

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Α. Συμεωνίδης
Αντιπρόεδρος: Ν. Παπανικολάου
Γ. Γραμματέας: Α. Καρπούζη
Ειδ. Γραμματέας: Σ. Κλίνης
Ταμίας: Δ. Καρανάσιος
Μέλη: Ν. Δήμου
Β. Γιακίμοβα-Πολύζου
Ειδικευόμενοι: Γ. Τζανής
Π. Γιαννακοπούλου

ΕΞΕΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Δ. Πετρίδης
Μέλη: Χ. Χατζής
Θ. Παπανικολάου

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Μ. Τζιράκη
Μέλη: Δ. Βουτσελά
Ι. Καπάντας

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Βίλδου Μ.	Κανταρτζής Ε.	Μαντζουράνης Γ.	Παύλου Ι.
Βιτουλαδίτης Ι.	Καπάντας Ι.	Μάρτου Μ.	Πετρίδης Δ.
Βουτσελά Δ.	Καρανάσιος Δ.	Μπίρτσου Χ.	Σταυρίδης Χ.
Γιακίμοβα Β.	Καρπούζη Α.	Πανίδα Α.	Στεφανίδου Μ.
Γουρζή Β.	Κεράνη Η.	Πανταζή Δ.	Συμεωνίδης Α.
Δάντση Φ.	Κλίνης Σ.	Παπαδόπουλος Χ.	Τζιράκη Μ.
Δέρβας Δ.	Κωνσταντινίδης Α.	Παπαδοπούλου Α.	Τσικάκη Π.
Δημητριάδης Π.	Μακρή Β.	Παπανικολάου Θ.	Χατζής Χ.
Δήμου Ν.	Μαλιούφας Α.	Παπανικολάου Ν.	Ψάλτογλου Ι.
Κακαβίτσας Φ.	Μανουσarıδης Γ.	Πάτσιου Α.	

ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Stavdal Α.	Ιωαννίδης Ι.	Μπακογιάννης Κ.	Τατσιώνη Α.
Αντωνίου Κ.	Καπάντας Ε.	Παναγιωτίδου Σ.	Τρύφων Σ.
Βασιλακόπουλος Θ.	Κυριαζής Ι.	Πολυζωγοπούλου Ε.	Φιλιππιάδης Δ.
Βασιλικός Β.	Κωστίκας Κ.	Σμυρνάκης Ε.	
Ζηλίκης Ν.	Λαμπρόπουλος Σ.	Σταφυλάς Π.	
Θηραΐος Ε.	Μούσλεχ Ζ.	Συμβουλάκης Ε.	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η Εταιρεία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος – ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ έχοντας, πάντα, σαν κύριο σκοπό τη διαρκή αναβάθμιση της ειδικότητας της ΓΟΙ, με κύριο όπλο τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, σχεδιάζει ένα ετήσιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα προσπαθώντας να καλύψει το δυνατόν καλύτερα τις εκπαιδευτικές ανάγκες των ΓΟΙ.

Η κορωνίδα αυτού του προγράμματος δεν μπορεί παρά να είναι το Πανελλήνιο Συνέδριό μας. Και δεν μπορεί παρά να είμαστε χαρούμενοι και υπερήφανοι που σας καλωσορίζουμε στο **3ο Ιπποκράτειο Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής και ΠΦΥ** (24-27 Ιουνίου 2021, Holiday Corfu Palace, Κέρκυρα).

Είμαστε δε, διπλά χαρούμενοι και υπερήφανοι, που η **WONCA President Elect, Dr Anna Stavdal** αποδέχτηκε την πρόσκλησή μας και θα τιμήσει τον ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ και τους Έλληνες Γενικούς/Οικογενειακούς Ιατρούς πραγματοποιώντας την Τιμητική Εναρκτήρια Ομιλία.

Επιπλέον, το επιστημονικό πρόγραμμα περιλαμβάνει συνεδρίες που σηματοδοτούν τη συνεργασία των ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας στη συνδιαχείριση των ασθενών, τη συνεργασία Επιστημονικών Εταιρειών, τη συνεργασία του ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ με Ενώσεις Ασθενών, τη συνεργασία με κάθε τρόπο προς όφελος του ανθρώπου που νοσεί ή που είναι υγιής.

Επίσης στο επιστημονικό πρόγραμμα συμμετέχουν ενεργά ειδικευόμενοι και ειδικοί ΓΟΙ και όχι μόνον, από όλη την Ελλάδα αναδεικνύοντας τη δουλειά τους και συνδράμοντας στην αναβάθμιση του ρόλου του ΓΟΙ και της ΠΦΥ ακόμη και μεσούσης της πανδημίας.

Σας καλωσορίζουμε λοιπόν, στη συνάντηση αυτή των απανταχού ΓΟΙ και ιατρών άλλων ειδικοτήτων που δραστηριοποιούνται στην ΠΦΥ, καθώς και άλλων επαγγελματιών υγείας, να συζητήσουμε προβληματισμούς μας, να σχεδιάσουμε νέα προγράμματα και να τα μοιραστούμε, να “κοιταχτούμε” και εν τέλει να περάσουμε καλά και εποικοδομητικά..

Για την Οργανωτική Επιτροπή



Α. Συμεωνίδης
Πρόεδρος ΟΕ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 24 Ιουνίου 2021 (Αίθουσα Α')

14.00-16.00 Εγγραφές

14.30-15.30 Στρογγυλό Τραπέζι

Προνοσοκομειακή διαχείριση επειγόντων περιστατικών, συνεργασία με ΕΚΑΒ

Προεδρείο: Σ. Παναγιωτίδου, Χ. Βέρρας

Εισηγητές: Ν. Γκούτσας, Ε. Μακρή

15.30-16.30 Βήμα των ειδικευόμενων

Η εκπαίδευση στην ειδικότητα της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής. Προβληματισμοί-προκλήσεις-δυνατότητες

Προεδρείο: Η. Κεράνη, Ε. Δρόσος

Εισηγητές: Σ. Παναγιωτίδου, Χ. Χατζής, Μ. Στεφανίδου, Γ. Δημητριάδου

16.30-17.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

17.00-18.00 Συνάντηση με την ειδικό

Η χρήση του υπερηχογραφήματος στην επείγουσα ιατρική

Προεδρείο: Ν. Παπανικολάου, Δ. Βουτσελά

Εισηγήτρια: Ε. Πολυζωγοπούλου

18.00-19.00 Διευαισθητικό Στρογγυλό Τραπέζι (ΕΜΠαΚΑΝ)

Επιλογή αντιδιαβητικής αγωγής στον παχύσαρκο διαβητικό.

Η νεφρική νόσος στα άτομα με ΣΔ και η επίδραση των νεότερων αγωγών

Προεδρείο: Α. Καρπούζη, Δ. Καρανάσιος

Εισηγητές: Ι. Κυριαζής, Ι. Ιωαννίδης

19.00-20.00 Τελετή έναρξης

19.00-19.15 Χαιρετισμοί Φορέων - Αρχών

- ΙΣ Κέρκυρας
- Εκπρ. της 6ης ΥΠΕ
- Γεν. Συντ. Εκπ/σης ΓΟΙ Ιονίων Νήσων
- Πρόεδρος Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας

19.15-20.00 Τιμητική Διάλεξη

Quo Vadis? GP/FM By the year 2030

Προεδρείο: Α. Συμεωνίδης, Ν. Παπανικολάου

Εισηγήτρια: Α. Stavdal

20.00-21.30 Εκλογο-απολογιστική ΓΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 25 Ιουνίου 2021 (Αίθουσα Α')

08.00-09.00 Προφορικές Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **Ν. Δήμου, Θ. Παπανικολάου**

09.00-09.45 Στρογγυλό Τραπέζι

Ψυχική υγεία σε εφήβους. Έγκαιρη αναγνώριση, συνδιαχείριση με τον ειδικό

Πρόεδρος: **Δ. Πετρίδης**

Εισηγητές: **Ν. Ζηλίκης, Α. Καρούζη**

09.45-10.30 Διάλεξη

Το ιατρικό λάθος ως εργαλείο μάθησης

Πρόεδρος: **Ε. Σμυρνάκης**

Εισηγητής: **Σ. Κλίνης**

10.30-11.00 Δορυφορική Διάλεξη

AMGEN® Σελ. 10

11.00-11.30 Δορυφορική Διάλεξη

 **Menarini Hellas** Σελ. 10

11.30-11.45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11.45-12.30 Διάλεξη

Συμπληρώματα διατροφής, έννοιες ενσυνειδητότητας και 'διασπορά' κατανάλωσης στην κοινότητα

Προεδρείο: **Μ. Πανιεράκη, Ε. Βουρλιωτάκη**

Εισηγητής: **Ε. Συμβουλάκης**

12.30-13.00 Διάλεξη

Νέο πρόγραμμα εκπαίδευσης και εξετάσεις ειδικότητας. Υπάρχει τρόπος διασύνδεσης;

Πρόεδρος: **Δ. Καρανάσιος**

Εισηγήτρια: **Α. Τατσιώνη**

13.00-14.00 Διευαισθητικό Στρογγυλό Τραπέζι (Ιπποκράτης-ΕΝΘΕ)

Αλγοριθμική προσέγγιση των συχνότερων νόσων του αναπνευστικού, σήμερα!

Προεδρείο: **Σ. Τρύφων, Χ. Χατζής**

Αλγοριθμική προσέγγιση άσθματος & ΧΑΠ: Πιο δυναμική από ποτέ!

Κ. Κωστίκας

Αλγοριθμική προσέγγιση του βήχα (από τον οξύ έως τον χρόνιο)

Ηλ. Κεράνη

Αλγοριθμική προσέγγιση του εμβολιασμού για την νόσο COVID-19

Θ. Βασιλακόπουλος

14.00-14.30 Δορυφορική Διάλεξη

AstraZeneca  Σελ. 10

14.30-15.30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 25 Ιουνίου 2021 (Αίθουσα Α')

15.30-17.00 **Αναρτημένες Ανακοινώσεις**

17.00-18.00 **Διάλεξη**

Μια διαφορετική προσέγγιση στη φαρμακολογική διαχείριση του ΣΔτ2 στην ΠΦΥ

Πρόεδρος: **Ν. Μιχαλάκης**

Εισηγητής: **Δ. Καρανάσιος**

18.00-19.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

Επείγουσα προνοσοκομειακή και νοσοκομειακή διαχείριση ασθενών υπόπτων για ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Προεδρείο: **Φ. Κακαβίτσας, Κ. Κηπουρός**

Διαλογή (triage) - Ο ρόλος των συστημάτων διαλογής και των σκορ βαρύτητας

Α. Τσισπαρά

Επείγουσα νοσοκομειακή διαχείριση ισχαιμικού ΑΕΕ

Δ. Μπαμπαλής, Β. Ρίζου

Διαδραστική παρουσίαση πραγματικών περιπτώσεων ασθενών

Ι. Αβακιάν, Α. Πλατσά

19.00-19.15 **Διάλειμμα καφέ**

19.15-19.45 **Δορυφορική Διάλεξη**



Menarini Hellas Σελ.10

19.45-20.45 **Δορυφορικό Συμπόσιο**



NOVARTIS Σελ.10

20.45-21.30 **Διάλεξη**

Βιταμίνες - ιχνοστοιχεία -προβιοτικά. Πόσο σημαντικά στη βελτίωση της κλινικής πρακτικής στην ΠΦΥ; Debate πνευμονολόγου και γενικού Ιατρού

Πρόεδρος: **Σ. Τρύφων**

Εισηγητής: **Χ. Χατζής, Ε. Παπαδοπούλου**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο 26 Ιουνίου 2021 (Αίθουσα Α')

08.00-09.00 Προφορικές Ανακοινώσεις

Προεδρείο: Σ. Κλίνης, Β. Μακρή

09.00-10.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Αποσυνταγογράφηση, μια σημαντική ιατρική πράξη

Προεδρείο: Ι. Βιτουλαδίτης, Β. Ντελέζος

Εισηγητές: Θ. Παπανικολάου, Β. Γιακίμοβα

10.00-10.30 Διευαισθητική Συνεργασία ΕΙΕΠ-ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

Ορισμός, επιδημιολογία & επιπλοκές της παχυσαρκίας

Πρόεδρος: Ε. Καπάντας

Εισηγητής: Ι. Καπάντας

10.30-11.00 Διάλεξη

Η διευρυμένη χρήση των διουρητικών της αγκύλης στην κλινική πρακτική του γενικού Ιατρού: Ιδιαιτερότητες και διαφορές

Πρόεδρος: Ν. Δήμου

Εισηγητής: Δ. Καρανάσιος

11.00-11.30 Δορυφορική Διάλεξη



Σελ. 11

11.30-12.00 ΔΙΑΛΕΞΗ ΚΑΦΕ

12.00-13.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Διαγνωστική προσέγγιση της ακτινογραφίας θώρακος. Ερμηνεία και αντιμετώπιση περιστατικών στην ΠΦΥ

Προεδρείο: Ν. Δήμου, Η. Κεράνη

Εισηγητής: Δ. Φιλιππίδης

Σχολιαστές: Ν. Δήμου, Η. Κεράνη

13.00-13.30 Δορυφορική Διάλεξη



Σελ. 11

13.30-14.00 Δορυφορική Διάλεξη



Σελ. 11

14.00-15.30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

15.30-17.00 Αναρτημένες Ανακοινώσεις

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο 26 Ιουνίου 2021 (Αίθουσα Α΄)

17.00-18.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Διακοπή καπνίσματος στην ΠΦΥ. Τι νεότερο

Προεδρείο: Α. Συμεωνίδης, Γ. Μανουσαρίδης

Ο ρόλος του ΓΟΙ στην διακοπή του καπνίσματος

Θ. Παπανικολάου

Εναλλακτικά προϊόντα: ο ρόλος τους στην διακοπή του καπνίσματος

Δ. Σακελλαρίου

18.00-19.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Συνδιαχείριση αρθρίτιδων στην ΠΦΥ

Πρόεδρος: Α. Καρπούζη

Εισηγητές: Ε. Γεργιανάκη, Ν. Κούγκας

Σχολιαστής: Γ. Μπέρτσας

19.00-19.30 Διάλεξη

Αποτύπωση γνώσης και τάσης συμπεριφοράς από Γενικούς Ιατρούς σχετικά με την Πανδημία

Προεδρείο: Ν.-Λ. Σιβαρόπουλος, Ε. Γουγουρέλα

Εισηγητής: Ε. Συμβουλάκης

19.30-20.30 Στρογγυλό Τραπέζι

Εξ αποστάσεως επικοινωνία και παρακολούθηση ασθενών στην ΠΦΥ. Σύγχρονες προκλήσεις

Προεδρείο: Α. Συμεωνίδης, Ε. Σμυρνάκης

Η αναγκαιότητα του ψηφιακού μετασχηματισμού στην ΠΦΥ

Ε. Θηραΐος

Η χρήση της τηλεϊατρικής στην ΠΦΥ μέσα στην πανδημία. Σύγχρονες προκλήσεις και η επόμενη ημέρα

Ε. Σμυρνάκης

Βέλτιστες πρακτικές κατά τη διάρκεια των εικονικών επισκέψεων

Α. Παγανός

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Κυριακή 27 Ιουνίου 2021 (Αίθουσα Α΄)

08.00-09.00 Προφορικές Ανακοινώσεις

Πρόεδρος: Ε. Κανταρτζής

09.00-09.30 Διάλεξη

Στατίνες, Βιταμίνη D και ΧΑΠ: Μια Τριγωνική Προσέγγιση

Προεδρείο: Θ. Παπανικολάου, Μ. Τζιράκη

Εισηγητής: Θ. Κρασανάκης

09.30-10.30 Στρογγυλό τραπέζι

Ευδόκιμη και ενεργός γήρανση: Η προστιθέμενη αξία του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στη φροντίδα των ηλικιωμένων

Προεδρείο: Μ. Βίλδου, Σ. Γαλάνης

Εισηγητές: Σ. Κλίνης, Δ. Βουτσελά, Α. Πανίδη

10.30-11.00 Διάλεξη

Είναι απαραίτητη η καρδιολογική εκτίμηση των νέων πριν από τη συμμετοχή τους σε αθλητικές δραστηριότητες; Ο ρόλος του Ιατρού της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Πρόεδρος: Σ. Λαμπρόπουλος

Εισηγητής: Β. Βασιλακόπουλος

11.00-12.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Βήμα των ασθενών: Άκου τι χρειάζομαι Ιατρέ μου...

Προεδρείο: Κ. Χλίβερος, Β. Γιακίμοβα

Τα βασικά μοντέλα σχέσης ασθενούς - Ιατρού

Β. Γιακίμοβα

Ανάγκες, προσδοκίες, προβληματισμοί, του ασθενή μέσα σε ένα Ιατρείο

Ξ. Κουρκοπούλου

12.00-13.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Νέο πρόγραμμα εκπαίδευσης στη ΓΟΙ: Ο ρόλος του μέντορα, του εκπαιδευτή, του συντονιστή

Προεδρείο: Σ. Κλίνης, Ν. Γεωργιάννος

Εισηγητής: Δ. Καρανάσιος

13.00-13.30 Τελετή Λήξης

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Παρασκευή 25 Ιουνίου 2021 (Αίθουσα Α')

- 10.30-11.00 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.5
Η διαχείριση της οστεοπόρωσης από τη σκοπιά του γενικού Ιατρού
Πρόεδρος: **Α. Συμεωνίδης**
Εισηγητής: **Δ. Καρανάσιος**
- 11.00-11.30 Δορυφορική Διάλεξη**  Menarini Hellas Σελ.5
Οσφυαλγία: Μία Καθημερινή Κλινική Πρόκληση
Πρόεδρος: **Δ. Βουτσελά**
Εισηγητής: **Θ. Λάκκος**
- 14.00-14.30 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.5
Παγκόσμιες Συστάσεις GINA 2021: Καθορίζοντας τη νέα εποχή στη διαχείριση του άσθματος
Πρόεδρος: **Σ. Τρύφων**
Εισηγήτρια: **Β. Λάζου**
- 19.15-19.45 Δορυφορική Διάλεξη**  Menarini Hellas Σελ.6
Θεραπευτική αντιμετώπιση της ΧΑΠ 2 φορές την ημέρα
Πρόεδρος: **Δ. Πετρίδης**
Εισηγητής: **Χ. Μόσχος**
- 19.45-20.45 Δορυφορικό Συμπόσιο**  **NOVARTIS** Σελ.6
Η αξία της συνδιαχείρισης ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Από τη θεωρία στην κλινική πράξη
Πρόεδρος: **Β. Βασιλικός**
Εισηγητές: **Α. Κωνσταντινίδης, Κ. Μπακογιάννης**

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Σάββατο 26 Ιουνίου 2021 (Αίθουσα Α')

11.00-11.30 Δουρυφορική Διάλεξη



Σελ. 7

Εμβολιάζοντας την οικογένεια έναντι του τετάνου και του κοκκύτη με τα κατάλληλα εμβόλια

Πρόεδρος: **Α. Συμεωνίδης**

Εισηγήτρια: **Ι. Τσιαούση**

13.00-13.30 Δουρυφορική Διάλεξη



Σελ. 7

• *Η Πνευμονίας Κοινότητας και το κλινικό φορτίο του πνευμονιόκοκκου εν μέσω πανδημίας SARS-CoV-2*

• *Η συμβολή του 13δύναμου συζευγμένου πνευμονιοκοκκικού εμβολίου στην πρόληψη των πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων*

Πρόεδρος: **Χ. Μπλιώνης**

Εισηγητής: **Σ. Μεταλλίδης**

13.30-14.00 Δουρυφορική Διάλεξη



Σελ. 7

Ο καρδιο-νεφρο-μεταβολικός θεραπευτικός αλγόριθμος του Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 2 και η πρακτική εφαρμογή του στην ΠΦΥ

Πρόεδρος: **Ζ. Μούσλεχ**

Εισηγήτρια: **Γ. Φίλη**

Τίτλοι
Ομιλητών - Προέδρων



ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Αβακιάν Ι.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, ΠΙ Ζαππείου, ΚΥ Φαρσάλων, ΤΕΠ ΓΝ Λάρισας
Βασιλακόπουλος Θ.	Καθηγητής Πνευμονολογίας - Εντατικής Θεραπείας, Υπεύθυνος Μονάδας Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
Βασιλακόπουλος Β.	Καρδιολόγος, Επιμ. Β΄, Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Κοζάνης
Βασιλίκος Β.	Καρδιολόγος, Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο
Βέρρας Χ.	MSc in Resuscitation, PhD (c) Εξειδικευόμενος Επείγουσας Ιατρικής, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
Βίλδου Μ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, ΠΙ Αυλών, ΚΥ Σερβίων
Βιτουλαδίτης Ι.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Κέρκυρα
Βουρλιωτάκη Ε.	Ενδοκρινολόγος, Επιμ. Α΄ ΕΣΥ, Βενιζέλειο Πανάνειο ΓΝ Ηρακλείου
Βουτσελά Δ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Τρίκαλα
Γαλάνης Σ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Κέρκυρα
Γεργιανάκη Ε.	MD MPH PhD, Ειδικός Γεν. Οικογενειακής Ιατρικής-Μεταδ., Ερευνήτρια Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής
Γεωργιάννος Ν.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής Κλινικού Εκπαιδευτικού Κέντρου ΠΦΥ - Närhälsan, Εκπαιδευτικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Göteborg, Μέλος EURACT και Επιτροπής Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης της Σουηδικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής (SFAM), Σουηδία
Γιακίμοβα Β.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθύντρια, ΚΥ Πύλης Τρικάλων, Μέλος ΔΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ
Γκούρτσας Ν.	Διασώστης ΕΚΑΒ, Διευθυντής Εκπαίδευσης του Ευρωπαϊκού Κολεγίου Αθλητιών Course Organizer/Director του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης
Γουγουρέλα Ε.	Παθολόγος Διευθύντρια, ΚΥ Τζερμιάδων

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Δημητριάδου Γ.	Ειδικευόμενη Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
Δήμου Ν.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Ψαχνών- Μέλος ΔΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ -Συντονιστής Εκπαίδευσης ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής Νοσοκομείου Χαλκίδας
Δρόσος Ε.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Ιρλανδία
Ζηλίκης Ν.	Καθηγητής Ψυχιατρικής ΑΠΘ, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική ΑΧΕΠΑ
Θηραΐος Ε.	MD, Msc in Public Health, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΕΣΥ, ΚΥ Βάρης, Γενικός Γραμματέας Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, Γενικός Συντονιστής Εκπαίδευσης Γενικής Ιατρικής Αττικής
Ιωαννίδης Ι.	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ»
Κακαβίτσας Φ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, ΚΥ Κέρκυρας
Κανταρτζής Ε.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός
Καπάντας Ε.	Παθολόγος, SCOPE National Fellow, Διευθυντής Τμήματος Διαβήτη - Παχυσαρκίας - Μεταβολισμού, Ιδιωτικό Θεραπευτήριο «METROPOLITAN», Πρόεδρος της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας
Καπάντας Ι.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β΄, ΠΙ Αγίας Παρασκευής Λέσβου
Καρανάσιος Δ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, ΚΥ Ν. Μαδύτου Θεσσαλονίκης, Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής ΓΠΝΘ ΑΧΕΠΑ, Εκπρόσωπος της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ακαδημία Δασκάλων Γενικής Ιατρικής (EURACT), Ταμίας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ» (Εταιρία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος)
Καρπούζη Α.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β΄, ΠΙ Βραχασίου, Νοσοκομείο ΚΥ Νεάπολης Λασιθίου, Γεν. Γραμματέας Εταιρείας Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ», Αν. Συντονίστρια Τομέα ΠΦΥ Περιφερειακής Ενότητας Λασιθίου, Αν. Συντονίστρια Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής ΓΝΑΝ
Κεράνη Η.	MD, PhD, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΚΥ Αργαλαστής, Μαγνησία
Κηπουρός Κ.	Επικουρικός Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, ΚΥ Φαρσάλων Λάρισα

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Κλίνης Σ.	MD, MSc, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, ΠΙ Αλωνακίων - Κέντρο Υγείας Κοζάνης, Ειδικός Γραμματέας Εταιρείας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»
Κούγκας Ν.	Ρευματολόγος, Επιμ. Β΄, Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
Κουρκοπούλου Ξ.	Πρόεδρος του Πανελληνίου Συλλόγου Ρευματοπαθών «ΑΚΕΣΩ»
Κρασσανάκης Θ.	Ειδικευόμενος Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής ΠαΓΝΗ
Κυριαζής Ι.	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας, ΓΝΑ ΚΑΤ, Πρόεδρος ΕΜΠΑΚΑΝ
Κωνσταντινίδης Α.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Θεσσαλονίκη
Κωστής Κ.	Πνευμονολόγος, Αναπλ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων
Λάζου Β.	MD, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος
Λάκκος Θ.	Ορθοπαιδικός χειρουργός, Παν. Ερλάνγκεν, Νυρεμβέργη Γερμανίας, Κλινική Άγιος Λουκάς, Πανόραμα Θεσσαλονίκης
Λαμπρόπουλος Σ.	Καρδιολόγος-Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής - ΓΝ Κοζάνης
Μακρή Ε.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β΄, ΚΥ Αργαλαστής, Πιστοποιημένη Εκπαιδεύτρια ERC, κάτοχος Ε.Π.Ι. (Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική)
Μανουσαρίδης Γ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β΄, ΠΙ Κτισμάτων-ΚΥ Δελβινακίου
Μεταλλίδης Σ.	Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας και Λοιμωξιολογίας στην Α΄ Παθολογική Κλινική του «ΑΧΕΠΑ»
Μηλιώνης Χ.	Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής της Α΄ Παθολογικής Κλινικής και της Μονάδας Λοιμωδών Νόσων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
Μιχαλάκης Ν.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Αγ Μάρκου, Κέρκυρα
Μόσχος Χ.	Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Επιμελητής Α΄ ΓΓΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Ταμίας ΔΣ Ε.Π.Ε

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Μούσλεχ Ζ.	Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
Μπακογιάννης Κ.	MD, PhD, Ειδικευόμενος Καρδιολόγος Γ΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
Μπαμπαλής Δ.	Παθολόγος-Εντατικολόγος, Διευθυντής ΤΕΠ ΓΝ Λάρισας
Μπέρτσας Γ.	Αναπλ. Καθηγητής Ρευματολογίας- Κλινικής Ανοσολογίας
Ντελέζος Β.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄ ΕΣΥ, ΚΥ Σοφάδων Καρδίτσας
Παγανάς Α.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΕΣΥ, ΠΙ Κονταριώτισσας, ΚΥ Λιτοχώρου
Παναγιωτίδου Σ.	Γενική Συντονίστρια Εκπαίδευσης ειδικευόμενων Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Ιονίων Νήσων, Π.Ι. Γιαννάδων Κ.Υ. Αγ. Αθανασίου, Κέρκυρα
Πανίδη Α.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β΄, Συντονίστρια 1ης ΤοΜΥ Ιωαννίνων, MSc Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων, Επόπτρια ΚΟΜΥ ΕΟΔΥ
Πανιεράκη Μ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός
Παπαδοπούλου Ε.	MD, MSc(c), Ειδικευόμενη Πνευμονολογίας, Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»
Παπανικολάου Ν.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής - ΣΕΛ, ΚΥ Δυτ. Φραγκίστας, Γενικός Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Στερεάς Ελλάδας, Αντιπρόεδρος ΔΣ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ»
Παπανικολάου Θ.	Γενικός Ιατρός, Επιμ. Α΄, ΚΥ Τζεμιάδων Οροπεδίου Λασιθίου Κρήτης
Πετρίδης Δ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Εχίνου, Ξάνθης, Γεν. Συντονιστής Εκπαίδευσης Ανατ. Μακεδονίας και Θράκης
Πλατσά Α.	Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, ΓΝ Λάρισας
Πολυζωγοπούλου Ε.	Επ. Καθηγήτρια Επείγουσας Ιατρικής ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
Ρίζου Β.	Γενική Ιατρός, Επιμ. ΚΥ Αγίας/ΤΕΠ ΓΝ. Λάρισας
Σακελλαρίου Δ.	Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Σιβαρόπουλος Ν.-Λ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, ΚΥ Σπηλίου
Σμυρνάκης Ε.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Αναπλ. Καθηγητής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - Ιατρικής Εκπαίδευσης, Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ
Στεφανίδου Μ.	Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, ΓΝ Κοζάνης
Συμβουλάκης Ε.	Επ. Καθηγητής ΠΦΥ, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης
Συμεωνίδης Α.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Πρόεδρος ΔΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ
Τατσιώνη Α.	Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, Αναπλ. Καθηγήτρια Γενικής Ιατρικής, Τμήματος Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Γενική Συντονίστρια Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής Ηπείρου, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Τζιράκη Μ.	MSc, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β΄, ΠΙ Χερσονήσου, ΚΥ Καστελίου, Ηράκλειο
Τρύφων Σ.	MD, PhD, FCCP, FERS, Γεν. Γραμματέας ΕΝΘΕ, Πνευμονολόγος, Διευθυντής ΕΖΥ, ΓΝΘ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»
Τσιαούση Ι.	MD, Γυναικολόγος - Μαιευτήρας, MSc exeMBA E&B Athens, Medical Director Τμήματος Εμβολίων BIANEΞ AE/Sanofi Pasteur
Τσισπαρά Α.	Αναισθησιολόγος, Επιμ. ΤΕΠ, ΓΝ Λάρισας
Φίλη Γ.	Επιμ. Α΄ Γενικής Ιατρικής με Μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη Αν. Συντονίστρια ΚΥ Δελβινακίου
Φιλιππίδης Δ.	MD, PhD, MSc, EBIR, Επίκουρος Καθηγητής Διαγνωστικής και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Χατζής Χ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, ΚΥ Ν. Μαδύτου, Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής Νοσοκομείου «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
Χλίβερος Κ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄ ΕΖΥ, Περιφερειακός Συντονιστής Τομέα ΠΦΥ Νομού Ρεθύμνης
Stavdal A.	President Elect WONCA

Προφορικές Ανακοινώσεις



ΠΑ 01

ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΣΘΗΚΑΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

Α. Βασιλείου, Κ. Τσολάκη, Ε. Μυστακοπούλου, Τ. Μαργκάνια, Ι. Χαραλαμπίδης, Ν. Μαργαρίτης, Κ. Παπαθεοδώρου

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) έχει ανακοινώσει μια σειρά από συμπτώματα που θέτουν την υποψία για λοίμωξη από COVID-19.

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετήσουμε τη συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων της λοίμωξης COVID-19, τη διάρκειά τους καθώς και την πιθανή πηγή της μόλυνσης ασθενών που εξετάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριλήφθηκαν COVID-19 θετικοί ασθενείς, που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, κατά τη διάρκεια του δεύτερου κύματος της πανδημίας. Καταγράφηκαν η συχνότητα εμφάνισης των σχετικών με τη λοίμωξη συμπτωμάτων, η διάρκειά τους και πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο μετάδοσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 158 COVID-19 θετικοί ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (102 άνδρες) με μέση ηλικία (έτη $\pm$ SD): 60 $\pm$ 18,2. Ως πιθανή πηγή μετάδοσης της λοίμωξης, 34,67% των ασθενών ανέφεραν άτομο της οικογένειάς τους, ενώ το 59,3% δεν είχε γνωστή επαφή που να νοσεί. Τα συμπτώματα που ανέφεραν οι ασθενείς ήταν: πυρετός (87,26%) κυρίως ως 38° C (στο 57,7% των περιπτώσεων), ξηρός βήχας (49,37%), αίσθημα δύσπνοιας (29,11%), διάρροια (16,46%), εμέτους (7,59%), κεφαλαλγία (21,02%), φρίκια (10,76%), φαρυγγαλγία (8,23%), ρινική καταρροή (9,49%), διαταραχές στην όσφρηση (14,56%), διαταραχές στη γεύση (12,66%), ναυτία (8,23%), ζάλη (7,59%), μυαλγίες (20,25%), αρθραλγίες (10,13%), θωρακαλγία (8,23%), ταχύπνοια (8,86%), αίσθημα παλμών/ταχυκαρδίας (8,23%) και κακουχία (24,68%). Η μέση διάρκεια των συμπτωμάτων (ημέρες $\pm$ SD) μέχρι την επίσκεψη στο ΤΕΠ ήταν: 5,81 $\pm$ 4,62.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο ήπιος πυρετός (ως 38° C) και ο ξηρός βήχας είναι τα πιο συχνά συμπτώματα που ανέφεραν οι ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη. Συνήθη συμπτώματα ιογενών λοιμώξεων, όπως η ρινική καταρροή και η φαρυγγαλγία, εμφανίζονται με σχετικά χαμηλή συχνότητα, ενώ σπάνια συμπτώματα, όπως οι διαταραχές στην όσφρηση και τη γεύση, αναφέρονται σε ποσοστό περισσότερο από 10%.

ΠΑ 02

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ

Κ. Τσολάκη, Α. Βασιλείου, Τ. Μαργκάνια, Ε. Μυστακοπούλου, Ν. Μαργαρίτης, Ο. Ισμαήλ, Κ. Παπαθεοδώρου

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη και βεβαρυμμένο ατομικό αναμνηστικό έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν επιπλοκές. Επιπλέον, η κλινική τους εξέταση μπορεί να έχει φτωχά ευρήματα, αλλά ο ασθενής να νοσήσει βαριά.

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετήσουμε τη συννοσηρότητα και τα κλινικά ευρήματα ασθενών με COVID-19 λοίμωξη.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριλήφθηκαν COVID-19 θετικοί ασθενείς, οι οποίοι επισκέφθηκαν το ΤΕΠ του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης. Ελήφθη το ατομικό τους αναμνηστικό, μετρήθηκαν τα ζωτικά τους σημεία, έγινε κλινική εξέταση και τα ευρήματα των παραπάνω εξετάσεων καταγράφηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 158 COVID-19 θετικοί ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (102 άνδρες) με μέση ηλικία (έτη $\pm$ SD): 60,03 $\pm$ 18,2. Από το ιστορικό τους 12,1% ήταν ενεργοί καπνιστές, ενώ είχαν 5,7% βρογχικό άσθμα, 5,1% ΧΑΠ, 17,1% παχυσαρκία, 18,4% ΣΔτ2, 11,4% στεφανιαία νόσο, 1,3% ΑΕΕ, 5,7% συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, 40,5% υπέρταση, 18,4% δυσλιπιδαιμία, 3,2% κάποιο αυτοάνοσο νόσημα, 5,1% χρόνια νεφρική νόσο, 1,3% κάποια ηπατοπάθεια και 3,2% κάποιας μορφής καρκίνο. Στην κλινική εξέταση, το 47,5% των ασθενών είχε ακροαστικά ευρήματα, κυρίως υποτρίζοντες ή τρίζοντες, τα οποία στο 21,5% εντοπιζόταν στις βάσεις και στο 24,1% ήταν αμφοτερόπλευρα. 6,3% των ασθενών ήταν άρρυθμοι και 5,6% δεν είχαν καλό επίπεδο συνείδησης. Τα ζωτικά τους σημεία ήταν (μέσος $\pm$ SD): Συστολική Πίεση 142,8 $\pm$ 22,7 mm Hg, Διαστολική Πίεση 76,7 $\pm$ 11,1 mm Hg, καρδιακή συχνότητα 84,3 $\pm$ 12,9/min, αναπνοές 17,5 $\pm$ 4,2/min, θερμοκρασία 36,9 $\pm$ 0,7° C και SatO₂ 94 $\pm$ 5,1%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη, είχαν σε ποσοστό 40% υπέρταση και το 1/5 περίπου από αυτούς εμφάνιζε παχυσαρκία, ΣΔτ2 ή δυσλιπιδαιμία. Το πιο συχνό κλινικό εύρημα (>60%) ήταν οι υγροί ήχοι στην ακρόαση των πνευμόνων που εντοπιζόνταν κυρίως στις βάσεις και αμφοτερόπλευρα. Τέλος, από τα ζωτικά τους σημεία αξίζει να σημειωθεί ο χαμηλός κορεσμός οξυγόνου.

ΠΑ 03

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΠΤΩΝ ΑΛΛΑ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ, ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΣΘΗΚΑΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Κ. Τσολάκη, Α. Βασιλείου, Γ. Σταγκίδης, Τ. Μαργκάνια, Χ. Παιδαράκη, Ι. Χαραλαμπίδης, Κ. Παπαθεοδώρου

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) συστήνει συμπτώματα ύποπτα για λοίμωξη από COVID-19, κάποια από τα οποία ίσως είναι πιο ειδικά από άλλα.

ΣΚΟΠΟΣ: Να εξετάσουμε αν υπάρχει διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων σε ασθενείς θετικούς και ύποπτους αλλά αρνητικούς για COVID-19 λοίμωξη.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης αναφέροντας συμπτωματολογία ύποπτη για COVID-19 λοίμωξη (βάσει συστάσεων του CDC). Η συχνότητα κάθε συμπτώματος συγκρίθηκε μεταξύ των ασθενών με επιβεβαιωμένη λοίμωξη (ομάδα Α) και αυτών με αρνητικό μοριακό έλεγχο (ομάδα Β).

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα R (4.0.3). Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν Student t ή Mann-Whitney U test, ενώ για τις κατηγορικές μεταβλητές η σύγκριση έγινε με χ^2 -τεστ (Yates-corrected) και, όπου απαιτήθηκε, Fisher's exact Test. Υπολογίσθηκε το odds ratio (OR). Επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το $\alpha=0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 270 ασθενείς (164 άνδρες) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η ομάδα Α δεν διέφερε σημαντικά ως προς την ηλικία ($60\pm 18,2$ έναντι $61,6\pm 22$ έτη, $p=0,52$) και το φύλο (άντρες: 64,6% έναντι 55,4%, $p=0,161$) από την ομάδα Β. Οι ασθενείς με θετικό τεστ είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης μη παραγωγικού βήχα ($p<0,001$, OR: 6,48, 95%CI: 2,15-19,52), αισθήματος δύσπνοιας ($p=0,012$, OR: 2,3, 95%CI: 0,76-6,91), ρινικής καταρροής ($p=0,021$, OR: 5,77, 95%CI: 1,04-31,98), διαταραχών όσφρησης ($p<0,001$, OR: 18,91, 95%CI: 2,59-138,17), διαταραχών γεύσης ($p<0,001$, OR: 16,09, 95%CI: 2,2-117,9) και εξάντλησης ($p=0,020$, OR: 2,29, 95%CI: 0,73-7,2).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ασθενείς με υποψία για COVID-19 λοίμωξη έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν όντως μολυνθεί από τον κορονοϊό αν αναφέρουν συγκεκριμένα συμπτώματα, όπως μη παραγωγικό βήχα, διαταραχές στη γεύση και την όσφρηση, ρινική καταρροή και έντονη εξάντληση.

ΠΑ 04

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΠΤΩΝ ΑΛΛΑ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ

Α. Βασιλείου, Κ. Τσολάκη, Ε. Μυστακοπούλου, Ο. Ισμαήλ, Χ. Παιδαράκη, Γ. Σταγκίδης, Κ. Παπαθεοδώρου

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ιστορικό των ασθενών με COVID-19 λοίμωξη καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την πρόγνωσή τους και πιθανόν να παίζει ρόλο στην ευπάθεια του ατόμου στη λοίμωξη.

ΣΚΟΠΟΣ: Να εξετάσουμε πιθανές διαφορές στο ιστορικό ασθενών με COVID-19 λοίμωξη και ασθενών με ύποπτη συμπτωματολογία αλλά αρνητικό τεστ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που εξετάστηκαν το ΤΕΠ του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης αναφέροντας συμπτωματολογία ύποπτη για COVID-19 λοίμωξη. Το ατομικό αναμνηστικό των COVID-19 ασθενών (ομάδα Α) συγκρίθηκε με αυτό των ασθενών των οποίων ο μοριακός έλεγχος ήταν αρνητικός (ομάδα Β).

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα R_4.0.3. Συγκρίσεις ποσοτικών μεταβλητών έγιναν με Student t (ή Mann-Whitney U) test. Οι ποιοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν με χ^2 -τεστ και, όπου απαιτήθηκε, Fisher's exact Test. Επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπεριλήφθηκαν 277 ασθενείς (166 άνδρες). Οι ομάδες Α και Β δεν διέφεραν σημαντικά ως προς την ηλικία ($p=0,52$) και το φύλο ($p=0,161$). Η ομάδα Α είχε στο ιστορικό της σημαντικά υψηλότερο ποσοστό βρογχικού άσθματος (5,7% έναντι 0,9%, $p<0,05$) και χαμηλότερο ποσοστό καρκίνου (3,2% έναντι 14,2%, $p<0,002$) συγκριτικά με την ομάδα Β. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις 2 ομάδες για: ιστορικό καπνίσματος ($p=0,25$), ΧΑΠ ($p=0,131$), παχυσαρκία ($p=0,802$), ΣΔτ2 ($p=0,913$), στεφανιαία νόσο ($p=0,603$), ΑΕΕ ($p=0,070$), καρδιακή ανεπάρκεια ($p=0,128$), υπέρταση ($p=0,603$), δυσλιπιδαιμία ($p=0,473$), αυτοάνοσα νοσήματα ($p=0,703$), χρόνια νεφρική νόσο ($p=0,766$) και ηπατοπάθεια ($p=1$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό στο ιστορικό τους βρογχικό άσθμα και σε μικρότερο καρκίνο, σε σχέση με τους αρνητικούς ασθενείς με ύποπτη συμπτωματολογία. Τα συμπτώματα των ασθενών με καρκίνο συνήθως οφείλονταν σε άλλα αίτια, ενώ το βρογχικό άσθμα πρέπει να ελεγχθεί περαιτέρω αν συμβάλλει σε μεγαλύτερη ευπάθεια στη λοίμωξη.

ΠΑ 05

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΥΨΗΛΟΤΕΡΕΣ ΤΣΑΝΣΑΜΙΝΑΣΕΣ ΚΑΙ ΜΥΪΚΑ ΕΝΖΥΜΑ ΑΠΟ COVID-19 ΑΡΝΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΟΠΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Α. Βασιλείου, Κ. Τσολάκη, Κ. Παπαθεοδώρου

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λοίμωξη από το νέο στέλεχος κορονοϊού μπορεί να προσβάλλει σχεδόν κάθε ιστό του ανθρώπινου σώματος. Η χρήση απλών βιοχημικών δεικτών πιθανόν να αποδειχθούν ιδιαίτερης αξίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Να ελέγξουμε αν υπάρχουν διαφορές στο βιοχημικό προφίλ μεταξύ ασθενών με COVID-19 λοίμωξη και ατόμων με ύποπτη συμπτωματολογία αλλά αρνητικό τεστ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με συμπτωματολογία ύποπτη για COVID-19 λοίμωξη που εξετάσθηκαν στο ΤΕΠ του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης και χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: η ομάδα Α περιλάμβανε του θετικούς και η ομάδα Β τους αρνητικούς για COVID-19 λοίμωξη.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα R_4.0.3. Συγκρίσεις ποσοτικών μεταβλητών έγιναν με Student t (ή Mann-Whitney U) test. Οι ποιοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν με χ^2 -τεστ και, όπου απαιτήθηκε, Fisher's exact Test. Επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 261 ασθενείς (159 άνδρες). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς την ηλικία ($p=0,541$) και το φύλο ($p=0,129$). Οι ασθενείς της ομάδας Α είχαν σημαντικά υψηλότερες συγκεντρώσεις στον ορό γαλακτικής αφυδρογονάσης ($p=0,009$), SGOT ($p < 0,001$), SGPT ($p < 0,001$), CPK ($p=0,018$) και χαμηλότερες αλκαλικής φωσφατάσης ($p < 0,001$). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς τη συγκέντρωση στον ορό της γλυκόζης ($p=0,293$), της ουρίας ($p=0,531$), της κρεατινίνης ($p=0,386$), του καλίου ($p=0,689$), του νατρίου ($p=0,495$), του ασβεστίου ($p=0,315$), της ολικής χολερυθρίνης ($p=0,17$), της γ -GT ($p=0,321$) και της C αντιδρώσας πρωτεΐνης ($p=0,352$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη είχαν αυξημένες συγκεντρώσεις στον ορό τους ηπατικών και μυϊκών ενζύμων, αλλά παρόμοιες συγκεντρώσεις CRP σε σχέση με τους αρνητικούς για COVID-19 ασθενείς με ύποπτα συμπτώματα. Νέες μελέτες πρέπει να σχεδιαστούν για να επιβεβαιώσουν τις ενδείξεις που έχουμε ότι ο 2019-nCoV είναι ηπατοτρόπος ιός που προκαλεί και κάποιου βαθμού μυϊκή καταστροφή.

ΠΑ 06

ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΕΝ ΜΕΣΩ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΟ ΚΥΚ ΑΧΑΪΑΣ

Α. Γιορμέζη¹, Ε. Λάτα¹, Χ. Σταθούλη⁴, Ε. Γκοτσοπούλου³, Γ. Ακριβοπούλου², Μ. Δελή², Χ. Φλούδα¹ Ο. Παλαιοθοδώρου¹, Π. Κόλλια¹, Κ. Τζώτζου¹, Λ. Λιακόπουλος¹, Η. Καραμπελιάς¹, Α. Αγγελοπούλου¹, Δ. Σκροπολίθας¹, Π. Γιάνναρος¹, Δ. Τσουκαλάς¹, Κ. Πλαντιέρου¹, Α. Ανδριοπούλου¹, Ε. Αγοράκη¹, Θ. Παναγόπουλος³, Ο. Ασλανίδης³, Ε. Κυριακάτου³, Α. Αντωνοπούλου³, Α. Γιακουμής¹

¹Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, ²Παιδίατρος, ³Ειδικευόμενος Γενικής Ιατρικής, ⁴Ιατρός Υψηλής Υπαίθρου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η καταγραφή των ασθενών με συμπτωματολογία λοιμώξεων αναπνευστικού και γαστρεντερικού μπορεί να οδηγήσει σε παρατηρήσεις χρήσιμες σε περιόδους πανδημίας, όπως αυτή της COVID-19. Η διακύμανση αυτών των ασθενών δίνει πληροφορίες για την πιθανότητα εισαγωγής της νόσου σε μια περιοχή με αγροτικό πληθυσμό και ευάριθμες κοινότητες ειδικών πληθυσμών (ΡΟΜΑ/μετανάστες), που ήταν COVID-free για μεγάλο διάστημα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η επιδημιολογική επιτήρηση των λοιμώξεων αναπνευστικού/γαστρεντερικού είναι ένα εργαλείο αναντικατάστατο σε επιδημικές εξάρσεις νόσων όπως η COVID-19.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγραφές επειγόντων και παιδιατρικών του Κέντρου Υγείας από 2/3/2020 ως 16/5/2021. Καταγράφηκαν, ανά εβδομάδα, λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού και γαστρεντερίτιδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρατηρούμε ραγδαία πτώση ασθενών με συμπτωματολογία λοίμωξης από τις πρώτες μέρες του Μαρτίου/2020. Πιθανώς οφείλεται στην αδυναμία μετακίνησης, στον φόβο προσέγγισης υγειονομικών μονάδων αλλά κυρίως στον περιορισμό των κοινωνικών επαφών. Μικρή αύξηση παρατηρείται, ιδίως στα παιδιά, με το άνοιγμα των σχολείων αρχές Ιουνίου/2020 και μεγαλύτερη τον Αύγουστο/2020 (χαλαρές κοινωνικές συναναστροφές). Ο περιορισμός των κοινωνικών συναναστροφών αρχές Σεπτεμβρίου/2020 οδηγεί σε απότομη μείωση των λοιμώξεων η οποία λήγει με απότομη άνοδο των παιδιατρικών λοιμώξεων (άνοιγμα των σχολείων). Ακολουθεί σταθεροποίηση (εκτός των παιδιατρικών περιστατικών που μειώνονται-κλειστά σχολεία) έως μέσα Ιανουαρίου/2021. Ακολουθεί περίοδος έξαρσης του 3ου κύματος (Φεβρουάριος-Μάρτιος 2021) που η μεγάλη μάζα των περιστατικών λοίμωξης αναπνευστικού/γαστρεντερικού, αφορά στην COVID-19 (με θετικότητες επί των υπόπτων περιστατικών >50-60% για εβδομάδες). Καταλήγει, εντός του Απριλίου/2021 σε σχετική ύφεση με την υποχώρηση του 3ου κύματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η επιδημιολογική επιτήρηση λοιμώξεων της κοινότητας οδηγεί σε χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τα μέτρα που λαμβάνονται και σε αυξημένη ετοιμότητα όσον αφορά στην αντιμετώπιση της πανδημίας.

ΠΑ 07

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ) ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ COVID-19

Αριστοφάνης Παγανάς¹, Ουρανία Γκιάτα²

¹Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός ΚΥ Λιτοχώρου, ²Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός ΚΥ Κατερίνης

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της συνεχιζόμενης παρακολούθησης ασθενών με Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ), Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) και Υπερλιπιδαιμία (ΥΛ) στην εποχή της πανδημίας COVID-19 σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Για τη μελέτη ελέγχθηκαν 915 ασθενείς (384 άνδρες και 531 γυναίκες) 40-75 ετών με ΑΥ, ΣΔ και ΥΛ. Οι ασθενείς διέμεναν στην περιφερειακή ενότητα της Πιερίας, και για τον σκοπό της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν δείκτες ποιότητας όπως η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), ο εργαστηριακός έλεγχος (ΕΕ), ο καρδιολογικός έλεγχος (ΚΔ), ο οφθαλμολογικός έλεγχος (ΟΕ), και η συχνότητα κλινικής εξέτασης (ΚΕ). Η μελέτη αφορά το χρονικό διάστημα Μάρτιος 2020 - Φεβρουάριος 2021, και χρησιμοποιήθηκε ο ΑΗΦΥ. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πακέτο SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψαν 98 άτομα με ΑΥ, 74 με ΣΔ, 103 με ΥΛ, 174 με συνδυασμό ΑΥ-ΣΔ, 132 ΑΥ-ΥΛ, 156 ΣΔ-ΥΛ, ενώ 178 άτομα είχαν συνδυασμό και των 3 νοσημάτων. Όσον αφορά στον ΣΔ ο έλεγχος της HbA1c ανά 4μηνο έγινε στο 5,7%, ανά 6μηνο στο 12,1% και άπαξ στο 22,4%. Επίσης, ο ετήσιος ΟΕ πραγματοποιήθηκε στο 3,4% και ο αντίστοιχος ΚΔ στο 6,9%, ενώ ο λοιπός ΕΕ (6μηνος ή άπαξ) έγινε στο 73,2%. Αντίστοιχα σε άτομα με ΑΥ ο ΕΕ ανά 6μηνο έγινε στο 21,4% και άπαξ στο 77,3%, ενώ σε άτομα με ΥΛ ο ΕΕ έγινε στο 74,3%. Στο σύνολο των ασθενών υπήρξε τηλεφωνική ή άλλη επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό σε ποσοστό 38,6%, ενώ αίτημα για κλινική εξέταση τουλάχιστον 1 φορά, σχετική με τα παραπάνω νοσήματα, έγινε σε ποσοστό μόλις 14,8%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα παραπάνω αποτελέσματα αποδεικνύουν περίτρανα την περιθωριοποίηση της συνεχιζόμενης παρακολούθησης των χρόνιων νοσημάτων στην περίοδο της πανδημίας, γεγονός που πιθανόν σχετίζεται με διάφορους παράγοντες όπως η επικέντρωση των υπηρεσιών υγείας σε θέματα σχετικά με το COVID-19, ο φόβος του κοινού για τις δομές υγείας, η κόπωση και επιβάρυνση του προσωπικού και η έλλειψη χρόνου, ζητήματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Παρά τη σοβαρότητα της κατάστασης που δημιουργεί η πανδημία κρίνεται αναγκαία η επαναπροσήλωση στα θέματα διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων στην ΠΦΥ, καθώς τα αρνητικά αποτελέσματα αυτής θα φανούν στο εγγύς μέλλον. Για τος σκοπό αυτό κρίνεται αναγκαία τόσο η διαρκής προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας όσο και η κεντρική ενίσχυση της ΠΦΥ.

ΠΑ 08

ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΕΝΣΤΟΛΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19: ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

Σ. Καζζένης, Μ. Κλοτσουθύμιου, Σ. Ηλιάδης

Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολές Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού είναι ζωτικής σημασίας για τον περιορισμό της μετάδοσης παθογόνων μικροβίων, ιδιαίτερα σε συνθήκες υγειονομικών κρίσεων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της συμμόρφωσης των Ενόπλων Δυνάμεων και Σωμάτων Ασφαλείας (ΕΔΣΑ) της Ελλάδας με βασικά μέτρα ατομικής προστασίας στη μάχη κατά της πανδημίας COVID-19 κατά το χρονικό διάστημα 28/4/2020-11/5/2020 με τη χρήση ενός ανώνυμου αυτοσυμπληρούμενου διαδικτυακού ερωτηματολογίου.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Αρχικά, πραγματοποιήθηκε λήψη του κοινωνικο-δημογραφικού προφίλ των συμμετεχόντων. Η εφαρμογή βασικών μέτρων ατομικής προστασίας (ΒΜΑΠ) αξιολογήθηκε συνολικά με 6 ερωτήσεις σε μια 4-βάθμια κλίμακα Likert. Ο συνολικός βαθμός συμμόρφωσης υπολογίστηκε ως το άθροισμα των επιμέρους βαθμολογιών (6-24). Πραγματοποιήθηκε παρουσίαση των αποτελεσμάτων με χρήση μεθόδων περιγραφικής στατιστικής. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με χρήση του "IBMSPSS 25", $P\text{-value}=0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πληθυσμός της μελέτης περιλαμβάνει 1238 συμμετέχοντες, εκ των οποίων 1024 ανήκουν στις ΕΔΣΑ και 214 άτομα αποτελούν την ομάδα ελέγχου. Η μέση βαθμολογία εφαρμογής των ΒΜΑΠ των συμμετεχόντων που ανήκουν στις ΕΔΣΑ εκτιμάται σε 19,22 (95%CI: 19,02-19,42) με $SD=3,21$. Σε αντίθεση, η ομάδα ελέγχου συγκέντρωσε μεγαλύτερη μέση βαθμολογία εφαρμογής των ΒΜΑΠ ίση με 19,89 (95%CI: 19,45-20,34) με $SD=3,315$, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους. (Mean difference=0,686, t-test for independent samples, $P=0,004$). Η ποσοστιαία βαθμολογία εφαρμογής των ΒΜΑΠ στην ομάδα των ΕΔΣΑ υπολογίζεται σε: 80,08% (95%CI: 79,26-80,9%) με $SD=13,37\%$. Μάλιστα, 290/1024 (28,3%) συμμετέχοντες των ΕΔ και ΣΑ εμφάνισαν ποσοστιαία βαθμολογία συμμόρφωσης μεγαλύτερη του 90%, ενώ 184/1024 (18%) μικρότερη του 70%. Τα ποσοστά συμμόρφωσης των συμμετεχόντων με καθένα από τα ΒΜΑΠ ποικίλλουν στις ΕΔΣΑ από 19,5-53,9%, έπειτα από κατηγοριοποίηση των επιμέρους μεταβλητών με όριο την τιμή «3», με 2 ερωτήσεις να καταλαμβάνουν ποσοστά <35%. Μάλιστα, σε όλα τα ΒΜΑΠ που αξιολογήθηκαν διαπιστώθηκε μικρότερη συμμόρφωση των ΕΔΣΑ, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ($OR <1$, $P <0,05$). Η βαθμολογία συμμόρφωσης των συμμετεχόντων που ανήκουν στις ΕΔΣΑ με τα ΒΜΑΠ εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το φύλο (t-test for independent samples, Mean Difference=0,943, $P\text{-value} <0,001$), τις ηλικιακές ομάδες (OneWayANOVA, $P\text{-value}=0,008$), τις διάφορες κατηγορίες (One-WayANOVA, $P\text{-value} <0,001$), την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων (Kruskal-Wallis test, $P\text{-value}=0,028$), την παρουσία συνοδών νοσημάτων (OneWayANOVA, $P\text{-value}=0,036$), τη διαμονή με άλλους στην οικία (Mean Difference=0,538, t-test for independent samples, $P\text{-value}=0,028$) και την απόσταση από την οικογένεια (t-test for independent samples, Mean Difference=-0,494, $P\text{-value}=0,02$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού και ΒΜΑΠ ενάντια στη μετάδοση της πανδημίας COVID-19 κρίνεται μέτρια-ικανοποιητική στις ΕΔΣΑ, ενώ η συμμόρφωση με αυτά, τόσο συνολικά, όσο και στις επιμέρους παραμέτρους, υπολογίζεται μικρότερη στις ΕΔΣΑ συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό.

ΠΑ 09

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΕΡΧΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΔΟΜΗ ΠΦΥ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΡΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

Μ. Παναγή¹, Σ. Τουμαρά², Α. Κουρουτζόγλου², Κ. Αλεξανδρόπουλος²

¹Ειδικευόμενη Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής - Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου/ Κέντρο Υγείας Δυτικής Φραγκίστας, ²Ιατρός Υπηρεσίας Υπαίθρου - Κέντρο Υγείας Δυτικής Φραγκίστας

Η αποτύπωση των αιτιών προσέλευσης σε μια δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι ιδιαίτερη χρήσιμη και καθοδηγεί στην ανάληψη στοχευμένων δράσεων και παρεμβάσεων στον πληθυσμό ευθύνης.

Συλλέχθηκαν στοιχεία ασθενών (όπως αιτία προσέλευσης, ηλικία, φύλο, τόπος διαμονής), οι οποίοι προσήλθαν σε δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της ορεινής-αγροτικής περιοχής του Δήμου Αγράφων, έτσι όπως αποτυπώνονται στα Βιβλία Ασθενών τακτικών Ιατρείων και Ιατρείου Επειγόντων Περιστατικών του Κέντρου Υγείας Δυτικής Φραγκίστας (μοναδικού Κέντρου Υγείας στον Δήμο Αγράφων). Στη συνέχεια έγινε αποτύπωση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.

Αναλυτικότερα συλλέχθηκαν στοιχεία από τα Βιβλία Ασθενών του Κέντρου Υγείας Δυτικής Φραγκίστας για χρονική περίοδο 3 ετών και συγκεκριμένα κατά τα παρακάτω διαστήματα: από τον Μάρτιο του 2018 έως και τον Φεβρουάριο του 2019 και από τον Μάρτιο του 2019 έως και τον Φεβρουάριο του 2020 (περίοδοι προ πανδημίας) και από Μάρτιο του 2020 έως και Μάρτιο 2021 (περίοδο πανδημίας).

Παρουσιάζονται αναλυτικότερα διαχρονικά και συγκρίνονται ανάλογα τα ποσοστά των χρόνιων και οξέων νοσημάτων ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο. Με βάση αυτά τα στοιχεία διαμορφώνεται το νοσολογικό προφίλ του πληθυσμού της περιοχής την τελευταία 3ετία, ενώ συγκρίνονται τα αίτια προσέλευσης στο Κέντρο Υγείας πριν από την πανδημία και κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 και αναδεικνύονται οι μεταβολές στη συμπεριφορά-απόφαση προσέλευσης για εξέταση στο Κέντρο Υγείας των ασθενών της περιοχής προ και κατά την περίοδο της πανδημίας.

ΠΑ 10

ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΟΥ ΣΤΟΧΟΥ LDL-ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ)

Ο. Γκιάτα¹, Α. Παγανάς², Α. Τρέβλα², Κ.Δ. Τσακαλίδης², Ε. Δόσιου²

Γενικοί Οικογενειακοί Ιατροί, ¹ΚΥ Κατερίνης, ²ΚΥ Λιτοχώρου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η δυσλιπιδαιμία είναι μεταβολική πάθηση που χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα λιπιδίων στο αίμα και αποτελεί παράγοντα αυξημένου κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Η συχνότητα της στο ενήλικο πληθυσμό ξεπερνά το 50%, ενώ πάνω από 35% των ασθενών δεν επιτυγχάνει τον στόχο. Ο ρόλος των ιατρών της ΠΦΥ στη διαχείριση της δυσλιπιδαιμίας είναι κομβικός και αποσκοπεί στην έγκαιρη και στοχευμένη παρέμβαση τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και θεραπείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της επίτευξης ή όχι του στόχου της LDL χοληστερίνης σε ένα πληθυσμό ευθύνης με δυσλιπιδαιμία σε πέντε περιφερειακά ιατρεία του νομού Πιερίας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για μια μελέτη χρονικής στιγμής (cross-sectional), στην οποία ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, έξεις και συνήθειες, το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, το λιπιδαιμικό profile των συμμετεχόντων, η υπολιπιδαιμική αγωγή, η επίτευξη ή όχι του στόχου του καρδιαγγειακού κινδύνου με βάση το εργαλείο HEART SCORE καθώς και οι λόγοι αποτυχίας του στόχου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 662 άτομα, εκ των οποίων 272 άρρενες και 390 θήλεα (ΜΟ ηλικίας τα 66,5 έτη). Το μεγαλύτερο ποσοστό 65% εμφάνιζε και αρτηριακή υπέρταση, ποσοστό 34,1% ΣΔ, ενώ οικογενειακό ιστορικό δυσλιπιδαιμίας εμφάνιζε το 46,8%. Το μεγαλύτερο ποσοστό ελάμβανε ατορβαστατίνη (48,9%), ενώ σιμβαστατίνη το 25,4%. Μέγιστη δόση αγωγής λάμβανε μόνο το 25,1%. Επίτευξη στόχου παρουσίασε το 54,1%, ενώ οι κυριότεροι λόγοι αποτυχίας ήταν η μη σωστή δοσολογία (34,4%) και η μη τήρηση των υγιεινοδιαιτητικών οδηγιών (33%). Οι γυναίκες πέτυχαν τον στόχο θεραπείας σε ποσοστό στατιστικά σημαντικότερο, σε σχέση με τους άρρενες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα αποτελέσματα καθίσταται σαφές πως τα ποσοστά ρύθμισης ατόμων με δυσλιπιδαιμία είναι χαμηλά σε όλο το φάσμα του καθορισμένου επιθυμητού στόχου. Οι λόγοι είναι πολλοί και ποικίλοι, κρίνεται δε αναγκαία η ανίχνευση τους αλλά και η συστηματικότερη προσέγγιση των ατόμων με δυσλιπιδαιμία από τους ιατρούς της ΠΦΥ, με απώτερο στόχο τη μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

ΠΑ 11

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔτ2)

Φ.Ε. Κακαβίτσας¹, Μ. Χαλιδιά², Σ. Μπάρμπα², Ρ. Bringiotti², Α. Γραμμενανδ³, Σ. Χυτηρη², Π. Αργίτης⁴

¹ΚΥ Κέρκυρας, ²1η ΤΟΜΥ Κέρκυρας, ³Ιδιώτης Οφθαλμίατρος, ⁴ΓΝ Κέρκυρας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Διερεύνηση κατά πόσο η διεπιστημονική συνεργασία, βελτιώνει τη γλυκαιμική ρύθμιση σε ασθενείς με ΣΔΙΙ, χωρίς αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής (ΦΑ), σε σχέση με την απλή ιατρική παρακολούθηση.

ΜΕΘΟΔΟΣ: 32 ασθενείς παραπέμφθηκαν από τον θεράποντα γενικό ιατρό, για παρακολούθηση από διεπιστημονική ομάδα (ΔΟ) αποτελούμενη από επισκέπτρια υγείας, κοινωνική λειτουργό, οφθαλμίατρο και ψυχίατρο. 143 ακόμα ασθενείς, συνέχισαν να παρακολουθούνται μόνο από τον θεράποντα γενικό ιατρό. Στο μεσοδιάστημα της παρακολούθησης για λόγους δεοντολογίας εξαιρέθηκαν οι ασθενείς, στους οποίους μετά από 3 μήνες, στους οποίους δεν υπήρξε ουσιαστική μεταβολή της HbA1c. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε μέσω μετρήσεων HbA1c.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τη μελέτη ολοκλήρωσαν χωρίς μεταβολή της ΦΑ, 14 ασθενείς που παρακολουθούνταν από τη ΔΟ (43,75%) και 39 ασθενείς που παρακολουθούνταν μόνο από τον γενικό ιατρό (27,27%). Από τους 14 ασθενείς της ΔΟ, βελτίωση HbA1c, 0,1%-0,5% υπήρξε σε 5 ασθενείς (35,71%), 2 παρουσίασαν βελτίωση HbA1c >0,5%(14,28%), ενώ σε 7 ασθενείς η μικρή αύξηση HbA1c <0,5% (50%) δεν οδήγησε σε αλλαγή της ΦΑ καθώς η τιμή της παρέμεινε εντός των αποδεκτών ορίων. Από τους 39 ασθενείς που παρακολουθούνταν μόνο από ιατρό, βελτίωση HbA1c 0,1%-0,5% υπήρξε σε 14 ασθενείς (35,89%), 3 παρουσίασαν βελτίωση HbA1c >0,5%(7,69%), ενώ σε 22 ασθενείς η μικρή αύξηση HbA1c <0,5%(56,41%) δεν οδήγησε σε αλλαγή της ΦΑ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα αποτελέσματα προκύπτει το σοβαρό έλλειμμα της ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών με ΣΔτ2. Προκύπτει πως σημαντικό ποσοστό τους θα μπορούσε να βρίσκεται σε καλύτερη ρύθμιση χωρίς αύξηση της ΦΑ, εάν υπήρχε διεπιστημονική αντιμετώπιση και όχι μόνο ιατρικό-φαρμακευτική. Δυστυχώς λόγω του μικρού αριθμού ασθενών που ολοκλήρωσε τη μελέτη χωρίς αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής και ειδικά μεταξύ αυτών που παρακολουθούνταν από τη ΔΟ, δε μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για τα επιμέρους ποσοστά της βελτίωσης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

ΠΑ 12

ΟΞΕΙΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΡΥΠΟΥΣ ΠΕΤΡΕΛΑΙΟΜΗΧΑΝΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ, ΣΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΙΝΩΔΟΛΥΣΗ

Π. Φουντουλάκης¹, Ε. Οικονόμου¹, Θ. Παπαιωάννου¹, Θ. Ψαλτοπούλου¹, Σ. Τσαλαμανδράς¹, Γ.Α. Παπαμικρούλης¹, Α. Καλαμπογιάνης¹, Ζ. Παλλαντζά¹, Ε. Παύλου¹, Α. Μήλιου¹, Μ.Ν. Ασημακοπούλου², Ν. Μπαρμπαρέσος², Ι. Γιανναράκης², Π. Σιάματα², Δ. Τούσουλης¹

^{1Α} Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Τμήμα Φυσικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα καυσαέρια από τους κινητήρες πετρελαιομηχανών είναι ένα σύνθετο μείγμα χημικών ενώσεων με πολλαπλές παρενέργειες. Οι οξείες επιδράσεις των καυσαερίων από τις πετρελαιομηχανές στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι γνωστές. Παρόλα αυτά, οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις τους δεν έχουν μελετηθεί αναλυτικά.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των οξέων και βραχυπρόθεσμων (24 ώρες) επιδράσεων των σωματιδίων από καυσαέρια πετρελαιομηχανών (DEPs) στην ενδοθηλιακή λειτουργία, στις ελαστικές ιδιότητες των αρτηριών, στη φλεγμονή και στην ινωδόλυση.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε αυτήν τη διπλά τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη, 40 υγιείς εθελοντές (μέσης ηλικίας 40 ετών) εκτέθηκαν σε σωματίδια καυσαερίων πετρελαιομηχανών (DEPs) και εν συνεχεία σε φιλτραρισμένο αέρα (FA) για διάρκεια 2 ωρών με ένα μεσοδιάστημα αποχής 4 εβδομάδων μεταξύ των εκθέσεων. Η βαθμονόμηση της έκθεσης στα DEPs πραγματοποιήθηκε με βάση τη μάζα των μικροσωματιδίων διαμέτρου μικρότερης από 2,5 (P_{2.5}). Η ενδοθηλιοεξαρτώμενη διαστολή της βραχιονίου αρτηρίας (F_D) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της ενδοθηλιακής λειτουργίας. Η ελαστικότητα της αορτής και τα αρτηριακά ανακλώμενα κύματα αξιολογήθηκαν με την ταχύτητα του παλμικού κύματος (PWV) και τον δείκτη ενίσχυσης (AIX) αντίστοιχα. Η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) μετρήθηκε για την εκτίμηση της φλεγμονώδους αντίδρασης, καθώς τα επίπεδα ινωδογόνου και τα επίπεδα της πρωτεΐνης C για να μελετηθεί η επίδραση στο ινωδολυτικό σύστημα. Όλες οι μετρήσεις έγιναν πριν από κάθε συνεδρία (T₀), στο τέλος της έκθεσης 2 ωρών (T₂) και 24 ώρες μετά την ολοκλήρωση της έκθεσης (T₂₄).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη στιγμή T₀ της έκθεσης στα DEPs και FA δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις μετρήσεις των F_D, PWV, AIX, CRP, των επιπέδων της πρωτεΐνης C και του ινωδογόνου. Η έκθεση στα DEPs μείωσε σημαντικά το F_D (T₀: 11,97 ± 4,61% έναντι T₂: 7,73 ± 3,36% έναντι T₂₄: 6,17 ± 3,19%, p < 0,001) και αύξησε το PWV (T₀: 6,09 ± 1,03 /se έναντι T₂: 7,22 ± 1,31 m/se έναντι T₂₄: 6,90 ± 1,03 /se, p < 0,001), το AIX (T₀: 8,17 ± 3,19% έναντι T₂: 12,71 ± 3,36% έναντι T₂₄: 13,17 ± 4,61%, p < 0,001), τη CRP (T₀: 1,41 ± 0,18 mg /L έναντι T₂: 1,99 ± 0,21 g /L έναντι T₂₄: 2,08 ± 0,24 g /L, p = 0,04) και τα επίπεδα του ινωδογόνου (T₀: 269 ± 44 g/dL έναντι T₂: 331 ± 7 g /dL έναντι T₂₄: 307 ± 1 g/dL, p = 0,002). Τα επίπεδα της πρωτεΐνης C μειώθηκαν σημαντικά (T₀: 121 ± 26% έναντι T₂: 104 ± 21% έναντι T₂₄: 10 ± 20%, p = 0,003). Η έκθεση στον FA δεν είχε σημαντική επίδραση στις παραμέτρους της μελέτης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έκθεση στα καυσαέρια πετρελαιομηχανών μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα με διαταραχή της ενδοθηλιακής λειτουργίας, των ιδιοτήτων του αρτηριακού τοιχώματος, της φλεγμονώδους αντίδρασης και των παραμέτρων του μηχανισμού της ινωδόλυσης όχι μόνο κατά τη διάρκεια της έκθεσης αλλά έως και 24 ώρες μετά την έκθεση.

ΠΑ 13

ΑΓΧΟΣ, ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΕ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Σ. Κλίνης¹, Μ. Συμβουλάκης², Μ. Στεφανίδου³, Α. Μπερτσιάς², Ν. Χριστοδούλου⁴, Ι. Τσιούρη⁴

¹Περιφερειακό Ιατρείο Αλωνακίων - Κέντρο Υγείας Κοζάνης, ²Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, ³Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης, ⁴Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ηλικιωμένοι με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔτ2) βιώνουν συχνά αρκετό άγχος στην καθημερινότητά τους, το οποίο σχετίζεται με τη μακροχρόνια αυτοφροντίδα και τον γλυκαιμικό έλεγχο.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της γλυκαιμικής ρύθμισης γηριατρικού πληθυσμού αγροτικής περιοχής και η συσχέτισή της με κοινωνικο-δημογραφικούς προσδιοριστές και με τα επίπεδα άγχους.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκε ένα πρωτότυπο ερωτηματολόγιο 10 ερωτήσεων για τη διερεύνηση των καθημερινών συνθηκών διαβίωσης και η κλίμακα ανίχνευσης του άγχους «Short Anxiety Screening Test (SAST)». Για την ποσοτική αποτίμηση της γλυκαιμικής ρύθμισης χρησιμοποιήθηκαν οι δύο τελευταίες τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της δομημένης προσωπικής συνέντευξης, κατά το χρονικό διάστημα Νοεμβρίου - Δεκεμβρίου 2019 στο Περιφερειακό Ιατρείο Αλωνακίων Κοζάνης. Έγινε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων με το πακέτο IBM SPSS 24.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμμετείχαν συνολικά 92 ηλικιωμένοι με ΣΔτ2 από τους οποίους οι 40 (43,5%) ήταν άνδρες και οι 52 (56,5%) γυναίκες με μέση ηλικία τα 76,7 έτη. Η μέση τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ήταν 7,26%, ενώ η μέση τιμή της κλίμακας SAST μετρήθηκε στο 20,9 ($\pm 4,5$). Το άγχος συνδέεται περισσότερο με το γυναικείο φύλο ($p=0,044$), την κακή ποιότητα ύπνου ($p<0,0001$), τη θεραπεία αποκλειστικά με αντιδιαβητικά δισκία ($p=0,045$), τη χαμηλή κατανάλωση κρέατος ($p=0,024$) και οσπρίων ($p=0,047$), τον υψηλό δείκτη μάζας σώματος ($p=0,025$), την πολυνοσηρότητα ($p=0,037$) και τη χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα ($p<0,0001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η γλυκαιμική ρύθμιση των ηλικιωμένων χαρακτηρίζεται ικανοποιητική. Τα χαμηλότερα επίπεδα άγχους σχετίζονται με προσδιοριστές που εμμέσως τροποποιούν τις συνθήκες διαβίωσης και συμβάλλουν στην ποιότητα της καθημερινής ζωής των ηλικιωμένων με διαβήτη.

ΠΑ 14

ΑΝΕΚΠΛΗΡΩΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Σ. Κλίνης¹, Μ. Στεφανίδου², Μ. Βίλδου³

¹Περιφερειακό Ιατρείο Αλωνακίων - Κέντρο Υγείας Κοζάνης, ²Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης, ³Περιφερειακό Ιατρείο Αυλών - Κέντρο Υγείας Σερβίων Κοζάνης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αναστολή λειτουργίας των περιφερειακών ιατρείων κατά την περίοδο της πανδημίας, είχε ως αποτέλεσμα την υποκατάσταση της φυσικής επαφής με την τηλεφωνική ή άλλες μορφές επικοινωνίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των αιτιών επαφής και η διερεύνηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού αγροτικής περιοχής σε περίοδο πανδημίας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγράφηκαν όλες οι προσωπικές επαφές του πληθυσμού ευθύνης με τον Γενικό Ιατρό περιφερειακής μονάδας ΠΦΥ, κατά την περίοδο Ιανουαρίου - Απριλίου 2021. Καταχωρήθηκαν τα δημογραφικά δεδομένα, το μέσο επικοινωνίας, η 24ωρη κατανομή και η διάρκεια των επαφών. Αποτυπώθηκαν κατά ICPC-2 οι αιτίες επαφής και αναλύθηκαν με τη χρήση περιγραφικής στατιστικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκαν συνολικά 386 επαφές από τις οποίες 336 (87%) αφορούσαν τηλεφωνική επικοινωνία με μέσο χρόνο συνομιλίας τα 6,8 λεπτά και 50 (13%) ηλεκτρονικές επαφές. Οι 220 (57%) επαφές αφορούσαν ακάλυπτες καθημερινές ανάγκες όπως συνταγογράφηση φαρμάκων και έκδοση παραπεμπτικών. Οι υπόλοιπες 166 (43%) επαφές αφορούσαν δύο κύριες κατηγορίες. Η πρώτη την τηλεφωνική συμβουλευτική ασθενών με κορονοϊό και την αναζήτηση πληροφορίας για τον εμβολιασμό έναντι της νόσου COVID-19 (43,9%), ενώ η δεύτερη (56,1%) αφορούσε ανάγκες υγείας, με συχνότερη εμφάνιση κατά ICPC-2: Γενικά και Ακαθόριστα συμπτώματα (n=37), συμπτώματα και νοσήματα Καρδιαγγειακού (n=17), Ψυχικής Υγείας (n=15), Γαστρικού (n=13), Μυοσκελετικού (n=12) και Ενδοκρινικού συστήματος (n=11).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκε σημαντικός αριθμός επαφών για τις καθημερινές ανεκπλήρωτες ανάγκες του πληθυσμού και για ζητήματα σχετιζόμενα με τη νόσο COVID-19, ενώ οι επαφές για οξείες και χρόνιες παθήσεις αλλά και για προληπτική φροντίδα μειώθηκαν σημαντικά. Η διασφάλιση της φροντίδας για το σύνολο του πληθυσμού σε περιόδους πανδημίας, θεωρείται σημαντική τόσο για την κάλυψη των επιτακτικών τους αναγκών όσο και για την εξασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση και την παροχή ποιοτικής φροντίδας.

ΠΑ 15

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΑΚΟΠΗΣ (ΕΝΚΑ) ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΚΟΖΑΝΗΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ

**Β. Βασιλακόπουλος¹, Σ. Θεοδωρίδου¹, Π. Ροδίτης¹, Ελ. Κυριρτίδου¹, Χρ. Τσουμής¹,
Γ. Παπαγόρας¹, Μ. Στεφανίδου², Σπ. Κλίνης², Στ. Λαμπρόπουλος¹**

¹ΓΝ Κοζάνης - Καρδιολογική Κλινική, ²Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, ³Επιμελητής Α' Γενικής Ιατρικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η καρδιακή ανακοπή αποτελεί την κύρια αιτία αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Οι εκτιμήσεις της επίπτωσης της εκτός νοσοκομείου πρωτογενούς καρδιακής ανακοπής (ΕΝΚΑ) βασίζεται κυρίως στα δεδομένα των υπηρεσιών της επείγουσας ιατρικής ή από το πιστοποιητικό θανάτου.

ΣΚΟΠΟΣ: είναι η καταγραφή των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών περιστατικών με ΕΝΚΑ που διακομίστηκαν στην Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) των ΤΕΠ του νοσοκομείου μας.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι εκτιμήσεις επίπτωσης προέκυψαν από τα δεδομένα καταγραφής των περιστατικών από το 2009 μέχρι το 2019. Καταγράφηκαν συνολικά 602 καρδιολογικά περιστατικά (επίπτωση: 86/100.000). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 69,3 έτη. Οι άνδρες υπερεπερέωσαν των γυναικών (62,7% έναντι 37,3%). Ο μέσος όρος ήταν 60,2 ανακοπές/έτος. Το 85% (511/602) των ΚΠ συνέβη στην οικία. Το υπόλοιπο 15% (91/602) σε δημόσιους χώρους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συντριπτική πλειοψηφία των περιστατικών (580/602, 96,34%) σύμφωνα με τις περιγραφές δεν δέχθηκε Βασική Υποστήριξη της Ζωής (BLS) σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, ούτε έγινε απινίδωση από αυτόματο εξωτερικό απινιδωτή. Στο 71,3% (429/602) των καρδιολογικών ασθενών υπήρχε ιστορικό στεφανιαίας νόσου, (παλαιό έμφραγμα ή αορτοστεφανιαία παράκαμψη). Το ΗΚΓ εισόδου στο τμήμα ΚΑΡΠΑ του νοσοκομείου εμφάνιζε μη απινιδώσιμο ρυθμό (ασυστολία) στο 91,3% (550/602) και απινιδώσιμο ρυθμό στο 9,7% (52/531). Απεβίωσαν οι 447 (74,3%), ενώ εισήχθηκαν στο νοσοκομείο 155 (25,7%). Σε 167 έγινε νεκροψία- νεκροτομή (167/447, 37,36%). Στην πλειοψηφία 106Α (145/167, 87,3%) διαπιστώθηκε ΟΕΜ ή νέο επί παλαιού καθώς επίσης αναδείχθηκε εκτεταμένη ΣΝ που αγνοούσε ο ασθενής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των ατόμων με ΕΝΚΑ διακομίζεται στο νοσοκομείο με μη απινιδώσιμο ρυθμό. Από τις πληροφορίες φαίνεται ότι δεν εφαρμόζεται BLS σύμφωνα με τις ΚΟ και η επιβίωση είναι μικρή. Σε κανένα ασθενή με ΕΝΚΑ, τόσο σε δημόσιο χώρο όσο και στο σπίτι, δεν έγινε απινίδωση λόγω έλλειψης δικτύου απινιδωτών στην πόλη (μείζον πολιτικό θέμα). Η πλειοψηφία των ανακοπών δεν υποβάλλεται σε νεκροτομή παρά το γεγονός ότι συντάσσονται τα σχετικά έγγραφα για παραπομπή τους.

ΠΑ 16

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Σ.-Χ. Ζαγαλιώτη¹, Γ. Σπανός², Σ. Τρύφων³, Α. Συμεωνίδης⁴, Δ. Καρανάσιος⁵, Α. Κοκκίνη⁶, Μ. Ανοιξιά¹, Χ. Χατζής⁷

¹Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ²Επιμελητής Α', Νεφρολόγος, ΓΝΘ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ³Διευθυντής ΕΣΥ, Πνευμονολόγος, ΓΝΘ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ⁴Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, ⁵Διευθυντής ΕΣΥ, Γενικός Ιατρός, ΚΥ Μαδύτου, Θεσσαλονίκη, ⁶Φαρμακοποιός, Μάδυτος, Θεσσαλονίκη, ⁷Επιμελητής Α', Γενικός Ιατρός, ΚΥ Μαδύτου, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ετήσιος προσυμπτωματικός έλεγχος προσαρμοσμένος στα εκάστοτε χαρακτηριστικά του ασθενούς αποτελεί αδιαμφισβήτητα βασική κατάκτηση της σύγχρονης ιατρικής, καθώς συντελεί στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των διαφόρων νοσημάτων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η πρόληψη μπορεί να μεταβάλλει περισσότερο τους δείκτες θνησιμότητας και τους δείκτες νοσηρότητας από ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση. Η συμβολή του γενικού ιατρού στην προληπτική ιατρική ως κύριου προαγωγού της Δημόσιας Υγείας είναι καθοριστική.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζεται περιστατικό άντρα ασθενούς, ηλικίας 57 ετών, ασυμπτωματικού, με ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, που προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Κέντρου Υγείας προς διενέργεια του ετήσιου προληπτικού εργαστηριακού ελέγχου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθη στη γενική ούρων λευκωματουρία (3+ λεύκωμα) με συνοδά αυξημένα επίπεδα ολικής και LDL χοληστερόλης στον ορό. Κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς διαπιστώθηκε πρωτοεμφανιζόμενη αρτηριακή υπέρταση. Με βάση τα παραπάνω ευρήματα έγιναν περαιτέρω εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις με στόχο τη διερεύνηση της λευκωματουρίας και τον αποκλεισμό των δευτεροπαθών αιτιών της αρτηριακής υπέρτασης, από τα οποία προέκυψε αυξημένο λεύκωμα ούρων 24ώρου (3,56 g/24h) και ήπια αυξημένη κορτιζόλη ορού (20,8 µg/dL), ενώ ο λοιπός εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος (υπέρηχος νεφρών) ήταν φυσιολογικός. Τα ευρήματα έθεσαν την πιθανή διάγνωση της δευτεροπαθούς δυσλιπιδαιμίας και της πρωτοεμφανιζόμενης αρτηριακής υπέρτασης οφειλόμενη σε νεφρωσικό σύνδρομο. Διάγνωση που επιβεβαιώθηκε μετά της παραπομπής του ασθενούς σε νεφρολόγο και τη διενέργεια βιοψίας νεφρού, η οποία σε συσχέτιση με τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα έθεσε τη διάγνωση της IgM νεφροπάθειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πρόληψη αφορά το άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία. Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι απόλυτα συνυφασμένη με την πρόληψη, που αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο κάθε συστήματος Υγείας.

ΠΑ 17

ΟΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ COVID-19

Σ.-Χ. Ζαγαλιώτη¹, Μ. Ανοιξιά¹, Δ. Καρανάσιος², Σ. Τρύφων³, Α. Κοκκίνη⁴, Γ. Αγραφιώτης⁵, Χ. Χατζής⁶

¹Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ²Διευθυντής ΕΣΥ, Γενικός Ιατρός, ΚΥ Μαδύτου, Θεσσαλονίκη, ³Διευθυντής ΕΣΥ, Πνευμονολόγος, ΓΝΘ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ⁴Φαρμακοποιός, Μάδυτος, Θεσσαλονίκη, ⁵Επιμελητής Β΄, Γενικός Ιατρός, ΚΥ Μαδύτου, Θεσσαλονίκη, ⁶Επιμελητής Α΄, Γενικός Ιατρός, ΚΥ Μαδύτου, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διαχείριση των ασθενών με συννοσηρότητες παρουσιάζει ιδιαιτερότητες και αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό ιατρό. Η πανδημία του COVID-19 οδήγησε στην αύξηση του αριθμού τους, λόγω του μονοκεντρικού χαρακτήρα της ιατρικής και οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές ενέτειναν την πολυπλοκότητα της διαχείρισης αυτών των ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παροχή φροντίδας σε ασθενείς με συννοσηρότητα επικεντρώνεται στην ολιστική προσέγγιση του ασθενή, στην οποία πρωτεύον ρόλο κατέχει ο Γενικός Ιατρός.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζεται περιστατικό άντρα ασθενούς, ηλικίας 59 ετών, με ιστορικό δυσλιπιδαιμίας, που παραπέμφθηκε από οφθαλμίατρο για περαιτέρω διερεύνηση της πρόσφατης ισχαιμικής οπτικής νευροπάθειας. Ο ασθενής ανέφερε δύσπνοια κοπώσεως από διαιτίας και διερεύνηση αδιευκρίνιστης ταχυαρρυθμίας σε ηλικία 25 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κλινικά κατά την ακρόαση της καρδιάς ανευρέθη ολοσυστολικό φύσημα, ακουστό σε όλες τις εστίες ακρόασης. Στα πλαίσια διερεύνησης της ισχαιμικής οπτικής νευροπάθειας το triplex καρωτίδων δεν ανέδειξε κάτι παθολογικό, αλλά η CT εγκεφάλου συνεπικουρικά με την MRI εγκεφάλου ανέδειξε ανεύρυσμα στην πορεία της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας με μέγιστη διάσταση 8 εκ. Λόγω της παρουσίας φυσήματος κατά την κλινική εξέταση, ο ασθενής παραπέμφθηκε σε καρδιολόγο προς διενέργεια υπερήχου καρδιάς. Ο οποίος επιβεβαίωσε τη σοβαρή στένωση της αορτικής βαλβίδας και απεικόνισε σοβαρή υπερτροφία της αριστερής κοιλίας. Τέθηκε η διάγνωση της ισχαιμικής οπτικής νευροπάθειας σε έδαφος βαριάς στένωσης της αορτικής βαλβίδας και ανευρύσματος της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας σε έναν μέχρι πρότινος φαινομενικά υγιή ενήλικα. Η τελική διαχείριση περιλάμβανε τη φροντίδα της νεοεμφανιζόμενης κατάθλιψης του ασθενούς και τον συντονισμό των απαραίτητων ειδικοτήτων για περαιτέρω αντιμετώπιση του. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε καρδιοχειρουργό και νευροχειρουργό με τελική απόφαση αρχικά την αντικατάσταση της αορτικής με μηχανική και τη διενέργεια διπλής αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Μετά την επέμβαση εμφάνισε εμπύρετο που αποδόθηκε σε σύνδρομο Dressler, με μικρή περικαρδιακή συλλογή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αναδεικνύεται ο καθοριστικός ρόλος του Γενικού Ιατρού στην καθοδήγηση του ασθενούς, στη συνδιαχείριση και συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες με στόχο το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

ΠΑ 18

Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΤΗΣ COVID-19

Μαρίνα Οικονόμου¹, Δημήτριος Καρανάσιος²

¹Ειδικευόμενη Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ²Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΕΣΥ, ΚΥ Ν. Μαδύτου Θεσσαλονίκης, Συντονιστής Εκπαίδευσης Γ/ΟΙ ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πανδημία που προκλήθηκε από τον SARS-CoV-II επηρέασε καταλυτικά το ΕΣΥ και επέβαλλε τεράστιες αλλαγές στη λειτουργία των Δημόσιων Δομών Υγείας στην Ελλάδα από τις αρχές του 2020 έως και σήμερα.

ΣΚΟΠΟΣ: Μια πρώτη αδρή αποτύπωση των επιπτώσεων των αλλαγών αυτών στην τρέχουσα εκπαίδευση των ειδικευόμενων Ιατρών Γενικής-Οικογενειακής Ιατρικής.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των δραστηριοτήτων σε όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσης στην Α' Καρδιολογική Κλινική του ΑΧΕΠΑ και αφορά το 1ο τρίμηνο του 2021. Με το πέρας της εκπαιδευτικής περιόδου στο συγκεκριμένο τμήμα, έγινε σύγκριση με τις απαιτούμενες δεξιότητες-ιατρικές πράξεις που αριθμούνται στο Logbook της Ειδικότητας τόσο για την 4ετή εκπαίδευση (2010), όσο και για την 5ετή (2019).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε ότι αφορά τις καθημερινές απαιτήσεις της 4ετούς εκπαίδευσης πραγματοποιήθηκαν οι εφημερίες που προβλέπονται, καθώς δεν μεταβλήθηκε ο αριθμός των εφημεριών για την κλινική. Ο αριθμός των νοσηλευόμενων ασθενών, παρότι έφτασε τον στόχο, ήταν σημαντικά μειωμένος σε σχέση με την εποχή πριν την πανδημία. Ο στόχος της ενεργούς συμμετοχής στα τακτικά ιατρεία δεν εκπληρώθηκε ούτε κατ' ελάχιστον, καθώς είχε διακοπεί εξ ολοκλήρου η λειτουργία τους για όλο αυτό το διάστημα. Σε ότι αφορά τις ιατρικές πράξεις, δεν πραγματοποιήθηκε ο απαιτούμενος αριθμός απινιδώσεων.

Από τα απαιτούμενα της 5ετούς εκπαίδευσης δεν εκπληρώθηκε ούτε έστω σαν παρακολούθηση ο προαθλητικός καρδιολογικός έλεγχος, αφού δεν υπήρχε καμία μη επείγουσα διαχείριση ασθενών στο νοσοκομείο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: το εύρος των παθήσεων των ασθενών ήταν σημαντικά ελαττωμένο και υπήρχαν ελλείψεις δυνατότητες για συμμετοχή στη διαχείριση άλλων παθήσεων. Επιπρόσθετα ελαττώθηκε ο αριθμός των νοσηλευόμενων, καθώς υπήρχε δυνατότητα για εισαγωγή και παρακολούθηση μόνο βαρέως πασχόντων ασθενών. Ταυτόχρονα εξαλείφθηκε οποιουδήποτε είδους εκπαίδευση στην αντιμετώπιση μη επειγόντων περιστατικών.

ΠΑ 19

ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Β. Βασιλακόπουλος¹, Σπ. Κλίνης³, Κ. Λιάμος, Σ. Θεοδωρίδου¹, Π. Ροδίτης¹, Ελ. Κυπριτίδου¹, Χρ. Τσουμής¹, Γ. Παπαγόρας¹, Μ. Στεφανίδου², Στ. Λαμπρόπουλος¹

¹ΓΝ Κοζάνης- Καρδιολογική Κλινική, ²Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, ³Επιμελήτης Α΄ Γενικής Ιατρικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ουρικό οξύ αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα πολλών καρδιαγγειακών νοσημάτων όπως η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια, η νεφρική νόσος και η περιφερική αγγειοπάθεια.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη σχεδιάστηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ενδεχόμενη συσχέτιση των επιπέδων του ουρικού οξέος με τη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας σε υπερτασικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας 532 υπερτασικοί ασθενείς (59% γυναίκες), με μέση ηλικία (ΜΗ): $52,8 \pm 11,5$ έτη, συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση ιατρείου (ΣΑΠ/ΔΑΠ): $149,8/95,6 \pm 15,3/12,1$ mm Hg, μέση καρδιακή συχνότητα (ΜΚΣ): $69 \pm 11,1$ σφ/μιν, μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΒΜΙ): $27,2 \pm 3,7$ kg/cm², στους οποίους μετρήθηκαν τα επίπεδα του ουρικού οξέος αίματος (UA). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη - Doppler για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας. Τα επίπεδα ουρικού οξέος αίματος (οι φυσιολογικές τιμές κυμαίνονται μεταξύ 3,5 και 6,8 mg/dL).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 25% (65) των ασθενών με αρτηριακή υπέρταση υπό φαρμακευτική αγωγή εμφάνισε διαφορετικού βαθμού μέτρια καρδιακή ανεπάρκεια (HFmrEF) που σχετιζόταν με γραμμική σχέση με τα επίπεδα ουρικού οξέος (από 6,8 έως 10,3 mg/dL), ενώ ένα μικρό ποσοστό (1,1%) (0,65) των ασθενών αυτών εμφάνιζε φυσιολογικές τιμές ουρικού οξέος. Σε ένα ποσοστό 4,7% (2,86) μετρήθηκε σοβαρού βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια (EF <40%) και σε αυτούς ανευρέθησαν επίπεδα ουρικού οξέος >10,3 mg/dL.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα ουρικού οξέος αίματος σχετίζονται στατιστικά σημαντικά και αρνητικά με το κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας υπερτασικών ασθενών, ακόμη και όταν αυτά βρίσκονται εντός φυσιολογικών ορίων, υπογραμμίζοντας έτσι τον ενδεχόμενο σημαντικό ρόλο του ουρικού οξέος στην ενδοθηλιακή δυσλειτουργία.

ΠΑ 20

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΛΕΓΧΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ

Ε. Φαχούρι¹, Χ. Τσιόγια², Μ. Μωυσίδης², Χ. Χατζής³, Δ. Καρανάσιος⁴

¹Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, ΚΥ Πύλης Αξιού Θεσσαλονίκης, ²Ειδικευόμενοι Γενικοί/Οικογενειακοί Ιατροί, ΓΠΝΘ ΑΧΕΠΑ, ³Επιμελητής Α', Γενικός Ιατρός, ΚΥ Μαδύτου, Θεσσαλονίκη, ⁴Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΕΣΥ, ΚΥ Νέας Μαδύτου Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο υποθυρεοειδισμός αποτελεί μια από τις συχνότερες ενδοκρινολογικές παθήσεις της ΠΦΥ, με συνέπειες στην ποιότητα ζωής των ασθενών όταν δεν γίνεται σωστή διαχείρισή του.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αποτύπωση της χρήσης της φαρμακευτικής θεραπείας καθώς και των βιοχημικών επανελέγχων της νόσου από την πλευρά του ασθενή.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ελέγχθηκαν 57 προσερχόμενοι ασθενείς στο τοπικό ιατρείο Αμπελοκήπων Θεσσαλονίκης και 113 στο Κέντρο Υγείας Νέας Μαδύτου κατά το δίμηνο Απρίλιος/Μάιος 2021, με τη χρήση ερωτηματολογίου σχετικά με τον τρόπο λήψης θυροξίνης και τα χρονικά διαστήματα αιμοληψιών για τη διαπίστωση της ρύθμισης της νόσου. Ακολούθησε χορήγηση στον ασθενή εντύπου με τις σωστές οδηγίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Επί συνόλου 170 ασθενών, η αναλογία γυναικών/ανδρών ήταν 4:1 και η μέση τιμή ηλικίας τα 61 έτη. Το 10% περίπου λαμβάνει τη θυροξίνη σε λάθος χρονική απόσταση με τη λήψη τροφής, ενώ 3% δε γνώριζε καν πως να τη λάβει. Το 10% λαμβάνει τα υπόλοιπα φάρμακα σε λάθος χρονική απόσταση με τη θυροξίνη, ενώ το 20% δε γνώριζε καν πότε να τα λάβει. Μόνο το 51,2% ήξερε τί να κάνει σε περίπτωση που ξεχάσει να λάβει τη θυροξίνη το πρωί. Το 1/3 δε γνώριζε ότι δεν πρέπει να λάβει τη θυροξίνη προ της αιμοληψίας για TSH. Το 37,6% δε γνώριζε κάθε πότε συστήνεται αιμοληψία επανελέγχου όταν υπάρχει ευθυρεοειδισμός, ενώ μόλις το 1/3 ήταν ενημερωμένοι πότε να διενεργήσουν αιμοληψία ελέγχου όταν ο θεράπων τροποποιούσε τη δοσολογία της θυροξίνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι εμφανές από την καταγραφή ότι υπάρχει ανάγκη ενημέρωσης των ασθενών με υποθυρεοειδισμό όσον αφορά τη σωστή φαρμακοληψία και τον κατάλληλο χρονικά προσδιορισμό βιοχημικών επανελέγχων της νόσου.

**Αναρτημένες
Ανακοινώσεις**



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 01

ΤΟ ΝΑΤΡΙΟΥΡΗΤΙΚΟ ΠΕΠΤΙΔΙΟ BNP ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Μ. Τσιγαριδάκη¹, Μ. Κοκονοζάκη²

¹Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο, ²Ιδιώτης ιατρός

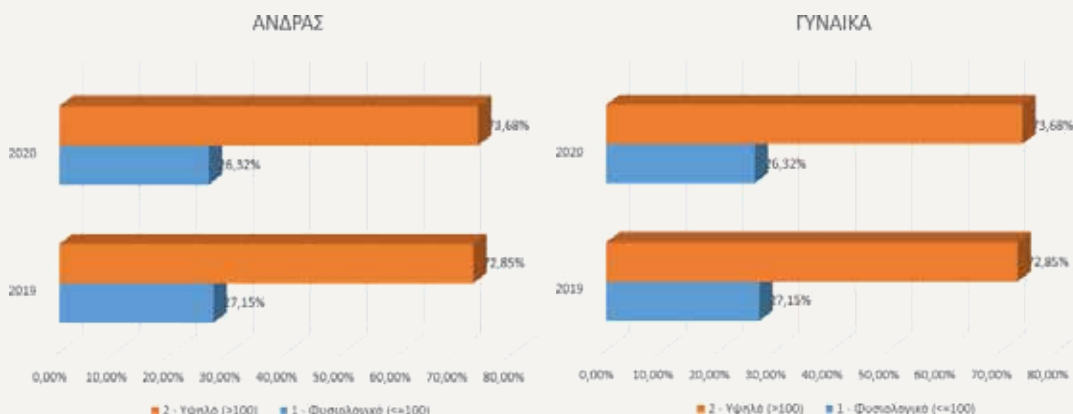
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα επίπεδα του BNP στο πλάσμα παρέχουν κλινικά χρήσιμες πληροφορίες αναφορικά με τη διάγνωση και παρακολούθηση της δυσλειτουργίας στην αριστερή κοιλία και της καρδιακής ανεπάρκειας και χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά σε άλλες διαδικασίες διαγνωστικού ελέγχου.

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη και καταγραφή των επιπέδων BNP στους ασθενείς που προσήλθαν στα ΤΕΠ του νοσοκομείου μας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάσθηκαν συνολικά 5032 δείγματα ασθενών στην τετραετία 2017-2020. Από αυτούς οι είναι 2811 άνδρες και 2221 γυναίκες. Ο προσδιορισμός έγινε στον αναλυτή Architect με τη μέθοδο χημειοφωταύγειας με φυσιολογική τιμή BNP <100 pg/ml.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

BNP/ΤΕΠ	Όρια	2019	%	2020	%
Άνδρας	1 - Φυσιολογικό (≤ 100)	209	27,15%	231	26,32%
Άνδρας	2 - Υψηλό (>100)	558	72,85%	646	73,68%
Άνδρας	Total	767	100,00%	877	100,00%
Γυναίκα	1 - Φυσιολογικό (≤ 100)	169	28,23%	195	27,19%
Γυναίκα	2 - Υψηλό (>100)	423	71,77%	520	72,81%
Γυναίκα	Total	592	100,00%	715	100,00%
Total		1.359		1.592	



Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της μέτρησης πρέπει να γίνεται λαμβάνοντας υπ' όψιν την κλινική εικόνα του ασθενούς κυρίως από τον καρδιολόγο. Η μέτρηση του BNP δίνει τη δυνατότητα για ταχεία διαφορική διάγνωση δύσπνοιας στα ΤΕΠ, πρόγνωση, και εκτίμηση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και άλλες καρδιακές δυσλειτουργίες.

ΑΑ 02

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Τσιγαριδάκη¹, Μ. Κοκονοζάκη²

¹Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο, ²Ιδιώτης ιατρός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Αν και ερευνάται ο ρόλος της υπεργλυκαιμίας, των διαφόρων φαρμάκων (άμεσος ή έμμεσος) και της ινσουλίνης στην αυξημένη συχνότητα καρκίνου σε διαβητικά άτομα (με εξαίρεση τον καρκίνο του προστάτη) είναι πιθανή και η τοξική επίδραση στα β-κύτταρα από τα χημιοθεραπευτικά σχήματα που μπορούν να προκαλέσουν ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης και αυξημένη συχνότητα εμφάνισης υπεργλυκαιμίας και σακχαρώδη διαβήτη σε ογκολογικούς ασθενείς.

ΣΚΟΠΟΣ: Καταγραφή επιπέδων σακχάρου ογκολογικών ασθενών οι οποίοι ακολουθούν διάφορα χημιοθεραπευτικά σχήματα στο ογκολογικό τμήμα του νοσοκομείου μας και ελέγχονται εργαστηριακά στο βιοχημικό τμήμα του νοσοκομείου μας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό αποτέλεσαν 9026 του ογκολογικού τμήματος του νοσοκομείου μας κατά την περίοδο 2017-2020 σε αιμοληψίες που έγιναν στα πλαίσια των ελέγχων ασθενών του ογκολογικού ιατρείου. Η μέτρηση της γλυκόζης έγινε με φασματοφωτόμετρο (μέθοδος της εξοκινάσης) σε αναλυτή Architect.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Τιμές γλυκόζης	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%
≤110 mg/dL	1.288	46,60%	943	44,61%	1.054	51,64%	1.115	52,92%
111-150 g/dL	767	27,75%	594	28,10%	553	27,09%	555	26,34%
≥151 mg/dL	709	25,65%	577	27,29%	434	21,26%	437	20,74%
Total	2.764	100,0%	2.114	100,0%	2.041	100,00%	2.107	100,0%

Οι ογκολογικοί ασθενείς εμφανίζουν σε μεγάλο ποσοστό αυξημένες τιμές σακχάρου γι' αυτό και ο έλεγχος και η συνεχής παρακολούθηση των τιμών σακχάρου αίματος σε αυτούς τους ασθενείς κρίνεται απαραίτητος και συμπεριλαμβάνεται σχεδόν πάντα στα πλαίσια του βιοχημικού ελέγχου.

ΑΑ 03

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΕ ΣΑΚΧΑΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Τσιγαριδάκη¹, Μ. Κοκονοζάκη²

¹Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο, ²Ιδιώτης ιατρός

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθούν τα αποθέματα σιδήρου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ καθώς και σε υγιή άτομα, και να γίνει συσχέτιση των αποτελεσμάτων.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της μελέτης μας αποτέλεσαν 186 ασθενείς (ομάδα Α) με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου ΙΙ (εκ των οποίων 90 ήταν άνδρες και 96 γυναίκες, με ηλικία 58 έως 81 ετών) καθώς και ταυτόχρονα 100 άτομα υγιή, (Ομάδα Β μαρτύρων, εκ των οποίων 48 άνδρες και 52 γυναίκες, σχεδόν παρόμοιας ηλικίας από 55 έως 79 ετών). Και στις δύο ομάδες Α και Β μετρήθηκε, τόσο η HbA1c, όσο και η φερριτίνη. Η επιλογή όλων των συμμετεχόντων έγινε αφού προηγουμένως αποκλείστηκαν και στις δύο ομάδες, όλες οι περιπτώσεις ατόμων με άλλα αίτια υπερφερριτιναιμίας, πλην του διαβήτη, ενώ για τις μετρήσεις χρησιμοποιήθηκαν αυτόματοι βιοχημικοί αναλυτές. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, με βάση τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς της ομάδας Α με ΣΔ τύπου ΙΙ παρουσίασαν στατιστικά υψηλότερες τιμές φερριτίνης από την ομάδα Β των υγιών μαρτύρων Συγκεκριμένα τα αποτελέσματα που προέκυψαν έδειξαν αντίστοιχα τιμές φερριτίνης: $104,92 \pm 83,8$ vs $75,8 \pm 47,1$ και $p < 0,05$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αποδεικνύεται, επομένως, ότι ασθενείς με ΣΔ τύπου ΙΙ έχουν υψηλότερες τιμές φερριτίνης σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες, γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι η αιμοχρωμάτωση συνοδεύεται από αυξημένη επίπτωση ΣΔ. Υπενθυμίζεται, άλλωστε, ότι στη διεθνή βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι μικρές αυξήσεις Fe στον οργανισμό, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια αντίστασης στη δράση ινσουλίνης, πιθανόν λόγω αύξησης της παραγωγής ελεύθερων ριζών οξυγόνου. Είναι, συνεπώς πιθανόν στο μέλλον, η μείωση των αποθεμάτων Fe, να αποτελέσει επιπρόσθετο σημαντικό παράγοντα θεραπευτικής στόχευσης, για την πρόληψη του ΣΔ, κάτι που φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από την ανωτέρω μελέτη μας.

AA 04

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ, ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ Α, ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙ-
ΜΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΚΑΤΟΠΙΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ L-ΚΑΡΝΙΤΙΝΗΣ

Μ. Τσιγαριδάκη¹, Μ. Κοκονοζάκη²

¹Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο, ²Ιδιώτης ιατρός

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθεί η επίδραση συστηματικής χορήγησης της L-καρνιτίνης επί των επιπέδων χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και λιποπρωτεΐνης Α σε ασθενείς με διεγνωσμένη δυσλιπιδαιμία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της μελέτης μας αποτέλεσαν 46 ασθενείς (22 άνδρες και 24 γυναίκες, εκ των οποίων 35 παχύσαρκοι), με διαγνωσμένη δυσλιπιδαιμία. Όλοι επιλέχθηκαν για τη συμμετοχή τους στην παρούσα μελέτη μας με κριτήριο τα αυξημένα επίπεδα λιποπρωτεΐνης Α [Lp(a)], αφού, όπως γνωρίζουμε, αυτή αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου, ενώ σύμφωνα με πολλές τυχαίοποιημένες μελέτες τυγχάνει σημαντικός προγνωστικός παράγοντας αθηροσκλήρωσης. Σε όλους χορηγήθηκε L-καρνιτίνη σε ημερήσια δόση (2 g), επί πεντάμηνο, δίχως καμία άλλη τροποποίηση της ήδη υφιστάμενης θεραπευτικής αγωγής τους, ενώ, τόσο κατά την έναρξη, όσο και μετά το διάστημα των 5 μηνών που κατά μέσο όρο διήρκεσε η λήψη της L-καρνιτίνης, ελέγχθηκαν στο Βιοχημικό Εργαστήριο όλοι οι παράμετροι του λιπιδαιμικού τους προφίλ. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, με βάση τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε ότι αφορά τις τιμές της ολικής χοληστερόλης, της HDL, της LDL-χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων, καίτοι επιμέρους παρατηρήθηκαν προς το καλύτερο κάποιες μεταβολές, (με προεξάρχουσα αυτή που αφορούσε τα επίπεδα της HDL-χοληστερόλης), εντούτοις, αυτές ήταν ασήμαντες στατιστικά, και συνεπώς μη αξιολογήσιμες. Αντιθέτως, σε ότι αφορούσε τα επίπεδα της Lp(a), διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική ($p < 0,005$) μείωση στη συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που έλαβαν L-καρνιτίνη, (39 από το σύνολο των 46 ατόμων της μελέτης μας). Μείωση, η οποία κατά μέσο όρο κυμάνθηκε στο 11,3% της αρχικής τους τιμής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Καταδεικνύεται, επομένως, ότι η χορήγηση της L-καρνιτίνης είναι χρήσιμη, πέραν όλων των άλλων, και στην πρόληψη της αθηροσκλήρωσης (καρδιαγγειακών νοσημάτων), και μάλιστα σε ασθενείς με αυξημένα επίπεδα Lp(a). Συνεπώς, ιδιαίτερα σε παχύσαρκα άτομα, παράλληλα με τη σχετική υπολιπιδαιμική αγωγή, συνιστάται επικουρικά η χρήση της, και προς αυτόν τον σκοπό.

ΑΑ 05

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ IGG ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ SARS-COV-2 ΣΕ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥΣ (ΑΝΩΝΥΜΑ) ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΜΑΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΙΟΥΝΙΟΣ-ΙΟΥΛΙΟΣ 2020

Μ. Τσιγαριδάκη¹, Μ. Κοκονοζάκη²

¹Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο, ²Ιδιώτης ιατρός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ως SARS-CoV-2 ορίζεται η νόσος που προκαλείται από ένα νέο κορωνοϊό και τώρα ονομάζεται σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο κορωνοϊού 2 (SARS-CoV-2,) το οποίο εντοπίστηκε για πρώτη φορά τον Δεκέμβριο του 2019 κατά τη διάρκεια μίας έξαρσης περιστατικών αναπνευστικών ασθενειών στην Κίνα. Στις 11/3/2020, ο ΠΟΥ ανακήρυξε την COVID-19 παγκόσμια πανδημία.

Η ανίχνευση αντισωμάτων IgG επιτρέπει την ταυτοποίηση ανθρώπων που είτε έχουν μολυνθεί στο παρελθόν και ανάρρωσαν ή που νόσησαν αλλά ήταν ασυμπτωματικοί. Η ανίχνευση IgG και άλλες ορολογικές εξετάσεις θα παίξουν σημαντικό ρόλο στην έρευνα και την παρακολούθηση του κορωνοϊού.

ΣΚΟΠΟΣ: Μέτρηση και μελέτη των αντισωμάτων IgG έναντι SARS-CoV-2 σε υγειονομικό προσωπικό της περιοχής μας το χρονικό διάστημα από 26-6-2020 έως 17-7-2020.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 1314 άτομα.

Ο προσδιορισμός των επιπέδων των αντισωμάτων πραγματοποιήθηκε στον αναλυτή Architect (μέθοδος χημειοφωταύγειας).

Αρνητικά <1,4 Θετικά ≥1,4 Index.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Από τα 1314 άτομα (υγειονομικοί) που ελέγχθηκαν, 5 άτομα (0,38%) είχαν ανιχνεύσιμο τίτλο IgG αντισωμάτων για SARS - CoV-2 (1,68-4,30 Index), 5 άτομα (0,38%) τίτλο 1,22-1,36 Index και η πλειοψηφία (99,24%) δεν είχαν μετρήσιμο τίτλο. Παρά τη μεγάλη μεταδοτικότητα της νόσου, διαπιστώνουμε στους υγειονομικούς της περιοχής μας, με χαμηλό επιπολασμό τη συγκεκριμένη περίοδο στον Νομό και μετά τη σωστή εφαρμογή μέτρων περιορισμού εξάπλωσης, ποσοστά ανοσίας σχεδόν ανύπαρκτα. Επομένως ο εμβολιασμός για τον SARS-COV-2 είναι μόνος τρόπος για την απόκτηση ανοσίας έναντι του SARS - CoV-2.

ΑΑ 06

ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ I HS ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Μ. Τσιγαριδάκη¹, Μ. Κοκονοζάκη²

¹Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο, ²Ιδιώτης ιατρός

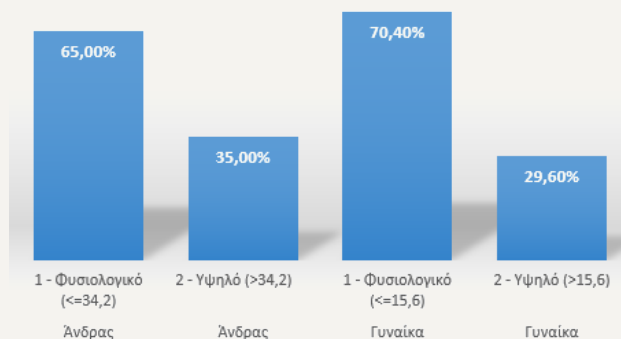
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ασθενείς με ΧΝΝ θεωρούνται υψηλού κινδύνου για Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο κυρίως λόγω της αθηροσκλήρωσης η επίπτωση και η εξέλιξη της οποίας είναι υψηλότερη συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Η διαγνωστική αξία της Τροπονίνης I HS σε ασθενείς με ΧΝΝ αποτελεί σημείο αναφοράς πολλών μελετών, καθώς πολλές φορές ανευρίσκονται αυξημένα επίπεδα αυτής σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν καρδιακά συμβάματα σε ποσοστό 50% ενώ το 40% των θανάτων οφείλονται σε καρδιαγγειακά αίτια καθώς επίσης και η μετεμφραγματική θνητότητα είναι ιδιαίτερα υψηλή.

ΣΚΟΠΟΣ: Εκτίμηση των επιπέδων τροπονίνης I HS σε δείγμα ασυμπτωματικών ασθενών με ΧΝΑ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάσθηκαν συνολικά 70 δείγματα ορού ασθενών ΧΝΑ. Από αυτούς 43 είναι άνδρες και 27 γυναίκες. Ο προσδιορισμός έγινε στον αναλυτή Architect με τη μέθοδο χημειοφωταύγειας και οι φυσιολογικές τιμές της τροπονίνης I HS είναι για άνδρες <34,2 pg/ml και γυναίκες <15,6 pg/ml.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

	Όρια		%
Άνδρας	1 - Φυσιολογικό ($\leq 34,2$)	28	65%
Άνδρας	2 - Υψηλό ($> 34,2$)	15	35%
Άνδρας	Total	43	100,00%
Γυναίκα	1 - Φυσιολογικό ($\leq 15,6$)	19	70,4%
Γυναίκα	2 - Υψηλό ($> 15,6$)	8	29,6%
Γυναίκα	Total	27	100,00%



Βλέπουμε ότι η τροπονίνης I HS είναι αυξημένη σε ένα ποσοστό 35% στους άνδρες και 29,6% στις γυναίκες, είτε λόγω μειωμένης νεφρικής κάθαρσης της τροπονίνης από τα συνηθισμένα φίλτρα αιμοκάθαρσης, είτε λόγω μυοκαρδιακής βλάβης στα πλαίσια αζωθαιμίας είτε ακόμα και λόγω χρόνιας καρδιαγγειακής νόσου. Επομένως, η αντιμετώπιση των ασθενών αυτών θα πρέπει να επικεντρώνεται όχι μόνο στην επιδείνωση και στις επιπλοκές της νεφρικής νόσου αυτής καθ' εαυτής αλλά και στην πρόληψη της εμφάνισης των καρδιαγγειακών επιπλοκών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

AA 07

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19

Μ. Τσιγαριδάκη¹, Μ. Κοκονοζάκη²

¹Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο, ²Ιδιώτης ιατρός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το COVID-19 είναι κυρίως ένα αναπνευστικό σύνδρομο που οφείλεται στον κορωνοϊό SARS-CoV-2 με προσβολή και άλλων συστημάτων, θεωρείται συστηματικό νόσημα και έχει χαρακτηριστεί παγκόσμια πανδημία. Από την αρχή της πανδημίας, η ερευνητική προσπάθεια είναι συνεχής, με συνεχώς αυξανόμενη βιβλιογραφία. Σε αυτήν συμβάλλουν και η ταυτοποίηση εργαστηριακών δεικτών παρακολούθησης των ασθενών (με συνεισφορά στην αρχική διαστρωμάτωση κινδύνου, την εκτίμηση πρόγνωσης και ανταπόκριση στη θεραπεία).

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση των παραμέτρων: προκαλσιτονίνη (PCT), Τροπονίνη I HS, CRP, φερριτίνη, BNP, LDH, σε ασθενείς οι οποίοι διεγνώσθησαν με COVID-19 κατόπιν της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο μέχρι και 31 Δεκεμβρίου 2020.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων του τμήματος μας σε ασθενείς COVID-19 και ΜΕΘ COVID-19 που έγιναν σε αναλυτές Architect με τη μέθοδο χημειοφωταύγειας και θολωσιμετρία-Ανοσοθολωσιμετρία, με φυσιολογικές τιμές PCT <0,05 ng/ml, BNP <100 pg/ml, Τροπονίνη I HS για άνδρες <34,2 pg/ml γυναίκες <15,6 pg/ml, φερριτίνης άνδρες 21-453 ng/ml γυναίκες 6-142 ng/ml, CRP <0,5 mg/dL, LDH 125-220 U/l

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

		ΗΛΙΚΙΑ	PCT ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	Τροπονίνη I HS ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	Φερριτίνη ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	BNP ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	CRP ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	LDH ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ
Άνδρες	COVID-19	0-65	0,13	3,09	738,56	38,30	5,59	296,53
		66-100	0,30	124,01	1.379,04	92,04	7,50	373,01
	ΜΕΘ COVID-19	0-65	2,03	597,98	1.046,86	135,01	14,63	408,36
		66-100	0,72	689,47	1.721,98	420,52	15,64	419,56
Γυναίκες	COVID-19	0-65	0,07	9,27	539,52	88,40	5,90	278,87
		66-100	0,48	85,84	914,33	382,54	10,05	297,17
	ΜΕΘ COVID-19	0-65	0,08	3,05	341,10	28,47	10,55	500,83
		66-100	0,69	31,71	783,23	414,23	13,62	404,42

Είναι πολλοί οι εργαστηριακοί δείκτες που αξιολογούνται σε ασθενείς COVID-19. Όμως οι αυξημένες τιμές CRP και Φερριτίνης έχουν ισχυρή τεκμηρίωση στη βιβλιογραφία για τη συσχέτιση τους με την πρόγνωση της νόσου. Η σοβαρή COVID-19 είναι αποτέλεσμα μιας κατάστασης αυξημένης παραγωγής προφλεγμονωδών κυταροκινών που συνιστά μια καταγιστική και απρόσφορη αμυντική απάντηση.

ΑΑ 08

ΚΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ I HS ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Μ. Τσιγαριδάκη¹, Μ. Κοκονοζάκη²

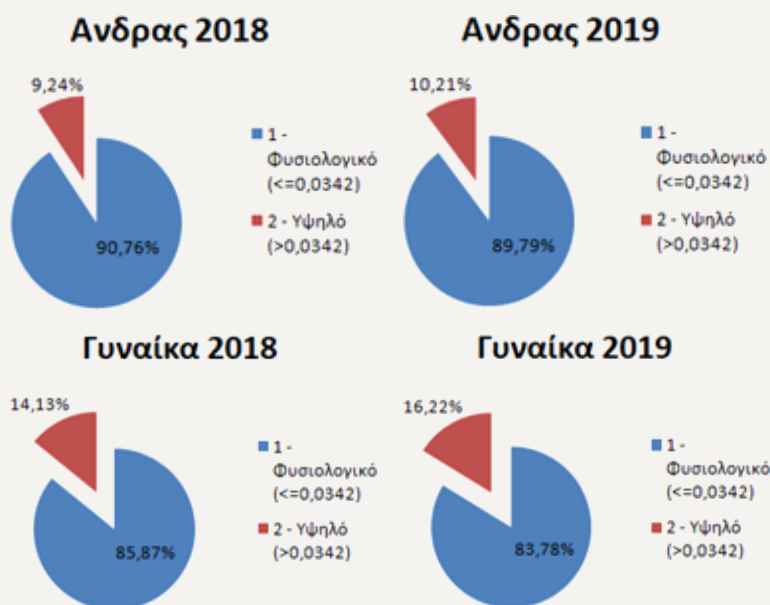
¹Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο, ²Ιδιώτης ιατρός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι τροπονίνες (I και T) αποτελούν βασικά πρωτεϊνικά συστατικά του μυοκαρδιακού κυττάρου με ιστολογική εντόπιση στα μυϊκά ινίδια και δευτερευόντως στο κυτταρόπλασμα. Σε περιπτώσεις μυοκαρδιακής βλάβης, με νέκρωση του καρδιακού ιστού οι τροπονίνες απελευθερώνονται μαζικά και κυκλοφορούν στο αίμα σε αυξημένες ποσότητες. Η συγκεκριμένη ομάδα πρωτεϊνών αποτελεί πλέον ένα παγιωμένο και ευρέως χρησιμοποιούμενο προγνωστικό δείκτη για τη βραχυπρόθεσμη, μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη πρόβλεψη της έκβασης των ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης μας είναι η καταγραφή των τιμών της τροπονίνης I HS στους ασθενείς που προσήλθαν στα ΤΕΠ του νοσοκομείου μας κατά τα έτη 2018-2019.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάσθηκαν συνολικά 19.623 δείγματα ορού ασθενών το 2018 και 19.088 το 2019. Από αυτούς το 2018 οι 10.118 είναι άνδρες και 9.505 γυναίκες, ενώ το 2019 οι 10.119 είναι άνδρες και οι 8.969 γυναίκες. Ο προσδιορισμός έγινε στον αναλυτή Architect με τη μέθοδο χημειοφωταύγειας και φυσιολογικές τιμές της τροπονίνης I HS για άνδρες <0,0342 ng/ML και γυναίκες <0,0156 ng/ML.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:



Σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών των ΤΕΠ η τροπονίνη I HS είναι εντός φυσιολογικών ορίων. Στις γυναίκες το ποσοστό τις θετικής τροπονίνης I HS είναι λίγο υψηλότερο από ότι στους άνδρες. Βλέπουμε λοιπόν ότι η τροπονίνη I HS πρέπει να χρησιμοποιείται με μεγαλύτερη προσοχή. Αν και αδιαμφισβήτητη η διαγνωστική και προγνωστική χρησιμότητα της τροπονίνης I HS τα κριτήρια ζήτησης της πρέπει να είναι πιο στοχευμένα.

ΑΑ 09

ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΓΙΑ ΕΝΑ ΕΤΟΣ

Μ. Τσιγαριδάκη¹, Μ. Κοκονοζάκη²

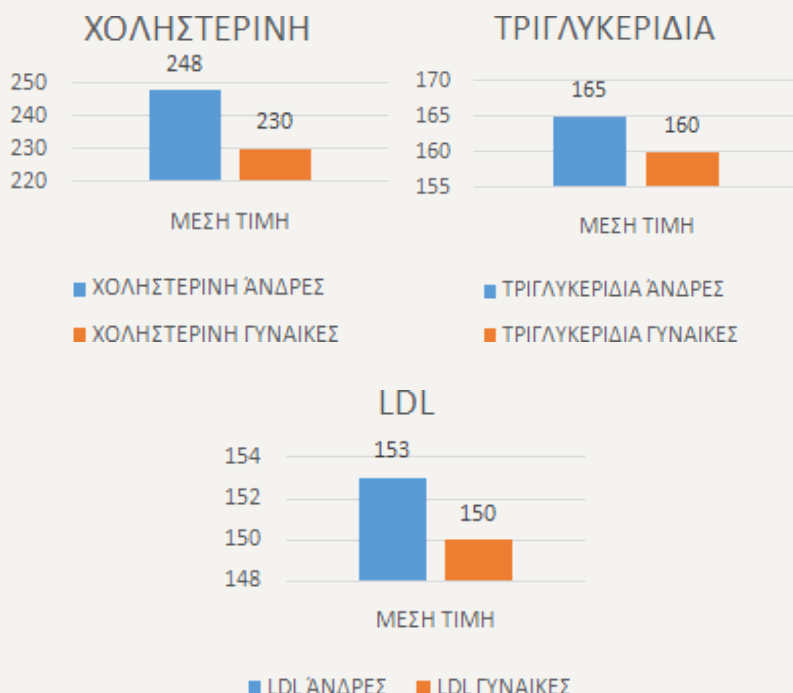
¹Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο, ²Ιδιώτης ιατρός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι διαταραχές του λιπιδαιμικού προφίλ αποτελούν ισχυρούς παράγοντες κινδύνου αθηρωμάτωσης και καρδιαγγειακών συμβαμάτων, που αναφέρονται σαν 1η αιτία θανάτου παγκόσμια και μάλιστα σε νεαρά άτομα. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η χρήση αρκετών ψυχοτρόπων φαρμάκων προκαλεί αλλαγές στον μεταβολισμό και αύξηση της χοληστερίνης.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή επιπέδων χοληστερίνης, τριγλυκεριδίων LDL σε ασθενείς που βρίσκονται σε αγωγή με αντιψυχωσικά φάρμακα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό αποτέλεσαν δείγματα ορού από 140 ασθενείς υπό μακροχρόνια θεραπευτική αγωγή εκ των οποίων 78 άνδρες και 62 γυναίκες. Οι μετρήσεις έγιναν με τη μέθοδο της φασματοφωτομετρίας σε αναλυτή Architect.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:



Τα αποτελέσματα των μετρήσεων υποδηλώνουν αυξημένες τιμές τόσο της LDL όσο και της ολικής χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων. Το λιπιδαιμικό προφίλ στις γυναίκες είναι καλύτερο από ότι στους άνδρες. Γνωρίζοντας ότι σχεδόν όλα τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν μεταβολικές διαταραχές, και σε συνδυασμό με την απουσία άσκησης και τις κακές διατροφικές συνήθειες, συμπεραίνουμε ότι οι συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών διατρέχει αυξημένο κίνδυνο αγγειοπάθειας, αθηρωμάτωσης και στεφανιαίας νόσου.

ΑΑ 10

ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΟΥ COVID-19 ΜΕ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ I HS ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ. Τσιγαριδάκη¹, Μ. Κοκονοζάκη²

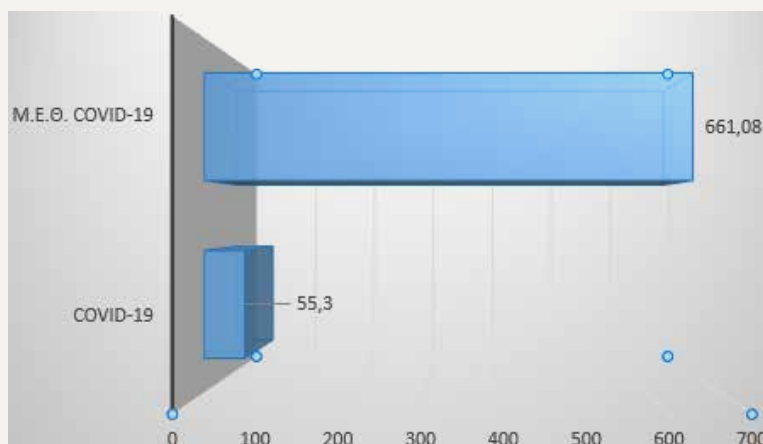
¹Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο, ²Ιδιώτης ιατρός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η προσβολή από τον ιό SARS-CoV-2 και η ανάπτυξη λοίμωξης COVID-19 μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές από την καρδιά, με μηχανισμούς που δεν έχουν πλήρως εξακριβωθεί. Το φάσμα των καρδιακών επιπλοκών εκτείνεται από ασυμπτωματική αύξηση ειδικών μυοκαρδιακών ενζύμων όπως η τροπονίνη έως την ανάπτυξη καρδιακής ανεπάρκειας, οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου ή και καρδιακή ανακοπή. Οι πιθανοί άμεσοι και έμμεσοι μηχανισμοί μυοκαρδιακής βλάβης σε ασθενείς με COVID-19 περιλαμβάνουν βλάβες λόγω των χαμηλών επιπέδων οξυγόνου και της γενικευμένης φλεγμονής, φλεγμονή του μυοκαρδίου (μυοκαρδίτιδα), μυοκαρδιοπάθεια προκαλούμενη από ακραία στρεσογόνα ερεθίσματα, θρομβώσεις μικρών αγγείων και αποσταθεροποίηση/ρήξη αθηρωματικών πλακών με απότοκο το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η κατάδειξη της σημασίας διαδοχικών μετρήσεων της Τροπονίνης I HS και η αξιολόγηση αυτών σε ασθενείς με COVID-19 μέχρι και 31 Δεκεμβρίου 2020.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν τα αποτελέσματα Τροπονίνης I HS σε ασθενείς COVID-19 και ΜΕΘ COVID-19 που έγιναν σε αναλυτή Architect με τη μέθοδο χημειοφωταύγειας και φυσιολογικές τιμές για άνδρες <34,2 pg/ml γυναίκες <15,6 pg/ml.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:



Η αύξηση της Τροπονίνης I HS και η επιβεβαίωση της μυοκαρδιακής βλάβης με διαγνωστικές απεικονιστικές τεχνικές ενδέχεται να ευθύνεται όχι μόνο για τα συμπτώματα κατά την οξεία νόσηση αλλά και για μακροπρόθεσμα συμπτώματα όπως εύκολη κόπωση κ.ά. σε ασθενείς που ανάρρωσαν από τη νόσο ιδίως αν αυτοί είχαν υποκείμενα καρδιολογικά νοσήματα.

AA 11

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΦΥΣΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΑΤΟΣ - ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑΣ

Π. Παπαμικαήλ¹, Κ. Παρλακίδης¹, Μ. Σαγρεδάκη¹, Σ. Κατσάρας¹, Π. Γκρίλιας²

¹Προπτυχιακός Φοιτητής, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, ²Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οστεοαρθρίτιδα γόνατος (ΟΑΓ) αποτελεί μια χρόνια εκφυλιστική νόσο που χαρακτηρίζεται από βλάβες στον αρθρικό χόνδρο και σχετίζεται με την ηλικία.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής φυσικών μέσων-ηλεκτροθεραπείας σε ασθενείς με ΟΑΓ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης αρθρογραφίας. Αντλήθηκαν άρθρα από τις βάσεις δεδομένων Pubmed και Science Direct, χρησιμοποιώντας συνδυαστικά τις παρακάτω λέξεις κλειδιά: knee osteoarthritis, physiotherapy, electrotherapy, cryotherapy. Ως κύρια κριτήρια επιλογής των άρθρων ορίστηκαν: α) η δυνατότητα πρόσβασης στο πλήρες κείμενο και β) η γλώσσα γραφής να είναι η Αγγλική. Επιλέχθηκαν 12 πρωτογενείς μελέτες και 3 μετά-αναλύσεις της τελευταίας εξαετίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βάσει των μελετών που επιλέχθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση προκύπτει ότι: α) Η εφαρμογή κρουστικής θεραπείας είναι αποτελεσματική στη μείωση του πόνου σε ασθενείς με ΟΑΓ, β) Τα παρεμβαλλόμενα ρεύματα παρουσιάζονται ως τα αποτελεσματικότερα ρεύματα για τη μείωση του πόνου σε ασθενείς με ΟΑΓ, γ) Τα ρεύματα TENS βελτιώνουν τη λειτουργικότητα των κάτω άκρων και τη δραστηριότητα της βάδισης σε ασθενείς με ΟΑΓ, δ) Η εφαρμογή θεραπευτικού υπερήχου (είτε με συνεχή είτε με παλμική εκπομπή) παρουσιάζεται να μειώνει τον πόνο στο γόνατο, ε) Η εφαρμογή φωνοφόρησης μειώνει τον πόνο και τα επίπεδα φλεγμονής σε ασθενείς με ΟΑΓ. Η εφαρμογή συνδυασμένης θεραπείας (φωνοφόρησης και TENS) θεωρείται αποτελεσματική μέθοδος στη βελτίωση του πόνου και της λειτουργικότητας σε ασθενείς με ΟΑΓ, στ) Η θεραπεία με κρουστικό υπέρηχο μειώνει τα επίπεδα πόνου και βελτιώνει τη λειτουργικότητα των ασθενών με ΟΑΓ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Βάσει των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης προκύπτει ότι η εφαρμογή μεθόδων φυσικών μέσων-ηλεκτροθεραπείας σε ασθενείς με ΟΑΓ, βελτιώνει τα επίπεδα πόνου, την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα των ασθενών.

AA 12

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ - ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ζ. Σαχλά, Κ. Ευσταθίου, Χ. Μπίντας, Β. Τσουτσούλη, Κ. Γκόγκος

Παθολογική Κλινική ΓΝΘ «Γεώργιος Παπανικολάου»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Πολιτισμική επάρκεια ορίζεται ως το κοινό πλαίσιο συμπεριφοράς και αντιμετώπισης που ενσωματώνεται σε ένα σύστημα, οργανισμό ή επαγγελματική ομάδα και επιτρέπει στους εργαζόμενους την ομαλή αλληλεπίδραση και αποτελεσματική διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων (Cross et al. 1989). Στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης είναι απαραίτητο εργαλείο των εργαζομένων στον τομέα παροχής υγείας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει την πολιτισμική επάρκεια του προσωπικού υγείας απέναντι σε Μουσουλμάνους ασθενείς στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Για τον σκοπό της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια με ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και ανοικτού τύπου τα οποία διανεμήθηκαν τυχαία στο προσωπικό της Παθολογικής κλινικής του ΓΝΘ «Γεώργιος Παπανικολάου». Το πρώτο ερωτηματολόγιο περιελάμβανε πέντε ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής αυτοαξιολόγησης. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο εξέτασε το γνωστικό υπόβαθρο του προσωπικού στην κουλτούρα του Ισλάμ μέσω τριών ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής και μιας ερώτησης ανοικτού τύπου. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση των απαντήσεων στις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, ενώ οι απαντήσεις στις ερωτήσεις ανοικτού τύπου αξιολογήθηκαν ποιοτικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι συμμετέχοντες στην πλειοψηφία τους αναγνώρισαν τη σημασία της σωστής ενημέρωσης και εκπαίδευσης όσο αφορά την κουλτούρα του Ισλάμ. Διχογνωμία παρουσιάζεται στην παροχή των υπηρεσιών σε μουσουλμάνους και αν αυτές ανταποκρίνονται με σεβασμό στις ιδιαιτερότητες της κουλτούρας τους, ενώ από το δεύτερο ερωτηματολόγιο προκύπτει πως οι περισσότεροι εκ των συμμετεχόντων γνωρίζουν ελάχιστα για τα χαρακτηριστικά της προαναφερθείσας κουλτούρας. Ελάχιστοι αντιμετωπίζουν αρνητικά τη δημιουργία ανεξαρτήτου χώρου προσευχής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η μελέτη υστερεί στον δειγματοληπτικό τομέα και θα ήταν ωφέλιμο να επαναληφθεί με μεγαλύτερο δείγμα ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Η αυτοαξιολόγηση έδειξε ότι είναι πολιτισμικά επαρκείς αλλά στο δεύτερο ερωτηματολόγιο φάνηκε ότι χρειάζεται εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα πολιτισμικής κουλτούρας.

ΑΑ 13

ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

Α. Ψαρρά^{1,3}, Ε. Λέντζιου¹, Δ. Βελισσάρη², Δ. Παπαγιάννη¹

¹Μονάδα Εμφραγμάτων, ΓΝ Ηλείας, Πύργος, ²Βελισσάρειο, ΨΝΑ «Δρομοκαΐτειο», Αθήνα, ³Αναπλήρωτρια Συντονίστρια Εκπαίδευσης Ειδικότητας Κοινωνικής Νοσηλευτικής, ΓΝ Ζακύνθου, Ζάκυνθος

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της ανάγκης για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει στην εξασφάλιση οικονομικών πόρων.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα στις βάσεις δεδομένων Elsevier Science Direct, PubMed, MedLine και Google Scholar. Εξαιρέθηκαν τα άρθρα που ήταν δυνατή η πρόσβαση μόνο στην περίληψη καθώς και εκείνα που ήταν παλαιότερα από 10 έτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις αλληπάλληλες νομοθετικές παρεμβάσεις την τελευταία δεκαετία, διαπιστώνεται η προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η δημιουργία ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, τα πρωτόκολλα συνταγογράφησης, οι επιτροπές έλεγχου για συγκράτηση του κόστους, η υποστήριξη λειτουργίας των υγειονομικών μονάδων από τεχνική υπηρεσία, η παρουσία ιατρού εργασίας και η διαχείριση νοσοκομειακών αποβλήτων αποτελούν κάποιες από τις ενέργειες που υλοποιούνται προκειμένου να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο δυνατό όφελος με το μικρότερο κόστος. ν. Για να επιτευχθεί αυτό, το υγειονομικό διοικητικό σύστημα θα πρέπει να συγκλίνει διοικητικά και να εναρμονιστεί με το ευρύτερο σύστημα δημόσιας διοίκησης, εφαρμόζοντας πρότυπα και αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και χρησιμοποιώντας τεχνικά εργαλεία ποιότητας, όπως η διοίκηση μέσω στόχων, η χρήση δεικτών μέτρησης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ) και τα προτυποποιημένα συστήματα διαχείρισης ποιότητας κατά ISO.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σημαντικό μέρος των λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων δαπανώνται για την επίλυση προβλημάτων που απορρέουν από κακής ποιότητας υπηρεσίες. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας συμβάλλει στην καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος μεταξύ των εργαζομένων, μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η βελτίωση της ποιότητας, η αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών, της ανταγωνιστικότητας, της παραγωγικότητας και της μείωσης του κόστους.

ΑΑ 14

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΑΤΟΣ - ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μ. Σαγρεδάκη¹, Σ. Κατσάρας¹, Π. Παπαμιχαήλ¹, Κ. Παρλακίδης¹, Π. Γκρίλιος²

¹Προπτυχιακός Φοιτητής Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, ²Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οστεοαρθρίτιδα γόνατος (ΟΑΓ), αποτελεί μια χρόνια εκφυλιστική αρθρίτιδα με κυρία συμπτώματα τον πόνο και την έκπτωση της λειτουργικότητας των ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ: Να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων θεραπευτικής άσκησης σε ασθενείς με ΟΑΓ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης αρθρογραφίας. Αντλήθηκαν άρθρα από τις βάσεις δεδομένων Pubmed και Science Direct, χρησιμοποιώντας συνδυαστικά τις παρακάτω λέξεις κλειδιά: knee osteoarthritis, physical therapy procedures, therapeutic exercise, exercise, chronic pain. Ως κύρια κριτήρια επιλογής των άρθρων ορίστηκαν: α) η δυνατότητα πρόσβασης στο πλήρες κείμενο των άρθρων και β) η γλώσσα γραφής να είναι η Αγγλική. Επιλέχθηκαν 15 πρωτογενείς μελέτες και 3 μετά-αναλύσεις της τελευταίας εξαετίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βάσει των μελετών που επιλέχθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση προκύπτει ότι: α) Η αερόβια άσκηση καθώς και οι ασκήσεις Yoga, παρουσιάζονται ως αποτελεσματικές στη μείωση του πόνου και στην αύξηση της λειτουργικότητας σε ασθενείς με ΟΑΓ, β) Οι σύγκεντρες και έκκεντρες ασκήσεις, η ποδηλάτηση εντός νερού και η άσκηση Tai Chi, ενδυναμώνουν τούς μύες των κάτω άκρων, μειώνοντας τον πόνο και αυξάνοντας το εύρος κίνησης σε ασθενείς με ΟΑΓ, γ) Τόσο η διά ζώσης όσο και η εξ αποστάσεως επιτηρούμενη θεραπευτική άσκηση, συμβάλλει ευεργετικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΟΑΓ, επιτυγχάνοντας τόσο μείωση των συμπτωμάτων και του πόνου όσο και βελτίωση της λειτουργικότητας και της κινητικότητας των κάτω άκρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θεραπευτική άσκηση αποτελεί βασική θεραπεία για ασθενείς με ΟΑΓ με σκοπό τη μείωση των συμπτωμάτων και την αποφυγή πρόωρης αναπηρίας. Ωστόσο, απαιτείται η διεξαγωγή και νέων μελετών για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας σύγχρονων μορφών/ειδών άσκησης στην αντιμετώπιση των ασθενών με ΟΑΓ.

AA 15

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟ-
ΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ

**Β. Βασιλακόπουλος¹, Π. Ροδίτης¹, Σ. Θεοδωρίδου¹, Χρ. Τσουμής¹, Γ. Παπαγόρας¹,
Ελ. Κυριτίδου¹, Σπ. Κλίνης², Μ. Στεφανίδου², Στ. Λαμπρόπουλος¹**

¹ΓΝ Κοζάνης - Καρδιολογική Κλινική, ³Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, ²Επιμελητής Α' Γενικής Ιατρικής

ΣΚΟΠΟΣ: Οι ασθενείς που νοσηλεύονται με καρδιακή ανεπάρκεια συχνά πάσχουν από νοσήματα που επιβαρύνουν την πρόγνωση και τη θνητότητά τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιοριστούν οι συννοσηρότητες των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και να συγκριθεί η συχνότητα εμφάνισής τους σε ασθενείς με χαμηλό και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν συνολικά 124 ασθενείς εκ των οποίων 35 γυναίκες και 89 άνδρες ηλικίας $74 \pm 9,6$ ετών με καρδιακή ανεπάρκεια που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική κατά το χρονικό διάστημα 2018- 2020. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα συμπεριλήφθηκαν 90 ασθενείς με χαμηλό κλάσμα εξώθησης (HFprEF) EF: $25\% \pm 6,7\%$ και στη δεύτερη 34 ασθενείς με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFprEF) EF: $50\% \pm 6,4\%$. Και στις δύο ομάδες διερευνήθηκαν τα συνοδά νοσήματα και αξιολογήθηκαν στατιστικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανάλυση παρατηρήθηκαν τα εξής: 1) Στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση της χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής (ΧΚΜ) ($p=0,032$) και της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) ($p=0,051$) ανάμεσα στις δύο ομάδες, με υψηλότερη επίπτωση στους ασθενείς με HFprEF. 2) Αυξημένη επίπτωση της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) στους ασθενείς με HFprEF ($p=0,066$). 3) Η συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔII) εμφανίσθηκε αυξημένη στους ασθενείς με HFprEF χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά. 4) Η συχνότητα της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) ανήλθε στο 80%, της αναιμίας στο 12% και της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) στο 24% και στις δύο ομάδες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΧΚΜ και η ΧΑΠ έχουν υψηλότερη επίπτωση στους ασθενείς με HFprEF. Η ΣΝ έχει υψηλότερη επίπτωση στους ασθενείς με HFprEF. Η ΑΥ έχει υψηλή επίπτωση και στις δύο κατηγορίες καρδιακής ανεπάρκειας. Η αναιμία και η νεφρική νόσος εμφανίζονται με συχνότητα 12% και 18% αντίστοιχα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

AA 16

ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΣΕ ΜΙΑ ΑΤΥΠΗ ΥΠΟΞΕΙΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ DE QUERVAIN

Σ-Χ. Ζαγαλιώτη¹, Δ. Καρανάσιος², Α. Συμεωνίδης³, Μ. Ανοιξά¹, Σ. Τρύφων⁴, Α. Κοκκίνη⁵, Χ. Παπαδόπουλος², Μ. Κριθαρίδης⁶, Χ. Χατζής⁶

¹Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ²Διευθυντής ΕΣΥ, Γενικός Ιατρός, ΚΥ Μαδύτου, Θεσσαλονίκη, ³Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, ⁴Διευθυντής ΕΣΥ, Πνευμονολόγος, ΓΝΘ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ⁵Φαρμακοποιός, Μάδυτος, Θεσσαλονίκη, ⁶Επιμελητής Α', Γενικός Ιατρός, ΚΥ Μαδύτου, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επώδυνη υποξεία θυρεοειδίτιδα αποτελεί μια οξεία φλεγμονώδη διαταραχή του θυρεοειδούς αδένος, που συνήθως ακολουθεί λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και αποτελεί το 5% των κλινικών θυρεοειδικών διαταραχών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σπάνια έχει αναφερθεί άτυπη κλινικοεργαστηριακή εικόνα της θυρεοειδίτιδας de Quervain, η οποία να περιπλέκει τη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου. Η λήψη κλινικής απόφασης θεωρείται ο πυρήνας των κλινικών ιατρών, αφού συνιστά τον τρόπο διαχείρισης των υπαρχόντων πληροφοριών προς κλινικό όφελος του ασθενούς.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζεται περιστατικό γυναίκας ασθενούς, ηλικίας 65 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, που προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Κέντρου Υγείας αιτιώμενη άλγος στην αριστερή πρόσθια τραχηλική χώρα με επέκταση στη γωνία της κάτω γνάθου και στο σύστοιχο ουσ από 24ώρου. Η ασθενής ήταν απύρετη, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα και χωρίς προηγηθείσα λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κλινικά ψηλαφήθηκε επώδυνη διόγκωση αριστερής τραχηλικής χώρας, χωρίς σημεία φλεγμονής. Από τον εργαστηριακό έλεγχο δεν ανευρέθη λευκοκυττάρωση, η CRP και η δοκιμασία ταχείας ανίχνευσης του αντιγόνου για COVID-19 ήταν αρνητικές. Ωστόσο, ανευρέθηκε αυξημένη ΤΚΕ (60 mm/h) και το προφίλ του θυρεοειδικού ελέγχου ανέδειξε μια ευθυρεοειδική φάση, με αύξηση ενός εκ των αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων (Anti-TPO 919 U/ml). Η διερεύνηση συμπληρώθηκε με τον απεικονιστικό έλεγχο του τραχήλου με υπέρηχο και απεικόνιση ευμεγέθους υποηχοϊκού σχηματισμού αριστερά. Τέθηκε η διάγνωση της υποξείας θυρεοειδίτιδας de Quervain και η ασθενής έλαβε πρεδνιζολόνη 40 mg/day, με προσοδευτική μείωση της δόσης για 2 μήνες και τελική πλήρη ανάρρωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η άτυπη κλινικοεργαστηριακή εμφάνιση μιας νόσου θέτει αρκετά διαχειριστικά διλλήματα στον κλινικό ιατρό που κύριο μέλημα του είναι το βέλτιστο θεραπευτικό όφελος του ασθενούς του και αποτελεί συχνό κλινικό πρόβλημα.

AA 17

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ/ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ (UA/CR) ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ (ΠΕ). ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΆΛΛΕΣ ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ

Χ. Κυριακόπουλος, Κ. Μπαρτζιώκας, Κ. Έξαρχος, Κ. Κωστίκας

Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ιστική υποξία προκαλεί τον καταβολισμό πουρινών. Το UA αποτελεί το τελικό προϊόν της μεταβολικής αυτής οδού και έχει υποστηριχθεί ότι μπορεί να αντικατοπτρίζει τη σοβαρότητα της ιστικής υποξίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση του λόγου UA/CR ως προγνωστικού δείκτη για την έκβαση ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο λόγω επεισοδίου ΠΕ καθώς και η συσχέτισή τους με άλλες κλινικοεργαστηριακές παραμέτρους.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 116 ασθενείς κατά την εισαγωγή τους και μετρήθηκαν ο λόγος UA/CR καθώς και οι συνήθεις κλινικοεργαστηριακές παράμετροι κατά τον διαγνωστικό έλεγχο ενός ασθενούς με πιθανότητα ΠΕ. Ως έκβαση της ΠΕ προσδιορίστηκαν η διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, η θνητότητα, το ενδεχόμενο θρομβόλυσης και η σύνθετη έκβαση (θνητότητα ή θρομβόλυση). Όλοι οι ασθενείς σταδιοποιήθηκαν ως προς τη βαρύτητα της ΠΕ με βάση τον δείκτη PESI και τον απλοποιημένο δείκτη PESI και τον διαγνωστικό αλγόριθμο της European Society of Cardiology (ESC) του 2014 για τη διαστρωμάτωση κινδύνου. Η διάγνωση τέθηκε με πνευμονική αγγειογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με υψηλότερες τιμές του λόγου UA/CR ($\geq 7,59$) παρουσίασαν παρατεταμένη νοσηλεία [6 (4-7) έναντι 6,5 (5-11) ημέρες, $p=0,006$], αυξημένη θνητότητα (3,4% έναντι 25,8%, $p=0,001$) και χειρότερη σύνθετη έκβαση (3,4% έναντι 31%, $p<0,001$). Διαπιστώθηκε σημαντικά στατιστική συσχέτιση των τιμών του λόγου UA/CR με τον δείκτη PESI ($p<0,001$), τον απλοποιημένο δείκτη PESI ($p=0,003$), τον διαγνωστικό αλγόριθμο της ESC του 2014 ($p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι τιμές του λόγου UA/CR κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου ΠΕ αποτελούν προγνωστικό δείκτη της έκβασης, ενώ συσχετίζονται με τους συνήθεις εκτιμώμενους δείκτες βαρύτητας της νόσου, με σημαντικές κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους.

AA 18

ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ ΜΕΤΡΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ (ΜΑΒ), ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ (VWFAG) ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ (VWFAC) ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ VON WILLEBRAND

Χ. Κυριακόπουλος, Χ. Χρόνης, Ε. Παπαπέτρου, Χ. Τσαούση, Α. Τατσιώνη, Α. Γόγαλη, Α. Βαγγελή, Κ. Κωστίκας, Α. Κωνσταντινίδης

Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις δυσλειτουργίας του ενδοθηλίου σε ασθενείς με ΧΑΠ.

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκριση της επίπτωσης και βαρύτητας της ΜΑΒ, καθώς επίσης των επιπέδων και της ενεργότητας του vWf μεταξύ ασθενών με σταθερή ΧΑΠ και καπνιστών χωρίς ΧΑΠ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 84 ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ και 32 καπνιστές χωρίς σπιρομετρική απόφραξη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επίπτωση ΜΑΒ ήταν σημαντικά αυξημένη στους ασθενείς με ΧΑΠ: 26,1% έναντι 9% της ομάδας ελέγχου, $P=0,047$. Οι ασθενείς με ΧΑΠ είχαν επίσης υψηλότερα επίπεδα ΜΑΒ έναντι της ομάδας ελέγχου, (διάμεση τιμή-IQR): 15,22 (0,59-29,85) έναντι 12,08 (8,51-15,64) mg/g, $P=0,002$.

Τα επίπεδα της ΜΑΒ ήταν υψηλότερα στους ασθενείς με ΧΑΠ και CAT σκορ ≥ 10 σε σύγκριση με αυτούς με CAT σκορ < 10 , $P=0,011$ και στους ασθενείς με $FEV_1 < 50\%$ σε σύγκριση με τους ασθενείς με $FEV_1 \geq 50\%$ της προβλεπόμενης, $P=0,04$).

Τα επίπεδα και η ενεργότητα του vWf ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς με ΧΑΠ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου: vWfAg: 150 (118,5-181,5) έναντι 108,5 (87-130), $P < 0,001$, vWfAc: 141 (112,5-169,5) έναντι 113 (89,5-136,5), $P < 0,001$. Στους ασθενείς με ΧΑΠ, τα επίπεδα και η ενεργότητα του vWf διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στα ABCD γκρουπ, $P=0,004$ και $P=0,005$ αντίστοιχα), εμφανίζοντας τις υψηλότερες τιμές στο γκρουπ D.

Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος εκτιμήθηκε με το HEART score και δεν διέφερε ανάμεσα στις 2 ομάδες, $P=0,249$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη ανέδειξε διαταραχή του ενδοθηλίου στους ασθενείς με ΧΑΠ, με σημαντικά υψηλότερη επίπτωση και βαρύτητα ΜΑΒ, καθώς επίσης υψηλότερα επίπεδα vWfAg και vWfAc συγκριτικά με καπνιστές χωρίς ΧΑΠ. Επιπρόσθετα, μεταξύ των ασθενών με ΧΑΠ, η ΜΑΒ και τα επίπεδα vWfAg και vWfAc σχετίζονται με τη βαρύτητα της ΧΑΠ (GOLD ABCD) και χαμηλότερες τιμές αναπνευστικής λειτουργίας.

AA 19

ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ (ΠΕ) ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ

Χ. Κυριακόπουλος, Κ. Μπαρτζιώκας, Κ. Έξαρχος, Κ. Κωστίκας

Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η διαστρωμάτωση κινδύνου στους ασθενείς με ΠΕ είναι καίριας σημασίας για τη διαχείριση αυτών, ενώ μπορεί να βελτιώσει το ποσοστό επιβίωσης. Τα εν χρήσει μοντέλα πρόβλεψης κινδύνου περιλαμβάνουν κλινικοεργαστηριακές και υπερηχογραφικές παραμέτρους.

Η ανεύρεση ενός μοντέλου βιοδεικτών ως προγνωστικού δείκτη για τη διάρκεια της νοσηλείας, λόγω ΠΕ και της έκβασης αυτής με ακρίβεια παρόμοια ή μεγαλύτερη από τα υπάρχοντα μοντέλα πρόβλεψης κινδύνου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν ασθενείς με ΠΕ και μετρήθηκαν οι συνήθεις κλινικοεργαστηριακές παράμετροι κατά τον αρχικό διαγνωστικό έλεγχο. Για την έκβαση της ΠΕ προσδιορίστηκαν η διάρκεια της νοσηλείας, η θνητότητα, η διενέργεια θρομβόλυσης και η σύνθετη έκβαση (θνητότητα ή θρομβόλυση). Οι βιοδείκτες που συσχετίστηκαν με την έκβαση συγκρίθηκαν με τα υπάρχοντα μοντέλα πρόβλεψης κινδύνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπεριλήφθηκαν 116 ασθενείς (38,8% άρρενες) με διάμεση ηλικία 53,5 έτη (IQR 48-58). Η σύνθετη έκβαση παρατηρήθηκε σε 20 (17,2%) ασθενείς. Μέσω πολυπαραγοντικής και Roc Curve ανάλυσης, επιλέχθηκε ο συνδυασμός γλυκόζης και d-dimers που εμφάνιζε σημαντική συσχέτιση με τη νοσηλεία, τη θνητότητα και τη σύνθετη έκβαση. Το μοντέλο πρόβλεψης παρουσίασε τη βέλτιστη προγνωστική ακρίβεια για τη σύνθετη έκβαση AUC=0,809 (95%CI: 0,679-0,940, $P < 0,001$), που ήταν σημαντικά ανώτερη από τον δείκτη PESI, τον απλοποιημένο δείκτη PESI και τον διαγνωστικό αλγόριθμο της European Society of Cardiology (ESC) του 2019 για τη διαστρωμάτωση κινδύνου. Επίσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη διάρκεια της νοσηλείας HR=6,055 (95%CI: 4.412-7.698, $P < 0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μοντέλο που περιλάμβανε τα d-dimers και τη γλυκόζη είχε καλύτερη προγνωστική ακρίβεια από τον δείκτη PESI και τον διαγνωστικό αλγόριθμο της ESC του 2019, ενώ ο απλοποιημένος δείκτης PESI ήταν μη προγνωστικός.

AA 20

Ο ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑΣ (ΜΑΒ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΠΑΡΟΥΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ (ΧΑΠ)

Χ. Κυριακόπουλος¹, Κ. Μπαρτζώκας¹, Α. Παπαιωάννου³, Ε. Ντουνούση², Σ. Λουκίδης³, Σ. Παπίρης³, Κ. Κωστίκας¹

¹Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ³Β' Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ΜΑΒ αποτελεί έναν ευαίσθητο δείκτη καρδιαγγειακού κινδύνου και φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τα καρδιαγγειακά επεισόδια και τη θνητότητα. Πρόσφατες μελέτες αξιολόγησαν τη ΜΑΒ σε ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ καθώς και σε ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω παρόξυνσης.

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ύπαρξης ΜΑΒ σε ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω παρόξυνσης ΧΑΠ και η συσχέτιση αυτής με την έκβαση των παροξύνσεων, τη διάρκεια νοσηλείας καθώς και με διάφορες παραμέτρους βαρύτητας της νόσου.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 153 ασθενείς με παρόξυνση ΧΑΠ που εισήχθησαν στις Πνευμονολογικές Κλινικές δύο Τριτοβάθμιων Νοσοκομείων (Πανεπιστημιακό Ιωαννίνων και Β' Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αττικόν). Κατά την εισαγωγή έγινε καταγραφή σωματομετρικών και κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων, εκτίμηση της βαρύτητας της ΧΑΠ και ο συνήθης εργαστηριακός έλεγχος. Ακολούθησε η παρακολούθηση των ασθενών για ένα έτος και πλήρη αξιολόγηση της έκβασης των παροξύνσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με ΜΑΒ κατά την εισαγωγή εμφάνισαν χειρότερη αναπνευστική λειτουργία (FEV1%) [διάμεση τιμή (IQR) 34 (25-44)% έναντι 61 (53-74)%, $p < 0,001$], σοβαρότερη δύσπνοια κατά mMRC [3 (2-3) έναντι 1 (1-2), $p < 0,001$] και περισσότερες μέρες νοσηλείας [9 (6-11) έναντι 4 (3-6), $p < 0,001$]. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση η διάρκεια νοσηλείας συσχετίστηκε με [HR (95%CI)] τη ΜΑΒ [2,034 (0,855-3,213)], τον FEV1 [-4,324 (-7,067 - -3,135)] και την παρουσία κολπικής μαρμαρυγής [0,988 (0,042-1,934)]. Κατά την παρακολούθηση το επόμενο έτος, οι ασθενείς με ΜΑΒ παρουσίασαν μεγαλύτερο αριθμό παροξύνσεων [3 (1,5-4,5) έναντι 1 (0-3), $p < 0,001$] και νοσηλειών [1 (0-2) έναντι 0 (0-1), $p < 0,001$].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία ΜΑΒ κατά την εισαγωγή για παρόξυνση ΧΑΠ σχετίστηκε με σοβαρότερη νόσο και μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας καθώς και με αυξημένο κίνδυνο παρόξυνσης και νοσηλείας κατά την παρακολούθηση το επόμενο έτος.

AA 21

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΓΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 1η ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΞΑΡΣΗΣ COVID-19 (ΜΑΡΤΙΟΥ-ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2020)

Χ. Κυριακόπουλος, Κ. Έξαρχος, Α. Γόγαλη, Κ. Κωστίκας

Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Κατά τη διάρκεια της έξαρσης του ιού SARS-CoV-2 σε ολόκληρο τον κόσμο, αλλά και στην Ελλάδα παρατηρήθηκαν μεταβολές στις εισαγωγές ασθενών με συγκεκριμένες παθήσεις.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης ήταν να διαπιστωθούν μεταβολές στον αριθμό των εισαγωγών στις Πνευμονολογικές κλινικές 9 νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Ελήφθη υπόψη το σύνολο των παθήσεων των νοσηλευθέντων στις ανωτέρω κλινικές.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συγκεκριμένα στη μελέτη συμπεριλήφθησαν ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Πνευμονολογική κλινική 8 πανεπιστημιακών: Αττικών, Ευαγγελισμός, Παπανικολάου, Πάτρας, Ηρακλείου, Λάρισας, Ιωαννίνων, Αλεξανδρούπολης και ενός νομαρχιακού νοσοκομείου: Κέρκυρας, κατά τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο σε 3 διαδοχικές χρονιές (2018, 2019 και 2020). Από τους ασθενείς καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία και η διάγνωση εξόδου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 1307 ασθενείς που εισήχθησαν μεταξύ Μαρτίου-Απριλίου 2020, 444 (35,5%) ήταν άρρενες. Η μέση ηλικία ($\pm$ SD) ήταν $66,0 \pm 16,5$ έτη. Ο μέσος ημερήσιος αριθμός εισαγωγών για το 2020 ήταν 21,4, στατιστικά σημαντικά χαμηλότερος εν συγκρίσει με το 2018 [συνολικός αριθμός εισαγωγών: 2487, IR: 40,8, IRR: 0,525, 95% confidence interval (CI): 0,491-0,562, $P < 0,001$], με το 2019 (συνολικός αριθμός εισαγωγών: 2434, IR: 39,9, IRR: 0,537, 95% CI: 0,502-0,574, $P < 0,001$) καθώς και με τον μέσο όρο των 2 προηγούμενων ετών (IR: 40,3, IRR: 0,531, 95% CI: 0,497-0,568, $P < 0,001$).

Η μεταβολή του αριθμού εισαγωγών του 2020 συγκριτικά με το 2018 και το 2019 διέφερε ανάλογα με την αιτία εισαγωγής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την παρούσα μελέτη αναδεικνύεται η αξιοσημείωτη μείωση εισαγωγών για αναπνευστικές παθήσεις κατά την περίοδο έξαρσης COVID-19 συγκριτικά με τα 2 προηγούμενα έτη, με διακύμανση του ποσοστού ανάλογα με την αιτία νοσηλείας.

AA 22

ΥΠΕΡΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΑΘΕΡΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ)

Χ. Κυριακόπουλος, Χ. Χρόνης, Α. Γόγαλη, Α. Βαγγελή, Κ. Κωστίκας, Α. Κωνσταντινίδης

Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σε πολλές μελέτες έχει αναδειχθεί ο αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακής και θρομβοεμβολικής νόσου μεταξύ ασθενών με ΧΑΠ.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί εάν τα επίπεδα των παραγόντων πήξης διαφέρουν μεταξύ ασθενών με σταθερή ΧΑΠ και καπνιστών χωρίς ΧΑΠ και να καθοριστεί η συσχέτιση των παραγόντων πήξης με την αναπνευστική λειτουργία, τη βαρύτητα της ΧΑΠ και του ιστορικού παροξύνσεων.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για cross-sectional μελέτη, στην οποία συγκρίθηκαν τα επίπεδα των παραγόντων πήξης: FI, FII, FV, FVII, FVIII, FIX, FX, D-dimers, INR και aPTT και των φυσικών αναστολέων πήξης: πρωτεΐνης S, πρωτεΐνης C και αντιθρομβίνης III μεταξύ 103 ασθενών με ΧΑΠ, σε σταθερή κατάσταση χωρίς πρόσφατο επεισόδιο παρόξυνσης και 42 καπνιστών χωρίς ΧΑΠ, παρόμοιας ηλικίας και φύλου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με ΧΑΠ είχαν υψηλότερα επίπεδα έναντι της ομάδας ελέγχου: D-dimers: 540 ng/mL±940 έναντι 290±140 ng/mL, $p=0,001$, FI: 399±82 έναντι 346±65, $p<0,001$, FII: 122±22 έναντι 109±19, $p=0,004$, FV: 131±25 έναντι 121±19, $p=0,015$, FVIII: 143±32 έναντι 122±20, $p<0,001$, FX: 114±23 έναντι 100±16, $p=0,002$ και χαμηλότερα επίπεδα: πρωτεΐνης S: 95,1±18,74. έναντι 110,5±17,9, $p<0,001$ και αντιθρομβίνης III: 94,4±11,5 έναντι 102,3±13,2, $p=0,001$. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση ο FI σχετίστηκε με την CRP, $p=0,007$ και την ΤΚΕ, $p<0,001$, ο FII με την FEV1, $p<0,001$ και την ηλικία, $p=0,006$, ο FV με την FEV1, $p=0,001$, ο FVIII με την ΤΚΕ, $p=0,043$, ο FX με την FEV1, $p<0,001$ και την TLC, $p=0,045$, τα D-dimers με την ΤΚΕ, $p=0,022$, η πρωτεΐνης S με την ηλικία, $p<0,001$, το CAT σκορ, $p=0,004$ και την CRP, $p=0,002$ και η αντιθρομβίνη III με την ηλικία, $p=0,002$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη ανέδειξε την ύπαρξη υπερπηκτικότητας στους ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ, αναδεικνύοντας ένα σημαντικό παθοφυσιολογικό μηχανισμό πρόκλησης καρδιαγγειακής και θρομβοεμβολικής νόσου στη ΧΑΠ.

ΑΑ 23

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΑΣΙΩΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Α. Ψαρρά^{1,3}, Ε. Λέντζιου¹, Δ. Βελισσάρη², Ε. Γκεβρέκη⁴

¹Μονάδα Εμφραγμάτων, ΓΝ Ηλείας, Πύργος, ²Βελισσάρειο, ΨΝΑ «Δρομοκαϊτειο», Αθήνα, ³Αναπλήρώτρια Συντονίστρια Εκπαίδευσης Ειδικότητας Κοινωνικής Νοσηλευτικής, ΓΝ Ζακύνθου, Ζάκυνθος, ⁴Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Ηλείας, Πύργος

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χαρακτήρισε τον COVID-19 ως νέο ιό στις 12 Ιανουαρίου 2020, και στις 11 Μαρτίου κηρύχθηκε πανδημία, ενώ μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί σε περισσότερα από 200 έθνη, 169 εκατομμύρια περιπτώσεις και πάνω από 3,52 εκατομμύρια θάνατοι. Οι κυβερνήσεις προσπάθησαν να περιορίσουν την εξάπλωση του ιού λαμβάνοντας μέτρα για την κοινωνική αποστασιοποίηση και την ενίσχυση των συστημάτων υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της επισκόπησης είναι να διερευνήσει κατά πόσον τα μέτρα κοινωνικής προστασίας και η ενίσχυση των συστημάτων υγείας έχουν συμβάλει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της πανδημίας.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Διεξήχθη ανασκόπηση ερευνητικών άρθρων και ερευνητικών μελετών που δημοσιεύθηκαν στα Αγγλικά και τα Ελληνικά. Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: EBSCO HOST, Elsevier Science Direct, PubMed, MedLine, CINAHL και Google Scholar.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Χωρίς κοινωνικές αποστάσεις και κλειδώματα, οι χώρες θα πρέπει να επεκτείνουν τα συστήματα υγείας δέκα φορές, κατά μέσο όρο, για να βοηθήσουν όλους τους ασθενείς με COVID-19 που χρειάζονται νοσηλεία. Κάτω από αποτελεσματική κοινωνική αποστασιοποίηση και καραντίνα μειώνονται οι πρόσθετες δαπάνες για την υγεία από εύρος 0,6-1 τρισεκατομμυρίων δολαρίων παγκοσμίως σε 130-231 δισεκατομμύρια δολάρια και το ποσοστό θνησιμότητας από 1,2 σε 0,2 τοις εκατό, κατά μέσο όρο.

Χώρες με μέση και υψηλή ανάπτυξη των συστημάτων υγείας συσχετίστηκαν αντιστρόφως με θάνατο περιστατικών. Η μεγαλύτερη ανοχή υγειονομικής περίθαλψης των συστημάτων υγείας συσχετίζεται με μικρότερο αριθμό θανάτων από COVID-19. Με κάθε πρόσθετη αύξηση μονάδας στον δείκτη χωρητικότητας της υγειονομικής περίθαλψης καταγράφεται μείωση 42% σε θανάτους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κοινωνική αποστασιοποίηση και η επέκταση των συστημάτων υγείας συνέβαλαν στην αντιμετώπιση της πανδημίας. Ωστόσο, πρέπει να δημιουργηθεί ικανότητα υγειονομικής περίθαλψης επικεντρωμένη σε επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού και να διασφαλιστεί επαρκής αριθμός νοσοκομειακών κλινών για να αντιμετωπιστεί ο COVID-19.

ΑΑ 24

ΕΚΚΟΛΠΩΜΑ ΤΡΑΧΕΙΑΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Η. Κεράνι¹, Λ. Μεγαγιάννης², Κ. Πατρός³, Ε. Μακρή⁴

¹Διευθύντρια Γενικής Ιατρικής ΚΥ Αργαλαστής, ²Ακτινοδιαγνώστης, Επιμελήτης Β΄ ΚΥ Αργαλαστής, ³Επιμελήτης Β΄ Γενικής Ιατρικής ΚΥ Αργαλαστής, ⁴Επιμελήτρια Β΄ Γενικής Ιατρικής ΚΥ Αργαλαστής

Το εκκόλπωμα της τραχείας είναι μία σπάνια δυσπλασία και συνήθως ανιχνεύεται τυχαία με απεικονιστικές μεθόδους. Είναι ένας λεπτός τοιχωματικός σάκος αέρα στο παρατραχειακό τοίχωμα συχνά επενδυμένος με κυλινδρικό κροσσώτο επιθήλιο με μία επικοινωνία με τον αυλό της τραχείας.

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας η παρουσίαση 34χρονης ασυμπτωματικής γυναίκας με τραχειακό εκκόλπωμα και μία σύντομη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

Γυναίκα 34 ετών μη καπνίστρια με ελεύθερο ιστορικό προσήλθε στο ιατρείο αναφέροντας επανειλημμένα επεισόδια ζάλης. Διενεργήθηκε υπολογιστική τομογραφία ΑΜΣΣ η οποία ανέδειξε στο δεξιό οπισθοπλάγιο τοίχωμα της τραχείας, στο επίπεδο του Θ1-Θ2 σπονδύλου, πολυλοβωτή κύστη αέρα με διαφραγμάτια, η οποία επικοινωνεί με την τραχεία μέσω 2-3 πολύ μικρών οπών - συριγγίων και έχει ενδεικτικές διαστάσεις 3 cm × 1 cm. Τα εκκόλψωματα της τραχείας συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση της παρατραχειακής κύστης αέρα. Χωρίζονται σε συγγενή και επίκτητα. Τα συγγενή εκκόλψωματα είναι κυρίως μονήρη. Τα επίκτητα συνήθως σχετίζονται με αυξημένη ενδοτραχειακή πίεση προκαλούμενη από βίαιο ή χρόνιο βήχα. Εμφανίζονται συχνότερα στους άνδρες. Η συχνότερη θέση εντόπισης του εκκόλψωματος είναι δεξιά παρατραχειακά (97,1%). Συνήθως τα εκκόλψωματα της τραχείας είναι ασυμπτωματικά. Δύναται να παρουσιάσουν συμπτώματα όπως χρόνιος βήχας, δύσπνοια, συριγμός, επαναλαμβανόμενες τραχειοβρογχίτιδες, δυσφαγία, οδυνοφαγία, βράχνος φωνής, διαλείπων λόξιγκας, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία. Η τοποθέτηση τραχειοσωλήνα μπορεί να είναι δύσκολη. Η υπολογιστική τομογραφία είναι η μέθοδος εκλογής για την ανάδειξη των εκκόλψωμάτων. Η βρογχοσκόπηση είναι χρήσιμη μέθοδος επιβεβαίωσης της διάγνωσης αλλά σε μερικές περιπτώσεις το συρίγγιο είναι πολύ στενό και δεν είναι ορατό.

Οι ασυμπτωματικοί ασθενείς δεν χρήζουν θεραπειάς. Η αντιμετώπιση είναι συνήθως συντηρητική για τους ηλικιωμένους ασθενείς με αντιβιοτική αγωγή, βλεννολυτικά και φυσιοθεραπεία. Η χειρουργική αποκατάσταση μπορεί να είναι επιλογή για νεότερους ασθενείς.

ΑΑ 25

ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΑΓΟΝΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥΣ ΕΝ ΜΕΣΩ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ **SARS-COV-2**

Ε. Μπέλλου¹, Χ. Παπαδόπουλος¹, Δ. Αναγνώστου¹, Π. Τριανταφύλλου¹, Β. Γιακίμοβα-Πολύζου²

¹Ιατρός υπηρεσίας υπαίθρου ΚΥ Πύλης Τρικάλων, ²Γενικός Ιατρός, Διευθύντρια ΚΥ Πύλης Τρικάλων

Η COVID-19 πανδημία είναι μία πρωτόγνωρη κατάσταση, η οποία έχει διαφοροποιήσει σημαντικά την έννοια του «κανονικού». Οι συνέπειες της σε όλα τα επίπεδα επηρεάζουν την αίσθηση προσωπικού ελέγχου και τις ισορροπίες του ατόμου και της κοινωνίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή των αντιλήψεων των κατοίκων άγονων περιοχών σχετικά με τις επιπτώσεις της πανδημίας στην καθημερινότητα τους.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη σχεδιάστηκε ως ποιοτική έρευνα στιγμής. Εντός του χρονικού διαστήματος 14 ημερών πραγματοποιήθηκαν δομημένες προσωπικές συνεντεύξεις με κατοίκους τριών άγονων περιοχών της Πύλης Τρικάλων, σε απόσταση περίπου 2,5 ώρες από το ΚΥ Πύλης. Εφαρμόστηκε ερωτηματολόγιο 16 ερωτήσεων κλειστού και ανοικτού τύπου. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε και με τη χρήση κλίμακας αυτοεκτίμησης τύπου Likert.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το συνολικό δείγμα ήταν 24 μόνιμοι κάτοικοι από τον πληθυσμό ευθύνης των Π.Ι. Νεραίδας, Νεραϊδοχωρίου και Μεσοχώρας. Οι περισσότεροι ήταν ηλικίας >65 ετών, σχεδόν οι μισοί μένουν μόνοι, 13/24 με μηνιαίο εισόδημα 300-500€.

Οι περισσότεροι κρίνουν τη ζωή τους εν μέσω πανδημίας γενικά ως «καλή»/«πολύ καλή» (10/24), 7/24 ως μέτρια, 7/24 ως δύσκολη/πολύ δύσκολη. Σχετικά με το αν η πανδημία έχει επηρεάσει την ψυχολογική τους κατάσταση, 6/10 δηλώνουν «ούτε λίγο, ούτε πολύ», 10/24 «λίγο» ή «καθόλου».

Βασικοί παράγοντες που διευκολύνουν τη ζωή τους εν μέσω πανδημίας είναι η διατήρηση της ρουτίνας και οι σχέσεις μεταξύ των κατοίκων, ενώ την δυσκολεύουν κυρίως η έλλειψη επικοινωνίας με παιδιά/ οικογένεια, οι περιορισμοί μετακινήσεων και εργασίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προσαρμογή στις ειδικές συνθήκες διαβίωσης σε απομακρυσμένες περιοχές φαίνεται να περιορίζει τις αρνητικές επιπτώσεις της πανδημίας στην καθημερινότητα των κατοίκων. Ως βασικοί παράγοντες που δυσκολεύουν σημαντικά τη ζωή τους αντιλαμβάνονται η υποχρεωτική απομόνωση και η στέρηση οικγενικών επαφών λόγω των περιοριστικών μέτρων.

AA 26

ΑΔΡΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ SARS-COV-2 ΣΕ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΑΓΟ-
ΝΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ

**Χ. Παπαδόπουλος¹, Ε. Μπέλλου¹, Δ. Αναγνώστου¹, Π. Τριανταφύλλου¹, Β. Γιακίμοβα-
Πολύζου²**

¹Ιατρός υπηρεσίας υπαίθρου ΚΥ Πύλης Τρικάλων, ²Γενικός Ιατρός, Διευθύντρια ΚΥ Πύλης Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πανδημία COVID-19 επηρέασε αρνητικά τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνικό-οικονομική ευημερία των ανθρώπων. Σύμφωνα με το EUROFOUND Report 2020, λόγω του COVID-19 >50% των Ευρωπαίων ανησυχούν για το μέλλον τους. Σε χώρες όπως Γαλλία, Βέλγιο, Ιταλία και Ελλάδα το ποσοστό των αισιόδοξων μειώθηκε κάτω του μέσου όρου σε επίπεδο ΕΕ.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αδρή εκτίμηση των επιπτώσεων της πανδημίας στις ψυχο-κοινωνικές διαστάσεις της υγείας σε κατοίκους απομακρυσμένων ορεινών περιοχών.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Για τον σκοπό της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο τεσσάρων ενοτήτων: δημογραφικά στοιχεία, συμπεριφορές υγείας (κατανάλωση αλκοόλ, CAGE Screening Tool), ψυχική υγεία (PHQ-9 κλίμακα κατάθλιψης), αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία (EQ-5D/VAS).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην έρευνα συμμετείχαν 24 μόνιμοι κάτοικοι από τον πληθυσμό ευθύνης των Π.Ι. Νεραΐδας, Νεραϊδοχωρίου και Μεσοχώρας.

Οι περισσότεροι ήταν ηλικίας >65 ετών, κυρίως γυναίκες, 10/24 μένουν μόνοι (οι 6 ήταν >80 ετών), μηνιαίο εισόδημα <500€ στην πλειοψηφία. Σε 1 άνδρα και 1 γυναίκα βρέθηκε CAGE-βαθμολογία 1, σε 3 άνδρες βαθμός ≥2. Συνολικά εντοπίστηκαν 9 άτομα με ήπια/μέτρια κατάθλιψη, όλοι χωρίς αντικαταθλιπτική αγωγή. Το ¼ των συμμετεχόντων εκτιμά στο ≥80% την ποιότητα ζωής τους σχετικά με την υγεία στην οπτική αναλογική κλίμακα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα αποτελέσματα μας προκύπτουν ισχυρές ενδείξεις ότι στον πληθυσμό της μελέτης μας η πανδημία SARS-COV-2 επηρεάζει αρνητικά τις ψυχο-κοινωνικές ισορροπίες και την αντίληψη για ποιότητα της ζωής σχετικά με την υγεία. Τα ευρήματά μας μπορεί να συμβάλλουν ουσιαστικά στον σχεδιασμό και στην οργάνωση παρεμβάσεων ολιστικής φροντίδας και υποστήριξης των ανθρώπων των απομακρυσμένων ορεινών περιοχών του Δήμου Πύλης.

ΑΑ 27

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ

Ε. Μπέλλου¹, Χ. Παπαδόπουλος¹, Δ. Αναγνώστου¹, Π. Τριανταφύλλου¹, Β. Γιακίμοβα-Πολύζου²

¹Ιατρός υπηρεσίας υπαίθρου ΚΥ Πύλης Τρικάλων, ²Γενικός Ιατρός, Διευθύντρια ΚΥ Πύλης Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ) είναι μια συχνή χρόνια πάθηση, συχνά αποκαλούμενη «ο σιωπηλός δολοφόνος» λόγω των σοβαρών επιπλοκών της. Η συστηματική παρακολούθηση και εκτίμηση της πορείας της νόσου σε συνεργασία με τον ασθενή είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική ολοκληρωμένη διαχείριση της ΑΥ.

ΣΚΟΠΟΣ: Ανάλυση της ολοκληρωμένης διαχείρισης και της παρακολούθησης ασθενών με ΑΥ σε 3 απομακρυσμένα Π.Ι. του ΚΥ Πύλης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη μας βασίστηκε σε ανάλυση στοιχείων από το ατομικό ιατρικό ιστορικό ασθενών με ΑΥ, εκτίμηση της παρακολούθησης της εξέλιξης της νόσου και της συμπεριφοράς των ασθενών σχετικά με την πάθηση τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμμετείχαν 24 κάτοικοι από 3 απομακρυσμένα Π.Ι., σε απόσταση περίπου 2,5 ώρες από το ΚΥ Πύλης. Από το συνολικό δείγμα οι 20 πάσχουν από χρόνια νοσήματα, 17 από αυτούς και από ΑΥ. Για την πλειοψηφία η χρονολογία εμφάνισης είναι >10 έτη, είναι υπό αγωγή με ένα ή δύο φάρμακα τα οποία λαμβάνουν καθημερινά. Αναφέρουν συστηματική μέτρηση ΑΠ στο σπίτι σχεδόν καθημερινά, με τιμές τελευταίας μέτρησης $\geq 140/80$ mm Hg στους 8/17. Όσον αφορά στην τελευταία επίσκεψη σε ιατρό, αρκετοί δηλώνουν «πάνω από 1 χρόνο», «πολύ σπάνια», «δεν θυμάμαι».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα μας είναι ενδεικτικά ότι για τον πληθυσμό της μελέτης μας η διαχείριση της ΑΥ κυρίως στη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και στη μέτρηση της ΑΠ στο σπίτι. Φαίνεται ότι η σημασία της επίσκεψης σε ιατρό επικεντρώνεται κυρίως στην αρχική διάγνωση και στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Η δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και κυρίως η δυσκολία ανάπτυξης κατάλληλης σχέσης με τον θεράποντα ιατρό θέτουν σοβαρά εμπόδια στη διαχείριση των ασθενών με ΑΥ.

AA 28

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ-2 ΣΕ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ

Χ. Παπαδόπουλος¹, Ε. Μπέλλου¹, Δ. Αναγνώστου¹, Π. Τριανταφύλλου¹, Β. Γιακίμοβα-Πολύζου²

¹Ιατρός υπηρεσίας υπαίθρου ΚΥ Πύλης Τρικάλων, ²Γενικός Ιατρός, Διευθύντρια ΚΥ Πύλης Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας ανεξαιρέτως ηλικιακών, κοινωνικών και οικονομικών ομάδων είναι βασικός στόχος της ΠΦΥ. Ωστόσο, υπάρχουν κοινωνικό-οικονομικοί και γεωγραφικοί παράγοντες που περιορίζουν την προσβασιμότητα και τη χρήση υπηρεσιών υγείας σε ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες.

ΣΚΟΠΟΣ: Ανάλυση της ολοκληρωμένης διαχείρισης και της παρακολούθησης ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) σε 3 απομακρυσμένα Π.Ι. του ΚΥ Πύλης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη μας βασίστηκε σε ανάλυση στοιχείων από το ατομικό ιατρικό ιστορικό ασθενών με ΣΔ, εκτίμηση της παρακολούθησης της εξέλιξης της νόσου και της συμπεριφοράς των ασθενών σχετικά με την πάθηση τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μελέτη μας πραγματοποιήθηκε σε 3 απομακρυσμένα Π.Ι., σε απόσταση περίπου 2,5 ώρες από το ΚΥ Πύλης. Συμμετείχαν 24 κάτοικοι, από τους οποίους οι 9 πάσχουν από ΣΔτ2. Στους περισσότερους η χρονολογία εμφάνισης του ΣΔτ2 ήταν ≥ 10 έτη, για αρκετούς «δεν θυμάμαι από πότε». Όλοι (εκτός 1) είναι υπό φαρμακευτική αγωγή, κυρίως με 1-2 φάρμακα, τα οποία δηλώνουν ότι λαμβάνουν καθημερινά. Η συχνότητα μετρήσεων γλυκόζης αίματος στο σπίτι αναφέρεται ανά εβδομάδα/ανά μήνα, ωστόσο αρκετοί δηλώνουν πολύ μεγαλύτερα διαστήματα (6μηνο, 1 έτος). Για τους περισσότερους η τελευταία επίσκεψη σε ιατρό σχετικά με τον ΣΔτ2 ήταν ≥ 1 χρόνο, «πολύ σπάνια», «δεν θυμάμαι». Μόνο 4 άτομα ανέφεραν μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, οι 2 προ 7 μηνών και 1 χρόνο αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα ευρήματα μας προκύπτουν σοβαροί προβληματισμοί σχετικά με τη διαχείριση και φροντίδα ασθενών με ΣΔτ2 σε απομακρυσμένες περιοχές. Τα ιδιαίτερα γεωγραφικά χαρακτηριστικά, οι αποστάσεις, η περιορισμένη προσβασιμότητα είναι σοβαρή πρόκληση, αλλά και κίνητρο δράσης για την ισότιμη παροχή φροντίδας σε αυτούς τους πληθυσμούς.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί από 24 έως 27 Ιουνίου 2021 στο Ξενοδοχείο «Corfu Holiday Palace» στην Κέρκυρα, Ναυσικάς 2, Κανόνι, 491 00, Τ: +30 2661 036540

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Θα χορηγηθούν **24** Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης CME - CPD Credits από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.).

ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Με την παραλαβή του υλικού, όλοι οι συμμετέχοντες θα λάβουν ηλεκτρονικά την ονομαστική τους κονκάρδα που θα φέρει ένα μοναδικό κωδικό - barcode. Οι κονκάρδες με το barcode θα πρέπει να σαρώνονται στο ειδικό μηχάνημα πριν από την είσοδο και κατά την έξοδο από την αίθουσα, ώστε να καταγράφονται οι ώρες παρακολούθησης.

Σύμφωνα με την Εγκύκλιο του ΕΟΦ, είναι υποχρεωτική η παρακολούθηση ποσοστού 60% επί των συνολικών ωρών του επιστημονικού προγράμματος για την παραλαβή του Μοριοδοτημένου Πιστοποιητικού παρακολούθησης.

Στην καταμέτρηση των ωρών, δεν προσμετρούνται τα διαλείμματα και τα Δορυφορικά Συμπόσια/ Διαλέξεις.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Με τη λήξη του Συνεδρίου, όλοι οι συμμετέχοντες θα κληθούν να συμπληρώσουν ανώνυμα το σχετικό Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης (η συμπλήρωση είναι υποχρεωτική λόγω της Μοριοδότησης) για τη συνολική διεξαγωγή του Συνεδρίου.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Σε όλους τους συμμετέχοντες του συνεδρίου θα δοθεί Πιστοποιητικό συμμετοχής.

Για την παραλαβή του Πιστοποιητικού απαιτείται η παρακολούθηση του 60% του συνολικού χρόνου του Επιστημονικού Προγράμματος, σύμφωνα με τη σχετική Εγκύκλιο του ΕΟΦ.

Δεν προσμετρούνται τα Δορυφορικά Συμπόσια /Διαλέξεις.

Θα υπάρχει εγκατεστημένο σύστημα καταμέτρησης (barcode scanning) στην πόρτα Εισόδου/ Εξόδου της αίθουσας ομιλιών.

Τα Πιστοποιητικά θα παραλαμβάνονται μόνο ηλεκτρονικά χρησιμοποιώντας το μοναδικό κωδικό της κονκάρδας στο:

<https://certificates.congressworld.gr/gr/congress>

ΒΙΝΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ

Παρακαλούμε σημειώστε ότι κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα πραγματοποιείται βιντεοσκόπηση από τη διοργανώτρια εταιρεία. Με την εγγραφή σας στην εκδήλωση συναινείτε στην παράδοση του υλικού στους Οργανωτές και την πιθανή δημοσίευσή τους σε έντυπα ή ηλεκτρονικά μέσα.

Η διαδικτυακή εγγραφή περιλαμβάνει και την εγγραφή-συνδρομή 2021 ή συνδρομή 2021 για τους ήδη εγγεγραμμένους. Έτσι, με την εγγραφή στο συνέδριο αποκτάτε και το δικαίωμα συμμετοχής στις επικείμενες εκλογές του ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ , 24 Ιουνίου 2021

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΓΡΑΦΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

CONGRESS WORLD

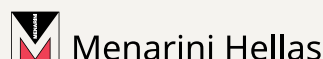
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα

210 7210001, 210 7210052, 210 7210051, 210 7210069

www.congressworld.gr, reception@congressworld.gr

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

Ευχαριστούμε θερμά τις Φαρμακευτικές Εταιρείες
που συνέβαλαν στην πραγματοποίηση της εκδήλωσης



**HOLISTIC
CARE** / Συστηματική
προσέγγιση.
Ουσιαστική
φροντίδα



Στο **Medical Portal** έχετε πρόσβαση σε:



Επιστημονικό εκπαιδευτικό περιεχόμενο



Εργαλεία για την καθημερινή κλινική πράξη



Πληροφορίες για πολλαπλές θεραπευτικές
κατηγορίες και τα νέα καινοτόμα σκευάσματα
της Novartis



Επισκεφθείτε το Medical Portal,
τον διαδικτυακό τόπο της Novartis
αποκλειστικά για επαγγελματίες υγείας.

Πατήστε
εδώ





flyng colours

ERP/FPA/12-2020/34

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την ΠΧΠ. Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Rolenium: 100mcg ή 250mcg ή 500mcg προπιονικής φλουτικαζόνης και 50mcg σαλμετερόλης (ως ζιναφοϊκή σαλμετερόλη).

Pulmoton: 200mcg βουδεσονίδης και 6mcg διυδρικής φουμαρικής φορμοτερόλης ή 400mcg βουδεσονίδης και 12mcg διυδρικής φουμαρικής φορμοτερόλης.

	Λιανική τιμή
Rolenium 100/50mcg/δόση	22,23€
Rolenium 250/50mcg/δόση	30,35€
Rolenium 500/50mcg/δόση	37,25€
Pulmoton 200/6mcg/δόση	34,77€
Pulmoton 400/12mcg/δόση	35,38€



ELPEN A.E.
Φαρμακευτική Βιομηχανία
Λεωφ. Μαροώνιος 95
Πικέρμι Αττικής 190 09
Τηλ.: 210 60 39 326-9

Αντιπρόσωπος Κύπρου
Κωστάκης Τοϊσός & Σία ΑΤΔ
Τ.θ. 56495, 3307 ΛΕΜΕΣΟΣ
Τηλ. +357 25343150
Fax. +357 25354242

ELPEN Pharma GmbH
Bismarckstr. 63, 12169 Berlin, Germany
Phone: +49 (0) 30 7974040-0
Fax: +49 (0) 30 7974040-17
e-mail: info@elpen-pharma.de

Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/πιθανολογούμενη
ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ,
σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς
ανεπιθύμητων ενεργειών





PLATOREL®

Ροσουβαστατίνη



PLA/EAM/06-2021/02

ADRENALIN



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

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269

Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/πιθανολογούμενη
αντιθρομβωτική ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ,
σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς
αντιθρομβωτικών ενεργειών.

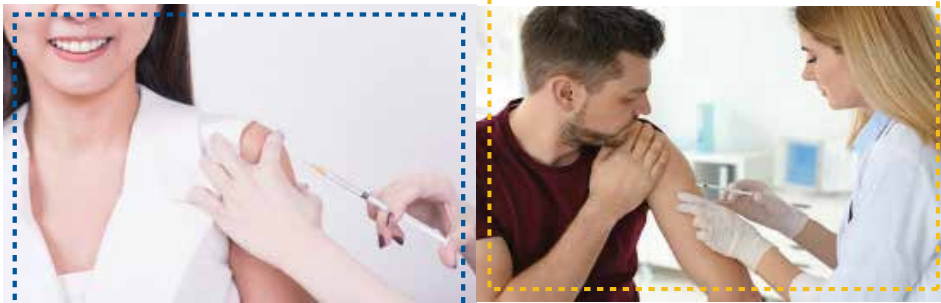
ΠΡΟΪΟΝ	Λ.Τ.
PLATOREL F.C.TAB 5MG/TAB BTx30 tabs	7,62 €
PLATOREL F.C.TAB 10MG/TAB BTx30 tabs	13,31 €
PLATOREL F.C.TAB 20MG/TAB BTx30 tabs	18,75 €
PLATOREL F.C.TAB 40MG/TAB BTx30 tabs	23,28 €

Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την ΠΧΠ ή απευθυνθείτε στην εταιρεία ELPEN.
Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

DIFTAVAX®

Προσοφρημένο εμβόλιο έναντι της Διφθερίτιδας και του Τετάνου για ενήλικες και εφήβους

Η απαραίτητη διπλή προστασία έναντι Διφθερίτιδας και Τετάνου



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: DIFTAVAX®, Προσοφρημένο εμβόλιο έναντι της Διφθερίτιδας και του Τετάνου για ενήλικες και εφήβους **Θεραπευτικές ενδείξεις:** Ενεργητική ανοσοποίηση έναντι της διφθερίτιδας και του τετάνου για άτομα ηλικίας άνω των 7 ετών, είτε ως αρχικός εμβολιασμός είτε ως αναμνηστικός εμβολιασμός. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Προτεινόμενο δοσολογικό σχήμα: Για ανοσοποίηση ατόμων ηλικίας άνω των 7 ετών. **Αρχικός εμβολιασμός:** Χορηγείται σε 3 δόσεις των 0,5 ml, με ένα μεσοδιάστημα 4 έως 8 εβδομάδων μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης δόσης και 6 έως 12 μηνών μεταξύ της δεύτερης και της τρίτης δόσης. **Αναμνηστικός εμβολιασμός:** Μία απλή δόση ενίσχυσης των 0,5 ml κάθε 10 χρόνια. Οι συστάσεις για προφύλαξη μετά την έκθεση σε τέτανο, συνοψίζονται στον ακόλουθο πίνακα:

Τύπος τραύματος	Ασθενής που δεν έχει εμβολιαστεί ή που έχει μερικούς εμβολιαστεί	Ασθενής με ολοκληρωμένο σχήμα εμβολιασμού	
		Χρόνος μετά την τελευταία αναμνηστική δόση	
		5 έως 10 χρόνια	>10 χρόνια
Καθαρό-μικρό	Εναρξη ή ολοκλήρωση εμβολιασμού τετανικής ανατοξίνης, 0,5ml	Τίποτα	Τετανική ανατοξίνη, 0,5ml
Μεγάλο-καθαρό ή επιρρεπές στον τέτανο	Στο ένα άκρο: Ανθρώπινη τετανική ανοσοσφαιρίνη, 250 I.U.* Στο άλλο άκρο: Τετανική ανατοξίνη, 0,5ml**	Τετανική ανατοξίνη, 0,5ml	Στο ένα άκρο: Ανθρώπινη τετανική ανοσοσφαιρίνη, 250 I.U.* Στο άλλο άκρο: Τετανική ανατοξίνη, 0,5ml*
Επιρρεπές στον τέτανο Καθυστερημένη ή μη ολοκληρωμένη χειρουργική αφαίρεση ιστού	Στο ένα άκρο: Ανθρώπινη τετανική ανοσοσφαιρίνη, 500 I.U.* Στο άλλο άκρο: Τετανική ανατοξίνη, 0,5ml** Αντιβιοτική θεραπεία	Τετανική ανατοξίνη, 0,5ml Αντιβιοτική θεραπεία	Στο ένα άκρο: Ανθρώπινη τετανική ανοσοσφαιρίνη, 500 I.U.* Αντιβιοτική θεραπεία Στο άλλο άκρο: Τετανική ανατοξίνη, 0,5ml*

*: Χρησιμοποιείτε διαφορετικές σύριγγες, βελόνες και θέσεις ένεσης. **: Ολοκληρώστε τον εμβολιασμό σύμφωνα με το πρόγραμμα. **Τρόπος χορήγησης:** Καθώς το εμβόλιο είναι προσοφρημένο, η ενδομυϊκή οδός πρέπει να προτιμάται για να μειώνονται οι τοπικές αντιδράσεις. Η συνιστώμενη θέση ένεσης είναι ο δελτοειδής μυς. Το εμβόλιο μπορεί επίσης να χορηγείται με βαθειά υποδόρια ένεση. Η ενδοδερμική οδός δεν πρέπει να χρησιμοποιείται. **Αντενδείξεις:** Σοβαρές αντιδράσεις ή νευρολογικές διαταραχές μετά από προηγούμενο εμβολιασμό. Υπερευαισθησία, αλλεργία σε οποιοδήποτε συστατικό του εμβολίου. Ο εμβολιασμός πρέπει να αναβάλλεται σε περίπτωση πυρετού και οξείας ή χρόνιας εξελισσόμενης νόσου. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών. Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπεται η συνεχής παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενο ανεπιθύμητο γεγονός στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων, Μεσογείων 284, 15562 Χολαργός, Αθήνα, τηλ: 213 2040380/337, φαξ: 210 6549585, ιστότοπος: <http://www.eof.gr>. Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας: SANOFI PASTEUR EUROPE, 14 Espace Henry Vallée 69007 Λυών, Γαλλία. Τοπικός Αντιπρόσωπος: BIANEX A.E. - Οδός Τατσίου, 146 71 Νέα Ερυθραία, Τηλ. 210 8009111. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** 131152/05-11-2019. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ: 05-11-2019. **Πριν την συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την πλήρη Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στο τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης της εταιρίας μας. Χορηγείται με Ιατρική Συνταγή.**



BIANEX A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

SANOFI PASTEUR

BIANEX A.E. - Έδρα : οδός Τατσίου, 18* χλμ. Ε.Ο. Αθηνών – Λαμίας 146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής,
Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία, Τηλ. : 210 8009111* Fax: 210 8071573
E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr • ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδήμου 113,
562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

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

SE21004/1-4/2021



Η ΖΩΗ ΤΟΥΣ, Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ, Η ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΑΣ



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ: ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ: TRIAXIS, ενέχυρο ενίαισμός σε προγεμισμένη σύριγγα. Εμβόλιο (προσφωτισμένο, μειωμένης περιεκτικότητας) ενδοφλέβιας. Τετάνου, Κοκκύτη (και ταυτόχρονα ασπαστικό) **Θεραπευτικές ενδείξεις:** Το TRIAXIS ενδείκνυται για: Ενεργητική ανοσοποίηση έναντι του τετάνου, της διεφθέρειας και του κοκκύτη σε άτομα ηλικίας από 4 ετών ως προληπτική εμβολοποίηση μετά την αρχική ανοσοποίηση. Πιθανή προστασία κατά του κοκκύτη σε πρώην βρέφη ηλικίας μέσω της μητρικής ανοσοποίησης κατά τη διάρκεια της κύησης. (βλέπε παραγράφους 4.4, 4.4.6 και 5.1). Το TRIAXIS θα πρέπει να χρησιμοποιείται σύμφωνα με τις επιλογές στατιστικών. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Δοσολογία. Μια εφάπαξ ένεση μιας δόσης (0,5ml) αναφέρεται σε όλα τα ενδεδειγμένα ηλικιακά άτομα. Άτομα με μειωμένη ή χωρίς κοκκύτη ή χωρίς κοκκύτη εμβολοποίηση με στατιστικές διεφθέρειας, τετάνου δεν πρέπει να εμβολάζονται με TRIAXIS. Το TRIAXIS δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με ή χωρίς ανοσοποιητική ή χωρίς ιστορικό προηγούμενου εμβολοποίησης έναντι του κοκκύτη. Στόχος: Η ανοσοποιητική αντίληψη θα προκληθεί μόνο σε άτομα τα οποία έχουν προγεννητικές εμβολοποιήσεις ή νοσήσει από τη φυσική λοίμωξη. Το TRIAXIS μπορεί να χρησιμοποιηθεί για επαναλειτουργική εμβολοποίηση για ενίσχυση της ανοσίας έναντι διεφθέρειας, τετάνου και κοκκύτη με μεσοετήσια χορήγηση 5 έως 10 ετών (βλέπε παράγραφο 5.1). Το TRIAXIS μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση επιπλοκών σε άτομα τραυματισμένων ή με χωρίς ταυτόχρονη χορήγηση Αντιτετανικού Ανασφαιρικού ορού, σύμφωνα με τις επιλογές στατιστικών. Το TRIAXIS μπορεί να χορηγηθεί σε έγκυες γυναίκες κατά τη διάρκεια του δεύτερου ή τρίτου τριμήνου ή στην παραγωγή παιδιατρικής προστασίας των βρεφών κατά του κοκκύτη (βλέπε παραγράφους 4.1, 4.4.6 και 5.1). **4.4.6 Τρόπος χορήγησης:** Μια εφάπαξ ένεση μιας δόσης (0,5ml) του TRIAXIS πρέπει να χορηγείται ενδοφλέβια. Η προτεινόμενη θέση ένεσης από το δεξιό χέρι. Το TRIAXIS δεν πρέπει να χορηγείται στη περιοχή του βραχίονα. Η ενδοφλέβια ή η υποδόρια δόση δεν πρέπει να χρησιμοποιείται (σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να εξεταστεί η χορήγηση μέσω του υποδόριου όριου). (βλέπε παράγραφο 4.4). Προβλεπόμενος ποσότητα πρέπει να ληφθούν πριν από το χειρισμό ή τη χορήγηση του φαρμακευτικού προϊόντος. Τα ορίσματα σχετικά με το χειρισμό του φαρμακευτικού προϊόντος πριν από τη χορήγηση, βλέπε παράγραφο 6.6. **Αντενδείξεις:** Το TRIAXIS δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με ή χωρίς υπερευαισθησία: - σε εμβόλιο διεφθέρειας, τετάνου ή κοκκύτη, - σε οποιοδήποτε άλλο ασπαστικό του εμβολίου (βλέπε παράγραφο 6.1) - σε οποιοδήποτε υποκαταστάσιμο σώμα που προέρχεται από την παραγωγή (φορμαλίνη και γλυκερόλη/βόλι). η οποία μπορεί να υπάρχει σε μη ανιχνεύσιμες ποσότητες (ήν). Το TRIAXIS μπορεί να χορηγείται σε άτομα που εκδηλώνουν εγκατεστημένη άγνωστη αιτία αλλοίωσης διεφθέρειας ή ιστορικό προηγούμενου εμβολοποίησης με εμβόλιο που περιέχει κοκκύτη. - Όχι και με άλλα εμβόλια. Το TRIAXIS πρέπει να αναβληθεί σε άτομα που υποφέρουν από οξεία οξεία οξεία εμφάνιση νόσου. Η παρουσία μιας παρόμοιας νόσου δεν αποτελεί αντένδειξη. **Αντενδείξεις:** **Ενδείξεις:** Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών. Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άλλων κυκλοφορούντων φαρμακευτικών προϊόντων είναι σημαντική. Εμπειρία της συνέχειας παρακολούθησης της σχέσης οφείλει κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενο ανεπιθύμητο ενεργείας μέσω του εθνικού συστήματος αναφοράς. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, Μεσογείων 284, GR-15562 Χαλκίδα, Αθήνα, Τηλ: +30 21 3204380/337, fax: +30 21 3204385, Ιστοσελίδα: <http://www.efgr.gr>. **Κατόχος Άδειας Κυκλοφορίας:** SANOFI PASTEUR EUROPE, 14 Espace Henri Vallée 69007 Lyon, Γαλλία. **Τομείς Αντιπροσώπων:** BIANE AE – Οδός Τατοίου 146 71 Νέο Εμβόλιο, Τηλ. 210 8009111

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: 106378426/10-2020 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΙΝΗΜΟΤΗΣ:** 26-10-2020



ΒΙΑΝΕΣ Α.Ε. - Έδρα : οδός Τατοΐου, 18^ο χλμ. Ε.Ο. Αθηνών – Λαμίας 146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής,
Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία, Τηλ. : 210 8009111· Fax: 210 8071573
E-mail: mailbox@vianex.gr · WEBSITE: www.vianex.gr · ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημία 113,
562 24 Εύβοιας Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683

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

SANOFI PASTEUR 

SE21008TRX/1-5/2021



prolia[®]
denosumab



Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο της άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως ή περιλαμβάνονται στη συνάπτική περιγραφή χαρακτηριστικών του προϊόντος και το φύλλα οδηγιών χρήσης.

GRCY-GRC-P-162-0919-077420

**Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα
συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"**

Αναφέρετε κάθε ύποπτη ανεπιθύμητη ενέργεια σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς στα Τμήμα Ανεπιθύμητων Ενέργειων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) Τηλ. 2132040380, Fax 2106549585, με τη χρήση της Κίτρινης Κάρτας διαθέσιμη και στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ: www.eof.gr για έντυπη ή ηλεκτρονική υποβολή ή εναλλακτικά στην AMGEN Ελλάς Φαρμακευτική Ε.Π.Ε. Τηλ. +30 2103447000.

AMGEN HELLAS ΕΠΕ

Αγ. Κωνσταντίνου 59-61

Green Plaza, κτίριο Γ, 15 124 Μαρούσι

Τηλ: 210 3447000 - Fax: 210 3447050

Email: info@amgen.gr, www.amgen.gr



Ivor[®]
Bemiparin sodium

Ivormax[®]
Bemiparin sodium

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Ivor 2.500 IU anti-Xa/0,2 ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 2.500 IU (anti-Factor Xa*) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα (ισοδύναμη με 12.500 IU (anti-Factor Xa*) ανά ml ενέσιμου διαλύματος). Η δραστηκότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηκότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ:** IVOR 2.500 IU anti-Xa/0,2 ml BT x 10 PFSYR A.T.: 22,25 €

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Ivormax 3.500 IU anti-Xa/0,2 ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 3.500 IU (anti-Factor Xa*) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα (ισοδύναμη με 17.500 IU (anti-Factor Xa*) ανά ml ενέσιμου διαλύματος). Η δραστηκότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηκότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ:** IVOR 3.500 IU anti-Xa/0,2 ml BT x 2 PFSYR A.T.: 10,74 € BT x 10 PFSYR A.T.: 36,05 € BT x 30 PFSYR A.T.: 120,83 €

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Ivormax 25.000 IU anti-Xa/ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 25.000 IU (anti-Factor Xa*) ανά ml ενέσιμου διαλύματος. Ισοδύναμη με: 5.000 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα, 7.500 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,3 ml προγεμισμένη σύριγγα, 10.000 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,4 ml προγεμισμένη σύριγγα. * Η δραστηκότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηκότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **Συσκευασίες/Τιμές:** IVORMAX 25.000 IU anti-Xa/ml, 5.000 IU anti-Xa/0,2 ml BTx2 PFSYR A.T.: 21,86€, 7.500 IU anti-Xa/0,2 ml BTx2 PFSYR A.T.: 19,08€, 10.000 IU anti-Xa/0,2 ml BTx2 PFSYR A.T.: 23,33€

ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες. (Άχρωμο ή ελαφρώς κτρινωπό, διαυγές διάλυμα, ελεύθερο ορατών σωματιδίων). **ΚΑΤΟΧΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** BIANEE A.E. - Οδός Τατσοίου, 146 71 Νέα Ερυθραία, Τηλ. 210 8009111. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 16-12-2016

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον ΚΑΚ κατόπιν αιτήσεως.



BIANEE A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΦΙΑΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEE A.E. - Έδρα : οδός Τατσοίου, 18* χλμ. Ε.Ο. Αθηνών – Λαμίας 146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής, Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία
Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@bianex.gr • WEBSITE: www.bianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, 562 24 Εύσμος Θεσσαλονίκης Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

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



VE-20230-IVOR-9/2020