



ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΘΩΡΑΚΟΣ
ΕΛΛΑΔΟΣ

6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ

25-27 ΜΑΪΟΥ 2023

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE / ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ / ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ / ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

INVENTICS A.E. / MEDEVENTS.GR

T. 2310 474 400 / E. INFO@MEDEVENTS.GR / W. WWW.MEDEVENTS.GR / Αρ. Ειδ. Σημ. Λειτουργ. ΕΟΤ: ΜΗΤΕ 0933Ε60000074600





ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Είναι ιδιαίτερη χαρά και τιμή να προλογίζω για ακόμα μια φορά από τη θέση του προέδρου της Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος το Πανελλήνιο Συνέδριο της ΕΝΘΕ, που διοργανώνεται στις 25-27 Μαΐου 2023 στο Makedonia Palace στη Θεσσαλονίκη.

Ένα συνέδριο ζωντανό, πολυθεματικό που, μετά τα δύσκολα χρόνια της πανδημίας, αγκαλιάζει και πάλι όλα τα σύγχρονα θέματα της ειδικότητας με τη βοήθεια καταξιωμένων και έμπειρων ομιλητών από Ελλάδα και εξωτερικό αλλά και νεοτέρων, ταλαντούχων και με όρεξη για δημιουργία συναδέλφων.

Τη φορά αυτή, μεταξύ των θεμάτων, ξεχωρίζουν η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα, οι σύγχρονες θεραπείες του βρογχικού άσθματος, οι νεότερες εξελίξεις στη ΧΑΠ, οι μετα-covid λοιμώξεις και οι διάμεσες πνευμονοπάθειες.

Εάν στα παραπάνω, αγαπητοί συνάδελφοι, προσθέσουμε και την εκτενή ενημέρωση για τις δράσεις εξωστρέφειας της ΕΝΘΕ στην κοινωνία με αφορμή το συνέδριο, τις επιστημονικές ανακοινώσεις, τις εποικοδομητικές αντιπαραθέσεις και τις ποικίλες κοινωνικές εκδηλώσεις είναι εύλογη η χαρά της αναμονής σε όλες και όλους.

Η συγκίνηση είναι μεγάλη, μεγαλύτερο όμως ένα «ευχαριστώ» προς εσάς, αγαπητά μέλη της ΕΝΘΕ, που με την αγάπη σας και την ενεργό σας συμμετοχή καθιερώσατε την ΕΝΘΕ την εταιρεία της καρδιάς μας.

Εύχομαι ολόψυχα καλές γιορτές με υγεία και καλή αντάμωση!

Για το ΔΣ της ΕΝΘΕ

Ο Πρόεδρος
Ηρακλής Τιτόπουλος
Επεμβατικός Πνευμονολόγος



ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / Πέμπτη 25 Μαΐου 2023

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι	Από το βήμα των Ειδικευομένων
17:00-18:00	UP TO DATE ON PULMONOLOGY
18:00-19:00	UP TO DATE ON PULMONOLOGY
19:00 - 20:00	GAME OF PULMONOLOGY



ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / Παρασκευή 26 Μαΐου 2023

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ I		ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II	
09:00-10:00	ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ – ΒΡΕΣ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ		ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΣ
10:00-11:00	ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΟΝ ΠΝΕΥΜΟΝΑ		ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
11:00-11:30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ		
11:30-12:30	ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ		STATE OF THE ART LECTURES
12:30-13:00	STATE OF THE ART LECTURE Γενετική ανάλυση της ανεπάρκειας της α1 αντιθρυψίνης. Η Ελληνική εμπειρία	12:30-13:30	ΔΙΑΚΟΠΗ
13:00-14:00	ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ	13:30-14:00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Norma Hellas
14:00-15:30	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (01-12)	14:00-15:45	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (14-30)
15:30-17:00	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ	15:45-17:00	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
17:00-18:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΔΔΥΠΠΥ – ΕΝΘΕ		ΔΙΑΜΕΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
18:30-19:00	STATE OF THE ART LECTURE Η πνευμονολογία στην εποχή της τεχνητής νοημοσύνης		ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ Chiesi Hellas
19:00-19:30	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ R&T		
19:30-20:00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ELPEN		
20:00-21:30	ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΤΕΛΕΤΗ		

ΑΜΦΙΤΡΥΩΝ	
09:00-16:00	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ, ΕΠΕ-ΕΝΘΕ



ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / Σάββατο 27 Μαΐου 2023

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ I		ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II	
09:00-10:00	ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ – ΒΡΕΣ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	09:00-10:30	ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
10:00-11:00	ΑΣΘΜΑ	10:30 - 11:30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ Menarini Hellas
11:00-11:30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ		ΔΙΑΚΟΠΗ
11:30-12:00	ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Endoscopic therapy of pulmonary emphysema. Patient selection		
12:00-13:00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ GlaxoSmithKline		ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ
13:00-14:00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ AstraZeneca	13:00-13:30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Menarini Hellas
14:00-14:30	ΔΙΑΛΕΞΗ TBscan: Ανίχνευση Μυκοβακτηριδίου της Φυματίωσης στον αέρα	13:30-15:15	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (31-46)
14:30-17:00	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ	15:15-17:00	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
17:00-18:30	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ		ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ – ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ
18:30-19:00	ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Trends in IP training – European Perspective		ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Boehringer Ingelheim Hellas
19:00-19:30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Guidotti Hellas	19:00–20:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΝΘΕ - ΕΕΧΟΚΑ
19:30-21:00	ΜΟΝΗΡΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΣ ΟΖΟΣ Novel Approach in the management of PPN	20:00–21:00	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ
ΑΜΦΙΤΡΥΩΝ			
09:00-16:00	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΒΙΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ / ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ		



Πέμπτη 25 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

Από το βήμα των Ειδικευομένων

17:00 - 18:00

UP TO DATE ON PULMONOLOGY

Προεδρείο: **Β. Τσαούσης, Π. Ντόλιος**

Άσθμα – Θεραπεία των βημάτων 1-3
Κ. Ρουκάς

ΧΑΠ – θεραπεία της νόσου (σταθερή και σε παρόξυνση)
Ευθ. Παπαδοπούλου

Ιδιοπαθής Πνευμονική ίνωση – Θεραπευτικές επιλογές
Ιφ. Νάκου

Αλλεργική ρινίτιδα
Ε. Ελευθεριάδου

18:00 - 19:00

UP TO DATE ON PULMONOLOGY

Προεδρείο: **Μ. Παπαθανασίου, Β. Δημητριάδου**

Πνευμονική Εμβολή – Θεραπεία
Φ. Γκάκου

Παραπνευμονική Συλλογή, Εμπύημα - Θεραπεία
Δ.-Δ. Σαμαρά

Οξυγονοθεραπεία Υψηλής Ροής – Θεραπευτικές επιλογές
Χρ. Πρώμος

Διαγνωστικά προβλήματα και λάθη στη βρογχοσκόπηση
Μ. Αγγελίδης

19:00 - 20:00

GAME ON PULMONOLOGY

Οι Ειδικευόμενοι θέτουν ερωτήσεις και οι Ειδικοί απαντούν.
Από το βήμα των Ειδικευομένων

Προεδρείο: **Κ. Πορπόδης, Στ. Τρύφων**

Παρουσίαση: **Γ. Μπαμπαλής, Ε. Δουλγεράκης**



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

09:00 - 10:00

ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ – ΒΡΕΣ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Προεδρείο: **Δ.-Δ. Μαυροπάνου, Κ. Σάμιτας**

Νοσήματα των αεραγωγών – Περιστατικό 1 – **Κ. Τάσης**

Νοσήματα των αεραγωγών – Περιστατικό 2 – **Μ. Φαναρίδης**

Νοσήματα των αεραγωγών = Περιστατικό 3 – **Μ. Κηπουρού**

Σχολιασμός: **Ν. Χαϊνης**

10:00 - 11:00

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΟΝ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Προεδρείο: **Π. Χατζηαποστόλου, Θ. Καραπέτσας**

Διαγνωστικά περιστατικά με τον υπέρηχο του πνεύμονα
Αικ. Καζάκου

Διαγνωστικά περιστατικά με την υψηλής ευκρίνειας αξονική
τομογραφία θώρακα
Λ. Δαγδηλέλης

Διαγνωστικά περιστατικά με την PET-scanning απεικόνιση
Γ. Άρσος

Σχολιασμός: **Στ. Φρέγκογλου**

11:00 - 11:30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11:30 - 12:30

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

Προεδρείο: **Θ. Βασιλακόπουλος**

Απλή σπιρομέτρηση... πόσο «απλή» είναι τελικά
Στ. Τρύφων



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

Διαχυτική ικανότητα πνεύμονα. Ενδείξεις διαγνωστική αξία και λάθη
Αν. Καλλιάνος

Ταλαντοσιμετρία. Θα μπει στην καθημερινή μας διαγνωστική προσέγγιση;
Κ. Κατσούλης

12:30 - 13:00

STATE OF THE ART LECTURE

Προεδρείο: **Στ. Τρύφων, Γ. Χειλάς**

Γενετική ανάλυση της ανεπάρκειας της α1-αντιθρυψίνης.
Η Ελληνική εμπειρία
Μ. Σπελέτας

13:00 - 14:00

ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ

Προεδρείο: **Χρ. Φορούλης, Κ. Τσακιρίδης**

Διαγνωστικές τεχνικές
Δ. Χωριανόπουλος

Διαφορική διάγνωση νόσων που χαρακτηρίζονται από συχνούς πνευμοθώρακες
Φ. Δρακοπαναγιωτάκης

Θεραπευτική προσέγγιση
Θ. Καραϊσκος

Σχολιασμός: **Μ. Κληματσίδας**



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

14:00 - 15:30

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (01-13)

Προεδρείο: Ι. Αγκομαχαλελής, Γ. Σπυρόπουλος

ΑΙΜΟΠΤΥΣΕΙΣ - ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ

01. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΣ ΑΙΜΟΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ

Στ. Σαραντουλάκη¹, Γ. Χρυσοφάκης², Β. Πιερρακέα³, Γ. Σταματάκης⁴

¹ ΤΕΠ, Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

² Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

³ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

⁴ Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

02. ΜΑΖΙΚΗ ΑΙΜΟΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΛΟΓΩ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ INR

Στ. Σαραντουλάκη¹, Στ. Χηράκη², Γ. Λεκάτσας², Γ. Χρυσοφάκης²

¹ ΤΕΠ, Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

² Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

03. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΖΙΚΗΣ ΑΙΜΟΠΤΥΞΗΣ ΠΟΥ ΑΠΟΔΟΘΗΚΕ ΣΕ ΛΗΨΗ ΑΒΙΧΑΒΑΝ

Δ. Σιώπη¹, Γ. Χασαπίδου¹, Ευφ. Καμαριώτου¹, Δ. Δάιου¹,

Ε. Σέρασλη¹, Δ. Χλωρός¹, Δ. Παπακώστα²

Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ

04. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Α. Βλάχου, Στ. Πούλος, Φ. Αμπατζίδου, Χ. Μαυρομανώλης,

Α. Μαδέσης, Θ. Καραϊσκος

Καρδιοχειρουργική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

05. ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Ν. Κοροδήμος, Η. Σανταϊτίδης, Κ. Κωστοπαναγιώτου, Σ. Μήτσος,

Θρ. Μίχος, Α. Αντωνόπουλος, Π. Τόμος

Θωρακοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

06. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΙΖΟΝΑ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ

Θ. Ράλλης¹, Α. Λαζόπουλος¹, Α. Γεωργάκος¹, Δ. Παλιούρας¹, Ν. Χρίστογλου¹, Ν. Δημητρέλλος¹, Μ. Τζινεβή¹, Ν. Μπαρμπετάκης¹, Μ. Μυρωνίδου-Τζουβελέκη²

¹ Χειρουργική Θώρακα, Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

² Τμήμα Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

07. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΑΠΟ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ

Α. Γεωργοπούλου¹, Χρ-Κ. Χρήστου¹, Γ. Βασιλειάδου¹, Μ. Τζίμου¹, Μ. Αλεβιζάκη¹, Χρ. Καραχρήστος¹, Β. Ίντζος², Μ. Μπιτζάνη¹

¹ Α΄ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

² Τμήμα Ακτινολογίας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

08. ΜΑΖΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ ΚΑΙ ΕΠΙΤΥΧΗ ΈΚΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗΣ

Α. Γεωργοπούλου, Χρ. Γιαννάκη, Π. Κοντού, Β. Καραλή, Χρ. Καραχρήστος, Ι. Μουσκεφτάρα, Μ. Μπιτζάνη

Α΄ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

09. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΛΗΨΗ ΕΣΚΙΤΑΛΟΠΡΑΜΗΣ

Μ. Γραμμένου, Ε. Ελευθεριάδου, Π. Γεωργαννάκης, Στ. Τρύφων, Μ. Σαρόγλου, Α. Χλωρός

Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

ΔΙΑΦΟΡΑ

10. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΛΗΨΗΣ ΕΛΕΧΑΦΤΟΡ/ΤΕΖΑΦΑΤΟΡ/ΙΒΑΦΑΤΟΡ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

M. Hadji-Mitrona¹, Κ. Μανίκα¹, Φ. Διαμαντέα², Ά. Τσάκωνα¹, Α. Καλοκύρης², Α. Σωπιάδου³, Σ.-Χρ. Κωτούλας¹, Μ. Σιωνίδου¹, Σ.-Στ. Κυρβασίλη³, Ε. Παπαδάκη¹, Ε.-Ά. Χρυσόχου³, Ε. Χατζηαγόρου³

¹ Κέντρο Κυστικής Ίνωσης Ενηλίκων, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Κέντρο Κυστικής Ίνωσης Ενηλίκων, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

³ Κέντρο Κυστικής Ίνωσης Παιδών, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

11. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΑΣΚΑΣ N95 ΣΤΗΝ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 6ΜWD

Ά. Κορομπέλη, Α. Γαβαλά, Ε. Τσίγκου, Β. Ψαλίδα, Κ. Παππάς, Π. Μυριανθεύς

Κλινική Εντατικής Νοσηλείας και Πνευμονικών Νόσων, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, ΓΟΝΚ Άγιοι Ανάργυροι, Αττική

12. ΟΖΩΔΗΣ ΛΕΜΦΟΕΙΔΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ-ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΝΟΣΟΣ

Δ. Σιώπη¹, Μ. Κωνσταντινίδου¹, Ευφ. Καμαριώτου¹, Ι. Ματζαράκης², Χρ. Γιαγκούλωφ³, Ε. Δουλγεράκης¹, Δ. Δάιου¹, Δ. Χλωρός¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

³ Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

13. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΕΞΙΟΥ ΜΕΣΟΥ ΛΟΒΟΥ ΜΕ ΔΙΤΤΗ ΦΛΕΒΙΚΗ ΑΠΟΧΕΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μ. Τσούφη¹, Π. Χουντής², Ε. Παπακανδεράκη¹, Γ. Σωτηρόπουλος²

¹ Θωρακοχειρουργική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΝΝΑ»

² Θωρακοχειρουργική, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

15:30 - 17:00

ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

17:00 - 18:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΔΔΥΠΠΥ – ΕΝΘΕ

Πρώιμη Διάγνωση του Καρκίνου του Πνεύμονα

Το πρόγραμμα «Μελίτη»

Προεδρείο: **Ηρ. Τιτόπουλος, Μ. Κουρή**

Πρόγραμμα screening. Γιατί και Πώς;

Μ. Κούβελα

Πρόγραμμα screening. Τι και Που;

Γ. Σπυρόπουλος

6 μήνες «ΜΕΛΙΤΗ»

Μ. Σαρόγλου, Μ. Κουρή

18:30 - 19:00

STATE OF THE ART LECTURE

Προεδρείο: **Ηρ. Τιτόπουλος**

Η πνευμονολογία στην εποχή της τεχνητής νοημοσύνης

Ν. Σιαφάκας

19:00 - 19:30

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ R&T

19:30 - 20:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της **ELPEN**





Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

20:00 - 21:30

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΤΕΛΕΤΗ

Παρουσίαση: **Κλιάτση Φένια** | Δημοσιογράφος

ΚΑΛΩΣΟΡΙΣΜΑ

Τιτόπουλος Ηρακλής

Πρόεδρος Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος

ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ

Για την πολύτιμη συνεισφορά τους στην ανάδειξη της ειδικότητας, ως τέως Πρόεδροι της Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας, ERS

Γκάγκα Μίνα | Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας

Σιαφάκας Νικόλαος | Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, Επισκέπτης Καθηγητής Τμήματος Ηλεκτρονικών Υπολογιστών Πανεπιστημίου Κρήτης

Ρούσσοσ Χαράλαμπος | Διοικητής Ιδρύματος ΘΩΡΑΞ, Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών και McGill, Σύμβουλος Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

Κωβαίος Δημήτριος | Πρύτανης ΑΠΘ

Ν. Παπαϊωάννου | τ. Πρύτανης ΑΠΘ

Αναστασιάδης Κυριάκος | Πρόεδρος Τμήματος Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας, ΑΠΘ

Τσαλικάκης Δημήτριος | Διοικητής 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας-Θράκης

Μπογιατζίδης Παναγιώτης | Διοικητής 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

Gasparini Stefano | President of the World Association for Bronchology and Interventional Pulmonology, WABIP

Στρατάκος Γρηγόρης | Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Βρογχολογίας και Επεμβατικής Πνευμονολογίας, EABIP

Λουκίδης Στυλιανός | Πρόεδρος Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας

Τσικρικά Σταματούλα | Πρόεδρος Ένωσης Πνευμονολόγων Ελλάδας

Ηλιάδης Κοσμάς | Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Θώρακος- Καρδιάς-Αγγείων

Λεπτοκαρίδου Τζίνα | Διευθύντρια Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας Β. Ελλάδος - ΕΚΑΒ

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Ποντιακός Ελληνισμός: Θεσσαλονίκη – Καλαμαριά - Πανόραμα

Φωτιάδης Κωνσταντίνος

Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

09:00 - 10:00

ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΕΣ

Προεδρείο: **Κ. Μανίκα, Αικ. Δημάκου**

Βρογχεκτασίες και Κυστική Ίνωση
Κ. Μανίκα

Μεταφυματιώδεις βρογχεκτασίες
Γ. Χασαπίδου

Βρογχεκτασίες και ΧΑΠ
Απ. Μπόσιος

Σχολιασμός: **Α. Χλωρός**

10:00 - 11:00

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Προεδρείο: **Ι. Κιουμής, Π. Νικολαΐδης**

Το σύνθετο τοπίο των ιογενών λοιμώξεων
Γ. Γκιούλα

Πνευμονία μετά από ίωση. Συχνότητα και αντιμετώπιση
Ι. Κιουμής

Ειδικές λοιμώξεις που επηρεάζουν και τον πνεύμονα
Σ. Μεταλλίδης

11:00 - 11:30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

11:30 - 12:30

STATE OF THE ART LECTURES

Προεδρείο: **Σ. Παπίρης, Δ. Μπούρος**

My life with IPF

Δ. Μπούρος

My life with sarcoidosis

Σ. Παπίρης

Genetics in IPF: European Respiratory Society statement on familial pulmonary fibrosis

Ευφρ. Μάναλη

12:30 - 13:30

ΔΙΑΚΟΠΗ

13:30 - 14:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της **Norma Hellas**



14:00 - 15:45

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (14-29)

Προεδρείο: **Α. Παπαγιάννης, Χ. Τριανταφυλλίδης, Στ. Ηρ. Τρύφων**

ΜΕΜΑ - ΥΠΝΟΣ

14. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΧΡΗΣΗ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ (ΜΕΜΑ) ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κ. Δώδος, Μ. Αρχοντούλη, Α. Παλαιολόγος, Π. Καβουρα, Ι. Βρυώνη, Αικ. Χανιώτου

Πνευμονολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

15. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Δ. Κομμάτας, Γ. Ζάπτη, Α. Λιόντα

ΜΕΘ Ελλάδα covid-19, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», ΑΠΘ



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

16. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΠΝΟΙΩΝ ΎΠΝΟΥ ΩΣ ΕΚΛΥΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΡΙΣΕΩΝ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Κ. Παπαδοπούλου¹, Ε. Γιοβάνη², Ευφ. Καμαριώτου², Χρ. Πρώιμος², Ευθ. Παπαδοπούλου², Ζ. Σαχλά^{1,3}, Στ. Τρύφων²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

³ Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

17. ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ- Η ΜΑΡΤΥΡΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δ. Σιώπη¹, Ε. Ελευθεριάδου¹, Χρ. Πρώιμος¹, Μ. Κωνσταντινίδου¹, Γ. Χασαπίδου¹, Β. Τσάρα², Δ. Χλωρός¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Ινστιτούτο Εφαρμοσμένων Βιοεπιστημών (ΙΝΕΒ), Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης (ΕΚΕΤΑ), Θεσσαλονίκη

ΚΑΡΚΙΝΟΣ

18. ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΕΣ ΚΑΙ ΜΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΔΟΣΕΤΑΞΕΛΗΣ

Λ. Δουλγεράκης, Ε. Γιοβάνη, Μ. Σαρόγλου, Α. Χλωρός
Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

ΧΑΠ - ΑΣΘΜΑ

19. ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΗΣ ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ

Ε. Αργυρίου

Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

20. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ) ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΝΟΣΗΣΗ ΑΠΟ COVID-19

Κ. Δώδος, Χρ. Αγγελόπουλος, Μ.-Α. Θεοδώρα, Π. Κάβουρα, Αικ. Χανιώτου

Πνευμονολογική κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

21. ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FAGERSTRÖM) ΣΤΟΥΣ ΕΝΕΡΓΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Ευθ. Παπαδοπούλου¹, Α.-Μπ. Χάιδιτς², Α. Μαθιουδάκης³, Ι. Λύρα⁴, Ρ. Οικονομίδου⁵, Δρ. Τσαβλής⁶, Στ. Τρύφων⁷

¹ Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ

³ Division of Immunology, Immunity to Infection and Respiratory Medicine, School of Biological Sciences, The University of Manchester - North West Lung Centre, Wythenshawe Hospital, Manchester University NHS Foundation Trust, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, United Kingdom

⁴ Τμήμα Κλινικών Μελετών, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

⁵ Κέντρο Υγείας Ευόσμου Θεσσαλονίκης

⁶ Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ

⁷ Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

22. ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΙΓΕΚΥΚΛΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΗ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Μ. Κηπουρού¹, Ό. Μπέγου², Κ. Μανίκα³, Γ. Ισμαήλος⁴, Π. Κοντού⁵, Γ. Πίτσιου⁶, Ε. Γκίκα⁷, Ι. Κιουμής⁸

¹ Πνευμονολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε.

² Τμήμα Χημείας ΑΠΘ

³ Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

⁴ ΕΛΠΕΝ Φαρμακευτική

⁵ 1η ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

⁶ Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

⁷ Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

⁸ Καθηγητής Emeritus, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

TBC & ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

23. ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ Η' ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ. ΔΥΟ ΝΟΣΟΙ ΜΕ ΚΟΙΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΛΛΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A. Πατούρας, B. Παναγούλιας, X. Λαμπράκης

2η Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

24. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

**M. Σιωνίδου¹, Π. Κυρέλτση¹, Ε. Κατσιμπουρλιά³, Ε. Παπαδάκη¹,
M. Hadji-Mitrona¹, Ά. Τσάκωνα¹, Στ. Γκλαντζούνη³, Α. Λιάκα²,
Ά. Νικοπούλου³, Κ. Μανίκα¹**

¹ Εξωτερικό Ιατρείο Φυματίωσης, Μονάδα Αναπνευστικών Λοιμώξεων, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

² Ανοσολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

³ Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

25. ΆΤΥΠΗ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΩΣΗ ΣΕ ΜΟΥΣΙΚΟ ΜΕ ΚΟΙΛΟΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**M. Γαγγάδη¹, Θ. Ανδρονίκου¹, Χ. Μόσχος², Ε. Μοσχοτζοπούλου¹,
Η. Καΐνης¹**

¹ 10η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

² Αντιφυματικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

26. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΗΣ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗΣ ΜΕ ΙΣΑΒΟΥΚΟΝΑΖΟΛΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

**E. Παπαδάκη¹, M. Σιωνίδου¹, M. Hadji-Mitrona¹, Φ. Γκάκου¹,
Α. Βογιατζόγλου¹, Ά. Νικοπούλου², Κ. Μανίκα¹, Δ. Παπακώστα¹**

¹ Μονάδα Αναπνευστικών Λοιμώξεων, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

27. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**A. Καρκάλα, Α. Ζαχαρίας, Α. Βογιατζόγλου, Ε. Σούρλα, Α. Τζίνας,
Κ. Ρουκάς, Α. Αργυροπούλου, Ι. Νάκου, Ι. Μπέης, Α. Πατάκα,
Γ. Πίτσιου**

Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», ΑΠΘ



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

28. ΣΟΒΑΡΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΔΕΝΟΙΟ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

**Μ. Παπαθανασίου², Σ. Καλπακίδης¹, Ε. Παπανδρέου²,
Κ. Αποστολίδου¹, Γλ. Βλαχογιάννη², Β. Δημητριάδου²**

¹ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος»

² ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος»

29. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΡΙΠΗ

**Δ. Σιώπη, Δ.-Δ. Σαμαρά, Μ.-Χρ. Γραμμένου, Ε.-Α. Γιοβάνη,
Ευφ. Καμαριώτου, Μ. Καματερού, Χρ. Ραμπιάδου, Αικ. Μανίκα,
Δ. Χλωρός, Δ. Παπακώστα**

Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

15:45 - 17:00

ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

17:00 - 18:30

ΔΙΑΜΕΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Προεδρείο: **Δ. Παπακώστα, Β. Πολυχρονόπουλος**

Νεότεροι θεραπευτικοί στόχοι και κλινικές μελέτες στην IPF
Α. Τζουβελέκης

Νέες οδηγίες για το σύνδρομο πνευμονικής ίνωσης- εμφυσήματος
CPFE

Ζ. Δανιήλ

Ινωτικό πρότυπο στη σαρκοείδωση

Η. Παπανικολάου

Διαφορική διάγνωση και διαχείριση περιστατικών με διάμεσες
πνευμονοπάθειες. Κλινικά περιστατικά

Αικ. Μαρκοπούλου

Σχολιασμός: **Λ. Κολιλέκας**

18:30 - 19:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την υποστήριξη της Chiesi Hellas





Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΜΦΙΤΡΥΩΝ

09:00 – 16:00	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ, ΕΠΕ-ΕΝΘΕ Οργάνωση Ιατρικών Διακοπής Καπνίσματος για το 2023 σε συνεργασία με το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος της Κλινικής Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ
09:00 - 10:30	Προεδρείο: Αθ. Πατάκα, Π. Κατσαούνου
09:00 - 09:20	Εξάρτηση από τη νικοτίνη Π. Κατσαούνου
09:25 - 09:45	Ψυχολογική εξάρτηση Αιμ. Στεφανίδου
09:50 - 10:10	Στάδια αλλαγής Αιμ. Στεφανίδου
10:30 - 12:00	Προεδρείο: Ι. Μητρούσκα, Μ. Ανδρίτσου
10:30 - 10:50	Κινητοποιητική συνέντευξη Π. Αργυροπούλου - Πατάκα
11:00 - 11:20	Ιατρικός φάκελος Στ. Τσικριά
11:30 - 11:50	Νεότερα καπνικά προϊόντα Π. Κατσαούνου
12:00 - 13:00	Φαρμακευτική αγωγή Προεδρείο: Π. Κατσαούνου, Π. Αργυροπούλου - Πατάκα
12:00 - 12:20	NRTs Ι. Μητρούσκα
12:30 - 13:00	Βουπροπρόνη – Βαρενικλίνη Μ. Ανδρίτσου



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΜΦΙΤΡΥΩΝ

13:00 - 13:30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
13:30 - 16:00	Ομάδες - Σενάρια (10 λεπτά θεωρητικό - 20 λεπτά κλινικό σενάριο) Προεδρείο: Π. Αργυροπούλου - Πατάκα, Ι. Μητρούσκα
13:30 - 14:00	Αναπνευστικοί Αθ. Πατάκα
14:00 - 14:30	Καρδιαγγειακό Ι. Μητρούσκα
14:30 - 15:00	Εγκυμοσύνη Ευδ. Σούρλα
15:00 - 15:30	Καρκίνος πνεύμονα Σ. Λαμπάκη
15:30 - 16:00	Υγιείς καπνιστές Ι. Μητρούσκα



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

09:00 - 10:00

ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ – ΒΡΕΣ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Προεδρείο: **Αθ. Γόγαλη, Αφ. Μπούτου**

Νοσήματα του πνευμονικού παρεγχύματος – Περιστατικό 1
Αθ. Ζαχαρίας

Νοσήματα του πνευμονικού παρεγχύματος – Περιστατικό 2
Χρ. Ευθυμίου

Νοσήματα του πνευμονικού παρεγχύματος – Περιστατικό 3
Δ. Ιωαννίδου

Σχολιασμός: **Δρ. Τσαβλής**

10:00 - 11:00

ΑΣΘΜΑ

Προεδρείο: **Κ. Πορπόδης, Π. Μπακάκος**

Αναγνώριση και παρακολούθηση ασθενών με άσθμα στο
Πρωτοβάθμιο Ιατρείο
Στ. Βιττωράκης

Εναλλαγή Βιολογικών Παραγόντων. Πότε και πού;
Ουρ. Κώτσιου

Αναδιαμόρφωση των αεραγωγών στο άσθμα
Κ. Δόμβρη

Σχολιασμός: **Ε. Φούκα, Στ. Παπαεμμανουήλ**

11:00 - 11:30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

11:30 - 12:00

ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Chair: I. Titopoulos, K. Antoniou

Endoscopic therapy of pulmonary emphysema. Patient selection
M. Bezzi

12:00 - 13:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την υποστήριξη της GlaxoSmithKline 

13:00 – 14:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την υποστήριξη της AstraZeneca 

14:00 - 14:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Π. Χατζηαποστόλου

TBscan: Ανίχνευση Μυκοβακτηριδίου της Φυματίωσης στον αέρα
A. Αλεξόπουλος

14:30 - 17:00

ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

17:00 - 18:30

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Προεδρείο: Θ. Τσιούδα, Δ. Σπυράτος

PET scan ανοσοθεραπεία
Aθ. Νοτόπουλος

Επιλογές στη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα: από την
κυτταρομορφολογία στην ψηφιακή και διαδικτυακή εποχή
Χρ. Ζιώγα

NSCLC στοχευμένη θεραπεία
M. Σαρόγλου



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

Μικροκυτταρικός καρκίνος πνεύμονα. Υπάρχει φως στο τούνελ;
Ευφ. Μπούτσικου

Σχολιασμός: **Α. Βαγιωνάς, Δ. Καραγάλιος, Ν. Παστέλλη**

18:30 - 19:00

ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Chair: **S. Tryfon, N. Koufos**

Trends in IP training – European Perspective
S. Gasparini

Comments: **VI. Vitsas**

19:00 - 19:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της **Guidotti Hellas**  **Guidotti Hellas**

19:30 - 21:00

ΜΟΝΗΡΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΣ ΟΖΟΣ

Novel Approach in the management of PPN

Chair: **Gr. Stratakos, Ir. Titopoulos**

PPN - General aspects
Ph. Emmanouil

Endoscopic diagnosis of PPN. When and How
S. Lachkar

Image guided Ablation for PPN
K. K. W. Lau

Cases presentation – The Greek experience
E. Petsatodis

Comments: **G. Sotiropoulos**



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

09:00 - 10:30

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Προεδρείο: **Ι. Στανόπουλος, Γ. Πίτσιου**

Οι διεθνείς οδηγίες ταξινόμησης και ο διαγνωστικός αλγόριθμος
Ι. Μητρούσκα

Τι μας δείχνει ο υπέρηχος καρδιάς;
Σ.-Α. Μουράτογλου

Τι μας δείχνει ο καθετηριασμός της δεξιάς κοιλίας;
Ευδ. Σούρλα

Θεραπευτικές εφαρμογές
Γ. Πίτσιου

Σχολιασμός: **Α. Πολίτης**

10:30 - 11:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την υποστήριξη της
Menarini Hellas



11:30 - 12:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12:00 - 13:00

ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Προεδρείο: **Στ. Λουκίδης, Κ. Κωστίκας**

Ποιες οδηγίες;
Γ. Χειλάς

Ο γηράσκων πνεύμονας
Ν. Τζανάκης

Εμφύσημα. Πότε ενδείκνυται ο έλεγχος για A1 αντιθρυψίνη;
Ανδρ. Παπαϊωάννου

Σχολιασμός: **Επ. Κοσμάς**



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

13:00 – 13:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της
Menarini Hellas



13:30 - 15:15

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (30-46)

Προεδρείο: **Β. Αμπελίδου, Δ. Μουμτζή**

ΧΑΠ – ΑΣΘΜΑ

30. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΕΡΟΛΙΖΟΥΜΑΒ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 12 ΜΗΝΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟ ΆΣΘΜΑ ΎψΙΜΗΣ ΈΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΘΕΡΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ-ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ MESILICO

Κ. Δόμβρη¹, Ι. Τσιούπρου², Π. Μπακάκος³, Ν. Ροβίνα³, Π. Στεριόπουλος⁴, Α. Βούλγαρης⁴, Κ. Κατσούλης⁵, Μ. Κηπουρού⁵, Σ. Καραχρυσάφη¹, Θ. Παπαμήτσου¹, Α. Σιόγκα¹, Π. Αναστασιάδου⁶, Ν. Παστέλλη⁷, Στ. Παπαεμμανουήλ⁸, Στ. Τρύφων⁹, Ε. Φούκα², Δ. Παπακώστα², Κ. Πορπόδης²

¹ Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

² Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

³ 1η Πνευμονολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Αθήνα

⁴ Πνευμονολογική Κλινική, ΔΠΘ

⁵ Πνευμονολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

⁶ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Τμήμα Οδοντιατρικής, ΑΠΘ

⁷ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

⁸ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

⁹ Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

ΚΑΡΚΙΝΟΣ

31. ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΙΑΣΗ. ΜΙΑ ΝΟΣΟΣ ΜΕ ΜΑΚΡΑ ΠΟΡΕΙΑ

Β. Παναγούλιας, Α. Πατσούρας, Χ. Λαμπράκης

2η Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

32. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

B. Καρακρίδα, Π. Κυριακουλοπούλου, Γ. Κύτελη
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

33. ΤΟ ΤΟΠΙΟ ΕΧΕΙ ΑΛΛΑΞΕΙ..

Π. Γεωργανάκης, Δ. Σαμαρά, Μ. Κωνσταντινίδου, Μ. Σαρόγλου,
A. Χλωρός
Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

34. COVID-19 ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΚΑΙ ΜΗ

Κ. Δωδός, Μ. Αρχοντούλη, Α. Παλαιολόγος, Π. Μητράκη,
Αικ. Χανιώτου
Πνευμονολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

35. ΜΙΑ ΑΝΑΠΑΝΤΕΧΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΙΘΗΛΙΟΕΙΔΟΥΣ ΙΜΑΓΓΕΙΟΕΝΔΟΘΗΛΙΩΜΑΤΟΣ

Ε. Ελευθεριάδου, Μ. Γραμμένου, Κ. Χρήστου, Ε. Σέραση,
Μ. Σαρόγλου, **A. Χλωρός**
Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

COVID-19

36. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Χ.-Κ. Χρήστου, Μ. Αλεβιζάκη, Χρ. Καραχρήστος, Ι. Μουσκεφτάρα,
Δ. Δαΐου, **A. Γεωργοπούλου**, **B. Βουτσάς**, **Μ. Μπιτζάνη**
Α' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

37. ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ COVID-19 ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

B. Γεωργακοπούλου¹, Σ. Μακροδημήτρη¹, Αικ. Γκούφα¹, Δ. Μπασούλης¹, Α. Τσακανίκας¹, Γ. Καραμανάκος², Α. Καραπάνου¹, Α. Γουλές³, Π. Στειρόπουλος⁴, Ν. Σύψας¹

¹ Μονάδα Λοιμώξεων-COVID-19, Λαϊκό Νοσοκομείο

² Ά Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ

³ Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΕΚΠΑ

⁴ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

38. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ PCR ΣΤΟΥΣ COVID -19 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ

Χρ. Θεοχαρίδου, Μ. Ενδιάρογλου, Α. Δημάκη, Ι. Γουρλομάτη, Φ. Αμπατζίδου

Γ' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

39. Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗΣ
Ι. Μουσσεφτάρα¹, Φ. Δαβόρα¹, Χρ. Καραχρήστος¹, Χ.-Κ. Χρήστου², Μ. Αλεβιζάκη³, Η. Αβραμίδης³, Π. Σαρρή-Φλωρίδου⁴, Α. Γεωργοπούλου^{1,2}, Β. Βουτσάς¹, Μ. Μπιτζάνη¹

¹ Α' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

³ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

⁴ Αναισθησιολογικό, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

40. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ SARS – COV- 2

Μ. Ενδιάρογλου, Χρ. Θεοχαρίδου, Ι. Γουρλομάτη, Α. Δημάκη, Φ. Αμπατζίδου

Γ' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

41. ΕΡΕΥΝΩΝΤΑΣ ΤΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Ι. Κουτραφούρης, Κ. Δώδος, Ρ. Μουσαβί, Π. Μητράκη, Ι. Βρυώνη, Αικ. Χανιώτου

Πνευμονολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

42. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΖΗΜΕΡΟΥ ΣΧΗΜΑΤΟΣ ΡΕΜΔΕΣΙΒΙΡΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19 ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Β. Γεωργακοπούλου¹, Δ. Μπασούλης¹, Αικ. Γκούφα¹, Σ. Μακροδημήτρη¹, Α. Τσακανίκας¹, Γ. Καραμανάκος², Ε. Μαστρογιάννη³, Π. Βουτσινάς⁴, Χρ. Παπαγεωργίου⁴, Μ. Γκαμαλέτσου³, Ν. Σύψας⁴

¹ Μονάδα Λοιμώξεων-COVID-19, Λαϊκό Νοσοκομείο

² Ά Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ

³ Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Λαϊκό Νοσοκομείο

⁴ Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΕΚΠΑ

43. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΈΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

Φ. Γκάκου, Μ. Σιωνίδου, Π. Κυρέλτση, Α. Αβραμίδης, Σ. – Χρ. Κωτούλας, Μ. Hadzi-Mitrona, Ε. Παπαδάκη, Γ. Σακαλής, Ά. Τσάκωνα, Κ. Μανίκα, Δ. Παπακώστα

Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ,

Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

44. ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΠΡΩΤΕΪΝΩΣΗ ΚΑΙ COVID-19: ΈΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Α. Βογιατζόγλου¹, Μ. Αγγελίδης¹, Α. Ζαχαρίας², Β. Βουτσάς³, Α. Αργυροπούλου², Α. Χλωρός¹, Μ. Μπιτζάνη³, Γ. Πίτσιου²

¹ Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

³ Α΄ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

45. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΜΕΝΟΥΣΑΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ SARS-COV-2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ NON-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ

Ε. Μοσχοτζοπούλου¹, Μ. Γαγγάδη¹, Ν. Γαλανοπούλου¹, Θ. Ανδρόνικου¹, Χρ. Μπάγκος¹, Μ. Μανταΐου¹, Χρ. Πάπυλας¹, Μ. Γκιόκα¹, Η. Καΐνης¹

10η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

46. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΝΟΣΗΣΗ ΜΕ COVID -19 ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΕΚΛΕΚΤΙΚΕΣ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Α. Βλάχου¹, Φ. Αμπατζίδου², Χ. Μαυρομανώλης¹, Στ. Πούλος¹, Α. Μαδέσης¹, Θ. Καραϊσκος¹

¹ Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Γ' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

15:15 - 17:00

ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

17:00 - 18:30

ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ – ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Προεδρείο: **Κ. Γουργουλιάνης, Ε. Σέραση**

Υποτροπή πνευμονικής εμβολής. Παρατεταμένη αντιπηκτική αγωγή
Φ. Μάλλη

Θρομβοεμβολική νόσος με COVID-19
Φ. Αμπατζίδου

Ενδαγγειακή αντιμετώπιση πνευμονικής εμβολής
Ι. Φαρμάκης

Σχολιασμός: **Ε. Καρέτση**

18:30 - 19:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της
Boehringer Ingelheim Hellas





Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

19:00 – 20:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΝΘΕ - ΕΕΧΘΚΑ

Επεμβάσεις διατήρησης πνευμονικού παρεγχύματος - έχει ένδειξη η τμηματεκτομή;

Προεδρείο: Κ. Ηλιάδης, Χ. Φορούλης

Τμηματεκτομή ανοιχτή- VATS

Σ. Τσαγκαρόπουλος

Τρι-τμηματεκτομή/ lingulectomy ανοιχτή- VATS

Α. Κρασάς

Ρομποτική

Κ. Τσακίριδης

20:00 - 21:00

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ

Προεδρείο: Σ. Σχίζα, Π. Στειρόπουλος

Αϋπνία ή υπνηλία στο σύνδρομο απνοιών στον ύπνο

Σ. Σχίζα

Πνευμονική ίνωση και σύνδρομο απνοιών στον ύπνο

Χ. Μερμίγκης

Παχυσαρκία με ή χωρίς σύνδρομο απνοιών στον ύπνο

Δ. Σιώπη

Σχολιασμός: **Αθ. Πατάκα**



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΜΦΙΤΡΥΩΝ

- 09:00 – 16:00** **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΒΙΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ /**
WORKSHOP ON MEDICAL STATISTICS
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ
Συντονιστές: **Ν. Τζανάκης, Δ. Σηφάκη - Πιστόλλα**
- 09:00 – 11:00** **Εισαγωγή στις βασικές έννοιες επιδημιολογίας/στατιστικής**
(είδη μελετών, επιδημιολογική έρευνα, δείγμα, μεταβλητές, περιγραφική και επαγωγική στατιστική, κατανομές, στατιστικές υποθέσεις, α -error, β -error)
- 11:00 – 11:30** ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 11:30 – 13:00** **Στατιστικοί έλεγχοι στην ιατρική έρευνα**
(παραμετρικοί και μη παραμετρικοί έλεγχοι, Independent and paired samples t-test, chi-square, one- and two-way ANOVA, correlation, regression)
- 13:00 – 14:00** **Σενάριο εργαστηριακής άσκησης - Μέρος Α**
(Εισαγωγή στην άσκηση στο IBM SPSS-περιβάλλον προγράμματος, εφαρμογή των παραπάνω ελέγχων)
- 14:00 – 15:30** **Σενάριο εργαστηριακής άσκησης - Μέρος Β**
(Συνέχεια άσκησης στο IBM SPSS, εφαρμογή των παραπάνω ελέγχων)
- 15:30 – 16:00** **Συζήτηση και σχολιασμός**



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ & ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

19:30 - 20:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της **ELPEN**
Συντονιστής: **Στ. Τρύφων**



Τιοτρόπιο: ο διαχρονικός σύμμαχος στη θεραπεία της ΧΑΠ
Κ. Κωστίκας



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ & ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

13:30 - 14:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της **Norma Hellas**
Προεδρείο: **Κ. Μανίκα**



Νεότερα δεδομένα για τις Βρογχεκτασίες από την Ευρωπαϊκή καταγραφή EMBARC. Η θέση της εισπνεόμενης κολιμυκίνης
Αικ. Δημάκου

18:30 - 19:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την υποστήριξη της **Chiesi Hellas**
Απαντώντας στις προκλήσεις της σύγχρονης θεραπείας στα αποφρακτικά νοσήματα του πνεύμονα: ΑΣΘΜΑ - ΧΑΠ
Πρόεδρος: **Κ. Πορπόδης**



Άσθμα
Κ. Σάμιτας

ΧΑΠ
Ν. Ζίας



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ & ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

12:00 - 13:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την υποστήριξη της **GlaxoSmithKline** **GSK**
Ο ρόλος του πνευμονολόγου από τη θεραπεία ως την πρόληψη
Προεδρείο: **Θ. Βασιλακόπουλος**

Μονοκλωνικά αντισώματα στο σοβαρό άσθμα: τι προσδοκούμε τι θεραπεύουμε;

α) Στον ασθενή με σοβαρό άσθμα και μόνιμη απόφραξη
Κ. Πορπόδης

β) Στον ασθενή με σοβαρό άσθμα και συνυπάρχουσες παθήσεις από το ανώτερο αναπνευστικό
Κ. Αντωνίου

Ανοσοποίηση των ασθενών με αναπνευστικά νοσήματα έναντι του έρπητα ζωστήρα και του κοκκύτη
Στ. Τρύφων

Από τη θεραπεία στο σοβαρό άσθμα στην πρόληψη των ασθενών με αναπνευστικά νοσήματα
Θ. Βασιλακόπουλος



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ & ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

13:00 – 14:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την υποστήριξη της **AstraZeneca** 
Προεδρείο: **Κ. Αντωνίου, Κ. Κατσούλης**

Ακάλυπτη ανάγκη στο σοβαρό μη ελεγχόμενο άσθμα: Μπορεί η στόχευση της TSLP να μας προσφέρει μια επιπλέον θεραπευτική επιλογή;

Α. Τζουβελέκης

Γιατί είναι αναγκαία η έγκαιρη παρέμβαση στη ΧΑΠ;

Ανδρ. Παπαϊωάννου

Η έκβαση σημαντικών παραμέτρων στη ΧΑΠ μέσα από τα δεδομένα του τριπλού συνδυασμού βουδεσονίδη / γλυκοπυρόνιο / φορμοτερόλη

Αφ. Μπούτου

19:00 – 19:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της **Guidotti Hellas**  **Guidotti Hellas**
Προεδρείο: **Κ. Κατσούλης**

Εστιάζοντας στον έλεγχο του ασθενή με μέτριο προς σοβαρό άσθμα

Κ. Πορπόδης



ΔОРΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ & ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

10:30 - 11:30

ΔОРΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την υποστήριξη της  Menarini Hellas
Menarini Hellas

Θεραπευτική διαχείριση του Άσθματος και της ΧΑΠ: Ο ασθενής στο επίκεντρο

Πρόεδρος - Συντονιστής: **Θ. Βασιλακόπουλος**

Έλεγχος του Άσθματος: Η συμβολή της 24ωρης αποτελεσματικότητας & της συμμόρφωσης

Κ. Σάμιτας

Βρογχοδιαστολή, ο ακρογωνιαίος λίθος στη θεραπεία της ΧΑΠ

Κ. Κωστίκας

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια στην εποχή της τριπλής θεραπείας

Α. Τζουβελέκης

13:00 - 13:30

ΔОРΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της  Menarini Hellas
Menarini Hellas

Προεδρείο: **Στ. Τρύφων, Γ. Χειλάς**

«Διαδοχικά Βήματα»... αναγνώρισης και θεραπευτικής στην ΧΑΠ

Στ. Τρύφων, Γ. Χειλάς

18:30 - 19:00

ΔОРΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της  **Boehringer Ingelheim Hellas**

Διαχείριση ασθενών με πνευμονική ίνωση στην καθ' ημέρα κλινική πράξη

Προεδρείο: **Δ. Παπακώστα, Κ. Αντωνίου**

Η πνευμονική ίνωση από τη σκοπιά του πνευμονολόγου

Αικ. Μαρκοπούλου

Η πνευμονική ίνωση από τη σκοπιά του ρευματολόγου

Θ. Δημητρούλας

Διεπιστημονική συζήτηση περιστατικών



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

M. Bezzi / MD, PhD, Director Interventional Pulmonology, ASST Spedali Civili, University Hospital, Brescia, Italy

S. Gasparini / Professor of Respiratory Medicine, Università Politecnica delle Marche Medical School, Director of Specialty School in Respiratory Medicine, Director of the Postgraduate Master in Interventional Pulmonology, University of Ancona, Italy, Chair World Association for Bronchology and Interventional Pulmonology (WABIP), San Raffaele Hospital, Milan

S. Lachkar / Interventional Pulmonologist, Head of Respiratory Endoscopy Unit, Rouen University Hospital, Normandy, France

K. K. W. Lau / Clinical Director and Consultant Thoracic Surgeon at St Bartholomew's Hospital, London

M. Αγγελίδης / Ειδικευόμενος Πνευμονολογίας, Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

I. Αγκομαχαλελής / MD, PhD, Ειδικός Πνευμονολόγος, Εξειδικευμένος στην Εντατική Θεραπεία, Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ. Π.Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

A. Αλεξόπουλος / Χημικός Μηχανικός, PhD, Ερευνητής Β' ΕΚΕΤΑ

Φ. Αμπατζίδου / Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Διευθύντρια Γ' ΜΕΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

B. Αμπελίδου / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

M. Ανδρίτσου / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Αθήνα

K. Αντωνίου / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Υπεύθυνη Εργαστηρίου Μοριακής και Κυτταρικής Πνευμονολογίας

Π. Αργυροπούλου - Πατάκα / Ομότιμη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, πρώην Αντιπρύτανης ΑΠΘ

Γ. Άρσος / Καθηγητής Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Διευθυντής Γ' Εργαστηρίου Πυρηνικής Ιατρικής, Ιατρικού Τμήματος ΑΠΘ, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

A. Βαγιωνάς / Ογκολόγος-Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Καβάλας

Θ. Βασιλακόπουλος / Καθηγητής Πνευμονολογίας-Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου Αθηνών, Adjunct Professor, McGill University, Montreal, Quebec, Canada, Διευθυντής Β' Πνευμονολογικής Κλινικής & Συντονιστής Διευθυντής Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Βλ. Βίτσας / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Επιμελητής Νοσοκομείο Mediterraneo, Αθήνα, Συντονιστής της ομάδας Επεμβατικής Πνευμονολογίας της ΕΠΕ

Στ. Βιτωράκης / Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Συντονιστής Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, Χανιά Κρήτης

Φ. Γκάκου / Ειδικευόμενη Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Γ. Γκιούλα / Καθηγήτρια Ιατρικής Βιοπαθολογίας- Μικροβιολογίας ΑΠΘ, Β' Εργαστήριο Μικροβιολογίας ΑΠΘ, ΠΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Αθ. Γόγαλη / Πνευμονολόγος, PhD, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Κ. Γουργουλιάνης / Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας

Λ. Δαγδηλέλης / Ακτινολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Ζ. Δανιήλ / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

Αικ. Δημάκου / MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια 5ης Πνευμονολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Β. Δημητριάδου / Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

Θ. Δημητρούλας / MD, MSc, PhD, Αναπληρωτής Καθηγητής Ρευματολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Κ. Δόμβρη / BSc, MD, Msc, PhD, Post doc, Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ, Ειδικευόμενη Παθολογικής Ανατομικής, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Ε. Δουλγεράκης / Ειδικευόμενος Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Φ. Δρακοπαναγιωτάκης / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Πνευμονολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Fulda, Campus του Πανεπιστημίου Marburg, Γερμανία

Ε. Ελευθεριάδου / Ειδικευόμενη Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Φ. Εμμανουήλ / Πνευμονολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος Πνευμονολογικής Κλινικής, Mediterraneo Hospital, Αθήνα



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Χρ. Ευθυμίου / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Β', Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Αθ. Ζαχαρίας / Πνευμονολόγος, Επικουρικός Ιατρός, Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Ν. Ζίας / Πνευμονολόγος, MD, PhD, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Χρ. Ζιώγα / MSc, MIAC, Ιατρός Κυτταρολόγος, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Κ. Ηλιάδης / PhD, FECTS, Θωρακοχειρουργός, Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής, Ν. ΥΓΕΙΑ, Αθήνα, Πρόεδρος ΕΕΧΘΚΑ

Δ. Ιωαννίδου / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β', Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Αικ. Καζάκου / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Ν. Μηχανιώνα, Θεσσαλονίκη

Αν. Καλλιάνος / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Διδάκτωρ Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αναπληρωτής Διευθυντής Β' Πνευμονολογικής Κλινικής, Ερρίκος Ντυναν, Αθήνα

Θ. Καραϊσκος / Θωρακο-Καρδιοχειρουργός, Συντονιστής Διευθυντής, Θωρακο-Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Θ. Καραπέτσας / Πνευμονολόγος, Αντιπρόεδρος Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Δ. Καραχάλιος / Παθολόγος – Ογκολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Ε. Καρέτση / Πνευμονολόγος, MD, PhD, Επιμελήτρια Α', Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Π.Γ.Ν. Λάρισας

Π. Κατσαούνου / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, 1η Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Κ. Κατσούλης / Γενικός Αρχίατρος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

Μ. Κηπουρού / Αρχίατρος-Πνευμονολόγος, Πνευμονολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

Ι. Κιουμής / Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας - Λοιμωξιολογίας, Εντατικολόγος, Διευθυντής της Καρδιοθωρακοχειρουργικής ΜΕΘ, EUROMEDICA, Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Μ. Κληματσίδας / Χειρουργός Θώρακος, Επιστημονικά Υπεύθυνος Ελάχιστα Επεμβατικής Θωρακοσκοπικής και Ρομποτικής Θωρακοχειρουργικής, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Λ. Κολιλέκας / Πνευμονολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής ΕΚΠΑ, Διευθυντής ΕΣΥ, 7η Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Επ. Κοσμάς / Πνευμονολόγος, Επιστημονικός Διευθυντής, Αθηναϊκό Πνευμονολογικό Ινστιτούτο Διευθυντής, Πνευμονολογική Κλινική «ΠΝΟΗ» & Τομέαρχης Πνευμονολογικού Τομέα, Metropolitan Hospital, Αθήνα

Μ. Κούβελα / Πνευμονολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος ΕΚΠΑ, Ογκολογικό Τμήμα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Μ. Κουρή / Γενική Διευθύντρια ΕΔΔΥΠΠΥ, Ιατρός Ακτινοδιαγνώστρια Περιφερειακή Σύμβουλος Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης

Ν. Κουφός / Πνευμονολόγος, Υπεύθυνος Μονάδας Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Metropolitan Hospital, Αθήνα

Α. Κρασάς / Χειρουργός Θώρακος, Επιμελητής Β', Π.Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Κ. Κωστίκας / Καθηγητής Πνευμονολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Ουρ. Κώτσιου / Πνευμονολόγος, Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Σ. Λαμπάκη / MD, PhD, Πνευμονολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Στ. Λουκίδης / MD FCCP FERS, Πνευμονολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικό», Πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας

Φ. Μάλλη / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας - Φροντίδας Καρδιοαναπνευστικού Ασθενή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ευφρ. Μάναλη / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Β' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Κ. Μανίκα / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Αικ. Μαρκοπούλου / MD, PhD, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Δ.-Δ. Μαυροπάνου / Διευθύντρια ΕΣΥ, ΚΥ, Αθήνα

Χ. Μερμίγκης / Ειδικός Ιατρός Ύπνου, Διδάκτορας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Τμήματος Εργαστηρίου Ύπνου, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα

Σ. Μεταλλίδης / Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμωξιολογίας ΑΠΘ, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Ι. Μητρούσκα / MD, PhD, MSc, Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης ΠΑΓΝΗ, Συντονίστρια Διακλινικού Ιατρείου Πνευμονικής Υπέρτασης Κρήτης

Δ. Μουμτζή / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β', Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σ.-Α. Μουράτογλου / Καρδιολόγος - Εντατικολόγος, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ανασθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Π. Μπακάκος / Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Γ. Μπαμπαλής / Ειδικευόμενος Πνευμονολογίας-Φυματολογίας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Απ. Μπόσιος Associate Professor of Respiratory Medicine, Principal Researcher & Research Group Leader, Division for Lung & Airway Research, Institute of Environmental Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, Deputy Senior Consultant, Department of Respiratory Medicine and Allergy, Karolinska University Hospital, Huddinge, Stockholm, Sweden

Δ. Μπούρος / Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Πνευμονολογικό Κέντρο, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Αφ. Μπούτου / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια Πνευμονολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Συντονίστρια της Ομάδας εργασίας «Φυσιολογία & Παθοφυσιολογία Αναπνευστικού-Πνευμονική κυκλοφορία-Αποκατάσταση» της ΕΠΕ

Ευφ. Μπούτσικου / MD Postdoc Diploma, Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β', Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη

Ιφ. Νάκου / Ειδικευόμενη Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Π. Νικολαΐδης / Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ, Διευθυντής Λοιμωξιολογικού, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

Αθ. Νοτόπουλος / Πυρηνικός Ιατρός, MBA, PhD, Διευθυντής Τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Π. Ντόλιος / Πνευμονολόγος, Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Α. Παπαγιάννης / Πνευμονολόγος, MD, PhD, Κλινική «Άγιος Λουκάς» Θεσσαλονίκης

Ευθ. Παπαδοπούλου / MD, MSc, Ειδικευόμενη Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Στ. Παπαεμμανουήλ / Παθολογοανατόμος, Διευθύντρια Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Μ. Παπαθανασίου / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β', Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

Ανδρ. Παπαϊωάννου / Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Δ. Παπακώστα / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας-Ανοσολογίας Πνεύμονα, Διευθύντρια Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Η. Παπανικολάου / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Αναπληρωτής Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Κέρκυρα

Σ. Παπίρης / Καθηγητής Ιατρικής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Ν. Παστέλλη / Παθολογοανατόμος, Διευθύντρια, Γ.Ν. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

Αθ. Πατάκα / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας- Διαταραχών Ύπνου ΑΠΘ, Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Ε. Πετσατώδης / Επεμβατικός Ακτινολόγος, Επιμελητής ΕΣΥ, Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Γ. Πίτσιου / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Διευθύντρια Κλινικής Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Α. Πολίτης / Πνευμονολόγος, Καβάλα

Β. Πολυχρονόπουλος / Πνευμονολόγος - Φυματολόγος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Κ. Πορπόδης / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, Μέλος ΔΣ Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος

Χρ. Πρώμος / Ειδικευόμενος Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Κ. Ρουκάς / Ειδικευόμενος Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Δ.-Δ. Σαμαρά / Ειδικευόμενη Πνευμονολόγος, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Κ. Σάμιτας / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, 7η Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Μ. Σαρόγλου / MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α', Υπεύθυνη Πνευμονολογικού -Νεοπλασιων πνευμονος Ιατρείου Πνευμονολογικής Κλινικής ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Υπεύθυνη Προγράμματος «ΜΕΛΙΤΗ», Ταμίας Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος

Ε. Σέρασλη / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Δ. Σηφάκη – Πιστόλλα / Επιδημιολογος-Στατιστικολογος, PostDoc, PhD, MPH, ERS Fellow, Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ν. Σιαφάκας / Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, Επισκέπτης Καθηγητής Τμήματος Ηλεκτρονικών Υπολογιστών Πανεπιστημίου Κρήτης

Δ. Σιώπη / Πνευμονολόγος, Msc, Επιμελήτρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Ευδ. Σούρλα / Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Β', Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Μ. Σπελέτας / Αιματολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Ανοσολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δ. Σπυράτος / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Γ. Σπυρόπουλος / Επίατρος Πνευμονολόγος, Επιμελητής Πνευμονολογικής Κλινικής, 424 Γ.Σ.Ν.Ε

Ι. Στανόπουλος / Πνευμονολόγος Εντατικολόγος, Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Π. Στειρόπουλος / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας ΔΠΘ, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής. Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ιατρική του Ύπνου», Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

Αιμ. Στεφανίδου / Ψυχολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης, Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Γρ. Στρατάκος / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Διευθυντής Μονάδας Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Α' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα, Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Βρογχολογίας και Επεμβατικής Πνευμονολογίας - EABIP

Σ. Σχίζα / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας και Διαταραχών Ύπνου, Somnologist Expert in Sleep Medicine, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Γ. Σωτηρόπουλος / Επιμελητής Κλινικής Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Κ. Τάτσης / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Επικουρικός Επιμελητής Β', Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Ν. Τζανάκης / Καθηγητής Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

Α. Τζουβελέκης / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας, Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος, Πανεπιστημίου Πατρών, Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας Adjunct Πανεπιστήμιο Yale, ΗΠΑ

Ηρ. Τιτόπουλος / MD, PhD, Επεμβατικός Πνευμονολόγος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής Ιατρικού Διαβαλκανικού Κέντρου, Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος

Χ. Τριανταφυλλίδης / MD, MSc, PhD, ACCP, Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Διευθυντής Β' Πνευμονολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Καβάλας

Στ. Τρύφων / MD, PhD, FCCP, FERS, Πνευμονολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, Γεν. Γραμματέας Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος

Στ. Ηρ. Τρύφων / Πνευμονολόγος, Θεσσαλονίκη

Δ. Τσαβλής / Πνευμονολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Ειδ. Γραμματέας Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος (ΕΝΘΕ)

Σ. Τσαγκαρόπουλος / Χειρουργός Θώρακος, Επιμελητής Α', Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Κ. Τσακίριδης / MD, PhD, FEBTS Καρδιοθωρακοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοθωρακοχειρουργικού Τμήματος Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Β. Τσαούσης / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α', Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Στ. Τσικρικά / MD, MSc, PhD, Επιμελήτρια Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Π.Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα, Secretary of ERS Group 6.3: Tobacco, Smoking Control and Health Education, Πρόεδρος Ένωσης Πνευμονολόγων Ελλάδος

Θ. Τσιούδα / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια Πνευμονολογικού Ογκολογικού Τμήματος, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη

Ι. Τσιώκου / Πνευμονολόγος, Αθήνα

Μ. Φαναρίδης / Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Πνευμονολογική Κλινική, Πα.Γ.Ν.Η., Ηράκλειο

Ι. Φαρμάκης / Επιστημονικός Συνεργάτης, Center for Thrombosis and Hemostasis, Mainz, Γερμανία

Χρ. Φορούλης / Καθηγητής Θωρακοχειρουργικής ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ε. Φούκα / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Στ. Φρέγκογλου / Επεμβατικός Πνευμονολόγος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Ιατρικό Αθηνών - Κλινική Ψυχικού, Αθήνα

Ν. Χαϊνης / Πνευμονολόγος, Ειδικός στην Ιατρική Ύπνου, Διευθυντής Β' Πνευμονολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Metropolitan, Αθήνα

Γ. Χασαπίδου / Επιμελήτρια Β', Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Π. Χατζηαποστόλου / Πνευμονολόγος, Θεσσαλονίκη

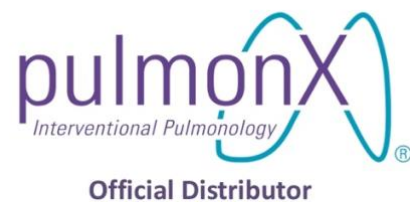
Γ. Χειλάς / Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, 5η Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Συντονιστής Ομάδας ΧΑΠ της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας

Α. Χλωρός / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Δ. Χωριανόπουλος / Πνευμονολόγος, Αθήνα, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

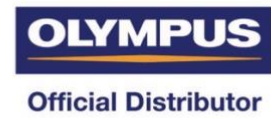


ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ





ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ





Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι

14:00 - 15:30

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (01-13)

Προεδρείο: Ι. Αγκομαχαλελής, Γ. Σπυρόπουλος

ΑΙΜΟΠΤΥΣΕΙΣ - ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ

01. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΣ ΑΙΜΟΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ

Στ. Σαραντουλάκη¹, Γ. Χρυσοφάκης², Β. Πιερρακέα³, Γ. Σταματάκης⁴

¹ ΤΕΠ, Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

² Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

³ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

⁴ Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

Σκοπός: Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με αιμοπνευμοθώρακα τραυματικής αιτιολογίας με συνοδό υποξυγοναιμία και αναπνευστική ανεπάρκεια.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 80 ετών κατά τη διάρκεια μετακίνησης του εντός της οικίας του ανέφερε πτώση εξ ιδίου ύψους και ακολούθως άλγος στο αριστερό ημιθώρακιο. Επισκέφτηκε το νοσοκομείο όπου και διαπιστώθηκαν κατάγματα κατώτερων πλευρών αριστερά -8^{ης} ως 11^{ης}-χωρίς άλλα ευρήματα, ούτε υποξυγοναιμία, και επέστρεψε στο σπίτι του με συμπτωματική θεραπεία.

Περίπου μια εβδομάδα αργότερα επισκέφτηκε το νοσοκομείο αιτιώμενος άλγος στο αριστερό ημιθώρακιο με σοβαρού βαθμού αναπνευστική ανεπάρκεια και υποξυγοναιμία.

Από την αξονική τομογραφία θώρακα προέκυψε η παρουσία μεγάλης ποσότητας πνευμοθώρακα αριστερά, μέτρια ποσότητα πλευριτικής συλλογής αριστερά- πιθανά αιμοθώρακα -με συνοδές υποπηγματικές ατελεκτασίες σε βασικά τμήματα του αριστερού κάτω λοβού. Υποδόριο εμφύσημα στα μαλακά μόρια του θωρακικού τοιχώματος του αριστερού ημιθωρακίου.

Έγινε τοποθέτηση θωρακικού σωλήνα για παροχέτευση του πνευμοθώρακα. Ο ασθενής νοσηλεύτηκε σε χειρουργική κλινική και παροχετεύτηκε η συλλογή με επιτυχία ακολούθως.

Αποτελέσματα: Αποκαταστάθηκε εν μέρει η αναπνευστική ανεπάρκεια και ο ασθενής μεταφέρθηκε στην πνευμονολογική κλινική για την πλήρη αποκατάσταση του. Το άλγος στο θώρακα παρέμεινε επί μακρόν ενώ απεικονιστικά είχε εικόνα παχυπλευρίτιδας. Σε επόμενα follow up ο ασθενής αποκατέστησε πλήρως την ομαλή αναπνευστική λειτουργία.

Συμπεράσματα: Ο αιμοπνευμοθώρακας αποτελεί μια σπάνια οντότητα που απαντάται συνήθως μετά από τραυματισμούς στο θωρακικό κλωβό. Είναι απειλητικός για τη ζωή και απαιτεί την άμεση αποσυμφόρηση του πνεύμονα για την επιβίωση του ασθενούς.



02. ΜΑΖΙΚΗ ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ ΚΑΙ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΛΟΓΩ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ INR

Στ. Σαραντουλάκη¹, Στ. Χηράκη², Γ. Λεκάτσας², Γ. Χρυσοφάκης²

¹ ΤΕΠ, Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

² Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ρεθύμνου

Σκοπός: Παρουσιάζεται μια σοβαρή επιπλοκή της απορρύθμισης του χρόνου πήξης που αφορά στους πνεύμονες.

Η απορρύθμιση του INR σε ασθενείς που λαμβάνουν Sintrom είναι μια εν δυνάμει σοβαρή επιπλοκή, από την οποία κινδυνεύουν εάν δεν ελέγχουν τακτικά την παράμετρο αυτή.

Ο κίνδυνος αιμορραγίας είναι μια σοβαρή επιπλοκή με μη προβλέψιμες συνέπειες και μπορεί να γίνει απειλητική για τη ζωή του ασθενούς.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 69 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο Ρεθύμνου με μαζική αιμόπτυση και υποξυγοναιμία. Αναφέρει ιστορικό από 20ετίας με μονοκλωνική αιμοπάθεια άγνωστης αιτιολογίας (monoclonal aimopathy of unknown source) με τελευταία θρόμβωση πριν 12 έτη στον αριστερό οφθαλμό. Αρχικά λάμβανε warfarin και στη συνέχεια Sintrom.

Έγινε απεικονιστικός έλεγχος όπου αναδείχτηκαν εκτεταμένες πυκνώσεις των άνω λοβών άμφω κυρίως τύπου ground glass με συνοδό διχτυωτό πρότυπο. Βρογχοκεντρικές πυκνώσεις τύπου θαμβής υάλου στο ΔΜΛ και στους κάτω πνευμονικούς λοβούς άμφω.

Από τις εργαστηριακές εξετάσεις το INR ήταν σε μη μετρήσιμες τιμές, πάνω από τα ανώτερα φυσιολογικά όρια του εργαστηρίου, ενώ λόγω της αιμορραγίας υπήρχε σοβαρή πτώση του αιματοκρίτη και ανάγκη μεταγγίσεων.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής εισήχθη στη ΜΕΘ όπου σταθεροποιήθηκε αναπνευστικά και σε επίπεδο εργαστηριακών παραμέτρων. Μεταφέρθηκε στην πνευμονολογική κλινική απ' όπου πήρε εξιτήριο μετά από μεγάλο χρόνο νοσηλείας, λόγω επαναλαμβανόμενων αιμορραγιών και πτώση του αιματοκρίτη.

Συμπεράσματα: Η σωστή παρακολούθηση και ρύθμιση του χρόνου πήξης είναι ζωτικής σημασίας σε ασθενείς που λαμβάνουν Sintrom διαφορετικά θέτουν τον εαυτό τους σε σοβαρό κίνδυνο αιμορραγίας με απρόβλεπτες και απειλητικές για τη ζωή συνέπειες. Η κυψελιδική αιμορραγία και η μαζική αιμόπτυση είναι πολύ επείγουσες καταστάσεις που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης.



03. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΖΙΚΗΣ ΑΙΜΟΠΤΥΣΗΣ ΠΟΥ ΑΠΟΔΟΘΗΚΕ ΣΕ ΛΗΨΗ ΑΒΙΧΑΒΑΝ

Δ. Σιώπη¹, Γ. Χασαπίδου¹, Ευφ. Καμαριώτου¹, Δ. Δάιου¹, Ε. Σέρασλη¹, Δ. Χλωρός¹, Δ. Παπακώστα²

Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 64 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου (πρόσφατη διαδερμική αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών-PCI και διακαθετηριακή εμφύτευση καρδιακής βαλβίδας-TAVI), χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής, υπό αγωγή με abixaban και κλοπιδογρέλη διακομίσθηκε στο ΤΕΠ του ΓΝΘ Γ Παπανικολάου λόγω μαζικής αιμόπτυσης και αιμοδυναμικής αστάθειας. Διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία θωρακικής αορτής που ανέδειξε εκτεταμένες διηθήσεις θολής υάλου και tree in bud σε όλη την έκταση του δεξιού κάτω και σε μέρος του δεξιού μέσου λοβού, καθώς και μερική απόφραξη από ενδοαυλικό μόρφωμα του διάμεσου βρόγχου. Παράλληλα, μετά από πρόσθια ρινοσκόπηση και διαπίστωση ενεργού αιμορραγίας, έγινε επιπωματισμός στην δεξιά ρινική θαλάμη. Σε αξονική κοιλίας διαπιστώθηκε η παρουσία αιματώματος στον αριστερό ορθό κοιλιακό μύ.

Ο ασθενής έλαβε τρανεξαμικό οξύ, 2 μονάδες FFPs (fresh frozen plasma), 1 μονάδα συμπυκνωμένων ερυθρών, ενδοφλέβια υγρά και ινóτροπη υποστήριξη. Μετά από διαδοχικούς ελέγχους με περιστροφική θρομβοελασματομετρία (ROTEM) χορηγήθηκε σύμπλεγμα ανθρώπινων παραγόντων πήξης II, VII, IX, X σε συνολική δόση 2gr. Η αιμορραγία ελέγχθηκε και σταδιακά έγινε διακοπή της ινóτροπης υποστήριξης. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της αιμοδυναμικής αστάθειας και πριν τη χορήγηση των παραγόντων πήξης, το ΗΚΓ παρουσίασε ανασπάσεις του ST σε V3-V5 και καταγράφηκε κινητοποίηση τροπονίνης, διαταραχές που σταδιακά αποκαταστάθηκαν. Μετά τον έλεγχο της αιμορραγίας έγινε έναρξη ενοξαπαρίνης και κλοπιδογρέλης. Σε βρογχοσκοπικό έλεγχο αναδείχθηκε ανθοκραμβοειδής μάζα στην ανατολή του δεξιού άνω λοβού με παθολογοανατομικά ευρήματα συμβατά με πλακώδες καρκίνωμα πνεύμονα.

Ο ασθενής εξήλθε σε σταθερή κλινική κατάσταση και μετέβη στη χώρα διαμονής του για να συνεχίσει την αντιμετώπιση του ογκολογικού του προβλήματος.

Συμπεράσματα: Η χρήση των νεότερων, ανεξάρτητων από τη βιταμίνη Κ, από του στόματος αντιπηκτικών φαρμάκων (NOAC) είναι ευρεία. Τα NOAC έχουν ωστόσο ενοχοποιηθεί για επεισόδια σοβαρών, απειλητικών για τη ζωή αιμορραγιών. Η χορήγηση παραγόντων πήξης μπορεί να αναστρέψει αυτή την σπάνια, αλλά απειλητική για τη ζωή επιπλοκή.



ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ

04. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Α. Βλάχου, Στ. Πούλος, Φ. Αμπατζίδου, Χ. Μαυρομανώλης, Α. Μαδέσης, Θ. Καραϊσκος
Καρδιοχειρουργική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Η πλειοψηφία των περιστατικών κατάποσης ξένου σώματος (70%) αφορά παιδιά ηλικίας <5 ετών. Σχεδόν όλα τα περιστατικά (98%) είναι αποτέλεσμα ατυχήματος. Η εισρόφηση ξένων σωμάτων σε ενήλικες συμβαίνει κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα με σοβαρές συννοσηρότητες.

Παρουσίαση Περιστατικού: Στα ΤΕΠ προσήλθε άνδρας, 91ετών με αναπνευστική δυσχέρεια ύστερα από εισρόφηση ξένου σώματος. Από το ατομικό αναμνηστικό ο ασθενής εμφάνιζε άνοια από 3 ετίας, αρτηριακή υπέρταση χωρίς να λαμβάνει αγωγή, σταθερή στηθάγχη και είχε υποβληθεί σε διουρηθρική προστατεκτομή. Από την ακρόαση πνευμόνων ο ασθενής εμφάνιζε ρεγχάζοντες ήχους ενώ η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε μια οδοντιατρική πρόσθεση ενσφηνωμένη στη τραχεία. Η προσπάθεια αφαίρεσης της προσθήκης με εύκαμπτο και άκαμπτο βρογχοσκόπιο ήταν ανεπιτυχής με αποτέλεσμα την ενσφήνωση αυτής στο διάμεσο βρόγχο. Διενέργεια επείγουσας τραχειοστομίας και μεταφορά του ασθενούς επειγόντως στο χειρουργείο όπου υπο γενική αναισθησία διενεργήθηκε δεξιά θωρακοτομή, διάνοιξη δεξιού στελεχιαίου βρόγχου και διερεύνηση του βρογχικού δένδρου. Ανεύρεση της προσθήκης(χρυσή μεταλλική βάση με 6 τεχνητά δόντια) στον αριστερό στελεχιαίο βρόγχο. Ο ασθενής οδηγήθηκε στη μονάδα της καρδιοχειρουργικής κλινικής όπου και ανένηψε ομαλώς.

Συμπέρασμα: Ο σκοπός της παρουσίασης του περιστατικού είναι να αναδειχθεί η αναγκαιότητα της άμεσης χειρουργικής παρέμβασης σε κατάποση ευμεγέθους ξένου σώματος και ύστερα από την αποτυχία της ενδοσκοπικής αφαίρεσης αυτού.





05. ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

N. Κοροδήμος, Η. Σανταϊτίδης, Κ. Κωστοπαναγιώτου, Σ. Μήτσος, Θρ. Μίχος,

A. Αντωνόπουλος, Π. Τόμος

Θωρακοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Σκοπός: Ο σκοπός της παρουσίασης είναι η επισήμανση της αναγκαιότητας της συνεργασίας μεταξύ των ειδικοτήτων σε ιδιαίτερα περιστατικά που χρήζουν ολιστικής αντιμετώπισης σε τριτοβάθμια νοσοκομεία της χώρας όπως το Π.Γ.Ν «ΑΤΤΙΚΟΝ». Απαιτείται συμμετοχή πολλών ειδικοτήτων όπως: Θωρακοχειρουργοί, Καρδιοχειρουργοί, Πνευμονολόγοι, Ογκολόγοι, Επεμβατικοί Ακτινολόγοι – Ακτινοθεραπευτές, Αναισθησιολόγοι, Εντατικολόγοι, Παθολογοανατόμοι & υποστηρικτικά τμήματα όπως φυσιοθεραπείας και αποκατάστασης. Επίσης, να τονισθεί η σημασία της ύπαρξης ογκολογικού συμβουλίου σε ογκολογικούς ασθενείς με απώτερο σκοπό την επιλογή του καλύτερου θεραπευτικού πλάνου για τους ασθενείς σύμφωνα με τα διεθνή πρωτόκολλα – συστάσεις. **Μέθοδοι:** Άνδρας 45 ετών, βαρύς καπνιστής επί 30 συναπτά έτη (60 pack / years) υποβλήθηκε σε αξονική θώρακος στα πλαίσια διερεύνησης οσφυαλγίας & βράγχους φωνής εν έτει 2019 η οποία ανέδειξε όγκο 8cm στον αριστερό άνω λοβό του πνεύμονα. Ελεύθερο λοιπό ιστορικό. Πραγματοποιήθηκε βρογχοσκόπηση όπου διαπιστώθηκε πάρεση της αριστερής φωνητικής χορδής και βλεννογόνια διήθηση με πλήρη απόφραξη του αριστερού άνω λοβαίου βρόγχου και της γλωσσίδας. Πραγματοποιήθηκε λήψη βιοψιών. Εξεργασία δ: 8cm στον Αριστερό Άνω Λοβό με παθολογική πρόσληψη FDG (SUV max: 34.2). Σε ευρεία επαφή με τη σύστοιχη πνευμονική πύλη, το μεσοθωρακικό υπεζωκότα και το ανώτερο περικάρδιο. Μη χειρουργήσιμο στάδιο!!! Έναρξη ΧΜΘ (3 κύκλοι) και προεγχειρητικής ΑΚΘ (συνολικά 24). Επανασταδιοποίηση: χειρουργήσιμο στάδιο!!! Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αριστερή ενδοπερικαρδιακή πνευμονεκτομή με μέση στερνοτομή με επέκταση στο αριστερό ημιθώρακιο (hemi – Clamshell incision). Απαιτήθηκε εισαγωγή στην εξωσωματική κυκλοφορία. Η ιδιαιτερότητα της επέμβασης έγκειται στην εντόπιση του όγκου πλησίον του στελέχους της πνευμονικής για την οποία ακολούθησε διατομή της πνευμονικής αρτηρίας με νυστέρι και συρραφή με ράμμα.

Αποτελέσματα: καλή μετεγχειρητική πορεία και εξιτήριο του ασθενούς σε λίγες ημέρες. Ογκολογικά πλήρης αφαίρεση του όγκου σε υγιή όρια και καλή πορεία του ασθενούς μέχρι σήμερα.

Συμπέρασμα: Απαιτείται εξειδίκευση του προσωπικού και ευχέρεια στην εφαρμογή εναλλακτικών πλάνων θεραπείας και τεχνικών, εφόσον ο κάθε ασθενής είναι ΜΟΝΑΔΙΚΟΣ και απαιτεί εξατομικευμένη αντιμετώπιση



06. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΙΖΟΝΑ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ

Θ. Ράλλης¹, Α. Λαζόπουλος¹, Α. Γεωργάκος¹, Δ. Παλιούρας¹, Ν. Χρίστογλου¹, Ν. Δημητρέλλος¹, Μ. Τζινεβή¹, Ν. Μπαρμπετάκης¹, Μ. Μυρωνίδου-Τζουβελέκη²

¹ Χειρουργική Θώρακα, Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

² Τμήμα Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, που υποβάλλονται σε μείζονα θωρακοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση αυτής με το επιλεγόμενο φαρμακευτικό αναλγητικό πλάνο που χορηγείται κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.

Υλικό - Μέθοδοι: Η παρούσα αναδρομική μελέτη αφορά 210 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μείζονα θωρακοχειρουργική επέμβαση. Οι δύο κύριες ομάδες ταξινόμησης απευθύνονται στις βασικές χειρουργικές μεθόδους προσπέλασης, οι οποίες διακρίνονται σε: **I)** Ανοιχτή Θωρακοτομή και **II)** Θωρακοσκοπική (VATS - Video Assisted Thoracic Surgery), στα πλαίσια των αρχών της «Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Θώρακα» (M.I.T.S.- Minimally Invasive Thoracic Surgery). Ακολουθεί υποδιαίρεση σε τρεις υποομάδες, αναλόγως με τον τύπο της μετεγχειρητικής αναλγησίας: **i)** Θωρακική επισκληρίδια αναλγησία (επίπεδο T₃ - T₈) μέσω έγχυσης οπιοειδών (Μορφίνη) (**Υποομάδες Ia & IIa**), **ii)** Θωρακική επισκληρίδια αναλγησία (επίπεδο T₃ - T₈) μέσω συνδυασμένης έγχυσης οπιοειδών (Μορφίνη) και χορήγησης Ροπιβακαΐνης (**Υποομάδες Ib & IIb**) και, **iii)** Συνδυασμένη ενδοφλέβια χορήγηση Τραμαδόλης και Μη Στεροειδών Αντιφλεγμονωδών Φαρμάκων (Μ.Σ.Α.Φ.) (**Υποομάδες IIIa & IIIb**). Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της χορηγούμενης μετεγχειρητικής αναλγησίας ολοκληρώθηκε μέσω χρήσης τριών “QoL” ερωτηματολογίων (“EORTC QLQ - C30”, “SF - 36” και “EQ - 5D”), καθώς και της “VAS” (Visual Analogue Scale) κλίμακας πόνου. Κάθε ασθενής απαντά σε όλα τα ερωτηματολόγια στα τέσσερα ακόλουθα συγκεκριμένα χρονικά μετεγχειρητικά σημεία: **α)** άμεσα μετεγχειρητικά, **β)** την ημέρα λήψης του εξιτηρίου από το νοσοκομείο, **γ)** μετά από χρονικό διάστημα 1 μηνός και **δ)** μετά από χρονικό διάστημα 4 μηνών. Ακολουθεί λεπτομερής αξιολόγηση των ερωτηματολογίων και επεξεργασία μέσω χρήσης του “S.P.S.S. v.23” προγράμματος στατιστικής ανάλυσης δεδομένων.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ελάχιστα επεμβατικές θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις σχετίζονται με λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, δεδομένο που είναι στατιστικά σημαντικό και στις τρεις υποομάδες μετεγχειρητικής αναλγησίας ($p < 0.01$). Το πλάνο μετεγχειρητικής αναλγησίας που συνδυάζει θωρακική επισκληρίδια έγχυση οπιοειδών και χορήγηση Ροπιβακαΐνης αναδεικνύει τα καλύτερα αποτελέσματα, συγκριτικά με τις υπόλοιπες δύο μεθόδους.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή ελάχιστα επεμβατικών θωρακοχειρουργικών τεχνικών, ακόμη και σε περιπτώσεις μείζονων εκτομών (Θωρακοσκοπική Λοβεκτομή – Πνευμονεκτομή) σχετίζονται με λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, βραχύτερη νοσηλεία, ταχύτερη ανάρρωση και λιγότερες επιπλοκές. Παράλληλα, η θωρακική επισκληρίδια έγχυση οπιοειδών, σε συνδυασμό με χορήγηση Ροπιβακαΐνης αναδεικνύεται ως το καλύτερα ανεκτό και αποτελεσματικό μετεγχειρητικό αναλγητικό σχήμα.



ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

07. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΑΠΟ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΆΝΩ ΆΚΡΩΝ

**A. Γεωργοπούλου¹, Χρ-Κ. Χρήστου¹, Γ. Βασιλειάδου¹, Μ. Τζίμου¹, Μ. Αλεβιζάκη¹,
Χρ. Καραχρήστος¹, Β. Ίντζος², Μ. Μπιτζάνη¹**

¹ Α΄ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

² Τμήμα Ακτινολογίας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός: Παρουσίαση δύο περιστατικών ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας που επεπλάκησαν με Πνευμονική Εμβολή(ΠΕ) από θρόμβωση άνω άκρων (Upper Extremity Deep Vein Thrombosis UEDVT) και η αποκόμιση χρήσιμων πληροφοριών από τη διαχείρισή τους.

Υλικό/Μέθοδος: 1^ο **Περιστατικό** 65χρονη γυναίκα με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία σε έδαφος εντοπισμένης αμυλοείδωσης εγκεφάλου, εμφάνισε οίδημα δεξιού άνω άκρου με σύστοιχη εντόπιση του Κεντρικού Φλεβικού Καθετήρα (ΚΦΚ) υποκλείδιο δεξιά. Η ήπια υπερκαπνία μη ανταποκρινόμενη στην αύξηση του κατά λεπτόν αερισμού, η αιμοδυναμική αστάθεια και η υπολογιζόμενη PASP ~100mmHg με το χαρακτηριστικό οξυκόρυφο κύμα ανεπάρκειας της τριγλώχινας (εικόνα 1) οδήγησαν στη διενέργεια Αξονικής Αγγειογραφίας πνευμονικής αρτηρίας (CTPA) που ανέδειξε μαζική ΠΕ (ΔΕΞ) και ύπαρξη μικρότερου θρόμβου (ΑΡ). Το Doppler υπερηχογράφημα φλεβών διέγνωσε θρόμβωση των αγγείων του δεξιού άνω άκρου.

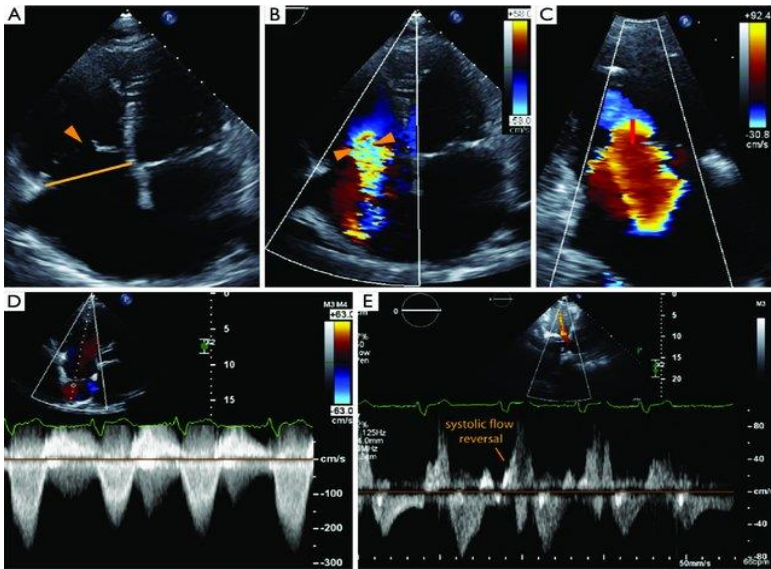
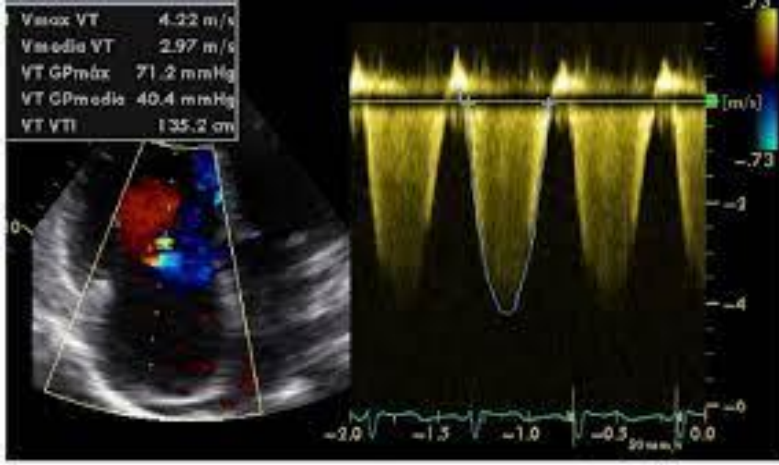
2^ο **Περιστατικό** Άνδρας 63 ετών εισήχθη λόγω ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας βασικών γαγγλίων δεξιά. Η συνεχώς ανοδική τιμή των d-Dimer χωρίς αιμοδυναμική αστάθεια και φυσιολογικές δεξιές κοιλότητες, οδήγησε στην διενέργεια CTPA που ανέδειξε ελλείμματα πλήρωσης στην πνευμονική αρτηρία. Το bed side Doppler υπερηχογράφημα αποκάλυψε διάταση της αριστερής υποκλείδιας φλέβας με αργή ροή στο εγγύς τμήμα της και παρουσία θρόμβων (εικόνα 2,3). Η βατότητα των κάτω άκρων ήταν φυσιολογική. Ο ασθενής έφερε ΚΦΚ αντίθετα της βλάβης (σφαγίτιδα δεξιά)

Λόγω του υψηλού αιμορραγικού κινδύνου και οι δύο ασθενείς τέθηκαν σε προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή και εφαρμογή αντιθρομβωτικών καλτσών.

Συζήτηση: Η UEDVT αποτελεί το 4-10% του συνόλου των περιπτώσεων ΕΒΦΘ. Διακρίνεται σε πρωτοπαθή μορφή που είναι αρκετά σπάνια και δευτεροπαθή που συνήθως σχετίζεται με κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες, κακοήθεια ή την ύπαρξη βηματοδότη. Η υποκλείδιος φλέβα προσβάλλεται συχνότερα (62%) ενώ ακολουθούν η μασχαλιαία (45%) και σφαγίτιδα φλέβα (45%). Κύριες επιπλοκές είναι η ΠΕ και το μεταθρομβωτικό σύνδρομο

Συμπεράσματα:

- Χρειάζεται υψηλή κλινική υποψία καθώς η σημειολογία της πνευμονικής εμβολής σε διασωληνωμένους ασθενείς είναι μη ειδική και η AEDVT μπορεί να υποδιαγνωστεί καθώς η απεικόνιση των αγγείων των άνω άκρων δεν είναι στο συνήθη έλεγχο της ΠΕ.
- Η συσκευή υπερήχων είναι πολύτιμη στο χώρο της ΜΕΘ.
- Το Doppler υπερηχογράφημα φλεβών θέτει τη διάγνωση της AEDVT.
- Θα πρέπει να αξιολογείται ο αιμορραγικός κίνδυνος έναντι του οφέλους στην απόφαση χορήγησης θεραπευτικής αντιπηκτικής αγωγής.





08. ΜΑΖΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ ΚΑΙ ΕΠΙΤΥΧΗ ΈΚΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗΣ

Α. Γεωργοπούλου, Χρ. Γιαννάκη, Π. Κοντού, Β. Καραλή, Χρ. Καραχρήστος, Ι. Μουσκεφτάρα, Μ. Μπιτζάνη

Α΄ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού μαζικής Πνευμονικής Εμβολής (ΠΕ) που εκδηλώθηκε με καρδιοαναπνευστική ανακοπή και οι δυσκολίες που προέκυψαν κατά τη διαχείριση του.

Υλικό/Μέθοδος: Ασθενής 51 ετών με ιστορικό Αρτηριοφλεβικής Δυσπλασίας (ΑΦΔ) δεξιού βραχίονα με συχνές παρεμβάσεις από την εφηβική ηλικία, υπεβλήθη σε προγραμματισμένο εμβολισμό της ΑΦΔ. Μία μέρα μετά, επεπλάκη με Καρδιοαναπνευστική Ανακοπή (ΚΑΑ) και μετά από 2 κύκλους Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ) μεταφέρθηκε διασωληνωμένη στην Α΄ΜΕΘ με ανάγκες υψηλής αγγειοσυσπαστικής υποστήριξης.

Ο υπέρηχος καρδιάς ανέδειξε διάταση της δεξιάς κοιλίας (RV) με εικόνα D-shape και Πνευμονική αρτηριακή συστολική πίεση (PASP) ~ 55-60 mmHg (εικόνα1) με τις τιμές των D-dimer, hs Τροπονίνης και BNP εξαιρετικά αυξημένες. Η αξονική αγγειογραφία πνευμονικής αρτηρίας (CTPA) ανέδειξε μαζική πνευμονική εμβολή με έλλειμμα πλήρωσης δίκην σέλας στους κύριους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας αμφοτερόπλευρα και λόγο RV/LV ~ 2,1. (εικόνες 2,3).

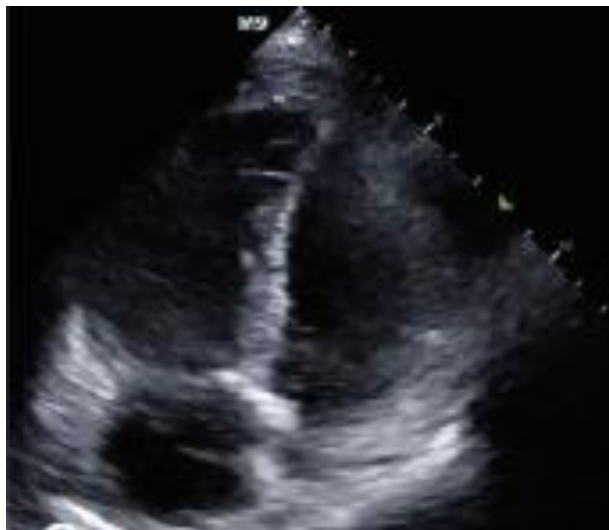
Χορηγήθηκε άμεσα fondaparinux 7,5 mg SC, ωστόσο υπέστη νέα καρδιακή ανακοπή που χρειάστηκαν 5 κύκλοι ΚΑΡΠΑ για να ανανέψει. Ακολούθησε θρομβόλυση με 100mg alteplase που επεπλάκη με αιμορραγία από τα σημεία παρακέντησης των κεντρικών γραμμών που ελέγχθηκαν δύσκολα με χορήγηση ινωδογόνου, πλάσματος και τρανεξαμικού οξέος. Η επαναληπτική CTPA 48 ώρες μετά ήταν βελτιωμένη με λύση του μεγαλύτερου μέρους των εμβόλων και δεν υπεβλήθη σε διαδερμική θρομβεκτομή για την οποία υπήρχε ετοιμότητα και τελικά τέθηκε σε θεραπευτική χορήγηση ενοξαπαρίνης.

Σταδιακά η ασθενής σταθεροποιήθηκε, με την πρώτη προσπάθεια αποσωλήνωσης ανεπιτυχή με εικόνα λαρυγγόσπασμου που χρειάστηκε συστηματική χορήγηση δεξαμεθαζόνης για να αποσωληνωθεί επιτυχώς και να διακομιστεί στην Καρδιολογική κλινική όπου έλαβε εξιτήριο λίγες μέρες αργότερα.

Χρήσιμα συμπεράσματα

- Αν και ο εμβολισμός είναι μία ελάχιστα επεμβατική μέθοδος σπάνια μπορεί να επιπλακεί από θρομβοεμβολή και πνευμονική εμβολή.
- Μολονότι ο κίνδυνος πρόωρης θνητότητας ήταν υψηλός σύμφωνα με την ταξινόμηση της βαρύτητας της ΠΕ και του κινδύνου πρόωρου θανάτου (in hospital or 30-day) η ασθενής επέζησε και 4 μήνες μετά παραμένει υγιής.
- Ο υπέρηχος καρδιάς είναι πολύτιμο διαγνωστικό μέσο στο χώρο της ΜΕΘ
- Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες θεραπεία διάσωσης με θρομβόλυση προτείνεται σε αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς με υπαρκτό ωστόσο τον κίνδυνο αιμορραγικών επιπλοκών.
- Σε αποτυχία της θρομβόλυσης ή ως εναλλακτική επιλογή προτείνεται η θρομβεκτομή

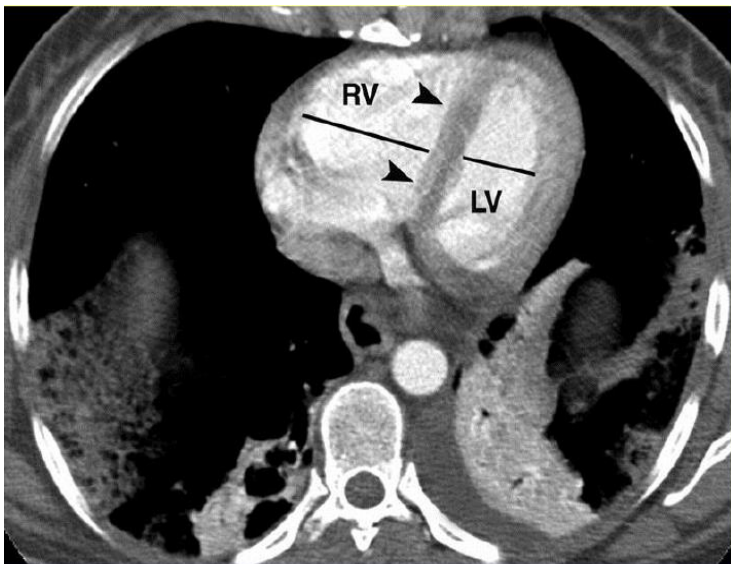
Εικόνα 1



Εικόνα 2



Εικόνα 3





09. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΛΗΨΗ ΕΣΚΙΤΑΛΟΠΡΑΜΗΣ

Μ. Γραμμένου, Ε. Ελευθεριάδου, Π. Γεωργαννάκης, Στ. Τρύφων, Μ. Σαρόγλου, Α. Χλωρός
Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Η εσιταλοπράμη είναι ένας από τους πιο ευρέως χρησιμοποιούμενους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) ως πρώτης γραμμής θεραπεία για την κατάθλιψη. Υπάρχουν πολλές αναφορές που συσχετίζουν τη λήψη SSRIs με αυξημένη αιμορραγική διάθεση καθώς επηρεάζουν τη λειτουργία των αιμοπεταλίων, αλλά και κάποιες ακόμα που δείχνουν πως μπορεί να έχουν θρομβογόνο δράση.

Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης πνευμονικής εμβολής ως ανεπιθύμητη ενέργεια της εσιταλοπράμης.

Παρουσίαση περιστατικού: Το περιστατικό αφορά άνδρα, 20 ετών, με ατομικό αναμνηστικό κατάθλιψης υπό εσιταλοπράμη με έναρξη αγωγής προ διμήνου, που παρουσιάζεται στο τμήμα επειγόντων με πλευροδυνία και συνοδό αίσθημα δύσπνοιας, επιδεινούμενο στην κόπωση. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένη τιμή προϊόντων αποδόμησης ινώδους (δ-διμερή), οπότε ο ασθενής υπεβλήθη σε πνευμονική αγγειογραφία, η οποία ανέδειξε ετερόπλευρο έλλειμμα πλήρωσης σε υποτμηματικό κλάδο της πνευμονικής αρτηρίας αριστερά. Ο ασθενής τέθηκε σε αντιπηκτική αγωγή σε θεραπευτική δόση με φονταπαρινούξη αρχικά, και αργότερα με από του στόματος αγωγή με ριβαροξαμπάνη, με πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων. Υπεβλήθη σε πλήρη έλεγχο θρομβοφιλίας που ήταν αρνητικός, οπότε λόγω και της απουσίας άλλων προδιαθεσικών παραγόντων η πνευμονική εμβολή αποδόθηκε στη λήψη της εσιταλοπράμης. Επίσης ένα μήνα νωρίτερα είχε διαγνωσθεί με θρόμβωση αιμορροΐδων.

Συμπέρασμα: Λαμβάνοντας υπ' όψιν τη σπανιότητα της συγκεκριμένης ανεπιθύμητης ενέργειας του φαρμάκου, τη γενικότερη υποδιάγνωση των πνευμονικών εμβολών και την έλλειψη βιβλιογραφίας, με την παρούσα αναφορά θέλουμε να εγείρουμε το ενδιαφέρον για τον έλεγχο των αιματολογικών διαταραχών και αγγειακών επιπλοκών που σχετίζονται με την εσιταλοπράμη και πιθανώς γενικότερα τους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης.



ΔΙΑΦΟΡΑ

10. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΛΗΨΗΣ ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR.

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

M. Hadji-Mitrova¹, K. Μανίκα¹, Φ. Διαμαντέα², Ά. Τσάκωνα¹, Α. Καλοκύρης², Α. Σωπιάδου³, Σ.-Χρ. Κωτούλας¹, Μ. Σιωνίδου¹, Σ.-Στ. Κυρβασίλη³, Ε. Παπαδάκη¹, Ε.-Ά. Χρυσόχοου³, Ε. Χατζηαγόρου³

¹ Κέντρο Κυστικής Ίνωσης Ενηλίκων, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Κέντρο Κυστικής Ίνωσης Ενηλίκων, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

³ Κέντρο Κυστικής Ίνωσης Παιδών, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Ο τριπλός συνδυασμός Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor (ETI) έχει αλλάξει την καθημερινότητα των ασθενών με Κυστική Ίνωση (ΚΙ) βελτιώνοντας σημαντικά ποικίλες παραμέτρους της νόσου. Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της συμμόρφωσης με την εισπνεόμενη αγωγή πριν και μετά την έναρξη του ETI.

Ασθενείς και μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη η οποία διενεργήθηκε σε 3 κέντρα Κυστικής Ίνωσης και συνολικά συμπεριλήφθηκαν 71 ενήλικες, 38 γυναίκες και 33 άνδρες με μέση ηλικία 31,8±9,2. Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν για τουλάχιστον 1 χρόνο τον τριπλό συνδυασμό. Η συμμόρφωση μελετήθηκε ως προς τα εισπνεόμενα: δορνάση άλφα, εισπνεόμενη κολιστίνη, τομπραμυκίνη, αζτρεονάμη και λεβοφλοξασίνη.

Η συμμόρφωση εκτιμήθηκε με το Medication Possession Ratio (MPR) που ορίζεται ως ο λόγος του αριθμού των ημερήσιων δόσεων ενός φαρμάκου που παραλήφθηκε από το φαρμακείο σε ένα χρόνο προς τον αριθμό των δόσεων που συστήθηκαν στον ασθενή το ίδιο διάστημα. Επιπλέον, υπολογίστηκε ο δείκτης composite MPR (cMPR), δηλαδή ο μέσος όρος των MPR του κάθε φαρμάκου. Η συμμόρφωση θεωρήθηκε χαμηλή όταν ο δείκτης cMPR<0,50, μέτρια όταν ο δείκτης ήταν ανάμεσα σε 0,50-0,79 και υψηλή με δείκτη cMPR≥0,80.

Αποτελέσματα: Μετά την λήψη ETI για ένα έτος αυξήθηκε το βάρος σώματος από 58.0±10.9Kg σε 62.1±10.9Kg (p<0.001), ο FEV1 από 47.5±19.8 σε 57.1±21.8% (p<0.001) και η FVC από 66.4±22.3 σε 78.4±21.6/% (p<0.001). *P. aeruginosa* απομονώθηκε από καλλιέργεια πτυέλων σε 80% των ασθενών πριν και σε 61.2% μετά την έναρξη του ETI. Συνολικά η συμμόρφωση (cMPR) μετά την έναρξη του ETI σημείωσε στατιστικά σημαντική πτώση από 63%±31% σε 43%±36%. Πριν την έναρξη του ETI η συμμόρφωση ήταν χαμηλή στο 29.6% μέτρια στο 32,4% και υψηλή στο 38% των συμμετεχόντων, ενώ μετά στο 56,3%, 22,5% και 21,1% αντίστοιχα (p<0.001).

Συμπέρασμα: Ο τριπλός συνδυασμός βελτίωσε τη θρέψη και την αναπνευστική λειτουργία των συμμετεχόντων και οδήγησε σε ελάττωση της συμμόρφωσης. Η ανάγκη διατήρησης ή διακοπής των θεραπειών αυτών αναμένεται να διαπιστωθεί σε μεγάλες προοπτικές μελέτες.



11. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΑΣΚΑΣ N95 ΣΤΗΝ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 6MWD

Α. Κορομπέλη, Α. Γαβαλά, Ε. Τσίγκου, Β. Ψαλίδα, Κ. Παππάς, Π. Μυριανθεύς

Κλινική Εντατικής Νοσηλείας και Πνευμονικών Νόσων του Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ στο ΓΟΝΚ Άγιοι Ανάργυροι, 14564, Νέα Κηφισιά, Αττική, ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η διερεύνηση της μεταβολής του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης (SpO₂) και αιμοδυναμικών παραμέτρων σε εθελοντές μετά χρήση μάσκας N95 και φυσική άσκηση (6MWD - 6 minutes walking distance) σε υψόμετρο 1100 μέτρων τον Αύγουστο του 2022.

Υλικό και Μέθοδος: Σε αυτή τη μελέτη παρατήρησης, συμπεριλήφθηκαν 25 εθελοντές στους οποίους μετρήθηκαν ο SpO₂, η μέση αρτηριακή πίεση (ΜΑΠ) και η καρδιακή συχνότητα (Κ.Σ.) σε ηρεμία, μετά από κόπωση 6MWD και μετά από χρήση εμπορικά διαθέσιμης μάσκας N95 (5 στρωμάτων) και κόπωση 6MWD. Οι συμμετέχοντες εκπαιδεύτηκαν στην ορθή τοποθέτηση και χρήση της μάσκας ενώ οι μετρήσεις έγιναν από έμπειρο υγειονομικό προσωπικό χρησιμοποιώντας πιστοποιημένο εξοπλισμό (οξίμετρο και πιεσόμετρο). Οι τιμές αναφέρονται ως μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση και ο έλεγχος σημαντικότητας έγινε με one way anova-Repeated Measures ANOVA.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 25 άτομα (9 άνδρες), 2 καπνιστές (1 άνδρας), 5 με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης (1 άνδρας), 3 με υποθυρεοειδισμό (3 γυναίκες), ηλικίας 49,1 ± 4,9 ετών, με BMI 24,5 kg/m² που υποβλήθηκαν σε μετρήσεις SpO₂, ΜΑΠ και ΚΣ σε 3 διαφορετικά στιγμιότυπα. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα. Μόνο σε 3 άτομα παρατηρήθηκε μείωση του SpO₂ κατά μια μονάδα (1%) μετά την τοποθέτησης μάσκας και κόπωση 6MWD.

Πίνακας 1. Αποτελέσματα μετρήσεων

	Ηρεμίας (εύρος)	6MWD (εύρος)	6MWD Μάσκα N95 (εύρος)	P
ΜΑΠ (mmHg)	92,0±2,6 (63-99)	91,9±2,5 (67-98)	89,5±2,8 (63-98)	0,3185
Κ. Σ (/min)	77,7±2,9 (51-117)	81,1±2,9 (57-123)*	84,3±3,1 (53-126)*	0,0010
SpO ₂ (%)	96,4±0,3 (94-99)	97,0±0,1 (96-98)*	97,0±0,2 (95-99)*	0,0275

Τιμές σεχ ± SD, 6MWD = 6 minutes walking distance, * Στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τιμές ηρεμίας.

Συμπεράσματα: Ο κορεσμός O₂ μετά από κόπωση 6MWD και χρήση μάσκας N95 βελτιώνεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Δεν μπορεί να υποστηριχτεί ότι η χρήση της μάσκας N95 δεν είναι ασφαλής σε ήπια κόπωση και υψόμετρο.



12. ΟΖΩΔΗΣ ΛΕΜΦΟΕΙΔΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ-ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΝΟΣΟΣ

Δ. Σιώπη¹, Μ. Κωνσταντινίδου¹, Ευφ. Καμαριώτου¹, Ι. Ματζαράκης², Χρ. Γιαγκούλωφ³, Ε. Δουλγεράκης¹, Δ. Δάιου¹, Δ. Χλωρός¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

² Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³ Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Η οζώδης λεμφοειδής υπερπλασία πνεύμονα είναι μια καλοήθης νόσος που χρήζει ιστολογικής επιβεβαίωσης μιας και ακτινολογικά μιμείται κακοήθους αιτιολογίας βλάβες. Παρουσιάζουμε την περίπτωση οζώδους λεμφοειδούς υπερπλασίας σε ασθενή με ιστορικό πολυανθεκτικής πνευμονικής φυματίωσης.

Παρουσίαση περιστατικού: Κατά την τακτική παρακολούθηση 49χρονου ασθενούς με ιστορικό πολυανθεκτικής πνευμονικής φυματίωσης και εμφυσήματος διαπιστώθηκε ακτινολογική εξέλιξη οζώδους πνευμονικής βλάβης. Ο ασθενής είχε ολοκληρώσει την ενδεικνυόμενη αντιφυματική αγωγή, συνολικής διάρκειας 22 μηνών, και είχε διαδοχικό αρνητικό μικροβιακό έλεγχο για μυκοβακτηρίδιο. Με την υποψία της αναζωπύρωσης της φυματίωσης ο ασθενής υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση και μικροβιολογική εξέταση δειγμάτων βρογχικού εκπλύματος που ήταν αρνητικά.

Στο πλαίσιο της περαιτέρω διερεύνησης, έγινε ολοσωματική ποζιτρονική/υπολογιστική τομογραφία (PET/CT) με 18F-FDG η οποία συγκρίθηκε με παλαιότερο έλεγχο. Διαπιστώθηκε η παρουσία πολλαπλών ανενεργών έως μέτρια μεταβολικών πνευμονικών όζων ποικίλου μεγέθους, άμφω. Καταγράφηκε διαφοροποίηση οζώδους βλάβης στον αριστερό άνω λοβό με αύξηση ενεργότητας, (SUVmax 7,6 από 3,7). Ακολούθησε διατοιχωματική βιοψία της βλάβης καθοδηγούμενη από αξονική τομογραφία. Η ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε στοιχεία ίνωσης και φλεγμονώδεις κυτταρικές διηθήσεις από λεμφοκυτταρικές αθροίσεις, αποτελούμενες από μικρού μεγέθους κύτταρα. Μετά από ανοσοιστοχημικό έλεγχο (AE1/AE3, TTF-1, CD 45, CD 68, Ki-67, CD20, CD 3, CD 43), τα ευρήματα ήταν συμβατά με οζώδη λεμφοειδή υπερπλασία (nodular lymphoid hyperplasia).

Η καλλιέργεια του ιστοτεμαχίου ήταν αρνητική.

Συμπεράσματα: Η πνευμονική λεμφοειδής υπερπλασία είναι μια σπάνια λεμφοϋπερπλαστική νόσος που θεωρείται μια εντοπισμένη αντιδραστική λεμφοκυτταρική διήθηση άγνωστης αιτιολογίας. Θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από το MALT λέμφωμα και άλλα λεμφοϋπερπλαστικά νοσήματα. Συνήθης αντιμετώπισή της είναι η χειρουργική εξαίρεση της βλάβης.



13. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΕΞΙΟΥ ΜΕΣΟΥ ΛΟΒΟΥ ΜΕ ΔΙΤΤΗ ΦΛΕΒΙΚΗ ΑΠΟΧΕΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μ. Τσουύφη¹, Π. Χουντής², Ε. Παπακανδεράκη¹, Γ. Σωτηρόπουλος³

¹ Θωρακοχειρουργική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΝΝΑ»

² Θωρακοχειρουργική, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

³ Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού δεξιάς μέσης λοβεκτομής με διττή φλεβική αποχέτευση, με ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας

Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Η φλεβική αποχέτευση του μέσου λοβού παρουσιάζει αρκετές ανατομικές παραλλαγές και διακρίνεται σε πέντε τύπους που έχουν μελετηθεί κυρίως σε νεκροτομικά υλικά. Μέσες και πλάγιες φλέβες να ενώνονται και να σχηματίζουν μια κύρια φλέβα του μεσαίου λοβού να καταλήγει σαν ένα κανάλι στη δεξιά άνω πνευμονική φλέβα (53.3%), μέσες και πλάγιες φλέβες να καταλήγουν στη δεξιά άνω πνευμονική φλέβα ξεχωριστά (16.6%), ένωση μεσαίων και πλάγιων φλεβών σε μια κύρια φλέβα η οποία καταλήγει στο δεξιό κόλπο (16.6%), μέσες και πλάγιες φλέβες να καταλήγουν στο δεξιό κόλπο ξεχωριστά (10%) και συνένωση νέων και πλάγιων φλεβών σε μια κύρια μέση φλέβα η οποία καταλήγει στην δεξιά κάτω πνευμονική φλέβα (3.3%).

Παρουσίαση περιστατικού: Θήλυ ασθενής 57 ετών προσήλθε στην κλινική μας λόγω μάζας ΔΕ μέσου λοβού, μέγιστης διαμέτρου 2.8εκ, η οποία ανευρέθηκε σε τυχαίο έλεγχο. Η ασθενής είχε ήδη λάβει αντιβιοτική αγωγή, καθώς το μόρφωμα είχε θεωρηθεί πιθανή πνευμονία σε άλλο κέντρο. Διενεργήθηκε PET/CT με SUVmax όγκου=12. Λόγω υψηλής υποψίας κακοήθειας η ασθενής επέλεξε να προχωρήσει σε χειρουργική επέμβαση. Διεγχειρητικά πραγματοποιήθηκε ταχεία βιοψία, η οποία ανέδειξε NSCLC, πιθανώς αδενοκαρκίνωμα. Ελήφθη η απόφαση για συμπληρωματική θωρακοσκοπική λοβεκτομή. Αναγνωρίστηκε ένας κλάδος της άνω πνευμονικής φλέβας για το μέσο λοβό, ο οποίος και απολινώθηκε. Κατά την παρασκευή του βρόγχου του μέσου λοβού αναγνωρίστηκε ένα μικρός φλεβικός κλάδος, με πορεία παράλληλη προς το βρόγχο. Ο φλεβικός κλάδος παρασκευάστηκε κεντρικά μέχρι τη συμβολή του με την κάτω πνευμονική φλέβα, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη διττής φλεβικής αποχέτευσης του μέσου λοβού. Κατόπιν αναγνωρίστηκαν και απολινώθηκαν τα υπόλοιπα στοιχεία και ολοκληρώθηκε η λοβεκτομή με το λεμφαδενικό καθαρισμό. Η μετεγχειρητική πορεία υπήρξε ομαλή και η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο εντός 48 ωρών από το χειρουργείο.

Συμπέρασμα: Η φλεβική αποχέτευση του δεξιού μέσου λοβού εμφανίζει μεγάλη ετερογένεια και μπορεί να διαφέρει στον εκάστοτε ασθενή. Ο προεγχειρητικός απεικονιστικός έλεγχος μπορεί να μην αποκαλύψει μικρούς φλεβικούς κλάδους. Ο χειρουργός οφείλει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός κατά την παρασκευή των φλεβικών κλάδων για την αποφυγή καταστροφικών διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η χρήση προγραμμάτων ψηφιακής 3D ανασύνθεσης των αγγειακών δομών μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη προεγχειρητική προετοιμασία.



Παρασκευή 26 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

14:00 - 15:45

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Α. Παπαγιάννης, Χ. Τριανταφυλλίδης, Στ. Ηρ. Τρύφων**

MEMA - ΥΠΝΟΣ

14. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΧΡΗΣΗ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ (MEMA) ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κ. Δώδος, Μ. Αρχοντούλη, Α. Παλαιολόγος, Π. Καβουρα, Ι. Βρυώνη, Αικ. Χανιώτου
Πνευμονολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

Εισαγωγή: Η χρήση MEMA σε επείγοντα περιστατικά μπορεί να σώσει την ζωή ασθενών με υπερκαπνία και να μειώσει το ποσοστό των διασωληνώσεων. Υπάρχουν οδηγίες που καθορίζουν την χρήση MEMA, όμως υπάρχουν διαφορές ανά κλινική και νοσοκομείο.

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η εκτίμηση της ορθής χρήσης και η έκβαση των ασθενών που τέθηκαν σε MEMA στην κλινική μας και η σύγκριση με τις τρέχουσες πρακτικές και οδηγίες.

Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη. Έγινε ανασκόπηση των φακέλων ασθενών οι οποίοι εισήχθησαν στην κλινική κατά το τελευταίο έτος και οι οποίοι είχαν διάγνωση εξιτηρίου ΧΑΠ και αναπνευστική ανεπάρκεια.. Από αυτούς μελετήθηκαν όσοι παρουσίαζαν υπερκαπνία.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν οι φάκελοι 192 ασθενών με υπερκαπνία (107 άνδρες, ποσοστό 56% και 85 γυναίκες, ποσοστό 44%), μέσης ηλικίας 69 έτη.

Η συχνότερη διάγνωση ήταν παρόξυνση ΧΑΠ λόγω λοίμωξης (127 ασθενείς ποσοστό 66%), η δεύτερη σε συχνότητα ήταν διαταραχές ύπνου, λοίμωξη και παχυσαρκία (61 ασθενείς, ποσοστό 32%) και τέλος 4 ασθενείς με νευρομυϊκές διαταραχές. Από τους 192 ασθενείς οι 62 (ποσοστό 32%) προσήλθαν με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια με pCO_2 άνω του 90 και pH κάτω από 7,25 και από αυτούς 33 (ποσοστό 17%) τέθηκαν σε MEMA. Από τους υπόλοιπους 11 ασθενείς (ποσοστό 6%) είχαν δικό τους μηχανήμα το οποίο χρησιμοποίησαν και στο νοσοκομείο ενώ 18 ασθενείς (ποσοστό 9%) δεν το ανέχτηκαν κατά την τοποθέτηση και αρνήθηκαν την χρήση του. Όλοι δε έλαβαν την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή από το πρώτο 24ωρο.

Από τους 44 ασθενείς που τέθηκαν σε MEMA οι 30 (ποσοστό 69%) βελτίωσαν την τιμή του pCO_2 μετά από 2 ώρες. Οι υπόλοιποι 14 (ποσοστό 31%) τελικά διασωληνώθηκαν.

Συμπέρασμα: Η μελέτη έδειξε ποσοστά επιτυχίας χρήσης MEMA παρόμοια με άλλων κλινικών μελετών. Η έγκαιρη χρήση μπορεί να βελτιώσει θεαματικά τους ασθενείς και να αποφευχθεί η διασωλήνωση. Η προμήθεια του κατάλληλου εξοπλισμού και η χρήση του στις κλινικές θεωρείται απαραίτητη.



15. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Δ. Κομμάτας, Γ. Ζάπτη, Α. Λιόντα

ΜΕΘ Ελλάδα covid-19, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», ΑΠΘ

Εισαγωγή: Σκοπός της μελέτης μας είναι να προσδιοριστεί ο ρόλος του νοσηλευτή όσον αφορά την πρόληψη και την αντιμετώπιση του διαταραγμένου ύπνου που μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην εμφάνιση παραληρήματος (delirium) στους ασθενείς Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)

Υλικό-Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν τα βιβλιογραφικά δεδομένα των τελευταίων ετών από τη μηχανή αναζήτησης του Pub MED και οι οδηγίες της Society of Critical Care Medicine

Αποτελέσματα: Οι διαταραχές ύπνου σχετίζονται με συναισθηματικό stress με επακόλουθες διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος, προβλήματα επικοινωνίας, αναπνευστικές διαταραχές και παράταση του μηχανικού αερισμού. Παράγοντες που συμβάλλουν στην κακή ποιότητα ύπνου είναι ο θόρυβος, ο φωτισμός, η κακή συνεργασία ασθενούς- αναπνευστήρα, οι επιδράσεις φαρμάκων και οι συχνές ιατρονοσηλευτικές πράξεις. Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει την επικοινωνία με τον ασθενή και τη συχνή ενημέρωση του για τον χρόνο και τόπο που βρίσκεται, την ύπαρξη ωρολογιού στο χώρο, τη μείωση της έντασης του φωτισμού τις βραδινές ώρες, τη μείωση της έντασης σε ασφαλή βέβαια όρια της έντασης των συναγερμών, τη μείωση των κατασταλτικών για κάποιες ώρες αν το επιτρέπει η κατάσταση του ασθενούς ενώ φαίνεται ότι βοηθά η χαλαρωτική μουσική 1 ώρα πριν τον ύπνο. Πολλά από τα φάρμακα που βοηθούν στον ύπνο όπως οι βενζοδιαζεπίνες, επιδεινώνουν το παραλήρημα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η μελατονίνη φαίνεται να βοηθά αρκετά όταν λαμβάνεται 1 ώρα πριν τον ύπνο και έχει ευεργετικές επιδράσεις όσον αφορά το ανοσοποιητικό σύστημα και τη νευροπροστασία.

Συμπέρασμα: Οι διαταραχές του ύπνου αποτελούν σημαντικό πρόβλημα για τους ασθενείς της ΜΕΘ και η προσέγγιση του προβλήματος πρέπει να αφορά αρκετές ειδικότητες. Η λήψη προληπτικών νοσηλευτικών μέτρων φαίνεται πιο αποτελεσματική μιας που η φαρμακευτική αγωγή φαίνεται να συνοδεύεται με αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες



16. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΠΝΟΙΩΝ ΎΠΝΟΥ ΩΣ ΕΚΛΥΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΡΙΣΕΩΝ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Κ. Παπαδοπούλου¹, Ε. Γιοβάνη², Ευφ. Καμαριώτου², Χρ. Πρώμος², Ευθ. Παπαδοπούλου², Ζ. Σαχλά³, Στ. Τρύφων²

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

² Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός Εργασίας: Η παρουσίαση ενός ασθενούς 62 ετών με ιστορικό δρεπανοκυτταρικής αναιμίας και επιδεινούμενες αγγειοαποφρακτικές κρίσεις κατά τις νυχτερινές ώρες από έτους, χωρίς σαφή εκλυτικό παράγοντα.

Υλικά και Μέθοδοι: Άνδρας 62 ετών με ιστορικό δρεπανοκυτταρικής αναιμίας προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία λόγω επαναλαμβανόμενων επεισοδίων με έντονους πόνους άκρων και θωρακαλγία κατά τις νυχτερινές ώρες από έτους. Κατά τη λήψη ενδελχούς ιστορικού, ανέφερε αύξηση του σωματικού του βάρους τα τελευταία δύο έτη (BMI 38.1 kg/m²), με ημερήσια καταβολή και υπνηλία από έτους. Λόγω του κλινικού φαινοτύπου, ο ασθενής υποβλήθηκε σε σπιρομέτρηση και μελέτη ύπνου.

Αποτελέσματα: Στη σπιρομέτρηση διαπιστώθηκε κυματοειδής μορφολογία στην εισπνευστική φάση της καμπύλης ροής-όγκου. Η μελέτη ύπνου ανέδειξε σοβαρό σύνδρομο αποφρακτικών απνοιών (ΣΑΑΥ, AHI 55.1/h) με δείκτη αποκορεσμών ODI 53/h και μέσο κορεσμό αιμοσφαιρίνης SpO₂ 87.6% (minimum SpO₂ 66%). Η διάγνωση του ΣΑΑΥ στον ασθενή έθεσε τον εκλυτικό παράγοντα των κρίσεων δρεπανοκυτταρικής αναιμίας, με κύριο αίτιο την υποξυγοναιμία. Από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει σημαντικός όγκος δεδομένων με αντίστοιχη συννοσηρότητα, κυρίως σε παιδιατρικούς ασθενείς. Η χρόνια φλεγμονή, το οξειδωτικό στρες και η δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος αποτελούν κοινά παθοφυσιολογικά μονοπάτια των δύο αυτών νοσολογικών οντοτήτων. Βιβλιογραφικά, οι κύριες επιπτώσεις αφορούν κυρίως το καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα, αλλά και τις περιφερικές αρθρώσεις: επιδείνωση αγγειοαποφρακτικών κρίσεων, πνευμονική υπέρταση, δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας, αρθραλγίες. Κατόπιν τιτλοποίησης, ο ασθενής έλαβε συσκευή εφαρμογής συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (CPAP) κατά τις ώρες ύπνου. Ανταποκρίθηκε άμεσα με υποχώρηση των κρίσεων και ύφεση της συμπτωματολογίας καθόλη την περίοδο παρακολούθησης για ένα μήνα. Παράλληλα, έγινε σύσταση για απώλεια σωματικού βάρους με τροποποίηση διατροφικών συνηθειών και τακτική σωματική άσκηση.

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση ΣΑΑΥ μπορεί να αποτελεί εκλυτικό παράγοντα κρίσεων δρεπανοκυτταρικής αναιμίας σε ενήλικες ασθενείς χωρίς σημεία δρεπάνωσης για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο υψηλός επιπολασμός του ΣΑΑΥ στους ενήλικες θα πρέπει να εγείρει την υπόνοια συνύπαρξης σε ασθενείς με άλλα χρόνια νοσήματα, όπως η δρεπανοκυτταρική αναιμία στη συγκεκριμένη περίπτωση.



17. ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ-Η ΜΑΡΤΥΡΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δ. Σιώπη¹, Ε. Ελευθεριάδου¹, Χρ. Πρώιμος¹, Μ. Κωνσταντινίδου¹, Γ. Χασαπίδου¹, Β. Τσάρα², Δ. Χλωρός¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

² Ινστιτούτο Εφαρμοσμένων Βιοεπιστημών (INEB), Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης (ΕΚΕΤΑ), Θεσσαλονίκη

Η εξειδικευμένη τακτική παρακολούθηση των ασθενών υπό μακροχρόνια εφαρμογή μη Επεμβατικού Μηχανικού Αερισμού (μηΕΜΑ) από το κέντρο παροχής, είναι βασική συνιστώσα για την αποτελεσματική εφαρμογή του. Σκοπός της μελέτης είναι η έρευνα των αιτιών μη τακτικής παρακολούθησης των ασθενών υπό μηΕΜΑ.

Ασθενείς και Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι φάκελοι των ασθενών υπό μακροχρόνιο μηΕΜΑ που παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο της Πνευμονολογικής κλινικής ΕΣΥ, Γ.Ν. Παπανικολάου για την ανεύρεση αυτών χωρίς προσέλευση ≥ 3 χρόνια. Ένα ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για τους λόγους διακοπής της προσέλευσης και συμπληρώθηκε με τηλεφωνική επικοινωνία με τον/την ασθενή και τον/την φροντιστή.

Αποτελέσματα: Για διάστημα ≥ 3 ετών δεν προσήλθαν 69 ασθενείς. Όλοι απάντησαν στο ερωτηματολόγιο. Η διάμεση ηλικία των ασθενών (73,9% άνδρες) ήταν 71 έτη και 75,4% συνέχιζε την εφαρμογή μηΕΜΑ. Από τους ασθενείς ήταν αυτοεξυπηρετούμενοι 75,4%, 21,7% μερικώς εξυπηρετούμενοι και 7,2% πλήρως εξαρτώμενοι. Ως σημαντικότερο αίτιο διακοπής της παρακολούθησης αναφέρθηκε η πανδημία Covid-19 (47,8%) και ακολούθησαν η αδυναμία μετακίνησης ή επικοινωνίας με το κέντρο (23,2% και 18,8% αντίστοιχα). Τυχόν επείγουσα κατάσταση αντιμετωπίστηκε σε ΤΕΠ νοσοκομείου σε 41,2% των ασθενών και σε 48% από ιδιώτη γιατρό. Νοσηλεία σε ΜΕΘ χρειάστηκαν 22,4% των ασθενών. Οι άλλες ανάγκες παρακολούθησης καλύφθηκαν από ιδιώτη γιατρό σε 60,9% των ερωτηθέντων, ενώ 29% των ασθενών παρέμειναν χωρίς παρακολούθηση.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς υπό μηΕΜΑ συνεχίζουν την εφαρμογή του παρά τη διακοπή της εξειδικευμένης παρακολούθησης, που αποδίδεται κυρίως στην πανδημία. Οι ανάγκες τους καλύφθηκαν με διάφορους τρόπους, όμως λεπτομερής έρευνα για τις συνέπειες της διακοπής της εξειδικευμένης παρακολούθησής τους είναι απαραίτητη.



ΚΑΡΚΙΝΟΣ

18. ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΕΣ ΚΑΙ ΜΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΔΟΣΕΤΑΞΕΛΗΣ

Λ. Δουλγεράκης, Ε. Γιοβάνη, Μ. Σαρόγλου, Α. Χλωρός

Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός: Το πλακώδες Ca πνεύμονα αποτελεί τον δεύτερο σε συχνότητα μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα μετά αυτό του αδενικού τύπου. Η πρώτη γραμμής θεραπεία του είναι πλατίνη σε συνδυασμό με δοσεταξέλη ή γεμισιταμίνη.

Η δοσεταξέλη είναι ένα αντικαρκινικό φάρμακο το οποίο ανήκει στην ομάδα των ταξανών Όπως όλα τα χημειοθεραπευτικά έτσι και το συγκεκριμένο παρουσιάζει ανεπιθύμητες ενέργειες κάποιες από τις οποίες μπορεί να είναι πολύ σημαντικές και δυνητικά επικίνδυνες για τη ζωή του ασθενή και κάποιες άλλες πολύ πιο ήπιες με εντυπωσιακή ωστόσο εικόνα. Όπως είναι η αντίδραση στο σημείο της έγχυσης και οι βλάβες των ονύχων.

Το παράδοξο βέβαια είναι ότι ο ένας από τους ασθενείς μας έκανε αντίδραση από την έγχυση του φαρμάκου όχι στο σημείο έγχυσης αλλά στα κάτω άκρα

Υλικό: εικόνες από ασθενείς ας που έλαβαν το φάρμακο και παρουσίασαν αντίδραση έγχυσης και βλάβες ονύχων.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς συνέχισαν κανονικά την θεραπεία στο προγραμματισμένο ραντεβού τους χωρίς να χρειαστεί να διακόψουν την αγωγή ή να λάβουν κάποια επιπλέον θεραπεία.

Συμπέρασμα: Η δοσεταξέλη όπως όλα τα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα μπορεί να εμφανίσει κλινικά σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως σοβαρή ουδετεροπενία, θρομβοκυττοπενία και αναιμία Υπάρχουν όμως και εκείνες οι ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες δεν είναι επικίνδυνες για τη ζωή του ασθενή αλλά έχουν εντυπωσιακή εικόνα και δε θα πρέπει να τις ξεχνάμε



ΧΑΠ - ΑΣΘΜΑ

19. ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΗΣ ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ

Ε. Αργυρίου

Πνευμονολογική Κλινική Ε.Σ.Υ «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός εργασίας: Η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για τη σοβαρότητα και τις κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας καθώς και η ευαισθητοποίηση του σχετικά με την πρόληψη της νόσου.

Υλικό-Μέθοδοι: Βιβλιογραφική ανασκόπηση και διαδικτυακή αναζήτηση.

Αποτελέσματα: Η ΧΑΠ (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια), σύμφωνα με τον τελευταίο ορισμό της από την GOLD (Παγκόσμια Πρωτοβουλία για τη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια) είναι μια συχνή πάθηση που μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί. Χαρακτηρίζεται από εμμένουσα απόφραξη των αεραγωγών που είναι συνήθως προοδευτική και σχετίζεται με μια υπερβολική χρόνια φλεγμονώδη απάντηση των αεραγωγών και του πνευμονικού παρεγχύματος έναντι τοξικών αερίων ή σωματιδίων.

Ο επιπολασμός της σπειρομετρικά διαγνωσμένης ΧΑΠ ποικίλει από 5% έως 13% και εξαρτάται από τη γεωγραφική θέση, το φύλο (υψηλότερος στους άνδρες), τις καπνιστικές συνήθειες, ενώ σε άτομα άνω των 60 ετών μπορεί να φτάσει μέχρι και στο 30% του γενικού πληθυσμού. Σε πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της κλινικά σημαντικής νόσου σε δείγμα γενικού πληθυσμού ήταν 10,1%. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό υποδιάγνωσης της νόσου ξεπερνά το 50% και οφείλεται τόσο στην περιορισμένη χρήση της σπειρομέτρησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όσο και στην υποεκτίμηση των συμπτωμάτων από τους ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η ΧΑΠ είναι σήμερα η τέταρτη αιτία θανάτου παγκοσμίως, ενώ έως το 2030 αναμένεται να αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου και την πέμπτη αιτία αναπηρίας. Το 50% των ασθενών είναι ηλικίας κάτω των 65 ετών. Οι πάσχοντες ανέρχονται σήμερα στα 450.000.000-500.000.000 και στη νόσο οφείλονται πάνω από 3.000.000 θάνατοι ετησίως. Η παγκόσμια επίπτωση της ΧΑΠ στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται στο 10% σε ενήλικες άνω των 40 ετών. Η ΧΑΠ αποτελεί σοβαρή αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στην Ελλάδα. Η επίπτωσή της φτάνει στο 8,4% στο γενικό πληθυσμό (11,6% στους άνδρες και 4,8% στις γυναίκες).

Είναι πλήρως αντιληπτό ότι το κάπνισμα, ενεργητικό και παθητικό αποτελεί τον κυριότερο εκλυτικό παράγοντα για την ΧΑΠ. Το 90% περίπου των πασχόντων είναι ή ήταν καπνιστές. Κρίνεται εξαιρετικά σημαντική λοιπόν η πλήρης εφαρμογή της Σύστασης του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος και η υιοθέτηση πρωτοβουλιών για την ενίσχυση της καταπολέμησής του.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Πνευμονολογία-Κων.Π.Ζαρογουλίδης & Συνεργάτες, 1^η έκδοση Θεσσαλονίκη 2013.
- Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια –William MacNee & Stephen Rennard.
- Το οικονομικό κόστος της ΧΑΠ στην κοινωνία-Νίκος Μανιαδάκης.
- Ευρωπαϊκή Οδηγία κατά του καπνίσματος-Eur-Lex-c11571.
- Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια –Παράγοντες κινδύνου-
www.iatronet.gr/article/26591.
- Αίτια-Θάνατοι η ΧΑΠ μέχρι το 2030-www.iatronet.gr/eidiseis-nea/24672.
- European Non-Communicable Respiratory Disease Research 2012-2013 PLOS ONE/DOI: 10-1371/journal April 25 2016.
- Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια-Υπουργείο Υγείας www.moh.gov.gr/artcles/health



20. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ) ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΝΟΣΗΣΗ ΑΠΟ COVID-19

Κ. Δώδος, Χρ. Αγγελόπουλος, Μ.-Α. Θεοδώρα, Π. Κάβουρα, Αικ. Χανιώτου
Πνευμονολογική κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

Εισαγωγή: Η πανδημία covid-19 επηρέασε ψυχολογικά τους ανθρώπους σε παγκόσμιο επίπεδο, ιδιαίτερα όμως επηρεάστηκαν ασθενείς με χρόνια προβλήματα. Υπάρχουν λίγες μελέτες σχετικά με τις ανησυχίες των ανθρώπων και που βασίζονται αυτές.

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη των ανησυχιών τις οποίες βίωσαν ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και πως τους επηρέασε..

Μέθοδος: συμμετείχαν 50 ασθενείς του τακτικού εξωτερικού πνευμονολογικού ιατρείου οι οποίοι έπασχαν από ΧΑΠ μέσης ηλικίας 65 έτη (32 άνδρες και 18 γυναίκες) οι οποίοι προσήλθαν από τον Σεπτέμβριο 2022 έως Μάρτιο 2023. Από αυτούς 31 έπασχαν από ήπιας βαρύτητας ΧΑΠ, 17 ασθενείς από μέτριας βαρύτητας και 2 είχαν σοβαρού βαθμού ΧΑΠ. Τους δόθηκε μία ερώτηση ανοικτού τύπου. “Ποια είναι η κύρια ανησυχία σας σχετικά με την νόσηση από κορωνοϊό:”

Αποτελέσματα: οι απαντήσεις έδειξαν ότι όλοι αισθάνονταν τρωτοί κι ευάλωτοι απέναντι στον κορωνοϊό λόγω του υποκείμενου νοσήματός τους. Ιδιαίτερα όσοι έπασχαν από μέτρια και σοβαρή νόσο ένιωθαν αβεβαιότητα για την έκβαση της νόσου και ανασφάλεια για την επιβίωσή τους. Σημαντικό είναι ότι όλοι σχεδόν ποσοστό 86% (43 άτομα) πρόσθεσαν ότι η εμπειρία πλέον από την πληροφόρηση ή από νόσηση συνοδευόταν από λιγότερο άγχος.

Συμπέρασμα: Η πανδημία είχε σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις σε ασθενείς με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα. Οι ανησυχίες αντανακλούν συναφείς παράγοντες καθώς και την υποκειμενική εμπειρία της υπάρχουσας κατάστασης. Κλειδί της αντιμετώπισης τέτοιων καταστάσεων πρέπει να είναι η μείωση της ανησυχίας σε ρεαλιστικό επίπεδο, βοήθεια για βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους και έγκυρη και κατανοητή ιατρική πληροφόρηση.



21. ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FAGERSTRÖM) ΣΤΟΥΣ ΕΝΕΡΓΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Ευθ. Παπαδοπούλου¹, Α.-Μπ. Χάιδιτς², Α. Μαθιουδάκης³, Ι. Λύρα⁴, Ρ. Οικονομίδου⁵, Δρ. Τσαβλής⁶, Στ. Τρύφων⁷

¹ Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ

³ Division of Immunology, Immunity to Infection and Respiratory Medicine, School of Biological Sciences, The University of Manchester - North West Lung Centre, Wythenshawe Hospital, Manchester University NHS Foundation Trust, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, United Kingdom

⁴ Τμήμα Κλινικών Μελετών, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

⁵ Κέντρο Υγείας Ευόσμου Θεσσαλονίκης

⁶ Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ

⁷ Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός Εργασίας: Το κάπνισμα προδιαθέτει στην εμφάνιση και δυσμενή εξέλιξη της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ). Η εξάρτηση από τη νικοτίνη επηρεάζει την καπνιστική συνήθεια αυξάνοντας την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου και δυσχεραίνοντας τη διακοπή. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν ο προσδιορισμός του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη στους ενεργούς καπνιστές με και χωρίς ΧΑΠ.

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε συγχρονική μελέτη στις αγροτικές περιοχές της Βορείου Ελλάδος. Η επιλογή των περιοχών έγινε για την ελαχιστοποίηση της έκθεσης σε ατμοσφαιρικούς ρύπους, που έχουν επίσης συσχετισθεί με την εμφάνιση ΧΑΠ. Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση και διακρίθηκαν σε 2 ομάδες: με φυσιολογική σπιρομέτρηση και συμβατή με ΧΑΠ. Ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη στους ενεργούς καπνιστές αξιολογήθηκε με το ολικό σκορ και την 1^η ερώτηση στο ερωτηματολόγιο Fagerström (χρονική περίοδος από την πρωινή έγερση μέχρι το 1^ο τσιγάρο).

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 970 μόνιμοι κάτοικοι αγροτικών περιοχών Βορείου Ελλάδος ηλικίας 35-92 (63,6±12,6) ετών. Από τους ενεργούς καπνιστές (37,3%, N=362), οι 288 είχαν φυσιολογική σπιρομέτρηση, ενώ 71 παρουσίαζαν ευρήματα συμβατά με ΧΑΠ. Διαπιστώθηκε πως και οι δύο ομάδες συμμετεχόντων είχαν μέτρια εξάρτηση από τη νικοτίνη (6,2±2,7), αλλά οι καπνιστές με ΧΑΠ είχαν υψηλότερο σκορ στην 1^η ερώτηση Fagerström συγκριτικά με τους καπνιστές χωρίς ΧΑΠ. Από την λογιστική παλινδρόμηση προέκυψε πως η πιθανότητα εμφάνισης ΧΑΠ ήταν αυξημένη στους καπνιστές με υψηλότερο ολικό σκορ στο Fagerström (odds ratio=1,12, διάστημα εμπιστοσύνης 95% [1,01 – 1,24]) και μεγαλύτερη ηλικία (odds ratio=1,06, διάστημα εμπιστοσύνης 95% [1,03 – 1,09]). Διαπιστώθηκε ότι η αναπνευστική λειτουργία των καπνιστών με ΧΑΠ (δυναμικά εκπνεόμενος όγκος στο 1^ο δευτερόλεπτο, FEV₁%predicted), παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση στη γραμμική πολυπαραγοντική ανάλυση με το ολικό σκορ στο Fagerström και την ηλικία, καθώς



ελαττώνεται κατά 2,3 και κατά 0,58 μονάδες (%predicted) για κάθε μονάδα αύξησης στο Fagerström σκορ και για κάθε έτος αύξησης της ηλικίας, αντίστοιχα, χωρίς επίδραση του φύλου και του δείκτη καπνιστικής συνήθειας pack-years.

Συμπεράσματα: Το υψηλό σκορ στο ερωτηματολόγιο Fagerström προαναγγέλει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης και δυσμενούς εξέλιξης της ΧΑΠ στους ενεργούς καπνιστές μεγαλύτερης ηλικίας. Τα ευρήματά μας υπογραμμίζουν τη σημασία ενισχυμένης υποστήριξης των καπνιστών σε οργανωμένα προγράμματα διακοπής καπνίσματος.



22. ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΙΓΕΚΥΚΛΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΗ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Μ. Κηπουρού¹, Ό. Μπέγου², Κ. Μανίκα³, Γ. Ισμαήλος⁴, Π. Κοντού⁵, Γ. Πίτσιου⁶, Ε. Γκίκα⁷, Ι. Κιουμής⁸

¹ Πνευμονολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε.

² Τμήμα Χημείας ΑΠΘ

³ Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

⁴ ΕΛΠΕΝ Φαρμακευτική

⁵ 1η ΜΕΘ Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

⁶ Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», ΑΠΘ

⁷ Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

⁸ Καθηγητής Emeritus, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

Σκοπός: Εκτίμηση των φαρμακοκινητικών χαρακτηριστικών της τιγκεκυκλίνης σε ασθενείς με λοιμώδη παρόξυνση Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ).

Υλικά και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 11 νοσηλεύόμενοι ασθενείς με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, λόγω λοιμώδους παρόξυνσης ΧΑΠ, λαμβάνοντας δόση εφόδου 100mg και στη συνέχεια 50mg τιγκεκυκλίνης δύο φορές την ημέρα. Λήφθηκαν δείγματα αίματος και πτύελων σε σταθερή κατάσταση, μετά την έβδομη δόση της τιγκεκυκλίνης, στα χρονικά στιγμιότυπα 0 (ακριβώς πριν την έναρξη χορήγησης της δόσης), 1, 2, 3, 4, 6, 9, και 12 ώρες (πριν τη χορήγηση της επόμενης δόσης της τιγκεκυκλίνης). Οι συγκεντρώσεις της τιγκεκυκλίνης σε πλάσμα και πτύελα μετρήθηκαν μέσω LC-MS/MS μεθόδου, που αναπτύχθηκε για τις ανάγκες της μελέτης, και τα δεδομένα αναλύθηκαν με noncompartmental μοντέλο (WinNonlin software, v.8.3.).

Αποτελέσματα: Στο πλάσμα, η μέση C_{max} ήταν 975.95 ± 490.36 ng/mL και η μέση C_{min} 214.48 ± 140.62 ng/mL. Στα πτύελα, η μέση C_{max} ήταν 641.91 ± 253.07 ng/mL και η μέση C_{min} 308.06 ± 61.7 ng/mL. Στο πλάσμα, η μέση AUC_{0-12} ήταν 3765.89 ± 1862.23 ng*h/mL και στα πτύελα 4023.27 ± 793.37 ng*h/mL. Η μέση διεισδυτικότητα της τιγκεκυκλίνης στα πτύελα εκτιμήθηκε 1.65 ± 1.35 . Η μέση τιμή του λόγου της ελεύθερης AUC_{0-24} πλάσματος/MIC για τα *Streptococcus pneumoniae* και *Haemophilus influenzae* ήταν 25.10 ± 12.42 και 6.02 ± 2.97 αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματά μας υποστηρίζουν την κλινική αποτελεσματικότητα της τιγκεκυκλίνης κατά των κοινών βακτηριακών αιτιών των παροξύνσεων της ΧΑΠ και υπογραμμίζουν την ικανοποιητική της διεισδυτικότητα στον πνεύμονα σε λοιμώξεις του αναπνευστικού μέτριας βαρύτητας.



TBC & ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

23. ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ Η΄ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ. ΔΥΟ ΝΟΣΟΙ ΜΕ ΚΟΙΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΛΛΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A. Πατσούρας, B. Παναγούλιας, X. Λαμπράκης
2η Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Σκοπός Εργασίας: Η δυσκολία της διάγνωσης νοσημάτων με παρόμοια ιστολογική εικόνα και η ανταπόκριση στη θεραπεία ως διαγνωστικό κριτήριο.

Υλικά και Μέθοδοι: Ασθενής 55 ετών, προσήλθε λόγω βήχα και δύσπνοιας σταδιακά επιδεινούμενης από 6 μήνου. Από τη CT θώρακος, αναδείχθηκε αμφοτερόπλευρη λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου και οζίδια συρρέοντα άμφω. Ο ασθενής είχε θετική Mantoux (15mm) και QuantiFERON. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε υψηλό ασβέστιο ούρων 24ώρου. Διενεργήθηκε EBUS-TBNA-TBNA. Η ιστολογική εξέταση των λεμφαδένων ανέδειξε ειδική κοκκιωματώδη νόσο (νεκρωτικό κοκκίωμα), πιθανώς φυματιώδους αρχής. Τα δείγματα από το washing ήταν αρνητικά για β-Koch, μύκητες και κοινά μικρόβια όπως αρνητική ήταν και η καλλιέργεια των ιστικών δειγμάτων για β-Koch. Έγινε έναρξη HRZE. Παρά την αγωγή, ο ασθενής τρεις μήνες αργότερα εμφάνισε επιδείνωση της ακτινολογικής εικόνας και έγινε διακοπή των φαρμάκων.

Αποτελέσματα: Ακολούθησε έναρξη πρεδνιζολόνης, με εμφανή κλινική και απεικονιστική βελτίωση (μείωση μεγέθους λεμφαδένων, μείωση περιλεμφικών οζιδίων και διηθημάτων) εντός διμήνου, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση της σαρκοείδωσης. Ο ασθενής παρακολουθείται στο ιατρείο σαρκοείδωσης της κλινικής μας.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με σαρκοείδωση συνήθως έχουν αρνητική Mantoux ή QuantiFERON. Εάν οι παραπάνω είναι θετικές, εγείρεται η υποψία φυματίωσης. Επίσης το νεκρωτικό κοκκίωμα είναι χαρακτηριστικό εύρημα στη φυματίωση. Η λήψη ανοσοκατασταλτικών - κορτικοειδών στην παραπάνω περίπτωση μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφικές συνέπειες για τον ασθενή. Η έλλειψη απομόνωσης του μικροβίου καθιστά επίσης την αντιφυματική θεραπεία επισφαλής. Η μη ανταπόκριση στη θεραπεία καθιστά τη διάγνωση της φυματίωσης αβέβαιη. Διεπιστημονική προσέγγιση με συνεργασία πολλών ειδικοτήτων είναι απαραίτητα για τη σωστή διάγνωση και θεραπεία των ασθενών.



24. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

**Μ. Σιωνίδου¹, Π. Κυρέλτση¹, Ε. Κατσιμπουρλιά³, Ε. Παπαδάκη¹, Μ. Hadji-Mitrova¹,
Α. Τσάκωνα¹, Στ. Γκλαντζούνη³, Α. Λιάκα², Α. Νικοπούλου³, Κ. Μανίκα¹**

¹Εξωτερικό Ιατρείο Φυματίωσης, Μονάδα Αναπνευστικών Λοιμώξεων, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

²Ανοσολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

³Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ιχνηλάτηση φυματίωσης στους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στη νοσηλεία και διαχείριση διασωληνωμένου ασθενή στον οποίο διαγνώστηκε ως τυχαίο εύρημα πνευμονική φυματίωση με κοιλότητα, θετική μοριακή εξέταση και αρνητική άμεση χρώση.

Υλικό και Μέθοδος: Στον έλεγχο περιβάλλοντος συμμετείχαν 59 επαγγελματίες υγείας που ήρθαν σε επαφή με τον ασθενή (νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, τραυματιοφορείς, διασώστες ΕΚΑΒ, χειριστές ακτινολογικού, ιατροί, βοηθοί θαλάμου, καθαρίστριες). Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, ο έλεγχος διενεργήθηκε 8 εβδομάδες μετά τη διάγνωση του ασθενή. Όλοι οι εξεταζόμενοι υποβλήθηκαν σε κλινική εξέταση, ακτινογραφία θώρακα και Mantoux. Επίσης, συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο, που εστίαζε στο ατομικό ιατρικό ιστορικό και την πιθανή ανοσοκαταστολή τους, το είδος φροντίδας και το χρόνο έκθεσης στον ασθενή, πιθανά συμπτώματα ενεργού νόσου, προηγούμενη αγωγή για ενεργό ή λανθάνουσα φυματίωση και εμβολιασμό με BCG. Σε όσους είχαν Mantoux $\geq 5\text{mm}$, έγινε έλεγχος με IGRA (Quantiferon).

Αποτελέσματα: Όλοι οι εξεταζόμενοι είχαν φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα και απουσία συμπτωμάτων ενεργού πνευμονικής φυματίωσης. Από το σύνολο των 59 εξεταζόμενων, οι 28 είχαν αρνητική Mantoux. IGRA διενεργήθηκε στα 31 άτομα με Mantoux $\geq 5\text{mm}$ και επιπλέον σε 3 με αρνητική, επειδή είχαν επαφή παλαιότερα και λάμβαναν κορτικοθεραπεία. Θετικό IGRA είχαν 6 εξεταζόμενοι. Σε αυτούς έγινε σύσταση αγωγής για λανθάνουσα φυματίωση με συνδυασμό ισονιαζίδης και ριφαμπικίνης για 3 μήνες. Σύσταση για αγωγή έγινε επίσης και σε άλλους 6 παρά την αρνητική IGRA, επειδή είχαν ισχυρά θετική Mantoux δεκαετίες μετά το BCG, παρατεταμένο χρόνο έκθεσης με τον ασθενή ή ανοσοκαταστολή. Οι μισοί από αυτούς ξεκίνησαν άμεσα την αγωγή (6 εξεταζόμενοι), σε έναν αναβλήθηκε λόγω υψηλών τιμών στις τρανσαμινάσες και οι υπόλοιποι την ανέβαλλαν για διάφορους προσωπικούς λόγους. Επίσης, σε 3 εργαζόμενους με θετική Mantoux και αρνητική IGRA συστήθηκε επανάληψη της IGRA σε δύο μήνες, καθώς προβλημάτισε από τη μια η ισχυρή θετική Mantoux, αλλά και η μικρή έκθεση με τον ασθενή από την άλλη.

Συμπέρασμα: Ο κίνδυνος έκθεσης των επαγγελματιών υγείας σε φυματίωση παραμένει υπαρκτός και δεν πρέπει να παραβλέπεται. Η απόφαση για την λήψη αγωγής για λανθάνουσα φυματίωση είναι εξατομικευμένη και λαμβάνεται από το γιατρό και τον ασθενή.



25. ΑΤΥΠΗ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΩΣΗ ΣΕ ΜΟΥΣΙΚΟ ΜΕ ΚΟΙΛΟΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μ. Γαγγάδη¹, Θ. Ανδρονίκου¹, Χ. Μόσχος², Ε. Μοσχοτζοπούλου¹, Η. Καϊνης¹

¹ 10η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

² Αντιφυματικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Εισαγωγή: Έχουν γίνει διάφορες μελέτες που αναδεικνύουν τον αποικισμό των πνευστών οργάνων από βακτήρια, μύκητες αλλά και από μυκοβακτηρίδια που μπορεί να δημιουργήσουν διασπορά σε μουσικούς που κάνουν κοινή χρήση.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 61 ετών, ενεργός καπνιστής 40ρ/γ, επαγγελματίας μουσικός πνευστού οργάνου, με ατομικό αναμνηστικό ήπιας ΧΑΠ. Προ 9 μηνών νόσησε από SARS-COV-2, και σε αξονική θώρακος που έγινε ένα μήνα μετά παρουσίαζε εκτεταμένες κυστικές βρογχιεκτασίες στον ΔΕ άνω και κορυφαίο τμήμα του ΔΚΛ, οζόμορφες πυκνωτικές αλλοιώσεις δεξιού πνεύμονα και πολλαπλές μικροοζώδεις σκιάσεις άμφω. Από διμήνου αναφέρει δεκατική πυρετική κίνηση και παραγωγικό βήχα. Υποβλήθηκε τότε σε επαναληπτική CT θώρακος: Νέα ευρήματα με κοιλοτικές βλάβες πνεύμονα με περιεχόμενο εντός αυτών, ενώ παρέμεναν οι πολλαπλές μικροοζώδεις αλλοιώσεις ποικίλου μεγέθους. Δεν προχώρησε τότε σε διερεύνηση αλλά λόγω αιμόπτυσης και απώλειας βάρους επισκέφτηκε τα ΤΕΙ όπου προγραμματίστηκε βρογχοσκόπηση και νέα CT θώρακος: ίδια ευρήματα με επιδείνωση, αύξηση της έκτασης οζιδίων με κατά τόπους tree-in-bud και νέα αλλοίωση με κοιλοποίηση διαμέτρου 4 cm ΑΚΛ. Έγινε mini BAL και εστάλησαν καλλιέργειες για κοινά μικρόβια, B-Koch, β-d-γαλακτομανάνη, μύκητες, νοκάρδια, SARS-COV-2 και κυτταρολογική.

Ο εργαστηριακός έλεγχος είχε αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP=62, φ.τ=0-5mg/dl). Επίσης ο αιματολογικός έλεγχος για Ag, IgM, IgG και IgA έναντι Ασπεργίλου, Quantiferon, α1-αντιθρυψίνη και κολλαγονικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Η υγρή καλλιέργεια για b-Koch από το BAL ήταν θετική (100-200 αποικίες) για Myc Avium Intracellulare. Έγινε έναρξη αγωγής με Rifampicin, Ethambutol, Azithromycin και Amikacin.

Συζήτηση: Τα άτυπα μυκοβακτηρίδια βρίσκονται σε μεγάλες συγκεντρώσεις στο χρώμα και σε μέρη με υγρασία όπως π.χ οι σωλήνες ύδρευσης. Είναι ανθεκτικά στο νερό και σε διάφορα χημικά για αυτό ανευρίσκονται ακόμη και στο πόσιμο νερό, σε ντουζιέρες αλλά και σε σάουνες. Υπάρχουν αναφορές ότι μπορούν να παραμείνουν στους αυλούς πνευστών οργάνων αρκετές ημέρες και δύσκολα απομακρύνονται. Οι πνευμονικές λοιμώξεις από άτυπα είναι πιο συχνές σε καπνιστές, ανοσοκατεσταλμένους και άτομα με ΧΑΠ. Στον συγκεκριμένο ασθενή οι κοιλοτικές βλάβες μπορεί να ήταν αποτέλεσμα της Covid-19 λοίμωξης ή μιας χρονίζουσας λοίμωξης από το MAI ή και συνδυασμός. Η έγκαιρη διάγνωση αυτών των λοιμώξεων είναι απαραίτητη γιατί η αντιμετώπιση και η εκρίζωση τους από εκτεταμένες αλλοιώσεις είναι δύσκολη, και απαιτεί πολύπλοκες θεραπείες που μπορεί να διαρκέσουν πολλά έτη.



26. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΗΣ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗΣ ΜΕ ΙΣΑΒΟΥΚΟΝΑΖΟΛΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ε. Παπαδάκη¹, Μ. Σιωνίδου¹, Μ. Hadji-Mitrova¹, Φ. Γκάκου¹, Α. Βογιατζόγλου¹, Α. Νικοπούλου², Κ. Μανίκα¹, Δ. Παπακώστα¹

¹ Μονάδα Αναπνευστικών Λοιμώξεων, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση στην επίπτωση της διηθητικής ασπεργίλλωσης. Η θνητότητα παραμένει υψηλή, ειδικά σε ανοσοκασταλμένους ασθενείς. Η βορικοναζόλη συνεχίζει να αποτελεί τη θεραπεία εκλογής, αν και καινούργια φάρμακα όπως η ισαβουκοναζόλη φαίνεται να έχουν καλή αποτελεσματικότητα και λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Στη συνέχεια παρουσιάζουμε τρεις περιπτώσεις ασθενών με διηθητική ασπεργίλλωση που αντιμετώπιστηκαν στο Ιατρείο Λοιμώξεων της Πνευμονολογικής ΑΠΘ.

Παρουσίαση Περιστατικών: Το πρώτο περιστατικό αφορά γυναίκα 68 ετών με ιστορικό ασπεργίλλωσης από το 2018 σε έδαφος γνωστών βρογχιεκτασιών. Η διάγνωση είχε γίνει από καλλιέργεια πτυέλων που απομονώθηκε *Aspergillus fumigatus* και *Aspergillus terens*. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με βορικοναζόλη. Ένα μήνα μετά την έναρξη αγωγής εμφάνισε ηπατοτοξικότητα και διέκοψε την αγωγή και την παρακολούθησε της. Το 2022 νοσηλεύτηκε με αυξημένη απόχρεμψη και δεκατική πυρετική κίνηση από μηνών. Η αξονική θώρακα ήταν επιδεινωμένη με ευμεγέθεις μάζες στους πνεύμονες, κάποιες από τις οποίες εμφάνιζαν κοιλοποίηση. Στάλθηκε εκ νέου βρογχικό έκπλυμα, η καλλιέργεια του οποίου ήταν αρνητική, όμως είχε θετικό PCR για *Aspergillus*. Βάσει του προηγούμενου ιστορικού αποφασίστηκε η έναρξη αγωγής με ισαβουκοναζόλη. Η ασθενής έλαβε θεραπεία για 10 μήνες με καλή ανοχή στο φάρμακο και ικανοποιητική κλινική ανταπόκριση.

Ο δεύτερος ασθενής είναι 58 ετών, με τρία επεισόδια αυτόματου πνευμοθώρακα στο ιστορικό του και συχνά επεισόδια αιμόπτυσης που δεν είχε διερευνήσει. Σε νοσηλεία για αιμόπτυση φάνηκε μια εκτεταμένη πύκνωση ΑΑΛ με παρουσία κοιλότητας και ενδοκοιλοτικό μόρφωμα (μυκήτωμα). Απομόνωσε *Aspergillus niger* σε καλλιέργεια πτυέλων και τέθηκε σε αγωγή με ισαβουκοναζόλη. Έλαβε αγωγή για ένα έτος με κλινική και ακτινολογική βελτίωση, μείωση των πυκνωτικών στοιχείων, μείωση των διαστάσεων της κοιλότητας και εξαφάνιση του μυκητώματος.

Η τρίτη ασθενής είναι γυναίκα 72 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη και ρευματοειδούς αρθρίτιδας υπό anti-TNF παράγοντα. Σε αξονική θώρακα που διενεργήθηκε λόγω έντονης κακουχίας φάνηκαν **συρρέοντα** διηθητικά στοιχεία με παρουσία κοιλοτήτων. Απομονώθηκε *Aspergillus niger* από βρογχικό έκπλυμα. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με βορικοναζόλη, όμως λόγω ηπατοτοξικότητας εντός 10 ημερών από την έναρξη, έγινε αλλαγή της αγωγής σε ισαβουκοναζόλη. Λαμβάνει αγωγή τρεις μήνες, χωρίς μέχρι στιγμής να εμφανίζει κάποια επιπλοκή.

Συμπέρασμα: Η ισαβουκοναζόλη αποτελεί μία αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση της ασπεργίλλωσης, με καλύτερη ανοχή από τους ασθενείς.



27. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**A. Καρκάλα, A. Ζαχαρίας, A. Βογιατζόγλου, E. Σούρλα, A. Τζίνας, K. Ρουκάς,
A. Αργυροπούλου, I. Νάκου, I. Μπέης, A. Πατάκα, Γ. Πίτσιου**

Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου, ΑΠΘ

Παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις ασθενών με εγκεφαλίτιδα από ιό Δυτικού Νείλου (ΔΝ), που λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας χρειάστηκαν διασωλήνωση και μακρά νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

Περιστατικό 1: Ασθενής άνδρας, 58 ετών, με ιστορικό Συνδρόμου Απνοιών-Υποπνοιών, παρουσιάστηκε με εμπύρετο, πτώση επιπέδου συνείδησης και νοσηλεύτηκε αρχικά σε παθολογική κλινική ως εγκεφαλίτιδα από ιό ΔΝ. Από την απεικόνιση του εγκεφάλου, αναδείχθηκε οίδημα εγκεφαλικού φλοιού χωρίς εστιακές βλάβες. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ακυκλοβίρη και δεξαμεθαζόνη. Λόγω βαριάς αναπνευστικής ανεπάρκειας τύπου II και έκπτωσης επιπέδου συνείδησης, διασωληνώθηκε και διακομίστηκε στη Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας. Λόγω αδυναμίας αποδέσμευσης από τον μηχανικό αερισμό, ο ασθενής τραχειοστομήθηκε. Από ηλεκτροεγκεφαλογραφικό έλεγχο, αναδείχθηκε εγκεφαλική δυσλειτουργία με επιληπτικές κρίσεις. Στους 3 μήνες νοσηλείας του, παρά τις πολλαπλές προσπάθειες, λόγω έντονης μυοπάθειας, η σύγκλιση της τραχειοστομίας κρίθηκε αδύνατη.

Περιστατικό 2: Ασθενής άνδρας, 82 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και νόσου του Parkinson, παρουσιάστηκε με εμπύρετο, υπονατρίαζια και νοσηλεύτηκε αρχικά σε παθολογική κλινική. Τέθηκε αργότερα η διάγνωση της εγκεφαλίτιδας από ιό ΔΝ. Ο ασθενής εμφάνισε πνευμονική εμβολή σε λοβαίο και τμηματικούς κλάδους και λόγω πτώσης επιπέδου συνείδησης, διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας. Κατά τη νοσηλεία του εμφάνισε καρδιολογικές διαταραχές του ρυθμού, οξεία νεφρική ανεπάρκεια και έντονη δυσκολία αφύπνισης. Τελικά τραχειοστομήθηκε και παρέμεινε έντονα συγχυτικός κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Ο Ιός του Δυτικού Νείλου (ΔΝ), είναι ένας είναι RNA ιός του γένους Flavivirus, μεταδιδόμενος με δήγμα κουνουπιού, λιγότερο από 1% των ατόμων που μολύνονται αναπτύσσουν νευροδιδεισδυτική νόσο, με συνήθεις εκδηλώσεις εγκεφαλίτιδας και μηνιγγοεγκεφαλίτιδας. Από τα πρώτα ήδη κρούσματα, έγινε φανερή η συστηματική επίπτωση του ιού, με το 1/3 των ασθενών να εμφανίζουν συμπτωματολογία από το αναπνευστικό σύστημα. Το σύνδρομο μπορεί να εκδηλωθεί με παράλυση των αναπνευστικών μυών και νευρομυϊκού τύπου αναπνευστική ανεπάρκεια, οδηγώντας τους ασθενείς σε διασωλήνωση και συχνά σε τραχειοστομία, καθώς αργούν να ανακάμψουν ως προς τον λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής. Τα συγκεκριμένα περιστατικά, αναδεικνύουν την ιδιαίτερη σημασία του διαγνωστικού ελέγχου για λοίμωξη από ιό ΔΝ σε περιστατικά εγκεφαλίτιδας χωρίς καθορισμένη διάγνωση, ειδικότερα τους θερινούς μήνες, ακόμα και σε άτομα νεότερης ηλικίας, την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση επί σημείων αναπνευστικής ανεπάρκειας και τον μείζονα ρόλο του πνευμονολόγου/εντατικολόγου.



28. ΣΟΒΑΡΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΔΕΝΟΙΟ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Μ. Παπαθανασίου², Σ. Καλπακίδης¹, Ε. Παπανδρέου², Κ. Αποστολίδου¹, Γλ. Βλαχογιάννη², Β. Δημητριάδου²

¹ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος»

² ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος»

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού ανοσοεπαρκούς ασθενούς με σοβαρή πνευμονία από αδενοϊό.

Υλικά-Μέθοδοι: Άρρεν, 35 ετών, με αυξημένο BMI με ιστορικό ρινικών πολυπόδων, προσέρχεται στα ΤΕΠ αιτώμενος εμπυρέτου από 5ημέρου με συνοδό παραγωγικό βήχα και φαρυγγοδυνία. Έλαβε κλινδαμυκίνη και μοξιφλοξασίνη.

Επρόκειτο για ασθενή αιμοδυναμικά σταθερό, με αναπνευστική ανεπάρκεια (ABGs: PH=7.45, PCO₂:36, PO₂: 60, SO₂: 92%) και αρνητικό για SARS-COV2 και ιό της γρίπης. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοπενία με λεμφοπενία, αυξημένους δείκτες φλεγμονής (ΤΚΕ=49. CRP=11,3 <0.5) και αυξημένες τιμές CPK και LDH. Από τον απεικονιστικό έλεγχο (αξονική θώρακος) ανεδείχθη: α) πύκνωση πρόσθιου τμήματος του ΔΑΛ, κορυφαίου τμήματος ΔΚΛ και βασικών τμημάτων του ΑΚΛ, β) στρόγγυλη πύκνωση στον ΑΑΛ.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με μοξιφλοξασίνη, οσελταμιβίρη, εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά και οξυγονοθεραπεία με ρινική κάνουλα στα 3-4 lt/min O₂. Παρέμενε εμπύρετος για 72 ώρες και παρουσίασε αερομετρική, εργαστηριακή και απεικονιστική επιδείνωση. Έγινε κλιμάκωση της οξυγονοθεραπείας σε διπλή παροχή με μάσκα μη επανεισπνοής αρχικώς και έπειτα σε HFNC με FiO₂: 90% (ABGs: PH=7.41, PO₂: 97.7, PCO₂:32.5, SO₂:98%). Παρόλη την επιδείνωση παρέμενε ευπνοϊκός. Παράλληλα κλιμακώθηκε η αντιβιοτική αγωγή αρχικά σε συγχορήγηση μοξιφλοξασίνης-κεφταρολίνης και έπειτα χορήγηση μεροπενέμης-βαρμπομπακτάμης. Τέλος, από το λοιπό έλεγχο οι καλλιέργειες αίματος καθώς και ο αδρός ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικά, ενώ από την multiplex-PCR απομονώθηκε αδενοϊός. Ο ασθενής σταδιακά εμφάνισε βελτίωση με αποτέλεσμα την αποκλιμάκωση και διακοπή της οξυγονοθεραπείας.

Συμπεράσματα: Η πνευμονία από αδενοϊό σε ανοσοεπαρκείς ενήλικες είναι αρκετά σπάνια, ενώ είναι πιο συχνή σε ανοσοκατεσταλμένους. Κλινικά εκδηλώνεται με υποξαιμία ενώ απεικονιστικά παρατηρούνται αμφοτερόπλευρες πνευμονικές διηθήσεις με εικόνα «θαμβής υάλου» και παρουσία πλευριτικής συλλογής. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπευτική γραμμή, ενώ σε περιπτώσεις ασθενών φαίνεται να έχει χορηγηθεί από του στόματος ριμπαβιρίνη. Η πρόγνωση των ασθενών είναι κακή με αρκετά υψηλά ποσοστά ανάγκης μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού και κατόπιν διασωλήνωσης και μηχανικού αερισμού. Η θνητότητα αγγίζει το 50%. Στο δικό μας το περιστατικό, ωστόσο, ο ασθενής δεν χρειάστηκε να υποστηριχθεί με μηχανικό αερισμό.



29. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΡΙΠΗ

Δ. Σιώπη, Δ.-Δ. Σαμαρά, Μ.-Χρ. Γραμμένου, Ε.-Α. Γιοβάνη, Ευφ. Καμαριώτου, Μ. Καματερού, Χρ. Ραμπιάδου, Αικ. Μανίκα, Δ. Χλωρός, Δ. Παπακώστα
Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Κάθε χρόνο η γρίπη ευθύνεται για ένα σημαντικό ποσοστό νοσηρότητας και θνητότητας στο γενικό πληθυσμό. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών και της έκβασης νοσηλευόμενων ενήλικων ασθενών με εποχική γρίπη.

Μέθοδος-ασθενείς: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης νοσηλευόμενων ασθενών με επιβεβαιωμένη με μοριακό έλεγχο γρίπη τύπου Α και Β, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν από το Νοέμβριο 2022 έως τον Απρίλιο 2023 στην ενιαία Πνευμονολογική κλινική του Γ.Ν. Γ. Παπανικολάου.

Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι συνοσηρότητες, ο δείκτης συνοσηρότητας Charlson (CCI), εργαστηριακά ευρήματα (αριθμός λευκών και λεμφοκυττάρων, CRP, LDH, CPK, SGOT, SGPT, τιμές κρεατινίνης και τροπονίνης), η παρουσία πνευμονίας, αναπνευστικής ανεπάρκειας, η θεραπευτική αγωγή καθώς και η έκβαση.

Αποτελέσματα: 26 ασθενείς (18 άντρες, 8 γυναίκες) με διάμεση ηλικία 72 έτη διαγνώστηκαν μετά από μοριακό έλεγχο ρινοφαρυγγικού επιχρίσματος με γρίπη τύπου Α στο 92,3 % και τύπου Β στο 7,7%.

Έπασχαν από: Χ.Α.Π. (30,8%), σακχαρώδη διαβήτη (30,8%), καρδιακή ανεπάρκεια (23,1%), Α.Ε.Ε(11,5%), στεφανιαία νόσο (19,2%), άνοια (11,5%), υποκείμενη νεοπλασματική νόσο (7,8%), νόσο συνδετικού ιστού(3,8%), χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (3,8%). Στο 48% των νοσηλευόμενων απεικονίστηκε πνευμονία. Ο CCI ήταν $4,53 \pm 1,94$ και η διάρκεια νοσηλείας τους $6,9 \pm 3,07$ ημέρες.

Στο 65,4% διαπιστώθηκε αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I και στο 23,1% αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου II. Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε οσελταμιβίρη και στο 80% χορηγήθηκαν αντιβιοτικά.

Απεβίωσε το 15,4% των ασθενών. Ο θάνατος συσχετίστηκε στατιστικά με την παρουσία πνευμονίας ($r:0,454$) και η διάρκεια νοσηλείας με την παρουσία αναπνευστικής ανεπάρκειας τύπου II ($r:0,635$) και τη χορήγηση αντιβιοτικών ($r:0,429$).

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία των νοσηλευόμενων ασθενών έπασχε από γρίπη τύπου Α. Πρόκειται στην πλειοψηφία τους για ηλικιωμένους ασθενείς με σημαντική συνοσηρότητα. Η έγκαιρη διάγνωση και υποστήριξη ασθενών με γρίπη καθώς και ο συστηματικός εμβολιασμός των ομάδων υψηλού κινδύνου είναι σημαντικές παρεμβάσεις για μια νόσο με αξιοσημείωτη θνητότητα.



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

13:30 - 15:15

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: Β. Αμπελίδου, Δ. Μουμτζή

ΧΑΠ - ΑΣΘΜΑ

30. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΕΡΟΛΙΖΟΥΜΑΒ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 12 ΜΗΝΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟ ΆΣΘΜΑ ΌΨΙΜΗΣ ΈΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΘΕΡΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ-ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ MESILICO

Κ. Δόμβρη¹, Ι. Τσιούπρου², Π. Μπακάκος³, Ν. Ροβίνα³, Π. Στεριόπουλος⁴, Α. Βούλγαρης⁴, Κ. Κατσούλης⁵, Μ. Κηπουρού⁵, Σ. Καραχρυσάφη¹, Θ. Παπαμήτσου¹, Α. Σιόγκα¹, Π. Αναστασιάδου⁶, Ν. Παστέλλη⁷, Στ. Παπαεμμανουήλ⁸, Στ. Τρύφων⁹, Ε. Φούκα², Δ. Παπακώστα², Κ. Πορπόδης²

¹ Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

² Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

³ 1η Πνευμονολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Αθήνα

⁴ Πνευμονολογική Κλινική, ΔΠΘ

⁵ Πνευμονολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

⁶ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Τμήμα Οδοντιατρικής, ΑΠΘ

⁷ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

⁸ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

⁹ Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός: Διερευνήσαμε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με Meropolizumab μέσω της αξιολόγησης της αναδιαμόρφωσης των αεραγωγών και των χαρακτηριστικών των ασθενών που σχετίζονται με ανταπόκριση στη θεραπεία.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Η MESILICO είναι μια πολυκεντρική μελέτη που περιλαμβάνει 8 Πνευμονολογικές Κλινικές στην Ελλάδα. Ασθενείς με σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα όψιμης έναρξης και σταθερή απόφραξη έλαβαν Meropolizumab (100mg SC, κάθε 4 εβδομάδες). Σαράντα επτά ασθενείς εντάχθηκαν στη μελέτη MESILICO και 39 από αυτούς στην υποομάδα διερεύνησης της αναδιαμόρφωσης των αεραγωγών. Ελήφθησαν βρογχικές βιοψίες πριν από την έναρξη της θεραπείας και μετά από 12 μήνες θεραπείας με Meropolizumab. Η αναδιαμόρφωση των αεραγωγών αξιολογήθηκε με τις διαφορές από την αρχική τιμή στο πάχος της βασικής μεμβράνης, στο στρώμα των λείων μυϊκών των αεραγωγών, στην ακεραιότητα του επιθηλίου και στον αριθμό των ηωσινοφίλων στον ιστό. Αναπνευστικές παράμετροι (FEV1, FVC, PEF) και δείκτες φλεγμονής (αριθμός ηωσινοφίλων στο αίμα, FENO, IgE) αξιολογήθηκαν πριν και μετά την έναρξη της θεραπείας. *Η κλινική μελέτη έχει καταχωρηθεί στο ClinicalTrials.gov, με αριθμό NCT04612556.*

Αποτελέσματα: Παρουσιάζονται προκαταρκτικά αποτελέσματα από 26 ασθενείς. Η θεραπεία με meropolizumab μετά από 12 μήνες είχε ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση στο



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

πάχος της βασικής μεμβράνης ($p < 0,001$), στο στρώμα των λείων μυϊκών ινών των αεραγωγών ($p = 0,004$), στη βλάβη του επιθηλίου ($p < 0,001$) και στον αριθμό των ηωσινοφίλων στον ιστό ($p < 0,001$). Βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στις αναπνευστικές παραμέτρους πριν και μετά τη θεραπεία (FEV1- $p < 0,001$, FVC- $p = 0,001$, PEF- $p = 0,014$, MEF- $p < 0,001$). Επίσης, αυξημένες τιμές του PEF συσχετίστηκαν θετικά με υψηλά ποσοστά μείωσης του πάχους της βασικής μεμβράνης ($p = 0,013$, $r = 0,559$) κι αυξημένες τιμές του MEF συσχετίστηκαν θετικά με αυξημένη μείωση του στρώματος των λείων μυϊκών ινών ($p < 0,001$, $r = 0,779$). Επιπλέον, ο δείκτης φλεγμονής FENO και ο αριθμός των ηωσινοφίλων στο περιφερικό αίμα βρέθηκαν σημαντικά χαμηλότεροι μετά από 12 μήνες θεραπείας ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Στη μελέτη μας, 12 μήνες θεραπείας με mepolizumab σε ασθενείς με όψιμης έναρξης σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα και σταθερή απόφραξη, οδηγεί σε μείωση του πάχους της βασικής μεμβράνης, του στρώματος των λείων μυϊκών ινών των αεραγωγών, της επιθηλιακής βλάβης και του αριθμού των ηωσινοφίλων στον ιστό σε συμφωνία με την τροποποιητική δράση του mepolizumab στη νόσο. **Χρηματοδότηση:** GSK 214163.



Σάββατο 27 Μαΐου 2023 | ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

ΚΑΡΚΙΝΟΣ

31. ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΙΑΣΗ. ΜΙΑ ΝΟΣΟΣ ΜΕ ΜΑΚΡΑ ΠΟΡΕΙΑ

Β. Παναγούλιας, Α. Πατσούρας, Χ. Λαμπράκης

2η Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Σκοπός Εργασίας: Η ανάδειξη της απομακρυσμένης στο χρόνο μετάστασης του καρκίνου του νεφρού ενδοβρογχικά σε ασθενείς ελεύθερους από νόσο.

Υλικά και Μέθοδοι: Παρουσίαση 2 περιστατικών με εμφάνιση δευτεροπαθών εντοπίσεων από ιαθείσα κακοήθεια νεφρού στον θώρακα μετά από δεκαετίες.

Ασθενής 75 ετών, πρώην καπνιστής, προσήλθε λόγω απώλειας βάρους 10 κιλών από 5 μήνου με συνοδό βήχα. Από το λοιπό ιστορικό του, είχε υποβληθεί σε αριστερή νεφρεκτομή προ 12 ετίας λόγω πρωτοπαθούς καρκίνου νεφρού. Δεν έλαβε χημειοθεραπεία μετεγχειρητικά. Από αξονική τομογραφία αναδείχθηκε ενδοβρογχική μάζα στον αριστερό στελεχιαίο βρόγχο και ατελεκτασία του αριστερού άνω λοβού. Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση, η οποία ανέδειξε λευκωπή πολυποειδή μάζα στην είσοδο του αριστερού στελεχιαίου βρόγχου. Ελήφθησαν βιοψίες και brushing.

Ασθενής 77 ετών, νυν καπνιστής προσήλθε λόγω δύσπνοιας σταδιακά επιδεινούμενης από μηνός με απώλεια βάρους. Είχε υποβληθεί σε δεξιά άνω λοβεκτομή προ 12 ετίας λόγω αδενοκαρκινώματος πνεύμονα και δεξιά μερική νεφρεκτομή προ 23 ετίας λόγω πρωτοπαθούς καρκίνου νεφρού. Δεν έλαβε χημειοθεραπεία μετεγχειρητικά. Από τη CT θώρακος αναδείχθηκε εκτεταμένη λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου. Διενεργήθηκε EBUS-TBNA-TBNB βρογχοσκόπηση.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε σε αμφοτέρους τους ασθενείς μεγάλα νεοπλασματικά κύτταρα, με ηωσινοφιλικό κυτταρόπλασμα και σημεία νέκρωσης και μτώσεως. Ο ανοσοιστοχημικός έλεγχος ανέδειξε νεφροκυτταρικό καρκίνωμα. Οι ασθενείς παραπέμφθηκαν σε ογκολόγο.

Συμπεράσματα: Ο συνήθης χρόνος μετάστασης από καρκίνωμα εκ διαυγών κυττάρων στους βρόγχους σπάνια ξεπερνά τα 5 χρόνια. Αποτελεί έναν θανατηφόρο καρκίνο, στον οποίον το ένα τρίτο των ασθενών έχει ήδη μετάσταση τη στιγμή της διάγνωσης. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως το βρογχογενή καρκίνο. Η καπνιστική συνήθεια στην περίπτωση μας και το μεγάλο χρονικό διάστημα από το χειρουργείο, αύξησαν την κλινική υποψία. Οι ασθενείς με καρκίνο του νεφρού πρέπει να έχουν μακρό follow-up, καθώς το ενδεχόμενο απομακρυσμένων στο χρόνο μεταστάσεων δεν αποκλείεται. Επίσης, αναπνευστικά συμπτώματα όπως ο βήχας σε ασθενείς με εξωθωρακικές κακοήθειες, πρέπει να εγείρουν ισχυρή κλινική υποψία στους πνευμονολόγους για πιθανές πνευμονικές μεταστάσεις.



32. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Β. Καρακρίδα, Π. Κυριακουλοπούλου, Γ. Κύτση

Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

Σκοπός Εργασίας: Η διερεύνηση συσχετίσεων των στεροειδών του φύλου με τον καρκίνο του πνεύμονα και ο ρόλος τους στην πρόγνωση και την ανταπόκριση στη θεραπεία.

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (2018-2023) στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google scholar. Ανευρέθησαν 27 αξιοποιήσιμα άρθρα.

Αποτελέσματα: Παρά την ισχυρή συσχέτιση του καρκίνου του πνεύμονα με το κάπνισμα, υπολογίζεται ότι στο σύνολο των ασθενών, το 15% των ανδρών και το 53% των γυναικών δεν έχουν καπνίσει ποτέ, ενώ οι καπνίστριες έχουν τριπλάσιο κίνδυνο, να αναπτύξουν κυρίως αδenoκαρκίνωμα. Στον καρκίνο του πνεύμονα κάποια γονίδια εκφράζονται διαφορετικά ανάλογα με το φύλο. Στις γυναίκες, η υπερέκφραση του CYP1A1, η μειωμένη ικανότητα επιδιόρθωσης του DNA και η μεγαλύτερη συχνότητα στις καπνοεπαγόμενες p53 μεταλλάξεις υποδηλώνουν ότι είναι πιο ευάλωτες στις καρκινογόνες ουσίες του καπνού από τους άνδρες. Τα οιστρογόνα και ο ER-β αποδείχθηκε, μέσω in vitro μελετών, ότι αλληλεπιδρούν με τον υποδοχέα του αυξητικού επιδερμικού παράγοντα (EGFR), τον υποδοχέα του παράγοντα νέκρωσης όγκων (TNF-α) και τον υποδοχέα του αυξητικού αγγειακού ενδοθηλιακού παράγοντα (VEGFR), επάγοντας την καρκινογένεση. Όσον αφορά την πρόγνωση, καλύτερη είναι στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και στους άνδρες και στον μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα (ΜΜΚΠ) με υψηλή έκφραση PR ή ER-α υποδοχέων. Αντίθετα, οι ER-β και η IL-6 είναι αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες. Παράλληλα, η μέτρηση των επιπέδων του μετατρεπτικού ενζυμου αρωματάση, θεωρείται πιθανός μελλοντικός δείκτης πρόγνωσης της νόσου. Σχετικά με την αντιμετώπιση του ΜΜΚΠ, η χημειοθεραπεία είναι αποτελεσματικότερη στις γυναίκες, ειδικότερα σε ER-α θετικό καρκίνο πνεύμονα. Επιπλέον, η χρήση αντιοιστρογόνων μειώνει την ανάπτυξη του όγκου, την έκφραση ER-β, και αυξάνει την ευαισθησία στη χημειοθεραπεία. Τέλος, τα μονοκλωνικά αντισώματα PDL-1 είναι πιο αποτελεσματικά στις γυναίκες ασθενείς.

Συμπεράσματα: Τα οιστρογόνα φαίνεται να έχουν σημαντικό ρόλο στον καρκίνο του πνεύμονα και στη θεραπεία του, αλλά απαιτείται περαιτέρω μελέτη των μονοπατιών καρκινογένεσης. Η πρόταση θεραπευτικών σχημάτων, που λαμβάνουν υπόψιν τις διαφορές της συμπεριφοράς του καρκίνου του πνεύμονα στα δύο φύλα, πιθανώς μελλοντικά να οδηγήσει σε πιο στοχευμένες θεραπείες με καλύτερη επιβίωση.



33. ΤΟ ΤΟΠΙΟ ΕΧΕΙ ΑΛΛΑΞΕΙ..

Π. Γεωργανάκης, Δ. Σαμαρά, Μ. Κωνσταντινίδου, Μ. Σαρόγλου, Α. Χλωρός
Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την πιο συχνή κακοήθεια παγκοσμίως τόσο σε επίπτωση όσο και σε θνησιμότητα με το αδενοκαρκίνωμα να αποτελεί τον πιο συχνό τύπο. Το αδενοκαρκίνωμα ανήκει στην κατηγορία του Μη Μικροκυτταρικού καρκίνου, μπορεί να αναπτυχθεί και σε μη καπνιστές, αφορίζεται από το βρογχοκυψελιδικό επιθήλιο και συνήθως το ανευρίσκουμε στην περιφέρεια του πνεύμονα. Η θεραπεία ανάλογα με το στάδιο της νόσου μπορεί να είναι χειρουργική εκτομή, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ανοσοθεραπεία, στοχευμένη θεραπεία η συνδυασμός αυτών. Στο στάδιο 4 θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός χημειοθεραπείας με/ή χωρίς ανοσοθεραπεία.

Σκοπός: Ανάδειξη της επιτυχημένης εφαρμογής συνδυασμού χημειοθεραπείας και ανοσοθεραπείας σε ασθενή με αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα με μεταστάσεις στον εγκέφαλο(σταδίου 4) και κακού performance status (PS 1).

Παρουσίαση περιστατικού: Άντρας, 70 ετών, πρώην καπνιστής με ατομικό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη παρουσιάζεται με συμπτώματα διαταραχής μνήμης, κεφαλαλγίας, ατονίας και πάρεσης αριστερού κάτω άκρου από 4μήνου. Σε αξονική θώρακος εντοπίζεται πιθανή πρωτοπαθή βλάβη στο δεξιό μέσο λοβό σε επαφή με τη δεξιά πύλη, δεύτερη μικρότερη δεξιά σε επαφή με τον υπεζωκότα καθώς και πιθανώς δευτεροπαθή στον Θ7. Σε αξονική εγκεφάλου ανευρίσκεται βλάβη μετωπιαία δεξιά που παρεκτοπίζει το μετωπιαίο κέρασ προς τα δεξιά και δεύτερη μικρότερη βλάβη στο ημικωιδές κέντρο σύστοιχα με έντονο οίδημα. Το σπινθηρογράφημα οστών που διενεργήθηκε είναι ενδεικτικό δευτεροπαθούς εντόπισης στον Θ10 ενώ από τη βρογχοσκόπηση πάρθηκε βιοψία από τον Β2 δεξιά που ανέδειξε αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα. Ο ασθενής υπεβλήθη αρχικά σε συνεδρίες κρανιακής ακτινοθεραπείας με πολύ καλή ανταπόκριση και βελτίωση του performance status. Ο έλεγχος του PDL-1 καθώς και των διάφορων biomarkers απέβη αρνητικός. Ξεκίνησε έτσι συνδυασμό χημειοθεραπείας και ανοσοθεραπείας και με την ολοκλήρωσή του, σε διαδοχικές αξονικές θώρακα, παρουσίασε ακτινολογική βελτίωση με μείωση της έκτασης των βλαβών παράλληλα με την κλινική του βελτίωση.

Συμπέρασμα: Σε ασθενή με επιβεβαιωμένο καρκίνο πνεύμονα αδενικού τύπου, με μεταστάσεις στον εγκέφαλο, πλήρη υποχώρηση της συμπτωματολογίας καθώς και κλινική και ακτινολογική βελτίωση μετά από την ολοκλήρωση συνδυασμού κύκλων χημειοθεραπείας, ανοσοθεραπείας και ακτινοθεραπείας εγκεφάλου.



34. COVID-19 ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΚΑΙ ΜΗ

Κ. Δωδός, Μ. Αρχοντούλη, Α. Παλαιολόγος, Π. Μητράκη, Αικ. Χανιώτου
Πνευμονολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

Εισαγωγή: Διάφορες έρευνες έχουν καταδείξει πως οι πάσχοντες από καρκίνο που νοσηλεύονται για COVID-19 παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα επιπλοκών σχετιζόμενων με την COVID -19 σε σχέση με τους μη καρκινοπαθείς. Λίγες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στον καρκίνο του πνεύμονα. Σκοπός της παρούσης είναι να συγκρίνει τον χρόνο νοσηλείας, τον χρόνο έως την αρνητικοποίηση του Rapid-Ag τεστ και την θνησιμότητα ανάμεσα σε πάσχοντες από Ca πνεύμονα που νοσηλεύονται για COVID-19 και σε μη καρκινοπαθείς.

Υλικά και μέθοδοι: Στην μελέτη συμπεριλήφθησαν 52 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην πτέρυγα COVID του νοσοκομείου μας από 1/11/22 έως 1/4/23 με μέση ηλικία 76 έτη. Πρόκειται για ανασκοπική μελέτη κοορτης. Χρησιμοποιήθηκαν βασικές στατιστικές τεχνικές και ανάλυση πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: 30 άτομα (57%)-**ομάδα 1**- δεν είχαν ιστορικό καρκίνου ενώ 22 άτομα (43%)-**ομάδα 2**- είχαν. Στο σύνολο η πιο συχνά εμφανιζόμενη συννοσηρότητα ήταν η αρτηριακή υπέρταση (50/52) ακολουθούμενη από την ΧΑΠ (40/52) και τον ΣΔ 2 (22/52), άσθμα είχαν μόνο 2/52. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας της ομάδας 1 ήταν 6.8 ημέρες ενώ της 2 ήταν 11.4. Ο μέσος χρόνος αρνητικοποίησης του Rapid της ομάδας 1 ήταν 4.5 ημέρες ενώ της ομάδας 2 ήταν 9.3 ημέρες. Η θνησιμότητα στην ομάδα 1 ανερχόταν σε 10% (3/30) ενώ στην 2 ήταν 36% (8/22). Η πολυπαραγοντική ανάλυση κατέδειξε πως ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες θανάτου ήταν και η ΧΑΠ και ο καρκίνος πνεύμονα με Odds ratio 6.31[1.81-22.10] και 6.15 [2.15-17.18] (95%CI) αντίστοιχα. Τέλος, η πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση ανάμεσα στις μέρες αρνητικοποίησης του Rapid και στην ύπαρξη ΧΑΠ, ΣΔ2, καρκίνου πνεύμονα και ΑΥ κατέδειξε πως μοναδικός ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης αυξημένου χρόνου αρνητικοποίησης του Rapid ήταν η ύπαρξη καρκίνου πνεύμονα (Odds ratio 7.78 95%CI [2.11-34.3]).

Συμπεράσματα: Ο καρκίνος του πνεύμονα φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τόσο τον χρόνο νοσηλείας, τον χρόνο έως την αρνητικοποίηση του Rapid-Ag τεστ όσο και την θνησιμότητα σε COVID θετικούς ασθενείς. Περιοριστικό στοιχείο της έρευνας ήταν το μικρό μέγεθος δείγματος.



35. ΜΙΑ ΑΝΑΠΑΝΤΕΧΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΙΘΗΛΙΟΕΙΔΟΥΣ ΙΜΑΓΓΕΙΟΕΝΔΟΘΗΛΙΩΜΑΤΟΣ

Ε. Ελευθεριάδου, Μ. Γραμμένου, Κ. Χρήστου, Ε. Σέραση, Μ. Σαρόγλου, Α. Χλωρός

Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Περίληψη: Το επιθηλιοειδές αιμαγγειοενδοθηλίωμα αποτελεί ένα σπάνιο κακόηθες αγγειακό νεόπλασμα, με επίπτωση 1 στα 1.000.000 άτομα. Προέρχεται από τα ενδοθηλιακά κύτταρα των αγγείων και μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε στο σώμα με μεγάλη ποικιλομορφία στην κλινική εικόνα.

Σκοπός: Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε την ασυνήθη εμφάνιση πρωτοπαθούς αιμαγγειοενδοθηλιώματος με εικόνα εμπυήματος.

Άντρας, 60 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσέρχεται στο νοσοκομείο λόγω αιφνίδιου θωρακικού άλγους με συνοδό πυρετική κίνηση έως 39,5ο C από 2ημέρου, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Η αξονική τομογραφία θώρακα ανέδειξε εγκυστωμένη πλευριτική συλλογή δεξιά, με συνοδό ατελεκτασία, χωρίς παρεγχυματική βλάβη.

Πραγματοποιήθηκε διαγνωστική παρακέντηση που ανέδειξε χαρακτηρισές εμπυήματος και στην συνέχεια τοποθετήθηκε θωρακοσωλήνας μεγάλου εύρους για την παροχέτευσή του. Τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη και ινωδόλυση με 10mg tPA +5mg Dornase alpha. Ο βακτηριολογικός και κυτταρολογικός έλεγχος του υγρού απέβη αρνητικός. Δεν απομονώθηκε κάποιος παθογόνος μικροοργανισμός από τις καλλιέργειες αίματος, ούρων και πτυέλων.

Ταυτόχρονα, στον βρογχοσκοπικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε για λήψη βρογχικού εκπλύματος (προς κυτταρολογική εξέταση και καλλιέργεια για κοινά μικρόβια) παρατηρήθηκε στένωση των αεραγωγών δεξιά, με πίεση εκ των έξω και οίδημα στην τρόπιδα του κορυφαίου του ΔΚΛ, απ' όπου ελήφθη βιοψία, η ιστοπαθολογική εξέταση της οποίας ήταν υπέρ πρωτοπαθούς αιμαγγειοενδοθηλιώματος. Έπειτα από κλινικοεργαστηριακή βελτίωση, ο ασθενής εξήλθε με σύσταση για επίσκεψη σε ογκολόγο.

Από την μέχρι τώρα βιβλιογραφική αναφορά, το επιθηλιοειδές αιμαγγειοενδοθηλίωμα μπορεί να εμφανιστεί, όσον αφορά τον πνεύμονα με την εικόνα 1) πολλαπλών πνευμονικών όζων 2) δικτυοζώδους προτύπου ή 3) πλευριτικής συλλογής, δίχως να γίνεται, μέχρι στιγμής αναφορά σε εμφάνιση με τη μορφή εμπυήματος.



COVID-19

36. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Χ.-Κ. Χρήστου, Μ. Αλεβιζάκη, Χρ. Καραχρήστος, Ι. Μουσκεφτάρα, Δ. Δαΐου, Α. Γεωργοπούλου, Β. Βουτσάς, Μ. Μπιτζάνη
Α' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός: Η καταγραφή της εμφάνισης οξείας νεφρικής βλάβης σε διασωληνωμένους ασθενείς με Covid-19 λοίμωξη, και η επίπτωσή της στην έκβαση των ασθενών.

Υλικά και μέθοδοι: Έγινε καταγραφή της εμφάνισης οξείας νεφρικής βλάβης την πρώτη εβδομάδα νοσηλείας στη ΜΕΘ σε διασωληνωμένους ασθενείς με Covid-19 λοίμωξη, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ για τουλάχιστον 48 ώρες με αναπνευστική ανεπάρκεια. Από την καταγραφή εξαιρέθηκαν οι ασθενείς με ιστορικό Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας. Η νεφρική βλάβη αξιολογήθηκε και κατατάχθηκε σε τρία στάδια με βάση τα κριτήρια της KDIGO.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά 227 ασθενείς. Το 60% ήταν άνδρες και το 40% γυναίκες. Μέση Ηλικία 64,7 έτη (+/- 11). Οι πιο συχνές συννοσηρότητες ήταν Αρτηριακή Υπέρταση(46%) και Σακχαρώδης διαβήτης (22%). Η επιβίωση στη ΜΕΘ ήταν 50,7%. Την ημέρα εισαγωγής στη ΜΕΘ οι ασθενείς κατά μέσο όρο είχαν τις ακόλουθες τιμές: APACHE II=15.4, SOFA SCORE=7,1, CRP=12,9 mg/dl, FERRITIN=1269 ng/ml, δείκτη PO₂/FIO₂=93 mmHg.

Οξεία νεφρική βλάβη την πρώτη εβδομάδα νοσηλείας στη ΜΕΘ εμφάνισε το 26,9% των ασθενών (61 ασθενείς). Εξ'αυτών οι 38 σταδίου 1, οι 12 σταδίου 2 και οι 11 σταδίου 3 κατά KDIGO. Τα δεδομένα των ασθενών που εμφάνισαν οξεία νεφρική βλάβη ήταν τα ακόλουθα: Το 69% ήταν άνδρες και το 31% γυναίκες. Μέση Ηλικία 69,2 έτη. Οι πιο συχνές συννοσηρότητες ήταν Αρτηριακή Υπέρταση(48%) και Σακχαρώδης διαβήτης (23%). Η επιβίωση στη ΜΕΘ ήταν 27,9%, στατιστικά σημαντικά μικρότερη από το σύνολο των ασθενών (p < 0,01). Την ημέρα εισαγωγής στη ΜΕΘ οι ασθενείς κατά μέσο όρο είχαν τις ακόλουθες τιμές: APACHE II =18.3, SOFA SCORE=7,3, CRP=15,9 mg/ml, FERRITIN=1649 ng/ml, δείκτη PO₂/FIO₂=112mmHg.

Συμπεράσματα: Οξεία νεφρική βλάβη την πρώτη εβδομάδα νοσηλείας στη ΜΕΘ εμφάνισε το 26,9% των ασθενών. Οι ασθενείς με οξεία νεφρική βλάβη ήταν μεγαλύτερης ηλικίας, είχαν υψηλότερα APACHE II scores και υψηλότερες τιμές CRP και FERRITIN κατά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ. Η επιβίωση στη ΜΕΘ ήταν μικρότερη στους ασθενείς με οξεία νεφρική βλάβη (27,9% vs 50,7%).



37. ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ COVID-19 ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Β. Γεωργακοπούλου¹, Σ. Μακροδημήτρη¹, Αικ. Γκούφα¹, Δ. Μπασούλης¹, Α. Τσακανίκας¹, Γ. Καραμανάκος², Α. Καραπάνου¹, Α. Γουλές³, Π. Στειρόπουλος⁴, Ν. Σύψας¹

¹ Μονάδα Λοιμώξεων-COVID-19, Λαϊκό Νοσοκομείο

² Ά Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ

³ Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΕΚΠΑ

⁴ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Σκοπός: Η θνητότητα των ηλικιωμένων ασθενών που διαμένουν σε δομές υγείας από COVID-19 είναι υψηλή, με αποτέλεσμα ειδικά μέτρα για την πρόληψη της νόσου να έχουν προταθεί από διάφορα κέντρα πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις κλινικές εκδηλώσεις, τη νοσοκομειακή αλλά και τη θνητότητα 90 ημερών ηλικιωμένων ασθενών που διαμένουν σε δομές υγείας και που νοσηλεύτηκαν με πνευμονία COVID-19.

Υλικά και Μέθοδοι: Κατά το χρονικό διάστημα 01/10/2020-15/07/2022 νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Λοιμώξεων του Λαϊκού Νοσοκομείου 1144 ηλικιωμένοι ασθενείς (≥ 65 ετών) με πνευμονία COVID-19, εκ των οποίων 90 ασθενείς (7,9%) διέμεναν σε δομές υγείας. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των χαρακτηριστικών και των εκβάσεων των ιδρυματιζόμενων ασθενών εντός νοσοκομείου και εντός 90 ημερών από την εισαγωγή τους.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ιδρυματιζόμενων ασθενών ήταν τα $87,62 \pm 8,91$ έτη και 48 (53,3%) ασθενείς ήταν γυναίκες. Η συχνότερη κλινική εκδήλωση ήταν η δύσπνοια (66 ασθενείς, 73,3%). Από τους 90 ασθενείς, 46 (51,1%) ασθενείς απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ενώ συνολικά 56 (62,2%) απεβίωσαν τις πρώτες 90 μέρες από την εισαγωγή τους. Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης η ηλικία (HR:1,039, 95% CI: 1,003-1,077, $p=0,036$), ο CCI (HR:1,261, 95% CI: 1,061-1,498, $p=0,009$), η φεριτίνη (HR:1,000, 95% CI: 1,000-1,001 $p=0,044$) και η χαμηλή τιμή αλβουμίνης εισαγωγής (HR:0,943, 95% CI: 0,895-0,993, $p=0,027$) σχετίστηκαν με την ενδονοσοκομειακή θνητότητα, ωστόσο στην πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης κανένας από του παράγοντες δεν παρουσίασε ανεξάρτητη συσχέτιση. Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης η ηλικία (HR:1,034, 95% CI: 1,001-1,067, $p=0,044$), ο CCI (HR:1,231, 95% CI: 1,050-1,444, $p=0,010$) και η αλβουμίνη εισαγωγής (HR:0,947, 95% CI: 0,902-0,994, $p=0,029$) σχετίστηκαν με τη θνητότητα 90 ημερών, ενώ από την πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης μόνο η αλβουμίνη παρουσίασε ανεξάρτητη συσχέτιση (HR:0,949 95% CI: 0,903-0,998, $p=0,042$). Ειδικότερα, η αλβουμίνη παρουσίασε από την ανάλυση ROC άριστη προβλεπτική ικανότητα για το θάνατο εντός των πρώτων 90 ημερών (AUC:0,978, $p=0,001$) με μία τιμή αλβουμίνης $\leq 36,25$ g/L να μπορεί να προβλέψει το θάνατο εντός των πρώτων 90 ημερών με 100% ευαισθησία και 83,3% ειδικότητα.

Συμπεράσματα: Η θνητότητα ηλικιωμένων ασθενών με πνευμονία COVID-19 που νοσηλεύονται σε δομές υγείας είναι υψηλή. Η χαμηλή τιμή αλβουμίνης ως δείκτης της ανοσολογικής αλλά και της κατάστασης θρέψης αποτελεί προγνωστικό παράγοντα δυσμενούς έκβασης.



38. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ PCR ΣΤΟΥΣ COVID -19 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ

Χρ. Θεοχαρίδου, Μ. Ενδιάρογλου, Α. Δημάκη, Ι. Γουρλομάτη, Φ. Αμπατζίδου
Γ' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά των βαρέως πασχόντων COVID -19 ασθενών με παρατεταμένη θετικότητα PCR και να διερευνηθεί η συσχέτιση της παράτασης αυτής με τη θνητότητα.

Υλικά και Μέθοδοι: Από τους 220 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη Γ' ΜΕΘ του Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου από τον Ιανουάριο του 2022 ως τον Ιανουάριο του 2023 μελετήθηκαν οι COVID 19 ασθενείς οι οποίοι αρνητικοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ. Οι υπόλοιποι διακομίστηκαν σε άλλα τμήματα ή πέθαναν με θετικό PCR. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι μέρες θετικότητας (ΜΘ), η λήψη Tocilizumab και η θνητότητα.

Αποτελέσματα: Συνολικά μελετήθηκαν 83 ασθενείς, 25 γυναίκες (30.1%) με μέσο όρο ηλικίας 66.04 ± 13.1

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μέτρια αρνητική συσχέτιση ηλικίας και θετικότητας-Spearman's correlation $-0,563$ Confidence interval $(-0.691, -0.39)$ $p < 0.0001$. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 φύλων. Γυναίκες : ΜΘ 18.9 ± 9.36 και Άνδρες 20.9 ± 9.9 , $p = 0.46$. Tocilizumab έλαβαν 14 (15.7%) ασθενείς και είχαν ΜΘ 15.4 ± 9.9 έναντι αυτών που δεν έλαβαν οι οποίοι είχαν ΜΘ 21.2 ± 9.5 , $p = 0.017$. Η θνητότητα των υπό μελέτη ασθενών ήταν 50.5%. Όσοι πέθαναν είχαν ΜΘ 20.9 ± 10.4 έναντι αυτών που έζησαν που είχαν ΜΘ 19.8 ± 9 $p = 0.6$

Συμπέρασμα: Η διάρκεια θετικότητας PCR στους COVID -19 ασθενείς της ΜΕΘ σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ηλικία και την προηγηθείσα λήψη Tocilizumab ενώ δεν παρατηρείται συσχέτιση με την θνητότητα στη ΜΕΘ.



39. Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Ι. Μουσκεφτάρα¹, Φ. Δαβόρα¹, Χρ. Καραχρήστος¹, Χ.-Κ. Χρήστου², Μ. Αλεβιζάκη³, Η. Αβραμίδης³, Π. Σαρρή-Φλωρίδου⁴, Α. Γεωργοπούλου^{1,2}, Β. Βουτσάς¹, Μ. Μπιτζάνη¹

¹ Α' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

² Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

⁴ Αναισθησιολογικό, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η καταγραφή των τιμών εργαστηριακών δεικτών φλεγμονής και λοίμωξης σε διασωληνωμένους ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια σε έδαφος COVID-19 λοίμωξης και η συσχέτισή τους με την έκβαση των ασθενών.

Υλικά και μέθοδοι: Έγινε καταγραφή των τιμών εργαστηριακών δεικτών φλεγμονής και λοίμωξης διασωληνωμένων ασθενών με COVID-19 λοίμωξη κατά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ. Καταγράφηκαν οι ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ για τουλάχιστον 48 ώρες. Οι δείκτες που καταγράφηκαν ήταν οι εξής: CRP, Φερριτίνη, Προκαλσιτονίνη, απόλυτος αριθμός Πολυμορφοπύρηνων Λευκών Αιμοσφαιρίων, απόλυτος αριθμός Λεμφοκυττάρων και αναλογία απόλυτου αριθμού Πολυμορφοπύρηνων προς απόλυτο αριθμό Λεμφοκυττάρων. Επίσης έγινε καταγραφή του φύλου, της ηλικίας, του APACHE II score, του SOFA score και του δείκτη PO₂/FIO₂ κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά 238 ασθενείς. Το 61,3% ήταν άνδρες και το 38,7% γυναίκες. Μέση Ηλικία 64,7 έτη (+/- 11). Η επιβίωση στη ΜΕΘ ήταν 49,2%. Την ημέρα εισαγωγής στη ΜΕΘ οι ασθενείς κατά μέσο όρο είχαν τις ακόλουθες τιμές: CRP=12,9 mg/dl, Φερριτίνη=1275 ng/ml, Προκαλσιτονίνη=1,4 ng/ml, απόλυτος αριθμός Πολυμορφοπύρηνων Λευκών Αιμοσφαιρίων=12770 mm³, απόλυτος αριθμός Λεμφοκυττάρων =761 mm³, αναλογία απόλυτου αριθμού Πολυμορφοπύρηνων προς απόλυτο αριθμό Λεμφοκυττάρων=16,7, APACHE II=15,8, SOFA SCORE=7,2 και δείκτης PO₂/FIO₂ = 93 mmHg. Η επιβίωση των ασθενών στη ΜΕΘ είχε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την τιμή της φερριτίνης κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ (p<0,05). Τιμή φερριτίνης άνω των 700 ng/ml είχε ιδιαίτερα σημαντική αρνητική συσχέτιση με την επιβίωση στη ΜΕΘ (επιβίωση στη ΜΕΘ: 26,5%, p<0,01).

Οι υπόλοιποι δείκτες (CRP, Προκαλσιτονίνη, απόλυτος αριθμός Πολυμορφοπύρηνων Λευκών Αιμοσφαιρίων, απόλυτος αριθμός Λεμφοκυττάρων, αναλογία απόλυτου αριθμού Πολυμορφοπύρηνων προς απόλυτο αριθμό Λεμφοκυττάρων) δεν φάνηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επιβίωση στη ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Η επιβίωση στη ΜΕΘ ήταν μικρότερη στους ασθενείς με υψηλές τιμές φερριτίνης κατά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ. Τιμή φερριτίνης άνω των 700 ng/ml είχε ιδιαίτερα σημαντική αρνητική συσχέτιση με την επιβίωση στη ΜΕΘ (p<0,01).



40. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ SARS –COV- 2

Μ. Ενδιάρογλου, Χρ. Θεοχαρίδου, Ι. Γουρλομάτη, Α. Δημάκη, Φ. Αμπατζίδου

Γ' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»,

Σκοπός Εργασίας: Παρουσίαση περιστατικού με αρχική εκδήλωση νευρολογικές διαταραχές σε ασθενή COVID -19 που οδηγήθηκε στη ΜΕΘ όπου διαπιστώθηκε κεραυνοβόλος βαρεία μυοκαρδίτιδα.

Περιγραφή Περιστατικού: Γυναίκα 59 ετών με ιστορικό υποθυρεοειδισμού διαγνώστηκε με νόσο COVID-19. Μια μέρα μετά τη διάγνωση, εμφάνισε σύγχυση, αφασικές διαταραχές, τρόμο, αστάθεια βάδισης και εισήχθη στη Νευρολογική κλινική. Η CT εγκεφάλου ανέδειξε μικρό επασβεστωμένο μηνιγγίωμα στη μεσοημισφαιρική σχισμή. Το Εγκεφαλονωτιαίο υγρό έδειξε: κύτταρα 0, αύξηση του λευκώματος (186 mg/dl) και αυξημένες τιμές αντισωμάτων SARS COV-2 Ig M (0.25 s/co) και IgG (4855 AU/MI). Το PCR για SARS COV-2 του ΕΝΥ ήταν αρνητικό και απέκλεισε τη διάγνωση της εγκεφαλίτιδας. Η ασθενής έκανε επιληπτική κρίση για την οποία ετέθη σε αγωγή με λεβετιρακετάμη και λακοσαμίδη. Το Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα που έγινε μετά την κρίση δεν ανέδειξε επιληπτική δραστηριότητα. Η ασθενής παρουσίασε έκπτωση του επιπέδου συνείδησης (GCS = 5), υποξυγοναιμία και αιμοδυναμική αστάθεια. Στη ΜΕΘ η ασθενής παρουσίαζε συνεχή επιδείνωση και ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων Παρουσίαζε υψηλή τιμή hs τροπονίνης (1182 pg/ml ,φτ <40). Αποφασίστηκε η διενέργεια Διοισοφάγειας υπερηχοκαρδιογραφίας που ανέδειξε σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας του μυοκαρδίου με καθολική υποκινησία των τοιχωμάτων και υπολογιζόμενο κλάσμα εξώθησης < 10%. Η Δεξιά κοιλία ήταν μικρότερη της αριστερής, η κατάσταση των καρδιακών βαλβίδων ήταν ικανοποιητική ενώ αποκλείστηκε ο οξύς διαχωρισμός αορτής. Με βάση τα ευρήματα που έθεσαν τη διάγνωση της μυοκαρδίτιδας, τοποθετήθηκε ενδοαορτικός ασκός ενώ ξεκίνησε ενδοφλέβια χορήγηση αδρεναλίνης ως ινότροπου φαρμάκου σε δόση 0.08μg/kg/min. Ο ιολογικός έλεγχος για ιούς που συνήθως προκαλούν μυοκαρδίτιδα ήταν αρνητικός (HSV 1 και 2, Coxsackie, Adenovirus, Influenza A, B) Ετέθη επίσης σε θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης. Η ραγδαία επιδεινούμενη δυσλειτουργία πολλαπλών οργάνων οδήγησε στο θάνατο της ασθενούς 3 μέρες μετά την εισαγωγή της στη ΜΕΘ.

Συμπέρασμα: Ασθενείς με μυοκαρδίτιδα μπορούν να εμφανίσουν νευρολογικές επιπλοκές μέσω διαφόρων μηχανισμών όπως εμβολή από καρδιακούς θρόμβους, ανοσολογικούς μηχανισμούς, οξεία μυοκαρδιακή δυσλειτουργία με χαμηλό κλάσμα εξώθησης και εγκεφαλική υποάρδευση ή αγγειακές θρομβώσεις ενώ σε πιο χρόνιες καταστάσεις έχουν ενοχοποιηθεί φάρμακα. Μυοκαρδίτιδα σχετιζόμενη με τον COVID -19 μπορεί να προκύψει είτε στα πλαίσια πολυσυστηματικής προσβολής από τον ιο είτε ως επιπλοκή των εμβολίων έναντι του ιού.



41. ΕΡΕΥΝΩΝΤΑΣ ΤΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Ι. Κουτραφούρης, Κ. Δώδος, Ρ. Μουσαβί, Π. Μητράκη, Ι. Βρυώνη, Αικ. Χανιώτου
Πνευμονολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

Εισαγωγή: Όταν το 2020 ανακηρύχθηκε ως πανδημία η λοίμωξη covid -19, πολλοί ασθενείς πάσχοντες από βρογχικό άσθμα θεωρήθηκαν άτομα με υποκείμενα νοσήματα και ίσως αυξημένο κίνδυνο σοβαρής νόσησης.

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της ψυχολογικής επίπτωσης της πανδημίας στα άτομα με βρογχικό άσθμα.

Μέθοδος: στην μελέτη συμμετείχαν άτομα τα οποία παρακολουθούνται στο ιατρείο βρογχικού άσθματος του νοσοκομείου και οι οποίοι προσήλθαν από τον Σεπτέμβριο 2022 έως Μάρτιο 2023 (το προηγούμενο διάστημα το ιατρείο υπολειτουρούσε). Συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο GAD-7 (General Anxiety Disorder) και το Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης Άγχους (Beck Anxiety Inventory, BAI, Beck, 1993) και το ερωτηματολόγιο GINA. Επίσης ρωτήθηκαν για τον τρόπο χειρισμού του άσθματος κατά την διάρκεια της πανδημίας.

Αποτελέσματα: συμμετείχαν 25 γυναίκες και 9 άνδρες μέσης ηλικίας 56 έτη. Οι περισσότεροι είχαν μέτριας βαρύτητας άσθμα και μόνον τρεις (2 γυναίκες και ένας άντρας) έπασχαν από σοβαρό άσθμα. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν κάποιο βαθμό ανησυχίας αλλά ένα μεγάλο ποσοστό 92 % (31 ασθενείς) ανησυχούσαν ιδιαίτερα για τις πιθανές επιπτώσεις της λοίμωξης covid -19.. Από το σύνολο των ερωτηθέντων ποσοστό 75% (26 ασθενείς) είχαν ήπια αγχώδη διαταραχή, ενώ 25% (8 ασθενείς) βίωναν υψηλά επίπεδα άγχους. Περισσότεροι από τους μισούς (28 ασθενείς) αισθάνονταν ότι δεν είχαν κατάλληλη πληροφόρηση, ενώ 30 ασθενείς (91%) είπαν ότι έγιναν πολύ προσεκτικοί και τακτικοί στην χρήση των φαρμάκων.



42. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΖΗΜΕΡΟΥ ΣΧΗΜΑΤΟΣ ΡΕΜΔΕΣΙΒΙΡΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19 ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

B. Γεωργακοπούλου¹, Δ. Μπασούλης¹, Αικ. Γκούφα¹, Σ. Μακροδημήτρη¹, Α. Τσακανίκας¹, Γ. Καραμανάκος², Ε. Μαστρογιάννη³, Π. Βουτσινάς⁴, Χρ. Παπαγεωργίου⁴, Μ. Γκαμαλέτσου³, Ν. Σύψας⁴

¹ Μονάδα Λοιμώξεων-COVID-19, Λαϊκό Νοσοκομείο

² Ά Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ

³ Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Λαϊκό Νοσοκομείο

⁴ Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η ρεμδεσιβίρη, που είναι αναστολέας της ιικής RNA πολυμεράσης, αποτελεί μία σημαντική θεραπεία κατά της πανδημίας του SARS-CoV-2. Προ έτους εγκρίθηκε η χρήση της ως προφύλαξη στην πρώιμη νόσο για συμπτωματικούς εξωτερικούς ασθενείς υψηλού κινδύνου για σοβαρή νόσο. Ωστόσο τα δεδομένα από την πραγματική ζωή που εστιάζουν στην ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της ρεμδεσιβίρης σε συμπτωματικούς μη νοσηλευόμενους ηλικιωμένους ασθενείς είναι περιορισμένα. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις εκβάσεις ηλικιωμένων ασθενών (≥ 65 ετών) που έλαβαν θεραπεία με ρεμδεσιβίρη στα εξωτερικά ιατρεία για την πρόληψη της σοβαρής νόσου COVID-19.

Υλικά και Μέθοδοι: Κατά το χρονικό διάστημα 05/01/2022-01/11/2022 έλαβαν προφυλακτική θεραπεία με 3ήμερο σχήμα ρεμδεσιβίρης, εντός 7 ημερών από την έναρξη των συμπτωμάτων, 143 ηλικιωμένοι μη νοσηλευόμενοι ασθενείς (≥ 65 ετών) με επιβεβαιωμένη λοίμωξη από SARS-CoV-2. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των χαρακτηριστικών και των εκβάσεων των ασθενών εντός 28 ημερών από την ολοκλήρωση της αγωγής με ρεμδεσιβίρη.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα $77,28 \pm 28,9$ έτη, 74 (51,7%) ασθενείς ήταν άνδρες και 107 (74,3%) ήταν πλήρως εμβολιασμένοι (3 δόσεις). Η συχνότερη συνοσηρότητα ήταν η αρτηριακή υπέρταση (65 ασθενείς, 45,5%). Συνολικά 6 (4,2%) ασθενείς παρουσίασαν εξέλιξη σε σοβαρή νόσο και 5 (3,5%) ασθενείς κατέληξαν. Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης ο λόγος ουδετεροφίλων προς λεμφοκύτταρα (N/L) (HR:0,522 95% CI: 0,278-0,981, $p=0,043$) και η παρουσία αιματολογικής κακοήθειας (HR: 6,667, 95% CI: 1,114-39,89, $p=0,038$) σχετίστηκαν με την εξέλιξη σε σοβαρή νόσο ενώ ο λόγος της CRP προς την αλβουμίνη (CAR) (HR:1,768, 95% CI: 1,019-3,069, $p=0,043$), η χαμηλή τιμή αλβουμίνης (HR:0, 806, 95% CI: 0,689-0,942, $p=0,007$) και η παρουσία αιματολογικής κακοήθειας (HR: 0,150, 95% CI: 0,025-0,898, $p=0,038$) σχετίστηκαν με τη θνητότητα εντός 28 ημερών. Επιπλέον δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες ανεπιθύμητες ενέργειες από την προφυλακτική χορήγηση της ρεμδεσιβίρης.

Συμπεράσματα: Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της προφυλακτικής χορήγησης 3ήμερου σχήματος ρεμδεσιβίρης για την πρόληψη της σοβαρής νόσου COVID-19 στους μη νοσηλευόμενους ηλικιωμένους ασθενείς είναι υψηλή. Ο λόγος N/L, ο λόγος CAR, η τιμή της αλβουμίνης και η παρουσία αιματολογικής κακοήθειας σχετίζονται με δυσμενή έκβαση.



43. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΈΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

Φ. Γκάκου, Μ. Σιωνίδου, Π. Κυρέλτση, Α. Αβραμίδης, Σ. – Χρ. Κωτούλας, Μ. Hadzi-Mitrova, Ε. Παπαδάκη, Γ. Σακαλής, Ά. Τσάκωνα, Κ. Μανίκα, Δ. Παπακώστα
Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός Εργασίας: Η φυματίωση παραμένει σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στην Ελλάδα. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η εκτίμηση της έκβασης της φυματίωσης (βάσει των αναθεωρημένων ορισμών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας), σε συνάρτηση με την έναρξη της αγωγής (πριν ή μετά την πανδημία COVID-19) και με την χώρα καταγωγής των ασθενών. Θετική έκβαση ορίστηκε ως ίαση και ολοκλήρωση αγωγής, ενώ αρνητική ως απώλεια της συνέχειας της παρακολούθησης, αποτυχία και μη αξιολόγηση. Ο θάνατος εκτιμήθηκε ξεχωριστά.

Υλικά και Μέθοδοι: Στην αναδρομική αυτή μελέτη συμμετείχαν ασθενείς με διάγνωση φυματίωσης που παρακολουθούνταν στην Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ του Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου» κατά την περίοδο 2018-2021.

Αποτελέσματα: Εκτιμήθηκαν 102 ασθενείς (51 πριν και 51 μετά την πανδημία) με μέση ηλικία 44.8 ± 21.8 έτη. Οι 15 ήταν γυναίκες και οι 87 άντρες. 45 από αυτούς κατάγονταν από την Ελλάδα, 12 από λοιπές Ευρωπαϊκές και 45 από μη Ευρωπαϊκές χώρες.

Προ της πανδημίας (2018 και 2019), 32 ασθενείς (62.8%) σημείωσαν θετική έκβαση, 15 (29.4%) αρνητική, και 4 (7.8%) απεβίωσαν, ενώ κατά τα έτη 2020 και 2021, θετική έκβαση σημειώθηκε σε 28 (54.9%), αρνητική σε 20 (39.2%) και σε 3 ασθενείς (5.9%) θάνατος ($p=0.66$). Οι Έλληνες παρουσίασαν ποσοστό θετικής έκβασης 66.7%, οι Ευρωπαίοι 83.3%, ενώ οι μη Ευρωπαίοι 44.4%. Το ποσοστό αρνητικής έκβασης ήταν 17.8% για τους Έλληνες, 16.7% για τους Ευρωπαίους και 55.6% για τους μη Ευρωπαίους ασθενείς ($p<0.001$). Η θνητότητα στην ομάδα των Ελλήνων ασθενών ήταν η υψηλότερη (15.6%), με 0 θανάτους στις άλλες δύο ομάδες.

Συμπεράσματα: Η πανδημία COVID-19 δεν επέδρασε καθοριστικά στην έκβαση της θεραπείας της φυματίωσης στο κέντρο μας, καθώς μέρος του προσωπικού εργάστηκε αποκλειστικά στο Ιατρείο Φυματίωσης, χωρίς εμπλοκή στη Πανδημία. Η χώρα καταγωγής επηρέασε σημαντικά την έκβαση των ασθενών. Οι μη Ευρωπαίοι ασθενείς εμφάνισαν το υψηλότερο ποσοστό αρνητικής έκβασης, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στην έλλειψη κοινωνικού και/ή οικογενειακού υποστηρικτικού περιβάλλοντος.



44. ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΠΡΩΤΕΪΝΩΣΗ ΚΑΙ COVID-19: ΈΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Α. Βογιατζόγλου¹, Μ. Αγγελίδης¹, Α. Ζαχαρίας², Β. Βουτσάς³, Α. Αργυροπούλου², Α. Χλωρός¹, Μ. Μπιτζάνη³, Γ. Πίτσιου²

¹ Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

³ Α' Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Η κυψελιδική πρωτεΐνωση αποτελεί μια σπάνια πνευμονική νόσο, που χαρακτηρίζεται από τη συσσώρευση επιφανειοδραστικού παράγοντα μέσα στις κυψελίδες. Μπορεί να είναι αυτοάνοση, δευτεροπαθής ή συγγενής, με συχνότερη την πρώτη.

Σκοπός: Στόχος της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού κυψελιδικής πρωτεΐνωσης, η οποία σχετίζεται με λοίμωξη από τον ιό SARS-Cov-2. Παρόμοια περιστατικά σπανίζουν στη διεθνή βιβλιογραφία και αποτελούν ενδιαφέρουσες περιπτώσεις μελέτης Post-Covid καταστάσεων.

Υλικά και Μέθοδοι: Οι πληροφορίες που αφορούν τη συγκεκριμένη περίπτωση αντλήθηκαν από ανασκόπηση των φακέλων νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Πρόκειται για ασθενή γυναίκα, 54 ετών, με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης, ενεργό καπνίστρια ποσότητας 50packyears, η οποία εργαζόταν ως καθαρίστρια σε νοσοκομείο και προσβλήθηκε από τον ιό SARS-Cov-2. Σταδιακά επιδεινώθηκε και ανέπτυξε αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I. Δεκαπέντε ημέρες μετά την έναρξη της λοίμωξης διενεργήθηκε HRCT θώρακος, που ανέδειξε αλλοιώσεις θολής υάλου αμφοτερόπλευρα και πάχυνση μεσολοβιδίων διαφραγματίων. ενώ τέθηκε σε μεθυλπρεδνιζολόνη και κοτριμοξαζόλη, χωρίς βελτίωση. Ενάμισι μήνα μετά την έναρξη της λοίμωξης παρουσίασε περαιτέρω επιδείνωση κλινική και απεικονιστική και στη διαφορική διάγνωση τέθηκε το ARDS από Covid-19 και η οξεία διάμεση πνευμονοπάθεια. Λόγω μη ανταπόκρισης στη φαρμακευτική αγωγή διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση και λήφθηκε BALF (bronchoalveolar lavage fluid), στο οποίο υπερείχαν τα λεμφοκύτταρα, ενώ από την κυτταρολογική εξέταση του υγρού αναγνωρίστηκε εικόνα φλεγμονής και ηωσινοφιλικό υλικό με χρώση PAS θετική. Τέθηκε η διάγνωση κυψελιδικής πρωτεΐνωσης και αποφασίστηκε θεραπεία με Whole Lung Lavage (WLL). Κατά την πρώτη προσπάθεια πλύσης η ασθενής παρουσίασε έντονη υποξυγοναιμία και μεταφέρθηκε σε ΜΕΘ. Εκεί σταδιακά σε διάστημα 1 εβδομάδος έγιναν συνολικά 6 πλύσεις (συνολικά 7 λίτρα φυσιολογικού ορού). Η ασθενής υπεβλήθη σε διαδερμική τραχειοστομία λόγω μωσπάθειας κρίσιμης νόσου και ανάγκης παρατεταμένης παραμονής σε μηχανικό αερισμό. Ωστόσο κατάφερε σταδιακά να αποδεσμευθεί από αυτόν και να γίνει επιτυχής σύγκλειση της τραχειοστομίας. Σε νέο απεικονιστικό έλεγχο παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη μείωση των διηθήσεων. Πλέον είναι κλινικά και απεικονιστικά βελτιωμένα, και παρακολουθείται σε εξωτερική βάση.

Συμπέρασμα: Παρότι δεν έχει αποδειχθεί σχέση αιτίου-αιτιατού μεταξύ των δύο καταστάσεων, παρουσιάζει ενδιαφέρον η σπάνια περίπτωση εμφάνισης κυψελιδικής πρωτεΐνωσης μετά από λοίμωξη από ιό SARS-Cov-2.



45. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΜΕΝΟΥΣΑΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ SARS-COV-2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ NON-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ

Ε. Μοσχοτζοπούλου¹, Μ. Γαγγάδη¹, Ν. Γαλανοπούλου¹, Θ. Ανδρόνικου¹, Χρ. Μπάγκος¹, Μ. Μανταίου¹, Χρ. Πάππιας¹, Μ. Γκιόκα¹, Η. Καϊνης¹

10η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Εισαγωγή: Δεν υπάρχουν διεθνείς συστάσεις όσον αφορά την αντιμετώπιση της Covid-19 λοίμωξης σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς λόγω αιματολογικής κακοήθειας ή λόγω θεραπευτικής αγωγής. Ωστόσο παρατηρείται πολλοί από αυτούς να έχουν επιμένουσα παραμονή του ιού και επαναλαμβανόμενες υποτροπές. Θα παρουσιάσουμε τη αντιμετώπιση σοβαρής Covid-19 λοίμωξης σε έδαφος οζώδους λεμφώματος.

Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα 67 ετών, μη καπνίστρια, με ατομικό αναμνηστικό σοβαρής καταθλιπτικής συνδρομής, οζώδους λεμφώματος, προ δεκαμήνου αγωγής με obinutuzumab και bendamustin, προσήλθε στα ΤΕΠ αιτιώμενη εμπύρετο έως 39οC και βήχα μη παραγωγικό. Το PCR για SARS-COV-2 σε ρινοφαρυγγικό επίχρισμα ήταν θετικό (24 κύκλοι). ABG: 68/29/7.45/21 (FiO₂: 0.21). Η CT θώρακος ανέδειξε διηθήματα δίκην θαμβής υάλου σε όλους τους λοβούς αμφοτερόπλευρα. Αντιμετωπίστηκε αρχικά με αντιβίωση (πιπερακιλλίνη – ταζομπακτάμη), ρεμδεσιβίρη για 5 ημέρες και δεξαμεθαζόνη (6mg) για 10 ημέρες. Ενώ αρχικά φάνηκε να ανταποκρίνεται κλινικά, οι κύκλοι του ιϊκού φορτίου δεν αυξήθηκαν. Την 11^η μέρα από την εισαγωγή της παρουσίασε υποτροπή εμπυρέτου και σοβαρή ΟΑΑ1. Σε νέα CT θώρακος παρουσίαζε επιδείνωση, με επέκταση των διηθημάτων. Έγινε βρογχοσκόπηση με BAL και χορηγήθηκαν αντιβιώσεις ευρέως φάσματος, αντιμυκητιασική και αντι PCP αγωγή. Επίσης της επαναχορηγήθηκε δεκαήμερο σχήμα ρεμδεσιβίρης σε συνδυασμό με νιρματρελβίρη/ριτοναβίρη για 5 ημέρες καθώς και δεξαμεθαζόνη (6mg) για 10 ημέρες. Δεν απομονώθηκε κανένα μικρόβιο από το BAL πλην του SARS-COV-2 και σταδιακά διακόπηκαν όλα τα υπόλοιπα αντιμικροβιακά φάρμακα. Λόγω υπο-γ-σφαιριναιμίας έλαβε θεραπεία υποκατάστασης με 0.4gr/kg ΒΣ γ-σφαιρινών. Την 26^η μέρα νοσηλείας της σε νέο PCR δεν ανιχνευόταν ο ιός και είχε βελτιωθεί κλινικο-ακτινολογικά.

Συζήτηση: Η παρατεταμένη παραμονή του ιού, ακόμη και περισσότερο από δύο μήνες πιθανά είναι ο λόγος της σοβαρής Covid 19 λοίμωξης σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Αιματολογικές κακοήθειες όπως το οζώδες λέμφωμα αλλά και θεραπείες όπως το bendamustine προκαλούν μακρόχρονη απογύμνωση από T και B λεμφοκύτταρα με καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος. Από την άλλη, το obinutuzumab (αντί CD20) επάγει λεμφοπενία που διαρκεί ακόμη και 6 μήνες μετά την τελευταία δόση για να ξαναεμφανιστούν λειτουργικά B και CD4⁺ T-λεμφοκύτταρα. Επιπλέον προκαλεί υπο-γ-σφαιριναιμία. Ο συνδυασμός δυσλειτουργίας κυτταρικής και χυμικής ανοσίας αυξάνει τον κίνδυνο για όλες τις λοιμώξεις συμπεριλαμβανομένων των ιογενών. Το σκεπτικό της συνδυαστικής θεραπείας είναι να επιτευχθεί μια ισχυρή αντική δράση. Προηγούμενη εμπειρία από άλλες ιογενείς λοιμώξεις έδειξε ότι ο συνδυασμός αντικών φαρμάκων βοηθάει στην πρόληψη της ανθεκτικότητας και δεδομένης της διαφορετικής τους δράσης υπάρχει μικρότερος κίνδυνος για συνεργιστική τοξικότητα. Τέλος τα στεροειδή δρουν ως



ανοσοτροποποιητικά, με πρόσθετο όφελος στην συνεχή ανοσολογική διέγερση που προκαλεί η παρατεταμένη παραμονή του ιού.



46. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΝΟΣΗΣΗ ΜΕ COVID -19 ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΕΚΛΕΚΤΙΚΕΣ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Α. Βλάχου¹, Φ. Αμπατζίδου², Χ. Μαυρομανώλης¹, Στ. Πούλος¹, Α. Μαδέσης¹, Θ. Καραϊσκος¹

¹ Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

² Γ' ΜΕΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσουμε την μετεγχειρητική πορεία των ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις και είχαν πρόσφατη νόσηση με COVID -19

Υλικά και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα μετεγχειρητικά χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις κατά τα έτη 2021 και 2022 στο Γ.Ν. Γ. Παπανικολάου Θεσσαλονίκης

Αποτελέσματα: Συνολικά 1108 ασθενείς υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις κατά τη διετία 2021-2022. Από αυτούς 17 ασθενείς είχαν πρόσφατη (6 μήνες) νόσηση με COVID -19. Τα χειρουργεία στα οποία υποβλήθηκαν ήταν: 10 επεμβάσεις αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG), 1 συνδυασμένο χειρουργείο CABG με αντικατάσταση αορτής με ευθύ μόσχευμα, 2 επεμβάσεις τοποθέτησης βαλβιδοφόρου μοσχεύματος στην αορτή (Bental), 3 επεμβάσεις αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας, και 1 χειρουργείο αντικατάστασης μιτροειδούς βαλβίδας. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 64.7 ± 9.4 και ο μέσος όρος Euro-score 2.3 ± 1.8

Η μέση τιμή ωρών μηχανικού αερισμού ήταν 8 ώρες (ελάχιστη 6 και μέγιστη 14 ώρες). Η μέση τιμή ημερών νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν 2. Μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή εμφάνισαν 3 ασθενείς (17.6%), οξεία νεφρική βλάβη 1(5.9%) και σύνδρομο χαμηλής καρδιακής παροχής 1 (5.9%) ασθενής.

Συμπέρασμα: Το ιστορικό πρόσφατης νόσησης με COVID -19 δεν επηρεάζει αρνητικά τη μετεγχειρητική πορεία των ασθενών που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.



NEO
ΣΤΟ
ΑΣΘΜΑ

Trimbow®

βεκλομεθαζόνη, φορμοτερόλη,
βρωμιούχο γλυκοπυρρόνιο

Για να δείτε τις ΠΧΠ των Προϊόντων
πατήστε **εδώ**

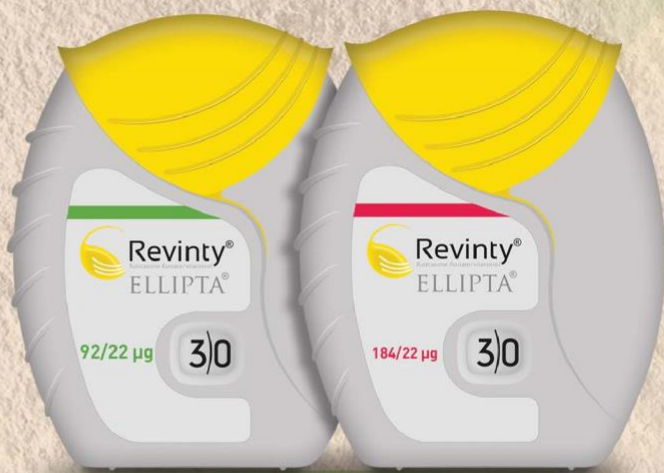
CHIESI HELLAS A.E.B.E.
Πλ. Γερουλάνου & Ρένου Πόγγη 1,
Τ.Κ.: 174 55, Άλιμος Αττικής, Ελλάδα
Αρ. ΓΕΜΗ 002669501000
Τ.: +30 210 61 79 763, F.: +30 210 61 79 786
E.: chiesihellas@chiesi.com
E. τμήματος φαρμακοεπαγρύπνησης: pharmacovigilance.gr@chiesi.com
www.chiesi.gr

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

ELLIPTA®

Προσαρμόζεται στις ανάγκες των ασθενών^{1,2}

 **Revinty®**
fluticasone furoate/vilanterol
ELLIPTA®



Για τους ασθενείς με Άσθμα & ΧΑΠ¹

 **Laventair®**
umeclidinium bromide/vilanterol
ELLIPTA®



Για τους ασθενείς με ΧΑΠ²

Τα προϊόντα περιλαμβάνονται στον θετικό κατάλογο και αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

GSK

Τα εμπορικά σήματα ανήκουν ή έχουν παραχωρηθεί στον όμιλο εταιρειών GSK ©2021. Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούχος του ομίλου GSK.

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

Βιβλιογραφία: 1. SPC Revinty Ellipta 2. SPC Laventair Ellipta Πατήστε εδώ για να συμβουλευτείτε τις ΠΧΠ των προϊόντων

Οι τιμές αυτές είναι οι ισχύουσες κατά τη δημιουργία του παρόντος υλικού

▼ Το Laventair Ellipta τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση.

Λ.Τ Laventair® Ellipta® 55/22µg: 49,21€

Λ.Τ. Revinty® Ellipta® 92/22µg: 36,11€

Λ.Τ. Revinty® Ellipta® 184/22µg: 39,15€

Τα προϊόντα χορηγούνται με ιατρική συνταγή.

Τοπικός Αντιπρόσωπος

 **Guidotti Hellas**

Guidotti Hellas A.E.
Πάτμου 16-18, 151 23 Μαρούσι, Αττική
Τ.: 210 8316111-13



OPDIVO + **YERVOY**
(nivolumab) (ipilimumab)

**BUILT TO
LAST**

Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος OPDIVO,
Ημερομηνία αναθεώρησης κειμένου, 27 Οκτωβρίου 2022.



Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος YERVOY,
Ημερομηνία αναθεώρησης κειμένου, 27 Οκτωβρίου 2022.



Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών

Ελλάδα
Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
Μεσογείων 284
GR-15562 Χολαργός, Αθήνα
Τηλ: + 30 21 32040380/337
Φαξ: + 30 21 06549585
Ιστότοπος: <http://www.eof.gr>

Κύπρος
Φαρμακευτικές Υπηρεσίες
Υπουργείο Υγείας
CY-1475 Λευκωσία
Τηλ: +357 22608607
Φαξ: + 357 22608669
Ιστότοπος: www.moh.gov.cy/phs

 **Bristol Myers Squibb™**

Bristol-Myers Squibb A.E.
Αττικής 49-53 & Προποντιδός 2, Τ.Κ. 152 35 Βριλήσσια, Αττική
ΤΘ 63883 – Βριλήσσια, Τ.Κ. 152 03, Αττική
Τηλ. 210 6074300 & 210 6074400, Φαξ 210 6074333
Αριθμός Γ.Ε.ΜΗ 7453601000

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

TRELEGY ELLIPTA

fluticasone furoate/umeclidinium/vilanterol



TRELEGY Ellipta

Φουροϊκή Φλοουτικαζόνη / Ουμεκλιδίνιο / Βιλαντερόλη 92/55/22 μg

Το προϊόν δεν απεικονίζεται σε πραγματικό μέγεθος

Λ.Τ.: TRELEGY Ellipta INH.PD.DOS (92+55+22)mcg/DOSEBTx1: 68,62€

Το προϊόν χορηγείται με ιατρική συνταγή.

% επιχορήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων: 75%.

Τα ανωτέρω ισχύουν κατά την ημερομηνία σύνταξης του υλικού.



Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, η οποία είναι διαθέσιμη κατόπιν αιτήσεως στην εταιρεία ή σκανάροντας το παρακάτω QR Code.

GR-TRE-2-01-2023

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



Τα εμπορικά σήματα ανήκουν ή έχουν παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK. © 2023 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούχος του Ομίλου GSK.

Τοπικός Αντιπρόσωπος



Menarini Hellas

Menarini Hellas A.E.

Πάμψου 16-18, 151 23 Μαρούσι
Τ: 210 8316111, F.: 210 8317343
www.menarini.gr

arixtra®

fondaparinux sodium



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

Λιανικές τιμές:

Arixtra 1,5 mg/0,3 ml ενέσιμο διάλυμα, προγεμισμένη σύριγγα: 35,37 €

Arixtra 2,5 mg/0,5 ml ενέσιμο διάλυμα, προγεμισμένη σύριγγα: 45,99 €

Arixtra 7,5 mg/0,6 ml ενέσιμο διάλυμα, προγεμισμένη σύριγγα: 133,07 €

Arixtra 10 mg/0,8 ml ενέσιμο διάλυμα, προγεμισμένη σύριγγα: 146,3 €

Τρόπος Διάθεσης: Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία. Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία:

BGP ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ Μ.Ε.Π.Ε.

Αγ. Δημητρίου 63 • 174 56 Άλιμος • Τηλ.: 210 98.91.777

ARX-2022-0201-September 2022_GR



VIATRIS



ΟΜΙΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ



www.iatriko.gr



Trimbow
συσκευή εισπνοής
NEXThaler
ΤΟ ΚΛΙΚ ΤΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ^{1,2*}

1. Trimbow® συσκευή εισπνοής NEXThaler® ΠΧΠ
2. Voshaar T. et al. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2014;27(5):363-370

*Το «ΚΛΙΚ» σχετίζεται με την ενεργοποίηση της συσκευής εισπνοής NEXThaler®, το οποίο επιβεβαιώνει στους ασθενείς ότι η πλήρης δόση έχει απελευθερωθεί² και δεν αποτελεί διαβεβαίωση ορθής λήψης της δόσης από τον ασθενή.

Οι αντενδείξεις, οι προφυλάξεις και οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται στην ΠΧΠ του προϊόντος. Για την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος πατήστε **εδώ**

CHIESI HELLAS A.E.B.E.
Πλ. Γερουλάνου & Ρένου Πόγγη 1,
Τ.Κ.: 174 55, Άλιμος Αττικής, Ελλάδα
Αρ. ΓΕΜΗ 002669501000
Τ.: +30 210 61 79 763, F.: +30 210 61 79 786
E.: chiesihellas@chiesi.com,
E. τμήματος φαρμακοεπαγρύπνησης: pharmacovigilance.gr@chiesi.com
www.chiesi.gr

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

Brimica[®] ▼
Genuair[®] 
acilidium bromide + formoterol

BRETARIS[®] ▼
Genuair[®] 
Acilidium Bromide



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

Τα προϊόντα περιλαμβάνονται στο θετικό κατάλογο και αποζημιώνονται
από τα ασφαλιστικά ταμεία

Λ.Τ. Bretaris Genuair: 38,04€ • Λ.Τ. Brimica Genuair: 52,99€

▼ Τα φάρμακα αυτά τελούν υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Χορηγούνται με ιατρική συνταγή.
Κάθε παρεχόμενη δόση **Bretaris**[®] **Genuair**[®] περιέχει 375μg βρωμιούχου ακλιδινίου που ισοδυναμεί
με μια δόση 322μg ακλιδινίου. Κάθε παρεχόμενη δόση **Brimica**[®] **Genuair**[®] περιέχει 396 μικρογραμ-
μάρια βρωμιούχου ακλιδινίου (που ισοδυναμεί με μία δόση 340 μικρογραμμαρίων ακλιδινίου) και 11,8
μικρογραμμάρια διυδροκικής φουμαρικής φορμοτερόλης.

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες και πληροφορίες σχετικά με την
ασφάλεια και την ανεκτικότητα, συμβουλευτείτε την Περιληψη
Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλώ επικοινωνήστε με την εταιρεία:



Menarini Hellas

Menarini Hellas A.E. - Πάτμου 16-18, 151 23 Μαρούσι, Αττική
Τ.: 210 8316111-13, F.: 210 8317343, info@menarini.gr, www.menarini.gr