

3^o

endorsed by:



EFIM
www.efim.org

www.imsgcongress2017.gr



Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή συμμετοχή

3rd Panhellenic Congress on Continuing Education
in Internal Medicine with International Participation

22-26/2/2017
Grand Palace, Θεσσαλονίκη



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
INTERNAL MEDICINE SOCIETY OF GREECE



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
HELLENIC PROFESSIONAL UNION OF INTERNISTS

Υπό την αιγίδα:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΥΓΕΙΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ
(ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ)



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Α.Π.Θ.



ΙΑΤΡΙΚΟΣ
ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Τελικό Πρόγραμμα & Βιβλίο Περιλήψεων

Οργάνωση - Γραμματεία:

 **free spirit**
Getting you there!






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 μονογραφία του φαρμάκου.

AMGEN

AMGEN Hellas Ε.Π.Ε.
Γραβιάς 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 τις εκπαιθεμένες επιχειρήσεις για ΟΑΕ τα φάρμακα συμπληρωματικά της "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ".

Παραγγίλτε κάθε άσκηση εκπαίδευσης ενόψει κινούμενου με το ειδικό σύστημα αναφοράς στα Ταμεία Φαρμάκων/Επιχειρήσεων και Σύστημα Οργανισμών Φαρμάκων (ΟΑΕ) (Τηλ: 2103040300) ή στο www.oae.gr με τη μέθοδο της Κίτρινης Κάρτας Εκπαίδευσης και στην ιστοσελίδα του ΣΠΦ www.spf.gr για έντυπη ή ηλεκτρονική υποβολή ή επικοινωνήστε στην AMGEN Ελλάς Φαρμακωνική Ε.Π.Ε. Τηλ. +30 2103447000.



ΤΗΝ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

Σας παρουσιάζουμε το Daklinza, έναν ισχυρό αναστολέα της NS5A με πανγονοτυπική δράση.^{1,2}

Το Daklinza μαζί με sofosbuvir είναι ένα από στόματος χορηγούμενο σχήμα χωρίς ιντερφερόνη, το οποίο θεραπεύει* τη χρόνια ηπατίτιδα C στην πλειοψηφία των ασθενών σας, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες, όπως προχωρημένη κίρρωση, αποτυχία της θεραπείας με αναστολέα της πρωτεάσης (PI) ή γονότυπο 3.^{1,2}

*Σε μακροχρόνιες μελέτες παρακολούθησης έχει καταδειχθεί ότι η SVR₁₂ αντιστοιχεί σε οριστική ίαση της λοίμωξης από HCV τουλάχιστον στο 99% των περιπτώσεων^{3,4}

Βιβλιογραφικές παραπομπές

1. Sulkowski MS, Gardner DF, Rodriguez-Fornes M et al. Daclatasvir plus sofosbuvir for previously treated or untreated chronic HCV infection. *N Engl J Med*. 2014;370:211-221.
2. DAKLINZA® (daclatasvir) 60 mg/tab, επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία (EU/1/14/939/003). Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, Σεπτέμβριος 2016.
3. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C-virus infection. *J Hepatol*. 2014;60:392-420.
4. Swain MG, Lai MY, Shiffman ML, et al. A sustained virologic response is durable in patients with chronic hepatitis C treated with peginterferon alfa-2a and ribavirin. *Gastroenterology*. 2010;139:1593-1601

 Bristol-Myers Squibb

Bristol-Myers Squibb A.E. 1392GR16PR12618-01-01 19-10-16
Αιτικής 49-53 & Πρασονήσος 2, Τ.Κ. 152 35 Βριλήσσια, Αθήνα, Τηλ 210 6074300 & 210 6074400
Αριθμός Γ.Ε.ΜΗ 7453601000. Πριν τη συνταγογράφηση παρακαλώ συμβουλευτείτε την πλήρη
Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από τον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας,
Τρόπος Διάθεσης, Περιορισμένη Ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια
της αγωγής. Λισική τιμή: 8876,89 €

 **Daklinza**[®]
(daclatasvir)

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

Περιεχόμενα

Χαιρετισμός	5	Κλινικά Φροντιστήρια	
Διοικητικό Συμβούλιο Ε.Π.Ε.	6	Θέματα Φροντιστηρίων	17
Προσωρινό Συντονιστικό Όργανο		Συνοπτικό Πρόγραμμα	
Νοτίου Ελλάδος	6	Τετάρτη 22 Φεβρουαρίου 2017	21
Εκτελεστική Επιτροπή Ε.Ε.Π.Ε.	6	Πέμπτη 23 Φεβρουαρίου 2017	22
Επιτροπές		Παρασκευή 24 Φεβρουαρίου 2017	24
Οργανωτική Επιτροπή	7	Σάββατο 25 Φεβρουαρίου 2017	26
Επιστημονική Επιτροπή.....	7	Κυριακή 26 Φεβρουαρίου 2017	28
Τιμητική Οργανωτική Επιτροπή.....	8	Επιστημονικό Πρόγραμμα	
Χορηγοί	9	Τετάρτη 22 Φεβρουαρίου 2017	30
Πληροφορίες Συνεδρίου		Πέμπτη 23 Φεβρουαρίου 2017	34
Γενικές Πληροφορίες		Παρασκευή 24 Φεβρουαρίου 2017	49
Ημερομηνία Συνεδρίου	12	Σάββατο 25 Φεβρουαρίου 2017	64
Συνεδριακός Χώρος	12	Κυριακή 26 Φεβρουαρίου 2017	77
Γλώσσα Συνεδρίου	12	Προφορικές	
Ιστότοπος Συνεδρίου	12	Ανακοινώσεις	82
Έκθεση Συνεδρίου	12	Αναρτημένες	
Κονκάρδες Συνεδρίου (Badges)	12	Ανακοινώσεις	118
Γραμματεία Συνεδρίου	12	Ευρετήριο	
Εγγραφές	13	Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών	158
Βεβαιώσεις Παρακολούθησης	14	Ευρετήριο	
Πιστοποιητικά Συνεχιζόμενης Ιατρικής		Προφορικών & Αναρτημένων	
Εκπαίδευσης.....	14	Ανακοινώσεων	180
Πληροφορίες για Ομιλητές	14		
Προφορικές & Αναρτημένες			
Ανακοινώσεις			
Παρουσίαση Προφορικών			
Ανακοινώσεων	15		
Παρουσίαση Αναρτημένων			
Ανακοινώσεων.....	16		
Βραβεύσεις Εργασιών	16		

Χαιρετισμός

Αγαπητές και αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η Εταιρεία Παθολογίας Βορείου Ελλάδος (Ε.Π.Β.Ε.) συμπλήρωσε εννέα έτη λειτουργίας συμβάλλοντας σημαντικά στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των Ελλήνων ιατρών και στην ενημέρωσή τους στις σύγχρονες εξελίξεις της ειδικότητας της Παθολογίας.

Όπως γνωρίζετε, με στόχο την αναβάθμιση της ειδικότητας της Παθολογίας στην Ελλάδα, αποφασίσθηκε από τη Γ.Σ. της Ε.Π.Β.Ε. κατά τη διάρκεια του 2^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία, η αλληγή του καταστατικού της Εταιρείας, ώστε να είναι δυνατή η συμμετοχή και δραστηριοποίηση στην Εταιρεία όλων των Ελλήνων Παθολόγων. Η αλληγή του καταστατικού εγκρίθηκε από το Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης και η Ε.Π.Β.Ε. ονομάζεται πλέον Εταιρεία Παθολογίας Ελλάδος (Ε.Π.Ε.), εκπροσωπώντας όλους τους Έλληνες Παθολόγους. Μία άλλη ευχάριστη εξέλιξη είναι ότι η Ε.Π.Ε. έχει γίνει μέλος της European Federation of Internal Medicine (E.F.I.M.) εκπροσωπώντας τους Έλληνες Παθολόγους στην Ευρώπη.

Το Διοικητικό Συμβούλιο της αναβαθμισμένης πλέον Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος βρίσκεται στην ευχάριστη θέση να σας αναγγείλει τη διοργάνωση του 3^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή, το οποίο θα διεξαχθεί στις 22-26 Φεβρουαρίου 2017 στη Θεσσαλονίκη, στο ξενοδοχείο Grand Palace.

Η Οργανωτική και η Επιστημονική Επιτροπή του Συνεδρίου, σε συνεργασία με άλλες συνεργαζόμενες με την Ε.Π.Ε. Επιστημονικές Εταιρείες, καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για την επιτυχή κατάρτιση του Επιστημονικού Προγράμματος του Συνεδρίου, ώστε να περιλαμβάνονται όλες οι σημαντικές εξελίξεις της Παθολογίας. Στις πέντε ημέρες του 3^{ου} Συνεδρίου, διακεκριμένοι στα αντίστοιχα αντικείμενα Έλληνες και ξένοι συνάδελφοι θα παρουσιάσουν τις νεότερες εξελίξεις και τις σύγχρονες προσεγγίσεις σε όλα τα πεδία της Εσωτερικής Παθολογίας μεταφέροντας επίσης τη διεθνή εμπειρία σε ερευνητικό, κλινικό και εκπαιδευτικό επίπεδο.

Φιλοδοξία μας είναι να αποτελέσει το Συνέδριο της Εταιρείας μας ένα καθιερωμένο θεσμό στην Παθολογία, χώρο ανταλλαγής απόψεων και αλληλοεπίδρασης με όλες τις συναφείς ειδικότητες της Παθολογίας καθώς και βήμα προβληματισμού και αναζήτησης λύσεων για όλα τα κρίσιμα θέματα που αντιμετωπίζει ο Παθολόγος κατά την άσκηση της ειδικότητάς του στη χώρα μας.

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Π.Ε. και η Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου προσβλέπουν και πάλι στην ενεργό συμμετοχή σας στις εργασίες του 3^{ου} Συνεδρίου μας, ώστε να αποτελέσει βήμα ουσιαστικής επιμόρφωσης και συμβολής στη δια βίου εκπαίδευση του Παθολόγου καθώς και μοχλό αναβάθμισης της Ειδικότητας της Παθολογίας, η οποία αποτελεί τη βάση του συστήματος της νοσοκομειακής περίθαλψης καθώς και τη βασική ειδικότητα εκπαίδευσης, όχι μόνο των Παθολόγων, αλλά και των ιατρών που ειδικεύονται στις συναφείς προς την Παθολογία Ειδικότητες.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,
Καθηγητής Ευστράτιος Σ. Μαϊτζός
Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ε.Π.Ε.



Διοικητικό Συμβούλιο Ε.Π.Ε.

Πρόεδρος	Μαητέζος Ευστράτιος
Α΄ Αντιπρόεδρος	Χατζητόλης Απόστολος
Β΄ Αντιπρόεδρος	Νταλιέκος Γεώργιος
Γενικός Γραμματέας	Παπάζογλου Δημήτριος
Ταμίας	Σαββόπουλος Χρήστος
Μέλη	Λιάμης Γεώργιος Κούτρας Χρήστος Μυλωνάς Στέφανος Σκούτας Δημήτριος

Προσωρινό Συντονιστικό Όργανο Νοτίου Ελλάδος

Συντονιστής	Δημητριάδης Γεώργιος
Αναπληρωτής Συντονιστής	Παγώνη Ματίνα
Μέλη	Γαργαλιάνος - Κακοθύρης Παναγιώτης Γιαννετάκης Πέτρος Γώγος Χαράλαμπος Δημόπουλος Μελέτιος - Αθανάσιος Ιωαννίδης Ιωάννης Λαζανάς Μάριος Λαναράς Λεωνίδας Μεηιδώνης Ανδρέας Σκουτέλης Αθανάσιος Σφηκιάκης Πέτρος Χαλιώτης Γεώργιος

Εκτελεστική Επιτροπή Ε.Ε.Π.Ε.

Πρόεδρος	Τούλης Ευάγγελος
Αντιπρόεδρος	Χατζητόλης Απόστολος
Γενικός Γραμματέας	Κωτούλας Σόλων
Αναπληρωτής Γενικός Γραμματέας	Χαλβατσιώτης Παναγιώτης
Ταμίας	Βήτος Δημήτριος
Υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων, Τύπου & Ενημέρωσης	Κόκκινος Σπυρίδων
Υπεύθυνος Διοικητικών & Νομικών θεμάτων	Ντουράκης Σπυρίδων
Υπεύθυνος Εκδηλώσεων & Κινητοποίησης	Πυρπασόπουλος Μάριος
Υπεύθυνος Ευρωπαϊκών & Διεθνών Σχέσεων	Γκίκας Αχιλλέας

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος Μαθητζός Ευστράτιος

Χατζητόλιος Απόστολος
Παπάζογλου Δημήτριος
Σαββόπουλος Χρήστος
Λιάμης Γεώργιος
Κούτρας Χρήστος
Μυλωνάς Στέφανος
Σκούτας Δημήτριος
Τούλης Ευάγγελος
Κωτούλας Σόλων
Χαλβασιώτης Παναγιώτης
Βήτος Δημήτριος
Κόκκινος Σπυρίδων
Ντουράκης Σπυρίδων
Πυρπασόπουλος Μάριος
Γκίκας Αχιλλέας
Αγαπάκης Δημήτριος
Αλεξανδρής Απόστολος
Αποστολοπούλου Μάρθα

Αρχανιωτάκη Μαριάνθη

Δήμας Γρηγόριος
Δημητρούλα Χαρίκλεια
Δημοπούλου Σοφία
Διδάγγελος Τριαντάφυλλος
Θεοφανίδης Δημήτριος
Καϊάφα Γεωργία
Κανέλλος Ηλίας
Μουρουγιάκης Αλέξανδρος
Μπακατσέλης Σπυρίδων
Παναγόπουλος Περικλής
Παπάνας Νικόλαος
Παπαναστασίου Κίμων
Περιφάνης Βασίλειος
Ταγαράκης Χρήστος
Τεσφάιε Άντο
Τζόμαλος Κωνσταντίνος
Τσακάλης Αργύριος
Φωτιάδης Σπύρος

Επιστημονική Επιτροπή

Συμμετέχουν τιμητικά Καθηγητές Παθολογίας και Διευθυντές Παθολογικών Κλινικών
όλης της επικράτειας

Αγγελέλη Φ.	Γέρμαν Β.	Ερωτοκρίτου Γ.	Κατσοτούρη Α.
Αθανασίου Ε.	Γεωργακόπουλος Γ.	Ζαχαριάδης Ο.	Κατσούναρος Μ.
Αλεξίου Ζ.	Γεωργαλή Α.	Ζεμπεκάκης Π.	Κοκκινάκης Ε.
Αλοΐζος Γ.	Γκίκας Α.	Ζήρας Ν.	Κομιανίδης Κ.
Ανδρεάδης Ε.	Γκόγκα Ε.	Ζήσης Δ.	Κομιτόπουλος Ν.
Ανδρεάδης Χ.	Γουδέβενος Ι.	Ζορμπάς Α.	Κοσκινάς Ι.
Αντισάκης Χ.	Γώγος Χ.	Καθλιακμάνη Α.	Κούκιος Κ.
Αντωνόπουλος Π.	Δαΐκος Γ.	Καθογεράκη Λ.	Κουμάκης Γ.
Αποστολοπούλου Ν.	Δάηλα Β.	Καθλογήρου Θ.	Κουρής Γ.
Αρδαβάνη Α.	Δανιηλίδης Μ.	Καθφούντζος Δ.	Κούρογλου Μ.
Αρμουτέλλη Ε.	Δασενάκης Μ.	Καντέρ Μ.	Κούτρας Χ.
Αρχοντής Ε.	Δημητρέλλος Ε.	Καπάτας Α.	Κρέσπη Ι.
Βενιέρης Δ.	Δημητριάδης Γ.	Καραγιάννης Α.	Κροκίδας Γ.
Βλάχακος Δ.	Δημόπουλος Μ.-Α.	Καρακόλιος Α.	Κυριαζής Ι.
Βλάχογιάννης Α.	Δόληγρας Σ.	Καραμήτσος Κ.	Κωνσταντινίδης Ι.
Βουδούρης Ε.	Δολιανίτης Κ.	Καρανίκας Κ.	Κωνσταντόπουλος Κ.
Βούρδη Ι.	Δουζίνας Ε.	Καραταπάνης Σ.	Κώτσιου Σ.
Βουτσιάνης Δ.	Δουΐτσας Π.	Καρατζογιάννης Δ.	Λάγρα Φ.
Γαργαλιάνος -	Δρόσος Α.	Καρατσίκης Δ.	Λαζανάς Μ.
Κακοθύρης Π.	Ελευσινιώτης Ι.	Καρδάρη Α.	Λακασάς Γ.
Γαρυφαλλός Α.	Ελισάφ Μ.	Καρνέζης Λ.	Λαναράς Λ.

Λελέκης Μ.	Μπιθίνης Χ.	Πολύζος Α.	Συρίγος Κ.
Λιάπης Η.	Μπούκας Χ.	Ποιθυμίου Γ.	Σφηκιάκης Π.
Λιδάκης Χ.	Μπούμπας Δ.	Ποταμούση Π.	Τεντολούρης Ν.
Λιούρης Ι.	Μπουρλάκη Μ.	Πράνταλης Π.	Τζατζάγου Γ.
Μαγκάκης Ι.	Μπούροβα Ο.	Πρασσάς Π.	Τζιούφας Α.
Μακραντωνάκης Π.	Μυγδάλης Η.	Ράπη Μ.	Τουλιάτου Α.
Μακρή Ε.	Μυλωνάκη Χ.	Ρέβελος Κ.	Τσακαλίδης Γ.
Μαϊλακός Ι.	Μυλωνάς Σ.	Ρέλλιος Κ.	Τσάπας Α.
Μαϊλάμος Ν.	Ντουμάζιος Μ.	Ρηγάκη Κ.	Τσαπάνης Π.
Μαλίτς - Αμπτέλ Τ.	Ντουράκης Σ.	Ρίτης Κ.	Τσιάνος Ε.
Μαλίτς Κ.	Ξυδιά Ν.	Σαββόπουλος Χ.	Τσολακίδης Γ.
Μαϊτέζος Ε.	Ορφανός Σ.	Σακκάς Λ.	Φανουργιάκης Π.
Μαραθωνίτης Γ.	Παγώνης Σ.	Σαμαράς Β.	Φραγκούλια Α.
Μαργαρίτης Ι.	Παπαδοπούλου Δ.	Σαμώνης Γ.	Φωσκολιάκης Ν.
Μασμανίδης Ν.	Παπαδοπούλου Π.	Σατσόγλου Α.	Φωτίου Χ.
Μαύρας Γ.	Παπάζογλου Δ.	Σαφιλιάνης Ι.	Χαλιώτης Γ.
Μαυροειδής Ν.	Παπαθεοδωρίδης Γ.	Σιδερίδου Α.	Χαμάμ Ε.
Μαυρουδής Δ.	Παπαϊωακείμ Μ.	Σιμελίδης Δ.	Χαραλαμπίδης Α.
Μαχαίρα Κ.	Παπακωνσταντίνου Γ.	Σκουτέλης Α.	Χατζηπαύλου Χ.
Μελιδώνης Α.	Παρδάλης Γ.	Σουρής Σ.	Χατζητόλιος Α.
Μηλίδης Θ.	Πατρωνίδου Α.	Σπυρόπουλος Κ.	Χέρας Π.
Μουσουλής Γ.	Πέππας Θ.	Στεργίου Γ.	Χρήστου Λ.
Μπαϊτίης Ι.	Πετρογιαννόπουλος Κ.	Στεφανίδης Ι.	Χριστόπουλος Κ.
Μπακατσέλος Σ.	Πεφάνης Α.	Συμεωνίδης Ν.	Ψαρράς Γ.
Μπακίδης Σ.	Πιπίνης Ε.	Συμπάρδη Σ.	Ψωμάς Ε.

Τιμητική Οργανωτική Επιτροπή

Αλεβιζός Μιητιάδης	Καραμανώλης Δημήτριος	Πασαδάκης Πλουμής
Αβραμίδης Αβραάμ	Κυριαζής Ιωάννης	Πιλάλης Δημήτρης
Αγραφιώτης Αθανάσιος	Λαζανάς Μάριος	Πίτσαβος Χρήστος
Ανθόπουλος Μιχάλης	Λαναράς Λεωνίδας	Πλουμπίδης Δημήτρης
Αρτέμης Νικόλαος	Μακρής Παντελής	Πούλιας Ηρακλής
Βαδικολίας Κωνσταντίνος	Μακραντωνάκης Πάρης	Σαμπάνης Χρήστος
Βαρθαλίτης Ιωάννης	Μανές Χρήστος	Σέττας Λουκάς
Βέργουλας Γεώργιος	Μαυρομάτης Αντώνης	Σιδηρόπουλος Γιάννης
Βισκαδουράκη Μαρία	Μελιδώνης Ανδρέας	Σιμελίδης Δημήτριος
Γαβριηλίδης Σταύρος	Μιχόπουλος Σπυρίδων	Σιών Μιχαήλ
Γιαννούλης Λευτέρης	Μούσηφ Ζαδάλλα	Σκουτέλης Αθανάσιος
Γρέκας Δημήτριος	Μουστάκας Ιωάννης	Στεργίου Γεώργιος
Γρηγορέας Χρήστος	Μποδοσάκης - Πρόδρομος	Τζαλοκώστας Βασίλης
Δαΐκος Γεώργιος	Μερκούρης	Τουμπής Μιχάλης
Ευθυμιάδης Απόστολος	Μπούρα Παναγιώτα	Τρόντζας Παναγιώτης
Θώδης Ηλίας	Παγώνη Ματίνα	Τσιούφης Κωνσταντίνος
Ιωαννίδης Ιωάννης	Παπαγιάννη Αικατερίνη	Τσολλάκη Μάγδα
Καπάντας Ευθύμιος	Παπαδόπουλος Θανάσης	Φούσας Στέφανος
Καραγιάννης Αστέριος	Παπάνας Νικόλαος	Χαλιώτης Γεώργιος

Χορηγοί

Η Εταιρεία Παθολογίας Ελλάδος ευχαριστεί θερμά τις ακόλουθες εταιρίες για τη συμβολή τους στην πραγματοποίηση του 3^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή:



Διοργάνωση:



Στίλιπωνος Κυριακίδη 1, 546 36 Θεσσαλονίκη
τηλ.: 2313 303480, fax: 2310 994773
e-mail: et.pathologias@hotmail.com
website: www.epbe.gr

Οργάνωση - Γραμματεία:



Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας, Αττική
τηλ.: 210 6048260, fax: 210 6047457
e-mail: alebesi@free-spirit.gr
web site: www.free-spirit.gr

Πληροφορίες Συνεδρίου



Γενικές Πληροφορίες

Ημερομηνία Συνεδρίου

Οι εργασίες του 3^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή θα πραγματοποιηθούν από την Τετάρτη 22 έως και την Κυριακή 26 Φεβρουαρίου 2017.

Συνεδριακός Χώρος

Ξενοδοχείο Grand Palace

Μοναστηρίου 305, 546 27 Θεσσαλονίκη

Τηλ.: 2310 549000

www.grandhotelpalace.gr

Αίθουσες:

ΟΛΥΜΠΙΑ C, ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄, ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β΄, ΟΛΥΜΠΙΑ D, SEROS SPACE, ΗΛΙΔΑ, ΚΑΛΜΠΑΤΕΙΡΑ

Γλώσσα Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική. Οι διαλέξεις των ξένων ομιλητών θα πραγματοποιούνται στα Αγγλικά.

Ιστότοπος Συνεδρίου

www.imscongress2017.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:

Τετάρτη 22 Φεβρουαρίου 2017	14.30 - 22.00
Πέμπτη 23 Φεβρουαρίου 2017	07.30 - 21.00
Παρασκευή 24 Φεβρουαρίου 2017	07.30 - 21.30
Σάββατο 25 Φεβρουαρίου 2017	07.30 - 21.30
Κυριακή 26 Φεβρουαρίου 2017	09.00 - 14.45

Εγγραφές*

	Εγγραφή
Μέλη Ε.Π.Ε.** - Ε.Ε.Π.Ε.	120,00 €
Ειδικευμένοι	140,00 €
Ειδικευόμενοι	60,00 €
Λοιποί επαγγελματίες υγείας (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές, Διατροφολόγοι, Μεταπτυχιακοί Φοιτητές κ.τ.λ.)	20,00 €
Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

*Στο κόστος κάθε πληρωμένης εγγραφής συμπεριλαμβάνεται η παρακολούθηση ενός Κλινικού Φροντιστηρίου της επιλογής του Συνέδρου. Ο μέγιστος αριθμός παρακολούθησης κάθε Κλινικού Φροντιστηρίου είναι 30 άτομα / φροντιστήριο. Για τη συμπλήρωση του παραπάνω αριθμού θα τηρηθεί αυστηρή προτεραιότητα βάσει του Δελτίου Εγγραφής. Από την παραπάνω ρύθμιση εξαιρούνται οι σύνεδροι της κατηγορίας «Λοιποί επαγγελματίες υγείας», οι οποίοι θα πρέπει να καταβάλουν επιπλέον το ποσό των 20,00 € για να παρακολουθήσουν το Κλινικό Φροντιστήριο της επιλογής τους.

**Οι παραπάνω τιμές αφορούν τα οικονομικώς τακτοποιημένα μέλη της Ε.Π.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 για όλους τους συμμετέχοντες και Πιστοποιητικό Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης με μόρια για τους ιατρούς εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης

Στις παραπάνω τιμές συμπεριλαμβάνεται ΦΠΑ 24%

Γενικές Πληροφορίες

Βεβαιώσεις Παρακολούθησης

Η παράδοση των βεβαιώσεων παρακολούθησης θα γίνει από τη Γραμματεία του Συνεδρίου, την **Κυριακή 26 Φεβρουαρίου 2017**, μετά τη λήξη του Συνεδρίου.

Πιστοποιητικά Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου μοριοδοτείται με **εικοσιπέντε (25) Μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.). Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, **δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε Σύεδρος - Ιατρός, ο οποίος έχει παρακολουθήσει τουλάχιστον το 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 (badges) 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 - Πρόεδρους - Συντονιστές

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων. Οι αίθουσες 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. **Παρακαλούνται όλοι οι Συμμετέχοντες Πρόεδροι - Συντονιστές - Ομιλητές του 3^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου της Ε.Π.Ε. να τηρήσουν αυστηρά τους χρόνους του προγράμματος προκειμένου να διασφαλιστεί η ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του.**

Προφορικές & Αναρτημένες Ανακοινώσεις

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

Προφορικές Ανακοινώσεις

Παρουσίαση Προφορικών Ανακοινώσεων

Πέμπτη 23 Φεβρουαρίου 2017 | Προφορικές Ανακοινώσεις I

Αίθουσα OLYMPIA C | 08.00 - 09.30 | ΠΑ01-ΠΑ11

Προεδρείο: Μ. Παγώνη, Π. Γιαννετάκης

Πέμπτη 23 Φεβρουαρίου 2017 | Προφορικές Ανακοινώσεις II

Αίθουσα ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄ | 08.00 - 09.30 | ΠΑ12-ΠΑ22

Προεδρείο: Α. Παπαδόπουλος, Κ. Καλλιάρης, Η. Μπαλάσκας

Παρασκευή 24 Φεβρουαρίου 2017 | Προφορικές Ανακοινώσεις III

Αίθουσα OLYMPIA C | 08.00 - 09.15 | ΠΑ23-ΠΑ32

Προεδρείο: Δ. Καπετάνος, Θ. Μάρης

Παρασκευή 24 Φεβρουαρίου 2017 | Προφορικές Ανακοινώσεις IV

Αίθουσα ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄ | 08.00 - 09.30 | ΠΑ33-ΠΑ43

Προεδρείο: Κ. Καζάκος, Ι. Στυλιάδης

Σάββατο 25 Φεβρουαρίου 2017 | Προφορικές Ανακοινώσεις V

Αίθουσα OLYMPIA C | 08.00 - 09.00 | ΠΑ44-ΠΑ50

Προεδρείο: Δ. Αγαπάκης, Β. Βασιλείου

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

- Η ανάρτηση των ανακοινώσεων θα πραγματοποιηθεί την **Τετάρτη 22 Φεβρουαρίου 2017** και ώρα **11.00 - 15:00** στην αίθουσα **ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β΄**.
- 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 tack) για την ανάρτηση των ανακοινώσεων από τη Γραμματεία που λειτουργεί στο ίδιο επίπεδο.
- Οι διαστάσεις των πλαισίων roster 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 25 Φεβρουαρίου 2017** και ώρα **17.00 - 20.00**.
- Σε περίπτωση που δεν έχει πραγματοποιηθεί η αποξήλωση των αναρτημένων ανακοινώσεων τη συγκεκριμένη ώρα και μέρα, ο οργανωτής δεν φέρει ευθύνη για την απώλεια ή την καταστροφή αυτών.

Γενικές Πληροφορίες

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων

Τετάρτη 22 Φεβρουαρίου 2017 | Αναρτημένες Ανακοινώσεις I

Αίθουσα ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β΄ | 17.30 - 19.00 | AA01-AA12

Προεδρείο: Ε. Λαγουδάκη, Χ. Κούτρας, Σ. Παπαντωνίου

Πέμπτη 23 Φεβρουαρίου 2017 | Αναρτημένες Ανακοινώσεις II

Αίθουσα ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β΄ | 14.45 - 16.15 | AA13-AA31

Προεδρείο: Ι. Χατζηγεωργίου, Σ. Λαμπρόπουλος, Κ. Γκόγκος (AA13-AA22)

Προεδρείο: Π. Παπαδοπούλου, Α. Θωμόπουλος, Θ. Μηλίδης (AA23-AA31)

Παρασκευή 24 Φεβρουαρίου 2017 | Αναρτημένες Ανακοινώσεις III

Αίθουσα ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β΄ | 14.30 - 16.00 | AA32-AA43

Προεδρείο: Γ. Χαλιώτης, Ν. Αγγελόπουλος, Κ. Γεωργεφένδης

Σάββατο 25 Φεβρουαρίου 2017 | Αναρτημένες Ανακοινώσεις IV

Αίθουσα ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β΄ | 14.15 - 15.30 | AA44-AA56

Προεδρείο: Π. Μακρής, Ε. Μπεκιάρη, Α. Κουνανής

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, την **Κυριακή 26 Φεβρουαρίου 2017** και ώρα **14.00-14.45** 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 500,00 €, 300,00 € και 200,00 € αντίστοιχα, και τα τρία (3) βραβεία των αναρτημένων ανακοινώσεων συνοδεύονται από χρηματικά έπαθλα αξίας 250,00 €, 150,00 € και 100,00 € αντίστοιχα.

Κλινικά Φροντιστήρια

Στο πλαίσιο του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθούν Κλινικά Φροντιστήρια 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 της 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 τιμή συμπεριλαμβάνεται Φ.Π.Α. 24 %

Θέματα Φρονιστηρίων

- Μυοσκελετικό Σύστημα
- Υπερηχογραφία
- Μεταβολισμός
- Πνευμονολογία - Καρδιολογία
- Νεφρολογία - Ουρολογία
- Διατροφή - Εντερική Παρεντερική - Συμπληρώματα διατροφής
- Παθολογικά προβλήματα κατά την κύηση
- Δερματολογία
- Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια
- Προετοιμασία Νοσηλευτών για την Εκπαίδευση Ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη



Lucidel®

Irbesartan

75mg, 150mg, 300mg



Lucidelplus®

Irbesartan+HCT

150mg + 12.5mg, 300mg + 12.5mg, 300mg+25mg



ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:

Lucidel επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία 75mg, 150mg, 300mg.

Lucidel plus επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία 150mg+12.5mg, 300+12.5mg, 300+25mg.

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:

Κάθε δισκίο Lucidel περιέχει 75mg, 150mg, 300mg ιρβεσαρτάνης, αντίστοιχα.

Κάθε δισκίο Lucidel plus περιέχει 150mg/12.5mg, 300mg/12.5mg, 300mg/25mg ιρβεσαρτάνης/υδροχλωροθειαζιδίου, αντίστοιχα.

Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την ΠΧΠ ή απευθυνθείτε στην εταιρεία ELPEN.



ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία Αιτωφ. Μορβάνος 95, Πικέρμι Αττικής 190 09, Τηλ.: 210 60 39 326-9

Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

• Παπαδόπουλου 41, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 74 88 712, • Εθνικής Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459 920-1

Συνοπτικό Πρόγραμμα

- Τετάρτη 22 Φεβρουαρίου 2017
- Πέμπτη 23 Φεβρουαρίου 2017
- Παρασκευή 24 Φεβρουαρίου 2017
- Σάββατο 25 Φεβρουαρίου 2017
- Κυριακή 26 Φεβρουαρίου 2017



Vipidia®

αλογολιπίνη

Vipdomet®

αλογολιπίνη/υδροχλωρική μετφορμίνη

νέο

Incresync®

αλογολιπίνη/πιογλιταζόνη



GR/VIP/1611/0003

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipidia 25 mg, 12,5 mg, 6,25 mg. Κάθε δισκίο περιέχει 25 mg, 12,5 mg, 6,25 mg αλογολιπίνης (ως βενζοϊκής). **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipdomet 12,5 mg / 850 mg.** Κάθε δισκίο περιέχει 12,5 mg αλογολιπίνης (ως βενζοϊκής) και 850 mg υδροχλωρικής μετφορμίνης. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipdomet 12,5 mg / 1.000 mg.** Κάθε δισκίο περιέχει 12,5 mg αλογολιπίνης (ως βενζοϊκής) και 1.000 mg υδροχλωρικής μετφορμίνης. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Incresync 25 mg/30 mg.** Κάθε δισκίο περιέχει 25 mg αλογολιπίνης (ως βενζοϊκής) και 30 mg πιογλιταζόνης (ως υδροχλωρικής).

«Για περαιτέρω πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας, **TAKEDA ΕΛΛΑΣ Α.Ε.**»



Takeda Ελλάς Α.Ε.
Monumental Plaza, Κτήριο Γ,
Λ. Κηφισίας 44, 151 25 Μαρούσι,
Τηλ. κέντρο: 210 6387 800,
Fax: 210 6387 801
www.takeda.com



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300
www.elpen.gr

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ.: 210 7486711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269



ΤΕΤΑΡΤΗ 22 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

	ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C
14.30 - 15.30	ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ
15.30 - 16.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ Προεδρείο: Σ. Μυλωνάς, Ξ. Κροκίδης Ομιλητές: Π. Μαμακής, Δ. Στογιάννου, Α. - Μ. Ξανθοπούλου
16.30 - 17.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Σύγχρονη προσέγγιση φλεγμονής αδιευκρίνιστης αιτιολογίας στην κλινική πράξη» Πρόεδρος: Π. Μπούρα Ομιλητής: Π. Σκένδρος
17.00 - 19.00	ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ Προεδρείο: Κ. Κουτσιαντά - Ζαμπόκα, Δ. Ανεσιάδου, Π. Παντούλα Ομιλητές: Γ. Χατζή, Ι. Ιστίκογλου, Δ. Χαμαλίδου, Μ. Πουμπουρίδου, Ν. Ποιμενίδου, Σ. Μπεχτισπούλου
19.00 - 19.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
19.30 - 20.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Οι Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα σε περίοδο κρίσης» Πρόεδρος: Β. Παπανικολάου Ομιλητής: Γ. Μυσερλής
20.00 - 20.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ WINMEDICA «Ο ρόλος των στατινών στην πρωτογενή πρόληψη των ασθενών με υπέρταση και πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου» Πρόεδρος: Χ. Σαββόπουλος Ομιλητής: Β. Κώτσας
20.30 - 22.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Αήκοοιςμός» Προεδρείο: Α. Βιδάλης, Σ. Ντουράκης Ομιλητές: Φ. Κουνιάκης, Ε. Σινάκος, Θ. Τέγος, Γ. Νικολάου
22.00	ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ
	ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β´
17.30 - 19.00	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ I (AA01-AA12) Προεδρείο: Ε. Λαγουδάκη, Χ. Κούτρας, Σ. Παπαντωνίου

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C	
08.00 - 09.30	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I (ΠΑ01-ΠΑ11) Προεδρείο: Μ. Παγώνη, Π. Γιαννιτάκης
09.30 - 10.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Γαστρεντερολογία» Προεδρείο: Ε. Ακριβιάδης, Δ. Χριστοδούλου Ομιλητές: Δ. Καπετάνος, Α. Γατοπούδου, Α. Πρωτοπαπάς, Σ. Βραδέλης
10.45 - 11.15	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
11.15 - 12.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Μεταβολικά νοσήματα» Προεδρείο: Γ. Δημητριάδης, Ε. Καπάντας Ομιλητές: Κ. Δημητράκοπούλου, Γ. Λιάμης, Π. Μήτρου, Α. Κόκκινος
12.45 - 13.15	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΒΟΕHRINGER - INGELHEIM «Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 & εξατομικευμένη σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση. Ο Ρόλος της ινσουλίνης» Πρόεδρος: Σ. Μπακατσέλος Ομιλήτρια: Ν. Κατσιόκη
13.15 - 13.45	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ELREN «Αιθροειδίτις. Ο νεότερος DPP-4 αναστολέας» Πρόεδρος: Γ. Δημητριάδης Ομιλητής: Π. Χαλιβασιώτης
13.45 - 14.15	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΜΥΛΑΝ «Οφέλη και παράγοντες συμμόρφωσης που κατατάσσουν τις σαρτάνες στις θεραπείες πρώτης εκλογής για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. Το παράδειγμα της ολιμεσαρτάνης» Πρόεδρος: Χ. Καρβούνης Ομιλητής: Χ. Σαββόπουλος
14.15 - 14.45	ΔΙΑΛΕΞΗ «Νέες θεραπευτικές προτάσεις στον Σ.Δ. τύπου 2, με υψηλό καρδιακό κίνδυνο» Πρόεδρος: Ι. Κυριαζής Ομιλητής: Ι. Ιωαννίδης
14.45 - 16.15	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
16.15 - 17.15	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Φαρμακοοικονομία - Συντονισμός της Φροντίδας» Προεδρείο: Ε. Πλωμαρίτης, Ι. Καμτσίδου Ομιλητές: Α. Βοζίκης, Σ. Κόκκινος, Θ. Βοντετασιάνος
17.15 - 18.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE (E.F.I.M.) Προεδρείο: Ε. Ματτέζος, Α. Χατζητόλης Ομιλητές: Α.-Μ. Bartista, Μ.-D. Cappellini
18.00 - 19.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ NOVARTIS «Καρδιακή ανεπάρκεια και διαβήτης: προβληματισμοί και λύσεις στην κλινική πρακτική» Προεδρείο: Χ. Σαββόπουλος Ομιλητές: Α. Μελιδώνης, Σ. Τζήκας
19.00 - 19.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ NOVARTIS «Αδενώματα της υπόφυσης - Προκλήσεις στη διάγνωση» Πρόεδρος: Μ. Κίτα Ομιλήτρια: Ζ. Ευσταθιάδου
19.30	<p>ΕΠΙΣΗΜΗ ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΣΗΣ</p> <p>19.30 - 20.00 Χαιρετισμοί - Κήρυξη Έναρξης Εργασιών 20.00 - 20.30 Βραβεύσεις Διακεκριμένων Ελλήνων στο χώρο της παραγωγής και εμπορίας φαρμάκων 20.30 - 21.00 Εναρκτήρια ομιλία «Δύναμη της γνώσης - χαρά της νίκης: Το παράδειγμα της Ιατρικής Επιστήμης» Γ. Σαμώνης 21.30 Δεξίωση</p>

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

	ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄
08.00 - 09.30	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΙ (ΠΑ12-ΠΑ22) Προεδρείο: Α. Παπαδόπουλος, Κ. Καλλιάρης, Η. Μπαλάσκας
09.30 - 10.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Καρδιολογία» Προεδρείο: Χ. Καρβούνης, Κ. Τσιούφης Ομιλητές: Σ. Χατζημιλιτιάδης, Δ. Τζιακάς, Β. Βασιλικός
10.45 - 11.15	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
11.15 - 12.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Επείγουσες καταστάσεις στην Παθολογία και σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας» Προεδρείο: Β. Γροσομανίδης, Ι. Πνευματικός Ομιλητές: Ι. Αγκομαχαελής, Ν. Ράικος, Ε. Χολόγκιτας, Ε. Μάσσα
12.30 - 13.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Malnutrition: treatment in a tertial referral center and the Diagnosis. Related Groups (DRG - System) in Germany» Πρόεδρος: Α. Μόρτογλου Ομιλητής: S.-K. Gölder
13.00 - 13.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Μεταβολισμός Οστών» Προεδρείο: Γ. Κάσση, Ε. Πανταζή Ομιλητές: Π. Μάκρας, Ι. Κώστογλου - Αθανασίου
13.45 - 15.00	ΕΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΝΕΟΥΣ ΟΜΙΛΗΤΕΣ Προεδρείο: Δ. Σκούτας, Α. Αμπραχαμιάν - Μιχαήλκη Ομιλητές: Δ. Μπαλιτζής, Α. Tesfaye, Ε. Τερζή, Ι. Καραμούζης
15.00 - 16.15	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
16.15 - 17.15	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Συχνές Ιατρικές πράξεις σε Παθολογική Κλινική» (Διαδραστική Συζήτηση) Προεδρείο: Θ. Κοντακιώτης, Π. Δουίτσας Ομιλητές: Α. Μύρου, Δ. Σπυράτος, Γ. Μπαθανίκας
17.15 - 17.45	ΔΙΑΛΕΞΗ «Σήψη και σπητικό shock» Πρόεδρος: Χ. Γώγος Ομιλητής: Π. Παναγόπουλος
	ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ D
	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: «Μυοσκελετικό σύστημα» Συντονιστές: Π. Αθανασίου, Μ. Κατσούναρος, Ι. Γκουγκουρέλας Ομιλητές: Ι. Μπισσινιώτης, Σ. Σπυριδωνάκου, Ν. Γαλιανόπουλος, Α. Σαραντόπουλος
	ΑΙΘΟΥΣΑ SEROS SPACE
	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: «Υπερηχογραφία» Συντονιστές: Γ. Ευθυμιάδης, Ι. Χρυσογονίδης Ομιλητές: Ε. Δεσάνης, Σ. Κωτούλας, Θ. Τέγος, Κ. Κούσκουρας, Ι. Ευθυμιάδης, Α. Λευκόπουλος
14.45 - 16.15	ΑΙΘΟΥΣΑ ΗΛΙΔΑ
	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: «Μεταβολισμός» Συντονιστές: Σ. Μπακατσέλλος, Δ. Παπάζογλου Ομιλητές: Τ. Διδάγγελος, Β. Τσιμικόδημος, Κ. Τζόμαλος, Π. Γιαννούληκη, Ζ. Καραμπούτα
	ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β΄
	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ ΙΙ (ΑΑ13-ΑΑ31) Προεδρείο: Ι. Χατζηγεωργίου, Σ. Λαμπρόπουλος, Κ. Γκόγκος (ΑΑ13-ΑΑ22) Προεδρείο: Π. Παπαδοπούλου, Α. Θωμόπουλος, Θ. Μηλιδής (ΑΑ23-ΑΑ31)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C	
08.00 - 09.15	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III (ΠΑ23-32) Προεδρείο: Δ. Καπετάνος, Θ. Μάρης
09.15 - 10.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Επείγουσες καταστάσεις στην ενδοκρινολογία» Προεδρείο: Γ. Μαστοράκος, Ζ. Μούσηχ Ομιλητές: Μ. Σώμαλη, Ι. - Α. Βατάλης
10.30 - 10.45	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
10.45 - 11.15	ΔΙΑΛΕΞΗ «Anti - PCSK9 - antibodies: A new therapeutic option for the treatment of hypercholesterolemia» Πρόεδρος: Ε. Λυμπερόπουλος Ομιλήτρια: Ι. Gouni - Berthold
11.15 - 11.45	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΝΟΒΑΡΤΙΣ «Έγκαιρη διάγνωση και σύγχρονη θεραπεία για τους ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια» Πρόεδρος: Κ. Γουργουλιάνης Εισαγωγή: Κ. Γουργουλιάνης Ομιλητές: Σ. Τρύφων
11.45 - 13.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Πνευμονολογία» Προεδρείο: Κ. Γουργουλιάνης, Μ. Φρουδαράκης Ομιλητές: Η. Τίποπουλος, Αικ. Μανίκα, Σ. Ανευθαλής
13.00 - 14.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΜΕΝΑΡΙΝΙ «Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια - Διαγνωστικά και Θεραπευτικά διλήμματα στον Παθολόγο» Πρόεδρος: Χ. Σαββόπουλος Ομιλητές: Θ. Πεχλιβανίδης
14.00 - 14.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Σύγχρονες θεραπευτικές συστάσεις στη Διαβητική Νεφροπάθεια» Πρόεδρος: Π. Πασαδάκης Ομιλητής: Α. Ράπτης
14.30 - 16.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
16.00 - 16.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Τρόποι ανάπτυξης και βελτίωσης ικανοτήτων ως κριτές σε επιστημονικό περιοδικό» Πρόεδρος: Ν. Παπάνας Ομιλητής: Α. Τσάπας
16.30 - 17.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Οι λοιμώξεις στην κλινική πράξη του Παθολόγου» Προεδρείο: Α. Πεφάνης, Γ. Πουλάκου Ομιλητές: Χ. - Μ. Τρακατέλλη, Σ. Μεταλήδης, Ε. Ψωμάς
17.30 - 18.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΓΑΛΕΝΙΣΑ «Καναγλιφλοζίνη: Νέες διαστάσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με ΣΔτ2» Πρόεδρος: Ν. Τεντολούρης Ομιλητής: Ε. Λυμπερόπουλος
18.00 - 18.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
18.30 - 20.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Η αναγκαιότητα αναβάθμισης του ρόλου του Παθολόγου στην πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας στο Δημόσιο και τον Ιδιωτικό τομέα Υγείας» Προεδρείο: Ε. Τούλης, Μ. Παπαϊωακείμ Ομιλητές: Γ. Κούρτογλου, Μ. Τσιρώνη, Ε. Καούλλη - Γκάσα, Μ. Πυρπασόπουλος
20.00 - 20.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Ομοιοότητες και διαφορές των φαρμάκων αποκλεισμού του ΣΡΑΑ και οι συνδυασμοί τους με άλλα φάρμακα» Πρόεδρος: Α. Χατζητόλης Ομιλητής: Χ. Σαββόπουλος
20.30 - 21.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΝΟΒΟ NORDISK «DegLira: Από την κλινική έρευνα στην καθ' ημέρα πράξη» Πρόεδρος: Γ. Δημητριάδης Ομιλήτρια: Β. Λαμπαδιάρη
21.00 - 21.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ MSD & BIANEΞ «Μακροχρόνια Διαχείριση Καρδιαγγειακού Κινδύνου» Πρόεδρος: Α. Χατζητόλης Εισαγωγή: Α. Χατζητόλης Ομιλητής: Χ. Σαββόπουλος
21.30	ΙΑΤΡΙΚΗ - ΛΟΓΟΤΕΧΝΙΑ & ΠΟΙΗΣΗ Συντονιστής: Α. Χατζητόλης Παρουσίαση Βιβλίου «Ιατρική της εργασίας και της τέχνης» του Συγγραφέα Σ. Γουσσόπουλου «Ιατρική και ποίηση» Γ. Δήμας, Μ. Καπουσίδης

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

	ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄
08.00 - 09.30	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV (ΠΑ33-ΠΑ43) Προεδρείο: Κ. Καζάκος, Ι. Στυλιάδης
09.30 - 10.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Νεφρολογία» Προεδρείο: Α. Παπαγιάννη, Ι. Στεφανίδης Ομιλητές: Ε. Γράβα, Π. Χαλβασιώτης, Β. Λιακόπουλος
10.45 - 11.15	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
11.15 - 12.15	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Χρόνιες ιογενείς ηπατοπάθειες: Δυνατότητες αντιμετώπισης» Προεδρείο: Γ. Νταλέκος, Σ. Μανωλακόπουλος Ομιλητές: Ε. Παπανικολάου, Ι. Γουλής, Γ. Γερμανίδης
12.15 - 12.45	ΔΙΑΛΕΞΗ «The diabetic foot: new aspect in diagnosis and treatment» Πρόεδρος: Χ. Μανές Ομιλητής: R. Lobmann
12.45 - 13.15	ΔΙΑΛΕΞΗ «Επεμβατικές θεραπείες παχυσαρκίας. Συνήθη προβλήματα» Πρόεδρος: Ι. Κεσισόγλου Ομιλητής: Π. Κούστας
13.15 - 13.30	ΔΙΑΚΟΠΗ
13.30 - 14.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Ο ρόλος του Σ.Ν.Σ. και του Σ.Ρ.Α.Α. στην Αρτηριακή Υπέρταση» Προεδρείο: Π. Ζεμπεκάκης, Ι. Ζαρίφης Ομιλητές: Β. Κώσης, Δ. Ρίκτηρ, Δ. Βλάχακος, Κ. Μακαρίτσας
14.30 - 16.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
16.00 - 16.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Nutritional management in patients with renal or liver disease» Πρόεδρος: Μ. Χασαρίδου Ομιλητής: J. Erdmann
16.30 - 17.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Practical Recommendation for the nutrition, which may be used in the program of the prevention of type 2 Diabetes Mellitus» Πρόεδρος: Κ. Μιχαήλakis Ομιλητής: P. Djordjevic
17.00 - 17.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Υγειονομική περιθαλψη προσφύγων» Πρόεδρος: Α. Μπάκας Ομιλητής: Δ. Θεοφανίδης
17.30 - 18.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Η Βιολογία και η Ιατρική ως πηγή έμπνευσης για άλλες επιστήμες. Βελτιστοποίηση με τη μέθοδο των γενετικών αλγορίθμων» Πρόεδροι: Α. Χατζητόλης, Ι. Μυλόπουλος Ομιλητής: Κ. Κατσιφαράκης
18.00 - 18.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Εξελίξεις στην ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση» Πρόεδρος: Σ. Παπίρης Ομιλητής: Δ. Μπούρος
18.30 - 19.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Ο Πνεύμονας στα αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα» Πρόεδρος: Δ. Μπούρος Ομιλητής: Σ. Παπίρης
19.00 - 19.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο: Νόσος εγκεφάλου ή κυκλοφορικού συστήματος;» Προεδρείο: Α. Χατζητόλης Ομιλητές: Γ. Ντάιος, Β. Παπαλιάγκας
19.30 - 20.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη στεφανιαίας νόσου» Πρόεδρος: Σ. Γαβριηλίδης Ομιλητής: Α. Ζιάκας
	ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ D
	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: «Πνευμονολογία - Καρδιολογία» Συντονιστές: Ι. Κιουμής, Ι. Κανονίδης Ομιλητές: Ζ. Κοντονίνας, Η. Κανέλλος, Δ. Κωνσταντίνου, Ζ. Ανδόνη, Χ. Δημητρούλα
	ΑΙΘΟΥΣΑ SEROS SPACE
14.30 - 16.00	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: «Νεφρολογία - Ουρολογία» Συντονιστές: Γ. Δημητριάδης, Η. Θώδης Ομιλητές: Σ. Σφουγγαριστός, Μ. Κόπτης, Γ. Δήμας, Ε. Φωτιάδου, Β. Γκέκας
	ΑΙΘΟΥΣΑ ΗΛΙΔΑ
	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: «Διατροφή - Εντερική παρεντερική - συμπληρώματα διατροφής» Συντονιστριες: Μ. Μπιτζάνη, Κ. Κοτζάμπαση Ομιλητές: Δ. Λιάση, Κ. Κοτζάμπαση, Σ. Πανίδης, Π. Κουκιάσα, Μ. Παπαϊωάννου
	ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β΄
	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ III (ΑΑ32-ΑΑ43) Προεδρείο: Γ. Χαλιώτης, Ν. Αγγελόπουλος, Κ. Γεωργεφένδης

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C	
08.00 - 09.00	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V (ΠΑ44-ΠΑ50) Προεδρείο: Δ. Αγαράκης, Β. Βασιλείου
09.00 - 10.15	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Άσκηση και Υγεία» Προεδρείο: Α. Χατζητόλιος, Κ. Χριστούλας Ομιλητές: Χ. Ταγαράκης, W. Bloch, Β. Μούγιος, Μ. Αποστολοπούλου
10.15 - 10.45	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
10.45 - 11.15	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ LIBYTEC «Αντιμετώπιση της Διαβητικής Πολυνευροπάθειας. Τι Ανατέλει;» Πρόεδρος: Χ. Μανές Ομιλητής: Ν. Παπάνας
11.15 - 12.15	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Λοιμωξιολογία: Επιδημιολογία, Θεραπευτικές επιλογές και διαχείριση των λοιμώξεων από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς» Προεδρείο: Α. Σκουτέλης, Γ. Δαΐκος Ομιλητές: Α. Τσακρής, Α. Πεφάνης, Μ. Μαραγκός, Α. Γκίκας
12.15 - 12.45	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ UNI-PHARMA «Πολυκάπρι (Polypril): Τελικά βελτώνει την έκβαση των ασθενών;» Πρόεδρος: Α. Χατζητόλιος Ομιλητής: Χ. Σαββόπουλος
12.45 - 13.15	ΔΙΑΛΕΞΗ «Ηπατίτιδα C: Νεότερες εξελίξεις» Πρόεδρος: Ε. Μαϊτζός Ομιλητής: Π. Κολλήρας
13.15 - 14.15	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Ρευματολογία - Ρευματοειδής αρθρίτιδα» Προεδρείο: Μ. Δανιηλίδης, Τ. Σφέτσιος Ομιλητές: Ν. Γαλανόπουλος, Μ. Ευσταθίου, Θ. Δημητρούλας
14.15 - 15.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
15.30 - 16.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Ογκολογία» Προεδρείο: Σ. Κακολήρης, Κ. Ζαρογουλίδης Ομιλητές: Ε. Τιμοθεάδου, Ν. Ξενίδης, Ι. Ξανθάκης
16.30 - 17.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Complement inhibition to treat systemic diseases» Πρόεδρος: Α. Σέττας Ομιλητής: Η.-P. Marti
17.00 - 17.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΥ Α.Ε.Β.Ε. «Η διαβητογόνος επίδραση των στατινών: Μύθοι και πραγματικότητα» Πρόεδρος: Ζ. Μούσητς Ομιλητής: Κ. Αθουμανής
17.30 - 18.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ SANOFI «Εξελίσσοντας την ινσουλινοθεραπεία, με την νέα γενιά βασική ινσουλίνη glargine 300U/ml» Πρόεδρος: Δ. Παπάζογλου Ομιλητής: Κ. Κίτσιος
18.00 - 18.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ BOEHRINGER-INGELHEIM «Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2, Καρδιαγγειακές Επιπλοκές & Σύγχρονες Θεραπευτικές Προσεγγίσεις. Ο Ρόλος της εμπαγλιφλοζίνης» Πρόεδρος: Ζ. Μούσητς Ομιλητής: Δ. Σκούτας
18.30 - 19.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
19.00 - 19.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Μία συνεισφορά της υπολογιστικής νοσημοσύνης στην Παθολογία: Μεταβολισμός, Καρδιαγγειακές παθήσεις, Αλλεργιολογία και Ατμοσφαιρική ρύπανση» Πρόεδρος: Α. Χατζητόλιος Ομιλητής: Κ. Καρατζάς
19.30 - 20.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Χρονοθεραπεία της Αρτηριακής Υπέρτασης» Προεδρείο: Α. Χατζητόλιος, Μ. Κουτσιλιέρης Ομιλητές: Σ. Φωτιάδης, Χ. Σαββόπουλος
20.30 - 21.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ASTRA ZENECA «Εξατομικεύοντας τη θεραπεία του ΣΔτ2 με αναστολείς SGLT2» Προεδρείο: Δ. Παπάζογλου Ομιλητές: Ν. Παπάνας, Ε. Χατζηγαληάκη
22.00	ΕΠΙΣΗΜΟ ΔΕΙΠΝΟ

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

	ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄
08.30 - 09.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Αιματολογία» Προεδρείο: Κ. Κωνσταντόπουλος, Δ. Μαργαρίτης Ομιλητές: Α. Κιουμή, Δ. Παντελίδου, Ε. Βλάχακη
09.45 - 10.15	ΔΙΑΛΕΞΗ «Εθελοντές δότες μυελού των οστών και τράπεζες βήλαστοκυττάρων από ομφάλιο λώρο και πλακόντα» Πρόεδρος: Ι. Σακελλάρη Ομιλητής: Δ. Σωτηρόπουλος
10.15 - 10.45	ΔΙΑΛΕΞΗ «Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία της θρομβοεμβολικής νόσου» Πρόεδρος: Ε. Μανδαλά Ομιλητής: Γ. Γεροτζιάφας
10.45 - 11.15	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
11.15 - 12.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ NOVARTIS «Μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα και η σημαντικότητα της αποσιδήρωσης» Πρόεδρος: Β. Παππά Ομιλητές: Α. Τσιλιανόπουλος, Γ. Καϊάφα
12.00 - 12.45	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ PFIZER «Σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές στη θεραπεία των διηθητικών μυκητιακών λοιμώξεων» Προεδρείο: Γ. Βασιλόπουλος Ομιλητές: Ι. Σακελλάρη, Α. Συμεωνίδης
12.45 - 13.45	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ JANSSEN «Βελτιστοποιώντας το κλινικό αποτέλεσμα στα Β-Χρόνια Λεμφοϋπερπλαστικά Νοσήματα» Προεδρείο: Κ. Τσαταλάς Ομιλητές: Ι. Κοτσιανίδης, Ε. Κατωδρότου
13.45 - 14.15	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ GENESIS PHARMA Προεδρείο: Ν. Παννακούλας Εισαγωγή: Τα IMiDs ως κορμός θεραπείας στο Πολλαπλό Μυέλωμα: Ν. Παννακούλας Ο ρόλος της πνευλιδομίδης ως θεραπεία 1 ^{ης} γραμμής σε νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με Πολλαπλό Μυέλωμα: Ε. Σπανουδάκης
14.15 - 15.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
15.30 - 16.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Αντιπηκτική Αγωγή» Προεδρείο: Σ. Βακαλοπούλου, Β. Γαρυπίδου Ομιλητές: Β. Περιφάνης, Φ. Γκιρτοβίτης, Δ. Τσακίρης
16.30 - 18.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Συχνά Νευροψυχιατρικά προβλήματα στην καθημερινή πράξη του Παθολόγου» Προεδρείο: Χ. Πιπερίδου, Ν. Γρηγοριάδης Ομιλητές: Χ. Πιπερίδου, Π. Ιωαννίδης, Δ. Αρτέμις, Θ. Βορβολάκος
18.00 - 18.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Οικογενής Μεσογειακός πυρετός: Μια παλιά νόσος με νέες εκδηλώσεις» Πρόεδρος: Κ. Ρίτης Ομιλητής: Χ. Παπαγόρας
18.30 - 19.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Λιπώδες Ήπαρ και Νεφρός: Μύθος και πραγματικότητα. Νεότερα δεδομένα» Πρόεδρος: Δ. Γρέκας Ομιλητής: Γ. Δήμας
	ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ D
	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: «Παθολογικά προβλήματα κατά την κύηση» Συντονιστές: Μ. Αρχανιωτάκη, Α. Αθανασιάδης Ομιλητές: Ι. Αβραμίδης, Α. Κοτρώτσιος, Δ. Γουλής, Γ. Γιαννακούλας
	ΑΙΘΟΥΣΑ SEROS SPACE
	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: «Δερματολογία» Συντονιστής: Δ. Σωτηριάδης Ομιλητές: Α. Λευκόπουλος, Α. Στυλιανού, Α. Πουλόπουλος, Αικ. Πατσατσιά
14.15 - 15.30	ΑΙΘΟΥΣΑ ΗΛΙΔΑ
	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: «Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια» Συντονιστές: Μ. Ελισάφ, J. Rudolf Ομιλητές: Μ. Ελισάφ, Α. Ξάνθης, Α. Δούγαλης, Ε. Μούζα
	ΑΙΘΟΥΣΑ ΚΑΛΛΙΠΑΤΕΙΡΑ
	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: «Προετοιμασία Νοσηλευτών για την Εκπαίδευση Ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη» Συντονίστρια: Μ. Μοιρασγέντη Ομιλήτριες: Κ. Γυμνοπούλου, Λ. Τερζίδου
	ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β΄
	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ IV (AA44-AA56) Προεδρείο: Π. Μακρής, Ε. Μπεκιάρη, Α. Κουνανής

ΚΥΡΙΑΚΗ 26 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C	
09.30 - 10.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Χρόνια γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση - Οισοφάγος Barrett» Πρόεδρος: Μ. Παπαϊωάννου Ομιλήτριες: Ι. Κατσογιαννάκης
10.00 - 10.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Λοιμώξεις κοινότητας από MRSA» Πρόεδρος: Ε. Μαϊνέζος Ομιλήτριες: Δ. Κοφτερίδης
10.30 - 11.00	ΔΙΑΛΕΞΗ «Οξεία κοιλία ως επείγουσα ιατρική κατάσταση» Πρόεδρος: Α. Μιχαηλίδης Ομιλήτριες: Δ. Παραμιθιώτης
11.00 - 11.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Διαταραχές Ύπνου» Πρόεδρος: Β. Δημητριάδου Ομιλήτρια: Α. Πατάκα
11.30 - 12.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
12.00 - 12.30	ΔΙΑΛΕΞΗ «Το εντερικό μικροβίωμα. Σύγχρονη θεώρηση και προοπτικές» Πρόεδρος: Ε. Πάγκαλος Ομιλήτριες: Γ. Κοιλιάς
12.30 - 14.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Η χρήση των βλαστοκυττάρων ως επανορθωτική θεραπεία σε ιατρικές παθήσεις» Προεδρείο: Μ. Τσολλάκη, Β. Καραμπατάκης Ομιλήτριες: Γ. Κοιλιάς, Ε. Τσιρίδης, Β. Καραμπατάκης, Ε. Ταμπουρατζή, Μ. Τσολλάκη
14.00 - 14.45	ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Επιστημονικό Πρόγραμμα

- Τετάρτη 22 Φεβρουαρίου 2017
- Πέμπτη 23 Φεβρουαρίου 2017
- Παρασκευή 24 Φεβρουαρίου 2017
- Σάββατο 25 Φεβρουαρίου 2017
- Κυριακή 26 Φεβρουαρίου 2017



ΤΕΤΑΡΤΗ 22 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

14.30 - 15.30 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ

15.30 - 16.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ

Προεδρείο: **Σ. Μυλωνάς, Ξ. Κροκίδης**

- Διαβητική κετοξέωση: **Π. Μαμακής**
- Κύστες ήπατος. Παρουσίαση περιστατικού με κυστικό μόρφωμα ήπατος: **Δ. Στοιγιάννου**
- Χρόνια υποτροπιάζουσα πολυεστιακή οστεομυελίτιδα: Παρουσίαση περιστατικού: **Α. - Μ. Ξανθοπούλου**

16.30 - 17.00 ΔΙΑΛΕΞΗ

«Σύγχρονη προσέγγιση φλεγμονής αδιευκρίνιστης αιτιολογίας στην κλινική πράξη»

Πρόεδρος: **Π. Μπούρα**Ομιλητής: **Π. Σκένδρος**

17.00 - 19.00 ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Προεδρείο: **Κ. Κουτσιαντά - Ζαμπόκα, Δ. Ανεσιάδου, Π. Παντούλα**

- Μετακίνηση (Rotation) νοσηλευτικού προσωπικού. Εργαλείο διοίκησης για αλλαγή κουλιτούρας στα νοσοκομεία: **Γ. Χατζή**
- Οι 10 συχνότερες αιτίες ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων: **Ι. Ιστίκογλου**
- Η νοσηλευτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού: **Δ. Χαμαλίδου**
- Ασφαλής μετάγγιση αίματος και παραγώγων. Τήρηση νοσηλευτικού πρωτοκόλλου: **Μ. Πουμπουρίδου**
- Ο ρόλος του νοσηλευτή στο ενδοσκοπικό εργαστήριο: **Ν. Ποιμενίδου**
- Η σημασία της οργανωμένης ομάδας στην αντιμετώπιση ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο υποψηφίων για θρομβόλυση: **Σ. Μπεχτισσοπούλου**

19.00 - 19.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

19.30 - 20.00 ΔΙΑΛΕΞΗ

«Οι Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα σε περίοδο κρίσης»

Πρόεδρος: **Β. Παπανικολάου**Ομιλητής: **Γ. Μυσερλής**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΤΕΤΑΡΤΗ 22 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

20.00 - 20.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ WINMEDICA

«Ο ρόλος των στατινών στην πρωτογενή πρόληψη των ασθενών με υπέρταση και πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου»

Πρόεδρος: **Χ. Σαββόπουλος**

Ομιλητής: **Β. Κώτσος**

20.30 - 22.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Αλκοολισμός»

Προεδρείο: **Α. Βιδάλης, Σ. Ντουράκης**

- Αλκοολισμός: Διακοπή και απεξάρτηση: **Φ. Κουνιάκης**
- Αλκοολική νοσηρότητα: Παθολογικές επιπλοκές: **Ε. Σινάκος**
- Αλκοολική νοσηρότητα: Νευρολογικές επιπλοκές: **Θ. Τέγος**
- Αλκοολική νοσηρότητα: Ψυχικές επιπλοκές: **Γ. Νικολάου**

22.00

ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ

22-26/2/2017 Grand Palace, Θεσσαλονίκη

ΤΕΤΑΡΤΗ 22 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β΄

17.30 - 19.00

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ Ι (ΑΑ01-ΑΑ12)

(Παθολογία, Λοιμωξιολογία, Ρευματολογία)

Προεδρείο: **Ε. Λαγουδάκη, Χ. Κούτρας, Σ. Παπαντωνίου**

ΑΑ01 ΟΞΕΙΑ ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΜΟΖΥΓΟ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χ.^{1,2}, Παπανώτα Α.-Μ.², Μαρτίσα Δ.², Μαλακούδη Φ.², Γατσά Ε.³, Μυλωνάς Σ.²

¹ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γενικού Νοσοκομείου Τρικιάλων

² Β΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικιάλων

³ Αιματολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Τρικιάλων

ΑΑ02 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗ

Καραμανάκος Α., Κορακιανίτη Ε., Μάκου Ι., Γιαννόπουλος Α., Τσίτου Χ., Άνθης Ν., Κωστοπούλου Β., Τζιλιάνος Μ., Μπούκας Χ.

Α΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας

ΑΑ03 ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΗΠΤΙΚΟΥ SHOCK ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΝΕΑΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Καϊδής Β.¹, Λαμπρόπουλος Ε.Χ.², Ζαρόκωστας Θ.¹, Τεγονίκου Ε.²

¹ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδος, Άργος

² Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδος, Άργος

ΑΑ04 ΣΟΒΑΡΗ ΜΟΡΦΗ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗΣ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΙΟΓΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Παυλάκης Μ.¹, Ρέντζου Γ.¹, Λαζαρίδης Δ.¹, Δημητριάδη Μ.¹, Κουρμπάνης Β.¹, Σαφλιάνης Ι.¹

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

ΑΑ05 ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Στοιγιάννου Δ.¹, Καϊάφα Γ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Πρωτοπαπάς Α.¹, Φοινίτσας Σ.², Χατζητόλης Α.Ι.¹

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

² Ακτινολογικό Εργαστήριο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

ΑΑ06 ΕΛΟΝΟΣΙΑ (ΜΙΑ ΞΕΧΑΣΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ) - ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ζήσης Χ.¹, Αγγέλης Ν.¹, Θεοδωρούλα Ε.¹, Μαρτίσα Δ.¹, Κόγιας Α.¹, Βασδέκη Δ.¹, Γατσά Ε.², Βενέτη Σ.¹, Μυλωνάς Σ.¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικιάλων, Ν. Τρικιάλων

² Αιματολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Τρικιάλων, Ν. Τρικιάλων

ΤΕΤΑΡΤΗ 22 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β΄

ΑΑ07 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΡΟΣΦΑΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Πατουλιά Κ., Ρέντζου Γ., Κοροβέση Γ., Μαραθωνίτης Α., Κουρμπάνης Β., Μοντσενίγος Θ., Χατζηκυριάκου Ρ., Σαφιλιάνης Ι.

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, Αθήνα
Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, Αθήνα*

ΑΑ08 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ

Συντζανάκη Ε., Δρανδάκη Μ., Μποτωνάκη Κ., Λουράκη Ν., Πήττας Κ., Αλιφιεράκης Ι., Σμπόνιας Α., Μπαμπίλη Κ., Τριανταφυλλίδου Δ., Ποθυμίτη Γ.

Α΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

ΑΑ09 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΩΒ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΗ

Αγαπάκης Δ.¹, Καραγιαννίδου Μ.¹, Δαμιανίδου Μ.², Μαρασήης Σ.¹, Σάτσογλου Α.¹

¹ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Γουμένισσας, Κιλκίς

² Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν. Γουμένισσας, Κιλκίς

ΑΑ10 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΥΣ/ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μπόζιος Σ.Π.¹, Υφαντόπουλος Ι.², Δρόσος Α.¹, Βούλγαρη Π.¹

¹ Ρευματολογικό Τμήμα Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

² Τμήμα Πολιτικής και Δημόσιας Διοίκησης Πανεπιστημίου Αθηνών

ΑΑ11 ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΛΥΚΟΣ, Η ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Αθανασίου Π., Κατσαβούνη Χ., Γεροδήμος Χ.

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

ΑΑ12 ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΜΕ ΝΟΣΟ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑΔΗ-ΒΕΝΣΕΤ΄S. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ CT-P13 INFLIXIMAB

Αθανασίου Π., Κωστόπουλος Μ., Σπυρίδης Α., Κατσαβούνη Χ., Τζαναβάρη Α., Παντελίδης Δ.

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

(Παθολογία, Ρευματολογία, Λοιμωξιολογία, Ογκολογία)

Προεδρείο: **Μ. Παγώνη, Π. Γιαννετάκης**

ΠΑ01 ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟΣ ΤΟΣΙΛΙΤΣΟΥΜΑΜΠΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Κώστογλου-Αθανασίου Ι.¹, Τζαναβάρη Α.², Αθανασίου Λ.², Κατσαβούνη Χ.², Σπυρίδης Α.², Κωστόπουλος Μ.², Παντελίδης Δ.², Αθανασίου Π.²

¹ Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.

² Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

ΠΑ02 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ BELIMUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Αθανασίου Π.¹, Κατσαβούνη Χ.¹, Αθανασίου Λ.¹, Τζαναβάρη Α.¹, Μπαντή Θ.¹, Κώστογλου-Αθανασίου Ι.²

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

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

ΠΑ03 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΛΟΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ

Ντινοπούλου Ε., Γκιρτοβίτης Φ., Παπέ Μ., Μπακαλούδη Β., Βουληγαρίδου Β., Κωνσταντινίδου Α., Χατζηκύρκου Μ., Περπερίδου Π., Καητσούνης Γ., Γκούνιας Δ., Καητσά Π., Ταλιώνα Γ., Παπαγεωργίου Β., Χασαποπούλου-Ματάμη Ε.

Κέντρο Αίματος Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

ΠΑ04 C4 ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙ- RO/ΑΝΤΙ-DNA ΑΥΤΟΑΝΟΣΙΑ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ: ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΣ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ;

Γκαντάρας Α.¹, Γεωργιάδου Α.-Μ.¹, Σαραντόπουλος Α.¹, Φυλάκτου Α.², Γκουγκουρέλας Ι.¹, Μυτιληναίου Μ.¹, Μπούρα Π.¹

¹ Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας Β΄ Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

² Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ανοσολογίας, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

ΠΑ05 ΔΕΠ ΚΑΙ ΒΑΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΗΓΜΑ ΕΧΙΔΝΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μαητσάν Τ., Ξανθοπούλου Α.-Μ., Μεχμέτ Φ., Κιουτσούκ-Μεμέτ Σ., Παναγόπουλος Π., Μαητέζος Ε.

Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

ΠΑ06 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΑΠΟ PLASMODIUM FALCIPARUM

Αγγελάκη Α.-Χ., Παπαναστασίου Γ., Τζούμαρη Θ., Βαλκανίδου Δ., Παρζιάνη Α., Μιχαηλίδου Σ., Δουγαλής Α., Πυρπασπούλου Α.

Δ΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης

ΠΑ07 ΚΛΙΝΙΚΑ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΜΕ C.difficile ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΙΔΡΥΜΑ

Αδάμη Μ.-Ε.¹, Πανοσκάτσης Α.¹, Ιωάννου Π.¹, Αριστοδήμου Α.¹, Χαμηλός Γ.², Γκίκας Α.¹

¹ Α΄ Παθολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

² Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΠΑ08 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ Ή ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΜΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΘΑΝΑΤΟΦΟΡΩΝ ΕΚΒΑΣΕΩΝ

Αγγελίδου Α., Παπαζαφειροπούλου Α., Ευστρατιάδη Ε., Ξουργιά Ε., Λαμπρόπουλος Π., Λοΐζος Γ., Τζουγανάτου Ε., Καραμπουσή Ε., Μεληδώνης Α.

Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΑ09 ΣΠΑΝΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΟΥ ΤΕΛΙΚΑ ΟΦΕΙΛΟΤΑΝ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ COXIELLA BURNETTII

Ζήσης Χ.¹, Μαρίτσα Δ.¹, Παπαδάτος Σ.³, Θεοδωρούλα Ε.¹, Αγγέλης Ν.¹, Γατσά Ε.², Μυλωνάς Σ.¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

² Αιματολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

³ Γ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ν. Αττικής

ΠΑ10 «HUNGRY BONE SYNDROME» ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τσομίδης Ι., Λεωνίδου Κ., Παπαστεφάνου Ε., Κίρδας Κ., Μάλλιας Ι., Μηλίδης Θ.

Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Σερρών

ΠΑ11 Η ΔΙΑΙΤΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Βλάχου Α.¹, Δήμας Γ.¹, Λάλλιας Κ.¹, Παπαδημόπουλος Δ.¹, Μαυρομανώλη Α.¹, Κανέλλιος Η.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλης 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

22-26/2/2017 Grand Palace, Θεσσαλονίκη

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

09.30 - 10.45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Γαστρεντερολογία»

Προεδρείο: **Ε. Ακριβιάδης, Δ. Χριστοδούλου**

- Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση: Διάγνωση - Διαχείριση:
Δ. Καπετάνος
- Θεραπεία της ΙΦΝΕ: Νεότερα δεδομένα: **Α. Γατοπούλου**
- Καρκίνος παχέος εντέρου: Πρώιμη διάγνωση: **Α. Πρωτοπαπάς**
- Κοιλιοκάκη: **Σ. Βραδέλης**

10.45 - 11.15

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11.15 - 12.45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Μεταβολικά νοσήματα»

Προεδρείο: **Γ. Δημητριάδης, Ε. Καπάντας**

- Νεότερα δεδομένα στη διάγνωση και αντιμετώπιση της Υπερουριχαιμίας:
Κ. Δημητρακόπουλος
- Νεότερα δεδομένα στη διάγνωση και αντιμετώπιση της Δυσλιπιδαιμίας:
Γ. Λιάμης
- Νεότερα δεδομένα στη διάγνωση και αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη: **Π. Μήτρου**
- Νεότερα δεδομένα στη διάγνωση και αντιμετώπιση της Παχυσαρκίας:
Α. Κόκκινος

12.45 - 13.15

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ BOEHRINGER-INGELHEIM

«Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 & εξατομικευμένη σύγχρονη
θεραπευτική προσέγγιση. Ο ρόλος της λιναγλιπτίνης»

Πρόεδρος: **Σ. Μπακατσέλος**

Ομιλήτρια: **Ν. Κατσίκη**

13.15 - 13.45

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ELPEN

«Αιοληπιτίνη. Ο νεότερος DPP-4 αναστολέας»

Πρόεδρος: **Γ. Δημητριάδης**

- Η αιοληπιτίνη και οι ηλικιωμένοι ασθενείς με διαβήτη Τύπου2.
Συζήτηση Περιστατικών: **Π. Χαλβατσιώτης**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

13.45 - 14.15

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΜΥΛΑΝ

«Οφέλη και παράγοντες συμμόρφωσης που κατατάσσουν τις σαρτάνες στις θεραπείες πρώτης εκλογής για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. Το παράδειγμα της ολιμεσαρτάνης»

Πρόεδρος: **Χ. Καρβούνης**

Ομιλητής: **Χ. Σαββόπουλος**

14.15 - 14.45

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Νέες θεραπευτικές προτάσεις στον Σ.Δ. τύπου 2, με υψηλό καρδιακό κίνδυνο»

Πρόεδρος: **Ι. Κυριαζής**

Ομιλητής: **Ι. Ιωαννίδης**

14.45 - 16.15

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

16.15 - 17.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Φαρμακοοικονομία - Συντονισμός της Φροντίδας»

Προεδρείο: **Ε. Πλωμαρίτης, Ι. Καμτσίδου**

- Φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα πριν και μετά την οικονομική κρίση: **Α. Βοζίκης**
- Γενόσημα και νεότερα φάρμακα: **Σ. Κόκκινος**
- Ολοκληρωμένη, συνεχιζόμενη και συντονισμένη φροντίδα (Integrated Care) για τους χρόνιους ασθενείς στο μεταβαλλόμενο τοπίο υγείας και κοινωνικής φροντίδας: **Θ. Βοντετσιάνος**

17.15 - 18.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE (E.F.I.M.)

Προεδρείο: **Ε. Μαητέζος, Α. Χατζητόλιος**

- E.F.I.M., a weapon to promote internists all over Europe: **A. - M. Baptista**
- Less is more in Internal Medicine: **M. - D. Cappellini**

22-26/2/2017 Grand Palace, Θεσσαλονίκη

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

18.00 - 19.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΝΟΒΑΡΤΙΣ

«Καρδιακή ανεπάρκεια και διαβήτης: Προβληματισμοί και λύσεις στην κλινική πρακτική»

Προεδρείο: **Χ. Σαββόπουλος**

- Η διαχείριση διαβητικού ασθενή στην κλινική πρακτική: θέτοντας θεραπευτικούς στόχους & στρατηγικές για την ποιότητα ζωής του ασθενή: **Α. Μεληδώνης**
- Νέες προοπτικές στην αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας με μειωμένο κλάσμα εξώθησης: **Σ. Τζήκας**

19.00 - 19.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΝΟΒΑΡΤΙΣ

«Αδενώματα της υπόφυσης - Προκλήσεις στη διάγνωση»

Πρόεδρος: **Μ. Κήτα**

Ομιλήτρια: **Ζ. Ευσταθιάδου**

19.30

ΕΠΙΣΗΜΗ ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

19.30 - 20.00

Χαιρετισμοί - Κήρυξη Έναρξης Εργασιών

20.00 - 20.30

Βραβεύσεις Διακεκριμένων Ελλήνων στο χώρο της παραγωγής και εμπορίας φαρμάκων

20.30 - 21.00

Εναρκτήρια ομιλία

**«Δύναμη της γνώσης - χαρά της νίκης:
Το παράδειγμα της Ιατρικής Επιστήμης»
Γ. Σαμώνης**

21.30

ΔΕΞΙΩΣΗ

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄

08.00 - 09.30

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΙ (ΠΑ12-ΠΑ22)

(Παθολογία, Αιματολογία, Πνευμονολογία, Νεφρολογία)

Προεδρείο: **Α. Παπαδόπουλος, Κ. Καλλιδράς, Η. Μπαλάσκας**

ΠΑ12 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Α.Π.Θ. ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΟΚΤΑΕΤΙΑ (2008-2015)

Καϊάφα Γ.¹, Ζορμπά Α.², Περιφάνης Β.¹, Τσαβδαρίδου Β.², Γούναρη Ε.², Μαρκάδα Δ.³, Χρυσουλίδου Ε.¹, Μπουντόθα Σ.¹, Σκούρα Λ.², Χατζητόλιος Α.Ι.¹

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

² Ανοσολογικό Τμήμα, Μικροβιολογικό Εργαστήριο Α.Π.Θ., «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

³ Ανοσολογικό Τμήμα, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

ΠΑ13 ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ζτρίβα Ε.¹, Καϊάφα Γ.¹, Περιφάνης Β.¹, Σάτσογλου Σ.¹, Μπουντόθα Σ.¹, Ανεστάκης Δ.², Ράικος Ν.², Χατζητόλιος Α.Ι.¹

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

² Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας Α.Π.Θ.

ΠΑ14 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΡΙΕΤΙΑΣ 2014-2016

Περιφάνης Β., Καϊάφα Γ., Μεγαγιάννης Π., Παπαιοικονόμου Δ., Τζίνας Α., Μπουντόθα Σ., Σάτσογλου Σ., Χατζητόλιος Α.

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

ΠΑ15 Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ APRIL ΑΠΟ ΤΑ ΜΥΕΛΩΜΑΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ

Ξεκάλλου Α.¹, Παππά Κ.², Βυζουκάκη Ρ.³, Κοκονοζάκη Μ.³, Παπαδοπούλου Α.³, Κανέλλου Π.⁴, Σφουριδάκη Α.⁵, Αλεξανδράκης Μ.⁶

¹ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Βενιζέλειο Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

² Παθολογική Κλινική, Βενιζέλειο Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

³ Αιματολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

⁴ Αιμοδοσία, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

⁵ Αιμοδοσία, Βενιζέλειο Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

⁶ Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

ΠΑ16 Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΡΥΠΤΑΣΗΣ ΣΤΑ ΜΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΤΗΣ IL-17 ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΓΓΕΙΟΓΕΝΕΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Παππά Κ.¹, Βυζουκάκη Ρ.², Σταυρούλακη Α.³, Μπουλά Α.³, Κοκονοζάκη Μ.², Παπαδοπούλου Α.², Αλεγκάκης Α.⁴, Λιάπης Ι.⁵, Αλεξανδράκης Μ.⁴

¹ Παθολογική Κλινική, Βενιζέλειο Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

² Αιματολογικό εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

³ Αιματολογική κλινική, Βενιζέλειο Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

⁴ Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

⁵ Αιματολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

ΠΑ17 ΒCGίτας ΜΙΑ ΥΠΟΥΛΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑ ΠΡΟΣΩΠΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μεχμέτ Φ., Τερζή Ε., Μολληγιουσούφρογλου Σ., Ξανθόπουλου Α.-Μ., Παναγόπουλος Π., Μαϊτέζος Ε.

Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΠΑ18 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΡΟΥ ΤΟΥ ΙΣΤΙΚΟΥ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ TIMP-2 ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Δήμας Γ.¹, Αλεξανδρόης Α.¹, Τέγος Θ.², Καραμούζης Ι.³, Δημοπούλου Σ.¹, Τούμπουρας Θ.¹, Λύκα Ε.¹, Λάλλης Κ.¹, Παπαδημόπουλος Δ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, 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

ΠΑ19 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μπάρκας Φ., Λιάπης Γ., Λυμπερόπουλος Ε., Κηλούρας Ε., Ελίσάφ Μ.

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

ΠΑ20 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΡΟΥ ΤΟΥ ΙΣΤΙΚΟΥ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ TIMP-1 ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΥΝ ΑΠΟ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΡΟΝΙΑ ΣΠΕΙΡΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Δήμας Γ.¹, Λάλλιας Κ.¹, Τέγος Θ.², Καραμούζης Ι.³, Παπαδημόπουλος Δ.¹, Δημοπούλου Σ.¹, Τούμπουρας Θ.¹, Μαυρομανώλη Α.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

ΠΑ21 ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Δήμας Γ.¹, Τσιγγερλιώτη Ζ.¹, Καραμούζης Ι.², Μαυρομανώλη Α.¹, Τούμπουρας Θ.¹, Δημοπούλου Σ.¹, Καραλάζου 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

ΠΑ22 ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Δήμας Γ.¹, Παπαδημόπουλος Δ.¹, Καραμούζης Ι.², Δημοπούλου Σ.¹, Τούμπουρας Θ.¹, Μαυρομανώλη Α.¹, Λάλλιας Κ.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 Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

22-26/2/2017 Grand Palace, Θεσσαλονίκη

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄

09.30 - 10.45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Καρδιολογία»

Προεδρείο: **Χ. Καρβούνης, Κ.Τσιούφης**

- Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Διάγνωση και κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας: **Σ. Χατζημητιάδης**
- Διάγνωση και θεραπεία καρδιακής ανεπάρκειας: **Δ. Τζακάς**
- Διαταραχές ρυθμού: Διάγνωση και σύγχρονη αντιμετώπιση: **Β. Βασιλικός**

10.45 - 11.15

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11.15 - 12.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Επείγουσες καταστάσεις στην Παθολογία και σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας»

Προεδρείο: **Β. Γροσομανίδης, Ι. Πνευματικός**

- Δύσπνοια πνευμονικής αιτιολογίας: **Ι. Αγκομαχαελής**
- Δηλητηριάσεις και υπερδοσολογίες - Σύνδρομο τοξικότητας: **Ν. Ράικος**
- Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια σε νοσηλευμένους στη ΜΕΘ: **Ε. Χολόγκιτας**
- Καταπληξία: **Ε. Μάσσα**

12.30 - 13.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Malnutrition: treatment in a tertial referral center and the Diagnosis. Related Groups (DRG - System) in Germany»

Πρόεδρος: **Α. Μόρτογλου**

Ομιλητής: **S. - K. Gölder**

13.00 - 13.45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Μεταβολισμός Οστών»

Προεδρείο: **Γ. Κάσση, Ε. Πανταζή**

- Οστεοπόρωση: **Π. Μάκρας**
- Βιταμίνη D και μυοσκελετική υγεία: **Ι. Κώστογλου - Αθανασίου**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄

13.45 - 15.00

ΕΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΝΕΟΥΣ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Προεδρείο: **Δ. Σκούτας, Α. Αμπραχαμιάν - Μιχαλάκη**

- Παθοφυσιολογία και διαγνωστική προσέγγιση διαβητικού ποδιού: **Δ. Μπαλτζής**
- Θεραπευτική αντιμετώπιση διαβητικού ποδιού: **A. Tesfaye**
- Δείκτες πρόωμης διάγνωσης οξείας νεφρικής βλάβης: **Ε. Τερζή**
- Αναδυόμενα θέματα στη φαρμακολογική θεραπεία των υποφυσιακών αδενωμάτων: **Ι. Καραμούζης**

15.00 - 16.15

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

16.15 - 17.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«**Συχνές Ιατρικές πράξεις σε Παθολογική Κλινική**»
(**Διαδραστική Συζήτηση**)

Προεδρείο: **Θ. Κοντακιώτης, Π. Δουϊτσος**

- Τραχειοβροχική αναρρόφηση: **Α. Μύρου**
- Χρήση και ακρίβεια παλμικού οξύμετρου: **Δ. Σπυράτος**
- Βυθοσκόπηση: **Γ. Μπαλανίκας**

17.15 - 17.45

ΔΙΑΛΕΞΗ

«**Σήψη και σηπτικό shock**»

Πρόεδρος: **Χ. Γώγος**

Ομιλητής: **Π. Παναγόπουλος**

22-26/2/2017 Grand Palace, Θεσσαλονίκη

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ D

14.45 - 16.15

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Μυοσκελετικό σύστημα»

Συντονιστές: **Π. Αθανασίου, Μ. Κατσούναρος, Ι. Γκουγκουρέλας**

- Οστεοαρθρίτιδα - Αιτιολογική θεραπεία: **Ι. Μπισχινιώτης**
- Αρθρίτιδες (εκφυλιστικές, φλεγμονώδεις): **Σ. Σπυριδωνάκου**
- Απεικονιστικός έλεγχος στις φλεγμονώδεις αρθροπάθειες:
Ν. Γαλανόπουλος
- Εργαστηριακός έλεγχος στην κλινική πράξη των παθήσεων του Μυοσκελετικού: **Α. Σαραντόπουλος**

ΑΙΘΟΥΣΑ SEROS SPACE

14.45 - 16.15

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Υπερηχογραφία»

Συντονιστές: **Γ. Ευθυμιάδης, Ι. Χρυσογονίδης**

- Υπερηχογράφημα κοιλίας: **Ε. Δεστώνης, Σ. Κωτούλας**
- Υπερηχογράφημα καρωτίδων: **Ε. Δεστώνης**
- Διακρανιακός υπέρηχος: **Θ. Τέγος**
- Ενδείξεις CT, MRI στεφανιογραφίας: **Κ. Κούσκουρας**
- Υπερηχογράφημα καρδιάς: **Ι. Ευθυμιάδης**
- Ποιότητα - Αναγραφή παραπεμπτικού κλινικού. Ποιότητα αποτελέσματος πορίσματος ακτινολόγου: **Α. Λευκόπουλος**

ΑΙΘΟΥΣΑ ΗΛΙΑ

14.45 - 16.15

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Μεταβολισμός»

Συντονιστές: **Σ. Μπακατσέλος, Δ. Παπάζογλου**

- Αυτορρύθμιση διαβήτη. Σύγχρονες συσκευές μέτρησης σακχάρου, νεότερες ινσουλίνες και συσκευές συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης:
Τ. Διδάγγελος
- Υπολογισμός καρδιαγγειακού κινδύνου. Χρήση Αμερικανικών - Ευρωπαϊκών και Ελληνικών υπολογιστικών: **Β. Τσιμιχόδημος**
- Δευτεροπαθείς δυσλιπιδαιμίες: **Κ. Τζιόμαλος**
- Σύγχρονες διαιτητικές οδηγίες στο διαβητικό: **Π. Γιαννουλάκη**
- Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου Ι στην εφηβική ηλικία - Μετάβαση στην ενήλικη ζωή: **Ζ. Καραμπούτα**

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β´

14.45 - 16.15

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ II (ΑΑ13-ΑΑ31)

(Παθολογία, Καρδιολογία, Πνευμονολογία, Νεφρολογία, Γαστρεντερολογία, Ογκολογία)

Προεδρείο: **Ι. Χατζηγεωργίου, Σ. Λαμπρόπουλος, Κ. Γκόγκος (ΑΑ13-ΑΑ22)**

Προεδρείο: **Π. Παπαδοπούλου, Α. Θωμόπουλος, Θ. Μηλίδης (ΑΑ23-ΑΑ31)**

ΑΑ13 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ CAPSICITABINE

Ζαφείρης Α.², Κουλιούρης Ε.², Ροδίτης Π., Godwin S., Κυρατλίδης Κ., Παυλίδης Κ., Λαμπρόπουλος Σ.

Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»

ΑΑ14 ΜΥΣΩΜΑ: ΕΝΑΣ ΣΠΑΝΙΟΣ ΟΓΚΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Ζήσης Χ.¹, Θεοδωρούλα Ε.¹, Μαρίτσα Δ.¹, Καραγεώργος Χ.¹, Λώλος Ι.¹, Τσιαμπαλής Α.², Βενέτη Σ.¹, Μυλωνάς Σ.¹

¹ Β´ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

² Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

ΑΑ15 ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΑΠΟ CANDIDA PARAPSILOSIS ΣΕ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΟΡΤΙΚΗ ΒΑΛΒΙΔΑ

Δρανδάκη Μ.¹, Συντζανάκη Ε.¹, Γκόγκου Α.¹, Διακάκης Γ.², Τριανταφυλλίδου Δ.¹, Ποθυμίου Γ.¹

¹ Α´ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», Χανιά

² Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», Χανιά

ΑΑ16 ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΤΑΝ ΣΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΜΕΣΟΚΟΛΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Ζήσης Χ.^{1,2}, Μαρίτσα Δ.¹, Παπαδάτος Σ.³, Θεοδωρούλα Ε.¹, Καραγεώργος Χ.¹, Λώλος Ι.¹, Κόγιας Α.¹, Μυλωνάς Σ.¹

¹ Β´ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

² Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

³ Γ´ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ν. Αττικής

AA17 ΑΙΤΙΑ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΗΛΙΚΙΑ, ΦΥΛΟ, ΕΠΟΧΗ, ΗΜΕΡΑ ΚΑΙ ΩΡΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

Κανέλλης Η.^{1,2}, Βρίζας Δ.³, Παπαδοπούλου Α.³, Λίκα Μ.³, Παπάρας Β.³, Κασμερίδου Ε.³, Κούληλη Χ.³, Τσιμπίρης Χ.², Μόκκα Α.¹, Κελεμπέκογλου Π.², Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλης Α.Ι.¹

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

² Καρδιολογική Κλινική-Στεφανιαία Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

³ Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

AA18 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χ.^{1,2}, Κόγιας Α.², Μαρίτσα Δ.², Θεοδωρούλα Ε.², Γατσά Ε.³, Παπαδάτος Σ.⁴, Μυλωνάς Σ.²

¹ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Τρικάλων

² Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων

³ Αιματολογικό Τμήμα Γ.Ν. Τρικάλων

⁴ Γ΄ Παθολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

AA19 ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ, ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΛΥΣΜΑΤΟΚΑΤΑΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΥΠΟΑΕΡΙΣΜΟΥ

Σωτηροπούλου Ρ.¹, Νικολάου Χ.¹, Νένα Ε.², Ρουσούνιδου Α.¹, Κατραχούρας Ι.¹, Κύζη Ά.¹, Χαδιά Κ.¹, Βούλγαρης Α.³, Ξανθουδάκη Μ.³, Φρουδαράκης Μ.³, Στεϊρόπουλος Π.³

¹ Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

² Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

³ Πνευμονολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

AA20 ΑΤΥΠΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΤΡΟΦΗΣ ΔΙΑΥΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 20 ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ RAZORANIB

Νίχλος Χ., Κόκκινος Χ., Τριχιά Ε., Γρίβας Α.

AA21 ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ ΜΕ ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ ΠΟΥ ΑΝΕΔΕΙΞΑΝ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Καϊκής Α.¹, Νικολαΐδου Β.¹, Δημητριάδη Μ.¹, Αβραμίδης Χ.², Μοντσενίγος Θ.¹, Δαιμονάκου Μ.³, Βελιμέζης Γ.², Σαφλιάνης Ι.¹

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

² Β΄ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

ΑΑ22 ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΙΑΡΡΟΪΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟ VIBRIO CHOLERAЕ

Φραγκάκης Ε.¹, Παρτάλης Ν.¹, Μπαμπίλη Κ.¹, Παπαδομανωλάκη Ε.², Πολυμίλη Γ.¹

¹ Α΄ Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Αγ. Γεώργιος», Χανιά

² Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Αγ. Γεώργιος», Χανιά

ΑΑ23 ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑΣ ΧΩΡΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Σκευούδη Σ.¹, Χάχαλης Γ.¹, Θεοχαρίδης Κ.¹, Γκούρβας Β.¹, Πατακιούτα Φ.³, Αντζελί Ι.²

¹ Κυτταρολογικό Εργαστήριο «Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεαγένειο Θεσσαλονίκης»

² Πνευμονολογική Κλινική «Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεαγένειο Θεσσαλονίκης»

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο «Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεαγένειο Θεσσαλονίκης»

ΑΑ24 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΟΓΚΟΥ ΚΑΤΙΟΥΣΗΣ ΑΟΡΤΗΣ, ΥΠΟΔΥΟΜΕΝΟΥ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΣΑΚΟΕΙΔΕΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ

Ζήσης Χ.¹, Μαρίτσα Δ.¹, Παπαδάτος Σ.³, Καραγεώργος Χ.¹, Τσιαμπαλής Α.², Λώλος Ι.¹, Οικονόμου Δ.¹, Μυλωνάς Σ.¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

² Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

³ Γ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ν. Αττικής

ΑΑ25 ΑΓΓΕΙΟΙΝΩΜΑ ΡΙΝΟΦΑΡΥΓΓΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ

Χάχαλης Γ., Νικολαΐδου Χ., Παπαδοπούλου Σ., Δεληήγκα Α., Βενιζέλος Ι.

Παθολογοανατομικό Εργαστήριο «Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης»

ΑΑ26 ΙΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ LANGERHANS ΣΕ ΒΙΩΣΙΑ ΗΠΑΤΟΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Χάχαλης Γ., Νικολαΐδου Χ., Παπαδοπούλου Σ., Δεληήγκα Α., Βενιζέλος Ι.

Παθολογοανατομικό Εργαστήριο «Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης»

ΑΑ27 Η ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Ζορμπά Α.¹, Τοπσή Λ.¹, Καϊάφα Γ.², Περιφάνης Β.², Τσαβδαρίδου Β.¹, Γούναρη Ε.¹, Καλεβρόσογλου Ι.², Μπουντόλα Σ.², Χρυσουλίδου Ε.², Σκούρα Λ.¹, Χατζητόλης Α.Ι.²

¹ Ανοσολογικό Τμήμα, Μικροβιολογικό Εργαστήριο Α.Π.Θ., «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

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

ΑΑ28 ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΙΤΑΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ Ή ΣΙΜΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΜΕ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗ ΣΕ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗΣ

Κανελλής Η.^{1,2}, Σαββόπουλος Χ.¹, Κοζατσάνη Δ.³, Σάκκου Α.^{1,4}, Δήμου Β.², Αντωνίου Α.², Γιανναδάκη Μ.², Τσιονόπουλος Γ.², Γουδής Χ.², Δήμας Γ.¹, Τσιμπήρης Χ.¹, Κελεμπέκογλου Π.², Χατζητόλιος Α.Ι.¹

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

² Καρδιολογική Κλινική - Στεφανιαία Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

³ Καρδιολογική Κλινική - Στεφανιαία Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς

⁴ Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος» - Καρδιολογική Κλινική

ΑΑ29 ΜΟΝΗΡΕΣ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Τοφαρίδης Α., Βρασίδα Μ., Βουνού Ε.

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού

ΑΑ30 ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΥΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΠΑΘΟΛΟΓΟ

Ρέντζου Γ.¹, Μαραθωνίτης Α.¹, Παυλάκης Μ.¹, Σκάρπας Α.², Κουτσερίμπας Χ.², Χόρτη Μ.³, Κουρμπάνης Β.¹, Βελημέζης Γ.², Σαφιλιάνης Ι.¹

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

² Β΄ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

ΑΑ31 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Φωτιάδου Έ., Γουντισιώτη Η., Κούρτογλου Ν., Δημητρούλα Χ., Τζώτζας Θ., Σαββόπουλος Χ., Χατζητόλιος Α.Ι.

Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας & Μεταβολισμού, ΕΑΣΟ διαπιστευμένο Κέντρο Αντιμετώπισης Παχυσαρκίας (Centre for Obesity Management -COM), Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

08.00 - 09.15

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III (ΠΑ23-ΠΑ32)

(Παθολογία, Γαστρεντερολογία, Ηπατολογία)

Προεδρείο: **Δ. Καπετάνος, Θ. Μάρης**

**ΠΑ23 MALT-ΛΕΜΦΩΜΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ:
ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΠΟΡΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΡΙΖΩΣΗ ΤΟΥ HELICOBACTER
PYLORI ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Τζαβέλλα Κ.¹, Ott R.¹, Schatke W.¹, Fischbach W.², Σαββόπουλος Χ.³, Χατζηπόλιος Α.³

¹ Ινστιτούτο Γαστρεντερολογίας - Ιδιωτικό Ιατρείο, Μόναχο, Γερμανία

² Medizinische Klinik II, Klinikum Aschaffenburg, Aschaffenburg, Γερμανία

³ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

**ΠΑ24 ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΗΘΗΣΗ (GFR) ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΒΑΣΗ
ΤΗΝ ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΤΙΝΗ-C ΟΡΟΥ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ
ΤΗ GFR ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΤΟ ⁵¹Χρώμιο-EDTA ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ
ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ**

Οικονόμου Θ.¹, Γουλήs Ι.¹, Σουλαϊδόπουλος Σ.¹, Δούμτσης Π.¹, Τζούμαρη Θ.¹,
Ντογραματζή Φ.², Αναστασιάδου Ζ.², Τοντικίδη Χ.¹, Διαβαστή Μ.¹, Βαϊτση Κ.¹,
Βουδούρη Ε.¹, Χολόγκιτας Ε.¹

¹ Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

² Βιοχημικό Τμήμα «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**ΠΑ25 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΟΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ**

Οικονόμου Θ.¹, Γουλήs Ι.¹, Δουγαλής Α.¹, Σουλαϊδόπουλος Σ.¹, Καρασμάνη Α.¹,
Δούμτσης Π.¹, Τζούμαρη Θ.¹, Δουλιγέρης Ι.¹, Μιχαηλίδου Σ.¹, Κολλότσιου Κ.¹,
Χολόγκιτας Ε.¹

¹ Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

**ΠΑ26 ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ CMV ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ
ΝΟΣΟ CROHN**

Ρέντζου Γ.¹, Κωνσταντινίδης Π.¹, Παυλάκης Μ.¹, Μπασκούτα Ε.¹,
Καραντάνος Π.², Μοντσενίγος Θ.¹, Δαιμονάκου Μ.³, Σαφλιάνης Ι.¹

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

² Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

**ΠΑ27 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΑ
ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ (VON MEYENBURG COMPLEXES - VMCs)**

Θεοχαρίδου Χ-Χ.¹, Πασκαλής Γ.-Χ.¹, Γκόγκος Κ.¹

¹ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΠΑ28 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

Κωνσταντίνου Χ., Καουράνης Κ., Νικολαΐδου Ι., Χριστοδούλου Σ., Ολύμπιος Γ., Πραστίτη Μ., Στυλιανού Α.

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας

ΠΑ29 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ - ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ

Δούμτσας Π., Χολόγκιτας Ε., Βέττας Χ., Δουλιγέρης Ι., Καρασμάνη Α., Οικονόμου Θ., Τοντακίδης Χ., Διαβαστή Μ., Βαΐτων Κ., Βουδούρη Ε., Δουγαλής Α., Γουλής Ι.

Δ΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης

ΠΑ30 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΚΟΚΚΙΟΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ

Δούμτσας Π.¹, Χολόγκιτας Ε.¹, Βέττας Χ.¹, Δουλιγέρης Ι.¹, Οικονόμου Θ.¹, Μιχαηλίδου Σ.¹, Καρασμάνη Α.¹, Κολότσιου Κ.¹, Γουλής Ι.¹, Ζάχου Κ.², Νταλέκος Γ.²

¹ Δ΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

² Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

ΠΑ31 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΥΑΤΡΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ (ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΣ) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΑΝ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Βακιάνη Σ., Τσαντάκη Μ., Σταθίκα Β., Βακιάνης Π.

ΜΤΝ Κλινικής «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» Θεσσαλονίκη

ΠΑ32 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΜΕ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΑΠΟ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Αγγελίδου Α., Παπαζαφειροπούλου Α., Λοΐζος Γ., Τζουγανάτου Ε.-Μ., Ξουργιά Ε., Ευστρατιάδη Ε., Καραμπουσή Ε., Καθύβας Μ., Μελιδώνης Α.

Α΄ Παθολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

09.15 - 10.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«**Επείγουσες καταστάσεις στην ενδοκρινολογία**»

Προεδρείο: **Γ. Μαστοράκος, Ζ. Μούσλεχ**

- Αντιμετώπιση της Υπερασβεστιαμίας: **Μ. Σώμαλη**
- Αντιμετώπιση της οξείας Αδδισώνιας κρίσης: **Σ. Λιβαδάς**
- Θυρεοτοξική κρίση: **Ι. - Α. Βατάλας**

10.30 - 10.45

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

10.45 - 11.15

ΔΙΑΛΕΞΗ

«**Anti - PCSK9 - antibodies: A new therapeutic option for the treatment of hypercholesterolemia**»

Πρόεδρος: **Ε. Λυμπερόπουλος**

Ομιλήτρια: **Ι. Gouni-Berthold**

11.15 - 11.45

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ NOVARTIS

«**Έγκαιρη διάγνωση και σύγχρονη θεραπεία για τους ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια**»

Πρόεδρος: **Κ. Γουργουλιάνης**

Εισαγωγή: **Κ. Γουργουλιάνης**

Ομιλητής: **Σ. Τρύφων**

11.45 - 13.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«**Πνευμονολογία**»

Προεδρείο: **Κ. Γουργουλιάνης, Μ. Φρουδαράκης**

- Σύγχρονη θεραπεία ανθεκτικού βρογχικού άσθματος: **Η. Τιτόπουλος**
- Διαφορική διάγνωση διαμέσων πνευμονοπαθειών: **Αικ. Μανίκα**
- Πνευμονική εμβολή: **Σ. Ανευλαβής**

13.00 - 14.00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ MENARINI

«**Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια - Διαγνωστικά και Θεραπευτικά διλήμματα στον Παθολόγο**»

Πρόεδρος: **Χ. Σαββόπουλος**

Ομιλητής: **Θ. Πεχλιβανίδης**

22-26/2/2017 Grand Palace, Θεσσαλονίκη

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

14.00 - 14.30

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Σύγχρονες θεραπευτικές συστάσεις στη Διαβητική Νεφροπάθεια»

Πρόεδρος: **Π. Πασαδάκης**

Ομιλητής: **Α. Ράπτης**

14.30 - 16.00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

16.00 - 16.30

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Τρόποι ανάπτυξης και βελτίωσης ικανοτήτων ως κριτές σε επιστημονικό περιοδικό»

Πρόεδρος: **Ν. Παπάνας**

Ομιλητής: **Α. Τσάπας**

16.30 - 17.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Οι λοιμώξεις στην κλινική πράξη του Παθολόγου»

Προεδρείο: **Α. Πεφάνης, Γ. Πουλάκου**

- Επείγοντα λοιμωξιολογικά περιστατικά: **Χ. - Μ. Τρακατέλλη**
- Εμπειρική αντιβιοτική θεραπεία στην Παθολογία: **Σ. Μεταλλίδης**
- Λοιμώξεις στην πράξη του οικογενειακού ιατρού παθολόγου: **Ε. Ψωμάς**

17.30 - 18.00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ GALENICA

«Καναγλιφλοζίνη: Νέες διαστάσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με ΣΔτ2»

Πρόεδρος: **Ν. Τεντολούρης**

Ομιλητής: **Ε. Λυμπερόπουλος**

18.00 - 18.30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

18.30 - 20.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΓΑΝΩΤΑΚΗ

«Η αναγκαιότητα αναβάθμισης του ρόλου του Παθολόγου στην πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας στο Δημόσιο και τον Ιδιωτικό τομέα Υγείας»

Προεδρείο: **Ε. Τούλης, Μ. Παπαϊωακείμ**

- Το παρελθόν και το παρόν της Παθολογίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: **Γ. Κούρτογλου**
- Γιατί ο Παθολόγος θα πρέπει να έχει κεντρικό ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: **Μ. Τσιρώνη**
- Ο ρόλος του Παθολόγου στην πρωτοβάθμια υγεία στην Ευρώπη. Προκλήσεις και προβληματισμοί: **Ε. Καούλλη - Γκάσα**
- Εθνικά Συστήματα Υγείας και ο ρόλος του Παθολόγου: **Μ. Πυρπασόπουλος**

20.00 - 20.30

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Ομοιότητες και διαφορές των φαρμάκων αποκλεισμού του ΣΡΑΑ και οι συνδυασμοί τους με άλλα φάρμακα»

Πρόεδρος: **Α. Χατζητόλιος**

Ομιλητής: **Χ. Σαββόπουλος**

20.30 - 21.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΝΟΒΟ NORDISK

«IDegLira: Από την κλινική έρευνα στην καθ' ημέρα πράξη»

Πρόεδρος: **Γ. Δημητριάδης**

Ομιλήτρια: **Β. Λαμπαδιάρη**

21.00 - 21.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ MSD & ΒΙΑΝΕΞ

«Μακροχρόνια Διαχείριση Καρδιαγγειακού Κινδύνου»

Πρόεδρος: **Α. Χατζητόλιος**

Εισαγωγή: «Κατανοώντας το σημαντικό ρόλο της LDL-C στην πρόληψη των Καρδιαγγειακών συμβαμάτων - Νεότερα δεδομένα με το συνδυασμό Εζετιμίμπης/Ατορβαστατίνης»: **Α. Χατζητόλιος**
Ομιλητής: **Χ. Σαββόπουλος**

21.30

ΙΑΤΡΙΚΗ - ΛΟΓΟΤΕΧΝΙΑ & ΠΟΙΗΣΗ

Συντονιστής: **Α. Χατζητόλιος**

Παρουσίαση Βιβλίου «Ιατρική της εργασίας και της τέχνης» του Συγγραφέα **Σ. Γουσσόπουλου**
«Ιατρική και ποίηση» **Γ. Δήμας, Μ. Καπουσίδης**

(Παθολογία, Καρδιολογία, Καρδιαγγειακές Παθήσεις)

Προεδρείο: **Κ. Καζάκος, Ι. Στυλιάδης****ΠΑ33 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΕΕ**

Στυλιανού Α., Χριστοδούλου Σ., Γεωργίου Π., Πρασίτη Μ., Κωνσταντίνου Χ., Ολύμπιος Γ., Πέτσας Λ.

*Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας***ΠΑ34 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΑΔΙΠΟΚΙΝΩΝ ΣΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**Μπουζιανά Σ.¹, Τζιόμαλος Κ.¹, Γούλας Α.², Βυζαντιάδης Τ. - Α.³, Παπαδοπούλου Μ.¹, Πανδέρη Α.², Χατζητόλιος Α.¹¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη² Α΄ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη³ Α΄ Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη**ΠΑ35 ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΩΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ**Πταροκοίλης Μ.¹, Ρογδάκης Ε.¹, Κουφούγιαννη Α.², Δερμιτζάκη Θ.³, Γιάννης Γ.¹, Σταυράκης Σ.¹, Τζωρτζάκης Π.¹, Καραβελάκης Μ.¹, Φουκαράκης Ε.¹¹ Καρδιολογική Κλινική Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου² Παθολογική Κλινική Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου³ Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης Παν/κου Νοσοκομείου Ηρακλείου**ΠΑ36 ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ CHADS₂ ΚΑΙ CHA₂DS₂-VASc ΠΡΟΒΛΕΠΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΥΨΗΛΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ**

Μπάρκας Φ., Λιάμης Γ., Ελισάφ Μ., Κηλούρας Ε., Ντεκούαν Σ. - Φ., Παπά Ε., Λυμπερόπουλος Ε.

ΠΑ37 ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΔΙΠΕΠΤΙΔΥΛΙΚΗΣ ΠΕΠΤΙΔΑΣΗΣ-4 / ΑΝΑΛΟΓΑ ΙΝΚΡΕΤΙΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Μπάρκας Φ., Ελισάφ Μ., Τσιμιχόδημος Β., Μηλιώνης Χ.

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

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄

ΠΑ38 ΠΟΙΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΣΤΑΤΙΝΗ

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

ΠΑ39 Ο ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΟΣ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΔΥΣΜΕΝΕΣΤΕΡΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ

Τζιόμαλος Κ., Λαζαρίδου Σ., Μπουζινά Σ., Σπανού Μ., Κωστάκη Σ., Αγγελοπούλου Σ. - Μ., Χρήστου Κ., Σοφογιάννη Α., Σαββόπουλος Χ., Χατζητόλιος Α.

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

ΠΑ40 Η ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΟΞΟΝΙΔΙΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ

Καρθάφτη Ε.¹, Χατζητόλιος Α.¹, Διδάγγελος Τ.¹, Μπαττατζή Μ.¹, Κοηλιάκος Γ.², Καϊκαβούρη Α.², Χασιώτης Β.³, Σαββόπουλος Χ.¹

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

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

³ Μαθηματικό Τμήμα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΠΑ41 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΚΑΦΕ ΣΤΑ ΛΙΠΙΔΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Μιρκοπούλου Δ.¹, Δήμας Γ.², Τζιακάς Δ.³, Στάκος Δ.³, Σαββόπουλος Χ.², Μαϊτζός Ε.¹, Χατζητόλιος Α.²

¹ Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

³ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

ΠΑ42 Η ΥΠΟΒΙΤΑΜΙΝΑΙΜΙΑ D ΚΑΙ Η ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΣΕ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ: ΕΝΑ ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Δήμας Γ.¹, Τούμπουρας Θ.¹, Τέγος Θ.², Καραμούζης Ι.³, Δημοπούλου Σ.¹, 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 Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

ΠΑ43 Η ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΕΝΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ

Δήμας Γ.¹, Λύκα Ε.¹, Τέγος Θ.², Καραμούζης Ι.³, Παπαδημόπουλος Δ.¹, Λάλλας Κ.¹, Τούμπουρας Θ.¹, Δημοπούλου Σ.¹, Κανέλλος Η.¹, Αποστολοπούλου Μ.¹, 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 Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΔΙΘΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄

09.30 - 10.45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Νεφρολογία»

Προεδρείο: **Α. Παπαγιάννη, Ι. Στεφανίδης**

- Νεφρική νόσος μη οφειλόμενη σε Σακχαρώδη Διαβήτη: **Ε. Γράψα**
- Νεφρικές μεταβολές σε παχυσαρκία και Σακχαρώδη Διαβήτη:
Π. Χαλβασιώτης
- Νεφρική συμμετοχή σε συστηματικά νοσήματα: **Β. Λιακόπουλος**

10.45 - 11.15

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11.15 - 12.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Χρόνιες ιογενείς ηπατοπάθειες: Δυνατότητες αντιμετώπισης»

Προεδρείο: **Γ. Νταλέκος, Σ. Μανωλακόπουλος**

- Χρόνια ηπατίτιδα Β: **Ε. Παπανικολάου**
- Χρόνια ηπατίτιδα C: **Ι. Γουλής**
- Χρόνια ηπατίτιδα D: **Γ. Γερμανίδης**

12.15 - 12.45

ΔΙΑΛΕΞΗ

«The diabetic foot: new aspect in diagnosis and treatment»

Πρόεδρος: **Χ. Μανές**

Ομιλητής: **R. Lobmann**

12.45 - 13.15

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Επεμβατικές θεραπείες παχυσαρκίας. Συνήθη προβλήματα»

Πρόεδρος: **Ι. Κεσίσογλου**

Ομιλητής: **Π. Κούστας**

13.15- 13.30

ΔΙΑΚΟΠΗ

22-26/2/2017 Grand Palace, Θεσσαλονίκη

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄

13.30 - 14.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Ο ρόλος του Σ.Ν.Σ. και του Σ.Ρ.Α.Α. στην Αρτηριακή Υπέρταση»

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης, Ι. Ζαρίφης**

- Δραστηριότητα του Σ.Ν.Σ. και μεταβλητότητα της Αρτηριακής πίεσης: **Β. Κώτσος**
- Η θέση των νεότερων β-αποκλειστών στη ρύθμιση της Αρτηριακής Υπέρτασης σε υπερτασικό ασθενή με καρδιακή συνοσπρότητα: **Δ. Ρίχτερ**
- Ρόλος των ανταγωνιστών της αλδοστερόνης στην αντιμετώπιση της ανθεκτικής Αρτηριακής Υπέρτασης: **Δ. Βλάχακος**
- Η συμμετοχή του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος στην ανθεκτική Αρτηριακή Υπέρταση. Θεραπευτικές παρεμβάσεις: **Κ. Μακαρίτσας**

14.30 - 16.00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

16.00 - 16.30

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Nutritional management in patients with renal or liver disease»

Πρόεδρος: **Μ. Χασαπίδου**

Ομιλητής: **J. Erdmann**

16.30 - 17.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Practical Recommendation for the nutrition, which may be used in the program of the prevention of type 2 Diabetes Mellitus»

Πρόεδρος: **Κ. Μιχαλάκης**

Ομιλητής: **P. Djordjevic**

17.00 - 17.30

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Υγειονομική περίθαλψη προσφύγων»

Πρόεδρος: **Α. Μπάκας**

Ομιλητής: **Δ. Θεοφανίδης**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄

17.30 - 18.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Η Βιολογία και η Ιατρική ως πηγή έμπνευσης για άλλες επιστήμες. Βελτιστοποίηση με τη μέθοδο των γενετικών αλγορίθμων»

Πρόεδρο: **Α. Χατζητόλιος, Ι. Μυλόπουλος**

Ομιλητής: **Κ. Κασιφαράκης**

18.00 - 18.30

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Εξελίξεις στην ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση»

Πρόεδρος: **Σ. Παπίρης**

Ομιλητής: **Δ. Μπούρος**

18.30 - 19.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Ο Πνεύμονας στα αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα»

Πρόεδρος: **Δ. Μπούρος**

Ομιλητής: **Σ. Παπίρης**

19.00 - 19.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο: Νόσος εγκεφάλου ή κυκλοφορικού συστήματος;»

Προεδρείο: **Α. Χατζητόλιος**

• Από την οπτική γωνία του Παθολόγου: **Γ. Ντάιος**

• Από την οπτική γωνία του Νευρολόγου: **Β. Παπαλιάγκας**

19.30 - 20.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη στεφανιαίας νόσου»

Πρόεδρος: **Σ. Γαβριηλίδης**

Ομιλητής: **Α. Ζιάκας**

22-26/2/2017 Grand Palace, Θεσσαλονίκη

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ D

14.30 - 16.00

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Πνευμονολογία - Καρδιολογία»

Συντονιστές: **Ι. Κιουμής, Ι. Κανονίδης**

- Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση: **Ζ. Κοντονίνας**
- Περίθαλψη μετά την αναζωογόνηση: **Η. Κανέλλος**
- Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και καρδιογενές shock: **Δ. Κωνσταντίνου**
- Διασωλήνωση, επεμβατικός αερισμός: **Ζ. Ανδώνη**
- Διακοπή καπνίσματος: **Χ. Δημητρούλα**

ΑΙΘΟΥΣΑ SEROS SPACE

14.30 - 16.00

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Νεφρολογία - Ουρολογία»

Συντονιστές: **Γ. Δημητριάδης, Η. Θώδης**

- Νεφρολιθίαση: **Σ. Σφουγγαριστός**
- Στυτική δυσλειτουργία: **Μ. Κόπτσης**
- Αξιολόγηση Λευκωματουρίας - Αντιμετώπιση: **Γ. Δήμας**
- Διαιτητικές οδηγίες σε Νεφροπαθείς: **Ε. Φωτιάδου**
- Καρκίνος ουροποιητικού: **Β. Γκέκας**

ΑΙΘΟΥΣΑ ΗΛΙΑ

14.30 - 16.00

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Διατροφή - Εντερική παρεντερική - συμπληρώματα διατροφής»

Συντονίστριες: **Μ. Μπιτζάνη, Κ. Κοτζάμπαση**

- Αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης και των αναγκών του ασθενούς:
Δ. Λιάτση
- Συμπληρώματα διατροφής - προβιοτικά: **Κ. Κοτζάμπαση**
- Οδοί χορήγησης τεχνητής διατροφής: **Σ. Πανίδης**
- Εντερική και Παρεντερική σίτιση: **Π. Κουκιάσα**
- Διατροφή σε ειδικές παθήσεις: **Μ. Παπαϊωάννου**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΔΙΘΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β´

14.30 - 16.00

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ III (ΑΑ32-ΑΑ43)

(Παθολογία, Ενδοκρινολογία, Διαβητολογία, Μεταβολισμός)

Προεδρείο: **Γ. Χαλιώτης, Ν. Αγγελόπουλος, Κ. Γεωργεφένδης**

ΑΑ32 ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΜΕ ΝΕΚΡΟ ΕΜΒΡΥΟ ΣΕ ΚΥΗΣΗ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΑΛΛΑ ΜΕ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Δραγουμάνη Ι.¹, Καραθανάσης Ε.¹, Τσικούρας Π.², Παπάζογλου Δ.³, Τσακαλίδης Γ.¹, Λυμπέρης Β.², Μαϊτέζος Ε.³, Παπάνας Ν.³

¹ Παθολογική Κλινική ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

² Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

³ Διαβητολογικό Κέντρο, Β´ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΑΑ33 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ Α-ΛΙΠΟΪΚΟ ΟΞΥ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπάνας Ν., Παφίλη Κ., Δημητρίου Μ., Χατζηκοσμά Γ., Κύρογλου Σ., Παπάζογλου Δ., Μαϊτέζος Ε.

Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β´ Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΑΑ34 ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ: ΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΣΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΑ ΕΝΑΝΤΙ ΝΕΥΡΟΪΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ;

Δημητρίου Μ.^{1,2}, Παπάνας Ν.¹, Καλήννη Δ.², Πανοπούλου Μ.², Παναγόπουλος Π.³, Μαϊτέζος Ε.³

¹ Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β´ Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

² Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

³ Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΑΑ35 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΥΠΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΑΙΜΙΑ, ΟΙΔΗΜΑ ΑΝΑ ΣΑΡΚΑ, ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΔΙΑΧΥΤΑ ΟΣΤΙΚΑ ΑΛΓΗ

Ευσταθίου Δ., Γκαραγκούνης Σ., Αγκαστινιώτη Ε., Ayasra Z., Σοφογιάννη Α., Αλκαγιέτ Σ., Ποδλυχνόπουλος Γ., Τζόμαλος Κ., Χατζητόλης Α.

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

AA36 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, ΥΠΟΣΙΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Λαμπρόπουλος Χ., Κώνστα Μ., Δραντάκη Β., Δρη Ε., Σιρμπιλιάτζε Τ., Αποστόλου Ι., Κορδαλή Χ., Πανουριά Κ., Αργυρός Κ., Μαύρας Γ.

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδος, Άργος

AA37 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Λαμπρόπουλος Χ., Κώνστα Μ., Αποστόλου Ι., Δραντάκη Β., Σιρμπιλιάτζε Τ., Δρη Ε., Κορδαλή Χ., Λάμπας Ε., Αργυρός Κ., Μαύρας Γ.

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδος, Άργος

AA38 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Λαμπρόπουλος Χ., Κώνστα Μ., Δραντάκη Β., Δρη Ε., Πανουριά Κ., Σιρμπιλιάτζε Τ., Αποστόλου Ι., Λάμπας Ε., Κορδαλή Χ., Μαύρας Γ.

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδος, Άργος

AA39 ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΝΑ ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΥΠΟΘΡΕΨΙΑΣ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Λαμπρόπουλος Χ., Κώνστα Μ., Σιρμπιλιάτζε Τ., Αποστόλου Ι., Δραντάκη Β., Πανουριά Κ., Δρη Ε., Κορδαλή Χ., Λάμπας Ε., Μαύρας Γ.

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδος, Άργος

AA40 ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΙΣ ΟΣΤΕΟΛΥΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΑΔΕΝΑ

Λουκά Ε. - Σ., Μακίνα Α., Κουτσουμπός Ν., Σκουρή Ι., Γόγολας Β., Γκουγκούτση Α., Ρούλια Ε., Αθεξίου Ζ.

Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

AA41 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ 1,25(OH)₂D₃ ΣΤΗΝ ΕΚΚΡΙΣΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ Ι ΑΠΟ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΑ IN VITRO

Αθανασίου Α.¹, Νέζος Α.¹, Κώστογλου-Αθανασίου Ι.², Μαυραγάνη Κ.¹, Αθανασίου Π.³, Κουτσιλιέρης Μ.¹

¹ Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

² Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μηνεάκειο» Ε.Ε.Σ.

³ Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Β´

ΑΑ42 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ. REAL LIFE DATA

Πανταζή Ε.¹, Τραυλός Α.¹, Βογιατζή Ε.¹, Κώστογλου - Αθανασίου Ι.²

¹ Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»

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

ΑΑ43 Η ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ

Πανταζή Ε.¹, Τραυλός Α.¹, Βογιατζή Ε.¹, Κώστογλου-Αθανασίου Ι.²

¹ Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»

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

(Παθολογία, Ενδοκρινολογία, Διαβήτης, Μεταβολισμός)

Προεδρείο: **Δ. Αγαπάκης, Β. Βασιλείου****ΠΑ44 ΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΖΕΛΑΤΙΝΑΣΗΣ-Α ΚΑΙ ΤΟΥ TGF-β1 ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΥΠΟΥ 2**Δήμας Γ.¹, Τέγος Θ.², Μαυρομανώλη Α.¹, Καραμούζης Ι.¹, Τούμπουρας Θ.¹, Δημπούλου Σ.¹, Σάτσογλου Σ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη² Α΄ Νευρολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη³ Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη**ΠΑ45 ΤΑ ΧΑΜΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΑΥΣΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ TGF-β ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ**Δήμας Γ.¹, Δημπούλου Σ.¹, Τέγος Θ.², Καραμούζης Ι.³, Τούμπουρας Θ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹, Γρέκας Δ.¹¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη² Α΄ Νευρολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη³ Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη**ΠΑ46 ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**Δήμας Γ.¹, Χατζάκης Χ.¹, Τέγος Θ.², Καραμούζης Ι.³, Παπαδημόπουλος Δ.¹, Λάιλας Κ.¹, Τούμπουρας Θ.¹, Δημπούλου Σ.¹, Κανέλλος Η.¹, Αποστολοπούλου Μ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.¹¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη² Α΄ Νευρολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη³ Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη**ΠΑ47 ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΕΚΚΡΙΣΗ ΤΗΣ IL-1β ΣΤΟΝ ΣΔ2, ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**Κουσαθανά Φ.¹, Λαμπαδιάρη Β.¹, Γιαμαρέλλης-Μπουρμπούλης Ε.², Μουκταρούδη Μ.², Γεωργίτση Μ.², Δημητριάδης Γ.¹¹ Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»² Δ΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

ΠΑ48 ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΑΟΞΙΟΝΑΣΗΣ-1 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Χατζηκηδής Α.¹, Μακέδου Κ.², Χατζητόλιος Α.¹, Χίτογλου - Μακέδου Α.³, Διδάγγελος Τ.¹, Τσάπας Α.⁴, Καϊάφα Γ.¹, Αργυρίου Α.³, Σαββόπουλος Χ.¹

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

² Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ.

³ Β΄ Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ» Θεσσαλονίκης

⁴ Β΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΠΑ49 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΑΠΟ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ

Παπαγιουβάννη Ι.¹, Στάικογλου Ν.¹, Βαϊκάνιδου Δ.¹, Δούμτσος Π.¹, Σινάκος Ε.¹, Δουγαλής Α., Χολόγκιτας Ε.¹

¹ Δ΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης

ΠΑ50 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΩΣ ΜΕΣΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ

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

¹ Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α΄ Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

09.00 - 10.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Άσκηση και Υγεία»

Προεδρείο: **A. Χατζητόλιος, K. Χριστούλας**

- Βασικά χαρακτηριστικά σωματικής άσκησης. Συσχέτιση με την Υγεία: **X. Ταγαράκης**
- Cancer and physical exercise: **W. Bloch**
- Διαβήτης και άσκηση: **B. Μούγιος**
- Καρδιαγγειακά νοσήματα και άσκηση: **M. Αποστολοπούλου**

10.15 - 10.45

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

10.45 - 11.15

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ LIBYTEC

«Αντιμετώπιση της Διαβητικής Πολυνευροπάθειας. Τι Ανατέλει;»

Πρόεδρος: **X. Μανές**Ομιλητής: **N. Παπάνας**

11.15 - 12.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Λοιμωξιολογία: Επιδημιολογία, θεραπευτικές επιλογές και διαχείριση των λοιμώξεων από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς»

Προεδρείο: **A. Σκουτέλης, Γ. Δαΐκος**

- Επιδημιολογία των πολυανθεκτικών στην Ελλάδα και στην Ευρώπη: **A. Τσακρής**
- Λοιμώξεις από πολυανθεκτικά στη ΜΕΘ στον Ελληνικό χώρο: **A. Πεφάνης**
- Θεραπευτικές προσεγγίσεις των λοιμώξεων από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς: **M. Μαραγκός**
- Διαχείριση ασθενών και ελέγχου λοιμώξεων από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς: **A. Γκίκας**

12.15 - 12.45

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ UNI-PHARMA

«Πολυχάπι (Polypill): Τελικά βελτιώνει την έκβαση των ασθενών;»

Πρόεδρος: **A. Χατζητόλιος**Ομιλητής: **X. Σαββόπουλος**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

12.45 - 13.15

ΔΙΑΛΕΞΗ

«**Ηπατίτιδα C: Νεότερες εξελίξεις**»

Πρόεδρος: **Ε. Μαητέζος**

Ομιλητής: **Π. Κοηλάρας**

13.15 - 14.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«**Ρευματολογία - Ρευματοειδής αρθρίτιδα**»

Προεδρείο: **Μ. Δανιηλίδης, Τ. Σφέτσιος**

- Κλινική και διαγνωστική προσέγγιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας: **Ν. Γαλανόπουλος**
- Συμβατικά τροποποιητικά φάρμακα της νόσου της ρευματοειδούς αρθρίτιδας: **Μ. Ευσταθίου**
- Βιολογικά τροποποιητικά φάρμακα της νόσου της ρευματοειδούς αρθρίτιδας: **Θ. Δημητρούλας**

14.15 - 15.30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

15.30 - 16.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«**Ογκολογία**»

Προεδρείο: **Σ. Κακοθύρης, Κ. Ζαρογουλίδης**

- Ανεχειρίστο Ca Πνεύμονα. Νεότερα θεραπευτικά δεδομένα: **Ε. Τιμοθεάδου**
- Μετάνωμα: **Ν. Ξενίδης**
- Καρκινικοί δείκτες. Πότε έχει νόημα ο προσδιορισμός;: **Ι. Ξανθάκης**

16.30 - 17.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

«**Complement inhibition to treat systemic diseases**»

Πρόεδρος: **Λ. Σέττας**

Ομιλητής: **Η. - Ρ. Marti**

17.00 - 17.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

«**Η διαβητογόνος επίδραση των στατινών:**

Μύθοι και πραγματικότητα»

Πρόεδρος: **Ζ. Μούσηχ**

Ομιλητής: **Κ. Αλουμανής**

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

17.30 - 18.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ SANOFI«Εξελίσσοντας την ινσουλινοθεραπεία, με την νέας γενιάς
βασική ινσουλίνη glargine 300U/ml»Πρόεδρος: **Δ. Παπάζογλου**Ομιλητής: **Κ. Κίτσιος**

18.00 - 18.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ BOEHRINGER-INGELHEIM«Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, καρδιαγγειακές επιπλοκές
& σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ο ρόλος της
εμπαγλιφλοζίνης»Πρόεδρος: **Z. Μούσλεχ**Ομιλητής: **Δ. Σκούτας**

18.30 - 19.00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

19.00 - 19.30

ΔΙΑΛΕΞΗ«Μία συνεισφορά της υπολογιστικής νοημοσύνης στην
Παθολογία: Μεταβολισμός, Καρδιαγγειακές παθήσεις,
Αλλεργιολογία και Ατμοσφαιρική ρύπανση»Πρόεδρος: **A. Χατζητόλιος**Ομιλητής: **Κ. Καρατζάς**

19.30 - 20.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Χρονοθεραπεία της Αρτηριακής Υπέρτασης»

Προεδρείο: **A. Χατζητόλιος, M. Κουτσιλιέρης**

- Χρονοθεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης: **Σ. Φωτιάδης**
- Αποτελέσματα της μελέτης «Harmony»: **Χ. Σαββόπουλος**

20.30 - 21.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ASTRA ZENECA

«Εξατομικεύοντας τη θεραπεία του ΣΔτ2 με αναστολείς SGLT2»

Προεδρείο: **Δ. Παπάζογλου**

- Κλινικά δεδομένα της δαπαγλιφλοζίνης. Πού, πότε και γιατί:
N. Παπάνας
- Ασθενοκεντρική προσέγγιση στη διαχείριση του ΣΔτ2. Η κλινική εμπειρία
με τη δαπαγλιφλοζίνη: **E. Χατζηπαγγελάκη**

22.00

ΕΠΙΣΗΜΟ ΔΕΙΠΝΟ

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄

08.30 - 09.45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Αιματολογία»

Προεδρείο: **Κ. Κωνσταντόπουλος, Δ. Μαργαρίτης**

- Ορθή πρακτική μετάγγισης αίματος: **Α. Κιουμή**
- Αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο. Από την κλινική υποψία στη διάγνωση και θεραπεία: **Δ. Παντελίδου**
- Θαλασσαιμικά σύνδρομα. Νεότερες θεραπείες: **Ε. Βλαχάκη**

09.45 - 10.15

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Εθελοντές δότες μυελού των οστών και τράπεζες βλαστοκυττάρων από ομφάλιο λώρο και π्लाκούντα»

Πρόεδρος: **Ι. Σακελλάρη**

Ομιλητής: **Δ. Σωτηρόπουλος**

10.15 - 10.45

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία της θρομβοεμβολικής νόσου»

Πρόεδρος: **Ε. Μανδαλά**

Ομιλητής: **Γ. Γεροτζιάφας**

10.45 - 11.15

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11.15 - 12.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΝΟΒΑΡΤΙΣ

«Μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα και η σημαντικότητα της αποσιδήρωσης»

Πρόεδρος: **Β. Παππά**

- Μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα. Πρόγνωση και θεραπεία και μεταγγισιοεξαρτώμενα MDS: **Α. Γαλανόπουλος**
- Η σημαντικότητα της αποσιδήρωσης των Μυελοδυσπλαστικών Συνδρόμων: **Γ. Καϊάφα**

22-26/2/2017 Grand Palace, Θεσσαλονίκη

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄

12.00 - 12.45

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ PFIZER

«Σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές στη θεραπεία των διηθητικών μυκητιακών λοιμώξεων»

Προεδρείο: **Γ. Βασιλόπουλος**

- Candidemia μετά μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων - ο ρόλος των εχινοκανδινών: **Ι. Σακελλάρη**
- Η ανιτουλθαφουγκίνη στη θεραπεία της διηθητικής καντινίασης από C. Parapsilosis: **Α. Συμεωνίδης**

12.45 - 13.45

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ JANSSEN

«Βελτιστοποιώντας το κλινικό αποτέλεσμα στα Β-Χρόνια Λεμφοϋπερηλαστικά Νοσήματα»

Προεδρείο: **Κ. Τσαταλάς**

- Στοχεύοντας τον υποδοχέα BCR στη Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία: η δυναμική του ibrutinib: **Ι. Κοτσιανίδης**
- Ο αναδυόμενος ρόλος της ανοσοθεραπείας στην αντιμετώπιση του μυελώματος: daratumumab: **Ε. Κατωδρότου**

13.45 - 14.15

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ GENESIS PHARMA

Προεδρείο: **Ν. Γιαννακούλας**

- Εισαγωγή: Τα IMiDs ως κορμός θεραπείας στο Πολλαπλό Μυέλωμα: **Ν. Γιαννακούλας**
- Ο ρόλος της πλεναλιδομίδης ως θεραπεία 1^{ης} γραμμής σε νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με Πολλαπλό Μυέλωμα: **Ε. Σπανουδάκης**

14.15 - 15.30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

15.30 - 16.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Αντιπηκτική Αγωγή»

Προεδρείο: **Σ. Βακαλοπούλου, Β. Γαρυπίδου**

- Μακροχρόνια αντιπηκτική αγωγή. Αποτελέσματα με τα νεότερα αντιπηκτικά: **Β. Περιφάνης**
- Αιμορραγικές επιπλοκές των αντιπηκτικών: **Φ. Γκιρτοβίτης**
- Αντιμετώπιση της αιμορραγίας των αντιπηκτικών: **Δ. Τσακίρης**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ Α΄

16.30 - 18.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Συχνά Νευροψυχιατρικά προβλήματα στην καθημερινή πράξη του Παθολόγου»

Προεδρείο: **Χ. Πιπερίδου, Ν. Γρηγοριάδης**

- Παροξυντικά επεισόδια διαταραχής επιπέδου συνείδησης: **Χ. Πιπερίδου**
- Δευτεροπαθείς άνοιες: **Π. Ιωαννίδης**
- Αγγειακά εγκεφαλικά αδιευκρίνιστης αιτιολογίας: **Δ. Αρτέμης**
- Οργανικό ψυχοσύνδρομο: **Θ. Βορβολάκος**

18.00 - 18.30

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Οικογενής Μεσογειακός πυρετός: Μια παλιά νόσος με νέες εκπλήξεις»

Πρόεδρος: **Κ. Ρίτης**

Ομιλητής: **Χ. Παπαγόρας**

18.30 - 19.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Λιπώδες Ήπαρ και Νεφρός: Μύθος και πραγματικότητα. Νεότερα δεδομένα»

Πρόεδρος: **Δ. Γρέκας**

Ομιλητής: **Γ. Δήμας**

22-26/2/2017 Grand Palace, Θεσσαλονίκη

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ D

14.15 - 15.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Παθολογικά προβλήματα κατά την κύηση»

Συντονιστές: **Μ. Αρχανιωτάκη, Α. Αθανασιάδης**

- Διαβήτης της κύησης: **Ι. Αβραμίδης**
- Ρευματολογικά νοσήματα: **Α. Κοτρώτσιος**
- Ενδοκρινολογικά νοσήματα: **Δ. Γουλής**
- Καρδιολογικά προβλήματα: **Γ. Γιαννακούλας**

ΑΙΘΟΥΣΑ SEROS SPACE

14.15 - 15.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Δερματολογία»

Συντονιστής: **Δ. Σωτηριάδης**

- Λεμφαδενοπάθεια - Δερματικοί σπύλοι. Υπερηχογραφική - Ακτινολογική προσέγγιση: **Α. Λευκόπουλος**
- Συνήθη δερματικά εξανθήματα στην καθ' ημέρα πράξη του Παθολόγου: **Α. Στυλιανού**
- Στοματολογικά ευρήματα σε συνήθη νοσήματα στην Εσωτερική Παθολογία: **Α. Πουλόπουλος**
- Παρανεοπλασματικές δερματοπάθειες: **Αικ. Πατσατσά**

ΑΙΘΟΥΣΑ ΗΛΙΑΔ

14.15 - 15.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια»

Συντονιστές: **Μ. Εηλιόφ, J. Rudolf**

- Ισοζύγιο υγρών ηλεκτρολυτών, οξεοβασική ισορροπία - διαταραχές: **Μ. Εηλιόφ**
- Κλίμακες Γλασκώβης NIHSS και τροποποιημένη Rankin. Εφαρμογή τους στο οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο: **Α. Ξάνθης**
- Κλίμακες CHA₂DS₂-VASc και HAS-BLED. Η χρήση τους στην επιλογή αντιθρομβωτικής αγωγής μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: **Α. Δούγαλης**
- Φυσική αποκατάσταση μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Νεότερα δεδομένα: **Ε. Μούζα**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΚΑΛΛΙΠΑΤΕΙΡΑ

14.15 - 15.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Προετοιμασία Νοσηλευτών για την Εκπαίδευση Ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη»

Συντονίστρια: **Μ. Μοιρασγέντη**

Ομιλήτριες: **Κ. Γυμνοπούλου, Λ. Τερζίδου**

14.15 - 15.30

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ IV (ΑΑ44-ΑΑ56)

(Παθολογία, Αιματολογία, Δερματολογία, Νευρολογία)

Προεδρείο: **Π. Μακρής, Ε. Μπεκιάρη, Α. Κουνανής****ΑΑ44 ΟΡΙΑΚΗΣ ΖΩΝΗΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΧΥΤΟΥ ΜΗ-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΑ ΚΥΤΤΑΡΑ Β-ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ ΜΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ**Χάχαλης Γ., Νικολαΐδου Χ., Παπαδοπούλου Σ., Δεληλήγκα Α., Βενιζέλος Ι.

Παθολογοανατομικό Εργαστήριο «Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης»

ΑΑ45 HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ ΚΛΑΣΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΥΠΟΤΥΠΟΥ ΜΙΚΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΒΡΙΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 77 ΕΤΩΝ

Χάχαλης Γ., Νικολαΐδου Χ., Παπαδοπούλου Σ., Δεληλήγκα Α., Βενιζέλος Ι.

Παθολογοανατομικό Εργαστήριο «Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης»

ΑΑ46 ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ: ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΜΟΝΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΓατάς Ε.¹, Μαρκάλη Δ.², Γιαννάκη Ε.², Μούσια Μ.³, Μαρίτσα Δ.⁴, Παπαδάτος Σ.⁵, Μυλωνάς Σ.⁴, Ζήσης Χ.⁴¹ Αιματολογικό Τμήμα Γ.Ν. Τρικάλων² Αιματολογικό Εργαστήριο Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσ/νίκης «Θεαγένειο»³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Γ.Ν. Τρικάλων⁴ Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων⁵ Γ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ν. Αττικής**ΑΑ47 Ο ΒΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΣ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ**Ζήσης Χ.^{1,2}, Κόγιας Α.², Μαρίτσα Δ.², Θεοδωρούλα Ε.², Αγγέλης Ν.², Μυλωνάς Σ.²¹ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Τρικάλων² Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων**ΑΑ48 ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ**Ζήσης Χ.^{1,2}, Κόγιας Α.², Μαρίτσα Δ.², Παπανώτα Α.-Μ.², Αγγέλης Ν.², Δημητριάδου Ε.¹, Μυλωνάς Σ.²¹ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Τρικάλων² Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων

AA49 ΚΙΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΤΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Γατσά Ε.¹, Παπαδάτος Σ.², Κόγιας Α.³, Πατρίκαλου Ε.⁴, Μαρίτσα Δ.³, Ζήσης Χ.⁵, Μυλωνάς Σ.³

¹ Αιματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

² Γ´ Παθολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

³ Β´ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

⁴ Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

⁵ Τμήμα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

AA50 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΤΗΣ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ

Ζήσης Χ.^{1,2}, Παπανώτα Α. - Μ.², Μαρίτσα Δ.², Κόγιας Α.², Αγγέλης Ν.², Δημητριάδου Ε.¹, Μυλωνάς Σ.²

¹ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Τρικάλων

² Β´ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων

AA51 PREVALENCE OF SKIN DISEASES IN HOSPITALISED GERIATRIC PATIENTS - ASSOCIATION WITH GENDER, DURATION OF HOSPITALISATION AND GERIATRIC ASSESSMENT

Makrantonaki E.¹, Steinhagen - Thiessen E.², Nieczaj R.², Zouboulis C.C.³, Eckardt R.^{2,4}

¹ Department of Dermatology and Allergic Diseases, University of Ulm, 89081 Ulm, Germany

² Geriatrics Research Group, Charité University Berlin, 13347 Berlin, Germany

³ Department of Dermatology, Venereology, Allergology and Immunology, Dessau Medical Center, 06845 Dessau, Germany

⁴ Geriatrics Clinic, St. Joseph-Krankenhaus, 12101 Berlin, Germany

AA52 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΕ ΕΞΑΝΘΗΜΑ, ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ DRESS): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Λουκή Φ.¹, Ζαχάρη Ε.¹, Καραμανάκος Α.², Χασάπης Α.¹, Αρχοντούλη Σ.¹, Ντάλη Π.¹, Άνθης Ν.², Τσίτου Χ.², Κωστοπούλου Β.², Μπούκας Χ.², Χαβιάρης Ζ.¹

¹ Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας

² Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας

AA53 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΜΥΚΗΤΙΑΣΗΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΙΜΙΑ

Κανέλλος Η.¹, Ματοπούλου Έ.², Τεσφάιε Α.¹, Τσιμπήρης Χ.¹, Ανδρικού Ε.¹, Βογιατζή Κ.¹, Καϊκατζάνη Α.¹, Τσιούρα Δ.¹, Μερτζανίδου Ά.¹, Μετούσι Α.¹, Παρούσης Π.¹, Σαρακατσάνη Δ.¹, Σκάλα Ι.¹, Καϊάφα Γ.¹, Σαββόπουλος Χ.¹, Χατζητόλιος Α.Ι.¹

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

² Ποδολογικό Κέντρο «Ελένα Ματοπούλου», Θεσσαλονίκη

**AA54 CLIPPERS. ΜΙΑ ΝΕΑ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΚΝΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Χριστοδούλου Σ., Νικολαΐδου Ι., Κίζη Α., Σκίτσα Ξ., Ολύμπιος Γ., Σκαρπάρη Μ.,
Πραστήτη Μ., Κωνσταντίνου Χ., Στυλιανού Α.

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρινας

**AA55 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ
ΠΑΧΥΣΑΡΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

Γουνιτσιώτη Η., Κουινιάκης Φ., Φωτιάδου Ε., Δημητρούλα Χ., Σαββόπουλος Χ.,
Χατζητόλης Α.Ι.

Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας & Μεταβολισμού, ΕΑΣΟ διαπιστευμένο Κέντρο Αντιμετώπισης
Παχυσαρκίας (Centre for Obesity Management - COM), Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

**AA56 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ
ΣΤΗ ΔΡΑΜΑ (DRAMA STROKE STUDY)**

Ξάνθης Α., Ζαζοπούλου Ο., Δημητρίου Α., Βαδράτσικας Ν., Παπαδημητρίου Ε.,
Βλαχογιάννης Α.

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Δράμας

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΚΥΡΙΑΚΗ 26 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ C

- 09.30 - 10.00 ΔΙΑΛΕΞΗ**
«Χρόνια γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση - Οισοφάγος Barrett»
Πρόεδρος: **Μ. Παπαϊωακείμ**
Ομιλητής: **Ι. Κατσογριδάκης**
- 10.00 - 10.30 ΔΙΑΛΕΞΗ**
«Λοιμώξεις κοινότητας από MRSA»
Πρόεδρος: **Ε. Μαητζός**
Ομιλητής: **Δ. Κοφτερίδης**
- 10.30 - 11.00 ΔΙΑΛΕΞΗ**
«Οξεία κοιλία ως επείγουσα ιατρική κατάσταση»
Πρόεδρος: **Α. Μιχαλόπουλος**
Ομιλητής: **Δ. Παραμυθιώτης**
- 11.00 - 11.30 ΔΙΑΛΕΞΗ**
«Διαταραχές Ύπνου»
Πρόεδρος: **Β. Δημητριάδου**
Ομιλήτρια: **Α. Πατάκα**
- 11.30 - 12.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**
- 12.00 - 12.30 ΔΙΑΛΕΞΗ**
«Το εντερικό μικροβίωμα. Σύγχρονη θεώρηση και προοπτικές»
Πρόεδρος: **Ε. Πάγκαλος**
Ομιλητής: **Γ. Κοηλιός**
- 12.30 - 14.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
«Η χρήση των βηλαστοκυττάρων ως επανορθωτική θεραπεία σε ιατρικές παθήσεις»
Προεδρείο: **Μ. Τσολλάκη, Β. Καραμπατάκης**
- Από τα μονοκλωνικά αντισώματα στα βηλαστοκύτταρα. Τέσσερις «επαναστάσεις» σε μια γενιά: **Γ. Κοηλιός**
 - Εφαρμογές βηλαστικών κυττάρων στην Ορθοπαιδική: **Ε. Τσιρίδης**
 - Εφαρμογές των βηλαστοκυττάρων στην Οφθαλμολογία: **Β. Καραμπατάκης**
 - Εφαρμογές των Βηλαστοκυττάρων στη Δερματολογία: **Ε. Ταμπουρατζή**
 - Εφαρμογές των Βηλαστοκυττάρων στη Νευρολογία: **Μ. Τσολλάκη**
- 14.00 - 14.45 ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

DARZALEX®

Νέα Διάσταση στην Αποτελεσματικότητα^{1,2} Η Ανοσοθεραπεία στο ΠΜ^{1,2}

Ως μονοθεραπεία
σε υποτροπιάζον/άνθεκτικό ΠΜ^{1,2}

20

μήνες mOS

Διάρκεια συνολική
επιβίωση²

83%

ποσοστό
ασθενών

Οι οποίοι
ωφελούνται (≥SD)²

31%

ORR

Συνολική
ανταπόκριση (≥PR)²

Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Από τη στιγμή της εγγραφής παρακολουθούνται νέες πληροφορίες ασφαλείας. Σχετικά από τους επαγγελματίες υγείας, οι αναφέρονται οποιαδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλέπε παράρτημα 4.8 της Περίληψης Χαρακτηριστικών του Προϊόντος για τον τρόπο ανάθεσης ανεπιθύμητων ενεργειών.

Βιβλιογραφία

1. DARZALEX® ΠΔΠ, Μάρτιος 2016

2. Ungerleider L, et al. Clinical efficacy of daratumumab monotherapy in patients with heavily pretreated relapsed or refractory multiple myeloma. Blood 2016; 128:37-44.

Η Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος βρίσκεται σε επόμενη σελίδα.

Βεβαιωθείτε ότι γίνονται τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Ασφίριξε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την "ΩΤΡΕΦΗ ΚΑΡΤΑ"

JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.

 **DARZALEX** ▼
daratumumab
concentrate for solution for infusion

 **SIVEXTRO[®]**
(tedizolid phosphate)
200 mg injection / 200 mg tablet

 **ZERBAXA[™]**
ceftolozane and tazobactam
for injection (1.5 g)

 **CUBICIN[™]**
(daptomycin for injection) 500 mg

 **NOXAFIL[®]**
posaconazole

 **Cancidas[™]** I.V.
caspofungin

ANF-1197301-0008 26/116-ANT/1/05-07/16

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Πλήρη Περίληψη Χαρακτηριστικών του προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία



Αθήνα: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος, Τηλ.: 210 9897 300, www.msd.gr

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

Προφορικές Ανακοινώσεις



ΠΑ01 ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟΣ ΤΟΣΙΛΙΤΣΟΥΜΑΜΠΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια¹, Τζαναβάρη Αικατερίνη², Αθανασίου Λάμπρος², Κατσαβούνη Χαρούλα², Σπυρίδης Ανέστης², Κωστόπουλος Μάρκος², Παντελίδης Δημήτριος², Αθανασίου Παναγιώτης²

¹ Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.

² Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Η τοσιλιτσομάμπη είναι ανταγωνιστής των υποδοχέων της ιντερλευκίνης-6 που χρησιμοποιείται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (ΡΑ). Επάγει ύφεση και αναστέλλει την ακτινολογική πρόοδο της νόσου. Η επίδραση της τοσιλιτσομάμπης στα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος και στον καρδιαγγειακό κίνδυνο δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της επίδρασης της τοσιλιτσομάμπης στην ενεργότητα της νόσου, στα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος και στον καρδιαγγειακό κίνδυνο σε ασθενείς με ΡΑ.

Η τοσιλιτσομάμπη χορηγήθηκε i.v. σε 25 ασθενείς με ΡΑ επί 1 έτος. Μετρήθηκαν οι δείκτες φλεγμονής ΤΚΕ, CRP, ο δείκτης DAS28 και τα λιπίδια του αίματος πριν και 1 έτος μετά τη χορήγηση της.

Οι δείκτες φλεγμονής ΤΚΕ και CRP ελαττώθηκαν από 34.3 ± 4.04 mm/h και 2.02 ± 0.34 mg/dl πριν σε 8.3 ± 1.62 mm/h και 0.27 ± 0.07 mg/dl μετά τη χορήγηση της τοσιλιτσομάμπης, αντίστοιχα ($p < 0.001$). Ο δείκτης DAS28 ελαττώθηκε από 5.02 ± 0.26 πριν σε 2.42 ± 0.26 μετά τη χορήγηση της ($p < 0.001$). Η ολική χοληστερόλη και η HDL χοληστερόλη αυξήθηκαν από 207.4 ± 8.53 mg/dl και 57.68 ± 2.65 mg/dl πριν σε 231.08 ± 12.30 mg/dl και 72.51 ± 4.76 mg/dl μετά την χορήγηση της τοσιλιτσομάμπης, αντίστοιχα ($p < 0.001$) και η LDL χοληστερόλη και τα επίπεδα τριγλυκεριδίων αυξήθηκαν από 128.6 ± 7.45 mg/dl και 108.48 ± 7.83 mg/dl πριν σε 136.17 ± 9.39 mg/dl και 130.58 ± 15.82 mg/dl μετά τη χορήγηση της τοσιλιτσομάμπης, αντίστοιχα ($p < 0.001$). Δεν παρατηρήθηκαν οξεία καρδιαγγειακά επεισόδια κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Η τοσιλιτσομάμπη χορηγούμενη ενδοφλεβίως σε ασθενείς με ΡΑ ελάττωσε τους δείκτες φλεγμονής και την ενεργότητα της νόσου. Τα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος αυξήθηκαν σημαντικά. Καρδιαγγειακά συμβάματα δεν παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης. Φαίνεται ότι η χορήγηση της τοσιλιτσομάμπης μπορεί να συνοδεύεται από μεταβολές των λιπιδίων του αίματος, ωστόσο ο καρδιαγγειακός κίνδυνος δεν αυξάνει καθώς η δυσμενής επίδραση της αύξησης της ολικής και LDL μπορεί να εξουδετερώνεται από την αύξηση της HDL χοληστερόλης, αλλά και από την ευμενή επίδραση του φαρμάκου στη συστηματική φλεγμονή που χαρακτηρίζει τη ρευματοειδή αρθρίτιδα.

ΠΑ02 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ BELIMUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Αθανασίου Παναγιώτης¹, Κατσαβούνη Χαρούλα¹, Αθανασίου Λάμπρος¹, Τζαναβάρη Αικατερίνη¹, Μπαντή Θεοδότη¹, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια²

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

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

Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι πολυσυστηματική αυτοάνοση νόσος που προσβάλλει καθ' υπερβολήν γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Μέχρι πρόσφατα, υπήρχε έλλειψη εξειδικευμένων φαρμάκων για τη νόσο, που αντιμετωπιζόταν κυρίως με κορτικοστεροειδή σε ποικίλη δοσολογία. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή ομάδας ασθενών με ΣΕΛ υπό αγωγή με belimumab και η περιγραφή της επίδρασης της θεραπείας με belimumab στις εκδηλώσεις της νόσου, τα εργαστηριακά ευρήματα και τη λοιπή φαρμακευτική αγωγή.

Περιγράφεται ομάδα 8 ασθενών με ΣΕΛ, 7 θηλέων και 1 άρρενος. Οι ασθενείς διαγνώστηκαν με ΣΕΛ και είχαν αρθραλγίες, δερματικές εκδηλώσεις, κόπωση και σε μια περίπτωση πνευμονική ίνωση. Οι ασθενείς είχαν ελαττωμένα επίπεδα C₃ και C₄. Στους ασθενείς χορηγήθηκε belimumab.

Μετά τη χορήγηση belimumab οι αρθραλγίες υποχώρησαν, οι δερματικές εκδηλώσεις βελτιώθηκαν σε όλους τους ασθενείς και η κόπωση υποχώρησε πλήρως σε όλους τους ασθενείς, εκτός από την ασθενή με πνευμονική ίνωση, στην οποία η κόπωση βελτιώθηκε σημαντικά. Τα επίπεδα C₃ και C₄ αυξήθηκαν από 77.8 ± 3.5 ng/ml πριν σε 81.5 ± 13.5 ng/ml μετά ($p = 0.001$) και από 10.25 ± 0.9 ng/ml πριν σε 15.37 ± 2.51 ng/ml ($p < 0.001$) μετά τη θεραπεία με belimumab, αντίστοιχα. Τα επίπεδα ΤΚΕ ελαττώθηκαν από 27.13 ± 4.7 mm/h σε 13.12 ± 4.01 mm/h μετά τη χορήγηση belimumab. Η δόση των χορηγούμενων κορτικοστεροειδών ελαττώθηκε σε όλους τους ασθενείς.

Το belimumab είναι καινοτόμος θεραπευτικός παράγοντας για την αντιμετώπιση του ΣΕΛ. Βελτιώνει τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, όπως η κόπωση, οι αρθραλγίες και οι δερματικές εκδηλώσεις. Τα χαρακτηριστικά εργαστηριακά ευρήματα της νόσου, όπως τα επίπεδα του συμπληρώματος και οι δείκτες φλεγμονής επίσης βελτιώνονται. Ο καινοτόμος θεραπευτικός παράγοντας belimumab φαίνεται ότι είναι μια χρήσιμη και απαραίτητη προσθήκη στο οπλοστάσιο των ιατρών για τη διαχείριση και αντιμετώπιση του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου.

ΠΑ03 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΛΟΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ

Ντινοπούλου Έλλη, Γκιρτοβίτης Φώτιος, Παπέ Μαγδαληνή, Μπακαλούδη Βασιλική, Βουλιγαρίδου Βιργινία, Κωνσταντινίδου Άννα, Χατζηκύρκου Μαρία, Περπερίδου Παρθένα, Καητσούνης Γεώργιος, Γκούντας Δημήτριος, Καητσά Παναγιώτα, Ταλιώνα Γιαννούλα, Παπαγεωργίου Βασιλική, Χασαποπούλου Ματάμη Ελένη

Κέντρο Αίματος Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Σκοπός: Να καταγράψουμε και να μελετήσουμε τις περιπτώσεις ασθενών με αλληλοανοσοποίηση που διερευνήθηκαν στο ανοσοαιματολογικό εργαστήριο του Κέντρου Αίματος κατά τη διάρκεια ενός έτους.

Υλικό - Μέθοδος: Στο εργαστήριο μας γίνεται ανοσοαιματολογική διερεύνηση σε κάθε περίπτωση ασυμβατότητας, τόσο σε ασθενείς νοσηλευόμενους στο δικό μας όσο και σε άλλα νοσοκομεία. Καταγράφεται λεπτομερές ιστορικό (λήψη φαρμάκων, μεταγίσεων στο παρελθόν, τυχόν κυήσεων κ.λπ.) και πραγματοποιείται προσδιορισμός ομάδος αίματος ABO και Rhesus, εκτεταμένος ερυθροκυτταρικός φαινότυπος, άμεση Coombs, δοκιμασία ανίχνευσης ανώμαλων συγκολλητινών και ταυτοποίησή τους με panel 11 ερυθρών. Στην παρούσα μελέτη εξαιρέθηκαν ασθενείς με Μεσογειακή, Ενδιάμεση Μεσογειακή και Δρεπανοκυτταρική αναιμία καθώς και ασθενείς με μείγμα αυτο- και αλληλο-αντισωμάτων.

Αποτελέσματα: Μεταξύ 1-7-2015 ως 30-6-2016 συμπεριλάβαμε 48 περιπτώσεις αλληλοανοσοποίησης (19 εσωτερικοί και 29 εξωτερικοί, 21 άντρες και 27 γυναίκες). Όλοι είχαν θετική έμμεση Coombs, ενώ 12 είχαν και θετική άμεση Coombs. Προσδιορίστηκε ο εκτεταμένος ερυθροκυτταρικός φαινότυπος σε όλους, πήλην 3 λόγω πρόσφατης μετάγγισης και 2 λόγω θετικής άμεσης Coombs. Ένα αλληλοαντίσωμα ταυτοποιήθηκε σε 14 ασθενείς, δύο ή και περισσότερα σε 24 ασθενείς, ενώ σε έναν ταυτοποιήθηκε φυσικό αλληλοαντίσωμα αντι-M και σε 9 υπήρξε αδυναμία ταυτοποίησης συγκεκριμένων αλληλοαντισωμάτων.

Kell	D	E	c	C	Jka	Jkb	M	Fya	S	Cw	Kpa	Lua	Lea
11	1	7	5	3	5	6	6	3	2	4	5	4	1

Συμπεράσματα - Συζήτηση:

- Με μεγαλύτερη συχνότητα ανιχνεύονται αλληλοαντισώματα στο σύστημα Kell, Rhesus και Kidd.
- Η εύρεση κατάλληλων μονάδων για μετάγγιση επί αλληλοανοσοποίησης πρέπει να βασίζεται στον εκτεταμένο ερυθροκυτταρικό φαινότυπο, ώστε να επιλέγονται μονάδες αρνητικές στα κύρια αντιγόνα που ο ασθενής δεν έχει.
- Χρειάζεται να χορηγείται ενημερωτικό σημείωμα ή κάρτα με οδηγίες για επιλογή μονάδων σε κάθε μελλοντική μετάγγιση.
- Στις 5/48 περιπτώσεις που υπήρξε αδυναμία ανεύρεσης του εκτεταμένου φαινοτύπου, μοριακή τυποποίηση θα ήταν η ενδεδειγμένη λύση για σωστή επιλογή μονάδων.

ΠΑ04 C4 ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙ-RO/ΑΝΤΙ-DNA ΑΥΤΟΑΝΟΣΙΑ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ: ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΣ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ;**Γκαντάρας Αντώνιος¹, Γεωργιάδου Αναστασία - Μαρία¹, Σαραντόπουλος Αλέξανδρος¹, Φυλάκτου Ασπρίνα², Γκουκουρέλιας Ιωάννης¹, Μυτιληναίου Μαρία¹, Μπούρα Παναγιώτα¹**¹ Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας Β΄ Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη² Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ισσοσυμβατότητας, Τμήμα Ανοσολογίας, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Τα τελευταία χρόνια οι γενετικές ανεπάρκειες παραγόντων της κλασικής οδού ενεργοποίησης του συμπληρώματος -ιδίως των C1q, C2 και C4- αναδεικνύονται ως μείζων προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη Συστηματικού Ερυθηματώδους Λύκου (ΣΕΛ). Επιπλέον, η παραγωγή αυτοαντισωμάτων στη νόσο, ερμηνεύεται παθοφυσιολογικά από τη διαταραχή της κάθαρσης των αποπτωτικών κυττάρων λόγω της υποσυμπληρωματαιμίας. Ομόζυγη ανεπάρκεια του C4 στο ΣΕΛ, συχνά χαρακτηρίζεται από αντι-Ro αυτοανοσία με εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό.

Σκοπός της μελέτης είναι η αναζήτηση ιδιαίτερων κλινικοεργαστηριακών χαρακτηριστικών της συσχέτισης C4/αντι-Ro αυτοανοσίας σε σχέση με την παθοφυσιολογία που ενδεχομένως εκφράζουν.

Μελετήθηκαν 46 ασθενείς με ΣΕΛ του τμήματός Κλινικής Ανοσολογίας της Β΄ Π ΑΠΘ, με ≥ 3 μετρήσεις επιπέδων C4 στον ορό διαχρονικά.

Τα αποτελέσματα φαίνονται στον **πίνακα 1**.

	Ομάδα Α (n=20)	Ομάδα Β (n=26)	P Value
C4 ορού (mg/dL)	9,40±2,94	18,23±4,55	<10 ⁻⁹
αντι-dsDNA (+)	60%	27%	0,02
Νεφρίτιδα	24%	19%	0,74
αντι-Ro (+)	50%	19%	0,03
Φωτοευαισθησία	24%	29%	0,73
Εξάνθημα	29%	52%	0,15

Πίνακας 1:

Συγκρίσεις των δύο ομάδων ασθενών με ΣΕΛ -ως προς τα κυκλοφορούντα αυτοαντισώματα και τις κλινικές εκδηλώσεις.

Ομάδα Α: συγκέντρωση C4 μόνιμα χαμηλή ανεξαρτήτως ενεργότητας νόσου

Ομάδα Β: συγκέντρωση C4 με διακυμάνσεις

Οι ασθενείς με ΣΕΛ και μόνιμα χαμηλό C4 έχουν σημαντικά αυξημένη παρουσία αντι-dsDNA και αντι-Ro αυτοαντισωμάτων, χωρίς συνοδό αυξημένη επίπτωση νεφρίτιδας, φωτοευαισθησίας, δερματικού εξανθήματος.

Ενδεχομένως, τα μόνιμα χαμηλά επίπεδα C4 προδιαθέτουν για εμμένουσες ιικές λοιμώξεις, οι οποίες λόγω της υπερπαραγωγής του ιντερφερονο-επαγόμενου Ro, προάγουν την παραγωγή των αντι-Ro/αντι-dsDNA αυτοαντισωμάτων. Ωστόσο, δεν διαπιστώθηκε διαφορά μεταξύ των ομάδων ως προς τον κλινικό φαινότυπο, παρά την παρατηρούμενη διαφορά στα εμπλεκόμενα αυτοαντισώματα. Ίσως η μερική ανεπάρκεια του C4 «προστατεύει» έναντι της ιστικής βλάβης, λόγω μείωσης της εξαρτώμενης από το συμπλήρωμα κυτταροτοξικότητας (CDCC) και ελάττωσης της ανοσοσυμπληρωματικού τύπου III απόκρισης.

ΠΑ05 ΔΕΠ ΚΑΙ ΒΑΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΗΓΜΑ ΕΧΙΔΝΑΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μαϊτσάν Τζελάη, Ξανθοπούλου Άννα - Μαρία, Μεχμέτ Φατμά, Κιουτσούκ Μεμέτ Σερίφ, Παναγόπουλος Περικλής, Μαϊτέζος Ευστράτιος

Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Στην Ελλάδα συναντάμε αρκετά είδη ερπητών από τα οποία το μοναδικό δηλητηριώδες είναι η έχιδνα (η οσιά). Οι επιπλοκές μετά από δήγμα έχιδνας μπορεί να οδηγήσουν από οίδημα - εκχύμωση τοπικά έως και σε θάνατο.

Σκοπός: Καταγραφή νοσηλεύομένου ασθενούς στην Β΄ Παν. Παθολογική Κλινική μετά από δήγμα έχιδνας όπου παρουσίασε ΔΕΠ και λοίμωξη των μαλακών μορίων.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 79 ετών από αγροτική περιοχή του Νομού Ροδόπης διακομίζεται από Δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο εντός 3 ωρών από δήγμα όφρεως στο Π. Γ. Ν. Αλεξανδρούπολης. Ο ασθενής έφερε εκχύμωση στην έσω επιφάνεια από την ΔΕ ποδοκνημική έως το ύψος της μηρόβουβωνικής πτυχής, με οίδημα έως την μεσότητα του ΔΕ μηρού με συνοδό έντονο άλγος. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου διεπιστώθηκαν βαρεία θρομβοπενία (PLTs: 11000/μl), παράταση χρόνων πήξεως (INR: 1.67) και D διμερή 456 ng/ml. Στον ασθενή χορηγήθηκαν αντιοφικός ορός (iv), ασκός αιμοπεταλίων, πλάσματα, συμπικνωμένα ερυθρά. Το οίδημα στο πρώτο 24ωρο επεκτάθηκε έως το ΔΕ πλευρικό τόξο, επίσης στο ΔΕ κάτω άκρο εκτός από το οίδημα και τις εκχυμώσεις εμφανίστηκαν πομφόλυγες με αιματηρό περιεχόμενο που παροχετεύθηκαν αυτόματα. Ως σοβαρή λοίμωξη δέρματος και δερματικών δομών (έκταση > 75 cm²) ξεκίνησε άμεσα η χορήγηση στον ασθενή αντιμικροβιακής αγωγής (Πιπερακίλη/ταζοπακτάμ & Νταπτομυκίνη).

Συμπέρασμα: Κάθε ασθενής με δήγμα όφρεως πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο για 24ωρη τουλάχιστον παρακολούθηση. Οι ιατρικές παρεμβάσεις οφείλουν να είναι άμεσες γιατί η οιαδήποτε καθυστέρηση μπορεί να αποβεί μοιραία για τον ασθενή.

ΠΑ06 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΑΠΟ PLASMODIUM FALCIPARUM

Αγγελιάκη Αθήνη - Χριστίνα, Παπαναστασίου Γεωργία, Τζούμαρη Θεοδώρα, Βαλκανίδου Δήμητρα, Παρζιάλη Αναστασία, Μιχαηλίδου Σταματία, Δουγαλής Απόστολος, Πυρπασοπούλου Αθηνά

Δ΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Στην Ελλάδα η ελονοσία εκριζώθηκε το 1974, παρόλα αυτά όμως καταγράφονται ετησίως περίπου 20-50 «εισαγόμενα» περιστατικά ανά έτος καθώς και κάποια περιστατικά με χαρακτηρισές εγχώριας μετάδοσης.

Μέθοδος-Υλικό: Παρουσιάζεται ασθενής 45 ετών, Έλληνας κάτοικος Νιγηρίας, με ιστορικό λοίμωξης από ελονοσία προ διετίας. Ο ασθενής προσήλθε αιτώμενος εμπύρετο έως 39,5°C από μνός, με χαρακτήρα αμνημερινού υφέσμου, και συνοδές εφιδρώσεις και κεφαλαλγία. Από την κλινική εξέταση δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα πλην σπληνομεγαλίας, η οποία επιβεβαιώθηκε απεικονιστικά. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία με στοιχεία ενδαγγειακής αιμόλυσης. Διενεργήθηκε πλήρης ανοσοολογικός και ιολογικός έλεγχος και ελήφθησαν καλλιέργειες που απέκλισαν όλα λοίμωδη, και μη, αίτια του πυρετού. Έγινε μικροσκοπικός έλεγχος παχιάς σταγόνας περιφερικού αίματος όπου εντοπίστηκαν πλάσμωδια εντός των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Έγινε επίσης RDT (Rapid Diagnostic Test) το οποίο ήταν θετικό και στη συνέχεια PCR που επιβεβαίωσε τη διάγνωση της ελονοσίας από *P. falciparum*.

Ο ασθενής έλαβε 3ήμερη θεραπεία από του στόματος με ατοβακουόνη και προγουανίλη σε δοσολογία (1000+400)mg ημερησίως και παρουσίασε ύφεση του πυρετού και ταυτόχρονη προοδευτική αποκατάσταση του αιματοκρίτη.

Την 4^η ημέρα μετά την ολοκλήρωση της αγωγής έγινε επανέλεγχος παχιάς σταγόνας περιφερικού αίματος που ήταν αρνητικός. Ο ασθενής εξήλθε μετά από 11 ημέρες νοσηλείας απύρετος και αιμοδυναμικά σταθερός με οδηγία για επανεπίσκεψη σε ένα μήνα.

Συμπέρασμα: Είναι απαραίτητη η συνεχής επαγρύπνηση των φορέων υγείας καθώς ελλοχεύει ο κίνδυνος επανεγκατάστασης της νόσου ειδικά σε περιοχές αυξημένης προσέλευσης πηθησμών από χώρες ενδημικές για την ελονοσία.

ΠΑ07 ΚΛΙΝΙΚΑ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΜΕ C.difficile ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΙΔΡΥΜΑ

Αδάμη Μαρία - Ευαγγελία¹, Πανοσκάλης Ανδρέας¹, Ιωάννου Πέτρος¹, Αριστοδήμου Άριστος¹, Χαμηλός Γεώργιος² και Γκίκας Αχιλλέας¹

¹ Α΄ Παθολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

² Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή: Η κολιτίδα από *Clostridium difficile* αναδύεται σε παγκόσμια απειλή για νοσηλευόμενους όσο και για εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με σοβαρές επιπτώσεις σε νοσηρότητα, θνητότητα και κόστος νοσηλείας.

Σκοπός: Η μελέτη των ασθενών που επισκέφθηκαν ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο και εμφάνισαν *C.difficile* κολιτίδα, η θεραπεία, η έκβαση και τα μικροβιολογικά χαρακτηριστικά τους.

Ασθενείς και μέθοδοι: Προοπτική μελέτη καταγραφής ασθενών με κλινικά και μικροβιολογικά ευρήματα συμβατά με *C.difficile* κολιτίδα από Ιανουάριο έως Δεκέμβριο του 2016 στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου.

Αποτελέσματα: Στους 12μήνες της μελέτης καταγράφηκαν 35 ασθενείς με *C.difficile* κολιτίδα από ένα σύνολο ~60.000 νοσηλείων. Το 51.4% ήταν άνδρες και η μέση ηλικία ήταν τα 65 έτη. Τα συχνότερα υποκείμενα νοσήματα ήταν: αρτηριακή υπέρταση (45.7%), σακχαρώδης διαβήτης (25.7%), στεφανιαία νόσος (22.9%), καρδιακή ανεπάρκεια (20%), κακοήθεια (17.1%) και χρόνια νεφρική νόσος (17.1%). Το 60% των ασθενών είχε «μη θανάσιμα υποκείμενα νοσήματα», και το 22.9% είχε «γρήγορα θανάσιμα νοσήματα» βάσει του McCabe score. Η *C.difficile* κολιτίδα επιβεβαιώθηκε βάσει του αντιγόνου και των τοξινών Α ή Β (65.7%) ή θετικής καλλιέργειας με αντιβιογράμμα (31.4%). Το 100% των *C.difficile* είχαν αντοχή σε κεφαλοσπορίνες, 80% σε κλινδαμυκίνη, 60% σε πενικιλίνη, 20% σε βανκομυκίνη και 10% σε μετρονιδαζόλη. Μεταξύ των θεραπευθέντων, το 70.8% έλαβε μετρονιδαζόλη, 20.8% βανκομυκίνη και μετρονιδαζόλη, ενώ 8.3% έλαβε μόνο βανκομυκίνη. Η θνητότητα ήταν 17.1%, η διάμεση διάρκεια νοσηλείας 13 ημέρες, ενώ η επανεισαγωγή εντός τριμήνου ήταν 51.7%.

Συζήτηση: Αυτή η μελέτη αναδεικνύει την επιδημιολογία της *C.difficile* κολιτίδας σε ένα τριτοβάθμιο ελληνικό νοσοκομείο. Η θνητότητα ήταν αυξημένη, αναδεικνύοντας την ανάγκη επαγρύπνησης για αυτήν την αναδυόμενη, θανάσιμη λοίμωξη.

ΠΑ08 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ Ή ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΜΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΘΑΝΑΤΟΦΩΡΩΝ ΕΚΒΑΣΕΩΝ

Α. Αγγελίδη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Ε. Ευστρατιάδη, Ε. Ξουργιά, Π. Λαμπρόπουλος, Γ. Λοΐζος, Ε. Τζουγανάτου, Ε. Καραμπουσή, Α. Μεθιδώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις αναπνευστικού και ουροποιακού συστήματος αποτελούν τις συχνότερες αιτίες λοιμώξεων νοσηλευόμενων ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση των μοντέλων μεταβλητότητας που σχετίζονται με θανατηφόρο έκβαση σε νοσηλευόμενους ασθενείς με λοίμωξη αναπνευστικού ή ουροποιατικού.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 107 ασθενείς (44 άνδρες), με λοίμωξη ουροποιατικού ή/και αναπνευστικού, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην Α΄ Παθολογική Κλινική το χρονικό διάστημα Ιανουάριος-Δεκέμβριος 2016. Σε κάθε συμμετέχοντα προσδιορίστηκαν ανθρωπομετρικοί, κλινικοεργαστηριακοί παράμετροι λαμβάνοντας υπόψιν το ατομικό αναμνηστικό, τις συννοσηρότητες των ασθενών κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και τα μοντέλα μεταβλητότητας της συστολικής (ΣΑΠ), διαστολικής (ΔΑΠ), και μέσης (ΜΑΠ) αρτηριακής πίεσης καθώς και της γλυκαιμικής μεταβλητότητας (mean+SD/2).

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 6,23±3,6 μέρες στο σύνολο του πληθυσμού (6,45±3,6 μέρες και 6,18±3,5 μέρες στα άτομα με λοίμωξη αναπνευστικού ή ουροποιατικού, αντίστοιχα). Θανατηφόρο καταληκτικό σημείο διαπιστώθηκε στο 14,0% του συνόλου των νοσηλευόμενων ασθενών ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφορά επί παρουσίας ή μη σακχαρώδους διαβήτη (7.4% έναντι 16.3%, P=0.21, αντίστοιχα). Από την ανάλυση των παραμέτρων βρέθηκε πως η εμφάνιση θανατηφόρου συμβάματος σχετίζεται με τη μεταβλητότητα της ΣΑΠ (RR:0,92, 95%CI:0,88-0,96, P=0,001), της ΔΑΠ (RR:0,91, 95%CI:0,84-0,97, P=0,005) και της ΜΑΠ (RR:0,89, 95%CI:0,84-0,96, P=0,002). Ενώ, μία τάση συσχέτισης μη σημαντική παρατηρήθηκε επίσης με τη γλυκαιμική μεταβλητότητα (RR:1,01, 95%CI:0,99-1,02, P=0,07). Από την επιμέρους ανάλυση των δεδομένων φάνηκε πως η αρτηριακή μεταβλητότητα σχετίζεται με την ηλικία (beta:0,23, p=0,04), την παρουσία αρτηριακής υπέρτασης (beta:0,26, p=0,007) και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (beta:0,21, p=0,03).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η μεταβλητότητα δη της ΣΑΠ σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για θανατηφόρο έκβαση νοσηλευόμενων ασθενών με λοίμωξη αναπνευστικού ή ουροποιατικού, ενώ μία τάση θετικής συσχέτισης παρατηρήθηκε για τη γλυκαιμική μεταβλητότητα.

ΠΑ09 ΣΠΑΝΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΟΥ ΤΕΛΙΚΑ ΟΦΕΙΛΟΤΑΝ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ COXIELLA BURNETTII

Ζήσης Χρήστος¹, Μαρίτσα Δήμητρα¹, Παπαδάτος Σταμάτης³, Θεοδωρούλα Ευτέρπη¹, Αγγέλης Νικόλαος¹, Γατσά Ελένη², Μυλωνάς Στέφανος¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

² Αιματολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

³ Γ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ν. Αττικής

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από *Coxiella-Burnetii* είναι συνήθως ασυμπτωματική. Όταν είναι συμπτωματική (πυρετός-Q) εμφανίζει μεγάλη ετερογένεια συμπτωμάτων, ώστε η διάγνωση να καθυστερεί 1-14 μήνες. Διακρίνεται σε:

1. οξεία (πυρετός-κυνάγχη-πνευμονία-ηπατίτιδα, σπάνια μυοκαρδίτιδα-περικαρδίτιδα-μηνιγγίτιδα-εγκεφαλίτιδα-νευρίτιδα-εξάνθημα),
2. χρόνια (ενδοκαρδίτιδα-αρθρίτιδα-οστεομυελίτιδα).

Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού πυρετού αγνώστου αιτιολογίας και αντιδραστικής αρθρίτιδας που οφειλόταν σε οξύ πυρετό-Q.

Υλικό-Μέθοδος: Γυναίκα 58ετών με έληψη-*G6PD*, εισήχθη στη Β΄ Παθολογική-Γ.Ν.Τρικάλων λόγω παρατενόμενου εμπύρετου από 25ημέρου.

Αρχικά, εμφανίζει φαρυγγαλγία, έπειτα αυχεναλγία/πλευροδυνία άμφω. Έλαβε κληριθρομικίνη με παροδική ύφεση συμπτωμάτων. Υπήρξε υποτροπή και εμφάνιση θήλα. Ως εξωτερική ασθενής, υπεβλήθη σε Αξονική Τομογραφία-(ΑΤ) θώρακος, όπου διαπιστώθηκε υπολειπόμενη πυκνωσαελεκτασία αριστερού πνεύμονα (αποδραμούσα βροχοπνευμονία). Χορηγήθηκε ανεπιτυχώς συνδυασμός κεφουροξίμης/αζιθρομικίνης. Σε διαθωρακικό-υπερηχογράφημα ανευρέθη μικρή περικαρδιακή συλλογή.

Κατά τη νοσηλεία, εμφανίζει ημερήσιο πυρετό-έως-38,3°C και στον εργαστηριακό έλεγχο: αναμία/θρομβοκυττάρωση/τρανσαμινασαίμια/χολόσταση/αύξηση d-dimers-φερριτίνης-CRP /τριψήφια-ΤΚΕ. Ετέθη σε ενδοφλέβια αντιβίωση ευρέος φάσματος. Προστέθηκε αντι-ιική/αντιμυκητιασική αγωγή, χωρίς ανταπόκριση.

Την 6^η-ημέρα-νοσηλείας εμφάνισε αρθρίτιδα γονάτων άμφω και δεξιάς πηχεοκαρπικής. Έγινε έναρξη κολιχικίνης, που διεκόπη λόγω διαρροίων. Ακολούθησαν μικρές δόσεις ΜΣΑΦ. Την 8^η-ημέρα χορηγήθηκε iv-Τιγκεκικλίνη. Ύφεση έως πλήρης υποχώρηση πυρετού και δεικτών φλεγμονής παρατηρήθηκε εντός ολίγων ημερών.

Δεν ανευρέθη αιτία μετά από εκτεταμένο έλεγχο για:

i. Λοιμώξεις (Διοισοφάγειο-υπερηχογράφημα/ηλεκτροκαρδιογράφημα/προκαλιτονίνη/καλλιέργειες αίματος-ούρων-πτυέλων-αρθρικού-γαστρικού υγρού/έλεγχος για σαλμονέλλωση-βρουκέλλωση-φείσμανιαση-φλεπτοσπείρωση-τοξοπλάσμωση-φυματίωση(Quantiferon)-εθλονοσία-μυκοπλάσμωση-ρickettsioses-χλαμύδιαση-ψιτάκωση-μυροελλίωση-μπαρτονέλλωση-σύφιλη-ηπατίτιδες-λοίμωξη:HIV-CMV-EBV)

ii. Αυτοάνοσα νοσήματα/Αγγειίτιδες/Νόσο Still (ανοσολογικός έλεγχος/βιοψίες κροταφικής-ορθού-δέρματος-μυός)

iii. Νεοπλασίες/Αιματολογικά νοσήματα (Μαστογραφίες/Ολοσωματική Αξονική/Γαστροσκόπηση-Ορθοσμοιδοσκόπηση/Οστεομυελική Βιοψία)

iv. Σαρκοείδωση (SACE)

v. Οικογενή Μεσογειακό Πυρετό (Γονίδιο-MEFV)

Η διάγνωση οξείας λοίμωξης από *Coxiella-burnetii* βασίστηκε στα αποτελέσματα των αντισωμάτων (τίτλος/ορομετατροπή). Η ασθενής έλαβε πολυήμενη θεραπεία με βιμπραμικίνη. Δε μετέπεσε σε χρονιότητα.

Συμπέρασμα: Ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας δοκιμάζει τη διαγνωστική δεινότητα των κλινικών ιατρών, το έργο των οποίων δυσχεραίνεται μέγιστα όταν συνυπάρχουν μη-ειδικές για τη νόσο εκδηλώσεις.

ΠΑ10 «HUNGRY BONE SYNDROME» ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τσομίδης Ι., Λεωνίδου Κ., Παπαστεφάνου Ε., Κίρδας Κ., Μάλλιας Ι., Μηλίδης Θ.

Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Σερρών

Εισαγωγή: Το 1/3 των ασθενών με καρκίνωμα προστάτη και οστικές μεταστάσεις οστεοβλαστικού τύπου εμφανίζουν ήπιοι έως σοβαροί βαθμοί υποασβεστιαμίας. Ο μηχανισμός κατανάλωσης ασβεστίου στις οστεοβλαστικές εστίες έχει καταγραφεί και μελετηθεί πριν από περίπου 50 χρόνια.

Σκοπός: Η αναφορά και συζήτηση ενδιαφέροντος και σχετικά σπάνιου περιστατικού της κλινικής μας με σύνδρομο πεινασμένων οστών και καρκίνωμα προστάτη.

Υλικό-Μέθοδος: Στην προκειμένη περίπτωση παρουσιάζουμε το περιστατικό ασθενούς της κλινικής μας με σοβαρού βαθμού ασυμπτωματική υποασβεστιαμία και καρκίνωμα προστάτη με εκτεταμένες οστεοβλαστικές μεταστάσεις.

Αποτελέσματα: Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο προέκυψαν ισχυρές ενδείξεις ότι η παρατηρούμενη υποασβεστιαμία οφειλόταν στην πρόσληψη ασβεστίου από τις οστεοβλαστικές εστίες των οστικών δομών ("hungry bone syndrome"), όπως αναφέρεται και στην βιβλιογραφία. Το ενδιαφέρον του περιστατικού ήταν η ανθεκτική υποασβεστιαμία παρά την χορήγηση υψηλών δόσεων ασβεστίου

Συμπεράσματα: Είναι σημαντικό σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλασία του προστάτη και μεταστάσεις οστεοβλαστικού τύπου που εμφανίζουν ανθεκτική υποασβεστιαμία να τίθεται από τον κλινικό ιατρό η υποψία του συνδρόμου «πεινασμένων οστών», διότι είναι σχετικά συχνό όπως αναφέρει η διεθνής βιβλιογραφία.

ΠΑ11 Η ΔΙΑΙΤΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Αθανασία Βλάχου¹, Γρηγόριος Δήμας¹, Κωνσταντίνος Λάλλιας¹, Δημήτριος Παπαδημόπουλος¹, Άννα Μαυρομανώλη², Ηλίας Κανέλλος¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλης¹

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

Εισαγωγή/Σκοπός: Το νεφρωσικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από υποθρεπτικαιμία, πλευκωματουρία και οιδήματα κάτω άκρων. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα διατροφολογικά πρωτόκολλα για την καλύτερη δυνατή διαχείριση της κατάστασης. Έχει καταδειχθεί ότι η δίαιτα με χαμηλά πλευκώματα (<0.6 γρ/24ωρο) οδηγεί σε υποθρεψία, η οποία σχετίζεται με οξειδωτικό στρες και αθηροσκληρώση.

Ασθενείς/Μέθοδοι: Στη μελέτη μας μελετήθηκαν 125 ασθενείς με νεφρωσικό σύνδρομο και ηλικία από 35 μέχρι 65 ετών. Στους 65 χορηγήθηκε για 1 χρόνο δίαιτα με 0.5 γρ/24ωρο (Ομάδα Α) και στους άλλους 60 χορηγήθηκε δίαιτα με 1 γρ/24ωρο (Ομάδα Β). Εξετάστηκε με τη μέθοδο ELISA το οξειδωτικό στρες μέσω του 15-F2t-ισοπροστανίου (15-F2t-ισορ) και της οξειδωμένης LDL (ox-LDL), ενώ η αθηροσκληρώση προσδιορίστηκε με τον πρώιμο αθηρωματικό δείκτη IMT (Intima-Media Thickness).

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς της ομάδας Α βρέθηκε σημαντική συσχέτιση της υποθρεψίας με τα επίπεδα ορού 15-F2t-ισορ, ox-LDL και της πλευκωματουρίας, ενώ η καθυστέρηση ένταξης σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας αφορούσε 22 μήνες (22±5). Στην ομάδα Β δεν βρέθηκε συσχέτιση της ox-LDL με τη πλευκωματουρία. Επιπλέον η κλινική έκβαση στην ομάδα Β είχε σαφώς καλύτερη πορεία, καθώς η θρέψη διατηρήθηκε σε υψηλά επίπεδα, όσον αφορά την ποιότητα ζωής και τον χρόνο ένταξης σε αιμοκάθαρση, ενώ υπερείχε ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου και αθηροσκληρώσης.

Συμπέρασμα: Είναι σημαντικό κατά την πορεία της χρόνιας πρωτεϊνουρικής νόσου ο ασθενής να υποστηρίζεται με δίαιτα πρωτεϊνουρική, εφόσον η υποθρεψία σχετίζεται με την εξέλιξη της νόσου και την αθηροσκληρώση, ενώ υποεκτιμάται το γεγονός ότι αποτελεί τη δεύτερη αιτία θνητότητας μετά τα καρδιαγγειακά συμβάματα, μεταξύ ασθενών με ΧΝΝ.

ΠΑ12 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Α.Π.Θ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΟΚΤΑΕΤΙΑ (2008-2015)

Καϊάφα Γεωργία¹, Ζορμπά Αρετή², Περιφάνης Βασίλειος¹, Τσαβδαρίδου Βασιλική², Γούναρη Ευδοκία², Μαρκάλη Δήμητρα³, Χρυσουλίδου Ελισσάβετ¹, Μπουντόλα Σταυρούλα¹, Σκούρα Λεμονιά², Απόστολος Ι. Χατζητόλιος¹

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

² Ανοσολογικό Τμήμα, Μικροβιολογικό Εργαστήριο Α.Π.Θ., «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

³ Ανοσολογικό Τμήμα, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η Χρόνια Λεμφογενής Λευχαιμία (ΧΛΛ) είναι η πιο συχνή κακοήθεια του αίματος στον Δυτικό κόσμο. Αποτελεί το 30% των Β ήμφροπεριηλαστικών νοσημάτων και το 11% όλων των αιματολογικών κακοηθειών παγκοσμίως. Είναι νόσημα με εξαιρετικά ετερογενή κλινική εικόνα, και γι' αυτό, η διαμόρφωση του διεθνούς προγνωστικού δείκτη (CLL-IPi) αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την αναγνώριση ασθενών, για τους οποίους επιβάλλεται στενή παρακολούθηση. Το CLL-IPi είναι ένα σύστημα κατηγοριοποίησης κινδύνου στους ασθενείς με ΧΛΛ, το οποίο περιλαμβάνει παράγοντες κινδύνου: ηλικία, στάδιο νόσου, μετάλλαξη del (17p)/TP53, β2- μικροσφαιρίνη και παρουσία ή μη σωματικών μεταλλάξεων στην υπερμεταβλητή περιοχή των βαριών αλυσίδων των ανοσοσφαιρινών, που φέρουν στην επιφάνειά τους τα κύτταρα της ΧΛΛ (IgVH).

Σκοπός: Η εκτίμηση-αξιολόγηση της εφαρμογής του CLL-IPi στην καθημερινή πρακτική και διαχείριση των ασθενών με ΧΛΛ.

Μέθοδος: Μελετήσαμε όλους τους ασθενείς που διαγνώθηκαν με ΧΛΛ, σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (NCIWG), στην Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, μεταξύ του 2008 και 2015 (8 χρόνια), οι οποίοι είχαν παρακολουθηθεί για τουλάχιστον 12 μήνες. Η ανοσοφαινοτυπική διερεύνηση έγινε στο Αιματολογικό και Ανοσολογικό Εργαστήριο του Α.Ν. ΘΕΑΓΕΝΕΙΟΥ και ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, αντίστοιχα, με πενταχρωματική κυτταρομετρία ροής. Κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα κατά τη διάγνωση περιελάμβαναν τα: β2 μικροσφαιρίνη, κυτταρογενετική ανάλυση και γραμμές θεραπείας. Η συνολική επιβίωση υπολογίστηκε από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι την τελευταία επίσκεψη παρακολούθησης ή τον θάνατο και ο χρόνος της πρώτης θεραπείας από τη διάγνωση έως τη χορήγηση της πρώτης θεραπείας ή την τελευταία επίσκεψη παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: 85 ασθενείς με ΧΛΛ εντάχθηκαν στην μελέτη. Ο χρόνος παρακολούθησής τους κυμαινόταν από 12-96 μήνες. Τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά τους αναφέρονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά ΧΛΛ ασθενών κατά τη διάγνωση (n=85)

Ηλικία	εύρος (38-93 ετών)
>65 ετών	53 (62,3%)
Στάδιο Binet	
A	61 (71,8%)
B	17 (20%)
C	7 (8,2%)
Στάδιο Rai	
0	32 (37,7%)
I	28 (32,9%)
II	16 (18,8%)
III	5 (5,9%)
IV	4 (4,7%)
Κυτταρογενετικές ανωμαλίες (n=58)	
Φυσιολογικός καρμύτοπας	48 (82,3%)
del (17p) ή/ και TP 53	10 (17,2%)
IgHV n=18	
Αμετάλλακτες	12 (66,7%)
β2 μικροσφαιρίνη ορού (n=55)	
>3,5 U/L	26 (47,3%)
Χορήγηση θεραπείας	28 (32,9%)

Ανάλογα με τους παράγοντες κινδύνου οι ασθενείς διακρίθηκαν σε 4 ομάδες: χαμηλού (61%), ενδιάμεσου (21,1%), υψηλού (12,9%) και πολύ υψηλού κινδύνου (5%).

Οι 34 (40%) από τους ασθενείς της μελέτης, που ανήκαν στις κατηγορίες ενδιάμεσου, υψηλού και πολύ υψηλού κινδύνου έλαβαν θεραπεία κατά μέσο όρο 1,3, 6 και 2 μήνες αντίστοιχα μετά τη διάγνωση. Οι 9 εξ αυτών (10,5%) υψηλού και πολύ υψηλού κινδύνου έλαβαν τρεις γραμμές θεραπείας και οι 5 (57%) κατέληξαν μετά την τρίτη γραμμή, 42 μήνες μετά την αρχική διάγνωση.

Όσοι οι υπόλοιποι 80 ασθενείς (94,1%), υπό ή χωρίς θεραπεία επιβιώνουν μέχρι και σήμερα.

Συμπεράσματα: Με τη μελέτη μας επιβεβαιώνονται τα βιβλιογραφικά δεδομένα, ότι ο CLL-IPi δείκτης αποτελεί μια χρήσιμη μέθοδο για την αναγνώριση ομάδων κινδύνου, με σκοπό τη στενή παρακολούθηση και έγκαιρη έναρξη θεραπείας σε ασθενείς με ΧΛΛ.

ΠΑ13 ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΚΟΘΗΙΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ζτρίβα Ελευθερία¹, Καϊάφα Γεωργία¹, Περιφάνης Βασίλειος¹, Σάτσογλου Σαράντης¹, Μπουντόθα Σταυρούλα¹, Ανεστάκης Δοξάκης², Ράικος Νικόλαος², Χατζητόλιος Ι. Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη
² Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο είναι σπάνιο αλλά θνητοφόρο. Το 44% των περιπτώσεων γίνεται εισαγωγή στις ΜΕΘ και το 11,7% καταλήγει. Χαρακτηρίζεται από διέγερση των μακροφάγων του μυελού, με αποτέλεσμα τη φαγοκυττάρωση των αιμοποιητικών κυττάρων. Είναι πρωτοπαθές ή επίκτητο σχετιζόμενο συντότερα με λιμώξεις, αυτοάνοσα ή αιματολογικά νοσήματα. Η διάγνωση στηρίζεται στη μοριακή ανίχνευση παθολογικών μεταλλάξεων ή την κλίση 5 εκ των 8 διαγνωστικών κριτηρίων: 1. Πυρετός $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$, 2. Σπληνομεγαλία, 3. Κυτταροπενία σε τουλάχιστον δύο σειρές, 4. Υπερτριγλυκεριδαμία ή/και υποϊνωδογοναμία, 5. Φερριτίνη $> 3.000\text{ng/ml}$, 6. Αιμοφαγοκυττάρωση σε μυελό/σπλήνα/ ήπαρ/ ήμφραδένες, 7. Χαμηλή ή άουσα δραστηριότητα NK κυττάρων, 8. Αύξηση διαλυτού υποδοχέα IL-2. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει πυρετό, δερματικές, ηπατικές, αιματολογικές και νευρολογικές εκδηλώσεις. Επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας αποτελεί δυσμενή προγνωστικό δείκτη. Η θεραπεία στηρίζεται στη χορήγηση ανοσοσφαιρίνης, κορτικοστεροειδών και Ετοσοσιδής και στην αντιμετώπιση του υποκείμενου νοσήματος.

Σκοπός: Η ανάδειξη της σημασίας της έγκαιρης διάγνωσης του αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου στην κλινική πράξη.

Υλικό-Μέθοδος: Παρουσίαση ασθενούς 61 ετών, που παραπεμφθηκε για διερεύνηση παρατεταμένου εμπύρετου και κυτταροπενίας (αναμία, θρομβοπενία, υψηλή τιμή φερριτίνης και θετικά IgM αντισώματα έναντι του ιού Epstein-Barr). Απεικονιστικά παρουσίαζε σπληνομεγαλία και γενικευμένους, οριακού μεγέθους ήμφραδένες. Το μυελόγραμμα και η οστεομυελική βιοψία ήταν αρχικά αρνητικά για αιματολογικό νόσημα, ενώ κατά την επανάληψη τους αναδείχθηκαν στοιχεία αιμοφαγοκυττάρωσης. Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, παρουσίαζε αναμία (Hb: 7,7 g/dl), θρομβοπενία (PLT: 38.000/μl), υψηλή τιμή φερριτίνης (5.914ng/ml), επηρεασμένο ηπατικό προφίλ, με φυσιολογικές τιμές ινωδογόνου και τριγλυκεριδίων. Πλήρωσε 5 από τα 8 διαγνωστικά κριτήρια του αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου και τέθηκε άμεσα σε ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη, κορτικοειδή, αντιβιοτικά και αντιμυκητιασική αγωγή. Την 3^η ημέρα νοσηλείας παρουσίασε οξεία έπτωση αναπνευστικής λειτουργίας, με εργαστηριακή και αερομετρική επιδείνωση. Η επίγουσα αξονική ανέδειξε πνευμονικές συλλογές, ατελεκτασίες άμφω και ηπατοσπληνομεγαλία, διασωλήνωθηκε και διακομίσθηκε σε ΜΕΘ, όπου κατέληξε.

Αποτελέσματα: Από την ιστολογική εξέταση του σπλήνα, η νεκρωσία ανέδειξε ευρήματα συμβατά με ήμφρωμα Hodgkin. Ο ασθενής μας παρουσίασε εκδήλωση αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου στα πλαίσια αιματολογικής κακοθήιας.

Συμπέρασμα: Είναι επιτακτική η ανάγκη ισχυρής υποψίας, έγκαιρης διάγνωσης και άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης του αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου και του υποκείμενου νοσήματος, με στόχο τη μείωση της θνησιμότητας, που προκύπτει από το σύνδρομο αυτό.

ΠΑ14 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΡΙΕΤΙΑΣ 2014-2016

Περιφάνης Βασίλειος, Καϊάφα Γεωργία, Μεγαγιάννης Πλάτων, Παπαιοκονόμου Δημήτριος, Τζίνας Αστερίος, Μπουντόθα Σταυρούλα, Σάτσογλου Σαράντης, Χατζητόλιος Απόστολος

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

Η θρομβοφιλία παραμένει μια σημαντική παράμετρος νοσηρότητας και θνητότητας στις αρχές του 21^{ου} αιώνα. Ο έλεγχος κληρονομικής θρομβοφιλίας γίνεται με αυστηρά κριτήρια και σε συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Οι παράμετροι που ελέγχονται είναι η έλλειψη AT III, PrC και PrS, η μετάλλαξη FVLeiden (FVL), η μετάλλαξη G20210 της προθρομβίνης (FII), και η μετάλλαξη MTHFR.

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η καταγραφή ασθενών που διερευνήθηκαν για θρομβοφιλία την προηγούμενη τριετία στα πλαίσια του Εξωτερικού Ιατρείου Αιμόστασης του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ και η ανάλυση των χαρακτηριστικών τους.

Υλικό: Στην τριετία 2014-2016 προσήλθαν 52 ασθενείς, 32 γυναίκες και 20 άντρες, μέσης ηλικίας 42 (έρος 16-78). Οι λόγοι προσέλευσης ήταν για 29 ασθενείς επιβεβαιωμένη φλεβοθρόμβωση, εκ των οποίων 9 για Πνευμονική Εμβολή (ομάδα Α) και για τους υπόλοιπους 23 διερεύνηση θρομβοφιλικών παραγόντων για ποικίλα αίτια χωρίς ενεργό θρόμβωση (ομάδα Β).

Αποτελέσματα: Ευρέθησαν 19 ετερόζυγοι και 7 ομόζυγοι γονότυποι για μετάλλαξη στο γονίδιο MTHFR (c677t) και 16 ετερόζυγοι και 5 ομόζυγοι για τη μετάλλαξη a1298c στο γονίδιο MTHFR. Συνολικά 34 (59,6%) ασθενείς είχαν οιαδήποτε μετάλλαξη στο γονίδιο MTHFR και 12 εξ αυτών και στις 2 γονιδιακές θέσεις. Ευρέθησαν επίσης 10 ετερόζυγοι για τη μετάλλαξη FVLeiden (19,2%) και 4 ετερόζυγοι για την FII μετάλλαξη (7,6%). Οι σύνθετοι γονότυποι ήταν 5 MTHFR/FVL και 3 MTHFR/FII. Στην ομάδα Α, 21 ασθενείς είχαν υπερομοκυστειναιμία, 9 είχαν FVL μετάλλαξη και 3 FII μετάλλαξη. Επτά από τους ασθενείς αυτούς είχαν 2 γονιδιακές βλάβες. Αντίθετα στην ομάδα Β η αντίστοιχη επίπτωση ήταν 13, 1 και 1, ενώ μόνο ένας είχε σύνθετο γονότυπο MTHFR/FII ($p < 0,01$). Κανείς ασθενής δεν είχε έλλειψη φυσικών αντιπηκτικών.

Συμπεράσματα: Στην επιλεγμένη αυτή ομάδα ασθενών επιβεβαιώνεται ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης θρόμβωσης σε ασθενείς με σύνθετους γονότυπους. Ο συνδυασμός υπερομοκυστειναιμίας και άλλης θρομβοφιλικής διαταραχής φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο θρόμβωσης.

ΠΑ15 Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ APRIL ΑΠΟ ΤΑ ΜΥΕΛΩΜΑΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ

Ξεκάλλου Αθηνά¹, Παππά Κωνσταντίνα², Βυζουκάκη Ροδάνθη³, Κοκονοζάκη Μαρία³, Παπαδοπούλου Αναστασία³, Κανέλλη Πέγκυ⁴, Σφυριδάκη Αικατερίνη⁵, Αλεξανδράκης Μιχάλης⁶

¹ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Βενιζέλειο Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

² Παθολογική Κλινική, Βενιζέλειο Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

³ Αιματολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

⁴ Αιμοδοσία, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

⁵ Αιμοδοσία, Βενιζέλειο Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

⁶ Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Το πολλαπλό μυέλωμα (ΠΜ) είναι μια νεοπλασματική νόσος των πλάσματοκυττάρων που χαρακτηρίζεται από αυξημένο πολλαπλασιασμό τους και παραγωγή παραπρωτεΐνης. Ο A proliferation inducing-ligand (APRIL) προάγει τον πολλαπλασιασμό των πλάσματοκυττάρων μέσω της δράσης του στο b cell maturation antigen (BCMA).

Σκοπός: Σκοπός μας είναι η μελέτη της έκφρασης του APRIL σε μυελό των οστών (ΜΟ) ασθενών με πολλαπλό μυέλωμα (ΠΜ) και η συσχέτισή της με γνωστούς δείκτες κυτταρικού πολλαπλασιασμού.

Υλικό: Μελετήθηκαν 42 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΠΜ πριν την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας (19 γυναίκες, 23 άνδρες, ηλικίας 64,1±10,4 έτη, 14 σταδίου I, 11 σταδίου II και 17 σταδίου III κατά ISS) και 18 υγιείς μάρτυρες αντίστοιχης ηλικίας και φύλου. Από όλους τους συμμετέχοντες συλλέχθηκαν δείγματα ορού και οστεομελικής βιοψίας.

Μέθοδος: Μετρήσαμε σε δείγματα οστεομελικής βιοψίας APRIL και Κί67 μετά από ανοσοϊστοχημική χρώση, και τη διήθηση του ΜΟ από πλάσματοκύτταρα σε ποσοστό επί τοις εκατό, ενώ οι IL-10 και IL-6 μετρήθηκαν σε δείγματα ορού με τη μέθοδο ELISA.

Αποτελέσματα: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών και μαρτύρων παρατηρήθηκαν για όλες τις μετρούμενες παραμέτρους (p<0,001 σε όλες τις περιπτώσεις). Όλες οι παράμετροι αυξάνονταν παράλληλα με τα στάδια της νόσου κατά ISS (APRIL p<0,005, διήθηση μυελού p<0,03, Κί67 p<0,001, IL-10 p<0,001, IL-6 p<0,001). Τέλος ο APRIL συσχετιζόταν σημαντικά με όλες τις μετρούμενες παραμέτρους (με τη διήθηση του ΜΟ r=0,389, p<0,01, με τον Κί67 r=0,390, p<0,01, με την IL-10 r=0,497, p<0,001, με την IL-6 r=0,484, p<0,001).

Συμπεράσματα: Η αυξημένη έκφραση του συνδέτη APRIL παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη και την προαγωγή της μυελωματικής νόσου. Περισσότερες μελέτες απαιτούνται για να εξακριβωθεί το αν μπορεί να αποτελέσει πιθανό θεραπευτικό στόχο για το ΠΜ.

ΠΑ16 Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΡΥΠΤΑΣΗΣ ΣΤΑ ΜΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΤΗΣ IL-17 ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΓΓΕΙΟΓΕΝΕΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Παππά Κωνσταντίνα¹, Βυζουκάκη Ροδάνθη², Σταυρουλάκη Αιμιλία³, Μπουλά Άννα³, Κοκονοζάκη Μαρία², Παπαδοπούλου Αναστασία², Αλεγκάκης Αθανάσιος⁴, Λιάπης Ιωάννης⁵, Αλεξανδράκης Μιχάλης⁴

¹ Παθολογική Κλινική, Βενιζέλειο Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

² Αιματολογικό εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

³ Αιματολογική κλινική, Βενιζέλειο Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

⁴ Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

⁵ Αιματολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Η αγγειογένεση στο ΜΟ είναι καθοριστικής σημασίας στην ανάπτυξη του πολλαπλού μυελωματός (ΠΜ). Επιπροσθέτως η αυξημένη μαστοκυτταρική πυκνότητα στο ΜΟ των ασθενών με ΠΜ ευνοεί την ανάπτυξη της νόσου με ποικίλους τρόπους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμήσουμε τη συμμετοχή των θρυπτάσθ θεικών μαστοκυττάρων, της IL-17, του bFGF και της ANGIOP-2 στην εξέλιξη του ΠΜ.

Υλικό Μέθοδος: Μελετήσαμε 52 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΠΜ πριν την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας (32 γυναίκες, 20 άνδρες, 67,5±9,6 έτη, 19 σταδίου I, 17 σταδίου II και 16 σταδίου III κατά ISS). Ακόμα μελετήθηκαν 20 υγιείς μάρτυρες ανάλογης ηλικίας και φύλου.

Μέθοδος: Η μέση πυκνότητα των θρυπτάσθ θεικών μαστοκυττάρων (MCD) εκτιμήθηκε μετά από ανοσοϊστοχημική χρώση σε δείγματα οστεομελικής βιοψίας, ενώ οι τιμές της IL-17, του bFGF και της ANGIOP-2 μετρήθηκαν σε δείγματα ορού με τη μέθοδο ELISA.

Αποτελέσματα: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών και μαρτύρων παρατηρήθηκαν για την MCD (p<0,001), τον bFGF (p<0,01), και την ANGIOP-2 (p<0,01) και για την IL-17 (p<0,04). Όλες οι παράμετροι αυξάνονταν παράλληλα με τα στάδια της νόσου κατά ISS (p<0,001). Τέλος η MCD και η IL-17 συσχετιζόταν σημαντικά με όλες τις μετρούμενες παραμέτρους (p<0,001).

Συμπεράσματα: Τα μαστοκύτταρα αυξάνονται στο ΜΟ των ασθενών με ΠΜ. Απελευθερώνουν διάφορους διαβηαστές που ευνοούν άμεσα και έμμεσα την εξέλιξη της νόσου. Η πρόοδος της νόσου στο ΠΜ συνοδεύεται επίσης από αυξημένη αγγειογένεση στο ΜΟ. Συμπερασματικά, τα μαστοκύτταρα και οι αγγειογενετικοί παράγοντες φαίνεται να αποτελούν σημαντικά στοιχεία στην ανάπτυξη του ΠΜ και να καθίστανται πιθανοί στόχοι για τη θεραπεία και την πρόγνωση της νόσου.

ΠΑ17 ΒCGίτις ΜΙΑ ΥΠΟΥΛΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑ ΠΡΟΣΩΠΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μεχμέτ Φ., Τερζή Ε., Μολληλαγιουσούφογλου Σ., Ξανθόπουλου ΑΜ., Παναγόπουλος Π., Μαϊτέζος Ε.
Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Η λοίμωξη μετά από ενδοκυτταρικές εγχύσεις BCG σε ασθενείς με μιτωτική εξεργασία ουροδόχου κύστης είναι ύπουλη, σοβαρή και όχι σπάνια. Αποτελεί διάσπαρτη μυκοβακτηριδιακή λοίμωξη από το βάκιλλο Calmette-Guerin που ομοιάζει με το *Mycobacterium Bovis*. Μπορεί να εμφανιστεί ως γενικευμένη λοίμωξη, πνευμονίτιδα, ηπατίτιδα ή ως εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας.

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενούς με μυκοβακτηριδιακή λοίμωξη από βάκιλλο Calmette-Guerin που νοσηλεύτηκε στη Β΄ Παθολογική Κλινική του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Κατά το πρόσφατο χρονικό διάστημα καταγράφηκε η περίπτωση ασθενούς με παρατεταμένο εμπύρετο ύστερα από ενδοκυτταρική έγχυση ζώντων εξασθενημένων μυκοβακτηριδιακών βακίλλων (θυλατρικό στέλεχος βάκιλλου των Calmette-Guerin). Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σε ασθενείς με μιτωτική εξεργασία της ουροδόχου κύστης με σκοπό τον περιορισμό υποτροπών καρκίνου, προκαλώντας τοπική ανοσοδιέγερση και καταστροφή των νεοπλασματικών κυττάρων. Η αναζήτηση στοιχείων έγινε από τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς κατά την νοσηλεία του στη ΒΠΓΚ.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκε η περίπτωση του ασθενούς 66 ετών (άρρενος), με ιστορικό χειρουργηθέντος θηλώματος ουροδόχου κύστης (2012) και υποτροπής, με *in situ* καρκινώμα της ουροδόχου κύστης (11/2015). Ο ασθενής κατά το τελευταίο έτος ήταν σε ανοσοθεραπεία με ενδοκυτταρικές εγχύσεις BCG. Μετά την τελευταία έγχυση εντός 24 ωρών παρουσίασε υψηλό πυρετό με ρίγος έως 39°C. Έλαβε εμπειρικά από τον θεράποντα ουρολόγο αγωγή με ριφαμπικίνη για διάστημα 9 ημερών χωρίς ύφεση του πυρετού. Εισήχθη σε Γ.Ν. Ξάνθης με εικόνα οξείας χολοκυστιτίδας-χοηλαγγειτίδας και έλαβε αντιμικροβιακή αγωγή χωρίς όμως ύφεση του εμπυρετου. Διεκομίσθη στη Β΄ ΠΠΚ κλινική για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση παρατεταμένου εμπυρετου. Ο ασθενής κατά την εισαγωγή στη Β΄ ΠΠΚ είχε εικόνα πνευμονίτιδας (CT θώρακα, εικόνα θολής υάλης) ηπατίτιδας και θρομβοπενίας. Ο έλεγχος με PCR, καλλιέργειες και χρώση κατά Gram δεν ταυτοποίησαν μυκοβακτηρίδιο *Bovis*. Ωστόσο έγινε έναρξη αντιφυματικής αγωγής με αποτέλεσμα την απύρεξια περί τη 10^η ημέρα της νοσηλείας του, με πλήρη κλινικό-εργαστηριακή αποκατάσταση.

Συμπέρασμα: Η BCGίτις είναι αρκετά σοβαρή νόσος, η οποία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση, ιδιαίτερα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

ΠΑ18 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΡΟΥ ΤΟΥ ΙΣΤΙΚΟΥ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ TIMP-2 ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Γρηγόριος Δήμας¹, Απόστολος Αλεξανδρής¹, Θωμάς Τέγος², Ιωάννης Καραμούζης³, Σοφία Δημοπούλου¹, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Ελίζα Λύκα¹, Κωνσταντίνος Λάλλης¹, Δημήτριος Παπαδημόπουλος¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹, Δημήτριος Γρέκας¹

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/Σκοπός: Αντικρούμενα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών δεν προσδίδουν έναν σαφή ρόλο για τον ιστικό αναστολέα των πρωτεασών-2 (tissue inhibitor of metalloproteinase-2, TIMP-2) στην παθογένεια της διαβητικής αλβουμινουρίας και αθηροσκλήρωσης. Η εξέλιξη του οξειδωτικού στρες (ΟΣ) από τα πρώιμα στάδια έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας από την άληη, δεν είναι απολύτως διευκρινισμένη. Η συγκέντρωση των επιπέδων ορού της οξειδωμένης-LDL (oxidized-LDL, ox-LDL) και του 15-F2t-isoprostane (15-F2t-IsoP) αποτελούν αξιόπιστους βιοχημικούς δείκτες ΟΣ σε ασθενείς με διάφορες παθολογικές κλινικές οντότητες, συμπεριλαμβανομένης της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν τα επίπεδα ορού του TIMP-2, της ox-LDL και του 15-F2t-IsoP και να εξεταστεί ο ρόλος τους στην αθηροσκλήρωση και αλβουμινουρία σε ασθενείς με ΧΝΝ σε πρώιμα στάδια διαβητικής νεφροπάθειας (ΔΝ) από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Ασθενείς/Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 50 ασθενείς σε πρώιμα στάδια ΧΝΝ 1 και 2, με τύπου 2 ΔΝ. Σαν μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 50 υγιείς εθελοντές. Ο TIMP-2, η ox-LDL και το 15-F2t-IsoP μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Ο πρώιμος αθηρωματικός δείκτης IMT (Intima media thickness) των καρωτίδων και μηριαίων αρτηριών, καθώς και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας προσδιορίστηκαν με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερηχοτομογράφο, ενώ η αλβουμινουρία εξετάστηκε σε συλλογή ούρων 24ώρου.

Αποτελέσματα: Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ox-LDL (50 ± 5 , $p < 0.0001$), 15-F2t-IsoP (150 ± 50 , $p < 0.0001$), TIMP-2 (100 ± 5 , $p < 0.0001$), IMT (0.3 ± 0.1 , $p < 0.0001$) και αλβουμινουρία (300 ± 150 , $p < 0.0001$) στην ομάδα ασθενών. Υπήρξε στατιστικά σημαντική αρνητική ισχυρή συσχέτιση μεταξύ επιπέδων ox-LDL και TIMP-2 ($r = -0.7$, $p < 0.0001$), 15-F2t-IsoP και TIMP-2 ($r = -0.7$, $p < 0.0001$), μεταξύ TIMP-2 και IMT ($r = -0.7$, $p < 0.0001$), καθώς και μεταξύ TIMP-2 και αλβουμινουρίας ($r = -0.65$, $p < 0.0001$). Υπήρξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ ox-LDL και 15-F2t-IsoP με IMT ($r = 0.7$, $p < 0.0001$), καθώς και ox-LDL και 15-F2t-IsoP με αλβουμινουρία ($r = 0.65$, $p < 0.0001$). Επιπρόσθετα τα υψηλά επίπεδα των ox-LDL και 15-F2t-IsoP και τα ελαττωμένα επίπεδα του TIMP-2 συσχετιζόταν ανεξάρτητα με IMT και αθηρωματική πλάκα.

Συμπέρασμα: Στην παρούσα μελέτη τα ελαττωμένα επίπεδα του TIMP-2 και τα αυξημένα επίπεδα των ox-LDL και 15-F2t-IsoP υποδεικνύονται ως ανεξάρτητοι παράγοντες αθηροσκλήρωσης και αλβουμινουρίας από τα αρχικά στάδια ΧΝΝ με ΔΝ προς την εξέλιξη της νόσου.

ΠΑ19 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Φώτιος Μπάρκας, Γεώργιος Λιάμης, Ευάγγελος Λυμπερόπουλος, Ελευθέριος Κηλούρας, Μωυσής Ελισάφ

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

Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης των επιπέδων ουρικού οξέος με τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) σε ασθενείς που παρακολουθούνται σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο λιπιδίων.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν 1241 ενήλικοι ασθενείς με διάρκεια παρακολούθησης ≥ 3 έτη. Για τη συσχέτιση των επιπέδων ουρικού οξέος με τον κίνδυνο εμφάνισης ΧΝΝ χρησιμοποιήθηκε Cox regression analysis (backwards conditional) που συμπεριέλαβε και άλλους δυνητικά συχτικτικούς παράγοντες. Ως τεταρτημώρια των επιπέδων του ουρικού οξέος ορίστηκαν τα εξής: Q1: <4 , Q2: 4-5, Q3: 5-6 και Q4: ≥ 6 mg/dL.

Αποτελέσματα: Αφού αποκλείστηκαν 102 ασθενείς με ΧΝΝ κατά την αρχική επίσκεψη, ένα ποσοστό 11.9% των ασθενών εμφάνισε ΧΝΝ κατά τη διάρκεια παρακολούθησής τους (6 έτη; IQR:4-10). Σύμφωνα με την πολλαπαραγοντική ανάλυση τα επίπεδα ουρικού οξέος (HR: 1.23; 95% CI: 1.08-1.4, $p=0.002$), το φύλο (θήλυο) (HR: 1.52; 95% CI: 1.02-2.26, $p=0.04$), η ηλικία (HR: 1.10; 95% CI: 1.07-1.12, $p<0.001$), ο διαβήτης (HR: 1.79; 95% CI: 1.15-2.80, $p=0.01$), η καρδιαγγειακή νόσος (HR: 1.65; 95% CI: 1.06-2.58, $p=0.027$) και η ΧΝΝ σταδίου II (HR: 1.97; 95% CI: 1.06-3.66, $p=0.032$) αποτελούσαν παράγοντες εμφάνισης ΧΝΝ. Τα υψηλότερα επίπεδα ουρικού οξέος συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΧΝΝ σε σύγκριση με τα χαμηλότερα: ο διορθωμένος κίνδυνος εμφάνισης ΧΝΝ για τα Q2, Q3 και Q4 τεταρτημώρια ήταν 0.99 (0.58-1.70), 1.28 (0.73-2.24) and 1.85 (1.05-3.23), αντίστοιχα, για τη σύγκριση με το Q1 τεταρτημώριο ($p=0.017$).

Συμπεράσματα: Τα υψηλά επίπεδα του ουρικού οξέος συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΧΝΝ.

ΠΑ20 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΡΟΥ ΤΟΥ ΙΣΤΙΚΟΥ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ TIMP-1 ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΥΝ ΑΠΟ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΡΟΝΙΑ ΣΠΕΙΡΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Γρηγόριος Δήμας¹, Κωνσταντίνος Λάλλης¹, Θωμάς Τέγος², Ιωάννης Καραμούζης³, Δημήτρης Παπαδημόπουλος¹, Σοφία Δημοπούλου¹, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Άννα Μαυρομανώλη¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹, Δημήτριος Γρέκας¹

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/Σκοπός: Ο ιστικός αναστολέας των πρωτεασών 1 (tissue inhibitor of metalloproteinase -1, TIMP-1) είναι σημαντικός κατά τη νεφρογένεση, ενώ έχει βρεθεί ότι η υπερέκφρασή του σε ζωικό μοντέλο αθηροσκλήρωσης ποτικίου υποσπρέφει τις αγγειακές βλάβες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιοριστούν τα επίπεδα ορού του TIMP-1 και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με δείκτες πρόωμης και κλινικής αθηροσκλήρωσης σε ασθενείς με πρωτοπαθή χρόνια σπειραματονεφρίτιδα (ΧΣΝ) και πρώιμα στάδια χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ).

Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 50 ασθενείς με ΧΣΝ και σταδίων 1 και 2 ΧΝΝ. Ως υγιείς μάρτυρες συμπεριλήφθηκαν 50 εθελοντές. Τα επίπεδα ορού του TIMP-1 προσδιορίστηκαν με την μέθοδο ELISA. Η πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα (Intima-media thickness, IMT) των καρωτίδων και των μηριαίων αρτηριών, καθώς και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας προσδιορίστηκαν με έναν υπερηχοτομογράφο υψηλής ευκρίνειας, ενώ η αιθουμοουρία μετρήθηκε σε συλλογή ούρων 24ώρου.

Αποτελέσματα: Υπήρξε στατιστική διαφορά μεταξύ TIMP-1 (400 ± 20 , $p<0.0001$), αιθουμοουρίας (300 ± 150 , $p<0.0001$) και IMT (0.3 ± 0.09 , $p<0.0001$) μεταξύ ασθενών και μαρτύρων. Υπήρξε στατιστικά σημαντική ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ TIMP-1 και IMT ($r = -0.65$, $p<0.0001$), καθώς και TIMP-1 και αιθουμοουρίας ($r = -0.75$, $p<0.0001$). Επιπρόσθετα τα χαμηλά επίπεδα ορού του TIMP-1 αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αθηροσκλήρωση (πολλυπληθής ανάλυση παλινδρόμησης).

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας υποδεικνύει τα επίπεδα ορού του TIMP-1 να σχετίζονται με δείκτες πρόωμης και κλινικής αθηροσκλήρωσης σε ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1 και 2, ενώ θα μπορούσαν να αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για τη νόσο.

ΠΑ21 ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Γρηγόριος Δήμας¹, Ζωή Τσιγγερλιώτη¹, Ιωάννης Καραμούζης², Άννα Μαυρομανώλη¹, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Σοφία Δημοπούλου¹, Παρασκευή Καραλάζου², Αικατερίνη Θυσιάδου², Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹, Δημήτριος Γρέκας¹

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 επίπεδα της στο πλάσμα αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αθηροσκλήρωση. Η μετάλλαξη του γονιδίου MTHFR προκαλεί έκπτωση της ενζυμικής δραστηριότητας με επακόλουθη υπερομοκυστεϊναιμία.

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) 1^{ου} και 2^{ου} 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 πολωμένου 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 υπερομοκυστεϊναιμία, 5 την μετάλλαξη MTHFR - 1 C677T και 3 την MTHFR - 2 A1298C. Από τους 25 υγιείς, 5 παρουσίασαν υπερομοκυστεϊναιμία, 3 την MTHFR - 1 C677T και 2 την MTHFR - 2 A1298C.

Συμπέρασμα: Αυξημένα ποσοστά της μετάλλαξης MTHFR - 1 C677T ανευρέθηκαν στους ασθενείς με υπερομοκυστεϊναιμία, γεγονός που επιβεβαιώνει τη θετική συσχέτιση της μετάλλαξης με την υπερομοκυστεϊναιμία στη ΔΝ.

ΠΑ22 ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Γρηγόριος Δήμας¹, Δημήτρης Παπαδημόπουλος¹, Ιωάννης Καραμούζης², Σοφία Δημοπούλου¹, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Άννα Μαυρομανώλη¹, Κωνσταντίνος Λάλλιας¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹, Δημήτριος Γρέκας¹

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: Ο αυξητικός παράγοντας των ινοβλαστών (Fibroblast growth factor-23, FGF-23) έχει ενοχοποιηθεί τελευταία στη χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) και είναι σημαντικός στον άνθρωπο κατά την οστεογένεση. Πρόσφατα πειραματικά δεδομένα υποστηρίζουν ένα ρόλο για τον FGF-23 στην εύδωση κυτοκινών από το λιπώδη ιστό αλλά οι υποκείμενοι μηχανισμοί δεν έχουν διερευνηθεί. Η ιντελευκίνη-6 (Interleukine-6, IL-6) θεωρείται μία προ-φλεγμονώδης λιποκυτταροκίνη. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιορισθούν τα επίπεδα του FGF-23 και της IL-6 και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση σε παχύσαρκους ασθενείς με τύπου 2 σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ).

Ασθενείς-Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 50 παχύσαρκοι ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 και διαβητική νεφροπάθεια σε πρώιμα στάδια ΧΝΝ 1 και 2, 50 ασθενείς με ΔΝ 2 και ΧΝΝ σταδίων 1 και 2, και 40 υγιείς εθελοντές. Τα επίπεδα της IL-6 και FGF-23 στον ορό προσδιορίστηκαν με την ενζυμιοανοσολογική μέθοδο ELISA.

Αποτελέσματα: Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ FGF-23 (0.5 ± 0.1 , $p < 0.004$), IL-6 (4 ± 0.5 , $p < 0.0001$) και αιθουσιμνουρίας (300 ± 150 , $p < 0.0001$) μεταξύ ασθενών και μαρτύρων. Υπήρξε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ FGF-23 και αιθουσιμνουρίας ($r = 0.7$, $p < 0.0001$) καθώς και FGF-23 και IL-6 ($r = 0.75$, $p < 0.005$).

Συμπέρασμα: Η μελέτη υποδεικνύει τα επίπεδα ορού του FGF-23 και της IL-6 να αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες αιθουσιμνουρίας σε παχύσαρκους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

ΠΑ23 MALT-ΛΕΜΦΩΜΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ: ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΠΟΡΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΡΙΩΣΗ ΤΟΥ HELICOBACTER PYLORI ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Τζαβέλλα Κωνσταντίνη¹, Ott Roland¹, Schatke Winfried¹, Fischbach Wolfgang², Σαββόπουλος Χρήστος³, Χατζητόλιος Απόστολος³

¹ *Ινστιτούτο Γαστρεντερολογίας - Ιδιωτικό Ιατρείο, Μόναχο, Γερμανία*

² *Medizinische Klinik II, Klinikum Aschaffenburg, Aschaffenburg, Γερμανία*

³ *Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»*

Εισαγωγή: Το MALT-λέμφωμα ανήκει σε ειδική κατηγορία χαμηλού βαθμού κακοήθειας μη Hodgkin λεμφωμάτων από B κύτταρα (B-NHL). Είναι εξωλεμφραδενικό και εμφανίζεται συνήθως σε λεμφικό ιστό που σχετίζεται με βλεννογόνο. Στον γαστρεντερικό σωλήνα εντοπίζεται κυρίως στο στομάχι, ακολουθεί το λεπτό και το παχύ έντερο.

Παρουσίαση περιστατικού: Άρρεν ασθενής, 78 ετών, παρακολουθείται από το 2004, κατ' αρχήν λόγω επαλαμβανόμενου άηχους άνω κοιλίας και δυσπεπτικών εννοήσεων. Στις γαστροσκοπήσεις που έλαβαν χώρα κατά τη περίοδο εκείνη, ευρέθη χρόνια γαστρίτιδα λόγω ροίμωξης με *Helicobacter pylori*. Οι τότε επανειλημμένες προσπάθειες εκρίζωσης με διάφορα θεραπευτικά σχήματα απέτυχαν. Το 2011 ετέθη στον ενδοσκοπικό έλεγχο για πρώτη φορά η διάγνωση ενός MALT-λέμφωματος σε πολυποειδή εξεργασία στο σώμα του στομάχου και το δωδεκαδάκτυλο, ενώ αφαιρέθηκε στο σιγμοειδές ένας μικρός καλοήθης λεμφοειδής πολύποδας. Η εκρίζωση του *Helicobacter pylori* επιτεύχθηκε το 2013 με τετραπλή θεραπεία με βάση το βισμούθιο. Στον τακτικό ενδοσκοπικό έλεγχο που ακολούθησε δεν ανιχνεύθηκε *Helicobacter pylori* ξανά, ενώ οι πολυποειδείς εξεργασίες στο σώμα του στομάχου και το δωδεκαδάκτυλο ενδοσκοπικά δεν άλλαξαν μορφή. Το Νοέμβριο του 2015 βρέθηκαν ενδοσκοπικά τρεις καινούριες πολυποειδείς εξεργασίες στο σιγμοειδές, όμοιες εκείνων στο σώμα του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, με ιστολογικά ευρήματα του ήδη γνωστού MALT-λέμφωματος. Νέα ιστολογική εκτίμηση του πολύποδα που αφαιρέθηκε από το σιγμοειδές το 2011 κατέδειξε εκ των υστέρων επίσης MALT-λέμφωμα. Ο συμπτωματικός κλινικοεργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος απέβη έως τώρα αρνητικός ως προς την ύπαρξη συστηματικής νόσου. Δεδομένου ότι ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός η νόσος θεωρείται ελάχιστα υπολειπόμενη μετά από επιτυχή εκρίζωση του *Helicobacter pylori*. Ακολουθείται μια Wait and Watch-στρατηγική με τακτικό ενδοσκοπικό έλεγχο κάθε 1-2 χρόνια.

Συμπέρασμα: Η σύγχρονη προσβολή του παχέος εντέρου σε γνωστό MALT-λέμφωμα του στομάχου και δωδεκαδακτύλου είναι σπάνια. Αξιοσημείωτη στην παρούσα περίπτωση είναι η μορφολογική ομοιότητα των πολυποειδών εξεργασιών που θα πρέπει να ενισχύει ενδοσκοπικά την υπόνοια ενός MALT-λέμφωματος. Η εκ νέου ιστολογική εκτίμηση του πρώτου αφαιρεθέντος πολύποδα από το σιγμοειδές απέδειξε εκ των υστέρων προσβολή του παχέος από το 2011, γεγονός που καταδεικνύει ενίοτε την ανάγκη μιας επανεκτίμησης.

ΠΑ24 ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΘΗΣΗ (GFR) ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΤΙΝΗ-C ΟΡΟΥ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗ GFR ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΤΟ ⁵¹Χρῶμιο-EDTA ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Οικονόμου Θεοδώρα¹, Γουλής Ιωάννης¹, Σουλαϊδόπουλος Στέργιος¹, Δούμτσας Πέτρος¹, Τζούμαρη Θεοδώρα¹, Ντογραματζή Φανή², Αναστασιάδου Ζωή², Τονικίδη Χριστίνα¹, Διαβαστή Μαριάννα¹, Βαϊσιον Κωνσταντίν¹, Βουδούρη Ευγενία¹, Χολόγκιτας Ευάγγελος¹

¹ Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

² Βιοχημικό Τμήμα «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: η συστατίνη-C (CysC) και οι βασισμένες σε αυτή μαθηματικές εξισώσεις προσδιορισμού του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) έχουν προταθεί ως ακριβέστερες, σε σχέση με αυτές που βασίζονται στην κρεατινίνη ορού (Cr).

Σκοπός: η σύγκριση των μαθηματικών εξισώσεων υπολογισμού της GFR με βάση την CysC και Cr σε σχέση με τη ⁵¹Cr-EDTA-GFR σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

Υλικό/Μέθοδος: σε 104 ασθενείς εκτιμήθηκε η GFR με βάση την Cr χρησιμοποιώντας την MDRD-4 εξίσωση και με βάση την CysC χρησιμοποιώντας τις Larsson και Hoek εξισώσεις. Όλες οι υπολογιζόμενες GFRs συγκρίθηκαν με την ⁵¹Χρῶμιο-EDTA-GFR ("αληθής" GFR).

Αποτελέσματα: η σχέση μεταξύ ⁵¹Χρῶμιο-EDTA-GFR και μαθηματικών εξισώσεων (GFR-MDRD-4, GFR-Larsson και GFR-Hoek) ήταν σχετικά καλή (r²: 0.53, 0.68 και 0.69, αντιστοίχως, p<0.001), αλλά ήταν πάντα καλύτερη στην υποομάδα των ασθενών με "αληθή GFR" ≥60mL/min, σε σχέση με αυτούς με "αληθή" GFR <60mL/min. Η "αληθής" GFR σχετιζόταν σημαντικά με την Cr (r²:-0.66), CysC (r²:-0.68), ηλικία (r²:-0.44), Βαρύτητα ασκίτη (r²:-0.43), MELD score (r²:-0.38), λευκωματίνη ορού (r²:0.26) και νάτριο ούρων (r²:0.46) (όλα p<0.05). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, Cr (OR:-0.33), CysC (OR:-0.39) και ηλικία (OR:-0.23) αποτέλεσαν τις ανεξάρτητες μεταβλητές σχετιζόμενες με τη "αληθή" GFR. Η νέα GFR εξίσωση στηριζόμενη στις τρεις αυτές μεταβλητές σχετιζόταν καλύτερα με την ⁵¹Χρῶμιο-EDTA GFR (r²:0.74, p<0.001), σε σχέση με τις προηγούμενες μαθηματικές εξισώσεις (MDRD-4, Larsson και Hoek).

Συμπέρασμα: ειδικές μαθηματικές εξισώσεις που συνδυάζουν την Cr και τη CysC φαίνεται ότι πλεονεκτούν για τον υπολογισμό της GFR σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

		Correlations				
		VAR00015	GFR	MDRDlast	Hoek	Larsson
Spearman's rho	VAR00015					
	Correlation Coefficient	1,000	,734*	,507*	,781*	,781*
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000
	N	104	76	104	104	104
GFR	Correlation Coefficient	,734*	1,000	,525*	,688*	,688*
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,000
	N	76	76	76	76	76
MDRDlast	Correlation Coefficient	,507*	,525*	1,000	,554*	,554*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,000
	N	104	76	104	104	104
Hoek	Correlation Coefficient	,781*	,688*	,554*	1,000	1,000*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	.
	N	104	76	104	104	104
Larsson	Correlation Coefficient	,781*	,688*	,554*	1,000	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	.
	N	104	76	104	104	104

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ΠΑ25 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΟΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Οικονόμου Θεοδώρα¹, Γουλή Ιωάννης¹, Δουγαλής Απόστολος¹, Σουλαϊδόπουλος Στέργιος¹, Καρασμάνη Αρετή¹, Δούμτσος Πέτρος¹, Τζούμαρη Θεοδώρα¹, Δουλιγέρης Ιωάννης¹, Μιχαηλίδου Σταματία¹, Κολλότσιου Κατερίνα¹, Χολόγκιτας Ευάγγελος¹

¹ Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Πποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Μελέτες σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση έδειξαν συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων φερριτίνης ορού και της πρόγνωσης των ασθενών. Επιπλέον, οι δείκτες RDW (red blood cell distribution width) και MPV (mean platelet volume) έχουν σχετιστεί με τη βαρύτητα της ηπατικής λειτουργίας.

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η επίδραση της φερριτίνης ορού και των RDW/MPV στην πρόβλεψη της έκβασης [επιβίωση, θάνατο ή μεταμόσχευση ήπατος (ΜΗ)] των ασθενών με σταθερή μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

Υλικό/Μέθοδος: Αξιολογήθηκαν ενήλικες ασθενείς με σταθερή μη αντιρροπούμενη κίρρωση που εισήχθησαν στην κλινική μας το διάστημα Σεπτεμβρίου 2010 με Φεβρουάριο 2016. Για κάθε ασθενή καταγράφηκαν οι τιμές φερριτίνης ορού και RDW/MPV. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν προοπτικά και εκτιμήθηκε η έκβασή τους (επιβίωση, θάνατος ή ΜΗ).

Αποτελέσματα: Αξιολογήσαμε 192 ασθενείς (142 άνδρες, ηλικίας 54.2±12 έτη). Στο τέλος της παρακολούθησης [12 (1-64) μήνες] 62 ασθενείς επιβίωσαν και 130 απεβίωσαν ή υποβλήθηκαν σε ΜΗ. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση η φερριτίνη ορού (HR: 1.001, 95%CI.: 1.00-1.002, p=0.005) και ο GFR (HR: 0.96, 95% CI: 0.92-0.99, p=0.035) ήταν οι μόνι ανεξάρτητοι παράγοντες που σχετιζόνταν σημαντικά με την έκβαση των ασθενών. Η φερριτίνη είχε μικρή διακριτική ικανότητα (AUC: 0.61) με ευαισθησία και ειδικότητα 85.3% και 44.2%, αντίστοιχα, στο καλύτερο διακριτικό όριο (cut off point >55ng/ml), ενώ οι ασθενείς με φερριτίνη >55ng/ml (n=145) είχαν χειρότερη έκβαση σε σχέση με αυτούς με φερριτίνη ≤55ng/ml (n=47) (log rank p=0.001). Οι RDW/MPV δεν φάνηκε να σχετίζονται με την έκβαση.

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα φερριτίνης ορού (αλλά όχι των RDW/MPV) σχετίζονται με την μακροπρόθεσμη έκβαση των ασθενών με σταθερή μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

ΠΑ26 ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ CMV ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

Ρέντζιου Πάννα¹, Κωνσταντινίδης Πολύδωρος¹, Παυλάκης Μιχαήλ¹, Μπασκούτα Ευαγγελία¹, Καραντάνας Παναγιώτης², Μοντσενίγος Θωμάς¹, Δαιμονάκου Μαρία³, Σαφιλιάνης Ιωάννης¹

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

² Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV) επηρεάζει συχνά το γαστρεντερικό σύστημα. Εντούτοις, η CMV κοιλίτιδα εμφανίζεται συνήθετα σε άτομα με σοβαρού βαθμού ανοσοκαταστολή.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με νόσο Crohn και CMV κοιλίτιδα σε ασθενή που δεν έχει λάβει ανοσοκατασταλτική θεραπεία.

Υλικό & Μέθοδοι: Άνδρας 76 ετών προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων λόγω διαρροϊκών κενώσεων με πρόσμεξη αίματος από διήθημα. Το ατομικό αναμνηστικό περιλαμβάνει αρτηριακή υπέρταση υπό φαρμακευτική αγωγή. Από την κλινική εξέταση: κοιλία ήπια μετεωρισμένη, αυξημένοι εντερικοί ήχοι και ζυμώδη οιδήματα σφυρών. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία και σοβαρού βαθμού υποηλεκτωματαιμία.

Αποτελέσματα - Πορεία Νόσου: Ο ασθενής παρέμεινε άπυρετος καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας: σημαντική διάταση παχέος εντέρου σε όλο το μήκος του (>10 εκ), χωρίς ηοιπά κλινικά στοιχεία τοξικού megacolon. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση: οιδηματώδης, εξηλικωμένη περιοχική σιγμοειδούς, κατόντος. Ετέθη σε αγωγή με κορτικοστεροειδή εν αναμονή των βιοψιών. Από την βιοψία προέκυψε νόσος Crohn επιπλοκεία με CMV κοιλίτιδα. Προσετέθη γανσικλοβίρη στην ανωτέρω αγωγή χωρίς ύφεση των συμπτωμάτων και χωρίς υποχώρηση της διάτασης. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην Χειρουργική Κλινική και υπεβλήθη σε τμηματική κολεκτομή.

Συμπέρασμα: Η CMV κοιλίτιδα εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και ενδοχομείως σχετίζεται με απελευθέρωση προφλεγμονωδών κυττοκινών και έξαρση της νόσου. Η εμφάνιση της όμως σε ασθενείς που δεν έχουν λάβει ανοσοκατασταλτική αγωγή είναι σπάνια και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ανθεκτική σε κορτιζών νόσο.

ΠΑ27 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΑ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ (VON MEYENBURG COMPLEXES - VMCs)

Θεοχαρίδου Χριστίνα-Χρυσάνθη¹, Πασκαλής Γεώργιος-Χάρης¹, Γκόγκος Κωνσταντίνος¹

¹ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα αμαρτώματα των χοληφόρων (von Meyenburg complexes - VMCs) είναι μια σπάνια κλινική οντότητα που χαρακτηρίζεται από μικρές, πολήλαπλές, κυστικές διατάξεις των χοληφόρων. Συνήθως ανευρίσκονται ως τυχαίο εύρημα αλλά μπορεί να παρουσιαστούν ως επεισόδια κοιλιαλγίας, εμπυρέτου ή και χολαγγειίτιδας.

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με VMCs που εκδηλώθηκε ως επεισόδιο χολαγγειίτιδας.

Υλικό: Άνδρας ασθενής 46 ετών, καπνιστής, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό εισήχθη στην κλινική μας λόγω εμπυρέτου έως 39,2°C και έντονου άλγους δεξιός κοιλιακής χώρας από πενθημέρου. Λάμβανε αντιβιοτική αγωγή με κεφπροζόλη από διημέρου. Η κλινική εξέταση δεν ανέδειξε αξιόλογα ευρήματα εκτός από εντοπισμένο άλγος δεξιού υποχονδρίου. Τα εργαστηριακά ευρήματα (λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο και αυξημένους δείκτες φλεγμονής) συνηγορούσαν υπέρ λοίμωξης.

Μέθοδος: Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε διάσπαρτους μικροκυστικούς σχηματισμούς στο ηπατικό παρέγχυμα (οι μεγαλύτεροι 10-13mm) χωρίς ευρήματα χολοκυστίτιδας. Με την υπόνοια VMCs, πραγματοποιήθηκε μαγνητική τομογραφία που επιβεβαίωσε τη διάγνωση.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αντιμετώπιστηκε ως επεισόδιο χολαγγειίτιδας και παρουσίασε ύφεση των κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων. Έως σήμερα, δεν έχει εμφανίσει υποτροπή.

Συμπέρασμα: Τα VMCs σπανίως μπορεί να εκδηλωθούν με κοιλιαλγία και εμπύρετο θέτοντας την υπόνοια λοίμωδους επιπλοκής στο ηπατικό παρέγχυμα. Παρόμοιες περιπτώσεις ασθενών έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία.

ΠΑ28 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

**Κωνσταντίνου Χάρης, Καουράνης Κώστας, Νικολαΐδου Ιωάννα, Χριστοδούλου Σοφία, Ολύμπιος
Γιώργος, Πρασίτη Μιχαέλα, Στυλιανού Ανδρέας**

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας

Εισαγωγή: Η κοιλιοκάκη είναι μια συστηματική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από ατροφία των εντερικών βλαχών του λεπτού εντέρου που υποστρέφει με δίαιτα ελεύθερα γλυουτένης. Πρόκειται για τη συχνότερη αυτοάνοση τροφική δυσανεξία παγκοσμίως που εμφανίζεται σε άτομα γενετικά προδιαθεσμένα.

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με γνωστό ιστορικό κοιλιοκάκης ο οποίος εισήχθη λόγω κοιλιακού άλγους.

Μέθοδοι - Υλικό: Πρόκειται για ασθενή ηλικίας 42 ετών ο οποίος προσήλθε στο Νοσοκομείο αιτώμενος διαφυστικό άλγος εντοπισμένο στο επιγαστρίο και δεξιά υποχόνδριο που ξεκίνησε 5 μέρες προηγουμένως με επιδείνωση κατά τη βάδιση και βήχα και μερική ύφεση κατά την κατάκλιση. Κατά την εισαγωγή αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος, χειρουργική εκτίμηση κ.φ. Ακτινογραφία θώρακος και κοιλίας χωρίς ευρήματα. Κατά τη νοσηλεία του υπεβλήθη σε ενδοσκοπικό έλεγχο με φυσιολογικά ευρήματα. Υπερηχογράφημα κοιλίας επίσης χωρίς ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, γενική αίματος κ.φ, ενώ κατά τη Τρίτη μέρα νοσηλείας του παρατηρήθηκε συγκριτικά με την εισαγωγή του αύξηση των τρανσαμινασών, SGPT 238U/L, SGOT 84U/L. Η αξονική τομογραφία κοιλίας που έγινε στη συνέχεια ανέδειξε θρόμβωση της πυλαίας φλέβας. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με παρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας αρνητικός.

Συμπέρασμα: Η κοιλιοκάκη είναι μια νόσος που όχι σπάνια συνυπάρχει με αιματολογικά νοσήματα, διαταραχές ηπικαιότητας και άλλες μορφές αυτοανοσίας, προβλήματα που οδηγούν αυτούς τους ασθενείς στο Νοσοκομείο. Στη παγκόσμια βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί λίγες περιπτώσεις ασθενών με κοιλιοκάκη και θρόμβωση πυλαίας φλέβας με τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς να μην είναι πλήρως διευκρινισμένοι.

ΠΑ29 ΠΑΡΟΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ - ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ

Δούμτσας Πέτρος, Χολόγκιτας Ευάγγελος, Βέττας Χρήστος, Δουλιγέρης Ιωάννης, Καρασμάνη Αρετή, Οικονόμου Θεοδώρα, Τοντικίδη Χριστίνα, Διαβαστή Μαριάννα, Βαίτων Κωνσταντίνα, Βουδούρη Ευγενία, Δουγαλής Απόστολος, Γουλιής Ιωάννης

Δ΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ, Γενικό Νοσοκομείο «Γπποκράτειο» Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η ραβδομυόλυση είναι σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από καταστροφή μυϊκών κυττάρων και απελευθέρωση στην κυκλοφορία ενδοκυττάρων ουσιών. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με ασυμπτωματική ραβδομυόλυση ως επιπλοκή οξείας σοβαρής παγκρεατίτιδας άγνωστης αιτιολογίας (ιδιοπαθής).

Μέθοδος-Υλικό: Άνδρας ασθενής 45 ετών διακομίστηκε στην κλινική μας από περιφερικό νοσοκομείο όπου νοσηλεύτηκε από 48ώρου πύου εγκατάστασης επιταχυνθείσας διαξφριστικού χαρακτήρα και ζωστηροειδούς επέκτασης. Δεν αναφερόταν λήψη φαρμάκων, αιθανόλης ή άλλων ουσιών, δεν προηγήθηκε τραύμα, νυγμός εντόμου ή κατανάλωση ύπνου γεύματος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν AMYL ορού 1444U/L, AMYL ούρων 4320U/L, AST 512U/L, ALT 117U/L, WBC24.800μL, CRP 238mg/L, απουσία αποφρακτικών ενζύμων, Ca 8.2mg/dL, TG 49mg/dL. Κατά την εισαγωγή ο ασθενής παρουσίαζε εικόνα σοβαρής παγκρεατίτιδας και εντός 48ώρου κριτήρια RANSON 4 και APACHE III SCORE 9. Έλεγχος με CT και MRCP ανέδειξε ευρήματα νεκρωτικής παγκρεατίτιδας αήθ με βατότητα κοινού χοληδόχου και παγκρεατικού πόρου.

Την τρίτη ημέρα νοσηλείας διαπιστώνεται ασυμπτωματική ραβδομυόλυση με CPK 21.161U/L και μυοσφαιρίνη 130μg/L. Αποκλείστηκε η συμμετοχή του μυοκαρδίου ενώ ο έλεγχος για λοιμώδη νοσήματα απέβη αρνητικός. Ο ασθενής τέθηκε υπό επιθετική ενυδάτωση και αντιβιοτική αγωγή με αποτέλεσμα την προοδευτική αποδρόμή της ραβδομυόλυσης και της παγκρεατικής φλεγμονής με διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας.

Συμπέρασμα: Μετά τον αποκλεισμό λοιμωδών αιτιών που μπορούν να προκαλέσουν και τα δύο σύνδρομα, η ραβδομυόλυση αποδόθηκε στην παρουσία αυτοπεπτικών ενζύμων και μεσοθηβτικών φλεγμονής που συνοδεύουν την παγκρεατίτιδα. Η ραβδομυόλυση είναι μια σπάνια αήθ άοι ευκαταφρόνητη επιπλοκή που μπορεί να συνοδεύει την οξεία παγκρεατίτιδα και ιδιαίτερα τη σοβαρή μορφή της νόσου.

ΠΑ30 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΚΟΚΚΙΟΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ

Δούμτσας Πέτρος¹, Χολόγκιτας Ευάγγελος¹, Βέττας Χρήστος¹, Δουλιγέρης Ιωάννης¹, Οικονόμου Θεοδώρα¹, Μιχαηλίδου Σταματία¹, Καρασμάνη Αρετή¹, Κολλότσιου Κατερίνα¹, Γουλιής Ιωάννης¹, Ζάχου Καλλιόπη², Νταλέκος Γεώργιος²

¹ Δ΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

² Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Η αυτοάνοση ηπατίτιδα είναι χρόνια φλεγμονώδης νόσος που οφείλεται σε αυτοάνοση απάντηση κατά των ηπατοκυττάρων σε άτομα με γενετική προδιάθεση. Αιματολογικές ανωμαλίες παρατηρούνται συχνά ωστόσο η συνύπαρξη αυτοάνοσης ηπατίτιδας και ακοκκιοκυτταραιμίας κατά την εκδήλωση της νόσου παραμένει ιδιαίτερα σπάνια στη σχετική βιβλιογραφία.

Μέθοδος-Υλικό: Γυναίκα 57 ετών προσήθε αιτώμενη κακοξία από δεκαήμερο με συνοδό δεκατική πυρετική κίνηση και αίσθημα βάρους δεξίου υποχονδρίου. Από τον παρακλινικό έλεγχο διαπιστώθηκαν οξεία ηπατική βλάβη με ηπατοκυτταρικό πρότυπο (AST 467U/L, ALT 529U/L, TBIL 3.3mg/dL, DBIL 2.19mg/dL, ALP 134U/L, γGT32U/L) και παράλληλη βαριά ουδετεροπενία (NEU 500/μL). Ο απεικονιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε απόφραξη χοληφόρων ενώ διαπιστώθηκε υπεργαμμασφαιραιμία με IgG 3440mg/dL.

Ιολογικός και ανοσοολογικός έλεγχος για λοιμώδη νοσήματα με τροπισμό στο ήπαρ απέβη αρνητικός. Ο ανοσοολογικός έλεγχος ανέδειξε ANA 1/320, SMA 1/640, άτυπα pANCA (ANNA) 1/320 και ασθενή παρουσία anti-LC1. IAIHG SCORE 11/15. Η ασθενής δε συναίνεσε στη διενέργεια βιοψίας ήπατος.

Η ασθενής εγκατέστησε ακοκκιοκυτταραιμία (NEU 100/μL) τη 10^η ημέρα νοσηλείας και παραμονή αυξημένων επιπέδων τρανσαμινασών. Τέθηκε υπό GN-GSF για δύο ημέρες ενώ έγινε έναρξη πρεδνιζολόνης 50mg/day σε σταδιακό tapering. Παρατηρήθηκε σταδιακή αποκατάσταση της ακοκκιοκυτταραιμίας και παράλληλη ομαλοποίηση των επιπέδων τρανσαμινασών. Εξήθη υπό πρεδνιζολόνη 35mg/day και MMF 500x3.

Συμπέρασμα: Καταγράφουμε περιστατικό αυτοάνοσης ηπατίτιδας με αυτοάνοση ουδετεροπενία ως πρώτη εκδήλωση της νόσου. Η παρουσία άτυπων pANCA (ANNA) συνηγορεί υπέρ του αυτοάνοσου μηχανισμού της ακοκκιοκυτταραιμίας. Η αυτοάνοση ουδετεροπενία δύναται να αναγνωρισθεί ως πιθανή επιπλοκή της αυτοάνοσης ηπατίτιδας ή κατά την πρωτοδιάγνωση της νόσου.

ΠΑ31 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΥΑΤΡΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ (ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΣ) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΑΝ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Βακιάνη Στυλιανή, Τσαντάκη Μαριάνθη, Σταλίκη Βασιλική, Βακιάνης Παντελέμων

MTN Κλινικής «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» Θεσσαλονίκη

Σκοπός της παρουσίας είναι η μελέτη δύο περιστατικών στα οποία τοποθετήθηκε γαστρικός δακτύλιος, λόγω αυξημένου BMI και τα οποία σε άηλοτε άηλο χρονικό διάστημα παρουσίασαν λοίμωξη αναπνευστικού που σχετίζεται με την επέμβαση.

A΄ Περιστατικό

Ασθενής γυναίκα ηλικίας 21 ετών με BMI 36 και κλινικά και εργαστηριακά υγιής υποβλήθηκε σε επέμβαση γαστρικού δακτυλίου επιτυχώς χωρίς άμεσες επιπλοκές. Υπήρξε σταδιακή απώλεια βάρους και μείωση του BMI στο 28 με αυξανόμενη περίσφιξη του δακτυλίου. Η ασθενής λόγω κακής διατροφικής συμπεριφοράς παρουσίαζε εμετούς υπερηλίκρωσης χωρίς όμως ιδιαίτερα προβλήματα. Έξι έτη μετά και κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης, στο τρίτο τρίμηνο, παρουσίασε επεισόδια ρίγους με πυρετό 24ωρης διάρκειας συνήθως μετά από επεισόδια γαστρικών αναγωγών κατά την διάρκεια της κατάκλισης. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε λευκοκυττάρωση, με πολυμορφοπυρήνωση, αύξηση ΤΚΕ και CRP, αυξημένα επίπεδα προκαλιτονης και φυσιολογική α/α θώρακος και αρνητικός ο θρομβόφ έλεγχος. Σε επικοινωνία με τον χειρουργό έγινε μείωση της πίεσης του γαστρικού δακτυλίου και η παρακολούθηση της ασθενούς κλινικοεργαστηριακά έδειξε σταδιακή υποχώρηση του συνδρόμου ενώ εργαστηριακά αποκαταστάθηκε πλήρως μετά από ένα μήνα. Η κύηση τερματίστηκε επιτυχώς και ένα μήνα μετά η ασθενής ήτο κλινικοεργαστηριακά χωρίς προβλήματα.

B΄ Περιστατικό

Ασθενής ηλικίας 25 ετών είχε υποβληθεί σε τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου λόγω αυξημένου BMI 34 χωρίς άμεσες και απώτερες χειρουργικές επιπλοκές. Τον δεύτερο χρόνο της παρακολούθησης και ενώ σταδιακά υπήρχε μείωση του BMI (29) με σταδιακή αύξηση της πίεσης του γαστρικού δακτυλίου, η ασθενής παρουσίασε αναγωγές κατά την κατάκλιση, βήχα και εμπύρετο με ρίγους (38,5) διάρκειας 24 ωρών με πολήλαπητή προσβολή. Κατά τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο παρουσίασε λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρήνωση, αύξηση της ΤΚΕ, της CRP και της προκαλιτολής με αρνητική για ευρήματα ακτινογραφία θώρακα. Έγινε τροποποίηση της διατροφής με τελευταίο γεύμα στις 19:00μμ καθημερινά, κατάκλιση τρεις ώρες μετά και μείωση από τον χειρουργό της πίεσης του γαστρικού δακτυλίου. Η συμπτωματολογία εξαφανίστηκε και ένα μήνα η κλινικοεργαστηριακή εικόνα της ασθενούς αποκαταστάθηκε πλήρως.

Οι επιπλοκές από τον γαστρικό δακτύλιο αυξάνονται με τον χρόνο. Η πιθανότητα σοβαρής επιπλοκής αυξάνεται αθροιστικά με ρυθμό 4-5% ετησίως. Η θνητότητα είναι 5-8 φορές μεγαλύτερη στις επιπλοκές από ότι στην αρχική επέμβαση (0,5 εως 0,8% late mortality έναντι 0,1%). Δεδομένη της με τον χρόνο απώλειας της αποτελεσματικότητας του γαστρικού δακτυλίου και την παρουσία επιπλοκών όπως οι λοιμώξεις συνιστάται η ανθεώρηση των ενδείξεων της τοποθέτησης του γαστρικού δακτυλίου άμεσα και η γνώση των επιπλοκών στην ιατρική κοινότητα.

ΠΑ32 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΜΕ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΑΠΟ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ

Αγγελίδη Αγγελική, Παπαζαφειροπούλου Αθανασία, Λοΐζος Γεώργιος, Τζουγανάτου Ελένη-Μαργαρίτα, Ξουρούα Ελένη, Ευστρατιάδη Ευφροσύνη, Καραμπουσιλή Ελένη, Καλύβας Μάριος, Μελιδώνης Ανδρέας

Α΄ Παθολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

Εισαγωγή: Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και την πιο συχνή αιτία μόνιμης αναπηρίας. Η πνευμονία από εισρόφηση μπορεί να είναι μια σοβαρή επιπλοκή μετά από ΑΕΕ και σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα και πτωχή έκβαση.

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της πνευμονίας από εισρόφηση με την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα σε νοσηλευόμενους ασθενείς λόγω ΑΕΕ.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη, συμπεριλήφθηκαν 94 συνολικά ασθενείς (40 άνδρες, 46 με ΣΔ2τ), με διάγνωση εισαγωγής ΑΕΕ, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην Α΄ Παθολογική Κλινική του Γ.Ν.Π. «Τζάνειο» το χρονικό διάστημα Ιούνιος - Δεκέμβριος 2016. Σε κάθε συμμετέχοντα προσδιορίστηκαν διάφοροι ανθρωπομετρικοί, κλινικοεργαστηριακοί και καρδιομεταβολικοί παράγοντες κινδύνου (συμπεριλαμβανόμενων της μεταβιθιτότητας της γλυκόζης αίματος της συστολικής, διαστολικής και μέσης αρτηριακής πίεσης), παρουσία συννοσηρώσεων, οι κλίμακες NIHSS (NIH Stroke Scale) και GCS (Glasgow Coma Scale) στην εισαγωγή και έξοδο των ασθενών, τα score SIRS, SOFA, qSOFA και APACHE.

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ήταν 6.78 ± 4.05 μέρες. Η εμφάνιση πνευμονίας από εισρόφηση πριν και μετά την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα ήταν 7.5% και 0.9% αντίστοιχα, $P=0.015$. Από την ανάλυση του συνόλου των παραμέτρων φάνηκε πως η εκδήλωση πνευμονίας από εισρόφηση συνδέεται με τη μέση διάρκεια νοσηλείας (RR:1,30, 95%CI:1,06-1,59, $P=0,011$), την κλίμακα NIHSS (RR:1,25, 95%CI:1,09-1,43, $P=0,001$) και GCS (RR:0,35, 95%CI:0,17-0,69, $P=0,03$) και τα μοντέλα SIRS (RR:25,2, 95%CI:2,18-290,78, $P=0,01$), qSOFA (RR:38,6, 95%CI:4,06-366,3, $P=0,001$), APACHE (RR:1,45, 95%CI:1,16-1,81, $P=0,001$).

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα φαίνεται να δρα προστατευτικά ως προς την αποφυγή ανάπτυξης πνευμονίας από εισρόφηση ενώ η βαρύτερη νευρολογική και κλινική εικόνα του ασθενούς συνδέεται με πνευμονία από εισρόφηση.

ΠΑ33 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΕΕ

Στυλιανού Ανδρέας, Χριστοδούλου Σοφία, Γεωργίου Παναγιώτα, Πρασίτη Μιχαέλλα, Κωνσταντίνου Χάρης, Ολύμπιος Γιώργος, Πέτσας Λούκας

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας

Εισαγωγή: Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν μαζί με τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα την κύρια αιτία θνησιμότητας στον ανεπτυγμένο κόσμο. Παρά την πρόοδο στη θεραπευτική, η πλήρως αποτελεσματική παρέμβαση παραμένει η πρόληψη.

Σκοπός: Εκτίμηση της συχνότητας των ΑΕΕ σε ημισιακή περιοχή με καλή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Καταγραφή τροποποιήσιμων και μη παραγόντων κινδύνου και συσχέτισή τους με τη βαρύτητα και την έκβαση.

Υλικό: Βάση δεδομένων εισαγωγών-διακίνησης ασθενών στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου για ένα έτος. Καταχώρηση στοιχείων φακέλου υγείας 98 ασθενών χωρίς προηγμένη ΑΕΕ ή στεφανιαίο επεισόδιο.

Μέθοδος: Δεδομένα για το χρόνο μεταξύ επεισοδίου και άφιξης στο ΤΑΕΠ και την προϋπάρχουσα αγωγή λήφθηκαν από τους φακέλους διακομιδών. Στοιχεία για την πορεία νόσου και τη διαστρωμάτωση καρδιαγγειακού κινδύνου λήφθηκαν από τους φακέλους νοσηλείας. Η βαρύτητα εκτιμήθηκε με την κλίμακα NIHSS (National Institute of Health's Stroke). Τα δεδομένα αξιολογήθηκαν στατιστικά με ανάλυση παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Η επίπτωση των ΑΕΕ ήταν 1,15/1000 άτομα (1,31 άνδρες, 1,03 γυναίκες) και η μέση ηλικία 74,7 έτη. Ο συχνότερος παράγοντας κινδύνου ήταν η υπέρταση (71,4%). Ο μέσος χρόνος ως την άφιξη στο ΤΑΕΠ ήταν 499 λεπτά. Η βαρύτητα κατά NIHSS ήταν αυξημένη σε ασθενείς με ιστορικό κοιλιακής μαρμαρυγής, ενώ ήταν μειωμένη σε ηλικίες αναστολέων ΜΕΑ. Η νοσοκομειακή θνητότητα ήταν 10,2%, ενώ η συχνότερη ενδονοσοκομειακή επιπλοκή ήταν η ουρολοίμωξη.

ΠΑ34 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΑΔΙΠΟΚΙΝΩΝ ΣΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Μπουζιανά Στυλιανή¹, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος¹, Γούλας Αντώνης², Βυζαντιάδης Τιμοθέων-Αχιλλέας³, Παπαδοπούλου Μαρία¹, Πανδέρη Αθανασία², Χατζητόλιος Απόστολος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

² Α΄ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

³ Α΄ Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο ρόλος της αδιπνεκτίνης, λιπιδίνης και ρεζιστίνης στη μακροχρόνια έκβαση του ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) παραμένει αμφιλεγόμενος. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης των τριών αδιπκινών και του πολυμορφισμού -420C>G του υποκινητή του γονιδίου της ρεζιστίνης με τη μακροχρόνια έκβαση του ΑΕΕ.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν προοπτικά 83 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για οξύ ΑΕΕ (38,6% άνδρες, ηλικίας 79,7±6,3 έτη). Ένα έτος μετά το εξιτήριο καταγράφηκαν η λειτουργική έκβαση και η επίπτωση καρδιαγγειακών συμβαμάτων και ολικής θνητότητας. Ως δυσμενής έκβαση ορίστηκε το σκορ μεταξύ 2 και 6 στην τροποποιημένη κλίμακα Rankin (mRS). Ο πολυμορφισμός -420C>G προσδιορίστηκε με τις μεθόδους PCR-RFLP.

Αποτελέσματα: Ένα έτος μετά το εξιτήριο, οι ασθενείς με το G αλληλίο είχαν χαμηλότερο mRS ($p<0,05$). Ο μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης δυσμενούς έκβασης ήταν το mRS στην έξοδο από το νοσοκομείο [σχετικός κίνδυνος (RR) 2,78, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI) 1,54-5,00, $p<0,001$]. Οι ασθενείς που υπέστησαν καρδιαγγειακό σύμβαμα κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης είχαν πιο αυξημένα επίπεδα αδιπνεκτίνης ($p<0,05$). Ο μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων ήταν τα επίπεδα της αδιπνεκτίνης (RR 1,07, 95% CI 1,01-1,14, $p<0,05$). Οι ασθενείς που απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης είχαν υψηλότερα επίπεδα αδιπνεκτίνης ($p<0,05$). Ο μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης ολικής θνητότητας ήταν η βαρύτητα του ΑΕΕ στην εισαγωγή (RR 1,19, 95% CI 1,04-1,35, $p<0,01$).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ, το G αλληλίο του -420C>G πολυμορφισμού του υποκινητή του γονιδίου της ρεζιστίνης φαίνεται να σχετίζεται με καλύτερη λειτουργική έκβαση ένα έτος μετά το εξιτήριο. Τα υψηλότερα επίπεδα αδιπνεκτίνης φαίνεται να σχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

ΠΑ35 ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΩΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Πιταροκοϊής Μιχαήλ¹, Ρογδάκης Εμμανουήλ¹, Κουφόγιαννη Αφροδίτη², Δερμιτζάκη Θεοδώρα³, Πάννις Γεώργιος¹, Σταυράκης Σταμάτιος¹, Τζωρτζάκης Παναγιώτης¹, Καραβελάκης Μιχαήλ¹, Φουκαράκης Εμμανουήλ¹

¹ Καρδιολογική Κλινική Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου

² Παθολογική Κλινική Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου

³ Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης Παν/κου Νοσοκομείου Ηρακλείου

Εισαγωγή: Η κοιλπική μαρμαρυγή είναι η συχνότερη μετεγχειρητική αρρυθμία σε εξωκαρδιακές χειρουργικές επεμβάσεις. Εμφανίζεται μεταξύ 1^{ου} - 4^{ου} μετεγχειρητικού 24ώρου και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου εντός ενός έτους.

Σκοπός: Καταγραφή παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση κοιλπικής μαρμαρυγής κατόπιν εξωκαρδιακής χειρουργικής επέμβασης.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 39 φάκελοι ασθενών, εκ των οποίων 24 εμφάνισαν κοιλπική μαρμαρυγή την 1^η έως 4^η μετεγχειρητική ημέρα εντός του πρώτου εξαμήνου 2016. Καταγράφηκαν τρεις (3) ομάδες παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση κοιλπικής μαρμαρυγής:

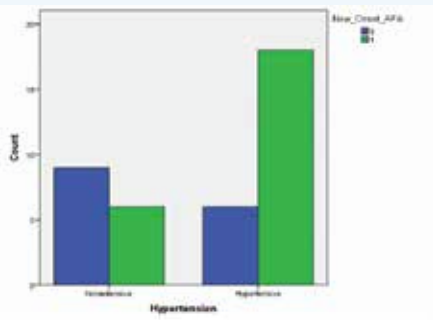
1) Παράγοντες ασθενούς: ηλικία, φύλο, ιστορικό (Χ.Α.Π., Αρτηριακή Υπέρταση, Σακχαρώδης Διαβήτης, Καρδιοπάθειες, Ιστορικό Εμμένουσας/Παροξυσμικής Κοιλπικής Μαρμαρυγής).

2) Επέμβαση (Κοιλίας/ Ορθοπαιδική).

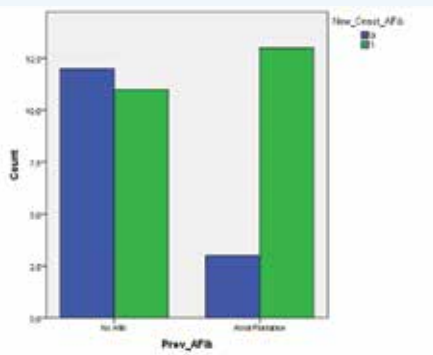
3) Αναστρέψιμες αιτίες (ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υπόταση, αναιμία)

Αποτελέσματα: Έγινε μελέτη χ^2 για πιθανή συσχέτιση μετεγχειρητικής εμφάνισης κοιλπικής μαρμαρυγής με: ηλικία, φύλο, Χ.Α.Π., Αρτηριακή Υπέρταση, Σακχαρώδη Διαβήτη, Καρδιοπάθειες, ιστορικό Εμμένουσας/Παροξυσμικής Κοιλπικής Μαρμαρυγής, είδος επέμβασης, αναστρέψιμες αιτίες (ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αναιμία). Σημαντική συσχέτιση βρέθηκε με τα εξής:

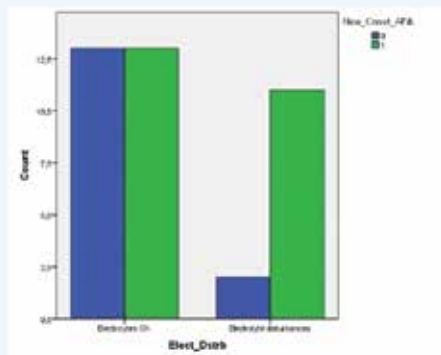
Αρτηριακή υπέρταση: $\chi^2 (1)=4,778, p=0.044$.



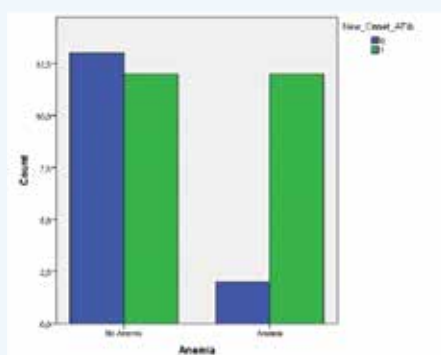
Ιστορικό Εμμένουσας/Παροξυσμικής Κοιλπικής Μαρμαρυγής: $\chi^2 (1)=4,454, p=0.049$.



Ηλεκτρολυτικές Διαταραχές: $\chi^2 (1)=4,387, p=0.036$. Ασθενείς ηλεκτρολυτικές διαταραχές ήταν πιο πιθανό να παρουσιάσουν κοιλιακή μαρμαρυγή μετεχειρητικά.



Αναιμία: $\chi^2 (1)=5,393, p=0.02$.



Ασθενέστερη σχέση εμφάνισης κοιλιακής μαρμαρυγής βρέθηκε να υπάρχει με το Σακχαρώδη διαβήτη ($\chi^2 (1)=1,612, p=0.323$) και τις Καρδιοπάθειες ($\chi^2 (1)=1,242, p=0.333$). Δεν παρατηρήθηκε σαφής συσχέτιση με τους υπόλοιπους παράγοντες που εξετάστηκαν.

Συμπεράσματα: Από την παραπάνω ανάλυση διαπιστώθηκε σαφής συσχέτιση της μετεχειρητικής κοιλιακής μαρμαρυγής με την Αρτηριακή Υπέρταση καθώς και το ιστορικό Εμμένουσας/ Παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής. Επίσης φαίνεται συσχέτιση με την αναιμία και τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών δε φαίνεται να υπάρχει σημαντική συσχέτιση της κοιλιακής μαρμαρυγής με το Σακχαρώδη Διαβήτη, τη Χ.Α.Π., τις Καρδιοπάθειες και το είδος της επέμβασης. Ωστόσο, πρόκειται για μικρό δείγμα ασθενών και για βραχύ χρονικό διάστημα μελέτης. Μελέτες περισσότερων ασθενών για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είναι δυνατό να αναδείξουν τη σημασία αυτών των παραγόντων στην εμφάνιση κοιλιακής μαρμαρυγής.

ΠΑ36 ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ CHADS₂ ΚΑΙ CHA₂DS₂-VASc ΠΡΟΒΛΕΠΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΥΨΗΛΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ

Φώτιος Μπάρκας, Γεώργιος Λιάμης, Μωυσής Ελισάφ, Ελευθέριος Κλούρας, Σεμπάστιαν Φίλιππας-Ντεκουάν, Ελένη Παππά, Ευάγγελος Λυμπερόπουλος

Σκοπός: Η διερεύνηση προγνωστικής αξίας των δεικτών CHADS₂ και CHA₂DS₂-VASc για την εμφάνιση κοιλιακής μαρμαρυγής (AF) σε δυσλιπιδαιμικούς ασθενείς και η επιπρόσθετη αξία της ενσωμάτωσης των χαμηλών επιπέδων της υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών χοληστερόλης (HDL-C).

Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης με 1,223 ασθενείς και διάρκεια παρακολούθησης ≥ 3 έτη. Χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα με κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους για τη μελέτη της επίδρασης των δεικτών CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc και των χαμηλών επιπέδων HDL-C στην εμφάνιση AF. Ως χαμηλά επίπεδα HDL-C ορίστηκαν τα εξής: <40 και <50 mg/dL για τους άντρες και γυναίκες, αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Οι δείκτες CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc και τα επίπεδα HDL-C συσχετίστηκαν με την εμφάνιση AF ($r = 0.110, 0.116$ και -0.076 , αντίστοιχα, $p < 0.001$). Μετά από μία μέση διάρκεια παρακολούθησης 7 ετών, 34 ασθενείς (2.8%) εμφάνισαν AF. Οι ROC curve αναλύσεις έδειξαν ότι και οι δύο δείκτες ήταν σημαντικοί παράγοντες για την εμφάνιση AF (C-Statistic: CHADS₂ 0.679, $p < 0.001$; CHA₂DS₂-VASc 0.697, $p < 0.001$). Οι υψηλότεροι CHADS₂ και CHA₂DS₂-VASc δείκτες συσχετίστηκαν με μειωμένη επιβίωση από AF (log-rank = 10.62, $p < 0.001$ και log-rank = 22.29, $p < 0.001$, αντίστοιχα). Μετά την ενσωμάτωση των χαμηλών επιπέδων HDL-C, και οι δύο δείκτες είχαν υψηλότερη προγνωστική αξία για την εμφάνιση AF (C statistics: 0.704 και 0.728, αντίστοιχα, $p < 0.001$).

Συμπεράσματα: Οι δείκτες CHADS₂ και CHA₂DS₂-VASc προβλέπουν την εμφάνιση AF σε δυσλιπιδαιμικούς ασθενείς και έχουν μεγαλύτερη προγνωστική αξία όταν ενσωματώνονται τα χαμηλά επίπεδα HDL-C.

ΠΑ37 ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΔΙΠΕΠΤΙΔΥΛΙΚΗΣ ΠΕΠΤΙΔΑΣΗΣ-4 / ΑΝΑΛΟΓΑ ΙΝΚΡΕΤΙΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Φώτιος Μπάρκας, Μωυσής Ελισάφ, Βασίλειος Τσιμιχόδημος, Χαράλαμπος Μηλιώνης

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

Εισαγωγή: Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ) συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Εκτός από την πιογλιταζόνη, τα υπόλοιπα αντιδιαβητικά φάρμακα δεν έχουν αποδειχτεί πως προστατεύουν έναντι του ΑΕΕ. Ωστόσο, υπάρχουν δεδομένα από πειραματικές μελέτες που έχουν δείξει πως οι αναστολείς της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης-4 (DPP-4) και οι αγωνιστές του παρόμοιου με το γλυκαγόνη πεπτιδίο-1 (GLP-1) έχουν νευροπροστατευτική επίδραση, κυρίως εάν η θεραπεία έχει ξεκινήσει πριν από την εμφάνιση του ΑΕΕ.

Σκοπός: Η μετα-ανάλυση διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης ΑΕΕ σε άτομα που λαμβάνουν γλιπτινές ή ανάλογα ινκρετινών.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε 2 μετα-αναλύσεις πολλαπλών τυχαίοποιημένων, διπλά τυφλών, ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο μελετών (RCTs) με πρωταρχικό καταληκτικό σημείο την επίδραση των DPP-4 αναστολέων και των GLP-1 αγωνιστών στα καρδιαγγειακά συμβάματα.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση των γλιπτινών που συμπεριέλαβε 3 RCTs (SAVOR TIMI-53, EXAMINE, TECOS) και 36,543 συμμετέχοντες δεν έδειξε καμία διαφορά μεταξύ των γλιπτινών και του εικονικού φαρμάκου όσον αφορά τον κίνδυνο εμφάνισης ΑΕΕ (OR: 1.032, 95% CI: 0.890-1.197, $p = 0.674$). Παρόμοια αποτελέσματα ανέδειξε και η ανάλυση των GLP-1 αγωνιστών που συμπεριέλαβε 3 RCTs (ELIXA, LEADER, SUSTAIN-6) και 18,143 συμμετέχοντες (OR: 0.89, 95% CI: 0.74-1.06, $p = 0.187$).

Συμπεράσματα: Τα υποσώμενα δεδομένα από τις πειραματικές μελέτες σχετικά με την προστατευτική δράση των DPP-4 αναστολέων και των GLP-1 αγωνιστών έναντι του ΑΕΕ δεν υποστηρίζονται από τα διαθέσιμα δεδομένων των κλινικών μελετών.

ΠΑ38 ΠΟΙΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΣΤΑΤΙΝΗ

Φώτιος Μπάρκας, Γεώργιος Λιάμης, Ελευθέριος Κηλούρας, Ευάγγελος Λυμπερόπουλος, Μωυσής Ελλιάφ, Ευάγγελος Ρίζος

Σκοπός: Η διερεύνηση μεταβολικών παραμέτρων που συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) σε δυσλιπιδαιμικούς ασθενείς που λαμβάνουν στατίνη.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης με 1,241 δυσλιπιδαιμικούς ασθενείς και διάρκεια παρακολούθησης ≥ 3 έτη. Μελετήθηκε η επίδραση του προδιαβήτη (PreDM), της μικτής δυσλιπιδαιμίας (MixDys) και της προυπερίτασης/υπέρτασης (Pre/Hyper) στον κίνδυνο ΣΔ.

Αποτελέσματα: Αφού αποκλείσθηκαν 166 ασθενείς με ΣΔ κατά την 1η επίσκεψη, 11% των συμμετέχοντων ($n=1,075$) εμφάνισαν ΣΔ κατά τη διάρκεια παρακολούθησής τους (6 έτη; IQR:4-10). Η ηλικία (OR:1.028; 95% CI:1.001-1.06, $p=0.045$), τα αρχικά επίπεδα γλυκόζης (OR:1.09; 95% CI:1.07-1.11, $p<0.001$), συστολικής αρτηριακής πίεσης (OR:1.02; 95% CI:1.006-1.036-11.90, $p=0.006$), ο λόγος τριγλυκεριδίων/υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών χοληστερόλης (OR:1.10; 95% CI:1.03-1.18, $p=0.005$), η διάρκεια παρακολούθησης (OR:1.12; 95% CI:1.05-1.19, $p=0.001$), το οικογενειακό ιστορικό ΣΔ (OR:2.93; 95% CI:1.59-5.36, $p=0.001$) και η επιθετικότητα στατίνης (OR:1.99; 95% CI:1.36-2.92, $p<0.001$) αποτελούσαν ανεξάρτητους παράγοντες για την εμφάνιση ΣΔ. Ο PreDM (OR:7.02; 95% CI:4.14-11.9, $p<0.001$), η Pre/Hyper (OR:3.47; 95% CI:1.32-911, $p=0.01$) και η MixDys (OR:2.52; 95% CI:1.23-5.14, $p=0.01$) συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ, μετά από διόρθωση για τους αντίστοιχους συγχυτικούς παράγοντες. Οι προδιαβητικοί ασθενείς με Pre/Hyper εμφάνισαν υψηλότερο κίνδυνο ΣΔ σε σύγκριση με τα νορμογλυκαιμικά-νορμοτασικά άτομα (OR: 22.78; 95% CI:4.99-103.95, $p<0.001$). Οι προδιαβητικοί ασθενείς με MixDys εμφάνισαν υψηλότερο κίνδυνο ΣΔ σε σύγκριση με τα νορμογλυκαιμικά άτομα χωρίς MixDys (OR: 22.99; 95% CI:8.22-64.29, $p<0.001$).

Συμπεράσματα: Ο PreDM, η Pre/Hyper και η MixDys αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση ΣΔ σε δυσλιπιδαιμικούς ασθενείς που λαμβάνουν στατίνη.

ΠΑ39 Ο ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΟΣ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΔΥΣΜΕΝΕΣΤΗΡΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ

Τζιόμαλος Κωνσταντίνος, Λαζαρίδου Σοφία, Μπουζιανά Στέλλα, Σπανού Μαριάννα, Κωστάκη Σταυρούλα, Αγγελιοπούλου Στέλλα-Μαρία, Χρήστου Κωνσταντίνος, Σοφογιάννη Αρετή, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Απόστολος

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

Εισαγωγή: Ο υποκλινικός υποθυρεοειδισμός φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Ωστόσο, υπάρχουν λίγα και αντικρουόμενα στοιχεία αναφορικά με τη σχέση του υποκλινικού υποθυρεοειδισμού με τον κίνδυνο εμφάνισης ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) και ειδικά για την επίδρασή του στη βαρύτητα και έκβαση του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ.

Σκοπός: Η εκτίμηση της επίδρασης του υποκλινικού υποθυρεοειδισμού στη βαρύτητα και ενδονοσοκομειακή έκβαση του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ. Ασθενείς και μέθοδοι: Μελετήθηκαν προοπτικά 922 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (42,2% άνδρες, ηλικίας 79,6 \pm 6,9 ετών). Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Η έκβαση εκτιμήθηκε με το ποσοστό λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (τροποποιημένη κλίμακα Rankin μεταξύ 2 και 5) και με το ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας.

Αποτελέσματα: Το 9,0% των ασθενών είχε υποκλινικό υποθυρεοειδισμό. Η NIHSS δε διέφερε μεταξύ ασθενών με υποκλινικό υποθυρεοειδισμό και ασθενών με φυσιολογική θυρεοειδική λειτουργία (8,7 \pm 8,2 και 8,3 \pm 8,8 αντίστοιχα, $p=NS$). Ωστόσο, το ποσοστό λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο ήταν υψηλότερο στους ασθενείς με υποκλινικό υποθυρεοειδισμό σε σύγκριση με τους ασθενείς με φυσιολογική θυρεοειδική λειτουργία (77,1 έναντι 57,8% αντίστοιχα, $p<0,05$). Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα δε διέφερε μεταξύ ασθενών με υποκλινικό υποθυρεοειδισμό και ασθενών με φυσιολογική θυρεοειδική λειτουργία (2,5 και 7,2% αντίστοιχα, $p=NS$).

Συμπέρασμα: Ο υποκλινικός υποθυρεοειδισμός δε φαίνεται να επιδρά στη βαρύτητα του ΑΕΕ αλλά φαίνεται να σχετίζεται με δυσμενέστερη λειτουργική έκβαση των ασθενών με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

ΠΑ40 Η ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΟΞΟΝΙΔΙΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ**Καρλάφτη Ελένη¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹, Διδάγγελος Τριαντάφυλλος¹, Μπαττατζή Μαρία¹, Κοηλιάκος Γεώργιος², Καλκαβούρη Αθανασία², Χασιώτης Βασίλειος³, Σαββόπουλος Χρήστος¹**¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα² Τμήμα Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα³ Μαθηματικό Τμήμα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Οι τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες για την Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ) δεν αναφέρονται συγκεκριμένα στην αντιμετώπιση της ΑΥ στην παχυσαρκία. Δεδομένου ότι το Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα (ΣΝΣ) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παθολογία της ΑΥ στην παχυσαρκία, η αντιυπερτασική αγωγή οφείλει να στοχεύει κυρίως στη μείωση της δράσης του ΣΝΣ. Η Μοξονιδίνη είναι το νεότερο κεντρικώς δρών συμπαθολιτικό φάρμακο, με περιορισμένες παρενέργειες. Παράλληλα, το ορεξιγόνο νευροπεπτίδιο Υ (NPY) είναι ο κύριος βιοχημικός δείκτης της δραστηριότητας του ΣΝΣ.

Σκοπός: Η αποτελεσματικότητα της Μοξονιδίνης στην ΑΥ των παχύσαρκων και υπέρβαρων, καθώς και η επίδρασή της στην δραστηριότητα του ΣΝΣ, στο Σωματικό Βάρος (ΣΒ) και στο μεταβολικό προφίλ των υπέρβαρων και παχύσαρκων.

Υλικό: 90 υπέρταστα άτομα, με ΑΥ βαθμού 1 ή 2, έλαβαν Μοξονιδίνη για 3 μήνες (30 παχύσαρκοι, 30 υπέρβαροι, 30 νορμοβαρείς/ 50% γυναίκες σε κάθε ομάδα).

Μέθοδος: Προσδιορίστηκαν οι τιμές της Αρτηριακής Πίεσως (ΑΠ), οι αιματολογικοί, βιοχημικοί παράμετροι και το NPY ορού, καθώς και κατεχολαμίνες ούρων σε 24ωρη συλλογή, πριν και μετά τη χορήγηση Μοξονιδίνης.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων του NPY, της Συστολικής και Διαστολικής ΑΠ, της καρδιακής συχνότητας, του ΣΒ, της ολικής χοληστερόλης ορού, αιθέρια και της LDL, της νοραδρεναλίνης, αδρεναλίνης και του VMA ούρων 24ώρου (Πίνακας 1).

Η μείωση του NPY, του ΣΒ και των κατεχολαμινών ήταν μεγαλύτερη στους υπέρβαρους και παχύσαρκους, σε σχέση με τους νορμοβαρείς υπέρταστους.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση Μοξονιδίνης σε ασθενείς με ΑΥ, επιτυγχάνει στατιστικά σημαντική μείωση της ΑΠ και του καρδιακού ρυθμού, ενώ επιδρά ευνοϊκά και στο ΣΒ και το μεταβολικό προφίλ. Με τα δεδομένα αυτά, στην κλινική πρακτική, το NPY θα μπορούσε να αποτελεί θεραπευτικό στόχο και ταυτόχρονα προγνωστικό δείκτη της επιτυχούς θεραπείας με Μοξονιδίνη των παχύσαρκων υπέρταστων.

	Μέση τιμή (πριν την θεραπεία)	Μέση τιμή (μετά την θεραπεία)	p value (στατιστική διαφορά πριν και μετά την θεραπεία)
NPY (pg/ml)	87,710	44,080	0,000
Συστολική Αρτηριακή Πίεση (mmHg)	151,560	140,810	0,000
Διαστολική Αρτηριακή Πίεση (mmHg)	92,520	85,540	0,000
Καρδιακή συχνότητα (χτύποι/λεπτό)	81,800	77,530	0,000
Σωματικό Βάρος (kg)	83,380	80,960	0,000
Χοληστερόλη ορού (mg/dl)	199,490	190,200	0,000
LDL ορού (mg/dl)	123,560	116,890	0,045
HDL ορού (mg/dl)	48,760	51,630	0,073
Τριγλυκερίδια ορού (mg/dl)	119,600	105,760	0,059
Γλυκόζη ορού (mg/dl)	91,370	90,480	0,359
Αδρεναλίνη ούρων 24ώρου (mg/24)	12,000	11,050	0,000
Νοραδρεναλίνη ούρων 24ώρου (mg/24)	52,200	46,370	0,000
VMA ούρων 24ώρου (mg/24)	4,430	3,910	0,000

Πίνακας 1.

ΠΑ41 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΚΑΦΕ ΣΤΑ ΛΙΠΙΔΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Δάφνη Μιρκοπούλου¹, Γρηγόριος Δήμας², Δημήτρης Τζακάς³, Δημήτριος Στάκος³, Χρήστος Σαββόπουλος², Ευστράτιος Μαητέζος¹, Απόστολος Χατζητόλιος²

¹ Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

³ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

Εισαγωγή: Η επίδραση της κατανάλωσης καφεϊνούχων ροφημάτων και κυρίως του καφέ σε κάθε μορφή του, στην υγεία έχει αποτελέσει αντικείμενο εντατικής επιστημονικής έρευνας, καθώς αφορά μεγάλα τμήματα του πληθυσμού και μπορεί να έχει σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του στιγμιαίου, συγκριτικά με άλλα είδη καφέ, στα επίπεδα λιπιδίων αίματος και ομοκυστεΐνης του πλάσματος σε έναν πληθυσμό νέων υγιών ενήλικων

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 875 επί θετεια οπλίτες. Προσδιορίστηκαν οι τιμές της ολικής χοληστερόλης, της LDL, της HDL και της λιποπρωτεΐνης α. Καταγράφηκαν επίσης η ηλικία, ο δείκτης μάζας σώματος, το κάπνισμα, οι διατροφικές τους συνήθειες (μέσω ερωτηματολογίου εβδομαδιαίας κατανάλωσης τροφίμων) και η ποσότητα και το είδος των καφέδων που κατανάλωναν ημερησίως. Οι αιμολημίες πραγματοποιήθηκαν σε δύο μήνες μετά από 8ωρη βραδινή νηστεία και αναλύθηκαν στα εργαστήρια του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης.

Αποτελέσματα: Η κατανάλωση καφέ, ανεξαρτήτως του είδους του, συσχετίστηκε με αυξημένα επίπεδα ολικής χοληστερόλης και της LDL αίματος σε νέους ενήλικες, και χαμηλά επίπεδα HDL. Η σχέση αυτή φαίνεται πως έστω και οριακά παραμένει και μετά την προσαρμογή για συγχυτικούς παράγοντες, όπως είναι ο δείκτης μάζας σώματος και η ηλικία. Συγκεκριμένα, αύξηση της κατανάλωσης κατά έναν καφέ την ημέρα προκαλεί αύξηση της ολικής χοληστερόλης κατά 4,473 mg/dl. Από τους καφεϊνότες, το ευνοϊκότερο λιπιδαιμικό προφίλ είχαν όσοι έπιναν Frappe. Η κατανάλωση καφέ Frappe συσχετίστηκε θετικά με την τιμή της ολικής χοληστερόλης. Αύξηση της κατανάλωσης κατά έναν καφέ την ημέρα προκαλεί αύξηση της ολικής χοληστερόλης κατά 5,76mg/dl. Παρατηρήθηκαν αυξημένες τιμές ομοκυστεΐνης, ιδιαίτερα σε πότες NEZ και Frappe (άνω των 15μmol/l).

Συμπεράσματα: Οι καφεϊνότες εμφανίζουν επιβάρυνση του λιπιδαιμικού τους προφίλ. Ο στιγμιαίος καφές συσχετίζεται με τη μικρότερη επιβάρυνση. Ο αριθμός των καφέδων/ημέρα συσχετίζεται με τις τιμές των λιπιδίων. Μεθιλονικές τυχαίοποιημένες μελέτες σε μεγάλο αριθμό ατόμων του γενικού πληθυσμού και των δύο φύλων αναμένεται να βοηθήσουν στην εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων για την επίδραση του στιγμιαίου καφέ και των κατηγοριών του στα λιπίδια του αίματος.

ΠΑ42 Η ΥΠΟΒΙΤΑΜΙΝΑΙΜΙΑ D ΚΑΙ Η ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΣΕ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ: ΕΝΑ ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Γρηγόριος Δήμας¹, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Θωμάς Τέγος², Ιωάννης Καραμούζης³, Σοφία Δημοπούλου¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹

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/Σκοπός: Όπως είναι γνωστό η λευκωματουρία αποτελεί πρώιμο δείκτη χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ), ενώ πρόσφατα έχει καθιερωθεί και σαν δείκτης καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ). Η Βιταμίνη D εμφανίζεται μειωμένη από τα πρώιμα στάδια ΧΝΝ. Σε πληθυσμό ασθενών με αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) έχει βρεθεί ότι 1 στους 4 και 1 στους 3 > 65 ετών εμφανίζουν λευκωματουρία. Από την άλλη, ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 30-45% υπέρτασικών εμφανίζουν λιπώδη διήθηση. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο η λευκωματουρία σχετίζεται με αθηροσκλήρωση και λιπώδη διήθηση σε υπέρτασικούς ασθενείς.

Ασθενείς/Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 50 ασθενείς με ΑΥ και λευκωματουρία από 150mg-2.5gr ημερησίως και 50 ασθενείς με ΑΥ χωρίς λευκωματουρία. Τα επίπεδα ορού της 1.25(OH)₂D₃ και προσδιορίστηκαν με τη μέθοδο ELISA. Η πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα (Intima media thickness, IMT) και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας σε καρωτίδες και μηριαίες αρτηρίες προσδιορίστηκε με έναν υπερηχοτομογράφο υψηλής ευκρίνειας.

Αποτελέσματα: Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ λευκωματουρίας (150±500, p<0.0001) και 1.25(OH)₂D₃ (40±3, p<0.0001), ΑΥ (20±5, p<0.0001) και IMT (0.4±0.1, p<0.0001) μεταξύ ασθενών και μαρτύρων. Υπήρξε στατιστικά σημαντική ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων λευκωματουρίας και IMT (r=0.75, p<0.0001) και λευκωματουρίας με ΑΥ (r=0.7, p<0.0001) στην ομάδα ασθενών. Υπήρξε επίσης στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ 1.25(OH)₂D₃ και IMT (r=-0.7, p<0.0001), καθώς και 1.25(OH)₂D₃ και λευκωματουρίας (-0.65, p<0.0001) στην ομάδα ασθενών. Επιπρόσθετα, η λευκωματουρία και τα επίπεδα της 1.25(OH)₂D₃ συσχετίζονται ανεξάρτητα με την ΑΥ, IMT και την αθηρωματική πλάκα. Αξιοσημείωτο δε είναι ότι στην ομάδα ασθενών 1 στους 2 ασθενείς εμφανίζει λιπώδη διήθηση.

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας υποδεικνύει τα επίπεδα ορού της 1.25(OH)₂D₃ και τη λευκωματουρία να προδιαθέτουν σε λιπώδη διήθηση και αθηροσκλήρωση τους υπέρτασικούς ασθενείς.

ΠΑ43 Η ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΕΝΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ

Γρηγόριος Δήμας¹, Ελίζα Λύκα¹, Θωμάς Τέγος², Ιωάννης Καραμούζης³, Δημήτρης Παπαδημόπουλος¹, Κωνσταντίνος Λάλλας¹, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Σοφία Δημοπούλου¹, Ηλίας Κανέλλης¹, Μάρθα Αποστολοπούλου¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹

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-Σκοπός: Όπως είναι γνωστό η νεφρική λειτουργία φθίνει συν τω χρόνω. Ιδιαίτερα δε μετά τα 60 έτη της ηλικίας. Τα επίπεδα ορού της κρεατινίνης αποτελούν έναν αξιόπιστο βιοχημικό δείκτη της νεφρικής λειτουργίας που χρησιμοποιείται ευρέως κλινικά. Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) που σχετίζεται με την ηλικία μπορεί να εμφανίζει φυσιολογική ή ήπια αυξημένα επίπεδα κρεατινίνης ορού (Scr), ενώ η κάθαρση της (Clcr), καθώς και ο GFR (glomerular filtration rate, ρυθμός σπειραματικής διήθησης) κυμαίνονται μεταξύ 1^{ου} και 3^{ου} σταδίου ΧΝΝ. Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να διαφανεί η επίπτωση των αυξημένων επιπέδων Scr και ο GFR σε σχέση με αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) σε υπερηλίκες ασθενείς.

Ασθενείς/Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 80 ασθενείς με ΑΥ, ηλικίας 65-85 ετών χωρίς άλλη καταφανή παθολογική κατάσταση. Ως μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 100 υπερηλίκες υγιείς, χωρίς να λαμβάνουν καμία φαρμακευτική αγωγή. Εκτιμήθηκαν τα επίπεδα ορού Scr, καθώς και η Clcr, και συσχετίστηκαν με ΑΥ, δείκτες πρώιμης αθηροσκλήρωσης των καρωτίδων (intima-media thickness, IMT) και πνευκωματουρία. Το IMT μετρήθηκε με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερηχοτομογράφο.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα ορού Scr ήταν στατιστικά σημαντικά σε ασθενείς σε σχέση με μάρτυρες (2.15mg/dl vs 1.05mg/dl), καθώς και η Clcr (57ml/min vs 89ml/min). Στην ομάδα των ασθενών εμφανιζόταν στατιστικά σημαντικά αυξημένα το IMT (0.85mm vs 0.575mm), καθώς και η αιθουμιουρία (625mg/24h vs 85mg/24h). Επιπλέον οι ασθενείς εμφάνιζαν ήπια μειωμένα τα επίπεδα της T₃ και ήπια αυξημένα τα επίπεδα της παραθορμόνης PTH σε τυχαίο έλεγχο ρουτίνας.

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας υποδεικνύει ότι τα επίπεδα ορού της κρεατινίνης και ο GFR αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου υπέρτασης και αθηροσκλήρωσης σε υπερηλίκες ασθενείς.

ΠΑ44 ΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΖΕΛΑΤΙΝΑΣΗΣ-A ΚΑΙ ΤΟΥ TGF-β1 ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΥΠΟΥ 2

Γρηγόριος Δήμας¹, Θωμάς Τέγος², Άννα Μαυρομανώλη¹, Ιωάννης Καραμούζης¹, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Σοφία Δημοπούλου¹, Σαράντης Σάτσογλου¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹, Δημήτριος Γρέκας¹

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

Σκοπός: Η Ζελατινάση-A, γνωστή και ως μεταλλοπρωτεϊνάση-2 (matrix metalloproteinase-2, MMP-2) έχει εννοχοποιηθεί 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 εντάγει 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 αιθουμιουρίας και της αθηροσκλήρωσης. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθούν τα επίπεδα ορού της MMP-2 και αυτά του TGF-β1 και να συσχετιστούν με πιθανό ρόλο τους στην αιθουμιουρία και στην αθηροσκλήρωση σε πρώιμα στάδια ΔΝ.

Υλικό και μέθοδοι: Η μελέτη περιλαμβάνει 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 εξετάστηκαν με τη μέθοδο ELISA. Το πάχος του έσω-μέσου χιτώνα (IMT, intima-media thickness) των καρωτίδων και μριαίων αρτηριών και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας καθορίστηκαν με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερηχοτομογράφο.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα της MMP-2 και του TGF-β1 σημείωναν ισχυρά σημαντική συσχέτιση με αιθουμιουρία (p<0.0001 και p<0.001 αντίστοιχα), καθώς και με IMT και αθηρωματική πλάκα. Τα επίπεδα της MMP-2 εμφάνιζαν ισχυρή συσχέτιση με αυτά του TGF-β1 στην ομάδα των ασθενών (pearson correlation 0.520, p<0.0001).

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

ΠΑ45 ΤΑ ΧΑΜΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΑΥΞΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ TGF-β ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Γρηγόριος Δήμας¹, Σοφία Δημοπούλου¹, Θωμάς Τέγος², Ιωάννης Καραμούζης³, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹, Δημήτριος Γρέκας¹

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

Σκοπός: 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 ηευκωματουρία 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 δυνατικού ρόλου της βιταμίνης D στη ΔΝ. 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 ηευκωματουρία.

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 αθρομινουρία στην ομάδα των ασθενών.

Συμπέρασμα: Η μελέτη μας υποδεικνύει ότι τα επίπεδα της βιταμίνης D και του TGF-β1 συσχετίζονται με υπέρταση, αθηροσκλήρωση και αθρομινουρία σε πρώιμα στάδια ΔΝ προς την εξέλιξη σε ΧΝΝ.

ΠΑ46 ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Γρηγόριος Δήμας¹, Χρήστος Χατζάκης¹, Θωμάς Τέγος², Ιωάννης Καραμούζης³, Δημήτρης Παπαδημόπουλος¹, Κωνσταντίνος Λάλλας¹, Θεόδωρος Τούμπουρας¹, Σοφία Δημοπούλου¹, Ηλίας Κανέλλος¹, Μάρθα Αποστολοπούλου¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλης¹

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/Σκοπός: Πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα συνδέουν τον σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), ως κατεχόνιο μη φλεγμονώδες νόσημα, με δείκτες φλεγμονής, οξειδωτικούς στρες (ΟΣ), καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ) και χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ). Η υψηλής ευαισθησίας c-αντιδρώσα πρωτεΐνη (high sensitivity C- reactive protein, hsCRP), καθώς και το ισοπροστάνιο (15-F2t-isoprostane, 15-F2t-IsoP) αποτελούν δύο αξιόπιστους κλινικούς βιοχημικούς δείκτες φλεγμονής και ΟΣ αντίστοιχα. Ο μεταμορφικός αυξητικός παράγοντας-β1 (Transforming growth factor-β1, TGF-β1) ενoxοποιείται σήμερα στην αθηροσκλήρωση, την ίνωση και τη πλευκωματουρία. Αντιφατικά αποτελέσματα από σύγχρονες μελέτες δεν κατάφεραν να προσδώσουν έναν σαφή ρόλο για τον TGF-β1 στην παθογένεια της διαβητικής αλβουμινουρίας και της απορρέουσας αθηροσκλήρωσης. Η εν λόγω προϊνώδης κυτταροκίνη, η οποία διεγείρεται από το διαβητικό περιβάλλον, προάγει την διαβητική νεφρική υπερτροφία και την εξέλιξη της νεφρικής ανεπάρκειας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο προσδιορισμός των επιπέδων ορού του TGF-β1 και να συσχετισθεί ο πιθανός ρόλος τους στην φλεγμονή στην αθηροσκλήρωση και στο οξειδωτικό στρες σε ασθενείς με διαβητική νεφρική νόσο (ΔΝΝ) στην εμμηνόπαυση.

Ασθενείς/Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 80 ασθενείς γυναίκες σε εμμηνόπαυση ηλικίας 50-70 ετών με ΔΝΝ σταδίων 1 και 2. Ως μάρτυρες συμπεριλήφθηκαν 70 μετεμμηνόπαιστικές γυναίκες ανάλογης ηλικίας με ΣΔ τύπου 2 χωρίς νεφρική νόσο. Τα επίπεδα ορού του TGF-β1, του 15-F2t-IsoP και της hsCRP. Μετρήθηκαν με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA. Η πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα (Intima media thickness, IMT) και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας στις καρωτίδες και στις μηριαίες αρτηρίες προσδιορίστηκαν με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερηχοτομογράφο και η αλβουμινουρία μετρήθηκε σε συλλογή ούρων 24ώρου.

Αποτελέσματα: Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά των επιπέδων ορού του TGFβ-1 ($3000 \pm 500 \text{ ng/ml}$, $p < 0.0001$), του 15-F2t-IsoP ($150 \pm 50 \text{ ng/ml}$, $p < 0.0001$), της hsCRP ($0.8 \pm 0.5 \text{ mg/dl}$, $p < 0.0001$), IMT ($0.5 \pm 0.2 \text{ mm}$, $p < 0.001$) και πλευκωματουρία ($300 \pm 150 \text{ mg/dl}$, $p < 0.0005$) σε ασθενείς σε σχέση με μάρτυρες. Υπήρξε στατιστικά σημαντική ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ TGF-β1 και 15-F2t-IsoP ($r: 0.7$, $p < 0.0001$), TGF-β1 και hsCRP ($r: 0.75$, $p < 0.0001$), TGF-β1 και IMT ($r: 0.7$, $p < 0.0001$) και TGF-β1 και πλευκωματουρίας ($r: 0.75$, $p < 0.0001$). Επιπρόσθετα ο TGF-β1 αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα αθηροσκλήρωσης, αλβουμινουρίας και ΟΣ σε μετεμμηνόπαιστικές γυναίκες με ΔΝΝ.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει τον TGF-β1 ως ανεξάρτητο παράγοντα αθηροσκλήρωσης, ΟΣ και πλευκωματουρίας στη διαβητική νεφροπάθεια, προς την εξέλιξη σε ΧΝΝ.

ΠΑ47 ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΕΚΚΡΙΣΗ ΤΗΣ IL-1Β ΣΤΟΝ ΣΔ2, ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

Φωτεινή Κουσαθανά¹, Βαία Λαμπαδιάρη¹, Ευάγγελος Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης², Μαρία Μουκταρούδη², Μαριάννα Γεωργίτση², Γεώργιος Δημητριάδης¹

¹ Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Π.Γ.Ν. «Αττικών»

² Δ΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικών»

Η υποκείμενη αιτία της επιρρέειας της φυσικής ανοσίας απέναντι στις λοιμώξεις που παρατηρείται στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 παραμένει αδιευκρίνιστη. Διερευνήθηκαν οι ποιοτικές αλληλαγές στη βιοσύνθεση των κυτταροκινών από τα κυκλοφορούντα μονοκύτταρα (PBMCs) και η ρύθμιση αυτών μετά από σωστό γλυκαιμικό έλεγχο. Τα PBMCs απομονώθηκαν από 39 ασθενείς και 25 υγιείς εθελοντές. Διεγέρθηκαν με κεκαθαρμένους διεγέρτες και θερμικά εξουθενωμένα βακτήρια με παρουσία/απουσία γλυκόζης και διεγερτών NLRP3 φλεγμονοσώματος. Τα πειράματα επαναλήφθηκαν μετά από 3 και 6 μήνες. Στα κυτταρικά υπερκείμενα μετρήθηκε η παραγωγή κυτταροκινών. Η pro-(IL)-1β μετρήθηκε από το υλικό λύσης των κυττάρων. Επιπλέον, προσδιορίστηκε η έκφραση του γονιδίου της IL-1β και η δραστηριότητα της κασπάσης-1. Επαρκής απελευθέρωση IL-1β φάνηκε σε 42.9% των ασθενών και σε 90% των υγιών εθελοντών (p=0.0001). Αυτό σχετίστηκε με την αναστολή της ενεργοποίησης του NLRP3 φλεγμονοσώματος, εφόσον η έκφραση του γονιδίου της IL-1β παρέμεινε αμετάβλητη ενώ ο λόγος της IL-1β προς την ενδοκυττάρια pro-IL-1β και η δραστηριότητα της κασπάσης-1 ήταν χαμηλότερη στους ασθενείς σε σχέση με τους υγιείς. Η προσθήκη της γλυκόζης δεν άλλαξε την ελαττωματική παραγωγή της IL-1β. Μετά από διέγερση με Pam3cys, PHA και C. albicans αυξήθηκε η παραγωγή της IL-6. Μετά την γλυκαιμική ρύθμιση η παραγωγή της IL-1β αυξήθηκε και η παραγωγή της IL-6 μειώθηκε. Τα κύτταρα των ασθενών με βελτιωμένη γλυκαιμική ρύθμιση ανταποκρίθηκαν καλύτερα στη διέγερση με LPS υπό αυξανόμενες συγκεντρώσεις γλυκόζης. Συμπερασματικά, ο ΣΔ2 χαρακτηρίζεται από ελαττωματική έκκριση της IL-1β από τα κυκλοφορούντα μονοκύτταρα εξαιτίας της ελαττωμένης ενεργοποίησης του NLRP3 και της αυξημένης παραγωγής της αντιφλεγμονώδους κυτταροκίνης IL-6. Τα παραπάνω αποκαθίστανται μετά από κατάλληλη γλυκαιμική ρύθμιση.

ΠΑ48 ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΑΞΟΝΑΣΗΣ-1 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**Α. Χατζηκηδρόγλου¹, Κ. Μακέδου², Α. Χατζητόλιος¹, Α. Χίτογλου-Μακέδου³, Τ. Διδάγγελος¹, Α. Τσάπας⁴, Γ. Καϊάφα¹, Α. Αργυρίου³, Χ. Σαββόπουλος¹**¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ» Θεσσαλονίκης² Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ.³ Β΄ Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ» Θεσσαλονίκης⁴ Β΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Η παραξονάση-1 (PON-1) είναι ένα αντιοξειδωτικό ένζυμο, που είναι συνδεδεμένο με τις υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (HDL) και έχει σημαντικό αθηροπροστατευτικό ρόλο. Διαφορετικοί πολυμορφισμοί του γονιδίου της PON-1 πιστεύεται ότι ευθύνονται για τις διαφορές στην ενεργότητα του ενζύμου στο γενικό πληθυσμό. Τα αλληλόμορφα R και L έχουν συνδεθεί με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και με επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ).

Σκοπός: η διερεύνηση των δύο κύριων πολυμορφισμών του γονιδίου της PON-1: Q192R και M55L σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, με σκοπό την έγκαιρη και πιο επιθετική θεραπεία του ΣΔ στα άτομα με γενετική επιβάρυνση.

Υλικό και Μέθοδοι: Συμμετείχαν 79 άτομα, 30-88 ετών, διαιρεμένα σε τρεις ομάδες – 27 ασθενείς με ΣΔ και δυσλιπιδαιμία (Ομάδα 1), 24 ασθενείς μόνο με δυσλιπιδαιμία (Ομάδα 2) και 28 υγιείς ενήλικες (Ομάδα 3 – Μάρτυρες). Απομονώθηκε DNA για τη μελέτη των πολυμορφισμών της PON-1. Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θεωρήθηκε το $P < 0,05$.

Αποτελέσματα: α) Οι συχνότητες των αλληλομόρφων κινδύνου ήταν για το R 45,09% στους ασθενείς (Ομάδες 1 και 2) και 53,5% στους μάρτυρες και για το L 72,55% και 89,3%, αντίστοιχα. β) Στις Ομάδες 1 και 3, οι συχνότητες των αλληλομόρφων αυτών ήταν για το R 51,8% και 53,5%, αντίστοιχα ($\chi^2=0.0163$, $P=0.898$) και για το L 77,7% και 89,3%, αντίστοιχα ($\chi^2=1.33$, $P=0.249$).

Συμπεράσματα: Οι συχνότητες των πολυμορφισμών του γονιδίου της PON-1 δε διέφεραν σημαντικά ανάμεσα σε ασθενείς και μάρτυρες. Συνεπώς, η διερεύνηση των πολυμορφισμών του γονιδίου της PON-1 φαίνεται ότι δεν θα βοηθούσε περαιτέρω στη θεραπεία του ΣΔ.

ΠΑ49 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΑΠΟ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ**Παπαγιουβάννη Ιωάννα¹, Στάικογλου Νικόλαος¹, Βαϊκανίδου Δήμητρα¹, Δούμτσας Πέτρος¹, Σινάκος Εμμανουήλ¹, Δουγαλής Αποστόλης, Χολόγκιτας Ευάγγελος¹**¹ Δ΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η μετφορμίνη αποτελεί φάρμακο πρώτης εκλογής για τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι λίγες, γενικά ήπιες και περιλαμβάνουν κυρίως παροδικές γαστρεντερικές διαταραχές. Η γαλακτική οξέωση εμφανίζεται σπάνια με υψηλή όμως θνητότητα.

Μέθοδος - Υλικό: Γυναίκα 67 ετών με ιστορικό ΣΔτ2 από 8ετίας υπό μετφορμίνη, προσήλθε στα ΤΕΠ με αναφερόμενες διαρροϊκές κενώσεις από 5ημέρου, ολιγουρία από 2ημέρου και εμέτους το τελευταίο 24ωρο. Το επίπεδο συνείδησής της ήταν αρχικά καλό (GCS: 15/15), αλλα ταχέως επιδεινώθηκε. Τα αέρια αίματος έδειξαν βαριά γαλακτική οξέωση (pH: 6,780, pCO₂: 10mmHg, HCO₃⁻: 1,4mmol/L, γαλακτικά: 178mg/dl, γλυκόζη: 195mg/dl) και ο βιοχημικός έλεγχος σοβαρή ONA (κρεατινίνη: 7,51mg/dl, ουρία: 181mg/dl) και υπερκαλιαιμία (K⁺:8,4mmol/L). Η ασθενής μεταφέρθηκε άμεσα στη ΜΕΘ για αιμοκάθαρση, όπου λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας διασωληνώθηκε. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές, ενώ το υπερηχογράφημα νεφρών απέκλεισε ONA αποφρακτικού τύπου. Η γαλακτική οξέωση αποδόθηκε στην μετφορμίνη σε έδαφος προνεφρικής αζωθαιμίας. Η κατάστασή της, σταδιακά, βελτιώθηκε και επέστρεψε στην κλινική μας την 5^η μέρα νοσηλείας, από όπου έλαβε εξιτήριο την 8^η μέρα.

Συμπεράσματα: Η μετφορμίνη είναι ασφαλές φάρμακο αλλά αντενδείκνυται σε σημαντική νεφρική νόσο λόγω κινδύνου γαλακτικής οξέωσης. Στη συγκεκριμένη περίπτωση πιθανολογείται η εμφάνιση σοβαρής γαλακτικής οξέωσης από μετφορμίνη σε έδαφος διαρροϊκού συνδρόμου και υποκαϊμίας. Παρά την βαριά πρόγνωση, η ασθενής έλαβε εξιτήριο σε άριστη κατάσταση με CRE 1.81mg/dl, πιθανώς στο πλαίσιο ΧΝΑ.

ΠΑ50 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΩΣ ΜΕΣΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ

Τσακάλης Β. Αργύριος¹, Χαριζοπούλου Βικεντία¹, Σαββόπουλος Χρήστος², Γουλήs Γ. Δημήτριος¹, Χατζητόλιος Απόστολος²

¹ Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α΄ Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

² Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η διαίτα και ο αυτοέλεγχος της γλυκόζης αποτελούν τα πρώτα βήματα στην αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης (ΣΔΚ). Πρόσφατες μελέτες αναδεικνύουν το ρόλο της άσκησης στη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

Σκοπός: Η διερεύνηση του ρόλου της άσκησης ως μέσου πρόληψης και θεραπείας του ΣΔΚ.

Υλικό και Μέθοδος: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Σε αρκετές μελέτες, η άσκηση κατά τη διάρκεια της κύησης συνδέεται με ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ΣΔΚ (από 30 έως 74%, ανάλογα με τον υπό μελέτη πληθυσμό). Η προστατευτική επίδραση της άσκησης παρουσιάζεται πιο ισχυρή όταν η γυναίκα ασκείται συστηματικά πριν την κύηση. Σημαντική ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ΣΔΚ φαίνεται ότι επιτυγχάνεται με 30 min μέτριας έντασης άσκηση την ημέρα, κατά τη διάρκεια της κύησης. Η ένταξη προγραμματίων άσκησης στο θεραπευτικό σχήμα εγκύων με ΣΔΚ φαίνεται ότι οδηγεί σε καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο, χαμηλότερες συγκεντρώσεις γλυκόζης (νηστείας και μεταγευματικές) και μειωμένη ποσότητα εξωγενώς χορηγούμενης ινσουλίνης, όποτε αυτή απαιτείται. Η βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου επιτυγχάνεται τόσο με ασκήσεις ενδυνάμωσης, όσο και με αερόβια άσκηση. Επιπρόσθετα, σε υπέρβαρες ή παχύσαρκες γυναίκες με ΣΔΚ, η άσκηση περιορίζει την αύξηση του σωματικού βάρους.

Συμπεράσματα: Η καθημερινή, μέτριας έντασης άσκηση, διάρκειας 20-30 λεπτών, συσχετίζεται με ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ΣΔΚ. Ως αποτέλεσμα, συστήνεται να εντάσσεται στο θεραπευτικό σχήμα εγκύων με ΣΔΚ, με την προϋπόθεση της απουσίας μαιευτικών αντενδείξεων. Ιδανικά, το πρόγραμμα άσκησης εξατομικεύεται και εναρμονίζεται με τις ανάγκες της γυναίκας.

Νέα σειρά
3πλών ασκών
παρεντερικής
διατροφής
με ισορροπημένες
συνθέσεις



Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες απευθυνθείτε στον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας.

BAXTER (Hellas) Ε.Π.Ε.

Μορίνου Αντύπα 47 & Ανάφης, Τ.Κ. 141 21 Ν. Ηράκλειο, Αττική

Τηλ.: 210 28 80 000, Fax: 210 99 68 890

www.baxter.gr

Baxter

Αναρτημένες Ανακοινώσεις



ΑΑ01 ΟΞΕΙΑ ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΜΟΖΥΓΟ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Παπανάτα Αριστεά-Μαρία², Μαρίτσα Δήμητρα², Μαϊλακούδη Φωτεινή², Γατσά Ελένη³, Μυλωνάς Στέφανος²

¹ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

² Β΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

³ Αιματολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

Εισαγωγή: Η τοξοπλάσωση αποτελεί συστηματική παρασιτική ασθένεια που προκαλείται από το πρωτόζωο *Toxoplasma gondii*. Η μόλυνση γίνεται με την κοπροανοστοματική οδό.

Η επίκτητη τοξοπλάσωση είναι:

- συνήθως ασυμπτωματική (οροθετικοί→20-80% του γενικού πληθυσμού)
- σπάνια συμπτωματική (κακουχία, μυαλγίες, κυνάγχη, πυρετός, εξάνθημα, λεμφαδενοπάθεια, ηπατοσπληνομεγαλία).

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού συμπτωματικής οξείας τοξοπλάσωσης σε ασθενή με ομόζυγο β-θαλασσαιμία.

Υλικό-Μέθοδος: Άνδρας 45ετών, πολυμεταγγιζόμενος με ομόζυγο β-θαλασσαιμία και ιστορικό σπληνομεγαλίας, παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής, πνευμονικής υπέρτασης και υποθυρεοειδισμού από αμωδαρόνη, εμφάνιζε υποτροπιάζον, παρατεινόμενο εμπύρετο με συνοδά συμπτώματα μυαλγίες-αρθραλγίες και αδυναμία από 2μήνου.

Αρχικά, ο πυρετός αποδόθηκε σε ουρολοίμωξη (θετική καλλιέργεια ούρων για κολιβακτηρίδιο). Χορηγήθηκε αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό. Στη συνέχεια, εμφάνισε τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Ο έλεγχος θυρεοειδούς, ASTO και Mantoux ήταν αρνητικός και τα αντισώματα για CMV/EBV ενδεικτικά παλαιάς λοίμωξης. Χορηγήθηκε κληρονομημένη χωρίς ανταπόκριση. Έγινε εισαγωγή στη Β΄ Παθολογική Γ.Ν.Τρικάλων όπου διαπιστώθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο μασχαλιαία και μεσοθωρακική λεμφαδενοπάθεια και σε αιματολογικό έλεγχο αυξημένη CRP και πολυκλωνική υπεργαμμασφαιριναιμία.

Ο υπόλοιπος έλεγχος:

- anti-HBV/anti-HCV/HIV-test/Quantiferon/anti-Leishmania/Widal/Wright/anti-Brucella/VDRL/συμπλήρωμα/ANA/anti-ENA/anti-ds-DNA/p-c-ANCA/SACE/ανοσοκαθήςωση ορού-ούρων/Ca-δείκτης
- οστεομεελική βιοψία
- διοισοφάγειο/διαθωρακικό-ECHOκαρδιάς ήταν αρνητικός.

Η υποψία τοξοπλάσωσης τέθηκε μετά από μαρτυρία ότι σίτιζε περιστασιακά μη-κόκκιτες γάτες. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με την ανεύρεση υψηλών τίτλων IgM και IgG αντισωμάτων για τοξοπλάσμα, την ορομετατροπή και τον τετραπλοασισμό τους εντός μηνός.

Εξαιτίας του παρατεινόμενου κλινικού συνδρόμου αποφασίστηκε χορήγηση κλινδαμικίνης για 15ημέρες. Νέα υποτροπή επέβαλε συνέχιση για άλλες 15ημέρες. Ο ασθενής τελικά παρέμεινε άπυρετος και ασυμπτωματικός με πλήρη υποστροφή λεμφαδένων. (Δε χορηγήθηκε πυριμεθαμίνη-σουλφαδιαζίνη για το κίνδυνο επιδείνωσης της αναιμίας.)

Συμπεράσματα: Ο ιατρός συχνά καλείται να παίξει ρόλο ερευνητή για τη συλλογή πληροφοριών που θα οδηγήσουν στη διάγνωση.

ΑΑ02 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗ

Καραμανάκος Αναστάσιος, Κορακιανίτη Ελένη, Μάκου Ιωάννα, Γιαννόπουλος Αθανάσιος, Τσίτου Χριστίνα, Άνθης Νικόλαος, Κωστοπούλου Βασιλική, Τζιλιάνος Μιχαήλ, Μπούκας Χρυσόστομος

Α΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας

Εισαγωγή: Η σπλαχνική λείσμανιαση είναι συστηματική ζωνόσος η οποία χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και ποικιλομορφία και είναι θανατηφόρος χωρίς θεραπεία. Ιδιαίτερα σε ασθενείς που λαμβάνουν χρόνια ανοσοκατασταλτική αγωγή είναι δυνατό να δημιουργηθεί δυσχέρεια στη διάγνωση της νόσου καθότι τα κλινικά και εργαστηριακά σημεία μπορεί να έχουν τροποποιηθεί.

Σκοπός: Η παρουσίαση μιας περίπτωσης υποτροπιάζουσας σπλαχνικής λείσμανιασης με άτυπη κλινική συμπτωματολογία, σε ασθενή με ρευματοειδή αρθρίτιδα υπό μεθοτρεξάτη, λεφλουνομιδία και πρεδνιζολόνη, η περιγραφή της διαγνωστικής προσέγγισης και της θεραπείας.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής 76 ετών προσήλθε τον Απρίλιο 2016 στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου λόγω εμπύρετου (38°C) με συνοδό παραγωγικό βήχα. Από το ατομικό αναμνηστικό: ρευματοειδής αρθρίτιδα, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία. Κλινική εξέταση: όψη πάσχοντος, αναπνευστικό ψιθύρισμα: λεπτοί τριζόντες βάσεων, κοιλία: μητράκη ευπίεστη, ανώδυνη χωρίς ηπατοσπληνομεγαλία. Εργαστηριακά έλεγχοι: υποχρωμή μικροκυτταρική αναιμία (HCT: 24,4%), υπεργαμμασφαιριναιμία. Η ασθενής υποβλήθηκε σε στερνική παρακέντηση με ευρήματα συμβατά με σπλαχνική λείσμανιαση, έγινε διακοπή των ανοσοκατασταλτικών και τέθηκε σε ενδοφλέβια χορήγηση λιπώσας αμφοτερικίνης Β με την οποία παρουσίασε ύφεση συμπτωμάτων και εικόνα φυσιολογικού μυελού. Μετά την πάροδο διμήνου η ασθενής νοσηλεύτηκε με υποτροπή της νόσου για την οποία έλαβε ξανά αμφοτερικίνη με καλή έκβαση. Ωστόσο η ασθενής υποτροπίασε και πάλι σε σύντομο χρονικό διάστημα και τέθηκε σε μίλτεφροσίνη 100mg p.o. την οποία λαμβάνει ακόμα τη δεδομένη χρονική στιγμή.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα υπό ανοσοκατασταλτική αγωγή συχνά παρουσιάζουν άτυπες κλινικές εκδηλώσεις από ευκαιριακές λοιμώξεις και ανθεκτικότητα στη θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή. Οι ασθενείς αυτοί χρήζουν προσεκτικής διαγνωστικής προσέγγισης, τακτικού επανελέγχου και ενδεχομένως επαναπροσδιορισμού της ανοσοκατασταλτικής αγωγής για αποφυγή υποτροπιών και επιδείνωσης συμπτωμάτων.

ΑΑ03 ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΗΠΤΙΚΟΥ SHOCK ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΝΕΑΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Καλήδης Βασίλειος¹, Λαμπρόπουλος Ε. Χρήστος², Ζαρόκωστας Θεόδωρος¹, Έφη Τεγονίκου²

¹ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργοιλίδος, Άργος

² Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργοιλίδος, Άργος

Εισαγωγή: Το σηπτικό shock είναι μια κατάσταση απειλητική για τη ζωή με υψηλή θνητότητα.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού οξείας κοιλίας και σηπτικού shock, που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά.

Υλικό: Γυναίκα 37 ετών εισήχθη λόγω κοιλιακού άλγους και εμπύρετου.

Μέθοδος: Η ασθενής προσήλθε με έντονο, σταθερό περιομφαλικό άλγος, εμπύρετο (39°C) με ρίγος και τάση προς έμετο, τις τελευταίες 5 ώρες. Κλινικά, η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, η κοιλία εμφάνιζε διάχυτη μέτρια σύσπαση με αναπιδώσα ευαισθησία δεξιού ηπατόνιου βόθρου και παραομφαλικά. Εργαστηριακά, διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση (19.500 λευκά, 96.5% ουδετερόφιλα), υπολευκωματιναιμία (3.4gr/dL) και αυξημένη LDH (579U/L). Υπεβλήθη σε CT κοιλίας με οίδημα και διάταση ειλεϊκών ελίκων, μεγάλη θολερότητα μεσεντέριου λίπους και μεγάλη ποσότητα ελεύθερου υγρού. Εκτιμήθηκε χειρουργικά και εισήχθη στην παθολογική κλινική όπου χορηγήθηκε τριπλή αντιβίωση.

Αποτελέσματα: Λίγες ώρες μετά, η ασθενής εμφάνισε εικόνα κατάρριψης με προλιποθυμικά επεισόδια και υπόταση, ανθεκτική στη χορήγηση κρυσταλλοειδών. Αντιμετώπιστηκε, βάσει διεθνών οδηγιών, με χορήγηση αγγειοσπαστικών ουσιών (νοραδρεναλίνη) και αναβάθμιση της αντιβίωσης (μυπενέμ). Η ασθενής ενημερώθηκε για την ανάγκη επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης στην περίπτωση μη ανταπόκρισης τις προσεχείς ώρες, ωστόσο η κλινική εικόνα εμφάνισε σταδιακή βελτίωση. Παρά την εργαστηριακή επιδείνωση (44.000 λευκά, 2.9gr/dL λευκωματίν), η ασθενής παρέμεινε άπυρετη μετά την 2^η ημέρα με υποχώρηση των συμπτωμάτων και έναρξη σίτισης την 5^η ημέρα. Την 8^η ημέρα η ασθενής εξήλθε ελεύθερη συμπτωμάτων. Οι καθηλέργειες αίματος ήταν αρνητικές. Υπεβλήθη σε μαγνητική τομογραφία κοιλίας, ενδοσκοπικό έλεγχο πεπτικού (άνωτερο, κατώτερο) χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Συμπέρασμα: Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του σηπτικού shock επιτυγχάνει ταχύτερη ανάρρωση του ασθενούς και αποφυγή επιπλοκών ή επώδυνων θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως το χειρουργείο.

**ΑΑ04 ΣΟΒΑΡΗ ΜΟΡΦΗ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗΣ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΙΟΓΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ**

Παυλάκης Μιχαήλ¹, Ρέντζου Γιάννα¹, Λαζαρίδης Δημήτριος¹, Δημητριάδη Μαργαρίτα¹, Κουρμπάνης Βασίλειος¹, Σαφελιάνης Ιωάννης¹

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

Εισαγωγή: Οι ιογενείς λοιμώξεις προκαλούν πλήθος μυϊκών συνδρόμων που κυμαίνονται από απλές μυαλγίες έως σοβαρού βαθμού ραβδομυόλυση.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με σοβαρή μορφή ραβδομυόλυσης έπειτα από ιογενή λοίμωξη αναπνευστικού.

Υλικό & Μέθοδοι: Άνδρας 42 ετών, προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων λόγω εμπύρετου από τριημέρου με συνοδό παραγωγικό βήχα, αίσθημα δύσπνοιας, μυαλγίες, θωρακαλγία. Το ατομικό αναμνηστικό περιλαμβάνει δύο επεισόδια εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής. Διενεργήθηκε Spiral CT προς αποκλεισμό Πνευμονικής Εμβολής, η οποία ανέδειξε πυκνωτική αλλοίωση με αεροβρογχόγραμμα. Από τον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο, ιδιαίτερα υψηλή τιμή CPK, τρανσαμινασών και LDH με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Γενική ούρων: παρουσία μυοσφαιρίνης και αιμοσφαιρίνης, χωρίς ερυθρά αιμοσφαίρια στην μικροσκοπική εξέταση.

Αποτελέσματα - Πορεία Νόσου: Ο ασθενής παρέμεινε άπυρετος καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος, πτυέλων για κοινά μικρόβια, ιολογικός έλεγχος για ECHO, Coxsackie, HSV, EBV, CMV, ηπατίτιδες (B,C), HIV και γρίπη τύπου A και B, χωρίς ανεύρεση βακτηριακού ή ιογενούς αιτίου. Θυρεοειδικός έλεγχος: φυσιολογικός. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παρουσίασε σημαντική αύξηση της CPK, έως 99.900 (όριο εργαστηρίου) με παράλληλη επιδείνωση της νεφρικής του λειτουργίας καθώς και αυξημένη αιμοδοσία ορού. Τέθηκε σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με μοξιφλοξασίνη και επιθετική ενδοφλέβια ενυδάτωση. Παρουσίασε σταδιακή πτώση των τιμών της CPK, των τρανσαμινασών και της LDH, με βελτίωση της νεφρικής του λειτουργίας.

Συμπέρασμα: Οι ιογενείς λοιμώξεις συχνά συνοδεύονται από διαφόρους τύπους μυϊκής βλάβης. Ενίοτε, μπορεί να συνυπάρχει σοβαρού βαθμού ραβδομυόλυση με υψηλές τιμές CPK και συνοδό επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας, κάτι που δε θα πρέπει να ξεχνάμε στην καθημερινή κλινική πράξη.

ΑΑ05 ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

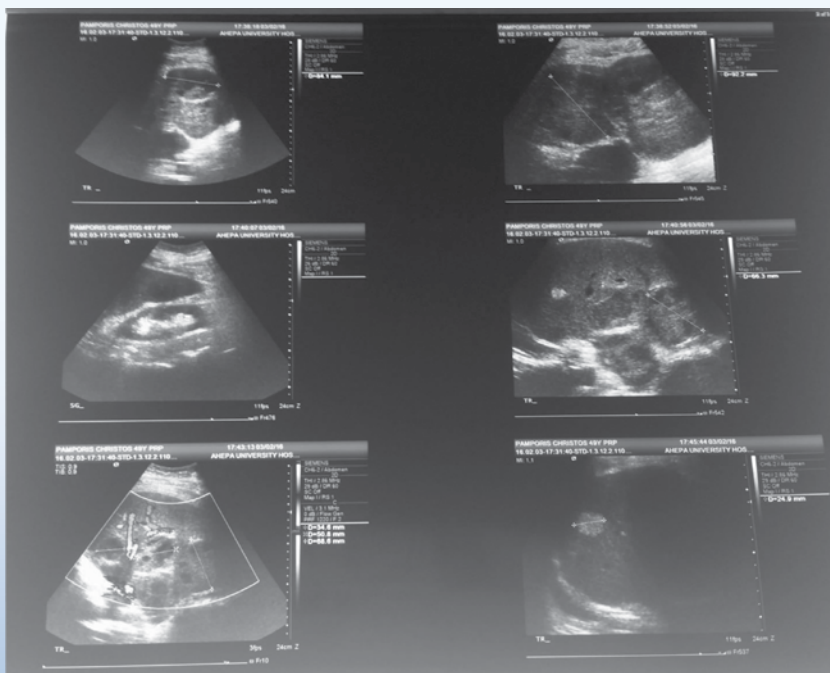
Δ. Στογιάννου¹, Γ. Καϊάφα¹, Χ. Σαββόπουλος¹, Α. Πρωτοπαπάς¹, Σ. Φοινίτσας², Α.Ι. Χατζητόλιος¹

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

² Ακτινολογικό Εργαστήριο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα ηπατικά αποστήματα αποτελούν συνήθη αίτια πυρετού αγνώστου αιτιολογίας. Ιδιαίτερη δυσκολία στη διαφορική διάγνωση προκύπτει με τις επιμοθληθείσες κύστεις, και ειδικά τις επιμοθληθείσες πολύχωρες εχινόκοκκους κύστεις, σε ασθενείς με ιστορικό ήσποτο για εχινόκοκκίαση.

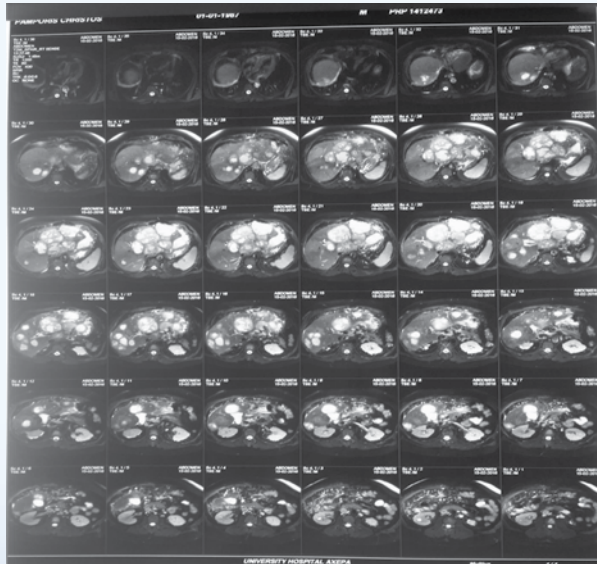
Κλινική Περίπτωση: Ασθενής 49 ετών, κτηνοτρόφος, παραπέμφθηκε από επαρχιακό νοσοκομείο λόγω παρατεταμένου εμπυρέτου από δύο εβδομάδων και πολλαπλών εστιών ήπατος, που ανευρέθησαν σε πρώτο απεικονιστικό έλεγχο με υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία κοιλίας. Ο ασθενής κατά τη νοσηλεία του στην Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ παρουσίασε σπητικό πυρετό, ίκτερο, αναιμία χρόνιας νόσου (Hb: 9.9 g/dl, MCV: 84.4 fL, MCH: 29.7 pg, Fe: 44 µg/dl, φερριτίνη: 1.827 ng/ml), αυξημένους δείκτες φλεγμονής (WBC: 32.000/µL, CRP: 23 mg/dl με όριο 0.5 mg/dl, ΤΚΕ: 122 mm) και επηρεασμένο ηπατικό προφίλ (χολερυθρίνη 3.8 mg/dl - 2.7 mg/dl άμεσος, SGOT: 161 U/l, SGPT: 66 U/l, γGT: 266 U/l, ALP: 226 U/l, αλβουμίνη: 2.21 g/dl, INR: 1.57). Στο πλαίσιο του πρωτοκόλλου διαγνωστικής διερεύνησης εμπυρέτου αγνώστου αιτιολογίας, ανευρέθησαν παθολογικά ευρήματα από τον απεικονιστικό έλεγχο (υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία άνω κοιλίας με πολλαπλά ανομοιογενών πυκνοτήτων, υπόπικνα μορφώματα, με παρουσία διαφραγματιών, ευρήματα συμβατά με εχινόκοκκους κύστεις ήπατος, ή μεμονωμένη πολύχωρο εχινόκοκκο κύστη Εικ. 1α, 1β). Αποκλείσθηκε από τη διαφορική διάγνωση, με βάση ενδελεχή παρακλινικό έλεγχο η απλή κύστη ήπατος (επιμοθληθείσα), η πολυκυστική νόσος του ήπατος και η νεοπλασματική νόσος. Η διάγνωση προσαποτοήστηκε σε πολλαπλά βακτηριακά αποστήματα ή σε επιμοθληθείσα πολύχωρο εχινόκοκκο κύστη, οπότε ο ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με αλβενδοζόλη (θεραπεία εκλογής για εχινόκοκκο κύστη), μετρονιδαζόλη, τριγκεκλίνη και μεροπενέμ. Λόγω μη υποχώρησης του εμπυρέτου πραγματοποιήθηκε MRI άνω κοιλίας και MRCP, με ευρήματα συμβατά με αποστήματα (Εικ. 2), και διαγνωστική παρακέντηση με βιοψία με λεπτή βελόνα (FNA), οπότε και αναρροφήθηκε πυώδες υγρό, το οποίο στάλθηκε για άμεση μικροσκοπική εξέταση για πρωτοσκώληκες και hooklets, με αρνητικά ευρήματα. Μετά τη βιοψία ο ασθενής σταδιακά απυρέτωση και οι δείκτες φλεγμονής υποχώρησαν (3^η εβδομάδα θεραπείας). Βελτίωση παρατηρήθηκε και στον επαναληπτικό απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία κοιλίας. Η ανταπόκριση αποδόθηκε στην καλύτερη κατανομή των αντιβιοτικών φαρμάκων με τη μικρο-ρήξη που πιθανώς προκλήθηκε στο τοίχωμα του αποστήματος.



Εικ. 1α: Υπερηχογράφημα ήπατος - χοληφόρων. Το ήπαρ απεικονίζεται με αυξημένο μέγεθος και με κατά τόπους ροβωτό περίγραμμα. Ανομοιογενής η υφή του ηπατικού παρεγχύματος, λόγω της παρουσίας πολλαπλών διάσπαρτων υποηχοϊκών μορφωμάτων, διαμέτρου έως 10 cm περίπου, με ηχομορφολογία συμβατή προς εχινόκοκκους κύστεις, το μεγαλύτερο στον αριστερό λοβό.



Εικ. 1B: Αύξηση ορίων του ήπατος λόγω παρουσίας πολλαπλών ανομοιογενών πυκνοτήτων, υπόπικνων μορφωμάτων με παρουσία διαφραγματίων κατά την i.v. χορήγηση σκιαγραφικού. Παρουσία διογκωμένων ηεμφραδικών ομάδων, παρασασρτικά με διάμετρο <24mm, οι οποίοι κατέχονται και στις ηαγόνιες.



Εικ.2: Παρουσία πολλαπλών, ποικίλου μεγέθους, ογκόμορφων βλαβών στο παρέγχυμα του ήπατος, μεγίστης διαμέτρου 83 mm, μερικές εκ των οποίων εμφανίζουν εσωτερικές κοιλότητες και ανώμαλα διαφραγματία. Τα παραπάνω ευρήματα συνηγορούν υπέρ φλεγμονώδους εξεργασίας (αποστήματα).

Συμπέρασμα: Στα πλαίσια διερεύνησης εμπυρέτου αγνώστου αιτιολογίας πρέπει να αποκλείεται η ύπαρξη ηπατικού αποστήματος. Σε περίπτωση ανεύρεσης, η ακριβής αιτιολογία είναι δύσκολη, ειδικά επί αρνητικών ευρημάτων από τις καλλιέργειες και τον ορολογικό έλεγχο. Σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου για εχινοκοκκίαση (αγροτικές περιοχές, κτηνοτρόφοι), η πιθανότητα επιμόλυνσης εχινοκοκκίου κύστεως πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν. Η δυσχέρεια δράσης του αντιβιοτικού στο εσωτερικό μιας κύστης, λόγω μειωμένης κατανομής, μπορεί πιθανώς να αντιμετωπιστεί με μικρή ρήξη του τοιχώματος της κύστης, με κίνδυνο ωστόσο αλλεργικής αντίδρασης στο υγρό της κύστης.

ΑΑ06 ΕΛΛΟΝΣΙΑ (ΜΙΑ ΞΕΧΑΣΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ) - ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ζήσης Χρήστος¹, Αγγελής Νικόλαος¹, Θεοδωρούλα Ευτέρπη¹, Μαρίτσα Δήμητρα¹, Κόγιας Αθανάσιος¹, Βασδέκη Δήμητρα¹, Γατσά Ελένη², Βενέτη Σοφία¹, Μυλωνάς Στέφανος¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

² Αιματολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

Εισαγωγή: Η ελλοносία ενδημεί σε σχεδόν 100 χώρες, κυρίως της υποσαχάριας Αφρικής και της Ασίας. Στην Ελλάδα, εκριζώθηκε το 1974, μετά από εντατικό-επίπονο πρόγραμμα καταπολέμησης. Έκτοτε, καταγράφονται ετησίως περίπου 20-50 περιστατικά-στην πλειοψηφία τους σχετιζόμενα με ταξίδι/παρομνή σε ενδημική περιοχή (εισαγόμενα). Ωστόσο, από το 2009 καταγράφονται ετησίως κρούσματα ελλονομίας με ενδείξεις εγκύριας μετάδοσης.

Σκοπός: Η ανάδειξη της εμπειρίας από 2 κρούσματα ελλονομίας - μιας νόσου «ξεχασμένης» ιδίως στην επαρχία - που νοσηλεύτηκαν στο Γ.Ν.Τρικάλων σε διάστημα 16μηνών.

Υλικό-Μέθοδος: Το πρόσφατο κρούσμα (φθινόπωρο 2016) ήταν εισαγόμενο. Ελληνίας, 41ετών, που ζούσε και εργαζόταν στη Νιγηρία, με ιστορικό πρόσφατης νόσησης από ελλονομία και θεραπείας με παράγωγα αρτεμισίνης, προσήλθε στο Γ.Ν. Τρικάλων αιτώμενος υψηλό πυρετό, ρίγος, και κακουχία από ωρών. Διαπιστώθηκε σπληνομεγαλία, αναιμία, θρομβοπενία, τρανσαμινασαιμία, υπερχολερυθριναιμία και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Η υποτροπή της νόσου τέθηκε πρώτη στη διαφορική διάγνωση και επιβεβαιώθηκε με μικροσκοπική εξέταση επιχρίσματος περιφερικού αίματος θετική για πλάσμοδία ενδο-ερυθροκυτταρικά. Το Rapid-test ήταν, επίσης, θετικό. Η PCR επιβεβαίωσε λοίμωξη από *P. falciparum*. Ο ασθενής ετέθη εκ νέου σε ανθελλονοσιακή αγωγή (συνδυασμός ατοβακόνης/προγουανίνης) και απυρέτησε.

Το προηγούμενο κρούσμα (καλοκαίρι 2015) είχε ενδείξεις εγκύριας μετάδοσης. Ελληνίας αγρότης 56ετών, χωρίς ιστορικό ταξιδιών νοσηλεύτηκε για παρατενόμενο εμπύρετο, που παρά τον εκτενή έλεγχο, δεν μπορούσε να ανευρεθεί αιτία. Η υποψία της ελλονομίας τέθηκε λόγω περιστασιακής εργασίας του σε χώρους που διέμεναν μετανάστες ασιατικής καταγωγής. Τελικά, διαγνώστηκε λοίμωξη από *P. vivax*. Χορηγήθηκαν πριμακίνη και παράγωγα αρτεμισίνης, με αποτέλεσμα ίαση.

Συμπεράσματα: Εξαιτίας της παγκοσμιοποίησης και των μαζικών μετακινήσεων μεταναστών και προσφύγων, υπάρχει επιτακτική ανάγκη εκπαίδευσης των ελληνικών ιατρών στην διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση της ελλονομίας.

ΑΑ07 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΡΟΣΦΑΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΛΛΟΝΣΙΑΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Πατουλιά Κωνσταντίνα, Ρέντζου Γιάννα, Κοροβέση Γιάννα, Μαραθωνίτης Αναστάσιος, Κουρμπάνης Βασίλειος, Μοντενίγος Θωμάς, Χατζηκυριάκου Ρέα, Σαφλιάνης Ιωάννης

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, Αθήνα

Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, Αθήνα

Εισαγωγή: Η ελλονομία είναι μία παρασιτική νόσος προκαλούμενη από ένα από τα πέντε παρακάτω είδη του γένους "Plasmodium": *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale*, *P. falciparum*, *P. knowlesi*.

Σκοπός: Η παρουσίαση πρωτογενούς λοίμωξης από πλάσμοδίο καθώς και η επανεμφάνιση - υποτροπή της νόσου μετά από προηγμένη λοίμωξη.

Υλικό-Μέθοδος: 1. Ασθενής 17 ετών αφιχθείς στην Ελλάδα από το Πακιστάν προ 5μήνου προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων λόγω εμπύρετου έως 39°C από 2μηνου. Αναφέρει συνοδό επιγαστραλγία, εμέτους, εξάνθημα κορμού-άκρων και ήπια δοξκυκλίνη με οδηγία ιατρού χωρίς ύφεση των συμπτωμάτων.

2. Ασθενής 52 ετών, ελληνικής καταγωγής, μόνιμος κάτοικος της Σιέρα-Λεόνε, αφιχθείς στην Ελλάδα από 3ημέρου προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων λόγω εμπύρετου έως 40°C με συνοδό ναυτία και ένα επεισόδιο εμέτου. Αναφέρει τέσσερα επεισόδια ελλονομίας το τελευταίο έτος.

Και στις δύο περιπτώσεις από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ανεύρεση πλάσμοδίων από την μικροσκοπική εξέταση επιχρίσματος περιφερικού αίματος (θετική δοκιμασία Laveran).

Οι ασθενείς εισήχθησαν στην κλινική για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Αποτελέσματα: Μετά από έλεγχο δραστηριότητας ενζύμου G6PD ακολούθησε άμεση έναρξη ανθελλονοσιακής αγωγής, διεξήχθη RDT και PCR προς ταυτοποίηση γένους πλάσμοδίου με ανάδειξη *P. vivax* για τον πρώτο ασθενή και *P. falciparum* για το δεύτερο. Οι ασθενείς έλαβαν στοχευμένη θεραπεία με υδροξυκλωροκίνη αρχικά και πριμακίνη στη συνέχεια και αρτεμεθέρη-λουμεφαντρίνη και δοξκυκλίνη αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Ασθενείς με υψηλό πυρετό που προέρχονται από ενδημικές για ελλονομία περιοχές απαιτούν έγκαιρη ανίχνευση πλάσμοδίου (+ δοκιμασία Laveran), ταυτοποίηση στελέχους (RDT και PCR) και άμεση έναρξη κατάλληλης θεραπείας. Η πιθανότητα ανάπτυξης αντοχής στα νεότερα ανθελλονοσιακά φάρμακα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την επιλογή της χορηγούμενης αγωγής.

ΑΑ08 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν.ΧΑΝΙΩΝ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ

Συντζανάκη Ελίνα, Δρανδάκη Μαρία, Μποτωνάκη Κέλλη, Λουράκη Νικολέτα, Πήττας Κωνσταντίνος, Αλιφιερράκης Ιωάννης, Σμπόνιας Ανδρέας, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Πολυμίλη Γεωργία

Α΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις από *Rickettsia* spp, *Bartonella quintana* και *Leishmania donovani* αποτελούν επιπλέον νοσήματα, αρκετά διαδεδομένα στο νομό Χανίων, που μεταδίδονται με αρθρόποδα. Επίσης, σε οροεπιδημιολογικές μελέτες σημειώνονται υψηλοί τίτλοι αντισωμάτων έναντι *C.burnetii* σε κατοίκους του νησιού.

Σκοπός: Η επιδημιολογική καταγραφή περιστατικών με κλινικά και ορολογικά διαπιστωμένη λοίμωξη από *Rickettsia* spp, *L.donovani*, *B. quintana* και *C.burnetii*, που νοσηλεύτηκαν στην Α΄ Παθολογική Κλινική την τελευταία τριετία.

Υλικό-Μέθοδος: Καταγραφή της ηλικίας, φύλου και τόπου διαμονής των ασθενών, του μικροοργανισμού και του μήνα εκδήλωσης της νόσου.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 34 περιστατικών καταγράφησαν:

Είδος Μ/Ο	Αριθμός ασθενών	Άνδρες/ Γυναίκες	Ηλικίες	Περιοχή διαμονής
				Αστική:Ημιαστική:Αγροκτηνοτροφική
<i>Rickettsia</i> spp	15	10/5	26-77ετών	3:6:6
<i>Coxiella burnetii</i>	7	4/3	36-70ετών	3:4:-
<i>Bartonella quintana</i>	8	4/4	33-81ετών	2:2:4
<i>Leishmania donovani</i>	4	2/2	31-88ετών	1:1:2

Βρέθηκαν 7 ασθενείς με *R.conorii*, 7 με *R.typhi* και ένας με *R.felis* (αναδυόμενο παθογόνο τα τελευταία χρόνια). Όλα τα περιστατικά ρικετσίωσης εκδηλώθηκαν τους μήνες Ιούλιο-Σεπτέμβριο, πηλιν τριών στους Δεκέμβριο-Ιανουάριο. Οι ασθενείς με πυρετό Q προσήλθαν στο νοσοκομείο τους μήνες Αύγουστο, Σεπτέμβριο και Δεκέμβριο, ενώ αυτοί με λοίμωξη από *B. quintana* κατά πλειονότητα τον Αύγουστο. Τέλος, οι ασθενείς με σπληνική λεισημανίωση από *L.donovani* αντιμετωπίστηκαν τους μήνες Απρίλιο-Αύγουστο και ήταν όλοι ανοσοκατεσταλμένοι.

Σε 4 και 5 ασθενείς αντίστοιχα ανευρέθησαν αντισώματα ενδεικτικά παλαιάς λοίμωξης για *Rickettsia* spp και *C.burnetii*.

Συμπέρασμα: Τα κρούσματα εκδηλώθηκαν κυρίως καλοκαιρινούς μήνες και ιδιαίτερος σε συγκεκριμένες ημιαστικές/ αγροκτηνοτροφικές περιοχές του νομού. Καταγραφές σε μεγαλύτερη έκταση με ταυτόχρονη ενημέρωση του κοινού θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην πρόληψη τέτοιων νοσημάτων (εμβολιασμοί ζώων, ενδυματολογικές οδηγίες, απεντομώσεις, μυοκτονίες).

ΑΑ09 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΩΒ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΗ

Αγαπάκης Δημήτρης¹, Καραγιαννίδου Μακρίνα¹, Δαμιανίδου Μαρία², Μαρασλής Στέφανος¹, Σάτσογλου Αιμίλιος¹

¹ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Γουμένισσας, Κιλκίς

² Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν. Γουμένισσας, Κιλκίς

Εισαγωγή: Το σύνδρομο του μωβ ουροσυλλέκτη (ΣΜΟ), αποτελεί μια σχετικά σπάνια κατάσταση που αφορά την εμφάνιση μωβ απόχρωσης του ουροκαθετήρα και του ουροσυλλέκτη, ως αποτέλεσμα του μεταβολισμού της τριπτοφάνης των ούρων από βακτηρίδια σε έδαφος ουρολοίμωξης, σε ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνια καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης.

Σκοπός: Η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης ασθενούς με ΣΜΟ.

Παρουσίαση του περιστατικού: Πρόκειται για μια 83χρονη γυναίκα που προσκοιμήθηκε από τους συγγενείς της στο ΤΕΠ, θορυβημένοι από την εμφάνιση αιματοουρίας από 24ώρου με συνοδό εμπύρετο από 3ώρου.

-Από το ιστορικό της αναφερόταν υποθυρεοειδισμός υπό αγωγή, ν. Alzheimer, δυσκοιλιότητα και Ca παχέος εντέρου προ 20ετίας.

-Από τη φυσική εξέταση παρέμενε κλινηκής και έφερε μόνιμο ουροκαθετήρα.

-Από τη φυσική εξέταση βρέθηκε πυρετός (38.5°C), ΑΠ=125/92 mmHg, σφύξεις=100/λ, sO₂=95%, ήπια συχχυτική κατάσταση, χωρίς συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα. Τα ούρα παρουσίαζαν μωβ απόχρωση που αρχικά εκλήφθηκε ως μακροσκοπική αιματοουρία. Η ασθενής δεν ελάμβανε φάρμακα ούτε κατανάλωνε τροφές που σχετίζονται με τη μετατροπή του φυσιολογικού χρώματος των ούρων.

-Εργαστηριακά ευρήματα: Λευκοκυττάρωση (13.0 x 10⁹), πολυμορφοπύρνηνα=84%, ουρία ορού=79.5 mg/dl, κρεατινίνη ορού=1.35 mg/dl, ΤΚΕ=57, CRP=4 mg/dl, ηπατική βιοχημεία=κφ. Η ακτινογραφία θώρακα ήταν φυσιολογική. Από τη Γενική εξέταση των ούρων: ερυθρά=0-1/κοπ, πυοσφαίρια=80-100/κοπ, pH=8, νιτρώδη= 2+. Η καλλιέργεια των ούρων απομόνωσε *Escherichia coli* (>10⁸), ενώ τα ούρα είχαν φυσιολογικό χρώμα.

-Στην ασθενή έγινε αλλαγή του ουροκαθετήρα, χορηγήθηκε εμπειρική αγωγή που ήταν εντός του φάσματος ευαισθησίας των μικροοργανισμών (αμπικιλίνη/σουλμιακτάν 2 gr/ημ. καθώς και υγρά ενδοφλέβια. Μετά από 3 ημέρες ήταν άπυρετη, με φυσιολογικό χρώμα ούρων στον ουροσυλλέκτη, φυσιολογική νεφρική λειτουργία και εξήλθε της κλινικής.

Συμπεράσματα: Το ΣΜΟ αποτελεί σπάνια εκδήλωση της ουρολοίμωξης. Η προσεκτική παρατήρηση και κατάλληλη αντιμετώπιση από τον θεράποντα ιατρό αποτελεί προϋπόθεση για την καλή έκβαση του ασθενούς, την αποφυγή περιττών εξετάσεων και την καθυσίαση των ενδιαφερομένων.

ΑΑ10 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΥΣ/ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μπόζιος Σ. Παναγιώτης¹, Φραντζοπούλου Ιωάννης², Δρόσος Αλέξανδρος¹, Βούλγαρη Παρασκευή¹

¹ Ρευματολογικό Τμήμα Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

² Τμήμα Πολιτικής και Δημόσιας Διοίκησης Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (RA) είναι μια χρόνια, συστηματική, αυτοάνοση φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει τις αρθρώσεις και συνοδεύεται από εξωαρθρικές εκδηλώσεις. Η νόσος προκαλεί σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών και επιφέρει μεγάλο κόστος στο σύστημα υγείας λόγω των αυξημένων δαπανών για την απαιτούμενη υγειονομική φροντίδα, ιδιαίτερα μετά την εισαγωγή των βιολογικών παραγόντων στη θεραπεία της.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η επίδραση των βιολογικών παραγόντων στην ποιότητα ζωής ασθενών με (RA) και στην επίτευξη κλινικής ύφεσης. Επιπρόσθετα, μελετήθηκε αν υπάρχει κάποιος βιολογικός παράγοντας που επιφέρει καλύτερη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας σε σύγκριση με τους υπόλοιπους.

Υλικό-Μέθοδος: Συμμετείχαν ασθενείς με (RA) στους οποίους χορηγήθηκε ένας από τους βιολογικούς παράγοντες (Golimumab, Etanercept, Adalimumab, Certolizumab, Abatacept). Για την καταγραφή της κλινικής εικόνας των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες DAS-28, HAQ-DI, EQ-5D. Επιπρόσθετα έγινε καταγραφή του άμεσου και έμμεσου κόστους που σχετίζεται με την θεραπεία της (RA).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 150 ασθενείς με (RA) οι οποίοι στατιστικά σημαντική βελτίωση του δείκτη αξιολόγησης DAS28 (p<0.05), του HAQ (p<0.05), και του EQ-5D (p<0.05) μετά τη θεραπεία. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των παραγόντων. Από την ανάλυση κόστους/αποτελεσματικότητας παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει παράγοντας που να επιφέρει καλύτερη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας σε σύγκριση με τους υπόλοιπους.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες επιφέρει σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής και στην ενεργότητα της νόσου σε ασθενείς με (RA). Δεν υπάρχει παράγοντας που να επιφέρει καλύτερη σχέση κόστους/αποτελεσματικότητας.

ΑΑ11 ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΛΥΚΟΣ, Η ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Αθανασίου Παναγιώτης, Κατσαβούνη Χαρούλα, Γεροδήμος Χαράλαμπος

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

Εισαγωγή: Η προσβολή του νευρικού συστήματος στο συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ) είναι σοβαρή εκδήλωση της νόσου που επιδρά στην υγεία, την ποιότητα ζωής του ασθενούς και την έκβαση της νόσου. Είναι μια από τις πιο σύνθετες εκφράσεις του ΣΕΛ και μπορεί να επιδρά στο κεντρικό, το περιφερικό και το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Πολύπλοκοι αλληλοεπιδρώντες μηχανισμοί συμμετέχουν στην παθογένεια της νόσου, όπως γενετικοί παράγοντες, αγγειοπάθεια, απόφραξη αγγείων, νευροενδοκρινική διαταραχή, καταστροφική ιστική και των νευρών από αυτοαντισώματα όπως και φλεγμονογόνους παράγοντες.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με νευροψυχιατρικό λύκο.

Μέθοδοι: Ασθενής, γυναίκα 50 ετών προσήλθε με ΣΕΛ από 20ετίας. Η διάγνωση της νόσου έγινε με έντονη κόπωση, τριχόπτωση, φωτοευαίσθητο εξάνθημα, αρθραλγίες και αντιπηκτικά και αντι-dsDNA αντισώματα θετικά. Στην πορεία της νόσου εμφάνισε προσβολή του ΚΝΣ με επιληπτικές κρίσεις, μόνιμη δυσαρθρία και ψευδαισθήσεις. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου δεν εμφάνισε ειδικές αλλοιώσεις αλληλά το ηλεκτροεγκεφαλιόγραμμα ήταν παθολογικό όπως και η single-photon emission CT (SPECT) εγκεφάλου που έδειξε ελαττωμένη άρδευση στο μετωπιαίο και βρεγματικό ήλοβο άμφω. Ακοιούθως η ασθενής παρουσίασε έξαρση της νόσου με έντονη κόπωση, άφθες, επίταση των επιληπτικών κρίσεων, αδυναμία συγκέντρωσης, έντονες ψευδαισθήσεις και δυσαρθρία.

Αποτελέσματα: Χορηγήθηκαν ενδοφλέβιες ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης και ακοιούθως ενδοφλέβιες ώσεις κυκλοφωσφαμιδής. Επετεύχθη ύφεση της νόσου μετά χορήγηση 6 g κυκλοφωσφαμιδής. Ακοιούθως χορηγήθηκε mycophenolate mofetil ως θεραπεία συντήρησης. Ωστόσο, η ασθενής δεν ανέχθηκε το φάρμακο, καθώς εμφάνισε εμέτους και επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Ως θεραπεία συντήρησης συνεχίστηκε η χορήγηση κυκλοφωσφαμιδής σε ώσεις ανά 2μηνιο.

Συμπεράσματα: Ο νευροψυχιατρικός λύκος είναι μια σοβαρή εκδήλωση του ΣΕΛ που επιδεινώνει την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και προσβάλλει σοβαρά την ποιότητα ζωής. Ο νευροψυχιατρικός λύκος είναι στην αιχμή της έρευνας της επιστήμης, καθώς οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι μπορεί να βοηθήσουν στην απεικόνιση των βλαβών που προκαλεί η νόσος στο ΚΝΣ. Ο νευροψυχιατρικός λύκος χρήζει επιθετικής αντιμετώπισης. Στην περιγραφόμενη περίπτωση χορηγήθηκε κυκλοφωσφαμιδή με πολύ καλά αποτελέσματα.

ΑΑ12 ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΜΕ ΝΟΣΟ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑΔΗ-ΒΕΗCET'S. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ CT-P13 INFLIXIMAB

Αθανασίου Παναγιώτης, Κωστόπουλος Μάρκος, Σπυρίδης Ανέστης, Κατσαβούνη Χαρούλα, Τζαναβάρη Αικατερίνη, Παντελίδης Δημήτριος

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

Τα ρευματικά νοσήματα αποτελούν φάσμα νοσημάτων που χαρακτηρίζονται από αλληλοεπικάλυψη των εκδηλώσεων καθώς και μεταβολή των χαρακτηριστικών των συστηματικών αυτών νοσημάτων στην πορεία της νόσου. Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΣ) είναι συστηματική φλεγμονώδης νόσος της οποίας η παθογένεια είναι υπό έρευνα. Η νόσος Αδαμαντιάδη-Bechet's είναι φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει καθ' υπερκοχήν νεαρά άρρενα άτομα.

Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή δύο περιπτώσεων ασθενών που εμφάνισαν ΑΣ και εκδήλωσαν και νόσο Αδαμαντιάδη-Bechet's, αντιμετώπιστηκαν δε επιτυχώς με ινφλιξιμάμπη και με CT-P13, του παράγοντα που είναι βιοομοειδές της ινφλιξιμάμπης.

Μέθοδοι: Ασθενής άνδρας ηλικίας 48 ετών προσήλθε με χαμηλή οσφυαλγία και αρθραλγίες ΠΧΚ και κάτω άκρων από νεαρής ηλικίας. Τέθηκε η διάγνωση της ΑΣ με HLA-B27 θετικό. Στην πορεία της νόσου εμφάνισε υποτροπιάζοντα έλκη στόματος και γεννητικών οργάνων, πρόσθια ιριδοκυκλίτιδα, αρθρίτιδες άνω άκρων και διαταραχή γαστρεντερικού συστήματος. Διαγνώστηκε νόσος Αδαμαντιάδη-Bechet's και η νόσος ακοιούθησε κυμαινόμενη πορεία μέχρις ότου μετά 22 έτη παρουσίασε ύφεση. Η ΑΣ εμφάνισε έξαρση με μειωμένη κινητικότητα σπονδυλικής στήλης και αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Ο δεύτερος ασθενής, άνδρας ηλικίας επίσης 48 ετών προσήλθε με υποτροπιάζοντα επεισόδια ιριδοκυκλίτιδας και άφθες στόματος. Τέθηκε η διάγνωση της νόσου Αδαμαντιάδη-Bechet's. Στην πορεία της νόσου εμφάνισε φλεγμονώδη οσφυαλγία και αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Τέθηκε η διάγνωση ΑΣ.

Αποτελέσματα: Στην πορεία της νόσου αμφότεροι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με τοπικά μέσα για τις εκδηλώσεις της νόσου Αδαμαντιάδη-Bechet's. Ο πρώτος έλαβε ινφλιξιμάμπη επί 2ετία με πολύ καλά αποτελέσματα. Η αγωγή διεκόπη μετά 2ετία. Λόγω υποτροπής της νόσου μετά τη διακοπή τέθηκε σε CT-P13, το βιοομοειδές της ινφλιξιμάμπης. Ο δεύτερος ασθενής ετέθη σε CT-P13 και κυκλοσπορίνη με πολύ καλή ανταπόκριση. Οι ασθενείς συνεχίζουν την αγωγή με CT-P13 και είναι σε πλήρη ύφεση.

Συμπεράσματα: Περιγράφεται η συνύπαρξη της ΑΣ με τη νόσο Αδαμαντιάδη-Bechet's. Σήμερα συζητείται η αυτοφλεγμονώδης αιτιολογία της νόσου Αδαμαντιάδη-Bechet's, ενώ στην παθοφυσιολογία της ΑΣ μπορεί να συμμετέχουν αυτοάνοσοι και αυτοφλεγμονώδεις παράγοντες. Σε αμφότερες τις περιπτώσεις η χορήγηση του βιοομοειδούς της ινφλιξιμάμπης CT-P13 είχε πολύ καλά αποτελέσματα.

ΑΑ13 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ CAPECITABINE

Ζαφείρης Α.², Κουλούρης Ε.², Ροδίτης Π., Godwin S., Κυρατζίδης Κ., Παυλίδης Κ., Λαμπρόπουλος Σ.

Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»

Εισαγωγή: Η Καπεσιταμίνη (Capecitabine) είναι μια από του στόματος λαμβανόμενη χημειοθεραπευτική ουσία που θεωρείται εξιδικευμένη για τα αντίστοιχα καρκινικά κύτταρα. Μετά τη λήψη της μεταβολίζεται σε 5 - φθοροουρακίλη (5- FU) μέσω μιας διαδικασίας που περιλαμβάνει 3 ένζυμα (1). Η καρδιοτοξικότητα της 5FU είναι γνωστή (2). Οι κλινικές εκδηλώσεις της μπορούν να ποικίλουν, από σπληνίτιδα, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αρρυθμίες μέχρι καρδιογεννή καταπληξία και ανακοπή (3).

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού καρδιακών ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενή που λάμβανε p.o. αγωγή με Capecitabine στα πλαίσια συμπληρωματικής χημειοθεραπείας για αδενοκαρκίνωμα του παχέως εντέρου.

Υλικά και μέθοδοι: Παρουσιάζουμε την περίπτωση άνδρα ασθενούς, 65 ετών που μεταφέρθηκε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας μετά από ανακοπή εκτός νοσοκομείου. Τον Σεπτέμβριο του 2015 διαγνώστηκε με αδενοκαρκίνωμα του παχέως εντέρου το οποίο αρχικά εξαιρέθηκε χειρουργικά και στη συνέχεια έλαβε συμπληρωματική χημειοθεραπεία με Oxaliplatin / Capecitabine (XELOX). Προ της επέμβασης είχε υποβληθεί σε σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου με Tc99m χωρίς αναφερόμενη συμπτωματολογία. Ακόμη υπεβλήθη σε στεφανιαία αγγειογραφία η οποία δεν ανέδειξε υποκείμενες βλάβες. Κατά τη διάρκεια της μεταφοράς υπεβλήθη σε σύντομη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Ο ρυθμός του στην άφιξη στο ΤΕΠ του νοσοκομείου ήταν ασυστολία και συνεχίστηκε η ΚΑΡΠΑ. Μετά από 2 κύκλους παρουσίασε ρυθμό κοιλιακής μαρμαρυγής και έγινε απνίδωση με επιτυχή επαναφορά σε φλεβοκομβικό ρυθμό και αυτόματη κυκλοφορία. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών υπέδειξε ανασπάσεις στο πρόσθιο τοίχωμα. Διασωληνώθηκε και έγινε μεταφορά στην ΜΑΦ του Νοσοκομείου μας και έλαβε θρομβολυτική θεραπεία λόγω απουσίας αιμοδυναμικού εργαστηρίου. Παρουσίασε κριτήρια επιτυχούς επαναιμάτωσης 12 ώρες μετά την είσοδο του στην ΜΑΦ. Παρουσίασε τυπική ενζυμική κίνηση για OEM. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία στην οποία απεκρίσθη εγκεφαλική ή αληθινή αιμορραγία. Παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός χωρίς σημεία αιμορραγίας. Αποσωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στην Στεφανιαία Μονάδα της κλινικής χωρίς να παρουσιάζει σημεία νευρολογικής επιβάρυνσης, GCS 15. Μετά από 10 μέρες νοσηλείας μεταφέρθηκε και υπεβλήθη εκ νέου σε στεφανιογραφικό έλεγχο όπου δεν αναφέρθηκαν αιμοδυναμικά σημαντικές βλάβες.

Συμπεράσματα: Δεδομένης της ευρείας χρήσης της Capecitabine στην Ογκολογία πιστεύουμε ότι είναι απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση των μηχανισμών που οδηγούν σε καρδιακές ανεπιθύμητες ενέργειες και των παραγόντων κινδύνου προ της έναρξης της θεραπείας. Οι ασθενείς επίσης θα πρέπει να ενημερώνονται για την πιθανότητα αυτών των επιπλοκών και για πιθανά συμπτώματα που θα τους έκαναν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια.

AA14 ΜΥΞΩΜΑ: ΕΝΑΣ ΣΠΑΝΙΟΣ ΟΓΚΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΙΣΟΔΙΑ

Ζήσης Χρήστος¹, Θεοδωρούλα Ευτέρπη¹, Μαρίτσα Δήμητρα¹, Καραγεώργος Χαράλαμπος¹, Λώλος Ιωάννης¹, Τσιαμπάλης Αθανάσιος², Βενέτη Σοφία¹, Μυλωνάς Στέφανος¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

² Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

Εισαγωγή: Οι πρωτοπαθείς όγκοι της καρδιάς είναι εξαιρετικά σπάνιοι (συχνότητα στο γενικό πληθυσμό 0,0017%-0,19%). Ο πιο συχνός (30-50%) είναι το μύξωμα, ένας καλοήθης βλεννώδης όγκος. Εμφανίζεται σποραδικά, σε γυναίκες (75%), στον αριστερό κόλπο (75-85%) με μέση ηλικία εμφάνισης τα 56έτη. Στο 10% των περιπτώσεων είναι κληρονομικός (μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα). Παρότι καλοήθης, έχει αναφερθεί εξαίληση ή υποτροπή κατά την εξάφραση. Εκδηλώνεται με γενικά συμπτώματα (πυρετό/αδιαθεσία/απώλεια βάρους/ αναμία/αρθραλγίες/πνευμοκυττάρωση/υπεργαμμασφαιριναιμία/αυξημένη ΤΚΕ), συμπτώματα δεξιάς/αριστερής (ανάλογα με την εντόπιση) καρδιακής ανεπάρκειας, εμβολικά επεισόδια ή και με αιφνίδιο θάνατο.

Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης υποτροπιάζοντων εγκεφαλικών επεισοδίων-(ΑΕΕ) σε έδαφος μύξωματος αριστερού κόλπου, η διάγνωση του οποίου, όμως, τίθεται εύκολα υπερηχοκαρδιογραφικά (95% ευαισθησία).

Υλικό-Μέθοδος: Άνδρας 56ετών, καπνιστής, με ιστορικό αιθυσμίου, δυσλιπιδαιμίας, υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου και ισχαιμικού εμφράκτου παρεγκεφαλίδας υπό νεμπιδοδόλη, στατίνη/εζετιμίμη και ακετυλοσαλικυλικό οξύ εισήχθη στη Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων λόγω επεισοδίου αιμωδίας-μυϊκής αδυναμίας αριστερού άνω άκρου.

Κατά τη νοσηλεία, η νευρολογική σημειολογία αποκαταστάθηκε πλήρως και ο ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματικός. Στα πλαίσια διερεύνησης διεγερθήκε Triplex καρωτιδών-σπονδυλοθωρακικού συστήματος που ανέδειξε αθηρωμάτωση, χωρίς αξιόλογες στενώσεις και διαθωρακικό-Υπερηχογράφημα καρδιάς το οποίο αποκάλυψε **μύξωμα αριστερού κόλπου** (2,4X4,3cm), που θεωρήθηκε υπεύθυνο για τα επεισόδια.

Εξήχθη με κλοπιδογρένη και σύσταση για άμεση καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. Ωστόσο, προεχειρητικά, υπέστη σοβαρό εμβολικό ΑΕΕ κατανομής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, νοσηλεύθηκε στη Μ.Ε.Θ., όπου και κατέληξε.

Συμπεράσματα: Το μύξωμα αποτελεί σπάνιο αίτιο δευτεροπαθούς εμφάνισης ΑΕΕ, ωστόσο διαγνωσείται εύκολα με διαθωρακικό υπερηχογράφημα, το οποίο δεν πρέπει ποτέ να αμελείται στα πλαίσια του βασικού διερευνητικού ελέγχου. Η χειρουργική εξάφρασή του δεν προλαμβάνει μόνο νέα επεισόδια, αλλά βελτιώνει το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς.

AA15 ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΑΠΟ CANDIDA PARAPSILOSIS ΣΕ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΟΡΤΙΚΗ ΒΑΛΒΙΔΑ

Δρανδάκη Μαρία¹, Συντζανάκη Ελίνα¹, Γκόγκου Αργυρώ¹, Διακάκης Γεώργιος², Τριανταφυλλίδου Δομνίκη¹, Ποιλιμίτη Γεωργία¹

¹ Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», Χανιά

² Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», Χανιά

Εισαγωγή: Η μυκητιασική ενδοκαρδίτιδα προσθετικής βαλβίδας αποτελεί σπάνια λοίμωξη (2-5% της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας) με υψηλή θνητότητα και θνησιμότητα. Τα είδη Candida αποτελούν τον συχνότερο λοίμογόνο παράγοντα με κυριότερα την Candida albicans και πιο σπάνια την Candida parapsilosis.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 66ετών με α/α στεφανιαίας νόσου, αντικατάσταση ΑοV με μεταηλική (7^{ος}/2015) και Ca ουροδόχου κύστεως (τελευταία κυστεοσκόπηση 5^{ος}/2016) προσήχθη στο Γ.Ν. Χανίων αναφέροντας καταβολή δυνάμεων, απώλεια βάρους και αναμία. Στο ΤΕΠ ήταν απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός, με ωχρότητα δέρματος/επιπεφυκώτων, αρνητική δακτυλική εξέταση ορθού και οσολογικό φύσημα στην ακρόαση ΑοV. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε: HCT=30.1%, MCV=86.5, ΔΕΚ=4.25%, CRP=5.8mg/dL, LDH=298U/L, φερριτίνη=148ng/dL, TotBil=0.5mg/dL, B12/φυλλικό κφ, INR=5.55. Ο ασθενής εισήχθη για διερεύνηση. Την 1^η μέρα νοσηλείας εμφάνισε εμπύρετο και παγκυτταροπενία. Λοιπός έλεγχος: ΤΚΕ=96mm/1^η ώρα, δείκτες κακοηθείας αρνητικοί, αρνητικός ιολογικός έλεγχος, διάχυτη υπεργαμμασφαιριναιμία, σπληνομεγαλία (16,9x6,9cm), επίχρισμα περιφερικού αίματος: εικόνα υποκείμενου τοξικού/φλεγμονώδους παράγοντα. Απομονώθηκε Candida parapsilosis σε συνολικά 3 σετ αιμοκαλλιέργειών. Ο ασθενής εμφάνισε οξεία καρδιακή ανεπάρκεια με BNP=1342pg/mL. Το διαθωρακικό US καρδιάς αποκάλυψε δυσλειτουργία προσθετικής ΑοV, λόγω πιθανής ενδοκαρδίτιδας, η οποία επιβεβαιώθηκε με διοισοφάγειο μελέτη.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ως μυκητιασική ενδοκαρδίτιδα με φλουκοναζόλη 800mg/day. Λόγω πιθανής λείωσής της, που δεν επιβεβαιώθηκε αργότερα σε 2ο δείγμα, έγινε αλλαγή της αγωγής σε αμφοτερικίνηB 1,5mg/kgBΣ. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση σε τριτοβάθμιο κέντρο.

Συμπέρασμα: Η καντινιαιική ενδοκαρδίτιδα απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και συνδυασμό αντιμυκητιασικής αγωγής με χειρουργική αντιμετώπιση για βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης και μείωση της πιθανότητας υποτροπών. Η εμφάνισή της σε ασθενείς με προσθετική βαλβίδα μπορεί να είναι αρκετά όψιμη μετά το χειρουργείο, ενώ προδιαθεσικό παράγοντα αποτελεί η ανοσοκαταστολή.

AA16 ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΤΑΝ ΣΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΑ ΜΕΣΟΚΟΛΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Μαρίτσα Δήμητρα¹, Παπαδάτος Σταμάτης³, Θεοδορούλα Ευτέρπη¹, Καραγεώργος Χαράλαμπος¹, Λώλος Ιωάννης¹, Κόγιας Αθανάσιος¹, Μυλωνάς Στέφανος¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

² Μονάδα Μεσογαστρικής Αναμίας Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

³ Γ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ν. Αττικής

Εισαγωγή: Η απλολογική διερεύνηση του ασκίτη αποτελεί συνήθη διεργασία για τον παθολόγο, σε ορισμένες, ωστόσο, περιπτώσεις αποτελεί μεγάλη διαφοροδιαγνωστική πρόκληση.

Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού μεμονωμένου ασκίτη οφειλόμενου σε πρωτοδιαγνωσθείσα μεσοκοιλιακή επικοινωνία και σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς.

Υλικό-Μέθοδος: Γυναίκα 62ετών με ιστορικό κοιλιακής μαρμαρυγής-μέτριου βαθμού ανεπάρκειας μιτροειδούς και δρεπανοκυτταρικής νόσου προσήλθε στο Γ.Ν. Τρικάλων λόγω κοιλιακής διάτασης από μηνός, χωρίς δύσπνοια/ορθόπνοια/οιδήματα κάτω άκρων/σημεία κίρρωσης. Η κλινική εικόνα εκσοσημασμένης ασκτικής συλλογής επιβεβαιώθηκε υπερηχογραφικά. Διενεργήθηκε διαγνωστική/εκκενωτική παρακέντηση.

Ακολούθησε Αξονική Τομογραφία-(ΑΤ) κοιλίας-οπισθοπεριτοναίου που έδειξε διάταση κάτω κοιλίας/ηπατικών φλεβών, ηπατομεγαλία-ως καρδιακό ήπαρ, σπληνομεγαλία και περιοχή αυξημένης πυκνότητας στον δουγλάσειο. Η διαφοροδιάγνωση ετέθη μεταξύ καρδιακού-νεοπλασματικού ασκίτη (σε συνδυασμό με υψηλό Ca-125).

Τα ευρήματα της διαγνωστικής παρακέντησης συνηγορούσαν υπέρ πυλαιο-υπερτασικού ασκίτη (Serum-Ascites Albumin Gap, SAAG>1.1g/dL) και υπέρ καρδιακού (οητικά πλευκώματα υγρού>2.5g/dL). Η κυτταρολογική εξέταση ήταν αρνητική για κακοήθεια. Η γυναικολογική εξέταση, η μαστογραφία και η ενδοσκόπηση ανώτερου/κατώτερου πεπτικού ήταν, επίσης, αρνητικές.

Η διαγνωστική σκέψη επικεντρώθηκε στο καρδιακό σκέλος. Σπυρομέτρηση και ΑΤπνευμονικών-αγγείων απέκλεισαν χρόνια πνευμονική καρδία και θρομβοεμβολική νόσο αντίστοιχα. Νέο διαθωρακικό-υπερηχογράφημα αποκάλυψε σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς/τριγλώχινας, διάταση αριστερού/δεξιού κόλπου, δεξιάς κοιλίας και συστολική πίεση πνευμονικής-(PASP) 65mmHg.

Ακολούθησε δεξιάς καθετηριασμός που επιβεβαίωσε πνευμονική υπέρταση και αριστερός που ήταν αρνητικός για στεφανιαία νόσο. Διενεργήθηκε διοισοφάγειο-υπερηχογράφημα που αποκάλυψε, επιπλέον, μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Η ασθενής ετέθη σε υψηλές δόσεις διουρητικών και ο ασκίτης υποχώρησε.

Αντιμετωπίστηκε καρδιοχειρουργικά με αντικατάσταση μιτροειδούς βαλβίδας με προσθετική, πηλαστική τριγλώχινας και σύγκλιση μεσοκοιλιακής επικοινωνίας.

Συμπέρασμα: Η διαγνωστική παρακέντηση-και ιδίως ο διαχωρισμός με βάση το SAAG-αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της διαφοροδιαγνωστικής προσέγγισης του ασκίτη, ακόμη και σε περιπτώσεις σπάνιων αιτιών.

ΑΑ17 ΑΙΤΙΑ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΗΛΙΚΙΑ, ΦΥΛΟ, ΕΠΟΧΗ, ΗΜΕΡΑ ΚΑΙ ΩΡΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

Ηλίας Κανέλλης^{1,2}, Δήμος Βρίζας³, Αναστασία Παπαδοπούλου³, Μαρία Λίκα³, Βασίλειος Παπάρας³, Ελισσάβετ Κασμερίδου³, Χρυσάφη Κούληλη³, Χρήστος Τσιμπήρης², Αγγή Μόκκα¹, Πάρις Κελεμενέογλου², Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Ι. Χατζητόλιος¹

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

² Καρδιολογική Κλινική-Στεφανιαία Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

³ Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια η προσέλευση ατόμων με αιφνίδιο θάνατο (Α.Θ) στη χώρα μας, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών παρουσιάζει αυξημένη επίπτωση. Πιθανά αιτία όπως η οικονομική κρίση, ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ατόμων μέσης ηλικίας με περισσότερους του ενός παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (ΠΚΚ) - υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, στεφανιαία νόσος -, καθώς επίσης και η αύξηση του εργασιακού στρες πιθανόν να δικαιολογούν το φαινόμενο αυτό.

Σκοπός: Η καταγραφή των κυριότερων αιτιών του Α.Θ. στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου, καθώς και η συσχέτισή του με την ηλικία, το φύλο, την εποχή, την ημέρα και ώρα προσέλευσης των ασθενών.

Υλικό - Μέθοδος: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ και της Καρδιολογικής Κλινικής του Γ.Ν.Ν. Σερρών. Καταγράφηκαν κατά το έτος 2016: η ημέρα και ώρα προσέλευσης περιστατικών με Α.Θ. το φύλο, η ηλικία, καθώς επίσης η ειδικότητα του κληθέντος γιατρού και η πιθανή αιτία θανάτου, με βάση το ατομικό ιστορικό του θανόντα από τους συγγενείς και τη φαρμακευτική αγωγή από το βιβλιόριο υγείας (δεν έγινε νεκροτομή). Εξαιρέθηκαν από την καταγραφή οι Α.Θ. που οφείλονταν σε τροχαία ατυχήματα. Προσήλθαν 156 άνδρες και 73 γυναίκες. Από τους άνδρες ηλικίας 20 - 40 ετών προσήλθαν 4 άτομα, από 40 - 60, 58 και από >60, 94 άτομα. Από τις γυναίκες ηλικίας 20 - 40 ετών δεν προσήλθε καμία, από 40 - 60 προσήλθαν 15 και από >60, 58 άτομα.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός του Α.Θ. στους άνδρες είναι μεγαλύτερος από τις γυναίκες και μάλιστα διπλάσιος. Στο 70% των περιπτώσεων κλήθηκε καρδιολόγος, στο 25% παθολόγος και στο 5% νευρολόγος. Η μεγαλύτερη συχνότητα Α.Θ. παρατηρείται την ημέρα Δευτέρα και τις ώρες από 3:00 έως 7:00 π.μ ανεξαρτήτως από την ημέρα της εβδομάδας. Ο μήνας κατά τον οποίο παρουσιάζεται η μεγαλύτερη συχνότητα καταγραφής Α.Θ. είναι ο Ιανουάριος. Τέλος από τους ασθενείς με Α.Θ., και στα δύο φύλα, το 70% έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), το 60% από αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), το 50% από στεφανιαία νόσο (ΣΝ), το 30% από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), ενώ 3 άτομα ήταν χρήστες εξαρτημένων ουσιών.

Συμπεράσματα: 1) Με βάση τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι άνδρες πεθαίνουν σε διπλάσια συχνότητα από τις γυναίκες από Α.Θ., πιθανώς λόγω του μεγαλύτερου ποσοστού αυτών που εργάζονται σε σχέση με τις εργαζόμενες γυναίκες, ειδικά στην επαρχία, 2) Η Δευτέρα, ως η πρώτη εργάσιμη ημέρα της εβδομάδας αποτελεί την ημέρα με τους περισσότερους Α.Θ. και στα δύο φύλα, ενώ και οι πρώτες πρωινές ώρες κάθε εργάσιμης χαρακτηρίζονται από την παρουσία του μεγαλύτερου ποσοστού Α.Θ. με πιθανή ερμηνεία το στρες της αφύπνισης με υπερκατεχολαμιναιμία, υπερκορτιζολαιμία και αυξημένη πηκτική δραστηριότητας (συσώρευση και συγκόλληση αιμοπεταλίων), 3) Ο Ιανουάριος είναι ο μήνας με τους περισσότερους Α.Θ., πιθανόν λόγω χαμηλότερης μέσης θερμοκρασίας σε σχέση με το υπόλοιπο έτος, 4) Ο ΣΔ και η ΑΥ αποτελούν τους δύο σημαντικότερους ΠΚΚ που οδηγούν σε Α.Θ ενώ η ΣΝ και το ΑΕΕ ως επιπλοκές των ΠΚΚ προδιαθέτουν σε Α.Θ.

AA18 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Κόγιας Αθανάσιος², Μαρτίνα Δήμητρα², Θεοδωρούλα Ευτέρπη², Γατσά Ελένη³, Παπαδάτος Σταμάτης⁴, Μυλιωνάς Στέφανος²

¹ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Τρικάλων

² Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων

³ Αιματολογικό Τμήμα Γ.Ν. Τρικάλων

⁴ Γ' Παθολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Εισαγωγή: Η πνευμονική υπέρταση (ΠΥ) στις αιμοσφαιρινοπάθειες μπορεί να οφείλεται σε παθήσεις των αριστερών καρδιακών κοιλιτών, αλλά μπορεί να προκαλείται και μέσω άγνωστων ή/και πολυπαραγοντικών μηχανισμών. Σε αυτούς πιθανόν συμμετέχουν:

- αιμόλυση → χρόνια υποξία → μείωση παραγωγής NO → αγγειοσύσπαση-δυσλειτουργία ενδοθηλίου
- αιμοσιδήρωση πνευμόνων-ήπατος-καρδιάς/υπερκιντική κυκλοφορία/σπληνεκτομή-σπληνομεγαλία/υπερηχητικότητα/αυξημένο ποσοστό αιμοσφαιρίνης F.

Σκοπός: Αναδρομική μελέτη της Π.Υ σε ασθενείς με βαριά β-θαλασσαιμία.

Υλικό-Μέθοδος: Εκτιμήθηκαν με υπερηχογράφημα καρδιάς (≥2 ελέγχους) 27 πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς της Μονάδας του Γ.Ν. Τρικάλων και με βάση τη συστηματική πίεση της δεξιάς κοιλίας (RVSP) διαπιστώθηκε ότι οι 12 (44%) πάσχουν από πιθανή ή σίγουρη Π.Υ.

Πιθανή Π.Υ. (RVSP ≈ 37-50mmHg) → 8 ασθενείς			
Όλοι με σπληνεκτομή			
Λειτουργικότητα αρ. κοιλίας καρδιάς	Καρδιακή αιμοχρωμάτωση	Αριθμός ασθενών	Άλλη καρδιολογική ή πνευμονολογική διαταραχή
Φυσιολογική	Χωρίς	1	-
		1	Παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ)
	Ήπια	1	-
		1	Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
Καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης	Χωρίς	1	Χρόνια ΚΜ/ μέτρια → βαριά ανεπάρκεια μιτροειδούς (ΜV)
	Μέτρια → βαριά	1	Επεισόδιο υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας (ablation)
ΚΑ με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης	Χωρίς	1	Στεφανιαία νόσος/μέτρια ανεπάρκεια ΜV
	Ήπια	1	Παροξυσμική ΚΜ
ελλειπωμένο			
Σίγουρη Π.Υ. (RVSP > 50mmHg) → 4 ασθενείς			
Α. Με RVSP 50-70 mmHg → 3(τρεις)			
Όλοι με σπληνομεγαλία και χωρίς καρδιακή αιμοχρωμάτωση			
Χωρίς καρδιακή δυσλειτουργία		1	-
ΚΑ με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης		1	Περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια/παροξυσμική ΚΜ
		1	Παροξυσμική ΚΜ/μέτρια ανεπάρκεια ΜV (ήαμβάνει εμπειρική σιδηναφρίνη)
Β. Με RVSP > 70 mmHg → 1(ένας)			
Με σπληνεκτομή, χωρίς καρδιακή αιμοχρωμάτωση και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης			
Του χορηγήθηκε ταδαφρίνη			

Αποτελέσματα:

A. Σε όλους αποφασίστηκε η συνέχιση της υπερηχογραφικής παρακολούθησης. Σε έναν έγινε σπιρομέτρηση.

Σε πλήρη έλεγχο υποβλήθηκε μόνο ο ασθενής με την βαριά Π.Υ.:

- νατριουρπτικό πεπτιδίο/σπιρομέτρηση/επικοειδής-CTθώρακος → φυσιολογικά.
- καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης/δοκιμασία βάδισης βήλεπών → στάδιο II → III κατά NYHA
- δεξιάς καθετηριασμός → αυξημένη μέση πίεση πνευμονικής αρτηρίας αριστερός → στένωση 70% του πρόσθιου κατιόντα.

B. Από τους παραπάνω ασθενείς:

- 5(πέντε) είναι σε αγωγή ΚΑ
- 1(ένας) ήαμβάνει αγωγή ΧΑΠ
- 1(μία) ήλαβε ενδοφλέβια δεσφεριοξαμίνη
- 2(δύο) ήαμβάνουν εκλεκτικούς αναστολείς φωσφωδιεστεράσης τύπου 5(PDE5)

Σε όλους εντατικοποιήθηκαν οι μεταγγίσεις για βελτίωση αιματοκρίτη.

Συμπέρασμα: Θα χραιστούν πολλές μελέτες τόσο για την κατανόηση της σημασίας Π.Υ στη θαλασσαιμία, όσο και την ορθότερη αντιμετώπιση και θεραπεία της.

ΑΑ19 ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ, ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΛΥΣΜΑΤΟΚΑΤΑΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΥΠΟΑΕΡΙΣΜΟΥ

Σωτηροπούλου Ροδόπη¹, Νικολάου Χριστίνα¹, Νένα Ευαγγελία², Ρουσούνιδου Αφροδίτη¹, Κατραχούρας Ιωάννης¹, Κύζη Άντρεα¹, Χαδιά Κωνσταντίνα¹, Βούιληγας Αθανάσιος³, Ξανθουδάκη Μαρία³, Φρουδαράκης Μάριος³, Σειρόπουλος Πασχάλης³

¹ Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

² Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

³ Πνευμονολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Το Σύνδρομο Παχυσαρκίας Υποαερισμού (ΣΠΥ) συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα αιθρά υποδιαγνώσκεται.

Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση των χαρακτηριστικών ασθενών με ΣΠΥ, παχύσαρκων νορμοκαπνικών ασθενών με Σύνδρομο Απνοϊών Ύπνου (ΣΑΥ) και παχύσαρκων με φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία στον ύπνο.

Υλικό-Μέθοδος: Διαδοχικά άτομα με BMI ≥ 30 kg/m² εξετάστηκαν με πολυπυνογραφία λόγω υποψίας ΣΑΥ και υποβλήθηκαν σε κλινική εξέταση, έλεγχο της αναπνευστικής λειτουργίας και εξέταση αερίων αρτηριακού αίματος. Επιπρόσθετα συμπλήρωσαν την κλίμακα υπνηλίας Epworth και την κλίμακα αϋπνίας Αθηνών.

Αποτελέσματα: 942 άτομα (69,9% άνδρες, ηλικίας 54,9 \pm 11,9 ετών) κατηγοριοποιήθηκαν ως: ασθενείς με ΣΠΥ (n=177), νορμοκαπνικοί ασθενείς με ΣΑΥ (n=615) και παχύσαρκα άτομα ελέγχου (n=150).

Οι ασθενείς με ΣΠΥ είχαν υψηλότερο BMI και περιφέρεια λαιμού (p<0,001), χωρίς διαφορά στα υπόλοιπα μετρούμενα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά. Διαφορές παρατηρήθηκαν στην αναπνευστική λειτουργία στην εγρήγορση (FVC, FEV1, SpO₂, PaO₂, PaCO₂, HCO₃, p<0,001). Η πολυπυνογραφία ανέδειξε, στους ασθενείς με ΣΠΥ, χαμηλότερο ποσοστό ύπνου REM (p=0,041) και βλάνθοντα χρόνο έναρξης του REM (p=0,033). Οι δείκτες AHI, ODI, minSpO₂ και averSpO₂ κατά τη διάρκεια του ύπνου διέφεραν σημαντικά στους ασθενείς με ΣΠΥ (p<0,001). Ο επιπολασμός της αϋπνίας ήταν 84,2% στους ασθενείς με ΣΠΥ, 70,8% στους ασθενείς με ΣΑΥ και 55,2% στην ομάδα ελέγχου (p= 0,041). Ομοίως, ημερησία υπνηλία αναφέρθηκε στο 59,2% του ΣΠΥ, 45,5% στο ΣΑΥ και 32% στην ομάδα ελέγχου (p<0,001).

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με ΣΠΥ είναι περισσότερο παχύσαρκοι, διαφέρουν σε διάφορα χαρακτηριστικά του ύπνου και αναφέρουν συχνότερα αϋπνία και ημερησία υπνηλία σε σύγκριση με παχύσαρκους νορμοκαπνικούς ασθενείς με ΣΑΥ και με παχύσαρκους με φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία στον ύπνο.

ΑΑ20 ΑΤΥΠΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΔΙΑΥΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 20 ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ RAZORANIB

Νίχιλος Χρήστος, Κόκκινος Χαράλαμπος, Τριχιά Ελένη, Γρίβας Αναστάσιος

Εισαγωγή: Δεν είναι ασυνήθες το φαινόμενο ο καρκίνος του νεφρού να υποτροπιάζει, ασχέτως με το μεγάλο διάστημα ελεύθερο νόσου στο οποίο μπορεί να βρίσκονται οι ασθενείς. Επίσης συχνές είναι οι άτυπες εκδηλώσεις αυτής της υποτροπής.

Σκοπός: Στόχος αυτής της ανακοίνωσης είναι να επισημάνουμε τη σημασία της δέουσας κλινικής προσοχής για την έγκαιρη ανάδειξη υποτροπής, ακόμα και σε άτομα συμπτώματα ή ευρήματα σε ασθενείς με ιστορικό καρκίνου του νεφρού, καθώς και να τονίσουμε ότι οι νεότερες θεραπευτικές επιλογές αποτελούν σαφή ευκαιρία για καλύτερα ποσοστά επιβίωσης.

Υλικό/Μέθοδος: Παρουσιάζουμε την εξέλιξη νόσου ενός ασθενούς, ο οποίος υπεβλήθη σε αριστερή νεφρεκτομή εξαιτίας διαυγοκυτταρικού καρκίνου νεφρού σταδίου II προ εικοσαετίας. Μετά πάροδο διετίας εμφάνισε ολιγομεταστατική νόσο στους πνεύμονες για την οποία έλαβε χειρουργική θεραπεία και ντερφερόνη-α για ένα έτος. Στη διάρκεια των επόμενων 17 ετών παρακολούθητο στενά διότι εμφανίζε συνεχώς μη ειδικές, μικροοζώδεις πνευμονικές βλάβες και έναν μεσοθωρακικό λεμφαδένα έως 1,3 cm, ευρήματα που δεν ήταν σταθερά και απέδραμαν χωρίς παρέμβαση. Το 18 έτος μετά την αρχική αντιμετώπιση ο ασθενής παρουσίασε κλινική εικόνα συμβατή με περσφιζμένη βουβονοκλήλη που ωστόσο διεγερτικά διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για μετάσταση από τον γνωστό καρκίνο νεφρού στον σπερματικό τόνο. Στον απεικονιστικό έλεγχο ανεδείχθησαν εκ νέου οι μικροοζώδεις πνευμονικές βλάβες και περαιτέρω διόγκωση του μεσοθωρακικού λεμφαδένα, του οποίου η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση της υποτροπής. Ακολούθησε έναρξη θεραπείας με razoranib.

Αποτελέσματα: Κατόπιν τριμήνιας θεραπείας ο ασθενής παρουσίασε μερική ύφεση της νόσου, ενώ μετά τον εξάμηνο έλεγχο επετεύχθη πλήρης ύφεση χωρίς ιδιαίτερη τοξικότητα.

Συμπεράσματα: Υπάρχει καταγεγραμμένη βιβλιογραφικά υποτροπή νεφροκυτταρικών καρκινωμάτων μετά από πολλα έτη, συχνά με ιδιαίτερα άτυπη κλινική εικόνα. Δεδομένου του ιστορικού η διαφοροδιάγνωση είναι αναγκαία να περιλαμβάνει τη μεταστατική νόσο ασχέτως με χρόνο από την πρώτη αντιμετώπιση των εν λόγω ασθενών. Οι νέες στοχευόμενες θεραπευτικές αποτελούν σαφή ευκαιρία μακράς επιβίωσης με διαχείριση τοξικότητα στο μεταστατικό καρκίνο νεφρού.

AA21 ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ ΜΕ ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ ΠΟΥ ΑΝΕΔΕΙΞΑΝ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Καϊκης Αριστείδης¹, Νικολαΐδου Βασιλική¹, Δημητριάδη Μαργαρίτα¹, Αβραμίδης Χαράλαμπος², Μοντεσίνιους Θωμάς¹, Δαιμονάκου Μαρία³, Βελιμέζης Γεώργιος², Σαφιλιάνης Ιωάννης¹

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

² Β΄ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι κακοήθειες αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας αποτελούν μια ετερογενή ομάδα μεταστατικών όγκων στις οποίες ο διαγνωστικός έλεγχος αποτυγχάνει συχνά να εντοπίσει το όργανο προέλευσης. Η εύρεση πρωτοπαθούς εστίας είναι επιτακτική για την χορήγηση στοχευμένης θεραπείας.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού μεταστατικού αδενοκαρκινώματος στομάχου στο οποίο οι βιοψίες που ελήφθησαν κατά τη γαστροσκόπηση ήταν αρνητικές.

Υλικό/Μέθοδος: Άνδρας 40 ετών παρουσιάστηκε λόγω άηλους αριστερής τραχηλικής χώρας, μετεωρισμού, ναυτίας. Το ατομικό αναμνηστικό περιελάμβανε μετατραυματική επιληψία υπό αγωγή. Ο αρχικός έλεγχος ανέδειξε θρόμβωση αριστερής έσω σφραγίδας, ασκίτικη και πνευμονική συλλογή αριστερά. Οι αξονικές τομογραφίες ανέδειξαν πάχυνση του τοιχώματος στομάχου και μείζονος επιπλόου. Διενεργήθηκε γαστροσκόπηση: υπεραίμια, οίδημα, πάχυνση των πτυχών του στομάχου, ελήφθησαν πολλαύριμες βιοψίες: αρνητικές για κακοήθεια. Η κοιλνοσκόπηση δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Λόγω μη στοιχειοθέτησης διάγνωσης με τις παραπάνω εξετάσεις πραγματοποιήθηκε ερευνητική λαπαροσκόπηση η οποία ανέδειξε πολλαπλές περιτοναϊκές καρκινωμάτωδες μάζες, ελήφθησαν βιοψίες. Ιστολογική διάγνωση: χαμηλής διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα με μορφολογία και ανοσοφαινότυπο συμβατά με προέλευση από το ανώτερο πεπτικό και το πάγκρεας.

Αποτελέσματα: Λόγω υψηλής υποψίας αδενοκαρκινώματος στομάχου αποφασίστηκε η διενέργεια επαναληπτικής γαστροσκόπησης. Μακροσκοπικά ευρήματα: όμοια με της πρώτης, από τις βιοψίες: εκτεταμένη διήθηση του γαστρικού βλεννογόνου από διάχυτου τύπου αδενοκαρκίνωμα. Ο ασθενής έλαβε στοχευμένη θεραπεία και απεβίωσε ένα έτος μετά τη διάγνωση.

Συμπέρασμα: Επαναληπτικός έλεγχος βιοψικού υλικού μπορεί να απαιτηθεί για τον εντοπισμό της πρωτοπαθούς εστίας σε γενικευμένες κακοήθειες που από τον αρχικό έλεγχο θεωρούνται αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας. Οι ασθενείς που λαμβάνουν στοχευμένη θεραπεία τείνουν να έχουν καλύτερη ανταπόκριση. Υπογραμμίζεται η σημασία του ανοσοφαινότυπου της μεταστατικής βλάβης στην καθοδήγηση της περαιτέρω διερεύνησης και θεραπείας.

AA22 ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΙΑΡΡΟΪΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟ VIBRIO CHOLERAΕ

Φραγκάκης Εμμανουήλ¹, Παρτάλης Νικόλαος¹, Μπαμπίλη Κωνσταντίνος¹, Παπαδομανωλάκη Ευαγγελία², Ποθυμίου Γεωργία¹

¹ Α΄ Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Αγ. Γεώργιος», Χανιά

² Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Αγ. Γεώργιος», Χανιά

Εισαγωγή: Το *Vibrio cholerae* ανήκει στην οικογένεια των *vibrionaceae* όπου ανήκουν παθογόνα και μη είδη που προκαλούν χολέρα και είδη που προκαλούν γαστρεντερίτιδα. Συνήθως επιβιώνουν σε στάσιμα γλυκά νερά ή σε θαλασσινό νερό και η μετάδοσή τους γίνεται από μολυσμένο νερό ή τροφές.

Υλικό: Ασθενής 79 ετών με ατομικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, αρτηριακής υπέρτασης και υπερτροφίας προστάτη προσέρχεται στο τμήμα επείγοντων λόγω δύσοσμων βλεννώδων διαρροιών από ημερών και διάχυτου κοιλιακού άλγους.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθη οξεία νεφρική ανεπάρκεια χωρίς ηλευκοκυττάρωση ή δείκτες φλεγμονής. Από την μικροσκοπική κοπράνων ανεδείχθησαν σπάνια πυοσφαίρια με άφθονη βλεννη και πιθανή ύπαρξη *Vibrio cholerae* από την καλλιέργεια κοπράνων.

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με εμπειρική αντιβιοτική αγωγή και παρεντερική ενυδάτωση αρχικά και μετά το αποτέλεσμα της καλλιέργειας κοπράνων άλληξε σε ειδική αντιβιοτική αγωγή (δοξικυκλίνη).

Απεστέλην PCR δείγματος κοπράνων το οποίο επιβεβαίωσε την ύπαρξη του *Vibrio cholerae* μη τοξινογόνου στελέχους.

Κατά τη νοσηλεία του πορεία ο ασθενής σταδιακά βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά με ύφεση των διαρροιών του, του κοιλιακού άλγους και επιστροφή της νεφρικής του λειτουργίας στα φυσιολογικά επίπεδα.

Συμπεράσματα: Το *V. cholerae* διακρίνεται σε ορότυπους με βάση τον συνδυασμό των σωματικών αντιγόνων της επιφανείας του. Μόνο οι ορότυποι O1 και O139 προκαλούν χολέρα, αποτελούν δε το κυριότερο αίτιο επιδημικής διάρροιας σε Ασία και Λατινική Αμερική. Άλλα στελέχη του *V. cholerae* προκαλούν κρούσματα στην Ευρώπη και άλλα που προκαλούν γαστρεντερίτιδα ποικίλης βαρύτητας.

ΑΑ23 ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑΣ ΧΩΡΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Σκευούδη Σουλτάνα¹, Χάχαλης Γεώργιος¹, Θεοχαρίδης Κωνσταντίνος¹, Γκούρβας Βίκτωρ¹, Πατακίουτα Φρειδερίκη³, Άντζελ Ιακώβ²

¹ Κυτταρολογικό Εργαστήριο «Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεαγένειο Θεσσαλονίκης»

² Πνευμονολογική Κλινική «Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεαγένειο Θεσσαλονίκης»

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο «Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεαγένειο Θεσσαλονίκης»

Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού μεταστατικού μελάνωματος στην μασχαλιαία χώρα σε γυναίκα ηλικίας 57 ετών χωρίς ιστορικό με κυτταρολογική διάγνωση.

Υλικό και Μέθοδοι: Η ασθενής προσήλθε στο νοσοκομείο με ψηλαφητή διόγκωση δεξιάς μασχαλιαίας χώρας από τριμήνιο και έγινε FNA. Στο παθολογοανατομικό εργαστήριο εστάλη το σπυρίδιο της μασχαλιαίας χώρας. Περαιτέρω έλεγχος της ασθενούς στη CT θώρακος έδειξε διάσπαρτες οζώδεις σκιάσεις σε αμφότερους τους πνεύμονες, με τις μεγαλύτερες στον δεξιό πνεύμονα. Ακολούθησε βρογχοσκόπηση και εστάλη βρογχικό εκπύμα για κυτταρολογική εξέταση. Λόγω της πολυπληθούς των εστιών στον πνεύμονα και της σπανιότητας του πρωτοπαθούς μελάνωματος έγινε ενδελεχής διερεύνησή της για την ανεύρεση της πρωτοπαθούς εστίας. Τελικά βρέθηκε ένας μικρός σπύλος στο τριχωτό της κεφαλής που αφαιρέθηκε και εστάλη για ιστολογική εξέταση.

Αποτελέσματα: Κατά την κυτταρολογική εξέταση της FNA κατά Παπανικολάου με την τεχνική Thin-prep διαπιστώθηκε ότι επρόκειτο για κακοήθες νεόπλασμα με μορφολογικούς και ανοσοκυτταροχημικούς χαρακτήρες συμβατούς με μελάνωμα. Η κυτταρολογική εξέταση του βρογχικού εκπύματος ήταν θετική για κακοήθες μελάνωμα. Η ιστολογική εξέταση τόσο του σπυριδίου όσο και του σπύλου επιβεβαίωσε την κυτταρολογική.

Συμπέρασμα: Περίπου το 5-10% των ασθενών με μεταστατικό μελάνωμα έχουν πρωτοπαθές μελάνωμα αγνώστου πρωτοπαθούς. Ο πνεύμονας είναι μια ασυνήθης εστία για την πρωτοπαθή εντόπιση του κακοήθους μελάνωματος (0,01%) και είναι δύσκολο να διακρίνεις κυτταρομορφολογικά το πρωτοπαθές από το μεταστατικό μελάνωμα. Η FNA είναι ένα απλό, γρήγορο, και ακριβές εργαλείο για τη διάγνωση της κακοήθειας, συμπεριλαμβανόμενου και του κακοήθους μελάνωματος. Η FNA με την βοήθεια της ανοσοκυτταροχημείας μας δίνει πληροφορίες τόσο για τον τύπο της κακοήθειας όσο και για την προέλευση της.

ΑΑ24 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΟΓΚΟΥ ΚΑΤΙΟΥΣΗΣ ΑΟΡΤΗΣ, ΥΠΟΔΥΟΜΕΝΟΥ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΣΚΑΚΟΕΙΔΕΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ

Ζήσης Χρήστος¹, Μαρίτσα Δήμητρα¹, Παπαδάτος Σταμάτης³, Καραγεώργος Χαράλαμπος¹, Τσιαμπαλής Αθανάσιος², Λώλος Ιωάννης¹, Οικονόμου Δημήτριος¹, Μυηλιανάκης Στέφανος¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

² Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Ν. Τρικάλων

³ Γ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ν. Αττικής

Εισαγωγή: Οι πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκοι της αορτής είναι εξαιρετικά σπάνιοι, με κακή πρόγνωση. Εμφανίζουν συμπτωματολογία ισχαιμίας/εμβολής ή δευτεροπαθούς εντόπισης. Σπανίως, συνδέονται με γενικά συμπτώματα και υψηλή ΤΚΕ.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού σαρκώματος κατιούσης αορτής που λόγω ακτινολογικής ομοιότητας με ανεύρυσμα κατέστη δυσδιάγνωστο.

Υλικό-Μέθοδος: Άνδρας 79 ετών με ιστορικό υπέρτασικής-ισχαιμικής-καρδιοπάθειας, πνευμονικής ίνωσης και φυματώδους περικαρδίτιδας υπεβλήθη σε Αξονική Τομογραφία-(ΑΤ) θώρακος-κοιλίας-οπισθοπεριτοναίου με τυχαίο εύρημα: ατρακτοειδή ανευρυσματική διάταση θωρακο-κοιλιακής αορτής σε επαφή με σκακοειδές ανεύρυσμα σε επικοινωνία με 2^η κοιλιοτική-εξεργασία. Εκτιμήθηκε αγγειοχειρουργικά και αντιμετωπίστηκε με ενδαγγειακή τοποθέτηση μοσχεύματος και αποκλεισμό του σκακοειδούς ανευρύσματος από τον αυλό. Μετεχειρητικά, νοσηλεύτηκε στη Β΄ Παθολογική-Γ.Ν.Τρικάλων λόγω επίμονης συμπτωματολογίας (αδυναμίας/κακουχίας/πυρέτιου/εφιδρώσεων/ανορεξίας/απώλειας βάρους/κοιλιακού άλγους) και παθολογικού εργαστηριακού ελέγχου (αναιμίας/ηλεκτοκυττάρωσης/θρομβοκυττάρωσης/τριψήφιας-ΤΚΕ/υψηλής-CRP). Τα ευρήματα αποδόθηκαν σε ουρολοίμωξη, έπειτα σε πιθανή σήψη επί υποψίας μυκητιακού ανευρύσματος/μόλυνσης μοσχεύματος. Χορηγήθηκε ισχυρή ενδοφλέβια αντιβίωση. Ταυτόχρονα, παρακεντήθηκε υπάρχουσα υπεζωκοτική συλλογή (αιμορραγικό εξίδρωμα με αρνητική κυτταρολογική) και εστάλη διερευνητικός έλεγχος (αιμοκαλλιέργειες/Mantoux/Quantiferon/VDRL/Ca-δείκτες/ανοσολογικός έλεγχος) που ήταν αρνητικός. Κατά τη νοσηλεία, υπήρξε υποψία οξείας αιμορραγικής διαφυγής εξαιτίας μεγάλης πτώσης αιματοκρίτη (απαιτήθηκαν πολλαπλές μεταγγίσεις) και νέου απεικονιστικού ελέγχου υπέρ αιμορραγικής εξεργασίας παρα-αορτικά (δ/δ.:αιμορραγικός επιπωματισμός-ψευδοανεύρυσμα). Διακομίσθηκε σε αγγειοχειρουργική κλινική. Μετά από επανεκτίμηση των απεικονίσεων, αναγνωρίστηκε ταχέως επεκτεινόμενη παρα-αορτική μάζα μαλακών μορίων σε επικοινωνία με το σκακοειδές ανεύρυσμα. Ο ασθενής αρνήθηκε διερευνητική λαπαροτομία για βιοψία. Ακολούθησαν υποστηρικτικές νοσηλείες. Στην τελευταία ΑΤ^{ΘΑΟΚ} αποκαλύφθηκε ευμεγέθης μάζα εξορμώμενη από το αορτικό τοίχωμα με χαρακτηρισές σαρκώματος. Απεβίωσε 7μήνες μετά την αρχική διάγνωση.

Συμπέρασμα: Παρά τη σπανιότητα των όγκων αυτών, η σημασία της διάγνωσης για τον ασθενή απαιτεί την αδιάκοπη επαγρύπνηση των λειτουργών υγείας, ιδίως σε κλινικά ή/και ακτινολογικά άτυπες περιπτώσεις.

AA25 ΑΓΓΕΙΟΙΝΩΜΑ ΡΙΝΟΦΑΡΥΓΓΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ

Χάχαλης Γιώργος, Νικολαΐδου Χριστίνα, Παπαδοπούλου Σταυρούλα, Δεληλήγκα Ασπασία, Βενιζέλος Ιωάννης

Παθολογοανατομικό Εργαστήριο «Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης»

Εισαγωγή: Το ρινοφάρυγγικό αγγειοίωμα είναι ένας σχετικά σπάνιος, ιστολογικά καλοήθης, αγγειακός όγκος που αναπτύσσεται στον ρινοφάρυγγα, στους παραρινίους κόλπους και στην κρανιακή κοιλότητα με συμπτώματα ρινικής απόφραξης και επίσταξης. Παρατηρείται κυρίως σε εφήβους ηλικίας 10-25 ετών.

Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού αγγειοιώματος ρινοφάρυγγα σε ενήλικα.

Υλικό: Άνδρας 59 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας με συμπτωματολογία ρινικής απόφραξης. Πραγματοποιήθηκε ΩΡΛ εξέταση και πήψη βιοψτικού υλικού από μάζα στον ρινοφάρυγγα.

Μέθοδος: Στο εργαστήριο μας παραλάβαμε ωσειδή, πολυλιθωτό όγκο με πολυποειδή όψη, διαστάσεων 5Χ3 εκ., ο οποίος στις διατομές εμφάνιζε ερυθρόφαινη χροιά και σύσταση ελαστική.

Αποτελέσματα: Ο όγκος εμφάνιζε ιστολογική εικόνα συμβατή με αγγειοίωμα. Το υπερκείμενο αναπνευστικού τύπου επιθήλιο δεν παρουσίαζε αξιόλογες μικροσκοπικές αλλοιώσεις.

Συμπέρασμα: Το ρινοφάρυγγικό αγγειοίωμα είναι ένας σπάνιος όγκος όταν απαντάται σε ενήλικα. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί ελάχιστες περιπτώσεις. Η πρόγνωση του είναι πολύ καλή. Θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εξαίρεση. Έχουν αναφερθεί μεταλλάξεις στο ογκογονίδιο της β-κατενίνης. Στη διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριληφθούν: 1) Λοβιακό τριχοειδές αιμαγγείωμα 2) Ρινοφάρυγγική κύστη 3) Χόνδρωμα 4) Ρινοσπορίδωση 5) Παραρρινίο αιμαγγειοπερικύττωμα 6) Πυογόνο κοκκίωμα.

AA26 ΙΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ LANGERHANS ΣΕ ΒΙΩΨΙΑ ΗΠΑΤΟΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Χάχαλης Γιώργος, Νικολαΐδου Χριστίνα, Παπαδοπούλου Σταυρούλα, Δεληλήγκα Ασπασία, Βενιζέλος Ιωάννης

Παθολογοανατομικό Εργαστήριο «Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης»

Εισαγωγή: Η ιστοκυττάρωση Langerhans είναι μια σπάνια ασθένεια αγνώστου αιτιολογίας που περιλαμβάνει τον κλινικό πολλαπλασιασμό κυττάρων Langerhans, ικανά να μεταναστεύουν από τον μυελό των οστών σε άλλες θέσεις. Μπορεί να αναπτυχθεί ταχέως, υποδιότιμο κακόηθες νεόπλασμα. Κλινικά εκδηλώνεται ως εντοπισμένη μορφή (μονήρες πωσινόφιλο κοκκίωμα) αθλήα και ως συστηματική νόσος (Hand-Schuller-Christian, Letterer-Siwe diseases).

Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού ιστοκυττάρωσης Langerhans σε βιοψία ήπατος.

Υλικό: Θήλυ, ετών 62 προσήλθε στο νοσοκομείο. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε σπληνομεγαλία. Η αξονική τομογραφία θώρακος έδειξε διάχυτες πνευμονικές κύστες. Πραγματοποιήθηκε βιοψία ήπατος και οστεομυελική βιοψία.

Μέθοδος: Στο εργαστήριο εστάθη κυλινδρικό ιστοτεμάχιο μήκους 0,6 εκ. από την βιοψία ήπατος και και κυλινδρικό ιστοτεμάχιο μήκους 0,7 εκ από την οστεομυελική βιοψία. Έγινε εντελής ιστολογικός και ανοσοϊστοχημικός έλεγχος.

Αποτελέσματα: Το ηπατικό παρέγχυμα εμφάνιζε διήθηση από μεσαίου μεγέθους νεοπλασματικά κύτταρα τα οποία εμφάνιζαν υποστρογγυλή ή ανωμάτλιο σχήματος, αραιοχρωματικό ή βαθυχρωματικό πυρήνα και ελαφρά πωσινόφιλο κυτταρόπλασμα. Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος για τα κύτταρα αυτά έδειξε θετικότητα για CD1a και S100. Η ιστολογική εικόνα ήταν συμβατή σε σχέση με το κλινικοεργαστηριακό ιστορικό με διήθηση του ήπατος από ιστοκυττάρωση Langerhans. Στην οστεομυελική βιοψία δεν βρέθηκαν στοιχεία ιστοκυττάρωσης Langerhans.

Συμπέρασμα: Τονίζεται η σπανιότητα της εντόπισης της ιστοκυττάρωσης Langerhans στο ήπαρ. Η πρόγνωση είναι καλή. Θεραπεία εκλογής είναι τα στεροειδή και τα χημειοθεραπευτικά σχήματα. Στην διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριληφθούν: 1) Η νόσος εξ ονύων γάλης. 2) Mln-Hodgkin Λέμφωμα 3) Νόσος KImura.

ΑΑ27 Η ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Ζορμπά Αρετή¹, Τοπσά Λίλιαν¹, Καϊάφα Γεωργία², Περιφάνης Βασίλειος², Τσαβδαρίδου Βασιλική¹, Γούναρη Ευδοκία¹, Ι. Καθεβρόσογλου², Μπουντόλα Σταυρούλα², Χρυσουλίδου Ελίσσάβετ², Σκούρα Λεμονιά¹, Αποστολός Ι. Χατζητόλιος²

¹ Ανοσολογικό Τμήμα, Μικροβιολογικό Εργαστήριο Α.Π.Θ., «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

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

Εισαγωγή: Το πλάσματοκυτταρικό μυέλωμα (ΠΜ) αποτελεί αιματολογική δυσκρασία με μεγάλη κλινική ετερογένεια. Η νεφρική δυσλειτουργία μπορεί να είναι η πρώτη κλινική εκδήλωση του ΠΜ και αποτελεί δείκτη κακής πρόγνωσης. Η νεφρική βλάβη συνήθως οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή ελαφρών αλβύσων ορού και/ή στην υπερασβεσταιμία. Η εμφάνιση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας (ΟΝΑ) κατά τη διάγνωση του ΠΜ θεωρείται επείγουσα κατάσταση, δεδομένου ότι η αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας σχετίζεται με μεγαλύτερη επίβιωση των ασθενών.

Σκοπός: Η καταγραφή περιστατικού με ΟΝΑ, ως αρχική εκδήλωση ΠΜ, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση με συνεργασία ειδικοτήτων.

Υλικό-Μέθοδοι-Αποτελέσματα: Άνδρας 74 ετών διακομίσθηκε στο Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ από το Γ.Ν. Δράμας λόγω ΟΝΑ, με αναφερόμενη δεκαημέριη πυρετική κίνηση και διάρροιες από 3ημέρου. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος έδειξε: αιμοσφαιρίνη (HGb)=6,6 g/dl, αιματοκρίτη (Ht)=19,8%, ουρία=443 mg/dl, κρεατινίνη=6,11 mg/dl, λευκωματίνη=2,3 g/dl, σφαιρίνες=3,29 g/dl, ασβέστιο=6,43 g/dl. Στην περαιτέρω διερεύνηση διαπιστώθηκε IgG κ μονοκλωνική ανοσοσφαιρίνη στον ορό του ασθενούς, αύξηση των ελεύθερων (κ και λ) αλβύσων με φυσιολογικό, ωστόσο, λόγο (2.1). Ο έλεγχος του μυελικού αναρροφήματος με πενταχρωματική κυτταρομετρία ροής έδειξε την παρουσία χαμηλού ποσοστού πλάσματοκυττάρων (2% των εμπύρνων), ποπλικλωνικών ως προς κ και λ ελαφρές αλβύσους, ενώ στην οστεομυελική βιοψία ανιχνεύθηκαν πλάσματοκύτταρα σε ποσοστό 10-20% με IgG κ μονοτυπική έκφραση. Από τη συναξιοδότηση των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων τέθηκε η διάγνωση του ΠΜ. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε πλάσμοφαίρεση, έλαβε αντιβιοτική αγωγή και εξήλθε κλινικά και εργαστηριακά βελτιωμένος υπό ρεναλινομίδη (renlimid) και δεξαμεθαζόνη.

Συμπεράσματα: Το ΠΜ πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση κάθε περίπτωσης ανεξήγητης νεφρικής ανεπάρκειας, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους.

ΑΑ28 ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΙΤΑΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ Ή ΣΙΜΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΜΕ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗ ΣΕ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗΣ

Ηλίας Κανέλλης^{1,2}, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Κοζατσάνη Δέσποινα³, Αγγή Σάκκου^{1,4}, Βασίλειος Δήμου², Αντώνιος Αντωνίου², Μαρία Πανναδάκη², Γεώργιος Τσινόπουλος², Χρήστος Γουδής², Γρηγόρης Δήμας¹, Χρήστος Τσιμπήρας¹, Πάρις Κελεμπεκογλου², Απόστολος Ι. Χατζητόλιος¹

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

² Καρδιολογική Κλινική - Στεφανιαία Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

³ Καρδιολογική Κλινική - Στεφανιαία Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς

⁴ Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος» - Καρδιολογική Κλινική

Εισαγωγή: Από βιβλιογραφικές αναφορές, καθώς επίσης και από την καθημέρα κλινική πράξη παρατηρείται συχνά η εμφάνιση ραβδομυόλυσης σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) και δυσλιπιδαιμία που λαμβάνουν ταυτόχρονα ατορβαστατίνη (ΑΤ) και αμιωδαρόνη (ΑΜ) ή σιμβαστατίνη (ΣΙ) και αμιωδαρόνη. Ως γνωστόν η ΚΜ παρουσιάζεται σε μεγάλο βαθμό σε ασθενείς που έχουν και στεφανιαία νόσο (ΣΝ), οι οποίοι λαμβάνουν ταυτόχρονα και υπολιπιδαιμική αγωγή. Τα δύο συνήθη μόρια, ατορβαστατίνη και σιμβαστατίνη που χρησιμοποιούνται ως υπολιπιδαιμική αγωγή, όταν συγχωρηγούνται με αμιωδαρόνη προκαλούν συχνά ως ανεπιθύμητη ενέργεια μετρίου ή σοβαρού βαθμού ραβδομυόλυση. Δεν υπάρχουν όμως μελέτες που αφορούν τη συγχωρήγηση του νέου μορίου, της πιταβαστατίνης (ΠΙ) ταυτόχρονα με αμιωδαρόνη.

Σκοπός: Η μελέτη παρατήρησης της συγχωρήγησης 3 θεραπευτικών σχημάτων: ΑΤ+ΑΜ, ΣΙ+ΑΜ και ΠΙ+ΑΜ σε χρονική διάρκεια 3 ετών στο Γ.Ν.Ν. Καστοριάς και στο Γ.Ν.Ν. Σερρών, στις αντίστοιχες Καρδιολογικές κλινικές, ως προς την εμφάνιση ραβδομυόλυσης με τα εν λόγω θεραπευτικά σχήματα σε ασθενείς με ΣΝ και ΚΜ.

Αποτελέσματα: Στα 3 χρόνια παρακολούθησης, παρατηρήθηκαν:

5 περιστατικά που προσήλθαν με μέτριο ως σοβαρό βαθμό ραβδομυόλυσης (μέσος όρος CK=1200 mg/dl) και ηπατική συμμετοχή (μέσος όρος SGOT=113 IU/L και SGPT=98 IU/L) με θεραπευτικό σχήμα συγχωρήγησης ατορβαστατίνης και αμιωδαρόνης και αντιμετωπίστηκαν ενδονοσοκομειακά.

4 περιστατικά προσήλθαν με μετρίου βαθμού ραβδομυόλυση (μέσος όρος CK=600 mg/dl) και ηπατική συμμετοχή (μέσος όρος SGOT=93 IU/L και SGPT=84 IU/L), με θεραπευτικό σχήμα συγχωρήγησης σιμβαστατίνης και αμιωδαρόνης και αντιμετωπίστηκαν επίσης ενδονοσοκομειακά.

Τέλος όσον αφορά τους ασθενείς που ελάμβαναν θεραπευτικό σχήμα συγχωρήγησης πιταβαστατίνης και αμιωδαρόνης, στα 3 χρόνια παρακολούθησης δεν παρουσιάστηκε κανένα επεισόδιο ραβδομυόλυσης ή/και ηπατικής νέκρωσης.

Συμπέρασμα: Η συγχωρήγηση του θεραπευτικού σχήματος πιταβαστατίνης με αμιωδαρόνη στους ασθενείς με ΣΝ και ΚΜ, ίσως θεωρείται ασφαλέστερη όσον αφορά τη ραβδομυόλυση και την ηπατική νέκρωση έναντι των σχημάτων Α+Α ή Σ+Α. Περισσότερες μελέτες με μεγάλο αριθμό ασθενών είναι αναγκαίο να διενεργηθούν ώστε να οδηγηθούμε σε τεκμηριωμένα και ασφαλή συμπεράσματα αναφορικά με την ασφαλέστερη και βέλτιστη αγωγή συγχωρήγησης στατινών και αμιωδαρόνης στους ασθενείς με ΣΝ και ΚΜ.

AA29 ΜΟΝΗΡΕΣ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Ανδρέας Τοφαρίδης, Μαρία Βρασίδα, Εμμέλεια Βουνού

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού

Εισαγωγή: Η επίπτωση των νευροενδοκρινικών όγκων κυμαίνεται από 1 έως 5 περιπτώσεις ανά 100 000 άτομα. Το γαστρικό καρκινοειδές, μια μορφή καρκινοειδούς όγκου με καλή πρόγνωση, παρατηρείται στο 1%-7% των ασθενών με υπεργαστριναιμία και κακοήθη αναιμία.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με κακοήθη αναιμία με συνοδό υπεργαστριναιμία.

Υλικό: ασθενής με κακοήθη αναιμία

Μέθοδος: Ασθενής 43 ετών με ατομικό αναμνηστικό ΣΔ ΙΙ, ΔΣΛ, καρπιατής, προσήλθε λόγω γενικευμένης αδυναμίας - καταβολής - εύκολης κόπωσης προοδευτικά επιδεινούμενης την τελευταία βδομάδα. Έγινε εισαγωγή εξαιτίας της ανευρέσεως αναιμίας (Hb=5) με μεγαθιθλαστικούς χαρακτήρες που τεκμηριώθηκε με την περιγραφή των πολυκατάτμητων ουδετεροφίλων στο πλάκακι αίματος. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο εμφανίστηκε χαμηλή τιμή B12, θετικά αντισώματα κατά των τοιχωνατικών κυττάρων, δείκτες αιμόλυσης και υπεργαστριναιμία. Κατά την γαστροσκοπηση ανευρέθηκε μικροσκοπικό πολυποειδές μόρφωμα στο άντρο, από το οποίο πάρθηκε βιοψία το αποτέλεσμα της οποίας αναφέρει νευροενδοκρινές νεόπλασμα του στομάχου (NETGRADE 2). Κατά την αξονική και μαγνητική τομογραφία κοιλίας περιγράφηκε ηπατοσπληνομεγαλία (χωρίς εικόνα μεταστάσεων) με συνοδούς τρεις παθολογικούς ήμεφραδένες (2cm) περιπαγκρεατικά. Από τα ούρα εικοσιτετραώρου τα επίπεδα 5-HIAA είναι εντός φυσιολογικών ορίων. Ο ενδοσκοπικός υπέρηχος επιβεβαιώνει τα ευρήματα. Επιπρόσθετα το octroscaan δεν περιγράφει μεταστάσεις.

Αποτελέσματα: Μονήρες γαστρικό καρκινοειδές τύπου 1 χωρίς μεταστατώσεις, το οποίο αντιμετωπίστηκε με ενδοσκοπική πολυπεκτομή.

Συμπεράσματα: Τα γαστρικά καρκινοειδή, εξαιτίας του ότι είναι ασυμπτωματικά, διαγιγνώσκονται ως επί το πλείστον τυχαία. Ως εκ τούτου, ο επιπολασμός τους πιθανόν να είναι μεγαλύτερος.

Σε κάθε περιστατικό μεγαθιθλαστικής αναιμίας που δεν οφείλεται σε ατροφική γαστρίτιδα, ιδίως σε νεαρά άτομα, οφείλει να διενεργείται ενδελεχής έλεγχος.

AA30 ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΥΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΠΑΘΟΛΟΓΟ

Ρέντζιου Πάννα¹, Μαραθωνίτης Αναστάσιος¹, Παυλάκης Μιχαήλ¹, Σκάρπας Ανδρέας², Κουσερίμπας Χρήστος², Χόρτη Μαρία³, Κουρμπάνης Βασίλειος¹, Βελιμέζης Γεώργιος², Σαφιδιάνης Ιωάννης¹

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

² Β΄ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Στην κλινική πράξη η εμφάνιση ασκίτικης συλλογής αποτελεί συχνό διαγνωστικό πρόβλημα που απαιτεί πλήθος εξετάσεων προκειμένου να τεκμηριωθεί η διάγνωση.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με πρωτοεμφανιζόμενη ασκίτικη συλλογή υπό διερεύνηση.

Υλικό & Μέθοδοι: Άνδρας 79 ετών, προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων λόγω ανέυρεσης ασκίτικης συλλογής σε απεικονιστικό έλεγχο σε εξωτερική βάση. Το ατομικό αναμνηστικό περιλαμβάνει νόσο Parkinson και αρτηριακή υπέρταση. Από τον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο στα ΤΕΠ, ουδέν το αξιοσημείωτο.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής υπεβλήθη σε διαγνωστική και εκκενωτική παρακέντηση ασκίτικης συλλογής. Από τη διαφορά αλβουμίνης ορού-υγρού (SAAG) προέκυψε αίτιο μη οφειλόμενο σε ηπατική υπέρταση (SAAG<1,1g/dl), γενική εξέταση ασκίτικού υγρού: 1250 κύτταρα, ήμφοκυτταρικός τύπος ενώ οι καλλιέργειες του υγρού για κοινά και B.coch ήταν αρνητικές και η κυτταρολογική εξέταση: αρκετά, έντονα ανιδραστικά μεσοθηλιακά κύτταρα. Από το λοιπό παρακλινικό έλεγχο: Θυρεοειδικός έλεγχος κ.φ. Mantoux(-), ιοιολογικός έλεγχος για ηπατίτιδες(-), ανοσοιολογικός έλεγχος, καρκινικοί δείκτες, ADA ε.φ.ο. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας: αστεροειδές αποδιοργανωμένο μεσεντέριο, χωρίς άλλα ευρήματα καθώς και σε ενδοσκοπικό έλεγχο πεπτικού χωρίς ευρήματα. Στα πλαίσια περαιτέρω διερεύνησης υπεβλήθη σε λαπαροσκοπική βιοψία περιτοναίου από την οποία προέκυψε: καρκινοειδές αρχής κακοήθους νεόπλασμα με πιθανούς νευροενδοκρινείς χαρακτήρες. Ο ασθενής θα λάβει χημειοθεραπεία με capecitabine-carboplatin από το θεράποντα ογκολόγο ως επί καρκινομάτωσης περιτοναίου αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας.

Συμπέρασμα: Πλήθος νεοπλασμάτων ευθύνονται για την παρουσία κακοήθους ασκίτη. Στα πλαίσια της ανεύρεσης του αιτίου θα πρέπει να χρησιμοποιούνται όλα τα διαγνωστικά μέσα ώστε η διάγνωση να είναι έγκαιρη και ο ασθενής να λάβει την ανάλογη στοχευμένη θεραπεία.

ΑΑ31 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**Φωτιάδου Έλενα, Γουντσιώτη Ηρώ, Κούρτογλου Νίκη, Δημητρούδα Χαρίκλεια, Τζώτζας Θεμιστοκλής, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Απόστολος Ι.***Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας & Μεταβολισμού, ΕΑΣΟ διαπιστευμένο Κέντρο Αντιμετώπισης Παχυσαρκίας (Centre for Obesity Management -COM), Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκης***Εισαγωγή:** Στοιχεία στην Ελλάδα δείχνουν ότι η οικογενειακή κατάσταση συσχετίζεται σημαντικά με την παχυσαρκία και την κοιλιακή παχυσαρκία και στα δύο φύλα, ενώ το μορφωτικό επίπεδο ήταν αντιστρόφως ανάλογο με την παχυσαρκία στις γυναίκες.**Σκοπός:** Αξιολόγηση της συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου μόρφωσης και της παχυσαρκίας μεταξύ παχύσαρκων ασθενών.**Δείγμα:** 153 παχύσαρκοι ασθενείς (μέση ηλικία 47,3 ± 11,8 έτη, μέσος ΔΜΣ 39,6± 7,4 kg/m², 113 γυναίκες, 40 άνδρες) του πρώτου Κέντρου Αντιμετώπισης Παχυσαρκίας στην Ελλάδα.**Μέθοδος:** Αναλύθηκαν τα δημογραφικά και ανθρωπομετρικά στοιχεία των ασθενών. Για τη δημιουργία των υπο-ομάδων παχυσαρκίας χρησιμοποιήθηκαν τα διαχωριστικά όρια που ορίζει ο ΠΟΥ - Ομάδες I, II & III.**Αποτελέσματα:** Το 25%, 33% και 42% ανήκαν στις υπο-ομάδες παχυσαρκίας I, II & III, αντίστοιχα. Οι περισσότεροι των μισών ασθενών (60,5%) ήταν έγγαμοι. Οι υπο-ομάδες παχυσαρκίας και η οικογενειακή κατάσταση παρουσίαζαν σημαντικό συσχετισμό τόσο στον συνολικό πληθυσμό ($p<0,01$) όσο και στον γυναικείο πληθυσμό ($p<0,05$). Οι υπο-ομάδες παχυσαρκίας I & II περιλάμβαναν περισσότερα έγγαμα άτομα, ενώ η πλειοψηφία της υπο-ομάδας III ήταν ανύπαντροι. Όσο αφορά το επίπεδο μόρφωσης 11% ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, 49% δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 40% ήταν κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ. Οι εξωτερικοί ασθενείς -άνδρες, κατά κύριο λόγο- που είχαν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση παρουσίαζαν σημαντικά υψηλότερο ΔΜΣ από εκείνους που είχαν δευτεροβάθμια ($p<0,01$) ή/και τριτοβάθμια εκπαίδευση ($p<0,05$).**Συμπέρασμα:** Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση παχυσαρκίας τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες. Η μελέτη υποδεικνύει την ανάγκη για υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο στους συμμετέχοντες στα προγράμματα εκπαίδευσης σε θέματα υγείας, ιδιαίτερα μεταξύ ατόμων που ολοκλήρωσαν πρόωρα την σχολική τους εκπαίδευση.**ΑΑ32 ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΜΕ ΝΕΚΡΟ ΕΜΒΡΥΟ ΣΕ ΚΥΗΣΗ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΑΛΛΑ ΜΕ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2****Ι. Δραγουμάνη¹, Ε. Καραθανάσης¹, Π. Τσικούρας², Δ. Παπάζογλου³, Γ. Τσακαλίδης¹, Β. Λυμπερής², Ε. Μαϊτζέζος³, Ν. Παπάνας³**¹ Παθολογική Κλινική ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης² Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης³ Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιπτώσεως με διαβητική κετοξέωση (ΔΚΟ) και νεκρό έμβρυο σε έγκυο χωρίς διαβήτη κύησης, αλλά με επακόλουθη ανάπτυξη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).**Παρουσίαση περίπτωσης:** Ασθενής 28 ετών παρουσίασε ΔΚΟ (pH=7.1, Διπτανθρακικά: 14 mmol/l, Οξόνη ούρων ++++) κατά τη νοσηλεία της με κοιλιακό άλγος στην Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική κατά την 32^η εβδομάδα κύησης. Είχε προηγηθεί αρνητική δοκιμασία ανοχής γλυκόζης 75 g κατά την 26^η εβδομάδα κύησης, ενώ η HbA_{1c} τότε ήταν 4.9%. Στο οικογενειακό ιστορικό αναφερόταν ΣΔτ2 στη μητέρα της. Διαπιστώθηκε ουροσπίψη και νεκρό έμβρυο. Η ΔΚΟ αντιμετωπίστηκε εύκολα με αντλία ινσουλίνης και ενυδάτωση, έγινε απόξεση και η ασθενής εξήλθε σε αγωγή με 5 μονάδες γληργινικής ινσουλίνης 5 ημέρες αργότερα. Σε επανεξέταση 2 εβδομάδες αργότερα, η δόση της ινσουλίνης μειώθηκε στις 3 μονάδες πλήγχο υπογλυκαιμιών. Σε 15 ημέρες ήταν διαθέσιμα τα αρνητικά αποτελέσματα αντισωμάτων κατά της αποκαρβοξυλίωσης του γλουταμικού οξέος (anti-GAD), καθώς και τα φυσιολογικά επίπεδα ινσουλίνης και C-πεπτιδίου. Τότε έγινε διακοπή ινσουλίνης και έναρξη *per os* αγωγή με συνδυασμό αλογλιπτίνης-μετφορμίνης. Εκτοτε η ασθενής είναι σε *per os* αγωγή επί 14 μήνες με άριστα αποτελέσματα (HbA_{1c} 5.6-6.0%).**Συμπεράσματα:** Οι διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης πρέπει να τύχουν ιδιαίτερης προσοχής κατά την εγκυμοσύνη, ιδίως σε επιπλοκές αυτής, και η συμβολή του παθολόγου είναι καθοριστικής σημασίας για τη μετέπειτα παρακολούθησή τους.

ΑΑ33 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ Α-ΛΙΠΟΪΚΟ ΟΞΥ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

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

Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η εξέταση της αποτελεσματικότητας του άλφα-λιποϊκού οξέος (ΑΛΑ) βραδείας αποδέσμευσης (retard) ως μονοθεραπείας για τη βελτίωση των νευροπαθητικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι των ασθενών με Τ2ΣΔ του Εξωτερικού Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού στους οποίους είχε χορηγηθεί ΑΛΑ ως μονοθεραπεία για την ανακούφιση νευροπαθητικών συμπτωμάτων.

Αποτελέσματα: Συνολικά εντοπίστηκαν 47 ασθενείς (21 άνδρες, 26 γυναίκες) μέσης ηλικίας 69.2 ετών και μέσης διάρκειας Τ2ΣΔ 13.1 ετών. Έπειτα από 6 μήνες θεραπείας, $\geq 30\%$ βελτίωση των συμπτωμάτων σημειώθηκε σε 38 ασθενείς (80.8%) και $\geq 50\%$ βελτίωση των συμπτωμάτων σε 29 ασθενείς (61.7%). Η μέση μείωση της τιμής του δείκτη νευροπαθητικών συμπτωμάτων (Neuropathy Symptom Score) ήταν -2.1. Ανεπιθύμητες ενέργειες δεν παρατηρήθηκαν.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν την αυξανόμενη θετική εμπειρία από τη χρήση του ΑΛΑ βραδείας αποδέσμευσης για τη βελτίωση των νευροπαθητικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με Τ2ΣΔ και στη χώρα μας.

ΑΑ34 ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ: ΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΣΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΑ ΕΝΑΝΤΙ ΝΕΥΡΟΪΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ;

Μ. Δημητρίου^{1,2}, Ν. Παπάνας¹, Δ. Καϊπίνης², Μ. Πανοπούλου², Π. Παναγόπουλος³, Ε. Μαϊτέζος³

¹ *Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

² *Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

³ *Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

Σκοπός: Η αναζήτηση των συχνότερων παθογόνων λοιμώξεων διαβητικού ποδιού σε ασθενείς με νευροπαθητικά ή νευροϊσχαιμικά έλκη.

Υλικό και Μέθοδος: Συμπεριλήφθησαν ασθενείς με κλινική διάγνωση λοιμώξης έλκους, οι οποίοι χωρίστηκαν σε 2 ομάδες. Η ομάδα Α περιελάβε 63 ασθενείς (35 άνδρες, μέσης ηλικίας 61.2 ετών και μέσης διάρκειας σακχαρώδους διαβήτη 12.4 ετών) με νευροπαθητικό έλκος. Η ομάδα Β περιελάβε 50 ασθενείς (35 άνδρες, μέσης ηλικίας 73.4 ετών και μέσης διάρκειας σακχαρώδους διαβήτη 16.9 ετών) με νευροϊσχαιμικό έλκος. Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί αναζητήθηκαν με ποσοτική ιστοική καλλιέργεια.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα Α, τα συχνότερα απομονωθέντα παθογόνα ήταν: Staphylococcus aureus (16 ασθενείς), Pseudomonas aeruginosa (7 ασθενείς), Klebsiella pneumoniae (6 ασθενείς) και Enterobacter cloacae (5 ασθενείς). Στην ομάδα Β, τα συχνότερα απομονωθέντα παθογόνα ήταν: Staphylococcus aureus (8 ασθενείς), Pseudomonas aeruginosa (4 ασθενείς), Klebsiella pneumoniae (3 ασθενείς) και Escherichia coli (7 ασθενείς). Η αναλογία Gram+/Gram- ήταν 33/37 στην ομάδα Α και 17/26 στην ομάδα Β.

Συμπεράσματα: Τόσο σε νευροπαθητικά όσο και νευροϊσχαιμικά έλκη διαβητικού ποδιού με λοιμώξη, το συχνότερο παθογόνο είναι ο Staphylococcus aureus, ενώ απομονώνονται Gram+ και Gram- παθογόνα, χωρίς διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων.

ΑΑ35 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΥΠΟΛΕΚΩΜΑΤΙΝΑΙΜΙΑ, ΟΙΔΗΜΑ ΑΝΑ ΣΑΡΚΑ, ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΔΙΑΧΥΤΑ ΟΣΤΙΚΑ ΑΛΓΗ

Ευσταθίου Δανάη, Γκαραγκούνης Στέφανος, Αγκαστινιώτη Ελένη, Ayasra Zaid, Σοφογιάννη Αρετή, Αϊχαγιέτ Στελίνα, Ποιλυκρονόπουλος Γεώργιος, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος, Χατζηπόλλης Απόστολος

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

Εισαγωγή: Η υπολευκωματιναιμία είναι συχνή διαταραχή τόσο σε οξεία και χρόνια νοσήματα και παρατηρείται στο 20% των ασθενών που εισάγονται σε νοσοκομείο. Περιγράφεται η διαγνωστική διερεύνηση ασθενούς με υπολευκωματιναιμία.

Περιγραφή περίπτωσης: Άνδρας 79 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω δύσπνοιας από αιφνίτων, αύξησης βάρους από 15ημέρου, διαρροϊκό σύνδρομο από διμήνιο και γενικευμένα οστικά άλγη από έτους. Το ατομικό ιστορικό περιλάμβανε χολοκυστεκτομή προ διετίας και κάπνισμα 1 πακέτου τσιγάρων ημερησίως για 40 έτη το οποίο διακόπηκε προ 15ετίας. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε οίδημα ανά σάρκα και ελάττωση του αναπνευστικού ψευδίσματος με αμβλύτητα στην επίκρουση των βάσεων των πνευμόνων αμφοτερόπλευρα. Στο βασικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκωματίνη 1,22 g/dl, ALP 326 U/l και PSA 32,17 ng/ml ενώ στην ακτινογραφία θώρακος διαπιστώθηκε αμφοτερόπλευρη πνευμονική συλλογή. Αναφορικά με τα αίτια της υπολευκωματιναιμίας, η ηπατική ανεπάρκεια αποκλείστηκε από τα φυσιολογικά επίπεδα χολερυθρίνης και το φυσιολογικό ηπατικό μηχανισμό. Η καρδιακή ανεπάρκεια αποκλείστηκε με υπερηχοκαρδιογράφημα ενώ η συλλογή ούρων 24ώρου δεν ανέδειξε λευκωματουρία νεφρωσικού επιπέδου. Το ενδοκρινικό κοιλιοκάκης αποκλείστηκε με γαστροσκόπηση και λήψη βιοψιών από τη 2^η μοίρα του 12δακτύλου, η οποία ανέδειξε μη ειδική γαστρίτιδα και εντερίτιδα χωρίς μεταπλαστικά στοιχεία. Στα πλαίσια διερεύνησης των οστικών αλγών και του αυξημένου PSA πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία θώρακα και κοιλίας, η οποία ανέδειξε πολλαπλές οστεοβλαστικές εστίες στην πύελο και την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, οι οποίες επιβεβαιώθηκαν με σπινθηρογράφημα οστών. Ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικά με χορήγηση διουρητικών και παραπέμφθηκε για ουρολογική διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Η υπολευκωματιναιμία είναι συνήθης στην καθημερινή κλινική πράξη και η ανεύρεση της αιτιολογίας της είναι συχνά δυσχερές, παρά τον εκτενή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο.

ΑΑ36 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, ΥΠΟΣΙΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Λαμπρόπουλος Χρήστος, Κώνστα Μαρία, Δραντάκη Βίκη, Δρη Ειρήνη, Σιρμιλιδάτζε Τάμτα, Αποστόλου Ιφιγένεια, Κορδαλή Χριστίνα, Πανουριά Κωνσταντίνα, Αργυρός Κώστας, Μαύρας Γεώργιος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδος, Άργος

Εισαγωγή: Η κακή θρέψη των νοσηλεύμενων ασθενών σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης των ηλικιωμένων, νοσηλεύμενων ασθενών και η ανίχνευση προγνωστικών δεικτών θνητότητας και παρατεταμένης νοσηλείας.

Υλικό: Συμπεριλήφθηκαν 150 ασθενείς (78 άνδρες, 72 γυναίκες, μέσης ηλικίας 80±8.2).

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια MNA (συνολικό-πλήρες), MUST και sNAQ. Έγινε ανάλυση: ανθρωπομετρικών-εργαστηριακών δεδομένων, φυσικής δραστηριότητας (IPAQ), κάπνισματος, διατροφικών συνθηκών, μεσογειακής διατροφής (MedDiet), αιτίας-διάρκειας νοσηλείας, ατομικού αναμνηστικού. Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η θνητότητα (έως 6 μήνες μετά) και η διάρκεια νοσηλείας, συγκριτικά με τα ΚΕΝ.

Αποτελέσματα: Φυσιολογική διατροφή διαπιστώθηκε σε 36%, 61.3% και 70.7% των ασθενών (πλήρες MNA, MUST και sNAQ αντίστοιχα).

Το ποσοστό θνητότητας ήταν 20.7% (31/150). Οι ασθενείς αυτοί είχαν χαμηλότερο BMI (24±4.4vs26±4.8, p=0.04), λευκωματίνη (2.9±0.7vs3.4±0.7, p=0.002), MedDiet (23.5±4.3vs31.1±5.6, p<0.0001), IPAQ (37.2±156.2 vs516.5±1241.7, p<0.0001), πλήρες (14.5±7.3vs20.7±6, p<0.0001) και συνολικό MNA (7.3±4.2vs10.5±3.4, p=0.0002) ενώ είχαν υψηλότερο MUST (2.5±1.8vs0.5±1.02, p<0,0001) και sNAQ (2.9±2.4vs1.1±1.3, p<0.0001). Επιπλέον είχαν παρατεταμένη νοσηλεία [5 (0-13) έναντι 0 (-1 - 3) ημέρες, p=0.001]. Οι ασθενείς με κακοήθεια είχαν υψηλότερη θνητότητα (77%), συγκριτικά με λοιμώξεις (18%), ΑΕΕ (27%) και άλλα αίτια (8%) (p<0.0001).

Η παρατεταμένη νοσηλεία συσχετίστηκε αρνητικά με το πλήρες (r=-0.35, p<0.0001) και συνολικό MNA (r=-0.33, p<0.0001), MedDiet (r=-0.35, p<0.0001), IPAQ (r=-0.34, p<0.0001), λευκωματίνη (r=-0.36, p<0.0001), Ht (r=-0.2, p=0.02) και Hb (r=-0.18, p=0.02) και θετικά με MUST (r=0.34, p<0.0001) και sNAQ (r=0.3, p=0.0002).

Συμπεράσματα: Μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων, νοσηλεύμενων ασθενών υποσιτίζεται ή κινδυνεύει από υποσιτισμό. Όλα τα διατροφικά σκορ, η φυσική δραστηριότητα και η λευκωματίνη σχετίζονται σημαντικά με τη θνητότητα και την παρατεταμένη νοσηλεία.

AA37 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Λαμπρόπουλος Χρήστος, Κώνστα Μαρία, Αποστόλου Ιφιγένεια, Δραντάκη Βίκη, Σιρμπιλιάτζε Τάμτα, Δρη Ειρήνη, Κορδαλή Χριστίνα, Λάμπας Ευάγγελος, Αργυρός Κώστας, Μαύρας Γεώργιος
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας, Άργος

Εισαγωγή: Η μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με μικρότερη συχνότητα καρδιαγγειακών παθήσεων και καρκίνου.
Σκοπός: Η επίδραση της μεσογειακής διατροφής στη θνητότητα και τη διάρκεια νοσηλείας ηλικιωμένων ασθενών.

Υλικό: Συμπεριλήφθηκαν 150 ασθενείς (78 άνδρες, 72 γυναίκες, μέσης ηλικίας 80±8.2).

Μέθοδος: Ελήφθησαν υπόψη: ανθρωπομετρικά και εργαστηριακά δεδομένα, μεσογειακή διατροφή (MedDiet), διατροφική κατάσταση (Mini Nutritional Assessment), φυσική δραστηριότητα (International Physical Activity Questionnaires), κάπνισμα, αιτία και διάρκεια νοσηλείας, ατομικό αναμνηστικό (συν-νοσηρότητες, προηγούμενες νοσηλείες). Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η θνητότητα (έως και 6 μήνες μετά) και η διάρκεια νοσηλείας, συγκριτικά με τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις προσδιορισμού προγνωστικών παραγόντων θνητότητας και παρατεταμένης νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με το MNA, η διατροφή ήταν φυσιολογική στο 36% των ασθενών, 30.7% ήταν σε κίνδυνο υποσιτισμού ενώ 33.3% εμφάνιζε υποσιτισμό.

Η πιθανότητα θανάτου μειώθηκε κατά 30% για κάθε μονάδα αύξησης του MedDiet (OR=0.7, 95%CI:0.6-0.8, p<0.0001).

Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν λόγω κακοήθειας είχαν 37.7 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν συγκριτικά με τους ασθενείς με λοιμώξη (OR=37.7, 95%CI:4.4-325, p=0.001).

Η διάρκεια νοσηλείας ήταν αντιστρόφως ανάλογη της μεσογειακής διατροφής, αφού μειωνόταν 0.18 ημέρες για κάθε μονάδα αύξησης του MedDiet (b:-0.18, 95%CI:-0.33 - -0.035, p=0.02). Επιπλέον, η διάρκεια νοσηλείας αυξανόταν 0.83 ημέρες για κάθε προηγούμενη εισαγωγή στο νοσοκομείο (b:0.83, 95%CI:0.5-1.16, p<0.0001). Η διάρκεια νοσηλείας λόγω κακοήθειας ήταν 4.5 ημέρες μεγαλύτερη συγκριτικά με τις λοιμώξεις (b:4.5, 95%CI:0.9-8, p=0.015).

Συμπέρασμα: Η μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με μειωμένη θνητότητα και διάρκεια νοσηλείας των ηλικιωμένων, νοσηλευόμενων ασθενών.

AA38 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Λαμπρόπουλος Χρήστος, Κώνστα Μαρία, Δραντάκη Βίκη, Δρη Ειρήνη, Πανουριά Κωνσταντίνα, Σιρμπιλιάτζε Τάμτα, Αποστόλου Ιφιγένεια, Λάμπας Ευάγγελος, Κορδαλή Χριστίνα, Μαύρας Γεώργιος
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας, Άργος

Εισαγωγή: Ο υποσιτισμός νοσηλευόμενων ασθενών σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Σκοπός: Η σύγκριση ερωτηματολογίων διατροφής, προκειμένου να εντοπιστεί το πλέον κατάλληλο για την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης ηλικιωμένων, νοσηλευόμενων ασθενών και η συσχέτισή τους με τη θνητότητα και την παρατεταμένη νοσηλεία των ασθενών.

Υλικό: Συμπεριλήφθηκαν 150 ασθενείς (78 άνδρες, 72 γυναίκες, μέσης ηλικίας 80±8.2).

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν το Mini Nutritional Assessment (MNA πλήρες, συνοπτικό), το Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) και το short Nutritional Appetite Questionnaire (sNAQ). Η ευαισθησία και ειδικότητα, η θετική και αρνητική προγνωστική αξία και οι ROC καμπύλες αξιολογήθηκαν μετά από προσαρμογή για την τρέχουσα αιτία νοσηλείας. Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η θνητότητα (από την εισαγωγή έως και 6 μήνες μετά) και η παράταση της διάρκειας νοσηλείας, σε σύγκριση με τα ΚΕΝ.

Αποτελέσματα: Όσον αφορά τη θνητότητα, το MNA (συνοπτικό, πλήρες) και το sNAQ είχαν παρόμοια χαμηλή ευαισθησία (25.8%, 25.8%, 35.5% αντίστοιχα) ενώ το MUST εμφάνιζε υψηλότερη (48.4%). Αντιθέτως, όλα τα ερωτηματολόγια είχαν υψηλή ειδικότητα (94%-97.5%). Το συνοπτικό MNA και το sNAQ είχαν καλύτερη θετική προγνωστική αξία (72.7%, 78.6% αντίστοιχα), ενώ όλα είχαν παρόμοια αρνητική προγνωστική αξία (83.2%-87.5%). Το MUST είχε υψηλότερη ROC καμπύλη (0.83) έναντι των υπολοίπων (0.73-0.77).

Σχετικά με την παρατεταμένη νοσηλεία, τα ερωτηματολόγια είχαν σχετικά χαμηλή ευαισθησία (48.7%-56.7%), ειδικότητα (68.4%-77.6%), θετική (63.1%-69.6%) και αρνητική προγνωστική αξία (61%-63%) και ROC καμπύλες (0.67-0.69).

Συμπέρασμα: Το MUST ερωτηματολόγιο πλεονεκτεί, έναντι των υπόλοιπων, στην πρόβλεψη της θνητότητας, λόγω της υψηλότερης ευαισθησίας και της ROC καμπύλης. Κανένα από τα ερωτηματολόγια δεν είναι κατάλληλο για την πρόβλεψη της παρατεταμένης νοσηλείας.

AA39 ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΝΑ ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΥΠΟΘΡΕΨΙΑΣ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Λαμπρόπουλος Χρήστος, Κώνστα Μαρία, Σιρμπιλιάζε Τάμτα, Αποστόλου Ιφιγένεια, Δραντάκη Βίκη, Πανουριά Κωνσταντίνη, Δρη Ειρήνη, Κορδαλή Χριστίνα, Λάμπας Ευάγγελος, Μαύρας Γεώργιος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδος, Άργος

Εισαγωγή: Το ερωτηματολόγιο Mini Nutritional Assessment (MNA) είναι ένα χρήσιμο εργαλείο διάγνωσης της υποθρεψίας, που σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης ηλικιωμένων, νοσηλεύομενων ασθενών και η συσχέτιση του MNA με τη θνητότητα και την παρατεταμένη νοσηλεία αυτών.

Υλικό: Συμπεριλήφθηκαν 150 ασθενείς (78 άνδρες, 72 γυναίκες, μέσης ηλικίας 80±8.2).

Μέθοδος: Αναλύθηκαν τα ακόλουθα δεδομένα: ανθρωπομετρικά-εργαστηριακά δεδομένα, σωματική δραστηριότητα (International Physical Activity Questionnaires), κάπνισμα, διατροφικές συνήθειες, αιτία και διάρκεια εισαγωγής, ιατρικό ιστορικό (συν-νοσηρότητες, προηγούμενες νοσηλείες). Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η θνητότητα (έως και 6 μήνες μετά) και η διάρκεια της νοσηλείας, συγκριτικά με τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις προσδιορισμού προγνωστικών παραγόντων θνητότητας και παρατεταμένης νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με το MNA, η διατροφή ήταν φυσιολογική στο 36% των ασθενών, 30.7% ήταν σε κίνδυνο υποσιτισμού ενώ 33.3% εμφάνιζε υποσιτισμό.

Η πιθανότητα θανάτου μειώθηκε κατά 20% για κάθε μονάδα αύξησης του MNA (OR=0.8, 95%CI:0.74-0.89, p<0.0001). Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν λόγω κακοήθειας είχαν 23 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν συγκριτικά με αυτούς με λοιμώξη (OR=23, 95%CI:3.8-141.6, p=0.001). Οι ασθενείς με AEE είχαν 7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν (OR=7, 95%CI:1.4-34.5, p=0.02) ενώ οι υποήλοιπες αιτίες νοσηλείας είχαν σημαντικά μικρότερο κίνδυνο (OR=0.2, 95%CI:0.06-0.8, p=0.03).

Οι ασθενείς με κακοήθεια είχαν 6.8 ημέρες παράταση της νοσηλείας, συγκριτικά με εκείνους με λοιμώξη (b:6.8, 95%CI:3.2-10.3, p<0.0001). Για κάθε μονάδα αύξησης του MNA, η διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε κατά 0.3 ημέρες (b:-0.3, 95%CI:-0.45 - -0.15, p<0.0001).

Συμπέρασμα: Το MNA είναι ένα χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο υποσιτισμού και σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα και παρατεταμένη νοσηλεία ηλικιωμένων ασθενών.

AA40 ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΙΣ ΟΣΤΕΟΛΥΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΑΔΕΝΑ

Λουκά Ειρήνη-Στυλιανή, Μακίνα Άννα, Κουτσουμπός Νικόλαος, Σκουρή Ιωάννα, Γόγολας Βασίλειος, Γκουγκούτσι Αλεξάνδρα, Ρούφια Ευφροσύνη, Αλεξίου Ζωή

Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ειλείσας «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Το κακόηθες νεόπλασμα του προστάτη είναι το συχνότερο αίτιο καρκίνου στον αντρικό πληθυσμό. Σε προχωρημένη ή επιθετική νόσο συνοδεύεται από οστικές μεταστάσεις-κυρίως οστεοβλαστικές και σπανιότερα οστεοιλυτικές-που δύνανται να αποτελούν το πρώτο κλινικό εύρημα.

Σκοπός: Περιγράφεται περιστατικό με εκτεταμένες οστεοιλυτικές βλάβες και υπερασβεστιαϊκή κρίση σε ασθενή με καρκίνο του προστάτη.

Υλικό-Μέθοδοι: Ασθενής 68 ετών με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, προσεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω σταδιακής έκπτωσης του επιπέδου συνείδησης με σύγχυση και υπνηλία από τριημέρου. Αναφέρθηκε σταδιακά επιδεινούμενη οσφαυαλία από μηνός. Από την κλινική εξέταση ΑΠ:110/70mmHg, σφύξεις:110/min, θ:36,6°C, CGS:11/15, χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία, ακρόαση καρδιάς και πνευμόνων κφ, εξέταση κοιλίας κφ. Εργαστηριακός έλεγχος: WBC:23.300/μL με 87,5% NE, Hct:38,6%, Cre:2.2mg/dl, Ure:255mg/dl, Ca:17,21mg/dl, P:5,2mg/dl, LDH:400 IU/l,CRP:186mg/l και TKE:21mm. Από τις CT εγκεφάλου, θώρακος και κοιλίας με ενδοφρέβια χορήγηση σκιαγραφικού αναδείχθηκαν οστεοιλυτικές βλάβες στα σώματα των σπονδυλίων της αυχενικής-θωρακικής και σφυρικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα. Ηλεκτροφόρηση και ανοσοκαθίλιωση πρωτεϊνών ορού κφ, PTH:56,7pg/ml. Να σημειωθεί η αύξηση των καρκινικών δεικτών CEA(390,35ng/mL),CA19-9(630,73U/ml),CA125(937,3U/ml),CA15-3(159,6U/ml), ενώ η τιμή του PSA ήταν εντός των φυσιολογικών τιμών(1,629ng/mL). Ο ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού ήταν αρνητικός. Έγινε ουρολογική εκτίμηση και η δακτυλική εξέταση ανέδειξε διόγκωση του αριστερού λοβού του προστάτη.

Αποτελέσματα: Πραγματοποιήθηκε οστεομελική βιοψία που απέκλεισε την ύπαρξη κακοήθειας του αίματος και ανέδειξε μεταστατική διήθηση του μυελού από χαμηλής διαφοροποίησης και υψηλής κακοήθειας αδενοκαρκίνωμα. Η διορθική βιοψία του προστάτη αδένος επιβεβαίωσε την παρουσία αδενοκαρκινώματος.

Συμπεράσματα: Η νεοπλασματική αρχής υπερασβεστιαϊμία είναι ένα συχνό εύρημα σε προχωρημένα κυρίως στάδια κακοήθειας. Χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτα υψηλές τιμές ασβεστίου και χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Σε άρρην ασθενή με υπερασβεστιαϊμία και οστεοιλυτικές βλάβες οφείλει στη διαφορική διάγνωση να συμπεριληφθεί το αδενοκαρκίνωμα του προστάτη.

AA41 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ 1,25(OH)₂D₃ ΣΤΗΝ ΕΚΚΡΙΣΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ Ι ΑΠΟ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΑ IN VITRO

Αθανασίου Λάμπρος¹, Νέζος Ανδριανός¹, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια², Μαυραγάνη Κλειώ¹, Αθανασίου Παναγιώτης³, Κουτσιλιέρης Μιχαήλ¹

¹ Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

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

³ Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή: Η βιταμίνη D είναι σεκοστεροειδής ορμόνη που είναι γνωστή για τη δράση της στο σκελετό. Πρόσφατα έχουν βρεθεί στο στόχαστρο της ερευνητικής προσπάθειας οι εξωσκελετικές δράσεις της ορμόνης. Θεωρείται ότι η ορμόνη έχει ανοσοτροποποιητική δράση καθώς έχουν παρατηρηθεί πολλαπλές δράσεις της στο ανοσοποιητικό σύστημα. Επίδειξε ανοσοανωχία και ενισχύει την άνοση αντίδραση έναντι των βακτηριδίων.

Σκοπός ήταν η μελέτη της επίδρασης της 1,25(OH)₂D₃ στην έκκριση της ιντερφερόνης Ι από μονοκύτταρα ανθρώπου in vitro.

Μέθοδοι: Ανθρώπινα μονοκύτταρα διαχωρίστηκαν από αίμα ληφθέν από υγιή θήλεα άτομα με τη χρήση του πρωτοκόλλου Lymphoprep. Ακολούθως τοποθετήθηκαν σε καλλιέργητικούς δίσκους με φρεάτια 10⁶ κύτταρα/φρεάτιο και καλλιέργηθηκαν επί 6 h σε θερμοκρασία 37°C σε υγροποιημένη ατμόσφαιρα 5% CO₂ υπό την παρουσία ή απουσία ιντερφερόνης α 400 U, 1,25(OH)₂D₃ 250 pmol, και συνδυασμού ιντερφερόνης 400 U και 1,25(OH)₂D₃ 250 pmol. Ακολούθως το περιεχόμενο εκάστου φρεατίου φυγοκεντρήθηκε και το ίζημα υπέστη επίδραση με Trizol για την απομόνωση RNA γονιδίων που είναι γνωστό ότι διεγείρονται από την ιντερφερόνη α. Έγινε real time PCR για τα γονίδια MX1, IFT1, IFI44 και του GAPDH ως γονίδιο ελέγχου.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε ότι η ιντερφερόνη α διεγείρει τα γονίδια που σχετίζονται με την έκκριση της ιντερφερόνης Ι, δηλαδή ότι ανατροφοδοτεί θετικά την έκκρισή της. Παρατηρήθηκε ότι η 1,25(OH)₂D₃ τροποποιεί την επίδραση της ιντερφερόνης α στην έκκριση της ιντερφερόνης Ι, ήτοι ελαττώνει τη διεγερτική δράση που έχει η ιντερφερόνη α στην έκκριση της ιντερφερόνης Ι.

Συμπεράσματα: Η βιταμίνη D διερευνείται για τις ανοσοτροποποιητικές της δράσεις. Στην παρούσα μελέτη η βιταμίνη D βρέθηκε να τροποποιεί την απόκριση των ανθρώπινων μονοκυττάρων στη δράση της ιντερφερόνης α.

AA42 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ. REAL LIFE DATA

Πανταζή Ελένη¹, Τραυλιός Αλέξιος¹, Βογιατζή Ευαγγελία¹, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια²

¹ Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Άλεξάνδρα»

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

Εισαγωγή: Η οστεοπόρωση είναι νόσος που προσβάλλει τα οστά και προδιαθέτει σε ευθραυστότητα των οστών. Σήμερα, ο πληθυσμός ελέγχεται για την ύπαρξη οστεοπόρωσης και λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της νόσου. Επιπροσθέτως, στο δυτικό κόσμο όπου υπάρχει αφθονία διαθέσιμης τροφής οι ασθενείς λαμβάνουν οδηγίες για την τήρηση δίαιτας πλούσιας σε ασβέστιο, λαμβάνουν συμπληρώματα ασβεστίου και θεραπεία για την αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της βιταμίνης D. Ακόμη, λαμβάνουν θεραπεία για την οστεοπόρωση. Ετσι, η σχέση μεταξύ οστεοπόρωσης και καταγμάτων στη σύγχρονη εποχή είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα.

Σκοπός: Σκοπός ήταν η μελέτη του επιπολασμού των καταγμάτων ευθραυστότητας σε ομάδα ασθενών που παρακολουθούνται και αντιμετωπίζονται για οστεοπόρωση σε κέντρο αναφοράς για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης στην Αθήνα.

Μέθοδοι. Μελετήθηκε ομάδα 91 ασθενών, 82 γυναικών και 9 ανδρών, που παρακολουθούνται και αντιμετωπίζονται για οστεοπόρωση σε κέντρο αναφοράς στην Αθήνα. Η ηλικία των ασθενών ήταν 69.71±1.09 έτη. Η οστική πυκνότητα των ασθενών μετρήθηκε στην ΟΜΣΣ και στο ισχίο με DEXA. Καταγράφηκε ο αριθμός και η θέση των καταγμάτων που παρατηρήθηκαν στην ομάδα μελέτης.

Αποτελέσματα: Η οστική πυκνότητα στην ΟΜΣΣ, όπως εκτιμήθηκε με βάση το T score ήταν -1.9±0.11 (mean±SEM) και στο αριστερό ισχίο -2.6±0.11. Στην ομάδα των ασθενών που μελετήθηκε 19 ασθενείς (20.88%), 15 γυναίκες και 4 άνδρες, υπέστησαν κάταγμα ευθραυστότητας. Τα κατάγματα που καταγράφηκαν ήταν 8 σπονδυλικά κατάγματα, 7 κατάγματα καρπού (Colles), 2 κατάγματα ταρσού, 1 κάταγμα πτέρνης και 2 κατάγματα πήλεις. Στην ομάδα μελέτης 1 ασθενής υπέστη κάταγμα καρπού και κάταγμα πήλεις και 1 ασθενής υπέστη κάταγμα πήλεις και σπονδυλικό κάταγμα.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι στις συνθήκες του σύγχρονου κόσμου παρά τα μέτρα που λαμβάνονται για την πρόληψη και αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης σε ομάδα ασθενών που παρακολουθούνται σε κέντρο αναφοράς στην Αθήνα, κατάγματα παρατηρούνται, ειδικά στις γυναίκες. Ωστόσο, είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί ότι στην ομάδα μελέτης πολλοί ασθενείς παρέμειναν ελεύθεροι κατάγματος μέχρι τη στιγμή της καταγραφής.

ΑΑ43 Η ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ

Πανταζή Ελένη¹, Τραυλός Αλέξιος¹, Βογιατζή Ευαγγελία¹, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια²

¹ Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»

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

Εισαγωγή: Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός είναι νόσημα που σήμερα διαγιγνώσκεται με αυξανόμενη συχνότητα. Η διάγνωση του βασίζεται στην τακτική μέτρηση του ασβεστίου, που, αν βρεθεί παθολογικά υψηλό, οδηγεί σε έλεγχο του ασθενούς για την ύπαρξη της νόσου. Κατά συνέπεια, ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός συχνά διαγιγνώσκεται πρώιμα στην πορεία της νόσου. Έτσι, σοβαρές μυοσκελετικές εκδηλώσεις μπορεί να εληφθούν στη σύγχρονη εποχή στους ασθενείς.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή των μυοσκελετικών εκδηλώσεων σε ασθενείς με πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό που παρακολουθούνται σε κέντρο αναφοράς στην Αθήνα.

Μέθοδοι. Μελετήθηκε ομάδα 38 ασθενών, 33 γυναικών και 5 ανδρών, με πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό ηλικίας 62.31±1.87 ετών, που παρακολουθούνται σε κέντρο αναφοράς στην Αθήνα. Στην ομάδα μελέτης καταγράφηκαν οι μυοσκελετικές εκδηλώσεις.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα 38 ασθενών με πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό που παρακολουθούνται σε κέντρο αναφοράς στην Αθήνα, 12 ασθενείς (31.58%) είχαν οστεοπόρωση, 2 (5.26%) οστεοπενία, 7 (18.42%) διάχυτα οστικά άλγη, 2 (5.26%) διάχυτες μυαλγίες και 1 (2.63%) είχε υποστεί κάταγμα καρπού. Στην ομάδα μελέτης 18 (47.37%) ασθενείς δεν είχαν καμία μυοσκελετική εκδήλωση.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός, όπως εμφανίζεται στη σύγχρονη εποχή σε κέντρο αναφοράς στην Αθήνα, δεν χαρακτηρίζεται από σοβαρές μυοσκελετικές εκδηλώσεις, όπως η νωδής κυστική οστεΐτιδα. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι ασθενείς με πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό εμφανίζουν διάχυτα οστικά άλγη και οστεοπόρωση, που μπορεί να επιπλέκεται από κάταγμα σε μερικές περιπτώσεις. Η πρώιμη ανίχνευση και διάγνωση της νόσου φαίνεται ότι έχει μεταβάλλει την κλινική εικόνα του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού στη σύγχρονη εποχή.

ΑΑ44 ΟΡΙΑΚΗΣ ΖΩΝΗΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΧΥΤΟΥ ΜΗ-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΑ ΚΥΤΤΑΡΑ Β-ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ ΜΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

Χάλαρης Γιώργος, Νικολαΐδου Χριστίνα, Παπαδοπούλου Στέλλα, Δεληλήγκα Ασπασία, Βενιζέλος Ιωάννης

Παθολογοανατομικό Εργαστήριο «Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης»

Εισαγωγή: Το οριακής ζώνης λέμφωμα είναι ένα σχετικά σύνθετες non-Hodgkin λέμφωμα Β-κυτταρικής αρχής. Αντιπροσωπεύει το 12% περίπου των λέμφωμάτων Β-κυτταρικής αρχής. Διακρίνονται τρεις τύποι: 1) Λεμφραδενικό λέμφωμα 2) Εξωλεμφραδενικό λέμφωμα 3) Σπληνικό λέμφωμα

Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού οριακής ζώνης λεμφώματος, το οποίο εμφανίστηκε μετά από χημειοθεραπεία διαχύτου τύπου μη-Hodgkin λεμφώματος από μεγάλα κύτταρα, Β-κυτταρικής αρχής, μη ειδικού τύπου(DLBCL,NOS).

Υλικό: Γυναίκα 65 ετών προσήλθε στην ΩΡΛ κλινική του νοσοκομείου μας με γενικευμένη περιφερική λεμφαδενοπάθεια. Πραγματοποιήθηκε βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα και τέθηκε η διάγνωση του DLBCL,NOS. Έλαβε έξι κύκλους χημειοθεραπείας με R-CHOP. Οκτώ μήνες αργότερα υποτροπίασε με διάχυτα τραχηλικών λεμφαδένων. Έγινε λήψη λεμφαδένα και τέθηκε η διάγνωση μη-Hodgkin λεμφώματος οριακής ζώνης.

Μέθοδος: Παραλήθαψε λεμφαδένα μεγαλύτερας διαμέτρου 1,2 εκ.

Αποτελέσματα: Η αρχιτεκτονική του λεμφαδένα ήταν πλήρως καταρτημένη. Παρατηρήθηκε διάχυτη διήθηση από μικρά λεμφοειδή κύτταρα, τα οποία εμφάνιζαν βαθυχρωματικό ή αριοχρωματικό, υποστρόγγυλο πυρήνα και ελάχιστο κυτταρόπλασμα. Οι πυροκινώσεις ήταν λίγες. Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος έδειξε θετικότητα για CD20 ενώ ήταν αρνητικός για CD3, CD5, CD15, CD30, CD10, CD23, και Cyclin D1. Ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67 απέβη θετικός στο 7% περίπου των νεοπλασματικών κυττάρων. Η ιστολογική εικόνα ήταν συμβατή με μη-Hodgkin λέμφωμα οριακής ζώνης.

Συμπέρασμα: Τονίζεται η σπανιότητα εμφάνισης λεμφώματος οριακής ζώνης μετά από θεραπεία για μη-Hodgkin λέμφωμα από μεγάλα κύτταρα, Β-κυτταρικής αρχής. Πλήρης ανοσοϊστοχημικός έλεγχος είναι απαραίτητος τόσο για να τεθεί η αρχική διάγνωση όσο και στην υποτροπή, για να τεθεί η ακριβής διάγνωση και να ακολουθηθεί η ενδεδειγμένη θεραπεία.

AA45 HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ ΚΛΑΣΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΥΠΟΤΥΠΟΥ ΜΙΚΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΒΡΙΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 77 ΕΤΩΝ

Χάχαλης Γιώργος, Νικολαΐδου Χριστίνα, Παπαδοπούλου Σταυρούλα, Δελιηλίγκα Ασπασία, Βενιζέλος Ιωάννης

Παθολογοανατομικό Εργαστήριο «Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης»

Εισαγωγή: Το μικτής κυτταροβρίθειας Hodgkin λέμφωμα είναι ένας υπότυπος του κλασικού Hodgkin λέμφωματος. Αντιπροσωπεί περίπου το 20-25% των κλασικών Hodgkin λέμφωμάτων και απαντώνται συχνότερα στους περιφερικούς λεμφαδένες, σε ασθενείς μέσης ηλικίας τα 38 έτη.

Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού Hodgkin λέμφωματος κλασικού τύπου, υπότυπου μικτής κυτταροβρίθειας, σε άνδρα ηλικίας 77 ετών.

Υλικό: Άνδρας 77 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω διόγκωσης του αριστερού μασχαλιαίου λεμφαδένα. Πραγματοποιήθηκε εξαίρεση λεμφαδένα και βιοψία.

Μέθοδος: Στο εργαστήριο παραλάβαμε λεμφαδένα μεγίστης διαμέτρου 1, 5 εκ.

Αποτελέσματα: Η αρχιτεκτονική του λεμφαδένα ήταν πλήρως καταργημένη. Παρατηρήθηκε διάχυτη διήθηση από κύτταρα Hodgkin και κύτταρα Reed-Sternberg διαφόρων τύπων. Στον υπόλοιπο κυτταρικό πληθυσμό παρατηρήθηκαν λεμφοκύτταρα, αρκετά επιθηλιοειδή ιστοκύτταρα, πλάσματοκύτταρα και ηωσινόφιλα πολυμορφοπύρνα. Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος έδειξε θετικότητα για CD15, CD30 και CD20 ενώ ήταν αρνητικός για CD3, CD4, CD23, LCA, CD10, BCL-2, ALK και EMA. Η ιστολογική εικόνα ήταν συμβατή με λέμφωμα Hodgkin, κλασικού τύπου, υπότυπου μικτής κυτταροβρίθειας.

Συμπέρασμα: Η εμφάνιση του συγκεκριμένου λέμφωματος είναι ασυνήθης σε ηλικιωμένους ασθενείς. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται περιπτώσεις εμφάνισής του σε ασθενείς 70-80 ετών, σε ποσοστό περίπου 15%. Η πρόγνωση του είναι καλή με τη σωστή και έγκαιρη θεραπεία. Θεραπεία εκλογής είναι η χημιοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και μεταμόσχευση του μυελού των οστών. Έχει συσχετισθεί με τον ιό Epstein-Barr. Στη διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριληφθούν: 1) Διαχύτου τύπου λέμφωμα από μεγάλα κύτταρα B-κυτταρικής αρχής 2) T-περιφερικό λέμφωμα 3) Αναπλαστικό λέμφωμα από μεγάλα κύτταρα με θετικότητα για ALK 4) Αγγειοανοσοβλάστικό T-λέμφωμα 5) Λοιμώδης μονοπυρήνωση. Πλήρης ανοσοϊστοχημικός έλεγχος είναι απαραίτητος για να τεθεί η σωστή διάγνωση και να ακολουθηθεί η ενδεδειγμένη θεραπεία.

ΑΑ46 ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ: ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΜΟΝΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΓατσά Ελένη¹, Μαρκάδα Δήμητρα², Γιαννάκη Ευθυμία², Μούσια Μαρία³, Μαρίτσα Δήμητρα⁴, Παπαδάτος Σταμάτης⁵, Μυλωνάς Στέφανος⁴, Ζήσης Χρήστος⁴¹ Αιματολογικό Τμήμα Γ.Ν. Τρικάλων² Αιματολογικό Εργαστήριο Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσ/νίκης «Θεαγένειο»³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Γ.Ν. Τρικάλων⁴ Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων⁵ Γ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ν. Αττικής

Εισαγωγή: Η οξεία μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ) είναι κακοήθης νόσος των κυττάρων της μυελικής σειράς, με επίπτωση 4/100.000. Το 10% των περιπτώσεων ανήκουν στον υπότυπο M5 ή οξεία μονοβλαστική λευχαιμία. Σπάνια στην κλινική τους εικόνα περιγράφεται λεμφαδενοπάθεια.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού οξείας μονοβλαστικής λευχαιμίας με προέxon σύμπτωμα την οξεία διόγκωση λεμφαδένων.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής 37ετών, προσήλθε στο τακτικό Παθολογικό Ιατρείο για διόγκωση τραχηλικών λεμφαδένων και καταβολή-αδυναμία από 20ημέρου, μετά από λοίμωξη ανωτέρου αναπνευστικού-(κυνάγχη). Κατά την ψηλάφηση διαπιστώθηκαν πολλαπλοί ανώδυνοι, ευκίνητοι, ελαστικοί λεμφαδένες στο πρόσθιο-οπίσθιο τραχηλικό τρίγωνο.

Το Υπερηχογράφημα τραχήλου-κοιλίας επιβεβαίωσε την τραχηλική λεμφαδενοπάθεια (διαμέτρου ως 2,5cm), ενώ δεν ανέδειξε θυρεοειδοπάθεια ή ηπατοσπληνομεγαλία. Στον αιματολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοπενία (με ήπια αναστροφή τύπου), αυξημένες τιμές: LDH, ASTO και IgG-Ab υπέρ παλαιάς λοίμωξης από EBV-CMV. Η Mantoux ήταν αρνητική. Χορηγήθηκε κληριθρομυκίνη για 10 ημέρες, χωρίς ανταπόκριση. Διενεργήθηκε Αξονική Τομογραφία τραχήλου-θώρακος-κοιλίας που έδειξε επιπλέον μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια. Η μαστογραφία ήταν αρνητική.

Ακολούθησε εκτεταμένος έλεγχος όπου διαπιστώθηκαν αυξημένα επίπεδα SACE, RA-test, ANA και anti-SSA. Οι υπόλοιπες εξετάσεις (Quantiferon / Widal / Wright / anti-Leishmania / anti-Brucella / anti-Toxoplasma / VDRL / HbsAg / anti-HCV / RPR/HIV-test / Ca-δείκτες συμπλήρωμα / anti-ds-DNA / p-c-ANCA / θυρεοειδικές ορμόνες / θυρεοσφαίρινη / καλτσιτονίνη ηλεκτροφόρηση-ανοσοκαθήςωση) ήταν αρνητικές. Τέθηκε η υπόνοια λεμφουπερηλαστικού νοσήματος με πιθανό ανοσολογικό μηχανισμό. Έγινε βιοψία λεμφαδένα που ήταν μη διαγνωστική.

Αποφασίστηκε η παραπομπή σε αιματολόγο, που μετά τη μικροσκόπηση επιχρίσματος περιφερικού αίματος διαπίστωσε 3% κύτταρα με βλαστικούς χαρακτήρες. Διενεργήθηκε μετελόγραμμα, και ο ανοσοφαινότυπος του μυελού έθεσε τη διάγνωση της οξείας μονοβλαστικής λευχαιμίας (M5a). Η ασθενής απεβίωσε 3μήνες αργότερα.

Συμπέρασμα: Η διερεύνηση λεμφαδενοπάθειας είναι μια συχνή διαδικασία για τον παθολόγο. Η βιοψία ή/και παραπομπή σε αιματολόγο μπορεί να είναι χρήσιμη, ωστόσο δεν πρέπει ποτέ να προηγείται της κλινικοεργαστηριακής διαφοροδιάγνωσης.

AA47 Ο ΒΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΣ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Κόγιας Αθανάσιος², Μαρίτσα Δήμητρα², Θεοδωρούλα Ευτέρπη², Αγγέλης Νικόλαος², Μυλωνάς Στέφανος²

¹ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Τρικάλων

² Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων

Εισαγωγή: Η εναπόθεση σιδήρου στους ασθενείς με β-θαλασσαιμία γίνεται σε όλα τα όργανα, αλλά όχι ομοιόμορφα. Το πρώτο όργανο εναπόθεσης είναι το ήπαρ, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε ίνωση και μελιχονικά σε κίρρωση. Η εναπόθεση του σιδήρου στην καρδιά προκαλεί σοβαρές βλάβες και μέχρι πρόσφατα ήταν η πρώτη αιτία θανάτου. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) είναι μία καλή μη επεμβατική μέθοδος εκτίμησης του σιδήρου στο ήπαρ και στη καρδιά, ιδιαίτερα όταν εφαρμόζεται η τεχνική MRI-T2*.

Σκοπός: Η μελέτη της αιμοχρωμάτωσης πολυμεταγγιζόμενων β-θαλασσαιμικών ασθενών με βάση MRI ήπατος και καρδιάς με την μέθοδο MRI-T2*.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκε η αιμοχρωμάτωση ήπατος και καρδιάς με MRI-T2*(μέθοδος κατά Anderson-Pennel) στην πλειοψηφία των 27 ασθενών με β-θαλασσαιμία που μεταγγίζονται τακτικά στη Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας(MMA) του Γ.Ν. Τρικάλων σε 2 χρονικές περιόδους (διετίες 2010-2011 και 2015-2016).

Σε MRI ήπατος - καρδιάς με T2* υποβλήθηκαν:				
Διετία 2010 -2011			Διετία 2015 -2016	
20 ασθενείς (74 %)			21 ασθενείς (78%)	
Φορτίο σιδήρου	Αιμοχρωμάτωση ήπατος	Αιμοχρωμάτωση καρδιάς	Αιμοχρωμάτωση ήπατος	Αιμοχρωμάτωση καρδιάς
Καθόλου	9 (45%)	18 (90%)	10 (47%)	19 (90%)
Ήπιο	2 (10%)	1 (5%)	6 (28,5%)	1 (5%)
Μέτριο	3 (15%)	0	5 (24%)	1 (5%)
Σοβαρό	6 (30%)	1 (5%)	0	0

Συμπεράσματα:

1. Υπήρξε αδυναμία να πειστούν όλοι οι μεταγγιζόμενοι να υποβληθούν σε MRI-T2*ήπατος-καρδιάς.
2. Με όλες τις μεθόδους αποσιδήρωσης διαπιστώθηκε επιτυχημένη αποσιδήρωση του μυοκαρδίου.
3. Υπήρξε βελτίωση της αιμοχρωμάτωσης του ήπατος, κυρίως στις βαρύτερες μορφές, οφειλόμενη στη χορήγηση συνδυαστικής θεραπείας.
4. Η μέθοδος με MRI-T2*ήπατος-καρδιάς αποτέλεσε σημαντικό σταθμό τόσο στην εκτίμηση της βαρύτητας της αιμοχρωμάτωσης, όσο και στη θεραπεία της, επιτρέποντας την προσαρμογή της αποσιδήρωσης στις ανάγκες κάθε ασθενούς.

AA48 ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑΖήσης Χρήστος^{1,2}, Κόγιας Αθανάσιος², Μαρίτσα Δήμητρα², Παπανώτα Αριστέα-Μαρία², Αγγέλης Νικόλαος², Δημητριάδου Ευθυμία¹, Μυλωνάς Στέφανος²¹ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Τρικάλων² Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων**Εισαγωγή:** Οι χηλικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται στη διαδικασία αποσιδήρωσης είναι η δεσφεροξαμίνη, με παρεντερική οδό χορήγησης (χρήση από το 1974) ενώ per os η δεφεριρόνη και η δεφερασιρόνη (από το 1999 και το 2006 αντίστοιχα).**Σκοπός:** Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των σκευασμάτων αποσιδήρωσης σε πολυμεταγγιζόμενους β-θαλασσαιμικούς ασθενείς με βάση τη φερριτίνη.**Υλικό-Μέθοδος:** Είδος αποσιδήρωσης και επίπεδα φερριτίνης των 27 πολυμεταγγιζόμενων β-θαλασσαιμικών ασθενών της Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας του Γ.Ν. Τρικάλων για τα έτη 2011 και 2016.

Είδος αποσιδήρωσης	Αριθμός ασθενών		Μεταβολή χρήσης φάρμακου	Επίπεδα φερριτίνης	Αριθμός ασθενών	
	2011	2016			2011	2016
Δεφερασιρόνη po (Exjade ή DFX)	12 (44,5%)	2 (7,5%)	Μείωση 83%	<1000	1	1
				1000-2500	4	1
				>2500	7	0
Δεφεριρόνη po (Ferriprox ή DFP)	7 (26%)	2 (7,5%)	Μείωση 71%	<1000	2	2
				1000-2500	1	0
				>2500	4	0
Δεσφεροξαμίνη (Desferal ή DFO)	3 (11%)	4 (15%)	Αύξηση 33%	<1000	2	2
				1000-2500	0	2
				>2500	1	0
Συνδυαστική (δεφεριρόνη po & δεφεροξαμίνη sc)	5 (18,5%)	19 (70%)	Αύξηση 280%	<1000	4	9
				1000-2500	1	4
				>2500	0	6

Αποτελέσματα:

Στην 5ετία:

- η μονοθεραπεία με po χηλικά σκευάσματα σταμάτησε σε 15 από τους 19 ασθενείς (ποσοστό 79%), αγγίζοντας το 100% σε αυτούς με υψηλές τιμές φερριτίνης.
- η μονοθεραπεία με δεσφεροξαμίνη αφορούσε αποκλειστικά ασθενείς με επιπλοκές/αντενδείξεις και στα δύο po σκευάσματα.
- Η χορήγηση συνδυαστικής αποσιδήρωσης σχεδόν τετραπλασιάστηκε, αγγίζοντας το 70% στο σύνολο των ασθενών και το 100% σε αυτούς με υψηλές τιμές φερριτίνης.

Συμπεράσματα:

1. Η φερριτίνη είναι ένας καλός δείκτης αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των χηλικών σκευασμάτων.
2. Τα po χηλικά σκευάσματα χρησιμοποιήθηκαν αρχικά σε μεγάλο βαθμό ως μονοθεραπεία, εξαιτίας της ευκολίας χρήσης από τους ασθενείς. Παρατηρήθηκε όμως αστοχία στη ικανοποιητική μείωση της φερριτίνης όταν είναι σε υψηλά επίπεδα.
3. Αποτελεσματική μείωση παρατηρείται με την συνδυαστική θεραπεία, που φαίνεται να έχει αθροιστική δράση στην αποβολή σιδήρου.

AA49 ΚΙΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΤΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Γατσά Ελένη¹, Παπαδάτος Σταμάτης², Κόγιας Αθανάσιος³, Πατρικάου Ευαγγελία⁴, Μαρίτσα Δήμητρα³, Ζήσης Χρήστος⁵, Μυλωνάς Στέφανος³

¹ Αιματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

² Γ' Παθολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

³ Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

⁴ Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

⁵ Τμήμα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Εισαγωγή: Η αναιμία, που αυστηρά ορίζεται ως μείωση της συνολικής μάζας των ερυθρών αιμοσφαιρίων, είναι κοινό σημείο πολλών νοσολογικών οντοτήτων γεγονός που καθιστά αναγκαία τη διερεύνηση και τον καθορισμό της υποκείμενης αιτιολογίας.

Σκοπός: Η αναιμία είναι παγκοσμίως ένα από τα συχνότερα αίτια αναζήτησης ιατρικής συμβουλής και εισαγωγής ασθενών στα νοσοκομεία. Σκοπός της παρούσας είναι η καταγραφή των ασθενών με αναιμία που παρακολουθούνται στο μοναδικό νοσοκομείο του νομού Τρικάλων με βάση την υποκείμενη αιτιολογία.

Υλικό και Μέθοδος: Από τους 1913 ασθενείς που συστηματικά παρακολουθούνται στο αιματολογικό ιατρείο, 19,6% παρουσιάζουν αναιμία, με αναλογία άνδρες / γυναίκες= 1/4. Στους ασθενείς αυτούς συμπεριλαμβάνονται όσοι διερευνήθηκαν από το ιατρείο μας, καθώς και όσοι παραπέμφθηκαν διαγνωσμένοι προς περαιτέρω αντιμετώπιση ή παρακολούθηση. Σε όλους τους ασθενείς γίνεται πλήρης καταγραφή ιστορικού, κλινική εξέταση και προσδιορισμός σιδήρου, φερριτίνης, σιδηροδεσμειτικής ικανότητας, βιταμίνης Β12 και φυλλικού οξέος.

Αποτελέσματα: 9,3% των ασθενών βρέθηκαν να πάσχουν από γονιδιακά κληρονομούμενες αιμοσφαιρινοπάθειες. 13,1% εμφανίζουν αναιμία λόγω έλλειψης σιδήρου και 3,7% λόγω έλλειψης Β12. 13 ασθενείς (3,5%) πάσχουν από αιμολυτική αναιμία εκ των οποίων 6 από έλλειψη ενζύμου G6PD. 26,4% των ασθενών παρουσιάζουν αναιμία σχετιζόμενη με αιματολογικές κακοήθειες, 7,7% με συμπαγείς όγκους και 31,5% εμφανίζουν αναιμία του τύπου της χρόνιας νόσου, σχετιζόμενη με χρόνια νεφρική νόσο (4,3%), κολληγονώσεις (5,9%), θυρεοειδοπάθειες (9,1%), σακχαρώδη διαβήτη (12,3%).

Συμπεράσματα: Η αναιμία δεν αποτελεί αποκλειστικά μια νόσο για τους αιματολόγους αλλά ένα σημείο με το οποίο θα πρέπει να είναι εξοικειωμένες όλες οι παθολογικές ειδικότητες.

ΑΑ50 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΤΗΣ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ

Ζήσης Χρήστος^{1,2}, Παπανώτα Αριστεά-Μαρία², Μαρίτσα Δήμητρα², Κόγιας Αθανάσιος², Αγγέλης Νικόλαος², Δημητριάδου Ευθυμία¹, Μυλωνάς Στέφανος²

¹ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Τρικάλων

² Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων

Εισαγωγή: Η φερριτίνη είναι ο δείκτης που χρησιμοποιείται ευρύτατα για την εκτίμηση των ολικών αποθεμάτων σιδήρου, επειδή:

- έχει αποδειχθεί η συσχέτιση τους
- η μέτρησή της στον ορό είναι εύκολη και οικονομική.

Έχει ωστόσο, τα παρακάτω μειονεκτήματα:

- αποτελεί έμμεση μέθοδο υπολογισμού των αποθεμάτων σιδήρου
- επηρεάζεται από λοιμώξεις/φλεγμονές, ηπατική βλάβη, κακοήθειες και τη βιταμίνη C.

Σκοπός: Η καταγραφή των αποτελεσμάτων της θεραπείας αποσιδήρωσης σε βάθος 5ετίας στους β-θαλασσαιμικούς ασθενείς που μεταγγίζονται τακτικά στη Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας (ΜΜΑ) του Γ.Ν. Τρικάλων με βάση τη φερριτίνη.

Υλικό-Μέθοδος:

Η ταξινόμηση με βάση τις τιμές φερριτίνης βασίστηκε στα αποτελέσματα πολλών μελετών ότι τα επίπεδά της στον ορό σχετίζονται με την πρόγνωση. Ισχύει:

- >2500ng/ml: Σημαντικός κίνδυνος καρδιακής νόσου και θανάτου.
- 2.500ng/ml-1000ng/ml: Βλάβες οργάνων-χαμηλότερος κίνδυνος επιπλοκών/θανάτου.
- <1000ng/ml: Σαφώς καλύτερη πρόγνωση.

Μέσος Όρος(Μ.Ο.) των τιμών φερριτίνης 27 πολυμεταγγιζόμενων β-θαλασσαιμικών ασθενών της ΜΜΑ Γ.Ν. Τρικάλων για τα έτη 2011 και 2016.

Μ.Ο. φερριτίνης	2011	2016	Μεταβολή
<1000ng/ml	9 (33%)	14 (52%)	Αύξηση 56 %
1000-2500ng/ml	6 (22%)	7(26%)	Αύξηση 16%
>2500ng/ml	12 (44%)	6 (22%)	Μείωση 100%

Αποτελέσματα: Μετά από θεραπεία αποσιδήρωσης υπήρξε βελτίωση σε 10 ασθενείς (37%):

- 4 με Μ.Ο. φερριτίνης 1000-2500 ng/ml την ελάττωσαν <1000ng/ml

- Από 6 με Μ.Ο.φερριτίνης >2500ng/ml: 2 την ελάττωσαν <1000ng/ml και 4 σε 1000-2500ng/ml.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία αποσιδήρωσης προϋποθέτει ιδιαίτερη προσπάθεια τόσο από το προσωπικό της μονάδας όσο και τον ασθενή. Οι διαδοχικές μετρήσεις της φερριτίνης έχουν διαχρονική αξία στην εκτίμηση της αιμοσιδήρωσης, της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και της συμμόρφωσης σε αυτή.

AA51 PREVALENCE OF SKIN DISEASES IN HOSPITALISED GERIATRIC PATIENTS - ASSOCIATION WITH GENDER, DURATION OF HOSPITALISATION AND GERIATRIC ASSESSMENT

Makrantonaki E.¹, Steinhagen-Thiessen E², Nieczaj R.², Zouboulis C.C.³, Eckardt R.^{2,4}

¹ Department of Dermatology and Allergic Diseases, University of Ulm, 89081 Ulm, Germany

² Geriatrics Research Group, Charité University Berlin, 13347 Berlin, Germany

³ Department of Dermatology, Venereology, Allergy and Immunology, Dessau Medical Center, 06845 Dessau, Germany

⁴ Geriatrics Clinic, St. Joseph-Krankenhaus, 12101 Berlin, Germany

Background: Improvement of quality of life in old age and prevention of age-associated diseases have become the main focus of research into aging; however, information regarding the skin health status of geriatric patients still remains sparse.

Goal: To investigate the extent of dermatological diseases in hospitalized geriatric patients, map the most prevalent ones, check for any gender differences and document any correlations with duration of hospitalization and results of geriatric assessments.

Patients and Methods: A total of 110 hospitalized geriatric patients underwent a complete dermatological examination at the Evangelical Geriatric Hospital (Evangelisches Geriatriezentrum) Berlin. The collected information was stratified according to dermatological diagnosis, results of geriatric assessments, duration of hospitalization, age and gender of the patients.

Results: The average number of diagnosed skin diseases per patient was 3.7 ± 1.8 for the female population and 4.3 ± 2.0 for the male population. After categorizing all diagnosed skin diseases, infectious diseases were found to be most common in both female and male patients (55 % and 58 %, respectively) followed by vascular diseases (46.7 % and 54 %, respectively). Precancerous skin lesions and epithelial skin cancer were more frequent in men than in women (20 % vs. 6.7 %, $p < 0.037$ and 34 % vs. 13.3 %, $p < 0.010$, respectively). Pruritus showed a positive correlation with the duration of hospitalization and a negative correlation with the Barthel index and Tinetti score on the day of discharge, indicating that pruritus may have a significant impact on the physical condition of elderly multimorbid patients and on the static and dynamic balance abilities.

Conclusion: Our results demonstrate that skin health in the elderly is compromised and disregarded and this should constitute one of the top priorities of healthcare specialists and physicians in the future.

AA52 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΕ ΕΞΑΝΘΗΜΑ, ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ DRESS):

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Λουκία Φαίδρα¹, Ζαχάρη Ελένη¹, Καραμανάκος Αναστάσιος², Χασάπης Αστέριος¹, Αρχοντούλη Σοφία¹, Ντάλη Πουλιξένη¹, Άνθης Νικόλαος², Τσίτου Χριστίνα², Κωστοπούλου Βασιλική², Μπούκας Χρυσόστομος², Χαβίρας Ζαννής¹

¹ Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας

² Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας

Εισαγωγή: Το σύνδρομο DRESS είναι μία σοβαρή ιδιοσυγκρασιακή φαρμακοεπαγόμενη αντίδραση με συχνότητα εμφάνισης 1/1000- 1/10000, που χαρακτηρίζεται από: εμπύρετο, εξάνθημα, φλεγμονή εσωτερικών οργάνων, λεμφοενοπάθεια και χαρακτηριστικές αιματολογικές ανωμαλίες (ηωσινοφιλία). Η διάγνωση του συνδρόμου αποτελεί πρόκληση για τον ειδικό λόγω της ποικιλίας δερματικών εκδηλώσεων και προσβαλλόμενων οργάνων. Πάνω από 50 φάρμακα έχουν συνδεθεί με το σύνδρομο DRESS. Τα συνηθέστερα αναφερόμενα είναι: αντιεπιληπτικά (ιδιαίτερα αυτά με αρωματικό δακτύλιο όπως η φαιτυοΐνη, η φαινοβαριβιτάλη και η καρβαμαζεπίνη), παράγωγα σουλφοναμίδης (σουλφαμεθοξαζόλη), αντικαταθλιπτικά, ΜΣΑΦ (σελεκοξίμη, ιβουπροφένη), αντιμικροβιακά (βανκομυκίνη), η αθιλοπουρινόλη και άλλα.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσουμε μία περίπτωση του συνδρόμου μετά από λήψη καρβαμαζεπίνης και να περιγράψουμε τα κλινικά ευρήματα, τη διαγνωστική προσέγγιση και τη θεραπευτική του αντιμετώπιση ώστε να ευαισθητοποιηθούν γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και να υποπτεύονται το σύνδρομο Dress σε ασθενείς που εμφανίζουν οξυγόνο συμπτώματα και δερματικές εκδηλώσεις μετά την έναρξη θεραπείας με κάποιο από τα ανωτέρω φάρμακα.

Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για έναν άνδρα 55 ετών με ιστορικό διαταραχής προσωπικότητας που προσήλθε στο τμήμα επείγοντων περιστατικών με εμπύρετο και διάχυτο εξάνθημα με αποφιλίδωση, τρεις εβδομάδες μετά την έναρξη θεραπείας με καρβαμαζεπίνη. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, ηωσινοφιλία και αυξημένα ηπατικά ένζυμα. Έγινε διακοπή χορήγησης της καρβαμαζεπίνης και έναρξη θεραπείας με από του στόματος κορτικοστεροειδή. Τα συμπτώματα άρχισαν να υποχωρούν τις πρώτες ημέρες θεραπείας.

Συμπέρασμα: Η έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου είναι καιρία καθώς το συνοδεύει θνητότητα 10-20%. Η άμεση διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου αποτελεί τη βασική θεραπεία ενώ η χρήση κορτικοστεροειδών έχει αμφιλεγόμενη αποτελεσματικότητα.

AA53 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΜΥΚΗΤΙΑΣΗΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΙΜΙΑ

Ηλιάς Κανέλλος¹, Έλενα Ματοπούλου², Άντο Τεσφάε¹, Χρήστος Τσιμπήρης¹, Ευστρατία Ανδρίκου¹, Καλλιόπη Βογιατζή¹, Αικατερίνη Καϊκατζάνη¹, Δέσποινα Τσιούρα¹, Άννα Μερτζανίδου¹, Άντζελα Μετούσι¹, Πέτρος Παρούσης¹, Δέσποινα Σαρακατσάνη¹, Ιρίνα Σκάλα², Γεωργία Καιάφα², Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Ι. Χατζητόλιος¹

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

² Ποδολογικό Κέντρο «Έλενα Ματοπούλου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Σύμφωνα με νεότερα βιβλιογραφία δεδομένα η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) σχετίζεται με πλήθωρα αυτοάνοσων νοσημάτων και αυτό αποδεικνύει ότι η πυροδότηση ανοσολογικών μηχανισμών και συνεπώς η χρόνια άσπτη φλεγμονή εμπλέκεται στη δημιουργία και την αύξηση των αθηρωματικών πλάκων και κατ' επέκταση της ΣΝ. Πράγματι, κυτταροκίνες όπως IL-6 και η hs-CRP, που παράγονται από το φλεγμονώδη ήευκό λιπώδη ιστό στα παχύσαρκα άτομα ή από χρόνιες λοιμώξεις, πιθανόν ευθύνονται για την πρόκληση ΣΝ.

Σκοπός: Εξετάζεται το ενδεχόμενο εμφάνισης ΣΝ σε μη διαβητικά άτομα - αναιμικά ή μη- που παρουσιάζουν μακροχρόνια ήλιωξη από προσβολή μυκήτων στα κάτω άκρα.

Υλικό-Μέθοδος: Τα δεδομένα καταγράφηκαν από περιστατικά ιδιωτικού ποδολογικού Κέντρου και από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (Παθολογικό και Αιματολογικό) της Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής.

Αποτελέσματα: Συνολήκ εντάχθηκαν στη μελέτη 126 άτομα (72 γυναίκες και 54 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας τα 60 έτη και στα δύο φύλα) με διαγνωσμένη μυκητίαση μεσοδακτύλιων πτυχών, πελμάτων και ονύχων διάρκειας >20 έτη. Ως γνωστόν οι μυκητιάσεις στις περιοχές αυτές πέρα την επιθετική και συχνή αγωγή αντιμετώπιούς τους δύσκολα ιώνται πλήρως, εμφανίζοντας συχνά επεισόδια υποτροπής-ύφεσης. Από τις γυναίκες, 40 παρουσίαζαν αιματοκρίτη <36 και οι υπόλοιπες 32 αιματοκρίτη ≥ 36 . Από τους άνδρες οι 25 παρουσίαζαν αιματοκρίτη <36 και οι υπόλοιποι 29 αιματοκρίτη ≥ 36 . Όσον αφορά τη ΣΝ, από τις αναιμικές γυναίκες, οι 16 είχαν ιστορικό ΣΝ, ενώ από τις μη αναιμικές οι 6. Από τους άνδρες με αναιμία, οι 11 είχαν ιστορικό ΣΝ, ενώ από τους μη αναιμικούς είχαν οι 10. Από τις καλλιέργειες μυκήτων στο 25% των ασθενών βρέθηκε Candida, στο 5% Aspergillus, στο 6% Trichophyton rubrum, ενώ για τους υπόλοιπους δεν υπήρχε καλλιέργεια.

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε θετική στατιστική συσχέτιση ($r=0,7$, $p < 0,05$) μεταξύ της χρόνιας φλεγμονής των μυκήτων και της ΣΝ και στα δύο φύλα. Επίσης στις γυναίκες βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ χρόνιας φλεγμονής από μύκητες σε ασθενείς με αναιμία ($r=0,7$, $p < 0,05$) και σε ασθενείς χωρίς αναιμία ($r=0,5$, $p < 0,05$) με ΣΝ. Αντίθετα στον ανδροικό πληθυσμό ενώ βρέθηκε θετική συσχέτιση ($r=0,7$, $p < 0,05$) μεταξύ χρόνιας φλεγμονής από μύκητες και ΣΝ ανεξάρτητα από την παρουσία ή μη αναιμίας.

AA54 CLIPPERS. ΜΙΑ ΝΕΑ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΚΝΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χριστοδούλου Σοφία, Νικοηάιδου Ιωάννα, Κίζη Ανθούλα, Ξένια Σκίτσα, Γιώργος Ολύμπιος, Μαρία Σκαρπάρη, Μιχαέλλα Πρασίτη, Χάρης Κωνσταντίνου, Ανδρέας Στυλιανού

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας

Εισαγωγή: Η ταξινόμηση αήλα και οι παθολογικοί μηχανισμοί αρκετών φλεγμονωδών νόσων του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) δεν είναι πλήρως διευκρινισμένοι. Πρόσφατα έχει περιγραφεί μια νέα οντότητα παθήσεων του ΚΝΣ γνωστή και ως (σύνδρομο;) CLIPPERS, χρόνια λεμφοκυτταρική φλεγμονή με περιγγειακή ενίσχυση στη γέφυρα που ανταποκρίνεται στα στεροειδή (chronic lymphocytic inflammation with pontine perivascular enhancement responsive to steroids)

Σκοπός: Περιγράφεται η πρώτη περίπτωση συνδρόμου CLIPPERS στον Ελληναικό χώρο.

Μέθοδοι - Υλικό: Πρόκειται για γυναίκα αρμενικής καταγωγής 27 ετών η οποία προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω κόπωσης, εμμένουσας κεφαλαλγίας, ζάλης και αιμωδίας στο αριστερό ήμισυ προσώπου και άνω άκρου καθώς επίσης και θάμβος όρασης κατά διαστήματα. Αναφέρεται από την ίδια πυρετική κίνηση τις τελευταίες μέρες. Από την νευρολογική εξέταση ήπια αστάθεια. Η αξονική τομογραφία χωρίς παθολογικά ευρήματα. Διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση με τα ακόλουθα αποτελέσματα: διαυγές, άχρωμο υγρό με 78 κύτταρα, 14 πολυμορφοπύρρηνα και 64 λεμφοκύτταρα, γλυκόζη 57mg/dl, πρωτεΐνες 39mg/dl. Η γενική αίματος όπως επίσης και ο πλήρης βιοχημικός, δείκτες φλεγμονής και καλλιέργειες αίματος, ούρων και ENY δεν ανέδειξαν οποιαδήποτε παθολογικά ευρήματα.

Αποτελέσματα: Λόγω των συμπτωμάτων που παρουσίαζε η ασθενής έγινε διενέργεια MRI/MRA εγκεφάλου η οποία ανέδειξε λεμφοκυτταρική φλεγμονή με περιγγειακή ενίσχυση στη γέφυρα, ευρήματα συνηγορούν για σύνδρομο CLIPPERS. Περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος για αγγειίτιδες, θρομβοφιλία, ιολογικός έλεγχος για αποκλεισμό άλλων αιτιών προσβολής του ΚΝΣ, αρνητικός. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κορτικοειδή με θετική ανταπόκριση.

Συμπεράσματα: Η παρουσίαση του πιο άνω περιστατικού είναι η πρώτη περίπτωση (συνδρόμου;) CLIPPERS που περιγράφεται στον Ελληναικό χώρο.

AA55 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Γουνιτσιώτη Ηρώ, Κουινιάκης Φίλιππος, Φωτιάδου Έλενα, Δημητρούλα Χαρίκλεια, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Απόστολος Ι.

Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας & Μεταβολισμού, ΕΑΣΟ διαπιστευμένο Κέντρο Αντιμετώπισης Παχυσαρκίας (Centre for Obesity Management - COM), Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και μεταβολικού συνδρόμου. Γυναίκες με μεταβολικό σύνδρομο παρουσιάζουν επίσης μεγαλύτερα ποσοστά σεξουαλικών δυσλειτουργιών. Η αυξανόμενη επικράτηση της παχυσαρκίας έχει οδηγήσει σε αύξηση του επιπολασμού της διαταραγμένης αναπνοής ύπνου.

Σκοπός: Εκτίμηση του ποσοστού κατάθλιψης παχύσαρκων ατόμων και της σχέσης της κατάθλιψης με παραμέτρους ποιότητας ζωής, όπως σεξουαλική δυσλειτουργία και ποιότητα ύπνου.

Υλικό: 48 παχύσαρκα άτομα (μέση ηλικία $47,8 \pm 14,1$ έτη, μέσος ΔΜΣ $41,6 \pm 8,1$ kg / m²) του πρώτου Κέντρου Αντιμετώπισης Παχυσαρκίας στην Ελλάδα (ΕΑΣΟ), Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ».

Μέθοδος: Το δείγμα υποβλήθηκε σε ψυχιατρική αξιολόγηση για ανίχνευση κατάθλιψης (HDRS), σεξουαλικής δυσλειτουργίας (ASEX), ποιότητας ύπνου και υπνηλίας κατά την διάρκεια της ημέρας, ως μέρος της αρχικής εκτίμησης.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς έπασχαν από κάποιο βαθμό κατάθλιψη (ήπια 16,7%, μέτρια 43,8%, σοβαρή 14,6%, πολύ σοβαρή 25%). Το 79,2% του πληθυσμού ήταν γυναίκες με νοσογόνο παχυσαρκία (43,8%). Σύμφωνα με την κλίμακα υπνηλίας Epworth το 87,5% των ατόμων εμφάνιζαν μέτρια ή σοβαρή διαταραχή ύπνου και το 33,3% σεξουαλική δυσλειτουργία (ASEX). Η σοβαρότητα της κατάθλιψης συσχετιζόταν θετικά με τη σεξουαλική δυσλειτουργία ($p < 0,05$) καθώς και με την ποιότητα ύπνου ($p < 0,01$). Υπήρξε σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και οικονομικής κατάστασης των ατόμων ($p < 0,05$). Ο ΔΜΣ και το σωματικό βάρος, παρόλο αυτά, δεν φάνηκαν να σχετίζονται με το βαθμό κατάθλιψης.

Συμπέρασμα: Το υπερβάλλον βάρος και η παχυσαρκία συνδέονται θετικά με την εμφάνιση κατάθλιψης και την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η παρούσα μελέτη δείχνει την αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης και συνοδών διαταραχών μεταξύ παχύσαρκων ατόμων που αναζητούν θεραπεία, γεγονός που αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο του ψυχιάτρου ως μέλος μιας εξειδικευμένης ομάδας αντιμετώπισης παχυσαρκίας.

AA56 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ ΣΤΗ ΔΡΑΜΑ (DRAMA STROKE STUDY)

Α. Ξάνθης, Ο. Ζαζοπούλου, Α. Δημητρίου, Ν. Βαδράτσικας, Ε. Παπαδημητρίου, Α. Βλάχογιάννης

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Δράμας

Εισαγωγή: Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια-ΑΕΕ αποτελούν την 1^η αιτία αναπηρίας και τη 2^η αιτία θανάτου στην Ευρώπη. Στην Ελλάδα έχουν διεξαχθεί ελάχιστα επιδημιολογικές μελέτες για τα ΑΕΕ. Η μελέτη μας αφορά την καταγραφή των ΑΕΕ στη Δράμα το 2014.

Υλικό-Μέθοδοι: Καταγράφηκαν όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο Δράμας με διάγνωση οξείας ΑΕΕ. Μελετήθηκε το είδος, η αιτιολογία, η κλίμακα mRS, η διάρκεια νοσηλείας και η παρουσία παραγόντων κινδύνου.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 325 ΑΕΕ ανά 100.000 κατοίκους/έτος. Το 92% είχε ισχαιμικό ΑΕΕ και το 8% αιμορραγικό ΑΕΕ. Η μέση ηλικία ήταν $75,5 \pm 7,7$ έτη. Τα είδη ισχαιμικού ΑΕΕ ήταν των μικρών αγγείων (55.7%), τα καρδιοεμβολικά (22.9%), των μεγάλων αγγείων (8.6%), τα άδηλα αίτια (1.5%) και τα κρυσταγενή (0.7%). Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν $4,9 \pm 1,5$ στα ισχαιμικά και $13,5 \pm 2,2$ στα αιμορραγικά ΑΕΕ. Η συνολική θνησιμότητα ήταν 7.1%. Η κλίμακα mRS ήταν μεγαλύτερη στους άνδρες με ισχαιμικό ΑΕΕ (MRS: $3,3 \pm 1,1$) σε σχέση με τις γυναίκες (MRS: $2,9 \pm 1,1$). Σε πολυπαραγοντική παλινδρομη ανάλυση βρέθηκε ότι στα ισχαιμικά ΑΕΕ το ανδρικό φύλο, η ηλικία και η παρουσία μαρμαρυγής επηρεάζουν την κλίμακα MRS ($p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Η επίπτωση των ΑΕΕ στη Δράμα είναι παραπλήσια με άλλες ελληνικές μελέτες, αλλά η θνησιμότητα είναι μικρότερη. Τα ισχαιμικά ΑΕΕ εμφανίζουν βαρύτερη αναπηρία στους άνδρες. Σημαντικό είναι το ποσοστό των παροδικών ΑΕΕ (15.6%) και η παρουσία κοιλιακής μαρμαρυγής (18%).

**Ευρετήριο
Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών**



B

Baptista Antonio - Martins

MD, FEFIM, FACP, Internal Medicine Coordinator, Treasurer of EFIM, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Bloch Wilhelm

Professor, Dr. med., Head of the Institute of Cardiovascular Research and Sports Medicine, Department of Molecular and Cellular Sports Medicine, German Sport University, Cologne, Germany

C

Cappellini Maria - Domenica

Professor of Internal Medicine, University of Milan-Foundation IRCCS Policlinico Hospital, Past President EFIM, Milan, Italy

D

Djordjevic Predrag

Academician, Professor, General Hospital, Medical System Belgrade (MSB), Belgrade, Serbia

E

Erdmann Johannes

Professor, Dr. med., Department of Nutritional Medicine, Hochschule Weihenstephan - Triesdorf - University of Applied Sciences, Weidenbach, Germany

G

Gölder Stefan - Karl

Dr. med., Department of Physician for Internal Medicine, Gastroenterology, Hepatology, Gastrointestinal and Hepatic Oncology, Surgery and Medical Nutrition, Germany

Gouni - Berthold Ioanna

Professor of Medicine, Polyclinic for Endocrinology Diabetes and Preventive Medicine, University of Cologne, Cologne, Germany

L

Lobmann Ralf

Professor, Dr., Director of Clinic for Endocrinology, Diabetology and Geriatrics at Klinikum Stuttgart, Germany

M

Marti Hans-Peter

Professor of Nephrology, Department of Medicine, University of Bergen, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

R

Rudolf Jobst

Νευρολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

T

Tesfaye Addo

Γενικός Χειρουργός, Πανεπιστημιακός Υπότροφος & Συνεργαζόμενος Χειρουργός Κλινικής «ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ», Υποψήφιος Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Προπαιδευτικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

A

Αβραμίδης Ιάκωβος

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

Αγαπάκης Δημήτριος

Παθολόγος, Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ., Γ.Ν. Γουμένισσας, Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Αγγελόπουλος Νικόλαος

Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Καβάλα

Αγκομαχαελής Ιωάννης

Ειδικός Πνευμονολόγος, Εξειδικευμένος στην Εντατική Θεραπεία, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Ανδόνη Ζωή

Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Β΄, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Αναισθησιολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Αθανασιάδης Απόστολος

Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας
Εμβρυομνητρικής Ιατρικής, Διευθυντής
Γ΄ Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Αθανασίου Παναγιώτης

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
MSc Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Συντονιστής
Διευθυντής Ρευματολογικής Κλινικής, Διευθυντής
Παθολογικού Τομέα, Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ», Θεσσαλονίκη

Ακριβιάδης Ευάγγελος

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

Αδουμανής Κυριάκος

Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Αμπραχαμιάν - Μιχαλάκη Ανέτ

Διδάκτωρ, Ενδοκρινολόγος, Αθήνα

Ανεσιάδου Δέσποινα

Προϊσταμένη 1^{ου} Νοσηλευτικού Τομέα,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Ανευλαβής Σταύρος

Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρικής
Σχολής Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Αποστολοπούλου Μάρθα

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

Αρτέμης Δημήτριος

Νευρολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ.,
Θεσσαλονίκη

Αρχανιωτάκη Μαριάνθη

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., Διευθύντρια Παθολογικού
Τμήματος Ε.Ι., Ιατρείο Διαβήτη και Διαβητικού
Ποδιού, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο,
Θεσσαλονίκη

B

Βακαλοπούλου Σοφία

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αιματολογίας,
Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Βασιλείου Βασιλική

Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Ενδοκρινολογικού
Τμήματος - Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό
Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα

Βασιλικός Βασίλειος

FACC, FESC, Καθηγητής Καρδιολογίας,
Διευθυντής Γ΄ Καρδιολογικής Κλινικής Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Βασιλόπουλος Γεώργιος

Καθηγητής Παθολογίας - Αιματολογίας,
Διευθυντής Αιματολογικής Κλινικής
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας,
Λάρισα

Βατάλας Ιωάννης - Αναστάσιος

Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Βιδάλης Αθανάσιος

Ψυχίατρος - Νευρολόγος, τ. Συντονιστής
Διευθυντής Ψυχιατρικού Τμήματος,
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Βλαχάκη Ευθυμία

Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας -
Αιμοσφαιρινοπαθειών Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Θεσσαλονίκη

Βλαχάκος Δημήτριος

Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας,
Υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας,
Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Βοζίκης Αθανάσιος

Επίκουρος Καθηγητής, Διευθυντής του
Εργαστηρίου «Οικονομικών και Διοίκησης
της Υγείας», Πανεπιστήμιο Πειραιώς,
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Αθήνα

Βοντεσιάνος Θεόδωρος

Πνευμονολόγος, Διευθυντής eHealth Unit,
 Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών
 «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Συντονιστής Ελληνικού Δικτύου
 EIP on AHA, Αθήνα

Βορβολάκος Θεοφάνης

Ψυχίατρος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής
 Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Βραδέλης Στέργιος

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας,
 Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Ιατρικής
 Σχολής Δ.Π.Θ., Ειδικός Γαστρεντερολόγος,
 Αλεξανδρούπολη

Γ

Γαβριηλίδης Σταύρος

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

Γαλανόπουλος Αθανάσιος

Αιματολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Αιματολογική
 Κλινική, Υπεύθυνος της Μονάδας Μεταμόσχευσης
 Μυελού του Οστών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
 «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Αθήνα

Γαλανόπουλος Νικόλαος

Ρευματολόγος, Συντονιστής Διευθυντής
 Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
 Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Γαρυπίδου Βασιλεία

Καθηγήτρια Παθολογίας - Αιματολογίας,
 Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής
 Σχολής Α.Π.Θ., «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
 Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Γατοπούλου Ανθή

Γαστρεντερολόγος, Επιμελήτρια Α΄,
 Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
 Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
 Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Γερμανίδης Γεώργιος

Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας,
 Α΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Γεροτζιάφας Γρηγόριος

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

Γεωργεφένδης Κωνσταντίνος

Ειδικός Παθολόγος - Διαβιτολόγος,
 Γενικός Διευθυντής Κέντρου Αποκατάστασης
 «ΑΝΑΒΙΩΣΗ», Δράμα

Γιαννακούλας Γεώργιος

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας,
 Α΄ Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής
 Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
 Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
 Θεσσαλονίκη

Γιαννακούλας Νικόλαος

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας -
 Αιματολογίας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου
 Θεσσαλίας, Αιματολογική Κλινική
 Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας,
 Λάρισα

Γιαννετάκης Πέτρος

Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
 Πρόεδρος Ιατρικής Εταιρείας Ρεθύμνου, Ρέθυμνο

Γιαννουλάκη Παρθένα

Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, MSc,
 Προϊσταμένη Τμήματος Διαιτολογίας - Διατροφής,
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Γκέκας Βαλάντης

Επιμελητής Ουρολογίας, 424 Γενικό Στρατιωτικό
 Νοσοκομείο Εκπαίδευσως, Θεσσαλονίκη

Γκίκας Αχιλλέας

Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων,
 Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης,
 Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής,
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
 Κρήτης, Κρήτη

Γκιρτοβίτης Φώτιος

Αιματολόγος, Επιμελητής Α΄ Κέντρου Αίματος,
 Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Υπεύθυνος
 Ιατρείου Αιμόστασης, Πανεπιστημιακό Γενικό
 Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
 Θεσσαλονίκη

Γκόγκος Κωνσταντίνος

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

Γκουγκουρέλας Ιωάννης

Ειδικός Παθολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος,
Β΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Θεσσαλονίκη

Γουλής Δημήτριος

Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας
Αναπαραγωγής, Μονάδα Ενδοκρινολογίας
Αναπαραγωγής, Α΄ Μαιευτική - Γυναικολογική
Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πρόεδρος
Ελληνικής Ανδρολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη

Γουλής Ιωάννης

Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας,
Δ΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος

Καθηγητής Πνευμονολογίας, Διευθυντής
Πνευμονολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας, Λάρισα

Γουσσόπουλος Σταύρος

Παθολόγος, Ιατρός Εργασίας, Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής Δ.Π.Θ., Επίτιμος Διδάκτωρ Yorker
University, Νάουσα

Γράψα Ειρήνη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νεφρολογίας,
Διευθύντρια Πανεπιστημιακής Νεφρολογικής
Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ»
Νοσοκομείο, Αθήνα

Γρέκας Δημήτριος

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

Γρηγοριάδης Νικόλαος

Καθηγητής Νευρολογίας, Διευθυντής
Β΄ Νευρολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Γροσομανίδης Βασίλειος

Επίκουρος Καθηγητής Αναισθησιολογίας Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Γυμνοπούλου Καλλιόπη

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Α΄ Παθολογική Κλινική
& Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Γώγος Χαράλαμπος

Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων,
Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών,
Πάτρα

Δ

Δαΐκος Γεώργιος

Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων, Διευθυντής
Α΄ Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Δανιηλίδης Μιχαήλ

Καθηγητής Παθολογίας - Ανοσολογίας Ιατρικού
Τμήματος Σχολής Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ.,
Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Δεστάνης Ευάγγελος

Ακτινολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Δήμας Γρηγόριος

Νεφρολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος
Α.Π.Θ., Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Ειδικός Γραμματέας Ελληνικού Κολλεγίου
Νεφρολογίας & Υπέρτασης (ΕΚΟΝΥ), Πρόεδρος
Επιστημονικής Επιτροπής Διεθνούς Ακαδημίας
Καρδιοθωρακικών-Νεφρικών Νοσημάτων (ICRA),
Θεσσαλονίκη

Δημητρακόπουλος Κωνσταντίνος

Ειδικός Παθολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Β΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Δημητριάδης Γεώργιος

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής
Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής -
Μονάδας Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Διευθυντής Τομέα
Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Δημητριάδης Γεώργιος

Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας,
 Α΄ Ουρολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Θεσσαλονίκη

Δημητριάδου Βασιλεία

Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος,
 Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Γενικό Νοσοκομείο
 Θεσσαλονίκης «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»,
 Θεσσαλονίκη

Δημητρούδα 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 Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Δημητρούλιας Θεόδωρος

Επίκουρος Καθηγητής Ρευματολογίας Ιατρικής
 Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Διδάγγελος Τριαντάφυλλος

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας -
 Διαβητολογίας, Υπεύθυνος Διαβητολογικού
 Κέντρου, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική
 Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
 Θεσσαλονίκη

Δουγαλής Απόστολος

Δρ, Παθολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
 Δ΄ Παθολογική Κλινική, «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
 Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Δουϊτσής Πέτρος

Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής,
 Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας, Φλώρινα

Ε

Ελισάφ Μωυσής

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής
 Β΄ Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής
 Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό
 Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Ευθυμιάδης Γεώργιος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
 Α΄ Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Ευθυμιάδης Ιωάννης

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
 Α.Π.Θ., Υπεύθυνος Καρδιολόγος «ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ»
 Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ευσταθιάδου Ζωή

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
 Ιωαννίνων, Επιμελήτρια Α΄, Ενδοκρινολογική
 Κλινική, «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
 Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ευσταθίου Μαρία

Δρ, Ειδικός Ρευματολόγος, Πανεπιστημιακός
 Υπότροφος, Α΄ Παθολογική Κλινική,
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Ζ

Ζαρίφης Ιωάννης

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος,
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Ζαρογουλίδης Κωνσταντίνος

MD, PhD, FCCP, CEO, Ομότιμος Καθηγητής
 Πνευμονολογίας - Φυματιολογίας Ιατρικής Σχολής
 Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Ζεμπεκάκης Παντελής

Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Παθολογική
 Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
 Θεσσαλονίκη

Ζιάκας Αντώνιος

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας,
 Α΄ Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Θ

Θεοφανίδης Δημήτριος

Καθηγητής Εφαρμογών ΤΕΙ Θεσσαλονίκης,
 Θεσσαλονίκη

Θώδης Ηλίας

Καθηγητής Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική
 Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Θωμόπουλος Ανδρέας

Ενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος, Αθήνα

I

Ιστίκογλου Ιωάννης

MSc, Νοσηλεύτης Ελέγχου Λοιμώξεων,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Ιωαννίδης Ιωάννης

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη
Διαβήτη, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής
Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου
και Ιατρείου Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο
Νέας Ιωνίας «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ», Πατησίων,
Αθήνα

Ιωαννίδης Παναγιώτης

Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

K

Καζάκος Κυριάκος

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

Καϊάφα Γεωργία

Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Κακοθήρης Στυλιανός

Καθηγητής Ογκολογίας Δ.Π.Θ., Διευθυντής
Ογκολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής
Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Καλληράς Κωνσταντίνος

Παθολόγος, Καθηγητής Φυσιολογίας Τμήματος
Ιατρικής Α.Π.Θ., Διευθυντής του Εργαστηρίου
Πειραματικής Φυσιολογίας Τμήματος Ιατρικής
Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Καμτσιόδου Ιφιγένεια

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Συνταγματικού
Δικαίου, Νομική Σχολή Α.Π.Θ., Πρόεδρος Εθνικού
Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης,
Θεσσαλονίκη

Κανέλλης Ηλίας

Ειδ. Καρδιολογίας, Υποψήφιος Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., Επιστημονικός Συνεργάτης
Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Επιστημονικός Διευθυντής Επιδημιολογικού
Ερευνητικού Κέντρου Δήμου Καστοριάς,
Θεσσαλονίκη

Κανονίδης Ιωάννης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής
Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Καούλλη - Γκάσα Ειρήνη

Παθολόγος, Αντιπρόεδρος Κυπριακής Εταιρείας
Παθολογίας, Κύπρος

Καπάντας Ευθύμιος

Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος,
SCOPE National Fellow, Διευθυντής Τμήματος
Διαβήτη - Παχυσαρκίας - Μεταβολισμού,
Νοσοκομείο «METROPOLITAN», Αθήνα

Καπετάνος Δημήτριος

Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γαστρεντερολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Καραμούζης Ιωάννης

MD, PhD, Ενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος,
Κλινική Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Maggiore della
Carità», Novara, Italia

Καραμπατάκης Βασίλειος

Καθηγητής Οφθαλμολογίας Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Καραμπούτα Ζαχαρούλα

Επιμελήτρια Α΄ Ε.Σ.Υ., Β΄ Παιδιατρική Κλινική
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Καρατζάς Κωνσταντίνος

Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Μηχανολόγων
Μηχανικών Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Καρβούνης Χαράλαμπος

Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής
 Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής
 Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
 Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Κάσση Γεωργία

Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια & Επιστημονική
 Υπεύθυνη Ενδοκρινολογικού Εργαστηρίου,
 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»,
 Αθήνα

Κατσιώνη Νίκη

Ειδική Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής
 Σχολής Α.Π.Θ., Επιστημονική Συνεργάτης
 Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής
 Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
 Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Κατσιφαράκης Κωνσταντίνος

Καθηγητής Τμήματος Πολιτικών Μηχανικών
 Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Κατσογριδάκης Ιωάννης

Γαστρεντερολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
 Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Κατσούναρος Μάριος

Παθολόγος, τ. Συντονιστής Διευθυντής
 Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο
 Θεσσαλονίκης «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»,
 Θεσσαλονίκη

Κατωδρύτου Ειρήνη

Αιματολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Αιματολογική
 Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Κεσίσογλου Ισαάκ

Καθηγητής Χειρουργικής, Γ΄ Χειρουργική
 Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
 Θεσσαλονίκη

Κίττα Μαρίνα

Διευθύντρια, Ενδοκρινολογικό Τμήμα,
 «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
 Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Κιουμή Άννα

Αναπληρώτρια Συντονίστρια Διευθύντρια
 Αιματολογικού Τμήματος, Περιφερειακό Γενικό
 Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»,
 Θεσσαλονίκη

Κιουμής Ιωάννης

Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας
 - Λοιμωξιολογίας, Μονάδα Αναπνευστικών
 Λοιμώξεων, Πνευμονολογική Κλινική Ιατρικής
 Σχολής Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Κίτσιος Κωνσταντίνος

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Β΄ Ε.Σ.Υ.,
 Β΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
 και Διαβητολογικό Κέντρο, «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
 Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Κόκκινος Αλέξανδρος

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας,
 Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής
 Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
 «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Κόκκινος Σπυρίδων

Παθολόγος, Αντιπρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου
 Αργολίδας, Υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων,
 Τύπου και Ενημέρωσης της Επαγγελματικής
 Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος, Ναύπλιο

Κοηλιάκος Γεώργιος

Καθηγητής Βιοχημείας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
 Θεσσαλονίκη

Κοηλιάς Γεώργιος

Καθηγητής Φαρμακολογίας Δ.Π.Θ.,
 Αλεξανδρούπολη

Κοηλιάρης Παναγιώτης

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
 Α΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Κοντακιώτης Θεόδωρος

Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας,
 Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής Ιατρικής
 Σχολής Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Κοντονίνας Ζήσης

Ειδικός Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
 Α.Π.Θ., Γενικός Γραμματέας Ιατρικού Συλλόγου
 Ημαθίας, Βέροια

Κόπσης Μιχάλης

Ουρολόγος, Επικουρικός Επιμελητής Γενικού
 Νοσοκομείου Βέροιας, Βέροια

Κοτζάμπαση Κατερίνα

Χειρουργός, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Κοτρώσιος Αναστάσιος

Ειδικός Ρευματολόγος, Ε. Καθηγητής Α.Τ.Ε.Ι Θεσσαλίας, Καρδίτσα

Κοτσιανίδης Ιωάννης

Καθηγητής Αιματολογίας Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Κουκιάσα Παγώνα

Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Α΄ Μ.Ε.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Κουανής Ανδρέας

Ειδικός Παθολόγος - Υπερτασιολόγος, Κατερίνη

Κουινιάκης Φίλιππος

MD, PhD, Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπευτής, Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας EGO IDEAL, Θεσσαλονίκη

Κούρτογλου Γεώργιος

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

Κούσκουρας Κωνσταντίνος

Επίκουρος Καθηγητής Ακτινολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Ακτινολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Κούστας Παύλος

MD, FESLS, FEAES, FESPC, Χειρουργός Πεπτικού, Θεσσαλονίκη

Κούτρας Χρήστος

Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, Βέροια

Κουτσιαντά - Ζαμπόκα Κοκόνη

Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Πρόεδρος Περιφερειακού Τμήματος Ε.Σ.Ν.Ε. Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Κουτσιλιέρης Μιχαήλ

MD, PhD, Καθηγητής Πειραματικής Φυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Κοφτερίδης Διαμαντής

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Κρήτη

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 Παθολογικής Κλινικής & Ιατρείου Διαβήτη - Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Αθήνα

Κωνσταντίνου Δημήτριος

Δρ, Ειδικός Καρδιολόγος, MD, MSc, PhD, CCDS, Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Α΄ Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Κωνσταντόπουλος Κωνσταντίνος

Καθηγητής Αιματολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Κώστογλου - Αθανασίου Ιφιγένεια

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. και Λονδίνου, MSc Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ., Αθήνα

Κωτούλας Σόλων

Παθολόγος, Υπερπηχολόγος, Γενικός Γραμματέας της Ε.Ε.Π.Ε., Ιατρός του Ειδικού Σώματος Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α), Καλαμπάκα

Κώτσος Βασίλειος

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

Λ

Λαγουδάκη Ειρήνη

Παθολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ», Κρήτη

Λαμπαδιάρη Βαϊά

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Λαμπρόπουλος Στυλιανός

Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Κοζάνης, Κοζάνη

Λευκόπουλος Αναστάσιος

Ακτινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Διευθυντής Ακτινολογικού Τμήματος, Διαγνωστικό Κέντρο ΠΛΑΤΩΝ, τ. Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Λιακόπουλος Βασίλειος

Επίκουρος Καθηγητής Νεφρολογίας, Τμήμα Νεφρολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Λιάμης Γεώργιος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Λιάτση Δομνίκη

Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., ΜΕΘ, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Λιβαδάς Σαράντης

Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο «METROPOLITAN», Αθήνα

Λυμπερόπουλος Ευάγγελος

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Μ

Μακαρίτσας Κωνσταντίνος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Μάκρας Ποδυζώνης

Ενδοκρινολόγος, Αναπληρωτής Διευθυντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

Μακρής Παντελής

Ομότιμος Καθηγητής Αιματολογίας - Αιμόστασης Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Μαϊτέζος Ευστράτιος

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Πρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος, Αλεξανδρούπολη

Μαμακής Παύλος

Ειδικευόμενος Παθολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Μανδαλά Ευδοκία

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

Μανές Χρήστος

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

Μανίκα Αικατερίνη

Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική - Φυματιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Μανωλακόπουλος Σπήλιος

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αθήνα

Μαραγκός Μάρκος

Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμωξιολογίας Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών, Διευθυντής Τμήματος Λοιμώξεων Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Μαργαρίτης Δημήτριος

Αναπληρωτής Καθηγητής Καματολογίας Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ. Αλεξανδρούπολη

Μάρης Θεοφάνης

Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Μάσσα Ελένη

Παθολόγος - Εντατικολόγος, Θεσσαλονίκη

Μαστοράκος Γεώργιος

Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Σακχαρώδη Διαβήτη & Μεταβολισμού Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αθήνα

Μελιδώνης Ανδρέας

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ», Πρόεδρος ΕΚΟΜΕΝ, Αθήνα

Μεταλλίδης Συμεών

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμωξιολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Μηλίδης Θεόδωρος

Συντονιστής Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Σερρών, Σέρρες

Μήτρου Παναγιώτα

Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.), Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Μιχαλάκης Κωνσταντίνος

Ενδοκρινολόγος, MD, PhD, SCOPE National Fellow in Obesity, Αθήνα

Μιχαήλπουλος Αντώνης

Καθηγητής Χειρουργικής, Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Μοιρασγένη Μαρία

Νοσηλεύτρια Π.Ε., PhD, MSc, Υπεύθυνη Γραφείου Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Μόρτογλου Αναστάσιος

Ενδοκρινολόγος, Διευθυντής Τομέα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, Αθήνα

Μούγιος Βασίλειος

Καθηγητής Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Μούζα Ειρήνη

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

Μούσλεχ Ζαδάλλα

Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πρόεδρος Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη

Μπάκας Αντώνιος

Παθολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Μπακατσέλος Σπυρίδων

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

Μπαλανίκας Γεώργιος

Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Οφθαλμολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Μπαλάσκας Ηλίας

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Νεφρολογικό Τμήμα Α΄ Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Μπαλιτζής Δημήτριος

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Υπεύθυνος Ιατρείου Διαβήτη - Διαβητικού Ποδιού, Ιατρικό Διαβαθκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Μπεκιάρη Ελένη

Λέκτορας Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Μπεχτοπούδου Στυλιανή

MSc, Νοσηλεύτρια Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Μπισχιωνίτης Ιωάννης

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Ορθοπαιδικός, Θεσσαλονίκη

Μπιτζάνη Μηνίτσα

Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Α΄ ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Μπούρα Παναγιώτα

Ομότιμη Καθηγήτρια Παθολογίας - Κλινικής Ανοσολογίας, Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Ανοσολογίας, Θεσσαλονίκη

Μπούρος Δημοσθένης

Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Αθήνα

Μυλόπουλος Ιωάννης

Καθηγητής Πολυτεχνικής Σχολής Α.Π.Θ., Πρόεδρος Αττικό Μετρό Α.Ε., Θεσσαλονίκη

Μυλωνάς Στέφανος

Διευθυντής Β΄ Παθολογική Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Μέλος Δ.Σ. Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Τρίκαλα

Μύρου Αθηνά

Παθολόγος - Εντατικολόγος, Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Επιστημονικός Συνεργάτης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Μυσερλής Γρηγόριος

Νεφρολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

N

Νικολάου Γεώργιος

Ψυχίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Επιστημονικός Συνεργάτης Β΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Ντάιους Γεώργιος

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

Νταϊέκος Γεώργιος

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Ομώνυμο Ερευνητικού Εργαστηρίου Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Ήπατος, Β΄ Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Εσωτερικής Παθολογίας & Ηπατολογίας, Λάρισα

Ντουράκης Σπυρίδων

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής και Ομώνυμο Εργαστηρίου, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αθήνα

Ξ

Ξανθάκης Ιωάννης

Παθολόγος - Ογκολόγος, Θεσσαλονίκη

Ξάνθης Ανδρέας

MSc, PhD, Επιμελητής Α΄ Παθολογίας Γενικού Νοσοκομείου Δράμας, Μέλος Δ.Σ. Εταιρείας Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων, Δράμα

Ξανθοπούλου Άννα - Μαρία

Ειδικευόμενη Παθολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Ξενίδης Νικόλαος

Παθολόγος - Ογκολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Π

Πάγκαλος Εμμανουήλ

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

Παγώνη Ματίνα

Συντονίστρια Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»,
Αθήνα

Παναγόπουλος Περικλής

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επίκουρος
Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ.,
Αλεξανδρούπολη

Πανίδης Σταύρος

Χειρουργός, Ακαδημαϊκός Υπότροφος,
Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

Πανταζή Ελένη

Διευθύντρια Ενδοκρινολογικού Τμήματος,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»,
Αθήνα

Παντελίδου Δέσποινα

Αιματολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Α΄ Παθολογική
Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Παντούδα Παρασκευή

Προϊσταμένη Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Παπαγιάννη Αικατερίνη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νεφρολογίας,
Νεφρολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Παπαγόρας Χαράλαμπος

Ρευματολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος
Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Παπαδόπουλος Αθανάσιος

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

Παπαδοπούλου Περσεφόνη

Συντονίστρια Διευθύντρια Α΄ Παθολογικής
Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

Παπάζογλου Δημήτριος

Καθηγητής Παθολογίας, Β΄ Παθολογική
Κλινική Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Γενικός
Γραμματέας Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος,
Αλεξανδρούπολη

Παπαϊωακείμ Μιλτιάδης

Συντονιστής Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος,
Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής, Κομοτηνή

Παπαϊωάννου Μαρία

Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Ιατρός
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Α΄ ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»,
Θεσσαλονίκη

Παπαλιάγκας Βασίλειος

Νευρολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Πανεπιστημιακός Υπότροφος Εργαστηρίου
Κλινικής Νευροφυσιολογίας Α.Π.Θ.,
Θεσσαλονίκη

Παπάνας Νικόλαος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας
- Σακχαρώδους Διαβήτη, Υπεύθυνος
Διαβητολογικού Κέντρου - Ιατρείου Διαβητικού
Ποδιού, Β΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής
Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Αλεξανδρούπολης, Πρόεδρος Ελληνικής
Διαβητολογικής Εταιρείας, Αλεξανδρούπολη

Παπανικολάου Βασίλειος

Καθηγητής Χειρουργικής, Διευθυντής
Χειρουργικής Κλινικής Μεταμοσχεύσεων
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Παπανικολάου Ελένη

MD, MSc, Παθολόγος, Γραμματέας Κυπριακής
Εταιρείας Παθολογίας, Κύπρος

Παπαντωνίου Στέφανος

Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής,
Υπεύθυνος Διαβητολογικού, Ηπατολογικού και
Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Γενικό Νοσοκομείο
Καβάλας, Καβάλα

Παπίρης Σπυρίδων

MD, PhD, FCCP, Καθηγητής Ιατρικής,
 Διευθυντής Β΄ Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής
 Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
 Αθήνα

Παππά Βασιλική

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αιματολογίας,
 Αιματολογική Μονάδα, Β΄ Προπαιδευτική
 Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
 Αθήνα

Παραμυθιώτης Δανιήλ

Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής,
 Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική
 Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
 Θεσσαλονίκη

Πασαδάκης Πλούμης

Κοσμητώρ Σχολής Επιστημών Υγείας Δ.Π.Θ.,
 Καθηγητής Νεφρολογίας Δ.Π.Θ., Διευθυντής
 Πανεπιστημιακής Νεφρολογικής Κλινικής,
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου,
 Αλεξανδρούπολη

Πατάκα Αθανασία

Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Επίκουρη
 Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής
 Α.Π.Θ., Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας,
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Πατσατσά Αικατερίνη

Επίκουρη Καθηγήτρια Δερματολογίας -
 Αφροδισιολογίας, Β΄ Κλινική Δερματικών και
 Αφροδισίων Νοσημάτων Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
 Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Περιφάνης Βασίλειος

Επίκουρος Καθηγητής Αιματολογίας,
 Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
 Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
 Θεσσαλονίκη

Πεφάνης Άγγελος

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Συντονιστής
 Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό
 Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών
 «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Αθήνα

Πεχλιβανίδης Θεόφιλος

Πνευμονολόγος, MD, MSc, PhD, Θεσσαλονίκη

Πιπερίδου Χαριτωμένη

Καθηγήτρια Νευρολογίας Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ.,
 Αλεξανδρούπολη

Πλωμαρίτης Ευστράτιος

Διοικητής 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας
 Μακεδονίας και Θράκης, Θεσσαλονίκη

Πνευματικός Ιωάννης

Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Διευθυντής
 Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής
 Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
 Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Ποιμενίδου Νίκη

Νοσηλεύτρια Δ.Ε. Ενδοσκοπικού Εργαστηρίου,
 Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
 Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
 Θεσσαλονίκη

Πουλάκου Γαρυφαλλιά

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια
 Α΄ Ε.Σ.Υ., Δ΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής
 Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
 «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Πουλόπουλος Αθανάσιος

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

Πουμπουρίδου Μαρία

Νοσηλεύτρια Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής
 Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
 Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Πρωτοπαπής Ανδρέας

Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
 Ηπατογαστρεντερολογικό Τμήμα Α΄
 Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής
 Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
 Θεσσαλονίκη

Πυρπασόπουλος Μάριος

Παθολόγος, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου
 Χαλκιδικής, Χαλκιδική

P

Ράικος Νικόλαος

Αναπληρωτής Καθηγητής Τοξικολογίας -
Ιατροδικαστικής, Διευθυντής Εργαστηρίου
Τοξικολογίας - Ιατροδικαστικής Α.Π.Θ.,
Θεσσαλονίκη

Ράπτης Αθανάσιος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα
Ερευνας & Διαβητολογικό Κέντρο Ιατρικής Σχολής
Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ρίπης Κωνσταντίνος

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής
Α΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής
Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Ρίχτερ Δημήτριος

MD, FESC, FANA, Καρδιολόγος, Διευθυντής
Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής, «ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ»
Αθηνών, Αθήνα

Σ

Σαββόπουλος Χρήστος

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

Σακελλάρη Ιωάννα

Αιματολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Αιματολογική
Κλινική - Μ.Μ.Μ.Ο., Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»,
Θεσσαλονίκη

Σαμώνης Γεώργιος

Ογκολόγος - Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής
Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Κρήτης, Κρήτη

Σαραντόπουλος Αλέξανδρος

Ειδικός Παθολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος
Κλινικής Ανοσολογίας Α.Π.Θ., Τμήμα Κλινικής
Ανοσολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σέττας Λουκάς

Ομότιμος Καθηγητής Ρευματολογίας - Παθολογίας
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Σινάκος Εμμανουήλ

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας - Ηπατολογίας,
Δ΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκένδρος Παναγιώτης

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

Σκούτας Δημήτριος

Ειδικός Παθολόγος-Διαβητολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Επιστημονικός
Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό
Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Υπεύθυνος Παθολογικού
Τομέα Κ.Α.Α. «ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ», Επιστημονικός
Διευθυντής Γενικής Κλινικής «Λ. ΣΑΡΑΦΙΑΝΟΣ»,
Θεσσαλονίκη

Σκουτέλης Αθανάσιος

Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων,
Συντονιστής Διευθυντής Ε΄ Παθολογικής Κλινικής
& Μονάδας Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

Σπανουδάκης Εμμανουήλ

Επίκουρος Καθηγητής Αιματολογίας Ιατρικής
Σχολής Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Σπυράτος Διονύσιος

Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας,
Πνευμονολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Σπυριδωνάκου Σουλιτάνα

Ειδικός Ρευματολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης
Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Συνεργάτης
Ιατρικού Διαβαθκανικού Κέντρου, Θεσσαλονίκη

Στεφανίδης Ιωάννης

Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας,
 Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής, Ιατρικό Τμήμα
 Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό
 Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Στοιγιάννου Δημήτριος

Ειδικευόμενος Παθολογίας, Α΄ Προπαιδευτική
 Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Στυλιάδης Ιωάννης

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

Στυλιανού Ανδρέας

MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος,
 Βοηθός Διευθυντής Παθολογίας, Γενικό
 Νοσοκομείο Λάρνακας, Μέλος Δ.Σ. Κυπριακής
 Εταιρείας Παθολογίας, Κύπρος

Συμεωνίδης Ανάργυρος

Καθηγητής Αιματολογίας, Ιατρικό Τμήμα
 Πανεπιστημίου Πατρών, Διευθυντής Αιματολογικού
 Τμήματος Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό
 Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Σφέτσιος Τηλέμαχος

Διδάκτωρ Ρευματολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
 Θεσσαλονίκη

Σφουγγαριστός Σταύρος

Ουρολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος,
 Α΄ Ουρολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Θεσσαλονίκη

Σώμαλη Μαρία

Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Τμήματος Ιατρικής,
 Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Πατρών,
 Θεσσαλονίκη

Σωτηριάδης Δημήτριος

Καθηγητής Δερματολογίας, Διευθυντής
 Β΄ Κλινικής Δερματικών και Αφροδισίων
 Νοσημάτων Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
 Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Σωτηρόπουλος Δαμιανός

Αιματολόγος, Διευθυντής Αιματολογικής
 Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Αντιπρόεδρος Τμήματος
 Οξείων Λευχαιμιών & Μυελοϋπερπλαστικών
 Νεοπλασμάτων της Ελληνικής Αιματολογικής
 Εταιρείας, Θεσσαλονίκη

T

Ταγαράκης Χρήστος

Διδάκτωρ Αθλητικών Επιστημών, Ειδικότητα
 Αθλητιατρική - Καρδιολογία, Α΄ Προπαιδευτική
 Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό
 Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
 Εργαστήριο Εργοφυσιολογίας Σ.Ε.Φ.Α.Α. Α.Π.Θ.,
 Ινστιτούτο Έρευνας Καρδιαγγειακού Συστήματος
 και Αθλητιατρικής, Γερμανικό Πανεπιστήμιο
 Αθλητισμού Κολλωνία, Θεσσαλονίκη

Ταμπουρατζή Ελευθερία

Δερματολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά
 «TZANEIO», Αθήνα

Τέγος Θωμάς

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

Τεντολούρης Νικόλαος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
 Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής
 Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικό Κέντρο,
 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Τερζή Ειρήνη

Παθολόγος - Εντατικολόγος - Λοιμωξιολόγος,
 Επιμελήτρια Α΄ Ε.Σ.Υ., Β΄ Παθολογική Κλινική
 Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
 Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Τερζίδου Λιθαρένια

Νοσηλεύτρια, Διαβητολογικό Κέντρο,
 Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
 Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
 Θεσσαλονίκη

Τζήκας Στέργιος

Επεμβατικός Καρδιολόγος - Εντατικολόγος,
Επιμελητής Καρδιολογίας, Επιστημονικός
Συνεργάτης Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Γ΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική
Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Τζιακάς Δημήτριος

Καθηγητής Καρδιολογίας Δ.Π.Θ., Διευθυντής
Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής
Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Τζιόμαλος Κωνσταντίνος

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

Τιμοθεάδου Ελένη

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας - Ογκολογίας
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Γενικό Περιφερειακό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»,
Θεσσαλονίκη

Τιτόπουλος Ηρακλής

MD, PhD, Επεμβατικός Πνευμονολόγος,
Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής,
Ιατρικό Διαβαθκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Τούλης Ευάγγελος

Παθολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος
Παθολογικής Κλινικής, «EUROMEDICA» Γενική
Κλινική Θεσσαλονίκης, Πρόεδρος Επαγγελματικής
Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Τρακατέλλη Χριστίνα - Μαρία

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας,
Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Τρύφων Σταύρος

MD, PhD, FCCP, Εθνικός Αντιπρόσωπος ERS,
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Πνευμονολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Τσακίρης Δημήτριος

Καθηγητής Αιματολογίας, University Hospital
Basel, Switzerland

Τσακλής Αθανάσιος

Καθηγητής Μικροβιολογίας, Διευθυντής
Εργαστηρίου Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή
Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Τσάπας Απόστολος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου,
Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Τσαταλής Κωνσταντίνος

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Τσιμιχόδης Βασίλειος

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Τσιούφης Κωνσταντίνος

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας,
Α΄ Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής
Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Πρόεδρος Ελληνικής
Καρδιολογικής Εταιρείας, Αθήνα

Τσιρίδης Ελευθέριος

Αναπληρωτής Καθηγητής Ορθοπαιδικής,
Τμήμα Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Τσιρώνη Μαρία

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Πρόεδρος
Ιατρικού Συλλόγου Λακωνίας, Σπάρτη

Τσοιάκη Μάγδα

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



Φρουδαράκης Μάριος

Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής
Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Φωτιάδης Σπύρος

Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Φωτιάδου Ελένη

MSc, Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος,
Τμήμα Διατροφής - Διαιτολογίας, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

X

Χαλβασιώτης Παναγιώτης

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας,
B΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική -
Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Χαλιώτης Γεώργιος

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης,
Συντονιστής Διευθυντής Παθολογίας,
Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, Χαλκίδα

Χαραλίδου Δήμητρα

Νοσηλεύτρια Α΄ Παθολογικής Κλινικής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Χασαπίδου Μαρία

Καθηγήτρια Διατροφής και Διαιτολογίας,
Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας,
Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Χατζή Γεωργία

Νοσηλεύτρια Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Χατζηαγγελιάκη Ερυσφίλη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας -
Μεταβολικών Νοσημάτων, Β΄ Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας &
Διαβητολογικό Κέντρο Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

Χατζηγεωργίου Ιωάννης

Παθολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ. Νοσοκομείου
Σύρου, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Σύρος

Χατζημιητιάδης Σταύρος

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Πανεπιστημιακή
Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Χατζητόλιος Απόστολος

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής
Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Α΄ Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας
Ελλάδος, Αντιπρόεδρος Επαγγελματικής
Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Χολόγκιτας Ευάγγελος

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας,
Δ΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Χριστοδούλου Δημήτριος

Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας,
Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Χριστούλας Κοσμάς

Καθηγητής Εργοφυσιολογίας, Τμήμα Επιστήμης
Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Α.Π.Θ.,
Θεσσαλονίκη

Χρυσογονίδης Ιωάννης

Ακτινοδιαγνώστης, Επίκουρος Καθηγητής
Ακτινολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Θεσσαλονίκη

Ψ

Ψωμάς Ευάγγελος

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

Περισσότερες επιλογές, λιγότερες θερμίδες.



Γνωρίζουμε πόσο σημαντικό είναι για τους καταναλωτές μας να έχουν επιλογές. Γι' αυτό επενδύουμε σε καινοτόμα προϊόντα με υπέροχη γεύση, με ή χωρίς ζάχαρη, με ή χωρίς καφεΐνη. Για να επιλέγουν οι ίδιοι το αναψυκτικό που ταιριάζει με το δικό τους τρόπο ζωής!

Το αποτέλεσμα; Στην Ελλάδα, μειώσαμε τα τελευταία 10 χρόνια σχεδόν 20%* κατά μέσο όρο τις θερμίδες στο σύνολο των αναψυκτικών μας, ενώ προσφέρουμε επιλογές με λίγες ή καθόλου θερμίδες για όλα τα βασικά μας αναψυκτικά. Και συνεχίζουμε!

*Η μείωση θερμίδων βασίζεται στις κατά μέσο όρο θερμίδες ανά 100ml που διαθέσαμε στην αγορά το 2005 συγκριτικά με το 2015, βάσει του συνολικού όγκου πωλήσεων αναψυκτικών.

Θερμίδες ανά κουτί 330ml:

Coca-Cola: 139 θερμίδες, Coca-Cola Zero: 1 θερμίδα, Coca-Cola Zero χωρίς καφεΐνη: 1 θερμίδα, Coca-Cola Light: 1 θερμίδα, Fanta: 172 θερμίδες, Fanta Light: 26 θερμίδες, Sprite: 83 θερμίδες, Sprite Zero: 3 θερμίδες.

imbruvica®
(ibrutinib) capsules

CLL
MCL
WM

Θεραπεία επιλογής στην 1^η γραμμή
και στην 1^η υποτροπή σε ασθενείς με CLL¹

Το IMBRUVICA ως μονοθεραπεία ενδείκνυται για τη θεραπεία μη προθεραπευμένων ενηλίκων ασθενών με χρόνια λεμφκοκυτταρική λευχαιμία (ΧΛΛ), συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με εξαίρεση του 17p ή μετάλλαξη του TP53¹

Βιβλιογραφία: 1. IMBRUVICA® Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

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

Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει την ταχύ προσαρμογή νέων πληροφοριών ασφαλείας. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να αναφέρουν οποιαδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλ. παράγραφο 4.8 για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

Η Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος βρίσκεται σε επόμενη σελίδα.

**Ευρετήριο
Προφορικών & Αναρτημένων
Ανακοινώσεων**



A

AYASRA Z..... ΑΑ35

E

ECKARDT R..... ΑΑ51

F

FISCHBACH W. ΠΑ23

G

GODWIN S..... ΑΑ13

M

ΜΑΚΡΑΝΤΟΝΑΚΙ Ε..... ΑΑ51

N

NIECZAJ R..... ΑΑ51

O

OTT R. ΠΑ23

S

SCHATKE W..... ΠΑ23

STEINHAGEN-THIESSEN E. ΑΑ51

Z

ΖΟΥΒΟΥΛΙΣ C.C..... ΑΑ51

A

ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Χ. ΑΑ21

ΑΓΑΠΑΚΗΣ Δ. ΑΑ09

ΑΓΓΕΛΑΚΗ Α.-Χ..... ΠΑ06

ΑΓΓΕΛΗΣ Ν. ΠΑ09, ΑΑ06, ΑΑ47,

..... ΑΑ48, ΑΑ50

ΑΓΓΕΛΙΔΗ Α. ΠΑ08, ΠΑ32

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ.-Μ. ΠΑ39

ΑΓΚΑΣΤΙΝΙΩΤΗ Ε..... ΑΑ35

ΑΔΑΜΗ Μ.-Ε..... ΠΑ07

ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Λ. ΠΑ01, ΠΑ02, ΑΑ41

ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Π..... ΠΑ01, ΠΑ02, ΑΑ11,

..... ΑΑ12, ΑΑ41

ΑΛΕΓΚΑΚΗΣ Α. ΠΑ16

ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΚΗΣ Μ..... ΠΑ15, ΠΑ16

ΑΛΕΞΑΝΔΡΗΣ Α..... ΠΑ18

ΑΛΕΞΙΟΥ Ζ. ΑΑ40

ΑΛΙΦΙΕΡΑΚΗΣ Ι..... ΑΑ08

ΑΛΚΑΓΙΕΤ Σ..... ΑΑ35

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ Ζ. ΠΑ24

ΑΝΔΡΙΚΟΥ Ε..... ΑΑ53

ΑΝΕΣΤΑΚΗΣ Δ..... ΠΑ13

ΑΝΘΗΣ Ν. ΑΑ02, ΑΑ52

ΑΝΤΖΕΛ Ι..... ΑΑ23

ΑΝΤΩΝΙΟΥ Α..... ΑΑ28

ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Μ. ΠΑ43, ΠΑ46

ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ Ι. ΑΑ36, ΑΑ37, ΑΑ38,

..... ΑΑ39

ΑΡΓΥΡΙΟΥ Α. ΠΑ48

ΑΡΓΥΡΟΣ Κ. ΑΑ36, ΑΑ37

ΑΡΙΣΤΟΔΗΜΟΥ Α..... ΠΑ07

ΑΡΧΟΝΤΟΥΛΗ Σ..... ΑΑ52

B

ΒΑΔΡΑΤΣΙΚΑΣ Ν..... ΑΑ56

ΒΑΪΤΣΗ Κ. ΠΑ24, ΠΑ29

ΒΑΚΙΑΝΗ Σ..... ΠΑ31

ΒΑΚΙΑΝΗΣ Π..... ΠΑ31

ΒΑΛΚΑΝΙΔΟΥ Δ..... ΠΑ06, ΠΑ49

ΒΑΣΔΕΚΗ Δ..... ΑΑ06

ΒΕΛΙΜΕΖΗΣ Γ. ΑΑ21, ΑΑ30

ΒΕΝΕΤΗ Σ. ΑΑ06, ΑΑ14

ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ Ι..... ΑΑ25, ΑΑ26, ΑΑ44, ΑΑ45

ΒΕΤΤΑΣ Χ. ΠΑ29, ΠΑ30

ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗΣ Α. ΑΑ56

ΒΛΑΧΟΥ Α. ΠΑ11

ΒΟΓΙΑΤΖΗ Ε. ΑΑ42, ΑΑ43

ΒΟΓΙΑΤΖΗ Κ. ΑΑ53

ΒΟΥΔΟΥΡΗ Ε. ΠΑ24, ΠΑ29

ΒΟΥΛΓΑΡΗ Π..... ΑΑ10

ΒΟΥΛΓΑΡΗΣ Α..... ΑΑ19

ΒΟΥΛΓΑΡΙΔΟΥ Β..... ΠΑ03

ΒΟΥΝΟΥ Ε. ΑΑ29

ΒΡΑΣΙΔΑ Μ..... ΑΑ29

ΒΡΙΖΑΣ Δ..... ΑΑ17

ΒΥΖΑΝΤΙΑΔΗΣ Τ.-Α..... ΠΑ34

ΒΥΖΟΥΚΑΚΗ Ρ..... ΠΑ15, ΠΑ16

Γ

ΓΑΤΣΑ Ε..... ΠΑ09, ΑΑ01, ΑΑ06,

..... ΑΑ18, ΑΑ46, ΑΑ49

ΓΕΡΟΔΗΜΟΣ Χ..... ΑΑ11

ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ Α.-Μ. ΠΑ04

ΓΕΩΡΓΙΟΥ Π..... ΠΑ33

ΓΕΩΡΓΙΤΣΗ Μ..... ΠΑ47

ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΣ - ΜΠΟΥΡΜΠΟΥΛΗΣ Ε... ΠΑ47

ΓΙΑΝΝΑΔΑΚΗ Μ.	ΑΑ28
ΓΙΑΝΝΑΚΗ Ε.	ΑΑ46
ΓΙΑΝΝΙΑΣ Γ.	ΠΑ35
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Α.	ΑΑ02
ΓΚΑΝΤΑΡΑΣ Α.	ΠΑ04
ΓΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗΣ Σ.	ΑΑ35
ΓΚΙΚΑΣ Α.	ΠΑ07
ΓΚΙΡΤΟΒΙΤΗΣ Φ.	ΠΑ03
ΓΚΟΓΚΟΣ Κ.	ΠΑ27
ΓΚΟΓΚΟΥ Α.	ΑΑ15
ΓΚΟΥΓΚΟΥΡΕΛΑΣ Ι.	ΠΑ04
ΓΚΟΥΓΚΟΥΤΣΗ Α.	ΑΑ40
ΓΚΟΥΝΤΙΑΣ Δ.	ΠΑ03
ΓΚΟΥΡΒΑΣ Β.	ΑΑ23
ΓΟΓΟΛΑΣ Β.	ΑΑ40
ΓΟΥΔΗΣ Χ.	ΑΑ28
ΓΟΥΛΑΣ Α.	ΠΑ34
ΓΟΥΛΗΣ Ι.	ΠΑ24, ΠΑ25, ΠΑ29, ΠΑ30
ΓΟΥΛΗΣ Δ.	ΠΑ50
ΓΟΥΝΑΡΗ Ε.	ΠΑ12, ΑΑ27
ΓΟΥΝΙΤΣΙΩΤΗ Η.	ΑΑ31, ΑΑ55
ΓΡΕΚΑΣ Δ.	ΠΑ18, ΠΑ20, ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ44, ΠΑ45
ΓΡΙΒΑΣ Α.	ΑΑ20

Δ

ΔΑΙΜΟΝΑΚΟΥ Μ.	ΠΑ26, ΑΑ21
ΔΑΜΙΑΝΙΔΟΥ Μ.	ΑΑ09
ΔΕΛΗΛΙΓΚΑ Α.	ΑΑ25, ΑΑ26, ΑΑ44, ΑΑ45
ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗ Θ.	ΠΑ35
ΔΗΜΑΣ Γ.	ΠΑ11, ΠΑ18, ΠΑ20, ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ41, ΠΑ42, ΠΑ43, ΠΑ44, ΠΑ45, ΠΑ46, ΑΑ28
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ Μ.	ΑΑ04, ΑΑ21
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ.	ΠΑ47
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ Ε.	ΑΑ48, ΑΑ50
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Α.	ΑΑ56
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ.	ΑΑ33, ΑΑ34
ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΑ Χ.	ΑΑ31, ΑΑ55
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ Σ.	ΠΑ18, ΠΑ20, ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ42, ΠΑ43, ΠΑ44, ΠΑ45, ΠΑ46
ΔΗΜΟΥ Β.	ΑΑ28
ΔΙΑΒΑΣΤΗ Μ.	ΠΑ24, ΠΑ29
ΔΙΑΚΑΚΗΣ Γ.	ΑΑ15
ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ Τ.	ΠΑ40, ΠΑ48
ΔΟΥΓΑΛΗΣ Α.	ΠΑ06, ΠΑ25, ΠΑ29, ΠΑ49

ΔΟΥΛΓΕΡΗΣ Ι.	ΠΑ25, ΠΑ29, ΠΑ30
ΔΟΥΜΤΣΗΣ Π.	ΠΑ24, ΠΑ25, ΠΑ29, ΠΑ30, ΠΑ49
ΔΡΑΓΟΥΜΑΝΗ Ι.	ΑΑ32
ΔΡΑΝΔΑΚΗ Μ.	ΑΑ08, ΑΑ15
ΔΡΑΝΤΑΚΗ Β.	ΑΑ36, ΑΑ37, ΑΑ38, ΑΑ39
ΔΡΗ ΕΙ.	ΑΑ36, ΑΑ37, ΑΑ38, ΑΑ39
ΔΡΟΣΟΣ Α.	ΑΑ10

Ε

ΕΛΙΣΑΦ Μ.	ΠΑ19, ΠΑ36, ΠΑ37, ΠΑ38
ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Δ.	ΑΑ35
ΕΥΣΤΡΑΤΙΑΔΗ Ε.	ΠΑ08, ΠΑ32

Ζ

ΖΑΖΟΠΟΥΛΟΥ Ο.	ΑΑ56
ΖΑΡΟΚΩΣΤΑΣ Θ.	ΑΑ03
ΖΑΦΕΙΡΗΣ Α.	ΑΑ13
ΖΑΧΑΡΗ Ε.	ΑΑ52
ΖΑΧΟΥ Κ.	ΠΑ30
ΖΗΣΗΣ Χ.	ΠΑ09, ΑΑ01, ΑΑ06, ΑΑ14, ΑΑ16, ΑΑ18, ΑΑ24, ΑΑ46, ΑΑ47, ΑΑ48, ΑΑ49, ΑΑ50
ΖΟΡΜΠΑ Α.	ΠΑ12, ΑΑ27
ΖΤΡΙΒΑ Ε.	ΠΑ13

Θ

ΘΕΟΔΩΡΟΥΛΑ Ε.	ΠΑ09, ΑΑ06, ΑΑ14, ΑΑ16, ΑΑ18, ΑΑ47
ΘΕΟΧΑΡΙΔΗΣ Κ.	ΑΑ23
ΘΕΟΧΑΡΙΔΟΥ Χ.-Χ.	ΠΑ27
ΘΥΣΙΑΔΟΥ Αι.	ΠΑ21

Ι

ΙΩΑΝΝΟΥ Π.	ΠΑ07
-----------------	------

Κ

ΚΑΪΑΦΑ Γ.	ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ14, ΠΑ48, ΑΑ05, ΑΑ27, ΑΑ53
ΚΑΪΚΑΤΖΑΝΗ Α.	ΑΑ53
ΚΑΪΚΗΣ Α.	ΑΑ21
ΚΑΛΔΗΣ Β.	ΑΑ03
ΚΑΛΕΒΡΟΣΟΓΛΟΥ Ι.	ΑΑ27
ΚΑΛΚΑΒΟΥΡΗ Α.	ΠΑ40
ΚΑΛΠΙΝΗ Δ.	ΑΑ34
ΚΑΛΤΣΑ Π.	ΠΑ03
ΚΑΛΤΣΟΥΝΗΣ Γ.	ΠΑ03

ΚΑΛΥΒΑΣ Μ. ΠΑ32
 ΚΑΝΕΛΛΟΣ Η. ΠΑ11, ΠΑ43, ΠΑ46,
 ΑΑ17, ΑΑ28, ΑΑ53
 ΚΑΝΕΛΛΟΥ Π. ΠΑ15
 ΚΑΟΥΡΑΝΗΣ Κ. ΠΑ28
 ΚΑΡΑΒΕΛΑΚΗΣ Μ. ΠΑ35
 ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΣ Χ. ΑΑ14, ΑΑ16, ΑΑ24
 ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΙΔΟΥ Μ. ΑΑ09
 ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗΣ Ε. ΑΑ32
 ΚΑΡΑΛΑΖΟΥ Π. ΠΑ21
 ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ Α. ΑΑ02, ΑΑ52
 ΚΑΡΑΜΟΥΖΗΣ Ι. ΠΑ18, ΠΑ20, ΠΑ21,
 ΠΑ22, ΠΑ42, ΠΑ43, ΠΑ44,
 ΠΑ45, ΠΑ46
 ΚΑΡΑΜΠΟΥΣΛΗ Ε. ΠΑ08, ΠΑ32
 ΚΑΡΑΝΤΑΝΟΣ Π. ΠΑ26
 ΚΑΡΑΣΜΑΝΗ Α. ΠΑ25, ΠΑ29, ΠΑ30
 ΚΑΡΛΑΦΤΗ Ε. ΠΑ40
 ΚΑΣΜΕΡΙΔΟΥ Ε. ΑΑ17
 ΚΑΤΡΑΧΟΥΡΑΣ Ι. ΑΑ19
 ΚΑΤΣΑΒΟΥΝΗ Χ. ΠΑ01, ΠΑ02, ΑΑ11,
 ΑΑ12
 ΚΕΛΕΜΠΕΚΟΓΛΟΥ Π. ΑΑ17, ΑΑ28
 ΚΙΖΗ Α. ΑΑ54
 ΚΙΟΥΤΣΟΥΚ Μ.-Σ. ΠΑ05
 ΚΙΡΔΑΣ Κ. ΠΑ10
 ΚΛΟΥΡΑΣ Ε. ΠΑ19, ΠΑ36, ΠΑ38
 ΚΟΓΙΑΣ Α. ΑΑ06, ΑΑ16, ΑΑ18,
 ΑΑ47, ΑΑ48, ΑΑ49, ΑΑ50
 ΚΟΖΑΤΣΑΝΗ Δ. ΑΑ28
 ΚΟΚΚΙΝΟΣ Χ. ΑΑ20
 ΚΟΚΟΝΟΖΑΚΗ Μ. ΠΑ15, ΠΑ16
 ΚΟΛΙΑΚΟΣ Γ. ΠΑ40
 ΚΟΛΟΤΣΙΟΥ Κ. ΠΑ25, ΠΑ30
 ΚΟΡΑΚΙΑΝΙΤΗ Ε. ΑΑ02
 ΚΟΡΔΑΛΗ Χ. ΑΑ36, ΑΑ37, ΑΑ38, ΑΑ39
 ΚΟΡΟΒΕΣΗ Γ. ΑΑ07
 ΚΟΥΛΕΛΗ Χ. ΑΑ17
 ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ Ε. ΑΑ13
 ΚΟΥΝΙΑΚΗΣ Φ. ΑΑ55
 ΚΟΥΡΜΠΑΝΗΣ Β. ΑΑ04, ΑΑ07, ΑΑ30
 ΚΟΥΡΤΟΓΛΟΥ Ν. ΑΑ31
 ΚΟΥΣΑΘΑΝΑ Φ. ΠΑ47
 ΚΟΥΤΣΕΡΙΜΠΑΣ Χ. ΑΑ30
 ΚΟΥΤΣΙΛΙΕΡΗΣ Μ. ΑΑ41
 ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΣ Ν. ΑΑ40
 ΚΟΥΦΟΓΙΑΝΝΗ Α. ΠΑ35

ΚΥΖΗ Α. ΑΑ19
 ΚΥΡΑΤΛΙΔΗΣ Κ. ΑΑ13
 ΚΥΡΟΓΛΟΥ Σ. ΑΑ33
 ΚΩΝΣΤΑ Μ. ΑΑ36, ΑΑ37, ΑΑ38, ΑΑ39
 ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Π. ΠΑ26
 ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Α. ΠΑ03
 ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Χ. ΠΑ28, ΠΑ33, ΑΑ54
 ΚΩΣΤΑΚΗ Σ. ΠΑ39
 ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ - ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Ι. ΠΑ01,
 ΠΑ02, ΑΑ41, ΑΑ42, ΑΑ43
 ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Μ. ΠΑ01, ΑΑ12
 ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Β. ΑΑ02, ΑΑ52

Λ

ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Δ. ΑΑ04
 ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ Σ. ΠΑ39
 ΛΑΛΛΑΣ Κ. ΠΑ11, ΠΑ18, ΠΑ20,
 ΠΑ22, ΠΑ43, ΠΑ46
 ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ Β. ΠΑ47
 ΛΑΜΠΑΣ Ε. ΑΑ37, ΑΑ38, ΑΑ39
 ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. ΠΑ08
 ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Σ. ΑΑ13
 ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Χ. ΑΑ03, ΑΑ36,
 ΑΑ37, ΑΑ38, ΑΑ39
 ΛΕΩΝΙΔΟΥ Κ. ΠΑ10
 ΛΙΑΜΗΣ Γ. ΠΑ19, ΠΑ36, ΠΑ38
 ΛΙΑΠΗΣ Ι. ΠΑ16
 ΛΙΚΑ Μ. ΑΑ17
 ΛΟΪΖΟΣ Γ. ΠΑ08, ΠΑ32
 ΛΟΥΚΑ Ε.-Σ. ΑΑ40
 ΛΟΥΚΗ Φ. ΑΑ52
 ΛΟΥΡΑΚΗ Ν. ΑΑ08
 ΛΥΚΑ Ε. ΠΑ18, ΠΑ43
 ΛΥΜΠΕΡΗΣ Β. ΑΑ32
 ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε. ΠΑ19, ΠΑ36, ΠΑ38
 ΛΩΛΟΣ Ι. ΑΑ14, ΑΑ16, ΑΑ24

Μ

ΜΑΚΕΔΟΥ Κ. ΠΑ48
 ΜΑΚΙΝΑ Α. ΑΑ40
 ΜΑΚΟΥ Ι. ΑΑ02
 ΜΑΛΑΚΟΥΔΗ Φ. ΑΑ01
 ΜΑΛΛΙΑΣ Ι. ΠΑ10
 ΜΑΛΤΕΖΟΣ Ε. ΠΑ05, ΠΑ17, ΠΑ41,
 ΑΑ32, ΑΑ33, ΑΑ34
 ΜΑΛΤΣΑΝ Τ. ΠΑ05
 ΜΑΡΑΘΩΝΙΤΗΣ Α. ΑΑ07, ΑΑ30

ΜΑΡΑΣΛΗΣ Σ.	ΑΑ09
ΜΑΡΙΤΣΑ Δ.	ΠΑ09, ΑΑ01, ΑΑ06,ΑΑ14, ΑΑ16, ΑΑ18, ΑΑ24, ΑΑ46,ΑΑ47, ΑΑ48, ΑΑ49, ΑΑ50
ΜΑΡΚΑΛΑ Δ.	ΠΑ12, ΑΑ46
ΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	ΑΑ53
ΜΑΥΡΑΓΑΝΗ Κ.	ΑΑ41
ΜΑΥΡΑΣ Γ.	ΑΑ36, ΑΑ37, ΑΑ38, ΑΑ39
ΜΑΥΡΟΜΑΝΩΛΗ Α.	ΠΑ11, ΠΑ20, ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ44
ΜΕΓΑΓΙΑΝΝΗΣ Π.	ΠΑ14
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α.	ΠΑ08, ΠΑ32
ΜΕΡΤΖΑΝΙΔΟΥ Α.	ΑΑ53
ΜΕΤΟΥΣΙ Α.	ΑΑ53
ΜΕΧΜΕΤ Φ.	ΠΑ05, ΠΑ17
ΜΗΛΙΔΗΣ Θ.	ΠΑ10
ΜΗΛΙΩΝΗΣ Χ.	ΠΑ37
ΜΙΡΚΟΠΟΥΛΟΥ Δ.	ΠΑ41
ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Σ.	ΠΑ06, ΠΑ25, ΠΑ30
ΜΟΚΚΑ Α.	ΑΑ17
ΜΟΛΛΑΓΙΟΥΣΟΥΦΟΓΛΟΥ Σ.	ΠΑ17
ΜΟΝΤΣΕΝΙΓΟΣ Θ.	ΠΑ26, ΑΑ07, ΑΑ21
ΜΟΥΚΤΑΡΟΥΔΗ Μ.	ΠΑ47
ΜΟΥΣΙΑ Μ.	ΑΑ46
ΜΠΑΚΑΛΟΥΔΗ Β.	ΠΑ03
ΜΠΑΛΤΑΤΖΗ Μ.	ΠΑ40
ΜΠΑΜΠΙΛΗ Κ.	ΑΑ08, ΑΑ22
ΜΠΑΝΤΗ Θ.	ΠΑ02
ΜΠΑΡΚΑΣ Φ.	ΠΑ19, ΠΑ36, ΠΑ37, ΠΑ38
ΜΠΑΣΚΟΥΤΑ Ε.	ΠΑ26
ΜΠΟΖΙΟΣ Π.	ΑΑ10
ΜΠΟΤΩΝΑΚΗ Κ.	ΑΑ08
ΜΠΟΥΖΙΑΝΑ Σ.	ΠΑ34, ΠΑ39
ΜΠΟΥΚΑΣ Χ.	ΑΑ02, ΑΑ52
ΜΠΟΥΛΑ Α.	ΠΑ16
ΜΠΟΥΝΤΟΛΑ Σ.	ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ14, ΑΑ27
ΜΠΟΥΡΑ Π.	ΠΑ04
ΜΥΛΩΝΑΣ Σ.	ΠΑ09, ΑΑ01, ΑΑ06,ΑΑ14, ΑΑ16, ΑΑ18, ΑΑ24, ΑΑ46,ΑΑ47, ΑΑ48, ΑΑ49, ΑΑ50
ΜΥΤΙΛΗΝΑΙΟΥ Μ.	ΠΑ04

N

ΝΕΖΟΣ Α.	ΑΑ41
ΝΕΝΑ Ε.	ΑΑ19
ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ Β.	ΑΑ21

ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ Ι.	ΠΑ28, ΑΑ54
ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ Χ.	ΑΑ25, ΑΑ26, ΑΑ44, ΑΑ45
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Χ.	ΑΑ19
ΝΙΧΛΟΣ Χ.	ΑΑ20
ΝΤΑΛΕΚΟΣ Γ.	ΠΑ30
ΝΤΑΛΛΗ Π.	ΑΑ52
ΝΤΕΚΟΥΑΝ Σ.-Φ.	ΠΑ36
ΝΤΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	ΠΑ03
ΝΤΟΓΡΑΜΑΤΖΗ Φ.	ΠΑ24

Ξ

ΞΑΝΘΗΣ Α.	ΑΑ56
ΞΑΝΘΟΠΟΥΛΟΥ Α.-Μ.	ΠΑ05, ΠΑ17
ΞΑΝΘΟΥΔΑΚΗ Μ.	ΑΑ19
ΞΕΚΑΛΟΥ Α.	ΠΑ15
ΞΟΥΡΓΙΑ Ε.	ΠΑ08, ΠΑ32

O

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Θ.	ΠΑ24, ΠΑ25, ΠΑ29, ΠΑ30
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Δ.	ΑΑ24
ΟΛΥΜΠΙΟΣ Γ.	ΠΑ28, ΠΑ33, ΑΑ54

Π

ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Π.	ΠΑ05, ΠΑ17, ΑΑ34
ΠΑΝΔΕΡΗ Α.	ΠΑ34
ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	ΑΑ34
ΠΑΝΟΣΚΑΛΤΣΗΣ Α.	ΠΑ07
ΠΑΝΟΥΡΙΑ Κ.	ΑΑ36, ΑΑ38, ΑΑ39
ΠΑΝΤΑΖΗ Ε.	ΑΑ42, ΑΑ43
ΠΑΝΤΕΛΙΔΗΣ Δ.	ΠΑ01, ΑΑ12
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Β.	ΠΑ03
ΠΑΠΑΓΙΟΥΒΑΝΝΗ Ι.	ΠΑ49
ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Σ.	ΠΑ09, ΑΑ16, ΑΑ18, ΑΑ24, ΑΑ46, ΑΑ49
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ε.	ΑΑ56
ΠΑΠΑΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Δ.	ΠΑ11, ΠΑ18, ΠΑ20, ΠΑ22, ΠΑ43, ΠΑ46
ΠΑΠΑΔΟΜΑΝΩΛΑΚΗ Ε.	ΑΑ22
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Α. (Κρήτη) ...	ΠΑ15, ΠΑ16
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Α. (Σέρρες) ...	ΑΑ17
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	ΠΑ34
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Σταυρούλα ...	ΑΑ25, ΑΑ26, ΑΑ45
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Στέλλα ...	ΑΑ44
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α.	ΠΑ08, ΠΑ32
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Δ.	ΑΑ32, ΑΑ33

ΠΑΠΑΝΑΣ Ν.....	ΑΑ32, ΑΑ33, ΑΑ34
ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Γ.....	ΠΑ06
ΠΑΠΑΝΩΤΑ Α.-Μ.	ΑΑ01, ΑΑ48, ΑΑ50
ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Δ.....	ΠΑ14
ΠΑΠΑΡΑΣ Β.....	ΑΑ17
ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ Ε.....	ΠΑ10
ΠΑΠΕ Μ.....	ΠΑ03
ΠΑΠΠΑ Κ.....	ΠΑ15, ΠΑ16
ΠΑΠΠΑ Ε.....	ΠΑ36
ΠΑΡΖΙΑΛΗ Α.....	ΠΑ06
ΠΑΡΟΥΣΗΣ Π.....	ΑΑ53
ΠΑΡΤΑΛΗΣ Ν.....	ΑΑ22
ΠΑΣΚΑΛΗΣ Γ.-Χ.....	ΠΑ27
ΠΑΤΑΚΙΟΥΤΑ Φ.....	ΑΑ23
ΠΑΤΟΥΛΙΑ Κ.....	ΑΑ07
ΠΑΤΡΙΚΑΛΟΥ Ε.....	ΑΑ49
ΠΑΥΛΑΚΗΣ Μ.....	ΠΑ26, ΑΑ04, ΑΑ30
ΠΑΥΛΙΔΗΣ Κ.....	ΑΑ13
ΠΑΦΙΛΗ Κ.....	ΑΑ33
ΠΕΡΙΦΑΝΗΣ Β.....	ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ14, ΑΑ27
ΠΕΡΠΕΡΙΔΟΥ Π.....	ΠΑ03
ΠΕΤΣΑΣ Λ.....	ΠΑ33
ΠΗΤΤΑΣ Κ.....	ΑΑ08
ΠΙΤΑΡΟΚΟΙΛΗΣ Μ.....	ΠΑ35
ΠΟΛΥΜΙΛΗ Γ.....	ΑΑ08, ΑΑ15, ΑΑ22
ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ.....	ΑΑ35
ΠΡΑΣΤΙΤΗ Μ.....	ΠΑ28, ΠΑ33, ΑΑ54
ΠΡΩΤΟΠΑΠΑΣ Α.....	ΑΑ05
ΠΥΡΡΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Α.....	ΠΑ06

P

ΡΑΪΚΟΣ Ν.....	ΠΑ13
ΡΕΝΤΖΙΟΥ Γ.....	ΠΑ26, ΑΑ04, ΑΑ07, ΑΑ30
ΡΙΖΟΣ Ε.....	ΠΑ38
ΡΟΓΔΑΚΗΣ Ε.....	ΠΑ35
ΡΟΔΙΤΗΣ Π.....	ΑΑ13
ΡΟΥΛΙΑ Ε.....	ΑΑ40
ΡΟΥΣΟΥΝΙΔΟΥ Α.....	ΑΑ19

Σ

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ.....	ΠΑ11, ΠΑ18, ΠΑ20, ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ23, ΠΑ39, ΠΑ40, ΠΑ41, ΠΑ42, ΠΑ43, ΠΑ44, ΠΑ45, ΠΑ46, ΠΑ48, ΠΑ50, ΑΑ05, ΑΑ17, ΑΑ28, ΑΑ31, ΑΑ53, ΑΑ55
ΣΑΚΚΟΥ Α.....	ΑΑ28
ΣΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗ Δ.....	ΑΑ53
ΣΑΡΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	ΠΑ04
ΣΑΤΣΟΓΛΟΥ Σ.....	ΠΑ13, ΠΑ14, ΠΑ44
ΣΑΤΣΟΓΛΟΥ ΑΙ.....	ΑΑ09
ΣΑΦΛΙΑΝΗΣ Ι.....	ΠΑ26, ΑΑ04, ΑΑ07, ΑΑ21, ΑΑ30
ΣΙΝΑΚΟΣ Ε.....	ΠΑ49
ΣΙΡΜΠΙΛΑΤΖΕ Τ.....	ΑΑ36, ΑΑ37, ΑΑ38, ΑΑ39
ΣΚΑΛΑ Ι.....	ΑΑ53
ΣΚΑΡΓΑΡΗ Μ.....	ΑΑ54
ΣΚΑΡΓΑΣ Α.....	ΑΑ30
ΣΚΕΥΟΥΔΗ Σ.....	ΑΑ23
ΣΚΙΤΣΑ Ξ.....	ΑΑ54
ΣΚΟΥΡΑ Λ.....	ΠΑ12, ΑΑ27
ΣΚΟΥΡΗ Ι.....	ΑΑ40
ΣΜΠΟΝΙΑΣ Α.....	ΑΑ08
ΣΟΥΛΑΪΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ.....	ΠΑ24, ΠΑ25
ΣΟΦΟΓΙΑΝΝΗ Α.....	ΠΑ39, ΑΑ35
ΣΠΑΝΟΥ Μ.....	ΠΑ39
ΣΠΥΡΙΔΗΣ Α.....	ΠΑ01, ΑΑ12
ΣΤΑΪΚΟΓΛΟΥ Ν.....	ΠΑ49
ΣΤΑΚΟΣ Δ.....	ΠΑ41
ΣΤΑΛΙΚΑ Β.....	ΠΑ31
ΣΤΑΥΡΑΚΗΣ Σ.....	ΠΑ35
ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗ ΑΙ.....	ΠΑ16
ΣΤΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.....	ΑΑ19
ΣΤΟΓΙΑΝΝΟΥ Δ.....	ΑΑ05
ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ Α.....	ΠΑ28, ΠΑ33, ΑΑ54
ΣΥΝΤΖΑΝΑΚΗ Ε.....	ΑΑ08, ΑΑ15
ΣΦΥΡΙΔΑΚΗ ΑΙ.....	ΠΑ15
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Ρ.....	ΑΑ19

T

ΤΑΛΙΩΝΑ Γ.....	ΠΑ03
ΤΕΓΟΝΙΚΟΥ Ε.....	ΑΑ03
ΤΕΓΟΣ Θ.....	ΠΑ18, ΠΑ20, ΠΑ42, ΠΑ43, ΠΑ44, ΠΑ45, ΠΑ46

ΤΕΡΖΗ Ε.....	ΠΑ17
ΤΕΣΦΑΪΕ Α.....	ΑΑ53
ΤΖΑΒΕΛΛΑ Κ.....	ΠΑ23
ΤΖΑΝΑΒΑΡΗ Αι.....	ΠΑ01, ΠΑ02, ΑΑ12
ΤΖΙΑΚΑΣ Δ.....	ΠΑ41
ΤΖΙΛΙΑΝΟΣ Μ.....	ΑΑ02
ΤΖΙΝΑΣ Α.....	ΠΑ14
ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ Κ.....	ΠΑ34, ΠΑ39, ΑΑ35
ΤΖΟΥΓΑΝΑΤΟΥ Ε.-Μ.....	ΠΑ08, ΠΑ32
ΤΖΟΥΜΑΡΗ Θ.....	ΠΑ06, ΠΑ24, ΠΑ25
ΤΖΩΡΤΖΑΚΗΣ Π.....	ΠΑ35
ΤΖΩΤΖΑΣ Θ.....	ΑΑ31
ΤΟΝΤΙΚΙΔΗ Χ.....	ΠΑ24, ΠΑ29
ΤΟΠΤΣΗ Λ.....	ΑΑ27
ΤΟΥΜΠΟΥΡΑΣ Θ.....	ΠΑ18, ΠΑ20, ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ42, ΠΑ43, ΠΑ44, ΠΑ45, ΠΑ46
ΤΟΦΑΡΙΔΗΣ Α.....	ΑΑ29
ΤΡΑΥΛΟΣ Α.....	ΑΑ42, ΑΑ43
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ Δ.....	ΑΑ08, ΑΑ15
ΤΡΙΧΙΑ Ε.....	ΑΑ20
ΤΣΑΒΔΑΡΙΔΟΥ Β.....	ΠΑ12, ΑΑ27
ΤΣΑΚΑΛΗΣ Α.....	ΠΑ50
ΤΣΑΚΑΛΙΔΗΣ Γ.....	ΑΑ32
ΤΣΑΝΤΑΚΗ Μ.....	ΠΑ31
ΤΣΑΠΑΣ Α.....	ΠΑ48
ΤΣΙΑΜΠΑΛΗΣ Α.....	ΑΑ14, ΑΑ24
ΤΣΙΓΓΕΡΛΙΩΤΗ Ζ.....	ΠΑ21
ΤΣΙΚΟΥΡΑΣ Π.....	ΑΑ32
ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ Β.....	ΠΑ37
ΤΣΙΜΠΙΡΗΣ Χ.....	ΑΑ17, ΑΑ28, ΑΑ53
ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ.....	ΑΑ28
ΤΣΙΟΥΡΑ Δ.....	ΑΑ53
ΤΣΙΤΟΥ Χ.....	ΑΑ02, ΑΑ52
ΤΣΟΜΙΔΗΣ Ι.....	ΠΑ10

Υ

ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι.....	ΑΑ10
---------------------	------

Φ

ΦΟΙΝΙΤΣΗΣ Σ.....	ΑΑ05
ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ Ε.....	ΠΑ35
ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ Ε.....	ΑΑ22
ΦΡΟΥΔΑΡΑΚΗΣ Μ.....	ΑΑ19
ΦΥΛΑΚΤΟΥ Α.....	ΠΑ04
ΦΩΤΙΑΔΟΥ Ε.....	ΑΑ31, ΑΑ55

Χ

ΧΑΒΙΑΡΑΣ Ζ.....	ΑΑ52
ΧΑΔΙΑ Κ.....	ΑΑ19
ΧΑΜΗΛΟΣ Γ.....	ΠΑ07
ΧΑΡΙΖΟΠΟΥΛΟΥ Β.....	ΠΑ50
ΧΑΣΑΠΗΣ Α.....	ΑΑ52
ΧΑΣΑΠΟΠΟΥΛΟΥ - ΜΑΤΑΜΗ Ε.....	ΠΑ03
ΧΑΣΙΩΤΗΣ Β.....	ΠΑ40
ΧΑΤΖΑΚΗΣ Χ.....	ΠΑ46
ΧΑΤΖΗΚΟΣΜΑ Γ.....	ΑΑ33
ΧΑΤΖΗΚΥΡΙΑΚΟΥ Ρ.....	ΑΑ07
ΧΑΤΖΗΚΥΡΚΟΥ Μ.....	ΠΑ03
ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α.....	ΠΑ11, ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ14, ΠΑ18, ΠΑ20, ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ23, ΠΑ34, ΠΑ39, ΠΑ40, ΠΑ41, ΠΑ42, ΠΑ43, ΠΑ44, ΠΑ45, ΠΑ46, ΠΑ48, ΠΑ50, ΑΑ05, ΑΑ17, ΑΑ27, ΑΑ28, ΑΑ31, ΑΑ35, ΑΑ53, ΑΑ55
ΧΑΤΖΗΧΗΔΗΡΟΓΛΟΥ Α.....	ΠΑ48
ΧΑΧΑΛΗΣ Γ.....	ΑΑ23, ΑΑ25, ΑΑ26, ΑΑ44, ΑΑ45
ΧΙΤΟΓΛΟΥ - ΜΑΚΕΔΟΥ Α.....	ΠΑ48
ΧΟΛΟΓΚΙΤΑΣ Ε.....	ΠΑ24, ΠΑ25, ΠΑ29, ΠΑ30, ΠΑ49
ΧΟΡΤΗ Μ.....	ΑΑ30
ΧΡΗΣΤΟΥ Κ.....	ΠΑ39
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Σ.....	ΠΑ28, ΠΑ33, ΑΑ54
ΧΡΥΣΟΥΛΙΔΟΥ Ε.....	ΠΑ12, ΑΑ27

Staphyclox[®]

Cloxacillin

pd.inj.sol. 500mg/vial



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ (SmPC)

1. ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ: Staphyclox[®]. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΣΕ ΔΡΑΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ:** Κάθε φιαλίδιο περιέχει 500 mg Cloxacillin (ως Cloxacillin Sodium). **3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Κόνις για ενέσιμο διάλυμα. **4. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:** **4.1. Θεραπευτικές ενδείξεις:** Η Cloxacillin χρησιμοποιείται για τη θεραπεία των λοιμώξεων των οφειλομένων σε σταφυλόκοκκο ανθεκτικό στη βενζυλοπενικιλίνη. Χρησιμοποιείται επίσης σε μικτές στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις όταν ο σταφυλόκοκκος είναι πενικιλιοάντοχος. Είναι ελαφρώς λιγότερο ανθεκτική στην σταφυλοκοκκική πενικιλινάση από τη μεθικιλίνη. Είναι ανθεκτική στην αδρανιοποίηση υπό του γαστρικού υγρού, και είναι κατάλληλη για την από στόματος χορήγηση. Πρέπει να χορηγείται περίπου μία ώρα πριν από τα γεύματα, επειδή η παρουσία τροφής στο στομάχι και το λεπτό έντερο ελαττώνει την απορρόφηση. Αν και η κλοξακιλλίνη είναι δραστικότερη της μεθικιλίνης κατά των μέσης δραστικότητας σταφυλόκοκκων, οι οποίοι παράγουν πενικιλινάση, η μεθικιλίνη μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική σε λοιμώξεις οφειλόμενες σε τύπους οι οποίοι είναι πολύ ενεργοί παραγωγοί πενικιλινάσης. **4.2. Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Ενδομυϊκά 250mg ανά βωρο. Επί βαρέων λοιμώξεων η δόση μπορεί να αυξηθεί σε 500mg ανά βωρο. Το Staphyclox[®] μπορεί να χορηγηθεί και ενδοφλέβια. Παιδιά: 50 mg/kg βάρους σώματος ημερησίως, διααιρεμένα δόσεις ανά εξάωρο. **ΟΔΗΓΙΑ ΧΡΗΣΕΩΣ:** Διαλύστε το περιεχόμενο του φιαλιδίου με 3 - 4 κ.ε. νερού για ενέσιμα (ενδομυϊκή ένεση). Στην ενδοφλέβια χορήγηση: Διαλύστε το περιεχόμενο του φιαλιδίου (500 mg) σε 10 κ.ε. νερού για ενέσιμα, και ενέστε με αργό ρυθμό (4-5 λεπτά). Για τη χορήγηση με βραδεία ενδοφλέβια στάγδην έγχυση: Το ενέσιμο παρασκευάζεται όπως και για την ενδοφλέβια ένεση, και προστίθεται σε ορό 500ml (η ίδια αναλογία τηρείται και για πολλαπλάσια). Το προς ένεση διάλυμα παρασκευάζεται αμέσως πριν από τη χρήση. **4.3. Αντενδείξεις:** Αντενδείκνυται στα άτομα που παρουσιάζουν υπερευαισθησία στην αμικιλίνη και στις κλοξακιλλίνες και γενικότερα στις πενικιλίνες. Να μη χρησιμοποιείται για τις ενέσεις υπό τον επιπεφυκότα. **4.4. Ιδιαίτερες προφυλάξεις και προειδοποιήσεις κατά τη χρήση:** Ασθενείς με ιστορικό υπερευαισθησίας σε οποιαδήποτε πενικιλίνη, ασθματικοί, έκζεμα, λοιμώδη μονοπυρήνωση, χρόνια λεμφογικής λευχαιμία. **4.5. Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα ή ουσίες:** • Αλλοπουρινόλη: Αυξημένη συχνότητα εξανθημάτων ιδίως σε υπερευαίσιμους ασθενείς. • Προβενερίδη: Αύξηση επιπέδων αίματος, και της τοξικότητας. • Τετρακυκλίνες: Μείωση βακτηριοκτόνου δράσης της Κλοξακιλλίνης. **4.6. Κύηση και γαλουχία:** Δεν συνιστάται. **4.7. Επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων:** Καμία. **4.8. Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από την Κλοξακιλλίνη είναι συνήθεις των πενικιλινών όπως: Αντιδραστική υπερευαισθησίας (εξανθήματα ποικίλα, θρομβοπενική πορφύρα, πορφύρα τύπου Henoch-Schönlein με νεφρική συμμετοχή, δερματίτιδα εξ' επαφής σε γιατρούς και αδελφές, απολεπιστική δερματίτιδα, σπανίως σύνδρομο Sjogren, πυρετός, ηωσινοφιλία, αρθραλγίες, στοματίτιδα, συγγειλίτιδα, ορονοσία, βαριά αναφυλαξία. Αραχνοειδίτιδα - εγκεφαλοπάθεια με εκδηλώσεις σπασμών ύστερα από υψηλές δόσεις πενικιλίνης ενδοφλέβια ή ενδοραχιαία, επιλομώξεις. Χαρακτηριστικό κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, θετική COOMBS. **4.9. Υπερδοσολογία:** Συνιστάται συμπτωματική θεραπευτική αγωγή. Τηλέφωνο Κέντρου Δηλητηριάσεων Αθηνών : 210 7793777. **5. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ:** **5.1. Φαρμακοδυναμικές ιδιότητες:** Staphyclox[®] (Cloxacillin) είναι ημισυνθετική πενικιλίνη. Το αντιμικροβιακό φάσμα της είναι βασικά το ίδιο με αυτό της βενζυλοπενικιλίνης, αλλά πλεονεκτεί έναντι των κλασικών πενικιλινών κατά το ότι δεν καταστρέφεται από την πενικιλινάση, και έτσι είναι δραστική και επί λοιμώξεων οφειλομένων σε ανθεκτικούς στην πενικιλίνη σταφυλόκοκκους. Κυρίως όμως είναι δραστική επί στρεπτόκοκκων, πνευμονόκοκκων και σταφυλόκοκκων ανθεκτικών και μη στην πενικιλίνη. **5.2. Φαρμακοκινητικές ιδιότητες:** Απορροφάται καλώς κατόπιν παρεντερικής χορήγησης όσο και κατόπιν από το στόματος. Η απορρόφηση από του γαστρεντερικού είναι ταχεία. Απεκκρίνεται κυρίως στα ούρα, μικρή δε ποσότητα απεκκρίνεται δια της χολής. Μεταβολίζεται στον οργανισμό σε μικρό ποσοστό, τα δε προϊόντα του μεταβολισμού διατηρούν την αντιμικροβιακή ενέργεια του φαρμάκου. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι συνάρτηση της χορηγούμενης δόσης καθ' όσον επί αύξησης αυτής επιτυγχάνεται ανάλογη αύξηση της πυκνότητας στο αίμα. Πλεονεκτεί της Methicillin τόσο ως προς την δραστικότητα όσο και ως προς τη σταθερότητα στα οξέα, ενώ είναι κατάλληλη για χορήγηση από το στόμα. Πλεονεκτεί επίσης της Oxacillin κυρίως ως προς την απορρόφηση κατόπιν χορήγησης από το στόμα. **6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:** **6.1. Έκδοχα:** Δεν περιέχονται. **6.2. Ασυμβατότητες:** Καμία. **6.3. Διάρκεια ζωής:** 36 μήνες για προϊόν διατηρημένο σύμφωνα με τις οδηγίες. **6.4. Ιδιαίτερες προφυλάξεις για τη φύλαξη του προϊόντος:** Να φυλάσσεται σε θερμοκρασία μικρότερη των 25 °C. Μετά την αναστολή διατηρείται μία ώρα σε θερμοκρασία μικρότερη των 25 °C. **6.5. Φύση και συστατικά του περιέκτη:** Χάρτινο κουτί που περιέχει ένα γυάλινο φιαλίδιο σφραγισμένο με πάμα flip off και φύλλο οδηγιών χρήσεως. **6.6. Οδηγίες χρήσης-χειρισμός:** Στην ενδομυϊκή χορήγηση: Διαλύστε το περιεχόμενο του φιαλιδίου για 3-4 κ.ε.κ. στείρου απεσταγμένου ύδατος για ένεση. Στην ενδοφλέβια χορήγηση: Διαλύστε το περιεχόμενο του φιαλιδίου (500mg) για 10 κ.ε.κ. στείρου απεσταγμένου ύδατος για ένεση και ενέστε με πολύ αργό ρυθμό (4-5 λεπτά). Για τη χορήγηση σε βραδεία ενδοφλέβια σε στάγδην έγχυση: Το περιεχόμενο του ενεσίμου Staphyclox[®] (500mg) προστίθεται σε ορό των 500ml (η ίδια αναλογία τηρείται και δια πολλαπλάσια), όλων των υγρών ενδοφλεβίου εγχύσεως. Το προς ένεση διάλυμα παρασκευάζεται αμέσως πριν τη χορήγηση. **6.7. Κάτοχος οδείας κυκλοφορίας:** NORMA ΕΛΛΑΣ Α.Ε. • Μενάνδρου 54, 10431 Αθήνα • Τηλ: 210 52.22.282, φαξ: 210 5241368 • E-mail: info@normahellas.gr • http://www.normahellas.gr. **6.8. Παρασκευαστής:** ΦΑΜΑΡ ΑΒΕ (ΕΡΓ. Δ') • 48ον Χιλ. Αθηνών - Λαμίας • 19011 Αιωάννα / Biopharma s.r.l. • Via delle Gerbere 22/30, 00134 Roma, Italia. **7. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** 7281/21-06-2012. **8. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ /ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** 27-9-1982/13-05-2008. **9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 21-06-2012.

Βεβαιώνει να γίνεται με φάρμακα και ασφαλή με
Ανοστήσει
ΟΑΕΣ τις απαιτήσεις ενίσχυσης για
ΟΑΕΣ το φάρμακο
Σταυρογραφία στην "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Υψηλή
Ποιότητα
Ελέγχου



NORMA ΕΛΛΑΣ Α.Ε. Μενάνδρου 54, 10431 Αθήνα,
Τηλ: 210 52 22 282, Fax: 210 52 41 368
E-mail: info@normahellas.gr, http://www.normahellas.gr



Staphyclox[®]

Cloxacillin
pd.inj.sol. 500mg/vial

**Άμεση απάντηση σε λοιμώξεις που ενέχεται
ανθεκτικός και μη *Staphylococcus aureus***



Κόνις για ενέσιμο διάλυμα
1 γυάλινο φιαλίδιο





Xarelto®

rivaroxaban

L. GRMKT.GM.10.2016.0599



Bayer

Κατοχος 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: Novagern Ltd,
Τηλ. 00357 22483858

Τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης
Τηλ: +30 210 6187742, Fax: +30 210 6187522
Email: medinfo.gr.cy@bayer.com

Εταιρεία συμπρωτόθησης
για τα 15 & 20mg

ELPEN

ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωκ. Μαρτύρων 196, 190 09 Πέλοποι Αττικής,
Τηλ: 210 6039326 - 9, Fax: 210 6039300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σιδηροστας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εδν. Αριστοτέλους 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310 459920 - 1, Fax: 2310 459929

Παραίτηση να είναι τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Ασφαρξικά
ΟΑΕΙ ή ασπασματικές ενέσεις για
ΟΑΕ ή φάρμακα
Συμπληρώνοντας τον «ΝΙΤΩΝ ΚΑΡΤΑ»

Πριν τη συνταγογράφηση για κάθε ένδειξη συμβουλευθείτε την αντίστοιχη Περιληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.