



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

**ERS** EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Επιστημονικό  
Πρόγραμμα

11-13 Οκτωβρίου  
2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis  
Ηράκλειο - Κρήτη

Οργάνωση - Γραμματεία



Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας, Αττική  
Τηλ.: 210 6048260, Fax: 210 6047457  
E-mail: vfelekou@free-spirit.gr  
[www.free-spirit.gr](http://www.free-spirit.gr)

# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Περιεχόμενα

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Μήνυμα Προέδρου 3

Διοικητικό Συμβούλιο - Οργανωτική Επιτροπή - Επιστημονική Επιτροπή 4

Επιστημονικό Πρόγραμμα 5

Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών 9

Προφορικές Ανακοινώσεις 12

Αναρτημένες Ανακοινώσεις 24

Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών - Αναρτημένων Ανακοινώσεων 35

### ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Δορυφορικές Διαλέξεις 38

Χρήσιμες Πληροφορίες 39

Ευχαριστίες 41



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Μήνυμα Προέδρου

Αγαπητές και Αγαπητοί συνάδελφοι,

Το 2019 αποτελεί μια σημαντική χρονιά για όλους μας, καθώς το Πανελλήνιο Παιδοπνευμονολογικό Συνέδριο συμπληρώνει δέκα χρόνια παρουσίας στα επιστημονικά δρώμενα της χώρας μας. Δέκα χρόνια αναζήτησης, προσπάθειας για βελτίωση, προσέγγισης των συναδέλφων και ανάδειξης των θεμάτων που τους απασχολούν στην καθημερινή κλινική πράξη.

Στα δέκα αυτά χρόνια έγιναν αρκετά πράγματα και, βέβαια, απομένουν ακόμα πολλά να γίνουν στο μέλλον. Το σημαντικότερο όμως επίτευγμα, αυτό για το οποίο αισθανόμαστε χαρούμενοι και υπερήφανοι, είναι ότι σε αυτό το διάστημα κατορθώσαμε να φέρουμε τους συναδέλφους πιο κοντά και να καθιερώσουμε το Συνεδριό μας ως θεσμό στη συνεχιζόμενη επιμόρφωση των Παιδιάτρων.

Με οδηγό τα παραπάνω, και με πλήρη επίγνωση των αναγκών των συναδέλφων, πραγματοποιούμε το **10<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Παιδοπνευμονολογικό Συνέδριο στο Ηράκλειο της Κρήτης, στις 11-13 Οκτωβρίου 2019**. Φιλοδοξία μας είναι κάθε χρονιά το συνέδριο μας να γίνεται καλύτερο και να αποτελεί εφελθτήριο επιτυχίας και για τα επόμενα. Καθοριστικό ρόλο σε αυτό θα έχετε όλοι εσείς, στηρίζοντας με την ενεργή συμμετοχή σας τη διοργάνωση και ανεβάζοντας το επιστημονικό επίπεδο του Συνεδρίου με τις προτάσεις σας και την εποικοδομητική ανταλλαγή απόψεων με τους διακεκριμένους ομιλητές από την Ελλάδα και το εξωτερικό.

Στην κοινή μας αυτή προσπάθεια, έχουμε πολύτιμο συμπαράστατη - για μια ακόμη χρονιά - την **European Respiratory Society (ERS)**, η οποία στηρίζει το Συνεδριό μας, προσφέροντας την αιγίδα της.

Με τις σκέψεις αυτές, και με τη βεβαιότητα ότι και φέτος θα «αγκαλιάσετε» το Συνέδριο, σας περιμένουμε όλους στο Ηράκλειο.

**Εμμανουήλ Παρασκάκης MD, PhD**

*Αν. Καθηγητής Παιδιατρικής ΔΠΘ*

# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Παιδοπνευμονολογικής Εταιρείας

<b>Πρόεδρος:</b>	<b>Παρασκάκης Ε.</b>
<b>Αντιπρόεδρος:</b>	Χαΐδοπούλου Α.
<b>Γραμματέας:</b>	Γίδαρης Δ.
<b>Ταμίας:</b>	Κυρβασίλης Φ.
<b>Μέλος:</b>	Παπαδοπούλου Α.

## Οργανωτική Επιτροπή

**Πρόεδρος:** Παρασκάκης Ε.

**Μέλη:** Γίδαρης Δ.  
Καδίτης Α.  
Καρανταγλής Ν.  
Κυρβασίλης Φ.  
Παπαδοπούλου Α.  
Φούζας Σ.  
Χαΐδοπούλου Α.

## Επιστημονική Επιτροπή

**Πρόεδρος:** Κουμπουρλής Α.

**Μέλη:** Ανθρακόπουλος Μ.  
Αλεξόπουλος Ε.  
Βαλερή Ρ.  
Γίδαρης Δ.  
Δούρος Κ.  
Εμποριάδου Μ.  
Καδίτης Α.  
Κατσαρδής Χ.  
Κυρβασίλης Φ.  
Λούκου Ι.  
Μαντζουράνη Ε.  
Μιχαηλίδη Ε.  
Παναγιωτοπούλου-Γαρταγάνη Π.  
Παρασκάκης Ε.  
Πασπαλάκη Π.  
Πρίφτης Κ.  
Τσανάκας Ι.  
Τσιλιγιάννης Θ.  
Φούζας Σ.  
Χαΐδοπούλου Α.  
Χατζηπαγόρου Ε.  
Χατζημιχαήλ Α.



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 11 Οκτωβρίου 2019

08:30 - 09:00 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

09:00 - 12:00 Κλινικά Φροντιστήρια

- Σπιρομετρία **Γίδαρης Δ., Καρανταγλής Ν.**
- Τεχνικές λήψης δειγμάτων αναπνευστικού **Βεργαδή Ε.**
- Εκπνεόμενο μονοξείδιο αζώτου **Παρασκάκης Ε.**
- How to write a paper **Bush A.**

12:00 - 12:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12:30 - 15:30 Κλινικά Φροντιστήρια

- Exercise test interpretation **Urquhart D.**
- Ακτινογραφία θώρακος **Ραϊσάκη Μ.**
- Συσκευές χορήγησης εισπνεομένων **Παπαδοπούλη Ε.**
- Βρογχοσκόπηση **Μιχαηλίδου Ε.**

15:30 - 17:00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

17:00 - 17:30 Ομιλίες Βραβευμένων Νέων Ερευνητών

Προεδρείο: **Παρασκάκης Ε., Φούζας Σ.**

- Διαταραχές μηχανικής του πνεύμονα κατά την ήρεμη αναπνοή σε βρέφη και παιδιά προσχολικής ηλικίας **Περικλέους Ε.**
- Αναπνευστική λειτουργία και ικανότητα για άσκηση παιδιών με ιστορικό βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας **Κουρούκλη Ε.**

17:30 - 18:00 Δορυφορική Διάλεξη

18:00 - 19:30 Στρογγυλό Τραπέζι: Αναπνευστικά Νοσήματα Νεογνών

Προεδρείο: **Χατζηδάκη Ε., Πασπαλάκη Π.**

- Βρογχοπνευμονική δυσπλασία **Μερμίρη Δ.**
- Νόσος ακινήτων κροσσών **Δούρος Κ.**
- Η πνευμονοπάθεια της κυστικής ίνωσης **Χατζηαγόρου Ε.**

19:30 - 20:00 Δορυφορική Διάλεξη

20:00 - 20:30 Τελετή Έναρξης

Προεδρείο: **Τσανάκας Ι.**

Η τεχνητή νοημοσύνη στην Ιατρική του Μέλλοντος **Σιαφάκας Ν.**

# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 12 Οκτωβρίου 2019

- 09:00 - 10:30** **Στρογγυλό Τραπέζι: Λοιμώξεις Αναπνευστικού**  
**Προεδρείο: Γαλανάκης Ε., Τσολιά Μ.**
- Ιογενείς και άτυπες πνευμονίες **Κυρβασίλης Φ.**
  - Φυματίωση **Τσολιά Μ.**
  - Αντιμικροβιακοί παράγοντες λοιμώξεων αναπνευστικού **Γαλανάκης Ε.**
  - Αντοχή στα αντιβιοτικά και θεραπευτικές επιλογές **Ανταχόπουλος Χ.**

- 10:30 - 11:00** **Διάλεξη Προσκεκλημένου Ομιλητή**  
**Προεδρείο: Παρασκάκης Ε.**  
The child with asthma that does not respond to treatment **Bush A.**

**11:00 - 11:30** **Δορυφορική Διάλεξη**

**11:30 - 12:00** **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

- 12:00 - 13:30** **Στρογγυλό Τραπέζι: Βρογχικό Άσθμα**  
**Προεδρείο: Κατσαρδής Χ., Χαϊδοπούλου Α.**
- Νέα φάρμακα για το παιδικό άσθμα **Καρανταγλής Ν.**
  - Ηλεκτρονικό τσιγάρο: Παθητικό και ενεργητικό κάπνισμα **Χαϊδοπούλου Α.**
  - Τροφική αλλεργία και άσθμα **Στεφανάκη Ε.**
  - Μακροχρόνιες συνέπειες των θεραπευτικών παρεμβάσεων στην προσχολική ηλικία **Παρασκάκης Ε.**

- 13:30 - 14:30** **Προφορικές - Αναρτημένες Ανακοινώσεις**  
**Προεδρείο: Γίδαρης Δ., Χατζηπαύλου Ε., Παναγιωτοπούλου-Γαρταγάνη Π., Φούζας Σ.**

**14:30 - 15:30** **Γενική Συνέλευση - Εκλογές**

**15:30 - 16:30** **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

**ERS** EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 12 Οκτωβρίου 2019

**16:30 - 18:00** **Στρογγυλό Τραπέζι: Εμβόλια - Βιολογικοί Παράγοντες**

**Προεδρείο: Παπαδοπούλου Ε., Αλεξόπουλος Ε.**

- Αντιπνευμονιοκοκκικό εμβόλιο **Περδικογιάννη Χ.**
- Rsv RV εμβόλια: Θα δώσουν λύσεις; **Φούζας Σ.**
- Anti IgE B **Ξεπαπαδάκη Π.**
- Anti IL5 E **Παρασκάκης Ε.**

**18:00 - 19:00** **Διαλέξεις Προσκεκλημένων Ομιλητών**

**Προεδρείο: Τσανάκας Ι., Ανθρακόπουλος Μ.**

- Cardiopulmonary exercise testing in respiratory disease **Urquhart D.**
- Guidelines for the management of bronchiolitis. Do they make sense? **Koumbourlis A.**

**19:00 - 19:30** **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**19:30 - 21:00** **Στρογγυλό Τραπέζι: Εξωπνευμονικά Νοσήματα και Πνεύμονες**

**Προεδρείο: Κυρβασίλης Φ., Χατζηαγόρου Ε.**

- Νευρομυϊκά νοσήματα και αναπνευστικό σύστημα **Γίδαρης Δ.**
- Σκελετικές ανωμαλίες θώρακα και αναπνευστικό **Παπαδοπούλου Α.**
- Δυσλειτουργία αναπνοής και κατάποσης **Φούζας Σ.**
- Σύνδρομο εισρόφησης και Πνεύμονας: Μύθοι και Αλήθειες **Κυρβασίλης Φ.**



# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Επιστημονικό Πρόγραμμα

Κυριακή 13 Οκτωβρίου 2019

### ERS Session

**08:30 - 10:00** **Session 1: Year in Review**  
**Chair:** *Priftis K., Tsiligiannis T.*

- Asthma *Douros K.*
- Cystic Fibrosis *Loukou I.*
- Bronchology *Priftis K.*
- Sleep *Alexopoulos E.*

**10:00 - 11:30** **Session 2**  
**Chair:** *Paraskakis E., Koumbourlis A.*

- Born too soon: Long term consequences of prematurity *Bush A.*
- NIV in children (acute or long-term) *Urquhart D.*
- The lungs and the brain (pulmonary complications of mental conditions)  
*Koumbourlis A.*

**11:30 - 12:00** **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**12:00 - 13:30** **Session 3**  
**Chair:** *Kaditis A., Tsanakas I.*

- Paediatric Lung Transplantation: When and how *Kotzia D.*
- Circadian Rhythms, Health and Disease *Chrousos G.*
- The role of oximetry and capnography in diagnosis of OSA in children with genetic disorders *Kaditis A.*

**13:30 - 15:00** **Session 4**  
**Chair:** *Anthrakopoulos M., Tsiligiannis T.*

- Immunodeficiency syndromes and asthma *Ladomenou F.*
- Tracheal abnormalities: Diagnosis and treatment *Tsiligiannis T.*
- Microbial interference in paediatric asthma *Xepapadaki P.*

**15:00 - 16:00** **Discussion - Closing Remarks**





Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία

Endorsed by



ERS

EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών

### **Bush Andrew**

Professor of Paediatrics and Paediatric Respiriology, Imperial College, Consultant Paediatric Chest Physician, Royal Brompton Hospital, London, UK

### **Urquhart Don**

Consultant in Paediatric Respiratory and Sleep Medicine, Royal Hospital for Sick Children, Edinburgh, Honorary Senior Lecturer, Department of Child Life and Health, University of Edinburgh, UK

### **Αλεξόπουλος Εμμανουήλ**

Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδοπνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

### **Ανθρακόπουλος Μιχαήλ**

Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδοπνευμονολογίας Πανεπιστημίου Πατρών, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα Παιδιατρικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

### **Ανταχόπουλος Χαράλαμπος**

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Λοιμωξιολογίας, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

### **Βεργαδή Ελένη**

Παιδίατρος, Πανεπιστημιακή Υπότροφος Παιδιατρικής Κλινικής ΠαΓΝΗ, Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

### **Γαλανάκης Εμμανουήλ**

Παιδίατρος - Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής Παιδιατρικής, Διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο

### **Γίδαρης Δήμος**

Παιδίατρος - Παιδοπνευμονολόγος, MRCPCH, MRCPE, PhD, MSc, PGCertMed, HERMES ERS, Θεσσαλονίκη

### **Δούρος Κωνσταντίνος**

Παιδοπνευμονολόγος - Παιδοαλλεργιολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

### **Καδίτης Αθανάσιος**

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Παιδών «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

### **Καρανταγλής Νικόλαος**

Παιδίατρος - Επιστημονικός Συνεργάτης Α.Π.Θ., Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

### **Κατσαρδής Χαράλαμπος**

Παιδοπνευμονολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, τ. Συντονιστής Διευθυντής Παιδιατρικού - Παιδοπνευμονολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ», Επιστημονικός Συνεργάτης Πειραματικής Φυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

### **Κοτζιά Δόξα**

MD, MSc, MPH, PhD, Post CCT Paediatrician, Locum Consultant in Paediatric Respiratory Medicine, Cambridge University Hospital NHS Foundation Trust, P. Clinical fellow in Paediatric Lung Transplantation, Great Ormond Street Hospital NHS Trust, London, United Kingdom

### **Κουμπουρλής Αναστάσιος**

MD, M.P.H., Chief, Division of Pulmonary & Sleep Medicine, Director, Cystic Fibrosis Center, Children's National Medical Center, Professor of Pediatrics, George Washington University School of Medicine & Health Sciences, Washington DC, U.S.A.

# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών

### **Κουρούκλη Ελεάνα**

Ιατρός, Υποψήφια Διδάκτωρ Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

### **Κυρβασίλης Φώτης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

### **Λαδομένου Φανή**

Παιδιάτρος, Εξειδικευθείσα σε Παιδιατρικές Λοιμώξεις - Ανοσολογία, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ», Ηράκλειο

### **Λούκου Ιωάννα**

Παιδιάτρος - Παιδοπνευμονολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

### **Μερμήρη Δέσποινα**

Παιδιάτρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Μονάδα Αλλεργικών και Αναπνευστικών Νοσημάτων, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, Αθήνα

### **Μιχαλίδου Ελένη**

Παιδιάτρος - Παιδοπνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Παιδιατρική Κλινική ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο

### **Ξεπαπαδάκη Παρασκευή**

Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Αλλεργιολογίας, Μονάδα Αλλεργιολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, Β' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ», Αθήνα

### **Παναγιωτοπούλου-Γαρταγάνη Πολυτίμη**

Παιδιάτρος - Παιδοπνευμονολόγος, Διευθύντρια Παιδοπνευμονολογικού Ιατρείου «ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ», Επιστημονική Συνεργάτης Παιδοπνευμονολογικού Τμήματος Α' Παιδιατρικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

### **Παπαδοπούλη Ευαγγελία**

Παιδιάτρος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Παιδιατρική Κλινική ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο

### **Παπαδοπούλου Αθηνά**

Παιδοαλλεργιολόγος - Παιδοπνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Παιδιατρικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ» - Αλλεργιολογική και Πνευμονολογική Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, Αθήνα

### **Παπαδοπούλου Ελευθερία**

Παιδιάτρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Ιατρείου Παιδικής Παχυσαρκίας και Κλινικής Γενετικής, Παιδιατρική Κλινική ΠαΓΝΗ, Πρόεδρος Παγκρήτιας Παιδιατρικής Εταιρείας, Ηράκλειο

### **Παρασκάκης Εμμανουήλ**

Παιδιάτρος - Παιδοπνευμονολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Παιδιατρική Κλινική Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

### **Πασπαλάκη Πηνελόπη**

Παιδιάτρος - Παιδοπνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Παιδιατρική Κλινική ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο

### **Περδικογιάννη Χρυσούλα**

Παιδιάτρος, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Παιδιατρική Κλινική ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS  
EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών

### **Περικλέους Ευανθία**

MD, MSc, PhD(c), Ειδικευόμενη Παιδιατρικής,  
Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

### **Πρίφτης Κωνσταντίνος**

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής -  
Παιδοπνευμονολογίας, Γ' Παιδιατρική Κλινική  
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό  
Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

### **Ραϊσάκη Μαρία**

Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ακτινολογίας,  
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

### **Σιαφάκας Νικόλαος**

Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας  
Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

### **Στεφανάκη Ευαγγελία**

Παιδιάτρος - Παιδοαλλεργιολόγος, Επιμελήτρια Α',  
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου  
«BENIZELIO», Ηράκλειο

### **Τσανάκας Ιωάννης**

Καθηγητής Παιδιατρικής Πνευμονολογίας Α.Π.Θ.,  
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»,  
Θεσσαλονίκη

### **Τσιλιγιάννης Θεοφάνης**

Αρχιπλοίαρχος Ιατρός Π.Ν. ε.α., Παιδοπνευμονολόγος,  
Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδιατρικής Κλινικής,  
Νοσοκομείο «ΜΗΤΕΡΑ», Αθήνα

### **Τσολιά Μαρία**

Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Λοιμωξιολογίας,  
Διευθύντρια Β' Παιδιατρικής Κλινικής Ιατρικής  
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Παίδων  
«Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ», Αθήνα

### **Φούζας Σωτήριος**

Παιδιάτρος - Παιδοπνευμονολόγος, Επίκουρος  
Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών,  
Πάτρα

### **Χαϊδοπούλου Αικατερίνη**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής  
Πνευμονολογίας, Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ.,  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης  
«ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

### **Χατζηγαύρου Ελπίδα**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής  
- Παιδιατρικής Πνευμονολογίας Α.Π.Θ.,  
Παιδοπνευμονολογική Μονάδα,  
Γ' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο  
Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

### **Χατζηδάκη Ελευθερία**

Επίκουρη Καθηγήτρια Νεογνολογίας,  
Διευθύντρια Νεογνολογικής Κλινικής & ΜΕΝ  
Νεογνών Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

### **Χρούσος Γεώργιος**

Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής και  
Ενδοκρινολογίας, Διευθυντής Ερευνητικού  
Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Υγείας Μητέρας,  
Παιδιού και Ιατρικής Ακριβείας, Επικεφαλής  
Έδρας UNESCO Εφηβικής Υγείας και Ιατρικής  
Ε.Κ.Π.Α., Πρόεδρος Ελληνικού Κολλεγίου  
Παιδιάτρων, Αθήνα

## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ01 - ASSESSING DIFFERENT VALVED HOLDING CHAMBERS (VHC) WITH FACEMASK FOR DELIVERED MASS TO CARINA WITH INHALED CORTICOSTEROID BY PRESSURIZED METERED-DOSE INHALER (pMDI)

Nagel Mark<sup>1</sup>, Suggett Jason<sup>1</sup>, Bracey Amanda<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Trudell Medical International - London, Ontario, Canada

<sup>2</sup> Trudell Medical UK - Basingstoke, United Kingdom

**Introduction and Objectives:** Laboratory evaluation of VHC-facemask add-ons is ideally undertaken simulating conditions of use. We report a study in which VHC-facemask add-on devices for infants and small children use were evaluated using anatomical models.

**Methods:** 2 VHCs with facemask (n=3 devices/group) were evaluated using anatomical models comprised of airway replicas commensurate with that of a 7 month old infant and 4 year old child. Each VHC was prepared to manufacturer instructions, then evaluated by breathing simulator (ASL5000), mimicking a short coordination delay of 2 s followed by age appropriate tidal breathing. The facemask was attached to ADAM-III infant and child anatomical models. The airways were coupled directly to the breathing simulator via a filter below its exit to capture drug particles that would penetrate as far as the carina in a real patient. 5-actuations of fluticasone propionate (50µg, FP) were delivered at 30-s intervals. FP recovered from various locations in the aerosol pathway was subsequently assayed by HPLC-UV spectrophotometry.

**Results:** The distribution of recovered FP from each type of VHC is summarized in Table 1.

Breathing Pattern	Child Pattern 155ml, 25bpm, 1:2 I:E		Infant Pattern 50 ml, 30 BPM, 1:3 I:E	
	Aeolos	AeroChamber Plus® Flow-Vu®	Aeolos	AeroChamber Plus® Flow-Vu®
VHC	32.8±4.1	17.5±1.6	34.9±2.5	20.3±1.8
Facemask	0.5±0.1	1.4±0.2	0.8±0.2	1.4±0.2
Airway	0.2±0.1	1.1±0.2	0.2±0.1	0.5±0.1
Filter at 'Carina'	3.2±1.3	10.1±1.0	0.3±0.1	3.0±0.9

Table 1: FP (mean µg ±SD) recovered from VHCs and Models following tidal breathing

**Conclusions:** Significantly more FP was delivered to the model 'carina' from the AC Plus VHC (p < 0.001), the increased mass counterbalanced by decreased retention of medication within the VHC. It is important that clinicians are aware that large differences in delivery efficiency may exist when a facemask is present.



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ02 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΡΙΟΥ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΥΠΝΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

**Μυλωνά Μαριάννα<sup>1</sup>, Αλεξόπουλος Εμμανουήλ<sup>1</sup>, Σκουλάκης Χαράλαμπος<sup>2</sup>, Λαχανάς Βασίλειος<sup>2</sup>, Λιάκος Παναγιώτης<sup>3</sup>, Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Καδίτης Αθανάσιος<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Εργαστήριο Διαταραχών του Ύπνου, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

<sup>2</sup> Τομέας Ωτορινολαρυγγολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

<sup>3</sup> Τμήμα Βιοχημείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

<sup>4</sup> Εργαστήριο Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Εργαστήριο Διαταραχών του Ύπνου, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α. και Νοσοκομείο Παιδών Αγία Σοφία, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Το Sleep Clinical Record (SCR) είναι ερωτηματολόγιο που βασίζεται σε συμπτώματα σχετιζόμενα με την υπνική άπνοια αλλά και σε ευρήματα από τη φυσική εξέταση. Έχει χρησιμοποιηθεί για την διάγνωση του Συνδρόμου Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας (ΣΑΥΑ) ήπιας βαρύτητας σε παιδιά που η πρόσβαση στην πολυυπνογραφία (PSG) είναι περιορισμένη.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση του SCR στη διάγνωση παιδιών με κλινική υποψία μέτριου και σοβαρού ΣΑΥΑ (δείκτης αποφρακτικών απονοιών - υπονοιών (AHI)  $\geq 5$ /ώρα).

**Υλικό-Μέθοδος:** Σε αυτή την προοπτική μελέτη συμπεριλήφθηκαν παιδιά με ροχαλητό που προσκομίσθηκαν για PSG στο εργαστήριο μας. Υπολογίσθηκε το SCR.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 273 παιδιά (μέση ηλικία  $6,3 \pm 2,53$  έτη, μέσος AHI 2.95 επεισόδια/ώρα (0-61,1)). Η μέση τιμή του SCR ήταν  $6,88 \pm 3,59$ . 43 παιδιά είχαν μέτριο ή σοβαρό ΣΑΥΑ. Τα παιδιά με μέτριο ή σοβαρό ΣΑΥΑ είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή του SCR ( $10,22 \pm 2,94$ ) από αυτά με ήπιο ΣΑΥΑ ( $6,26 \pm 3,36$ ;  $P < 0,001$ ). Η ευαισθησία του SCR για την διάγνωση του μέτριου ή σοβαρού ΣΑΥΑ ήταν 90,69% και η ειδικότητα 52,17%. Η θετική προγνωστική αξία του SCR ήταν 26,17% και η αρνητική προγνωστική αξία ήταν 96,77%.

**Συμπέρασμα:** Η χρησιμότητα του SCR στην διάγνωση των παιδιών με μέτριο ή σοβαρό ΣΑΥΑ είναι περιορισμένη.

### ΠΑ03 - ΝΕΟΤΕΡΟΙ ΚΑΠΝΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

**Λάγιου Όλγα<sup>1</sup>, Θεοδωρακόπουλος Ηλίας<sup>1</sup>, Λυκούρας Δημοσθένης<sup>1</sup>, Ανθρακόπουλος Μιχάλης<sup>1</sup>, Latzin Philipp<sup>2</sup>, Φούζας Σωτήρης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Παιδοπνευμονολογική Μονάδα Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, Πάτρα

<sup>2</sup> Πνευμονολογικό Τμήμα Πανεπιστημιακού Παιδιατρικού Νοσοκομείου Βέρνης, Ελβετία

**Εισαγωγή:** Ο δείκτης πνευμονικής κάθαρσης (LCI) αποτελεί καθιερωμένο μέτρο πνευμονικής ανομοιογένειας στην κυστική ίνωση (ΚΙ). Παρόμοιες πληροφορίες μπορεί επίσης να εξαχθούν από την καπνογραφία όγκου. Ωστόσο, οι κλασικοί καπνογραφικοί δείκτες στερούνται τυποποίησης και έχουν αποδειχθεί κατώτεροι του LCI.

**Σκοπός:** Ανάπτυξη νέων καπνογραφικών δεικτών πνευμονικής ανομοιογένειας (CIIs) και αξιολόγησή τους σε παιδιά με ΚΙ.



# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Προφορικές Ανακοινώσεις

**Υλικό:** Δεδομένα έκπλυσης αζώτου μέσω πολλαπλών αναπνοών με ταυτόχρονη καπνογραφία από 33 παιδιά με ΚΙ και 13 μάρτυρες συγκρίσιμης ηλικίας.

**Μέθοδος:** Οι CIs υπολογίστηκαν βάσει θεωρητικού μοντέλου ως η σχετική διαφορά συγκέντρωσης CO<sub>2</sub> μεταξύ νεκρού χώρου και κυψελιδικού διαμερίσματος (CI1) ή εκπνεόμενου κυψελιδικού αέρα (CI2).

**Αποτελέσματα:** Ο LCI ήταν υψηλότερος στα παιδιά με ΚΙ (10,3±2,6 έναντι 6,8±0,5, P<0,001). Οι CIs ήταν επίσης υψηλότεροι στην ομάδα της ΚΙ (CI1: 7,5±2,0% έναντι 4,2±1,0%, P<0,001 και CI2 9,5±2,4% έναντι 5,6±1,2%, P<0,001) και η συσχέτισή τους με τον LCI πολύ καλή (CI1 ρ=0.749, P<0,001 και CI2 ρ=0.762, P<0,001). Η διακριτική τους ικανότητα ήταν εξαιρετική (CI1<sub>AUC</sub>=0,937, CI2<sub>AUC</sub>=0,932) και συγκρίσιμη με του LCI (LCI<sub>AUC</sub>=0,946).

**Συμπεράσματα:** Η διαγνωστική ικανότητα των νέων καπνογραφικών δεικτών ήταν εξαιρετική και παρόμοια με εκείνη του LCI. Αυτοί οι δείκτες θα μπορούσαν να αποτελέσουν μια απλούστερη και οικονομικότερη εναλλακτική για την αξιολόγηση της πνευμονικής ανομοιογένειας σε παιδιά με ΚΙ.

## ΠΑ04 - ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ, ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΑΣΘΜΑ

**Κολιοφώτη Ελεάνα-Γεωργία, Λάγιου Όλγα, Ψυχογιού Σαββούλα, Φούζας Σωτήρης, Ανθρακόπουλος Μιχάλης**

*Παιδοπνευμονολογική Μονάδα Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών*

**Εισαγωγή:** Η συσχέτιση μεταξύ επιπέδου ελέγχου της νόσου, ποιότητας ζωής και αναπνευστικής λειτουργίας σε ασθενείς με άσθμα δεν είναι επαρκώς γνωστή.

**Σκοπός:** Συσχέτιση μεταξύ επιπέδου ελέγχου της νόσου, ποιότητας ζωής και αναπνευστικής λειτουργίας σε εφήβους με άσθμα.

**Υλικό:** 212 έφηβοι (12-17 ετών) με ελεγχόμενο άσθμα (κριτήρια GINA).

**Μέθοδος:** Η εκτίμηση ελέγχου του άσθματος πραγματοποιήθηκε με τα ερωτηματολόγια ACT και ACQ, ενώ της ποιότητας ζωής με το εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο AQLQs και το γενικό ερωτηματολόγιο KINDSCREEN-52. Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από τους ασθενείς εντός 35-55 min. Ακολούθησε σπιρομέτρηση και δοκιμασία βρογχοδιαστολής. Αξιολογήθηκαν οι FEV<sub>1</sub>, FEV<sub>1</sub>/FVC και η % μεταβολή του FEV<sub>1</sub> μετά τη βρογχοδιαστολή (ΔFEV<sub>1</sub>).

**Αποτελέσματα:** Τα ερωτηματολόγια ACT και ACQ είχαν μεταξύ τους ισχυρή συσχέτιση, αλλά η συσχέτιση με τα ερωτηματολόγια AQLQs και KINDSCREEN-52 ήταν εξαιρετικά φτωχή. Η συσχέτιση μεταξύ ACT/ACQ και αναπνευστικής λειτουργίας ήταν μικρή έως μέτρια (μέγιστο ρ=-0,391). Αντιθέτως, η συσχέτιση του AQLQs με την αναπνευστική λειτουργία ήταν καλή έως πολύ καλή (FEV<sub>1</sub> ρ=0,571, FEV<sub>1</sub>/FVC ρ=0,457, ΔFEV<sub>1</sub> ρ=-0,864).

**Συμπεράσματα:** Τα κλασικά ερωτηματολόγια ACT και ACQ δεν αποδίδουν με ακρίβεια το επίπεδο ποιότητας ζωής και την αναπνευστική λειτουργία των εφήβων με ελεγχόμενο άσθμα. Παραδόξως, το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής AQLQs σχετίζεται περισσότερο με την αναπνευστική λειτουργία σε αυτόν τον πληθυσμό.





Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία

Endorsed by



ERS  
EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ05 - ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

**Κουρούκλη Ελεάνα<sup>1</sup>, Sharron Matthew<sup>2</sup>, Κουμπουρλής Αναστάσιος<sup>3</sup>, Perez F. Geovanny<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Division of Critical Care Medicine, Children's National Medical Center, Washington, D.C.

<sup>3</sup> Division of Pulmonary Medicine, Children's National Medical Center, Washington, D.C.

**Εισαγωγή:** Η τραχειοστομία απαιτείται σε βρέφη με ανάγκη μακροχρόνια υποστήριξης της αναπνοής, ή σοβαρή απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού.

**Σκοπός:** Να εκτιμηθεί κατά πόσο η τραχειοστομία επηρεάζει την πορεία της νόσου, ανάλογα με την ένδειξη για τη διενέργειά της.

**Υλικό:** Νεογνά και βρέφη στα οποία τοποθετήθηκε τραχειοστομία.

**Μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη και συλλογή δεδομένων από το ιστορικό ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Διενεργήθηκε τραχειοστομία σε 46 βρέφη, 30 για υποστήριξη της αναπνοής (ομάδα Α) και 16 για απόφραξη αεραγωγού (ομάδα Β). Η μέση διάρκεια κύησης και το βάρος γέννησης ήταν χαμηλότερα στην ομάδα Α (29±6vs.35±6 εβδομάδες, 1379±984vs.2435±1117g, p<0.05), ενώ η μέση ηλικία κατά την διενέργεια τραχειοστομίας και η διάρκεια νοσηλείας ήταν μικρότερες στην ομάδα Β (ηλικία: 135±86vs.66±57 ημέρες, 217±147vs.58±70 ημέρες νοσηλείας, p<0.05). Δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στις επισκέψεις στα επείγοντα και στις επανεισαγωγές στο νοσοκομείο. Η πιθανότητα επίσκεψης στα επείγοντα ήταν αυξημένη στα εξαιρετικά πρόωρα βρέφη και των δυο ομάδων (OR=0.26, p<0.05). Το FIO<sub>2</sub> μειώθηκε τις εβδομάδες μετά την τραχειοστομία στην ομάδα Α, ενώ οι συνεδρίες φυσικοθεραπείας/εργοθεραπείας αυξήθηκαν σημαντικά και στις δυο ομάδες (1.06±1.5vs.2.9±2.7, p<0.05).

**Συμπέρασμα:** Η κλινική πορεία μετά την τοποθέτηση τραχειοστομίας καθορίζεται πρωτίστως από το υποκείμενο νόσημα, κυρίως την προωρότητα και τη σοβαρή ΒΠΔ. Η τραχειοστομία φαίνεται να προάγει την αποκατάσταση των ασθενών.

### ΠΑ06 - ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΕΝΑ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΓΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ;

**Γιαννακουλάκος Σταύρος<sup>2</sup>, Χατζηπαγούρου Ελπίδα<sup>1</sup>, Κουρούκλη Ελεάνα<sup>1</sup>, Νούσια Λεμονιά<sup>1</sup>, Κουϊδής Ευαγγελία<sup>2</sup>, Μάντσιου Χρυσάνθη<sup>1</sup>, Καμπούρας Αστέρας<sup>1</sup>, Δεληγιάννης Αστέριος<sup>2</sup>, Τσανάκας Ιωάννης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup> Εργαστήριο Αθλητικής, ΤΕΦΑΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** 1) Η εκτίμηση της καρδιακής μορφολογίας και λειτουργίας σε ασθενείς με κυστική ίνωση (ΚΙ) σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες, 2) Η εκτίμηση της επίδρασης ενός εξατομικευμένου προγράμματος άσκησης



## Προφορικές Ανακοινώσεις

στην πνευμονική λειτουργία, την ικανότητα για άσκηση και την καρδιακή λειτουργία σε νεαρούς ασθενείς με ΚΙ.

**Μέθοδος:** Μελετήθηκαν δεκαπέντε ασθενείς με ΚΙ (ηλικίας  $13.7 \pm 4$  ετών) και 15 υγιείς μάρτυρες συγκρίσιμης ηλικίας. Η αναπνευστική λειτουργία εκτιμήθηκε με σπιρομέτρηση (FEV1) και Καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (VO2peak) και διενεργήθηκε doppler-υπερηχοκαρδιογραφία. Οι ασθενείς με ΚΙ συμμετείχαν σε ένα ετήσιο εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης και επανεκτιμήθηκαν σε ένα χρόνο.

**Αποτελέσματα:** Αρχικά, ο μέσος FEV1%pred ήταν  $92.4 \% (\pm 21)$ , και το μέσο VO2peak%pred  $77.3 \% (\pm 18)$ . Η υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση έδειξε σημαντική μείωση της συστολικής λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας όπως εκτιμήθηκε με τη συστολική μετατόπιση του τριγωνικού δακτυλίου (TAPSE) σε ποσοστό 19%, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Μετά την εφαρμογή του εξατομικευμένου προγράμματος άσκησης για ένα χρόνο, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στην ικανότητα για άσκηση ( $\Delta$  VO2peak% =  $+13.7$ ,  $p=0.009$ ). Η αναπνευστική λειτουργία καθώς και η καρδιακή μορφολογία και λειτουργία παρέμειναν σταθερές ( $\Delta$ FEV1%:  $0.88$ ,  $p=0.722$ ).

**Συμπεράσματα:** Ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης μπορεί να βελτιώσει την καρδιοαναπνευστική επάρκεια σε ασθενείς με κυστική ίνωση χωρίς μεταβολή της καρδιακής μορφολογίας και λειτουργίας.

## ΠΑ07 - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

**Μάντισου Χρυσάνθη, Χατζηγαδούρου Ελπίδα, Λιάλιας Ιωάννης, Κουρούκλη Ελεάνα, Νούσια Λεμονιά, Τσανάκας Ιωάννης**

*Παιδοπνευμονολογική Μονάδα και Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίδρασης των διαφορετικών τύπων βρογχικής λοίμωξης και των αναπνευστικών συμπτωμάτων στην έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας.

**Μέθοδος:** Ογδόντα εννέα παιδιά και ενήλικες με ΚΙ (μέση ηλικία (SD)  $11.71 (6)$  έτη) πραγματοποίησαν 1340 μετρήσεις με Τεστ Έκπλησης Πολλαπλών Αναπνοών (MBW) και 980 σπιρομετρήσεις σε διαδοχικές επισκέψεις σε περίοδο 5 ετών. Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων, καταγράφηκαν τα συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα καθώς και οι πνευμονικές εξάρσεις. Καταγράφηκαν επίσης η λοίμωξη από *Pseudomonas Aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *aspergillus*, *candida*, *Achromobacter*, *Acinetobacter*, *Serratia* and *Stenotrophomonas Maltophilia* που απομονώθηκαν σε καλλιέργεια πτυέλων.

**Αποτελέσματα:** Οι περισσότερες παράμετροι εκτίμησης της αναπνευστικής λειτουργίας έδειξαν σημαντική επιδείνωση με την ηλικία. Μεταξύ αυτών, ο δείκτης LCI μπορούσε να εκτιμήσει με τη μεγαλύτερη ευαισθησία τον τύπο της λοίμωξης ( $p < 0.0001$ ). Ο αποικισμός από *Pseudomonas aeruginosa*-, *Staphylococcus aureus*-, και η επιδείνωση των αναπνευστικών συμπτωμάτων (βήχας, πτύελα) βρέθηκαν να προβλέπουν σημαντικά το δείκτη LCI,  $p < 0.001$ ,  $R2 = 0.463$ .

**Συμπεράσματα:** Ο δείκτης LCI εκτιμά την εξέλιξη της πνευμονικής νόσου και εμφανίζει σημαντική μεταβολή σε επιδείνωση των αναπνευστικών συμπτωμάτων και σε εμφάνιση βακτηριακών λοιμώξεων σε παιδιά με ΚΙ. Αποτελεί συνεπώς ένα χρήσιμο εργαλείο εκτίμησης της νόσου και κατέχει σημαντικό ρόλο στην παρακολούθηση των ασθενών με ΚΙ.



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ08 - ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΕΞΑΡΣΕΩΝ

**Λιάλιας Ιωάννης, Χατζηπαύρου Ελπίδα, Μάντσιου Χρυσάνθη, Κουρούκλη Ελεάνα, Νούσια Λεμονιά, Αβραμίδου Βασιλική, Τσανάκας Ιωάννης**

*Παιδοπνευμονολογική Μονάδα και Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

**Σκοπός:** 1) Να εκτιμηθούν οι μεταβολές των παραμέτρων που μετρούνται με τη δοκιμασία έκπλυσης Αζώτου με πολλαπλές αναπνοές MBW κατά τη διάρκεια των πνευμονικών εξάρσεων σε σύγκριση με μια πρόσφατη μέτρηση σε σταθερή κατάσταση, 2) Να συγκριθεί ο δείκτης κάθαρσης πνευμόνων - LCI και οι αλλαγές στην πνευμονική λειτουργία σε πνευμονική έξαρση μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων ασθενών με κυστική ίνωση (ΚΙ).

**Μέθοδος:** Πενήντα έξι ασθενείς με ΚΙ υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση και μέτρηση του LCI σε διαδοχικές επισκέψεις σε διάστημα 5 ετών. Καταγράψαμε 103 εξάρσεις και εκτιμήσαμε την έκπωση της αναπνευστικής λειτουργίας και της ανομοιογένειας αερισμού σε πνευμονική έξαρση (FVC, FEV1, FEF25-75) (Multiple Breath Washout indices: FRC, LCI, LCI5, M1/M0, M2/M0, Scond, Sacin).

**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν 103 εξάρσεις σε 56 ασθενείς με ΚΙ (μέση ηλικία (sd) 11.1 (2.57) έτη, 53% άρρενες). Το LCI αυξήθηκε σημαντικά στις εξάρσεις ( $\Delta LCI = 2.28$ ,  $p < 0.0001$ ). Η πνευμονική λειτουργία περιορίστηκε σημαντικά ( $\Delta FEV1\% = -11.85$ ,  $p < 0.0001$ ;  $\Delta FEF50 = -16.14$ ,  $p = 0.0001$ ). Η μέση μεταβολή των τιμών LCI, LCI5 και M2/M0 διέφερε σημαντικά μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Η  $\Delta LCI$  ήταν μεγαλύτερη στους εφήβους ( $\Delta LCI = 3.2$ ,  $p < 0.0001$ ).

**Συμπεράσματα:** Η ομοιογένεια του αερισμού περιορίστηκε σε σημαντικότερο βαθμό μεταξύ των εφήβων, υποδεικνύοντας ότι οι πνευμονικές εξάρσεις είναι σοβαρότερες σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα.

### ΠΑ09 - ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ ΠΑΙΔΙΑ. ΠΟΙΟ ΤΟ ΟΦΕΛΟΣ ΠΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ;

**Χρυσοχούου Ελισσάβετ-Άννα, Κυρβασίλης Φώτης, Χατζηπαύρου Ελπίδα, Τσανάκας Ιωάννης**

*Αναπνευστική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

**Σκοπός:** Η εκτίμηση του κόστους για το Σύστημα Υγείας από παιδιά υποστηριζόμενα με τεχνολογικό εξοπλισμό, που εντάχθηκαν σε πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας (ΚΟΝ).

**Ασθενείς - Μέθοδος:** 2 Νοσηλεύτριες και 2 φυσικοθεραπεύτριες επισκέπτονταν κατ' οίκον τα εξαρτώμενα από τεχνολογικό εξοπλισμό παιδιά σε εβδομαδιαία βάση και είχαν ως κέντρο αναφοράς την Γ' Παιδιατρική ΑΠΘ. Υπολογίστηκαν το κόστος, οι ημέρες νοσηλείας, οι προγραμματισμένες επισκέψεις, οι έκτακτες εισαγωγές στη ΜΕΘ ένα χρόνο πριν και ένα χρόνο μετά την ένταξή τους στο Πρόγραμμα.

**Αποτελέσματα:** 40 παιδιά συμμετείχαν στη μελέτη (μέση ηλικία 6,07 έτη, 20 γαστροστομία, 18 τραχειοστομία και 14 μηχανική υποστήριξη). Η μέση τιμή στις προγραμματισμένες επισκέψεις ήταν 2.67 πριν και 3.15 μετά ( $p = 0,153$ ). Η μέση τιμή στις έκτακτες επισκέψεις ήταν 1.67 πριν και 0.97 μετά ( $p = 0,011$ ). Η μέση τιμή στις ημέρες

## Προφορικές Ανακοινώσεις

νοσηλείας ήταν 42.25 ένα χρόνο πριν και 11.35 ένα χρόνο μετά ( $p < 0.001$ ). Η μέση τιμή στις ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν 19.7 πριν και 2.10 μετά ( $p < 0.001$ ). Η μέση τιμή κόστους για το Σύστημα Υγείας ήταν 14,344 Euro πριν και 7,938 Euro μετά από ένα χρόνο ( $p < 0.001$ ).

**Συμπέρασμα:** Η εφαρμογή του προγράμματος της ΚΟΝ μείωσε σημαντικά τις ημέρες Νοσηλείας των ασθενών και σχεδόν υποδιπλασίασε το Κόστος για το Σύστημα Υγείας.

## ΠΑ10 - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ

**Τσούπρου Μαρία<sup>1</sup>, Χρήστου Βαγγέλης<sup>2</sup>, Αντωνιάδη Μαρίτα<sup>3</sup>, Κολιοφώτη Ελεάνα-Γεωργία<sup>4</sup>, Θεοδωράκου Ελένη<sup>5</sup>, Λιαγκάκη Μαρία-Ελένη<sup>6</sup>, Μωρίκη Δάφνη<sup>7</sup>, Δούρος Κωνσταντίνος<sup>7</sup>, Πρίφτης Κωνσταντίνος<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

<sup>2</sup> Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Αγλαΐα Κυριακού», Αθήνα

<sup>3</sup> Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης, Αθήνα

<sup>4</sup> Ιδιωτικό παιδιατρικό ιατρείο, Πάτρα

<sup>5</sup> Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Ρίο

<sup>6</sup> Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

<sup>7</sup> Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η θέση της Παιδιατρικής Πνευμονολογίας ως εξειδίκευσης της Παιδιατρικής ποικίλει από χώρα σε χώρα εντός της Ευρώπης, με μεγάλες ανισότητες στον αναλογικό αριθμό εξειδικευμένων παιδοπνευμονολόγων. Ποικίλει επίσης η αντίληψη των παιδιάρων για την εξειδίκευση.

**Σκοπός:** Η καταγραφή της άποψης των παιδιάρων σχετικά με τις εξειδικεύσεις, και ειδικότερα την Παιδιατρική Πνευμονολογία στην Ελλάδα.

**Υλικό - Μέθοδος:** Διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε νοσοκομειακούς παιδιάρους και ειδικευόμενους σε Αθήνα, Πάτρα και Κόρινθο, καθώς και σε ιδιώτες. Επεστράφησαν και αναλύθηκαν 200 ερωτηματολόγια.

**Αποτελέσματα:** Οι παιδίατροι κρίνουν ως καταλληλότερο τον παιδοπνευμονολόγο για τη φροντίδα του παιδιού με μέτριο-σοβαρό άσθμα (71,1%), χρόνιο βήχα (79,7%), και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις αναπνευστικού (61,5%). Παρομοίως για τη διενέργεια πράξεων, όπως η βρογχοσκόπηση (79,1%), οι λειτουργικές δοκιμασίες πνευμόνων (95,2%) και η μελέτη ύπνου (70,1%) ( $p < 0.01$ ). Αντίθετα, στην επιπλεγμένη πνευμονία (47,1%) και τη φυματίωση (56,7%, με διαφορά νοσοκομειακών από ιδιωτών) θεωρήθηκε καταλληλότερος ο παιδοαλλεργιολόγος. Στη διενέργεια των δερματικών αλλεργικών δοκιμασιών καταλληλότερος θεωρήθηκε ο παιδοαλλεργιολόγος (84,5%). Τέλος, 97% θεωρεί ότι η παιδοπνευμονολογία ως αναγνωρισμένη εξειδίκευση θα βελτιώσει αρκετά ως πολύ το παρεχόμενο επίπεδο περίθαλψης στα παιδιά, ενώ 66% κρίνει ως ανεπαρκή την εκπαίδευση που έλαβε στα νοσήματα του αναπνευστικού.

**Συμπέρασμα:** Αναγνωρίζεται η συμβολή πρωτίστως του παιδοπνευμονολόγου και άλλων εξειδικεύσεων στην αποτελεσματική αντιμετώπιση νοσημάτων του αναπνευστικού. Διαπιστώνεται η ανάγκη αναγνώρισης της εξειδίκευσης καθώς και της συστηματικής δια βίου εκπαίδευσης σε παιδοπνευμονολογικά θέματα.



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ11 - ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΚΑΠΝΟ ΤΣΙΓΑΡΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΑΣΘΜΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

**Περικλέους Ευανθία<sup>1</sup>, Νένα Ευαγγελία<sup>2</sup>, Φούζας Σωτήρης<sup>3</sup>, Στειρόπουλος Πασχάλης<sup>4</sup>, Ανθρακόπουλος Μιχαήλ<sup>3</sup>, Χατζημιχαήλ Αθανάσιος<sup>1</sup>, Τσαλκίδης Άγγελος<sup>1</sup>, Παρασκάκης Εμμανουήλ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Παιδιατρική Κλινική Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ), Αλεξανδρούπολη

<sup>2</sup> Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας του Περιβάλλοντος, ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

<sup>3</sup> Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

<sup>4</sup> Πνευμονολογική Κλινική ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

**Εισαγωγή:** Οι μετρήσεις ήρεμης αναπνοής (HA) προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες για τις μηχανικές ιδιότητες του πνεύμονα. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των παραμέτρων HA σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με άσθμα και αλλεργική ρινίτιδα (AR) σε σχέση με την έκθεση σε καπνό τσιγάρου.

**Υλικό - Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις HA σε 141 παιδιά προσχολικής ηλικίας ( $46,8 \pm 17$  μηνών): 65 με άσθμα χωρίς AR και σε 76 με άσθμα και AR. Αξιολογήθηκε η μεταβολή α) του χρόνου μέχρι την μέγιστη εκπνευστική ροή προς τον χρόνο εκπνοής (ΔΤΡΕΦ/Τε%), και β) του όγκου μέχρι την μέγιστη εκπνευστική ροή προς τον όγκο εκπνοής (ΔVΡΕΦ/Ve%), μετά από χορήγηση 300mcg σαλβουταμόλης.

**Αποτελέσματα:** Τα παιδιά που εκτέθηκαν σε καπνό τσιγάρου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν μεγαλύτερο ΔVΡΕΦ/VE και ΔΤΡΕΦ/TE, είτε έπασχαν μόνο από άσθμα ( $P < 0,001$  και  $P = 0,014$  αντίστοιχα) είτε έπασχαν από άσθμα και AR ( $P = 0,011$  και  $P = 0,006$  αντίστοιχα). Παρομοίως, τόσο τα ασθματικά παιδιά χωρίς AR όσο και εκείνα με AR που εκτέθηκαν σε καπνό τσιγάρου κατά τη διάρκεια του θηλασμού, είχαν μεγαλύτερο ΔVΡΕΦ/VE ( $P = 0,018$  και  $P = 0,035$  αντίστοιχα) και μεγαλύτερο ΔΤΡΕΦ/TE ( $P = 0,006$  και  $P = 0,001$  αντίστοιχα).

**Συμπέρασμα:** Η έκθεση σε καπνό τσιγάρου ενδομήτρια ή/και κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού επιδεινώνει τις αποφρακτικού τύπου διαταραχές της μηχανικής του πνεύμονα που παρατηρούνται στα ασθματικά παιδιά προσχολικής ηλικίας με ή χωρίς AR.

### ΠΑ12 - ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΜΑΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

**Καρανταγλής Νικόλαος, Κυρβασίλης Φώτης, Χατζηαγόρου Ελπίδα, Κοντούλη Καλλιόπη, Τσανάκας Ιωάννης**

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Το άσθμα αποτελεί τη συχνότερη χρόνια νόσο της παιδικής ηλικίας. Συχνά η νόσος υπέρ ή υποδιαγινώσκεται. Ο έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την εκτίμηση και την παρακολούθηση της πορείας της νόσου.

**Σκοπός:** Η σύγκριση αναπνευστικής λειτουργίας σε ασθματικά παιδιά ένα χρόνο πριν και ένα χρόνο μετά την παρακολούθησή τους σε εξειδικευμένο κέντρο.

**Υλικό - Μέθοδος:** 23 παιδιά ηλικίας 7-14 ετών με άσθμα κατηγορίας III ή IV σύμφωνα με τη GINA 2018. Εξετάστηκε η αναπνευστική τους λειτουργία με σπιρομετρία, δοκιμασία αντιστρεπτότητας και δοκιμασία πρόκλησης με μανιτόλη.



# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Προφορικές Ανακοινώσεις

**Αποτελέσματα:** 23 ασθματικά παιδιά (μέση ηλικία 11 έτη, 65% αγόρια). Μέση (STDev) FEV1%predicted 111.2, FEF% pred 105.2. Θετική δοκιμασία βρογχοδιαστολής παρουσίασε το 35% των ασθενών πριν και το 26% ένα χρόνο μετά την παρακολούθησή τους (35% pre, 26% post,  $p=0.003$ ). Θετική δοκιμασία βρογχικής υπερ-αντιδραστικότητας (aridol test) παρουσίασε το 39% των ασθενών κατά την έναρξη της παρακολούθησης ενώ το 26% αυτών ένα χρόνο μετά ( $p=0.027$ ).

**Συμπεράσματα:** Η παρακολούθηση παιδιών με άσθμα σε εξειδικευμένο κέντρο βελτίωσε την αναπνευστική τους λειτουργία, ενώ ελάττωσε τη βρογχική υπερ-αντιδραστικότητα.

## ΠΑ13 - ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΣΥΡΙΓΜΟΥ

**Καρανταγλής Νικόλαος, Κυρβασίλης Φώτης, Χατζηαγόρου Ελπίδα, Κοντούλη Καλλιόπη, Τσανάκας Ιωάννης**

*Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Τα υποτροπιάζοντα επεισόδια συριγμού είναι συχνά κατά την προσχολική ηλικία με αποτέλεσμα την υπερκατανάλωση αντιβιοτικών φαρμάκων. Η πλατφόρμα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που λειτουργεί στην Ελλάδα από το 2014 παρέχει τη δυνατότητα τεκμηριωμένης εκτίμησης της φαρμακευτικής κατανάλωσης.

**Σκοπός:** Η σύγκριση της χρήσης αντιβιοτικών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με συχνά επεισόδια συριγμού ένα χρόνο πριν και ένα χρόνο μετά την παρακολούθησή τους σε ειδικό παιδοπνευμονολογικό ιατρείο.

**Υλικό - Μέθοδος:** 30 παιδιά ηλικίας 4-6 ετών, με συχνά επεισόδια συριγμού. Μετρήθηκε η κατανάλωση αντιβιοτικών ένα χρόνο πριν και ένα χρόνο μετά από την παραπομπή τους σε ειδικό παιδοπνευμονολογικό ιατρείο, μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και μετά τη λήψη γραπτής συγκατάθεσης από τους κηδεμόνες τους.

**Αποτελέσματα:** Η συνολική χρήση αντιβιοτικών βρέθηκε ελαττωμένη ένα χρόνο μετά την παρακολούθηση των ασθενών σε παιδοπνευμονολογικό ιατρείο. Στατιστικά σημαντική ελάττωση παρατηρήθηκε τόσο στο σύνολο των αντιβιοτικών ( $p=0.002$ ), όσο και στη χρήση κεφαλοσπορινών ( $p<0.05$ ) και μακρολιδών ( $p=0.039$ ).

**Συμπεράσματα:** Η αναγνώριση και κατάλληλη αντιμετώπιση των υποτροπιάζοντων επεισοδίων συριγμού κατά την προσχολική ηλικία μπορεί να ελαττώσει σημαντικά τη χρήση αντιβιοτικών σκευασμάτων.

## ΠΑ14 - ΠΩΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΕΙΤΑΙ Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΣΘΜΑ ΟΤΑΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΚΕΝΤΡΟ

**Καρανταγλής Νικόλαος, Κυρβασίλης Φώτης, Χατζηαγόρου Ελπίδα, Κοντούλη Καλλιόπη, Τσανάκας Ιωάννης**

*Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Το άσθμα αποτελεί τη συχνότερη χρόνια νόσο της παιδικής ηλικίας, με συνέπειες στο επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών αλλά και την κατανάλωση φαρμάκων.





Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS  
EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Προφορικές Ανακοινώσεις

**Σκοπός:** Η σύγκριση της ποιότητας ζωής καθώς και κατανάλωσης φαρμάκων σε ασθματικά παιδιά ένα χρόνο πριν και ένα χρόνο μετά την παρακολούθησή τους σε εξειδικευμένο κέντρο.

**Υλικό - Μέθοδος:** 46 ασθματικά παιδιά ηλικίας 7-14 ετών με νόσο επιπέδου 3 ή 4 (GINA guidelines 2018). Η κατανάλωση φαρμάκων (αντιβιοτικών και αντισταμινικών) μετρήθηκε μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συναγογράφησης και μετά από έγγραφη συγκατάθεση των κηδεμόνων των ασθενών. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε με τη χρήση του σταθμισμένου ερωτηματολογίου DISABKIDS που συμπληρώθηκε τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους γονείς τους.

**Αποτελέσματα:** Τόσο η συνολική χρήση αντιβιοτικών όσο και η χρήση αμοξικιλίνης / κλαβουλανικού παρουσίασαν στατιστικά σημαντική ελάττωση κατά το δεύτερο χρόνο, ενώ το ίδιο συνέβη και με τη χρήση αντισταμινικών. Η σχετιζόμενη με τη νόσο ποιότητα ζωής παρουσίασε στατιστικά σημαντική βελτίωση ( $p < 0.05$ )

**Συμπεράσματα:** Ένα χρόνο μετά από παρακολούθηση σε εξειδικευμένο κέντρο, τα ασθματικά παιδιά κατανάλωσαν σημαντικά λιγότερα αντιβιοτικά και αντισταμινικά φάρμακα ενώ παράλληλα βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής τους.

## ΠΑ15 - ΒΡΕΦΟΣ ΜΕ ΑΓΕΝΕΣΙΑ (ΔΕ) ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΙΚΡΟΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ 22q11.2

**Χρήστος Ευάγγελος<sup>1</sup>, Μπουρούσης Ευάγγελος<sup>1</sup>, Σέρβος Γεώργιος<sup>2</sup>, Χατζηψάλτη Μαρία<sup>1</sup>, Καδίτης Αθανάσιος<sup>3</sup>, Δελής Δημήτρης<sup>1</sup>, Βαζαίου Ανδριανή<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

<sup>2</sup> Τμήμα Παιδιατρικής Καρδιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

<sup>3</sup> Α' Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο μικροελλείμματος 22q11.2 αποτελεί μια ετερογενή κλινική οντότητα που περιλαμβάνει δυσμορφικά χαρακτηριστικά, ανωμαλίες καρδιαγγειακού, ενδοκρινικού, ανοσοολογικού, ουροποιητικού συστήματος και διαταραχές σίψης. Συμβαίνει κυρίως de novo και αφορά 1/3000 έμβρυα. Η ετερόπλευρη αγενεσία της πνευμονικής αρτηρίας αποτελεί σπάνια διαταραχή που εκδηλώνεται είτε στα πλαίσια άλλων καρδιαγγειακών ανωμαλιών είτε μεμονωμένα, ενώ δεν έχει αναφερθεί μέχρι σήμερα στα πλαίσια του παραπάνω συνδρόμου. Η διαγνωστική προσπέλαση παρουσιάζει δυσκολίες και η θεραπευτική αντιμετώπιση απαιτεί εμπειρία και αντιμετώπιση από ειδικό κέντρο.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Άρρεν βρέφος, 35 ημερών, προσήλθε με εμέτους, ανεπαρκή πρόσληψη βάρους και ταχύπνοια. Το βρέφος φέρει ήπιες κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες (υποπλαστικά άνω ζυγωματικά, θολωτή υπερώα, λεπτό άνω χείλος, χαμηλή πρόσφυση ώτων). Στη νοσηλεία του παρουσίασε ανθεκτική υπασβεσταιμία - υπερφωσφαταιμία και πολλαπλά επεισόδια εσθιακών σπασμών. Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή πνευμονική υπέρταση, ανοικτό αρτηριακό πόρο και δευτερογενή μεσοκολπική επικοινωνία και η αξονική αγγειογραφία θώρακος αγενεσία (ΔΕ) πνευμονική αρτηρίας (εικ.1), η οποία επιβεβαιώθηκε με τον καθετηριασμό της πνευμονικής αρτηρίας (εικ.2). Στο μοριακό καρύοτυπο βρέθηκε έλλειμμα μεγέθους 2,6 μεγαβάσεων στη χρωμοσωματική περιοχή 22q11.2 που περιλαμβάνει και το γονίδιο TBX1.



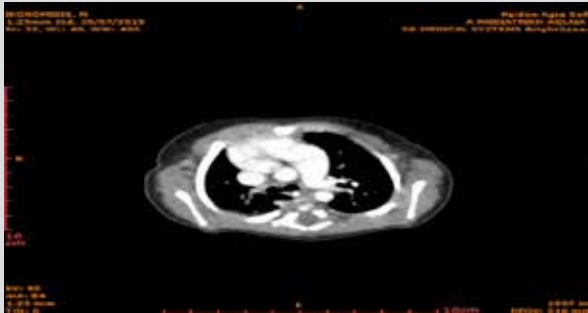
# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

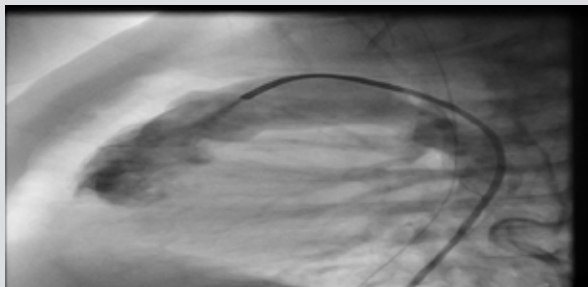
Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Προφορικές Ανακοινώσεις

**Συμπέρασμα:** Σπάνια εκδήλωση του συνδρόμου μικροελλείμματος 22q11.2 με αγενεσία της (ΔΕ) πνευμονικής αρτηρίας η οποία δεν αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία και παρουσιάζει δυσκολία στη θεραπευτική αντιμετώπιση λόγω της μικρής ηλικίας.



Εικ.1: Αξονική αγγειογραφία θώρακος (CTA): Αγενεσία ΔΕ πνευμονικής αρτηρίας



Εικ.2: Καθετηριασμός πνευμονικής αρτηρίας: Αγενεσία (ΔΕ) πνευμονικής αρτηρίας

## ΠΑ16 - ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΣΚΟΛΙΩΣΗ: 4ΕΤΗΣ ΧΡΗΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

**Λαμπίδη Σταυρούλα<sup>1</sup>, Μικελάτου Κατερίνα<sup>1</sup>, Μπούτης Αχιλλέας<sup>2</sup>, Παπαδοπούλου Αθηνά<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Παιδιατρικό Ιατρείο Άσθματος και Αλλεργιών, ΓΝ ΚΑΤ

<sup>2</sup> Τμήμα Σκολίωσης και Σπονδυλικής Στήλης, ΓΝ ΚΑΤ

**Εισαγωγή:** Η ιδιοπαθής σκολίωση της σπονδυλικής στήλης (ΙΣΣΣ) συνήθως αντιμετωπίζεται με την πολύμηννη εφαρμογή κηδεμόνα. Στις ώρες της εφαρμογής παρατηρείται παροδικός περιορισμός της ζωτικής χωρητικότητας αλλά δεν είναι σαφές πώς επηρεάζεται συνολικά η αναπνευστική λειτουργία στη διάρκεια της θεραπείας.

**Υλικό - Μέθοδος:** 62 παιδιά (87% κορίτσια, μέση ηλικία 12,9±1,6 έτη, BMI 19,7±3,54) παρακολούθηθηκαν για 4 έτη (μέσος χρόνος παρακολούθησης 16±6,6 μήνες). Δεκατέσσερα (22,7%) παιδιά έπασχαν θωρακική, 32 (51,6%) θωρακοσφυϊκή και 16 (25,9%) οσφυϊκή σκολίωση ενώ 29 (46,8%) παρουσίαζαν ήπια, 29 (46,8%) μέτρια και 3 (4,8%) σοβαρή σκολίωση.





Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS  
EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Προφορικές Ανακοινώσεις

**Αποτελέσματα:** Η μέση τιμή της FVC στα παιδιά κατά την πρώτη τους επίσκεψη πριν την εφαρμογή κηδεμόνα ήταν  $93,7 \pm 13,7\%$ . Κατά τη διάρκεια παρακολούθησης και ενώ παρατηρείτο βελτίωση ή σταθεροποίηση του βαθμού της σκολίωσης, διαπιστώθηκε σταδιακή μείωση της ζωτικής χωρητικότητας κατά 4%, 10%, 8% και 12% στο 1<sup>ο</sup>, 2<sup>ο</sup>, 3<sup>ο</sup>, και 4<sup>ο</sup> χρόνο παρακολούθησης αντίστοιχα. Το βάρος γέννησης, η ηλικία εφαρμογής του κηδεμόνα, το φύλο και το κάπνισμα των γονέων δεν επηρέασε την πτώση αυτή.

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή κηδεμόνα φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την αναπνευστική λειτουργία των παιδιών με ιδιοπαθή σκολίωση. Η μείωση της ζωτικής χωρητικότητας ήταν εμφανής από το 2<sup>ο</sup> χρόνο εφαρμογής και δεν οφειλόταν σε άλλους παράγοντες κινδύνου. Η συνεχής παρακολούθηση των παιδιών και μετά την ολοκλήρωση της αγωγής σε μεγαλύτερο δείγμα θα βοηθήσει στην διεξαγωγή σαφέστερων συμπερασμάτων.

## ΠΑ17 - ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΟΒΡΟΓΧΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ BURKHOLDERIA. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Πετροχείλου Αργυρή<sup>1</sup>, Κηρύκου Ελένη<sup>2</sup>, Λουρίδα Αθανασία<sup>3</sup>, Τρουπή Ευγενία<sup>1</sup>, Σφίγγος Κίμων<sup>1</sup>, Μουστάκη Μαρία<sup>1</sup>, Λούκου Ιωάννα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

<sup>3</sup> Τμήμα Λοιμώξεων, Α' Παιδιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

**Εισαγωγή:** Η ενδοβρογχική λοίμωξη από *Burkholderia* και ιδιαίτερα *Burkholderia cepacia* σε ασθενείς με κυστική ίνωση συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Λόγω της μετάδοσής της από ασθενή σε ασθενή είναι επίσης σημαντική η τήρηση σωστών μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων για την αποφυγή της διασποράς της εντός τμημάτων κυστικής ίνωσης. Παρουσιάζεται παιδί με κυστική ίνωση και ενδοβρογχική λοίμωξη από *Burkholderia* που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς.

**Παρουσίαση περίπτωσης:** Πρόκειται για κορίτσι 8 ετών με γνωστή κυστική ίνωση που προσήλθε στο Τμήμα με αναφερόμενο βήχα, κυρίως νυκτερινό και με την άσκηση. Κατά την ακρόαση παρατηρήθηκαν μετακινούμενοι υγροί άμφω, ιδίως δεξιά ενώ εμφάνισε μείωση σπιρομέτρησης και επιδείνωση της ακτινολογικής εικόνας σε αξονική τομογραφία θώρακος. Στην καλλιέργεια απομονώθηκε *Burkholderia cepacia* και *Burkholderia gladioli*. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με συνδυασμό ανά τρίμηνο ενδοφλέβιας αγωγής για ένα έτος, από του στόματος αντιβιοτική αγωγή και εισπνεύσιμη Μεροπενέμ/Τομπραμυκίνη εναλλάξ μήνα παρά μήνα. Η κλινική εικόνα και η σπιρομέτρηση της ασθενούς βελτιώθηκαν και η ασθενής επανήλθε στην προηγούμενη της καλή κλινική κατάσταση ενώ οι καλλιέργειες παραμένουν ως σήμερα αρνητικές για *Burkholderia cepacia* και *Burkholderia gladioli*.

**Συμπέρασμα:** Η αντιμετώπιση της *Burkholderia* είναι εφικτή με επιθετική θεραπεία.

# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

### AA01 - ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΜΙΑΣ

**Κορεξενίδου Μαγδαληνή, Κοσμάς Ηλίας, Ψαρράκου Ιωάννα, Κυριλλίδη Δήμητρα, Χατζηεμμανουήλ Κωνσταντίνος**

*Παιδιατρική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας*

**Εισαγωγή:** Η φλεγμονώδης λοίμωξη των βρογχιολίων, η βρογχιολίτιδα, αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες εισαγωγής μικρών ασθενών στις παιδιατρικές κλινικές.

**Σκοπός:** Απαρίθμηση των περιστατικών που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας κατά τη διάρκεια ενός έτους, κατανομή τους ανά ηλικία, φύλο, εποχή και καταγραφή της διάρκειας νοσηλείας.

**Υλικό:** Περιστατικά βρογχιολίτιδας της κλινικής μας από Σεπτέμβριο 2018 έως και Αύγουστο 2019.

**Μέθοδος:** Αναδρομική καταγραφή των στοιχείων από το αρχείο εισαγωγών του Παιδιατρικού Τμήματος του Γ.Ν. Λαμίας.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας 43 περιστατικά ηλικίας από ημερών έως 2 ετών. Από το σύνολο αυτό το 10% αφορούσε βρέφη ημερών έως 2 μηνών, το 44% βρέφη 2-6 μηνών, το 40% βρέφη 6-12 μηνών ενώ το 6% μικρά παιδιά άνω του έτους. Από αυτά το 65% ήταν άρρενα και το 35% θήλεα. Όσον αφορά την εποχιακή τους κατανομή, 9% νόσησε φθινόπωρο, 51% χειμώνα, 28% άνοιξη και 12% καλοκαίρι. Τέλος από ημέρες νοσηλείας που απαιτήθηκαν 19% παρέμεινε 24-48 ώρες, 58% για 3-5 μέρες, 14% για 1 εβδομάδα ενώ περισσότερο της εβδομάδας 9%.

**Συμπέρασμα:** Η συντριπτική πλειοψηφία των κρουσμάτων παρουσιάστηκε από 2 μηνών - 1 έτους (84%), παρατηρήθηκε μια εμφανής υπεροχή-ευαισθησία στο άρρεν φύλο, τα περισσότερα περιστατικά νοσηλεύτηκαν 3-5 μέρες που είναι και θεωρητικά οι δύσκολες, ο χειμώνας είναι η εποχή που κυριαρχεί η λοίμωξη ενώ παρατηρήθηκε και ένας αξιοσημείωτος αριθμός και το καλοκαίρι, προφανώς λόγω των μεταβαλλόμενων πια καιρικών συνθηκών.

### AA02 - ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗΣ ΒΡΟΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΪΝΩΣΗ

**Σκευοφύλαξ Ευθυμία<sup>1</sup>, Πετροχείλου Αργυρή<sup>1</sup>, Μουστάκη Μαρία<sup>1</sup>, Τρουπή Ευγενία<sup>1</sup>, Σφίγγος Κίμων<sup>1</sup>, Καδίτης Αθανάσιος<sup>2</sup>, Λούκου Ιωάννα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Κυστικής Ϊνωσης, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

<sup>2</sup> Παιδοπνευμονολογικό Τμήμα, Α' Παιδιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

**Εισαγωγή:** Η χρήση εισπνεόμενων αντιβιοτικών σε ασθενείς με Κυστική Ϊνωση έχει συσχετιστεί με αποικισμό του βρογχικού τους δένδρου με *Aspergillus fumigatus* που μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση αλλεργικής βροχοπνευμονικής ασπεργίλλωσης (ABPA).

**Σκοπός:** Διερεύνηση πιθανής συσχέτισης της χρήσης εισπνεόμενων αντιβιοτικών με την εκδήλωση ABPA.

**Υλικό:** Χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία από την καταγραφή του έτους 2017 των ασθενών του Τμήματος Κυστικής Ϊνωσης του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» στα πλαίσια του European Cystic Fibrosis Society Patient Registry.

**Μέθοδος:** Έγινε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης για πιθανή συσχέτιση της χρήσης εισπνεόμενων αντιβιοτικών με την εμφάνιση ABPA. Καθώς όλοι οι ασθενείς με ABPA είχαν παγκρεατική ανεπάρκεια, επιλέχθηκαν αντίστοιχοι



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS  
EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

ασθενείς χωρίς ABPA ως ομάδα ελέγχου και ως συγκριτικοί παράγοντες ελέγχσαν η ηλικία και το φύλο. Επίσης συγκρίθηκε ο FEV1%pred μεταξύ των ασθενών με και χωρίς ABPA. Η ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS13.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά μελετήθηκαν 81 ασθενείς (32 άρρενες, μέση ηλικία 16,25 έτη) και 7 ασθενείς είχαν ABPA. Δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της χρήσης εισπνεόμενων αντιβιοτικών με την εμφάνιση ABPA ( $p=0,834$ ) ούτε διαφορά στον FEV1%pred των δύο ομάδων ( $p=0,64$ ).

**Συμπέρασμα:** Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της χρήσης εισπνεόμενων αντιβιοτικών με την εκδήλωση ABPA. Λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος χρειάζονται μεγαλύτερες μελέτες.

### AA03 - ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

**Σκευοφύλαξ Ευθυμία<sup>1</sup>, Πετροχείλου Αργυρή<sup>1</sup>, Μουστάκη Μαρία<sup>1</sup>, Τρουπή Ευγενία<sup>1</sup>, Σφίγγος Κίμων<sup>1</sup>, Καδίτης Αθανάσιος<sup>2</sup>, Λούκου Ιωάννα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

<sup>2</sup> Παιδοπνευμονολογικό Τμήμα, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

**Εισαγωγή:** Από την βιβλιογραφία φαίνεται ότι συμμόρφωση με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες οδηγεί σε βελτίωση της φροντίδας των ασθενών με Κυστική Ίνωση και καλύτερη πνευμονική λειτουργία.

**Σκοπός:** Διερεύνηση ποσοστού χρήσης ενδεδειγμένων θεραπειών από τους ασθενείς του Τμήματος Κυστικής Ίνωσης του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία».

**Υλικό:** Χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία από την καταγραφή του έτους 2017 των ασθενών του Τμήματος Κυστικής Ίνωσης του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» στα πλαίσια του European Cystic Fibrosis Society Patient Registry.

**Μέθοδος:** Έγινε συλλογή των ποσοστών χρήσης DNase, Υπέρτονου Χλωριούχου Νατρίου και Αζιθρομικίνης σε ασθενείς μεγαλύτερων των 6 ετών.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά μελετήθηκαν 193 ασθενείς, 166 (86%) χρησιμοποιούσαν συστηματικά DNase, 123 (63,7%) χρησιμοποιούσαν συστηματικά Υπέρτονο Χλωριούχο Νάτριο και 143 (74%) χρησιμοποιούσαν συστηματικά Αζιθρομικίνη. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την Ευρώπη είναι από 4,1-93,15% για την DNase, 8,36-96,97% για το Υπέρτονο Χλωριούχο Νάτριο και 3,05-52,58% για την Αζιθρομικίνη, ενώ στις Η.Π.Α. ο μέσος όρος είναι 91% για την DNase, 74% για το Υπέρτονο Χλωριούχο Νάτριο και 66% για την Αζιθρομικίνη.

**Συμπέρασμα:** Οι ασθενείς του Τμήματος Κυστικής Ίνωσης του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» λαμβάνουν σε υψηλό ποσοστό τις ενδεδειγμένες για τη νόσο θεραπείες συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α.

### AA04 - ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ CANDIDA AURIS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

**Στάθη Αγγελική<sup>1</sup>, Λούκου Ιωάννα<sup>2</sup>, Κηρύκου Ελένη<sup>1</sup>, Πετροχείλου Αργυρή<sup>2</sup>, Μουστάκη Μαρία<sup>2</sup>, Βελεγράκη Αριστέα<sup>3,4</sup>, Ζαχαριάδου Λεβαντία<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

<sup>2</sup> Τμήμα Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

<sup>3</sup> Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

<sup>4</sup> Τμήμα Μυκητολογίας, BIOMEDICINE SA

**Εισαγωγή:** Το στέλεχος Candida auris προκαλεί διεισδυτικές λοιμώξεις σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς ενώ η κυστική ίνωση δεν συμπεριλαμβάνεται στους προδιαθεσικούς παράγοντες. Παρουσιάζεται νέος ηλικίας 20

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

ετών, με κυστική ίνωση, σε καλλιέργεια πτυέλων του οποίου απομονώθηκε *Candida auris*, για πρώτη φορά στην Ελλάδα ενώ και διεθνώς περιγράφεται για πρώτη φορά σε ασθενή με κυστική ίνωση.

**Παρουσίαση περίπτωσης:** Τον Δεκέμβριο 2018 ο ασθενής εμφάνισε αναπνευστική παρόξυνση και στην καλλιέργεια πτυέλων απομονώθηκαν *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus terreus* και *Candida non albicans* η οποία δεν ταυτοποιήθηκε ως προς το είδος. Ένα μήνα αργότερα λόγω πτώσης της τιμής της FEV1 κατά 30% ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ποσακοναζόλη. Τον Μάρτιο 2019 η αναπνευστική λειτουργία βελτιώθηκε και στην καλλιέργεια φαρυγγικού αναπτύχθηκε φυσιολογική κλωρίδα. Τον Απρίλιο 2019, ο ασθενής παρέμενε σε καλή κλινική κατάσταση με φυσιολογική σπιρομέτρηση. Όμως στην καλλιέργεια πτυέλων απομονώθηκαν *Pseudomonas aeruginosa*, *Alcaligenes denitrificans* και *Candida auris*, όπως ταυτοποιήθηκε με MALDI-TOF MS. Ο ασθενής παραμένει σε καλή κλινική κατάσταση από τον Απρίλιο 2019 οπότε διακόπηκε η ποσακοναζόλη.

**Συμπέρασμα:** Το συγκεκριμένο στέλεχος *Candida*, λόγω και της αντοχής που επιδεικνύει στα περισσότερα αντιμυκητιασικά φάρμακα είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ταυτοποιείται όταν απομονώνεται *Candida non albicans*, για την προστασία των ασθενών με κυστική ίνωση και της κοινότητας.

## AA05 - ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

**Μηλόγλου Αθηνά<sup>2</sup>, Νούσια Λεμονιά<sup>1</sup>, Κουρούκλα Ελεάνα<sup>1</sup>, Χατζηαγόρου Ελπίδα<sup>1</sup>, Χρηστάρα Αλεξάνδρα<sup>2</sup>, Τσανάκας Ιωάννης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup> Τμήμα Φυσικοθεραπείας - ΔΙΠΑΕ

**Σκοπός:** Η συσχέτιση μεταξύ συμμόρφωσης, ποιότητας ζωής, άγχους και κατάθλιψης σε παιδιά με κυστική ίνωση.

**Μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία: The Manchester Cystic Fibrosis Compliance Questionnaire - Ερωτηματολόγιο συμμόρφωσης στην κυστική ίνωση, το ερωτηματολόγιο DISABKIDS για την ποιότητα ζωής, το ερωτηματολόγιο υγείας PHQ-9 για την κατάθλιψη και τέλος το Generalised Anxiety Disorder (GAD-7) για την εκτίμηση του άγχους.

**Αποτελέσματα:** Εκτιμήθηκαν 47 παιδιά με κυστική ίνωση (μέση ηλικία 12 ετών, μέση αναπνευστική λειτουργία FEV1 95.4%). Η πλειοψηφία των παιδιών (46,8%) ανέφερε ότι κάνει τη φυσικοθεραπεία μία ή δύο φορές την ημέρα, κάθε μέρα. Η κατάθλιψη παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής (CF impact, CF treatment,  $r=-0,456$ ,  $p=0,002$ ,  $r=-0,372$ ,  $p=0,012$ , αντίστοιχα). Βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της ποιότητας ζωής (exclusion, medication, general) ( $r=-0,413$ ,  $p=0,015$ ,  $r=-0,369$ ,  $p=0,032$ ,  $r=-0,552$ ,  $p=0,001$ ). Βρέθηκε σημαντική η συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της συμμόρφωσης στη θεραπεία ( $r=-0,298$ ,  $p=0,047$ ). Επιπλέον, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της ποιότητας ζωής (exclusion, general) ( $r=-0,379$ ,  $p=0,025$ ,  $r=-0,494$ ,  $p=0,003$ ).

**Συμπεράσματα:** Το άγχος και η καταθλιπτική συμπτωματολογία έχουν ισχυρή επίδραση στην ποιότητα ζωής αλλά και στο επίπεδο συμμόρφωσης των ασθενών με κυστική ίνωση.



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία

Endorsed by



ERS  
EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

### AA06 - ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

**Χρυσοχόου Ελισάβετ-Άννα, Χατζηαγόρου Ελπίδα, Κυρβασίλης Φώτης, Τσανάκας Ιωάννης**

*Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με κυστική ίνωση απαιτούν συνεχόμενη φροντίδα για τη διαχείριση της χρόνιας νόσου και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας για την κάλυψη των αναγκών τους.

**Σκοπός:** Να εκτιμηθεί η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από γονείς ασθενών με κυστική ίνωση.

**Μέθοδος:** Το ερωτηματολόγιο Child Health Care Satisfaction Utilization Needs (CHC SUN) αξιολογεί την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από την πλευρά των γονέων των ασθενών με κυστική ίνωση.

**Υλικό:** 60 παιδιά και έφηβοι με κυστική ίνωση (53% αγόρια) με μέση ηλικία 12, 07 έτη συμμετείχαν στη μελέτη.

**Αποτελέσματα:** 25% των γονέων δήλωσαν ότι δεν λαμβάνει αλλά θα χρειαζόταν υπηρεσίες αποκατάστασης, 23% εξειδικευμένη νοσηλεύτρια στο σπίτι, 35% δυνατότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας για ιατρικά θέματα, 5% ψυχολογική υποστήριξη, 25% κοινωνικό λειτουργό, 10% συντονισμό υπηρεσιών φροντίδας. Το 65% των γονέων δήλωσαν ικανοποιημένοι με τον τρόπο που ανακοινώθηκε η διάγνωση, το 76% με το ιατρικό προσωπικό, το 54% με τον τρόπο συμπεριφοράς στο σχολικό περιβάλλον.

**Συμπεράσματα:** Είναι σημαντικό να ενθαρρύνεται η αξιολόγηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε γονείς ασθενών με κυστική ίνωση, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες και να βελτιώνεται η φροντίδα των ασθενών.

### AA07 - Η ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΟΠΩΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΞΕΦΑΡΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

**Καμπούρας Αστέριος<sup>1</sup>, Χατζηαγόρου Ελπίδα<sup>1</sup>, Καλαντζής Θωμάς<sup>2</sup>, Αβραμίδου Βασιλική<sup>1</sup>, Κοντούλη Καλλιόπη<sup>1</sup>, Κυρβασίλης Φώτης<sup>1</sup>, Τσανάκας Ιωάννης<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup> Παιδοπνευμονολογική Μονάδα και Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

*<sup>2</sup> Εθνική Στατιστική Υπηρεσία*

**Σκοπός:** Η μελέτη των παραμέτρων του CPET ως προγνωστικών δεικτών για την εμφάνιση πνευμονικών εξάρσεων σε ασθενείς με ΚΙ.

**Μέθοδος - Αποτελέσματα:** Σε διάστημα 10 ετών (2009-2019) 78 ασθενείς με ΚΙ υποβλήθηκαν σε καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης. Ανάλυση με Cox regression ανέδειξε ότι η  $VO_{2peak}\%predicted$  (Hazard ratio (HR), 0.988 (0.975, 1.000)  $p=0.042$ ),  $PetCO_2$  (τελοεκπνευστικό διοξείδιο του άνθρακα στη μέγιστη άσκηση) (HR 0.948 (0.913, 0.984)  $p=0.005$ ), το  $VE/VO_2$ , αναπνευστικό ισοδύναμο για εκπεδούμενο οξυγόνο στη μέγιστη άσκηση (HR 1.032 (1.003, 1.062)  $p=0.033$ ) ήταν σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες για την εμφάνιση πνευμονικής ξέφαρσης σε σύντομο διάστημα από την πραγματοποίηση του CPET. Επιπλέον, ασθενείς με  $VO_{2peak}\%predicted < 60\%$  εμφάνιζαν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν πνευμονική ξέφαρση από ασθενείς με μεγαλύτερη ικανότητα προς άσκηση.



# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

**Συμπεράσματα:** Το CPET παρέχει σημαντικές πληροφορίες για επικείμενη πνευμονική έξαρση σε ασθενείς με ΚΙ. Ασθενείς με  $VO_2$  peak <60% διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο επιδείνωσης. Η τακτική παρακολούθηση των ασθενών με ΚΙ με CPET παρέχει σημαντικές πληροφορίες και μπορεί να κατευθύνει τη θεραπευτική αγωγή.

### ΑΑ08 - ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ: ΜΙΑ ΚΡΥΦΗ ΠΗΓΗ ΕΚΘΕΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

**Γώγου Μαρία, Γιαννόπουλος Ανδρέας, Κειβανίδου Αναστασία, Καραμπατάκης Νικόλαος, Παπαζήση Δήμητρα, Χαϊδοπούλου Κατερίνα**

*Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ*

**Εισαγωγή:** Το γονικό κάπνισμα έχει συσχετισθεί με πληθώρα προβλημάτων υγείας των παιδιών. Παρόλο που αρκετοί γονείς δεν καπνίζουν εντός του σπιτιού, υπάρχουν επιπρόσθετες πηγές έκθεσης στον καπνό, συχνά δύσκολα αναγνωρίσιμες.

**Σκοπός:** Να καταγραφεί η συχνότητα καπνίσματος των γονέων μέσα στο αυτοκίνητο παρουσία ή μη των παιδιών τους.

**Υλικό:** Το υλικό της μελέτης αποτελείται από καπνιστές γονείς παιδιών που νοσηλεύτηκαν ή εξετάστηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία της Β' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ. την περίοδο Ιανουάριος - Ιούνιος 2019.

**Μέθοδος:** Οι γονείς συμπλήρωσαν ανώνυμα ερωτηματολόγια.

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν 84 γονείς (62 γυναίκες, 22 άντρες) ηλικίας  $36,3 \pm 5,9$  ετών. Η διάμεσος τιμή του αριθμού παιδιών ανά οικογένεια ήταν 2. Κάθε γονέας κάπνιζε  $14 \pm 8$  τσιγάρα ημερησίως. Το 23% δήλωσε πως καπνίζει εντός του σπιτιού. Συνολικά, 27 από τους 84 (32%) γονείς καπνίζουν εντός του αυτοκινήτου (60% καθημερινά, 22% < 1 φορά εβδομαδιαίως, 18% 1 φορά εβδομαδιαίως). Το 18% των γονέων καπνίζει στο αυτοκίνητο παρουσία των παιδιών του, ενώ το 20% επιτρέπουν σε τρίτα άτομα να καπνίζουν μέσα στο αυτοκίνητο.

**Συμπέρασμα:** Σημαντικό ποσοστό γονέων καπνίζουν εντός του αυτοκινήτου ή επιτρέπουν σε τρίτα άτομα να καπνίζουν. Δεδομένου ότι ο χρόνος που παραμένουν τα μέλη μιας οικογένειας στο αυτοκίνητο δεν είναι αμελητέος, είναι δυνατό αυτή η συνήθεια να έχει αρνητικές συνέπειες για τα παιδιά.

### ΑΑ09 - ΓΟΝΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΡΕΓΧΩΔΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΥΠΝΟ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΟΥΣ

**Γώγου Μαρία, Γιαννόπουλος Ανδρέας, Καραμπατάκης Νικόλαος, Κειβανίδου Αναστασία, Παπαζήση Δήμητρα, Χαϊδοπούλου Κατερίνα**

*Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ*

**Εισαγωγή:** Είναι γνωστό ότι το κάπνισμα των γονέων συνδέεται με μια σειρά αναπνευστικών προβλημάτων των παιδιών τους.

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ καπνίσματος των γονέων και ρεγχώδους αναπνοής κατά τον ύπνο των παιδιών.



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

**Υλικό:** Μελετήθηκαν ερωτηματολόγια ύπνου που αφορούσαν παιδιά σχολικής ηλικίας.

**Μέθοδος:** Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους γονείς των παιδιών, που νοσηλεύτηκαν ή εξετάστηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία της Β' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ. την περίοδο Ιανουάριος - Ιούνιος 2019.

**Αποτελέσματα:** Συλλέχθηκαν 87 ερωτηματολόγια ύπνου, από τα οποία τα 56 αφορούσαν κορίτσια και τα 31 αγόρια. Η μέση ηλικία των παιδιών ήταν  $9,8 \pm 2,6$  έτη. Ρεγχώδης αναπνοή κατά τον ύπνο αναφέρθηκε σε 18 από τα 87 παιδιά (21%). Άλλες συχνές διαταραχές του ύπνου ήταν οι νυχτερινές αφυπνίσεις (21%) και οι νυχτερινοί εφιάλτες (50%). Τουλάχιστον ένας από τους δύο γονείς ήταν καπνιστής σε 48 από τα 87 παιδιά (55%), εκ των οποίων το 20,8% κάπνιζε και εντός του σπιτιού. Το ποσοστό γονέα-καπνιστή εντός του σπιτιού δε διέφερε σημαντικά μεταξύ παιδιών με και παιδιών χωρίς αναφερόμενη ρεγχώδη αναπνοή κατά τον ύπνο (11% VS 11,5%).

**Συμπέρασμα:** Η σχέση μεταξύ γονικού καπνίσματος και ρεγχώδους αναπνοής κατά τον ύπνο χρήζει περαιτέρω διερεύνησης με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών.

## ΑΑ010 - ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΑ ΚΡΟΣΣΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΣΠΛΑΧΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**Μωρίκη Δάφνη, Σαρβελή Ολυμπία, Καρτσιούνη Ελπίκη, Γαλάνη Αγγελική, Χατζηπαρασίδης Γρηγόρης, Μπουτοπούλου Βαρβάρα, Παπαδόπουλος Μάριος, Γραμμενιάτς Βασίλης, Παπαεαυαγγέλου Βασιλική, Δούρος Κωνσταντίνος, Πρίφτης Κώστας**

*Κέντρο Διάγνωσης και Παρακολούθησης Πρωτοπαθούς Δυσκινησίας Κροσσών, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αττικόν, Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με Πρωτοπαθή Δυσκινησία Κροσσών (ΠΔΚ) εκτός από πλήρη αναστροφή σπλάχνων (*Situs Inversus Totalis*, *SIT*, σύνδρομο *Kartagener*) εμφανίζουν μερική αναστροφή (*Situs Ambiguus*) σε ποσοστό που ποικίλει στις διάφορες μελέτες. Επιπλέον, έχουν αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακών ανωμαλιών ανεξάρτητα από τη θέση των οργάνων.

**Σκοπός:** Η καταγραφή και παρουσίαση των ασθενών με ΠΔΚ και αναστροφή σπλάχνων στην Ελλάδα.

**Υλικό - Μέθοδος:** Καταγράφηκαν αναδρομικά οι ασθενείς που διαγνώστηκαν στο κέντρο της Γ' Παιδιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ κατά την περίοδο 2014-2019. Η διάγνωση τέθηκε με μέτρηση του nNO και μελέτη της κίνησης των κροσσών με HSVMA. Ανάλογα με τη θέση των σπλάχνων, οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: 1) *Situs Solitus* (φυσιολογική διάταξη οργάνων), 2) *Situs Inversus Totalis* και 3) *Situs Ambiguus*.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά εξετάστηκαν 318 ασθενείς. Διάγνωση της ΠΔΚ τέθηκε σε 49 (15,4%), οι οποίοι αποτέλεσαν το δείγμα της μελέτης. Η μέση ηλικία ήταν τα 14,2 έτη (13 ημέρες - 61 έτη, 44,9% άρρενες). Οι 27 (55,1%) είχαν SS, οι 18 (36,7%) SIT και οι 4 (8,2%) SA. Δύο ασθενείς με SA είχαν δεξιοκαρδία, ένας αναστροφή στομάχου και ένας αριστερό κολπικό ισομερισμό-πολυσπληνία. Τέσσερις ασθενείς (8,2%) είχαν καρδιαγγειακές συνοδές ανωμαλίες (2 SS, 1 SIT, 1 SA).

**Συμπεράσματα:** Η αναστροφή των σπλάχνων είναι σύνθετος εύρημα στην ΠΔΚ. Επειδή η ετεροταξία με ή χωρίς συγγενή καρδιοπάθεια εξαρτάται από συγκεκριμένες μεταλλάξεις με διαφορετική κλινική προβολή και φυσική πορεία, οι ασθενείς με όποιον τύπο ετεροταξίας πρέπει να ελέγχονται και για ΠΔΚ.



## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

### Βιβλιογραφία

1. Kennedy MP, Omran H, Leigh MW, Dell S, Morgan L, Molina PL, et al. Congenital heart disease and other heterotaxic defects in a large cohort of patients with primary ciliary dyskinesia. *Circulation* 2007; 115(22): 2814-21.
2. Shapiro AJ, Davis SD, Ferkol T, Dell SD, Rosenfeld M, Olivier KN, et al. Laterality defects other than situs inversus totalis in primary ciliary dyskinesia: insights into situs amiguus and Heterotaxy. *Chest* 2014; 146 (5): 1176-86.
3. Best S, Shoemark A, Rubbo B, Patel MP, Fassad MR, Dixon M, et al. Risk factors for situs defects and congenital heart disease in primary ciliary dyskinesia. *Thorax* 2019; 74 203-205.

## ΑΑ11 - ΤΟ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

### Περίκλειος Ευανθία<sup>1</sup>, Κήττας Χρήστος<sup>2</sup>, Τσίρκα Αντιγόνη<sup>1</sup>, Γραμμενιάτης Βασίλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

<sup>2</sup> Περιφερικό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Εισαγωγή:** Το Μυκόπλασμα της πνευμονίας είναι ένα σημαντικό αίτιο λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού, όντας υπεύθυνο μέχρι το 30-40% των περιπτώσεων πνευμονίας της κοινότητας σε παιδιά και εφήβους. Οι πνευμονικές εκδηλώσεις είναι τυπικά τραχειοβρογχίτιδα και πνευμονία, χαρακτηριζόμενα από βήχα και ενίοτε συριγμό.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρουσίασης είναι η καταγραφή των κλινικών, εργαστηριακών και ακτινολογικών χαρακτηριστικών παιδιών με λοίμωξη αναπνευστικού από Μυκόπλασμα της πνευμονίας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Περιγράφονται επτά περιστατικά παιδιών που νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Χατζηκώστα την περίοδο άνοιξη-καλοκαίρι 2018 λόγω λοίμωξης αναπνευστικού από Μυκόπλασμα της πνευμονίας. Η ανίχνευση του μυκοπλάσματος έγινε με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (RT-PCR).

**Αποτελέσματα:** Η ηλικία κυμαίνονταν από 4-11 ετών. Σχεδόν όλα τα παιδιά είχαν πυρετό, με κύρια χαρακτηριστικά το βήχα και εντοπισμένους τρίζοντες. Σχεδόν τα μισά παιδιά είχαν ταχύπνοια ή ανάγκη για οξυγόνο. Οι δείκτες λοίμωξης ήταν ασθενώς αυξημένοι. Οι ακτινολογικές βλάβες είχαν κυρίως λοβαία εντόπιση και ένα παιδί είχε αποκλειστικά πυλαία αδενίτιδα.

**Συμπεράσματα:** Η λοίμωξη από μυκόπλασμα της πνευμονίας μπορεί να εμφανιστεί σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Δεν παρατηρούνται χαρακτηριστικά κλινικά, εργαστηριακά ή ακτινολογικά ευρήματα που να μπορούν να διαχωρίζουν ευδιάκριτα τη μυκοπλασματική λοίμωξη από ιογενή ή βακτηριακή λοίμωξη του αναπνευστικού. Η χρήση της RT-PCR μπορεί να είναι ωφέλιμη στην ανάδειξη της λοίμωξης αναπνευστικού από Μυκόπλασμα της πνευμονίας.



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS  
EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

### AA12 - Η ΧΡΗΣΗ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΩΝ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΒΡΟΧΕΚΤΑΣΙΣ

**Σαρδελή Ολυμπία<sup>1</sup>, Δούρος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Προύντζος Σπύρος<sup>2</sup>, Αλεξοπούλου Ευθυμία<sup>2</sup>, Μωρίκη Δάφνη<sup>1</sup>, Καρτσιούνη Ελπινίκη<sup>1</sup>, Σακελλαροπούλου Αφροδίτη<sup>1</sup>, Γαλάνη Αγγελική<sup>1</sup>, Ευθυμίου Ευαγγελία<sup>2</sup>, Μοσχοβάκη-Zeiger Ορνέλλα<sup>2</sup>, Πρίφτης Κώστας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Αλλεργιολογική και Πνευμονολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚόν», Αθήνα

<sup>2</sup> Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚόν», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Οι βροχεκτασίες και το άσθμα συχνά παρουσιάζουν παρόμοια χαρακτηριστικά και είναι πιθανό να συνυπάρχουν.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της αναγκαιότητας χρήσης προφυλακτικής χρήσης εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών σε παιδιά με βροχεκτασίες.

**Υλικό - Μέθοδος:** Καταγράφηκαν αναδρομικά οι ασθενείς που παρακολουθούνται στο Παιδοπνευμονολογικό Ει της κλινικής μας και οι οποίοι, κατά τα δύο προηγούμενα έτη (2017-2018), εμφάνιζαν ακτινολογικά εγκατεστημένες βροχεκτασίες. Καταγράφηκαν οι σπιρομετρικοί δείκτες, η παρουσία συριγμού, η δύσπνοια στην προσπάθεια, η προφυλακτική χρήση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών και η χρήση εισπνεόμενης σαλβουταμόλης κατ' επίκληση, καθώς και η παρουσία εικόνας δίκην μωσαϊκού στην CT θώρακος.

**Αποτελέσματα:** Ανευρέθησαν συνολικά 22 κορίτσια και 19 αγόρια με ακτινολογικά ευρήματα εγκατεστημένων βροχεκτασιών. Η μέση (sd) ηλικία των ασθενών ήταν 9.0 (3.8) έτη. Συνολικά 18 ασθενείς (43,9%) εμφάνιζαν ακτινολογικά σημεία απόφραξης. Δεκαεπτά (41,6%) εμφάνιζαν επεισόδια συριγμού, ενώ 6 (14,1%) παιδιά εμφάνιζαν δύσπνοια στην προσπάθεια κατά τα προηγούμενα 2 έτη. Ο μέσος όρος (sd) της προβλεπόμενης (%) FEV1 και του λόγου FEV1/FVC ήταν 91.2 (21.2), και 82.8 (10.1), αντίστοιχα. Είκοσι (48.8%) ασθενείς χρησιμοποιούσαν σαλβουταμόλη κατ' επίκληση. Δεκαεννιά (46.3%) ασθενείς είχαν λάβει εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή για τουλάχιστον 3 μήνες. Τα ακτινολογικά ευρήματα παγίδευσης αέρα συσχετίστηκαν με την προβλεπόμενη (%) FEV1, τον λόγο FEV1/FVC, την παρουσία συριγμού και τη δύσπνοια στην προσπάθεια ( $r = -0.47$ ,  $p = 0.001$ , and  $r = -0.43$ ,  $p = 0.017$ , and  $r = 0.44$ ,  $p = 0.003$ , and  $r = 0.37$ ,  $p = 0.015$ , αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Τα ακτινολογικά ευρήματα απόφραξης σχετίζονται με τιμές σπιρομετρικών δεικτών ενδεικτικών απόφραξης των αεραγωγών και συμπτώματα/σημεία άσθματος. Η δυσκολία στη διάγνωση του άσθματος σε ασθενείς με βροχεκτασίες δικαιολογεί τη θεραπευτική δοκιμή εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών εφόσον συνυπάρχουν ακτινολογικά ή σπιρομετρικά ευρήματα ενδεικτικά απόφραξης.

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

### AA13 - ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΣΤ «CHILDREN RESPIRATORY PHYSIOTHERAPY - CRPh»

Χατζοπούλου Ιωάννα<sup>1</sup>, Νούσια Λεμονιά<sup>2</sup>, Κουρούκλη Ελεάνα<sup>2</sup>, Χατζηγάδου Ελπίδα<sup>2</sup>, Τσανάκας Ιωάννης<sup>2</sup>, Χριστάρα-Παπαδοπούλου Αλεξάνδρα<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Φυσικοθεραπείας - ΔΙΓΠΑΕ

<sup>2</sup> Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η φυσικοθεραπεία, αποτελεί αναπόσπαστο της φροντίδας των ασθενών με ΚΙ και αρχίζει αμέσως μόλις γίνει η διάγνωση της νόσου. Ένα υψηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της κάθαρσης των αεραγωγών και μπορεί να μειώσει ή και να αποτρέψει την έκπτωση της λειτουργίας των πνευμόνων.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να ελεγχθεί η κλινική σημασία μιας δοκιμασίας αξιολόγησης παιδιών και εφήβων με ΚΙ.

**Μέθοδος:** Η αξιολόγηση και παρέμβαση απευθύνθηκε συνολικά σε 30 παιδιά και εφήβους, ηλικίας 8 έως 18 ετών, με διαγνωσμένη. Έγινε λήψη του ιστορικού, αξιολόγηση και κλινική εκτίμηση των ασθενών με τη χρήση του πρωτοκόλλου και τέλος, η μέτρηση των παραμέτρων αναπνευστικής λειτουργίας με σπιρομέτρηση.

**Αποτελέσματα:** Βρέθηκε ότι η σωματική δραστηριότητα, η εκπαίδευση και εφαρμογή των τεχνικών αναπνευστικής φυσικοθεραπείας από τον ίδιο τον ασθενή βελτιώνουν τους δείκτες αναπνευστικής λειτουργίας. Ωστόσο με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,05$ ) βρέθηκε ότι τα άτομα που κάνουν μόνο τους φυσικοθεραπεία φαίνεται πως έχουν καλύτερη αναπνευστική λειτουργία από αυτά που κάνουν φυσικοθεραπεία με κάποιον γονέα ή φυσικοθεραπευτή.

**Συμπέρασμα:** Οι παιδιατρικοί ασθενείς με ΚΙ θα πρέπει να εκπαιδεύονται στις κατάλληλες αναπνευστικές ασκήσεις με απώτερο στόχο την αυτόνομη εφαρμογή των τεχνικών, που φαίνεται πως επιφέρει και καλύτερα αποτελέσματα.

### AA014 - ΠΝΕΥΜΑΤΟΚΗΛΕΣ (ΑΕΡΩΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ) ΣΕ ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

Βαλερή Ροζαλία, Γίδαρης Δήμος, Παπαδημητρίου Ελένη, Τζιντζόβα Αικατερίνη, Τσουρτσούλα Αθηνά, Χαρίση Κωνσταντίνα

Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Οι πνευμονοκήλες είναι κύστεις που χαρακτηρίζονται από λεπτό τοίχωμα και περιεχόμενο αέρα. Δημιουργούνται λόγω νέκρωσης των κυψελών και καταστροφής του διαχωριστικού τους τοιχώματος.

**Σκοπός:** Η μελέτη της φυσικής πορείας, της εξέλιξης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 84 περιπτώσεις με πνευμονικό εμπύημα που νοσηλεύτηκαν μεταξύ 2004-2012. Σε ποσοστό 21% (18 παιδιά) προέκυψαν πνευμονοκήλες. Από την ακτινογραφία θώρακα και την αξονική τομογραφία καθορίστηκε η θέση, το μέγεθος και η εξέλιξή τους. Η κλινική πορεία και η θεραπευτική αντιμετώπιση αξιολογήθηκαν.

**Αποτελέσματα:** Η ηλικία των ασθενών κυμάνθηκε από 5 μηνών -13 ετών (Μ.Η. 4,3 έτη). Σε 16 παιδιά οι πνευμονοκήλες ήταν ετερόπλευρες (μονήρεις ή πολλαπλές) και σε 2 παιδιά με νεκρωτική πνευμονία



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

αμφοτερόπλευρες. Ο κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας ήταν ο σταφυλόκοκκος aureus, ενώ σε 3 παιδιά ο πνευμονόκοκκος. Σε 14 παιδιά (78%) οι πνευμονοκίηλες υποχώρησαν πλήρως χωρίς επιπλοκές με την αποδρομή της λοίμωξης (διάρκεια 20 ημέρες -2 μήνες). Πνευμονοκίηλη τάσης εμφάνισε 1 παιδί, με προοδευτική αύξηση των διαστάσεων (> 60% των ημιθωρακίου) προκαλώντας σοβαρή ατελεκτασία, υποξαιμία και αιμοδυναμική αστάθεια. Αντιμετωπίστηκε με παροχέτευση - τοποθέτηση billow. Σε 3 παιδιά χρειάστηκε χειρουργική αντιμετώπιση (τμηματική πνευμονεκτομή, αποφλοίωση) λόγω παραμονής της αερώδους κύστης, πάχυνση του τοιχώματος και δημιουργία βροχοπνευμονικού συριγγίου.

**Συμπέρασμα:** Οι περισσότερες περιπτώσεις πνευμονικών πνευμονοκίηλων υποχωρούν αυτόματα με την αποδρομή της λοίμωξης. Ορισμένες απαιτούν στενή κλινική παρακολούθηση λόγω αργής υποχώρησης και του κινδύνου επιπλοκών. Η παραμονή των ευρημάτων, σοβαρή ατελεκτασία, ανάπτυξη πνευμονικού αποστήματος ή συριγγίου επιβάλλουν άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

## ΑΑ015 - ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΠΟΦΛΟΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΜΠΥΗΜΑ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΑ

**Γίδαρης Δήμος, Τζιτζιόβα Αικατερίνη, Παπαδημητρίου Ελένη, Τσουρτσούλα Αθηνά, Βούρδα Ελίνα**

*Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, παιδιών με εμπύημα του θώρακα, η αντιμετώπιση με αντιβιοτική θεραπεία και θωρακική παροχέτευση επαρκεί για την ευνοϊκή εξέλιξη των περιστατικών. Ωστόσο ένας μικρός αριθμός παιδιών δεν βελτιώνεται.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της εμπειρίας μας από 6 περιστατικά όπου υποβλήθηκαν σε αποφλοίωση του πνεύμονα, λόγω μη υποχώρησης του εμπύηματος μετά από συντηρητική θεραπεία περίπου 28 ημερών.

**Υλικό-Μέθοδος:** Ανασκοπήθηκαν οι φάκελοι 6 παιδιών 3-12 ετών (Μ.Η. 5,5 έτη) που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας το χρονικό διάστημα 1999-2006 με εμπύημα θώρακα.

**Αποτέλεσμα:** Τα περιστατικά οδηγήθηκαν σε αποφλοίωση του πνεύμονα διότι δεν παρουσίασαν κλινική βελτίωση μετά από 20-40 ημέρες νοσηλείας, παρά το τριπλό ή τετραπλό σχήμα αντιβίωσης και της θωρακικής παροχέτευσης του πάσχοντος ημιθωρακίου (bullau). Κύρια κλινικά ευρήματα ήταν η αναπνευστική δυσχέρεια, η ταχύπνοια, η ασύμμετρη έκπτυξη του θωρακικού τοιχώματος, η επιμονή του πυρετού και η λευκοκυττάρωση. Η αξονική τομογραφία υψηλής ευκρίνειας (HRCT) του θώρακα, σε όλες τις περιπτώσεις έδειξε πάχυνση του υπεζωκότα, εκτεταμένες παρεγχυματικές περιοχές με εγκλωβισμένο αέρα ή βροχοπνευμονοπυεζωκοτικά συρίγγια (2 περιστατικά). Από τις καλλιέργειες πλευριτικού υγρού απομονώθηκε streptococcus pneumoniae (1 παιδί) staphylococcus aureus (1 παιδί) ενώ στις υπόλοιπες 4 περιπτώσεις οι καλλιέργειες ήταν αρνητικές. Μετά την αποφλοίωση όλα τα παιδιά ιάθηκαν εντός 7-10 ημερών. Η παροχέτευση αφαιρέθηκε, η αντιβιοτική αγωγή σταμάτησε, ο πυρετός και οι δείκτες φλεγμονής επανήλθαν σε φυσιολογικά επίπεδα.

**Συμπέρασμα:** Στις περιπτώσεις που τα αντιβιοτικά και η θωρακική παροχέτευση δεν έχουν αποτέλεσμα, η αποφλοίωση του πνεύμονα έχει απόλυτη ένδειξη γιατί προκαλεί σοβαρές επιπλοκές, δεν απαιτεί μακροχρόνια νοσηλεία και δίνει εξαιρετικά άπώτερα αποτελέσματα.

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

### AA16 - ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΑΣΘΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 12 ΕΤΩΝ

**Λαμπίδη Σταυρούλα, Κρυώνη Μαρία, Παυλάτου Μαρίνα, Παπαδοπούλου Αθηνά**

*Παιδιατρικό Ιατρείο Άσθματος και Αλλεργιών, ΓΝ ΚΑΤ, Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Η αντιασθματική θεραπεία χρησιμοποιείται ευρέως σε διαφορές λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού, ανεξάρτητα από τις κατευθυντήριες οδηγίες. Η μελέτη αυτή αποσκοπεί στην καταγραφή της χρήσης από τα παιδιά των βορείων προαστίων που επισκέφτηκαν γενικό παιδιατρικό ιατρείο, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

**Υλικό-Μέθοδος:** 306 παιδιά (50% αγόρια, μέσης ηλικίας 10,8±3,6 χρ) που προσήλθαν στο ιατρείο για αιμοληψία στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο σχετικά με την χρήση αντιασθματικής αγωγής τα προηγούμενα χρόνια.

**Αποτελέσματα:** Το 1/4 των βρεφών και το 1/4 των παιδιών προσχολικής ηλικίας έχει λάβει κορτικοειδή από το στόμα ή iv για μέσω διάστημα 6±7 και 11±21 ημερών αντίστοιχα χωρίς να διαπιστωθεί συσχέτιση με το φύλο, την περιγεννητική περίοδο ή την χρήση στεροειδών στην εγκυμοσύνη. Η χρήση εισπνεόμενων κορτικοειδών κυριαρχεί στην προσχολική ηλικία (40%), σχεδόν μαζί με κάθε χρήση β- διεγέρτη, για μέσω διάστημα 74 ±106 ημερών. Η χρήση της μοντελουκάστης ήταν περιορισμένη και κυρίως σε παιδιά > 2 ετών σε ποσοστό 6% για μέσω διάστημα 125±82 και 195±267 ημέρες αντίστοιχα στην προσχολική και σχολική ηλικία συνολικά.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση συστηματικών στεροειδών στην βρεφική ηλικία ήταν υψηλή και δυσανάλογη με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Επιπλέον παρατηρείται η τάση χρήση εισπνεόμενων στεροειδών σε κάθε χρήση β διεγέρτη. Η ανάγκη καλύτερης εκπαίδευσης και ενημέρωσης των παιδιών θεωρείται απαραίτητη.



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία

Endorsed by



ERS  
EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Ευρετήριο Συγγραφέων

<b>Bracey Amanda</b>	ΠΑ01	<b>Κηρύκου Ελένη</b>	ΠΑ17, ΑΑ04
<b>Latzin Philipp</b>	ΠΑ03	<b>Κήπτας Χρήστος</b>	ΑΑ11
<b>Nagel Mark</b>	ΠΑ01	<b>Κλειτσάκης Κωνσταντίνος</b>	ΑΑ01
<b>Perez F. Geovanny</b>	ΠΑ05	<b>Κολιοφώτη Ελεάνα-Γεωργία</b>	ΠΑ04, ΠΑ10
<b>Sharron Matthew</b>	ΠΑ05	<b>Κοντούλη Καλλιόπη</b>	ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ14, ΑΑ07
<b>Suggett Jason</b>	ΠΑ01	<b>Κορεξινίδου Μαγδαληνή</b>	ΑΑ01
<b>Αβραμίδου Βασιλική</b>	ΠΑ08, ΑΑ07	<b>Κοσμάς Ηλίας</b>	ΑΑ01
<b>Αλεξόπουλος Εμμανουήλ</b>	ΠΑ02	<b>Κουϊδής Ευαγγελία</b>	ΠΑ06
<b>Αλεξοπούλου Ευθυμία</b>	ΑΑ12	<b>Κουμπουρλής Αναστάσιος</b>	ΠΑ05
<b>Ανθρακόπουλος Μιχαήλ</b>	ΠΑ03, ΠΑ04, ΠΑ11	<b>Κουρούκλη Ελεάνα</b>	ΠΑ05, ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ08, ΑΑ05, ΑΑ13
<b>Αντωνιάδη Μαρίτα</b>	ΠΑ10	<b>Κρυώνη Μαρία</b>	ΑΑ16
<b>Βαζαίου Ανδριανή</b>	ΠΑ15	<b>Κυρβασίλης Φώτης</b>	ΠΑ09, ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ14, ΑΑ06, ΑΑ07
<b>Βαλερή Ροζαλία</b>	ΑΑ14	<b>Κυριλλίδη Δήμητρα</b>	ΑΑ01
<b>Βελεγράκη Αριστέα</b>	ΑΑ04	<b>Λάγιου Όλγα</b>	ΠΑ03, ΠΑ04
<b>Βούρδα Ελίνα</b>	ΑΑ15	<b>Λαμπίδη Σταυρούλα</b>	ΠΑ16, ΑΑ16
<b>Γαλάνη Αγγελική</b>	ΑΑ10, ΑΑ12	<b>Λαχανάς Βασίλειος</b>	ΠΑ02
<b>Γιαννακούλας Σταύρος</b>	ΠΑ06	<b>Λιαγκάκη Μαρία-Ελένη</b>	ΠΑ10
<b>Γιαννόπουλος Ανδρέας</b>	ΑΑ08, ΑΑ09	<b>Λιάκος Παναγιώτης</b>	ΠΑ02
<b>Γίδαρης Δήμος</b>	ΑΑ14, ΑΑ15	<b>Λιάλιας Ιωάννης</b>	ΠΑ07, ΠΑ08
<b>Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος</b>	ΠΑ02	<b>Λούκου Ιωάννα</b>	ΠΑ17, ΑΑ02, ΑΑ03, ΑΑ04
<b>Γραμμενιάτης Βασίλης</b>	ΑΑ10, ΑΑ11	<b>Λουρίδα Αθανασία</b>	ΠΑ17
<b>Γώγου Μαρία</b>	ΑΑ08, ΑΑ09	<b>Λυκούρας Δημοσθένης</b>	ΠΑ03
<b>Δελιγιάννης Αστέριος</b>	ΠΑ06	<b>Μάντσιου Χρυσάνθη</b>	ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ08
<b>Δελής Δημήτρης</b>	ΠΑ15	<b>Μηλόγλου Αθηνά</b>	ΑΑ05
<b>Δούρος Κωνσταντίνος</b>	ΠΑ10, ΑΑ10, ΑΑ12	<b>Μικελάτου Κατερίνα</b>	ΠΑ16
<b>Ευθυμίου Ευαγγελία</b>	ΑΑ12	<b>Μοσχοβάκη-Zeiger Ορνέλλα</b>	ΑΑ12
<b>Ζαχαριάδου Λεβαντία</b>	ΑΑ04	<b>Μουστάκη Μαρία</b>	ΠΑ17, ΑΑ02, ΑΑ03, ΑΑ04
<b>Θεοδωρακόπουλος Ηλίας</b>	ΠΑ03	<b>Μπουρούσης Ευάγγελος</b>	ΠΑ15
<b>Θεοδωράκου Ελένη</b>	ΠΑ10	<b>Μπούτης Αχιλλέας</b>	ΠΑ16
<b>Καδίτης Αθανάσιος</b>	ΠΑ02, ΠΑ15, ΑΑ02, ΑΑ03	<b>Μπουτοπούλου Βαρβάρα</b>	ΑΑ10
<b>Καλαντζής Θωμάς</b>	ΑΑ07	<b>Μυλωνά Μαριάννα</b>	ΠΑ02
<b>Καμπούρας Αστέριος</b>	ΠΑ06, ΑΑ07	<b>Μωρίκη Δάφνη</b>	ΠΑ10, ΑΑ10, ΑΑ12
<b>Καραμπατάκης Νικόλαος</b>	ΑΑ08, ΑΑ09		
<b>Καρανταγλής Νικόλαος</b>	ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ14		
<b>Καρτσιούνη Ελπινίκη</b>	ΑΑ10, ΑΑ12		
<b>Κειβανίδου Αναστασία</b>	ΑΑ08, ΑΑ09		



# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Ευρετήριο Συγγραφέων

<b>Νένα Ευαγγελία</b>	ΠΑ11	<b>Χατζημμανουήλ Κωνσταντίνα</b>	ΑΑ01
<b>Νούσια Λεμονιά</b>	ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ08, ΑΑ05, ΑΑ13	<b>Χατζημιχαήλ Αθανάσιος</b>	ΠΑ11
<b>Παπαδημητρίου Ελένη</b>	ΑΑ14, ΑΑ15	<b>Χατζηπαρασιδής Γρηγόρης</b>	ΑΑ10
<b>Παπαδόπουλος Μάριος</b>	ΑΑ10	<b>Χατζηψάλτη Μαρία</b>	ΠΑ15
<b>Παπαδοπούλου Αθηνά</b>	ΠΑ16, ΑΑ16	<b>Χατζοπούλου Ιωάννα</b>	ΑΑ13
<b>Παπαευαγγέλου Βασιλική</b>	ΑΑ10	<b>Χρηστάρα Αλεξάνδρα</b>	ΑΑ05
<b>Παπαζήση Δήμητρα</b>	ΑΑ08, ΑΑ09	<b>Χρήστου Ευάγγελος</b>	ΠΑ10, ΠΑ15
<b>Παρασκάκης Εμμανουήλ</b>	ΠΑ11	<b>Χριστάρα-Παπαδοπούλου Αλεξάνδρα</b>	ΑΑ13
<b>Παυλάτου Μαρίνα</b>	ΑΑ16	<b>Χρυσοχόου Ελισσάβετ-Άννα</b>	ΠΑ09, ΑΑ06
<b>Περικλέους Ευανθία</b>	ΠΑ11, ΑΑ11	<b>Ψαρράκου Ιωάννα</b>	ΑΑ01
<b>Πετροχείλου Αργυρή</b>	ΠΑ17, ΑΑ02 ΑΑ03 ΑΑ04	<b>Ψυχογιού Σαββούλα</b>	ΠΑ04
<b>Πρίφτης Κωνσταντίνος</b>	ΠΑ10, ΑΑ10 ,ΑΑ12		
<b>Προύντζος Σπύρος</b>	ΑΑ12		
<b>Σακελλαροπούλου Αφροδίτη</b>	ΑΑ12		
<b>Σαρδελή Ολυμπία</b>	ΑΑ10, ΑΑ12		
<b>Σέρβος Γεώργιος</b>	ΠΑ15		
<b>Σκευοφύλαξ Ευθυμία</b>	ΑΑ02, ΑΑ03		
<b>Σκουλάκης Χαράλαμπος</b>	ΠΑ02		
<b>Στάθη Αγγελική</b>	ΑΑ04		
<b>Στειρόπουλος Πασχάλης</b>	ΠΑ11		
<b>Σφίγγος Κίμων</b>	ΠΑ17, ΑΑ02, ΑΑ03		
<b>Τζιντζόβα Αικατερίνη</b>	ΑΑ14, ΑΑ15		
<b>Τρουπή Ευγενία</b>	ΠΑ17, ΑΑ02, ΑΑ03		
<b>Τσαλκίδης Άγγελος</b>	ΠΑ11		
<b>Τσανάκας Ιωάννης</b>	ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ08, ΠΑ09, ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ14, ΑΑ05, ΑΑ06, ΑΑ07, ΑΑ13		
<b>Τσίρκα Αντιγόνη</b>	ΑΑ11		
<b>Τσούπρου Μαρία</b>	ΠΑ10		
<b>Τσουρτσούλα Αθηνά</b>	ΑΑ14, ΑΑ15		
<b>Φούζας Σωτήρης</b>	ΠΑ03, ΠΑ04, ΠΑ11		
<b>Χαϊδοπούλου Κατερίνα</b>	ΑΑ08, ΑΑ09		
<b>Χαρίση Κωνσταντίνα</b>	ΑΑ14		
<b>Χατζηγαγούρου Ελπίδα</b>	ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ08, ΠΑ09, ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ14, ΑΑ05, ΑΑ06, ΑΑ07, ΑΑ13		





Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

# ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ



# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Δορυφορικές Διαλέξεις

Παρασκευή 11 Οκτωβρίου 2019

17:30 - 18:00



**Αντιγηριπικός εμβολιασμός στα παιδιά: Ένα βήμα προς την ολοκληρωμένη προστασία**

**Προεδρείο:** *Βαλερή Ροζαλία*, Παιδίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Μονάδα Αναπνευστικών & Αλλεργικών Νοσημάτων Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

**Ομιλητής:** *Καρανταγλής Νικόλαος*, Παιδίατρος - Επιστημονικός Συνεργάτης Α.Π.Θ., Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

19:30 - 20:00



**Genetics and Clinical Manifestations of residual CFTR function CF disease**

**Προεδρείο:** *Χατζηαγόρου Ελπίδα*, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Πνευμονολογίας Α.Π.Θ., Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

**Ομιλητής:** *Kerem Eitan*, M.D., Chairman Department of Pediatrics, Head Pediatric pulmonology and cystic fibrosis, Hadassah University Medical Center, Professor in Pediatrics, Hebrew University, Hadassah Medical School, Jerusalem, Israel

Σάββατο 12 Οκτωβρίου 2019

11:00 - 11:30



**Λογική αντιγηριπικού εμβολιασμού στα παιδιά**

**Πρόεδρος:** *Κυρβασιλης Φώτης*, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

**Ομιλητής:** *Γίδαρης Δήμος*, Παιδίατρος - Παιδοπνευμονολόγος, MRCPCH, MRCPE, PhD, MSc, PGCertMed, HERMES ERS, Θεσσαλονίκη



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία

Endorsed by



**ERS** EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Χρήσιμες Πληροφορίες

### ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το 10<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Παιδοπνευμονολογικό Συνέδριο της Ελληνικής Παιδοπνευμονολογικής Εταιρείας θα πραγματοποιηθεί στο Ηράκλειο Κρήτης, στο ξενοδοχείο Aquila Atlantis, **11-13 Οκτωβρίου 2019**.

### ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟΣ ΧΩΡΟΣ

**Ξενοδοχείο Aquila Atlantis**, Υγείας 2, Τ.Κ. 712 02 Ηράκλειο, Κρήτη

Τηλ.: 281 022 9103, fax: 2810 226 265

e-mail: [info.at@aquilahotels.com](mailto:info.at@aquilahotels.com), [www.aquilahotels.com](http://www.aquilahotels.com)

### ΓΛΩΣΣΑ

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

### ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Κατηγορία	Κόστος
Ειδικευμένοι	120,00€
Ειδικευόμενοι	70,00€
Νοσηλευτές & λοιποί Επαγγελματίες Υγείας	40,00€
Προπτυχιακοί Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

**Σημείωση:** Σε όλα τα παραπάνω κόστη περιλαμβάνεται ΦΠΑ 24%.

Οι συμμετέχοντες με δωρεάν εγγραφή θα πρέπει να επιδεικνύουν σχετικό έγγραφο που θα αποδεικνύει την ιδιότητά τους.

#### Το δικαίωμα συμμετοχής για τους συμμετέχοντες περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση επιστημονικού προγράμματος
- Συνεδριακό υλικό
- Είσοδο στον εκθεσιακό χώρο
- Βεβαίωση παρακολούθησης για όλους τους συμμετέχοντες
- Πιστοποιητικό παρακολούθησης με μόρια για τους ιατρούς (εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης)

# 10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

11-13 Οκτωβρίου 2019

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis, Ηράκλειο - Κρήτη

## Χρήσιμες Πληροφορίες

### ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ (BADGES)

Οι κονκάρδες (badges) παραδίδονται από τη Γραμματεία του Συνεδρίου και είναι απαραίτητες για την είσοδο τόσο στις συνεδριακές αίθουσες 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 τις συνεδριακές αίθουσες.

### ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου έχει μοριοδοτηθεί με **είκοσι τρία (23) Μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης** από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (ΠΙΣ). Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση (θα αποσταλεί ηλεκτρονικά μετά το πέρας του Συνεδρίου) έχει κάθε ιατρός ο οποίος έχει παρακολουθήσει τουλάχιστον 60% των ωρών του επιστημονικού προγράμματος. Δορυφορικά συμπόσια και δορυφορικές διαλέξεις δε μοριοδοτούνται. Η καταμέτρηση του χρόνου παρακολούθησης θα γίνεται με τη χρήση αναγνωστών γραμμωτού κώδικα (barcode scanners) στις κονκάρδες των Συνέδρων.

### ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Η παραλαβή των βεβαιώσεων παρακολούθησης θα γίνει από τη Γραμματεία του Συνεδρίου, την **Κυριακή 13 Οκτωβρίου 2019**, μετά τη λήξη του Συνεδρίου.

### ΕΚΘΕΣΗ

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών και άλλων προϊόντων.

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΥΣ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί Γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων, στην οποία παρακαλούνται οι ομιλητές να παραδίδουν την παρουσίασή τους τουλάχιστον **μία ώρα** πριν από την προγραμματισμένη ώρα παρουσίασης της ομιλίας τους. Σύμφωνα με τη νομοθεσία, όλοι οι συμμετέχοντες υποχρεούνται στην αρχή της ομιλίας τους και συγκεκριμένα στη 2η διαφάνεια μετά τον τίτλο της διάλεξης, να αναφέρονται σε οποιαδήποτε σύγκρουση συμφερόντων.

### ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Η Οργανωτική Επιτροπή και η Εταιρεία Οργάνωσης του Συνεδρίου δε φέρουν καμία ευθύνη για τυχόν τραυματισμό ή απώλεια οποιασδήποτε φύσεως, καθώς επίσης και για οποιαδήποτε πιθανή φθορά, απώλεια ή κλοπή προσωπικών αντικειμένων των συμμετεχόντων.



Ελληνική  
Παιδοπνευμονολογική  
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή  
του 10<sup>ου</sup> Πανελληνίου Παιδοπνευμονολογικού Συνεδρίου  
ευχαριστεί τις παρακάτω εταιρίες  
για τη συμβολή τους στην πραγματοποίησή του

**AeroChamber**  
*Plus* **Flow-Vu**

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



**SANOFI**



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

**I. M. ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ Α.Ε.** | ΑΠΟ ΤΟ 1979  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ







TAKING CARE ○○○○○○

# BRAMITOB®

*Tabramycin 300mg/4ml for Inhalation*



BRAMITOB 1-03/2013

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

CHIESI HELLAS A.E.Θ.Ε.  
Πλ. Γερουλάνου & Ρένου Πόγγη 1, 174 55 Άλιμος, Αθήνα  
Τηλ.: +30 210 61 79 763, Fax: +30 210 61 79 786  
e-mail: [chiesihellas@chiesi.com](mailto:chiesihellas@chiesi.com)

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



# Modulair<sup>®</sup>

Μοντελουκάστη



## Ανάσα Ζωής



Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την ΓΧΤ ή το προϊόντος