



**Αναρτημένες  
Ανακοινώσεις**

## **ΑΑ001 ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

**Καραγιαννάκη Αναστασία, Μελιόκκη Βασιλική, Περίφανος Γεώργιος, Περλεπέ Καλλιόπη, Γκιουλέκας Φώτιος, Πουλιανίτη Ευδοξία, Πουλικάκου Ματίνα, Τσαντζαλή Ιωάννα, Λαζάρου Χρυσάνθη, Μπεράντζε Νικόλαος, Παλιάντζας Θεοφάνης, Καδίτη Σταυρίνα, Περλεπέ Φαίη, Σιδηρόπουλος Γεώργιος, Παπαγεωργίου Κυριακή, Παπαβασιλείου Βασίλειος, Βέμμος Κωνσταντίνος, Μακαρίτσας Κωνσταντίνος, Νταΐος Γεώργιος, Νταϊέκος Γεώργιος**

*Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Αν και τα εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) είναι η τέταρτη αιτία θανάτου στις δυτικές κοινωνίες, η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τα ΑΕΕ παραμένει ανεπαρκής. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να εκτιμηθεί α) η αναγνώριση του προσωπικού κινδύνου εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου και β) η ενημέρωση του Ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τα ΑΕΕ.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μια εκπαιδευμένη ομάδα φοιτητών Ιατρικής διεξήγαγε τηλεφωνική έρευνα μεταξύ Φεβρουαρίου και Απριλίου 2014 χρησιμοποιώντας ένα δομημένο online ερωτηματολόγιο. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με τη χρήση τυχαίων ψηφίων του αριθμού σταθερού ή κινητού τηλεφώνου, με δειγματοληψία ποσόστωσης σταθμισμένη για τη γεωγραφική περιοχή, με βάση την πιο πρόσφατη Γενική Απογραφή Πληθυσμού (2011).

**Αποτελέσματα:** 723 άτομα [418 (58%) γυναίκες, 47,4±17,8 έτη] συμφώνησαν να συμμετέχουν στην μελέτη. 642 (88,8%) άτομα ανέφεραν τουλάχιστον ένα παράγοντα κινδύνου για ΑΕΕ. 673 (93,08%) ερωτηθέντες ανέφεραν σωστά τουλάχιστον ένα σύμπτωμα ή σημείο ΑΕΕ. Όταν ερωτήθηκαν τι θα κάνουν σε περίπτωση οξείας έναρξης συμπτωμάτων ΑΕΕ, 497 (68,7%) απάντησαν ότι είτε θα καλέσουν το ασθενοφόρο είτε θα επισκεφθούν το πλησιέστερο τμήμα επεγόντων περιστατικών. Μόνο το 35,3%, 18,9%, 17,2%, 20,7%, 15,0% των ερωτηθέντων με κοιλιακή μαρμαρυγή, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη και κάπνισμα αντίστοιχα, θεώρησαν ότι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ΑΕ.

**Συμπεράσματα:** Η αναγνώριση του προσωπικού κινδύνου για εμφάνιση ΑΕΕ στην Ελλάδα είναι χαμηλή, παρά τη μέτρια ενημέρωση του κοινού.

## **ΑΑ002 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ. ΧΡΗΣΙΓΗ ΟΧΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ; ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

**Αντώνιος Τσιμπιδάκης, Δήμος Νικολόπουλος, Κωνσταντίνος Κρητικός**

*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καρπενσιού*

Η βαρύτητα της πνευμονίας της κοινότητας, η οποία συνδέεται άμεσα με τη θνητότητα και την ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο, έχει αξιολογηθεί με πολλά συστήματα αξιολόγησης, όπως το PSI (Pneumonia Severity Index), το οποίο όμως είναι ιδιαίτερα πολυπλόκο για χρήση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και στο εξωτερικό ιατρείο, λόγω των πολλαπλών παραμέτρων που περιλαμβάνει. Απλούστερη και πρακτικότερη σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, είναι η κλίμακα CURB-65 (Confusion, blood Urea, Respiratory rate, Blood pressure και ηλικία πάνω από 65 έτη). Βάση της κλίμακας CURB-65 διακρίνονται 3 ομάδες κινδύνου. Στην ομάδα I (0 ή 1 κριτήρια βαρύτητας), που συνοδεύεται από χαμηλή θνητότητα (1,5%), συνιστάται κατ' οίκον θεραπεία. Στην ομάδα II (2 κριτήρια βαρύτητας) με μέτρια θνητότητα (9,2%), συνιστάται νοσοκομειακή επίβλεψη και αναλόγως της εξέλιξης νοσηλεία ή έξοδος. Οι ασθενείς που κατατάσσονται στην ομάδα III (3 ή περισσότερα κριτήρια) με υψηλή θνητότητα (22%), αντιμετωπίζεται ως ασθενείς με σοβαρή πνευμονία (Severe Pneumonia) και χρήζουν εισαγωγής στο νοσοκομείο και ενδοχεμόμενης στη ΜΕΘ.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα παρουσιάζουμε την περίπτωση γυναίκας 57 ετών, που προσήλθε στο ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Καρπενσιού αιπύμενη εμπύρετο έως 40°C με ρίγος και βήχα από 48ώρο περίπου. Επίσης ανέφερε και ένα επεισόδιο εμέτου. Η ασθενής ήταν χρόνια καπνίστρια και η μόνη αγωγή που λάμβανε ήταν θυροξίνη λόγω υποθυρεοειδισμού.

Από την κλινική εξέταση προέκυψαν τα εξής ευρήματα: Αρτηριακή πίεση 115/70 mmHg, Θερμοκρασία 38,7°C, ακροαστικά ευρήματα άφρω στους πνεύμονες με μουσικούς και μη μουσικούς ήχους, SpO<sub>2</sub> 88%, Σφίξεις 100/min. Φυσιολογική αναπνευστική συχνότητα και πλήρως προσανατολισμένη σε χώρο-χρόνο-πρόσωπα με GCS 15/15.

Από τις παρακλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις: **Γενική αίματος:** WBC 7.720 με 81% ουδετερόφιλα, Αιμοσφαιρίνη 11,4, Hct 35,6, PLT 197000. **Βιοχημικές εξετάσεις:** Glu 104, ουρία 35, κρεατινίνη 0,7, SGOT 28, SGPT 22, γGT 30, CRP 3,76, χολερυθρίνη 0,46, K 4,2, Na 140. Από τον ακτινολογικό έλεγχο: Τίθεται η διάγνωση της λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού - πνευμονίας.

Με τα κριτήρια CURB-65 η ασθενής έχει σκορ 0 και βρίσκεται στην ομάδα I χαμηλής θνητότητας συνεπώς σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες πρέπει να λάβει θεραπεία κατ' οίκον. Από τα αέρια αίματος όμως προκύπτουν τα εξής ευρήματα: PaO<sub>2</sub> 60 mmHg, PCO<sub>2</sub> 26,4 mmHg, PH 7,491. Η ασθενής έχει αναπνευστική αλκάλωση και μάλιστα PaO<sub>2</sub> / FIO<sub>2</sub> = 28,5, δηλαδή βρίσκεται στα όρια της αναπνευστικής ανεπάρκειας και χρήζει θεραπείας με οξυγόνο. Αλλά και στην κλίμακα PSI η ασθενής ταξινομείται στην ομάδα II με θνησιμότητα 0,6% όπου επίσης συστήνεται θεραπεία κατ' οίκον.

**Τίθεται λοιπόν το εξής ερώτημα: Χρήζει ή όχι νοσηλείας η συγκεκριμένη ασθενής;**

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

**Παπακωνσταντίνου Παντελεήμων, Ασημακοπούλου Ναταλία, Γαργεράκη Αναστασία, Μπντζαρίδης Εμμανουήλ**

*Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Σπτείας, Σπτεία, Λασιθι, Κρήτη, Ελλάδα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ασπιρίνη αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο φαρμακευτικό σκεύασμα στην καθημέρα κλινική πράξη. Ο FDA (Food and Drug Administration) των Η.Π.Α αποτρέπει τη χρήση ασπιρίνης ως μέσο πρωτογενούς πρόληψης καρδιαγγειακών συμβαμάτων θεωρώντας ότι οι κίνδυνοι από τη χρήση της είναι περισσότεροι από τα οφέλη. Η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (ΕΚΕ) προτείνει τη χρησιμοποίηση της σε υπερτασικούς ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει τη χρήση της ασπιρίνης στις απομακρυσμένες περιοχές της Κρήτης ως μεσου πρωτογενούς πρόληψης.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Πλήθυσμός αναφοράς-μελέτης αποτέλεσε το σύνολο των ασθενών (>18ετών) που επισκέφτηκαν το Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Σπτείας και τα περιφερειακά ιατρεία αυτού την χρονική περίοδο Μάρτιος-Σεπτέμβριος 2014. Στην προοπτική μελέτη, το δείγμα που πάθθηκε, αποτέλεσαν 207 διαδοχικοί ασθενείς. Για τον προσδιορισμό του καρδιαγγειακού κινδύνου των ασθενών (χαμηλός-μέσος-υψηλός) χρησιμοποιήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση (2013) της ΕΚΕ.

**Αποτελέσματα:** Οι 207 διαδοχικοί ασθενείς (68+ 9 ετών;113 άνδρες) που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη λάμβαναν ακετυλοσαλικυλικό οξύ σε καθημερινή βάση σε δόση 80-100mg. Στο 73% (151/207) χρησιμοποιούνταν ως μέσο πρωτογενούς πρόληψης ενώ το στο 27% (56/207) χρησιμοποιούνταν κατόπιν ενός καρδιαγγειακού επεισοδίου. Το 45% (93/207) ήταν ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Η ασπιρίνη κατείχε ποσοστό 4,6% του συνόλου των φαρμακευτικών σκευασμάτων που χορηγήθηκαν στην ευρύτερη περιοχή της Σπτείας.

**Συμπεράσματα:** Το ακετυλοσαλικυλικό οξύ αποτελεί την πιο συχνά συνταγογραφούμενη φαρμακευτική ουσία. Το 55% των ασθενών είχαν ανένδειξη για τη λήψη ασπιρίνης καθώς ήταν χαμηλού-μέσου καρδιαγγειακού κινδύνου. Συνεπώς, λαμβάνοντας υπόψη τις πρόσφατες οδηγίες του FDA και της ΕΚΕ συμπεραίνουμε ότι η ευρεία χρήση της ασπιρίνης στην περιοχή μας και κατά επέκταση στη χώρα μας, έξω από τα όρια των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, θα πρέπει να επαναξιολογηθεί.

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

**Χρυσάνθη Ντασιπούλου, Αικατερίνη Τσιλιγκερίδου, Αικατερίνη Αναγνωστοπούλου, Σωκράτης Σγουτζάκος, Ιωάννης Κατόνας, Αικατερίνη Κυριακίδου, Δημήτρης Σκούτας, Ειρήνη Μούζα**

*Κ.Α.Α. Αναγέννηση*

**Εισαγωγή:** Ο στόχος του προγράμματος αποκατάστασης των ασθενών με ΑΕΕ είναι να επιτύχουν το καλύτερο λειτουργικό αποτέλεσμα των ασθενών και να προετοιμάσει το περιβάλλον τους για την υποδοχή τους. Η διατήρηση της λειτουργικότητας των ασθενών στην καθημερινότητά τους επηρεάζει την ποιότητα ζωής αυτών και των οικογενών τους.

**Υλικό-Μέθοδος:** 35 ασθενείς με ΑΕΕ (12 άνδρες και 23 γυναίκες), ηλικίας 51-82 χρόνων μετά από το πρώτο ισχαιμικό ΑΕΕ και FIM score κατά την έξοδό τους >70. Πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική συνέντευξη αρκετούς μήνες μετά την έξοδό τους και καταγράφηκε η λειτουργική τους ικανότητα στις καθημερινές δραστηριότητες καθώς και τα προβλήματα υγείας και προσαρμογής που παρουσίασαν σε αυτό το χρονικό διάστημα σύμφωνα με τους φροντιστές τους. Ακολούθησε σύγκριση των λειτουργικών ικανοτήτων των ασθενών στις δύο χρονικές στιγμές.

**Αποτελέσματα:** Όλοι οι ασθενείς επέστρεψαν στο σπίτι τους με συγγενείς ως φροντιστές. Δύο ασθενείς είχαν επιπλέον βοήθεια με αμοιβή. Η ηπίεση των ασθενών είχαν βελτιώσει την λειτουργικότητά τους σε σχέση με το επίπεδο τους κατά την έξοδό τους. Ιδιαίτερη βελτίωση παρουσίασαν (ανεξάρτητοι FIM 7) σε: σίτιση (71% έξοδος- 94% συνέντευξη), διαχείριση κύστεως (46% έξοδος - 74% συνέντευξη), διαχείριση εντέρου (42% έξοδος - 74% συνέντευξη), μεταφορές (20% έξοδος - 51% συνέντευξη), περιποίηση (20% έξοδος - 46% συνέντευξη), μπάνιο (3% - 26% συνέντευξη) και κατανόηση (26% έξοδος - 69% συνέντευξη). Αξιόλογη βελτίωση (FIM 6 and 7) έδειξαν σε: ένδυση(20% έξοδος discharge-40,5% συνέντευξη interview) και βάδιση (25,5% έξοδος discharge-66% συνέντευξη interview). Μικρότερη βελτίωση παρουσίασαν στην απόσταση βάδισης. Οι περισσότεροι ασθενείς (19) συνέχισαν την άσκηση στο σπίτι με θεραπευτή ή με συγγενή. Μόνο 4 ασθενείς χαρακτηρίστηκαν στην ίδια κατάσταση ή επιδεινωμένοι λόγω νέου ΑΕΕ, άνοιξης ή παραίτησης. Οι περισσότεροι (23)συνέχισαν την χρήση βοηθημάτων βάδισης. Όλοι οι συνοδοί υποστήριξαν ότι η επιστροφή των ασθενών στο σπίτι είχε ευεργετικό αποτέλεσμα στην ψυχολογία τους.

**Συμπέρασμα:** Η επιστροφή των ασθενών στο σπίτι τους και σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον είναι ευεργετική και προάγει τη λειτουργικότητά τους και την ποιότητα ζωής τους. Δεν αναφέρθηκαν ιδιαίτερα προβλήματα προσαρμογής κατά την επιστροφή τους.

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

**Βασιλείου Αικατερίνη-Μαρία, Αναστασιάδου Αφροδίτη, Σαχινίδης Αλέξανδρος, Κεχαγιά Εμμανουηλίδα, Τσεκούρα Ιωάννης**

Γενικό Νοσοκομείο Πέλλα - Γαννισίων, Παθολογική Κλινική, Γαννισιά  
Διευθυντής: Κακουλίδης Ιωάννης

**Εισαγωγή:** Η ανεμειλογιά είναι συχνό μεταδοτικό νόσημα στα παιδιά, με καλή πρόγνωση και ομαλή κλινική πορεία. Στους ενήλικες είναι σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή, λόγω σημαντικών επιπλοκών, με συχνότερη και σοβαρότερη την πνευμονία.

**Σκοπός:** Η περιγραφή περιστατικού πνευμονίας από ιό ανεμειλογιάς σε προηγουμένως υγιή νεαρό ενήλικα που εξελίχθηκε σε Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενήλικων.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** 40χρονος ασθενής προσήλθε στα ΤΕΠ αιτώμενος εμπύρετο από 5ημέρου, εξάνθημα προσώπου και άκρων και προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια από 24ωρου. Η 5χρονη κόρη του είχε ανεμειλογιά προ εβδομάδος. Από το ιστορικό του αναφέρεται: χειρουργηθέν κάταγμα μηριαίου προ 2 ετών, κάπνισμα (1 πακέτο/ημέρα επί 15 έτη). Στην εισαγωγή είχε όψη πάσχοντος, θερμοκρασία 38°C, ταχύπνοια (40 αναπνοές/λεπτό, ήπια υποξυγοναιμία και κηλιδοβλατιδώδη εξανθήματα. Ενώ είχε φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα, η α/α θώρακος ανέδειξε διάχυτες, αμφοτερόπλευρες λοβώδεις διηθήσεις στα κάτω πνευμονικά πεδία. Εργαστηριακός έλεγχος: ήπια ηπατική δυσλειτουργία (SGOT: 126, SGPT: 237, γGT: 819, ALP:197), φυσιολογική γενική αίματος και CRP:0,93. Αέρια αρτηριακού αίματος συμβατά με αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I (Po2: 46,6 mmHg, PCO2:33,8mmHg, Ph:7,483). Επιδεινώθηκε ταχύτατα και εντός ολίγων ωρών παρουσίασε Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενήλικων. Αποφασίστηκε διασωλήνωση και εισαγωγή του σε ΜΕΘ. Του χορηγήθηκε ασυκλόβηρι και κεφεπίμ, βελτιώθηκε και αποσωληνώθηκε επιτυχώς μετά 6 ημέρες, ενώ 5 ημέρες αργότερα εξήλθε σε καλή κατάσταση. Η μετά 6 μηνών επανεκτίμηση ήταν φυσιολογική.

**Συμπέρασμα:** Η λοίμωξη ενήλικων από τον ιό της ανεμειλογιάς είναι σπάνια, αλλά με υψηλή επικινδυνότητα λόγω των πονηλών και σοβαρών επιπλοκών της.

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

**Ζήσης Χρήστος<sup>1</sup>, Δεληγιάννης Γεώργιος<sup>1</sup>, Παπαδάτος Σταμάτης<sup>1</sup>, Μυλωνάς Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Μυλωνάς Στέφανος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

<sup>2</sup> Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η βρουκέλλωση είναι μια ανθρωποζωονόσος που ενδημεί στις αγροτικές περιοχές της Μεσογείου. Οι αερόβιοι αυτοί ενδοκυτταριοί κοκκοβάκิลλοι φιλοούν ιδιαίτερα το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα (ήπαρ - σπλήν - μυελός οστών). Η πνευμονική συμμετοχή υπολογίζεται <5%.

**Υλικό-Μέθοδος:** Παρουσιάζονται τρεις περιπτώσεις κτηνοτρόφων με εμπύρετο και εκδηλώσεις από το κατώτερο αναπνευστικό. Ο πρώτος εμφάνισε υψηλό πυρετό και παραγωγικό βήχα. Ο δεύτερος (ο οποίος προ εξαμήνου έλαβε αντιβιοτική αγωγή για 1,5 μήνα) εμφάνισε δεκατική πυρετική κίνηση, βήχα και ήπιο βρογχόσπασμο. Ο τρίτος (ο οποίος προ δεκαπενταετίας νόσησε από μελίταιο) εμφάνισε εμπύρετο, παροξυσμικό βήχα με βλενωδία απόχρεψη και δύσπνοια.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς αρχικά αντιμετωπίστηκαν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης με p.o. αντιβιοτικά, αποχρεμπτικά και εισπνεόμενα βροχοδιασταλτικά. Στον πρώτο η ακτινογραφία θώρακος έδειξε επίταση βροχοαγγειακής σκιάς και στο δεύτερο μικρές διάσπαρτες διηθήσεις άμφω που επιβεβαιώθηκαν με CT θώρακος. Στον τρίτο ασθενή η CT θώρακος έδειξε περιοχές με απεικόνιση δίκην ανθισμένου δένδρου. Το εμπύρετο, η εμφάνιση συμπτωματολογίας από το μυοσκελετικό (αρθραλγίες, οσφραλγία) και το ατομικό / επαγγελματικό αναμνηστικό, έστρεψε τη διαγνωστική σκέψη στη βρουκέλλωση. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με τη θετική συγκολλητινοαντίδραση Wright σε υψηλούς τίτλους αντισωμάτων και την παρουσία IgM αντισωμάτων με τη μέθοδο ELISA. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με συνδυασμό δοξικυκλίνης, ριφαμπικίνης +/- στρεπτομυκίνης.

**Συμπέρασμα:** Η πνευμονική συμμετοχή είναι σπάνια αλλά υπάρχει στη βρουκέλλωση και χρήζει πρώιμης εκτίμησης από τον κλινικό.

### **AA007 Αποτελέσματα ΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)**

**Αυγέρη Σουητάνα<sup>1</sup>, Μαυρίδης Ευστράτιος<sup>1</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>2</sup> Πλωμαρίτης Ευστράτιος<sup>3</sup>, Χατζηδημητρίου Μαρία<sup>4</sup>, Μπελλήλη Θάλεια<sup>5</sup>, Κυριαζόπουλος Αθανάσιος<sup>2</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Τμήμα Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

<sup>5</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Οι διαβητικοί λόγω της ανοσοκαταστολής που προκαλεί ο ΣΔ με την πάροδο των ετών, είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις και ιδιαίτερα σε εκδήλωση γριπώδους συνδρομής και ιογενών ή μικροβιακών πνευμονιών.

**Σκοπός:** Η καταγραφή, σύγκριση και αξιολόγηση της Αποτελεσματικότητας του εμβολιασμού έναντι του ιού της γρίπης και του πνευμονιόκοκκου αναφορικά με την πρόληψη αναπνευστικών λοιμώξεων και επιπλοκών τους, σε εμβολιασμένα και μη διαβητικά άτομα.

**Υλικά Μέθοδος:** Συμπλήρωση ειδικά διαμορφωμένου ανώνυμου ερωτηματολογίου από 206 άτομα (87 άνδρες, 119 γυναίκες), με ΣΔ τύπου 1 και 2. Η επιλογή ασθενών έγινε με τυχαία δειγματοληψία από τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων ΑΧΕΠΑ και Άγιος Παύλος.

**Αποτελέσματα:** Το 58% των εμβολιασθέντων έναντι του ιού της γρίπης δε νόσησε καμία φορά, ενώ μόλις το 2% είχε νοσήσει 2 ή περισσότερες φορές. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν και αναφορικά με τη βαρύτητα της νόσησης, αφού όσοι εμβολιάστηκαν δεν παρουσίασαν περισσότερα από 4 συμπτώματα και μόνο το 14% εμφάνισε 3-4 συμπτώματα. Ανάλογα είναι και τα ευρήματα αναφορικά με την Αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού έναντι του πνευμονιόκοκκου, δεδομένου ότι μόλις 2% των εμβολιασθέντων νόσησαν από πνευμονία έναντι 11,4% των μη εμβολιασθέντων.

**Συμπεράσματα:** Προκύπτει ύπαρξη σημαντικής διαφοράς στην εμφάνιση καθώς και στην ένταση των λοιμώξεων του αναπνευστικού μεταξύ των ατόμων με διαβήτη που εμβολιάστηκαν και εκείνων που δεν προσέβησαν σε προληπτικό εμβολιασμό. Ο εμβολιασμός φαίνεται να επιδρά θετικά στα άτομα με ΣΔ, δεδομένου ότι αφενός μειώνει τη νοσηρότητα και αφετέρου συντελεί στον περιορισμό των συμπτωμάτων, ακόμη και στην περίπτωση νόσησης.

### **AA008 ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΟΛΕΙΟΜΥΟΜΑΤΩΣΗ (LAM): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

**Πορπόδης Κωνσταντίνος, Παπακάθα Έλενα, Παπαϊωάννου Αντώνης, Κωσταντά Σουητάνα, Παπακώστα Δέσποινα**

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

**Εισαγωγή:** Η LAM είναι μια σπάνια νόσος άγνωστης αιτιολογίας που προσβάλλει σχεδόν αποκλειστικά γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Οι λείες μυϊκές ίνες των βρόγχων, των αγγείων και των λεμφαγγείων πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα με αποτέλεσμα την κυστική καταστροφή του πνευμονικού παρεγχύματος και τη δημιουργία όγκων στην κοιλιακή χώρα.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Γυναίκα 27 ετών, μη καπνίστρια προσέρχεται για δύσπνοια, βήχα με ιστορικό υποτροπιάζοντων πνευμοθωράκων από 10ετίας και αφαίρεσης αγγειομοσληπίωματος δεξιού νεφρού προ 6 ετών. Ο εργαστηριακός έλεγχος είναι φυσιολογικός και από τον έλεγχο αερίων αίματος φαίνεται υποξυγοναιμία. Σε απεικονιστικό έλεγχο η ακτινογραφία θώρακος είναι φυσιολογική ενώ στην αξονική τομογραφία απεικονίζονται πολλαπλές λεπτοκοκκωματικές κύστεις που καταλαμβάνουν τα πνευμονικά πεδία άμφω. Η σπироμέτρηση είναι συμβατή με αποφρακτικού τύπου διαταραχή της αναπνευστικής λειτουργίας και διαταραχή της διάχυσης (FVC 90%, FEV<sub>1</sub> 55%, RV 94%, TLC 104%, DLco 41%). Η ασθενής υποβάλλεται σε ενδοσκοπικό έλεγχο, όπου η βρογχοσκόπηση είναι μη αποκαλυπτική, το βρογχοκυψελιδικό έκπληγμα-BAL δείχνει τον αριθμό και τον τύπο των κυτάρων φυσιολογικά, απλά τα ευρήματα από τη διαβρογχική βιοψία συνηγορούν για LAM (πάχυνση των λείων μυϊκών ινών και του τοιχώματος των λεμφαγγείων). Η ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με μεθυλπρωεστερόνη (25mg/24ωρο) και βρογχοδιασταλτικά, παρά την οποία εμφάνισε ήπια ακτινολογική επιδείνωση το πρώτο εξάμηνο. Προστέθηκαν βρογχοδιασταλτικά και ώσεις κορτικοειδών και η ασθενής μπήκε σε λίστα για μεταμόσχευση στη Γερμανία και στην Αυστρία. Η ασθενής παρακολουθείται στην κλινική μας.

**Συμπέρασμα:** Η LAM είναι μια σπάνια νόσος. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από πωσινόφιλο κοκκίωμα, άσθμα, εμφύσημα, σαρκοείδωση, οζώδη σκλήρυνση και εξωγενή αλλεργική κυψελιδίτιδα. Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται στη χορήγηση προγεστερόνης, αντι-οιστρογόνων, αναλγητών του GnRH και σε μεταμόσχευση πνευμόνων. Η μέση επιβίωση είναι 8-10 έτη.

## ΑΑ009 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΜΥΞΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΚΟΛΠΟ

Σοφούλης Σταμάτιος<sup>1</sup>, Βαλατσού Αγγελική<sup>1</sup>, Κανέλλος Ηλίας<sup>2</sup>, Χαλκίδου Μαρία<sup>1</sup>, Καδόγλου Νικόλαος<sup>3</sup>, Βαλούκας Δημήτριος<sup>1</sup>, Λαμπρόπουλος Στυλιανός<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Καρδιολογική Κλινική, Μαμάτσειο-Μποδοσάκειο Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας

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

<sup>3</sup> Heart Hospital, University College of London, UK

**Εισαγωγή:** Οι πρωτοπαθείς καρδιακοί όγκοι είναι πολύ σπάνιοι και το κοιλιακό μύξωμα είναι ο πιο συχνός καλοήθης όγκος της καρδιάς. Διαγιγνώσκεται τυχαία ως ασυμπτωματικός όγκος ή με απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές που χρήζουν άμεσης χειρουργικής επέμβασης.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής 48 ετών, με προ 4ετίας χειρουργηθέν θύμωμα, ευρισκόμενος στον 3ο κύκλο χημειοθεραπείας, προσέρχεται αιτιώμενος εύκοιλη κόπωση και καταβολή δυνάμεων. Παρουσίασε υποτροπή της νόσου με πνευμονικές διηθήσεις στον άνω και μέσο λοβό του δεξιού πνεύμονα - εκτεταμένη διήθηση δεξιού υπεζωκότα και διήθηση στο ήπαρ και στους τραχηλικούς πνευμονοβλαστοειδείς. Προ έτους σε αξονική στο θώρακος υπόπικνη εστία μεγέθους 1cm στον αριστερό κόλπο της καρδιάς. Η κλινική εξέταση και το ΗΚΓ ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Το υπερηχογράφημα καρδιάς κατέδειξε μάζα στον αριστερό κόλπο, διαστάσεων 3,79 X 3,45 cm.

MRI καρδιάς, επιβεβαίωσε την ύπαρξη του όγκου. Η μάζα εξορμάται από τον αριστερό κόλπο, διηθώντας το τοίχωμα της δεξιάς κάτω πνευμονικής φλέβας και εκτείνεται ως το ύψος του μιτροειδικού δακτυλίου, ερχόμενη σε επαφή με τις γήλιες της μιτροειδούς, στην τελοδιαστολική φάση του καρδιακού κύκλου (εικόνα 1). Ο ασθενής εμφάνισε βελτίωση της γενικότερης κατάστασης της υγείας του και οι μεταστάσεις στον δεξιο ημθωρακιο υποχώρησαν, χωρίς όμως παράλληλη μείωση και της καρδιακής μάζας. Εκτιμήθηκε ως μη χειρουργήσιμος, η δε συνεχιζόμενη επιδείνωση της κλινικής του κατάστασης σε συνδυασμό με την αύξηση του μεγέθους της καρδιακής μάζας, οδήγησαν σε αιμοδυναμική αστάθεια και τελικά ο ασθενής κατέληξε.

**Συμπεράσματα:** Αρκετές φορές στην κλινική καθημερινή πράξη βρισκόμαστε αντιμέτωποι με ασθενείς που εμφανίζουν ιδιαίτερα σπάνια υπερηχογραφικά ευρήματα. Πέραν της διάγνωσης, σημαντικά πρακτικά ερωτήματα που ανακύπτουν αφορούν τον τρόπο παρακολούθησης αυτών των ασθενών, τη διαστρωμάτωση κινδύνου για εμφάνιση κάποιου τελικού σημείου στο μέλλον και τη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την θεραπευτική παρέμβαση. Η υπερηχοκαρδιογραφία, η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία είναι τα πιο χρήσιμα διαγνωστικά εργαλεία για την αξιολόγηση τους, που σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις εντοπίζουν τους όγκους και προσδιορίζουν την έκταση και τα χαρακτηριστικά τους, καθώς και το προτεινόμενο θεραπευτικό πλάνο.



Εικόνα 1. Ύπαρξη μυξώματος στον αριστερό κόλπο διαστάσεων 3,79 X 3,45 cm.

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

**Σοφούλης Σταμάτιος<sup>1</sup>, Βαλατσού Αγγελική<sup>1</sup>, Κανέλλος Ηλίας<sup>2,3</sup>, Τρανουλίδου Γεωργία<sup>1</sup>, Χαλκίδου Μαρία<sup>1</sup>, Αντωνίου Αντώνιος<sup>3</sup>, Λαμπρόπουλος Στυλιανός<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Καρδιολογική κλινική, Μαιμάτσειο-Μποδοσάκειο Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας

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

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

**Εισαγωγή:** Η κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) αποτελεί τη συχνότερη χρόνια αρρυθμία με σημαντική θνητότητα και θνησιμότητα και η συχνότητά της αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας. Αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), λόγω συστηματικών εμβολιών. Ένα από του στόματος νεότερο αντιπηκτικό η δαβιγατράνη, άμεσος αναστολέας της θρομβίνης, η οποία σε δοσολογία 150mg είναι αποτελεσματικότερη στην πρόληψη ΑΕΕ και συστηματικών εμβολιών σε σύγκριση με τη βαρφαρίνη.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Περιγράφεται περίπτωση εμφάνισης ημιανοψίας κατά τη χορήγηση δαβιγατράνης σε έναν 29χρονο ασθενή με ιστορικό δύο επεισοδίων παροξυσμικής ΚΜ. Το πρώτο πριν από 1 χρόνο, με αίσθημα παλμών και δυσφορία. Χορηγήθηκε προπαιφαιρόνη από στόμα, 600mg εφάπαξ, προκειμένου να επιτευχθεί ανάταξη. Μετά από 3 ώρες ο ασθενής ανέταξε σε φθλεβοκομβικό ρυθμό και εξήλθε χωρίς οδηγίες για λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

1 χρόνο μετά επαναλήφθηκε νέο επεισόδιο μικρής διάρκειας που αυτοανατάχθηκε, και έκτοτε συνεστήθη χορήγηση δαβιγατράνης 110 mg, 2 φορές/ημέρα. Πέντε ώρες όμως, μετά τη λήψη του πρώτου δισκίου εμφανισε επεισόδιο αριστερής ομώνυμης ημιανοψίας, διάρκειας 20', που συνοδεύτηκε και από κεφαλαλγία. Τα συμπτώματα υποχώρησαν σε λίγα λεπτά και επανεμφανίσθηκαν μετά 3 ώρες με διάρκεια 40' και αυτόματη ύφεση. Την επόμενη ημέρα έλαβε το τρίτο δισκίο. 3 ώρες μετά τη λήψη του εμφανίσθηκε αιφνίδια απώλεια όρασης με αριστερή ομώνυμη ημιανοψία και δεξιά άνω τεταρτοκυκλική ημιανοψία και συνοδό διάχυτη κεφαλαλγία, διάρκειας 2 ωρών. Μετά τη λήψη και του τέταρτου δισκίου, ο ασθενής εμφάνισε μείωση της περιφερικής του όρασης. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε ηπατοτοξικότητα. Η δαβιγατράνη διακόπηκε και συστήθηκε η από του στόματος χορήγηση ενοξαπαρίνης 8mg 2 φορές/ημέρα και στη συνέχεια ασενοκουμαρόλη για 3 μήνες. Ο ασθενής κατέστη ασυμπτωματικός χωρίς υποτροπή των οφθαλμικών διαταραχών και της κεφαλαλγίας. Μετά από 3 μήνες ο ασθενής υποβλήθηκε σε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και κατάλυση με επιτυχία.

**Συμπέρασμα:** Περιγράφονται λίγα περιστατικά εμφάνισης ημιανοψίας και χορήγησης δαβιγατράνης χωρίς επαρκή δεδομένα για την ασφαλή χρήση της δαβιγατράνης στην κλινική πράξη. Είναι συνεπώς απαραίτητο να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση νέων φαρμάκων, χωρίς ωστόσο το γεγονός αυτό να αποτελεί έναυσμα για περιορισμό της χορήγησης του φαρμάκου, αναλογιζόμενοι και τα επιπλέον οφέλη και πλεονεκτήματα που προσφέρει έναντι των παλαιότερων αντιπηκτικών.

## **ΑΑ011 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ**

**Βαλατσού Αγγελική<sup>1</sup>, Σοφούλης Σταμάτιος<sup>1</sup>, Κανέλλης Ηλίας<sup>2</sup>, Τρανουλίδου Γεωργία<sup>1</sup>, Καδόγλου Νικόλαος<sup>3</sup>, Λαμπρόπουλος Στυλιανός<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Καρδιολογική κλινική, Μαμάτσειο-Μποδοσάκειο Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας

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

<sup>3</sup> Heart hospital, university college of London, UK

**Εισαγωγή:** Η εγκυμοσύνη σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αρρυθμιών και η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία αποτελεί τη πιο συχνή αρρυθμία. Οι περισσότερες αρρυθμίες κατά τη διάρκεια της κύησης δεν χρειάζονται αντιμετώπιση, ενώ φαρμακευτική αγωγή χορηγείται μόνο για συμπτωματικές αρρυθμίες ή όταν υπάρχει αιμοδυναμική αστάθεια.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Έγκυος 32 εβδομάδων προσήλθε για επεισόδιο θωρακικής δυσφορίας με συνοδό αίσθημα παλμών, διάρκειας 10'. Κατά την κλινική εξέταση: 146 παλμούς/λεπτό, αρτηριακή πίεση 144/84mm/Hg. Ηλεκτοκαρδιογράφημα με υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και στενά QRS, εμβρυϊκό υπέρηχο, ανέδειξε ένα φυσιολογικό έμβρυο με φυσιολογική καρδιακή λειτουργία. Επιχειρήθηκε αρχικώς ανάταξη της αρρυθμίας με χειρισμούς Valsava, οι οποίοι όμως δεν απέδωσαν. Στη συνέχεια αποφασίστηκε ανάταξη με iv 6 mg αδενσοσίνης και η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία ανατάχθηκε σε φλεβοκόμβο. Λίγα λεπτά αργότερα η ταχυκαρδία επανεμφανίστηκε με την ίδια συχνότητα και επιχειρήθηκε εκ νέου ανάταξη με αδενσοσίνη στη διπλάσια δοσολογία των 12mg, η οποία ήταν επιτυχής με 78 παλμούς/λεπτό και εξάλειψη των συμπτωμάτων. Μετά από 10' η αρρυθμία επανεμφανίστηκε, επιχειρήθηκε και τρίτη ανάταξη με αδενσοσίνη στα 18mg αυτή την φορά, χωρίς όμως επιτυχία. Τελικώς αποφασίστηκε να χορηγηθεί βεραπαμίλη per-os 120mg εφάπαξ, που είχε ως αποτέλεσμα την ανάταξη και τη διατήρηση φλεβοκομβικού ρυθμού, μετά από 20'. Η ασθενής μετά την ανάταξη κατέστη ασυμπτωματική, χωρίς σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας και εξήλθε του νοσοκομείου.

**Συμπέρασμα:** Οι συμπτωματικές αρρυθμίες αποτελούν μία πρόκληση στην διαχείριση τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην επιλογή του προς χορήγηση αντιαρρυθμικού, βασιζόμενοι στα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς, στην ορθή αναγνώριση του είδους της αρρυθμίας, καθώς και στις φαρμακευτικές ιδιότητες της επιλεγόμενης αγωγής.



**ΑΑ012 ΕΙΚΟΣΙΕΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ. ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥΣ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑ (ΔΗΜΟΥΣ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ) ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1991-2010**

Παπάζογλου Νικόλαος<sup>2</sup>, Κουλιάρη Παυλίνα<sup>1</sup>, Κανέλλης Ηλίας<sup>1</sup>, Μουρουγιάκης Αλέξανδρος<sup>1</sup>, Παπάνας Νικόλαος<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Μαϊτέζος Ευστράτιος<sup>3</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Β΄ Παθολογική Κλινική Γεν. Περιφ. Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

<sup>3</sup> Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου-Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή:** Οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος αποτελούν μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα. Η επίπτωση των νόσων του αναπνευστικού συστήματος παρουσιάζει ευρεία ποικιλομορφία ανά γεωγραφικό διαμέρισμα και αυτό οφείλεται σε πολλαπλά αίτια.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η παρουσίαση των διαφορών στη θνητότητα από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές όπου και πραγματοποιήθηκε η μελέτη. (Δήμοι Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης).

**Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε καταγραφή με τη χρήση απλού ερωτηματολογίου το οποίο περιείχε τα εξής στοιχεία: το έτος γέννησης, το φύλο, το έτος θανάτου και την αναγραφόμενη νόσο στο πιστοποιητικό θανάτου. Τα δεδομένα καταγράφηκαν από ιατρούς, οι οποίοι έλαβαν μέρος στην μελέτη. Οι πληροφορίες παρήχθησαν από τα Ληξιαρχικά γραφεία (μετά από ειδική άδεια) των Δήμων Κατερίνης - Αλεξανδρούπολης.

Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 15.0 και ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$ .

**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν 1357 πιστοποιητικά θανάτου επί συνόλου 8762 στο Δήμο Κατερίνης και 1100 πιστοποιητικά θανάτου επί συνόλου 7611 στο Δήμο Αλεξανδρούπολης που αναφέρουν ως βασικό αίτιο θανάτου νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος. (15,49% και 14,45% αντίστοιχα).

Ανευρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στα ποσοστά θανάτου από αναπνευστική ανεπάρκεια ( $7,34 \pm 1,2\%$ ,  $p < 0,05$ ) στην Κατερίνη, ενώ υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά και στα ποσοστά θανάτου στην Αλεξανδρούπολη από πνευμονία ( $3,96 \pm 0,9\%$ ,  $p < 0,05$ ), καρκίνο του ήπαρ (γαστρο) ( $0,7 \pm 0,1\%$ ,  $p < 0,05$ ), καρκίνο μεσοθωρακίου ( $0,55 \pm 0,1\%$ ,  $p < 0,05$ ), και μεσοθωρακίου ( $0,45 \pm 0,1\%$ ,  $p < 0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Αξιοσημείωτο ποσοστό ως αίτια θανάτου στην Ελληνική επικράτεια αποτελούν τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος. Στην Κατερίνη φαίνεται, να υπερέχουν οι θάνατοι από λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού. Ενώ αντιθέτως η πνευμονία και οι καρκίνοι του ήπαρ (γαστρο) και του μεσοθωρακίου φαίνεται, να υπερέχουν στην Αλεξανδρούπολη.

## **ΑΑ013 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΚΡΙΤΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΟΝΤΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ. ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑΣ (1991-2010) ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ**

Παπάζογλου Νικόλαος<sup>1</sup>, Κουληρά Παυλίνα<sup>2</sup>, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Ηλιάδης Φώτιος<sup>2</sup>, Διδάγγελος Τριαντάφυλλος<sup>2</sup>, Κανέλλος Ηλίας<sup>2</sup>, Τζατζάγου Γλυκερία<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>2</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Β΄ Παθολογική Κλινική Γεν. Περιφ. Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

<sup>2</sup> Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. - Γεν. Νοσοκομείου «ΑΧΕΠΑ»

<sup>3</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική - Γεν. Περιφ. Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

**Εισαγωγή:** Οι θάνατοι οι οποίοι οφείλονται σε παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο στη χώρα μας. Εξαιρώντας την περίπτωση των νεοπλασμάτων, ποικίλη αίτια με συνθέστερα τις λοιμώξεις, την πνευμονική εμβολή και συνοδά νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος που επηρεάζουν και το αναπνευστικό σύστημα, είναι υπαρκτά και συχνά.

**Σκοπός:** Έχοντας ως δεδομένο την ολοένα και αυξανόμενη θνητότητα από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος που παρουσιάζεται στον Ελληνικό πληθυσμό, θα μελετήσουμε τη συχνότητα του φαινομένου αυτού σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (σύνολο του Ν. Πιερίας) όπου και πραγματοποιήθηκε η μελέτη.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των αιτιών θανάτου από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, εκτός των νεοπλασμάτων, με τη χρήση απλού ερωτηματολογίου το οποίο περιείχε τα εξής στοιχεία: το έτος γέννησης, το φύλο, το έτος θανάτου και την αναγραφόμενη νόσο στο πιστοποιητικό θανάτου (της εικοσαετίας 1991-2010). Τα δεδομένα καταγράφηκαν από ιατρούς, οι οποίοι έλαβαν μέρος στην μελέτη. Οι πληροφορίες παρήχθησαν από τα Ληξιαρχικά γραφεία (μετά από ειδική άδεια) του Ν. Πιερίας.

**Αποτελέσματα:** Από τον συνολικό αριθμό των 24130 θανάτων καταγράψαμε 1284 οφειλόμενους σε καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια, 460 σε πνευμονία, 150 σε πνευμονική εμβολή, 1 σε πνευμονικό απόστημα, 18 σε φυματίωση, 3 σε σύνδρομο Pickwick, 18 σε ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση, 1 σε πνευμοθώρακα, 105 σε καρκίνο του λάρυγγος, 6 σε καρκίνο του μεσοθωρακίου και 11 σε μεσοθηλίωμα. Στον πίνακα 1 υπάρχουν επιπλέον αναφορές στην επιβίωση από τις παραπάνω παθολογικές καταστάσεις καθώς και διάκριση μεταξύ αρρένων και θηλέων.

**Πίνακας 1.** Παθολογικές καταστάσεις του αναπνευστικού συστήματος που αναγράφονται στο υλικό μας ως αιτίες θανάτου, η συχνότητά τους και ο χρόνος επιβίωσης εξ αυτών.

| Νόσος                   | Αριθ. | Επιβ. | Άρρεν. | Επιβ. | θήλειες | Επιβ. |
|-------------------------|-------|-------|--------|-------|---------|-------|
| Πνευμονία               | 460   | 80,03 | 268    | 80,01 | 192     | 80,07 |
| Αναπνευστική ανεπάρκεια | 1284  | 79,02 | 736    | 79,13 | 548     | 81,51 |
| Πνευμονικό απόστημα     | 1     | 51,00 | 1      | 51,00 | 0       | 0-0   |
| Φυματίωση               | 18    | 65,61 | 15     | 63,46 | 3       | 76,30 |
| Πνευμονική εμβολή       | 150   | 81,53 | 52     | 71,47 | 98      | 86,77 |
| Ιδιοπ. πνευμονική ίνωση | 18    | 74,61 | 10     | 74,11 | 8       | 75,25 |
| Πνευμοθώραξ             | 1     | 70,00 | 0-0    | 0-0   | 1       | 70,00 |
| Καρκίνος λάρυγγος       | 105   | 69,29 | 100    | 69,15 | 5       | 72,20 |
| Νόσος του Pickwick      | 3     | 75,33 | 0-0    | 0-0   | 3       | 75,33 |
| Καρκίνος μεσοθωρακίου   | 6     | 75,50 | 4      | 75,00 | 2       | 76,50 |
| Μεσοθηλίωμα             | 11    | 69,81 | 8      | 69,62 | 3       | 70,33 |
| -                       |       |       |        |       |         |       |
| ΣΥΝΟΛΟ                  | 2057  |       | 1194   | 8     | 63      |       |

**Συμπεράσματα:** Τελικά συμπεραίνουμε από τις παραπάνω καταγραφές ότι από τους 2057 θανάτους οι περισσότεροι οφείλονταν σε καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονία και πνευμονική εμβολή, ενώ τα υπόλοιπα νοσήματα παρουσιάζονται σε μικρότερα ποσοστά.

## **ΑΑ014 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΟΥ [ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ] ΑΣΘΕΝΩΝ Μ.Ε.Θ**

**Σγούρος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Τσέτσου Άννα<sup>1</sup>, Κομνηνού Δέσποινα<sup>1</sup>, Μαχαιρίδου Αρχοντία<sup>1</sup>, Καθαφάτης Εμμανουήλ<sup>2</sup>, Ραφιμανίκης Κάρολος Παύλος<sup>2</sup>, Λελέκης Μωυσής<sup>2</sup>, Κυριαζής Ιωάννης<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Μ.Ε.Θ

<sup>2</sup> Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Παθολογική Κλινική

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

**Εισαγωγή:** Το μεταβολικό σύνδρομο, είναι ένα οργανικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο επιμέρους μεταβολικών διαταραχών που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου.

**Σκοπός:** Μελέτη της επίδρασης του ΜΣ και των παραγόντων αυτού στην έκβαση νόσου σε ασθενείς Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ) με αναπνευστική ανεπάρκεια που αφορούσε καρδιαγγειακά συμβλήματα, ριμώξεις και άμεση ανεπάρκεια του αναπνευστικού.

**Ασθενείς-Μέθοδος:** 36 ασθενείς, 19Α-17Γ, που διασωληνώθηκαν, χωρίς χειρουργικό ή ακούσιο τραύμα και χωρίς διαπιστωμένη κακοήθεια. Αναλύθηκαν τα στοιχεία του ΜΣ ως προς την έκβαση της νοσηλείας.

**Αποτελέσματα:** 1) Μέση ηλικία 70+10 έτη 2) Η αρχική διάγνωση που οδήγησε σε αναπνευστική ανεπάρκεια ήταν: α. Λοίμωξη 19 ασθενείς [14 με ΜΣ (73.68%)], β. καρδιολογικό σύμπτωμα (ΟΕΜ, ΟΠΟ, αναταραχθείσα ανακοπή) 8 ασθενείς [6 με ΜΣ (75%)], γ. έξαρση ΧΑΠ 9 ασθενείς [3 με ΜΣ (33.3%)]. 3) Έκβαση: α. ασθενείς με ΜΣ 12 θάνατοι, 12 έξοδοι (50% θνητότητα), γ. ασθενείς χωρίς ΜΣ απεβίωσαν 6, έξοδος 6 (50% θνητότητα). γ. Από τους 19 θανάτους ανεξαρτήτως ύπαρξης ΜΣ οι 18 είχαν χαμηλή HDL (94.7%). δ. Από τους 12 θανάτους με ΜΣ, 6 είχαν ΣΔ (50%), 9 με χαμηλή HDL (75%), 6 με tgI > 150, (50%), 9 με υπέρταση (75%) και 11 με περιομφαλική περίμετρο άνω του ορίου (91,6%)

**Συμπεράσματα:** 1) Αυξημένη θνητότητα σε απόλυτο αριθμό σε ασθενείς που έχουν ΜΣ. 2) Η παχυσαρκία συνδέεται σημαντικά με τη θνητότητα. 3) Ανεξαρτήτως ύπαρξης ΜΣ η HDL φαίνεται να λειτουργεί σαν παράγοντας πρόγνωσης θνητότητας από μόνη της. 3) ΣΔ και τριγλυκερίδια ισοβαθμούν ενώ υψηλή είναι και η σχέση ύπαρξης υπέρτασης και θνητότητας.

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

Kakaletsis Nikolaos<sup>1</sup>, Papavasileiou Vasileios<sup>1</sup>, Lambrou Dimitrios<sup>2</sup>, Eskandari Ashraf<sup>2</sup>, Ntaios George<sup>2</sup>, Michel Patrik<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

<sup>2</sup> Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

**Aim:** The aim was to evaluate the prevalence of comorbid diseases and their impact on mortality prediction in patients with acute ischemic stroke (AIS) in the long-term and to test whether they can add further predictive value in addition to already existing clinical predictive models.

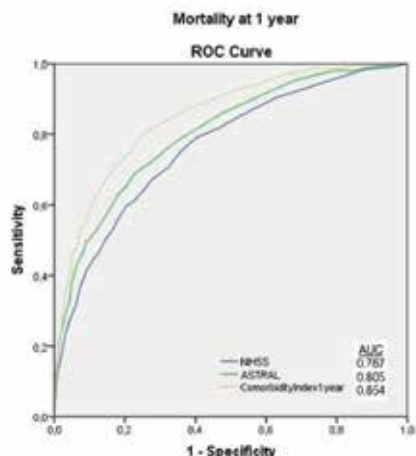
**Methods:** We assessed 2,693 consecutive AIS patients from the ASTRAL-registry regarding 12 months mortality. We constructed multivariable logistic regression models by including 45 comorbidities plus age, or NIHSS, or age&NIHSS, or the prognostic ASTRAL-score as independent variables. The  $\beta$ -coefficient of each covariate was used to generate an integer-based point scoring system. We assessed the discriminatory power of the indexes and compared them by calculating the area-under-the-curve (AUC).

**Results:** 9 variables were positively and 2 negatively associated with long-term mortality (Table 1). The AUC of the derived comorbidity index (Figure 1) was somewhat better compared to pure ASTRAL-score's AUC (0.853 vs 0.805,  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Taking account comorbid diseases for the prediction of long-term mortality in stroke in addition to already existing models may add more predictive information which could be used as stratification tools in cohort longitudinal studies.

| Table 1. ComorbidityIndex1year |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------|
| points                         | ASTRAL                             |
| 4                              | Pulmonary Circulation Disorders    |
| 5                              | Coronary Artery Disease without MI |
| 5                              | Dementia                           |
| 5                              | Solid Cancer                       |
| 6                              | Fluid and Electrolyte Disorders    |
| 7                              | Peptic Ulcer                       |
| 7                              | Myocardial Infarction (MI)         |
| 7                              | Renal Failure                      |
| 16                             | Metastatic Cancer                  |
| -3                             | Obesity                            |
| -4                             | Hyperlipidemia                     |

Figure 1



## **ΑΑ016 ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ**

**Σταμπουλή Στέλλα<sup>1,2</sup>, Παπακάτσια Σοφία<sup>1</sup>, Κοτρώνης Γεώργιος<sup>1</sup>, Άντζα Χριστίνα<sup>1</sup>, Κώτσος Βασίλειος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> Α΄ Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η αρτηριακή σκλήρυνση είναι μία συνεχιζόμενη διαδικασία με έναρξη στα πρώτα χρόνια της ζωής και πρόοδο με την ηλικία, που μπορεί να τροποποιείται από διάφορους παράγοντες.

**Σκοπός της μελέτης:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της μέσης περιπατητικής ΑΠ (ABP) και άλλων παραμέτρων αυτής, όπως η μεταβλητότητα της ΑΠ, η αναλογία της ημερήσιας προς τη νυκτερινή ΑΠ και η 24ωρη πίεση σφυγμού (PP) στην καρωτιδο-μηνιαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (c-f PWV), ως προγνωστικό δείκτη αρτηριακής σκλήρυνσης σε νέους εθελοντές.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 138 νέους εθελοντές (ηλικίας 4-20 ετών) που προσήλθαν στο κέντρο υπέρτασης λόγω αυξημένων τιμών ΑΠ. Σε όλα τα άτομα πραγματοποιήθηκε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ και μέτρηση της c-f PWV. Η μεταβλητότητα της ΑΠ μετρήθηκε με βάση τη σταθμισμένη τυπική απόκλιση (SD) της μέσης 24ωρης ΑΠ, που υπολογίστηκε ως ο σταθμισμένος μέσος όρος της ημερήσιας και νυκτερινής ΑΠ. Ο περιπατητικός δείκτης αρτηριακής σκλήρυνσης (AASI) υπολογίστηκε ως η διαφορά (1-διαστολική κλίση ΔΑΠ/ΣΑΠ).

**Αποτελέσματα:** 10,6% των ατόμων είχαν τιμές c-fPWV υψηλότερες της 95<sup>th</sup> ΕΘ του πληθυσμού. Με τη χρήση της ανάλυσης συσχέτισης του Pearson, η c-fPWV παρουσίασε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την ηλικία, το ύψος, το βάρος, τη ΣΑΠ και ΔΑΠ ιατρείου, τη ΣΑΠ και ΔΑΠ 24ώρου, την SD της ΣΑΠ 24ώρου, το φορτίο της ΣΑΠ και ΔΑΠ 24ώρου, την ημερήσια ΣΑΠ, την SD της ημερήσιας ΣΑΠ, τη νυκτερινή ΣΑΠ και ΔΑΠ, την SD της νυκτερινής ΣΑΠ, τη νυκτερινή PP και την εκτιμώμενη κεντρική PP. Δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση μεταξύ της c-fPWV και καμιάς από τις μετρήσεις της καρδιακής συχνότητας (ιατρείου, 24ώρου, 24ωρης μεταβλητότητας καρδιακής συχνότητας), ούτε μεταξύ της c-fPWV και του AASI. Με την πολυπαραγοντική ανάλυση συσχέτισης (ANCOVA) η c-fPWV παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με τη μεταβλητότητα της ΣΑΠ 24ώρου (95% CI Β 0,037-0,536, p<0,05). Η ηλικία, το φύλο, οι δείκτες ΣΑΠ και ΔΑΠ ιατρείου και 24ώρου δεν ήταν στατιστικά σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της c-fPWV. Η αναλογία ημερήσιας/νυκτερινής ΣΑΠ, ο AASI, το φορτίο της πίεσης σφυγμού 24ώρου και της ΑΠ 24ώρου δεν παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση με την c-fPWV.

**Συμπεράσματα:** Τα παραπάνω ευρήματα αναδεικνύουν ότι οι βραχυπρόθεσμες μεταβολές της ΑΠ μπορεί να ασκούν επίδραση σε δομικές και λειτουργικές ιδιότητες των αγγείων σε νέα άτομα, ανεξάρτητα από τα απόλυτα επίπεδα της ΑΠ.

## **ΑΑ017 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΜΦΡΑΚΤΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**Δήμας Γρηγόριος<sup>1</sup>, Τέγος Θωμάς<sup>2</sup>, Κανέλλος Ηλίας<sup>1,3</sup>, Κωνσταντινίδης Γαλακτίων<sup>2</sup>, Φωτιάδης Σπυρίδων<sup>1</sup>, Κουφοπούλου Στυλιανή<sup>3</sup>, Γιανναδάκη Μαρία<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

**Εισαγωγή:** Έχει αποδειχθεί ότι τα υπερηχογραφικά ευρήματα των καρωτίδων συσχετίζονται με ισχαιμία στην απεικόνιση του εγκεφάλου.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί η αθηροσκλήρωση των καρωτίδων και μηριαίων αρτηριών και να συσχετισθεί με το αθηροσκλήρωτικό φορτίο του εγκεφαλικού παρεγχύματος μέσω αξονικής τομογραφίας (CT) του εγκεφάλου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 75 διαβητικοί υπέρταστοι ασθενείς, 46 άνδρες και 29 γυναίκες, με μέση ηλικία 65 έτη. Μετρήθηκε το IMT (intima media thickness) σε καρωτίδες και μηριαίες και εκτιμήθηκε η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας. Έτσι κάθε αρτηρία έλαβε ένα σκορ (παρουσία πλάκας = 1, απουσία πλάκας = 0,  $IMT > 0.8mm = 1$ ,  $IMT < 0.8mm = 0$ ) και το τελικό αποτέλεσμα των 4 αγγείων (2 καρωτίδες - 2 μηριαίες) υπολογίσθηκε σε κάθε ασθενή ως αθηροσκλήρωτικό αποτέλεσμα (atherosclerotic ultrasonic score - ATHUS). CT εγκεφάλου διενεργήθηκε σε όλους τους ασθενείς και σημειώθηκε παρουσία ή απουσία ισχαιμίας.

**Αποτελέσματα:** Η ομάδα Α (ATHUS = 0-2, 27 ασθενείς) συσχετίστηκε με μία επίπτωση εγκεφαλικής CT ισχαιμίας 22.2% (6/27). Τα αντίστοιχα αποτελέσματα για την ομάδα Β (ATHUS = 3-5, 24 ασθενείς) και ομάδα Γ (ATHUS = 6-8, 24 ασθενείς) ήταν 45.8 (11/24) και 58.3 (14/24) αντίστοιχα ( $p < 0.005$ ).

**Συμπέρασμα:** Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν ότι ο βαθμός της αθηροσκλήρωσης συνδέεται άμεσα με τα ισχαιμικά ευρήματα της CT εγκεφάλου. Η θέση αυτή θα μπορούσε να αποσαφηνισθεί σε εκτεταμένες μελέτες ασθενών, όπου θα διαφαινόταν κατά πόσο ο βαθμός της αθηροσκλήρωσης θα προδικάζει την ανάπτυξη ισχαιμίας του εγκεφάλου.

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

Kakaletsis Nikolaos<sup>1</sup>, Papavasileiou Vasileios<sup>1</sup>, Lambrou Dimitrios<sup>2</sup>, Ntaios George<sup>2</sup>, Michel Patrik<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

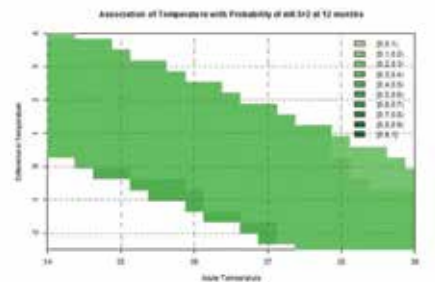
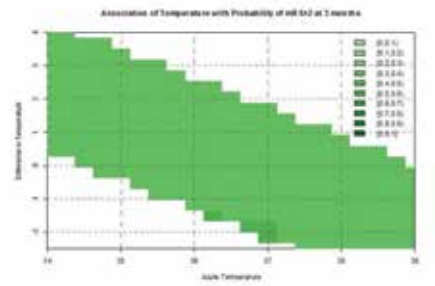
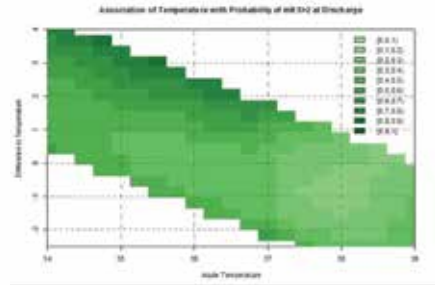
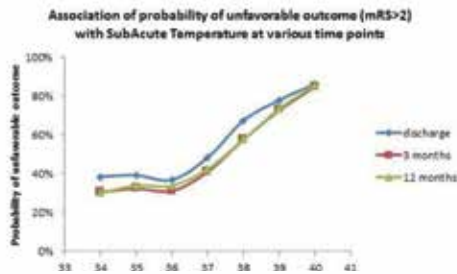
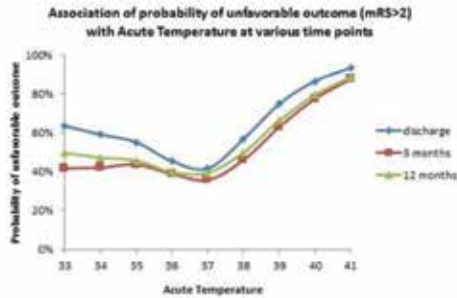
<sup>2</sup> Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

**Aim:** The aim of the study is to explore the association between baseline temperature (T) levels, T change during the first 24 hours, and functional outcome in a representative acute ischemic stroke (AIS) population.

**Methods:** All patients registered in the Acute Stroke Registry and Analysis of Lausanne (ASTRAL) between 2003 and 2013 were analyzed (n=2,555). Unfavorable outcomes at 7 days, 3 and 6 months were defined as modified Rankin scores >2. A local polynomial surface algorithm was used to assess the effect of T values on the three outcomes.

**Results:** Acute and sub-acute normothermia, but not hypothermia, was associated with less unfavorable short- and long-term outcome. Low or normal admission temperatures followed by a T increase over 24 hours were associated with a worse prognosis, whereas a mild baseline T increase followed by a decrease was associated with better outcome at 7 days. These dynamic associations with handicap disappeared after 3 and 12 months.

**Conclusions:** Elevated body temperature in AIS is associated with a worse functional outcome, but initial hypothermia does not seem to be protective. These insights may help to adapt individual treatment decisions and to plan future therapeutic studies.



## **ΑΑ019 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΑΚΕΤΥΛΟΧΟΛΙΝΗΣ ΚΑΙ Η ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ**

**Δήμας Γρηγόριος<sup>1</sup>, Τέγος Θωμάς<sup>2</sup>, Κανέλλος Ηλίας<sup>1,3</sup>, Κωνσταντινίδης Γαλακτίων<sup>2</sup>, Φωτιάδης Σπυρίδων<sup>1</sup>, Τσιονόπουλος Γεώργιος<sup>3</sup>, Γιαννακάκης Κωνσταντίνος<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

**Εισαγωγή:** Η αθηροσκλήρωση συχνά αποτιμάται με τα υπερηχογραφικά ευρήματα των καρωτίδων και έχει συσχετισθεί με άνοια. Πρόσφατες μελέτες καταδεικνύουν ότι ασθενείς με αγγειακή άνοια (AA) παρουσιάζουν ένα χολινεργικό έλλειμμα και εμφανίζουν καλή απάντηση στη θεραπεία με αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης (AChI). Σε πειραματικό μοντέλο θυρεοειδικών ποντικών από in vitro μελέτες βρέθηκε ότι η ακετυλοχολίνη διεγείρει την ενεργοποίηση του ιωδίου χωρίς ταυτόχρονη απελευθέρωση της T4.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η θυρεοειδική λειτουργία μετά χορήγηση AChI σε ασθενείς με AA και να ερευνηθεί η θεραπευτική επίδραση στους ασθενείς αυτούς με αυξημένους δείκτες αθηροσκλήρωσης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 75 ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν με διάγνωση Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (ΑΕΕ) και AA. Ως μάρτυρες συμπεριλήφθησαν 50 υγιείς. Η ομάδα ασθενών ολοκλήρωσε μια θεραπεία 12 μηνών AChI (ριβαστιγμίνη), ενώ η ομάδα μαρτύρων έλαβε πλάσματος θεραπεία. Μελετήθηκαν μεταβολές των θυρεοειδικών παραμέτρων πριν και μετά την χορήγηση του AChI. Οι αθηροσκοπικοί δείκτες προσδιορίστηκαν πριν την έναρξη της θεραπείας και μετά την ολοκλήρωσή της, ώστε να διευκρινισθεί η παρουσία αθηροσκοπικής πλάκας και το IMT ως υπολογιζόμενος υποκλινικός δείκτης αθηροσκλήρωσης. Το minimal score (MMSE) εκτιμήθηκε για κάθε ασθενή.

**Αποτελέσματα:** Το MMSE μετά την 12μηνιαία θεραπεία δεν μεταβλήθηκε σε 45/50 μάρτυρες, ενώ βελτιώθηκε στους 70/75 ασθενείς ( $p < 0.001$ ). Επίσης, το όφελος των AChI φάνηκε στους ασθενείς με AA, αλλά όχι στους μάρτυρες. Η ομάδα ασθενών (ATHUS = 3-6, 55 ασθενείς) συσχετίστηκε με μέσο MMSE = 27. Η αντίστοιχη τιμή για την ομάδα μαρτύρων (ATHUS = 0-2, 40 υγιείς) ήταν 30 ( $p < 0.005$ ).

**Συμπέρασμα:** Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν ότι η AChI θεραπεία προσφέρει κλινικό όφελος μετά τουλάχιστον ενός έτους θεραπεία σε AA ασθενείς, οι οποίοι ωστόσο συμπάσχουν από αθηροσκοπική αγγειακή νόσο.



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

Kakaletsis Nikolaos<sup>1</sup>, Papavasileiou Vasileios<sup>1</sup>, Lambrou Dimitrios<sup>2</sup>, Eskandari Ashraf<sup>2</sup>, Ntaios George<sup>2</sup>, Michel Patrik<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Clinical Neurosciences and Preventive Medicine, Danube University in Krems, Austria

<sup>2</sup> Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

**Aim:** The aim was to evaluate the prevalence of comorbid diseases and their impact on handicap prediction in patients with acute ischemic stroke (AIS) in medium-term and to test whether they can add further predictive value in addition to already existing clinical predictive models.

**Methods:** We assessed 2,590 consecutive AIS patients from the ASTRAL-registry regarding 3 months unfavorable outcome, defined as a modified Rankin score of >2. We constructed multivariable logistic regression models by including 45 comorbidities plus age or NIHSS or age&NIHSS or the ASTRAL-score as independent variables. The  $\beta$ -coefficient of each covariate was used to generate an integer-based point scoring system. We assessed the discriminatory power of the indexes and compared them by calculating the area-under-the-curve (AUC).

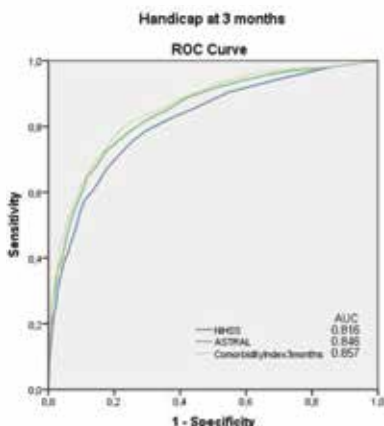
**Results:** 6 variables were positively and 2 negatively associated with 3 months handicap (Table1). The AUC of the derived comorbidity index (Figure1) differed slightly but statistically significantly from the pure ASTRAL-score's AUC (0.857vs.0.846, p<0.001).

**Conclusions:** Adding an ASTRAL-derived comorbidities index to the existing ASTRAL-score slightly improves prediction of 3 months handicap slightly. This improvement is of limited clinical use because it more than doubles the number of variables needed for its calculation.

Table 1. ComorbidityIndex3months

| points | ASTRAL                    |
|--------|---------------------------|
| 2      | Renal Failure             |
| 3      | Chronic Pulmonary Disease |
| 3      | Depression                |
| 4      | Dementia                  |
| 4      | Coagulopathy              |
| 4      | Metastatic Cancer         |
| -2     | Hyperlipidemia            |
| -3     | Patent foramen ovale      |

Figure 1



## **ΑΑ021 ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΟΧΟΝΙΔΙΝΗΣ, ΕΝΟΣ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΓΕΝΕΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΩΣ ΔΡΩΝΤΟΣ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ**

**Καρλόφτη Ε.<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χ.<sup>1</sup>, Κολιάκος Γ.<sup>2</sup>, Μπαλιτατζή Μ.<sup>1</sup>, Διδάγγελος Τρ.<sup>1</sup>, Χατζητόλιος Α.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, «ΑΧΕΠΑ», Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

<sup>2</sup> Τμήμα Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**Εισαγωγή:** Η μοξονιδίνη το νεότερο, δεύτερης γενιάς, κεντρικώς δρών αντιυπερτασικό, δρα εκλεκτικά ως αγωνιστής στους I1 μιδαζολινοικούς υποδοχείς. Εμφανίζει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα υπόλοιπα της κατηγορίας, και ως εκ τούτου χρησιμοποιείται συχνά ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με άλλα αντιυπερτασικά. Χορηγείται ιδιαίτερα στους παχύσαρκους υπερτασικούς, διότι μειώνει τα επίπεδα της λεπτίνης στο πλάσμα, καθώς και το σωματικό βάρος, μέσω δράσης της στο ΣΝΣ.

**Σκοπός:** Η επίδραση της μοξονιδίνης στην θεραπεία των παχύσαρκων υπερτασικών.

**Σχεδιασμός και μέθοδος:** 90 ασθενείς, με ήπιου-μετρίου βαθμού αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), έλαβαν μοξονιδίνη για 12 εβδομάδες (30 υπερτασικοί παχύσαρκοι, 30 υπερτασικοί υπέρβαροι και 30 υπερτασικοί φυσιολογικού βάρους / 50% σε κάθε ομάδα, ήταν άνδρες).

### **Αποτελέσματα:**

1. Στους παχύσαρκους, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους (ΣΒ) ( $p = 0.281$ ) ή του BMI ( $p = 0.487$ ), μετά τη θεραπεία.
2. Στις παχύσαρκες γυναίκες, υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση, τόσο της ΣΑΠ ( $p = 0.007$ ), όσο και της ΔΑΠ ( $p = 0.001$ ) μετά την θεραπεία, ενώ στους παχύσαρκους άνδρες δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά, είτε ΣΑΠ ( $p = 0.266$ ), ή ΔΑΠ ( $p = 0.401$ ).
3. Στους υπέρβαρους, υπήρξε μια στατιστικά σημαντική μείωση του βάρους ( $p < 0.001$ ), και του BMI ( $p < 0.001$ ) μετά τη θεραπεία, με ταυτόχρονα σημαντική μείωση της ΣΑΠ ( $p < 0.001$ ), και της ΔΑΠ ( $p < 0.001$ ).
4. Το ίδιο παρατηρήθηκε, όταν η ανάλυση έγινε για το κάθε φύλο ξεχωριστά.
5. Στους υπερτασικούς με φυσιολογικό βάρος, παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική μείωση του βάρους ( $p = 0.039$ ), και του BMI ( $p = 0.020$ ), με ταυτόχρονη στατιστικά σημαντική μείωση της ΣΑΠ ( $p < 0.001$ ), και ΔΑΠ ( $p < 0.001$ ), μετά την θεραπεία.
6. Στους φυσιολογικού βάρους υπερτασικούς άνδρες, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση, είτε του βάρους ( $p = 0.485$ ) ή του BMI ( $p = 0.408$ ), παρά τη σημαντική μείωση της ΣΑΠ ( $p < 0.001$ ) και ΔΑΠ ( $p < 0.001$ ).
7. Στις φυσιολογικού βάρους υπερτασικές γυναίκες, υπήρξε μια στατιστικά σημαντική μείωση στο ΒΣ ( $p = 0.013$ ), στο BMI ( $p = 0.010$ ), στη ΣΑΠ ( $p < 0.001$ ), και ΔΑΠ ( $p = 0.003$ ).
8. Η μείωση της ΣΑΠ και ΔΑΠ ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες, ειδικά της ΣΑΠ.

**Συμπέρασμα:** Οι γυναίκες, είτε παχύσαρκες ή φυσιολογικού βάρους, φαίνεται να ανταποκρίνονται καλύτερα στην αντιυπερτασική θεραπεία με μοξονιδίνη, με σημαντική μείωση, τόσο της ΣΑΠ όσο και ΔΑΠ. Το συμπέρασμα αυτό, δυνατόν να αντανάκλα την μεγαλύτερη διέγερση του ΣΝΣ στις γυναίκες πριν από την αγωγή, ενώ επισμαίνει και τη συμβολή του ΣΝΣ στην αύξηση της ΑΠ, καταδεικνύοντας παράλληλα την επίδραση της μοξονιδίνης στη μείωση ΣΒ στις γυναίκες.

**ΑΑ022 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΙ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ STRESS ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΥΠΟΥ 1 ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ II (AGTR1) ΚΑΙ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΓΛΟΥΤΑΘΕΙΟΝΗΣ-S-ΤΡΑΝΣΦΕΡΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (ΔΜΣ)**

Αποστολοπούλου Μάρθα, Γούλιας Αντώνιος, Σαββόπουλος Χρήστος, Κοηλιάκος Γεώργιος, Φουντουκίδης Ηλίας, Σταυρόπουλος Κων/νος, Μαυρουδής Σταύρος, Κώτσης Βασίλειος, Τσιούφης Κων/νος, Ψυρρόπουλος Δημήτριος, Γαβρά Μαρία, Δαρδαβέσης Θεόδωρος, Χατζητόλης Απόστολος

**Εισαγωγή:** Ο πολυμορφισμός A1166C του AGTR1 (A και C αλληλόμορφα), έχει βρεθεί ότι παρουσιάζει μη σταθερή συσχέτιση με την ΑΥ. Παρομοίως, τα αλληλόμορφα GSTM1 και GSTT1-null (αλληλόμορφα με ομοζυγωτία 0/0) του γονιδίου της γλουταθειόνης-S-τρανσφεράσης, φαίνεται να σχετίζονται επίσης, μη σταθερά, με την ΑΠ.

**Σκοπός:** Συσχέτιση τόσο των δεικτών φλεγμονής όσο και των γονιδιακών πολυμορφισμών AGTR1/A1166C, GSTM1 και GSTT1-null με την ΑΠ και το ΔΜΣ, σε νορμοτασικούς και υπεртаσικούς Έλληνες ασθενείς.

**Υλικό:** Συμμετείχαν 100 προσφάτως διαγνωσμένοι υπεртаσικοί, νοσοκομείων Αθήνας και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι ουδέποτε είχαν λάβει κάποια θεραπεία, ενώ 95 νορμοτασικοί αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Αποκλείστηκαν όσοι εμφάνιζαν σημεία ή συμπτώματα οξείας ή χρόνιας φλεγμονής.

Η hs-CRP και το αμυλοϊδέξ του ορού (SAA), χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες φλεγμονής, ενώ ο δείκτης ισορροπίας 'οξειδωτικών- αντιοξειδωτικών' (PAB), χρησιμοποιήθηκε ως δείκτης οξειδωτικού stress. Τα σχετιζόμενα πολυμορφικά γονίδια με τα αλληλόμορφα τους ταυτοποιήθηκαν με PCR. Η συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων γονοτύπων συσχετίστηκε με τις αντίστοιχες τιμές hs-CRP, SAA, PAB αλληλά και με το ΔΜΣ, τόσο στην ομάδα των νορμοτασικών, όσο και στους υπεртаσικούς. Έγινε συγκριτικός έλεγχος (t-test, έλεγχος κατά Mann και Whitney) κι ανάλυση συσχέτισης.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα καταδεικνύονται στον πίνακα 1.

**Πίνακας 1:** Αποτελέσματα ΣΑΠ, ΔΑΠ, ΔΜΣ, αλληλόμορφων A και C, αλληλόμορφων GSTM1-null και GSTT1-null, δεικτών φλεγμονής και οξειδωτικού στρες.

|                      | Υπερτασικοί                 | Νορμοτασικοί                | P      |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------|
| Ηλικία (έτη)         | 39,47                       | 43,65                       | 0,003  |
| Φύλο (%Α/Γ)          | A: 43%                      | A: 49,1%                    | 0,412  |
|                      | Γ: 57%;                     | Γ: 50,9%                    |        |
| Κάννισμα (%)         | Ναι: 29,2%                  | Όχι: 70,8%                  | 0,110  |
|                      | Ναι: 41,6%                  | Όχι: 58,4%                  |        |
| ΔΜΣ                  | 30,09                       | 26,90                       | <0,001 |
| ΣΑΠ (mmHg)           | 153,6                       | 116,4                       | <0,001 |
| ΔΑΠ (mmHg)           | 97,8                        | 75,2                        | <0,001 |
| AGRT1 γονότυπος (%)  | AA: 68,0, AC: 29,0, CC: 3,0 | AA: 65,0, AC: 33,3, CC: 1,7 | 0,761  |
| GSTM1 γονότυπος (%)  | -1: 55,3                    | -1: 47,9                    | 0,124  |
|                      | -0: 44,7                    | -0: 52,1                    |        |
| GSTT1 γονότυπος (%)  | -1: 74                      | -1: 80                      | 0,241  |
|                      | -0: 26                      | -0: 20                      |        |
| hsCRP (mg/l)         | 3,2                         | 1,6                         | <0,001 |
| SAA (ng/ml)          | 3048,2                      | 2170,2                      | <0,001 |
| PAB (HK arbitrary U) | 916,0                       | 1005,5                      | 0,07   |

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις δεικτών φλεγμονής και οξειδωτικού στρες με την ΑΠ.

**Πίνακας 2:** Συσχετίσεις δεικτών φλεγμονής και οξειδωτικού στρες με την ΑΠ.

|                             | hsCRP<br>(mg/l)  | SAA<br>(ng/ml)  | PAB<br>(HK arbitrary<br>Units) | ΣΑΠ<br>(mmHg)   | ΔΑΠ<br>(mmHg)    | Αλληλμόρφο C     |
|-----------------------------|------------------|-----------------|--------------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| hsCRP<br>(mg/l)             | 1.00             | 0,34<br>p=0.002 | 0,38<br>P<0.001                | 0,23<br>p=0.04  | 0,29<br>p=0.008  | -0,16<br>p= 0.15 |
| SAA<br>(ng/ml)              | 0,34<br>p=0.002  | 1.00            | 0,18<br>p=0.11                 | 0,04<br>p=0.75  | 0,003<br>p=0.98  | 0,01<br>p=0.91   |
| PAB<br>(HK arbitrary Units) | 0,38<br>p<0,001  | 0.18<br>p=0.11  | 1.00                           | 0,11<br>p=0.33  | 0.01<br>p=0.91   | -0,20 p<br>=0.07 |
| ΣΑΠ<br>(mmHg)               | 0,23<br>p=0.04   | 0.04<br>p=0.75  | 0,11<br>p=0.33                 | 1,00            | 0,488<br>p<0.001 | 0,01<br>p=0.92   |
| ΔΑΠ<br>(mmHg)               | 0,29<br>p=0.008  | 0,003<br>p=0.98 | 0,01<br>p=0.91                 | 0.48<br>p<0.001 | 1,00             | -0,05<br>p=0.68  |
| Αλληλμόρφο C                | -0,16<br>p= 0.15 | 0,01<br>p=0.91  | -0,20<br>p=0.07                | 0,01<br>p=0.92  | -0,05<br>p=0.68  | 1,00             |

Επιπλέον, ο ΔΜΣ παρουσίαζε στους νορμοτασικούς θετική συσχέτιση με την ΣΑΠ και με την ΔΑΠ, ενώ αντιθέτως μεταξύ των υπερτασικών, ο ΔΜΣ βρέθηκε να σχετίζεται θετικά μόνο με τη ΔΑΠ.

Επίσης, το αλληλμόρφο GSTM1-null του γονιδίου της γλιουταθειόνης - S-τρανσφεράσης φάνηκε να εμφανίζει θετική συσχέτιση με την ΣΑΠ και τη ΔΑΠ μόνο μεταξύ των νορμοτασικών.

**Συμπέρασμα:** Καταδεικνύεται ότι οι δείκτες φλεγμονής, όπως και ο ΔΜΣ σχετίζονται (θετικά) με την υπέρταση.

Επιπλέον, οι διαφορές στην έκφραση η/και λειτουργικότητα των πολυμόρφων AGTR1 και GSTM1 θα μπορούσαν να επηρεάσουν τον έλεγχο της ΑΠ.

**ΑΑ023 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ, ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΜΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ(ΑΠ) ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙ-ΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

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

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

**Εισαγωγή:** Με βάση αποτελέσματα μεγάλων μελετών και τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Υπέρτασης, φαίνεται ότι η μονοθεραπεία στις περισσότερες περιπτώσεις δεν αρκεί και απαιτείται συνδυασμός αντιυπερτασικών για την ρύθμιση της ΑΠ. Η ανάγκη αυτή είναι ιδιαίτερα επιτακτική σε ειδικές ομάδες υπερτασικών όπως οι παχύσαρκοι, οι ηλικιωμένοι και ασθενείς με συμπαρομαρτούντα νοσήματα που λαμβάνουν πολλά φάρμακα και δεν παρουσιάζουν καλή συμμόρφωση.

**Σκοπός:** Η επίδραση του φύλου, του δείκτη μάζας σώματος (BMI) και της μονοθεραπείας ή σταθερής συνδυαστικής αγωγής 2 φαρμάκων στην Αποτελεσματικότητα ρύθμιση της ΑΠ.

**Υλικό-Μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη 540 υπερτασικών (229 άνδρες, 331 γυναίκες, 50-85 ετών, με μέση τιμή 73±2) του Κέντρου Αριστείας Υπέρτασης ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου το διάστημα 2011-2012. Χρησιμοποιήθηκαν καταγεγραμμένα δεδομένα που αφορούν το βάρος, το ύψος, την αντιυπερτασική αγωγή, τη συμμόρφωση, καθώς και μετρήσεις της πίεσης κάθε ασθενούς.

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος chi-square test με επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0.05$ .

**Αποτελέσματα:** 207 ασθενείς (38,2% / 14,04% άνδρες και 24,26% γυναίκες  $p < 0,05$ ) είχαν καλό έλεγχο της ΑΠ. Η αντιπαραβολή των ανθρωπομετρικών παραμέτρων ανδρών και γυναικών με καλή ρυθμιζόμενη ΑΠ έδειξε ότι ο BMI εμφανίζεται να είναι ανεξάρτητος παράγοντας για την ρύθμιση της ΑΠ ( $p < 0,05$ ).

|                           | Μονοθεραπεία (M) | Σταθερή συνδυαστική θεραπεία με 2 φάρμακα (FC) | Γυναίκες                       | Άνδρες                          | BMI                                  |
|---------------------------|------------------|--|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Καλή ρύθμιση (WC) (n=207) | 68.12%           | 31.88%   | 63.28%<br>(40.58%M<br>22.7%FC) | 36.72%<br>(27.54M<br>9.18%FC)   | 27.4<br>(Ανδρες:26<br>Γυναίκες:28)   |
| Όχι ρύθμιση (NC) (n=333)  | 65.77%           | 34.23%   | 54.05%<br>(36.03%M<br>18.02FC) | 45.95%<br>(29.73%M<br>16.22%FC) | 29<br>(Ανδρες:27.4<br>Γυναίκες:30.4) |

Προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ασθενών λαμβάνει μονοθεραπεία και σε όσους χορηγείται συνδυασμός αντιυπερτασικών λαμβάνουν δυο φάρμακα. Στην κατηγορία των WC ασθενών ήταν μεγαλύτερο το ποσοστό των γυναικών σε σχέση με των ανδρών ( $p < 0.05$ ). Επιπρόσθετα, περισσότερες γυναίκες λαμβάνουν προσαρμοσμένη θεραπεία με πάνω από ένα φάρμακο σε σύγκριση με τους άνδρες.

**Συμπεράσματα:** Ο BMI επιβεβαιώνεται ότι παραμένει ένας σημαντικός παράγοντας για τον έλεγχο της ΑΠ. Οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των WC ασθενών, παρά το γεγονός ότι έχουν υψηλότερο BMI. Τα 2/3 των γυναικών λαμβάνουν μονοθεραπεία ενώ εμφανίζεται να υπάρχει και μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην ομάδα των γυναικών με FC σε σχέση με την αντίστοιχη των ανδρών. Ο καλύτερος έλεγχος της ΑΠ στις γυναίκες είναι δυνατόν να εξηγηθεί από το μεγαλύτερο ποσοστό που λαμβάνει συνδυαστική αγωγή με κατ'επέκταση καλύτερη συμμόρφωση.

## ΑΑ024 ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2)

Τσαχουρίδου Όλγα<sup>1</sup>, Τσοτουλίδης Στέφανος<sup>1</sup>, Γρίβου Καλλιόπη<sup>1</sup>, Τσαχουρίδης Αριστείδης<sup>1</sup>, Χριστοφορίδου Ευγενία<sup>1</sup>, Πετρίδης Γεώργιος, Μανές Χρήστος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Διαβητολογικό Ιατρείο, Κ.Υ. Κασσανδρείας, Χαλκιδικής

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση(A/Y) και το θετικό οικογενειακό ιστορικό για ΣΔΤ2 ενδέχεται να επιταχύνουν την εγκατάσταση διαβητικής νευροπάθειας και αμφιβληστροειδοπάθειας.

**Σκοπός:** Η μελέτη της ύπαρξης συσχέτισης ή μη της παχυσαρκίας, της A/Y και της κληρονομικότητας με επιπλοκές του ΣΔΤ2. **Ασθενείς-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 342 ασθενείς με ΣΔΤ2. Καταγράφηκε η αντίληψη των δονήσεων στον μεγάλο δάκτυλο, τον αστράγαλο και το κάτω άκρο της κνήμης, καθώς και η αισθητικότητα και η έκλυση των τενόντιων αντανακλαστικών. Ακόμη καταγράφηκαν: η ύπαρξη θετικού οικογενειακού ιστορικού για ΣΔΤ2(τουλάχιστον ένα συγγενικό άτομο πρώτου βαθμού), ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η A/Y και η αμφιβληστροειδοπάθεια.

**Αποτελέσματα:** 250 ασθενείς (73,09%) είχαν A/Y υπό αγωγή. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ και της αμφιβληστροειδοπάθειας ( $p<0.01$ ), της παθολογική έκλυση των τενόντιων αντανακλαστικών (επιγονατίδας,  $p<0.01$  και αχίλλειου,  $p<0.05$ ). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση της παχυσαρκίας με τις διάφορες αισθητικές διαταραχές των κάτω άκρων. Η A/Y αποτέλεσε ανεξάρτητο παράγοντα στην εμφάνιση νευρολογικών διαταραχών και αμφιβληστροειδοπάθειας στη διμεταβλητή ανάλυση. 61,4% των ασθενών ανέφεραν ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου II σε τουλάχιστον ένα συγγενικό άτομο πρώτου βαθμού. 88,75% των ασθενών με διαταραχή των τενόντιων αντανακλαστικών είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό. Το θετικό οικογενειακό ιστορικό σχετίζεται με διαταραχή στην έκλυση των επιγονατίων αντανακλαστικών ( $p<0.05$ ) και τη δυσλειτουργία των μεγάλων νευρικών ινών( $p<0.05$ ). 59,2% των ασθενών με διαταραχές αισθητικότητας των κάτω άκρων και το 80% των ασθενών με αμφιβληστροειδοπάθεια είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό (NS).

**Συμπεράσματα:** Η ρύθμιση του ΒΣ και της A/Y μπορεί να καθυστερήσει την εμφάνιση μικροαγγειακών επιπλοκών, ενώ το θετικό οικογενειακό ιστορικό φαίνεται να αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα.

## ΑΑ025 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Σαχινίδης Αλέξανδρος, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος, Κωστάκη Σταυρούλα, Αγγελιοπούλου Στέλλα, Τσοποζίδη Μαρία, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλης Απόστολος

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

**Εισαγωγή:** Τα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν μείζονα αίτια θνησιμότητας αλλά η επίπτωσή τους στην ποιότητα ζωής δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός: Η εκτίμηση της επίδρασης του ΑΕΕ στην ποιότητα ζωής. Υλικό: Μελετήθηκαν προοπτικά 67 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (32,8% άνδρες, ηλικία  $80,6\pm 6,1$  έτη) και 79 άτομα παρόμοιας ηλικίας και φύλου χωρίς ιστορικό ΑΕΕ (μάρτυρες).

**Μέθοδος:** Η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο EuroQol-5D-5L 3 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο στους ασθενείς, καθώς και στους μάρτυρες. Η λειτουργική κατάσταση παραγοντες κινδύνου μεταξύ των 2 ομάδων. Η λειτουργική κατάσταση των ασθενών με ΑΕΕ ήταν χειρότερη από των μαρτύρων ( $p=0,001$ ). Οι τομείς της ποιότητας ζωής που αφορούν την ατομική φροντίδα ( $p<0,001$ ) και τις συνήθεις δραστηριότητες ( $p=0,019$ ) ήταν χειρότεροι στους ασθενείς με ΑΕΕ σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Αντίθετα, οι τομείς της ποιότητας ζωής που αφορούν την ικανότητα βάδισης, τον πόνο/δυσφορία και το άγχος/κατάθλιψη δε διέφεραν μεταξύ των 2 ομάδων. Η συνολική αίσθηση υγείας ήταν δυσμενέστερη στους ασθενείς με ΑΕΕ ( $p<0,001$ ).

**Συμπέρασμα:** Οι ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα αναφορικά με την ατομική φροντίδα και τις συνήθεις δραστηριότητες, σε σύγκριση με άτομα ίδιας ηλικίας χωρίς ιστορικό ΑΕΕ.

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

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

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

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της επίτευξης των στόχων όσον αφορά τα επίπεδα της απολιποπρωτεΐνης Β (ΑροΒ) και της χοληστερόλης που δεν περιέχεται στις υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (non-HDL-C) σε ασθενείς που είχαν πετύχει το στόχο της χοληστερόλης των χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνων (LDL-C) <100 mg/dL.

**Μέθοδοι:** Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν ενήλικοι ασθενείς που παρακολούθονταν στο εξωτερικό Ιατρείο Λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για  $\geq 3$  έτη. Στους ασθενείς που είχαν πετύχει το στόχο της LDL-C <100 mg/dL εκτιμήθηκαν τα ποσοστά επίτευξης του στόχου όσον αφορά την ΑροΒ (<100 mg/dL) και τη non-HDL-C (<130 mg/dL).

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν συνολικά 1000 ασθενείς και καταγράφηκαν εκείνοι που ελάμβαναν μία στατίνη και είχαν LDL-C <100 mg/dL στην πιο πρόσφατη επίσκεψη στο Ιατρείο μετά από τουλάχιστον 3 έτη (n=543). Από αυτούς τους ασθενείς 30% είχε σακχαρώδη διαβήτη, 60% είχε μεταβολικό σύνδρομο και 9% είχε επίπεδα τριγλυκεριδίων (TG)  $\geq 200$  mg/dL. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη εμφάνιζαν ένα σημαντικό χαμηλότερο ποσοστό επίτευξης του στόχου όσον αφορά την ΑροΒ σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς ασθενείς (63% vs 92%,  $p < 0,05$ ). Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 2 ομάδες όσον αφορά την επίτευξη του στόχου της non-HDL-C (93% vs 93%). Αριθμητικά λιγότεροι ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο πέτυχαν επίπεδα ΑροΒ <100 mg/dL σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου (86% vs 94%,  $p=NS$ ). Τα αντίστοιχα ποσοστά επίτευξης του στόχου όσον αφορά τη non-HDL-C ήταν 91% και 96% ( $p < 0,05$  για τη σύγκριση των 2 ομάδων). Οι ασθενείς με επίπεδα TG  $\geq 200$  mg/dL είχαν χαμηλότερα ποσοστά επίτευξης των στόχων όσον αφορά την ΑροΒ και τη non-HDL-C σε σύγκριση με τους ασθενείς με χαμηλότερες τιμές των TG (69% vs 94% και 50% vs 97%, αντίστοιχα,  $p < 0,05$  για τις συγκρίσεις ανάμεσα στις 2 ομάδες).

**Συμπεράσματα:** Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, μεταβολικό σύνδρομο ή TG  $\geq 200$  mg/dL και επίπεδα LDL-C <100 mg/dL ενώ λαμβάνουν μία στατίνη δεν επιτυγχάνουν τους στόχους όσον αφορά κυρίως την ΑροΒ και λιγότερο την non-HDL-C.

## AA27 ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ COXIELLA BURNETTI

**Κουσιανή Έλενα, Δραμιώτου Λουκία, Τούρβα Δήμητρα, Νεδέα Μικαέλλα, Βουνού Εμμέλια**

*Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος*

**Εισαγωγή:** Η *Coxiella burnetti* προκαλεί ζωνόσσο με παγκόσμια κατανομή (πυρετός Q). Η πλειοψηφία των νοσούντων παραμένει ασυμπτωματική. Η συμπτωματική νόσος συχνά εκδηλώνεται στην οξεία φάση με πυρετό, γριππώδη συνδρομή, πνευμονία ή ηπατίτιδα, ενώ στην χρόνια με ενδοκαρδίτιδα. Η μηνιγγοεγκεφαλομυελίτιδα αποτελεί ασυνήθη εκδήλωση της νόσου.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ενός περιστατικού λοίμωξης από ένα συχνό παθογόνο με σπάνια κλινική εικόνα.

**Υλικό και Μέθοδος:** Γυναίκα 28 ετών προσήλθε με κεφαλαλγία, εμπύρετο, εμέτους, σύγχυση και αστάθεια βάδισης από επαγμέρου, με ταχεία επιδείνωση.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής είχε θορυβώδη κλινική εικόνα με έκπτωση επιπέδου συνείδησης, προοδευτικά επιδεινούμενη αδυναμία κάτω άκρων, αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά, μειωμένη αισθητικότητα και επίσχεση ούρων και κοπράνων.

Εργαστηριακά παρατηρήθηκε ήπια τρανσαμινασαιμία, αύξηση CRP (μέχρι 59) και ΤΚΕ (μέχρι 27). Η οσφουονταϊά παρακέντηση ανέδειξε αυξημένα λευκά αιμοσφαίρια (WBC 470, λεμφοκυτταρικός τύπος), χαμηλή γλυκόζη, και αυξημένη πρωτεΐνη, χωρίς να απομονωθεί παθογόνος μικροοργανισμός. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είχε ευρήματα εγκεφαλίτιδας. Το MRI εγκεφάλου ανέδειξε διάχυτο ενδιάμεσης έντασης σήμα στον δεξιό ιππόκαμπο. Σε επανέλεχο βρέθηκαν γραμμοσιδηά διάσπαρτα στοιχεία στην περιοχή των βασικών γαγγλίων. Το MRI σπονδύλου ανέδειξε παθολογικά υψηλό σήμα εντός του ωτιαίου μυελού από Θ1-Θ8. Αποκλείστηκε κακοήθεια, αυτοάνοσα νοσήματα, αυτοάνοσα εγκεφαλίτιδα, φυματίωση, HIV, σύφιλη και ιογενείς ηπατίτιδες. Η λοίμωξη από *Coxiella burnetti* επιβεβαιώθηκε με θετικό ανοσοφθορισμό. Η ασθενής έλαβε παρατεταμένη αγωγή με δοξυκυκλίνη και 5 μέρες μεθυλπρεδνιζολόνη. Ακολούθησε συνέχιση κορτικοστεροειδών από το στόμα με σταδιακή μείωση.

**Συμπέρασμα:** Η *Coxiella burnetti* απαντάται συχνά προκαλώντας ήπια νόσο με ευρεία κλινική εικόνα. Ωστόσο, η μηνιγγοεγκεφαλομυελίτιδα αποτελεί σπάνια εκδήλωση, δυναμικά απειλητική για τη ζωή και με υπαρκτό τον κίνδυνο για νευρολογικά κατάλοιπα.

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

Μαυρίδης Ευστράτιος<sup>1</sup>, Αυγέρη Σουλτάνα<sup>1</sup>, Χατζηδημητρίου Μαρία<sup>2</sup>, Μπελλιάλη Θάλεια<sup>3</sup>, Γαρτζά Ευαγγελία<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Τμήμα Τεχνολογιών Ιατρικών Εργαστηρίων, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η γνώση του κοινού σε θέματα που αφορούν το Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) θα μπορούσε να βοηθήσει στην πρόληψη της νόσου, με θετικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού και την οικονομία της Πολιτείας.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση του επιπέδου των γνώσεων ενός υγιούς πληθυσμού, των αιμοδοτών, σε θέματα που αφορούν τον ΣΔ και ο έλεγχος για ύπαρξη διαφοροποιήσεων στο επίπεδο των γνώσεων ανάμεσα σε διάφορες ομάδες του πληθυσμού.

**Μεθοδολογία:** Διεξήχθη μια συγχρονική έρευνα σε 1571 αιμοδότες του Νομού Θεσσαλονίκης, στη Βόρεια Ελλάδα, που αιμοδότησαν στην Ν.Υ.Α. ή σε εξόρμηση του κινητού κλιμακίου αιμοληψιών του Γ.Ν.Θ. Αγίου Παύλου, ώστε να αξιολογηθούν οι γνώσεις τους σχετικά με τον διαβήτη. Το δείγμα κλήθηκε να απαντήσει σε 40 ερωτήσεις ερωτηματολογίου. Κάθε σωστή απάντηση βαθμολογήθηκε με μία μονάδα και με μηδέν η λανθασμένη, καθώς και η απάντηση «δεν γνωρίζω».

**Αποτελέσματα:** Το συνολικό μέσο ποσοστό επιτυχίας των ορθών απαντήσεων έφτασε το 53,5%, με το υψηλότερο ποσοστό να αφορά τις γενικές γνώσεις για το ΣΔ και το χαμηλότερο τις επιπλοκές αυτού. Αναλυτικά, το ποσοστό επιτυχίας σε κάθε τομέα ήταν: γενικές γνώσεις: 63,2%, παράγοντες κινδύνου: 50,8%, συμπτώματα: 47,7%, επιπλοκές: 40,3%, Θεραπεία και διαχείριση: 60,7%, συνήθειες δραστηριότητες που πρέπει να αποφεύγονται από τους διαβητικούς: 53,5% και η παρακολούθηση του διαβήτη: 50,6%.

**Συμπεράσματα:** Η επίγνωση του ΣΔ σε υγιή πληθυσμό, ευαισθητοποιημένο μάλιστα σε θέματα υγείας, στο Νομό Θεσσαλονίκης, βρίσκεται ακόμη σε μέτριο επίπεδο. Ιδιαίτερα χαμηλές επιδόσεις παρουσίασαν ο ανδρικός πληθυσμός, τα νεότερης ηλικίας άτομα, καθώς και τα άτομα με μηδενικό ή πολύ χαμηλό εισόδημα, ενώ αξιοσημείωτο είναι και το ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν φαίνεται να επιδρά θετικά στο επίπεδο της γνώσης για το ΣΔ.

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

Μπάρκας Φώτιος, Λιάμης Γεώργιος, Κλούρας Ελευθέριος, Λιόντος Άγγελος, Λυμπερόπουλος Ευάγγελος, Ελισάφ Μωυσής

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

**Σκοπός:** Η εκτίμηση των ποσοστών επίτευξης των στόχων της αντιυπερτασικής, υπολιπιδαιμικής και αντιδιαβητικής αγωγής σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη που παρακολουθούνται σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο.

**Μέθοδοι:** Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν ενήλικοι ασθενείς που παρακολουθούνται στο εξωτερικό Ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Παχυσαρκίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν η διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και μία διάρκεια παρακολούθησης  $\geq 3$  έτη. Στην τελευταία επίσκεψη στο ιατρείο εκτιμήθηκε η αρτηριακή πίεση (ΑΠ), το λιπιδαιμικό προφίλ, καθώς και τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c).

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν συνολικά 1000 ασθενείς από τους οποίους 211 (21%) είχαν σακχαρώδη διαβήτη. Από τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη το 58% πέτυχαν το στόχο όσον αφορά την ΑΠ (<140/80 mmHg). Τα ποσοστά επίτευξης των στόχων όσον αφορά τη χοληστερόλη των χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL-C <70 mg/dL) και τη χοληστερόλη που δεν περιέχεται στις υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (non-HDL-C <100 mg/dL) ήταν 35% και 43%, αντίστοιχα. Το ποσοστό επίτευξης του στόχου όσον αφορά τα επιθυμητά επίπεδα των τριγλυκεριδίων (<150 mg/dL) ήταν 72%. Όσον αφορά το ποσοστό επίτευξης του στόχου της αντιδιαβητικής αγωγής, το 54,4% των διαβητικών ασθενών είχε επίπεδα της HbA1c <7%, ενώ το 26% είχε επίπεδα της HbA1c <6,5%. Μόνο 1 στους 10 ασθενείς είχαν πετύχει όλους τους στόχους μαζί (ΑΠ <140/80 mmHg, LDL-C <70 mg/dL και HbA1c <7%).

**Συμπεράσματα:** Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη που παρακολουθούνται σε ένα εξειδικευμένο ιατρείο δεν πετυχαίνουν τους στόχους της αντιυπερτασικής, υπολιπιδαιμικής και αντιδιαβητικής αγωγής.



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

**Μπεχτισσοπούλου Στυλιανή<sup>1</sup>, Θεοφανίδης Δημήτριος<sup>2</sup>, Παντούλα Παρασκευή<sup>1</sup>, Κακαλιέτσος Νικόλαος<sup>1</sup>, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, Α.Τ.Ε.Ι.Θ., Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν επείγοντα ιατρικά περιστατικά με υψηλή ποσοστά θνητότητας, συνήθως συνοδύ μόνιμη αναπηρία με κατ' επέκταση σημαντικό κοινωνικοοικονομικό κόστος. Η αντιμετώπιση θα πρέπει να γίνεται σε ειδικές μονάδες (ΜΑΦ) όπου παρέχονται υπηρεσίες αυξημένης φροντίδας

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση της βαρύτητας και έκβασης ασθενών με ΑΕΕ στη ΜΑΦ σε σχέση με αυτών που νοσηλεύονται σε κοινό θάλαμο.

**Υλικό-Μέθοδος:** Από 318 ασθενείς με ΑΕΕ που νοσηλεύθηκαν στην Κλινική μας το διάστημα 1/2012-12/2014 καταγράφηκαν η βαρύτητα (NIHSS) και λειτουργική έκβαση του ΑΕΕ (mRS), η διάρκεια νοσηλείας, το είδος του θαλάμου, η εφαρμογή θρομβολυτικής και η ενδονοσοκομειακή θνητότητα.

**Αποτελέσματα:** Από αυτούς τους ασθενείς, οι 153(48,1%) νοσηλεύθηκαν στη ΜΑΦ (20,5% αιμορραγικό ΑΕΕ), οι οποίοι εμφάνιζαν μεγαλύτερης βαρύτητας ΑΕΕ (NIHSS:8,6vs7,1), μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας (8,5vs6,9) και παρόμοια λειτουργική έκβαση (mRS:3,3vs3,3) και θνητότητα (13%vs12,3%) σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε κοινό θάλαμο, χωρίς όμως οι διαφορές αυτές να είναι στατιστικώς σημαντικές. Πραγματοποιήθηκαν 9 θρομβολυσεις με ενδονοσοκομειακή θνητότητα (11,1%) και βελτίωση στους υπολοίπους.

**Συμπεράσματα:** Οι νοσηλευθέντες στην ΜΑΦ, ήταν σχεδόν αποκλειστικά μη θρομβολυθέντες, ωστόσο αποτελούσαν τα βαρύτερα περιστατικά με ανάγκη εντατικότερης παρακολούθησης σε σχέση με τους νοσηλευόμενους σε κοινούς θαλάμους. Το γεγονός ότι η έκβαση δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων των ασθενών, επισημαίνει έμμεσα το όφελος από τη νοσηλεία τους στη ΜΑΦ.

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

**Σγουρός Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Τσέτσου Άννα<sup>1</sup>, Κομνηνού Δέσποινα<sup>1</sup>, Μαχαίριδου Αρχοντία<sup>1</sup>, Καθαράτης Εμμανουήλ<sup>2</sup>, Ραφιμανίκης Κάρολος Παύλος<sup>2</sup>, Λελέκης Μωυσής<sup>2</sup>, Κυριαζής Ιωάννης<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Μ.Ε.Θ

<sup>2</sup> Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Παθολογική Κλινική

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

**Εισαγωγή:** Το Μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ), είναι ένας συνδυασμός διαταραχών που αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου.

**Σκοπός:** Μελέτη της επίπτωσης του ΜΣ σε ασθενείς Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ) λόγω καρδιαγγειακών και αναπνευστικών συμβαμάτων, με συνοδό οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια.

**Υλικό-Μέθοδος:** Αναλύθηκαν στοιχεία όπως ηλικία, φύλο, αίτιο νοσηλείας και παρουσία στοιχείων του ΜΣ.

**Αποτελέσματα:** 1) Μέση ηλικία 70±10 έτη 2) Αρχική διάγνωση: Λοίμωξη 19[14 με ΜΣ (73.68%)], καρδιοπνευμονικό σύμπτωμα (Ο.Ε.Μ, Ο.Π.Ο, αναταχθείσα ανακοπή) 8 [6 με ΜΣ (75%)], έξαρση ΧΑΠ 9[3 με ΜΣ (33.3%)]. 3) Από τους 36, 24(66.6%) είχαν ΜΣ [4(16.7%) είχαν 5/5 παράγοντες, 6 (25%) είχαν 4/5 και 14 (58.3%) είχαν 3/5 παράγοντες]. 4) Σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) 11 με ΜΣ (45.8%) και 2 χωρίς ΜΣ (16.8%). 5) 19 από τους 36 ήταν υπέρταστοι (52.7%) - 17 με ΜΣ (89.47%). 6) 25 από τους 36 είχαν περιφερική διάμετρο μεγαλύτερη των ορίων (69.4%) - 23 με ΜΣ (92%). 7) HDL: α. από τους 36, οι 31 είχαν χαμηλή HDL (86.1%), β. από τους 24 με ΜΣ οι 22 είχαν χαμηλή HDL (91.6%). 8) 14 από τους 36 είχαν υπερτριγλυκεριδαιμία (38.9%), 13 με ΜΣ (92.8%). 9) Λοίμωξη ως επιπλοκή ή υποτροπή λοίμωξης κατά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ ανεξαρτήτως αιτίας εισόδου, 20 από τους 36, 15 εξ αυτών έπασαν από ΜΣ (75%).

**Συμπεράσματα:** 1) Ισχυρή η επίπτωση του ΜΣ σε ασθενείς Μ.Ε.Θ με αναπνευστική ανεπάρκεια ακόμα και με το μικρότερο φορτίο παραγόντων. 2) Το ΜΣ ήταν συχνότερο σε καρδιοπνευμονικά συμβάματα και λοιμώξεις. 3) Αρκετά ισχυρός ρόλος φαίνεται η ύπαρξη ΣΔ σε ασθενείς με ΜΣ. 4) Ισχυρός ο δεσμός Υπερτάσεως και ΜΣ στους ασθενείς της ΜΕΘ (89.47%). 5) Σχεδόν απόλυτα συνδεδεμένη η κοιλιακή περιμέτρος. 6) Αρκετά υψηλή συχνότητα χαμηλής HDL στο ΜΣ. 7) Υψηλή συσχέτιση ΜΣ και υπερτριγλυκεριδαιμίας.

## ΑΑ032 ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΤΟ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ

Μπεχτισπούλου Σ.<sup>1</sup>, Θεοφανίδης Δ.<sup>2</sup>, Παντούλα Π.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc(ε), Κλινικός Εκπαιδευτής Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, Διευθυντής Απόστολος Ι. Χατζητόλιος

<sup>2</sup> Καθηγητής Εφαρμογών, MSc, Prof Doc, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΣΕΥΓΠ, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

<sup>3</sup> Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προισταμένη Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, Διευθυντής Απόστολος Ι. Χατζητόλιος

**Εισαγωγή:** Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν επείγοντα ιατρικά περιστατικά με υψηλή ποσοστά θνητότητας, συνοδό μόνιμη αναπηρία και σημαντικό κοινωνικοοικονομικό κόστος. Η αντιμετώπιση τους πρέπει να γίνεται σε ειδικές μονάδες (stroke units), όπου παρέχονται συντονισμένες υπηρεσίες αυξημένης φροντίδας.

**Σκοπός:** η αξιολόγηση της εφαρμογής της θρομβολυτικής αγωγής (r-tPA) στη θεραπεία του ισχαιμικού ΑΕΕ.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed/Medline το διάστημα 2004-2014 με λέξεις κλειδιά: "ischemic stroke", και "intravenous thrombolysis", ενώ συμπεριλήφθησαν 10 τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες και μια μετα-ανάλυση.

**Αποτελέσματα:** Η παρούσα ανάλυση κατέδειξε την Αποτελεσματικότητα της ενδοφλέβιας θρομβόλυσης στην αύξηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας σε ασθενείς με οξύ ΙΑΕΕ (όπως αυτό διαπιστώνεται με βάση τη νευρολογική εξέταση και τον αποκλεισμό ενδοκράνιας αιμορραγίας στην αξονική τομογραφία εγκεφάλου) με χρονική ταξινόμηση του κλινικού οφέλους από την εγκατάσταση της συμπτωματολογίας ως εξής: Εντός των **πρώτων 3 ωρών** η θεραπεία κρίνεται πολύ Αποτελεσματική με μεγιστοποίηση του κλινικού οφέλους σε σχέση με την έγκαιρη χορήγηση.

- Σε ασθενείς που έχουν υπερβεί το θεραπευτικό παράθυρο των 3 ωρών, η χορήγηση της θεραπείας συνιστάται **έως και 4.5 ώρες**.
- **Πέραν των 4.5 ωρών** η iv χορήγηση r-tPA αντενδείκνυται καθώς οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι της είναι πιθανόν να υπερβαίνουν τα οφέλη.
- Ενδαρτηριακή θρομβόλυση μπορεί να χορηγηθεί **έως και 6 ώρες** από την εγκατάσταση των συμπτωμάτων.

**Συμπεράσματα:** Το ΙΑΕΕ αποτελεί επείγουσα κατάσταση που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Η επιτυχής χρήση της ενδοφλέβιας θρομβόλυσης βασίζεται στην καλή κατανόηση της διαδικασίας επιλογής του κατάλληλου υποψηφίου και στην οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας με στόχο την όσο το δυνατόν ταχύτερη έναρξη της θεραπείας. Η iv θρομβολυτική αγωγή εντός 3 ωρών από την έναρξη της νευρολογικής σημειολογίας αποτελεί την πλέον τεκμηριωμένη και Αποτελεσματική θεραπεία του οξέος ΙΑΕΕ και η ευρεία εφαρμογή της σε όλα τα τριτοβάθμια Νοσοκομεία αποτελεί σημαντική πρόκληση για τη σύγχρονη ιατρική κοινότητα.

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

**Σταυρόπουλος Κ., Σαββόπουλος Χ., Μαυρουδής Σ., Φουντουκίδης Η., Τζιόλα Σ.Τ., Τζαμουράνη Χ., Σταυρόπουλος Ν., Φωτιάδου Ε., Χατζητόλης Α.**

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

**Σκοπός:** Ο προσδιορισμός του ποσοστού της ανθεκτικής υπέρτασης στο σύνολο των υπερτασικών ασθενών, που εξετάστηκαν για πρώτη φορά την τελευταία διετία στο κέντρο αριστείας αρτηριακής υπέρτασης της Α' ΠΡΠ κλινικής του Α.Π.Θ. στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.

**Ασθενείς-Μέθοδος:** 388 υπερτασικοί (139 άνδρες, 35.82%), που προσήλθαν για πρώτη φορά στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία υπέρτασης της κλινικής από τον Δεκέμβριο του έτους 2012 έως τον Νοέμβριο του έτους 2014, συμμετείχαν στην μελέτη. Ως ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση ορίστηκαν αυτοί που είχαν τιμές αρτηριακής πίεσεως >140/90 mmHg, ενώ λαμβάνουν αγωγή τριών διαφορετικών κατηγοριών αντιυπερτασικών φαρμάκων στην μέγιστη συνιστώμενη δοσολογία, εκ των οποίων το ένα είναι διουρητικό.

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των ασθενών της μελέτης, οι 48 πληρούσαν το σύνολο των κριτηρίων τις ανθεκτικής υπέρτασης. Δηλαδή ένα ποσοστό 12.37% των ασθενών που επισκέφτηκαν για πρώτη φορά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία υπέρτασης της κλινικής τα δύο τελευταία έτη, πάσχει από ανθεκτική υπέρταση.

**Συμπέρασμα:** Φαίνεται ότι η ανθεκτική υπέρταση είναι ένα συχνό φαινόμενο στον πληθυσμό των υπερτασικών ασθενών. Η σωστή διερεύνηση κάθε νέου υπερτασικού ασθενούς από τον κλινικό ιατρό, καθώς και η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών στον σχεδιασμό και την εφαρμογή της αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής, μπορούν να περιορίσουν το ποσοστό ανθεκτικής υπέρτασης και να αποκαλύψουν δευτεροπαθή αίτια αυτής.

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

**Σταυρόπουλος Κ., Σαββόπουλος Χ., Φουντουκίδης Η., Μαυρουδής Σ., Φρύδας Α., Αναστασιάδου Σ., Σταυρόπουλος Ν., Γουντσίωτη Η., Φωτιάδου Ε., Χατζητόλης Α.**

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

**Σκοπός:** Ο προσδιορισμός του ποσοστού της ανθεκτικής υπέρτασης σε υπερτασικούς ασθενείς με ΣΔ2 που εξετάστηκαν για πρώτη φορά την τελευταία διετία στο Κέντρο Αριστείας ΑΥ της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής κλινικής του Α.Π.Θ., στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ».

**Ασθενείς-Μέθοδος:** Στην μελέτη συμμετείχαν 83 ασθενείς (28 άνδρες, 33.73%) με διαγνωσμένο ΣΔ2, για τον οποίο λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία, ινσουλίνη ή συνδυασμό αυτών και προσήλθαν για πρώτη φορά στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία υπέρτασης της κλινικής από τον Δεκέμβριο του 2012 έως τον Νοέμβριο του 2014. Ως ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση ορίστηκαν αυτοί που είχαν τιμές αρτηριακής πίεσεως >140/85 mmHg, ενώ λαμβάνουν αγωγή τριών διαφορετικών κατηγοριών αντιυπερτασικών φαρμάκων στην μέγιστη συνιστώμενη δοσολογία, εκ των οποίων το ένα είναι διουρητικό.

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των ασθενών της μελέτης, οι 17 πληρούσαν το σύνολο των κριτηρίων τις ανθεκτικής υπέρτασης. δηλαδή ένα ποσοστό 20.41% .

**Συμπέρασμα:** Φαίνεται ότι η ανθεκτική υπέρταση είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο στον πληθυσμό των υπερτασικών ασθενών με ΣΔ2. Άρα ο κλινικός ιατρός θα είναι καλό να μεριμνά τόσο για την ρύθμιση των επιπέδων της γλυκόζης στο πλάσμα, όσο και για την διερεύνηση και την ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης σε έναν ασθενή με ΣΔ2 και ΑΥ.

## ΑΑ035 ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗ ΡΥΠΑΝΣΗ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Κακαλιέτσος Νικόλαος<sup>1</sup>, Ρήγα Μαρίνα<sup>2</sup>, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Μπουζιανά Στέλλα<sup>1</sup>, Σπανού Μαριάννα<sup>1</sup>, Κωστάκη Σταυρούλα<sup>1</sup>, Αγγελιοπούλου Στέλλα<sup>1</sup>, Κακαλιέτσος Σωτήριος<sup>2</sup>, Καρατζάς Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Τμήμα Μηχανολόγων Μηχανικών, «Αριστοτέλειο» Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Υπάρχουν μελέτες που συνδέουν την ατμοσφαιρική ρύπανση με την εκδήλωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), με συνδετικό κρίκο τη φλεγμονή των πνευμόνων. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των χαρακτηριστικών ασθενών με ΑΕΕ και των δεδομένων της ατμοσφαιρικής ρύπανσης συναρτήσει του έτους, της εποχής και της περιοχής κατοικίας των ασθενών στο πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης.

**Μέθοδος:** Επιλέχθηκαν 231 ασθενείς με οξύ ΑΕΕ με τόπο κατοικίας στο πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης που εισήχθησαν επειγόντως στην Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική κατά τη χρονική περίοδο 9/2010-2/2013. Καταγράφηκαν η ηλικία, το φύλο, η βαρύτητα του ΑΕΕ (NIHSS) και η διεύθυνση κατοικίας. Έγινε εντοπισμός του γεωγραφικού μήκους και πλάτους της κατοικίας τους και στη συνέχεια των αντίστοιχων τιμών της ατμοσφαιρικής ρύπανσης της περιοχής κατά την εισαγωγή. Έγινε σύγκριση των χαρακτηριστικών σε σχέση με το έτος, την εποχή και την περιοχή εκδήλωσης ΑΕΕ. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το SPSS.

**Αποτελέσματα:** Στις ακραίες περιοχές του πολεοδομικού συγκροτήματος της Θεσσαλονίκης (Καλαμαριά, Κορδελίο) τα ΑΕΕ ήταν μεγαλύτερης βαρύτητας σε σχέση με αυτά που εκδηλώθηκαν στο κέντρο της Θεσσαλονίκης. Στις περιοχές αυτές τα επίπεδα των ατμοσφαιρικών ρύπων ήταν υψηλότερα (CO, SO<sub>2</sub>, O<sub>3</sub>) και η ταχύτητα του ανέμου χαμηλότερη.

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται ότι ίσως η ατμοσφαιρική ρύπανση διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην εκδήλωση βαρύτερου ΑΕΕ μέσω των ατμοσφαιρικών ρύπων και εμμέσως της ταχύτητας του ανέμου, δεδομένα που είναι συμβατά με υπάρχουσες δημοσιεύσεις και πρέπει να επιβεβαιωθούν από μεγαλύτερες μελέτες.

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

Ξάνθης Ανδρέας, Τσαγκρίδη Αίλιη, Μάττας Γεώργιος, Ξενικάκης Μενέλαος, Μιχαηλίδου Αναστασία, Βλάχογιάννης Ανέστης

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Δράμας

**Εισαγωγή:** Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια αποτελούν τη 2<sup>η</sup> αιτία θανάτου και την 1<sup>η</sup> αιτία χρόνιας αναπηρίας, γεγονός που καθιστά την πρόληψη τους μείζον θέμα δημόσιας υγείας. Στόχος της εργασίας είναι η αναζήτηση των βασικών εξετάσεων στα επείγοντα και η συσχέτιση τους με τη βαρύτητα των ισχαιμικών ΑΕΕ σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν οι φάκελοι 100 ασθενών με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική το 2013 και καταγράφηκαν η Αρτηριακή Πίεση εισόδου, η Γλυκόζη, η Θερμοκρασία, το Καρδιογράφημα, η Φαρμακευτική αγωγή, οι Ημέρες Νοσηλείας, οι τυχόν Επιπλοκές και το Rankin σκορ.

**Αποτελέσματα:** Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4.4 ημέρες (±0.79), ο χρόνος προσέλευσης στα ΤΕΠ ήταν 1.6 ώρες (± 0.5), η μέση ΣΑΠ ήταν 148mmHg, (±22.4), η μέση τιμή γλυκόζης ήταν 148.5mg/dl,(±72), η μέση θερμοκρασία ήταν 36.4 (±2.81), ο μέσος κορεσμός O<sub>2</sub> ήταν 95.8% (±2.38) και το μέσο RANKIN σκορ ήταν 2.4 (±0.92). Σε πολυπαράγοντική παλινδρομη ανάλυση, διαπιστώθηκε ότι η γλυκόζη είχε στατιστικά σημαντική σχέση με τις ημέρες νοσηλείας (p=0.012) και η γλυκόζη και η θερμοκρασία στα ΤΕΠ με το Rankin σκορ (p=0.002 και p=0.033 αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Α) Η γλυκόζη και η θερμοκρασία εισόδου στο νοσοκομείο είναι απλή αλλά αξιόπιστοι δείκτες βαρύτητας και πρόγνωσης των ισχαιμικών ΑΕΕ Β) Ο μέσος χρόνος προσέλευσης στα ΤΕΠ είναι 90 λεπτά, γεγονός που επιτρέπει την ασφαλή θρομβόλυση.

### **ΑΑ037 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΑΝ ΤΡΙΦΛΟΥΖΑΛΗ (AFLEN) ΩΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ**

**Κακαλιέτσος Νικόλαος, Σαββόπουλος Χρήστος, Κουλιάρη Παυλίνα, Μουρουγιάκης Αλέξανδρος, Κουνανής Ανδρέας, Μάρκογλου Νικόλαος, Ηλιάδης Φώτιος, Χατζητόλης Ι. Απόστολος**

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

**Εισαγωγή:** Η τριφλουζάλη (AFLEN) αποτελεί μία πολλή υποσχόμενη εναλλακτική θεραπευτική επιλογή της ασπιρίνης. Είναι ένας αναστολέας της βιοσύνθεσης της θρομβοξάνης που δρα μέσω μη αντιστρεπτής αναστολής της κυκλοοξυγενάσης των αιμοπεταλίων, με το πλεονέκτημα νότισέβεται τη βιοσύνθεση της προστακυκλίνης λόγω της αμελιπτέας δράσης της στην κυκλοοξυγενάση των αγγείων σε θεραπευτικές δόσεις. Σύμφωνα με διπλά τυφλές τυχαιοποιημένες μελέτες TACIP και TAPIRSS είναι εξίσου Αποτελεσματική με την ασπιρίνη στην δευτερογενή πρόληψη του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) παρουσιάζοντας ένα πιο ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση των κλινικών χαρακτηριστικών ασθενών που λάμβαναν τριφλουζάλη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική.

**Υλικό-Μέθοδος:** Καταγράφηκαν οι ασθενείς που λάμβαναν τριφλουζάλη κατά τη νοσηλεία τους στην παθολογική κλινική ως δευτερογενή πρόληψη ΑΕΕ. Καταγράφηκαν δεδομένα όπως το φύλο, η ηλικία και γνωστοί παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

**Αποτελέσματα:** 24 συνολικά ασθενείς ελάμβαναν τριφλουζάλη με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: 79,9±10,3 έτη μέση ηλικία, 20,8% άνδρες, 79,2% αρτηριακή υπέρταση, 33,3% σακχαρώδη διαβήτη, 33,3% γνωστή στεφανιαία νόσο, 16,7% καρδιακή ανεπάρκεια και 33,3% κοιλιακή μαρμαρυγή.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση της τριφλουζάλης όπου αυτή ενδείκνυται αποτελεί μια ελκυστική θεραπευτική επιλογή με απόλυτη ένδειξη στη δευτερογενή πρόληψη ΑΕΕ (Κατηγορία Ι, Επίπεδο Α), ειδικότερα μάλιστα όταν τίθεται σε προτεραιότητα η ασφάλεια και η σχέση κόστους-Αποτελεσματικότητας.

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

**Παπακάτοικα Σοφία<sup>1</sup>, Κοτρώνης Γεώργιος<sup>1</sup>, Άντζα Χριστίνα<sup>1</sup>, Δημόπουλος Χαρίλαος<sup>1</sup>, Σταμπούλη Στέλλα<sup>1</sup>, Κώτσης Βασίλειος<sup>1</sup>**

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

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων από τη δράση της τελμισαρτάνης και της νεμπιβολόλης στα επίπεδα της ΑΠ 24ωρης καταγραφής και η διερεύνηση πιθανών διαφορών στη βελτίωση της αρτηριακής σκληρίας που επάγουν οι δύο αυτές φαρμακευτικές ουσίες καθώς δρουν με διαφορετικούς αντιυπερτασικούς μηχανισμούς.

**Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν άτομα που δεν είχαν λάβει στο παρελθόν καμιά αντιυπερτασική αγωγή. Η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης τεκμηριώθηκε με τη χρήση της 24ωρης καταγραφής της ΑΠ και εξαιρέθηκαν τα άτομα με καταγεγραμμένη υπέρταση πνευκτικής μπλούζας. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν τελμισαρτάνη είτε νεμπιβολόλη και υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ και μέτρηση αρτηριακής σκληρίας πριν την έναρξη της μελέτης, στο τέλος του πρώτου μήνα και στο τέλος του έκτου μήνα από την έναρξη της μελέτης.

**Αποτελέσματα:** 53 ασθενείς με υπέρταση σταδίου Ι βόσει κλινικών μετρήσεων συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. 18 άτομα (34%) εξαιρέθηκαν από την τυχαιοποίηση, επειδή διαγνώστηκαν με υπέρταση πνευκτικής μπλούζας. 35 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν είτε 40 mg τελμισαρτάνης (18 ασθενείς) είτε 5 mg νεμπιβολόλης (17 ασθενείς). Οι ασθενείς επανεξετάστηκαν ένα μήνα μετά από την αρχική επίσκεψη με νέες μετρήσεις 24ωρης καταγραφής ΑΠ και αρτηριακής σκληρίας. Σε περίπτωση παθολογικών τιμών μετρούμενης μέσης ΑΠ 24ωρης καταγραφής, γινόταν προσθήκη 40 mg τελμισαρτάνης ή 5 mg νεμπιβολόλης. Όλοι οι ασθενείς εξετάστηκαν εκ νέου μετά από έξι μήνες από την αρχική επίσκεψη. Δύο ασθενείς από τις ομάδες της νεμπιβολόλης και της τελμισαρτάνης αποσύρθηκαν λόγω κακής συμμόρφωσης στην αγωγή και δύο ασθενείς από την ομάδα της νεμπιβολόλης λόγω εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν και στις δύο ομάδες στις τιμές της ΑΠ Ιατρείου και 24ωρης καταγραφής μεταξύ των επισκέψεων. Στην ομάδα της νεμπιβολόλης βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική ελάττωση της καρδιακής συχνότητας. Η κεντρική αορτική ΑΠ και η καρωτιδο-μυριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (c-f PWV) παρουσίασαν σημαντική πτώση στην τρίτη επίσκεψη στην ομάδα της τελμισαρτάνης, ενώ δεν επηρεάστηκαν στην ομάδα της νεμπιβολόλης.

**Συμπεράσματα:** Παρά τα παρόμοια αντιυπερτασικά αποτελέσματα από τη δράση της τελμισαρτάνης και της νεμπιβολόλης, οι δύο ουσίες παρουσιάζουν διαφορές στην πτώση της κεντρικής ΑΠ και της c-f PWV κατά τη διάρκεια των έξι μηνών της παρακολούθησης. Ο αποκλεισμός των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης-II τελμισαρτάνη αναδείχθηκε ανώτερος της νεμπιβολόλης στην ελάττωση της αρτηριακής σκληρίας, συνιστώντας έτσι ένα πιθανό ρόλο του αποκλεισμού του ΣΡΑΑ στην πρόληψη μεθλιοντικής αρτηριοσκλήρυνσης.

### **ΑΑ039 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ "ΕΝ-ΒΛΟC" ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΕΚΤΟΜΗ (ESD) ΠΡΩΙΜΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΚΟΥ ΟΡΘΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥΣ**

**Ν. Ελευθεριάδης<sup>1</sup>, Γ. Γερμανίδης<sup>2</sup>, Α. Πρωτόπαπας<sup>1</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Π. Χυτίρογλου<sup>3</sup>, Α. Χατζητόλης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική

<sup>2</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

<sup>3</sup> Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Α.Π.Θ.

*Acknowledgment: Prof. Dr. Haruhiro Inoue (Digestive Disease Center, Showa University Northern Yokohama Hospital, Japan) for ESD training and case consultation.*

**Εισαγωγή:** Η ενδοσκοπική υποβλεννογονία εκτομή (ESD), που χαρακτηρίζεται από υποβλεννογονία διατομή βλεννογονικού καρκίνου, με πιθανότητα την 'en bloc' αφαίρεση, αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τον πρώιμο γαστρεντερικό καρκίνο, ιδίως στην Ιαπωνία, με αυξανόμενη εμπειρία στη Δύση.

**Σκοπός:** Να αναφέρουμε την επιτυχή, 'en-bloc' ESD εκτομή πρώιμου γαστρικού καρκίνου, σώματος στομάχου στο έλασσον τόξο, τύπου '0-IIa', 2εκ, σε άνδρα 77ετών και βλεννογονικού ορθικού όγκου, τύπου '0-IIa+IIc', >4εκ, σε απόσταση 1εκ από την οδοντωτή γραμμή, σε άνδρα 65ετών, από Έλληνες Γαστρεντερολόγους.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ο 1<sup>ος</sup> ασθενής ήταν υψηλού χειρουργικού κινδύνου λόγω βαριάς στεφανιαίας νόσου, ενώ ο 2<sup>ος</sup> υποβλήθηκε σε ESD, λόγω θέσης, μορφολογίας και μεγέθους του ορθικού όγκου. Οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν στο ενδοσκοπικό εργαστήριο, υπό μέθη, με βάση προηγούμενη περιγραφή. Το Dual-knife χρησιμοποιήθηκε για το μαρκάρισμα, την περιμετρική εκτομή και ESD. Για αιμόσταση χρησιμοποιήθηκε αιμοστατική λαβίδα.

**Αποτελέσματα:** Διάρκεια επεμβάσεων ήταν 6 και 6,5 ώρες αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές άμεσες ή απώτερες επιπλοκές. Οι ασθενείς εξήλθαν μετά από τριήμερη νοσηλεία. Ιστολογική εξέταση, στον 1<sup>ο</sup> ασθενή έδειξε παρασκευάσμα 'en-bloc' ενδοσκοπικής βλεννογονεκτομής στομάχου, διαστάσεων 4,6Χ2,5Χ0.3εκ, με περιοχή χαμηλόβαθμης και εστιακά υψηλόβαθμης επιθηλιακής δυσπλασίας διαστάσεων 2Χ2εκ, ενώ στον 2<sup>ο</sup> ασθενή έδειξε πλακωτό αδένωμα ορθού, διαστάσεων 4,6Χ3,7Χ1,4εκ, με χαμηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία. Τα όρια εκτομής και στους δύο ασθενείς ήταν φυσιολογικά. Ενδοσκόπηση ένα χρόνο αργότερα έδειξε φυσιολογική ουλή και στους δύο ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Με βάση τις δύο επιτυχείς περιπτώσεις μας, θεωρούμε την τεχνική ESD ως ασφαλή και Αποτελεσματική θεραπεία 'en-bloc' εκτομής πρώιμου γαστρεντερικού καρκίνου και εφικτή την πραγματοποίησή της από Έλληνες Γαστρεντερολόγους. Παρόλο αυτά, περαιτέρω εμπειρία είναι απαραίτητη.

### **ΑΑ040 ΛΗΧΝΟΕΙΔΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΣ: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ**

**Τζαβέλλη Κωνσταντίνα<sup>1</sup>, Ott Roland<sup>1</sup>, Schatke Winfried<sup>1</sup>, Karimi Diana<sup>2</sup>, Straumann Alexander<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>4</sup>, Χατζητόλης Απόστολος<sup>4</sup>, Παπαπολύχρονιάδης Κωνσταντίνος<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Ινστιτούτο Γαστρεντερολογίας - Ιδιωτικό Ιατρείο, Μόναχο, Γερμανία

<sup>2</sup> Ινστιτούτο Παθολογοανατομίας, Μόναχο, Γερμανία

<sup>3</sup> Νοσοκομείο Όλτεν, Όλτεν, Ελβετία

<sup>4</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

<sup>5</sup> Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

**Εισαγωγή:** Ο ομαλός λειχήνας είναι μια φλεγμονώδης νόσος αγνώστου αιτιολογίας, που προσβάλλει το δέρμα και τους βλεννογόνους. Η προσβολή του οισοφάγου είναι σπάνια.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Θήλυ ασθενής, 64 ετών, προσήλθε για περαιτέρω διερεύνηση επαναλαμβανόμενων συμπτωμάτων δυσφαγίας από 20ετίας. Η ασθενής ανέφερε συχνά επεισόδια δυσκαταποσίας σε συνδυασμό με μη όξινη παλινδρόμηση. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος κατέδειξε κυρίως στον μέσο και κατώτερο οισοφάγο έναν ουλώδη βλεννογόνο με δακτυλοειδείς διαμορφώσεις υπεράνω της γραμμής Z. Ελήφθησαν βιοψίες με ιστολογικά ευρήματα χρόνιας λεμφοκυτταρικής οισοφαγίτιδας συμβατής με ληχνοειδής οισοφαγίτιδα. Ο συμπληρωματικός δερματολογικός και ρευματολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός ως προς την ύπαρξη συστηματικής νόσου. Η ασθενής ετέθη σε αγωγή με τοπικά κορτικοστεροειδή για 12 εβδομάδες. Αναμένεται ο ενδοσκοπικός έλεγχος με λήψη βιοψιών και ιστολογική εκτίμηση μετά το πέρας της θεραπείας.

**Συμπέρασμα:** Η ληχνοειδής οισοφαγίτις αν και σπάνια θα πρέπει απαραίτητα να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της δυσφαγίας.

## **ΑΑ041 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΠΡΟΠΑΦΑΙΝΟΝΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

**Μολληγιουσούφογλου Σεντά, Βραδέλης Στέργιος, Παπάνας Νικόλαος, Μαλιτζός Ευστράτιος**

*Β' Παθολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

**Εισαγωγή:** Η τοξική δράση φαρμάκων δεν είναι σπάνιο αίτιο ηπατίτιδας στην καθημερινή κλινική πράξη.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ασθενούς με φαρμακευτική ηπατίτιδα από λήψη προπαφαϊνόνης.

**Παρουσίαση της περίπτωσης:** Άνδρας 82 ετών εισήχθη με ίκτερο τρεις μήνες έπειτα από την έναρξη αγωγής με προπαφαϊνόνη για κοιλιακή μαρμαρυγή. Ο εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε: AST 58 IU/L, ALT 67 IU/L, γGT 456 IU/L, ALP 613 IU/L, ολική χολερυθρίνη 4.2 mg/dl, άμεση χολερυθρίνη 3 mg/dl. Το υπερηχογράφημα ήπατος-χοληφόρων και η MRCP είχαν φυσιολογικά ευρήματα. Η γενική αίματος, οι δείκτες ηπατίτιδων, ο έλεγχος αυτοάνοσων νοσημάτων του ήπατος και οι ανοσοσφαιρίνες του ορού ήταν εντός των φυσιολογικών. Ο ασθενής δεν ελάμβανε άλλο ηπατοτοξικό φάρμακο. Έγινε διακοπή της προπαφαϊνόνης με βαθμιαία βελτίωση του ίκτερου και μείωση των ηπατικών ενζύμων, τα οποία έφθασαν στα απόλυτα φυσιολογικά επίπεδα εντός μηνός. Η προπαφαϊνόνη αντικαταστάθηκε από μετοπρολόλη. Δύο και τέσσερις μήνες αργότερα ο ασθενής δεν παρουσίαζε υποτροπή.

**Συμπέρασμα:** Η παρούσα περίπτωση μας υπενθυμίζει ότι ένα από τα φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν ηπατίτιδα ανήκει και η προπαφαϊνόνη.

## **ΑΑ042 Ο ΛΟΒΟΣ RIEDEL ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ: ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**

**Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Κακαλέτσης Νικόλαος<sup>1</sup>, Καϊάφα Γεωργία<sup>1</sup>, Ηλιάδης Φώτιος<sup>1</sup>, Καλογερά Άννα<sup>2</sup>, Χατζητόλης Ι. Απόστολος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Ακτινολογικό Τμήμα, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ο λοβός Riedel του ήπατος είναι μια απλή ανατομική παραλλαγή. Πρόκειται για προεκβολή προς τα κάτω, του πρόσθιου άκρου του δεξιού λοβού του ήπατος, στα δεξιά της χοληδόχου κύστης, με την τυπική του περίπτωση να είναι αρκετά σπάνια.

**Περίπτωση:** Αναφέρουμε την περίπτωση μία γυναίκας 71 ετών με τυπική εμφάνιση μη ψηλαφητού λοβού Riedel του ήπατος, σαν τυχαίο εύρημα, η οποία είχε παραπεμφθεί στο νοσοκομείο για διερεύνηση υπεργαμμασφαιριναιμίας. Μετά από πλήρη κλινικο-εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, τα δύο παραπάνω ευρήματα αποδόθηκαν σε χρόνια φλεγμονή λόγω αποστήματος στο δεξιό λαγονοψοίτη, μετά από αμφοτερόπλευρη αναθεώρηση ολικής αρθροπλαστικής ισχίου.

**Συμπέρασματα:** Γενικά, η γνώση της πιθανότητας παρουσίας του λοβού Riedel του ήπατος είναι σημαντική, δεδομένου ότι δεν παραμένει πάντα κλινικά λανθάνουσα, όπως στην συγκεκριμένη περίπτωση. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επιπλάκει έπειτα από συστοφή του ή με παρουσία ηπατικών όγκων.



### **ΑΑ043 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ "ΕΝ-ΒΛΟΣ" ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΕΚΤΟΜΗ (ESD) ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΒΑΘΜΟΥ 1 (NET G1)**

**Ελευθεριάδης Νικόλαος<sup>1</sup>, Κατσογριδάκης Ιωάννης<sup>1</sup>, Κατώρας Αναστάσιος<sup>1</sup>, Χυτίρογλου Πρόδρομος<sup>2</sup>, Γραμματόπουλος Αναστάσιος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Ενδοσκοπικό Τμήμα, Νοσοκομείου «METROPOLITAN», Αθήνα

<sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

**Ευχαριστίες:** στον Καθηγητή κ. Haruhiro Inoue (Digestive Disease Center, Showa University Northern Yokohama Hospital, Japan) για ESD training and case consultation.

**Εισαγωγή:** Η ενδοσκοπική υποβλεννογόνια εκτομή (ESD), αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τον πρώιμο γαστρικό καρκίνο, ενώ έχει αναφερθεί η εφαρμογή της μεθόδου και για ενδοσκοπική αφαίρεση υποβλεννογόνιων γαστρικών όγκων σε εξειδικευμένα κέντρα.

**Σκοπός:** Να αναφέρουμε την επιτυχή, 'en-bloc' ESD εκτομή, υποβλεννογόνιου νευροενδοκρινικού όγκου βαθμού 1 (NET G1) σώματος στομάχου στο έλλασσον τόξο, τύπου '0-I', 2εκ, σε άνδρα 62-ετών.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ο ασθενής ήταν υψηλού χειρουργικού κινδύνου λόγω βαριάς στεφανιαίας νόσου, σακχαρώδη διαβήτη, υπέρτασης και σύνδρομο απινών στον ύπνο υπό CPAP. Η γαστροσκόπηση λόγω δυσπεψίας, έδειξε υποβλεννογόνο πολυποειδές μόρφωμα, τύπου '0-I' σώματος στομάχου και πλήρη ατροφική γαστρίτιδα. Εν συνεχεία προτάθηκε η ενδοσκοπική αφαίρεση με τη μέθοδο ESD, η οποία πραγματοποιήθηκε στο ενδοσκοπικό τμήμα, υπό μέθη, με βάση προηγούμενη περιγραφή. Το Dual-knife χρησιμοποιήθηκε για το μορκάρισμα, την περιμετρική εκτομή και ESD. Για αιμόσταση χρησιμοποιήθηκε αιμοστατική λαβίδα.

**Αποτελέσματα:** Η διάρκεια της επέμβασης ήταν 1.5 ώρες. Δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές άμεσες ή απώτερες επιπλοκές. Ο ασθενής εξήλθε μετά από τριήμερη νοσηλεία. Ιστολογική εξέταση, έδειξε παρασκευάσμα 'en-bloc' ενδοσκοπικής βλεννογονεκτομής στομάχου, διαστάσεων 3.2X2X0.3εκ και σε απόσταση 0.1εκ από τα όρια εκτομής παρατηρήθηκε πολυποειδές μόρφωμα με ευρεία βάση διαστάσεων 1.8X1.2X0.7εκ, συμβατό με νευροενδοκρινικό όγκο βαθμού 1 (NET G1). Τα όρια εκτομής ήταν φυσιολογικά. Ενδοσκόπηση ένα χρόνο αργότερα έδειξε φυσιολογική ουλή, ενώ ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένου αξονικής τομογραφίας άνω-κάτω κοιλίας, octreoscan, σεροτονίνης ορού, χρωμογρανίνης και καρκινικοί δείκτες ήταν φυσιολογικά.

**Συμπεράσματα:** Με βάση την περίπτωση μας, θεωρούμε την τεχνική ESD ως ασφαλή και Αποτελεσματική θεραπεία 'en-bloc' εκτομής υποβλεννογόνιων όγκων στομάχου σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Περαιτέρω εμπειρία είναι απαραίτητη.

### **ΑΑ044 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΥΟΤΟΜΗ (ΡΟΕΜ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΧΑΛΑΣΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ**

**Ι. Κατσογριδάκης, Ν. Ελευθεριάδης, Γ. Κατώρας, Α. Γραμματόπουλος**

Γαστρεντερολογική Κλινική, Ενδοσκοπικό Τμήμα, Νοσοκομείου «METROPOLITAN»

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

**Σκοπός:** Να αναφέρουμε ασθενή άνδρα 64-ετών, με γνωστή αχαλασία οισοφάγου τύπου Ι (ταξινόμηση του Chicago), ο οποίος αντιμετωπίστηκε Αποτελεσματικά με ενδοσκοπική μυοτομή (ΡΟΕΜ).

**Υλικό-Μέθοδος:** Ο ασθενής προσήλθε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δυσφαγίας και απώλειας βάρους 25kg τους τελευταίους μήνες. Το Eckard score ήταν 7 (στάδιο ΙΙΙ). Η ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού, το οισοφαγογράφημα και η μανομετρία οισοφάγου ήταν συμβατά με κλασσική αχαλασία τύπου Ι. Συγκεκριμένα το οισοφαγογράφημα έδειξε διάταση σώματος οισοφάγου έως 3εκ και σημείο ράμφους πουλιού, ενώ η ενδοσκόπηση, έδειξε ικανή στάση υγρών, σπάνιες σύγχρονες συσπάσεις και αντίσταση στον ΚΟΣ. Η μανομετρία οισοφάγου έδειξε απερίσταπτη σώματος, αυξημένη πίεση πρεμίας και ατελή χάλασση του ΚΟΣ. Εν συνεχεία προτάθηκε η ενδοσκοπική μυοτομή (ΡΟΕΜ), η οποία και πραγματοποιήθηκε υπο γενική αναισθησία, με βάση προηγούμενη περιγραφή, στο ενδοσκοπικό τμήμα του νοσοκομείου.

**Αποτελέσματα:** Κατά την ενδοσκόπηση χρησιμοποιήθηκε εμφύσηση CO<sub>2</sub>, ενώ κατά την επέμβαση χρησιμοποιήθηκε το TT-knife. Εκλεκτική μυοτομή του έσω κυκλωτερούς μύος, μήκους 12 εκ, ολοκληρώθηκε επιτυχώς απουσία άμεσων ή απώτερων επιπλοκών. Επαναληπτική ενδοσκόπηση και οισοφαγογράφημα την επομένη της επέμβασης ήταν φυσιολογικές, με απουσία διάτρησης ή αιμορραγίας, ενώ η γαστροοισοφαγική συμβολή ήταν ανοικτή. Ο ασθενής άρχισε σταδιακή σίτιση και εξήλθε μετά από μία ημέρα νοσηλείας σε καλή γενική κατάσταση. Πέντε μήνες αργότερα είναι ελεύθερος συμπτωμάτων με σχεδόν πλήρη υποχώρηση της δυσφαγίας και καλή ποιότητα ζωής.

**Συμπεράσματα:** Θεωρούμε την πρωτοποριακή τεχνική ΡΟΕΜ, ασφαλή, Αποτελεσματική και εφικτή, άμιστελής θεραπεία της αχαλασίας οισοφάγου.

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

Παπουρής Γιώργος<sup>1</sup>, Βενιζέλου Δέσπω<sup>1</sup>, Τούρβα Δήμητρα<sup>1</sup>, Σκουφάρη Αναστασία<sup>1</sup>, Ξενοφώντος Έλενα<sup>2</sup>, Βουνού Εμμέλεια<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ειδικευόμενοι Ιατροί Παθολογίας Γ.Ν. Λεμεσού

<sup>2</sup> Επιμελήτρια Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Λεμεσού

<sup>3</sup> Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Λεμεσού

**Εισαγωγή:** Το *cl.difficile* αποτελεί ένα από τα κυριότερα αίτια ενδοσοκομειακής διάρροιας στις ανεπτυγμένες χώρες. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται προοδευτική αύξηση της επίπτωσης και της βαρύτητας των λοιμώξεων από το παθογόνο αυτό.

**Υλικό-Μέθοδος:** Έγινε καταγραφή των περιστατικών με λοίμωξη από *cl.difficile* που νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική από 01/09/13 - 31/08/14

**Αποτελέσματα:** Υπήρξαν 30 περιστατικά πρωτολοίμωξης από *cl.difficile*. Το 60% αφορούσε γυναίκες και το 40% άνδρες. Στις μισές περιπτώσεις οι ασθενείς παρουσίαζαν διαρροϊκές κενώσεις στην εισαγωγή τους, ενώ στις υπόλοιπες εμφάνισαν διάρροιας 48 ώρες αργότερα. 96% των ασθενών ήταν άνω των 65 ετών, 76% είχαν λάβει αντιβιοτική αγωγή το τελευταίο τρίμηνο και το 80% λάμβανε αναστολέα αντλίας πρωτονίων (PPIs). Το 50% χρειάστηκε να λάβει αντιβιοτική αγωγή κατά την νοσηλεία του, η οποία και διακόπηκε στο 80% των περιπτώσεων.

Οι περισσότερες περιπτώσεις ανταποκρίθηκαν στην χορήγηση μετρονιδαζόλης με ή χωρίς βανκομυκίνη. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας των ασθενών ήταν 14,5 ημέρες. 4 ασθενείς απεβίωσαν λόγω σοβαρών συνοδών παθήσεων. Από τα 26 περιστατικά που έγιναν εξιτήριο τα 4 παρουσίασαν υποτροπή (15%) εντός 30 ημερών.

**Συμπεράσματα:** Οι λοιμώξεις από *cl.difficile* εκτός από τη σημαντική προσωπική και κλινική επιβάρυνση που επικφέρουν έχουν σημαντική οικονομική επίπτωση λόγω της αυξημένης διάρκειας και του κόστους νοσηλείας. Ο περιορισμός της αλόγηστης χρήσης αντιβιοτικών, PPIs καθώς και η πρόληψη της νοσοκομειακής μετάδοσης αποτελούν βασικά στοιχεία της αντιμετώπισής τους.

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

Στυλιανίδης Στυλιανός, Στουρνάρας Ευάγγελος, Γεράκης Ιωάννης, Κακαλέτσης Νικόλαος, Μασμανίδου Μαρία, Παπαδοπούλου Ευθυμία, Ελευθεριάδης Νικόλαος, Πρωτοπαπιάς Ανδρέας

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

**Εισαγωγή:** Η χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) αποτελεί σημαντικότατο παράγοντα κινδύνου χρόνιας ηπατικής νόσου (κίρρωσης, ΗΚΚ) και την συχνότερη αιτία μεταμόσχευσης ήπατος. Σε ποσοστά έως 50% παρατηρείται αποτυχία της θεραπευτικής αγωγής με διπλό σχήμα, (πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη, ριπαβιρίνη) στη ΧΗC γονοτύπου 1.

**Σκοπός:** Διερεύνηση ασφάλειας, Αποτελεσματικότητας της τριπλής θεραπείας σε συνθήκες κλινικής πράξης.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Συνοδικά μελετήσαμε, 15 ασθενείς (8Α/7Γ), μέσης ηλικίας 48 ετών με ΧΗC-1 έλαβαν τριπλή θεραπεία με Peginterferon, ριπαβιρίνη και τελαπρεβίρη.

**Αποτελέσματα:** Εννέα ασθενείς έλαβαν στο παρελθόν αγωγή διάρκειας 48 εβδομάδων, με Peginterferon και ριπαβιρίνη-5 υποτροπιάσαντες (2 πρώην iv-χρήστες ουσιών) και 4 μη-ανταποκρινόμενοι (2 πρώην iv-χρήστες ουσιών) και 6 πρωτοθεραπευόμενοι ασθενείς που έλαβαν τριπλή αγωγή με Peginterferon, ριπαβιρίνη και τελαπρεβίρη. Μετά θεραπεία 4 εβδομάδων όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν πρώιμη ιολογική ανταπόκριση EVR. Τρεις ασθενείς διέκοψαν την τριπλή αγωγή μεταξύ 4<sup>ης</sup> και 8<sup>ης</sup> εβδομάδας λόγω παρενεργειών (1<sup>ος</sup>: έντονη καταβολή και αδυναμία, 2<sup>ος</sup>: επιδείνωση προϋπάρχουσας κατάθλιψης 3<sup>ος</sup>: θρομβοπενία, μητροραγία σε έδαφος μη-αντιρροπούμενης κίρρωσης). Μία πρωτοθεραπευόμενη ασθενής με EVR δεν προσήλθε στο έλεγχο HCVRNA PCR μετά την διακοπή της αγωγής. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν παρενέργειες: αδυναμία, καταβολή δυνάμεων 100%, αναιμία 60%, κνησμό δέρματος 60%, δερματικό εξάνθημα 20%. Σε μια ασθενή ο δερματικός κνησμός υφέθηκε μετά 10 εβδομάδες από την διακοπή της τελαπρεβίρης. Η HCVRNA PCR την 12 και 24 εβδομάδα ήταν αρνητική στους υπόλοιπους ασθενείς. Δέκα ασθενείς παρουσίασαν μόνιμη ιολογική ανταπόκριση SVR.

**Συμπεράσματα:** Στη ΧΗC γονοτύπου 1, ο συνδυασμός πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης, ριπαβιρίνης και τελαπρεβίρης είναι Αποτελεσματικός στη μόνιμη αντιμετώπιση της στη καθημερινή κλινική πράξη (μη ανταποκρινόμενοι, υποτροπιάσαντες, πρωτοθεραπευόμενοι) αλλά με σημαντικές παρενέργειες.

### **ΑΑ047 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΑΠΟ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

**Κακαλιέτσος Νικόλαος, Στυλιανίδης Στυλιανός, Στουρνάρας Ευάγγελος, Μποζίκας Ανδρέας, Γεράκης Ιωάννης, Δεσπάνης Ευάγγελος, Μασμανίδου Μαρία, Πρωτοπαπάς Ανδρέας**

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

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η κίρρωση του ήπατος (ΚΙ) αποτελεί χρόνια ηπατική νόσο που χαρακτηρίζεται από διάχυτη ίνωση και διαταραχή της φυσιολογικής ηθιακής αρχιτεκτονικής. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των βασικών κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων και των μεθόδων σταδιοποίησης ασθενών που εξετάστηκαν στο Ηπατολογικό Ιατρείο της Κλινική μας λόγω ΚΙ σε έδαφος κατάχρησης αλκοόλ και η σύγκριση αυτών με τους υπόλοιπους κίρρωτικούς ασθενείς.

**Ασθενείς και Μέθοδοι:** Μελετήσαμε 44 διαδοχικούς ασθενείς με ΚΙ το από 1/2013 ως 8/2014. Καταγράφηκαν παράγοντες κινδύνου, (Κατάχρηση Αλκοόλ, Χρόνια Ηπατίτιδα Β και C, Σακχαρώδης Διαβήτης, Μη-Αλκοολική Στεατοηπατίτιδα) εργαστηριακά ευρήματα, οι επιπλοκές (ασκίτης, κίρσορραγία, ηπατική εγκεφαλοπάθεια, αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα, ηπιάτωμα, θρόμβωση πυλαίας φλέβας) και το στάδιο της ΚΙ. Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με SPSS 21.0.

**Αποτελέσματα:** Ο πληθυσμός είχε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: 62,4% άρρεν φύλλο, 45,5% αλκοολισμό, 27,3% HBV, 27,3% HCV, 18,2% NASH, 2,3% χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Οι ασθενείς με ιστορικό αλκοολισμού (n=20) ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό άρρενες (88,9%vs42,3%, p=0,002) και είχαν μικρότερη ηλικία (55,7vs67, p<0,001) ενώ δε διέφεραν στατιστικώς σημαντικά ως προς τα υπόλοιπα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα.

**Συμπεράσματα:** Η αλκοολική κίρρωση αποτελεί την κυριότερη αιτία κίρρωσης και είναι συχνότερη στους άρρενες και αφορά μικρότερες ηλικίες.

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

**Κακαλιέτσος Νικόλαος, Στυλιανίδης Στυλιανός, Μασμανίδου Μαρία, Τσούτσας Γεώργιος, Δεσπάνης Ευάγγελος, Παντολέων Αθηνά, Ελευθεριάδης Νικόλαος, Πρωτοπαπάς Ανδρέας**

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

**Εισαγωγή - σκοπός:** Η θρόμβωση πυλαίας φλέβας (ΘΠΦ) αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα και είναι το αποτέλεσμα τοπικών και συστηματικών παραγόντων κινδύνου. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των βασικών κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Ηπατολογικό Τμήμα της Κλινική μας λόγω ΘΠΦ.

**Ασθενείς και μέθοδοι:** Μελετήσαμε 10 ασθενείς με θρόμβωση πυλαίας από 5/2013 ως 7/2014. Καταγράφηκαν παράγοντες κινδύνου, εργαστηριακά ευρήματα και οι επιπλοκές. Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με SPSS.

**Αποτελέσματα:** Ο πληθυσμός είχε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: 62,2 έτη μέση ηλικία, 50% άρρεν φύλλο, 70% κίρρωση, 20% HBV, 30% NASH και 30% ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ). Άλλε αίτιες ΘΠΦ που καταγράφηκαν ήταν συστηματικός ερυθρηματώδης ήλικος, ψωριασική αρθρίτιδα και η θρομβοφιλία. Οι κυριότερες επιπλοκές εκδήλωσης ήταν ο ασκίτης (40%) και η κίρσορραγία (40%).

**Συμπεράσματα:** Η κίρρωση σε έδαφος NASH και ΗΚΚ αποτελούν σημαντικά αίτια ΘΠΦ. Η κίρσορραγία και ο ασκίτης αποτελούν τις κυριότερες επιπλοκές εκδήλωσης θρόμβωσης της πυλαίας φλέβας.

## ΑΑ049 ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Στυλιανίδης Στυλιανός, Κουπαράνης Αντώνιος, Μποζίκας Ανδρέας, Γεράκης Ιωάννης, Δεστώνης Ευάγγελος, Παντολέων Αθηνά, Μασμανίδου Μαρία, Πρωτοπαπάς Ανδρέας

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

**Εισαγωγή:** Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο αποτελεί ένα μη φλεγμονώδες αυτοάνοσο νόσημα με χαρακτηριστικές υποτροπιάζουσες θρομβώσεις τόσο στο αρτηριακό όσο και στο φλεβικό δίκτυο, προσβάλλει διάφορα όργανα και μπορεί να εμφανίσει διάφορες κλινικές εκδηλώσεις.

**Παρουσίαση περίπτωσης:** Ασθενής 45 ετών εισήχθη στην κλινική λόγω διάχυτης κοιλιακής ευαισθησίας από 2 ημέρου. Το ατομικό ιστορικό είναι ελεύθερο. Από το οικογενειακό ιστορικό δεν αναφέρονται περιπτώσεις πρώιμων καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Κατά τον κλινικό έλεγχο δεν διαπιστώνονται παθολογικά ευρήματα. Στο εργαστηριακό έλεγχο παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα d-Dimers ενώ από την CT- Αγγειογραφία ευρήματα συμβατά με θρόμβωση μεσεντερίου και σπληνικής φλέβας . Η ενδοσκοπηση ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού ήταν φυσιολογικές. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας ήταν αρνητικός. Έγινε έλεγχος για αντιφωσφολιπιδαιμικό σύνδρομο και τα αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης και β2-GP1 που ήταν θετικά. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Αρχικώς έλαβε ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και τέθηκε σε μακροχρόνια αγωγή με βαρφαρίνη με στόχο INR 2-3 . Σε επανέλεγχο μετά έξι μήνες με συγκριτική CT-Αγγειογραφία βρέθηκε ήπια υποστρόφη την θρόμβωσης.

**Συμπεράσματα:** Πρόκειται για περίπτωση θρόμβωσης μεσεντερίου και σπληνικής φλέβας ως πρώτη εκδήλωση αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου με εντόπιση στο έντερο που αντιμετωπίζεται συντηρητικά με αντιπηκτική αγωγή.

## ΑΑ050 ΣΟΒΑΡΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΥΠΕΡΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ ΑΣΘΕΝΗ

Στουρνάρας Ευάγγελος, Στυλιανίδης Στυλιανός, Τσούτσας Γεώργιος, Δεστώνης Ευάγγελος, Γεράκης Ιωάννης, Παπαδοπούλου Ευθυμία, Πρωτοπαπάς Ανδρέας

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

**Εισαγωγή:** Οι μετεχειρητικές στενώσεις χοληφόρων αποτελούν τη συνθέστερη αιτία καλοήθων στενώσεων χοληφόρων. Εμφανίζονται συχνότερα μετά από λαπαροσκοπική (0.4-0.6%) και σπανιότερα μετά από ανοικτή χειρουργική χολοκυστεκτομή (0.2-0.4%)

**Παρουσίαση περίπτωσης:** Νεαρός άνδρας 19 ετών εισήχθη στη κλινική μας λόγω ικτερικής συνδρομής από 3 ημέρου με ήπιο άλγος δεξιού υποχονδρίου, απουσία πυρετού. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται χοληλιθίαση και ανοικτή χολοκυστεκτομή σε ηλικία 6 ετών σε έδαφος αδιευκρίνιστης αιμολυτικής αναιμίας από την βρεφική ηλικία για την οποία δεν ελάμβανε αγωγή ή μεταγγίσεις αίματος. Δύο ημέρες μετά την χολοκυστεκτομή ακολούθησε 2<sup>η</sup> χειρουργική επέμβαση λόγω ικτερικής συνδρομής. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, διαπιστώθηκε υπερχολερυθριναιμία με ολική χολερυθρίνη 80mg/dl, άμεση: 55mg/dl, έμμεση: 25mg/dl, με αυξημένες τιμές ουρίας, κρεατινίνης (αφυδάτωση) καθώς επίσης ήπια τρανσαμινασαιμία και ήπια ορθόχρωμη αναιμία. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποκάλυψε σοβαρή διάταση ενδοηπατικών και εξωηπατικών χοληφόρων, με εύρος κοινού χοληδόχου 20mm. Η MRCP ανέδειξε διάταση ενδοηπατικών χολαγγείων παρουσία χοληλιθίων στον αριστερό ηπατικό, τον κοινό ηπατικό και τον κοινό χοληδόχο πόρο, απουσία σημείων στένωσης. Ακολούθησε ενδοσκοπική παλίνδρομη παγκρεατοχολαγγειογραφία με σφιγκτηροτομή, όπου στο μέσω τρίτημorio του κοινού χοληδόχου πόρου παρατηρείται ομαλή στένωση παρουσία σημαντικού αριθμού λίθων άνωθεν και κάτωθεν αυτής, ακολούθησε καθαρισμός των χοληφόρων με μπαλόνι και τοποθέτηση π्लाστικών ενδοπροθέσεων. Ο ασθενής παρουσίασε ταχεία βελτίωση των επιπέδων της χολερυθρίνης.

**Συμπεράσματα:** Οι πολύ αυξημένες τιμές χολερυθρίνης αποδίδονται στη σημαντική απόφραξη των χοληφόρων λόγω της χοληδόχολιθίασης, της στένωσης του χοληδόχου πόρου αβλά και στη παρουσία της αδιευκρίνιστης αιμολυτικής αναιμίας.

## **AA051 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΙΡΡΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ**

**Κακαλιέτσος Νίκος, Στυλιανίδης Στυλιανός, Στουρνάρας Ευάγγελος, Τσούτσας Γεώργιος, Παπαδοπούλου Ευθυμία, Παντολέων Αθηνά, Ελευθεριάδης Νικόλαος, Πρωτοπαπάς Ανδρέας**

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

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η κίρρωση του ήπατος (ΚΙ) αποτελεί χρόνια ηπατική νόσο που χαρακτηρίζεται από διάχυτη ίνωση και διαταραχή της φυσιολογικής ηοβιακής αρχιτεκτονικής. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των βασικών κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων και των μεθόδων σταδιοποίησης ασθενών που εξετάστηκαν στο Ηπατολογικό Ιατρείο της Κλινικής μας λόγω ΚΙ και η σύγκριση αυτών στα δύο φύλα.

**Ασθενείς και Μέθοδοι:** Μελετήσαμε 44 διαδοχικούς ασθενείς με ΚΙ το από 1/2013 ως 8/2014. Καταγράφηκαν παράγοντες κινδύνου, εργαστηριακά ευρήματα, οι επιπλοκές και το στάδιο της ΚΙ. Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με SPSS. **Αποτελέσματα:** Ο πληθυσμός είχε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: 62,4% άρρεν φύλλο, 27,3% HBV, 27,3% HCV, 45,5 % αλκοολισμό, 18,2 % ΜΑΣΗ, 2,3% χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Οι άρρενες ασθενείς (n=27) είχαν μικρότερη ηλικία (59,2vs67,5, p=0,01), μεγαλύτερο ποσοστό κατάχρησης αλκοόλ (59,3%vs11,8%, p=0,002), HBV (40,7%vs5,9%, p=0,015) και υψηλότερη τιμή WBC (5.800vs3.300, p=0,023). Οι γυναίκες είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό HCV και NASH ΚΙ χωρίς όμως στατιστικές σημαντική διαφορά.

**Συμπεράσματα:** Η κίρρωση στους άρρενες εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία και σχετίζεται με τον αλκοολισμό και τον HBV, ενώ στις γυναίκες με τον HCV και τη NASH.

## **AA052 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

**Ποζουκίδου Καλλιόπη<sup>1</sup>, Δημουλιός Φίλιππος<sup>2</sup>, Δούμτσας Πέτρος<sup>1</sup>, Μέμμος Ευάγγελος<sup>1</sup>, Δεληγιάννη Δέσποινα<sup>1</sup>, Κοντοτάσιος Κωσταντίνος<sup>1</sup>, Βουήτσινος Βασίλης<sup>3</sup>, Κούτρας Χρήστος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Παθολογικό Γμήμα, Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας)

<sup>2</sup> Ενδοσκοπικό Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας)

<sup>3</sup> Ακτινολογικό Γμήμα, Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας)

**Σκοπός:** Μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών του Ca στομάχου όσον αφορά στην ηλικία, το φύλο, την ανατομική εντόπιση, την κύρια ένδειξη ενδοσκόπησης και τον ιστολογικό τύπο την τριετία 2012-2014.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Έγινε αναδρομική μελέτη των ενδοσκοπήσεων και των βιοψιών του στομάχου της τελευταίας τριετίας του ενδοσκοπικού γαστρεντερολογικού τμήματος της παθολογικής κλινικής του Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας). Καταγράφηκαν 49 (5,5%) ασθενείς με Ca στομάχου επί του συνόλου 2.739 ενδοσκοπήσεων του ανώτερου πεπτικού συστήματος.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 70 (50-92) έτη. Η αναλογία ανδρών γυναικών ήταν 2:1. Οι κυριότερες ενδείξεις ενδοσκόπησης ήταν: διερεύνηση μετά από ευρήματα στη CT(28%), αναιμία(20%), αιμορραγία ανώτερου πεπτικού(18%) και απώλεια βάρους(14%). Η ανατομική κατανομή ήταν καρδιοισοφαγική συμβολή-θόλος στομάχου(31%), σώμα(22%), άντρο(40%) και γαστρικό κοιλώμα(7%). Απόφραξη αυλού διαπιστώθηκε στο 22% των περιπτώσεων και στένωση σε ποσοστό 85%. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε αδενοκαρκίνωμα σε όλες τις περιπτώσεις.

**Συμπεράσματα:** 1. Συχνότερη εμφάνιση Ca στομάχου παρατηρείται σε ηλικία > 60(87%). 2. Οι κυριότερες ενδείξεις ενδοσκοπικού ελέγχου ήταν: ευρήματα στη CT, αναιμία, αιμορραγία ανώτερου πεπτικού και απώλεια βάρους. 3. Παρατηρείται συχνότερα στο άντρο και στην καρδιοισοφαγική συμβολή-θόλο στομάχου. 4. Ο ιστολογικός τύπος ήταν σε όλες τις περιπτώσεις αδενοκαρκίνωμα.

## ΑΑ053 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ποζουκίδου Καλλιόπη<sup>1</sup>, Δημουλιός Φίλιππος<sup>2</sup>, Δούμτσας Πέτρος<sup>1</sup>, Μέμμος Ευάγγελος<sup>1</sup>, Δεληγιάννη Δέσποινα<sup>1</sup>, Κοντοτάσιος Κωσταντίνος<sup>1</sup>, Βουλιτσινός Βασίλης<sup>3</sup>, Κούτρας Χρήστος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας)

<sup>2</sup> Ενδοσκοπικό Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας)

<sup>3</sup> Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας)

**Σκοπός:** Μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών του Ca παχέος εντέρου όσον αφορά στην ηλικία, το φύλο, την ανατομική εντόπιση, τη συνύπαρξη πολυπόδων και τον ιστολογικό τύπο την τριετία 2012-2014.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Έγινε αναδρομική μελέτη των ενδοσκοπήσεων και των ιστολογικών εξετάσεων του παχέος εντέρου του ενδοσκοπικού τμήματος της Παθολογικής κλινικής του Γ.Ν. Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας) την τριετία 2012-2014. Καταγράφηκαν 88 (15%) ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου επί του συνόλου 1.742 ενδοσκοπήσεων του κατώτερου πεπτικού συστήματος.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών με Ca παχέος ήταν 74 (24-88) έτη. Η αναλογία ανδρών-γυναικών ήταν 0,9:1,1. Οι κύριες ενδείξεις ενδοσκόπησης ήταν: διερεύνηση μετά από ευρήματα στη CT(28%), αιμορραγία κατώτερου πεπτικού(27%), ειλεός(15%), αναιμία(12%). Η κατανομή του Ca παχέος εντέρου ήταν ορθός(25%), σιγμοειδής(31%), κατιόν(6%), εγκάρσιο(8%), ανιόν(11%), τυφλή(19%). Η συνύπαρξη πολυπόδων ήταν 25%. Διαπιστώθηκε απόφραξη του αυλού σε ποσοστό 45% και στένωση σε ποσοστό 15%. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε σε όλες τις περιπτώσεις αδενοκαρκίνωμα.

**Συμπεράσματα:** 1. Παρατηρείται συχνότερα σε ηλικία >45(99%) και ιδιαίτερα στους υπερήλικες (ηλικία >75 σε ποσοστό 64%). 2. Οι κυριότερες ενδείξεις ενδοσκοπικού ελέγχου ήταν: ευρήματα στη CT, αιμορραγία κατώτερου πεπτικού, ειλεός και αναιμία. 3. Η συχνότερη εντόπιση ήταν στο ορθοσιγμοειδές(56%). 4. Ο ιστολογικός τύπος ήταν σε όλες τις περιπτώσεις αδενοκαρκίνωμα.

## **ΑΑ054 ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

**Δημουλίδης Φίλιππος<sup>1</sup>, Ποζουκίδου Καλλιόπη<sup>2</sup>, Δεληγιάννη Δέσποινα<sup>2</sup>, Κοντοτάσιος Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Ζωγράφου Μουσσιανή<sup>2</sup>, Γραμμένα Χαρίκλεια<sup>1</sup>, Τσικρικά Ευαγγελία<sup>4</sup>, Σκορδίλης Παναγιώτης<sup>3</sup>, Παντελέακης Κυριάκος<sup>1</sup>, Κούτρας Χρήστος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας

<sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

<sup>3</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

<sup>4</sup>Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας

**Εισαγωγή:** Η ηλικία θεωρείται σημαντικός αρνητικός προγνωστικός παράγοντας στην οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Η γήρανση του πληθυσμού, σε συνδυασμό με την διαρκώς αυξανόμενη χρήση αντιαιμοπεταλιακών και άλλων αντιπηκτικών, έχουν προκαλέσει αύξηση των εισαγωγών λόγω οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού.

**Σκοπός-Μέθοδος:** Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθούν αναδρομικά τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, τα ενδοσκοπικά ευρήματα, και η θεραπεία που ακολουθήθηκε σε όλους τους ασθενείς ηλικίας > 80 ετών που νοσηλεύτηκαν με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στη διάρκεια της τετραετίας 2008-11, στο Γ.Ν.Βέροιας. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε γαστροσκόπηση εντός 24 ωρών

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 95 ασθενείς ηλικίας 80-91 ετών, (μέση ηλικία: 83,5) συμμετείχαν στην καταγραφή (58,9% γυναίκες). Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 7,4±5,3 ημέρες. Η θνητότητα, στη διάρκεια της νοσηλείας, ήταν 4,2%. Υποτροπή της αιμορραγίας παρουσίασαν 7 ασθενείς (7,3%) και χρειάστηκε να υποβληθούν σε δεύτερη ενδοσκόπηση. Το 97,8% παρουσίαζε τουλάχιστον μια συνυπάρχουσα πάθηση: καρδιοαγγειακή νόσος: 35,7%, ιστορικό ΑΕΕ: 14,7%, ΧΝΑ: 8,4%, νεοπλασία: 13,6%, κίρρωση ήπατος: 8,4%, σακχαρώδης διαβήτης: 34,7%, υπέρταση: 53,6%. Το 24,2% έπαιρνε χαμηλή δόση ασπιρίνης, το 13,6% έπαιρνε κλοπιδογρένη, το 9,4% έπαιρνε κουμαρινικό αντιπηκτικό, και το 25,2% χρησιμοποιούσε συχνά άλλα ΜΣΑΦ. Τα ενδοσκοπικά ευρήματα ήταν: πεπτικό έλκος: 62 ασθενείς (65,2%) (Forrest Ia και Ib: 11 ασθενείς, Forrest IIa-c: 29 ασθενείς, Forrest III: 22 ασθενείς), κίρρωσ οισοφάγου: 3 ασθενείς (3,1%), οισοφαγίτις: 10 ασθενείς (10,5%), Mallory-Weiss: 5 ασθενείς (5,2%), νεοπλασίες: 6 ασθενείς (6,3%), άλλα ευρήματα: 9 ασθενείς (9,4%). Ενδοσκοπική θεραπεία εφαρμόστηκε σε 13 ασθενείς (13,6%), με Αποτελεσματικότητα 88,8%. Ένας ασθενής (1,05%) χρειάστηκε να χειρουργηθεί.

**Συμπεράσματα:** Το πεπτικό έλκος ήταν το συχνότερο αίτιο αιμορραγίας στους ασθενείς άνω των 80 ετών. Η ενδοσκοπική προσέγγιση ήταν ασφαλής και Αποτελεσματική.

## AA055 ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΚΑΙ HELICOBACTER PYLORI

Δημουλίδης Φίλιππος<sup>1</sup>, Ποζουκίδου Καλλιόπη<sup>2</sup>, Δεληγιάννη Δέσποινα<sup>2</sup>, Κοντοτάσιος Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Ζωγράφου Μουσιανή<sup>2</sup>, Τσακνίδου Μαρία<sup>1</sup>, Τσικρικά Ευαγγελία<sup>4</sup>, Σκορδίλης Παναγιώτης<sup>3</sup>, Παντελεάκης Κυριάκος<sup>1</sup>, Κούτρας Χρήστος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

<sup>3</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

<sup>4</sup> Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας

**Εισαγωγή:** Η πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στη λοίμωξη από *Helicobacter Pylori* (HP) και στη Γαστροοισοφαγική Παλινδρομική Νόσο (ΓΟΠΝ) συμπεραίνεται από επιδημιολογικά δεδομένα που δείχνουν ότι όσο ο επιπολασμός της HP λοίμωξης, στο Δυτικό κόσμο, ελαττώνεται, τόσο αυξάνει ο επιπολασμός της ΓΟΠΝ και της οισοφαγίτιδας. Άλλες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν αυτήν την αρνητική συσχέτιση.

**Σκοπός - Μέθοδος:** Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθεί ο επιπολασμός της HP λοίμωξης σε ασθενείς με οισοφαγίτιδα από παλινδρομηση. Συμμετείχαν 361 ασθενείς με οισοφαγίτιδα (μέση ηλικία 54,5 έτη, 58,17% άνδρες) και 70 ασυμπτωματικοί μάρτυρες, που υποβλήθηκαν σε γαστροσκοπήση λόγω σιδηροπενικής αναιμίας, χωρίς κλινικά ή ενδοσκοπικά ευρήματα οισοφαγίτιδας ή ΓΟΠΝ. Όλοι οι ασθενείς και οι μάρτυρες υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού. Η παρουσία του Η.Ρ. επιβεβαιώθηκε με ιστολογική εξέταση ή δοκιμασία αναπνοής.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με οισοφαγίτιδα χαρακτηρίστηκαν, σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Los Angeles, ως εξής: στάδιο A (168 ασθενείς), στάδιο B (94), στάδιο C (68) και στάδιο D (31). Ο επιπολασμός της λοίμωξης από HP ήταν χαμηλότερος (αλλά όχι σημαντικά) στους ασθενείς με οισοφαγίτιδα σε σύγκριση με τους μάρτυρες (51,24% vs 55.7%, NS). Όταν οι ασθενείς με οισοφαγίτιδα χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με βάση τη βαρύτητα της οισοφαγίτιδας, (ήπια οισοφαγίτιδα: στάδια A+B, και σοβαρή οισοφαγίτιδα: στάδια C+D), η συχνότητα του HP ήταν η ακόλουθη: 57.25% στους ασθενείς με ήπια οισοφαγίτιδα (NS σε σύγκριση με τους μάρτυρες), και 35,35% στους ασθενείς με σοβαρή οισοφαγίτιδα (p<0,05 σε σύγκριση με τους μάρτυρες).

**Συμπέρασμα:** Παρατηρήθηκε σημαντικά χαμηλότερος επιπολασμός της λοίμωξης από HP σε ασθενείς με σοβαρή οισοφαγίτιδα (σταδίου C, D), αλλά όχι σε ασθενείς με ήπια οισοφαγίτιδα (σταδίου A, B). Αυτό, υποδηλώνει ένα πιθανό προστατευτικό ρόλο της λοίμωξης από HP στην εμφάνιση σοβαρής οισοφαγίτιδας.

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

Τσαχουρίδου Όλγα<sup>1</sup>, Τσοτουλίδης Στέφανος<sup>1</sup>, Γρίβου Καλλιόπη<sup>1</sup>, Τσαχουρίδης Αριστείδης<sup>1</sup>, Χριστοφορίδου Ευγενία<sup>1</sup>, Πετρίδης Γεώργιος, Μανές Χρήστος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Διαβητολογικό Ιατρείο, Κ.Υ. Κασσανδρείας, Χαλκιδικής

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η περιφερική νευροπάθεια και η διαβητική νευροπάθεια αποτελούν δύο από τις σοβαρότερες επιπλοκές του ΣΔΤ2. Σκοπός: Η διαχρονική μελέτη της νεφρικής λειτουργίας και της λειτουργίας των μεγάλων νευρικών ιών και η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας σε σχέση με τη διαταραχή στην αντίληψη των δονήσεων.

**Ασθενείς-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 342 ασθενείς με ΣΔΤ2 στην έναξή τους στο Διαβητολογικό Ιατρείο με παρακολούθησή τους για 96 εβδομάδες. Προσδιορίστηκαν οι παράμετροι: ηλικία, βάρος, ύψος, κρεατινίνη πλάσματος και η παρουσία πλεκώματος στα ούρα. Υπολογίστηκε η καθαρή κρεατινίνη (GFR). Τέλος, μετρήθηκε η παλθαισθσία με βιοθεσιόμετρο στο μεγάλο δάκτυλο με τη μέση τιμή τριών διαδοχικών μετρήσεων.

**Αποτελέσματα:** 55 ασθενείς (16%) είχαν μικρολευκωματιουρία στην έναξή τους, ενώ 71 ασθενείς (20.7%) στην τελευταία επίσκεψη. Ο μέσος όρος του GFR(0) ήταν 114,04/min/1.73m<sup>2</sup> (SD: 39,00%) ενώ 96 εβδομάδες μετά το GRF(1) μειώθηκε σε 110,75/min/1.73m<sup>2</sup> (SD: 44,48%)[N/S]. Η αντίληψη των δονήσεων επιδεινώθηκε σημαντικά διαχρονικά στους άκρους πόδες 96 εβδομάδες μετά (<0,0005) την έναρξη της μελέτης. Οι τιμές του GFR(1) είχαν αρνητική συσχέτιση με τις τιμές των μετρήσεων στο βιοθεσιόμετρο (0)(ΔΕ:r=-0,270, p<0,04, AP:r=-0,317, p<0,01) και βιοθεσιόμετρο (1) (ΔΕ:r=-0,243, p<0,09, AP:r=-0,281, p<0,03), αναδεικνύοντας ότι επιδείνωση των νευροπαθικών βλαβών μπορεί να προβλέπει μείωση του GFR. Ασθενείς με ενδιάμεσες βλάβες νευροπαθικού τύπου στο baseline(σκόρ βιοθεσιόμετρο: 11-25) φάνηκε να επιδεινώνουν τη νεφρική τους λειτουργία σε σχέση με αυτούς με φυσιολογική αντίληψη των δονήσεων ΔΕ (p=0.014) και AP (p=0.072).

**Συμπέρασματα:** Οι διαταραχές παλθαισθσίας φαίνεται να σχετίζονται με την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Η εντόπιση ασθενών με ενδιάμεσες βαρύτητας νευροπαθικές βλάβες είναι σημαντική για την πρόβλεψη και των άλλων επιπλοκών της νόσου.



## **ΑΑ057 Η ΠΛΕΙΟΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D. ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ**

**Κώστος Γου - Αθανασίου Ιφιγένεια, Αθανασίου Παναγιώτης, Γκούντουβας Αναστάσιος, Καϊδρυμίδης Φίλιππος**

Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.  
Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»  
Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Μεταξά Πειραιά

**Εισαγωγή.** Η βιταμίνη D είναι ορμόνη που συμβάλλει στην εύρυθμη λειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος. Φαίνεται, ωστόσο, ότι η ορμόνη έχει πολλαπλές εξωσκελετικές δράσεις. Συγκρίνοντας ερευνητικά δεδομένα από πολλές χώρες δείχνουν ότι η ανεπάρκεια της βιταμίνης D είναι μια σύγχρονη πραγματικότητα. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης D έχει σχετισθεί με προδιάθεση για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη 2 (ΣΔ 2) και θεωρείται ότι μπορεί να επιδρά στην έκκριση και στη δράση της ινσουλίνης.

**Σκοπός** της εργασίας ήταν η μελέτη της επίδρασης της βιταμίνης D στη γλυκαιμική ρύθμιση σε ασθενείς με ΣΔ 2.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μετρήθηκαν τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και της 25(OH)D<sub>3</sub> στο αίμα σε 120 ασθενείς με ΣΔ 2 και 120 φυσιολογικά άτομα αντίστοιχης ηλικίας και φύλου.

**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα της HbA1c ήταν 7.2±0.18% (mean±SEM) και 5.1±0.05% στους ασθενείς με ΣΔ2 και τους φυσιολογικούς, αντίστοιχα (p<0.001, Student's t test). Τα επίπεδα της 25(OH)D<sub>3</sub> ήταν 19.26±0.95 και 25.49±1.02 ng/ml στους ασθενείς με ΣΔ2 και τους φυσιολογικούς, αντίστοιχα (p<0.001). Παρατηρήθηκε ανάστροφη σχέση μεταξύ των επιπέδων της HbA1c και των επιπέδων της 25(OH)D<sub>3</sub> στους ασθενείς με ΣΔ 2 (p=0.008, r<sup>2</sup>=0.058, linear regression analysis). Η ανάστροφη αυτή σχέση μεταξύ της HbA1c και της 25(OH)D<sub>3</sub> ήταν ισχυρότερη όταν τα δεδομένα των ασθενών με ΣΔ 2 και των φυσιολογικών μελετήθηκαν μαζί (p<0.001, r<sup>2</sup>=0.086).

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι οι ασθενείς με ΣΔ 2 είχαν χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D<sub>3</sub> και ότι οι ασθενείς με πτωχότερα ρυθμισμένο ΣΔ 2 είχαν χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης D<sub>3</sub>. Φαίνεται ότι η 25(OH)D<sub>3</sub> μπορεί να επηρεάζει τη γλυκαιμική ρύθμιση στους ασθενείς με ΣΔ 2.

## **ΑΑ058 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΡΟΥ ΤΟΥ TIMP-1 ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΥΤΑ ΤΗΣ IL-6 ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΧΝΝ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΥΠΟΥ 2**

**Δήμας Γρηγόριος<sup>1</sup>, Ηλιάδης Φώτιος<sup>1</sup>, Τέγος Θωμάς<sup>2</sup>, Σπύρογλου Σοφία<sup>3</sup>, Κανέλλος Ηλίας<sup>1</sup>, Καραμούζης Ιωάννης<sup>2</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Καραμούζης Μιχαήλ<sup>3</sup>, Ωρολόγιος Αναστάσιος<sup>2</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>, Γρέκας Δημήτριος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ο ιστικός αναστολέας των πρωτεασών TIMP-1 (Tissue inhibitor of MMPs) έχει ταυτοποιηθεί στον άνθρωπο και η έκφρασή του ρυθμίζεται κατά την ανάπτυξη και την ανακατασκευή των ιστών. Η υπερέκφρασή του σε πειραματικό μοντέλο ποντικού έδειξε υποστροφή της αθηροσκληρωτικής βλάβης των αγγείων. Η ιντερλευκίνη-6 (IL-6) αποτελεί μια σημαντική προφλεγμονώδη λιποκυτοκίνη.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορισθούν τα επίπεδα ορού του TIMP-1 και της IL-6 και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με δείκτες αθηροσκληρώσεως και εξέλιξης χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) σε πρώιμα στάδια διαβητικής νεφροπάθειας τύπου 2 (ΔΝ 2).

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 40 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1 και 2 και μικρολευκωματουρία. Ως ομάδα μαρτύρων προσήλθαν 40 υγιείς μάρτυρες. Η κάθαρση κρεατινίνης και η έκκριση αλβουμίνης ανιχνεύθηκαν σε ούρα 24ώρου. Ο TIMP-1 και η IL-6 μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Η πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων και των μηριαίων αρτηριών (Intima Media Thickness, IMT) και η παρουσία αθηρωματικής πλάκας εκτιμήθηκαν με έναν υπερηχοτομογράφο υψηλής ευκρίνειας.

**Αποτελέσματα:** Υπάρχει στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του TIMP-1 και της IL-6 (r= -0.7, p<0.005), καθώς επίσης και του TIMP-1 και του IMT (r= -0.65, p<0.005), ενώ υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ IL-6 και IMT (r= 0.7, p<0.005) στην ομάδα των ασθενών. Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών και μαρτύρων του TIMP-1 (400±20, p<0.005), της IL-6 (4±0.5, p<0.005), καθώς και του IMT (0.3±0.09, p<0.005).

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει τα χαμηλά επίπεδα ορού του TIMP-1 σε συνδυασμό με τα υψηλά επίπεδα IL-6 να συσχετίζονται με παράγοντες αθηροσκληρώσεως τουλάχιστον στα πρώτα στάδια ΧΝΝ και ΔΝ προς την εξέλιξη σε ΧΝΝ.

## AA059 ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ. ΜΙΑ ΟΧΙ ΚΑΙ ΤΟΣΟ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΟΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

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

Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β΄ Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

**Εισαγωγή:** Η λεπτοσπείρωση αποτελεί μία ανθρωποζωνόσο με παγκόσμια κατανομή και ποικίλους παράγοντες κινδύνου

**Σκοπός:** Η καταγραφή της εμπειρίας της Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων της Κλινικής μας σε χρονικό διάστημα 20 μηνών, η αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου καθώς και των προγνωστικών δεικτών της νόσου, αλληλ και η επισήμανση των διαγνωστικών δυσκολιών

**Ασθενείς - Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά οι περιπτώσεις λεπτοσπείρωσης με εργαστηριακή τεκμηρίωση σε χρονικό διάστημα 20 μηνών. Κατεγράφησαν οι παράγοντες κινδύνου, η αρχική συμπτωματολογία, η αρχική διάγνωση (στις περιπτώσεις που διεκοιμήθησαν από άλλο νοσοκομείο), οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και η έκβαση.

**Αποτελέσματα:** Στο παραπάνω χρονικό διάστημα νοσηλεύθηκαν 4 ασθενείς με επιβεβαιωμένη λεπτοσπείρωση. Όλοι ήταν άνδρες, ηλικίας 24, 32, 50 και 60 ετών αντιστοίχως. Ήταν κάτοικοι και των τριών νομών της Θράκης με σαφή παράγοντα έκθεσης. 4/4 (100%) είχαν ηπατική συμμετοχή και νεφρική ανεπάρκεια κατά τη διάγνωση, 2/4 εκδήλωσαν αιμορραγική διάθεση και χαρακτηριστική ένεση επιπεφυκικών, ενώ ουδείς παρουσίασε πνευμονική προσβολή και ενδοκυψελιδική αιμορραγία. 2/4 υπεβλήθησαν άμεσα σε συνεδρία τεκτονού νεφρού, όλοι έλαβαν άμεσα επαρκές αντιμικροβιακό σχήμα και όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν άριστη ανταπόκριση και ίαση. Εξάιρεση αποτελεί ένας εξ αυτών ο οποίος παρουσίασε ανοσοολογικές επιπλοκές με αγγειίτιδα και πολυνευρίτιδα που οδήγησαν σε γάγγραινα άκρου ποδός.

**Συμπεράσματα:** Η λεπτοσπείρωση είναι μία νόσος που δεν πρέπει να αγνοούμε. Κρίβει διαγνωστικές παγίδες, ενώ η οποία καθυστέρηση στην ορθή θεραπευτική προσέγγιση επιβαρύνει την πρόγνωση. Απαραίτητη είναι και η εργαστηριακή υποστήριξη για την τεκμηρίωση της ασθένειας.

## AA060 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

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

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

<sup>2</sup> Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

<sup>3</sup> Εργαστήριο Λιπιδίων 2<sup>ος</sup> Παιδιατρικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) είναι ιδιαίτερα συχνή σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) και οδηγεί σε αύξηση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων των διαβητικών ασθενών.

**Σκοπός:** Η καταγραφή της συχνότητας της ΧΝΝ σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 που προσέρχονται στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ενός Διαβητολογικού Κέντρου Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Εκτιμήθηκαν 417 ασθενείς (43% άνδρες) από το Διαβητολογικό Κέντρο της Α΄ ΠΡΠ Κλινικής του Νοσοκομείου «ΑΧΕΠΑ». Για την ύπαρξη της ΧΝΝ χρησιμοποιήθηκε η μέτρηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) με ραδιοϊσοτοπική μέθοδο (κάθαρση Cr<sup>51</sup>) και η ύπαρξη ηευκωματινουρίας με μέτρηση του λόγου ηευκωματίνης (mg)/g κρεατινίνης ούρων (ACR) σε πρωινό δείγμα ούρων. Τα βασικά κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά των ασθενών ήταν: ηλικία 64,9 (10,4) έτη, διάρκεια διαβήτη 11,6 (8,8), BMI 30,8 (5,0) Kg/m<sup>2</sup>, γλυκόζη νηστείας 153 (57) mg, HbA1c 7,0 (1,6) %, GFR 70,7 (24,1) ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, ACR 78,5 (243,1) mg/g cr. Η στατιστική ανάλυση έγινε με SPSS 18.0

**Αποτελέσματα:** ΧΝΝ είχαν 197 ασθενείς (47,3 % του συνόλου των ασθενών). ΧΝΝ σταδίου 1 είχαν 19 ασθενείς (4,6% του συνόλου), ΧΝΝ σταδίου 2 είχαν 25 ασθενείς (6% του συνόλου), ΧΝΝ σταδίου 3 είχαν 138 ασθενείς (33,1% του συνόλου) και ΧΝΝ σταδίου 4 και 5 είχαν 15 ασθενείς (3,6% του συνόλου). Συνολικά 36,7 % των ασθενών είχαν GFR < 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>.

**Συμπεράσματα:** Η ΧΝΝ είναι ιδιαίτερα συχνή σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 και πρέπει πάντα να αναζητείται.

## **ΑΑ061 ΜΥΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΝΗ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ**

**Κ. Καθολιάννης, Ε. Ράνδου, Γ. Αλεξάκης, Ζ. Γάβρος, Α. Μίκου, Δ. Σιμελίδης**

*Νοσοκομείο Κοζάνης*

**Εισαγωγή:** Οι στατίνες αναστέλλουν την αναγωγή του HMG-CoA, ενός ενζύμου που ρυθμίζει την ταχύτητα σύνθεσης της χοληστερόλης. Σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η αναστρέψιμη μυοσίτιδα και η ραβδομυόλυση. Ο κίνδυνος είναι σπάνιος.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιπτώσεως μυοξικότητας από στατίνη.

**Υλικό:** Πρόκειται για γυναίκα ηλικίας 59 ετών που νοσηλεύτηκε στην Παθολογική κλινική γιατί σε τυχαίο έλεγχο διαπιστώθηκε αυξημένη κρεατινική κινάση(CK).

**Ιστορικό:** Αμυγλής υπερχοληστερολαιμία υπό ατορβαστατίνη 40 mgx1 από 18μήνου. Υπέρταση υπό Olmesartan+Amlodipine 20/5 x1, Σ. Διαβήτης υπό sitagliptine+ metformine 50/850 x2.

Ήταν ασυμπτωματική και χωρίς ευρήματα από την κλινική εξέταση και τη Νευρολογική εκτίμηση. Κατά την είσοδο : Ht 36,5%, Λευκά 6.930, ΑΜΠ 326.000 ΤΚΕ 33,CK 5895 IU/L CMB 142 LDH 660 AST 129 ALT 182 CRP 0.50 Λοιπός βιοχημικός έλεγχος και α/α θώρακα κ.φ.

**Μέθοδος-Αποτελέσματα:** Η άμεση διακοπή της στατίνης, η ενυδάτωση (ούρα 24ώρου > 3 lit) και η αλκαλοποίηση των ούρων βελτίωσαν μερικώς μόνον τα επίπεδα της CK, των τρανσαμινασών και της LDH. Έγινε περαιτέρω διερεύνηση: Πλευρογικό έλεγχος θυρεοειδούς, δείκτες ηπατίτιδας, RA test, καρκινικοί δείκτες, ECHO άνω κοιλίας, C.T. κοιλίας, κολονοσκόπηση, πλήρης καρδιολογικός έλεγχος και βιοψία μυός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Λόγω επιμονής των αυξημένων τιμών CK (έως 3.800) χορηγήθηκε Medrol (μεθυλπρεδνιζολόνη) 16mg x1. Διαπιστώθηκε σταδιακή πτώση των τιμών της CK. Γινόταν παράλληλα μείωση του Medrol. 4 μήνες μετά τη διακοπή της ένοχης ουσίας και 15 μέρες μετά τη διακοπή της κορτιζόνης η CK βρέθηκε 787. Οι τιμές των LDH, AST, ALT αποκαταστάθηκαν πλήρως. Μετά δίμηνο CK 370, ΤΚΕ 28.

**Σχόλιο:** Παρουσιάζουμε πιθανή μυοξικότητα από στατίνη. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της (ασυμπτωματική, εμμένουσα, χορήγηση κορτιζόνης) θα συζητηθούν.

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

**Δήμας Γρηγόριος<sup>1</sup>, Κανέλλης Ηλίας<sup>1</sup>, Ηλιάδης Φώτιος<sup>1</sup>, Τέγος Θωμάς<sup>2</sup>, Καραμούζης Ιωάννης<sup>1</sup>, Σπύρογλου Σοφία<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>, Γρέκας Δημήτριος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> Α΄ Νευρολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Στον καθορισμό του κινδύνου εμφάνισης διαβητικής νεφροπάθειας (ΔΝ) παίζουν σημαντικό ρόλο ο γλυκαιμικός έλεγχος, τα επίπεδα της συστηματικής αρτηριακής πίεσης και διάφοροι γενετικοί παράγοντες, ενώ το λιπιδαιμικό προφίλ, το κάπνισμα και η πρόσληψη βιταμίνης D φαίνεται να διαδραματίζουν επίσης ρόλο στον παραπάνω κίνδυνο. Τα επίπεδα της βρίσκονται μειωμένα στον ορό διαβητικών τύπου 2 με ρευκωματουρία σε σχέση με μάρτυρες. Είναι γνωστό ότι το σύστημα της βιταμίνης D έχει αρνητική ρυθμιστική επίδραση in vivo στο ενδονεφρικό σύστημα της ρενίνης-αγγειοτενσίνης. Οι μεταβολίτες της βιταμίνης D μπορούν, επίσης, να καταστείλουν την ενεργοποίηση του μεταμορφωτικού αυξητικού παράγοντα-β (TGF-β). Οι επιδράσεις αυτές είναι ενδεικτικές ενός δυνητικού ρόλου της βιταμίνης D στη ΔΝ.

**Σκοπός:** Στην παρούσα μελέτη διερευνώνται τα επίπεδα της βιταμίνης D, του TGF-β1 και συσχετίζονται με υπέρταση σε πρώιμα στάδια ΔΝ τύπου 2.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 50 ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) σταδίων 1-2 και ΔΝ. Ως μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 30 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 χωρίς ΧΝΝ και 30 υγιείς εθελοντές. Τα επίπεδα της 1.25 (OH)<sub>2</sub> D<sub>3</sub> του TGF-β1 μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA και συσχετίστηκαν με υπέρταση, δείκτες πρώιμης αθηροσκλήρωσης (intima-media thickness, IMT) και ρευκωματουρία.

**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα της βιταμίνης D είναι στατιστικά σημαντικά μειωμένα στους ασθενείς σε σχέση με τους μάρτυρες, ενώ ο TGF-β1 βρίσκεται σημαντικά αυξημένος στους ασθενείς με μία διαφορά 11989 717 (p<0.001). Τα επίπεδα των πιο πάνω μετρήσεων συσχετίζονται με υπέρταση, IMT και αλβουμινουρία στην ομάδα των ασθενών.

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

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

**Δήμας Γρηγόριος<sup>1</sup>, Ηλιάδης Φώτιος<sup>1</sup>, Κανέλλης Ηλίας<sup>1</sup>, Τέγος Θωμάς<sup>2</sup>, Σπύρογλου Σοφία<sup>3</sup>, Καραμούζης Ιωάννης<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Καραμούζης Μιχαήλ<sup>3</sup>, Ωρολογάς Αναστάσιος<sup>2</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>, Γρέκας Δημήτριος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ο αυξητικός παράγοντας των ινοβλαστών FGF-23 παράγεται από τα οστεοκύτταρα και τους ινοβλάστες και δρα φυσιολογικά στο νεφρό επάγοντας τη φωσφατουρία και αναστέλλοντας τη σύνθεση της 1.25 (OH)<sub>2</sub> D. Η παραθορμόνη (PTH) δρα άμεσα στα οστεοκύτταρα αυξάνοντας την έκφραση του FGF-23. Η παρατήρηση ότι η αναιμία και ο Β΄ παθής υπερπαραθυρεοειδισμός (ΔΥΠΘ) στην διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ) ξεκινούν νωρίτερα σε σύγκριση με άλλες αιτίες χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) οδήγησε στη διερεύνηση αυτής της υπόθεσης.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορισθούν τα επίπεδα ορού των FGF-23 και 1.25 (OH)<sub>2</sub> D και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με δείκτες αναιμίας και ΔΥΠΘ σε πρώιμα στάδια ΧΝΝ και ΔΝ.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 50 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1 και 2 και ΔΝ. Ως ομάδα μαρτύρων προσήλθαν 40 υγιείς μάρτυρες. Η κάθαρση κρεατινίνης και η έκκριση αλβουμίνης ανιχνεύθηκαν σε ούρα 24ώρου. Ο FGF-23 και η 1.25 (OH)<sub>2</sub> D μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Η παραθορμόνη μετρήθηκε με τη μέθοδο της ηλεκτροχημειοφωταύγειας (ECLIA).

**Αποτελέσματα:** Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε ασθενείς σε σχέση με μάρτυρες μεταξύ FGF-23 ( $0.5 \pm 0.1$ ,  $p < 0.005$ ), 1.25 (OH)<sub>2</sub> D ( $40 \pm 3$ ,  $p < 0.005$ ), παραθορμόνη (PTH,  $3 \pm 0.5$ ,  $p < 0.005$ ) και αιμοσφαιρίνη (Hb,  $4 \pm 1$ ,  $p < 0.005$ ). Επιπλέον υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ FGF-23 και 1.25 (OH)<sub>2</sub> D ( $r = -0.7$ ,  $p < 0.005$ ), FGF-23 και Hb ( $r = -0.75$ ,  $p < 0.005$ ), θετική συσχέτιση 1.25 (OH)<sub>2</sub> D και Hb ( $r = 0.6$ ,  $p < 0.005$ ) και FGF-23 και PTH ( $r = 0.7$ ,  $p < 0.005$ ) στην ομάδα των ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει τα αυξημένα επίπεδα FGF-23 να αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα για ΔΥΠΘ και αναιμία, τουλάχιστον στα πρώτα στάδια ΧΝΝ και ΔΝ προς την εξέλιξη σε ΧΝΝ.

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

**Δ. Κανιάρη<sup>1,3</sup>, Σταμάτης Παπαδάτος<sup>2</sup>, Α. Μπουρδάκης<sup>3</sup>**

Ιατρείο Λιπιδίων - Παχυσαρκίας, Γ.Ν. Τρικιάλων

<sup>1</sup> Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, MSc Διατροφή και Δημόσια Υγεία

<sup>2</sup> Ειδικευόμενος Παθολογίας

<sup>3</sup> Ειδικός Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Διερευνήθηκε η ύπαρξη επιπλέον οφέλους από τη διαιτητική αγωγή (ΔΑ) και την επαγόμενη μείωση σωματικής μάζας (ΣΜ) στην αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας μέσω φαρμακευτικής αγωγής (ΦΑ).

**Υλικό-Μέθοδος:** Κριτήριο υπαγωγής των ασθενών στο θεραπευτικό πρόγραμμα ήταν η ύπαρξη μέτριου ή σοβαρού βαθμού δυσλιπιδαιμίας, κατά τα όρια του ATP III. Περαιτέρω κριτήρια διαλογής για την περιήληψη των ασθενών στην παρούσα μελέτη ήταν ένας δείκτης μάζας σώματος >25kg/m<sup>2</sup>, που υποδηλώνει υπέρβαρο ή παχυσαρκία, και η καλή συμμόρφωση με την αγωγή επί τουλάχιστον δύο μήνες. Από την άληη, ασθενείς με ακραίες τιμές λιπιδίων ή μη σταθερά ρυθμιζόμενες με τη ΦΑ απορρίφθηκαν. Τελικό κριτήριο κατάταξης των ασθενών στην ομάδα ελέγχου (N=40,ΦΑ) ή παρέμβασης (N=22,ΦΑ&ΔΑ) ήταν η ατομική απόρριψη ή αποδοχή αντίστοιχα της ΔΑ. Η ΦΑ περιλάμβανε κυρίως στατίνες, ενώ η ΔΑ συνίστατο σε ελαφρύ έως μέτριο περιορισμό της ενεργειακής πρόσληψης και του διατροφικού λίπους. Οι μετρήσεις που συλλέχθηκαν ήταν τιμές ολικής (T-CHOL), χαμηλής πυκνότητας (LDL-C) και υψηλής πυκνότητας (HDL-C) χοληστερίνης, και τριγλυκεριδίων (TG) και για τις δύο ομάδες, και επιπλέον ενδείξεις ΣΜ για την ομάδα παρέμβασης.

**Αποτελέσματα:** Σημειώθηκαν θετικές και στατιστικά σημαντικές μεταβολές των λιπιδίων ορού και στις δύο ομάδες, τόσο δηλαδή με την αποκλειστικά ΦΑ όσο και με την συνδυαστική αγωγή (ΦΑ + ΔΑ). Όλες οι μεταβολές ήταν μεγαλύτερες στην ομάδα παρέμβασης, με εξαίρεση τη μείωση των TG, η οποία ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα ελέγχου. Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων, αν και εμφανείς, δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Εντούτοις, στην ομάδα παρέμβασης, βρέθηκε στατιστικά ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των μεταβολών στη ΣΜ και ταTύ.

**Συμπεράσματα:** Ανέκυψαν ισχυρές ενδείξεις για τη συμβολή της ΔΑ στην αντιμετώπιση της υπεροχληστερολαιμίας, αλληά και στη διατήρηση ή και αύξηση της HDL-C. Αντίστοιχες μελέτες μεγαλύτερου δείγματος έχουν στο παρελθόν καταλήξει και στη στατιστική απόδειξη αυτής της συμβολής. Ωστόσο, η αρνητική συσχέτιση μεταξύ της μείωσης ΣΜ και της μείωσης TG που βρέθηκε στην παρούσα μελέτη υποδηλώνει ότι η απώλεια βάρους σε παχύσαρκα άτομα με υπετριγλυκεριδαιμία χρήζει ειδικότερης ιατρικής και διαιτολογικής υποστήριξης.

## **ΑΑ065 ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΥΦΕΣΗΣ ΣΕ ΘΥΡΕΟΤΡΟΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ ΤΗΣ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ γ-KNIFE ΣΤΕΡΕΟΤΑΚΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

**Μούσλεχ Ζαδάλλα<sup>1</sup>, Σώμαλη Μαρία<sup>1</sup>, Σακαλή Κωνσταντίνα<sup>2</sup>, Μαστοράκος Γεώργιος<sup>2</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

<sup>2</sup> Τμήμα Ενδοκρινολογίας Μεταβολισμού και Διαβήτη, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Ιατρική Σολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τακτικό Ενδοκρινολογικό Εξωτερικό Ιατρείο

**Εισαγωγή:** Τα θυρεοτρόφα αδενώματα αποτελούν το 0,5-3% όλων των αδενωμάτων της υπόφυσης και συνήθως εκκρίνουν αμιγώς TSH. Η διαφοροδιάγνωση από το σύνδρομο κεντρικής αντίστασης στις θυρεοειδικές ορμόνες γίνεται με τη δοκιμασία διέγερσης με TRH ή τη δοκιμασία καταστολής με T3. Ο απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία επιβεβαιώνει την διάγνωση. Οι συνήθεις θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν διασφηνοειδική αδενεκτομή και χορήγηση αναλόγων σωματοστατίνης. Σποραδικά περιστατικά εφαρμογής γ-knife ακτινοχειρουργικής αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία, χωρίς επαρκή στοιχεία για τη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της μεθόδου.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιστατικού υποτροπιάζοντος θυρεοτρόφου αδενώματος της υπόφυσης στο οποίο η εφαρμογή γ-knife ακτινοχειρουργικής επέφερε μακροχρόνια ύφεση, χωρίς τη συνδρομία επιπλοκών.

Υλικό Γυναίκα 35 ετών, με προηγούμενο ιστορικό υπερθυρεοειδισμού που αντιμετωπίστηκε με αντιθυρεοειδικά δισκία προσήλθε με συμπτώματα υπερθυρεοειδισμού, αυξημένες τιμές θυρεοειδικών ορμονών (FT4=32pmol/lit, φ.τ. 11-25 και FT3=12pmol/lit, φ.τ. 3,3-8,2) και αυξημένη τιμή TSH (TSH=12.5mU/lit, φ.τ. 0.3-4). Στη δοκιμασία διέγερσης με TRH δεν υπήρξε αξιόλογη απάντηση ενώ η MRI εφίππιου-υπόφυσης ανέδειξε την παρουσία μακροαδενώματος 1cm, επεκτεινόμενο στον υπερεπιπιακό χώρο.

**Μέθοδος:** Χορηγήθηκαν ανάλογα σωματοστατίνης με αποτέλεσμα τον έλεγχο της θυρεοειδικής λειτουργίας και τη συρρίκνωση του αδενώματος. Μετά από 7 έτη αγωγής η νόσος υποτροπίασε. Η ασθενής υπεβλήθη σε διασφηνοειδική διαρρινική αδενεκτομή χωρίς όμως τη δυνατότητα ριζικής εξαίρεσης. Νέα υποτροπή οδήγησε στην ανάγκη ακτινοχειρουργικής θεραπείας με γ-knife.

**Αποτελέσματα:** Σε πρόσφατο follow-up, 4,5 έτη μετά, η ασθενής παραμένει ευθυρεοειδική χωρίς την εμφάνιση επιπλοκών από τη θεραπεία.

**Συζήτηση:** Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της ακτινοχειρουργικής θεραπείας με γ-knife στην επίτευξη μακροχρόνιας ύφεσης, καθιστώντας τη μέθοδο αυτή ένα πιθανό χρήσιμο εργαλείο στη θεραπεία του υποτροπιάζοντος TSH-αδενώματος της υπόφυσης.

### **AA066 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΣΔ1**

**Δ. Σκούτας, Μ. Ζαδάθα, Μ. Σώμαλη, Χ. Μυλόπουλος, Γ. Τσούτσας, Χ. Δαραμήλας, Γλ. Τζήμου, Χ. Δερδεράκης, Χ. Μανές**

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

**Σκοπός:** Η διερεύνηση και η καταγραφή της ποιότητας ζωής και της ψυχικής ευεξίας σε νεαρούς ενήλικες με ΣΔ1.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Η μελέτη συμπεριέλαβε 94 άτομα (34 άνδρες-60 γυναίκες) με ΣΔ1 με μέση ηλικία  $23.4 \pm 2.8$  έτη και μέση διάρκεια ΣΔ  $9.8 \pm 2.5$  έτη. Το ADDQoL και το W-BQ-12 ήταν τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη μας.

**Αποτελέσματα:** Ο ΣΔ1 επιδρά αρνητικά στην ποιότητας ζωής. Η μέση επίπτωση του ΣΔ1 για όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου ADDQoL ήταν -1.7 Η πιο αρνητική επίπτωση καταγράφηκε στην « διατροφική ελευθερία» με (-2.8) στην «επαγγελματική ζωή»(-2.8), στην« σωματική δραστηριότητα»(-2.7) στο «μέγιστον»(-2.5) Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν αποκαλύπτεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ HbA1C και ποιότητας ζωής( $r=-0.13$   $p=0.247$ ). Αντίθετα στο ερωτηματολόγιο W-BQ-12 καταγράφονται αρνητικά συναισθήματα με την αύξηση της HbA1C ( $r=0.240, p=0.020$ ) όπως και πολύ χαμηλά επίπεδα ψυχικής ευεξίας ( $r=-0.210, p=0.040$ ). Ο αυτοέλεγχος φαίνεται και αυτός να επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την ψυχική ευεξία. Ο ΣΔ1 φαίνεται να επιδρά περισσότερο αρνητικά στην ποιότητα ζωής των γυναικών από ότι των ανδρών. Η διάρκεια της νόσου και η ηλικία δεν φαίνεται να έχουν στατιστική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής και την ψυχική ευεξία ακολουθώντας τα δύο συγκεκριμένα ερωτηματολόγια.

**Συμπεράσματα:** Ο ΣΔ1 επιδρά αρνητικά σε πολλές πτυχές της ποιότητας ζωής σε νεαρούς ενήλικες. Επίσης τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου και η καθημερινότητα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την ψυχική τους ευεξία .

## **ΑΑ067 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΑΥΞΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ (VEGF-A) ΜΕ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΕΡΗΧΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΥΠΟΥ II ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΠΡΩΪΜΑ ΣΤΑΔΙΑ**

**Δήμας Γρηγόριος<sup>1</sup>, Τέγος Θωμάς<sup>2</sup>, Κανέλλης Ηλίας<sup>1</sup>, Κωνσταντινίδης Γαλακτίων<sup>2</sup>, Σπύρογλου Σοφία<sup>3</sup>, Καραμούζης Ιωάννης<sup>3</sup>, Ηλιάδης Φώτιος<sup>1</sup>, Καραλάζου Παρασκευή<sup>3</sup>, Θυσιάδου Αικατερίνη<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Ωρολόγας Αναστάσιος<sup>2</sup>, Καραμούζης Μιχαήλ<sup>3</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>, Γρέκας Δημήτριος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ο μηχανισμός με τον οποίο ο αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας - A (Vascular Endothelial Growth Factor - A, VEGF -A) δρα στο νεφρό καθώς και στα αγγεία, τουλάχιστον σε πρώιμα στάδια διαβητικής νεφροπάθειας (ΔΝ) και χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) παραμένει αδιευκρίνιστος. Ο VEGF-A πιθανόν να παίζει ρόλο στην παθοφυσιολογία της αγγειακής άνοιας (ΑΑ) και έχει φανεί αυξημένος σε νεκροτομικό υλικό ιστού εγκεφάλου ασθενών με ΑΑ.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συσχέτιση των επιπέδων ορού του VEGF-A με δείκτες αθηροσκλήρωσης, λευκοματουρία και ΑΑ σε ασθενείς σε πρώιμα στάδια τύπου II ΔΝ.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Έχουν συμπεριληφθεί 40 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων I και II και τύπου II ΔΝ. Σαν μάρτυρες περιλαμβάνονται δυο ομάδες, 20 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔ II) χωρίς ΧΝΝ και 20 υγιείς εθελοντές. Τα επίπεδα του VEGF-A μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Το πάχος του έσω - μέσου χιτώνα (intima-media thickness, IMT) των καρωτίδων και μπριαίων αρτηριών, καθώς και η ανεύρεση αθηρωματικής πλάκας εκτιμήθηκαν με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερηχοτομογράφο. Ο συνδυασμός των τελευταίων ευρημάτων αθηροσκλήρωσης που σχετίζονται με άνοια εκτιμήθηκαν με τη μέθοδο του Θωμά Τέγου.

**Αποτελέσματα:** Υπήρξε σημαντική διαφορά των επιπέδων του VEGF-A στην καθημία από τις ομάδες ( $646 \pm 130$  pgr/ml στη ΔΝ ομάδα,  $247 \pm 155$  pgr/ml στους ΣΔ II και  $198 \pm 116$  pgr/ml στους υγιείς μάρτυρες). Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων VEGF-A και αλβουμινουρίας ( $r=0.62$ ,  $p<0.001$ ). Επιπρόσθετα, τα επίπεδα του VEGF-A στην ομάδα των ΔΝ ασθενών σχετιζόταν ανεξάρτητα με IMT ( $r=0.58$ ,  $p<0.001$ ) και με MMSE score ( $r=0.520$ ,  $p<0.0001$ ).

**Συμπέρασμα:** Η μελέτη μας υποδεικνύει ότι τα επίπεδα του VEGF-A αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αθηροσκλήρωση, αλβουμινουρία και αγγειακή άνοια, τουλάχιστον στα πρώιμα στάδια διαβητικής νεφροπάθειας προς την εξέλιξη σε ΧΝΝ.



## **AA068 ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ**

**Δήμας Γρηγόριος<sup>1</sup>, Κανέλλης Ηλίας<sup>1</sup>, Δαλαβίτσου Βασιλική<sup>2</sup>, Καραμούζης Ιωάννης<sup>2</sup>, Δημητριάδης Παύλος<sup>2</sup>, Ηλιάδης Φώτιος<sup>1</sup>, Καραλάζου Παρασκευή<sup>2</sup>, Θυσιάδου Αικατερίνη<sup>2</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Καραμούζης Μιχαήλ<sup>2</sup>, Χατζητόλης Απόστολος<sup>1</sup>, Γρέκας Δημήτριος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η ομοκυστεΐνη αποτελεί ενδιάμεσο μεταβολίτη στο μεταβολικό μονοπάτι της μεθειονίνης και της κυστεΐνης. Αυξημένα επίπεδά της στο πλάσμα αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αθηροσκληρότητα. Η μετάλλαξη του γονιδίου MTHFR προκαλεί έκπτωση της ενζυμικής δραστηριότητας με επακόλουθη υπερομοκυστεΐναιμία.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων της ομοκυστεΐνης και οι μεταλλάξεις του γονιδίου MTHFR σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔ II) και διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ).

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 50 ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) 1ου και 2ου σταδίου και ΔΝ, ενώ χρησιμοποιήθηκαν 25 ασθενείς με ΣΔ II χωρίς ΧΝΝ και 25 υγιείς εθελοντές, ως δυο ομάδες μαρτύρων. Ο προσδιορισμός των επιπέδων της ομοκυστεΐνης έγινε με την μέθοδο του πολλαπλού ανοσοφθορισμού (FPIA), ενώ η διερεύνηση των μεταλλάξεων MTHFR - 1 C677T και MTHFR - 2 A1298C με την μέθοδο της Real - Time PCR, η οποία ανιχνεύει τόσο το φυσιολογικό όσο και το μεταλλαγμένο αλληλόμορφο γονίδιο.

**Αποτελέσματα:** Από τους 50 ασθενείς οι 40 εμφάνισαν αυξημένες τιμές ομοκυστεΐνης. Από αυτούς οι 30 εμφάνισαν την μετάλλαξη MTHFR - 1 C677T (75%) και οι 13 την MTHFR - 2 A1298C (43.3%), από τους οποίους οι 7 εμφάνισαν διπλή ετεροζυγωτία (17.5%). Από τους 25 ασθενείς με ΣΔ II χωρίς ΧΝΝ, 7 εμφάνισαν υπερομοκυστεΐναιμία, 5 την μετάλλαξη MTHFR - 1 C677T και 3 την MTHFR - 2 A1298C. Από τους 25 υγιείς, 5 παρουσίασαν υπερομοκυστεΐναιμία, 3 την MTHFR - 1 C677T και 2 την MTHFR - 2 A1298C.

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

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

**Δήμας Γρηγόριος<sup>1</sup>, Δημητριάδης Παύλος<sup>2</sup>, Κανέλλης Ηλίας<sup>1</sup>, Δαλαβίτσου Βασιλική<sup>2</sup>, Ηλιάδης Φώτιος<sup>1</sup>, Καραλάζου Παρασκευή<sup>2</sup>, Θυσιάδου Αικατερίνη<sup>2</sup>, Καραμούζης Ιωάννης<sup>2</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Καραμούζης Μιχαήλ<sup>2</sup>, Χατζητόλης Απόστολος<sup>1</sup>, Γρέκας Δημήτριος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> Εργαστήριο Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η παραθορμόνη (ΡΤΗ) αποτελεί αξιόπιστο βιοχημικό δείκτη της εκτίμησης του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού (ΔΥΠΘ), ο οποίος αποτελεί την κύρια διαταραχή του οστικού μεταβολισμού στην χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ). Ωστόσο δεν είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένο αν η μέτρηση της intact ΡΤΗ(1-84) με τη μέθοδο της ενισχυμένης χημειοφωταύγειας έχει μεγαλύτερη ευαισθησία από την μέτρηση της ανοσοδραστικής intact ΡΤΗ(1-84)+c-terminal με την ίδια μέθοδο.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η διαφορά ευαισθησίας ανάμεσα στις δύο μεθόδους σε όλα τα στάδια της ΧΝΝ με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔ II) και διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ) που αποτελεί και την πρώτη αιτία παγκοσμίως σε ΧΝΝ και κατάληξης σε τελικό στάδιο προς ένταξη σε μέθοδο υποστήριξης-αιμοκάθαρση.

**Υλικό-Μέθοδος:** Υλικό αποτέλεσαν 150 ασθενείς όλων τα σταδίων ΧΝΝ χωρίς κανένας να έχει ενταχθεί σε υποστηρικτική μέθοδο, οι οποίοι χωρίζονται σε δύο ομάδες των 75 ασθενών. Σε 75 ασθενείς μετρήθηκε η ανοσοδραστική intact ΡΤΗ (1-84)+c-terminal(Φ.Τ.1.6-6,9 pmol/l) και σε 75 ασθενείς μετρήθηκε με τη νέα μέθοδο η intact ΡΤΗ (1-84)(Φ.Τ.1.56-6,03 pmol/l).

**Αποτελέσματα:** Από τις μετρήσεις μας προκύπτει ότι τα επίπεδα της intact ΡΤΗ (1-84) αυξάνονται αισθητά από το πρώτο κλάση στάδιο της ΧΝΝ. Όσο τα επίπεδα της κάθαρσης της κρεατινίνης ελαττώνονται, τόσο περισσότερο τα επίπεδα της intact ΡΤΗ (1-84) αυξάνονται (αρνητικός συντελεστής συσχέτισης pearson  $r=-0,7$  με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $p<0,002$ ), ενώ σε αυτά της ανοσοδραστικής intact ΡΤΗ (1-84)+c-terminal, αύξηση παρατηρείται από το μέσο του τρίτου σταδίου με αποτέλεσμα η intact ΡΤΗ (1-84) να εμφανίζει μεγαλύτερη ευαισθησία και ως εκ τούτου να συμβάλει στην καλύτερη αξιολόγηση του ΔΥΠΘ.

**Συμπέρασμα:** Η σύγχρονη μέθοδος της ΙΡΤΗ εμφανίζεται με μεγαλύτερη ευαισθησία σε ασθενείς με ΔΝ και ΧΝΝ.

## **ΑΑ070 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΔΡΑΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ (iPTH) (INTACT PTH + C-TERMINAL) ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΘΙΚΤΗΣ PTH (INTACT PTH) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**

**Δήμας Γρηγόριος<sup>1</sup>, Δαλαβίτσου Βασιλική<sup>2</sup>, Κανέλλης Ηλίας<sup>1</sup>, Δημητριάδης Παύλος<sup>2</sup>, Ηλιάδης Φώτιος<sup>1</sup>, Καραλάζου Παρασκευή<sup>2</sup>, Θυσιάδου Αικατερίνη<sup>2</sup>, Καραμούζης Ιωάννης<sup>2</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Γιαννακάκης Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Καραμούζης Μιχαήλ<sup>2</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>, Γρέκας Δημήτριος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ο δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός αποτελεί συχνή διαταραχή του οστικού μεταβολισμού σε ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ), οι οποίοι υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση. Η παρακολούθηση των ασθενών αυτών επιτυγχάνεται με τον προσδιορισμό των επιπέδων της παραθορμόνης (PTH).

**Σκοπός:** Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί, εάν η μέτρηση της intact PTH (1-84) με τη μέθοδο της χημειοφωταύγειας, εμφανίζει μεγαλύτερη ευαισθησία και κατ' επέκταση εξυπηρετεί την ακριβέστερη παρακολούθηση της παραθυρεοειδικής λειτουργίας των ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση, σε σύγκριση με εκείνη της ανοσοδραστικής intact PTH (1-84+c-terminal) με την ίδια μέθοδο.

**Υλικό-Μέθοδος:** Υλικό αποτέλεσαν 35 ασθενείς τελικού σταδίου ΧΝΝ οι οποίοι υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση και 35 υγιείς μάρτυρες παρόμοιας ηλικίας και φύλου. Στα παραπάνω άτομα μετρήθηκαν τα επίπεδα στον ορό, τόσο της ανοσοδραστικής intact PTH(1-84+c-terminal) (Φ.Τ.1,6-6,9 pmol/l), όσο και της intact PTH (1-84) (Φ.Τ.1,56-6,03 pmol/l). Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη μέθοδο SPSS.

**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα PTH(1-84) είναι στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα από εκείνα της iPTH (1-84+c-terminal), προφανώς λόγω συσσώρευσης του κλάσματος του c-terminal της PTH. Τα ποσοστά των αυξημένων τιμών της PTH(1-84) είναι χαμηλότερα από αυτά της iPTH για τον ίδιο λόγο. Η μέτρηση των επιπέδων της PTH(1-84) μας δίνει την πραγματική εκτίμηση του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού της ΧΝΝ τελικού σταδίου.

**Συμπέρασμα:** Στη μελέτη μας φαίνεται, για πρώτη φορά, ότι σε ασθενείς τελικού σταδίου ΧΝΝ, οι οποίοι υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση, η μέτρηση της PTH με τη νέα μέθοδο είναι πιο αξιόπιστη, καθότι δεν περιλαμβάνει το επιπλέον κλάσμα του c-terminal της PTH, το οποίο θα μας έδινε ψευδώς πιο αυξημένες τιμές PTH.

### **ΑΑ071 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΥΟ ΠΟΛΕΩΝ (ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ). ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑΣ 1991 - 2010**

Παπάζογλου Νικόλαος<sup>2</sup>, Μαργαρίτη Ελένη<sup>1</sup>, Παπάνας Νικόλαος<sup>3</sup>, Πακουμέλος Αλέξανδρος<sup>4</sup>, Παυλίδης Αθηνόδωρος<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Μαϊτέζος Ευστράτιος<sup>3</sup>, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

<sup>2</sup> Β΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

<sup>3</sup> Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου, Αλεξανδρούπολη

<sup>4</sup> Β΄ Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»

**Εισαγωγή:** Οι παθολογικές καταστάσεις του ουροποιητικού συστήματος αποτελούν συχνή αιτία θανάτου στον ευρύτερο Ελλαδικό πληθυσμό, με επιδημιολογικές διαφορές στις διάφορες περιοχές της χώρας μας.

**Σκοπός:** Στην παρούσα επιδημιολογική μελέτη συγκρίνουμε τη συχνότητα των θανάτων από νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος σε δύο πόλεις της Ελλάδος, Κατερίνη και Αλεξανδρούπολη.

**Υλικό-Μέθοδος:** Έγινε καταγραφή των αιτιών θανάτου από νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος, βασισμένη στα πιστοποιητικά θανάτου της εικοσαετίας 1991-2010 στους Δήμους Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης.

**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν 660 πιστοποιητικά θανάτου (62% άνδρες, ηλικία 77,6±11,3) επί συνόλου 8761 στην Κατερίνη και 499 (71% άνδρες, ηλικία 75,3±11,4) επί συνόλου 7609 στην Αλεξανδρούπολη, στα οποία νόσος του ουροποιητικού συστήματος αποτελούσε κύρια αιτία θανάτου. Η συχνότητα των θανάτων από νοσήματα του ουροποιητικού ήταν μεγαλύτερη στην Κατερίνη (7,53% έναντι 6,56%, p=0,015) ενώ ταυτόχρονα υπήρχε και στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση ηλικία των θανόντων στις δύο πόλεις (μεγαλύτερη στην Κατερίνη, p=0,001). Η νεφρική ανεπάρκεια αποτελούσε την πρώτη αιτία θανάτου από τα νοσήματα του ουροποιητικού και στις δύο πόλεις, σημαντικά όμως συχνότερη στην Κατερίνη (59% έναντι 47%, p<0,001). Αντιθέτως, οι θάνατοι από καρκίνο κύστεως και νεφρού ήταν συχνότεροι στην Αλεξανδρούπολη (16,63% έναντι 12,27%, p=0,035 και 9,22% έναντι 4,85%, p=0,003 αντίστοιχα). Δεν υπήρχε στατιστική διαφορά στους θανάτους λόγω καρκίνου του προστάτη (22,88% Κατερίνη και 26,85% Αλεξανδρούπολη, p=0,12).

**Συμπεράσματα:** Η συχνότητα των θανάτων από νοσήματα του ουροποιητικού είναι μεγαλύτερη στην Κατερίνη σε σύγκριση με την Αλεξανδρούπολη, με μεγαλύτερο επιπολασμό στους άνδρες και στις δύο πόλεις. Η νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί την συχνότερη αιτία θανάτου από τα νοσήματα του ουροποιητικού, με σαφή όμως υπεροχή στην Κατερίνη. Αντιθέτως, οι καρκίνοι κύστεως και νεφρού φαίνεται να υπερέχουν στην Αλεξανδρούπολη.

## ΑΑ072 ΓΝΩΣΤΗ ΚΑΙ ΝΕΟ - ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ - ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ .

Κυριαζής Ιωάννης, Σπυροπούλου Όλγα, Μιτζέλος Βασίλειος, Καραγκούνη Νίκη, Καμούδας Δημήτριος, Γιατζόγλου Ιωάννης, Κορδαλής Αθανάσιος

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

**Σκοπός της μελέτης:** Η παχυσαρκία, ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και δυσλιπιδαιμία, αυξάνει στο γενικό πληθυσμό με επιδημικούς ρυθμούς. Σκοπός της εργασίας μας ήταν να καταγράψουμε τα νοσήματα αυτά στην πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο παχυσαρκίας.

**Ασθενείς και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 56 άτομα 37Γ-19Α (μέσης ηλικίας 47,6 έτη). Μετρήθηκαν η περίμετρος μέσης (Waist), η αρτηριακή πίεση και υπολογίσθηκε ο δείκτης μάζας σώματος (BMI). Εξετάσθηκε το λιπιδαιμικό προφίλ, το σάκχαρο νηστείας και εκτιμήθηκε η ενδεχόμενη διαταραχή στο μεταβολισμό της γλυκόζης στους μη-διαβητικούς (κριτήρια A.D.A 2014).

**Αποτελέσματα:** Τα εξετασθέντα άτομα είχαν: BMI 27-54 (μέση τιμή 47,6); [Γυναίκες 27-47 (μέση τιμή 37,1), Άνδρες 32-54 (μέση τιμή 41,6)], Waist 86-166 cm (μέση τιμή 112,6 cm): [Γυναίκες 86-44cm (μέση τιμή 111cm), Άνδρες 122-166 cm (μέση τιμή 139,5cm)]. Γνωστός Σ.Δ (18,4%), γνωστή Α.Υ (23,6%), γνωστή δυσλιπιδαιμία (37%). Παθολογική ανοχή στη γλυκόζη νηστείας (21,6%), νέο-διαγνωσμένος ΣΔ (13,7%), νέο-διαγνωσμένη δυσλιπιδαιμία (27,2%), νέο-διαγνωσμένη Α.Υ (15,3%) . Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλλα. Θετική συσχέτιση υπήρξε μεταξύ παρουσίας συνοσηρότητας (κυρίως Σ.Δ) με την αύξηση του BMI και κυρίως του Waist ( $p<0,05$ ) . Ποσοστό 13,1% των εξετασθέντων είχαν > 1 συνοδό νόσημα, χωρίς να υπερέχει κάποιος συνδυασμός.

**Συμπεράσματα:** Υφίσταται αυξημένη συμμετοχή γνωστής και νέο -διαγνωσμένης συνοσηρότητας στα παχύσαρκα άτομα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό . Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα , ιδίως σε αυτά που προέχει η κοιλιακή [ σπλαχνική ] παχυσαρκία , πρέπει να ελέγχονται τακτικά και για όλους τους άλληλους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου [ΣΔ,ΑΥ, δυσλιπιδαιμία].

## ΑΑ073 ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 77 ΕΤΩΝ

Γεώργιος Καρράς

Παθολογικό Τμήμα «Ιαώ Θεσσαλίας»

**Εισαγωγή - Σκοπός:**Τα παρενεοπλάσματικά σύνδρομα αποτελούν ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και σημείων μακριά από τον πρωτοπαθή όγκο ανεξάρτητα από τη αναπτυξή του η τις μεταστάσεις.Αποτελούν μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση και η αιτιολογία παραμένει αδιευκρίνιστη,θεωρείται ότι συμμετέχουν ανοσολογικοί παράγοντες και έκτοπη παραγωγή ορμονών.Εχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία γιατί μπορεί να προηγούνται της εκδήλωσης του όγκου η της υποτροπής του.

**Υλικό - Μέθοδος:** Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς ανδρός 76 ετών που προσήλθε στο παθολογικό τμήμα του νοσοκομείου για ασυμπτωματική διερεύνηση υπονατρίαμίας γνωστή από 5μήνου. Από το κλινεοεργαστηρικό έλεγχο διαπιστώθηκε :ΑΠ 140/90 mm/Hg ορθόχρωμη αναιμία Ht37% γλυκόζη 80mg/dl BUN 35mg/dl cr 1,03 mg/dl uric acid 3,5mg/dl Na 125mmol/l K 4,2mmol/l γενική ούρων:EB 1010 απουσία άλλων παθολογικών ευρημάτων

Από το ατομικό ιατρικό ιστορικό αναφέρονται τα εξής :χολοκυστεκτομή προ 10τίας,έξεις: καπνιστής 2 πακέτα /day x40 years και απώλεια βάρους (5 kg το τελευταίο δίμηνο) δε λαμβάνει φάρμακα. Νοσηλεία προ τριμήνου στα πλαίσια υπονατρίαμίας, χωρίς ανεύρεση αιτίας. Περαιτέρω έλεγχος έδειξε Na ούρων >40mmol/l με φυσιολογική θυρεοειδική και επινεφριδιακή ήπειουργία (TSH ALD ρενίνη ACTH Κορτιζόλη κφ),serum osmolality=266,9 mOsm/kg,Mantoux (-). Ακολούθησε εκταταμένος έλεγχος στα πλαίσια διερεύνησης SIADH με αποκάλυψη μικροκυτταρικού ca πνεύμονος. Αποτελέσματα:Στο ασθενή έγινε στέρηση ύδατος με επάνοδο των επιπέδων του Na στο φυσιολογικό και ελεγχόμενη κατανάλωση ύδατος.

**Συμπεράσματα:** Τα παρενεοπλάσματικά σύνδρομα του ca πνεύμονοςείναι ποικίλη και διαφέρουν τόσο στη κλινική εικόνα όσο και στη παθοφυσιολογία ωστόσο παραμένουν μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση. Ενδεχόμενα η κατανόηση τους να συνδράμει περαιτέρω στη βιολογία του καρκίνου με ανάδειξη νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων

## **ΑΑ074 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ Η΄ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ/ΥΔΡΟΧΛΩΡΟΘΕΙΑΖΙΔΗΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗ ΣΤΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ**

**Αναστάζια Κεή, Ελισάβετ Μουτζούρη, Γεώργιος Λιάμης, Ευάγγελος Λυμπερόπουλος, Μωυσής Ελλιάφ**

*Τομέας Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με υποτροφία από την Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης

**Εισαγωγή:** Τελευταία γίνεται μεγάλη συζήτηση σχετικά με την αρνητική επίδραση που ενδεχόμενα ασκούν οι στατίνες και τα αντιυπερτασικά φάρμακα στην ομοιοστασία των υδατανθράκων. Συγκεκριμένα, τόσο η ατορβαστατίνη όσο και τα θειαζιδικά διουρητικά και οι β αποκλειστές ασκούν δυσμενή επίδραση στο γλυκαιμικό προφίλ. Η νεμπιβολόλη, σε αντίθεση με τους κ्लाσσικούς β αποκλειστές, έχει συσχετισθεί με βελτίωση της ομοιοστασίας των υδατανθράκων. Ωστόσο, η επίδραση της συχορήγησης ατορβαστατίνης-νεμπιβολόλης με ή χωρίς υδροχλωροθειαζόλη στο μεταβολισμό των υδατανθράκων παραμένει άγνωστη.

**Ασθενείς και Μέθοδοι:** Στρατολογήθηκαν ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία που δεν είχαν λάβει καμία αντιυπερτασική ή υπολιπιδαιμική αγωγή για τουλάχιστον 6 εβδομάδες πριν από τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν ατορβαστατίνη (10 mg) και επιπρόσθετα οι ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1 έλαβαν νεμπιβολόλη (5 mg, ομάδα AN), ενώ οι ασθενείς με υπέρταση σταδίου 2 έλαβαν συνδυασμό νεμπιβολόλης/υδροχλωροθειαζόλης (5/12,5 mg, ομάδα AN/Y-12,5 ή 5/25 mg, ομάδα AN/Y-25). Το πρωτοπαθές καταληκτικό σημείο ήταν η μεταβολή του δείκτη αντίστασης στην ινσουλίνη HOMA-IR 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας.

**Αποτελέσματα:** Εβδομήντα-οκτώ ασθενείς ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Τόσο στην ομάδα AN, όσο και στην ομάδα AN/Y-12,5 δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή των επιπέδων του HOMA-IR [από 1,6 (1,4-2,1) σε 1,5 (1,4-2,0) και από 1,6 (1,3-2,2) σε 1,7 (1,7-2,4), αντίστοιχα, p=NS σε σύγκριση με τα αρχικά επίπεδα], ενώ στην ομάδα AN/Y-25 που παρατηρήθηκε μία αύξηση κατά 10% [από 1,7 (1,3-2,3) σε 1,9 (1,4-2,4), p=0,02 σε σύγκριση με τα αρχικά επίπεδα και p<0,01 για όλες τις συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων].

**Συμπεράσματα:** Η χορήγηση νεμπιβολόλης φαίνεται να αντρωπει τη δυσμενή επίδραση της ατορβαστατίνης με ή χωρίς 12,5 mg υδροχλωροθειαζόλης στα επίπεδα του HOMA-IR αλλά όχι και της ατορβαστατίνης με 25 mg υδροχλωροθειαζόλης.

## **ΑΑ075 ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 30 ΕΤΩΝ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

**Τσακάλης Αργύριος<sup>1</sup>, Χαριζοπούλου Βικεντία<sup>2</sup>, Γουλιής Γ. Δημήτριος<sup>2</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

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

**Εισαγωγή:** Οι γυναίκες με Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης (ΣΔΚ) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Μελέτες αποκαλύπτουν ότι γυναίκες με ΣΔΚ και κανονικό σωματικό βάρος θα εμφανίσουν ΣΔτ2 στα επόμενα 15 χρόνια σε ποσοστό 25%, ενώ οι παχύσαρκες σε ποσοστό 50%.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιστατικού πρωτοεμφάνισης ΣΔτ2 με διαβητική κετοξέωση (ΔΚ) σε γυναίκα με ιστορικό ΣΔΚ, η οποία δεν είχε ενημερωθεί για τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές του ΣΔΚ.

**Υλικό και Μέθοδος:** Παρουσιάζεται η συμπτωματολογία, η εργαστηριακή διερεύνηση και η διάγνωση ΣΔτ2, σε γυναίκα 30 ετών που προσήλθε στο τμήμα επείγοντων περιστατικών με εικόνα ΔΚ.

**Αποτελέσματα:** Η συμπτωματολογία περιελάμβανε: κοιλιακό άλγος και εμέτους από τετραμήρου, και ανορεξία, πολυουρία, πολιδipsία, απώλεια σωματικού βάρους 8 κιλών από σαρανταμήρου. Το ιστορικό της περιελάμβανε τη γέννηση ενός τελειόμηνου υγιούς νεογού προ διαέτας. Κατά την κύηση είχε διαγνωστεί ΣΔΚ, μέσω καμπύλης γλυκόζης την 26η εβδομάδα κύησης. Το λοιπό ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκαν: τιμή γλυκόζης νηλάσματος 543 mg/dl, αρτηριακό pH 7.12 και HbA1c 9.7%, θέτοντας τη διάγνωση της ΔΚ. Η ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική, αντιμετωπίστηκε αρχικώς με ενδοφλέβια και έπειτα υποδόρια χορήγηση ινσουλίνης και εξήλθε της κλινικής υπό εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας.

**Συμπεράσματα:** Η παράλειψη μεταβολικού επανέλεγχου σε γυναίκες με ιστορικό ΣΔΚ και η μη ενημέρωσή τους για τον αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ΣΔτ2, δυνητικά οδηγεί στην εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών, όπως η ΔΚ. Τουναντίον ο μακροπρόθεσμος προληπτικός έλεγχος των συγκεντρώσεων γλυκόζης και η συμβουλευτική βάση των επισήμων συστάσεων, συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση του ΣΔτ2 και την αποφυγή εμφάνισης επιπλοκών.

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

**Μοναστηριώτης Χριστόδουλος<sup>1</sup>, Παπάνας Νικόλαος<sup>1</sup>, Τριψιάνης Γρηγόριος<sup>2</sup>, Καρανικόλα Κορίνα<sup>3</sup>, Βελετζά Σταυρούλα<sup>3</sup>, Μαϊτέζος Ευστράτιος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκρτειού Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρτειού Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

<sup>3</sup>Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρτειού Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

**Εισαγωγή:** Η ρόλος των γονιδίων στην παθογένεια της διαβητικής πολυνευροπάθειας (ΔΠΝ) αποκτά ολοένα μεγαλύτερο ενδιαφέρον.

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί αν ο γονότυπος του γονιδίου ΑΡΟΕ, που κωδικοποιεί την απολιποπρωτεΐνη Ε, επηρεάζει την εμφάνιση και την κλινική βαρύτητα της ΔΠΝ σε Έλληνες ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

**Υλικό:** Συμπεριελήφθησαν 275 ασθενείς (142 άνδρες) μέσης ηλικίας 64.9±9.2 ετών και διάρκειας διάρκειας Τ2ΣΔ 11 (5-18) ετών.

**Μέθοδος:** Η διάγνωση και η εκτίμηση της κλινικής βαρύτητας της ΔΠΝ έγινε με το δείκτη νευρολογικής δυσλειτουργίας (Neuropathy Disability Score, NDS). Βαριά ΔΠΝ θεωρήθηκε ότι είχαν οι ασθενείς με NDS>6. Η μελέτη του πολυμορφισμού της απολιποπρωτεΐνης Ε έγινε με απομόνωση DNA και τεχνικές αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR-RFLP), με πέψη του προϊόντος με ενδονουκλεάση περιορισμού και ηλεκτροφόρηση των προϊόντων πέψης σε πηκτική αгарόζη.

**Αποτελέσματα:** Στο σύνολο των ασθενών, η πολυπαραγοντική ανάλυση, έπειτα από προσαρμογή ως προς το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια του Τ2ΣΔ και τη γλυκαιμική ρύθμιση, έδειξε ότι ο γονότυπος του ΑΡΟΕ δεν σχετίζεται με αύξηση του σχετικού κινδύνου εμφάνισης ΔΠΝ. Εντούτοις, επί των 174 ασθενών με οποιασδήποτε βαρύτητας ευρήματα ΔΠΝ (NDS≥1), η ανωτέρω πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι ο γονότυπος ε3/ε4 σχετίζεται με αύξηση του σχετικού κινδύνου βαριάς ΔΠΝ (aOR=3.99, p=0.008) και ειδικά η παρουσία του αλληλομόρφου ε4 σχετίζεται με αύξηση του σχετικού κινδύνου βαριάς ΔΠΝ (aOR=3.51, p=0.011).

**Συμπέρασμα:** Στον Τ2ΣΔ, η παρουσία του γονότυπου ε3/ε4 ή του αλληλομόρφου ε4 του ΑΡΟΕ αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης βαριάς ΔΠΝ σε ασθενείς που ήδη παρουσιάζουν ευρήματα αυτής.

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

**Μοναστηριώτης Χριστόδουλος, Παπάνας Νικόλαος, Μαϊτέζος Ευστράτιος**

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

**Εισαγωγή:** Η ένδεια Βιταμίνης Β12 αποτελεί συχνή επιπλοκή της θεραπείας με μετφορμίνη, σπάνια ωστόσο εκδηλώνεται με συμπτώματα περιφερικής νευροπάθειας, πριν από την ανάπτυξη αναιμίας.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ασθενούς με ένδεια Β12 και περιφερική νευροπάθεια έπειτα από χορήγηση μετφορμίνης.

**Παρουσίαση της περίπτωσης:** Γυναίκα 62 ετών αιμάτιο αιμωδίες κάτω άκρων με νυκτερινή επιδείνωση. Κλινικώς διαπιστώθηκε σημαντική έκπτωση της παλθαϊσθησίας με βαθμονομημένο διαπασών 128 Hz Rydel-Seiffert, ενώ η αντίληψη θερμού-ψυχρού και νυγμού καθώς και τα Αχίλλεια αντανακλαστικά βρέθηκαν φυσιολογικά. Το ιστορικό της ασθενούς περιλάμβανε αρτηριακή υπέρταση, υποθυρεοειδισμό, υπερχοληστερολαιμία και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 από Ζετίας, για την αντιμετώπιση του οποίου λάμβανε μετφορμίνη 850 mg 1x2 ημερησίως. Στον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκε μακροκυττάρωση (MCV: 107.8 fl) χωρίς αναιμία (Ht: 47.2%) και σημαντική έλλειψη βιταμίνης Β12 (70 pg/ml). Διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε μακροκυττάρωση προ Ζετίας, δηλαδή πριν από την έναρξη μετφορμίνης. Οι εξετάσεις για αντισώματα αντινοσημιακά και έναντι ενδογενούς παράγοντα ήταν αρνητικές, ενώ η ασθενής αρνήθηκε να υποβληθεί σε γαστροσκόπηση. Αποφασίστηκε η έναρξη υποκατάστασης Β12 ενδομυϊκά, με μία ένεση ημερησίως επί μια εβδομάδα και στη συνέχεια άπαξ εβδομαδιαίως για ένα μήνα. Έπειτα από 3 εβδομάδες η συμπτωματολογία της ασθενούς είχε αποδράμει, ενώ και η εξέταση της παλθαϊσθησίας ήταν ήδη βελτιωμένη.

**Συμπέρασμα:** Στη διαφορική διάγνωση της περιφερικής νευροπάθειας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη υπό αγωγή με μετφορμίνη δεν θα πρέπει να παραβλέπεται το ενδεχόμενο ένδεια βιταμίνης Β12.

## **ΑΑ078 ΒΙΩΣΙΑ ΝΕΦΡΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

**Σκορίδα Ν.<sup>1</sup>, Θεοφανίδης Δ.<sup>2</sup>, Κώπτα Θ.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ(ε), Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, Διευθυντής Απόστολος Ι. Χατζητόλιος

<sup>2</sup>Καθηγήτρια Εφαρμογών, MSc, Prof Doc, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΣΕΥΠ, ΑΤΕΙΘ

<sup>3</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, Διευθυντής Απόστολος Ι. Χατζητόλιος

**Εισαγωγή:** Η βιοψία νεφρού (ΒΝ), εφαρμόζεται για τη λήψη νεφρικών κυττάρων για ιστολογική εξέταση ,με σκοπό την εκλογή της σωστής θεραπείας ή την εξασφάλιση πληροφοριών για την πρόγνωση της νεφρικής νόσου.Ο νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία λήψης του νεφρικού ιστού ώστε να εξασφαλιστεί η ασφαλής και αποστειρωματική εφαρμογή της.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση του ρόλου του νοσηλευτή στη διαδικασία της νεφρικής βιοψίας .

**Μέθοδος ανασκόπησης :** Διενεργήθηκε κριτική διευρεύνηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας σε άρθρα της τελευταίας πενταετίας ώστε να ανεβρεθούν επικαιροποιημένα στοιχεία και κλινικές οδηγίες για το υπο ανάπτυξη θέμα ,με τις εξής λέξεις-κλειδιά:

**Αποτελέσματα:** Ειδικότερα,οι σύγχρονες κλινικές οδηγίες συνιστούν για την αποφυγή επιπλοκών (αιμοραγία) τα εξής νοσηλευτικά μέτρα:α)Τετράωρη κατάκλιση του ασθενή με εφαρμογή βάρους στο σημείο της παρακέντησης και ενθάρρυνση του ασθενή για λήψη έως τριών λίτρων καθαρών υγρών.β)Τοποθέτηση ουρικού καθετήρα για την αποφυγή μετακινήσεων του ασθενή και την παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας.γ)Λήψη των ζωτικών σημείων πριν την επέμβαση και άμεσο επανέλεγκο στη μετεπεμβατική φάση κάθε 1 ώρα για το πρώτο 6ωρο και έπειτα ανα 3ωρο.

Γενικότερα,η μετεπεμβατική φάση παρακολούθησης θα πρέπει να επεκτείνεται έως και 24 ώρες,καθώς μελέτες δείχνουν ότι το 80% των έμμεσων επιπλοκών (πόνος, πυρετός), παρατηρούνται μεταξύ 8-24 ωρών μετά την (ΒΝ).Ο νοσηλευτής φροντίζει για την ενημέρωση και την προετοιμασία του ασθενή,τον υποστηρίζει σωματικά και ψυχολογικά και επιβλέπει ώστε να αναγνωριστούν έγκαιρα συμπτώματα και τυχόν επιπλοκές.

**Συμπεράσματα:** Η συμμετοχή κατάλληλα εκπαιδευμένου νοσηλευτή στη βιοψία νεφρού κρίνεται απαραίτητη ,τόσο για την ομαλή διεξαγωγή της διαδικασίας όσο και για την υποστήριξη του ασθενή.

## **ΑΑ079 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΟΞΕΙΑΣ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ**

**Δεληγιάννης Γεώργιος<sup>1</sup>, Παπαδάτος Σταμάτης<sup>1</sup>, Μυλωνάς Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Ζήσης Χρήστος<sup>1</sup>, Μυλωνάς Στέφανος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β΄ Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

<sup>2</sup>Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η λεπτοσπείρωση είναι μια ζωοανθρωπονόσος που μπορεί να εκδηλωθεί με εντελώς άτυπη κλινική εικόνα και στα αρχικά της στάδια να στρέψει αλλήλου τη διαγνωστική σκέψη. Η νεφρική συμμετοχή ίσως είναι απειλητική για τη ζωή του ασθενούς.

**Ασθενείς-Μέθοδος:** Άνδρας 65 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ αιτώμενος εμπύρετο από διημέρου και αδυναμία βάδισης λόγω εξαιρετικά επώδυνων αρθραλγιών. Η κλινική εικόνα και ο εργαστηριακός έλεγχος κατεύθυναν τη σκέψη για ιογενή λοίμωξη αλλά η συνολική κατάσταση του ασθενούς οδήγησε στην εισαγωγή του. Την τρίτη ημέρα νοσηλείας ο ασθενής εμφάνισε αύξηση χολοστατικών ενζύμων. Υπεβλήθη σε US κοιλίας που ήταν φυσιολογικό και CT ΑΟΚ χωρίς ενδοφλέβιο σκιαγραφικό, λόγω της ήδη ήπια επηρεασμένης νεφρικής του λειτουργίας (Cr 1.5mg/dl). Την επόμενη ημέρα ήταν ολιγουρικός και εγκατέστησε ΟΝΑ, εμφανίζοντας παράλληλα πετεχειώδεις εξάνθημα κορμού σε έδαφος θρομβοπενίας.

**Αποτελέσματα:** Ο συνδυασμός εμπύρετου, ίκτερου και θρομβοπενίας έθεσε την υποψία λεπτοσπείρωσης. Τα IgM αντισωμάτων για λεπτόσπειρα ήταν ισχυρά θετικά. Η ΟΝΑ απετέλεσε επιπλοκή της νόσου. Ο ασθενής ετέθη στην κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή, υπεβλήθη σε συνεδρίες αιμοκάθαρσης, υποστηρίχθηκε με υγρά και αποθεραπεύτηκε. Τρεις μήνες μετά, η νεφρική και ηπατική λειτουργία έχουν επανέλθει πλήρως.

**Συμπεράσματα:** Η άτυπη κλινική εικόνα δυσχεραίνει τη διάγνωση της λεπτοσπείρωσης, συνεπώς απαιτείται επαγρύπνηση και συνδυασμός των κλινικοεργαστηριακών δεδομένων. Η ηπατική και νεφρική βλάβη αποτελούν επικίνδυνες για τη ζωή του ασθενούς επιπλοκές, με την κατάλληλη όμως θεραπεία είναι δυνατικά αναστρέψιμες.

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

Μούσσηλ Ζαδάλλα<sup>1</sup>, Σώμαλη Μαρία<sup>1</sup>, Κουληρά Παυλίνα<sup>1</sup>, Μουρουγλάκης Αλέξανδρος<sup>1</sup>, Τσούτσας Γεώργιος<sup>1</sup>, Αναστασιάδου Σοφία<sup>1</sup>, Γεροθανάση Νικολίνα<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

**Εισαγωγή:** Το κενό τουρκικό εφίππιο συνήθως αποτελεί τυχαίο απεικονιστικό εύρημα και απαντάται στο 5% των υγιών ατόμων. Κλινικά, σπάνια εκδηλώνονται σημεία μειωμένης υποφυσιακής λειτουργίας.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Γυναίκα 68 ετών, μητέρα 3 τέκνων, BMI 29, προσήλθε αναφερόμενη εμπύρετο (Θ=38,50 C), πολλαπλούς εμετούς και ναυτία από 3ημέρου, ανορεξία, αδυναμία και καταβολή. Από την κλινική εξέταση δεν ανευρέθηκε παθολογικό πρόβλημα, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ηυκοπενία WBC :2900 (ποή: 48.1%, ήμφ: 38,8%), υποκαλιαιμία K+:3.2mmol/lit, χαμηλή θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH=0.18 μIU/ml (ΦΤ:0.27- 4.20μIU/ml) χαμηλές τιμές γοναδοτροπινών (LH=0.2mIU/m (2,4 - 12,6 mIU/ml) και FSH=1,3 mIU/ml φ.τ...) και υπερκορτιζολαιμία με κορτιζόλη 51 και 23 nmol/L ( φτ 171 - 536 nmol/l) και ACTH πλάσματος 17,3 και 12,9 pg/ml ( φτ 10-60 pg/ml) σε δύο διαδοχικές μετρήσεις αντίστοιχα. Η απάντηση στη δοκιμασία διέγερσης με ACTH - Synachten test υπήρξε θετική με κορτιζόλη 0΄ min-110 nmol/l, 30΄ min -283 nmol/l και 60΄ min-410 nmol/l αντίστοιχα επιβεβαιώνοντας την λειτουργική ακεραιότητα των επινεφριδίων. Στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και υπόφυσης, διαπιστώθηκε εικόνα μερικής κενού τουρκικού εφίππιου με κατάδυση της υπερεφίππιακής δεξαμενής. Τέθηκε η διάγνωση της πανυποφυσιακής ανεπάρκειας και η ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά με μεθυληπρενιζολόνη ενδοφθιβείως και συστηματικά με θυροξίνη και κορτιζόνη.

**Συζήτηση:** Συγγενής ανωμαλία του εφίππιου διαφράγματος μπορεί να οδηγήσει σε κήλη της αραχνοειδούς μήνιγγας που συμπίπτει την υπόφυση στο έδαφος του εφίππιου. Μέχρι 50% των ασθενών με πρωτοπαθές κενό τουρκικό εφίππιο εμφανίζουν καρλόνη ενδοκράνια υπέρταση. Δευτεροπαθώς κενό εφίππιο αναπτύσσεται μετά από έμφρακτο υποφυσιακού αδενώματος ή μετά από χειρουργείο ή ακτινοβολία. Υποφυσιακή ανεπάρκεια εκδηλώνεται εάν > 90% του υποφυσιακού ιστού συμπίπτει ή ατροφεί.

## AA081 ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΟΣΟΥ CUSHING ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΑΡΠΟΥ

Μούσσηλ Ζαδάλλα<sup>1</sup>, Σώμαλη Μαρία<sup>1</sup>, Κακαλήτσος Νικόλαος<sup>1</sup>, Τσούτσας Γεώργιος<sup>1</sup>, Βενέτη Σταυρούλα<sup>1</sup>, Γαβριήλογλου Γιώργος<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>

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

**Εισαγωγή:** Η νόσος Cushing αναφέρεται συγκεκριμένα σε αδένωμα της υπόφυσης από κορτικοτρόφα κύτταρα που υπερπαράγουν ACTH (φθιοτρόπος ορμόνη) με αποτέλεσμα την υπερκορτιζολαιμία λόγω αυξημένης παραγωγής κορτιζόλης από τον φλοιό των επινεφριδίων.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Γυναίκα ασθενής, 50 ετών, Β.Μ.Ι. 25, αναφέρει οίδημα προσώπου, τριχόπτωση, αύξηση σωματικού βάρους, υπέρταση, οστεοπόρωση και κατάγμα αριστερού καρπού προ τριετίας (T-score=-3,3). Πρόσφατα διαγνώθηκε υπερκορτιζολαιμία με υποψία μικροαδενώματος της υπόφυσης σε έλεγχο με C/T. Κλινικά διαπιστώθηκε καλή γενική κατάσταση, υπέρταση, αυχενικός ύβος, αμφοτερόπλευρες εκχυμώσεις κνημών και ηυκές ραβδώσεις στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Εργαστηριακά βρέθηκε μειωμένη ΑΡΤΤ, νωσινopenία, αυξημένο σάκχαρο, υπερχοηστερολαιμία, ελαφρά υπερνατριαιμία και υποκαλιαιμία, υπερκορτιζολαιμία, αυξημένα επίπεδα ACTH, παραθορμόνης και κορτιζόλης ούρων 24ώρου. Η δοκιμασία διέγερσης με CRH μετά από διήμερη μικρή καταστολή με δεξαμεθαζόνη, ήταν συμβατή με ACTH εξαρτώμενη νόσο Cushing. Στον απεικονιστικό έλεγχο με MRI (3T MRI) διαπιστώθηκε ανομοιογένεια στο δεξιό πλάγιο της αδενουπόφυσης. Η εντόπιση του μικροαδενώματος στο δεξιό πρόσθιο τμήμα της υπόφυσης επιβεβαιώθηκε με καθετηριασμό λιθοειδών κόλπων. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με παζρεσιτίδη, 900 μgχ2/ημ.

**Συζήτηση:** Η ενδελεχμένη θεραπευτική προσέγγιση για τη νόσο Cushing είναι η χειρουργική εξαίρεση του αδενώματος της υπόφυσης μέσω της διασφηνοειδικής οδού. Στην περίπτωση που η χειρουργική δεν είναι αποτελεσματική (25-35% των περιπτώσεων) άλλες θεραπευτικές επιλογές είναι η ακτινοβολία της υπόφυσης, η αμφοτερόπλευρη λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή ή η χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη παραγωγή κορτιζόλης. Η πασιρεσιτίδη (Signifor), ανάλογο σωματοστατίνης, αποτελεί την πρώτη στοχευμένη φαρμακευτική θεραπεία για τη νόσο Cushing, καθώς αναστέλλει την υπερπαραγωγή της ACTH από το αδένωμα της υπόφυσης.



## **ΑΑ082 Ο ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΩΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Ο ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΕΩΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Κανέλλος Ηλίας<sup>1,3</sup>, Μήρτσου Νικολέτα<sup>2</sup>, Κουφοπούλου Στυλιανή<sup>3</sup>, Φιλίτσα Φαρμάκη<sup>1</sup>, Κάτσικα Ευαγγελία<sup>1</sup>, Μούστα Ερβιτζίνα<sup>1</sup>, Πάσαλη Βασιλική<sup>1</sup>, Προυσανίδου Χριστίνα<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

**Εισαγωγή:** Ο υπερθυρεοειδισμός, σύμφωνα με δύο ανασκοπήσεις και μια μετα-ανάλυση που δημοσιεύτηκαν πρόσφατα, θα μπορούσε να συμπεριληφθεί στις αιτίες πρόκλησης υπερπηκτικότητας και θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Υπάρχουν αρκετές αναφορές εγκεφαλικής θρόμβωσης σε ασθενείς με θυρεοτοξίκωση και μάλιστα η κατάσταση υπερπηκτικότητας μπορεί να είναι πολυπαραγοντική συνδεδεμένη με μια αύξηση στην δραστηριότητα του παράγοντα VIII, του παράγοντα von Willebrand και του αναστολέα του ενεργοποιητή του Πλάσμινογόνου. Επιπρόσθετα σε μία μελέτη παρακολούθησης 5 ετών με σκοπό την εκτίμηση του κινδύνου πνευμονικής εμβολής σε ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό, αποδείχθηκε η ύπαρξη δυο με τρεις φορές μεγαλύτερης αύξησης του κινδύνου πνευμονικής εμβολής στους ασθενείς αυτούς σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Στην υπερπηκτική αυτή τάση των ασθενών με υπερθυρεοειδισμό προστίθεται και η συχνή ύπαρξη κοιλιακής μαρμαρυγής ως αίτιο της απορύθμισης των θυρεοειδικών ορμονών. Πράγματι η κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί ένα κλινικό εύρημα του υπερθυρεοειδισμού με εκτιμώμενο ποσοστό επιπολασμού 10-20%.

**Συζήτηση:** Τίθεται ο προβληματισμός του εάν οι ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό θα πρέπει να λαμβάνουν αντιπηκτικά, ως συστηματική φαρμακευτική αγωγή πρόληψης θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Γίνεται όμως εντονότερος, εάν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι η κοιλιακή μαρμαρυγή, που συχνά προκαλείται από τις διαταραχές των θυρεοειδικών ορμονών, αποτελεί από μόνη της παράγοντα κινδύνου για θρομβοεμβολικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο προσδιορισμός του κινδύνου με το CHADS2 score σε ασθενείς με μη-ρευματική κοιλιακή μαρμαρυγή καθορίζει εάν απαιτείται θεραπεία με αντιπηκτική ή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Το ερώτημα που τίθεται αφορά όχι μόνο για τη χρήση αντιπηκτικών σε υπερθυρεοειδικούς ασθενείς με χαμηλό CHADS2 για την προστασία από την εμφάνιση ή την ήδη υπάρχουσα κοιλιακή μαρμαρυγή, αλλά γενικότερα για προστασία από θρομβοεμβολική νόσο που διατρέχουν οι θυρεοειδικοί ασθενείς, ιδιαίτερη στην περίπτωση θυρεοτοξικής κρίσης.

**Συμπέρασμα:** Εν κατακλείδι τίθεται η σκέψη του να συμπεριληφθεί ή όχι θεραπεία με αντιπηκτική ή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στους ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό και χαμηλό CHADS2 score, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις απορύθμισης της θυρεοειδικής λειτουργίας, ιστορικού καρδιαγγειακών παθήσεων και ηλικιωμένων ασθενών. Νεότερες μελέτες είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν και να διαλευκάνουν τα θεραπευτικά αυτά ερωτήματα και διληθήματα που αφορούν την βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών με υπερθυρεοειδισμό και την προστασία τους από θρομβοεμβολική νόσο.

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

Δήμος Γρηγόριος<sup>1</sup>, Κωνσταντινίδης Γαλακτίων<sup>1</sup>, Δαλαβίτσου Βασιλική<sup>2</sup>, Κανέλλος Ηλίας<sup>1</sup>, Καραμούζης Ιωάννης<sup>1</sup>, Δημητριάδης Παύλος<sup>2</sup>, Ηλιάδης Φώτιος<sup>1</sup>, Σπύρογλου Σοφία<sup>2</sup>, Καραλάζου Παρασκευή<sup>2</sup>, Θυσιάδου Αικατερίνη<sup>2</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>, Γρέκας Δημήτριος<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η συσχέτιση των επιπέδων της ομοκυστεΐνης (Hcy) ορού και μεταλλάξεις του γονιδίου MTHFR σε ασθενείς με τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) στη χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 60 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1-4 με διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ, n=30) και χρόνια σπειραματονεφρίτιδα (ΧΣΝ, n=30). Ως μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 30 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 και 30 υγιείς εθελοντές. Ο προσδιορισμός των επιπέδων της ομοκυστεΐνης έγινε με τη μέθοδο του πολυωμένου ανοσοφθορισμού, ενώ η διερεύνηση των μεταλλάξεων MTHFR-1 C677T και MTHFR-2 A1298C με τη μέθοδο της real-time PCR, η οποία ανιχνεύει τόσο το φυσιολογικό όσο και το μεταλλαγμένο αλληλόμορφο γονίδιο.

**Αποτελέσματα:** Από τους 60 ασθενείς οι 50 εμφάνισαν αυξημένες τιμές ομοκυστεΐνης. Από αυτούς οι 30 εμφάνισαν τη μετάλλαξη MTHFR-1 C677T και 35 την MTHFR-2 A1298C. Από τους τελευταίους, 16 ασθενείς (12 με ΔΝ και 4 με ΧΣΝ) υπέστησαν στο παρελθόν κάποιο ΑΕΕ.

**Συμπέρασμα:** Αυξημένα ποσοστά υπερομοκυστεϊναιμίας και της μετάλλαξης MTHFR ανευρέθηκαν στους ασθενείς με ΑΕΕ και ΧΝΝ, γεγονός που επιβεβαιώνει τη θετική συσχέτιση της μετάλλαξης με την υπερομοκυστεϊναιμία, τη θρομβωτικότητα στη ΧΝΝ.

## AA084 ΙΝΙΔΟΕΙΔΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Δήμος Γρηγόριος<sup>1</sup>, Διβάνη Μαρία<sup>1</sup>, Μπερετούλη Ελένη<sup>2</sup>, Καραγιαννοπούλου Γεωργία<sup>2</sup>, Κολέτσα Τριανταφυλλιά<sup>2</sup>, Καρκαβέλας Γεώργιος<sup>2</sup>, Γρέκας Δημήτριος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

<sup>2</sup> Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ινιδιακή σπειραματονεφρίτιδα (Iv ΣΝ) αποτελεί μέλος των ινιδιακών ΣΝ, ως υπερμικροσκοπική οντότητα που χαρακτηρίζεται από εξωκυττάρια εναπόθεση μη διακλαδίζομενων μικροϊνιδίων, διαμέτρου μικρότερης των 30 nm, τα οποία διατίθενται τυχαίως στο mesάγγειο και στα τοιχώματα των σπειραματικών τριχοειδών, αρνητικών σε χρώση με ερυθρό του Κονγκό. Η ινιδιακή αυτή μη αμυλοειδική ΣΝ περιγράφεται ως σπειραματοπάθεια με αμυλοειδές αρνητικό στο ερυθρό του Κονγκό. Πρόκειται για σπειραματική νόσο από εναπόθεση οργανωμένου ινιδιακού υλικού, το οποίο δεν έχει τις ιδιότητες του αμυλοειδούς, αλλά ομοιάζει με την κλινική εικόνα της αμυλοείδωσης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Περιγράφονται οι περιπτώσεις τριών γυναικών, ηλικίας 52, 59 και 65 ετών, οι οποίες εμφάνισαν βαρύ νεφρωσικό σύνδρομο, ταχέως εξελισσόμενη νεφρική νόσο (TENN) με ημφούπερηλαστικές διαταραχές. Οι σπειραματικοί μνηοειδείς σχηματισμοί παρουσιάζονται στο 30% των νεφρικών βιοψιών (18/54, 7/21 και 9/27 σπειράματα αντίστοιχα). Διενεργήθηκε νεφρική βιοψία, η οποία συνοδεύτηκε από μελέτη με ανοσοϊστοχημεία, ανοσοφθορισμό και ηλεκτρονικό μικροσκόπιο (ΗΜ).

**Αποτελέσματα:** Η νεφρική βιοψία έδειξε εξωκυττάρια εναπόθεση ουσίας ομοιάζουσας με αμυλοειδές στο mesάγγειο και στις σπειραματικές βασικές μεμβράνες, αλλά αρνητική στη χρώση με ερυθρό του Κονγκό. Το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο ανέδειξε Iv ΣΝ.

**Συμπέρασμα:** Η επίπτωση της Iv ΣΝ στον πληθυσμό όπου διενεργήθηκε βιοψία νεφρού εκτιμάται από 0.2-0.5% με μέση ηλικία 50-65 έτη και ελαφρά υπερχωή στις γυναίκες. Η νεότερη αντίληψη υποδεικνύει φτωχή πρόγνωση, με δεδομένη την εξέλιξη από πρόσφατες σειρές αναφερομένων περιστατικών σε τελικό στάδιο ΧΝΝ να ανέρχεται σε >50% σε δύο χρόνια.

## **ΑΑ085** ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΥΧΑΙΩΜΑ ΔΕ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ, ΤΟΞΙΚΗ ΟΖΩΔΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΜΟΝΟΝΕΦΡΟ

**Σακινίδου Χαρίκλεια<sup>1</sup>, Δήμας Γρηγόριος<sup>2</sup>, Ράντεβ Ζανίνα<sup>3</sup>, Κανέλλος Ηλίας<sup>2</sup>, Φωτιάδης Σπυρίδων<sup>2</sup>, Τράντα Αλεξάνδρα<sup>2</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>2</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Λαγκαδά

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

<sup>3</sup> Κέντρο Υγείας Μαδύτου

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί συχνά την κορυφή του παγόβουνου με συνύπαρξη πολλών νοσημάτων σ' έναν ασθενή.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Παρουσίαση περιστατικού.

Στην ασθενή μας, ηλικίας 54 ετών σήμερα, η οποία προσήλθε στο ιατρείο μας προ 5ετίας, αιτιώμενη αίσθημα παλμών και ιδιαίτερα υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) από μνός. Κατά την κλινική εξέταση, πέραν της ΑΠ: 205/115mmHg και μιας φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας 110 σφίξεις/λεπτό δεν βρέθηκε κάτι το παθολογικό. Καθώς το ιστορικό ήταν ελεύθερο προχωρήσαμε σε κλινικοεργαστηριακό έλεγχο. Έτσι διαπιστώθηκε η συνύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2, τοξικής οζώδους βρογχοκήλης θυρεοειδούς, ποληλαπλής νεφρολιθίας με ευμεγέθες αγγειομυοεπιπώμα ΔΕ νεφρού, τα οποία τον καθιστούν μη ρειουργικό, καθώς και ενός τυχαιώματος ΔΕ επινεφριδίου. Η ασθενής ακόμα βρέθηκε να πάσχει από υπερωριχαιμία, μεικτή υπερλιπιδαιμία και τρανσαμινασαιμία. Ελάμβανε μέχρι της τελικής θεραπείας βεραπαμίλη, σιταγλιπτίνη, βαλοσαρτάνη και υδροχλωροθειαζίδη.

**Αποτελέσματα:** Η αντιμετώπιση περιελάμβανε τοποθέτηση stent DJ ΔΕ νεφρού και σύστοιχη επινεφριδεκτομή. Έκτοτε η ΑΠ κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

**Συμπέρασμα:** Στην καθημερινή κλινική πράξη η επιλογή και παρακολούθηση πολυπλοκών περιστατικών χρήζει έγκαιρης αντιμετώπισης από όλες τις βαθμίδες υγείας.

## **ΑΑ086** ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

**Πελετίδου Ελένη<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>2</sup>, Καζάκος Κυριάκος<sup>3</sup>, Ηλιάδης Φώτιος<sup>2</sup>, Τσαλιγάκης Δημήτριος<sup>4</sup>, Φωτιάδου Ελένη<sup>2</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Τ.Ε. Νοσηλεύτρια Εντατικής Ενθλήκων, Γενικό Νοσοκομείο «Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»

<sup>3</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Τμήμα Μηχανικών Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Κοζάνη

**Εισαγωγή:** Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ-2) ως πανδημική νόσος απασχολεί έντονα τα τελευταία χρόνια την παγκόσμια ιατρική κοινότητα αναφορικά με τις επιπλοκές που προκαλεί, το κόστος έμμεσο και άμεσο, αλλά κυρίως τα συνυπάρχοντα νοσήματα, που τον συνοδεύουν όπως είναι η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) και η παχυσαρκία.

**Σκοπός:** Η καταγραφή της συσχέτισης και συνύπαρξης της ΑΥ και της Παχυσαρκίας σε υπέρβαρους ή παχύσαρκους ασθενείς με ΣΔ2, καθώς και η επίδραση της αλληλεξάρτησης των τρόπου ζωής με διατροφικές οδηγίες και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Τέλος η επίδραση της απώλειας βάρους στις δύο αυτές καταστάσεις.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 129 ασθενείς εκ των οποίων οι 43 ήταν άνδρες και 86 γυναίκες. Οι ασθενείς προσήλθαν προς τακτική εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ από τον Μάιο του 2014 έως και τον Αύγουστο του 2014. Έγινε καταγραφή του μεταβολικού τους προφίλ.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε από την έρευνα ότι από το συνολικό δείγμα 129 ασθενών το 48,8% ήταν παχύσαρκοι το 27,9% υπέρβαροι ενώ μόλις το 13,2% νορμοβαρείς και το 2,3% λιποβαρείς.

Επίσης υπέρταση εμφάνισε το 68,2%. Τέλος η επίδραση της παχυσαρκίας και υπέρτασης στην τιμή της γλυκόζης αλληά και στις υπόλοιπες μεταβολικές παραμέτρους δεν επέφερε καμία στατιστική διαφορά. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα του ουρικού οξέως ως προς το φύλο.

**Συμπέρασμα:** Η συχνότητα της Παχυσαρκίας και υπέρτασης σε Διαβητικούς ασθενείς βρέθηκε μεγάλη. Ωστόσο η εφαρμογή ιατρικών οδηγιών δεν επέφερε μείωση του σωματικού βάρους σε όλες τις ομάδες των διαβητικών ασθενών πράγμα που πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας τόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα όσο και στην τριτοβάθμια παροχή φροντίδας.

## AA087 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ TLR5(C/T)<sup>392STOP</sup> ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Χαρήλη Ιμπράμ Ζερρίν, Μοηλαγιουσσοφόγλου Σέντα, Παπαθεοδώρου Κωνσταντίνος, Γανίτης Ανέστης, Ιωσφίδου Γεωργία, Κιουτσούκ Μέμετ Σερήφ, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαυτέζος Ευστράτιος

*B<sup>\*</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Έβρου, Ιατρική Σχολή Αλεξανδρούπολης*

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Τα τελευταία χρόνια δίδεται ιδιαίτερη σημασία στη συμμετοχή της φυσικής ανοσίας στην εκδήλωση της χρόνιας υποκλινικής φλεγμονής που συνοδεύει τις μεταβολικές παθήσεις ("metaflammation"). Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να μελετηθεί τη συχνότητα ενός μονοσημειακού πολυμορφισμού του υποδοχέα της φυσικής ανοσίας Toll-like receptor 5 (TLR5 392C/T), που οδηγεί σε ένα πρόωρο κωδικίο τερματισμού, σε σχέση με την παχυσαρκία και τις συνοδές μεταβολικές διαταραχές.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμμετείχαν 86 υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα καθώς και 24 νορμοβαρή άτομα (ομάδα ελέγχου) των οποίων καταγράφηκαν οι ανθρωπομετρικές και βιοχημικές παράμετροι. Η γονιδιακή ανάλυση έγινε με τη μέθοδο της allele specific PCR.

**Αποτελέσματα:** Η συχνότητα των γονοτύπων και των αλληλοτύπων στις 2 ομάδες φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

|             |     | Υπέρβαροι / Παχύσαρκοι<br>(n=86) | Νορμοβαρείς<br>(n=24) | p     |
|-------------|-----|----------------------------------|-----------------------|-------|
| Γονότυποι   | C/C | 38                               | 11                    | 0.06* |
|             | C/T | 43                               | 8                     |       |
|             | T/T | 5                                | 5                     |       |
| Αλληλότυποι | C   | 119                              | 30                    | 0.38* |
|             | T   | 53                               | 18                    |       |

\* Fisher Exact Probability Test

Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά της συχνότητας του πολυμορφισμού μεταξύ των δύο ομάδων. Δε βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά στους γονότυπους και αλληλότυπους μεταξύ των παχύσαρκων και υπέρβαρων ατόμων που δεν είχαν άλλο κριτήριο του μεταβολικού συνδρόμου (n=27) και αυτών που πληρούσαν τα κριτήρια του μεταβολικού συνδρόμου (n=37), (p= 0.55 και 0.32 αντίστοιχα). Η παρουσία του πολυμορφισμού δεν συσχετίστηκε με κάποια από τις ανθρωπομετρικές και βιοχημικές παραμέτρους στην ομάδα των υπέρβαρων/παχύσαρκων ατόμων.

**Συμπεράσματα:** Η παρουσία του μονοσημειακού πολυμορφισμού TLR5(C/T)<sup>392STOP</sup> δεν συσχετίστηκε με την ύπαρξη αυξημένου σωματικού βάρους, την παρουσία του μεταβολικού συνδρόμου ή με μεταβολικές παραμέτρους στο μελετηθέν δείγμα.

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

**Δημ. Σκούτας, Στ. Κουτσιουμπέλης, Η. Χύτας, Δημ. Κιρμιζής, Σπ. Λιάκος, Αθ. Τέφας, Αθ. Κοντός, Ι. Περγίκης**

*Γεν. Κλινική Λυσ. Σαραφινός Θεσσαλονίκη*

**Σκοπός:** Ο ΣΔ2 ως κλινική οντότητα μπορεί να διαλλάθει όπως και η διάγνωση του τις περισσότερες φορές καθυστερεί λόγω της αμβιλυχρής συμπτωματολογίας του πόσο μάλλον ο προδιαβήτης. Τις δύο αυτές κλινικές οντότητες προσπαθήσαμε να ανιχνεύσουμε στους ασθενείς που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία μας.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Τριακόσιοι πενήντα ασθενείς (210 άνδρες και 140 γυναίκες) εξετάσθηκαν το τελευταίο εξάμηνο του 2014 στα εξωτερικά ιατρεία. Ασθενείς χωρίς γνωστό ΣΔ και χωρίς ιστορικό αιμοσφαιρινοπάθειας-αναιμίας ή συναφούς νόσου συμμετείχαν στην μελέτη. Η διάγνωση του ΣΔ ή του προδιαβήτη τέθηκε σύμφωνα με τα κριτήρια της ADA (γλυκόζη νηστείας, δοκιμασία ανοχής γλυκόζης με 75 γρ άνδρους γλυκόζης (OGTT), γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1C).

**Αποτελέσματα:** Από τους 350 συμμετέχοντες, 165 άτομα είχαν φυσιολογικές τιμές (NGT), 85 άτομα προδιαβήτη και 88 άτομα ΣΔ. Ο συνδυασμός μεθόδων διάγνωσης αυξάνει το ποσοστό εντόπισης των ατόμων που βρίσκονται στον προδιαβήτη, ή ΣΔ συγκρινόμενος με τα επιμέρους κριτήρια  $p < 0.001$ . Η διάγνωση γίνεται έγκαιρα και πρώιμα πόσο μάλλον στις ομάδες υψηλού κινδύνου  $p < 0.001$ . Η ηλικία, το σωματικό βάρος, το κάπνισμα και η καθιστική ζωή σε αντίθεση με το φύλο σαφώς και σχετίζονται με την εμφάνιση ή μη προδιαβήτη ή ΣΔ  $p < 0.05$ .

**Συμπεράσματα:** Το ποσοστό αδιάγνωστου προδιαβήτη-ΣΔ παραμένει υψηλό. Η έγκαιρη διάγνωση των δύο ανωτέρω κλινικών οντοτήτων ακόμα και με απουσία συμπτωμάτων ιδίως στις ομάδες υψηλού κινδύνου είναι αναγκαία με όφελος την άμεση παρέμβαση.

## **AA089 ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 49 ΕΤΩΝ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

**Αναστασιάδου Αφροδίτη, Σαχινίδης Αλέξανδρος, Μάτα Αναστασία, Βακιάνη Στυλιανή**

*Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας - Γιαννιτών, Παθολογική Κλινική, Γιαννιτσά, Διευθυντής: Κακουλίδης Ιωάννης*

**Εισαγωγή:** Η ροιμώδης μονοπυρήνωση αποτελεί κλινικό σύνδρομο που προκαλείται από τον ιό Epstein-Barr (EBV) και παρατηρείται συνήθως σε νέους ενήλικες, αλλά και σε παιδιά.

**Σκοπός:** Η περιγραφική περιστατικού ροιμώδους μονοπυρήνωσης σε ενήλικα άνδρα 49 ετών με άτυπη κλινική εικόνα που μιμείται λέμφωμα.

**Παρουσίαση περιστατικού:** 49χρονος ασθενής προσήλθε στα ΤΕΠ αιτώμενος εμπύρετο από δημέρου έως 38,8 °C, με παράλληλες νυκτερινές επιδρώσεις. Από το ιστορικό του αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση. Από τον ακτινολογικό έλεγχο χωρίς σημεία πνευμονικής διήθησης. Εργαστηριακός έλεγχος: ήπια ηπατική δυσλειτουργία (SGOT: 78, SGPT: 119, γGT: 251, ALP:101), προδεδειγμένη αύξηση ηευκών αιμοσφαιρίων με έντονα λεμφοκυτταρικό τύπο και CRP με ανώτερη τιμή 5,67, καθώς και D-dimer 2240. Αέρια αρτηριακού αίματος ( $pO_2$ :67,5 mmHg,  $pCO_2$ :30,5mmHg, pH:7,473). Από τον απεικονιστικό έλεγχο άμφω, έντονα υποχοναϊκό σχεδόν αποστρογγυλοποιημένοι με κεντρική και περιφερική αγγείωση λεμφαδένες προβάλλουν στις τραχηλικές γωνίες με την κάτω γνάθο, με παρωτίδες άμφω κατά φύσιν. Από την CT θώρακος αμφοτερόπλευροι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, δεξιά έως 1,17 cm και αριστερά ως 1,38 cm, χωρίς παθολογικούς μεσαυλικούς λεμφαδένες και χωρίς υπεζωκοτική και περικαρδιακή συλλογή. Επιπλέον, από δεύτερη CT θώρακος και ΑΚΟ παρουσία λεμφαδενικών μαζών στους αγγειακούς, υπογνάθιους, παρωτιδικούς, οπίσθιους και πλάγιους χώρους του τραχήλου-αυχένα. Παρουσία λεμφαδένων στον τραχειακό χώρο, στο ύψος της τριπίδας, στο αορτοπνευμονικό παράθυρο, στις πύλες και στις μασχαλιαίες χώρες. Αυξημένες διαστάσεις ήπατος και σπλήνός. Λεμφαδενική μάζα στον πυλαοκοιλιακό χώρο. Τέθηκε η υπόνοια λεμφώματος, αλλά από τον εργαστηριακό έλεγχο διεπιστώθηκαν θετικά IgG και IgM αντισώματα για EBV, καθώς και θετικά IgG αντισώματα για CMV και τοξόπλασμα.

**Συμπέρασμα:** Η ροιμώδης μονοπυρήνωση σε ενήλικες δεν είναι τόσο συχνή και μπορεί να μιμηθεί την κλινική εικόνα λεμφώματος.

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

Μυλωνάς Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Δηληγιάννης Γεώργιος<sup>2</sup>, Παπαδάτος Σταμάτης<sup>2</sup>, Ζήσης Χρήστος<sup>2</sup>, Μυλωνάς Στέφανος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Φοιτητής Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ.

<sup>2</sup> Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ν. Τρικάλων

**Σκοπός:** Η εργασία αφορά στην καταγραφή στοιχείων σχετικά με την επιδημιολογία, την κλινική εικόνα και τα εργαστηριακά ευρήματα στην νόσο της λοιμώδους μονοπυρήνωσης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Συνολικά 32 ασθενείς, ηλικιακού εύρους 23±8 έτη, 19 άνδρες και 13 γυναίκες, που νοσηλεύτηκαν στην κλινική κατά την τελευταία πενταετία.

**Αποτελέσματα:** Συγκεκριμένα, η νοσηλεία των εν λόγω ασθενών κυμάνθηκε στις 3,5±1,5 ημέρες. Η κλινική εικόνα αφορά σε: αδυναμία/κακουχία 100%, υψηλός συνεχής πυρετός 96,87% (38,5 ± 0,8°C), εξιδρωματική φαρυγγοαμυγαλίτιδα 93,75%, λεμφαδενοπάθεια 84,37%, σπληνομεγαλία 68,75%, απώλεια όρεξης 43,75%, ηπατομεγαλία 37,5%, κηλιδοβηλατιδώδες εξάνθημα 21,87% (συσχετιζόμενο σε αρκετές περιπτώσεις με την χορηγούμενη αντιβιοτική αγωγή), βήχας 18,75%, κοιλιακό άλγος 12,5%, ίκτερος 9,37%. Τα εργαστηριακά ευρήματα φανέρωσαν ήπια έως μέτρια λευκοκυττάρωση (11.264 ± 4836 /μL). Ειδικότερα, λεμφοκυττάρωση παρατηρήθηκε στο 40,62% των ασθενών, πολυμορφοπυρήνωση στο 9,37% των ασθενών, άτυπα λεμφοκύτταρα Downey παρατηρήθηκαν στο 84,37%. Παράλληλα, ο ηπατικός βιοχημικός έλεγχος έδειξε τρανσαμινασαιμία στο 75%, αύξηση της γGT στο 37,5% και υπερχολερυθριναιμία στο 15,62%. Επικύρωση της διάγνωσης πραγματοποιήθηκε με mono-spot test καθώς και με ορολογικό έλεγχο για αντισώματα ειδικά της EBV λοίμωξης (anti-VCA, anti-EA, anti-EBNA).

**Συμπέρασμα:** Η αναδρομική αυτή μελέτη υπενθυμίζει το συνολικό μοτίβο των κλινικών εκδηλώσεων που σχετίζονται με την νόσο της λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Αξίζει, επομένως, ο νέος ιατρός να είναι πλήρως εξοικειωμένος με όλο το φάσμα των εκδηλώσεων αυτών και να υποπεύεται την πάθηση σε αντίστοιχες περιπτώσεις.

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

Καϊάφα Γεωργία, Κακαλέτης Νικόλαος, Σαββόπουλος Χρήστος, Ηλιάδης Φώτιος, Περιφάνης Βασίλειος, Προυσανίδης Ιάκωβος, Γραϊκού Αλεξάνδρα, Τζαλοκώστας Βασίλειος, Χατζητόλης Ι. Απόστολος

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

**Εισαγωγή:** Το συνδρόμο Sweet (ΣΣ) είναι μια οξεία εμπύρετη ουδετεροφιλική δερματοπάθεια που μπορεί να εκδηλωθεί ως ιδιοπαθής, σχετιζόμενη με φάρμακα ή κακοήθεια. Το 85% των σχετιζόμενων κακοηθειών είναι αιματολογικές και κυρίως η οξεία μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ). Σε αυτές τις περιπτώσεις το ΣΣ μπορεί να εκδηλωθεί με ασυνήθιστα κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά. Σε σπάνιες περιπτώσεις ασθενών με μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο (ΜΔΣ), οι λεμφοκυτταρικές διηθήσεις είναι το αρχικό χαρακτηριστικό του ΣΣ.

**Περίπτωση:** Άνδρας 72 ετών εισήχθη στην Κλινική μας λόγω εμπύρετου από 15 ημερών και πανκυταροπενία. Από το ιστορικό του είχε υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη και ήπια θρομβοπενία (120x109/L) κατά τα τελευταία δύο χρόνια. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του εμφανίσε πολλαπλές, ποικίλου μεγέθους, ανώδυνες, χωρίς κνησμό, ερυθρηματώδεις, κηλιδοβηλατιδώδεις δερματικές βλάβες στον κορμό και το πρόσωπο. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις εμφανίζε πανκυταροπενία, αύξηση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης και της ταχύτητας καθίζησης. Οι ανοσολογικές, ορολογικές εξετάσεις και οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές. Η βιοψία μυελού των οστών αποκάλυψε ΜΔΣ με εκτροπή σε ΟΜΛ. Παρά τη θεραπεία με αντιμυκητιασικά και αντιβιοτικά ευρέος φάσματος ο πυρετός επέμεινε. Η βιοψία δέρματος αποκάλυψε διάχυτη δερματική λεμφοκυτταρική διήθηση. Οι βλάβες τελικά υποχώρησαν με τη χορήγηση τοπικά κορτικοστεροειδών και στη συνέχεια χορηγήθηκε azacitidine.

**Συμπεράσματα:** Το ΣΣ μπορεί να προηγείται, να έπεται, ή εμφανίζεται ταυτόχρονα με τη διάγνωση κακοήθειας. Στην παρούσα περίπτωση, εκτός από μείζον κριτήριο της ουδετεροφιλικής διήθησης, όλα τα δευτερεύοντα κριτήρια του ΣΣ ήταν παρόντα. Έχουν αναφερθεί παρόμοιες περιπτώσεις σε άρρενες ασθενείς καθιστώντας τη συγκεκριμένη κλινικοπαθολογική οντότητα ως πιθανό προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης ΜΔΣ και της εξέλιξής του.

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

**Αγαπάκης Δημήτρης, Γώγος Χρήστος, Αλεξίου Ευάγγελος, Μαρασλής Στέφανος, Βράνου Ευγενία, Σάτσογλου Αιμίλιος**

*Γ.Ν. Γουμένισσας, Κίθκις*

**Εισαγωγή:** Η πνευμονία της κοινότητας (ΠνΚ) αποτελεί συχνή αιτία νοσηλείας. Η χρήση των D-dimer στην εκτίμηση της βαρύτητας της υποστηρίζεται από μερικές μελέτες.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας μας είναι η εκτίμηση των επιπέδων D-Dimer σε ασθενείς με ΠνΚ.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 68 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας λόγω ΠνΚ. Επρόκειτο για 40 άντρες (57,7%) και 28 γυναίκες, μέσης ηλικίας 65,8 έτη (47-83). Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με το score CURB-65 σε 5 ομάδες βαρύτητας της Πν (score 0-1=Ομάδα 1, score 2= Ομάδα 2, score 3= Ομάδα 3, score 4=Ομάδα 4, score 5=5). Η μέτρηση των επιπέδων D-Dimer έγινε κατά την εισαγωγή. Επίσης καταγράφηκε η ηλικία, το φύλο, η συμπτωματολογία, η ακτινολογική εικόνα και η διάρκεια νοσηλείας. Όπου απαιτήθηκε, διενεργήθηκε CT θώρακα προς αποκλεισμό Πνευμονικής Εμβολής. Εξαιρέθηκαν οι περιπτώσεις με νεοπλασίες, αυτοάνοσα νοσήματα, διαταραχές της πήξης, ιστορικό θρομβοεμβολικής νόσου καθώς και όσοι είχαν πρόσφατη νοσηλεία ή χρήση αντιβιοτικών (εντός τριμήνου). Ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 31 υγιή άτομα.

**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα D-Dimer ήταν σημαντικά αυξημένα σε σχέση με τους μάρτυρες ( $p<0.01$ ). Η κατηγοριοποίηση των ασθενών ήταν: Ομάδα 1=7 (10,3%), Ομάδα 2 =12 (17,6%), Ομάδα 3=28 (41,2%), Ομάδα 4=14 (20,6%) και Ομάδα 5=7 (10,3%). Τα επίπεδα των D-dimer (ng/ml) παρουσίασαν μια γραμμική αύξηση με τη βαρύτητα της Πν ( $373 \pm 107$ ,  $428 \pm 55$ ,  $574 \pm 215$ ,  $605 \pm 195$ ,  $798 \pm 296$ ). Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ Ομάδας 1 και Ομάδων 3+4+5, μεταξύ των Ομάδων 2 και 4+5 και μεταξύ Ομάδων 4 και 5. Δεν υπήρξαν διαφορές ως προς το φύλο, την ηλικία και τη συμπτωματολογία. Διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση των D-Dimer με την ακτινολογική εικόνα (βαθμώδης έναντι τμηματικής πνευμονίας,  $p<0.01$ ). Η διάρκεια νοσηλείας ήταν μεγαλύτερη σε ασθενείς με D-Dimer>600ng/ml

**Συμπεράσματα:** Τα επίπεδα των D-Dimer αυξάνουν στην ΠνΚ και μπορεί να συσχετιστούν με τη σοβαρότητα της.

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

**Παπάζογλου Νικόλαος<sup>1</sup>, Καϊάφα Γεωργία<sup>2</sup>, Κακαλέτσης Νικόλαος<sup>2</sup>, Παπάνας Νικόλαος<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>2</sup>, Μαϊτέζος Ευστράτιος<sup>3</sup>, Χατζητόλης Ι. Απόστολος**

<sup>1</sup> Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

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

<sup>3</sup> Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

**Εισαγωγή:** Δεδομένα από επιδημιολογικές έρευνες μεγάλης διάρκειας που να αφορούν αιματολογικά νοσήματα, είναι σπάνια στη χώρα μας.

**Σκοπός:** Στα πλαίσια επιδημιολογικής έρευνας υπό τον γενικό τίτλο «επιδημιολογία αιτιών θανάτου» μελετήσαμε τη συχνότητα των αιματολογικών νοσημάτων, ως αιτιών θανάτου στο Δήμο Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης κατά τη διάρκεια της εικοσαετίας 1991-2010.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Από συνολικό αριθμό 8761 πιστοποιητικών θανάτου από τα ληξιαρχικά γραφεία του Δήμου Κατερίνης βρέθηκαν 138(1,6%) περιπτώσεις και από 7609 του Δήμου Αλεξανδρούπολης, 81(1,1%) περιπτώσεις που είχαν ως πρώτη αιτία θανάτου κάποιο αιματολογικό νόσημα. Καταγράφηκαν το έτος γέννησης, το φύλο, η αιτία και το έτος θανάτου.

**Αποτελέσματα:** Η μέση τιμή της ηλικίας θανάτου λόγω αιματολογικής πάθησης ήταν τα 69,4 έτη. Στους άνδρες βρέθηκε μεγαλύτερη συχνότητα θανάτων από αιματολογική αιτία, 119(54,3%)vs100(45,7%). Οι τέσσερις επικρατέστερες αιτίες ήταν η λευκαμία 156(71,2%), το μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο (ΜΔΣ) 43(19,6%), η ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα 5(2,3%) και η ιδιοπαθής αιμολυτική αναμία 5(2,3%). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη συχνότητα των αιματολογικών παθήσεων μεταξύ των δύο φύλων, γενικά και ειδικότερα μεταξύ των δύο δήμων, εκτός από τη λευκαμία που καταγράφηκε σε μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες της Αλεξανδρούπολης από ότι στην Κατερίνη [31(81,6%)vs39(62,9%),  $p=0,048$ ].

**Συμπεράσματα:** Από επιδημιολογικά στοιχεία, στη περιοχή του δήμου Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης φαίνεται ότι οι αιματολογικές παθήσεις ως πρώτες αιτίες θανάτου, δεν εμφανίζουν διαφορετική συχνότητα με εξαίρεση της λευκαμίας στις γυναίκες, επιβόληνοντας την περαιτέρω αναζήτηση αιτιολογικών παραγόντων που μπορεί να ενέχονται στην διαφορά αυτή, με σκοπό την εφαρμογή μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου.

## ΑΑ094 ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΗΝ ΤΥΧΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ

Ντινοπούλου Έλλη, Γκιρτοβίτης Φώτιος, Κωνσταντινίδου Άννα, Μπακαλούδη Βασιλική, Βουληγαρίδου Βιργινία, Παπέ Μαγδαληνή, Χατζηκώρκου Μαρία, Τζιούρα Αικατερίνη, Χαλκιά Παναγιώτα, Παντελίδου Δέσποινα, Πεπερίδου Ουρανία, Μαρκοτσάνη Αντωνία, Χασαποπούλου - Ματάμη Ελένη

Κέντρο Αίματος, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

**Εισαγωγή:** Για λόγους ασφάλειας του μεταγγιζόμενου αίματος και επιτήρησης επιδημιών, οι αιμοδότες καλούνται να ενημερώσουν για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων εντός 15 ημερών από αιμοδοσία.

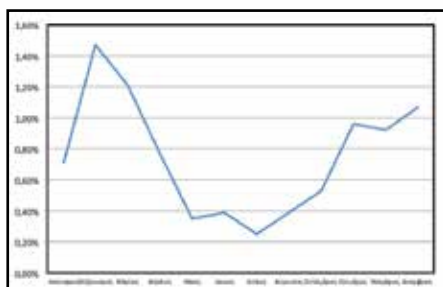
**Σκοπός:** Η εκτίμηση της εφαρμογής του ανωτέρω μέτρου στο Κέντρο Αίματος ΑΧΕΠΑ.

**Υλικό και Μέθοδος:** Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν οι αιμοδότες κατά το 2014. Όλοι είχαν λάβει έντυπο με τον αριθμό της αιμοδοσίας τους και τηλέφωνα επικοινωνίας, προκειμένου να ενημερώσουν για τυχόν εμφάνιση οποιουδήποτε συμπτώματος εντός δεκαπενθημέρου. Επί ενημέρωσης ενδεικτικής ροίμωξης, το προσωπικό όφειλε να καταστρέφει διαθέσιμα παράγωγα, ενώ αν είχαν ήδη μεταγγιστεί, ειδοποιούσε τους θεράποντες ιατρούς.

**Αποτελέσματα:** Αιμοδότες ενημέρωσαν εκ των υστέρων 160 φορές (0,76%). Συμπτώματα κοινού κρουστικού αιμοδοσίας ανέφεραν 145/160(90,62%), με πυρετό σε 60/160(37,5%) περιπτώσεις, ενώ 15/160(9,37%) ανέφεραν συμπτώματα γαστρεντερίτιδας. Στο γράφημα παρουσιάζεται η μηνιαία κατανομή.

Ο μέσος χρόνος εμφάνισης συμπτωμάτων από την αιμοδοσία ήταν  $3,75 \pm 3$  ημέρες. Το μεσοδιάστημα από την εμφάνιση των συμπτωμάτων ως την ενημέρωση ήταν κατά μέσο όρο 2,4 ημέρες.

Καταστράφηκαν 103/160(64,37%) μονάδες συμπτυκνωμένων ερυθρών, 84/106(79,24%) μονάδες FFP και 25/94(26,6%) μονάδες αιμοπεταλίων. Είχαν ήδη μεταγγιστεί: 57 μονάδες ερυθρών, 22 FFP και 69 μονάδες αιμοπεταλίων, χωρίς καμία αναφορά ανεπιθύμητου συμβάματος σε ασθενή, είτε αυθόρμητα, είτε μετά από δική μας ενημέρωση των ιατρών.



|           | ΕΚ ΤΩΝ<br>ΥΣΤΕΡΩΝ<br>ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ | ΑΙΜΟΛΗΨΙΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------|--------------------------------|-----------|---------|
| ΧΕΙΜΩΝΑΣ  | 59                             | 5459      | 1,08%   |
| ΑΝΟΙΞΗ    | 37                             | 4804      | 0,77%   |
| ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ | 18                             | 5112      | 0,35%   |
| ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ | 46                             | 5701      | 0,80%   |
| ΣΥΝΟΛΟ    | 160                            | 21076     | 0,76%   |

### Συμπεράσματα:

- Η ευαισθητοποίηση των αιμοδοτών (περισσότερες αναφορές) αυξήθηκε μετά την καθιέρωση διανομής υπενθυμιστικού εντύπου.
- Περισσότερες αναφορές παρατηρήθηκαν τους χειμερινούς μήνες (κατανομή παρόμοια με της γρίπης).
- Είναι μικρότερη η καταστροφή μονάδων αιμοπεταλίων, επειδή λόγω μικρού ορίου χρήσης συχνά μεταγγίζονται πριν την ενημέρωση.
- Θεωρούμε ότι η αναπόφευκτη καταστροφή μονάδων αντισταθμίζεται από το όφελος στην υγεία των μεταγγιζόμενων.



## **ΑΑ095 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ**

**Παυλίνα Μαρινάκη M.D., PhD, Αιματολόγος, Βάβια Καπιτζόγλου M.D., PhD, Νευρολόγος**

*Ιατρικό Διαβαθκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη*

Ασθενής με διαγνωσθείσα βαρεία μυασθένεια σε ηλικία 16 ετών, οροθετική, μετά τη θυμεκτομή τέθηκε σε ανοσοκαταστολή με Cellcept (Mycophenolate mofetil) και ανέπτυξε λέμφωμα Hodgkin μετά από 6 έτη. Κατόπιν θεραπείας του λεμφώματος παρέμεινε άνευ αγωγής επί 3 έτη με σταθερή νόσο (μυασθένεια). Την τελευταία διετία παραμένει ανθεκτική σε θεραπείες όπως η γ-σφαιρίνη και το μονοκλωνικό αντίσωμα Rituximab.

Η ανωτέρω ασθενής παραμένει ένα θεραπευτικό δίλημμα, καθώς και κάθε ασθενής ο οποίος χρήζει ανοσοκατασταλτικής θεραπείας, σε ότι αφορά το όριο μέχρι του οποίου μπορεί φτάσει η θεραπεία αυτή, ώστε αφ' ενός μεν να υπάρχει έλεγχος του νοσήματος, αφ' ετέρου δε να μπορούν να αποφευχθούν οι μακροχρόνιες συνέπειες της θεραπείας, με δεδομένο ότι: η επίπτωση του καρκίνου σε βαρεία ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, όπως οι ασθενείς μετά από μεταμόσχευση οργάνων και οι πάσχοντες από AIDS, στους οποίους έχουν πραγματοποιηθεί οι περισσότερες μελέτες, φτάνει το 40% στα 20 χρόνια επιβίωσης, έναντι του 6% σε πληθυσμό αντίστοιχης ηλικίας. Κατά σειρά συχνότητας, νεοπλασμάτα που εμφανίζονται σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς είναι: καρκίνος δέρματος, λεμφοπαραγωγά νοσήματα, σάρκωμα Kaposi και σπανιότερα άλλες νεοπλασίες (μη Kaposi σαρκώματα, όγκοι γαστρεντερικού, ουροποιογεννητικού, πνευμόνων). Η παθοφυσιολογία της καρκινογένεσης στους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς αποδίδεται στην υπερπλαστική δράση ιών, όπως οι EBV, CMV, HHV-8, HPV, KSHV. Η θεραπεία των νεοπλασιών αυτών περιλαμβάνει τροποποίηση του ανοσοκατασταλτικού σχήματος, χειρουργική εξαίρεση εντοπισμένης νόσου και χημειοθεραπεία.

## ΑΑ096 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Παπέ Μαγδαληνή<sup>1</sup>, Μπακαλούδη Βασιλική<sup>1</sup>, Ειρήνη Γεωργοπούλου<sup>2</sup>, Γκιρτοβίτης Φώτης<sup>1</sup>, Ντινοπούλου Έλλη<sup>1</sup>, Κωσταντινίδου Άννα<sup>1</sup>, Χατζηκώρκου Μαρία<sup>1</sup>, Φλωρίδης Κωσταντίνος<sup>1</sup>, Περπερίδου Ουρανία<sup>1</sup>, Θωμαΐδου Σοφία<sup>1</sup>, Παυλοπούλου Άννα<sup>1</sup>, Πουλιουδή Πασχαλιά<sup>1</sup>, Βασιλάκη Όλια<sup>3</sup>, Πρωτονοταρίου Ευθυμία<sup>3</sup>, Σκούρα Λεμονιά<sup>3</sup>, Χασαποπούλου - Ματάμν Ελένη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Κέντρο Αίματος, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Τα χέρια των επαγγελματιών υγείας αποτελούν κύριο μέσο μεταφοράς μικροοργανισμών σε περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας. Μετάγγιση βακτηριακά μολυσμένων παραγώγων αίματος χαρακτηρίζεται από υψηλή θνητότητα. Η διατήρηση υψηλού επιπέδου υγιεινομικής ασφάλειας είναι πρωταρχικής σημασίας στις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας.

**Σκοπός:** η διερεύνηση μικροβιακού αποικισμού στα χέρια του προσωπικού και στους χώρους εργασίας ενός Κέντρου Αίματος με διακίνηση περίπου 36000 μονάδων ερυθρών, 18500 μονάδων FFP και άνω των 8500 μονάδων αιμοπεταλίων ετησίως.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη εξετάστηκαν 35 επαγγελματίες υγείας (ιατροί 7, τεχνολόγοι 11, νοσηλευτές 14, επισκέπτριες υγείας 3) και 60 δείγματα από χώρους εργασίας επιλεγμένων τμημάτων: φλεβοκέντησης 12, αιμοπεταλιαφαίρεσης 5, παραγώγων 5, προσδιορισμού ομάδων αίματος 12, ανοσοαιματολογικού ελέγχου 16, ορολογικού ελέγχου 10. Τα δείγματα λαμβάνονταν με αποστειρωμένο βαμβακοφόρο στυλεό εμποτισμένο σε αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό, ο οποίος συρόταν στην επιφάνεια ελέγχου. Γινόταν επώαση του στυλεού σε θειογλυκολικό ζυμό και το επόμενο εικοσιτετράωρο επίστρωση σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά (Mac Conkey και αιματούχο άγαρ) και καλλιέργεια σε 37°C, 24-48 ώρες, σε αερόβιες συνθήκες.

**Αποτελέσματα:** Το σύνολο των εξετασθέντων παρουσίαζε μικροβιοφορία. Απομονώθηκαν από τα χέρια κυρίως βάκιλοι 21/35 (60%) και Coagulase Negative Staphylococci (CoNS) 7/35 (20%). Gram αρνητικά βακτήρια απομονώθηκαν σε 6/35 (17,14%) εξεταζόμενους. Ανέπτυξαν πάνω από 1 μικρόβιο οι 4/35 (11,42%). Από τους χώρους θεικές ήσαν οι καλλιέργειες σε 60% των δειγμάτων (36/60): Βάκιλλοι 13/60 (21,66%), CoNS 18/60 (30%), Gram αρνητικά βακτήρια σε 5/60 (8,33%). Δεν ανευρέθησαν θετικά δείγματα για μύκητες και Staph. Aureus.

**Συμπεράσματα:** Ανάλογα βιβλιογραφικά δεδομένα σε Υπηρεσίες Αιμοδοσίας ελλείπουν. Χρειάζονται στρατηγικές αλλαγής υγιεινομικών συνθηκών, αυστηρής συμμόρφωσης σχετικά με τη υγιεινή των χεριών, παρακολούθησης του μικροβιακού αποικισμού σε βάθος χρόνου, τήρησης και ανάλυσης στατιστικών στοιχείων, στοχευμένης τροποποίησης οδηγίων καθαρισμού και αντισηψίας.

## **ΑΑ097 ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΟΣΤΕΟΛΥΤΙΚΕΣ ΕΣΤΙΕΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΠΡΟ-Β ΟΞΕΙΑΣ ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ: ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ**

Καϊάφα Γεωργία<sup>1</sup>, Περιφάνης Βασίλειος<sup>1</sup>, Κακαλιέτσος Νικόλαος<sup>1</sup>, Χαλβατζή Κυριακή<sup>2</sup>, Τσαβδαρίδου Βασιλική<sup>2</sup>, Γούναρη Ευδοξία<sup>2</sup>, Χρυσουλίδου Ελίσσάβη<sup>1</sup>, Καλογερά Άννα<sup>3</sup>, Απόστολος Ι. Χατζητόλιος<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Τμήμα Μικροβιολογίας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Ακτινολογικό Τμήμα, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η υπερασβεστιαμία και οι πολλαπλές οστεολυτικές βλάβες είναι σπάνιες επιπλοκές της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμία (ΟΛΛ) στην παιδική ηλικία, οι οποίες περιπτώσεις εμφανίζουν παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά. Επίσης, η υπερασβεστιαμία είναι ένα σπάνιο χαρακτηριστικό σε ενήλικες με ΟΛΛ. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μιας σχετικά σπάνιας περίπτωσης ενός ενήλικα ασθενή με υποτροπή προ-Β ΟΛΛ που εμφάνισε πολλαπλές οστεολυτικές βλάβες και υπερασβεστιαμία.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Άρρεν ασθενής 24 ετών με διάγνωση προ-Β ΟΛΛ εισήχθη στο νοσοκομείο μας λόγω σοβαρής οσφυαλγίας. Αφού υποβλήθηκε σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο καταλήξαμε ότι ο ασθενής έχει υποτροπή της ΟΛΛ σύμφωνα και τα αποτελέσματα της οστεομελικής βιοψίας (9% βλάβες) και την κυτταρογενετική ανάλυση, με πολλαπλές οστεολυτικές βλάβες κατά μήκος της οσφυϊκής και ιερής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και των ισχίων με συνοδό σοβαρή υπερασβεστιαμία (13,3 mg/dL). Αφού χορηγήθηκε θεραπεία διάσωσης FLAG-IDA και ενυδάτωση μαζί με φουροσεμίδα, κορτικοστεροειδή και διφωσφονικά, βελτιώθηκε αρχικώς, αλλά στη συνέχεια υποτροπιάσε και επιδεινώθηκε με αποτέλεσμα να καταλήξει λόγω σοβαρής σήψης ως αποτέλεσμα της σοβαρής ανοσοκαταστολής.

**Συμπέρασμα:** Δύο πιθανοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για την υπερασβεστιαμία σε αιματολογική κακοήθεια, η λευκαιμική διήθηση και η παρανεοπλασματική παραγωγή μιας ποικιλίας παραγόντων και προφλεγμονωδών κυτοκινών. Ωστόσο, η υπερασβεστιαμία και οι πολλαπλές οστεολυτικές βλάβες είναι σπάνια χαρακτηριστικά της ΟΛΛ σε ενήλικες ασθενείς και ο συνδυασμός τους μπορεί να αποτελέσει δείκτης κακής πρόγνωσης.

## **ΑΑ098 ΕΠΙΤΥΧΗΣΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΑΛΛΟΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣΜΕΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ**

Μπουντόθα Σταυρούλα, Χρυσουλίδου Ελίσσάβη, Προυσανίδης Ιάκωβος, Περιφάνης Βασίλειος, Καϊάφα Γεωργία, Χατζητόλιος Απόστολος.

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

**Εισαγωγή:** Η ενδιάμεση θαλασσαιμία (ΕΘ) αποτελεί μια κλινικά οριζόμενη κατάσταση, που καλύπτει το χώρο μεταξύ των ασθενών με ετεροζυγωτία και των μεταγγισσοεξαρτώμενων ασθενών με θαλασσαιμία. Τόσο κλινικά όσο και γονοτυπικά, οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν έντονη ετερογένεια. Οι παθογενετικοί μηχανισμοί της νόσου περιλαμβάνουν την μη αποδοτική ερυθροποίηση, την περιφερική αιμόλυση και τη σταδιακή υπερφόρτωση με σίδηρο, λόγω υπέρμετρης απορρόφησης σιδήρου από το έντερο. Η ΕΘ καλύπτει ένα ευρύ πεδίο κλινικών εκδηλώσεων που στο ένα άκρο του είναι μια σχεδόν «φυσιολογική» ζωή και στο άλλο σοβαρή καθυστέρηση ανάπτυξης και σκελετικές βλάβες που απαιτούν θεραπεία με μεταγγίσεις.

**Περιγραφή περιστατικού:** Ασθενής 68 ετών με ΕΘ νοσηλεύθηκε λόγω αναμίας (Hb 3,2mg/dl) με συνοδό σπληνομεγαλία, ηπατομεγαλία και πνευμονική υπέρταση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκε θετική άμεση και έμμεση αντίδραση Coombs. Στην ασθενή χορηγήθηκαν υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών, μεταγγίσθηκε με 2 μονάδες συμπικνωμένων ερυθρών και λόγω των καρδιολογικών συμπτωμάτων και της σύστασης να αποφεύγει μεταγγίσεις (που μπορούν να πυροδοτήσουν περαιτέρω ήπιο-ανοσοποίηση) αποφασίσθηκε έναρξη αγωγής με ερυθροποϊτίνη. Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικοεργαστηριακά (Hb:5,5mg/dl) και εξήλθε με σύσταση λήψης ερυθροποϊτίνης (δαρβοποϊτίνη-Aranesp) 150 MU ανά εβδομάδα. Στον μινιαίο επανέλεγχο διαπιστώθηκε περαιτέρω βελτίωση (Hb:8mg/dl) χωρίς την ανάγκη επιπλέον μεταγγίσεων. Τρία χρόνια μετά παραμένει με ικανοποιητικό επίπεδο αιμοσφαιρίνης, συνεχίζοντας την ίδια αγωγή, χωρίς νέες επιπλοκές.

**Συμπέρασμα:** Η ερυθροποϊτίνη αποτελεί μια καλή και αποτελεσματική εναλλακτική λύση για την αντιμετώπιση ασθενών με ΕΘ και αλθηανοσοποίηση που δυσχεραίνει την ανεύρεση συμβατών μονάδων ερυθρών για μετάγγιση.

## ΑΑ099 ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΔΙΠΟΝΕΚΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ

Κόκκινος Σπυρίδων, Μολληλαγιουσσοφύλλου Σέντα, Τζελάη Μαϊτσάν, Σαββίδου Γκαγιάνε, Μεχμέτ Φατμά, Χασάν Αλή, Παπάνας Νικόλαος, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαϊτέζος Ευστράτιος

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

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η θυρεοειδική δυσλειτουργία συνοδεύεται από ποικίλες διαταραχές του μεταβολισμού. Η αδιπονεκτίνη είναι μια αδιποκίνη με πολλαπλές μεταβολικές δράσεις. Σκοπός της εργασίας μας είναι να μελετήσουμε τα επίπεδα της αδιπονεκτίνης σε ασθενείς με κλινική και υποκλινική υπερλειτουργία και υπολειτουργία, αρχικά και μετά τη θεραπευτική επίτευξη ευθυρεοειδισμού.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Συνολικά 150 (65 υπερθυρεοειδικοί και 85 υποθυρεοειδικοί) ασθενείς καθώς και 28 ευθυρεοειδικά άτομα (ομάδα ελέγχου) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Μετρήθηκαν οι ανθρωπομετρικές, βιοχημικές και ορμονικές (FT4, FT3, TSH, ινσουλίνη) παράμετροι σε όλους τους συμμετέχοντες. Τα επίπεδα της αδιπονεκτίνης ορού μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA.

**Αποτελέσματα:** Οι συγκεντρώσεις της αδιπονεκτίνης δε διέφεραν ανάμεσα στις πέντε ομάδες με κλινικό ή υποκλινικό υπερ- ή υποθυρεοειδισμό και την ομάδα ελέγχου ( $9.0 \pm 2.1$ ,  $8.1 \pm 1.4$ ,  $8.6 \pm 1.2$ ,  $8.2 \pm 1.8$ ,  $9.4 \pm 1.8$   $\mu\text{g/ml}$  αντίστοιχα,  $p=0.107$ , one way ANOVA). Οι μεταβολές στα επίπεδα της αδιπονεκτίνης μετά την επίτευξη ευθυρεοειδισμού στις ομάδες με κλινική νόσο δεν ήταν επίσης σημαντικές ( $p=0.18$  και  $p=0.14$  αντίστοιχα). Η ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των επιπέδων της αδιπονεκτίνης και διαφόρων ανθρωπομετρικών και ορμονολογικών παραμέτρων φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

|              | Hyperthyroidism, r (p) | Hypothyroidism, r (p) |
|--------------|------------------------|-----------------------|
| BMI          | -0.64 (0.01)           | -0.43 (0.02)          |
| Fat mass (%) | -0.57 (0.03)           | -0.039 (0.001)        |
| HOMA Index   | -0.38 (0.02)           | -0.42 (0.01)          |
| FT4          | 0.50 (0.08)            | -0.05 (0.72)          |
| FT3          | 0.36 (0.21)            | -0.18 (0.15)          |
| TSH          | -0.23 (0.12)           | 0.12 (0.29)           |

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά δε διαπιστώθηκε κάποια σημαντική διαφορά στα επίπεδα της αδιπονεκτίνης ανάμεσα στις ομάδες των ασθενών και την ομάδα ελέγχου, ούτε πριν ούτε μετά την επίτευξη ευθυρεοειδισμού. Σημαντική αρνητική συσχέτιση διαπιστώθηκε μεταξύ των επιπέδων της αδιπονεκτίνης και του HOMA Index, ένδειξη ότι η αδιπονεκτίνη πιθανά σχετίζεται με το βαθμό της ινσουλινοαντίστασης που συνοδεύει τη θυρεοειδική δυσλειτουργία.

## **AA100 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΩΔΥΝΟΥ ΩΜΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΕΕ**

**Αντωνιάδης Β.<sup>1</sup>, Τσιλνίκος Δ.<sup>1</sup>, Θεοφανίδης Δ.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Φοιτητής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΣΕΥΠ, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup> Καθηγητής Εφαρμογών, MSc, ProfDoc, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο 'επώδυνου ώμου' ή 'παγωμένου ώμου' (ΣΠΩ) μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι μια συχνή κλινική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από φλεγμονή και δυσκαμψία λόγω κάκωσης του συνδετικού ιστού που καθύπτει την άρθρωση. Η σχετική παθολογία συναντάται έως και στο 85% των ασθενών με σπαστικότητα και το 18% των ασθενών με υποτονικότητα μετά από ΑΕΕ.

**Σκοπός:** της παρούσης βιβλιογραφικής μελέτης είναι η συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας σχετικά με τα αίτια, την πρόληψη και την αντιμετώπιση του ΣΠΩ, ειδικότερα δε σε σχέση με την νοσηλευτική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

**Υλικό και Μέθοδος:** για το σκοπό αυτό έγινε αναζήτηση από το 2000 έως σήμερα στο Medline, Cinhal και ΙΑΤΡΟΤΕΚ, με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: "frozen shoulder", "hemiparesis", "shoulder pain", "ΑΕΕ", και "επώδυνος ώμος", με κριτήρια εισδοχής την γλώσσα (αγγλικά ή ελληνικά), την χρονολογία και την εγκυρότητα του περιοδικού (impact factor).

**Αποτελέσματα:** Η ανασκόπηση ανέδειξε 215 άρθρα από τα οποία επιλέχθηκαν τα 17 καθώς η πλειοψηφία αφορούσε σε κλινική διερεύνηση (υπέρχει) ή φυσιοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Χρονικά, το ΣΠΩ εμφανίζεται από δύο εβδομάδες έως ένα έτος μετά από ΑΕΕ. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι το ΣΠΩ επηρεάζει αποφασιστικά την κινητική αποκατάσταση και το επίπεδο λειτουργικότητας των άνω άκρων μετά από ΑΕΕ. Οι ασθενείς με ΣΠΩ παρουσιάζουν εύκολη κόπωση, πόνο και μειωμένη διάθεση για αποκατάσταση ενώ πολλοί αναπτύσσουν μια αφύσικη θέση της ημιπληγικής πλευράς 'προφυλάσσοντας' το άνω άκρο. Οι ασθενείς περιγράφουν το νευροπαθητικό πόνο του ΣΠΩ ως διαρκή τοπική αίσθηση καύσους η οποία δεν ανακουφίζεται με την κίνηση ή την επανατοποθέτηση.

**Συμπεράσματα:** Οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν την αιτιοπαθολογία του νευρομυϊκού πόνου σε σχέση με το ΣΠΩ καθώς αυτός μπορεί να εμφανιστεί οποτεδήποτε μετά από ΑΕΕ και είναι συνήθως αποτέλεσμα κακής θέσης και στάσης στην κλίνη, παρατεταμένης ακινησίας και το σπουδαιότερο, κακών χειρισμών κατά την μεταφορά όταν ασκούνται μεγάλες μηχανικές δυνάμεις στην ημιπληγική πλευρά. Απλά μέτρα πρόληψης τα οποία θα πρέπει να υιοθετήσει το νοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή του ΣΠΩ:

- Εξασφάλιση συμμετρίας των ώμων και ισόποσης κατανομής βάρους κατά την μεταφορά.
- Αποφυγή ανύψωσης της ημιπληγικής πλευράς >80ο ωμικής κάμψης.
- Ενθάρρυνση του ασθενή ως προς την ενδυνάμωση των απαγωγών μυών κατά την επαν-μάθηση των καθημερινών λειτουργικών δραστηριοτήτων.

## **ΑΑ101 ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΞΕΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ (HUMAN ALBUMINE)**

**Αναστασιάδου Αφροδίτη, Σαχινίδης Αλέξανδρος, Πρωτονοτάριος Αλέξανδρος, Μπουτέλλ Δημήτριος**

*Γενικό Νοσοκομείο Πέλλης - Γιαννιτσών, Παθολογική Κλινική, Γιαννιτσά. Διευθυντής: Κακουλίδης Ιωάννης*

**Εισαγωγή:** Η χορήγηση διαλύματος ανθρώπινου λευκωματίνης (human albumine) αποτελεί σημαντικό όπλο στην αντιμετώπιση του οξέως πάσχοντος ασθενή και παρουσιάζει ποικιλία ενδείξεων, κυριότερες των οποίων είναι η υπολευκωματιναιμία και η υποογκαιμία.

**Σκοπός:** Η περιγραφή σπάνιου και ενδιαφέροντος περιστατικού εμφάνισης οξείας αναφυλακτικής αντίδρασης και συνδρόμου οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (ARDS) μετά IV χορήγηση ανθρώπινου λευκωματίνης.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Γυναίκα 59 ετών εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πέλλης-Γιαννιτσών με σκοπό τη διερεύνηση πρωτοεμφανιζόμενης αναιμίας με συνοδό πολυαρθρίτιδα. Από το ιστορικό αναφέρονται Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II, στεφανιαία νόσο και αρτηριακή υπέρταση. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της, η ασθενής εμφάνισε υπολευκωματιναιμία, για την οποία της χορηγήθηκε διάλυμα ανθρωπείου λευκωματίνης (human albumin). Μετά την έναρξη της IV χορήγησης, η ασθενής εμφάνισε αιφνιδίως ταχύπνοια, δύσπνοια και υποξυγοναιμία, ανθεκτική στη χορήγηση οξυγόνου. Από την Κλινική εξέταση, την ακτινογραφία θώρακος και τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ARDS. Η αξονική τομογραφία επιβεβαίωσε τη διάγνωση.

**Συμπέρασμα:** Η εμφάνιση αναφυλακτικής αντίδρασης μετά από χορήγηση ανθρώπινου λευκωματίνης, είναι εξαιρετικά σπάνια (περίπου 5 ανά 1.000.000). Στο αναφερθέν περιστατικό, καταλήξαμε στη διάγνωση έχοντας αποκλείσει όλες τις υπόλοιπες αιτίες που προκαλούν ARDS. Κατά τον έλεγχο της διεθνούς βιβλιογραφίας δε διαπιστώσαμε δημοσιεύσεις και ανάλογα περιστατικά.