με T3. Ο απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία επιβεβαιώνει την διάγνωση. Οι συνήθεις θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν διασφηνοειδική αδενεκτομή και χορήγηση αναλόγων σωματοστατίνης. Σποραδικά περιστατικά εφαρμογής γ-knife ακτινοχειρουργικής αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία, χωρίς επαρκή στοιχεία για τη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της μεθόδου.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού υποτροπιάζοντος θυρεοτρόφου αδενώματος της υπόφυσης στο οποίο η εφαρμογή γ-knife ακτινοχειρουργικής επέφερε μακροχρόνια ύφεση, χωρίς τη συνοδεία επιπλοκών.

Υλικό: Γυναίκα 35 ετών, με προηγούμενο ιστορικό υπερθυρεοειδισμού που αντιμετωπίστηκε με αντιθυρεοειδικά δισκία προσήλθε με συμπτώματα υπερθυρεοειδισμού, αυξημένες τιμές θυρεοειδικών ορμονών (FT4=32pmol/lit, φ.τ. 11-25 και FT3=12pmol/lit, φ.τ. 3,3-8,2) και αυξημένη τιμή TSH (TSH=12.5mU/lit, φ.τ. 0.3-4). Στη δοκιμασία διέγερσης με TRH δεν υπήρξε αξιόλογη απάντηση ενώ η MRI εφίππιου-υπόφυσης ανέδειξε την παρουσία μακροαδενώματος 1cm, επεκτεινόμενο στον υπερεφίππιό χώρο.

Μέθοδος: Χορηγήθηκαν ανάλογα σωματοστατίνης με αποτέλεσμα τον έλεγχο της θυρεοειδικής λειτουργίας και τη συρρίκνωση του αδενώματος. Μετά από 7 έτη αγωγής η νόσος υποτροπίασε. Η ασθενής υπεβλήθη σε διασφηνοειδική διαρρινική αδενεκτομή χωρίς όμως τη δυνατότητα ριζικής εξαίρεσης. Νέα υποτροπή οδήγησε στην ανάγκη ακτινοχειρουργικής θεραπείας με γ-knife.

Αποτελέσματα: Σε πρόσφατο follow-up, 4,5 έτη μετά, η ασθενής παραμένει ευθυρεοειδική χωρίς την εμφάνιση επιπλοκών από τη θεραπεία.

Συζήτηση: Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της ακτινοχειρουργικής θεραπείας με γ-knife στην επίτευξη μακροχρόνιας ύφεσης, καθιστώντας τη μέθοδο αυτή ένα πιθανό χρήσιμο εργαλείο στη θεραπεία του υποτροπιάζοντος TSH-αδενώματος της υπόφυσης.

AA066 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΣΔ1

Δ. Σκούτας, Ζ. Μούσηλεχ, Μ. Σώμαλη, Χ. Μυλόπουλος, Γ. Τσούτσας, Χ. Δαραμήλας, Γλ. Τζήμου, Χ. Δερδεράκης, Χ. Μανές

Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσ/νίκης
Σύλλογος Διαβητικών Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος»

Σκοπός: Η διερεύνηση και η καταγραφή της ποιότητας ζωής και της ψυχικής ευεξίας σε νεαρούς ενήλικες με ΣΔ1.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Η μελέτη συμπεριέλαβε 94 άτομα (34 άνδρες-60 γυναίκες) με ΣΔ1 με μέση ηλικία 23.4 ± 2.8 έτη και μέση διάρκεια ΣΔ 9.8 ± 2.5 έτη. Το ADDQoL και το W-BQ-12 ήταν τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη μας.

Αποτελέσματα: Ο ΣΔ1 επιδρά αρνητικά στην ποιότητας ζωής. Η μέση επίπτωση του ΣΔ1 για όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου ADDQoL ήταν -1.7 Η πιο αρνητική επίπτωση καταγράφηκε στην « διατροφική ελευθερία» με (-2.8) στην «επαγγελματική ζωή»(-2.8), στην« σωματική δραστηριότητα»(-2.7) στο «μέγιστον»(-2.5) Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν αποκαλύπτεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ HbA1C και ποιότητας ζωής($r=-0.13$ $p=0.247$). Αντίθετα στο ερωτηματολόγιο W-BQ-12 καταγράφονται αρνητικά συναισθήματα με την αύξηση της HbA1C ($r=0.240, p=0.020$) όπως και πολύ χαμηλά επίπεδα ψυχικής ευεξίας ($r=-0.210, p=0.040$). Ο αυτοέλεγχος φαίνεται και αυτός να επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την ψυχική ευεξία. Ο ΣΔ1 φαίνεται να επιδρά περισσότερο αρνητικά στην ποιότητα ζωής των γυναικών από ότι των ανδρών. Η διάρκεια της νόσου και η ηλικία δεν φαίνεται να έχουν στατιστική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής και την ψυχική ευεξία ακολουθώντας τα δύο συγκεκριμένα ερωτηματολόγια.

Συμπεράσματα: Ο ΣΔ1 επιδρά αρνητικά σε πολλές πτυχές της ποιότητας ζωής σε νεαρούς ενήλικες. Επίσης τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου και η καθημερινότητα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την ψυχική τους ευεξία.

ΑΑ067 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΑΥΞΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ (VEGF-A) ΜΕ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΕΡΗΧΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΥΠΟΥ II ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΠΡΩΪΜΑ ΣΤΑΔΙΑ

Δήμας Γρηγόριος¹, Τέγος Θωμάς², Κανέλλος Ηλίας¹, Κωνσταντινίδης Γαλακτίων², Σπύρογλου Σοφία³, Καραμούζης Ιωάννης³, Ηλιάδης Φώτιος¹, Καραλάζου Παρασκευή³, Θυσιάδου Αικατερίνη³, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Ωρολόγας Αναστάσιος², Καραμούζης Μιχαήλ³, Χατζητόλιος Απόστολος¹, Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο μηχανισμός με τον οποίο ο αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας - A (Vascular Endothelial Growth Factor - A, VEGF -A) δρα στο νεφρό καθώς και στα αγγεία, τουλάχιστον σε πρώιμα στάδια διαβητικής νεφροπάθειας (ΔΝ) και χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) παραμένει αδιευκρίνιστος. Ο VEGF-A πιθανόν να παίζει ρόλο στην παθοφυσιολογία της αγγειακής άνοιας (ΑΑ) και έχει φανεί αυξημένος σε νεκροτομικό υλικό ιστού εγκεφάλου ασθενών με ΑΑ.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συσχέτιση των επιπέδων ορού του VEGF-A με δείκτες αθηροσκλήρωσης, λευκοματουρία και ΑΑ σε ασθενείς σε πρώιμα στάδια τύπου II ΔΝ.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Έχουν συμπεριληφθεί 40 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων I και II και τύπου II ΔΝ. Σαν μάρτυρες περιλαμβάνονται δυο ομάδες, 20 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔ II) χωρίς ΧΝΝ και 20 υγιείς εθελοντές. Τα επίπεδα του VEGF-A μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Το πάχος του έσω - μέσου χιτώνα (intima-media thickness, IMT) των καρωτίδων και μπριαίων αρτηριών, καθώς και η ανεύρεση αθηρωματικής πλάκας εκτιμήθηκαν με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερηχοτομογράφο. Ο συνδυασμός των τελευταίων ευρημάτων αθηροσκλήρωσης που σχετίζονται με άνοια εκτιμήθηκαν με τη μέθοδο του Θωμά Τέγου.

Αποτελέσματα: Υπήρξε σημαντική διαφορά των επιπέδων του VEGF-A στην καθημία από τις ομάδες (646±130pg/ml στη ΔΝ ομάδα, 247±155pg/ml στους ΣΔ II και 198±116pg/ml στους υγιείς μάρτυρες). Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων VEGF-A και αλβουμινουρίας (r=0.62, p<0.001). Επιπρόσθετα, τα επίπεδα του VEGF-A στην ομάδα των ΔΝ ασθενών σχετιζόταν ανεξάρτητα με IMT (r=0.58, p<0.001) και με MMSE score (r=0.520, p<0.0001).

Συμπέρασμα: Η μελέτη μας υποδεικνύει ότι τα επίπεδα του VEGF-A αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αθηροσκλήρωση, αλβουμινουρία και αγγειακή άνοια, τουλάχιστον στα πρώιμα στάδια διαβητικής νεφροπάθειας προς την εξέλιξη σε ΧΝΝ.

AA068 ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Δήμας Γρηγόριος¹, Κανέλλης Ηλίας¹, Δαλαβίτσου Βασιλική², Καραμούζης Ιωάννης², Δημητριάδης Παύλος², Ηλιάδης Φώτιος¹, Καραλάζου Παρασκευή², Θυσιάδου Αικατερίνη², Σαββόπουλος Χρήστος¹, Καραμούζης Μιχαήλ², Χατζητόλης Απόστολος¹, Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ομοκυστεΐνη αποτελεί ενδιάμεσο μεταβολίτη στο μεταβολικό μονοπάτι της μεθειονίνης και της κυστεΐνης. Αυξημένα επίπεδά της στο πλάσμα αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αθηροσκληρότητα. Η μετάλλαξη του γονιδίου MTHFR προκαλεί έκπτωση της ενζυμικής δραστηριότητας με επακόλουθη υπερομοκυστεΐναιμία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων της ομοκυστεΐνης και οι μεταλλάξεις του γονιδίου MTHFR σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔ II) και διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ).

Ασθενείς-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 50 ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) 1ου και 2ου σταδίου και ΔΝ, ενώ χρησιμοποιήθηκαν 25 ασθενείς με ΣΔ II χωρίς ΧΝΝ και 25 υγιείς εθελοντές, ως δυο ομάδες μαρτύρων. Ο προσδιορισμός των επιπέδων της ομοκυστεΐνης έγινε με την μέθοδο του πολλαπλού ανοσοφθορισμού (FPIA), ενώ η διερεύνηση των μεταλλάξεων MTHFR - 1 C677T και MTHFR - 2 A1298C με την μέθοδο της Real - Time PCR, η οποία ανιχνεύει τόσο το φυσιολογικό όσο και το μεταλλαγμένο αλληλόμορφο γονίδιο.

Αποτελέσματα: Από τους 50 ασθενείς οι 40 εμφάνισαν αυξημένες τιμές ομοκυστεΐνης. Από αυτούς οι 30 εμφάνισαν την μετάλλαξη MTHFR - 1 C677T (75%) και οι 13 την MTHFR - 2 A1298C (43.3%), από τους οποίους οι 7 εμφάνισαν διπλή ετεροζυγωτία (17.5%). Από τους 25 ασθενείς με ΣΔ II χωρίς ΧΝΝ, 7 εμφάνισαν υπερομοκυστεΐναιμία, 5 την μετάλλαξη MTHFR - 1 C677T και 3 την MTHFR - 2 A1298C. Από τους 25 υγιείς, 5 παρουσίασαν υπερομοκυστεΐναιμία, 3 την MTHFR - 1 C677T και 2 την MTHFR - 2 A1298C.

Συμπέρασμα: Αυξημένα ποσοστά της μετάλλαξης MTHFR - 1 C677T ανευρέθηκαν στους ασθενείς με υπερομοκυστεΐναιμία, γεγονός που επιβεβαιώνει τη θετική συσχέτιση της μετάλλαξης με την υπερομοκυστεΐναιμία στη ΔΝ.

AA069 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΔΡΑΣΤΙΚΗΣ INTACT ΡΤΗ(1-84) + C-TERMINAL ΜΕ ΤΗΝ INTACT ΡΤΗ (1-84) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Δήμας Γρηγόριος¹, Δημητριάδης Παύλος², Κανέλλης Ηλίας¹, Δαλαβίτσου Βασιλική², Ηλιάδης Φώτιος¹, Καραλάζου Παρασκευή², Θυσιάδου Αικατερίνη², Καραμούζης Ιωάννης², Σαββόπουλος Χρήστος¹, Καραμούζης Μιχαήλ², Χατζητόλης Απόστολος¹, Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η παραθορμόνη (ΡΤΗ) αποτελεί αξιόπιστο βιοχημικό δείκτη της εκτίμησης του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού (ΔΥΠΘ), ο οποίος αποτελεί την κύρια διαταραχή του οστικού μεταβολισμού στην χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ). Ωστόσο δεν είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένο αν η μέτρηση της intact ΡΤΗ(1-84) με τη μέθοδο της ενισχυμένης χημειοφωταύγειας έχει μεγαλύτερη ευαισθησία από την μέτρηση της ανοσοδραστικής intact ΡΤΗ(1-84)+c-terminal με την ίδια μέθοδο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η διαφορά ευαισθησίας ανάμεσα στις δύο μεθόδους σε όλα τα στάδια της ΧΝΝ με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔ II) και διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ) που αποτελεί και την πρώτη αιτία παγκοσμίως σε ΧΝΝ και κατάληξης σε τελικό στάδιο προς ένταξη σε μέθοδο υποστήριξης-αιμοκάθαρση.

Υλικό-Μέθοδος: Υλικό αποτέλεσαν 150 ασθενείς όλων τα σταδίων ΧΝΝ χωρίς κανένας να έχει ενταχθεί σε υποστηρικτική μέθοδο, οι οποίοι χωρίζονται σε δύο ομάδες των 75 ασθενών. Σε 75 ασθενείς μετρήθηκε η ανοσοδραστική intact ΡΤΗ (1-84)+c-terminal(Φ.Τ.1.6-6,9 pmol/l) και σε 75 ασθενείς μετρήθηκε με τη νέα μέθοδο η intact ΡΤΗ (1-84)(Φ.Τ.1.56-6,03 pmol/l).

Αποτελέσματα: Από τις μετρήσεις μας προκύπτει ότι τα επίπεδα της intact ΡΤΗ (1-84) αυξάνονται αισθητά από το πρώτο κλάση στάδιο της ΧΝΝ. Όσο τα επίπεδα της κάθαρσης της κρεατινίνης ελαττώνονται, τόσο περισσότερο τα επίπεδα της intact ΡΤΗ (1-84) αυξάνονται (αρνητικός συντελεστής συσχέτισης pearson $r=-0,7$ με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0,002$), ενώ σε αυτά της ανοσοδραστικής intact ΡΤΗ (1-84)+c-terminal, αύξηση παρατηρείται από το μέσο του τρίτου σταδίου με αποτέλεσμα η intact ΡΤΗ (1-84) να εμφανίζει μεγαλύτερη ευαισθησία και ως εκ τούτου να συμβάλει στην καλύτερη αξιολόγηση του ΔΥΠΘ.

Συμπέρασμα: Η σύγχρονη μέθοδος της ΙΡΤΗ εμφανίζεται με μεγαλύτερη ευαισθησία σε ασθενείς με ΔΝ και ΧΝΝ.

ΑΑ070 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΔΡΑΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ (iPTH) (INTACT PTH + C-TERMINAL) ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΘΙΚΤΗΣ PTH (INTACT PTH) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Δήμας Γρηγόριος¹, Δαλαβίτσου Βασιλική², Κανέλλος Ηλίας¹, Δημητριάδης Παύλος², Ηλιάδης Φώτιος¹, Καραλάζου Παρασκευή², Θυσιάδου Αικατερίνη², Καραμούζης Ιωάννης², Σαββόπουλος Χρήστος¹, Γιαννακάκης Κωνσταντίνος¹, Καραμούζης Μιχαήλ², Χατζητόλιος Απόστολος¹, Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός αποτελεί συχνή διαταραχή του οστικού μεταβολισμού σε ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ), οι οποίοι υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση. Η παρακολούθηση των ασθενών αυτών επιτυγχάνεται με τον προσδιορισμό των επιπέδων της παραθορμόνης (PTH).

Σκοπός: Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί, εάν η μέτρηση της intact PTH (1-84) με τη μέθοδο της χημειοφωταύγειας, εμφανίζει μεγαλύτερη ευαισθησία και κατ' επέκταση εξυπηρετεί την ακριβέστερη παρακολούθηση της παραθυρεοειδικής λειτουργίας των ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση, σε σύγκριση με εκείνη της ανοσοδραστικής intact PTH (1-84+c-terminal) με την ίδια μέθοδο.

Υλικό-Μέθοδος: Υλικό αποτέλεσαν 35 ασθενείς τελικού σταδίου ΧΝΝ οι οποίοι υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση και 35 υγιείς μάρτυρες παρόμοιας ηλικίας και φύλου. Στα παραπάνω άτομα μετρήθηκαν τα επίπεδα στον ορό, τόσο της ανοσοδραστικής intact PTH(1-84+c-terminal) (Φ.Τ.1,6-6,9 pmol/l), όσο και της intact PTH (1-84) (Φ.Τ.1,56-6,03 pmol/l). Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη μέθοδο SPSS.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα PTH(1-84) είναι στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα από εκείνα της iPTH (1-84+c-terminal), προφανώς λόγω συσσώρευσης του κλάσματος του c-terminal της PTH. Τα ποσοστά των αυξημένων τιμών της PTH(1-84) είναι χαμηλότερα από αυτά της iPTH για τον ίδιο λόγο. Η μέτρηση των επιπέδων της PTH(1-84) μας δίνει την πραγματική εκτίμηση του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού της ΧΝΝ τελικού σταδίου.

Συμπέρασμα: Στη μελέτη μας φαίνεται, για πρώτη φορά, ότι σε ασθενείς τελικού σταδίου ΧΝΝ, οι οποίοι υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση, η μέτρηση της PTH με τη νέα μέθοδο είναι πιο αξιόπιστη, καθότι δεν περιλαμβάνει το επιπλέον κλάσμα του c-terminal της PTH, το οποίο θα μας έδινε ψευδώς πιο αυξημένες τιμές PTH.

ΑΑ071 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΥΟ ΠΟΛΕΩΝ (ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ). ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑΣ 1991 - 2010

Παπάζογλου Νικόλαος², Μαργαρίτη Ελένη¹, Παπάνας Νικόλαος³, Πακουμέλος Αλέξανδρος⁴, Παυλίδης Αθηνόδωρος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Μαϊτέζος Ευστράτιος³, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος⁴

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

² Β΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

³ Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου, Αλεξανδρούπολη

⁴ Β΄ Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Οι παθολογικές καταστάσεις του ουροποιητικού συστήματος αποτελούν συχνή αιτία θανάτου στον ευρύτερο Ελλαδικό πληθυσμό, με επιδημιολογικές διαφορές στις διάφορες περιοχές της χώρας μας.

Σκοπός: Στην παρούσα επιδημιολογική μελέτη συγκρίνουμε τη συχνότητα των θανάτων από νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος σε δύο πόλεις της Ελλάδος, Κατερίνη και Αλεξανδρούπολη.

Υλικό-Μέθοδος: Έγινε καταγραφή των αιτιών θανάτου από νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος, βασισμένη στα πιστοποιητικά θανάτου της εικοσαετίας 1991-2010 στους Δήμους Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 660 πιστοποιητικά θανάτου (62% άνδρες, ηλικία 77,6±11,3) επί συνόλου 8761 στην Κατερίνη και 499 (71% άνδρες, ηλικία 75,3±11,4) επί συνόλου 7609 στην Αλεξανδρούπολη, στα οποία νόσος του ουροποιητικού συστήματος αποτελούσε κύρια αιτία θανάτου. Η συχνότητα των θανάτων από νοσήματα του ουροποιητικού ήταν μεγαλύτερη στην Κατερίνη (7,53% έναντι 6,56%, p=0,015) ενώ ταυτόχρονα υπήρχε και στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση ηλικία των θανόντων στις δύο πόλεις (μεγαλύτερη στην Κατερίνη, p=0,001). Η νεφρική ανεπάρκεια αποτελούσε την πρώτη αιτία θανάτου από τα νοσήματα του ουροποιητικού και στις δύο πόλεις, σημαντικά όμως συχνότερη στην Κατερίνη (59% έναντι 47%, p<0,001). Αντιθέτως, οι θάνατοι από καρκίνο κύστεως και νεφρού ήταν συχνότεροι στην Αλεξανδρούπολη (16,63% έναντι 12,27%, p=0,035 και 9,22% έναντι 4,85%, p=0,003 αντίστοιχα). Δεν υπήρχε στατιστική διαφορά στους θανάτους λόγω καρκίνου του προστάτη (22,88% Κατερίνη και 26,85% Αλεξανδρούπολη, p=0,12).

Συμπεράσματα: Η συχνότητα των θανάτων από νοσήματα του ουροποιητικού είναι μεγαλύτερη στην Κατερίνη σε σύγκριση με την Αλεξανδρούπολη, με μεγαλύτερο επιπολασμό στους άνδρες και στις δύο πόλεις. Η νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί την συχνότερη αιτία θανάτου από τα νοσήματα του ουροποιητικού, με σαφή όμως υπεροχή στην Κατερίνη. Αντιθέτως, οι καρκίνοι κύστεως και νεφρού φαίνεται να υπερέχουν στην Αλεξανδρούπολη.

AA072 ΓΝΩΣΤΗ ΚΑΙ ΝΕΟ - ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ - ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ .

Κυριαζής Ιωάννης, Σπυροπούλου Όλγα, Μιτζέλος Βασίλειος, Καραγκούνη Νίκη, Καμούδας Δημήτριος, Γιατζόγλου Ιωάννης, Κορδαλής Αθανάσιος

Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας - Α΄ Παθολογική Κλινική και Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας

Σκοπός της μελέτης: Η παχυσαρκία, ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και δυσλιπιδαιμία, αυξάνει στο γενικό πληθυσμό με επιδημικούς ρυθμούς. Σκοπός της εργασίας μας ήταν να καταγράψουμε τα νοσήματα αυτά στην πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο παχυσαρκίας.

Ασθενείς και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 56 άτομα 37Γ-19Α (μέση ηλικίας 47,6 έτη). Μετρήθηκαν η περίμετρος μέσης (Waist), η αρτηριακή πίεση και υπολογίσθηκε ο δείκτης μάζας σώματος (BMI). Εξετάσθηκε το λιπιδιαμικό προφίλ, το σάκχαρο νηστείας και εκτιμήθηκε η ενδεχόμενη διαταραχή στο μεταβολισμό της γλυκόζης στους μη-διαβητικούς (κριτήρια A.D.A 2014).

Αποτελέσματα: Τα εξετασθέντα άτομα είχαν: BMI 27-54 (μέση τιμή 47,6); [Γυναίκες 27-47 (μέση τιμή 37,1), Άνδρες 32-54 (μέση τιμή 41,6)], Waist 86-166 cm (μέση τιμή 112,6 cm): [Γυναίκες 86-44cm (μέση τιμή 111cm), Άνδρες 122-166 cm (μέση τιμή 139,5cm)]. Γνωστός Σ.Δ (18,4%), γνωστή Α.Υ (23,6%), γνωστή δυσλιπιδαιμία (37%). Παθολογική ανοχή στη γλυκόζη νηστείας (21,6%), νέο-διαγνωσμένος ΣΔ (13,7%), νέο-διαγνωσμένη δυσλιπιδαιμία (27,2%), νέο-διαγνωσμένη Α.Υ (15,3%) . Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλλα. Θετική συσχέτιση υπήρξε μεταξύ παρουσίας συνοσηρότητας (κυρίως Σ.Δ) με την αύξηση του BMI και κυρίως του Waist ($p < 0,05$) . Ποσοστό 13,1% των εξετασθέντων είχαν > 1 συνοδό νόσημα, χωρίς να υπερέχει κάποιος συνδυασμός.

Συμπεράσματα: Υφίσταται αυξημένη συμμετοχή γνωστής και νέο -διαγνωσμένης συνοσηρότητας στα παχύσαρκα άτομα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό . Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα , ιδίως σε αυτά που προέχει η κοιλιακή [σπλαχνική] παχυσαρκία , πρέπει να ελέγχονται τακτικά και για όλους τους άλληλους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου [ΣΔ,ΑΥ, δυσλιπιδαιμία].

AA073 ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 77 ΕΤΩΝ

Γεώργιος Καρράς

Παθολογικό Τμήμα «Ιαώ Θεσσαλίας»

Εισαγωγή - Σκοπός:Τα παρενεπιλασματικά σύνδρομα αποτελούν ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και σημείων μακριά από τον πρωτοπαθή όγκο ανεξάρτητα από τη αναπτυξή του η τις μεταστάσεις.Αποτελούν μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση και η αιτιολογία παραμένει αδιευκρίνιστη,θεωρείται ότι συμμετέχουν ανοσολογικοί παράγοντες και έκτοπη παραγωγή ορμονών.Εχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία γιατί μπορεί να προηγούνται της εκδήλωσης του όγκου η της υποτροπής του.

Υλικό - Μέθοδος: Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς ανδρός 76 ετών που προσήλθε στο παθολογικό τμήμα του νοσοκομείου για ασυμπτωματική διερεύνηση υπονατρίαμίας γνωστή από 5μήνου. Απο το κλινεργαστηρικό έλεγχο διαπιστώθηκε :ΑΠ 140/90 mm/Hg ορθόχρωμη αναιμία Ht37% γλυκόζη 80mg/dl BUN 35mg/dl cr 1,03 mg/dl uric acid 3,5mg/dl Na 125mmol/l K 4,2mmol/l γενική ούρων:EB 1010 απουσία άλλων παθολογικών ευρημάτων.

Από το ατομικό ιατρικό ιστορικό αναφέρονται τα εξής: χοληκυστεκτομή προ 10τίας,έξεις: καπνιστής 2 πακέτα /day x40 years και απώλεια βάρους (5 kg το τελευταίο δίμηνο) δε λαμβάνει φάρμακα. Νοσηλεία προ τριμήνου στα πλαίσια υπονατρίαμίας, χωρίς ανεύρεση αιτίας. Περαιτέρω έλεγχος έδειξε Na ούρων >40 mmol/l με φυσιολογική θυρεοειδική και επινεφριδιακή ήπειουργία (TSH ALD ρενίνη ACTH Κορτιζόλη κφ),serum osmolality=266,9 mOsm/kg,Mantoux (-). Ακολούθησε εκταταμένος έλεγχος στα πλαίσια διεύνησης ΣΙΑΔΗ με αποκάλυψη μικροκυτταρικού ca πνεύμονος.

Αποτελέσματα: Στο ασθενή έγινε στέρνηση ύδατος με επάνοδο των επιπέδων του Na στο φυσιολογικό και ελεγχόμενη κατανάλωση ύδατος.

Συμπεράσματα: Τα παρενεπιλασματικά σύνδρομα του ca πνεύμονοςείναι ποικίλη και διαφέρουν τόσο στη κλινική εικόνα όσο και στη παθοφυσιολογία ωστόσο παραμένουν μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση. Ενδεχόμενα η κατανόηση τους να συνδράμει περαιτέρω στη βιολογία του καρκίνου με ανάδειξη νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων.

ΑΑ074 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ Η΄ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ/ΥΔΡΟΧΛΩΡΘΕΙΑΖΙΔΗΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗ ΣΤΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

Αναστάζια Κεή, Ελισάβετ Μουτζούρη, Γεώργιος Λιάμης, Ευάγγελος Λυμπερόπουλος, Μωυσής Ελισάφ

Τομέας Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με υποτροφία από την Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης

Εισαγωγή: Τελευταία γίνεται μεγάλη συζήτηση σχετικά με την αρνητική επίδραση που ενδεχόμενα ασκούν οι στατίνες και τα αντιυπερτασικά φάρμακα στην ομοιοστασία των υδατανθράκων. Συγκεκριμένα, τόσο η ατορβαστατίνη όσο και τα θειαζιδικά διουρητικά και οι β αποκλειστές ασκούν δυσμενή επίδραση στο γλυκαιμικό προφίλ. Η νεμπιβολόλη, σε αντίθεση με τους κ्लाσσικούς β αποκλειστές, έχει συσχετισθεί με βελτίωση της ομοιοστασίας των υδατανθράκων. Ωστόσο, η επίδραση της συχορήγησης ατορβαστατίνης-νεμπιβολόλης με ή χωρίς υδροχλωρθειαζόλη στο μεταβολισμό των υδατανθράκων παραμένει άγνωστη.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Στρατολογήθηκαν ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία που δεν είχαν λάβει καμία αντιυπερτασική ή υπολιπιδαιμική αγωγή για τουλάχιστον 6 εβδομάδες πριν από τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν ατορβαστατίνη (10 mg) και επιπρόσθετα οι ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1 έλαβαν νεμπιβολόλη (5 mg, ομάδα AN), ενώ οι ασθενείς με υπέρταση σταδίου 2 έλαβαν συνδυασμό νεμπιβολόλης/υδροχλωρθειαζόλης (5/12,5 mg, ομάδα AN/Y-12,5 ή 5/25 mg, ομάδα AN/Y-25). Το πρωτοπαθές καταληκτικό σημείο ήταν η μεταβολή του δείκτη αντίστασης στην ινσουλίνη HOMA-IR 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Εβδομήντα-οκτώ ασθενείς ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Τόσο στην ομάδα AN, όσο και στην ομάδα AN/Y-12,5 δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή των επιπέδων του HOMA-IR [από 1,6 (1,4-2,1) σε 1,5 (1,4-2,0) και από 1,6 (1,3-2,2) σε 1,7 (1,7-2,4), αντίστοιχα, p=NS σε σύγκριση με τα αρχικά επίπεδα], ενώ στην ομάδα AN/Y-25 που παρατηρήθηκε μία αύξηση κατά 10% [από 1,7 (1,3-2,3) σε 1,9 (1,4-2,4), p=0,02 σε σύγκριση με τα αρχικά επίπεδα και p<0,01 για όλες τις συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων].

Συμπεράσματα: Η χορήγηση νεμπιβολόλης φαίνεται να αντρωπει τη δυσμενή επίδραση της ατορβαστατίνης με ή χωρίς 12,5 mg υδροχλωρθειαζόλης στα επίπεδα του HOMA-IR αλλά όχι και της ατορβαστατίνης με 25 mg υδροχλωρθειαζόλης.

ΑΑ075 ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 30 ΕΤΩΝ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τσακάλης Αργύριος¹, Χαριζοπούλου Βικεντία², Γουλής Γ. Δημήτριος², Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι γυναίκες με Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης (ΣΔΚ) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Μελέτες αποκαλύπτουν ότι γυναίκες με ΣΔΚ και κανονικό σωματικό βάρος θα εμφανίσουν ΣΔτ2 στα επόμενα 15 χρόνια σε ποσοστό 25%, ενώ οι παχύσαρκες σε ποσοστό 50%.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού πρωτοεμφάνισης ΣΔτ2 με διαβητική κετοξέωση (ΔΚ) σε γυναίκα με ιστορικό ΣΔΚ, η οποία δεν είχε ενημερωθεί για τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές του ΣΔΚ.

Υλικό και Μέθοδος: Παρουσιάζεται η συμπτωματολογία, η εργαστηριακή διερεύνηση και η διάγνωση ΣΔτ2, σε γυναίκα 30 ετών που προσήλθε στο τμήμα επείγοντων περιστατικών με εικόνα ΔΚ.

Αποτελέσματα: Η συμπτωματολογία περιελάμβανε: κοιλιακό άλγος και εμέτους από τετραήμερο, και ανορεξία, πολυουρία, πολυδιψία, απώλεια σωματικού βάρους 8 κιλών από σαρανταήμερο. Το ιστορικό της περιελάμβανε τη γέννηση ενός τελειόμηνου υγιούς νεογού προ διαιτίας. Κατά την κύηση είχε διαγνωστεί ΣΔΚ, μέσω καμπύλης γλυκόζης την 26η εβδομάδα κύησης. Το λοιπό ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκαν: τιμή γλυκόζης νηλάσματος 543 mg/dl, αρτηριακό pH 7.12 και HbA1c 9.7%, θέτοντας τη διάγνωση της ΔΚ. Η ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική, αντιμετωπίστηκε αρχικώς με ενδοφλέβια και έπειτα υποδόρια χορήγηση ινσουλίνης και εξήλθε της κλινικής υπό εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας.

Συμπεράσματα: Η παράλειψη μεταβολικού επανέλεγχου σε γυναίκες με ιστορικό ΣΔΚ και η μη ενημέρωσή τους για τον αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ΣΔτ2, δυνητικά οδηγεί στην εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών, όπως η ΔΚ. Τουναντίον ο μακροπρόθεσμος προληπτικός έλεγχος των συγκεντρώσεων γλυκόζης και η συμβουλευτική βάση των επισήμων συστάσεων, συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση του ΣΔτ2 και την αποφυγή εμφάνισης επιπλοκών.

AA076 Ο ΓΟΝΟΤΥΠΟΣ ΤΟΥ ΑΡΟΕ ΔΕΝ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΕΙ ΣΕ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ, ΑΛΛΑ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΤΑΝ ΑΥΤΗ ΕΝΣΚΗΨΕΙ

Μοναστηριώτης Χριστόδουλος¹, Παπάνας Νικόλαος¹, Τρυφιάνης Γρηγόριος², Καρανικόλα Κορίνα³, Βελετζά Σταυρούλα³, Μαϊτέζος Ευστράτιος¹

¹Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκρτειού Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

²Εργαστήριο Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρτειού Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

³Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρτειού Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Εισαγωγή: Η ρόλος των γονιδίων στην παθογένεια της διαβητικής πολυνευροπάθειας (ΔΠΝ) αποκτά ολοένα μεγαλύτερο ενδιαφέρον.

Σκοπός: Να διερευνηθεί αν ο γονότυπος του γονιδίου ΑΡΟΕ, που κωδικοποιεί την απολιποπρωτεΐνη Ε, επηρεάζει την εμφάνιση και την κλινική βαρύτητα της ΔΠΝ σε Έλληνες ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

Υλικό: Συμπεριελήφθησαν 275 ασθενείς (142 άνδρες) μέσης ηλικίας 64.9±9.2 ετών και διάρκειας διάρκειας Τ2ΣΔ 11 (5-18) ετών.

Μέθοδος: Η διάγνωση και η εκτίμηση της κλινικής βαρύτητας της ΔΠΝ έγινε με το δείκτη νευρολογικής δυσλειτουργίας (Neuropathy Disability Score, NDS). Βαριά ΔΠΝ θεωρήθηκε ότι είχαν οι ασθενείς με NDS>6. Η μελέτη του πολυμορφισμού της απολιποπρωτεΐνης Ε έγινε με απομόνωση DNA και τεχνικές αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR-RFLP), με πέψη του προϊόντος με ενδονουκλεάση περιορισμού και ηλεκτροφόρηση των προϊόντων πέψης σε πηκτική αгарόζη.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ασθενών, η πολυπαραγοντική ανάλυση, έπειτα από προσαρμογή ως προς το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια του Τ2ΣΔ και τη γλυκαιμική ρύθμιση, έδειξε ότι ο γονότυπος του ΑΡΟΕ δεν σχετίζεται με αύξηση του σχετικού κινδύνου εμφάνισης ΔΠΝ. Εντούτοις, επί των 174 ασθενών με οποιασδήποτε βαρύτητας ευρήματα ΔΠΝ (NDS≥1), η ανωτέρω πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι ο γονότυπος ε3/ε4 σχετίζεται με αύξηση του σχετικού κινδύνου βαριάς ΔΠΝ (aOR=3.99, p=0.008) και ειδικά η παρουσία του αλληλομόρφου ε4 σχετίζεται με αύξηση του σχετικού κινδύνου βαριάς ΔΠΝ (aOR=3.51, p=0.011).

Συμπέρασμα: Στον Τ2ΣΔ, η παρουσία του γονοτύπου ε3/ε4 ή του αλληλομόρφου ε4 του ΑΡΟΕ αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης βαριάς ΔΠΝ σε ασθενείς που ήδη παρουσιάζουν ευρήματα αυτής.

AA077 Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12 ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μοναστηριώτης Χριστόδουλος, Παπάνας Νικόλαος, Μαϊτέζος Ευστράτιος

Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκρτειού Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Η ένδεια Βιταμίνης Β12 αποτελεί συχνή επιπλοκή της θεραπείας με μετφορμίνη, σπάνια ωστόσο εκδηλώνεται με συμπτώματα περιφερικής νευροπάθειας, πριν από την ανάπτυξη αναιμίας.

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενούς με ένδεια Β12 και περιφερική νευροπάθεια έπειτα από χορήγηση μετφορμίνης.

Παρουσίαση της περίπτωσης: Γυναίκα 62 ετών αιμάτιο αιμωδίες κάτω άκρων με νυκτερινή επιδείνωση. Κλινικώς διαπιστώθηκε σημαντική έκπτωση της παλθαισθησίας με βαθμονομημένο διαπασών 128 Hz Rydel-Seiffner, ενώ η αντίληψη θερμού-ψυχρού και νυγμού καθώς και τα Αχίλλεια αντανακλαστικά βρέθηκαν φυσιολογικά. Το ιστορικό της ασθενούς περιλάμβανε αρτηριακή υπέρταση, υποθυρεοειδισμό, υπερχοληστερολαιμία και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 από Ζετίας, για την αντιμετώπιση του οποίου λάμβανε μετφορμίνη 850 mg 1x2 ημερησίως. Στον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκε μακροκυττάρωση (MCV: 107.8 fl) χωρίς αναιμία (Ht: 47.2%) και σημαντική έλλειψη βιταμίνης Β12 (70 pg/ml). Διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε μακροκυττάρωση προ Ζετίας, δηλαδή πριν από την έναρξη μετφορμίνης. Οι εξετάσεις για αντισώματα αντινοσημιακά και έναντι ενδογενούς παράγοντα ήταν αρνητικές, ενώ η ασθενής αρνήθηκε να υποβληθεί σε γαστροσκόπηση. Αποφασίστηκε η έναρξη υποκατάστασης Β12 ενδομυϊκά, με μία ένεση ημερησίως επί μια εβδομάδα και στη συνέχεια άπαξ εβδομαδιαίως για ένα μήνα. Έπειτα από 3 εβδομάδες η συμπτωματολογία της ασθενούς είχε αποδράμει, ενώ και η εξέταση της παλθαισθησίας ήταν ήδη βελτιωμένη.

Συμπέρασμα: Στη διαφορική διάγνωση της περιφερικής νευροπάθειας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη υπό αγωγή με μετφορμίνη δεν θα πρέπει να παραβλέπεται το ενδεχόμενο ένδεια βιταμίνης Β12.

ΑΑ078 ΒΙΩΣΙΑ ΝΕΦΡΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Σκορίδα Ν.¹, Θεοφανίδης Δ.², Κώπτα Θ.³

¹Νοσηλεύτρια ΤΕ(ε), Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, Διευθυντής Απόστολος Ι. Χατζητόλιος

²Καθηγητής Εφαρμογών, MSc, Prof Doc, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΣΕΥΠ, ΑΤΕΙΘ

³Νοσηλεύτρια ΤΕ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, Διευθυντής Απόστολος Ι. Χατζητόλιος

Εισαγωγή: Η βιοψία νεφρού (ΒΝ), εφαρμόζεται για τη λήψη νεφρικών κυττάρων για ιστολογική εξέταση ,με σκοπό την εκλογή της σωστής θεραπείας ή την εξασφάλιση πληροφοριών για την πρόγνωση της νεφρικής νόσου.Ο νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία λήψης του νεφρικού ιστού ώστε να εξασφαλιστεί η ασφαλής και αποστειρωματική εφαρμογή της.

Σκοπός: Η αξιολόγηση του ρόλου του νοσηλευτή στη διαδικασία της νεφρικής βιοψίας .

Μέθοδος ανασκόπησης: Διενεργήθηκε κριτική διερεύνηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας σε άρθρα της τελευταίας πενταετίας ώστε να ανεβρεθούν επικαιροποιημένα στοιχεία και κλινικές οδηγίες για το υπο ανάπτυξη θέμα ,με τις εξής λέξεις-κλειδιά:

Αποτελέσματα: Ειδικότερα,οι σύγχρονες κλινικές οδηγίες συνιστούν για την αποφυγή επιπλοκών (αιμοραγία) τα εξής νοσηλευτικά μέτρα:α)Τετράωρη κατάκλιση του ασθενή με εφαρμογή βάρους στο σημείο της παρακέντησης και ενθάρρυνση του ασθενή για λήψη έως τριών λίτρων καθαρών υγρών.β)Τοποθέτηση ουρικού καθετήρα για την αποφυγή μετακινήσεων του ασθενή και την παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας.γ)Λήψη των ζωτικών σημείων πριν την επέμβαση και άμεσο επανέλεγκο στη μετεπεμβατική φάση κάθε 1 ώρα για το πρώτο 6ωρο και έπειτα ανα 3ωρο.

Γενικότερα,η μετεπεμβατική φάση παρακολούθησης θα πρέπει να επεκτείνεται έως και 24 ώρες,καθώς μελέτες δείχνουν ότι το 80% των έμμεσων επιπλοκών (πόνος, πυρετός), παρατηρούνται μεταξύ 8-24 ωρών μετά την (ΒΝ).Ο νοσηλευτής φροντίζει για την ενημέρωση και την προετοιμασία του ασθενή,τον υποστηρίζει σωματικά και ψυχολογικά και επιβλέπει ώστε να αναγνωριστούν έγκαιρα συμπτώματα και τυχόν επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Η συμμετοχή κατάλληλα εκπαιδευμένου νοσηλευτή στη βιοψία νεφρού κρίνεται απαραίτητη ,τόσο για την ομαλή διεξαγωγή της διαδικασίας όσο και για την υποστήριξη του ασθενή.

ΑΑ079 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΟΞΕΙΑΣ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ

Δεληγιάννης Γεώργιος¹, Παπαδάτος Σταμάτης¹, Μυλωνάς Κωνσταντίνος², Ζήσης Χρήστος¹, Μυλωνάς Στέφανος¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

² Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

Εισαγωγή-Σκοπός: Η λεπτοσπείρωση είναι μια ζωοανθρωπονόσος που μπορεί να εκδηλωθεί με εντελώς άτυπη κλινική εικόνα και στα αρχικά της στάδια να στρέψει αλλήλου τη διαγνωστική σκέψη. Η νεφρική συμμετοχή ίσως είναι απειλητική για τη ζωή του ασθενούς.

Ασθενείς-Μέθοδος: Άνδρας 65 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ αιτώμενος εμπύρετο από διημέρου και αδυναμία βάδισης λόγω εξαιρετικά επώδυνων αρθραλγιών. Η κλινική εικόνα και ο εργαστηριακός έλεγχος κατεύθυναν τη σκέψη για ιογενή λοίμωξη αλλά η συνολική κατάσταση του ασθενούς οδήγησε στην εισαγωγή του. Την τρίτη ημέρα νοσηλείας ο ασθενής εμφάνισε αύξηση χολοστατικών ενζύμων. Υπεβλήθη σε US κοιλίας που ήταν φυσιολογικό και CT ΑΟΚ χωρίς ενδοφλέβιο σκιαγραφικό, λόγω της ήδη ήπια επηρεασμένης νεφρικής του λειτουργίας (Cr 1.5mg/dl). Την επόμενη ημέρα ήταν ολιγουρικός και εγκατέστησε ΟΝΑ, εμφανίζοντας παράλληλα πετεχειώδεις εξάνθημα κορμού σε έδαφος θρομβοπενίας.

Αποτελέσματα: Ο συνδυασμός εμπύρετου, ίκτερου και θρομβοπενίας έθεσε την υποψία λεπτοσπείρωσης. Τα IgM αντισωμάτων για λεπτόσπειρα ήταν ισχυρά θετικά. Η ΟΝΑ απετέλεσε επιπλοκή της νόσου. Ο ασθενής ετέθη στην κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή, υπεβλήθη σε συνεδρίες αιμοκάθαρσης, υποστηρίχτηκε με υγρά και αποθεραπεύτηκε. Τρεις μήνες μετά, η νεφρική και ηπατική λειτουργία έχουν επανέλθει πλήρως.

Συμπεράσματα: Η άτυπη κλινική εικόνα δυσχεραίνει τη διάγνωση της λεπτοσπείρωσης, συνεπώς απαιτείται επαγρύπνηση και συνδυασμός των κλινικοεργαστηριακών δεδομένων. Η ηπατική και νεφρική βλάβη αποτελούν επικίνδυνες για τη ζωή του ασθενούς επιπλοκές, με την κατάλληλη όμως θεραπεία είναι δυνατικά αναστρέψιμες.

AA080 ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΡΙΚΩΣ ΚΕΝΟΥ ΤΟΥΡΚΙΚΟΥ ΕΦΙΠΠΙΟΥ ΜΕ ΑΔΙΣΣΟΝΙΟ ΚΡΙΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 68 ΕΤΩΝ

Μούσσηλ Ζαδάλλα¹, Σώμαλη Μαρία¹, Κουληρά Παυλίνα¹, Μουρουγλάκης Αλέξανδρος¹, Τσούτσας Γεώργιος¹, Αναστασιάδου Σοφία¹, Γεροθανάση Νικολίνα¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

Εισαγωγή: Το κενό τουρκικό εφίππιο συνήθως αποτελεί τυχαίο απεικονιστικό εύρημα και απαντάται στο 5% των υγιών ατόμων. Κλινικά, σπάνια εκδηλώνονται σημεία μειωμένης υποφυσιακής λειτουργίας.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 68 ετών, μητέρα 3 τέκνων, BMI 29, προσήλθε αναφερόμενη εμπύρετο (Θ=38.5°C), πολλαπλούς εμετούς και ναυτία από 3ημέρου, ανορεξία, αδυναμία και καταβολή. Από την κλινική εξέταση δεν ανευρέθηκε παθολογικό πρόβλημα, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοπενία WBC :2900 (ποη: 48.1%, λεμφ: 38,8%), υποκαλιαιμία K+:3.2mmol/l, χαμηλή θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH=0.18 μIU/ml (ΦΤ:0.27- 4.20μIU/ml) χαμηλές τιμές γοναδοτροπινών (LH=0.2mIU/m (2,4 - 12,6 mIU/ml) και FSH=1,3 mIU/ml φ.τ...) και υπερκορτιζολαιμία με κορτιζόλη 51 και 23 nmol/L (φτ 171 - 536 nmol/l) και ACTH πλάσματος 17,3 και 12,9 pg/ml (φτ 10-60 pg/ml) σε δύο διαδοχικές μετρήσεις αντίστοιχα. Η απάντηση στη δοκιμασία διέγερσης με ACTH - Synachten test υπήρξε θετική με κορτιζόλη 0΄ min-110 nmol/l, 30΄ min -283 nmol/και 60΄ min-410 nmol/l αντίστοιχα επιβεβαιώνοντας την λειτουργική ακεραιότητα των επινεφριδίων. Στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και υπόφυσης, διαπιστώθηκε εικόνα μερικής κενού τουρκικού εφίππιου με κατάδυση της υπερεφίππιακής δεξαμενής. Τέθηκε η διάγνωση της πανυποφυσιακής ανεπάρκειας και η ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά με μεθυληπρενιζολόνη ενδοφλεβίως και συστηματικά με θυροξίνη και κορτιζόνη.

Συζήτηση: Συγγενής ανωμαλία του εφίππιου διαφράγματος μπορεί να οδηγήσει σε κήλη της αραχνοειδούς μήνιγγας που συμπίπτει την υπόφυση στο έδαφος του εφίππιου. Μέχρι 50% των ασθενών με πρωτοπαθές κενό τουρκικό εφίππιο εμφανίζουν καρλόνη ενδοκράνια υπέρταση. Δευτεροπαθώς κενό εφίππιο αναπτύσσεται μετά από έμφρακτο υποφυσιακού αδενώματος ή μετά από χειρουργείο ή ακτινοβολία. Υποφυσιακή ανεπάρκεια εκδηλώνεται εάν > 90% του υποφυσιακού ιστού συμπίπτει ή τροφεί.

AA081 ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΟΣΟΥ CUSHING ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΑΡΠΟΥ

Μούσσηλ Ζαδάλλα¹, Σώμαλη Μαρία¹, Κακαλήτσος Νικόλαος, Τσούτσας Γεώργιος¹, Βενέτη Σταυρούλα¹, Γαβριήλογλου Γιώργος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Τακτικό Ενδοκρινολογικό Εξωτερικό Ιατρείο

Εισαγωγή: Η νόσος Cushing αναφέρεται συγκεκριμένα σε αδένωμα της υπόφυσης από κορτικοτρόφα κύτταρα που υπερπαράγουν ACTH (φλοιοτρόπος ορμόνη) με αποτέλεσμα την υπερκορτιζολαιμία λόγω αυξημένης παραγωγής κορτιζόλης από τον φλοιό των επινεφριδίων.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα ασθενής, 50 ετών, Β.Μ.Ι. 25, αναφέρει οίδημα προσώπου, τριχόπτωση, αύξηση σωματικού βάρους, υπέρταση, οστεοπόρωση και κατάγμα αριστερού καρπού προ τριετίας (T-score=-3,3). Πρόσφατα διαγνώθηκε υπερκορτιζολαιμία με υποψία μικροαδενώματος της υπόφυσης σε έλεγχο με C/T. Κλινικά διαπιστώθηκε καλή γενική κατάσταση, υπέρταση, αυχενικός ύψος, αμφοτερόπλευρες εκχυμώσεις κνημών και πλευκές ραβδώσεις στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Εργαστηριακά βρέθηκε μειωμένη APTT, νωσινopenία, αυξημένο σάκχαρο, υπερχοηστερολαιμία, ελαφρά υπερνατριαιμία και υποκαλιαιμία, υπερκορτιζολαιμία, αυξημένα επίπεδα ACTH, παραθορμόνης και κορτιζόλης ούρων 24ώρου. Η δοκιμασία διέγερσης με CRH μετά από διήμερη μικρή καταστολή με δεξαμεθαζόνη, ήταν συμβατή με ACTH εξαρτώμενη νόσο Cushing. Στον απεικονιστικό έλεγχο με MRI (3T MRI) διαπιστώθηκε ανομοιογένεια στο δεξιό πλάγιο της αδενουπόφυσης. Η εντόπιση του μικροαδενώματος στο δεξιό πρόσθιο τμήμα της υπόφυσης επιβεβαιώθηκε με καθετηριασμό λιθοειδών κόλπων. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με παζρεσιτίνη, 900 mgx2/ημ.

Συζήτηση: Η ενδεδειγμένη θεραπευτική προσέγγιση για τη νόσο Cushing είναι η χειρουργική εξαίρεση του αδενώματος της υπόφυσης μέσω της διασφηνοειδικής οδού. Στην περίπτωση που η χειρουργία δεν είναι αποτελεσματική (25-35% των περιπτώσεων) άλλες θεραπευτικές επιλογές είναι η ακτινοβολία της υπόφυσης, η αμφοτερόπλευρη λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή ή η χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη παραγωγή κορτιζόλης. Η πασιρεσιτίνη (Signifor), ανάλογο σωματοστατίνης, αποτελεί την πρώτη στοχευμένη φαρμακευτική θεραπεία για τη νόσο Cushing, καθώς αναστέλλει την υπερπαραγωγή της ACTH από το αδένωμα της υπόφυσης.

ΑΑ082 Ο ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΩΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Ο ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΕΩΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Κανέλλος Ηλίας^{1,3}, Μήρτσου Νικολέτα², Κουφοπούλου Στυλιανή³, Φαρμάκη Φιλίτσα¹, Κάτσικα Ευαγγελία¹, Μούστα Ερβιτζίνα¹, Πάσαλη Βασιλική¹, Προυσανίδου Χριστίνα¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

³ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

Εισαγωγή: Ο υπερθυρεοειδισμός, σύμφωνα με δύο ανασκοπήσεις και μια μετα-ανάλυση που δημοσιεύτηκαν πρόσφατα, θα μπορούσε να συμπεριληφθεί στις αιτίες πρόκλησης υπερπηκτικότητας και θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Υπάρχουν αρκετές αναφορές εγκεφαλικής θρόμβωσης σε ασθενείς με θυρεοτοξίκωση και μάλιστα η κατάσταση υπερπηκτικότητας μπορεί να είναι πολυπαράγοντική συνδεδεμένη με μια αύξηση στην δραστικότητα του παράγοντα VIII, του παράγοντα von Willebrand και του αναστολέα του ενεργοποιητή του Πλάσμινογόνου. Επιπρόσθετα σε μία μελέτη παρακολούθησης 5 ετών με σκοπό την εκτίμηση του κινδύνου πνευμονικής εμβολής σε ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό, αποδείχθηκε η ύπαρξη δυο με τρεις φορές μεγαλύτερης αύξησης του κινδύνου πνευμονικής εμβολής στους ασθενείς αυτούς σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Στην υπερπηκτική αυτή τάση των ασθενών με υπερθυρεοειδισμό προστίθεται και η συχνή ύπαρξη κοιλιακής μαρμαρυγής ως αίτιο της απορύθμισης των θυρεοειδικών ορμονών. Πράγματι η κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί ένα κλινικό εύρημα του υπερθυρεοειδισμού με εκτιμώμενο ποσοστό επιπολασμού 10-20%.

Συζήτηση: Τίθεται ο προβληματισμός του εάν οι ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό θα πρέπει να λαμβάνουν αντιπηκτικά, ως συστηματική φαρμακευτική αγωγή πρόληψης θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Γίνεται όμως εντονότερος, εάν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι η κοιλιακή μαρμαρυγή, που συχνά προκαλείται από τις διαταραχές των θυρεοειδικών ορμονών, αποτελεί από μόνη της παράγοντα κινδύνου για θρομβοεμβολικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο προσδιορισμός του κινδύνου με το CHADS2 score σε ασθενείς με μη-ρευματική κοιλιακή μαρμαρυγή καθορίζει εάν απαιτείται θεραπεία με αντιπηκτική ή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Το ερώτημα που τίθεται αφορά όχι μόνο για τη χρήση αντιπηκτικών σε υπερθυρεοειδικούς ασθενείς με χαμηλό CHADS2 για την προστασία από την εμφάνιση ή την ήδη υπάρχουσα κοιλιακή μαρμαρυγή, αλλά γενικότερα για προστασία από θρομβοεμβολική νόσο που διατρέχουν οι θυρεοειδικοί ασθενείς, ιδιαίτερη στην περίπτωση θυρεοτοξικής κρίσης.

Συμπέρασμα: Εν κατακλείδι τίθεται η σκέψη του να συμπεριληφθεί ή όχι θεραπεία με αντιπηκτική ή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στους ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό και χαμηλό CHADS2 score, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις απορύθμισης της θυρεοειδικής λειτουργίας, ιστορικού καρδιαγγειακών παθήσεων και ηλικιωμένων ασθενών. Νεότερες μελέτες είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν και να διαλευκάνουν τα θεραπευτικά αυτά ερωτήματα και διληθήματα που αφορούν την βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών με υπερθυρεοειδισμό και την προστασία τους από θρομβοεμβολική νόσο.

AA083 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΟΡΟΥ ΜΕ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΙΣΟΔΙΑ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Δήμος Γρηγόριος¹, Κωνσταντινίδης Γαλακτίων¹, Δαλαβίτσου Βασιλική², Κανέλλος Ηλίας¹, Καραμούζης Ιωάννης¹, Δημητριάδης Παύλος², Ηλιάδης Φώτιος¹, Σπύρογλου Σοφία², Καραλάζου Παρασκευή², Θυσιάδου Αικατερίνη², Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹, Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή - Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η συσχέτιση των επιπέδων της ομοκυστεΐνης (Hcy) ορού και μεταλλάξεις του γονιδίου MTHFR σε ασθενείς με τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) στη χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ).

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 60 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1-4 με διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ, n=30) και χρόνια σπειραματονεφρίτιδα (ΧΣΝ, n=30). Ως μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 30 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 και 30 υγιείς εθελοντές. Ο προσδιορισμός των επιπέδων της ομοκυστεΐνης έγινε με τη μέθοδο του πολυωμένου ανοσοφθορισμού, 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.

Αποτελέσματα: Από τους 60 ασθενείς οι 50 εμφάνισαν αυξημένες τιμές ομοκυστεΐνης. Από αυτούς οι 30 εμφάνισαν τη μετάλλαξη MTHFR-1 C677T και 35 την MTHFR-2 A1298C. Από τους τελευταίους, 16 ασθενείς (12 με ΔΝ και 4 με ΧΣΝ) υπέστησαν στο παρελθόν κάποιο ΑΕΕ.

Συμπέρασμα: Αυξημένα ποσοστά υπερομοκυστεϊναιμίας και της μετάλλαξης MTHFR ανευρέθηκαν στους ασθενείς με ΑΕΕ και ΧΝΝ, γεγονός που επιβεβαιώνει τη θετική συσχέτιση της μετάλλαξης με την υπερομοκυστεϊναιμία, τη θληκωματούρα στη ΧΝΝ.

AA084 ΙΝΙΔΟΕΙΔΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Δήμος Γρηγόριος¹, Διβάνη Μαρία¹, Μπερετούλη Ελένη², Καραγιαννοπούλου Γεωργία², Κολέτσα Τριανταφυλλιά², Καρκαβέλας Γεώργιος², Γρέκας Δημήτριος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

² Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής Α.Π.Θ.

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ινιδιακή σπειραματονεφρίτιδα (Iv ΣΝ) αποτελεί μέλος των ινιδιακών ΣΝ, ως υπερμικροσκοπική οντότητα που χαρακτηρίζεται από εξωκυττάρια εναπόθεση μη διακλαδίζομενων μικροϊνιδίων, διαμέτρου μικρότερης των 30 nm, τα οποία διατίθενται τυχαίως στο mesάγγειο και στα τοιχώματα των σπειραματικών τριχοειδών, αρνητικών σε χρώση με ερυθρό του Κονγκό. Η ινιδιακή αυτή μη αμυλοειδική ΣΝ περιγράφεται ως σπειραματοπάθεια με αμυλοειδές αρνητικό στο ερυθρό του Κονγκό. Πρόκειται για σπειραματική νόσο από εναπόθεση οργανωμένου ινιδιακού υλικού, το οποίο δεν έχει τις ιδιότητες του αμυλοειδούς, αλλά ομοιάζει με την κλινική εικόνα της αμυλοείδωσης.

Υλικό και Μέθοδοι: Περιγράφονται οι περιπτώσεις τριών γυναικών, ηλικίας 52, 59 και 65 ετών, οι οποίες εμφάνισαν βαρύ νεφρωσικό σύνδρομο, ταχέως εξελισσόμενη νεφρική νόσο (TENN) με ημφούπερηλαστικές διαταραχές. Οι σπειραματικοί μνηοειδείς σχηματισμοί παρουσιάζονται στο 30% των νεφρικών βιοψιών (18/54, 7/21 και 9/27 σπειράματα αντίστοιχα). Διενεργήθηκε νεφρική βιοψία, η οποία συνοδεύτηκε από μελέτη με ανοσοϊστοχημεία, ανοσοφθορισμό και ηλεκτρονικό μικροσκόπιο (ΗΜ).

Αποτελέσματα: Η νεφρική βιοψία έδειξε εξωκυττάρια εναπόθεση ουσίας ομοιάζουσας με αμυλοειδές στο mesάγγειο και στις σπειραματικές βασικές μεμβράνες, αλλά αρνητική στη χρώση με ερυθρό του Κονγκό. Το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο ανέδειξε Iv ΣΝ.

Συμπέρασμα: Η επίπτωση της Iv ΣΝ στον πληθυσμό όπου διενεργήθηκε βιοψία νεφρού εκτιμάται από 0.2-0.5% με μέση ηλικία 50-65 έτη και ελαφρά υπερχωί στις γυναίκες. Η νεότερη αντίληψη υποδεικνύει φτωχή πρόγνωση, με δεδομένη την εξέλιξη από πρόσφατες σειρές αναφερομένων περιστατικών σε τελικό στάδιο ΧΝΝ να ανέρχεται σε >50% σε δύο χρόνια.

ΑΑ085 ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΥΧΑΙΩΜΑ ΔΕ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ, ΤΟΞΙΚΗ ΟΖΩΔΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΜΟΝΟΝΕΦΡΟ

Σακινίδου Χαρίκλεια¹, Δήμας Γρηγόριος², Ράντεβ Ζανίνα³, Κανέλλος Ηλίας², Φωτιάδης Σπυρίδων², Τράντα Αλεξάνδρα², Σαββόπουλος Χρήστος², Χατζητόλιος Απόστολος²

¹ Κέντρο Υγείας Λαγκαδά

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³ Κέντρο Υγείας Μαδύτου

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί συχνά την κορυφή του παγόβουνου με συνύπαρξη πολλών νοσημάτων σ' έναν ασθενή.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσίαση περιστατικού.

Στην ασθενή μας, ηλικίας 54 ετών σήμερα, η οποία προσήλθε στο ιατρείο μας προ 5ετίας, αιτιώμενη αίσθημα παλμών και ιδιαίτερα υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) από μνός. Κατά την κλινική εξέταση, πέραν της ΑΠ: 205/115mmHg και μιας φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας 110 σφίξεις/λεπτό δεν βρέθηκε κάτι το παθολογικό. Καθώς το ιστορικό ήταν ελεύθερο προχωρήσαμε σε κλινικοεργαστηριακό έλεγχο. Έτσι διαπιστώθηκε η συνύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2, τοξικής οζώδους βρογχοκήλης θυρεοειδούς, ποληλαπλής νεφρολιθίας με ευμεγέθες αγγειομυοεπιπλώμα ΔΕ νεφρού, τα οποία τον καθιστούν μη ρειουργικό, καθώς και ενός τυχαιώματος ΔΕ επινεφριδίου. Η ασθενής ακόμα βρέθηκε να πάσχει από υπερωριχαιμία, μεικτή υπερλιπιδαιμία και τρανσαμινασαιμία. Ελάμβανε μέχρι της τελικής θεραπείας βεραπαμίλη, σιταγλιπτίνη, βαλοσαρτάνη και υδροχλωροθειαζίδη.

Αποτελέσματα: Η αντιμετώπιση περιελάμβανε τοποθέτηση stent DJ ΔΕ νεφρού και σύστοιχη επινεφριδεκτομή. Έκτοτε η ΑΠ κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Συμπέρασμα: Στην καθημερινή κλινική πράξη η επιλογή και παρακολούθηση πολυπλοκών περιστατικών χρήζει έγκαιρης αντιμετώπισης από όλες τις βαθμίδες υγείας.

ΑΑ086 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Πελετίδου Ελένη¹, Σαββόπουλος Χρήστος², Καζάκος Κυριάκος³, Ηλιάδης Φώτιος², Τσαλικάκης Δημήτριος⁴, Φωτιάδου Ελένη², Χατζητόλιος Απόστολος²

¹ Τ.Ε. Νοσηλεύτρια Εντατικής Ενθλήκων, Γενικό Νοσοκομείο «Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

³ Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

⁴ Τμήμα Μηχανικών Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Κοζάνη

Εισαγωγή: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ-2) ως πανδημική νόσος απασχολεί έντονα τα τελευταία χρόνια την παγκόσμια ιατρική κοινότητα αναφορικά με τις επιπλοκές που προκαλεί, το κόστος έμμεσο και άμεσο, αλλά κυρίως τα συνυπάρχοντα νοσήματα, που τον συνοδεύουν όπως είναι η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) και η παχυσαρκία.

Σκοπός: Η καταγραφή της συσχέτισης και συνύπαρξης της ΑΥ και της Παχυσαρκίας σε υπέρβαρους ή παχύσαρκους ασθενείς με ΣΔ2, καθώς και η επίδραση της αλληλεξάρτησης των τρόπου ζωής με διατροφικές οδηγίες και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Τέλος η επίδραση της απώλειας βάρους στις δύο αυτές καταστάσεις.

Υλικό-Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 129 ασθενείς εκ των οποίων οι 43 ήταν άνδρες και 86 γυναίκες. Οι ασθενείς προσήλθαν προς τακτική εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ από τον Μάιο του 2014 έως και τον Αύγουστο του 2014. Έγινε καταγραφή του μεταβολικού τους προφίλ.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε από την έρευνα ότι από το συνολικό δείγμα 129 ασθενών το 48,8% ήταν παχύσαρκοι το 27,9% υπέρβαροι ενώ μόλις το 13,2% νορμοβαρείς και το 2,3% λιποβαρείς.

Επίσης υπέρταση εμφάνισε το 68,2%. Τέλος η επίδραση της παχυσαρκίας και υπέρτασης στην τιμή της γλυκόζης αλληά και στις υπόλοιπες μεταβολικές παραμέτρους δεν επέφερε καμία στατιστική διαφορά. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα του ουρικού οξέως ως προς το φύλο.

Συμπέρασμα: Η συχνότητα της Παχυσαρκίας και υπέρτασης σε Διαβητικούς ασθενείς βρέθηκε μεγάλη. Ωστόσο η εφαρμογή ιατρικών οδηγιών δεν επέφερε μείωση του σωματικού βάρους σε όλες τις ομάδες των διαβητικών ασθενών πράγμα που πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας τόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα όσο και στην τριτοβάθμια παροχή φροντίδας.

AA087 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ TLR5(C/T)^{392STOP} ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Χαλήλη Ιμπράμ Ζερρίν, Μοηλαγιουσουφόγλου Σέντα, Παπαθεοδώρου Κωνσταντίνος, Γανίτης Ανέστης, Ιωσφίδου Γεωργία, Κιουτσούκ Μέμετ Σερήφ, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαυτέζος Ευστράτιος

B^{} Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Έβρου, Ιατρική Σχολή Αλεξανδρούπολης*

Εισαγωγή - Σκοπός: Τα τελευταία χρόνια δίδεται ιδιαίτερη σημασία στη συμμετοχή της φυσικής ανοσίας στην εκδήλωση της χρόνιας υποκλινικής φλεγμονής που συνοδεύει τις μεταβολικές παθήσεις ("metaflammation"). Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να μελετηθεί τη συχνότητα ενός μονοσημειακού πολυμορφισμού του υποδοχέα της φυσικής ανοσίας Toll-like receptor 5 (TLR5 392C/T), που οδηγεί σε ένα πρόωρο κωδίκιο τερματισμού, σε σχέση με την παχυσαρκία και τις συνοδές μεταβολικές διαταραχές.

Υλικό-Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 86 υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα καθώς και 24 νορμοβαρή άτομα (ομάδα ελέγχου) των οποίων καταγράφηκαν οι ανθρωπομετρικές και βιοχημικές παράμετροι. Η γονιδιακή ανάλυση έγινε με τη μέθοδο της allele specific PCR.

Αποτελέσματα: Η συχνότητα των γονοτύπων και των αλληλοτύπων στις 2 ομάδες φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

		Υπέρβαροι / Παχύσαρκοι (n=86)	Νορμοβαρείς (n=24)	p
Γονότυποι	C/C	38	11	0.06*
	C/T	43	8	
	T/T	5	5	
Αλληλότυποι	C	119	30	0.38*
	T	53	18	

* Fisher Exact Probability Test

Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά της συχνότητας του πολυμορφισμού μεταξύ των δύο ομάδων. Δε βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά στους γονότυπους και αλληλότυπους μεταξύ των παχύσαρκων και υπέρβαρων ατόμων που δεν είχαν άλλο κριτήριο του μεταβολικού συνδρόμου (n=27) και αυτών που πληρούσαν τα κριτήρια του μεταβολικού συνδρόμου (n=37), (p= 0.55 και 0.32 αντίστοιχα). Η παρουσία του πολυμορφισμού δεν συσχετίστηκε με κάποια από τις ανθρωπομετρικές και βιοχημικές παραμέτρους στην ομάδα των υπέρβαρων/παχύσαρκων ατόμων.

Συμπεράσματα: Η παρουσία του μονοσημειακού πολυμορφισμού TLR5(C/T)^{392STOP} δεν συσχετίστηκε με την ύπαρξη αυξημένου σωματικού βάρους, την παρουσία του μεταβολικού συνδρόμου ή με μεταβολικές παραμέτρους στο μελετηθέν δείγμα.

ΑΑ088 Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ Ο ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗΣ ΩΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΟΝΤΟΤΗΤΕΣ. Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΒΑΣΕΙ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Δημ. Σκούτας, Στ. Κουτσιουμπέλης, Η. Χύτας, Δημ. Κιρμιζής, Σπ. Λιάκος, Αθ. Τέφας, Αθ. Κοντός, Ι. Περγίκης

Γεν. Κλινική Λυσ. Σαραφινός Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Ο ΣΔ2 ως κλινική οντότητα μπορεί να διαλλάθει όπως και η διάγνωση του τις περισσότερες φορές καθυστερεί λόγω της αμβιλυχρής συμπτωματολογίας του πόσο μάλλον ο προδιαβήτης. Τις δύο αυτές κλινικές οντότητες προσπαθήσαμε να ανιχνεύσουμε στους ασθενείς που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία μας.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Τριακόσιοι πενήντα ασθενείς (210 άνδρες και 140 γυναίκες) εξετάσθηκαν το τελευταίο εξάμηνο του 2014 στα εξωτερικά ιατρεία. Ασθενείς χωρίς γνωστό ΣΔ και χωρίς ιστορικό αιμοσφαιρινοπάθειας-αναιμίας ή συναφούς νόσου συμμετείχαν στην μελέτη. Η διάγνωση του ΣΔ ή του προδιαβήτη τέθηκε σύμφωνα με τα κριτήρια της ADA (γλυκόζη νηστείας, δοκιμασία ανοχής γλυκόζης με 75 γρ άνυδρης γλυκόζης (OGTT), γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1C).

Αποτελέσματα: Από τους 350 συμμετέχοντες, 165 άτομα είχαν φυσιολογικές τιμές (NGT), 85 άτομα προδιαβήτη και 88 άτομα ΣΔ. Ο συνδυασμός μεθόδων διάγνωσης αυξάνει το ποσοστό εντόπισης των ατόμων που βρίσκονται στον προδιαβήτη, ή ΣΔ συγκρινόμενος με τα επιμέρους κριτήρια $p < 0.001$. Η διάγνωση γίνεται έγκαιρα και πρώιμα πόσο μάλλον στις ομάδες υψηλού κινδύνου $p < 0.001$. Η ηλικία, το σωματικό βάρος, το κάπνισμα και η καθιστική ζωή σε αντίθεση με το φύλο σαφώς και σχετίζονται με την εμφάνιση ή μη προδιαβήτη ή ΣΔ $p < 0.05$.

Συμπεράσματα: Το ποσοστό αδιάγνωστου προδιαβήτη-ΣΔ παραμένει υψηλό. Η έγκαιρη διάγνωση των δύο ανωτέρω κλινικών οντοτήτων ακόμα και με απουσία συμπτωμάτων ιδίως στις ομάδες υψηλού κινδύνου είναι αναγκαία με όφελος την άμεση παρέμβαση.

ΑΑ089 ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 49 ΕΤΩΝ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Αναστασιάδου Αφροδίτη, Σαχινίδης Αλέξανδρος, Μάτα Αναστασία, Βακιάνη Στυλιανή

Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας - Γιαννιτών, Παθολογική Κλινική, Γιαννιτσά, Διευθυντής: Κακουλίδης Ιωάννης

Εισαγωγή: Η ροιμώδης μονοπυρήνωση αποτελεί κλινικό σύνδρομο που προκαλείται από τον ιό Epstein-Barr (EBV) και παρατηρείται συνήθως σε νέους ενήλικες, αλλά και σε παιδιά.

Σκοπός: Η περιγραφική περιστατικού ροιμώδους μονοπυρήνωσης σε ενήλικα άνδρα 49 ετών με άτυπη κλινική εικόνα που μιμείται λέμφωμα.

Παρουσίαση περιστατικού: 49χρονος ασθενής προσήλθε στα ΤΕΠ αιτώμενος εμπύρετο από δημέρου έως 38,8 °C, με παράλληλες νυκτερινές επιδρώσεις. Από το ιστορικό του αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση. Από τον ακτινολογικό έλεγχο χωρίς σημεία πνευμονικής διήθησης. Εργαστηριακός έλεγχος: ήπια ηπατική δυσλειτουργία (SGOT: 78, SGPT: 119, γGT: 251, ALP:101), προδεδειγμένη αύξηση ηευκών αιμοσφαιρίων με έντονα λεμφοκυτταρικό τύπο και CRP με ανώτερη τιμή 5,67, καθώς και D-dimer 2240. Αέρια αρτηριακού αίματος (pO_2 :67,5 mmHg, pCO_2 :30,5mmHg, pH:7,473). Από τον απεικονιστικό έλεγχο άμφω, έντονα υποχοναϊκό σχεδόν αποστρογγυλοποιημένοι με κεντρική και περιφερική αγγείωση λεμφαδένες προβάλλουν στις τραχηλικές γωνίες με την κάτω γνάθο, με παρωτίδες άμφω κατά φύσιν. Από την CT θώρακος αμφοτερόπλευροι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, δεξιά έως 1,17 cm και αριστερά ως 1,38 cm, χωρίς παθολογικούς μεσαυλικούς λεμφαδένες και χωρίς υπεζωκοτική και περικαρδιακή συλλογή. Επιπλέον, από δεύτερη CT θώρακος και ΑΚΟ παρουσία λεμφαδενικών μαζών στους αγγειακούς, υπογνάθιους, παρωτιδικούς, οπίσθιους και πλάγιους χώρους του τραχήλου-αυχένα. Παρουσία λεμφαδένων στον τραχειακό χώρο, στο ύψος της τριπίδας, στο αορτοπνευμονικό παράθυρο, στις πύλες και στις μασχαλιαίες χώρες. Αυξημένες διαστάσεις ήπατος και σπλήνός. Λεμφαδενική μάζα στον πυλαοκοιλιακό χώρο. Τέθηκε η υπόνοια λεμφώματος, αλλά από τον εργαστηριακό έλεγχο διεπιστώθηκαν θετικά IgG και IgM αντισώματα για EBV, καθώς και θετικά IgG αντισώματα για CMV και τοξόπλασμα.

Συμπέρασμα: Η ροιμώδης μονοπυρήνωση σε ενήλικες δεν είναι τόσο συχνή και μπορεί να μιμηθεί την κλινική εικόνα λεμφώματος.

AA090 Η ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΕΒΣΤΕΙΝ-BAR (EBV) ΣΤΟ Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ

Μυλωνάς Κωνσταντίνος¹, Δηληγιάννης Γεώργιος², Παπαδάτος Σταμάτης², Ζήσης Χρήστος², Μυλωνάς Στέφανος²

¹ Φοιτητής Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ.

² Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ν. Τρικάλων

Σκοπός: Η εργασία αφορά στην καταγραφή στοιχείων σχετικά με την επιδημιολογία, την κλινική εικόνα και τα εργαστηριακά ευρήματα στην νόσο της λοιμώδους μονοπυρήνωσης.

Υλικό-Μέθοδος: Συνοληκά 32 ασθενείς, ηλικιακού εύρους 23±8 έτη, 19 άνδρες και 13 γυναίκες, που νοσηλεύτηκαν στην κλινική κατά την τελευταία πενταετία.

Αποτελέσματα: Συγκεκριμένα, η νοσηλεία των εν λόγω ασθενών κυμάνθηκε στις 3,5±1,5 ημέρες. Η κλινική εικόνα αφορά σε: αδυναμία/κακουχία 100%, υψηλός συνεχής πυρετός 96,87% (38,5 ± 0,8°C), εξιδρωματική φαρυγγοαμυγαλίτιδα 93,75%, λεμφαδενοπάθεια 84,37%, σπληνομεγαλία 68,75%, απώλεια όρεξης 43,75%, ηπατομεγαλία 37,5%, κηλιδοβηλατιδώδες εξάνθημα 21,87% (συσχετιζόμενο σε αρκετές περιπτώσεις με την χορηγούμενη αντιβιοτική αγωγή), βήχας 18,75%, κοιλιακό άλγος 12,5%, ίκτερος 9,37%. Τα εργαστηριακά ευρήματα φανέρωσαν ήπια έως μέτρια λευκοκυττάρωση (11.264 ± 4836 /μL). Ειδικότερα, λεμφοκυττάρωση παρατηρήθηκε στο 40,62% των ασθενών, πολυμορφοπυρήνωση στο 9,37% των ασθενών, άτυπα λεμφοκύτταρα Downey παρατηρήθηκαν στο 84,37%. Παράλληλα, ο ηπατικός βιοχημικός έλεγχος έδειξε τρανσαμινασαιμία στο 75%, αύξηση της γGT στο 37,5% και υπερχολερυθριναιμία στο 15,62%. Επικύρωση της διάγνωσης πραγματοποιήθηκε με mono-spot test καθώς και με ορολογικό έλεγχο για αντισώματα ειδικά της EBV λοίμωξης (anti-VCA, anti-EA, anti-EBNA).

Συμπέρασμα: Η αναδρομική αυτή μελέτη υπενθυμίζει το συνολικό μοτίβο των κλινικών εκδηλώσεων που σχετίζονται με την νόσο της λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Αξίζει, επομένως, ο νέος ιατρός να είναι πλήρως εξοικειωμένος με όλο το φάσμα των εκδηλώσεων αυτών και να υποπεύεται την πάθηση σε αντίστοιχες περιπτώσεις.

AA091 ΑΤΥΠΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ SWEET ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕ ΕΚΤΡΟΠΗ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Καϊάφα Γεωργία, Κακαλέτσος Νικόλαος, Σαββόπουλος Χρήστος, Ηλιάδης Φώτιος, Περιφάνης Βασίλειος, Προυσανίδης Ιάκωβος, Γραικού Αλεξάνδρα, Τζαλοκώστας Βασίλειος, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το συνδρόμο Sweet (ΣΣ) είναι μια οξεία εμπύρετη ουδετεροφιλική δερματοπάθεια που μπορεί να εκδηλωθεί ως ιδιοπαθής, σχετιζόμενη με φάρμακα ή κακοήθεια. Το 85% των σχετιζόμενων κακοηθειών είναι αιματολογικές και κυρίως η οξεία μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ). Σε αυτές τις περιπτώσεις το ΣΣ μπορεί να εκδηλωθεί με ασυνήθιστα κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά. Σε σπάνιες περιπτώσεις ασθενών με μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο (ΜΔΣ), οι λεμφοκυτταρικές διηθήσεις είναι το αρχικό χαρακτηριστικό του ΣΣ.

Περίπτωση: Άνδρας 72 ετών εισήχθη στην Κλινική μας λόγω εμπύρετου από 15 ημερών και πανκυταροπενία. Από το ιστορικό του είχε υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη και ήπια θρομβοπενία (120x10⁹/L) κατά τη τελευταία δύο χρόνια. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του εμφάνισε πολλαπλές, ποικίλου μεγέθους, ανώδυνες, χωρίς κνησμό, ερυθρηματώδεις, κηλιδοβηλατιδώδες δερματικές βλάβες στον κορμό και το πρόσωπο. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις εμφάνιζε πανκυταροπενία, αύξηση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης και της ταχύτητας καθίζησης. Οι ανοσολογικές, ορολογικές εξετάσεις και οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές. Η βιοψία μυελού των οστών αποκάλυψε ΜΔΣ με εκτροπή σε ΟΜΛ. Παρά τη θεραπεία με αντιμυκητιασικά και αντιβιοτικά ευρέος φάσματος ο πυρετός επέμεινε. Η βιοψία δέρματος αποκάλυψε διάχυτη δερματική λεμφοκυτταρική διήθηση. Οι βλάβες τελικά υποχώρησαν με τη χορήγηση τοπικά κορτικοστεροειδών και στη συνέχεια χορηγήθηκε azacitidine.

Συμπεράσματα: Το ΣΣ μπορεί να προηγείται, να έπεται, ή εμφανίζεται ταυτόχρονα με τη διάγνωση κακοήθειας. Στην παρούσα περίπτωση, εκτός από μείζον κριτήριο της ουδετεροφιλικής διήθησης, όλα τα δευτερεύοντα κριτήρια του ΣΣ ήταν παρόντα. Έχουν αναφερθεί παρόμοιες περιπτώσεις σε άρρενες ασθενείς καθιστώντας τη συγκεκριμένη κλινικοπαθολογική οντότητα ως πιθανό προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης ΜΔΣ και της εξέλιξής του.

AA092 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ D-DIMER ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Αγαπάκης Δημήτρης, Γώγος Χρήστος, Αλεξίου Ευάγγελος, Μαρασλής Στέφανος, Βράνου Ευγενία, Σάτσογλου Αιμίλιος

Γ.Ν. Γουμένισσας, Κίθκις

Εισαγωγή: Η πνευμονία της κοινότητας (ΠνΚ) αποτελεί συχνή αιτία νοσηλείας. Η χρήση των D-dimer στην εκτίμηση της βαρύτητας της υποστηρίζεται από μερικές μελέτες.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας είναι η εκτίμηση των επιπέδων D-Dimer σε ασθενείς με ΠνΚ.

Υλικό-Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 68 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας λόγω ΠνΚ. Επρόκειτο για 40 άντρες (57,7%) και 28 γυναίκες, μέσης ηλικίας 65,8 έτη (47-83). Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με το score CURB-65 σε 5 ομάδες βαρύτητας της Πν (score 0-1=Ομάδα 1, score 2= Ομάδα 2, score 3= Ομάδα 3, score 4=Ομάδα 4, score 5=5). Η μέτρηση των επιπέδων D-Dimer έγινε κατά την εισαγωγή. Επίσης καταγράφηκε η ηλικία, το φύλο, η συμπτωματολογία, η ακτινολογική εικόνα και η διάρκεια νοσηλείας. Όπου απαιτήθηκε, διενεργήθηκε CT θώρακα προς αποκλεισμό Πνευμονικής Εμβολής. Εξαιρέθηκαν οι περιπτώσεις με νεοπλασίες, αυτοάνοσα νοσήματα, διαταραχές της πήξης, ιστορικό θρομβοεμβολικής νόσου καθώς και όσοι είχαν πρόσφατη νοσηλεία ή χρήση αντιβιοτικών (εντός τριμήνου). Ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 31 υγιή άτομα.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα D-Dimer ήταν σημαντικά αυξημένα σε σχέση με τους μάρτυρες ($p<0.01$). Η κατηγοριοποίηση των ασθενών ήταν: Ομάδα 1=7 (10,3%), Ομάδα 2 =12 (17,6%), Ομάδα 3=28 (41,2%), Ομάδα 4=14 (20,6%) και Ομάδα 5=7 (10,3%). Τα επίπεδα των D-dimer (ng/ml) παρουσίασαν μια γραμμική αύξηση με τη βαρύτητα της Πν (373 ± 107 , 428 ± 55 , 574 ± 215 , 605 ± 195 , 798 ± 296). Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ Ομάδας 1 και Ομάδων 3+4+5, μεταξύ των Ομάδων 2 και 4+5 και μεταξύ Ομάδων 4 και 5. Δεν υπήρξαν διαφορές ως προς το φύλο, την ηλικία και τη συμπτωματολογία. Διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση των D-Dimer με την ακτινολογική εικόνα (βαθμώδης έναντι τμηματικής πνευμονίας, $p<0.01$). Η διάρκεια νοσηλείας ήταν μεγαλύτερη σε ασθενείς με D-Dimer>600ng/ml

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα των D-Dimer αυξάνουν στην ΠνΚ και μπορεί να συσχετιστούν με τη σοβαρότητα της.

AA093 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΩΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑΣ (1991-2010) ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

Παπάζογλου Νικόλαος¹, Καϊάφα Γεωργία², Κακαλέτσης Νικόλαος², Παπάνας Νικόλαος³, Σαββόπουλος Χρήστος², Μαϊτέζος Ευστράτιος³, Χατζητόλης Ι. Απόστολος

¹ Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

³ Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Εισαγωγή: Δεδομένα από επιδημιολογικές έρευνες μεγάλης διάρκειας που να αφορούν αιματολογικά νοσήματα, είναι σπάνια στη χώρα μας.

Σκοπός: Στα πλαίσια επιδημιολογικής έρευνας υπό τον γενικό τίτλο «επιδημιολογία αιτιών θανάτου» μελετήσαμε τη συχνότητα των αιματολογικών νοσημάτων, ως αιτιών θανάτου στο Δήμο Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης κατά τη διάρκεια της εικοσαετίας 1991-2010.

Υλικό και Μέθοδοι: Από συνολικό αριθμό 8761 πιστοποιητικών θανάτου από τα ληξιαρχικά γραφεία του Δήμου Κατερίνης βρέθηκαν 138(1,6%) περιπτώσεις και από 7609 του Δήμου Αλεξανδρούπολης, 81(1,1%) περιπτώσεις που είχαν ως πρώτη αιτία θανάτου κάποιο αιματολογικό νόσημα. Καταγράφηκαν το έτος γέννησης, το φύλο, η αιτία και το έτος θανάτου.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή της ηλικίας θανάτου λόγω αιματολογικής πάθησης ήταν τα 69,4 έτη. Στους άνδρες βρέθηκε μεγαλύτερη συχνότητα θανάτων από αιματολογική αιτία, 119(54,3%)vs100(45,7%). Οι τέσσερις επικρατέστερες αιτίες ήταν η θρομβοκυτταραιμία 156(71,2%), το μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο (ΜΔΣ) 43(19,6%), η ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα 5(2,3%) και η ιδιοπαθής αιμολυτική αναίμια 5(2,3%). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη συχνότητα των αιματολογικών παθήσεων μεταξύ των δύο φύλων, γενικά και ειδικότερα μεταξύ των δύο δήμων, εκτός από τη θρομβοκυτταραιμία που καταγράφηκε σε μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες της Αλεξανδρούπολης από ότι στην Κατερίνη [31(81,6%)vs39(62,9%), $p=0,048$].

Συμπεράσματα: Από επιδημιολογικά στοιχεία, στη περιοχή του δήμου Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης φαίνεται ότι οι αιματολογικές παθήσεις ως πρώτες αιτίες θανάτου, δεν εμφανίζουν διαφορετική συχνότητα με εξαίρεση της θρομβοκυτταραιμίας στις γυναίκες, επιβλήθηκαν την περαιτέρω αναζήτηση αιτιολογικών παραγόντων που μπορεί να ενέχονται στην διαφορά αυτή, με σκοπό την εφαρμογή μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου.

ΑΑ094 ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΗΝ ΤΥΧΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ

Ντινοπούλου Έλλη, Γκιρτοβίτης Φώτιος, Κωνσταντινίδου Άννα, Μπακαλούδη Βασιλική, Βουληγαρίδου Βιργινία, Παπέ Μαγδαληνή, Χατζηκώρκου Μαρία, Τζιούρα Αικατερίνη, Χαϊλιά Παναγιώτα, Παντελίδου Δέσποινα, Πεπερίδου Ουρανία, Μαρκοτσάνη Αντωνία, Χασαποπούλου - Ματάμη Ελένη

Κέντρο Αίματος, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Εισαγωγή: Για λόγους ασφάλειας του μεταγγιζόμενου αίματος και επιτήρησης επιδημιών, οι αιμοδότες καλούνται να ενημερώσουν για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων εντός 15 ημερών από αιμοδοσία.

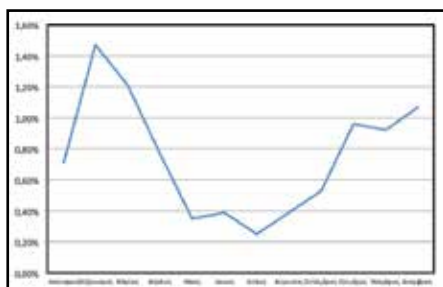
Σκοπός: Η εκτίμηση της εφαρμογής του ανωτέρω μέτρου στο Κέντρο Αίματος ΑΧΕΠΑ.

Υλικό και Μέθοδος: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν οι αιμοδότες κατά το 2014. Όλοι είχαν λάβει έντυπο με τον αριθμό της αιμοδοσίας τους και τηλέφωνα επικοινωνίας, προκειμένου να ενημερώσουν για τυχόν εμφάνιση οποιουδήποτε συμπτώματος εντός δεκαπενθημέρου. Επί ενημέρωσης ενδεικτικής ροίμωξης, το προσωπικό όφειλε να καταστρέφει διαθέσιμα παράγωγα, ενώ αν είχαν ήδη μεταγγιστεί, ειδοποιούσε τους θεράποντες ιατρούς.

Αποτελέσματα: Αιμοδότες ενημέρωσαν εκ των υστέρων 160 φορές (0,76%). Συμπτώματα κοινού κρουστικού αιμοδοσίας ανέφεραν 145/160(90,62%), με πυρετό σε 60/160(37,5%) περιπτώσεις, ενώ 15/160(9,37%) ανέφεραν συμπτώματα γαστρεντερίτιδας. Στο γράφημα παρουσιάζεται η μηνιαία κατανομή.

Ο μέσος χρόνος εμφάνισης συμπτωμάτων από την αιμοδοσία ήταν $3,75 \pm 3$ ημέρες. Το μεσοδιάστημα από την εμφάνιση των συμπτωμάτων ως την ενημέρωση ήταν κατά μέσο όρο 2,4 ημέρες.

Καταστράφηκαν 103/160(64,37%) μονάδες συμπτυκνωμένων ερυθρών, 84/106(79,24%) μονάδες FFP και 25/94(26,6%) μονάδες αιμοπεταλίων. Είχαν ήδη μεταγγιστεί: 57 μονάδες ερυθρών, 22 FFP και 69 μονάδες αιμοπεταλίων, χωρίς καμία αναφορά ανεπιθύμητου συμβάματος σε ασθενή, είτε αυθόρμητα, είτε μετά από δική μας ενημέρωση των ιατρών.



	ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	ΑΙΜΟΛΗΨΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΧΕΙΜΩΝΑΣ	59	5459	1,08%
ΑΝΟΙΞΗ	37	4804	0,77%
ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ	18	5112	0,35%
ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ	46	5701	0,80%
ΣΥΝΟΛΟ	160	21076	0,76%

Συμπεράσματα:

- Η ευαισθητοποίηση των αιμοδοτών (περισσότερες αναφορές) αυξήθηκε μετά την καθιέρωση διανομής υπενθυμιστικού εντύπου.
- Περισσότερες αναφορές παρατηρήθηκαν τους χειμερινούς μήνες (κατανομή παρόμοια με της γρίπης).
- Είναι μικρότερη η καταστροφή μονάδων αιμοπεταλίων, επειδή λόγω μικρού ορίου χρήσης συχνά μεταγγίζονται πριν την ενημέρωση.
- Θεωρούμε ότι η αναπόφευκτη καταστροφή μονάδων αντισταθμίζεται από το όφελος στην υγεία των μεταγγιζόμενων.

AA095 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ

Παυλίνα Μαρινάκη M.D., PhD, Αιματολόγος, Βάβια Καπιτζόγλου M.D., PhD, Νευρολόγος

Ιατρικό Διαβαθκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Ασθενής με διαγνωσθείσα βαρεία μυασθένεια σε ηλικία 16 ετών, οροθετική, μετά τη θυμεκτομή τέθηκε σε ανοσοκαταστολή με Cellcept (Mycophenolate mofetil) και ανέπτυξε λέμφωμα Hodgkin μετά από 6 έτη. Κατόπιν θεραπείας του λεμφώματος παρέμεινε άνευ αγωγής επί 3 έτη με σταθερή νόσο (μυασθένεια). Την τελευταία διετία παραμένει ανθεκτική σε θεραπείες όπως η γ-σφαιρίνη και το μονοκλωνικό αντίσωμα Rituximab.

Η ανωτέρω ασθενής παραμένει ένα θεραπευτικό δίλημμα, καθώς και κάθε ασθενής ο οποίος χρήζει ανοσοκατασταλτικής θεραπείας, σε ότι αφορά το όριο μέχρι του οποίου μπορεί φτάσει η θεραπεία αυτή, ώστε αφ' ενός μεν να υπάρχει έλεγχος του νοσήματος, αφ' ετέρου δε να μπορούν να αποφευχθούν οι μακροχρόνιες συνέπειες της θεραπείας, με δεδομένο ότι: η επίπτωση του καρκίνου σε βαρεία ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, όπως οι ασθενείς μετά από μεταμόσχευση οργάνων και οι πάσχοντες από AIDS, στους οποίους έχουν πραγματοποιηθεί οι περισσότερες μελέτες, φτάνει το 40% στα 20 χρόνια επιβίωσης, έναντι του 6% σε πληθυσμό αντίστοιχης ηλικίας. Κατά σειρά συχνότητας, νεοπλασμάτα που εμφανίζονται σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς είναι: καρκίνος δέρματος, λεμφοπαραγωγά νοσήματα, σάρκωμα Kaposi και σπανιότερα άλλες νεοπλασίες (μη Kaposi σαρκώματα, όγκοι γαστρεντερικού, ουροποιογεννητικού, πνευμόνων). Η παθοφυσιολογία της καρκινογένεσης στους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς αποδίδεται στην υπερπλαστική δράση ιών, όπως οι EBV, CMV, HHV-8, HPV, KSHV. Η θεραπεία των νεοπλασιών αυτών περιλαμβάνει τροποποίηση του ανοσοκατασταλτικού σχήματος, χειρουργική εξαίρεση εντοπισμένης νόσου και χημειοθεραπεία.

ΑΑ096 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Παπέ Μαγδαληνή¹, Μπακαλούδη Βασιλική¹, Ειρήνη Γεωργοπούλου², Γκιρτοβίτης Φώτης¹, Ντινοπούλου Έλλη¹, Κωσταντινίδου Άννα¹, Χατζηκώρκου Μαρία¹, Φλωρίδης Κωσταντίνος¹, Περπερίδου Ουρανία¹, Θωμαΐδου Σοφία¹, Παυλοπούλου Άννα¹, Πουλιούδη Πασχαλιά¹, Βασιλάκη Όλια³, Πρωτονοταρίου Ευθυμία³, Σκούρα Λεμονιά³, Χασαποπούλου - Ματάμν Ελένη¹

¹ Κέντρο Αίματος, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

³ Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα χέρια των επαγγελματιών υγείας αποτελούν κύριο μέσο μεταφοράς μικροοργανισμών σε περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας. Μετάγγιση βακτηριακά μολυσμένων παραγώγων αίματος χαρακτηρίζεται από υψηλή θνητότητα. Η διατήρηση υψηλού επιπέδου υγιεινομικής ασφάλειας είναι πρωταρχικής σημασίας στις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας.

Σκοπός: Η διερεύνηση μικροβιακού αποικισμού στα χέρια του προσωπικού και στους χώρους εργασίας ενός Κέντρου Αίματος με διακίνηση περίπου 36000 μονάδων ερυθρών, 18500 μονάδων FFP και άνω των 8500 μονάδων αιμοπεταλίων ετησίως.

Υλικό-Μέθοδος: Στη μελέτη εξετάστηκαν 35 επαγγελματίες υγείας (ιατροί 7, τεχνολόγοι 11, νοσηλευτές 14, επισκέπτριες υγείας 3) και 60 δείγματα από χώρους εργασίας επιλεγμένων τμημάτων: φλεβοκέντησης 12, αιμοπεταλιαφαίρεσης 5, παραγώγων 5, προσδιορισμού ομάδων αίματος 12, ανοσοαιματολογικού ελέγχου 16, ορολογικού ελέγχου 10. Τα δείγματα λαμβάνονταν με αποστειρωμένο βαμβακοφόρο στυλεό εμποτισμένο σε αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό, ο οποίος συρόταν στην επιφάνεια ελέγχου. Γίνονταν επώαση του στυλεού σε θειογλυκολικό ζυμό και το επόμενο εικοσιτετράωρο επίστρωση σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά (Mac Conkey και αιματούχο άγαρ) και καλλιέργεια σε 37°C, 24-48 ώρες, σε αερόβιες συνθήκες.

Αποτελέσματα: Το σύνολο των εξετασθέντων παρουσίαζε μικροβιοφορία. Απομονώθηκαν από τα χέρια κυρίως βάκिलοι 21/35 (60%) και Coagulase Negative Staphylococci (CoNS) 7/35 (20%). Gram αρνητικά βακτήρια απομονώθηκαν σε 6/35 (17,14%) εξεταζόμενους. Ανέπτυξαν πάνω από 1 μικρόβιο οι 4/35 (11,42%). Από τους χώρους θετικές ήσαν οι καλλιέργειες σε 60% των δειγμάτων (36/60): βάκिलοι 13/60 (21,66%), CoNS 18/60 (30%), Gram αρνητικά βακτήρια σε 5/60 (8,33%). Δεν ανευρέθησαν θετικά δείγματα για μύκητες και Staph. Aureus.

Συμπεράσματα: Ανάλογα βιβλιογραφικά δεδομένα σε Υπηρεσίες Αιμοδοσίας ελλείθουν. Χρειάζονται στρατηγικές αλλαγής υγιεινομικών συνηθειών, αυστηρής συμμόρφωσης σχετικά με τη υγιεινή των χεριών, παρακολούθησης του μικροβιακού αποικισμού σε βάθος χρόνου, τήρησης και ανάπτυξης στατιστικών στοιχείων, στοχευμένης τροποποίησης οδηγιών καθαρισμού και αντισηψίας.

AA097 ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΟΣΤΕΟΛΥΤΙΚΕΣ ΕΣΤΙΕΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΠΡΟ-Β ΟΞΕΙΑΣ ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ: ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Καϊάφα Γεωργία¹, Περιφάνης Βασίλειος¹, Κακαλήτσος Νικόλαος¹, Χαλβατζή Κυριακή², Τσαβδαρίδου Βασιλική², Γούναρη Ευδοξία², Χρυσουλίδου Ελίσσάβετ¹, Καλογερά Άννα³, Απόστολος Ι. Χατζητόλης¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Μικροβιολογίας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

³ Ακτινολογικό Τμήμα, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η υπερασβεστιαμία και οι πολλαπλές οστεολυτικές βλάβες είναι σπάνιες επιπλοκές της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμία (ΟΛΛ) στην παιδική ηλικία, οι οποίες περιπτώσεις εμφανίζουν παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά. Επίσης, η υπερασβεστιαμία είναι ένα σπάνιο χαρακτηριστικό σε ενήλικες με ΟΛΛ. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μιας σχετικά σπάνιας περίπτωσης ενός ενήλικα ασθενή με υποτροπή προ-Β ΟΛΛ που εμφάνισε πολλαπλές οστεολυτικές βλάβες και υπερασβεστιαμία.

Περιγραφή περίπτωσης: Άρρεν ασθενής 24 ετών με διάγνωση προ-Β ΟΛΛ εισήχθη στο νοσοκομείο μας λόγω σοβαρής οσφυαλγίας. Αφού υποβλήθηκε σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο καταλήξαμε ότι ο ασθενής έχει υποτροπή της ΟΛΛ σύμφωνα και τα αποτελέσματα της οστεομελικής βιοψίας (9% βλάβες) και την κυτταρογενετική ανάλυση, με πολλαπλές οστεολυτικές βλάβες κατά μήκος της οσφυϊκής και ιερής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και των ισχίων με συνοδό σοβαρή υπερασβεστιαμία (13,3 mg/dL). Αφού χορηγήθηκε θεραπεία διάσωσης FLAG-IDA και ενυδάτωση μαζί με φουροσεμίδη, κορτικοστεροειδή και διφωσφονικά, βελτιώθηκε αρχικώς, αλλά στη συνέχεια υποτροπιάσε και επιδεινώθηκε με αποτέλεσμα να καταλήξει λόγω σοβαρής σήψης ως αποτέλεσμα της σοβαρής ανοσοκαταστολής.

Συμπέρασμα: Δύο πιθανοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για την υπερασβεστιαμία σε αιματολογική κακοήθεια, η λευκαιμική διήθηση και η παρανεοπλασματική παραγωγή μιας ποικιλίας παραγόντων και προφλεγμονωδών κυτοκινών. Ωστόσο, η υπερασβεστιαμία και οι πολλαπλές οστεολυτικές βλάβες είναι σπάνια χαρακτηριστικά της ΟΛΛ σε ενήλικες ασθενείς και ο συνδυασμός τους μπορεί να αποτελέσει δείκτης κακής πρόγνωσης.

AA098 ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΛΛΟΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Μπουντόλα Σταυρούλα, Χρυσουλίδου Ελίσσάβετ, Προυσανίδης Ιάκωβος, Περιφάνης Βασίλειος, Καϊάφα Γεωργία, Χατζητόλης Απόστολος.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Εισαγωγή: Η ενδιάμεση θαλασσαιμία (ΕΘ) αποτελεί μια κλινικά οριζόμενη κατάσταση, που καλύπτει το χώρο μεταξύ των ασθενών με ετεροζυγωτία και των μεταγγισσοεξαρτώμενων ασθενών με θαλασσαιμία. Τόσο κλινικά όσο και γονοτυπικά, οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν έντονη ετερογένεια. Οι παθογενετικοί μηχανισμοί της νόσου περιλαμβάνουν την μη αποδοτική ερυθροποίηση, την περιφερική αιμόλυση και τη σταδιακή υπερφόρτωση με σίδηρο, λόγω υπέρμετρης απορρόφησης σιδήρου από το έντερο. Η ΕΘ καλύπτει ένα ευρύ πεδίο κλινικών εκδηλώσεων που στο ένα άκρο του είναι μια σχεδόν «φυσιολογική» ζωή και στο άλλο σοβαρή καθυστέρηση ανάπτυξης και σκελετικές βλάβες που απαιτούν θεραπεία με μεταγγίσεις.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής 68 ετών με ΕΘ νοσηλεύθηκε λόγω αναιμίας (Hb 3,2mg/dl) με συνοδό σπληνομεγαλία, ηπατομεγαλία και πνευμονική υπέρταση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκε θετική άμεση και έμμεση αντίδραση Coombs. Στην ασθενή χορηγήθηκαν υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών, μεταγγίσθηκε με 2 μονάδες συμπικνωμένων ερυθρών και λόγω των καρδιολογικών συμπτωμάτων και της σύστασης να αποφεύγει μεταγγίσεις (που μπορούν να πυροδοτήσουν περαιτέρω ήπιο-ανοσοποίηση) αποφασίσθηκε έναρξη αγωγής με ερυθροποϊτίνη. Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικοεργαστηριακά (Hb:5,5mg/dl) και εξήλθε με σύσταση λήψης ερυθροποϊτίνης (δαρβοποϊτίνη-Aranesp) 150 MU ανά εβδομάδα. Στον μινιαίο επανέλεγχο διαπιστώθηκε περαιτέρω βελτίωση (Hb:8mg/dl) χωρίς την ανάγκη επιπλέον μεταγγίσεων. Τρία χρόνια μετά παραμένει με ικανοποιητικό επίπεδο αιμοσφαιρίνης, συνεχίζοντας την ίδια αγωγή, χωρίς νέες επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Η ερυθροποϊτίνη αποτελεί μια καλή και αποτελεσματική εναλλακτική λύση για την αντιμετώπιση ασθενών με ΕΘ και αλλοανοσοποίηση που δυσχεραίνει την ανεύρεση συμβατών μονάδων ερυθρών για μετάγγιση.

ΑΑ099 ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΔΙΠΟΝΕΚΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ

Κόκκινος Σπυρίδων, Μολληλαγιουσσοφύλλου Σέντα, Τζελάη Μαητσάν, Σαββίδου Γκαγιάνε, Μεχμέτ Φατμά, Χασάν Αλή, Παπάνας Νικόλαος, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαϊτέζος Ευστράτιος

Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Έβρου, Ιατρική Σχολή Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή-Σκοπός: Η θυρεοειδική δυσλειτουργία συνοδεύεται από ποικίλες διαταραχές του μεταβολισμού. Η αδιπονεκτίνη είναι μια αδιποκίνη με πολλαπλές μεταβολικές δράσεις. Σκοπός της εργασίας μας είναι να μελετήσουμε τα επίπεδα της αδιπονεκτίνης σε ασθενείς με κλινική και υποκλινική υπερλειτουργία και υπολειτουργία, αρχικά και μετά τη θεραπευτική επίτευξη ευθυρεοειδισμού.

Υλικό-Μέθοδοι: Συνολικά 150 (65 υπερθυρεοειδικοί και 85 υποθυρεοειδικοί) ασθενείς καθώς και 28 ευθυρεοειδικά άτομα (ομάδα ελέγχου) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Μετρήθηκαν οι ανθρωπομετρικές, βιοχημικές και ορμονικές (FT4, FT3, TSH, ινσουλίνη) παράμετροι σε όλους τους συμμετέχοντες. Τα επίπεδα της αδιπονεκτίνης ορού μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA.

Αποτελέσματα: Οι συγκεντρώσεις της αδιπονεκτίνης δε διέφεραν ανάμεσα στις πέντε ομάδες με κλινικό ή υποκλινικό υπερ- ή υποθυρεοειδισμό και την ομάδα ελέγχου (9.0 ± 2.1 , 8.1 ± 1.4 , 8.6 ± 1.2 , 8.2 ± 1.8 , 9.4 ± 1.8 $\mu\text{g/ml}$ αντίστοιχα, $p=0.107$, one way ANOVA). Οι μεταβολές στα επίπεδα της αδιπονεκτίνης μετά την επίτευξη ευθυρεοειδισμού στις ομάδες με κλινική νόσο δεν ήταν επίσης σημαντικές ($p=0.18$ και $p=0.14$ αντίστοιχα). Η ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των επιπέδων της αδιπονεκτίνης και διαφόρων ανθρωπομετρικών και ορμονολογικών παραμέτρων φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

	Hyperthyroidism, r (p)	Hypothyroidism, r (p)
BMI	-0.64 (0.01)	-0.43 (0.02)
Fat mass (%)	-0.57 (0.03)	-0.039 (0.001)
HOMA Index	-0.38 (0.02)	-0.42 (0.01)
FT4	0.50 (0.08)	-0.05 (0.72)
FT3	0.36 (0.21)	-0.18 (0.15)
TSH	-0.23 (0.12)	0.12 (0.29)

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά δε διαπιστώθηκε κάποια σημαντική διαφορά στα επίπεδα της αδιπονεκτίνης ανάμεσα στις ομάδες των ασθενών και την ομάδα ελέγχου, ούτε πριν ούτε μετά την επίτευξη ευθυρεοειδισμού. Σημαντική αρνητική συσχέτιση διαπιστώθηκε μεταξύ των επιπέδων της αδιπονεκτίνης και του HOMA Index, ένδειξη ότι η αδιπονεκτίνη πιθανά σχετίζεται με το βαθμό της ινσουλινοαντίστασης που συνοδεύει τη θυρεοειδική δυσλειτουργία.

AA100 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΩΔΥΝΟΥ ΩΜΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΕΕ

Αντωνιάδης Β.¹, Τσιλνίκος Δ.¹, Θεοφανίδης Δ.²

¹ Φοιτητής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΣΕΥΠ, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

² Καθηγητής Εφαρμογών, MSc, ProfDoc, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Το σύνδρομο 'επώδυνου ώμου' ή 'παγωμένου ώμου' (ΣΠΩ) μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι μια συχνή κλινική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από φλεγμονή και δυσκαμψία λόγω κάκωσης του συνδετικού ιστού που καθύπτει την άρθρωση. Η σχετική παθολογία συναντάται έως και στο 85% των ασθενών με σπαστικότητα και το 18% των ασθενών με υποτονικότητα μετά από ΑΕΕ.

Σκοπός: της παρούσης βιβλιογραφικής μελέτης είναι η συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας σχετικά με τα αίτια, την πρόληψη και την αντιμετώπιση του ΣΠΩ, ειδικότερα δε σε σχέση με την νοσηλευτική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

Υλικό και Μέθοδος: για το σκοπό αυτό έγινε αναζήτηση από το 2000 έως σήμερα στο Medline, Cinhal και ΙΑΤΡΟΤΕΚ, με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: "frozen shoulder", "hemiparesis", "shoulder pain", "ΑΕΕ", και "επώδυνος ώμος", με κριτήρια εισδοχής την γλώσσα (αγγλικά ή ελληνικά), την χρονολογία και την εγκυρότητα του περιοδικού (impact factor).

Αποτελέσματα: Η ανασκόπηση ανέδειξε 215 άρθρα από τα οποία επιλέχθηκαν τα 17 καθώς η πλειοψηφία αφορούσε σε κλινική διερεύνηση (υπέρχει) ή φυσιοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Χρονικά, το ΣΠΩ εμφανίζεται από δύο εβδομάδες έως ένα έτος μετά από ΑΕΕ. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι το ΣΠΩ επηρεάζει αποφασιστικά την κινητική αποκατάσταση και το επίπεδο λειτουργικότητας των άνω άκρων μετά από ΑΕΕ. Οι ασθενείς με ΣΠΩ παρουσιάζουν εύκολη κόπωση, πόνο και μειωμένη διάθεση για αποκατάσταση ενώ πολλοί αναπτύσσουν μια αφύσικη θέση της ημιπληγικής πλευράς 'προφυλάσσοντας' το άνω άκρο. Οι ασθενείς περιγράφουν το νευροπαθητικό πόνο του ΣΠΩ ως διαρκή τοπική αίσθηση καύσους η οποία δεν ανακουφίζεται με την κίνηση ή την επανατοποθέτηση.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν την αιτιοπαθολογία του νευρομυϊκού πόνου σε σχέση με το ΣΠΩ καθώς αυτός μπορεί να εμφανιστεί οποτεδήποτε μετά από ΑΕΕ και είναι συνήθως αποτέλεσμα κακής θέσης και στάσης στην κλίνη, παρατεταμένης ακινησίας και το σπουδαιότερο, κακών χειρισμών κατά την μεταφορά όταν ασκούνται μεγάλες μηχανικές δυνάμεις στην ημιπληγική πλευρά. Απλά μέτρα πρόληψης τα οποία θα πρέπει να υιοθετήσει το νοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή του ΣΠΩ:

- Εξασφάλιση συμμετρίας των ώμων και ισόποσης κατανομής βάρους κατά την μεταφορά.
- Αποφυγή ανύψωσης της ημιπληγικής πλευράς >80° ωμικής κάμψης.
- Ενθάρρυνση του ασθενή ως προς την ενδυνάμωση των απαγωγών μυών κατά την επαν-μάθηση των καθημερινών λειτουργικών δραστηριοτήτων.

ΑΑ101 ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΞΕΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ (HUMAN ALBUMINE)

Αναστασιάδου Αφροδίτη, Σαχινίδης Αλέξανδρος, Πρωτονοτάριος Αλέξανδρος, Μπουτέλλ Δημήτριος

Γενικό Νοσοκομείο Πέλλης - Γιαννιτσών, Παθολογική Κλινική, Γιαννιτσά. Διευθυντής: Κακουλίδης Ιωάννης

Εισαγωγή: Η χορήγηση διαλύματος ανθρώπιου λευκωματίνης (human albumine) αποτελεί σημαντικό όπλο στην αντιμετώπιση του οξέως πάσχοντος ασθενή και παρουσιάζει ποικιλία ενδείξεων, κυριότερες των οποίων είναι η υπολευκωματιναιμία και η υποογκαιμία.

Σκοπός: Η περιγραφή σπάνιου και ενδιαφέροντος περιστατικού εμφάνισης οξείας αναφυλακτικής αντίδρασης και συνδρόμου οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (ARDS) μετά IV χορήγηση ανθρώπιου λευκωματίνης.

Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα 59 ετών εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πέλλης-Γιαννιτσών με σκοπό τη διερεύνηση πρωτοεμφανιζόμενης αναιμίας με συνοδό πολυαρθρίτιδα. Από το ιστορικό αναφέρονται Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II, στεφανιαία νόσο και αρτηριακή υπέρταση. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της, η ασθενής εμφάνισε υπολευκωματιναιμία, για την οποία της χορηγήθηκε διάλυμα ανθρωπίου λευκωματίνης (human albumin). Μετά την έναρξη της IV χορήγησης, η ασθενής εμφάνισε αιφνιδίως ταχύπνοια, δύσπνοια και υποξυγοναιμία, ανθεκτική στη χορήγηση οξυγόνου. Από την Κλινική εξέταση, την ακτινογραφία θώρακος και τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ARDS. Η αξονική τομογραφία επιβεβαίωσε τη διάγνωση.

Συμπέρασμα: Η εμφάνιση αναφυλακτικής αντίδρασης μετά από χορήγηση ανθρώπιου λευκωματίνης, είναι εξαιρετικά σπάνια (περίπου 5 ανά 1.000.000). Στο αναφερθέν περιστατικό, καταλήξαμε στη διάγνωση έχοντας αποκλείσει όλες τις υπόλοιπες αιτίες που προκαλούν ARDS. Κατά τον έλεγχο της διεθνούς βιβλιογραφίας δε διαπιστώσαμε δημοσιεύσεις και ανάλογα περιστατικά.



Ευρετήριο

Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών



Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

Bajbouj Monther

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

Djordjevic Predrag

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

Hobbs Richard

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

Kudo Shin-Ei

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

Mufti Ghulam J.

DM, FRCP, FRCPath, Professor of Haematology & Head of Department King's College London, UK

Nakamura Hiroki

Lecturer, Assistant Doctor, Japan

Poulter Neil

Professor of Preventive Cardiovascular Medicine, Imperial College, United Kingdom

Rudolph Jobst

Νευρολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Tesfaye Addo

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

Triadafilopoulos George

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

Αβραμίδης Ιάκωβος

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

Αγραφιώτης Αθανάσιος

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

Αθανασίου Παναγιώτης

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

Άθυρος Βασίλειος

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

Ακριβιάδης Ευάγγελος

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

Αλαβέρας Αντώνιος

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

Αλεβίζος Μιητιάδης

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

Αλεξανδράκης Μιχαήλ

Καθηγητής Αιματολογίας, Διευθυντής Εργαστηρίου Αιματολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

Αμπραχαμιάν - Μιχαήλακ Αννέτ

Ενδοκρινολόγος, Αθήνα

Αντώνογλου Χρήστος

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

Αποστολοπούλου Μάρθα

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

Αρχανιωτάκη Μαριάνθη

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

Βακαλοπούλου Σοφία

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

Βασιλάκος Δημήτριος

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

Βασιλικός Βασίλειος

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

Βέμμος Κωνσταντίνος

Παθολόγος, Stroke Division, Hellenic
Cardiovascular Research Society, Αθήνα

Βλαχάκος Δημήτριος

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

Βλαχογιάννης Ανέστης

Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Γαβριηλίδης Σταύρος

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

Γαρυπίδου Βασιλεία

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

Γαρυφαλλός Αλέξανδρος

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

Γεροτζιάφας Γρηγόριος

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

Γεωργεφένδης Κωνσταντίνος

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

Γαμαρέλλος - Μπουρμπούλης

Ευάγγελος

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

Γαννόγλου Γεώργιος

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

Γαννουλάκη Παρθένα

Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος (Msc),
Προϊσταμένη Τμήματος Διαιτολογίας - Διατροφής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Γκίκας Αχιλλέας

Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Κρήτη

Γκιρτοβίτης Φώτιος

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

Γκόγκος Κωνσταντίνος

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

Γουλής Δημήτριος

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



Γουλής Ιωάννης

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

Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος

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

Γραμματικοπούλου Μαρία

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

Γρέκας Δημήτριος

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

Γροσμανίδης Βασίλειος

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

Δαΐκος Γεώργιος

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

Δανιηλίδης Μιχαήλ

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

Δασκαλοπούλου Ευφημία

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

Δεστώνης Ευάγγελος

Ακτινοδιαγνώστης, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Δημητράκος Σταύρος

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

Δημητριάδης Γεώργιος

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

Δημητρούλα Χαρίκλεια

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

Διδάγγελος Τριαντάφυλλος

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

Δούμας Μιχαήλ

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

Ελευθεριάδης Νικόλαος

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

Ελισάφ Μωυσής

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής
Β' Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα

Ευθυμιάδης Απόστολος

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ.,
Πρόεδρος Εταιρείας Αθροσκήληρωσης Βορείου
Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Ευθυμιάδης Ιωάννης

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

Ευστρατιάδης Γεώργιος

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

Ζακυνθινός Επαμεινώνδας

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

Ζαντίδης Ανέστης

Ειδικός Παθολόγος, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Ζαρίφης Ιωάννης

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

Ζαρογουλίδης Κωνσταντίνος

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

Ζερπεκάκης Παντελής

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

Ζησόπουλος Δημήτριος

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

Ζιάκας Αντώνιος

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

Ηλιάδης Φώτιος

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

Θεοφανίδης Δημήτριος

Καθηγητής Εφαρμογών ΤΕΙ Θεσσαλονίκης,
Θεσσαλονίκη

Θωμόπουλος Ανδρέας

Ενδοκρινολόγος, Αθήνα

Ιακωβίδης Απόστολος

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

Καζάκος Κυριάκος

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

Καϊάφα Γεωργία

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

Καϊάφα - Γκμπάντι Μαρία

Καθηγήτρια Ποινικού Δικαίου, Τμήμα Νομικής
Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Καθδρυμίδης Φίλιππος

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

Καθεβρόσογλου Ιωάννης

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

Καλόφωνος Χαράλαμπος

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

Καπάντας Ευθύμιος

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

Καραβασιλής Βασίλειος

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



Καρακώστας Δημήτριος

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

Κατσογριδάκης Ιωάννης

Γαστρεντερολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Κιόρτσης Δημήτριος

Ενδοκρινολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Κλωνιζάκης Ιωάννης

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

Κόκκαλη Αναστασία

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

Κοντακίωτης Θεόδωρος

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

Κοτσιανίδης Ιωάννης

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

Κούρτογλου Γεώργιος

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

Κούτρας Χρήστος

Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, Βέροια

Κουτσιαντά Κοκκώνη

Πρόεδρος Περιφερειακού Τμήματος
B. Επλήθος Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών,
Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Κουτσουράδης Αχιλλέας

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

Κοφτερίδης Διαμαντής

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

Κρασάς Γεράσιμος

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

Κροκίδης Ξενοφών

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

Κυριαζής Ιωάννης

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

Κυριζίδης Χρήστος

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

Κωνσταντίνου Δημήτριος

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

Κώστογλου - Αθανασίου Ιριγένεια

Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΟΡΓΙΑΛΛΕΝΕΙΟ
ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ., Αθήνα

Κωτούλας Σόλων

Παθολόγος, Τρικαλα

Κώτσος Βασίλειος

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

Κώττα Δώρα

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

Λαμπρόπουλος Στυλιανός

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

Λιακόπουλος Βασίλειος

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

Λιάμης Γιώργος

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

Λοϊζίδης Θεόδωρος

Ειδικός Φυσιάτρης, Μέλος του Ευρωπαϊκού Κολλεγίου των Φυσιάτρων, Επιστημονικός Διευθυντής Κέντρου Αποκατάστασης Euromedica Αρωγή Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Λυμπερόπουλος Ευάγγελος

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

Μακαρίτσας Κωνσταντίνος

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

Μακραντωνάκης Πάρις

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

Ματτέζος Ευστράτιος

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

Μανδαλά Ευδοκία

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

Μανές Χρήστος

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

Μαργαρίτης Δημήτριος

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

Μαρκόπουλος Αναστάσιος

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

Μάρκου Κωνσταντίνος

Ενδοκρινολόγος, Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Μάσσα Ελένη

Παθολόγος - Εντατικολόγος, Θεσσαλονίκη

Μερσίνογλου Ανδριάνα

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

Μεταλλίδης Συμεών

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

Μηλιώνης Χαράλαμπος

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

Μιμίδης Κωνσταντίνος

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

Μιχαλάκης Κωνσταντίνος

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



Μούζα Ειρήνη

Φυσίατρος, Επιστημονική Διευθύντρια Κέντρου Αποκατάστασης «Η ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ», Θεσσαλονίκη

Μουλούδη Ελένη

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

Μούσλεχ Ζαδάλλα

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

Μπακατσέλος Σπυρίδων

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

Μπαλαμώτη Τσάκωνα Ευγενία

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

Μπαχαράκη Δήμητρα

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

Μπολέτης Ιωάννης

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

Μπομπότης Γεώργιος

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

Μπούρα Παναγιώτα

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

Μυιγιάκης Σπυρίδων

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

Ντάις Γεώργιος

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

Νταλέκος Γεώργιος

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

Ντουράκης Σπύρος

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

Ξάνθης Ανδρέας

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

Πάγκαλος Εμμανουήλ

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

Παναγόπουλος Περικλής

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

Πανταζή Ελένη

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

Παπαγιάννης Αντώνιος

Πνευμονολόγος - Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Θεσσαλονίκη

Παπαδόπουλος Αθανάσιος

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Αιματολογίας, Θεσσαλονίκη

Παπάζογλου Δημήτριος

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

Παπαϊωάννου Μαρία

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

Παπάνας Νικόλαος

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

Πασαδάκης Πλούμης

Κοσμητώρ Σχολής Επιστημών Υγείας Δημοκρετίου Πανεπιστημίου Θράκης, Καθηγητής Νεφρολογίας Δημοκρετίου Πανεπιστημίου Θράκης, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Νεφρολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη

Πασάτης Γρηγόριος

Συντονιστής Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΠΑΝΑΛΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

Πατάκα - Αργυροπούλου Παρασκευή

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

Πατσασιή Αικατερίνη

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

Πεκτασίδης Δημήτριος

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

Περιφάνης Βασίλειος

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

Πετρίκκος Γεώργιος

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

Πίτσας Χρήστος

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αθήνα

Πλωμαρίτης Ευστράτιος

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

Πνευματικός Ιωάννης

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

Πολυμέρης Αντώνιος

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

Ποντικίδης Νικόλαος

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

Πουλόπουλος Αθανάσιος

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

Πρωτοπαπής Ανδρέας

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

Ρίζος Ευάγγελος

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα



Ρίχτερ Δημήτριος

Καρδιολόγος, Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής, «ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ» Αθηνών, Αθήνα

Σαββάτης Στέλιος

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

Σαββόπουλος Χρήστος

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

Σαμπάνης Χρήστος

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

Σέττας Λουκάς

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

Σιαφάκας Νικόλαος

Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

Σιδηρόπουλος Ιωάννης

Ειδικός Αλλεργιολόγος, Θεσσαλονίκη

Σιμελίδης Δημήτριος

Παθολόγος - Διαβτολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Κοζάνης, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Κοζάνη

Σιούλης Αθανάσιος

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

Σιών Μιχαήλ

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Σκένδρος Παναγιώτης

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

Σκούτας Δημήτριος

Παθολόγος - Διαβτολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβτολογικού Κέντρου, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Υπεύθυνος Παθολογικού Τομέα Κ.Α.Α. «ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ», Θεσσαλονίκη

Στάγκου Μαρία

Λέκτορας Νεφρολογίας Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Σταφυλίδης Παναγιώτης

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

Στερόπουλος Πασχάλης

Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Στεργίου Γεώργιος

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

Στυλιάδης Ιωάννης

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

Συμεωνίδης Ανάργυρος

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

Σύψας Νικόλαος

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

Σφέτσιος Τηλέμαχος

Διδάκτωρ Ρευματολογίας Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Σώμαλη Μαρία

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

Σωτηριάδης Δημήτριος

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

Ταμπακόπουλος Δημήτριος

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

Τέγος Θωμάς

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

Τζιόμαλος Κωνσταντίνος

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

Τζωτζας Θεμιστοκλής

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

Τιτόπουλος Ηρακλής

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

Τρυποσκιάδης Φίλιππος

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

Τρύφων Σταύρος

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

Τσακίρης Δημήτριος

Καθηγητής Αιματολογίας, University Hospital Basel,
Switzerland

Τσάμης Δημήτριος

Βιοπαθολόγος, Πρόεδρος Πειθαρχικού Συμβουλίου
Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Τσάπας Απόστολος

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

Τσαταλής Κωνσταντίνος

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

Τσιόδρας Σωτήριος

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

Τσολάκη Μάγδα

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

Υάκινθος Αντώνιος

Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης,
Θεσσαλονίκη

Φλίσκας Θεοφάνης

Νευροχειρουργός, Νευροχειρουργικό Τμήμα,
Νοσοκομείο «MEDITERRANEO», Αθήνα

Φουντουλάκης Κωνσταντίνος

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



Φωτιάδης Σπύρος

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

Φωτιάδου Ελένη

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

Χαλβατσιώτης Παναγιώτης

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

Χαριτάντη Αφροδίτη

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

Χασαπίδου Μαρία

Καθηγήτρια Διατροφής & Διατολογίας,
Τμήμα Τεχνολογίας Τροφίμων και Διατροφής, ΑΤΕΙ
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Χατζηαγγελιάκη Ερυφίλη

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

Χατζημιηλιτιάδης Σταύρος

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

Χατζητόλιος Απόστολος

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

Χολόγκιτας Ευάγγελος

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

Χριστοδούλου Δημήτριος

Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας,
Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Ψωμάς Ευάγγελος

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

Σινάκος Εμμανουήλ

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



Ευρετήριο

Προφορικών & Αναρτημένων

Ανακοινώσεων



A

ANTONIADIS A..... ΠΑ04

B

BERARDELLI R..... ΠΑ13
BERGE E..... ΠΑ06
BERTON A..... ΠΑ13
BONA C..... ΠΑ13

C

CHATZIZISIS Y..... ΠΑ04

D

DIENES H.-P..... ΠΑ20
DREBBER U..... ΠΑ20

E

ESKANDARI A..... ΠΑ27, ΑΑ015,
..... ΑΑ020

G

GASCO V..... ΠΑ13
GHIGO E..... ΠΑ13
GIANNOPOULOS A..... ΠΑ04
GIANNOGLOU G..... ΠΑ04
GROTTOLI S..... ΠΑ13

I

INOUE H..... ΠΑ19

K

KAKALETSIS N..... ΠΑ26, ΠΑ27,
..... ΑΑ015, ΑΑ018, ΑΑ020
KARIMI D..... ΑΑ040
KARVOUNIS H..... ΠΑ04

L

LAMBROU D..... ΠΑ26, ΠΑ27,
..... ΑΑ015, ΑΑ018, ΑΑ020
LORENZO K..... ΠΑ10

M

MACCARIO M..... ΠΑ13
MANN S..... ΠΑ20
MARON B..... ΠΑ07
MICHEL P..... ΠΑ26, ΠΑ27,
..... ΑΑ015, ΑΑ018, ΑΑ020

N

NORMAN G..... ΠΑ22
NTAIOS G..... ΠΑ26, ΠΑ27,
..... ΑΑ015, ΑΑ018, ΑΑ020

O

OTT R..... ΑΑ040

P

PAPAVASILEIOU V..... ΠΑ26, ΠΑ27,
..... ΑΑ015, ΑΑ018, ΑΑ020
PRENCIPE N..... ΠΑ13

S

SCHATKE W..... ΑΑ040
SCHLAPHOFF V..... ΠΑ20
SHUMS Z..... ΠΑ22
SPECKS U..... ΠΑ10
STRAUMANN A..... ΑΑ040

W

WEDEMEYER H..... ΠΑ20

Y

YURDAYDIN C..... ΠΑ20

Z

ZIAKAS A..... ΠΑ04

A

ΑΒΡΑΜΙΚΑ Μ..... ΠΑ42
ΑΓΑΠΑΚΗΣ Δ..... ΠΑ03, ΠΑ38,
..... ΑΑ092
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ..... ΠΑ02, ΑΑ025
..... ΑΑ035

ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Π. ΠΑ30, ΑΑ057
 ΑΛΕΞΑΚΗΣ Γ. ΑΑ061
 ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Α. ΠΑ11
 ΑΛΕΞΙΟΥ Ε. ΠΑ38, ΑΑ092
 ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. ΑΑ004
 ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ Σ. ΑΑ034, ΑΑ080
 ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ Α. ΑΑ005, ΑΑ089,
 ΑΑ101
 ΑΝΤΖΑ Χ. ΠΑ24, ΠΑ25,
 ΑΑ016, ΑΑ038
 ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Β. ΑΑ100
 ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Χ. ΠΑ30
 ΑΝΤΩΝΙΟΥ Α. ΑΑ010
 ΑΝΤΩΝΟΓΛΟΥ Χ. ΑΑ059
 ΑΝΩΓΕΙΑΝΑΚΙΣ Γ. ΠΑ42
 ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Α. ΠΑ45
 ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Μ. ΠΑ45, ΑΑ022,
 ΑΑ023
 ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ν. ΠΑ08, ΑΑ003
 ΑΥΓΕΡΗ Σ. ΑΑ007, ΑΑ028

B

ΒΑΔΙΚΟΛΙΑΣ Κ. ΠΑ41
 ΒΑΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ. ΠΑ34, ΠΑ39
 ΒΑΚΙΑΝΗ Σ. ΑΑ089
 ΒΑΛΑΤΣΟΥ Α. ΑΑ009, ΑΑ010,
 ΑΑ011
 ΒΑΛΟΥΚΑΣ Δ. ΑΑ009
 ΒΑΣΙΛΑΚΗ Ο. ΑΑ096
 ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Α. - Μ. ΑΑ005
 ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ Β. ΠΑ07
 ΒΕΛΕΤΖΑ Σ. ΑΑ076
 ΒΕΜΜΟΣ Κ. ΑΑ001
 ΒΕΝΕΤΗ Σ. ΑΑ023, ΑΑ081
 ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ Δ. ΑΑ045
 ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗΣ Α. ΠΑ46, ΑΑ036
 ΒΟΥΛΓΑΡΙΔΟΥ Β. ΑΑ094
 ΒΟΥΛΤΣΙΝΟΣ Β. ΑΑ052, ΑΑ053
 ΒΟΥΝΟΥ Ε. ΑΑ027, ΑΑ045
 ΒΡΑΔΕΛΗΣ Σ. ΠΑ18, ΑΑ041
 ΒΡΑΝΟΥ Ε. ΑΑ092

Γ

ΓΑΒΡΑ Μ. ΠΑ45, ΑΑ022
 ΓΑΒΡΙΗΛΟΓΛΟΥ Γ. ΑΑ081
 ΓΑΒΡΟΣ Ζ. ΑΑ061
 ΓΑΝΙΤΗΣ Α. ΠΑ23, ΑΑ059,
 ΑΑ087
 ΓΑΡΓΕΡΑΚΗ Α. ΠΑ08, ΑΑ003
 ΓΑΡΥΠΙΔΟΥ Β. ΠΑ39
 ΓΑΤΣΑ Ε. ΠΑ35, ΠΑ36
 ΓΑΤΣΕΛΗΣ Ν. ΠΑ21, ΠΑ22
 ΓΕΡΑΚΗΣ Ι. ΑΑ046, ΑΑ047,
 ΑΑ049, ΑΑ050
 ΓΕΡΜΑΝΙΔΗΣ Γ. ΠΑ19, ΑΑ039
 ΓΕΡΟΘΑΝΑΣΗ Ν. ΑΑ080
 ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ Α. ΠΑ31, ΠΑ32
 ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ΑΑ096
 ΓΙΑΓΤΖΟΓΛΟΥ Ι. ΑΑ072
 ΓΙΑΚΟΥΜΕΛΟΣ Α. ΑΑ071
 ΓΙΑΝΝΑΔΑΚΗ Μ. ΑΑ017
 ΓΙΑΝΝΑΚΑΚΗΣ Κ. ΑΑ019, ΑΑ070
 ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Ζ. ΠΑ34
 ΓΙΑΡΤΖΑ Ε. ΑΑ028
 ΓΚΑΜΠΕΤΑ Σ. ΠΑ21, ΠΑ22
 ΓΚΑΡΑΤΖΙΟΥΛΑΣ Γ. ΠΑ09
 ΓΚΙΑΤΑ Ο. ΠΑ09
 ΓΚΙΟΥΛΕΚΑΣ Φ. ΑΑ001
 ΓΚΙΡΤΟΒΙΤΗΣ Φ. ΠΑ37, ΑΑ094,
 ΑΑ096
 ΓΚΟΤΖΑΜΑΝΗ - ΨΑΡΡΑΚΟΥ Α. ΑΑ060
 ΓΚΟΥΓΚΟΥΡΕΛΑΣ Ι. ΠΑ31, ΠΑ32,
 ΠΑ33
 ΓΚΟΥΝΤΟΥΒΑΣ Α. ΑΑ057
 ΓΚΟΥΡΜΠΑΛΙΩΤΗΣ Α. ΠΑ03
 ΓΟΔΟΣΗΣ Δ. ΠΑ37
 ΓΟΥΛΑΣ Α. ΠΑ45, ΑΑ022
 ΓΟΥΛΗΣ Δ. ΑΑ075
 ΓΟΥΝΑΡΗ Ε. ΑΑ097
 ΓΟΥΝΙΤΣΙΩΤΗ Η. ΑΑ034
 ΓΡΑΙΚΟΥ Α. ΑΑ091
 ΓΡΑΜΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ Α. ΑΑ043, ΑΑ044
 ΓΡΑΜΜΕΝΑ Χ. ΑΑ054



ΓΡΕΚΑΣ Δ..... ΠΑ11, ΠΑ12,
..... ΠΑ14, ΠΑ16, ΑΑ058, ΑΑ060,
..... ΑΑ062, ΑΑ063, ΑΑ067, ΑΑ068,
..... ΑΑ069, ΑΑ070, ΑΑ083, ΑΑ084
ΓΡΙΒΟΥ Κ. ΑΑ024, ΑΑ056
ΓΩΓΟΣ Χ..... ΠΑ03, ΠΑ38, ΑΑ092

Δ

ΔΑΔΙΚΑ Χ. ΠΑ23
ΔΑΛΑΒΙΤΣΟΥ Β. ΑΑ068, ΑΑ069,
..... ΑΑ070, ΑΑ083
ΔΑΜΙΑΝΙΔΟΥ Μ..... ΠΑ38
ΔΑΡΑΜΗΛΑΣ Χ..... ΑΑ066
ΔΑΡΔΑΒΕΣΗΣ Θ. ΑΑ022
ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗ Δ..... ΑΑ052, ΑΑ053,
..... ΑΑ054, ΑΑ055
ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ Γ..... ΠΑ35, ΠΑ36,
..... ΑΑ006, ΑΑ079, ΑΑ090
ΔΕΡΔΕΡΑΚΗΣ Χ..... ΑΑ066
ΔΕΣΤΑΝΗΣ Ε. ΑΑ047, ΑΑ048,
..... ΑΑ049, ΑΑ050
ΔΗΜΑΣ Γ..... ΠΑ11, ΠΑ12,
..... ΠΑ14, ΠΑ15, ΠΑ16, ΑΑ017
..... ΑΑ019, ΑΑ058, ΑΑ062, ΑΑ063,
..... ΑΑ067, ΑΑ068, ΑΑ069, ΑΑ070
..... ΑΑ083, ΑΑ084, ΑΑ085
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Π..... ΑΑ068, ΑΑ069,
..... ΑΑ070, ΑΑ083
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ..... ΠΑ41
ΔΗΜΙΣΚΙΔΟΥ Α..... ΑΑ059
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Χ. ΠΑ24, ΠΑ25,
..... ΑΑ038
ΔΗΜΟΥΛΙΟΣ Φ..... ΑΑ052, ΑΑ053,
..... ΑΑ054, ΑΑ055
ΔΙΒΑΝΗ Μ..... ΑΑ084
ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ Τ..... ΠΑ34, ΑΑ013,
..... ΑΑ021, ΑΑ060
ΔΟΥΜΤΣΗΣ Π..... ΑΑ052, ΑΑ053
ΔΡΑΜΙΩΤΟΥ Λ..... ΑΑ027

Ε

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΗΣ Ν..... ΠΑ19, ΑΑ039
..... ΑΑ043, ΑΑ044, ΑΑ046, ΑΑ048
..... ΑΑ051
ΕΛΙΣΑΦ Μ. ΠΑ01, ΠΑ05
..... ΠΑ29, ΠΑ40, ΑΑ026, ΑΑ029
..... ΑΑ074
ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Γ..... ΠΑ07

Ζ

ΖΑΧΟΥ Κ. ΠΑ20, ΠΑ21,
..... ΠΑ22
ΖΗΣΗΣ Χ. ΠΑ35, ΠΑ36
..... ΑΑ06, ΑΑ079, ΑΑ090
ΖΩΓΡΑΦΟΥ Μ..... ΑΑ054, ΑΑ055

Η

ΗΛΙΑΔΗΣ Φ..... ΠΑ11, ΠΑ12
..... ΠΑ16, ΑΑ013, ΑΑ037, ΑΑ042
..... ΑΑ058, ΑΑ060, ΑΑ062, ΑΑ063
..... ΑΑ067, ΑΑ068, ΑΑ069, ΑΑ070
..... ΑΑ083, ΑΑ086, ΑΑ091

Θ

ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ Δ..... ΑΑ030, ΑΑ032,
..... ΑΑ078, ΑΑ100
ΘΥΣΙΑΔΟΥ Α..... ΑΑ067, ΑΑ068,
..... ΑΑ069, ΑΑ070, ΑΑ083
ΘΩΜΑΪΔΟΥ Σ..... ΑΑ096

Ι

ΙΩΣΗΦΙΔΟΥ Γ..... ΠΑ18, ΑΑ059,
..... ΑΑ087

Κ

ΚΑΓΙΑΦΑ Δ..... ΑΑ064
ΚΑΔΙΤΗ Σ..... ΑΑ001
ΚΑΔΟΓΛΟΥ Ν..... ΑΑ009, ΑΑ011
ΚΑΖΑΚΟΣ Κ..... ΠΑ42, ΑΑ086

ΚΑΪΑΦΑ Γ.....	ΠΑ34, ΠΑ37	ΚΑΤΣΙΚΑ Ε.....	ΑΑ082
.....	ΠΑ39, ΑΑ042, ΑΑ091, ΑΑ093	ΚΑΤΣΟΓΡΙΔΑΚΗΣ Ι.....	ΑΑ043, ΑΑ044
.....	ΑΑ097, ΑΑ098	ΚΑΤΣΟΥΛΗΣ Γ.....	ΠΑ43
ΚΑΚΑΛΕΤΣΗΣ Ν.....	ΠΑ02, ΠΑ06	ΚΑΤΣΩΡΑΣ Α.....	ΑΑ043
.....	ΠΑ28, ΠΑ29, ΠΑ37, ΑΑ030	ΚΑΤΣΩΡΑΣ Γ.....	ΑΑ044
.....	ΑΑ035, ΑΑ037, ΑΑ042, ΑΑ046	ΚΑΨΟΥΔΑΣ Δ.....	ΑΑ072
.....	ΑΑ047, ΑΑ048, ΑΑ051, ΑΑ081	ΚΕΗ Α.....	ΑΑ074
.....	ΑΑ091, ΑΑ093, ΑΑ097	ΚΕΧΑΓΙΑ Ε.....	ΑΑ005
ΚΑΚΑΛΕΤΣΗΣ Σ.....	ΑΑ035	ΚΙΟΥΤΣΟΥΚ Σ.....	ΑΑ059, ΑΑ087
ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ Ε.....	ΑΑ014, ΑΑ031	ΚΙΡΜΙΖΗΣ Δ.....	ΑΑ088
ΚΑΛΔΡΥΜΙΔΗΣ Φ.....	ΑΑ057	ΚΛΟΥΡΑΣ Ε.....	ΠΑ01, ΠΑ40,
ΚΑΛΟΓΕΡΑ Α.....	ΑΑ042, ΑΑ097	.....	ΑΑ026, ΑΑ029
ΚΑΛΟΓΕΡΙΔΗΣ Α.....	ΠΑ31	ΚΛΩΝΙΖΑΚΗΣ Ι.....	ΠΑ39
ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ Κ.....	ΑΑ061	ΚΟΚΚΙΝΟΣ Σ.....	ΑΑ099
ΚΑΝΕΛΛΟΣ Η.....	ΠΑ12, ΠΑ14	ΚΟΛΕΤΣΑ Τ.....	ΑΑ084
.....	ΠΑ15, ΠΑ16, ΑΑ009, ΑΑ010	ΚΟΛΙΑΚΟΣ Γ.....	ΠΑ44, ΑΑ021,
.....	ΑΑ011, ΑΑ012, ΑΑ013, ΑΑ017	.....	ΑΑ022
.....	ΑΑ019, ΑΑ058, ΑΑ062, ΑΑ063	ΚΟΜΝΗΝΟΥ Δ.....	ΑΑ014, ΑΑ031
.....	ΑΑ067, ΑΑ068, ΑΑ069, ΑΑ070	ΚΟΝΤΟΝΙΝΑΣ Ζ.....	ΠΑ34, ΠΑ39
.....	ΑΑ082, ΑΑ083, ΑΑ085	ΚΟΝΤΟΣ Α.....	ΑΑ088
ΚΑΠΙΤΣΟΓΛΟΥ Β.....	ΑΑ095	ΚΟΝΤΟΤΑΣΙΟΣ Κ.....	ΑΑ052, ΑΑ053,
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΑΚΗ Α.....	ΑΑ001	.....	ΑΑ054, ΑΑ055
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Γ.....	ΑΑ084	ΚΟΡΔΑΛΗΣ Α.....	ΑΑ072
ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗ Ν.....	ΑΑ072	ΚΟΤΡΩΝΗΣ Γ.....	ΠΑ24, ΠΑ25,
ΚΑΡΑΛΑΖΟΥ Π.....	ΑΑ067, ΑΑ068,	.....	ΑΑ016, ΑΑ038
.....	ΑΑ069, ΑΑ070, ΑΑ083	ΚΟΥΚΛΑΚΗΣ Γ.....	ΠΑ18, ΠΑ21
ΚΑΡΑΜΑΝΗ Π.....	ΑΑ023	ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ Γ.....	ΠΑ21
ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ Δ.....	ΠΑ39	ΚΟΥΛΑΡΑ Π.....	ΠΑ37, ΑΑ012,
ΚΑΡΑΜΟΥΖΗΣ Ι.....	ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ14	.....	ΑΑ013, ΑΑ037, ΑΑ080
.....	ΠΑ16, ΑΑ058, ΑΑ062, ΑΑ063	ΚΟΥΝΑΝΗΣ Α.....	ΑΑ023, ΑΑ037
.....	ΑΑ067, ΑΑ068, ΑΑ069, ΑΑ070	ΚΟΥΠΑΡΑΝΗΣ Α.....	ΑΑ049
.....	ΑΑ083	ΚΟΥΣΙΑΠΠΗ Ε.....	ΑΑ027
ΚΑΡΑΜΟΥΖΗΣ Μ.....	ΠΑ16, ΑΑ058	ΚΟΥΤΡΑΣ Χ.....	ΑΑ052, ΑΑ053,
.....	ΑΑ063, ΑΑ067, ΑΑ068, ΑΑ069	.....	ΑΑ054, ΑΑ055
.....	ΑΑ070	ΚΟΥΤΣΙΟΥΜΠΕΛΗΣ Σ.....	ΑΑ088
ΚΑΡΑΜΠΑΤΑΚΗΣ Β.....	ΠΑ11	ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ Ε.....	ΠΑ23
ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΑ Κ.....	ΑΑ076	ΚΟΥΦΟΠΟΥΛΟΥ Σ.....	ΑΑ017, ΑΑ082
ΚΑΡΑΤΖΑΣ Κ.....	ΠΑ02, ΑΑ035	ΚΡΗΤΙΚΟΣ Κ.....	ΑΑ002
ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ Χ.....	ΠΑ07	ΚΥΡΙΑΖΗΣ Ι.....	ΑΑ014, ΑΑ031,
ΚΑΡΚΑΒΕΛΑΣ Γ.....	ΑΑ084	.....	ΑΑ072
ΚΑΡΛΑΦΤΗ Ε.....	ΑΑ021	ΚΥΡΙΑΖΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	ΑΑ007
ΚΑΡΡΑΣ Γ.....	ΑΑ073	ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Α.....	ΑΑ004
ΚΑΤΣΑΝΟΣ Ι.....	ΑΑ004	ΚΥΡΙΚΛΙΔΟΥ Π.....	ΠΑ17



ΚΥΡΟΓΛΟΥ Σ. ΠΑ41
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Γ. ΑΑ017, ΑΑ019,
..... ΑΑ067, ΑΑ083
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Α. ΑΑ094, ΑΑ096
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Δ. ΠΑ07
ΚΩΣΤΑΚΗ Σ. ΠΑ02, ΑΑ025,
..... ΑΑ035
ΚΩΣΤΑΝΤΑ Σ. ΑΑ008
ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ - ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Ι. ΠΑ30,
..... ΑΑ057
ΚΩΤΑΪΔΟΥ Ε. ΠΑ03
ΚΩΤΣΗΣ Β. ΠΑ24, ΠΑ25,
..... ΠΑ45, ΑΑ016, ΑΑ022, ΑΑ038
ΚΩΤΤΑ Θ. ΑΑ078

Λ

ΛΑΖΑΡΟΥ Χ. ΑΑ001
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Σ. ΑΑ009, ΑΑ010,
..... ΑΑ011
ΛΕΛΕΚΗΣ Μ. ΑΑ014, ΑΑ031
ΛΙΑΚΟΣ Σ. ΑΑ088
ΛΙΑΜΗΣ Γ. ΠΑ01, ΠΑ05
..... ΠΑ40, ΑΑ026, ΑΑ029, ΑΑ074
ΛΙΟΝΤΟΣ Α. ΑΑ029
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε. ΠΑ01, ΠΑ05
..... ΠΑ40, ΑΑ026, ΑΑ029, ΑΑ074
ΛΥΡΑΚΗ Α. ΠΑ30
ΛΥΤΡΑΣ Δ. ΠΑ23

Μ

ΜΑΚΑΡΙΤΣΗΣ Κ. ΠΑ06, ΠΑ29,
..... ΑΑ001
ΜΑΚΕΔΟΥ Α. ΑΑ060
ΜΑΛΤΕΖΟΣ Ε. ΠΑ18, ΠΑ23
..... ΠΑ41, ΑΑ012, ΑΑ041, ΑΑ059
..... ΑΑ071, ΑΑ076, ΑΑ077, ΑΑ087
..... ΑΑ093, ΑΑ099
ΜΑΝΕΣ Χ. ΠΑ17, ΑΑ024,
..... ΑΑ056, ΑΑ066
ΜΑΡΑΣΛΗΣ Σ. ΑΑ092
ΜΑΡΓΑΡΙΤΗ Ε. ΑΑ071
ΜΑΡΙΝΑΚΗ Π. ΑΑ095

ΜΑΡΚΟΓΛΟΥ Ν. ΑΑ023, ΑΑ037
ΜΑΡΚΟΤΣΑΝΗ Α. ΑΑ094
ΜΑΣΜΑΝΙΔΟΥ Μ. ΑΑ046, ΑΑ047,
..... ΑΑ048, ΑΑ049
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ Γ. ΑΑ065
ΜΑΤΑ Α. ΑΑ089
ΜΑΤΤΑΣ Γ. ΠΑ46, ΑΑ036
ΜΑΥΡΙΔΗΣ Ε. ΑΑ007, ΑΑ028
ΜΑΥΡΟΥΔΗΣ Σ. ΑΑ022, ΑΑ023,
..... ΑΑ033, ΑΑ034
ΜΑΧΑΙΡΙΔΟΥ Α. ΑΑ014, ΑΑ031
ΜΕΛΙΚΟΚΗ Β. ΑΑ001
ΜΕΜΜΟΣ Ε. ΑΑ052, ΑΑ053
ΜΕΧΜΕΤ Φ. ΑΑ099
ΜΗΛΙΩΝΗΣ Χ. ΠΑ05, ΠΑ06,
..... ΠΑ28, ΠΑ29
ΜΗΝΤΖΑΡΙΔΗΣ Ε. ΠΑ08, ΑΑ003
ΜΗΡΤΣΟΥ Ν. ΑΑ082
ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Ε. ΠΑ17
ΜΙΤΣΕΛΟΣ Β. ΑΑ072
ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Α. ΠΑ46, ΑΑ036
ΜΙΧΟΥ Α. ΑΑ061
ΜΟΛΛΑΓΙΟΥΣΟΥΦΟΓΛΟΥ Σ. ΑΑ041,
..... ΑΑ087, ΑΑ099
ΜΟΝΑΣΤΗΡΙΩΤΗΣ Χ. ΑΑ076, ΑΑ077
ΜΟΥΖΑ Ε. ΑΑ004
ΜΟΥΡΟΥΓΛΑΚΗΣ Α. ΠΑ37, ΑΑ012,
..... ΑΑ037, ΑΑ080
ΜΟΥΣΛΕΧ Ζ. ΑΑ065, ΑΑ066,
..... ΑΑ080, ΑΑ081
ΜΟΥΣΤΑ Ε. ΑΑ082
ΜΟΥΤΖΟΥΡΗ Ε. ΑΑ074
ΜΠΑΚΑΛΟΥΔΗ Β. ΑΑ094, ΑΑ096
ΜΠΑΛΑΝΙΚΑΣ Γ. ΠΑ11
ΜΠΑΛΑΣΚΑΣ Π. ΠΑ09
ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΗ Μ. ΑΑ021
ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ Μ. ΑΑ059
ΜΠΑΡΚΑΣ Φ. ΠΑ01, ΠΑ05,
..... ΠΑ40, ΑΑ026, ΑΑ029
ΜΠΕΛΛΑΛΗ Θ. ΑΑ007, ΑΑ028
ΜΠΕΡΑΝΤΖΕ Ν. ΑΑ001
ΜΠΕΡΕΤΟΥΛΗ Ε. ΑΑ084
ΜΠΕΧΤΣΟΠΟΥΛΟΥ Σ. ΑΑ030, ΑΑ032

ΜΠΟΖΙΚΑΣ Α. ΑΑ047, ΑΑ049
 ΜΠΟΥΖΙΑΝΑ Σ. ΠΑ02, ΑΑ035
 ΜΠΟΥΝΤΟΛΑ Σ. ΠΑ37, ΑΑ098
 ΜΠΟΥΡΑ Π. ΠΑ31, ΠΑ32,
 ΠΑ33
 ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ Α. ΑΑ064
 ΜΠΟΥΤΕΛ Δ. ΑΑ101
 ΜΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Χ. ΑΑ066
 ΜΥΛΩΝΑΣ Κ. ΠΑ35, ΠΑ36
 ΑΑ006, ΑΑ079, ΑΑ090
 ΜΥΛΩΝΑΣ Σ. ΠΑ35, ΠΑ36
 ΑΑ006, ΑΑ079, ΑΑ090
 ΜΩΡΑΛΙΔΗΣ Ε. ΑΑ060

N

ΝΕΔΕΑ Μ. ΑΑ027
 ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ Α. ΠΑ17
 ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Δ. ΑΑ002
 ΝΤΑΪΟΣ Γ. ΠΑ06, ΠΑ28,
 ΠΑ29, ΑΑ001
 ΝΤΑΛΕΚΟΣ Γ. ΠΑ20, ΠΑ21
 ΠΑ22, ΠΑ29, ΑΑ001
 ΝΤΑΣΙΟΠΟΥΛΟΥ Χ. ΑΑ004
 ΝΤΕΜΚΑ Α. ΑΑ060
 ΝΤΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ΑΑ094, ΑΑ096

Ξ

ΞΑΝΘΗΣ Α. ΠΑ44, ΠΑ46,
 ΑΑ036
 ΞΕΝΙΚΑΚΗΣ Μ. ΠΑ46, ΑΑ036
 ΞΕΝΟΦΩΝΤΟΣ Ε. ΑΑ045

Π

ΠΑΓΑΝΑΣ Α. ΠΑ09
 ΠΑΓΚΟΥΡΕΛΙΑΣ Ε. ΠΑ07
 ΠΑΛΑΝΤΖΑΣ Θ. ΑΑ001
 ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Θ. ΠΑ01, ΠΑ05
 ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Π. ΠΑ23, ΑΑ059
 ΠΑΝΔΕΡΗ Α. ΠΑ45
 ΠΑΝΤΕΛΕΑΚΗΣ Κ. ΑΑ054, ΑΑ055
 ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ Δ. ΑΑ094

ΠΑΝΤΟΛΕΩΝ Α. ΑΑ048, ΑΑ049,
 ΑΑ051
 ΠΑΝΤΟΥΛΑ Π. ΑΑ030, ΑΑ032
 ΠΑΝΤΟΥΡΑ Μ. ΠΑ31, ΠΑ32
 ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Β. ΑΑ001
 ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Κ. ΑΑ001
 ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Σ. ΠΑ35, ΠΑ36
 ΑΑ006, ΑΑ064, ΑΑ079, ΑΑ090
 ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α. ΠΑ34, ΠΑ39
 ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ΑΑ046, ΑΑ050,
 ΑΑ051
 ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Δ. ΠΑ41, ΑΑ087
 ΑΑ099
 ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Ν. ΑΑ012, ΑΑ013
 ΑΑ071, ΑΑ093
 ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ Κ. ΠΑ41, ΑΑ087
 ΠΑΠΑΪΩΝΝΟΥ Α. ΑΑ008
 ΠΑΠΑΚΑΛΑ Ε. ΑΑ008
 ΠΑΠΑΚΑΤΣΙΚΑ Σ. ΠΑ24, ΠΑ25
 ΑΑ016, ΑΑ038
 ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Π. ΠΑ08, ΑΑ003
 ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ Δ. ΑΑ008
 ΠΑΠΑΛΙΑΓΚΑΣ Β. ΠΑ42
 ΠΑΠΑΜΗΤΣΟΥ Θ. ΠΑ42
 ΠΑΠΑΝΑΣ Ν. ΠΑ18, ΠΑ41
 ΑΑ012, ΑΑ041, ΑΑ071, ΑΑ076
 ΑΑ077, ΑΑ093, ΑΑ099
 ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Γ. ΠΑ03
 ΠΑΠΑΠΕΤΡΟΥ Π. ΠΑ43
 ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ Κ. ΑΑ040
 ΠΑΠΕ Μ. ΑΑ094, ΑΑ096
 ΠΑΠΟΥΡΗΣ Γ. ΑΑ045
 ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΪΔΗΣ Σ. ΠΑ07
 ΠΑΣΑΛΗ Β. ΑΑ082
 ΠΑΥΛΙΔΗΣ Α. ΑΑ071
 ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Α. ΑΑ096
 ΠΑΦΙΛΗ Κ. ΠΑ41
 ΠΕΛΕΤΙΔΟΥ Ε. ΑΑ086
 ΠΕΡΔΙΚΗΣ Ι. ΑΑ088
 ΠΕΡΙΦΑΝΗΣ Β. ΠΑ37, ΑΑ091
 ΑΑ097, ΑΑ098
 ΠΕΡΙΦΑΝΟΣ Γ. ΑΑ001
 ΠΕΡΛΕΠΕ Κ. ΑΑ001



ΠΕΡΛΕΠΕ Φ. ΑΑ001
 ΠΕΡΠΕΡΙΔΟΥ Ο. ΑΑ094, ΑΑ096
 ΠΕΤΡΙΔΗΣ Γ. ΑΑ024, ΑΑ056
 ΠΗΔΩΝΙΑ - ΜΑΝΙΚΑ Ι. ΠΑ34
 ΠΛΩΜΑΡΙΤΗΣ Ε. ΑΑ007
 ΠΟΖΟΥΚΙΔΟΥ Κ. ΑΑ052, ΑΑ053
 ΑΑ054, ΑΑ055
 ΠΟΛΥΜΕΡΗΣ Α. ΠΑ43
 ΠΟΡΠΟΔΗΣ Κ. ΑΑ008
 ΠΟΥΛΙΑΝΙΤΗ Ε. ΑΑ001
 ΠΟΥΛΙΚΑΚΟΥ Μ. ΑΑ001
 ΠΟΥΛΙΟΥΔΗ Π. ΑΑ096
 ΠΡΟΚΟΠΙΔΗΣ Δ. ΑΑ023
 ΠΡΟΥΣΑΝΙΔΗΣ Ι. ΑΑ091, ΑΑ098
 ΠΡΟΥΣΑΝΙΔΟΥ Χ. ΑΑ082
 ΠΡΩΤΟΝΟΤΑΡΙΟΣ Α. ΑΑ101
 ΠΡΩΤΟΝΟΤΑΡΙΟΥ Ε. ΑΑ096
 ΠΡΩΤΟΠΑΠΑΣ Α. ΠΑ19, ΑΑ039
 ΑΑ046, ΑΑ047, ΑΑ048, ΑΑ049
 ΑΑ050, ΑΑ051

Ρ

ΡΑΝΔΟΥ Ε. ΑΑ061
 ΡΑΝΤΕΒ Ζ. ΠΑ15, ΑΑ085
 ΡΑΦΤΑΚΗΣ Ι. ΠΑ30
 ΡΑΨΙΜΑΝΙΚΗΣ Κ.-Π. ΑΑ014, ΑΑ031
 ΡΗΓΑ Μ. ΠΑ02, ΑΑ035
 ΡΙΖΟΣ Ε. ΠΑ40, ΑΑ026
 ΡΟΥΣΑΚΗΣ Ν. ΠΑ09

Σ

ΣΑΒΒΙΔΟΥ Γ. ΑΑ099
 ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ. ΠΑ02, ΠΑ04, ΠΑ06
 ΠΑ11, ΠΑ12, ΠΑ14, ΠΑ15
 ΠΑ16, ΠΑ19, ΠΑ28, ΠΑ29
 ΠΑ34, ΠΑ37, ΠΑ39, ΠΑ45
 ΑΑ007, ΑΑ012, ΑΑ013, ΑΑ017
 ΑΑ019, ΑΑ021, ΑΑ022, ΑΑ023
 ΑΑ025, ΑΑ028, ΑΑ030, ΑΑ033
 ΑΑ034, ΑΑ035, ΑΑ037, ΑΑ039
 ΑΑ040, ΑΑ042, ΑΑ058, ΑΑ060
 ΑΑ062, ΑΑ063, ΑΑ065, ΑΑ067

..... ΑΑ068, ΑΑ069, ΑΑ070, ΑΑ071
 ΑΑ075, ΑΑ080, ΑΑ081, ΑΑ082
 ΑΑ083, ΑΑ085, ΑΑ086, ΑΑ091
 ΑΑ093
 ΣΑΪΤΗΣ Α. ΠΑ21, ΠΑ22
 ΣΑΚΑΛΗ Κ. ΑΑ065
 ΣΑΟΥΛΗ Ζ. ΠΑ34, ΠΑ39
 ΣΑΠΑΚΟΣ Ι. ΠΑ17
 ΣΑΡΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Α. ΠΑ31, ΠΑ32,
 ΠΑ33
 ΣΑΡΟΓΛΟΥ Μ. ΠΑ10
 ΣΑΤΣΟΓΛΟΥ Α. ΠΑ03, ΠΑ38,
 ΑΑ092
 ΣΑΤΣΟΓΛΟΥ Σ. ΠΑ38
 ΣΑΧΙΝΙΔΗΣ Α. ΑΑ005, ΑΑ025, ΑΑ089,
 ΑΑ101
 ΣΑΧΙΝΙΔΟΥ Χ. ΠΑ15, ΑΑ085
 ΣΓΟΥΡΟΣ Κ. ΑΑ014, ΑΑ031
 ΣΓΟΥΤΖΑΚΟΣ Σ. ΑΑ004
 ΣΕΚΕΡΗ Ζ. ΠΑ09
 ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΑΑ001
 ΣΙΜΕΛΙΔΗΣ Δ. ΑΑ061
 ΣΚΟΡΔΙΛΗΣ Π. ΑΑ054, ΑΑ055
 ΣΚΟΡΙΛΑ Ν. ΑΑ078
 ΣΚΟΥΡΑ Λ. ΑΑ096
 ΣΚΟΥΤΑΣ Δ. ΠΑ17, ΑΑ004,
 ΑΑ066, ΑΑ088
 ΣΚΟΥΦΑΡΗ Α. ΑΑ045
 ΣΟΦΟΥΛΗΣ Σ. ΑΑ009, ΑΑ010,
 ΑΑ011
 ΣΠΑΝΟΥ Μ. ΠΑ02, ΑΑ035
 ΣΠΥΡΟΓΛΟΥ Σ. ΠΑ12, ΠΑ14
 ΠΑ16, ΑΑ058, ΑΑ062, ΑΑ063
 ΑΑ067, ΑΑ083
 ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Ο. ΑΑ072
 ΣΤΑΜΠΟΥΛΗ Σ. ΠΑ24, ΠΑ25,
 ΑΑ016, ΑΑ038
 ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ. ΑΑ022, ΑΑ023
 ΑΑ033, ΑΑ034
 ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Ν. ΑΑ023, ΑΑ033
 ΑΑ034
 ΣΤΟΥΡΝΑΡΑΣ Ε. ΑΑ046, ΑΑ047,
 ΑΑ050, ΑΑ051

ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ. ΑΑ046, ΑΑ047
 ΑΑ048, ΑΑ049, ΑΑ050, ΑΑ051
 ΣΩΜΑΛΗ Μ. ΑΑ065, ΑΑ066,
 ΑΑ080, ΑΑ081

T

ΤΕΓΟΣ Θ. ΠΑ12, ΠΑ14
 ΠΑ16, ΑΑ017, ΑΑ019, ΑΑ058
 ΑΑ062, ΑΑ063, ΑΑ067
 ΤΕΡΖΗ Ε. ΑΑ059
 ΤΕΦΑΣ Α. ΑΑ088
 ΤΖΑΒΕΛΛΑ Κ. ΑΑ040
 ΤΖΑΛΟΚΩΣΤΑΣ Β. ΑΑ091
 ΤΖΑΜΟΥΡΑΝΗ Χ. ΑΑ033
 ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ Γ. ΑΑ013
 ΤΖΕΛΛΑ Μ. ΑΑ099
 ΤΖΗΜΟΥ Γ. ΑΑ066
 ΤΖΙΟΛΑ Σ. ΑΑ033
 ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ Κ. ΠΑ02, ΠΑ28
 ΠΑ29, ΑΑ013, ΑΑ025, ΑΑ030
 ΑΑ035
 ΤΖΙΟΥΡΑ Α. ΑΑ094
 ΤΟΥΡΒΑ Δ. ΑΑ027, ΑΑ045
 ΤΡΑΝΟΥΛΙΔΟΥ Γ. ΑΑ010, ΑΑ011
 ΤΡΑΝΤΑ Α. ΠΑ15, ΑΑ085
 ΤΡΑΥΛΟΣ Α. ΠΑ43
 ΤΡΥΦΩΝ Σ. ΠΑ10
 ΤΡΥΨΙΑΝΗΣ Γ. ΑΑ076
 ΤΣΑΒΔΑΡΙΔΟΥ Β. ΑΑ097
 ΤΣΑΓΚΡΙΔΗ Α. ΠΑ46, ΑΑ036
 ΤΣΑΚΑΛΗΣ Α. ΑΑ075
 ΤΣΑΚΙΡΗΣ Δ. ΠΑ17
 ΤΣΑΚΙΡΙΔΟΥ Μ. ΑΑ055
 ΤΣΑΛΙΚΑΚΗΣ Δ. ΑΑ086
 ΤΣΑΝΤΖΑΛΗ Ι. ΑΑ001
 ΤΣΑΧΟΥΡΙΔΗΣ Α. ΑΑ024, ΑΑ056
 ΤΣΑΧΟΥΡΙΔΟΥ Ο. ΑΑ024, ΑΑ056
 ΤΣΕΚΟΥΡΑ Ι. ΑΑ005
 ΤΣΕΛΙΟΣ Κ. ΠΑ31, ΠΑ32, ΠΑ33
 ΤΣΕΤΣΟΥ Α. ΑΑ014, ΑΑ031
 ΤΣΙΚΡΙΚΑ Ε. ΑΑ054, ΑΑ055
 ΤΣΙΛΙΓΚΕΡΙΔΟΥ Α. ΑΑ004

ΤΣΙΛΝΙΚΟΣ Δ. ΑΑ100
 ΤΣΙΜΠΙΔΑΚΗΣ Α. ΑΑ002
 ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΑΑ019
 ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ. ΠΑ45, ΑΑ022
 ΤΣΟΛΑΚΗ Μ. ΠΑ42
 ΤΣΟΠΟΖΙΔΗ Μ. ΑΑ025
 ΤΣΟΤΟΥΛΙΔΗΣ Σ. ΑΑ024, ΑΑ056
 ΤΣΟΥΤΣΑΣ Γ. ΑΑ048, ΑΑ050
 ΑΑ051, ΑΑ066, ΑΑ080, ΑΑ081

Φ

ΦΑΡΜΑΚΗ Φ. ΑΑ082
 ΦΙΛΟΣ Δ. ΠΑ28
 ΦΛΩΡΙΔΗΣ Κ. ΑΑ096
 ΦΟΥΝΤΟΥΚΙΔΗΣ Η. ΑΑ022, ΑΑ023,
 ΑΑ033, ΑΑ034
 ΦΡΥΔΑΣ Α. ΑΑ034
 ΦΩΤΙΑΔΗΣ Σ. ΠΑ14, ΠΑ15
 ΑΑ017, ΑΑ019, ΑΑ085
 ΦΩΤΙΑΔΟΥ Ε. ΑΑ033, ΑΑ034,
 ΑΑ086

X

ΧΑΪΔΙΤΣ Α. - Μ. ΠΑ06
 ΧΑΛΒΑΤΖΗ Κ. ΑΑ097
 ΧΑΛΗΛ - ΙΜΠΡΑΜ Ζ. ΑΑ087
 ΧΑΛΚΙΑ Π. ΑΑ094
 ΧΑΛΚΙΔΟΥ Μ. ΑΑ009, ΑΑ010
 ΧΑΡΙΖΟΠΟΥΛΟΥ Β. ΑΑ075
 ΧΑΣΑΝ Α. ΑΑ099
 ΧΑΣΑΠΟΠΟΥΛΟΥ - ΜΑΤΑΜΗ Ε. ΑΑ094,
 ΑΑ096
 ΧΑΤΖΗΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ. ΑΑ007, ΑΑ028
 ΧΑΤΖΗΚΟΣΜΑ Γ. ΠΑ41
 ΧΑΤΖΗΚΥΡΚΟΥ Μ. ΑΑ094, ΑΑ096
 ΧΑΤΖΗΜΙΛΤΙΑΔΗΣ Σ. ΠΑ44



ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α.ΠΑ02, ΠΑ04, ΠΑ06,
..... ΠΑ11, ΠΑ12, ΠΑ14, ΠΑ15
..... ΠΑ16, ΠΑ19, ΠΑ28, ΠΑ29,
..... ΠΑ34, ΠΑ37, ΠΑ39, ΠΑ44, ΠΑ45
..... ΑΑ007, ΑΑ012, ΑΑ013, ΑΑ017
..... ΑΑ019, ΑΑ021, ΑΑ022, ΑΑ023
..... ΑΑ025, ΑΑ030, ΑΑ033, ΑΑ034
..... ΑΑ035, ΑΑ037, ΑΑ039, ΑΑ040
..... ΑΑ042, ΑΑ058, ΑΑ060, ΑΑ062
..... ΑΑ063, ΑΑ065, ΑΑ067, ΑΑ068
..... ΑΑ069, ΑΑ070, ΑΑ071, ΑΑ075
..... ΑΑ080, ΑΑ081, ΑΑ083, ΑΑ085
..... ΑΑ086, ΑΑ091, ΑΑ093, ΑΑ097
..... ΑΑ098
ΧΟΥΒΑΡΔΑ Ι. ΠΑ28
ΧΡΗΣΤΑΚΙΔΟΥ Ε. ΑΑ059
ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΟΥ Ε. ΑΑ024, ΑΑ056
ΧΡΥΣΟΥΛΙΔΟΥ Ε. ΑΑ097, ΑΑ098
ΧΥΤΑΣ Α. ΠΑ28
ΧΥΤΑΣ Η. ΑΑ088
ΧΥΤΙΡΟΓΛΟΥ Π. ΑΑ039, ΑΑ043

Ψ

ΨΑΡΡΑΣ Α. ΠΑ32
ΨΥΡΡΟΠΟΥΛΟΣ Δ. ΠΑ45, ΑΑ022

Ω

ΩΡΟΛΟΓΑΣ Α. ΠΑ16, ΑΑ058,
..... ΑΑ063, ΑΑ067



ΕΡΩΡΑΤΙΟ ΑΥΓ 2/5-11

TEVA

Eporatio®

Epoetin theta

TEVA Pharmaceuticals Hellas S.A.

Λ. Κηφισίας 166Α & Σοφοκλέους 2 , 151 26 Μαρούσι, Ελλάδα, Τηλ: +30 21072 79099, www.tevapharm.com

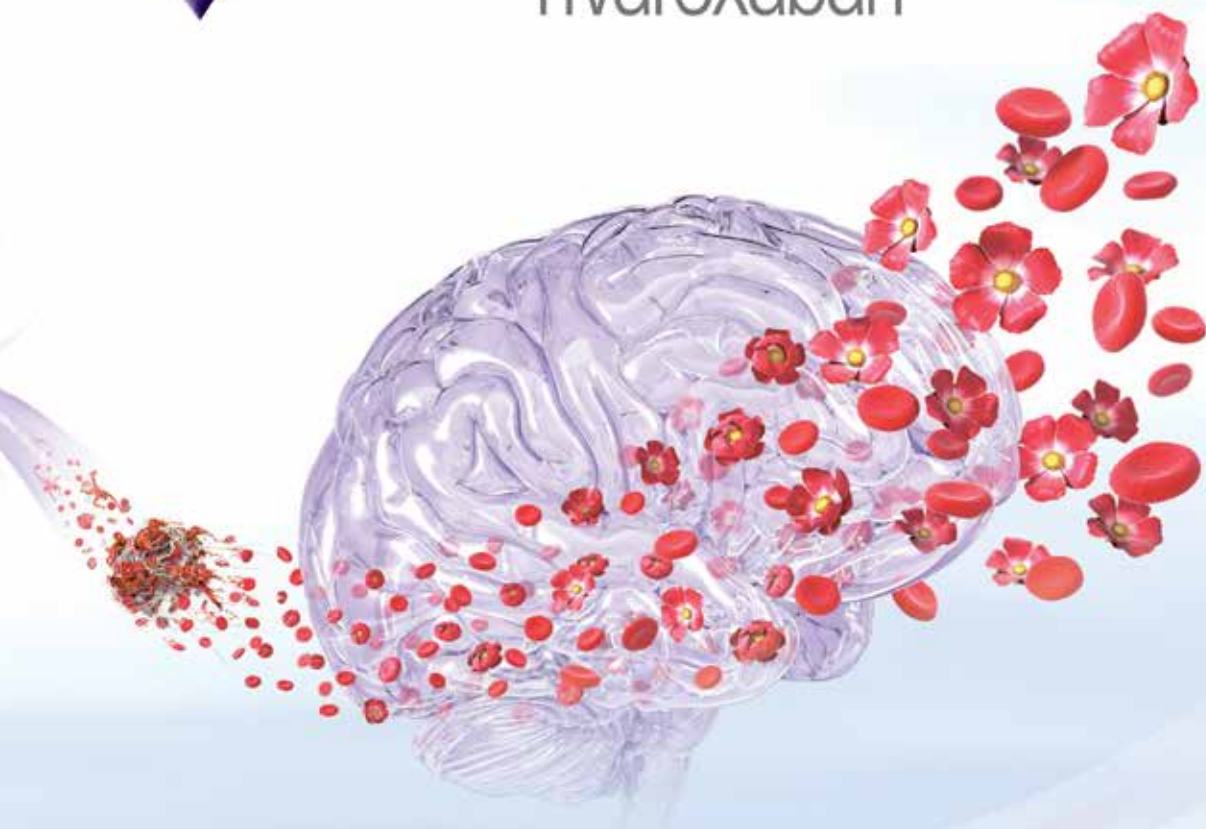
Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας: ratiopharm GmbH (Μέλος του ομίλου TEVA)



Xarelto®

rivaroxaban

15mg & 20mg



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Γερμανία
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ, Σωρού
18-20, 151 25 Μαρούσι.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novagem Ltd,
Τηλ.00357 22483858

Τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης
Τηλ: +30 210 6187742, Fax: +30 210 6187522
Email: medinfo.gr.cy@bayer.com

Εταιρεία συμπεριούθησης



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαρσίνου 95, 190 09 Πλάκα Αττικής.
Τηλ: 210 6038326 - 9, Fax: 210 6038300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστίας 11, 115 28 Αθήνα.
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη.
Τηλ: 2310 459920 - 1, Fax: 2310 459269

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Ανοφρέστε
ΟΜΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΑΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την -ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ-