

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΩΝ &
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ

3^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Θεσσαλονίκη
10-13 ΜΑΪΟΥ 2018
The Met HOTEL

ΣΥΝΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ:

- Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία
- Πνευμονολογική Εταιρεία Κύπρου

**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ**

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

FORUM
Congress & Travel

ΜΗΤΕ 0933Ε60000073100

www.forumcongress.com

E-mail: info@forumcongress.com

Μητροπόλεως 24, 546 24 Θεσσαλονίκη

Τηλ. 2310 257128, 2310 243588, Fax 2310 231849



<http://www.forumcongress.com/thoracicdiseases3.html>



**ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΩΝ &
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ**

3ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ & ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

**4η
Νοσηλευτική Ημερίδα στην Αντιμετώπιση
των Παθήσεων του Πνεύμονα**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ • 10-13 ΜΑΪΟΥ 2018
THE MET HOTEL**

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Καραγιάννης Αστέριος

Πρόεδρος Τμήματος Ιατρικής, Σχολής Επιστημών Υγείας, ΑΠΘ

Γκάγκα Μίνα

President of the European Respiratory Society

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κοντακιώτης Θεόδωρος

Αντωνιάδης Αντώνης

Μαρκοπούλου Αικατερίνη

Σπυράτος Διονύσης

Πορπόδης Κωνσταντίνος

Σαρόγλου Μαρία

Τσαβλής Δρόσος

Ζακυνθινός Σπυρίδων

Κουλούρης Νικόλαος

Κατής Κωνσταντίνος

Λουκίδης Στυλιανός

Μόσχος Χαράλαμπος

Τουμπής Μιχάλης

Μπούρος Δημοσθένης

Λεμέσιος Μαρίνος

Αρμεύτης Χάρης

ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Ζαρογουλίδης Κωνσταντίνος

Πατάκας Δημήτριος

Σιαφάκας Νικόλαος

Σιχλετίδης Λάζαρος

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

FORUM Congress
& Travel

Μητροπόλεως 24, Θεσσαλονίκη 546 24

Τηλ. 2310 257128, 2310 243588, Fax: 2310 231849

E-mail: info@forumcongress.com

Ιστοσελίδα: www.forumcongress.com

Φωτογραφία εξωφύλλου: Μικέλε Τροϊάνι

Χαιρετισμός

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Για περισσότερα από 20 χρόνια η διοργάνωση Πανελληνίων Συνεδρίων Νοσημάτων Θώρακος από την Εταιρεία μας, παρέχει ένα χρήσιμο βήμα στους πνευμονολόγους αλλά και σε άλλες συναφείς ειδικότητες για να παρουσιάσουν τις τελευταίες εξελίξεις στο επιστημονικό τους πεδίο αλλά και τα αποτελέσματα των ερευνητικών προσπαθειών τους.

Εφέτος το συνέδριο αυτό θα λάβει χώρα στο ξενοδοχείο MET Θεσσαλονίκης από 10 έως και 13 Μαΐου 2018 και θα παρουσιαστούν θέματα που ενδιαφέρουν τους νεώτερους επιστήμονες αλλά και τους νοσηλευτές και τα παραϊατρικά επαγγέλματα.

Το συνέδριο θα αναφέρεται στην πνευμονική εμβολή και την πνευμονική υπέρταση, την επεμβατική πνευμονολογία και την αντιμετώπιση κακοήθων όγκων του πνεύμονα, τις αποφρακτικές και τις διάμεσες πνευμονοπάθειες, την αναπνευστική φυσιολογία, την αναπνοή στον ύπνο και την διακοπή του καπνίσματος, την φυματίωση, την κυστική ίνωση και τις αναπνευστικές λοιμώξεις και πλήθος άλλων συναφών θεμάτων που θα αναπτυχθούν από εξειδικευμένους αλλά νεώτερους συναδέλφους που έχουν ασχοληθεί με τα αντίστοιχα αντικείμενα.

Το συνέδριο θα πλαισιωθεί από εκπαιδευτικά σεμινάρια (Hands on seminars), στρογγυλές τράπεζες, διαλέξεις και από παρουσίαση ερευνητικών αποτελεσμάτων υπό τη μορφή αναρτημένων ή προφορικών ανακοινώσεων.

Για πρώτη χρονιά θεσμοθετείται η χορήγηση κλινικών υποτροφιών σε 4 νέους συναδέλφους, μετά από εξετάσεις πολλαπλής επιλογής που θα διεξαχθούν στις 9 Μαΐου. Οι τέσσερις πρώτοι επιτυχόντες στις εξετάσεις θα λάβουν υποτροφία 10.000 ευρώ για τρίμηνη εκμάθηση, σε κέντρο του εξωτερικού, ειδικού αντικειμένου στους τομείς του βαρέος άσθματος, των διαμέσων πνευμονοπαθειών, της πολυανθεκτικής φυματίωσης και των ενδοσκοπικών τεχνικών που θα ακολουθηθεί από εργασία για ένα χρόνο στις Πνευμονολογικές Κλινικές του Ν. Παπανικολάου ώστε να μεταφερθεί η αποκτηθείσα νέα τεχνογνωσία στο εκάστοτε αντικείμενο.

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η ενεργή συμμετοχή σας στο συνέδριο θα αποτελέσει τιμή για εμάς και ευκαιρία για την ανταλλαγή απόψεων εξειδικευμένων γνώσεων και απόψεων που θα βοηθήσουν όλους μας στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών μας στους συνανθρώπους μας

Σας καλούμε όλους να συμμετέχετε ενεργά στο 3^ο **Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος και Παθήσεων από το Περιβάλλον** στο παραδοσιακά φιλόξενο, θερμό και φιλικό περιβάλλον της πόλης μας.

Για την Οργανωτική Επιτροπή

Ο Πρόεδρος
Θ. Κοντακιώτης
Αν. Καθηγητής
Πνευμονολογίας ΑΠΘ
Διευθυντής Πνευμονολογικής
Κλινικής ΑΠΘ
ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"

Η Γεν. Γραμματέας
Αικ. Μαρκοπούλου
Διευθύντρια ΕΣΥ
Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ
ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"



ΠΕΜΠΤΗ 10 ΜΑΪΟΥ 2018

- 08.00-11.00 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ**
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ
 (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ)
 Γ. Στρατάκος, Η. Τιτόπουλος, Θ. Κοντακιώτης, Σ. Τρύφων,
 Δ. Χλωρός, Β. Πολυχρονόπουλος, Α. Τσιότσιος
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ**
 Προεδρείο Θ. Κοντακιώτης, Γ. Στρατάκος
- EBUS- EUS, EBUS- b, Ebus Convex vs radial EBUS probe**
 Θ. Κοντακιώτης
- Θέσεις ομοφωνίας στη χρήση του EBUS στη διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου του πνευμονα**
 Γ. Στρατάκος
- TBNA χωρίς υπερήχους, υπάρχουν ενδείξεις;**
 Α. Τσιότσιος
- ΣΤΑΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**
- 1η Στάση: TBNA Χωρίς υπερήχους**
 Κ. Πορπόδης, Σ. Τρύφων
- 2η Στάση: EBUS**
 Γ. Στρατάκος, Α. Τσιότσιος
- 3η Στάση: Virtual reality simulator for EBUS**
 Θ. Κοντακιώτης, Η. Τιτόπουλος,
- 4η Στάση: Κλασική βρογχοσκόπηση**
Βρογχοσκοπική διασωλήνωση
 Δ. Χλωρός, Β. Πολυχρονόπουλος
- 11.00-14.30 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ**
ΔΙΑΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ
 (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ)
- 11.00-11.30 **Βασικό πλάνο διαγνωστικής προσέγγισης ασθενούς με υπεζωκοτική συλλογή**
 Ι. Καλομενίδης
- 11.30-12.15 **Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα στην καθημερινή κλινική πράξη**
 Χ. Μόσχος
- 12.15-12.30 **Διάλειμμα**
- 12.30-14.30 **Πρακτική εξάσκηση σε ασθενείς**

- 16.00-19.00 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**
ΔΙΑΧΥΤΩΝ ΔΙΑΜΕΣΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΩΝ
Κλινική Προσέγγιση
Κ. Μαρκοπούλου
Απεικόνιση Διαμέσων Πνευμονοπαθειών στην HRCT.
Δικτυωτό Πρότυπο-μελισσοκηρύθρα
Χ. Τσαντιρίδης
Ακτινολογική Εικόνα Ιδιοπαθούς Πνευμονικής Ίνωσης
Χ. Τσαντιρίδης
Απεικονιστικό Πρότυπο Θολής Υάλου-μωσαϊκού-πυκνώσεων
Κ. Αναστασιάδου
Οξιδιακό Πρότυπο. Διαφορική Διάγνωση
Κ. Τζιώλα
Bronchoalveolar Lavage: Clinical Utility
Dominique Israel-Biet

17.35-17.45 **Διάλειμμα - Καφές**

- 17.45-19.00 **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ: 6 Περιστατικά**
Προσέγγιση - Διαφορική Διάγνωση - Συζήτηση
Εισηγητές:
Γ. Σπυρόπουλος, Σ.Χ. Κωτούλας, Α. Παπαϊωάννου, Χ. Ραμπιάδου
Σχολιαστές:
Δ. Παπακώστα, Κ. Μαρκοπούλου, Κ. Αναστασιάδου,
Χ. Τσαντιρίδης, Κ. Τζιώλα

- 19.00-19.45 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
Αναλυτικό πρόγραμμα στη σελ. 26

- 19:45-20:30 **ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ**
Σχολιαστής: Δ. Πατάκας
"Las Incantadas: οι μαγεμένες της πόλης μας"
Α. Γαρύφαλλος

- 20:30 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

16.00-19.00

**ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ
ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ**

Προεδρείο: Σ. Κωνσταντινίδης, Κ. Γουργουλιάνης

Επιλογή της αρχικής αντιπηκτικής αγωγής ανάλογα με την κλινική βαρύτητα της οξείας πνευμονικής εμβολής
Σ. Κωνσταντινίδης

Ενδοφλέβια ή διακαθετηριακή θρομβόλυση σε ασθενείς ενδιαμέσου κινδύνου: Πού βρισκόμαστε το 2018;
Γ. Πίτσιου

Θρομβοεμβολικό επεισόδιο υπό αντιπηκτική αγωγή
Ε. Σέραςλη

Αντιπηκτική θεραπεία του καρκινοπαθούς με πνευμονική εμβολή: Τι επιτρέπεται; Τι συνιστάται;
Φ. Μάλλη

Προεδρείο: Κ. Γουργουλιάνης, Α. Αντωνιάδης

Μετά τους πρώτους 3 μήνες: Σε ποιον θα συνεχίσουμε την αντιπηκτική θεραπεία, για πόσο διάστημα και με τι δόση;
Αικ. Μήτκα

Χρόνια παρακολούθηση του ασθενή μετά από πνευμονική εμβολή για έγκαιρη διάγνωση χρόνιας θρομβοεμβολικής νόσου: Σε ποιον, πόσο συχνά και με ποιες εξετάσεις;
Σ. Κωνσταντινίδης

Συνάντηση με τους ειδικούς

Σ. Κωνσταντινίδης, Κ. Γουργουλιάνης

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11 ΜΑΪΟΥ 2018

• Α Ι Θ Ο Υ Σ Α •

08.30-09.30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: Α. Γκαναβίας, Β. Αμπελίδου

01. ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ: ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Α. Κολιλέκας, Μ. Ηλιοπούλου, Γ. Κωνσταντοπούλου, Κ. Λοβέρδος, Π. Ντόντση, Χ. Κοντογιάννη, Ε. Ζέρβας, Μ. Γκάγκα
7η Πνευμονολογική Κλινική Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία", Αθήνα

02. ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

Κ. Μαρκοπούλου¹, Χ. Ραμπιάδου¹, Γ. Κούντη², Α. Χλωρός¹
¹Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Ν Γ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ²Πνευμονολόγος Θεσσαλονίκη

03. ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑΣ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κ. Μαρκοπούλου¹, Χ. Ραμπιάδου¹, Γ. Κούντη², Α. Χλωρός¹
¹Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Ν Γ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ²Πνευμονολόγος Θεσσαλονίκη

04. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΥΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΥΣΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Α.Π.Θ.

Μ. Κηπουρού, Κ. Μανίκα, Ε. Παπαδάκη, Κ. Λαγούδη, Ε. Φανιάδου, Μ. Σιωνίδου, Ι. Κιουμής
Κέντρο Κυστικής Ίνωσης Ενηλίκων Πνευμονολογικής κλινικής Α.Π.Θ.

05. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΙΝΩΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΗΝ IPF

Σ.-Χ. Κωτούλας¹, Ε. Φούκα¹, Ι. Οργαντζής¹, Γ. Πίτσιου², Α. Παπαϊωάννου¹, Χ. Ευθυμίου¹, Ι. Στανόπουλος², Π. Τσιάγγα¹, Α. Ζαχαρίας¹, Β. Μουρουζίδου¹, Θ. Κοντακιώτης¹, Δ. Παπακώστα¹

¹Ιατρείο Διάμεσων Πνευμονοπαθειών, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. "Γεώργιος Παπανικολάου", Εξοχή, Θεσσαλονίκη

²Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. "Γεώργιος Παπανικολάου", Εξοχή, Θεσσαλονίκη





ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11 ΜΑΪΟΥ 2018

• Α Ι Θ Ο Υ Σ Α Β •

08.00-09.00 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: Π. Μιχαηλόπουλος, Δ. Βλαχόπουλος, Α. Παπαϊωάννου

06. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ *IN VITRO* ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ *P. AERUGINOSA* ΣΤΙΣ ΑΝΤΙΨΕΥΔΟΜΟΝΑΔΙΚΕΣ ΦΘΟΡΙΟΚΙΝΟΛΟΝΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Δ. Ιωαννίδου¹, Ε. Φανιάδου¹, Α. Τυχάλα², Ι. Τσιρμπίνης², Χ. Μιχαηλίδου³, Κ. Μανίκα¹, Ι. Κιουμή¹

¹Μονάδα Αναπνευστικών Λοιμώξεων, Πνευμονολογική-Φυματιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

³Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

07. ΔΕΙΚΤΗΣ ΔΙΑΜΟΛΥΝΣΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2013 -2017

Κ. Καμπουρίδου¹, Ε.-Χ. Φιλιππίδου¹, Β. Ιωαννίδης¹, Α. Δελαπόρτα²

¹Α΄ Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν. Καβάλας

²Αντιφυματικό Ιατρείο Γ.Ν. Καβάλας

08. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ *COXIELLA BURNETII*

Π. Πουλιόπουλος, Α. Γκαναβίας, Π. Μιχαηλόπουλος, Χ. Μπίκας, Ε. Ντιναπόγιας, Μ. Κηπουρού, Γ. Σπυρόπουλος, Δ. Καραπιέρης, Κ. Κατσούλης

Πνευμονολογική Κλινική και Τμήμα Ειδικών Λοιμώξεων 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

09. ΡΕΤ ΚΑΙ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ε. Φανιάδου¹, Κ. Μανίκα¹, Γ. Άρσος², Γ.Λιανίδης³, Ε. Παπακάλα¹, Μ. Κηπουρού¹, Μ. Σιωνίδου¹, Ι. Κιουμή¹

¹Μονάδα Αναπνευστικών Λοιμώξεων, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ.«Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Εξοχή, Θεσσαλονίκη

²Γ΄ Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ.«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

³Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ.«Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Εξοχή, Θεσσαλονίκη

09.30-10.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ
 Προεδρείο: Ι. Κιουμής, Κ. Μανίκα
Στόχοι και τεχνικές της αναπνευστικής φυσιοθεραπείας
 Μ. Σαραντάρη
Διάγνωση της Κυστικής Ίνωσης στους ενήλικες
 Ε. Φανιάδου
Η σημασία της *Pseudomonas aeruginosa* στη χρόνια λοίμωξη του αναπνευστικού
 Μ. Κηπουρού

10.30-12.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
 Προεδρείο: Ι. Στανόπουλος, Δ. Γεωργόπουλος
Διάγνωση πνευμονικής υπέρτασης: συνήθη λάθη και παραλείψεις
 Γ. Πίτσιου
Πνευμονική υπέρταση στις πνευμονοπάθειες: πώς θα τη χειριστούμε?
 Ι. Μητρούσκα
Πνευμονική υπέρταση στα ρευματικά νοσήματα
 Θ. Δημητρούλας
Θεραπευτική αντιμετώπιση πνευμονικής αρτηριακής υπέρτασης: νεότερα δεδομένα
 Η. Τσαγκάρης

12.00-12.15 **Διάλειμμα - Καφές**

12.15-13.15 **ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ**
 Προεδρείο: Δ. Μπούρος
Ηωσινοφιλικά νοσήματα του πνεύμονα
 Σ. Παπίρης
 Προεδρείο: Σ. Παπίρης
"Νέα απεικονιστικά διαγνωστικά κριτήρια για την ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση"
 Δ. Μπούρος
 13.15-13.45 Προεδρείο: Δ. Παπακώστα-Δ. Μπούρος
Non pharmacological treatment of IPF
 D. Israel-Biet



09.30-10.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Προεδρείο: Α. Αντωνιάδης, Δ. Μπομποτάς

Σχολιαστής: Λ. Σιχλετίδης

Αναπνοή και Άσκηση σε ακραίες κλιματολογικές συνθήκες

Ε. Καϊμακάμης

Αναπνευστικό σύστημα και ηλικιωμένοι: παθοφυσιολογικές μεταβολές και νοσήματα

Δ. Χατζηανδρέου

Παθήσεις του αναπνευστικού σχετιζόμενες με το υγρό μέσο (παρ' ολίγον πνιγμός, νόσος των δυτών)

Ε. Ντιναπόγιας

Πνευμονοπάθειες και αεροπορικά ταξίδια:

Πότε είναι ασφαλής ο ασθενής να πετάξει και πώς;

Β. Δράμπα

10.30-12.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ

Προεδρείο: Δ. Λαγονίδης, Δ. Χλωρός

Σχολιαστής: Β. Βουτσάς

Βασικές ρυθμίσεις της συσκευής για τα αποφρακτικά και τα περιοριστικά νοσήματα

Γ. Χασαπίδου

Μηχανικός αερισμός κατ' οίκον σε ασθενή με ΧΑΠ

Αικ. Μήτκα

Μηχανικός αερισμός κατ' οίκον σε ασθενή με σύνδρομο παχυσαρκίας-υποαερισμού

Β. Μπάγκαλας

Μηχανικός αερισμός σε ασθενείς με νευρομυκικά νοσήματα

Μ. Αγραφιώτης

12.00-12.10

Διάλειμμα - Καφές

12.10-13.10

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

12.10-12.35

Προεδρείο: Π. Αργυροπούλου-Πατάκα, Χ. Γκράτσιου

Σχολιασμός: Π. Κατσαούνου

Ευρωπαϊκή στρατηγική για το κάπνισμα

Π. Μπεχράκης

13.45-14.30 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
Αναλυτικό πρόγραμμα στη σελ. 28

14.30-16.30 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

16.30-18.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
Προεδρείο: Κ. Γουργουλιάνης, Β. Φιλαδιτάκη,
Ε. Γερογιάννη
Ομιλήτρια: Ουρ. Κώτσιου

18.00-19.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ
Προεδρείο: Α. Παπαβασιλείου, Μ. Τουμπής
Σχολιαστής: Χ. Μόσχος
Μικροβιολογική διάγνωση της ενεργού φυματίωσης
Σ. Καραμπέλα
Λανθάνουσα φυματίωση: οδηγίες για το εξωτερικό ιατρείο
Κ. Μανίκα
Αλγόριθμος διαχείρισης ασθενούς που πρόκειται να υποβληθεί σε θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες
Μ. Σιωνίδου

19.00-19.40 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
Αναλυτικό πρόγραμμα στη σελ.26

19.40-20.20 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
Αναλυτικό πρόγραμμα στη σελ. 26



- 12.35-13.00 Προεδρείο: Θ. Κοντακιώτης
Ελληνική Πνευμονολογία: Θα συμβαδίσει με την Ευρωπαϊκή Πνευμονολογία?
 Ν. Σιαφάκας
- 13.00-13.25 Προεδρείο: Κ. Κατής
Technical Solutions in common problems in interventional Bronchoscopy
 Β. Πολυχρονόπουλος

13.30-16.30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

- 16.30-18.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΔΙΑΜΕΣΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΕΣ
 Προεδρείο: Σ. Παπίρης, Ε. Δανιήλ
Ατμοσφαιρική ρύπανση και πνεύμονες
 Α. Καρακατσάνη
Κληρονομούμενη πνευμονική ίνωση
 Ευφ. Μάναλη
Πνευμονική αποκατάσταση στις διάμεσες πνευμονοπάθειες
 Κ. Δίπλα
Νεώτερα ερευνητικά δεδομένα στην παθογένεια της ΙΠΙ
 Α. Τζουβελέκης
Ζητήματα αιχμής στην μελλοντική αντιμετώπιση των διαμέσων πνευμονοπαθειών
 Κ. Αντωνίου
- 18.00-19.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ
 Προεδρείο: Ν. Τζανάκης, Ε. Κοσμάς
 Σχολιαστής: Ν. Ροβίνα
Διάγνωση, διαφορική διάγνωση και εκτίμηση βαρύτητας του ασθενούς
 Π. Μπακάκος
ΧΑΠ, άσκηση και δυναμική υπερδιάταση
 Σ. Μ. Τρύφων
Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου
 Γ. Στρατάκος



ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΜΑΪΟΥ 2018

• Α Ι Θ Ο Υ Σ Α Α •

08.00 -09.00 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: Δ. Τσαβλής, Π. Χατζηαποστόλου

10. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΕΝΩΣΗΣ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΣΤΗ ΜΕΓΙΣΤΗ ΕΚΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Σ. Μιχαηλίδης¹, Α.-Ρ. Μιχαηλίδης², Γ. Μπαμπλέκος², Β. Σκόπας³, Ν. Γαλανοπούλου³, Ν. Σταΐκος³

¹Μονάδα Επαγγ. Νόσων & Φυματίωσης, ²Τμήμα Επιστημών Υγείας, Τ.Ε.Ι. Αθήνας,

³Β' Πνευμ/κό Τμήμα, Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας

11. ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΝΩΣΗ: ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ε. Παναγιωτίδου¹, Γ. Πίτσιου¹, Ε. Φούκα², Σ. Ακριτίδου¹, Α. Μπούτου³, Α. Μαρκοπούλου³, Δ. Παπακώστα², Ι. Στανόπουλος¹

¹Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Π.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

²Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Π.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

12. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΜΕ ΚΑΘΕΤΗΡΑ

Δ. Σιώπη¹, Χ. Καραχρήστος¹, Ε. Κερεζίδου¹, Λ. Ααδηλέλης², Σ. Γαλάνης², Δ. Χλωρός¹

¹Πνευμονολογική κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου

²Ακτινολογικό τμήμα, Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου

13. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΡΟΦΙΛΑΡΙΑΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Δ. Σιώπη¹, Θ. Καραϊσκος², Α. Αθανασιάδου¹, Ν. Παστέλλη³, Α. Διάκου⁴, Δ. Χλωρός¹

¹Πνευμονολογική κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου

²Καρδιοχειρουργική κλινική, Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου

³Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου

⁴Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Κτηνιατρικής Σχολής





ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΜΑΪΟΥ 2018

• Α Ι Θ Ο Υ Σ Α Β •

08.00-09.00 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: Ε. Κοντού, Α. Παπαιωάννου

14. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΟΜΑΛΙΖΟΥΜΑΒ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΑΛΛΕΡΓΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Σ.-Χ. Κωτούλας, Π. Χινέλης, Κ. Πορπόδης, Ε. Φούκα, Λ. Μπίνα, Κ. Δόμβρη, Δ. Παπακώστα

Ιατρείο Άσθματος, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. "Γεώργιος Παπανικολάου", Εξοχή, Θεσσαλονίκη

15. PREDICTIVE VALUE OF 99MTC-HYNIC-TOC (TEKTROTYD) IN LUNG NEUROENDOCRINE TUMORS DIAGNOSIS

16. ΤΗ2 ΚΑΙ ΤΗ17 ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΕΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ. Δόμβρη¹, Κ. Πορπόδης¹, Γ. Τζημαγιώργης², Φ. Χατζοπούλου², Θ. Κοντακιώτης¹, Γ. Κυριαζής¹, Δ. Παπακώστα¹

¹Πνευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»,

²Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

09.00-10.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Προεδρείο: Μ. Φρουδαράκης, Ε. Ζαχαριάδης

Σχολιαστής: Μ. Πηλαβάκη

Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα στην καθημερινή κλινική πράξη

Α. Δημητρίου

Ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές για τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα

Η. Πορφυρίδης

Ακτινολογικά καθοδηγούμενη βιοψία πνευμονικών βλαβών

Λ. Δαγδηλέλης

Θωρακοσκόπηση υπό τοπική αναισθησία

Σ. Ανευλαβής

- 09.00-10.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
 Προεδρείο: Ν. Κουλούρης, Ι. Στανόπουλος
 Σχολιαστής: Δ. Πατάκας
Η εισπνευστική και εκπνευστική καμπύλη ροής-όγκου
Δ.Δ νόσου
 Κ. Κατσούλης
Η διαχυτική ικανότητα σε απόλυτη τιμή ή ως προς τον
κυψελιδικό αερισμό
 Α. Γόγαλη
Εργοσπιρομετρία. Εφαρμογές και δυνατότητές της
 Αφ. Μπούτου
Πληθυσμογράφος. Πότε και σε ποιους
 Σ. Τρύφων
- 10.30-11.15 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
 Αναλυτικό πρόγραμμα στη σελ. 27
- 11.15-12.00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
 Αναλυτικό πρόγραμμα στη σελ. 27
- 12.00-12.15 **Διάλειμμα - Καφές**
- 12.15-13.15 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**
 Αναλυτικό πρόγραμμα στη σελ. 27
- 13.15-14.15 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**
 Αναλυτικό πρόγραμμα στη σελ. 27
- 14.15-14.45 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
 Προεδρείο: Ν. Σιαφάκας, Α. Νικοπούλου
Ευρωπαϊκό πρόγραμμα καταγραφής (registry) και νεότερες
θέσεις ομοφωνίας για την αντιμετώπιση ασθενούς με
βρογχεκτασίες
 Κ. Δημάκου
- 14.45-17.00 **Μεσημβρινή διακοπή**

10.30-12.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Προεδρείο: Γ. Δρόσος, Δ. Δουγένης

Σχολιαστής: Αθ. Μαδέσης

**Ρομποτική χειρουργική στον καρκίνο
του πνεύμονα**

Δ. Φιλίππου

**Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου
του πνεύμονα μετά από εισαγωγική θεραπεία**

Χ. Φορούλης

VATS λοβεκτομή: ενδείξεις και αποτελέσματα

Θ. Καραϊσκος

**Χειρουργική αντιμετώπιση επιπλεγμένης παραπνευμονικής
συλλογής και πνευμοθώρακα**

Κ. Τσακίριδης

12.00-12.30

Διάλειμμα - Καφές



ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΜΑΪΟΥ 2018

• Α Ι Θ Ο Υ Σ Α Γ •

12.00-13.30 Συνεδρίαση ΕΠΝΕΛ

17.00-18.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
ΑΣΘΜΑ

Προεδρείο: Κ. Πορπόδης, Σ. Λουκίδης

Η χρησιμότητα των βιοδεικτών στη διαχείριση ασθενούς με άσθμα: που βρισκόμαστε;

Μ. Μαρκάτος

Πλάνο αυτοδιαχείρισης της νόσου: αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς και τεχνολογικές εξελίξεις

Ε. Φούκα

Άσθμα και συννοσηρότητες

Δ. Λάτσιος

T2 low asthma: Current challenges and future perspectives

F. L. M. Ricciardolo

18.30-19.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Σ. Ζακυνθινός - Θ. Κοντακιώτης

Προοπτικές της Πνευμονολογίας στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας (ERS)

Μ. Γκάγκα

19.00-19.45 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Αναλυτικό πρόγραμμα στη σελ. 28

19.45-21.15 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

Αναλυτικό πρόγραμμα στη σελ. 28

21.30 **GALA**

12.30-13.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Θ. Κοντακιώτης

EBUS vs EUS. Pros and Cons

N. Ζίας

13.00-13.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Α. Καραγιάννης, Θ. Βασιλακόπουλος

Πνευμονοπάθειες: Από το παιδί στον ενήλικα

I. Τσανάκας

13.30-14.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Κ. Ζαρογουλίδης, Δ. Τσαβλής

Ο ασθενής έχει δικαιώματα. Ο γιατρός έχει;

Σ. Μπαρούτης

14.00-17.00 **Μεσημβρινή διακοπή**

17.00-18.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Προεδρείο: Μ. Γκάγκα, Θ. Κοντακιώτης, Χρ. Παπανδρέου

**Ιστολογικοί υπότυποι και γονιδιακή ανάλυση του όγκου
ως προγνωστικοί και προβλεπτικοί παράγοντες**

A. Χέβα

**Προγράμματα πρώιμης ανίχνευσης (screening)
του καρκίνου του πνεύμονα**

Σ. Λαμπάκη

**Προεγχειρητική εκτίμηση ασθενούς με καρκίνο
του πνεύμονα**

M. Σαρόγλου

Αντιμετώπιση ασθενούς με κακοήγη υπεζωκοτική συλλογή
Δ. Σπυράτος

18.30-19.00 **Διάλειμμα**

21.00 **GALA**



ΚΥΡΙΑΚΗ 13 ΜΑΪΟΥ 2018

• Α Ι Θ Ο Υ Σ Α Α •

ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

- 09.30-11.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ
 Προεδρείο: Ι. Ελεμένογλου, Σ. Καρυπίδης
 Σχολιασμός: Χ. Τερροβίτου
Βήχας
 Δ. Μουμτζή
Δύσπνοια
 Σ. Κρασούλη
Αιμόπτυση
 Μ. Λαδά
Θωρακικό άλγος
 Γ. Σπυρόπουλος
- 11.00-12.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
ΠΑΡΟΧΕΣ- ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
 Προεδρείο: Β. Ιωαννίδης, Μ. Λεμέσιος, Μ. Σαρόγλου
Οδηγίες για την καθημερινή διαχείριση του πόνου
σε ασθενείς τελικού σταδίου
 Α. Τζανακοπούλου
Η Τέχνη της Ιατρικής στην ανακοίνωση μιας δυσμενούς
διάγνωσης
 Α. Παπαγιάννης
Καθοδήγηση των ασθενών για επιτροπές αναπηρίας,
επιδόματα και αναρρωτικές άδειες
 Θ. Δράκου





ΚΥΡΙΑΚΗ 13 ΜΑΪΟΥ 2018

• Α Ι Θ Ο Υ Σ Α Β •

09.30-11.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ

Προεδρείο: Π. Στειρόπουλος, Α. Πατάκα

Σχολιαστής: Β. Τσάρα

Διάγνωση συνδρόμου αποφρακτικών και κεντρικών απνοιών

Δ. Σιώπη

Θεραπεία συνδρόμου αποφρακτικών απνοιών

Σ. Σχίζα

Θεραπεία συνδρόμου κεντρικών απνοιών

Δ. Λαγονίδης

Αϋπνία: Διάγνωση και φαρμακολογική θεραπεία

Χ. Ηλιούδη

11.00-12.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Προεδρείο: Θ. Πεχλιβανίδης, Σ. Μπουσμουκίλια

Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών

Από την πλευρά του Πνευμονολόγου

Ε. Παπακάλα

Από την πλευρά του Γυναικολόγου

Αλ. Παπανικολάου

Εκτίμηση δύσπνοιας κατά την κύηση

Β. Τσαούσης

Θρομβοεμβολική νόσος στην κύηση και τη γαλουχία

Ν. Αγγελής



ΚΥΡΙΑΚΗ 13 ΜΑΪΟΥ 2018

• Α Ι Θ Ο Υ Σ Α Γ •

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ – ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

Χατζίκα Καλλιόπη
Κορδά Ευαγγελία
Μπαρίνη Δήμητρα
Αλεξούδα Ελένη

Παπαδοπούλου Μαρία
Γεωργιάδου Ανδρομάχη
Μοσχοτά Κρυσταλία
Μπέλλου Αγαθή

09.00 - 09.30 **ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ**
Θ. ΚΟΝΤΑΚΙΩΤΗΣ
Κ. ΧΑΤΖΙΚΑ

09.30 - 10.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

ΕΙΔΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Προεδρείο: Α. Χλωρός Αδαμάντιος, Α. Γεωργιάδου

Αξιολόγηση και αντιμετώπιση θωρακικού άλγους

Α. Καβελίδου, Μ. Δαρδαμπούνη, Μ. Μπατγίδου

Δύσπνοια: ένα σύμπτωμα, πολλές αιτίες

Α. Κουδόσιου, Α. Οτατζιογλου

Εξερευνώντας την υποξία, υποξαιμία και αναπνευστική ανε- πάρκεια

Α. Τζεναλής, Χ. Ψωμιάδης, Α. Νταντανά

Η συνεισφορά του νοσηλευτή στην αναπνευστική αποκατάσταση και φροντίδα ασθενούς με τραχειοστομία

Ε. Αργυρίου, Α. Μπέλλου, Π. Μπουντάσης

10.30-11.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Ε. Κορδά, Α. Νταντανά

Φροντίδα αναπνευστικού ασθενή τελικού σταδίου:

Κλινικά και ηθικά ζητήματα

Δ. Ράμμου

11.00-11.30 **Διάλειμμα - Καφές**



11.30-12.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Προεδρείο: Ι. Κιουμής, Ε. Αλεξούδα

Στρατηγική ενίσχυσης του αντιγριπικού εμβολιασμού στο προσωπικό: η εφαρμογή benchmarking

Ε. Πασματζή, Λ. Πιτσιόρλα

Μέθοδοι απομόνωσης ασθενών

Ν. Ματθαιοπούλου, Ε. Κουκούνη, Κ. Μοσχοτά, Ι. Κιουμής

Διαχείριση συρροής κρουσμάτων πανανθεκτικής *Klebsiella pneumoniae* στη ΜΕΘ

Γ. Τζιόγα, Κ. Χατζίκια

Παιδιατρικές αναπνευστικές καταστάσεις: βρογχιολίτιδα και croup

Ε. Μήλιου, Κ. Σαλπινγίδου

12.30 -13.30 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: Α. Μπέλλου, Κ. Λελέκη

1. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Ρ. Καζαντζή

Νοσηλεύτρια, MSc, Πνευμονολογική Α.Π.Θ Γ.Ν.Θ "Γ. Παπανικολάου"

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΥΥ ΤΟΝ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ

Θ. Χαϊνοπούλου¹, Π. Πετρίδου², Ν. Απέργη²

¹Νοσηλεύτρια MSc(c), Υπεύθυνη Μονάδας Ύπνου, ²Νοσηλεύτρια MSc(c), Μονάδα Ύπνου Μονάδα Ύπνου, Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

3. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Β. Ατματζίδου, Σ. Μότσιανου

Νοσηλεύτριες Πνευμονολογικής Κλινικής ΕΣΥ ΓΝΘ " Γ. Παπανικολάου

4. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Πιτσιόρλα Λ.¹, Κυρέλτση Π.², Μπουκουβάλα Κ.³, Μοσχοτά Κ.⁴, Αποστολίδου Ε.⁵, Μανίκα Α.⁶, Κιουμής Ι.⁷

1 Msc, Νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων, Γ.Ν.Θ "Γ. Παπανικολάου"

2 TE Επισκέπτρια Υγείας, Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, Γ.Ν.Θ "Γ. Παπανικολάου"

3 TE Νοσηλεύτρια, Πνευμονολογική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ "Γ. Παπανικολάου"

4 TE Νοσηλεύτρια Msc, προϊσταμένη Πνευμονολογική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ "Γ. Παπανικολάου"

5 Ειδικευόμενη Ιατρός Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ "Γ. Παπανικολάου"

6 Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Α.Π.Θ Γ.Ν.Θ "Γ. Παπανικολάου"

7 Αναπλ. Καθηγήτης Πνευμονολογίας Α.Π.Θ Γ.Ν.Θ "Γ. Παπανικολάου"

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

Θεσσαλονίκη 10-13 Μαΐου 2018, The Met Hotel

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Η συμμετοχή στο συνέδριο ορίστηκε ως εξής:

	(έως 15/1/2018)	(από 16/1/2018)
Ιατροί	100 €	130 €
Ειδικευόμενοι	50 €	90 €
Νοσηλεύτές	20 €	40 €
Φοιτητές		ΔΩΡΕΑΝ

Οι παραπάνω τιμές επιβαρύνονται με Φ.Π.Α.

Προσοχή. Οι εγγραφές στο συνέδριο, περιλαμβάνουν, την παρακολούθηση του συνεδρίου, την παραλαβή τσάντας με το πρόγραμμα, καθώς επίσης και τη συμμετοχή σε όλα τα Σεμινάρια, φροντιστήρια, χωρίς επιπλέον επιβάρυνση.

Στους εγγραφέντες θα δοθεί πιστοποιητικό συμμετοχής με μόρια, στα πλαίσια της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CMC/CPD) εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις παρακολούθησης.

ΔΙΑΜΟΝΗ

ΤΙΜΗ ΜΟΝΟΚΛΙΝΟΥ	150 € / ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΗ
-----------------	-----------------------

Η τιμή περιλαμβάνει πρωινό και φόρους, δεν περιλαμβάνει τέλος διανυκτέρευσης το οποίο πληρώνετε απ' ευθείας στο ξενοδοχείο

ΑΚΥΡΩΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Κάθε ακύρωση πρέπει να γνωστοποιείται εγγράφως προς το «FORUM Congress & Travel». Για ακυρώσεις που θα γνωστοποιηθούν έως την **30η Ιανουαρίου 2018** θα επιστρέφεται όλο το ποσό μείον τραπεζικά έξοδα και 20 Ευρώ τέλη διεκπεραίωσης, από την **31η Ιανουαρίου 2018** θα παρακρατείται το 50%, από την **17η Φεβρουαρίου 2018**, θα παρακρατείται ολόκληρο το ποσό.

Επιστροφές θα γίνουν μετά το τέλος του Συνεδρίου και εφόσον υπάρχει εμπρόθεσμη γραπτή ακύρωση.

ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Θα δοθούν τα παρακάτω βραβεία

1ο Βραβείο καλύτερης δημοσίευτης εργασίας: 1500 €

2ο Βραβείο καλύτερης δημοσίευτης εργασίας: 1000 €

1ο Βραβείο καλύτερης προφορικής ή αναρτημένης ανακοίνωσης: 500 €

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ & ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΩΝ ΣΥΜΠΟΣΙΩΝ

► ΠΕΜΠΤΗ 10 ΜΑΪΟΥ 2018

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

19.00-19.45 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ MSD**

**Το ταξίδι του ασθενούς με ΜΜΚΠ
στην εποχή της ανοσοθεραπείας**
Προεδρείο: Ι. Ξανθάκης

**Οι σύγχρονες δυνατότητες λήψης ιστολογικού υλικού
στον καρκίνο του πνεύμονα**
Γρ. Στρατάκος

**Το παρόν και το μέλλον στις ανοσοθεραπευτικές
προσεγγίσεις των ασθενών με ΜΜΚΠ**
Γ. Λαζαρίδης

► ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11 ΜΑΪΟΥ 2018

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

13.45-14.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ROCHE Hellas**

Πρόεδρος-Εισηγητής: Σπ. Παπίρης

**Βελτιώνοντας την επιβίωση των ασθενών με Ιδιοπαθή
Πνευμονική Ίνωση: Real World δεδομένα**
Δ. Μπούρος

**Μακροχρόνια διατήρηση των ασθενών με Ιδιοπαθή
Πνευμονική Ίνωση σε θεραπεία με ασφάλεια**
Δ. Παπακώστα

19.00-19.40 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ MENARINI**

Πρόεδρος: Θ. Ι. Βασιλακόπουλος

**Υπερδιάταση & φυσική δραστηριότητα στη ΧΑΠ: Ο ρόλος
του σταθερού συνδυασμού ακλιδινίου/φορμοτερόλης**
Π. Στειρόπουλος

19.40-20.20 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ CHIESI**

Προεδρείο: Σ. Λουκίδης

Τρίλογία νέων δεδομένων στη νέα εποχή διαχείρισης της ΧΑΠ
Επ. Κοσμάς

► **ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΜΑΪΟΥ 2018**

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

- 10.30-11.15 **ΔОРΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ NOVARTIS**
Meet the experts: Διαδραστική συζήτηση για το Σοβαρό Άσθμα
Κ. Κατσούλης, Κ. Πορπόδης
- 11.15-12.00 **ΔОРΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ NOVARTIS**
Σύγχρονη θεώρηση του θεραπευτικού αλγόριθμου στην ΧΑΠ, συζήτηση με τους κκ. Τρύφων Σταύρο και Θεόδωρο Βασιλακόπουλο
Ομιλητές: Σ. Τρύφων, Θ. Βασιλακόπουλος
- 12.15-13.15 **ΔОРΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ BOEHRINGER INGELHEIM**
Ιδιοπαθής Πνευμονική Ίνωση - Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια: Αντιμετωπίζοντας με επιτυχία τα συμπτώματα των ασθενών με ΧΑΠ
Προεδρείο: Κ. Κατσούλης, Δ. Παπακώστα
- Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια: από την επιστημονική έρευνα στην κλινική πράξη**
Σ. Τρύφων
- Η διαγνωστική πρόκληση της Ιδιοπαθούς Πνευμονικής Ίνωσης**
Α. Μαρκοπούλου
- 13.15-14.15 **ΔОРΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ BRISTOL MYERS SQUIBB**
Προεδρείο : Θ. Κοντακιώτη
Η Πρόκληση των βιοδεικτών στην ανοσοθεραπεία
Σ. Παπαεμμανουήλ
- Ανοσοθεραπεία στο ΜΜΚΠ: Από την Μονοθεραπεία στους Συνδυασμούς**
Δ. Σπυράτος

- 19.00-19.45 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ASTRA ZENECA**
Με το βλέμμα στο μέλλον: Η επόμενη μέρα στη θεραπεία των αναπνευστικών νοσημάτων
Προεδρείο: Ν. Κουλούρης
Μπενραλίζουμάμπη: Το Ηωσινόφιλο στο Στόχαστρο
Σ. Τρύφων
- 19.45-21.15 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ GSK**
Evidence-based Medicine: Τα Νεότερα Δεδομένα των Κλινικών Μελετών ως Οδηγός στη Διαχείριση των Αποφρακτικών Νοσημάτων
Προεδρείο: Ευ. Φούκα
SLS Asthma: Από τη Διαχείριση Συμπτωμάτων στον Έλεγχο του Άσθματος
Μ. Βάϊας
Τριπλή Θεραπεία στη ΧΑΠ: Πώς η μελέτη IMPACT αλλάζει τη διαχείριση της νόσου
Ι. Νικολούτσου

DOMINIQUE ISRAEL - BIET, PProfessor of PULMONOLOGY Faculté de Médecine Paris Descartes, AP-HP, Centre de compétence maladies pulmonaires rares, Service de Pneumologie Hôpital européen Georges Pompidou, FRANCE

RICCIARDOLO F. L. M., Prof. Fabio L.M. Ricciardolo Respiratory Medicine Department of Clinical and Biological Sciences University of Turin

ΑΓΓΕΛΗΣ Ν., Πνευμονολόγος

ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ Μ., Επιμελητής Α', Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΑΜΠΕΛΙΔΟΥ Β., Πνευμονολόγος, Επ. Επιμελήτρια ΓΝ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ Κ., Διευθύντρια ΕΣΥ, Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΑΝΕΥΛΑΒΗΣ Σ., Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

ΑΝΤΩΝΙΟΥ Κ., Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης

ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Α., Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝ Σερρών

ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ-ΠΑΤΑΚΑ Π., Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΑΠΘ

ΑΡΜΕΥΤΗΣ ΧΑΡΗΣ, Πνευμονολόγος, Γεν. Γραμματέας Πνευμονολογικής Εταιρείας Κύπρου, Κύπρος

ΒΑΣΙΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Θ., Καθηγητή Πνευμονολογίας-Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Αθήνα

ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ., Πνευμονολόγος

ΒΟΥΤΣΑΣ Β., Επιμελητής Α ΜΕΘ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΣ Α., Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας ΑΠΘ

ΓΕΡΟΓΙΑΝΝΗ Ε., Πνευμονολόγος Επιμελήτρια Α' Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ., Καθηγητής Εντατικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

ΓΚΑΓΚΑ Μ., Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας, Αθήνα

ΓΚΑΝΑΒΙΑΣ Λ., Αρχίατρος, Αναπληρωτής Διευθυντής της Πνευμονολογικής Κλινικής του 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Θεσ/νίκης

ΓΟΓΑΛΗ Α., Πνευμονολόγο, Επιμελήτρια ΓΝ Ιωαννίνων

ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ Κ., Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

ΔΙΠΛΑ Κ., Εργοφυσιολόγος, Επίκουρος Καθηγήτρια, ΤΕΦΑΑ Σερρών, ΑΠΘ

ΔΑΓΔΗΛΕΛΗΣ Λ., Ακτινολόγος, Διευθυντή ΕΣΥ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΔΑΝΙΗΛ Ζ., Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

ΔΗΜΑΚΟΥ Κ., Συντονίστρια Διευθύντρια 5ης Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝΝΘΑ «ΣΩΤΗΡΙΑ», Αθήνα

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Α., Πνευμονολόγος Πνευμονολογικής Κλινικής Λευκωσίας

ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΑΣ Θ., Επίκουρος Καθηγητής Ρευματολογίας ΑΠΘ

ΔΟΥΓΕΝΗΣ Δ., Καθηγητής Θωρακοχειρουργικής Πανεπιστημίου Πατρών

ΔΡΑΚΟΥ Θ., Νοσηλεύτρια, Γραμματέας Δευτεροβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής Αποκεντρωμένης Διοίκησης Μακεδονίας - Θράκης, Διεύθυνση Υγείας Θεσσαλονίκης

- ΔΡΑΜΠΑ Β.**, Επιμελήτρια Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝ Σερρών, Σέρρες
- ΔΡΟΣΟΣ Γ.**, Συντονιστής-Διευθυντής Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
- ΕΛΕΜΕΝΟΓΛΟΥ Ι.**, Πνευμονολόγος
- ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ Σ.**, Καθηγητής Πνευμονολογίας – Εντατικής Θεραπείας, Πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, ΕΠΕ
- ΖΑΡΟΓΟΥΛΙΔΗΣ Κ.**, Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ
- ΖΑΧΑΡΙΑΔΗΣ Ε.**, Πνευμονολόγος - Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, "Ευρωκλινική"
- ΖΙΑΣ Ν.**, Πνευμονολόγος
- ΗΛΙΟΥΔΗ Χ.**, Διδάκτωρ Νευροψυχολογίας ΔΠΘ
- ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Β.**, Συντονιστής-Διευθυντής Α' Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝ Καβάλας, Καβάλα
- ΚΑΪΜΑΚΑΜΗΣ Ε.**, Επιμελητής ΜΕΘ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
- ΚΑΛΟΜΕΝΙΔΗΣ Ι.**, Αν. Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Αθήνα
- ΚΑΡΑΪΣΚΟΣ Θ.**, Επιμελητής Α', Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
- ΚΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗ Α.**, Αν. Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Αθήνα
- ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ Σ.**, Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ. ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα
- ΚΑΡΥΠΙΔΗΣ Σ.**, Πνευμονολόγος
- ΚΑΤΗΣ Κ.**, Πνευμονολόγος
- ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ Π.**, Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Αθήνα
- ΚΑΤΣΟΥΛΗΣ Κ.**, Γενικός Αρχίατρος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ
- ΚΗΠΟΥΡΟΥ Μ.**, Ταγματάρχης, Πνευμονολόγος, Πνευμονολογική Κλινική 424 ΓΣΝΕ
- ΚΙΟΥΜΗΣ Ι.**, Αν. Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ
- ΚΟΝΤΑΚΙΩΤΗΣ Θ.**, Αν. Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ
- ΚΟΝΤΟΥ Ε.**, Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α', Α' ΜΕΘ ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
- ΚΟΣΜΑΣ Ε.**, Διευθυντή Πνευμονολογικής Κλινικής ΠΝΟΗ, Νοσοκομείο Metropolitan, Αθήνα
- ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ Ν.**, Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Αθήνα
- ΚΡΑΣΟΥΛΗ Σ.**, Επιμελήτρια Β' Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝ Καβάλας
- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Σ.**, Καθηγητής Καρδιολογίας ΔΠΘ
- ΚΩΤΟΥΛΑΣ Σ. Χ.**, Ειδικευόμενος Πνευμονολογίας ΚΑΑ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
- ΚΩΤΣΙΟΥ ΟΥΡ.**, Πνευμονολόγος, Λάρισα
- ΛΑΤΣΙΟΣ Δ.**, Πνευμονολόγος
- ΛΑΓΟΝΙΔΗΣ Δ.**, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝ Γιαννιτών, Γιαννιτσά
- ΛΑΔΑ Μ.**, Πνευμονολόγος
- ΛΑΜΠΑΚΗ Σ.**, Πνευμονολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- ΛΕΜΕΣΙΟΣ Μ.**, Πρόεδρος Πνευμονολογικής Εταιρείας Κύπρου, Κύπρος
- ΛΟΥΚΙΔΗΣ Σ.**, Αν. Καθηγητή Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Αθήνα
- ΜΑΝΑΛΗ ΕΥΦ.**, Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ



ΜΑΔΕΣΗΣ ΑΘ., Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΜΑΛΛΗ Φ., Πνευμονολόγος, Επ. Συνεργάτης Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΜΑΝΙΚΑ Κ., Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΑΠΘ

ΜΑΡΚΑΤΟΣ Μ., Πνευμονολόγος

ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ Κ., Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΜΗΤΚΑ ΑΙΚ., Επιμελήτρια Πνευμονολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Σερρών

ΜΗΤΡΟΥΣΚΑ Ι., Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΜΙΧΑΗΛΟΠΟΥΛΟΣ Π., Πνευμονολόγος

ΜΟΣΧΟΣ Χ., Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Επιμελητής Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝΝΘΑ, Αθήνα

ΜΟΥΜΤΖΗ Δ., Πνευμονολόγος, Επ. Επιμελήτρια ΓΝ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΜΠΑΓΚΑΛΑΣ Β., Επιμελητής Α', Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΜΠΑΚΑΚΟΣ Π., Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Αθήνα

ΜΠΑΡΟΥΤΗΣ Σ., Ομότιμος Καθηγητής Νομικής ΑΠΘ

ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ Π., Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Αθήνα

ΜΠΟΥΤΟΥ ΑΦ., ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Β', Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΜΠΟΜΠΟΤΑΣ Δ., Πνευμονολόγος, Επιμελητής Πνευμονολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Σερρών

ΜΠΟΥΡΟΣ Δ., Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ

ΜΠΟΥΣΜΟΥΚΙΛΙΑ Σ., Πνευμονολόγος

ΝΙΚΟΠΟΥΛΟΥ Α., Επιμελήτρια Παθολογίας, με εξειδίκευση στη Λοιμωξιολογία, Πρόεδρος της Επιτροπής Επιτήρησης Αντιβιοτικών του νοσοκομείου Γ.Ν.Θ. "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΝΤΙΝΑΠΟΓΙΑΣ Ε., Ταγματάρχης, Πνευμονολογική Κλινική 424 ΓΣΝΘ

ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Α., Πνευμονολόγος – Φυματιολόγος, Διευθυντής στο Αντιφυματικό Τμήμα - Μονάδα Πολυανθεκτικής Φυματίωσης, Γ.Ν.Ν.Θ.Α, Αθήνα

ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ Α., Πνευμονολόγος, Κλινική "ΑΓ. ΛΟΥΚΑΣ"

ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Α., Πνευμονολόγος

ΠΑΠΑΚΑΛΑ Ε., Πνευμονολόγος

ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ Δ., Αν. Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΑΠΘ

ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ ΧΡ., Καθηγητής Ογκολογίας ΑΠΘ

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΑΛ., Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας ΑΠΘ

ΠΑΠΙΡΗΣ Σ., Καθηγητής Πνευμονολογίας-Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ

ΠΑΣΣΑ - ΦΕΚΕΤΕ Κ., Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ ΚΑΑ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΠΑΤΑΚΑ Α., Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΑΠΘ

ΠΑΤΑΚΑΣ Δ., Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ

ΠΕΧΛΙΒΑΝΙΔΗΣ Θ., Πνευμονολόγος

- ΠΗΛΑΒΑΚΗ Μ.**, Συντονίστρια-Διευθύντρια Ακτινολογικού Εργαστηρίου Αξονικό Μαγνητικό Τομογράφο ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
- ΠΙΤΣΙΟΥ Γ.**, Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΑΠΘ
- ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ Β.**, Πνευμονολόγος, Αθήνα
- ΠΟΡΠΟΔΗΣ Κ.**, Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ
- ΠΟΡΦΥΡΙΔΗΣ Η.**, Πνευμονολόγος, Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Λευκωσίας, Κύπρος
- ΡΑΜΠΙΑΔΟΥ Χ.**, Ειδικευόμενη Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
- ΡΟΒΙΝΑ Ν.**, Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας-Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, ΑΘΗΝΑ
- ΣΑΡΟΓΛΟΥ Μ.**, Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α', ΓΝ Δράμας, MSc, PhD
- ΣΑΡΑΝΤΑΡΗ Μ.**, Φυσιοθεραπεύτρια, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
- ΣΕΡΑΣΛΗ Ε.**, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
- ΣΙΑΦΑΚΑΣ Ν.**, Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης
- ΣΙΧΛΕΤΙΔΗΣ Λ.**, Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ
- ΣΙΩΝΙΔΟΥ Μ.**, Πνευμονολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ
- ΣΙΩΠΗ Δ.**, Επιμελήτρια Α', Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
- ΣΠΥΡΑΤΟΣ Δ.**, Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ
- ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Γ.**, Ταγματάρχης, Πνευμονολόγος, Πνευμονολογική Κλινική 424ΓΝΣΕ
- ΣΤΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Ι.**, Αν. Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ
- ΣΤΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.**, Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη
- ΣΤΡΑΤΑΚΟΣ Γ.**, Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ
- ΣΧΙΖΑ Σ.**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης
- ΤΕΡΡΟΒΙΤΟΥ Χ.**, Διευθύντρια Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝ Καβάλας
- ΤΖΑΝΑΚΗΣ Ν.**, Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο
- ΤΖΑΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Α.**, Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α' ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"
- ΤΖΙΩΛΑ Κ.**, Ακτινολόγος, ΥΓΕΙΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑΣ, ΥΓΕΙΑ EUROMEDICA ΓΡΕΒΕΝΩΝ
- ΤΖΟΥΒΕΛΕΚΗΣ Α.**, Πνευμονολόγος Ακαδημαϊκός υποτροφος Α Πανεπ Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ ΣΩΤΗΡΙΑ, Μαρι Κιουρι Υποτροφος Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας
- ΤΙΤΟΠΟΥΛΟΣ Η.**, Πνευμονολόγος, ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
- ΤΟΥΜΠΗΣ Μ.**, Συντονιστής-Διευθυντής 6ης Πνευμονολογικής Κλινικής, Υπεύθυνο Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος ΓΝΝΘΑ, Αθήνα
- ΤΡΥΦΩΝ Σ.**, Πνευμονολόγος
- ΤΡΥΦΩΝ Σ.**, Διευθυντής ΕΣΥ Πνευμονολογικής Κλινικής ΕΣΥ, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- ΤΣΑΡΑ Β.**, Πνευμονολόγος
- ΤΣΑΒΛΗΣ Δ.**, Πνευμονολόγος
- ΤΣΑΓΚΑΡΗΣ Η.**, Αν. Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ



ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ Κ., Καρδιοθωρακοχειρουργός, Κλινική "ΑΓ. ΛΟΥΚΑΣ"

ΤΣΑΝΑΚΑΣ Ι., Καθηγητής Παιδιατρικής Πνευμονολογίας ΑΠΘ

ΤΣΑΝΤΙΡΙΔΗΣ Χ., Διευθυντής ΕΣΥ, ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ, ΓΝ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΤΣΑΟΥΣΗΣ Β., Επιμελητής Α', Πνευμονολογικού Τμήματος ΓΝ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΦΑΝΙΑΔΟΥ Ε., Ειδικευόμενη Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΦΙΛΙΠΠΟΥ Δ., Θωρακοχειρουργός, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης

ΦΙΛΑΔΙΤΑΚΗ Β., Διευθύντρια Β' Πνευμονολογικής Κλινικής, ΓΝΑ Σισμανόγλειο

ΦΟΥΚΑ Ε., Επιμελήτρια Α', Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΦΟΡΟΥΛΗΣ Χ., Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής Θώρακος ΑΠΘ

ΦΡΟΥΔΑΡΑΚΗΣ Μ., Καθηγητής Πνευμονολογίας ΔΠΘ

ΧΕΒΑ Α., Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής ΑΠΘ

ΧΑΣΑΠΙΔΟΥ Γ., Πνευμονολόγος

ΧΑΤΖΗΑΝΔΡΕΟΥ Θ., Πνευμονολόγος

ΧΑΤΖΗΑΠΟΣΤΟΛΟΥ Π., Πνευμονολόγος, δ/τής Euromedica Γενική Κλινική

ΧΛΩΡΟΣ Δ., Συντονιστής - Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής ΕΣΥ, ΓΝΘ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

- Αλεξούδα Ε., Τομεάρχης 4ου Νοσηλευτικού Τομέα, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Αποστολίδου Ε., Ειδικευόμενη Ιατρός Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Α.Π.Θ, Γ.Ν."Γ.Παπανικολάου"
- Αργυρίου Ευ., Νοσηλεύτρια ΤΕ ,Υποψήφια MSc ,Πνευμονολογική ΕΣΥ ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Γεωργιάδου Α., Τομεάρχης 2ου Νοσηλευτικού Τομέα, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Δαρδαμπούνη Μ., Νοσηλεύτρια ΤΕ Προϊσταμένη Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής ΠΝΓ "Αλεξανδρούπολης"
- Καβελίδου Α., Νοσηλεύτρια ΤΕ Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής ΠΝΓ "Αλεξανδρούπολης"
- Κορδά Ευ., Τομεάρχης 3ου Νοσηλευτικού Τομέα, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Κουδόσιου Α., Νοσηλεύτρια ΤΕ MSc, Στεφανιαία Μονάδα, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Κουκούνη Ευ., Νοσηλεύτρια ΤΕ Πνευμονολογικής Α.Π.Θ ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Κυρέλτση Π., ΤΕ Επισκέπτρια Υγείας, Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, Γ.Ν."Γ. Παπανικολάου"
- Λελέκη Κ., ΤΕ Νοσηλεύτρια, Προισταμένη Καρδιοχειρουργικής κλινικής ,Γ.Ν."Γ.Παπανικολάου"
- Ματθαιοπούλου Ν., Νοσηλεύτρια , Πνευμονολογικής Α.Π.Θ ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Μήλιου Ειρ., Νοσηλεύτρια ΤΕ, Ειδικευόμενη Παιδιατρικής Νοσηλευτικής Ειδικότητας, ΓΝΘ "Ιπποκράτειο"
- Μοσχολά Κ., Νοσηλεύτρια MSc, Προισταμένη Πνευμονολογικής Α.Π.Θ ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Μπαρίνη Δ., Τομεάρχης 1ου Νοσηλευτικού Τομέα, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Μπατζίδου Μ., Νοσηλεύτρια ΤΕ , Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής ΠΝΓ "Αλεξανδρούπολης"
- Μπέλλου Α., Νοσηλεύτρια ΤΕ ,Προισταμένη Πνευμονολογικής ΕΣΥ ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Μπουκουβάλα Κ., ΤΕ Νοσηλεύτρια, Πνευμονολογική Α.Π.Θ,Γ.Ν."Γ. Παπανικολάου"
- Μπουντάσης Π.,Νοσηλεύτης ΤΕ ,Πνευμονολογικής ΕΣΥ ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Νταντανά Α., Νοσηλεύτρια ΤΕ MBA PhD, Προϊσταμένη ΜΕΘ, ΓΝΘ "Παπαγεωργίου"
- Οτατζιογλου Αικ., Νοσηλεύτρια ΤΕ , Στεφανιαία Μονάδα, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Παπαδοπούλου Μ., Τομεάρχης 5ου Νοσηλευτικού Τομέα, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Πασματζή Ε.,Νοσηλεύτρια ΤΕ MSc, Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Πιτσιόρλα Λ. , ΤΕ Νοσηλεύτρια, Msc, Νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων Γ.Ν."Γ.Παπανικολάου"
- Ράμμου Δ. Νοσηλεύτρια ΤΕ Msc, Αναπλ.Προισταμένη, Αναισθησιολογικό ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Σαλπγιγίδου Κ.,Νοσηλεύτρια ΤΕ MSc , Υπεύθυνη Παιδιατρικής Νοσηλευτικής Ειδικότητας ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
- Τζεναλής Αν., Νοσηλεύτης MSc PhD, ΜΕΘ ΓΝΘ "Παπαγεωργίου" Εκλεγμένος Επίκουρος Καθηγητής ΑΤΕΙ.Δ.Ε
- Τζιόγα Γ., Νοσηλεύτρια ΤΕ , Α' ΜΕΘ, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"
- Χατζικά Κ., Νοσηλεύτρια ΠΕ ,Msc, PhD, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν.Θ'Γ.Παπανικολάου"
- Ψωμιάδης Χ., Νοσηλεύτης ΤΕ, MSc, ΜΕΘ ΓΝΘ Παπαγεωργίου



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου ευχαριστεί τις παρακάτω εταιρείες
για τη συμβολή τους στο Συνέδριο

NOVARTIS

BRISTOL MYERS SQUIBB

BOEHRINGER-INGELHEIM

MENARINI HELLAS

CHIESI HELLAS AEBE

GSK

ASTRA ZENECA

ROCHE (Hellas) S.A.

PHARMATHEN HELLAS

MSD Greece

ΕΛΠΕΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ

PHARMASERVE LILLY

SPECIFAR a Teva Company

BAYER Ελλάς ABEE



**ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΩΝ &
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ**

ΟΜΙΛΙΕΣ

ΒΑΣΙΚΟ ΠΛΑΝΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Ιωάννης Καλομενίδης

Τα συμπτώματα σε έναν ασθενή με υπεζωκοτική συλλογή είναι μη ειδικά και βοηθούν να κατευθύνουν την διαγνωστική σκέψη προς μία οξεία ή υποξεία/χρόνια παθολογία. Η α/α θώρακος είναι χρήσιμη για την διαπίστωση της παρουσίας, του μεγέθους και των αδρών ανατομικών χαρακτηριστικών της υπεζωκοτικής συλλογής. Το υπερηχογράφημα θώρακα είναι η πιο ευαίσθητη μέθοδος για την διαπίστωση της παρουσίας μία υπεζωκοτικής συλλογής και επιτρέπει την αναγνώριση εγκυστώσεων και ανατομικών βλαβών του υπεζωκότα που μπορεί να δηλώνουν κακοήθεια. Η CT θώρακος υπερέχει του υπερηχογραφήματος στο ότι μπορεί να αναγνωρίζει συνοδές βλάβες του παρεγχύματος, των πνευμονικών αγγείων και του μεσοθωρακίου.

Η διαγνωστική παρακέντηση είναι απαραίτητη σε κάθε άγνωστης αιτιολογίας υπεζωκοτική συλλογή ικανού μεγέθους. Θα πρέπει να καταγράφεται το χρώμα του υγρού και να προσδιορίζονται το pH, το λεύκωμα, η γλυκόζη και η LDH, καθώς επίσης και ο τύπος των εμπύρηνων κυττάρων. Θα πρέπει να αποστέλλονται δείγματα για μικροβιολογικές και κυτταρολογική εξέταση. Η διάγνωση της κακοήθειας επιχειρείται αρχικά να τεθεί με κυτταρολογική εξέταση του υγρού, η ευαισθησία της οποίας ποικίλει ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο του νεοπλάσματος και την έκταση της υπεζωκοτικής προσβολής. Θα πρέπει να αποστέλλονται τουλάχιστον 2 δείγματα ποσότητας τουλάχιστον 50 ml. Η διάγνωση της TB πλευρίτιδας τίθεται με την απομόνωση του μυκοβακτηριδίου ή την αναγνώριση κοκκιωμάτων σε βιοψία υπεζωκότα. Οι βιοχημικοί δείκτες, με κύριο εκπρόσωπο την ADA, χρησιμεύουν μόνο για αποκλεισμό της φυματιώδους αιτιολογίας σε πληθυσμούς με χαμηλή επίπτωση της νόσου. Σε ασθενή με αδιάγνωστη και επιμέρους υπεζωκοτική συλλογή, θα πρέπει να διενεργηθεί βιοψία υπεζωκότα, είτε θωρακοσκοπική ή αν υπάρχουν διακριτές βλάβες στον τοιχωματικό υπεζωκότα, κατευθυνόμενη υπό CT ή US. Η τυφλή βιοψία με βελόνη είναι αποδεκτή μέθοδος αν υπάρχει υψηλότερη υποψία φυματίωσης.

ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ: ΤΙ ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ; ΤΙ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ;

Φ. Μάλλη, Κ.Ι. Γουργουλιάνης

Ο κίνδυνος θρομβοεμβολικής νόσου σε ασθενείς με καρκίνο (cancer-associated thrombosis, CAT) είναι 4 φορές υψηλότερος από το γενικό πληθυσμό και αυξάνει περαιτέρω σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία ή έχουν μεταστατική νόσο^{1,2}. Η θεραπεία της CAT είναι δύσκολη καθώς αυτοί οι ασθενείς έχουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπών αλλά και αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας από την αντιπηκτική αγωγή. Η χορήγηση θεραπευτικών δόσεων παρεντερικών αντιπηκτικών (ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους, ΗΧΜΒ) αποτελεί τη σύγχρονη πρακτική στη θεραπεία αυτών των ασθενών. Αυτή η στρατηγική βασίζεται σε μελέτες όπου έχει αποδειχθεί ότι οι ασθενείς με CAT που αντιμετωπίζονται με ΗΧΜΒ εμφανίζουν λιγότερες υποτροπές³ και ενδεχομένως λιγότερες αιμορραγίες⁴. Τα δεδομένα σχετικά με την αντιμετώπιση της CAT με fondaparinux είναι εξαιρετικά περιορισμένα και δείχνουν ότι πιθανά η ΗΧΜΒ υπερτερεί⁵.

Η χορήγηση των νεότερων αντιπηκτικών (direct oral anticoagulants, DOACs) στην CAT δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Πρόσφατα δημοσιεύτηκε μια τυχαioποιημένη κλινική δοκιμή που σύγκρινε τον άμεσο αναστολέα του Χα edoxaban με τη δαλτεπαρίνη σε ασθενείς με CAT⁶. Τα δύο φάρμακα αποδείχθηκαν εξίσου αποτελεσματικά στην πρόληψη υποτροπών, ωστόσο παρατηρήθηκε αύξηση των αιμορραγικών συμβάντων στην ομάδα του edoxaban. Οι ασθενείς με CAT συστήνεται να λάβουν αγωγή για όσο χρονικό διάστημα ο καρκίνος θεωρείται ενεργός^{1,2}.

Οι υποτροπές είναι συχνές σε ασθενείς με παρά την αντιπηκτική θεραπεία. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να ελέγχεται η δόση του αντιπηκτικού φαρμάκου και όπου είναι υποθεραπευτική να διορθώνεται. Ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά από του στόματος συστήνεται να τεθούν σε ΗΧΜΒ ενώ αν λαμβάνουν ΗΧΜΒ συστήνεται να αυξηθεί η δόση αυτής κατά 20-25%. Τελικό μέτρο αποτελεί η τοποθέτηση φίλτρου κάτω κοίλης φλέβας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Eur Heart J. 2014; 35(43): 3033-69.
2. Chest 2016; 149(2): 315-352.
3. N Engl J Med 2003; 349: 146-153.
4. JAMA. 2015; 314(7): 677-686.
5. Thromb Haemost. 2009; 101(4): 762-9.
6. N Engl J Med 2018; 378: 615-624.

ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σαραντάρη Μαρία

Είναι γνωστό ότι η φυσικοθεραπεία αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την θεραπεία των ασθενών με Κυστική Ίνωση. Επομένως στην ομάδα για την αντιμετώπιση της Κυστικής Ίνωσης θα πρέπει να περιλαμβάνονται Φυσικοθεραπευτές εξειδικευμένοι στην αναπνευστική φυσικοθεραπεία και στις τεχνικές βρογχικής κάθαρσης. Το πρόγραμμα της αναπνευστικής φυσικοθεραπείας στοχεύει στην αποβολή των εκκρίσεων, στην μείωση των αναπνευστικών λοιμώξεων αλλά και στην βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας με απώτερο σκοπό την καθυστέρηση της εξέλιξης της πνευμονοπάθειας της Κυστικής Ίνωσης.

Η φυσικοθεραπεία αρχίζει αμέσως μετά τη διάγνωση της πάθησης στα περισσότερα κέντρα Κυστικής Ίνωσης και περιλαμβάνει τεχνικές καθαρισμού των βρόγχων όπως η παροχέτευση με θέσεις (ΠΘ), ο ενεργητικός κύκλος αναπνευστικών τεχνικών (ΕΚΑΤ) και η αυτογενής παροχέτευση (ΑΠ). Η διάρκεια και το σχήμα της φυσικοθεραπείας εξατομικεύεται και εξαρτάται από την ηλικία και τη βαρύτητα του κάθε ασθενή. Ο φυσικοθεραπευτής επιβλέπει και αλλάζει το πλάνο θεραπείας όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο προκειμένου να επιτυγχάνεται επαρκώς η αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων.

Πέρα από τις τεχνικές της βρογχικής κάθαρσης ο φυσικοθεραπευτής μπορεί να βοηθηθεί στο έργο της βρογχικής παροχέτευσης με τη χρήση διαφόρων συσκευών όπως το γιλέκο, την Pep mask, το Flutter, το Cornet και η Acapella.

Τα τελευταία χρόνια έχει μελετηθεί η άσκηση στην Κυστική Ίνωση, ώστε να βελτιωθεί η γνώση μας σχετικά με τα οφέλη της άσκησης και το είδος της άσκησης που ενδείκνυται. Έτσι το πλάνο θεραπείας εκτός από την αναπνευστική φυσικοθεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει και ένα πρόγραμμα ασκήσεων μυϊκής ενδυνάμωσης και κινητοποίησης των άνω άκρων και του θώρακα καθώς και των υπολοίπων αρθρώσεων του σώματος.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Μαρία Κηπουρού

Η *Pseudomonas aeruginosa* είναι ένα αξιοσημείωτα πολύπλευρο περιβαλλοντικό μικρόβιο με εκπληκτική ικανότητα να μολύνει τον πνεύμονα των ασθενών με Κυστική Ίνωση (Κ.Ι.). Η μόλυνση από την *P. aeruginosa* συμβαίνει νωρίς στη ζωή των ασθενών με Κ.Ι. και παρόλο που είναι δυνατόν να επιτευχθεί εξάλειψη μετά την αρχική ανίχνευση, το 60% των ασθενών με Κ.Ι. τελικά πάσχουν από χρόνια λοίμωξη λόγω της *P. aeruginosa*. Η χρόνια αυτή λοίμωξη συνδέεται ισχυρά με επιτάχυνση της προόδου της νόσου και αυξημένη θνητότητα. Παρόλο που η εντατική σύγχρονη έρευνα έχει αποκαλύψει μέρος των σύνθετων μηχανισμών μέσω των οποίων η *P. aeruginosa* εγκαθίσταται, προσαρμόζεται και επιμένει στους αεραγωγούς των ασθενών με Κ.Ι. (δομικά χαρακτηριστικά της *P. aeruginosa*, βλεννώδης φαινότυπος, οργάνωση biofilm, ανοσιακή απάντηση του ξενιστή- ασθενή με Κ.Ι., αλληλεπίδραση της *P. aeruginosa* με άλλα παθογόνα στο αναπνευστικό σύστημα των ασθενών με Κ.Ι.), υπάρχουν ακόμα πολλά σχετικά αναπάντητα ερωτήματα. Η συνεχιζόμενη έρευνα στην κατεύθυνση αυτή μπορεί να προσφέρει μελλοντικά περισσότερες επιλογές, με πιο ευαίσθητες μεθόδους διάγνωσης και αποτελεσματικότερη χορήγηση αντιβιοτικών σχημάτων, για την πρόληψη και τη θεραπεία της χρόνιας λοίμωξης από *P. aeruginosa* στους ασθενείς με Κ.Ι.

Από την άλλη πλευρά, η *P. aeruginosa* δεν είναι αποκλειστικό παθογόνο των ασθενών με Κ.Ι., αλλά και το δεύτερο πιο συχνό παθογόνο για τη νοσοκομειακή πνευμονία και πέμπτο συχνότερο παθογόνο αίτιο των νοσοκομειακών λοιμώξεων συνολικά. Επιπλέον, εμπλέκεται και επιταχύνει την πρόοδο της νόσου και σε ασθενείς που πάσχουν από βρογχιεκτασίες και Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Παρόλο που η οξεία προσβολή (στην περίπτωση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων) και η χρόνια λοίμωξη από *P. aeruginosa* σε αναπνευστικούς ασθενείς εκτός Κ.Ι., δεν ακολουθούν το πρότυπο της χρόνιας λοίμωξης στους ασθενείς με Κ.Ι., εντούτοις υπάρχουν αναλογίες μεταξύ τους αλλά και χρήση της υπάρχουσας γνώσης και στους αναπνευστικούς ασθενείς εκτός Κ.Ι.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

Μητρούσκα Ιωάννα

Η πνευμονική υπέρταση (ΠΥ) σε χρόνια πνευμονική νόσο και/ή υποξυγοναιμία ανήκει στην ομάδα 3 της πρόσφατης ταξινόμησης της πνευμονικής υπέρτασης. Οι ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), διάχυτη διάμεση πνευμονοπάθεια (όπως η ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση) και διαταραχές αναπνοής στον ύπνο έχουν ιδιαίτερο κίνδυνο εμφάνισης ΠΥ. Παρόλο που η ΠΥ σε αυτούς τους ασθενείς είναι συνήθως ήπια ένα μικρό ποσοστό εκδηλώνει σοβαρή αιμοδυναμική επιδείνωση, που ορίζεται από τιμές μέσης πίεσης στην πνευμονική αρτηρία (mPAP) ≥ 35 mmHg ή mPAP μεταξύ 25 mmHg και 35 mmHg που συνοδεύεται από χαμηλό καρδιακό δείκτη (CI < 2 L/min/m²).

Η ΠΥ σε έδαφος χρόνιας πνευμονοπάθειας σχετίζεται με κακή πρόγνωση, ανεξάρτητα από την υποκείμενη πνευμονική νόσο. Οι αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν μέγιστη θεραπεία της υποκείμενης νόσου. Συνιστούν επίσης χρόνια οξυγονοθεραπεία σε ασθενείς με χρόνια υποξυγοναιμία παρόλο που τα ευεργετικά αποτελέσματα αυτής της παρέμβασης έχουν αποδειχτεί, με τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες, μόνο στους ασθενείς με ΧΑΠ.

Μέχρι τώρα τα αποτελέσματα των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων κλινικών μελετών με εγκεκριμένα για την πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (ΠΑΥ) φάρμακα, σε ασθενείς με χρόνιες πνευμονοπάθειες του τύπου της ΧΑΠ ή των διάμεσων πνευμονοπαθειών και ΠΥ, ήταν αποθαρρυντικά. Σε κάποιες περιπτώσεις οι μελέτες σταμάτησαν λόγω αυξημένων θανάτων ή άλλων σοβαρών παρενεργειών, στους ασθενείς της ομάδας που έπαιρνε το φάρμακο. Στις περιπτώσεις ΠΥ λόγω ιδιοπαθούς πνευμονικής ίνωσης, νέες θεραπείες υπό έρευνα χρησιμοποιούν συνδυασμό νέων αντι-ινωτικών φαρμάκων και θεραπείες που έχουν εγκριθεί για την θεραπεία της ΠΑΥ. Η προσεκτική επιλογή τόσο των καταληκτικών σημείων στις μελέτες όσο και κυρίως των κατάλληλων ασθενών, με συγκεκριμένα αιμοδυναμικά κριτήρια, ίσως βοηθήσει στην ανάδυση καινοτόμων θεραπευτικών στρατηγικών σε αυτή την ομάδα των ασθενών.

Η χρήση των εγκεκριμένων για την θεραπεία της ΠΑΥ φαρμάκων δεν συστήνεται, από τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, στους ασθενείς με ΠΥ λόγω χρόνιας παρεγχυματικής νόσου των πνευμόνων.

Ωστόσο, οι ασθενείς με σοβαρή ΠΥ που δεν εξηγείται από την βαρύτητα της υποκείμενης πνευμονοπάθειας και χαρακτηρίζονται σαν ασθενείς με: ήπια παρεγχυματική πνευμονική νόσος με αιμοδυναμική επιβεβαίωση σοβαρής ΠΥ με υψηλές πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις και χαμηλό καρδιακό δείκτη, πρέπει να αντιμετωπίζονται σύμφωνα με τις οδηγίες που αφορούν στην ΠΑΥ [αυτό συνιστούν οι κατευθυντήριες οδηγίες τόσο της καρδιολογικής όσο και της πνευμονολογικής ευρωπαϊκής εταιρίας (ESC/ERS)]. Είναι σημαντικό να έχουμε πάντα υπόψη ότι η συνυπάρχουσα χρόνια πνευμονοπάθεια, αποφρακτικού ή περιοριστικού τύπου, μπορεί να εμπλέκεται τόσο στην εκδήλωση των συμπτωμάτων όσο και στην απάντηση στην θεραπεία.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΟ ΥΓΡΟ ΜΕΣΟ

Ευάγγελος Ντιναπόγιας

Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Επιμελητής Πνευμονολογικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ

Το αναπνευστικό σύστημα είναι πρωτίστως ένα σύστημα ανταλλαγής αερίων με τον ατμοσφαιρικό αέρα, και η άμεση έκθεσή του στο υγρό στοιχείο προκαλεί μια σειρά από προβλήματα και νοσηρές καταστάσεις οι συχνότερες εκ των οποίων είναι ο πνιγμός και οι επιπλοκές που σχετίζονται με την αυτόνομη κατάδυση.

Ο πνιγμός είναι παγκοσμίως μία πολύ σημαντική αιτία θνητότητας, ενώ για κάθε θάνατο λόγω πνιγμού υπολογίζεται ότι αντιστοιχούν τέσσερις “παρ’ ολίγον” πνιγμοί (όρος που τείνει να καταργηθεί). Πρόκειται για μία επείγουσα κατάσταση που απαιτεί άμεση παρέμβαση, αρχικά με την απομάκρυνση του θύματος από το νερό, άμεση έναρξη ΚαρδιοΠνευμονικής Αναζωογόνησης όπου ενδείκνυται, και στη συνέχεια ενδονοσοκομειακά με όλα τα απαραίτητα μέτρα προκειμένου να εξασφαλιστούν, να υποστηριχθούν και να διατηρηθούν οι ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς, ενώ ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην εξασφάλιση επαρκούς οξυγόνωσης και αερισμού από τα αρχικά στάδια της αντιμετώπισης των θυμάτων πνιγμού καθώς συχνά αναπτύσσουν σύνδρομο αναπνευστικής ανεπάρκειας. Επιπλέον, και αναλόγως του είδους του υγρού μέσου στο οποίο εκτέθηκε ο ασθενής (γλυκό - αλμυρό νερό, καθαρότητα) εφαρμόζονται επιλεκτικά μέτρα διόρθωσης πιθανών ηλεκτρολυτικών διαταραχών, αντιβιοτικά ευρέος φάσματος κ.α.

Η αυτόνομη κατάδυση (scuba diving) μέσω της χρήσης μιγμάτων αερίων κατάδυσης υπό πίεση, ενώ απελευθέρωσε τον δύτη από τον υδρομηχανικό “ομφάλιο λώρο” σύνδεσης του σκάφανδρου με το σταθμό κατάδυσης, έφερε και μία σειρά από δυνητικές επιπλοκές λόγω της εξώθησης του αναπνευστικού συστήματος και της φυσιολογίας ανταλλαγής αερίων σε ακραίες συνθήκες. Οι κυριότερες και πιο επείγουσες επιπλοκές της αυτοκατάδυσης που αφορούν στο αναπνευστικό σύστημα είναι τα βαροτραύματα, ο αρτηριακός εμβολισμός αέρα και η νόσος εξ αποσυμπίεσης (νόσος των δυτών). Ιδιαίτερη σημασία στην αντιμετώπιση της νόσου των δυτών έχει η ύπαρξη και λειτουργία μονάδων καταδυτικής Ιατρικής με θάλαμο αποσυμπίεσης και θεραπεία υπερβαρικού οξυγόνου.

ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΑ ΤΑΞΙΔΙΑ: ΠΟΤΕ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΗΣ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΝΑ ΠΕΤΑΞΕΙ ΚΑΙ ΠΩΣ;

Β. Δράμπα

Πνευμονολόγος Β' Επιμελήτρια Πνευμονολογικής Κλινικής Γ.Ν Σερρών

Κατά τη διάρκεια ενός αεροπορικού ταξιδιού οι επιβάτες εκτίθενται σε περιβάλλον χαμηλότερης ατμοσφαιρικής πίεσης σε σχέση με την αντίστοιχη στο επίπεδο της θάλασσας και κατά συνέπεια σε συνθήκες υποβαρικής υποξίας. Η χαμηλότερη μερική πίεση O_2 στο περιβάλλον του αεροσκάφους σε συνάρτηση με την αύξηση του μέσου όρου ηλικίας των επιβατών καθώς και τη συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα πτήσεων μεγάλων αποστάσεων δημιουργεί την ανάγκη ειδικής προσέγγισης των πνευμονολογικών ασθενών προκειμένου να εξασφαλιστούν όσο το δυνατόν ασφαλέστερες συνθήκες κατά τη διάρκεια της πτήσης.

Ασθενείς που χρήζουν ιατρικής αξιολόγησης πριν την πτήση είναι ασθενείς με ιστορικό εμφάνισης σοβαρών αναπνευστικών συμπτωμάτων σε προηγούμενη πτήση, ΧΑΠ σοβαρού βαθμού ($FEV1 < 30\%$), κυστική ίνωση, δύσκολα ελεγχόμενο άσθμα, μη ενεργό φυματίωση, περιοριστικού τύπου πνευμονοπάθεια σοβαρού βαθμού ($VC < 1L$), πρόσφατο πνευμοθώρακα, οξεία σοβαρή αναπνευστική λοίμωξη, σοβαρές συνοσηρότητες (νευρολογικά νοσήματα, καρδιαγγειακά νοσήματα, ΠΑΥ, αναιμία), προηγούμενο ιστορικό θρομβοεμβολικής νόσου, ΣΑΥ, παχυσαρκία.

Η αξιολόγηση του ασθενούς περιλαμβάνει τη λήψη και καταγραφή λεπτομερούς ιστορικού, τη φυσική εξέταση, τη σπироμέτρηση. Ο έλεγχος του κινδύνου υποξυγοναιμίας και η πιθανότητα χορήγησης O_2 κατά τη διάρκεια της πτήσης γίνεται με τη μέτρηση SpO_2 και PaO_2 , με ειδικές υπολογιστικές εξισώσεις και με τη δοκιμασία πρόκλησης υποξυγοναιμίας σε νορμοβαρικές ή/και υποβαρικές συνθήκες (εξέταση εκλογής). Ο τρόπος χορήγησης του O_2 (επιλογή φορητού συμπυκνωτή O_2) θα πρέπει να μελετηθεί και να προγραμματιστεί με ακρίβεια από τον ασθενή σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό και την αεροπορική εταιρία. Οι ειδικές θεραπείες όπως χρήση εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων (με συσκευή ή νεφελοποιητή), λήψη κορτικοστεροειδών, αντιβιοτικών (per os ή με νεφελοποίηση), χρήση συσκευών CPAP, λήψη αντιπηκτικών προτείνονται ανάλογα με την πάθηση προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος παρόξυνσης της νόσου κατά τη διάρκεια της πτήσης. Τέλος, προσωρινή αναβολή της πτήσης για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και επανεκτίμηση του ασθενούς κρίνεται απαραίτητη σε πρόσφατο πνευμοθώρακα, σε οξείες σοβαρές λοιμώξεις του αναπνευστικού και σε παροξύνσεις χρόνιας νόσου.

«ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ» ΣΤΑ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Μιχάλης Αγραφιώτης

Από την σκοπιά του πνευμονολόγου τα νευρομυϊκά νοσήματα που ενδιαφέρουν είναι όσα προσβάλουν τους αναπνευστικούς μυς (εισπνευστικούς, εκπνευστικούς και μυς ανωτέρου αεραγωγού) με δύο κύριες συνέπειες: κυψελιδικό υποαερισμό και υποδυναμικό βήχα. Κατά συνέπεια οι νευρομυϊκοί ασθενείς έχουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση αναπνευστικής ανεπάρκειας και λοιμώξεων. Η εφαρμογή μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού κατά τις ώρες του ύπνου έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την επιβίωση και την ποιότητα ζωής των νευρομυϊκών ασθενών. Με την εξέλιξη όμως των παθήσεων αυτών και τη συνεχιζόμενη εξασθένηση των αναπνευστικών μυών οι ανάγκες σε μηχανικό αερισμό επεκτείνονται και στη διάρκεια της ημέρας, ενώ η αποβολή των εκκρίσεων καθίσταται δυσχερής. Σε προχωρημένο στάδιο της νόσου θεωρείται αναγκαία η τραχειοστομία για τη διαχείριση των ασθενών αυτών. Τα τελευταία χρόνια πολλοί ειδικοί έχουν υποστηρίξει ότι είναι δυνατή η μη επεμβατική διαχείριση των νευρομυϊκών ασθενών τελικού σταδίου. Αυτή βασίζεται σε 1) αποβολή των εκκρίσεων με μη επεμβατικές μεθόδους, όπως ο χειρισμός επισυσσώρευσης αέρα (air-stacking) και τα μηχανικά συστήματα εμφύσησης-εκφύσησης (mechanical insufflation-exsufflation devices) 2) μη επεμβατική υποστήριξη αναπνοής καθόλη τη διάρκεια της ημέρας με τη χρήση εναλλακτικών διασυνδέσεων, όπως το επιστόμιο. Ο αερισμός ανοικτού κυκλώματος μέσω επιστομίου γίνεται σε μοντέλο assist volume control με αναπνεόμενο όγκο 0.7-1.5 L, PEEP 0 και εφεδρικές αναπνοές 0-14/min. Ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει όσες αναπνοές επιθυμεί και να τροποποιεί τη διαφυγή αέρα ανάλογα με τις ανάγκες του σε αερισμό. Με την εφαρμογή του χειρισμού επισυσσώρευσης αέρα ο ασθενής έχει επιπλέον τη δυνατότητα να αποβάλει τις εκκρίσεις του, να αυξήσει την ένταση της φωνής του και να καταπιεί με ασφάλεια.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Χασαπίδου Γεωργία

Μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός (MEMA) εφαρμόζεται σε περισσότερους ασθενείς κατ'οίκον με αποφρακτικά, νευρομυικά, νοσήματα θωρακικού κλωβού, σύνδρομο παχυσαρκίας υποαερισμού (OHS). Όλες οι συσκευές MEMA νέας τεχνολογίας διαθέτουν ρυθμίσεις για καλύτερο συγχρονισμό ασθενούς-συσκευής.

Μοντέλα MEMA: ελεγχόμενου όγκου- VCV, ελεγχόμενης πίεσης- PCV ή T mode, υποστήριξης πίεσης- PSV ή S mode, ST mode, Average volume-assured pressure support (AVAPS), Intelligent volume-assured pressure support (iVAPS), Proportional assisted ventilation (PAV). **Ρυθμίσεις συσκευής MEMA:** IPAP: θετική εισπνευστική πίεση. EPAP ή PEEP: θετική εκπνευστική πίεση. Flow Triggering: ροή πάνω από την οποία η συσκευή περνά από την EPAP στην IPAP. Rise time (pressurization rate): ο χρόνος που απαιτείται για να επιτευχθεί η IPAP. Inspiratory time (Ti): χρόνος που διαρκεί η IPAP. Cycling: τερματισμός IPAP και εκπνοή με EPAP.

Προβλήματα στο συγχρονισμό ασθενούς-συσκευής αναποτελεσματικό triggering: εισπνευστική προσπάθεια, ανίκανη να διεγείρει τη συσκευή. double-triggering: 2 αναπνοές που χωρίζονται από μικρή εκπνοή και μόνο η 1^η προκαλείται από τον ασθενή. auto-triggering: αναπνοή από τη συσκευή εξαιτίας διακύμανσης πίεσης ή ροής που δεν οφείλεται σε προσπάθεια του ασθενούς, αλλά σε διαφυγές ή νερό στο σωλήνα. πρόωρο cycling: αναπνοή με εισπνοή μικρότερη από το μισό του μέσου χρόνου εισπνοής. καθυστερημένο cycling: αναπνοή με εισπνοή μεγαλύτερη από το διπλάσιο του μέσου χρόνου εισπνοής.

Ρύθμιση συσκευής ανάλογα με το νόσημα του ασθενούς:

ΧΑΠ: $V_t=8\text{ml/Kg}$ ιδανικού ΒΣ. Υψηλή IPAP. Αύξηση EPAP σε αναποτελεσματικό triggering, σε εμμένουσα υποξαιμία. Triggering medium. Γρήγορο rise time. $Ti=0.8-1.2\text{s}$ ($\downarrow I:E=1:2-1:3$). Cycling high (30-50% μέγιστης ροής). ΝΕΥΡΟΜΥΙΚΑ: $V_t=8\text{ml/Kg}$ ιδανικού ΒΣ. Ενδιάμεση IPAP=8-10cmH₂O. Χαμηλή EPAP=4-5cmH₂O. Triggering high-very high. Αργό rise time. $Ti=1.2-1.5\text{s}$ ($\uparrow I:E=1:1$). Cycling low (10-15% μέγιστης ροής). ΟΗΣ: $V_t=7-10\text{ml/Kg}$ ιδανικού ΒΣ. Υψηλή IPAP=20-30max. Υψηλή EPAP=8-12cmH₂O. Triggering medium ή low. Slow rise time. $Ti=1.2-1.5\text{s}$ ($\uparrow I:E=1:1$). Cycling low (10-15% της μέγιστης ροής). Νοσήματα θωρακικού κλωβού IPAP>20-30cmH₂O. **Συμπερασματικά:** τις τελευταίες 2 δεκαετίες, ο MEMA έχει διαδραματίσει σπουδαίο ρόλο στην αντιμετώπιση αποφρακτικών και περιοριστικών νοσημάτων. Όμως, εξακολουθεί και υπάρχει σημαντικό κενό στις γνώσεις μας σχετικά με το συγχρονισμό της συσκευής με τη μοναδική φυσιολογία του ασθενούς. Προσεκτική επιλογή μοντέλου αερισμού και ρυθμίσεων είναι αναγκαία με στόχο έναν αποτελεσματικό αερισμό.

ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ-ΥΠΟΑΕΡΙΣΜΟΥ

Μπακαλάς Β.

Το Σύνδρομο Παχυσαρκίας – Υποαερισμού, γνωστό και ως «Σύνδρομο Pickwick», χαρακτηρίζεται από την παρουσία παχυσαρκίας με $BMI \geq 30 \text{ Kg/m}^2$, υπερκαπνίας και υποξυγοναιμίας κατά τη διάρκεια της ημέρας, καθώς και διαταραχών της αναπνοής στον ύπνο, οι οποίες στην πλειονότητα των ασθενών ανήκουν στο Σύνδρομο Αποφρακτικών Απνοιών στον Ύπνο. Χωρίς θεραπεία σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Η όσο το δυνατόν πρωιμότερη διάγνωση βελτιώνει την πρόγνωση και την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η εφαρμογή CPAP, BiPAP, ή πιο εξελιγμένων μοντέλων Μή Επεμβατικού Μηχανικού Αερισμού, έχειδειχθεί ότι διορθώνει τα εργαστηριακά ευρήματα και αμβλύνει τις κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου, όπως είναι η ημερήσια υπνηλία. Ιδανικά, η επιλογή της μεθόδου και του μοντέλου αερισμού εξατομικεύεται για τον κάθε ασθενή. Η διενέργεια τραχειοστομίας, με ή χωρίς την εφαρμογή Επεμβατικού Μηχανικού Αερισμού, επιφυλάσσεται για τις περιπτώσεις που ο Μή Επεμβατικός Αερισμός είτε δεν γίνεται ανεκτός, είτε αποτυγχάνει παρά την ικανοποιητική συμμόρφωση του ασθενούς και τη σωστή εφαρμογή του με τις βέλτιστες ρυθμίσεις. Παράλληλα με την αναπνευστική υποστήριξη και τις άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, είναι πολύ σημαντικό να μη λησμονείται ο καίριος ρόλος της απώλειας βάρους στην αντιμετώπιση του συνδρόμου.

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΟΥΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

Σιμόνα Καράμπελα

Μικροβιολογικό Εργαστήριο-Τμήμα Φυματίωσης Νοσοκομείο «Η Σωτηρία»

Σήμερα, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΠΟΥ, 10,4 εκ. είναι οι νέες περιπτώσεις TB σε όλο τον κόσμο, από τις οποίες 480.000 είναι πολυανθεκτική TB. Οι θάνατοι κάθε χρόνο είναι περίπου 1,8 εκ. και από τους MDR 170.000. Οι νέες περιπτώσεις συνλοίμωξη TB+ HIV υπολογίζονται σε 1,1 εκ. περιπτώσεις το χρόνο με 320.000 θανάτους. Σε άτομα HIV + το ποσοστό MDR και XDR στελεχών είναι περίπου 12,5%.

Ποία είναι σήμερα τα μέσα διάγνωσης της φυματίωσης που διαθέτουμε:

Μικροσκοπική εξέταση: Είναι ένα μέσο ταχείας διάγνωσης, απλή, με περιορισμένο εξοπλισμό, χρήσιμη στην αξιολόγηση της μολυσματικότητας και την ίαση.

Καλλιέργεια: Ακόμα και σήμερα, η συμβατική καλλιέργεια και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιφυματικά φάρμακα (DST) παραμένουν οι πιο ευαίσθητες μέθοδοι για την ανίχνευση και την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας της φυματίωσης. Ωστόσο, οι παραδοσιακές τεχνικές καλλιέργειας με στερεά υλικά Löwenstein-Jensen, ή Middlebrook, έχουν το μεγάλο μειονέκτημα του παρατεταμένου χρόνου ανάπτυξης. Τα ημιαυτόματα συστήματα καλλιέργειας, (Bactec 460) και τα αυτοματοποιημένα συστήματα υγρών μέσων, (MGIT 960 ή το MB/BacT) επιτρέπουν μια ταχύτερη ανάπτυξη με μέσον όρο 14- 17 ημερών.

Το DST σε στερεά υλικά με τις διάφορες μεθόδους όπως η μέθοδος της αναλογίας είναι αξιόπιστο, ωστόσο, είναι χρονοβόρο, με αποτέλεσμα ο συνολικός χρόνος διάγνωσης να διαρκεί 6-12 εβδομάδες. Μείωση του χρόνου επιτυγχάνεται με αξιοπιστία χρησιμοποιώντας τα συστήματα υγρής καλλιέργειας και για το έλεγχο ευαισθησίας.

Μοριακές τεχνικές: Οι μοριακές μέθοδοι διάγνωσης χρησιμοποιούν τεχνικές πολλαπλασιασμού του γενετικού υλικού για ανίχνευση, ταυτοποίηση και έλεγχο ευαισθησίας, μειώνοντας το χρόνο διάγνωσης σε ώρες έως μερικές ημέρες.

Πάνω από 50 εταιρείες ασχολούνται σήμερα με την ανάπτυξη νέων διαγνωστικών μεθόδων για τη φυματίωση. Η τελευταία εξέλιξη είναι η μεθοδολογία Whole Genome Sequences που δίνει τη δυνατότητα πλήρους ανάγνωση του γονιδιώματος του μικροβίου με πιθανή εφαρμοσιμότητα στο άμεσο μέλλον.

ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ: ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Κατερίνα Μανίκα

Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Μονάδα Αναπνευστικών Λοιμώξεων, Πνευμονολογική-Φυματιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

Η Λανθάνουσα Φυματίωση (ΛΦ) είναι η κατάσταση εμμένουσας ανοσιακής απάντησης στη διέγερση από αντιγόνα του *M. tuberculosis*, χωρίς όμως να υπάρχει νόσος. Στη ΛΦ το *M. tuberculosis* δεν ανιχνεύεται, δεν πολλαπλασιάζεται και δεν προκαλεί συμπτώματα, αλλά διατηρεί τη βιωσιμότητά του. Η διάγνωση της ΛΦ βασίζεται στην ανίχνευση της ανοσιακής απάντησης στο *M. tuberculosis* και μπορεί να γίνει είτε με την *in vitro* φυματινοαντίδραση (Mantoux) είτε με τις *ex vivo* δοκιμασίες απελευθέρωσης της ιντερφερόνης - γ (IGRA).

Ο έλεγχος για ΛΦ γίνεται σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού με βάση τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που περιλαμβάνουν άτομα με αυξημένο κίνδυνο έκθεσης σε ενεργό νόσο (έλεγχος περιβάλλοντος) και άτομα με αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης της ΛΦ σε ενεργό νόσο όπως άτομα με HIV, ασθενείς που πρόκειται να λάβουν θεραπεία με TNF- α κ.α.

Οι βασικές αρχές της διάγνωσης της ΛΦ είναι:

Εξετάζονται μόνο άτομα με παράγοντες κινδύνου και με σκοπό τη θεραπεία.

Κύρια προτεραιότητα πριν την έναρξη θεραπείας για την ΛΦ είναι ο αποκλεισμός των πασχόντων από ενεργό νόσο.

Η ερμηνεία των mantoux/IGRA και η χορήγηση θεραπείας θα πρέπει να γίνεται στο συγκεκριμένο πλαίσιο του κάθε εξεταζόμενου, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης και μετά από συζήτηση μαζί του.

Όσον αφορά τη μέθοδο της διάγνωσης, η mantoux πλεονεκτεί από άποψη κόστους και απλότητας αλλά έχει χαμηλότερη ειδικότητα από τις IGRA, καθώς μπορεί να είναι θετική λόγω άτυπων μυκοβακτηριδίων και κυρίως λόγω του εμβολιασμού, ιδίως αν αυτός έχει διεξαχθεί μετά το 10 έτος της ζωής. Σε καταστάσεις όπου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης, εξέλιξης σε λοίμωξη και κακής έκβασης καλό είναι να γίνονται και οι δύο μέθοδοι, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της πρώτης, και να λαμβάνεται υπόψη το όποιο θετικό αποτέλεσμα.

Συμπερασματικά, η ΛΦ αποτελεί ένα πολυεπίπεδο επιστημονικό πεδίο με σημαντικές μελέτες και ουσιαστικές εξελίξεις πάνω στις οποίες η συνεχής ενημέρωση των πνευμονολόγων και η εφαρμογή των νεότερων διεθνών οδηγιών είναι απαραίτητη. Η Ελλάδα εμφανίζει σημαντικές ιδιαιτερότητες λόγω του BCG και της δυσκολίας στη χρήση των IGRA. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό η διάγνωση και αντιμετώπιση της ΛΦ να γίνεται στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου αντιφυματικού προγράμματος.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΜΕΣΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

Κ. Δίπλα

Ph.D., Επίκουρος Καθηγήτρια, ΑΠΘ

Οι διάμεσες πνευμονοπάθειες αποτελούν μία ετερογενή ομάδα πνευμονικών νοσημάτων, που προσβάλλουν το πνευμονικό παρέγχυμα και τους αεραγωγούς. Οι περισσότεροι άνθρωποι με διάμεσες πνευμονοπάθειες παρουσιάζουν δύσπνοια και κόπωση κατά τη φυσική δραστηριότητα, προοδευτικά μπορεί να έχουν σημαντικό αποκορεσμό κατά την άσκηση, υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Η εμφάνιση συμπτωμάτων κατά τη φυσική δραστηριότητα, συχνά οδηγεί τους ασθενείς σε αποφυγή καθημερινών δραστηριοτήτων και αδρανοποίηση, επιφέροντας περαιτέρω μείωση της λειτουργικής τους ικανότητας, μυϊκή δυσλειτουργία κι επιδείνωση της ασθένειας. Οι νέες φαρμακευτικές θεραπείες για τους ασθενείς με ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση (μία από τις συνηθέστερες διάμεσες πνευμονοπάθειες), μειώνουν το ρυθμό εξέλιξης της νόσου, ωστόσο, μη-φαρμακευτικές παρεμβάσεις, όπως η συστηματική άσκηση, μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργική ικανότητα των ασθενών και την ποιότητα ζωής τους. Το πρόγραμμα άσκησης προτείνεται να πραγματοποιείται σε εξειδικευμένα κέντρα αποκατάστασης για ασθενείς με διάμεσες πνευμονοπάθειες, ώστε να είναι αποτελεσματικό κι ασφαλές και να είναι εξατομικευμένο. Βασικοί στόχοι του προγράμματος αποκατάστασης είναι (i) η εκμάθηση πιο σωστής και «οικονομικής» αναπνοής, τόσο στην ηρεμία όσο και στην άσκηση, η επιβράδυνση του αισθήματος δύσπνοιας σε καθημερινές δραστηριότητες και η εκμάθηση χρήσης συμπληρωματικού οξυγόνου, (ii) η βελτίωση της αερόβιας ικανότητας και οξυγόνωσης των σκελετικών μυών (μέσω βελτίωσης της μιτοχονδριακής και ενδοθηλιακής λειτουργίας και της ελάττωσης της αγγειακής ερήμωσης), (iii) η μείωση του ρυθμού απώλειας μυϊκής μάζας και (iv) η βελτίωση της κινητικότητας και ισορροπίας. Επίσης, τα προγράμματα αποκατάστασης περιλαμβάνουν διατροφική και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών. Τα προηγούμενα χρόνια στην Ελλάδα, οργανωμένα προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης λειτουργούσαν μόνο στην Αθήνα και συμμετείχαν κυρίως ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Πρόσφατα στη βόρεια Ελλάδα, στο ΓΝ Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» (Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Εξωτερικό Ιατρείο Διάμεσων Πνευμονοπαθειών & Σαρκοείδωσης) ξεκίνησε, πιλοτικά, πρόγραμμα αποκατάστασης για ασθενείς με διάμεσες πνευμονοπάθειες με ενθαρρυντικά αποτελέσματα, για τη λειτουργική ικανότητα των ασθενών, αλλά και την ποιότητα ζωής τους.

ΧΑΠ, ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΥΠΕΡΔΙΑΤΑΣΗ

Σταύρος Μ. Τρύφων

MD, PhD, FCCP, National Delegate ERS, Διευθυντής ΕΣΥ, Πνευμονολόγος, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΝΝΟΙΩΝ

Ο περιορισμός της εκπνευστικής ροής (expiratory flow limitation, EFL) θεωρείται γενικά ως το παθοφυσιολογικό χαρακτηριστικό της ΧΑΠ¹. Η πνευμονική υπερδιάταση (pulmonary hyperinflation, PH) είναι το συναφές φαινόμενο της EFL ίσης κλινικής σημασίας, αλλά κλινικοεργαστηριακά αξιολογείται λιγότερο συχνά². Η μέτρηση της PH σε ηρεμία είναι προγνωστική για την αναπνευστική και συνολική θνησιμότητα και απαιτείται για τον πλήρη χαρακτηρισμό του βαθμού έκπτωσης της φυσιολογίας της αναπνοής σε ασθενείς με ΧΑΠ³. Η δυναμική πνευμονική υπερδιάταση των πνευμόνων (DH) αναφέρεται στη μεταβλητή αύξηση του τελοεκπνευστικού όγκου του πνεύμονα (end-expiratory lung volume, EELV) παραπάνω από τον όγκο χάλασης (relaxation volume, VR) του αναπνευστικού συστήματος.

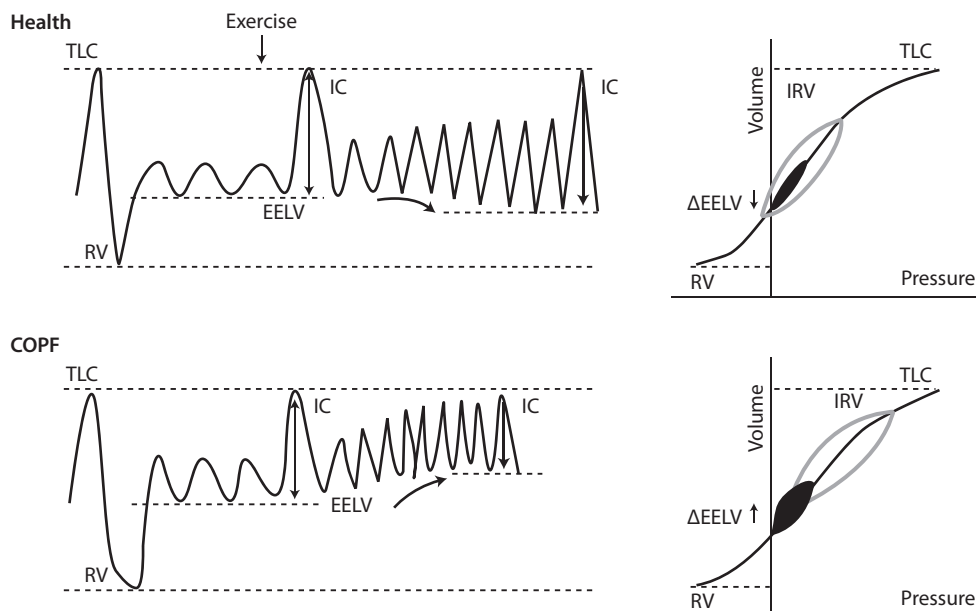
Η DH εμφανίζεται όταν ο EFL επιδεινώνεται έντονα κατά τη διάρκεια βρογχόσπασμου ή παροξυσμού, καθώς το αναπνευστικό σύστημα λειτουργεί σε περιβάλλον με αυξημένο αερισμό (ventilation, VE), εξαιτίας τόσο της αυξημένης χημειοδιεγέρσεως, όσο και της αναπνευστικής νευρικής ώσης⁴. Η περαιτέρω αύξηση της DH, όταν το αναπνευστικό σύστημα λειτουργεί σε καταστάσεις στρες, είναι ευθέως εξαρτώμενη από το βαθμό ύπαρξης PH σε ηρεμία, και μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για τη λειτουργία τόσο του αναπνευστικού όσο και το καρδιαγγειακού συστήματος⁵. Εξάλλου, η οξεία DH εμπλέκεται όλο και περισσότερο ως κύρια αιτία στη δύσπνοια - το κυρίαρχο σύμπτωμα σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις των αεραγωγών⁶.

ΥΠΕΡΔΙΑΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ

Οι δυναμικές αυξήσεις του EELV είναι αναπόφευκτες κατά τη διάρκεια της άσκησης σε ασθενείς με σημαντική EFL καθώς αποτελούν καταστάσεις με υψηλές αναπνευστικές ανάγκες⁷. Η αναπνευστική νευρωνική ώση (και οι αναπνευστικές ανάγκες) αυξάνονται σημαντικά σε ασθενείς με ΧΑΠ λόγω της επίδρασης του αυξανόμενου ποσοστού χαμένου αερισμού (wasted ventilation) – δηλαδή του υψηλού λόγου αερισμού/αιμάτωσης⁸ και, σε ορισμένες περιπτώσεις, από την εξίσου σημαντική αρτηριακή υποξαιμία ή/και δευτερογενή μεταβολική οξέωση, εξαιτίας της ανικανότητας εκτέλεσης έργου των σκελετικών μυών και/ή την κακή παροχή οξυγόνου⁹. Η αναπνευστική νευρωνική ώση είναι σημαντικά αυξημένη σε κάθε δεδομένο αερισμό σε ασθενείς με ΧΑΠ σε σύγκριση με τους υγιείς, αντικατοπτρίζοντας το αυξημένο εσωτερικό μηχανικό φορτίο στους εισπνευστικούς μύες και τη συνακόλουθη λειτουργική μυϊκή αδυναμία που προκαλείται από την αναπνοή σε μεγάλους όγκους πνεύμονα.

Στην έναρξη της άσκησης ή σε ήπια άσκηση, οι μέσες τιμές της αναπνευστικής συχνότητας και η αύξηση του αναπνεόμενου εισπνευστικού όγκου δεν έχουν παθολογική λειτουργική επίδραση, αλλά ο εκπνεόμενος χρόνος γίνεται σταδιακά πολύ μικρός για να επιτρέψει την πλήρη εκκένωση του αέρα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ήπιας DH (εικόνα 1). Η αύξηση του EELV πάνω από τις τιμές ηρεμίας, κατά μέσο όρο 0,3-0,6 L, έχει

αποδειχθεί ότι εμφανίζεται σε ποσοστό έως και 85% των ασθενών με μέτρια έως σοβαρή ΧΑΠ κατά τη διάρκεια άσκησης σε ποδήλατο¹⁰. Σε ασθενείς με σοβαρή ΧΑΠ, ο βαθμός εμφάνισης της DH ποικίλλει ευρέως, αλλά το μέγεθος της αύξησης του EELV είναι αντιστρόφως σχετιζόμενος με την εισπνευστική χωρητικότητα (inspiratory capacity, IC) στην ηρεμία. Έτσι, στους ασθενείς με χαμηλή IC ηρεμίας, λόγω της ύπαρξης σοβαρής υπερδιάτασης, ο αναπνεόμενος όγκος (tidal volume, VT) ξεπερνά ταχέως κατά τη διάρκεια της άσκησης (ακόμη και επί απουσίας DH) και φθάνει το κρίσιμο ελάχιστο επίπεδο του IRV – δηλαδή φθάνει στο αληθινό μηχανιστικό όριο όπου περαιτέρω αύξηση στον αερισμό σύντομα καθίσταται αδύνατη¹¹.



Εικόνα 1. Πνευμονικοί όγκοι σε ηρεμία και κατά τη διάρκεια άσκησης σε υγιείς και ασθενείς με ΧΑΠ. Στους φυσιολογικούς πνεύμονες, ο EELV παραμένει σχετικά σταθερός στην άσκηση καθώς ο VT μπορεί να αυξάνεται και η IC να παραμένει σχετικά σταθερή. Οι ασθενείς με ΧΑΠ αναπνέουν σε υψηλότερο EELV και χαμηλότερη IC. Κατά τη διάρκεια της άσκησης, καθώς ο αερισμός αυξάνει, αυξάνεται ο EELV (δυναμική υπερδιάταση) ωθώντας τον VT κοντύτερα προς την TLC, όπου η περαιτέρω αύξησή του περιορίζεται από τις υψηλές πιέσεις. Η IC ελαττώνεται και η αναπνοή γίνεται όλο και πιο λειτουργικά περιοριστικού τύπου ώστε ο εκτελών έργο αναγκάζεται να σταματήσει¹².

Η DH κατά την άσκηση μπορεί επίσης να είναι παρούσα σε πολλά άτομα με ήπια απόφραξη των αεραγωγών (δηλαδή με κυρίαρχη τη νόσο των περιφερικών αεραγωγών) ως αποτέλεσμα του συνδυασμού υψηλότερης αναπνευστικής ανεπάρκειας αύξησης του αερισμού και στον περιορισμό της δυναμικής εκπνευστικής ροής¹³.

Η DH εμφανίζεται κατά την έντονη εκπνευστική μυϊκή προσπάθεια και συμβαίνει "παθητικά" και όχι μετά από ενεργητική πέδηση των εισπνευστικών μυών κατά τη διάρκεια του αναπνευστικού κύκλου¹⁴. Η FEV1 δεν αποτελεί προγνωστικό δείκτη για την εμφά-

νιση DH, καθότι 15% των ατόμων που δεν εμφάνιζαν DH στην κόπωση είχαν την ίδια FEV1 με αυτούς που εμφάνιζαν¹⁵.

Η αύξηση της υπερδιάτασης των πνευμόνων καθώς εξελίσσεται η ΧΑΠ σχετίζεται με την αυξανόμενη μείωση της IC σε κατάσταση ηρεμίας¹⁶. Κατά τη διάρκεια της άσκησης όταν ο VT φθάνει περίπου το 70% της μέγιστης IC (ή όταν ο τελικός εισπνευστικός όγκος του πνεύμονα φθάσει το ~90% της TLC), είναι το σημείο (οροπέδιο) στην καμπύλη της σχέσης VT/VE, όπου ο αερισμός πλέον αυξάνεται μόνο εξαιτίας της αναπνευστικής συχνότητας, δηλαδή δυσανάλογα σε σχέση με τον VT¹⁷. Από τις παραπάνω μελέτες δεικνύεται ότι η ένταση της δύσπνοιας είναι σχετική με τους περιορισμούς στην περαιτέρω αύξηση του VT (δηλαδή την αναλογική μείωση του IRV) και όχι στο μέγεθος της DH κατά τη διάρκεια της άσκησης¹⁸.

ΧΡΗΣΗ ΒΡΟΓΧΟΔΙΑΣΤΑΛΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΥΠΕΡΔΙΑΤΑΣΗ

Όλο και περισσότερο η σύγχρονη βιβλιογραφία υποστηρίζει την μέτρηση της αύξησης της IC μετά τη λήψη βρογχοδιασταλτικών, ως τον ουσιαστικότερο δείκτη μέτρησης της πνευμονικής απο-διάτασης (deflation) στην κόπωση¹⁹. Έχει ήδη αναφερθεί ότι η αύξηση της IC δεικνύει ελάττωση της σχέσης ελαστικότητα/κατώφλι εισπνευστικού φορτίου των αναπνευστικών μυών, μία σημαντική παράμετρο για την εμφάνιση της δύσπνοιας. Αυξάνοντας λοιπόν την IC στην ηρεμία, με τη χρήση βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων, αυξάνεται η διαθέσιμη δυναμική IRV και κατά συνέπεια καθυστερεί το κριτικό σημείο εμφάνισης αναπνευστικού-μηχανικού περιορισμού της αύξησης του VT (και συνεπώς και του VE) κατά τη διάρκεια της άσκησης²⁰. Έτσι, στην άσκηση απαιτείται λιγότερη αναπνευστική προσπάθεια για να επιτευχθεί μεγαλύτερη αύξηση του VT: η “διάσταση” λοιπόν μεταξύ κεντρικής νευρικής ώσης προς το αναπνευστικό και μηχανικής απάντησης του αναπνευστικού συστήματος αργεί να εμφανιστεί. Συμπερασματικά, η βελτίωση στην άσκηση και η ανοχή στην κόπωση μετά τη χρήση των βρογχοδιασταλτικών σχετίζεται πολύ σημαντικά με την εξασφάλιση μικρότερου περιορισμού στην προσπάθεια αύξησης του VT και στην αναστολή της νευρομηχανικής διάστασης του αναπνευστικού συστήματος. Έτσι σε κάθε επίπεδο VE κατά τη διάρκεια της άσκησης η αναπνοή του ασθενούς παραμένει για μεγαλύτερο χρόνο στην γραμμικό τμήμα της καμπύλης πίεσης όγκου, γεγονός που καθυστερεί την εμφάνιση νευρομηχανικής διάστασης και δύσπνοιας²¹.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Calverley PMA, Koulouris NG. Flow limitation and dynamic hyperinflation: key concepts in modern respiratory physiology. *Eur Respir J*. 2005; 25: 186-99. doi:10.1183/09031936.04.00113204.
2. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187:347-65. doi:10.1164/rccm.201204-0596PP.
3. Tantucci C, Donati P, Nicosia F, Bertella E, Redolfi S, De Vecchi M, et al. Inspiratory capacity predicts mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*. 2008; 102: 613-9. doi:10.1016/j.rmed.2007.11.004.
4. O'Donnell DE, Parker CM. COPD exacerbations. 3: pathophysiology. *Thorax*. 2006; 61: 354-61. doi:10.1136/thx.2005.041830.
5. O'Donnell DE, Laveneziana P, Webb K, Neder JA. Chronic obstructive pulmonary disease: clinical integrative physiology. *Clin Chest Med*. 2014; 35: 51-69. doi:10.1016/j.ccm.2013.09.008.

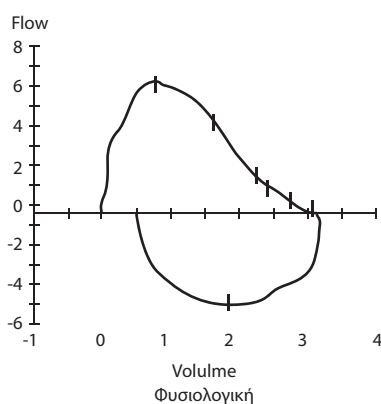
6. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012; 185: 435-52. doi:10.1164/rccm.201111-2042ST.
7. Ferguson GT. Why does the lung hyperinflate? *Proc Am Thorac Soc*. 2006; 3: 176-9. doi:10.1513/pats.200508-094DO.
8. Elbehairy AF, Ciavaglia CE, Webb KA, Guenette JA, Jensen D, Mourad SM, et al. Pulmonary gas exchange abnormalities in mild COPD: implications for dyspnea and exercise intolerance. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015; 191(12): 1384-94. doi:10.1164/rccm.201501-0157OC.
9. Chiappa GR, Borghi-Silva A, Ferreira LF, Carrascosa C, Oliveira CC, Maia J, et al. Kinetics of muscle deoxygenation are accelerated at the onset of heavy-intensity exercise in patients with COPD: relationship to central cardiovascular dynamics. *J Appl Physiol Bethesda Md* (1985). 2008; 104: 1341-50. doi:10.1152/jappphysiol.01364.2007.
10. O'Donnell DE, Revill SM, Webb KA. Dynamic hyperinflation and exercise intolerance in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001; 164: 770-7. doi:10.1164/ajrccm.164.5.2012122.
11. O'Donnell DE, Lam M, Webb KA. Measurement of symptoms, lung hyperinflation, and endurance during exercise in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998; 158: 1557-65. doi:10.1164/ajrccm.158.5.9804004.
12. O'Donnell DE. Hyperinflation, dyspnea, and exercise intolerance in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 2006; 3: 180-4. <http://dx.doi.org/10.1513/pats.200508-093DO>.
13. Guenette JA, Chin RC, Cheng S, Dominelli PB, Raghavan N, Webb KA, et al. Mechanisms of exercise intolerance in Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease grade 1 COPD. *Eur Respir J*. 2014; 44: 1177-87. doi:10.1183/09031936.00034714.
14. Laveneziana P, Webb KA, Wadell K, Neder JA, O'Donnell DE. Does expiratory muscle activity influence dynamic hyperinflation and exertional dyspnea in COPD? *Respir Physiol Neurobiol*. 2014; 199: 24-33. doi:10.1016/j.resp.2014.04.005.
15. Guenette JA, Chin RC, Cory JM, Webb KA, O'Donnell DE. Inspiratory capacity during exercise: measurement, analysis, and interpretation. *Pulm Med*. 2013; 2013: 956081. doi:10.1155/2013/956081.
16. O'Donnell DE, Guenette JA, Maltais F, Webb KA. Decline of resting inspiratory capacity in COPD: the impact on breathing pattern, dyspnea, and ventilatory capacity during exercise. *Chest*. 2012; 141: 753-62. doi:10.1378/chest.11-0787.
17. O'Donnell DE, Hamilton AL, Webb KA. Sensory-mechanical relationships during high-intensity, constant-work-rate exercise in COPD. *J Appl Physiol Bethesda Md* (1985). 2006; 101: 1025-35. doi:10.1152 / jappphysiol. 01470. 2005.
18. Guenette JA, Webb KA, O'Donnell DE. Does dynamic hyperinflation contribute to dyspnoea during exercise in patients with COPD? *Eur Respir J*. 2012; 40: 322-9. doi:10.1183/09031936.00157711.
19. O'Donnell DE. Assessment of bronchodilator efficacy in symptomatic COPD: is spirometry useful? *Chest*. 2000; 117: 425-7S.
20. O'Donnell DE, Flüge T, Gerken F, Hamilton A, Webb K, Aguilaniu B, et al. Effects of tiotropium on lung hyperinflation, dyspnoea and exercise tolerance in COPD. *Eur Respir J*. 2004; 23: 832-40.
21. O'Donnell DE, Voduc N, Fitzpatrick M, Webb KA. Effect of salmeterol on the ventilatory response to exercise in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2004; 24: 86-94.

Η ΕΙΣΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΚΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΚΑΜΠΥΛΗ ΡΟΗΣ-ΟΓΚΟΥ: ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ

Κατσούλης Κωνσταντίνος

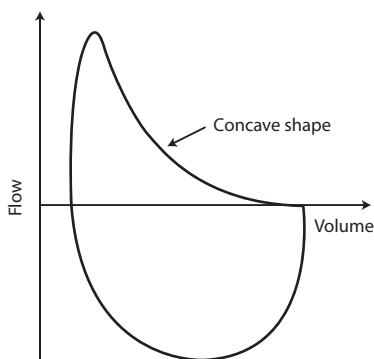
Γενικός Αρχίατρος – Πνευμονολόγος, Δντης Πνευμονολογικής κλινικής 424 Στρατ. Νοσοκ. Θεσ/νίκης

Η καμπύλη ροής – όγκου είναι η γραφική παράσταση που καταγράφει την ροή του εισπνεόμενου και εκπνεόμενου αέρα σε συνάρτηση με τον όγκο του αέρα κατά την σπιρομέτρηση. Η μορφή της καμπύλης είναι χαρακτηριστική τόσο σε φυσιολογικές όσο και σε παθολογικές καταστάσεις και μας δίνει περισσότερες πληροφορίες σε σχέση με την καμπύλη όγκου – χρόνου. Με την προϋπόθεση ότι η σπιρομέτρηση έχει εκτελεστεί σωστά μία φυσιολογική καμπύλη ροής – όγκου είναι όπως φαίνεται παρακάτω στην εικόνα 1.



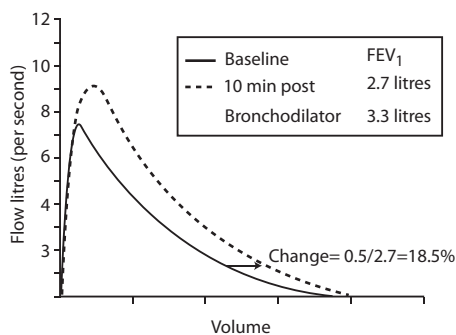
Εικόνα 1

Σε αποφρακτική διαταραχή, η μείωση του FEV1 και η μείωση του λόγου FEV1/FVC αποτυπώνεται με μεγαλύτερη κλίση της καμπύλης και χαρακτηριστική κοίλανση προς τα άνω του τελικού της τμήματος όπως φαίνεται παρακάτω στην Εικόνα 2.



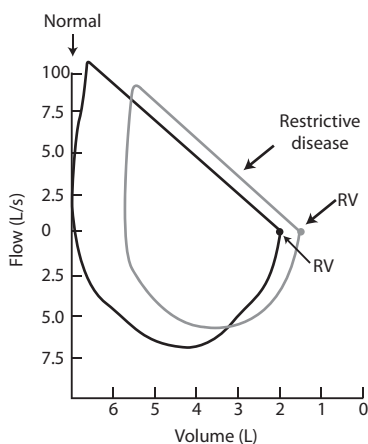
Εικόνα 2

Εμφανής επίσης είναι η βελτίωση της αποφρακτικής διαταραχής μετά από βρογχοδιαστολή όπως φαίνεται παρακάτω στην Εικόνα 3.



Εικόνα 3

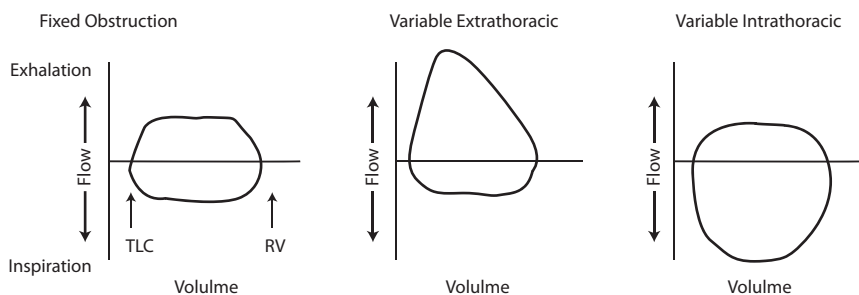
Αντιθέτως, σε περιοριστική διαταραχή όπου παρατηρείται ομοιόμορφη σχεδόν μείωση τόσο της FVC όσο και του FEV₁, η μορφολογία της καμπύλης δεν επηρεάζεται σημαντικά αλλά όλο το μέγεθός της είναι μικρότερο όπως φαίνεται στην Εικόνα 4 που ακολουθεί.



Εικόνα 4

Ιδιαίτερα χρήσιμη όμως είναι η καμπύλη ροής – όγκου και για την ανίχνευση αποφρακτικής διαταραχής των ανωτέρων αεραγωγών και μάλιστα είναι διαφορετική αν η απόφραξη είναι μεταβλητή ή σταθερή, ενδοθωρακική ή εξωθωρακική. Σε σταθερή απόφραξη παρατηρείται επιπέδωση της ροής τόσο στην εισπνοή όσο και στην εκπνοή (Εικόνα 5α).

Σε μεταβλητή εξωθωρακική απόφραξη ο συνδυασμός ατμοσφαιρικής και υπεζωκοτικής πίεσεως περιορίζει το εισπνευστικό τμήμα της καμπύλης (Εικόνα 5β) ενώ σε μεταβλητή ενδοθωρακική περιορίζεται το εκπνευστικό (Εικόνα 5γ).



Εικόνα 5α

Εικόνα 5β

Εικόνα 5γ

Τέλος, ο συνδυασμός αποφρακτικής και περιοριστικής διαταραχής παράγει το λεγόμενο μικτό πρότυπο ή μικτή διαταραχή στην οποία η καμπύλη παρουσιάζει στοιχεία και από τα δύο είδη παθήσεων καθιστώντας δύσκολη τη διαφοροδιάγνωση μόνο από το σχήμα της.

ΤΟ ΔΙΑΘΩΡΑΚΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

A. Δημητρίου

MD, MSc

Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα αποτελεί μια ταχέως εξελισσόμενη μέθοδο στην εκτίμηση παθήσεων του πνεύμονα και του υπεζωκότα. Το γεγονός ότι το διαθωρακικό υπερηχογράφημα αποτελεί μια εξέταση απλή, ακίνδυνη, φθηνή και ταχεία, και χρήζει μόνο βασικές ικανότητες χειριστή, την καθιστά ένα ελκυστικό απεικονιστικό εργαλείο στα χέρια των Πνευμονολόγων, σε καθημερινή βάση.

Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα συμπληρώνει και βελτιστοποιεί την κλινική εξέταση του αναπνευστικού συστήματος, και παρέχει σημαντική βοήθεια στη διαφορική διάγνωση διαφόρων πνευμονολογικών νοσολογικών οντοτήτων, δίπλα στο κρεβάτι του ασθενούς, και χωρίς έκθεση ασθενούς και χειριστή σε ακτινοβολία.

Η ποιοτική αναβάθμιση του υπερηχογραφικού μηχανήματος, με βελτιστοποίηση της ποιότητας της απεικόνισης και μείωση των διαστάσεων του υπερηχογράφου, έχει οδηγήσει σε αύξηση του εύρους των κλινικών εφαρμογών του. Χρησιμοποιείται ήδη σε πολυάριθμες επεμβατικές και μη, διαγνωστικές εφαρμογές στις νόσους του θώρακα, με δυνατότητα διενέργειας και από ιατρούς μη Ακτινολόγους, χωρίς καταστολή του ασθενούς και με ελάχιστη παρακολούθηση ζωτικών σημείων.

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η περιγραφή των βασικών αρχών, τεχνικών και περιορισμών του διαθωρακικού υπερηχογραφήματος στη μελέτη των παθήσεων του θώρακα, ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και παρουσίαση των κλινικών εφαρμογών της μεθόδου, καθώς και πιθανών μελλοντικών εφαρμογών της μεθόδου από Πνευμονολόγους.

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ηλίας Πορφυρίδης

MD, PhD, Υπεύθυνος Εργαστηρίου Επεμβατικής Πνευμονολογίας Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την κυρίαρχη αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως. Η ακριβής διάγνωση και σταδιοποίηση, η μοριακή ταξινόμηση, ο έλεγχος γενετικών μεταλλάξεων είναι σημαντικό για την πρόγνωση και αντιμετώπιση. Η κλινική εικόνα και τα ακτινολογικά ευρήματα παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τον διαγνωστικό αλγόριθμο.

Τα τελευταία χρόνια η βρογχοσκόπηση εξελίχθηκε. Πολλές ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές είναι διαθέσιμες για τη διάγνωση ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

Η εύκαμπτη βρογχοσκόπηση με τις συμβατικές τεχνικές (βιοψίες, washing, brushing, συμβατική διαβρογχική αναρρόφηση με βελόνη-cTBNA) είναι αποτελεσματικές για τη διάγνωση κεντρικών βλαβών. Η νέα τεχνική της κρυοβιοψίας παρέχει μεγαλύτερες βιοψίες και αυξάνει τη διαγνωστική ακρίβεια. Η βρογχοσκόπηση με αυτοφθορισμό και narrow band imaging αναδεικνύουν προκαρκινικές αλλοιώσεις, την υποβλεννογόνια εξάπλωση του όγκου αποδείχθηκαν χρήσιμα για τη σταδιοποίηση του όγκου (T).

Νέες τεχνολογικές εφαρμογές, όπως ο ενδοβρογχικός υπέρηχος (EBUS), η καθοδηγούμενη βρογχοσκόπηση (electromagnetic navigation, navigation bronchoscopy) και τα λεπτό νεότερης τεχνολογίας βρογχοσκόπια αποδεικνύονται αξιόπιστα στη διάγνωση των περιφερικών βλαβών. Η cTBNA και η καθοδηγούμενη από ενδοβρογχικό (EBUS-TBNA) ή ενδοσκοπικό (EUS-FNA) υπέρηχο είναι ασφαλείς τεχνικές για τη διάγνωση των πυλαίων/μεσοθωρακικών βλαβών. Αποτελούν πλέον την εξέταση εκλογής για τη σταδιοποίηση των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου (N), ενώ η χρήση μεγαλύτερων βελόνων και λαβίδων βιοψίας, πετυχαίνει τη λήψη μεγαλύτερων ιστοτεμαχιδίων, απαραίτητων για ανοσοιστοχημική και μοριακή ανάλυση. Νεότερες τεχνικές, όπως η EBUS-elastography και η confocal laser endomicroscopy βελτιώνουν τη διαγνωστική ακρίβεια της βρογχοσκόπησης.

Οι απομακρυσμένες μεταστάσεις επηρεάζουν τις θεραπευτικές αποφάσεις. Τα επινεφρίδια αποτελούν σύνθητες σημείο μεταστάσεων. Βιοψία του επινεφριδίου μπορεί με ασφάλεια να επιτευχθεί με το EUS ή EBUS ενδοσκόπιο. Τέλος, για τη διάγνωση της κακοήθους πλευρίτιδας η ελάχιστα επεμβατική θωρακοσκόπηση (medical thoracoscopy) παρέχει τη δυνατότητα επισκόπησης του υπεζωκότα και βιοψίας των ύποπτων βλαβών.

Η επεμβατική πνευμονολογία εξελίσσεται συνεχώς, με στόχο ελάχιστα επεμβατικές, ακριβείς και ασφαλείς τεχνικές για τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα. Σε συνδυασμό με τις νεότερες θεραπείες ελπίζουμε στη βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rivera P, Mehta A, Wahidi M. Establishing the Diagnosis of Lung Cancer, Diagnosis and Management of Lung Cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians, Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST 2013; 143: 142-165.

2. Vilmann P, Clementsen P, Colella S et al. Combined endobronchial and esophageal endosonography for the diagnosis and staging of lung cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline, in cooperation with the European Respiratory Society (ERS) and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *Endoscopy* 2015; 47: 545-559.
3. Ali M, Trick W, Mba B et al. Radial endobronchial ultrasound for the diagnosis of peripheral pulmonary lesions: A systematic review and meta-analysis. *Respirology* 2017; 22: 443-453.
4. Rahman N, Ali N, Brown G et al. Local anaesthetic thoracoscopy: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax* 2010; 65: 54-60.
5. Porfyridis I, Georgiadis G, Michael M et al. Rapid on-site evaluation with the Hemacolor rapid staining method of medical thoracoscopy biopsy specimens for the management of pleural disease. *Respirology* 2016; 21: 1106-12.

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΘΜΑ. ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΜΑΣΤΕ;

Μαρκάτος

Με τον όρο «βιοδείκτης» (biomarker) αναφερόμαστε σε μετρήσιμες ουσίες ενός βιολογικού συστήματος, που οι διαφορές στην συγκέντρωσή τους αντανakλούν σε διαταραχές στην φυσιολογική λειτουργία του συστήματος.

Το άσθμα αποτελεί μια ετερογενή νόσο των αεραγωγών. Στους ασθενείς που πάσχουν από άσθμα βρίσκουμε διαφορετικούς τύπους φλεγμονής των βρόγχων (bronchial inflammation). Η ανταπόκριση στη θεραπεία του άσθματος μπορεί να προβλεφθεί με τη χρήση βιοδεικτών (biomarkers) οι οποίοι ανιχνεύουν την τύπου 2 υψηλή (Type2 high ή T2-high) ή την τύπου 2 χαμηλή (Type2-low ή T2-low) φλεγμονή. Βασιζόμενοι στην ανάλυση των κυττάρων των προκλητών πτυέλων, μπορούμε να περιγράψουμε τέσσερις βασικούς φλεγμονώδεις φαινότυπους. Καθώς η διαδικασία της ανάλυσης των προκλητών πτυέλων είναι χρονοβόρα και δαπανηρή, η εύρεση κατάλληλων υποκατάστατων βιοδεικτών αποτελεί μια χρήσιμη και πολλά υποσχόμενη διαδικασία στην κλινική πρακτική.

Ο ηωσινοφιλικός ασθματικός φαινότυπος είναι πιθανό ότι αντικατοπτρίζει τη συνεχόμενη προσαρμοστική ανοσία (adaptive immunity) σε απάντηση στα αλλεργιογόνα. Υπάρχουν αρκετοί βιοδείκτες του ηωσινοφιλικού άσθματος οι οποίοι είναι διαθέσιμοι στην κλινική πρακτική (ηωσινόφιλα αίματος, IgE ορού, εκπνεόμενο NO, περιεστίνη ορού). Το ουδετεροφιλικό άσθμα, από την άλλη, πιστεύεται ότι αντικατοπτρίζει την ενεργοποίηση του έμφυτου ανοσοποιητικού συστήματος (innate immune system) ως απάντηση σε ρύπους ή μολυσματικούς παράγοντες, ενώ το ακοκκιοκυτταρικό άσθμα (paucigranulocytic asthma) θεωρείται ότι δεν είναι φλεγμονώδες και χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία των λείων μυϊκών ινών των βρόγχων. Σήμερα δεν έχουμε ακόμη στη διάθεσή μας αξιόπιστους βιοδείκτες αναφορικά με το ουδετεροφιλικό άσθμα.

Σε αυτήν την παρουσίαση, μελετούμε τους διαθέσιμους βιοδείκτες για τη διαχείριση του άσθματος.

ΠΛΑΝΟ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

ΦΟΥΚΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Οι κύριοι στόχοι της αντιμετώπισης του άσθματος που περιλαμβάνουν την επίτευξη και διατήρηση του ελέγχου των συμπτωμάτων, την εξασφάλιση φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας και επιπέδων δραστηριότητας, την ελαχιστοποίηση των παροξύνσεων και την πρόληψη της θνητότητας, συχνά δεν επιτυγχάνονται ευρέως και η αντιμετώπιση της νόσου δεν είναι βέλτιστη. Τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης ως μέρος μιας συστηματικής προσέγγισης στο άσθμα έχουν σημαντική θέση στη θεραπευτική στρατηγική, καθώς όταν εφαρμόζονται σωστά μπορούν να περιορίσουν την επιβάρυνση από τη νόσο και να μειώσουν τόσο το υψηλό προσωπικό κόστος για τους ασθενείς, όσο και το σημαντικό οικονομικό κόστος για το σύστημα υγείας. Ωστόσο, παρά τα αποδεδειγμένα οφέλη, η καθοδηγούμενη αυτοδιαχείριση, ιδίως μέσω της χρήσης προκαθορισμένων πλάνων δράσης, παραμένει ανεπαρκώς αξιοποιημένη. Παρόλο που η στρατηγική αυτή έχει αποδειχθεί επιτυχής στη διάρκεια μελετών, η εφαρμογή της στην καθημερινή πρακτική είναι περιορισμένη. Ως εκ τούτου, αυξάνεται το ενδιαφέρον για το δυναμική του Διαδικτύου και άλλων ψηφιακών μέσων για την παροχή εξατομικευμένης υποστήριξης αυτοδιαχείρισης, διατηρώντας παράλληλα τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, με μεγαλύτερο περιθώριο ενσωμάτωσης στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Δεδομένα από μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει ένα «παράθυρο ευκαιρίας» ανάμεσα στην επιδείνωση των συμπτωμάτων και την εμφάνιση παρόξυνσης άσθματος, κατά τη διάρκεια του οποίου θα μπορούσε να ληφθεί προληπτική δράση. Τα συστήματα τηλεϊατρικής στο σπίτι έχουν ενσωματωμένους αλγόριθμους για την πρόβλεψη και τη διαστρωμάτωση του κινδύνου, ενώ η εφαρμογή της τεχνητής νοημοσύνης στα υπάρχοντα δεδομένα παρακολούθησης των ζωτικών σημείων μέσω συνδεδεμένων συσκευών και εφαρμογών mHealth είναι εφικτή και επιτρέπει την παρακολούθηση της κατάστασης του άσθματος παρέχοντας δεδομένα σε πραγματικό χρόνο, γεγονός που θα μπορούσε να διευκολύνει την αλληλεπίδραση ασθενή-ιατρού με στόχο τη μείωση των παροξύνσεων και την εξατομίκευση της θεραπείας.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αγγελική Χέβα

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής, Ε.Γ.Π.Π.Α., Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

Σύμφωνα με την νέα IASLC/ATS/ERS ταξινόμηση του 2011 που αποτυπώνεται στην έκθεση της WHO του 2015 και με βάση τα μορφολογικά χαρακτηριστικά κυρίως των αδενοκαρκινωμάτων, νέοι όροι και υποκατηγορίες έρχονται να προστεθούν ενώ κάποιοι παλαιότεροι τύποι εξαλείφονται. (1) Αποθαρρύνεται η χρήση των όρων βρογχοκυψελιδικό καρκίνωμα (BAC) και μικτού υποτύπου αδενοκαρκίνωμα. (2) Προστίθεται ο όρος αδενοκαρκίνωμα *in situ* ως μια προδιηθητική εξεργασία. (3) Προστίθεται ο όρος ελάχιστα διηθητικό αδενοκαρκίνωμα. (4) Κατατάσσεται το διηθητικό αδενοκαρκίνωμα σύμφωνα με τον προεξάρχοντα υπότυπο. (5) Εισάγονται οι όροι λεπιδικό αδενοκαρκίνωμα καθώς και (6) ο όρος διηθητικό βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα. (7) Εξαλείφονται οι όροι αδενοκαρκίνωμα από διαυγή κύτταρα ή από κύτταρα δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου. (8) Εξαλείφεται ο όρος βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα.

Επίσης για τους τύπους της νέας ταξινόμησης προτείνεται ένα τριβάθμιο *grade* που έχει και προγνωστική σημασία και στηρίζεται στην αρχιτεκτονική των νεοπλασμάτων με το λεπιδικό αδενοκαρκίνωμα να θεωρείται *grade* 1, το κυψελιδικό και το θηλώδες *grade* 2 και το συμπαγές και μικροθηλώδες *grade* 3 αντίστοιχα.

Η ταξινόμηση του νεοπλάσματος με βάση το μέγεθος και την επέκταση του, την ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων και την παρουσία απομακρυσμένων ή όχι μεταστάσεων (TNM classification), καθώς και η σταδιοποίηση του όγκου (staging) με βάση τα παραπάνω παραμένει ο σοβαρότερος προγνωστικός παράγοντας, με αλλαγές που έχουν γίνει έως και πρόσφατα (IASLC Proposals, updated 2016).

Τέλος, στην πρόγνωση για την πορεία και την εξέλιξη της νόσου του κάθε ασθενούς, έως και στην πρόβλεψη όσο αφορά στην ανταπόκριση του στην θεραπεία, είτε του αρχικού όγκου, είτε της υποτροπής αυτού, έρχονται να προστεθούν μοριακοί δείκτες πολλοί από τους οποίους αφορούν οδηγές μετάλλαξης (driver mutations) ή και έκφραση πρωτεϊνών σχετιζόμενων με την ανταπόκριση στην ανοσοθεραπεία.

Το διαγνωστικό υλικό κυρίως όταν πρόκειται για το περιορισμένο υλικό των μικροβιοψιών ή από cell block, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό κατά την διάρκεια της ιστολογικής εξέτασης, ώστε στην συνέχεια να μπορούν να γίνουν ανοσοϊστοχημικές, με *in situ* υβριδισμό, ή άλλες μοριακές εξετάσεις για EGFR, Alk, ROS1, RET, BRAF, KRAS, PDL1 κτλ.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Μ. ΣΑΡΟΓΛΟΥ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική πρόοδος στη φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκίνου πνεύμονα, ωστόσο η χειρουργική αντιμετώπιση παραμένει η μόνη θεραπευτική αγωγή. Περιλαμβάνοντας αφαίρεση λειτουργικού πνευμονικού ιστού, έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της πνευμονικής λειτουργίας μετεγχειρητικά. Κατά συνέπεια η απόφαση να χειρουργηθεί ένας ασθενής εξαρτάται από μία ικανοποιητική προεγχειρητική αξιολόγηση που βασίζεται στην απάντηση δύο ερωτήσεων:

Είναι η κατάσταση του ασθενούς κατάλληλη για χειρουργική αντιμετώπιση;

Είναι το προτεινόμενο χειρουργείο ασφαλές για τον ασθενή;

Η εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου βασίζεται αρχικά σε αποδεδειγμένους δείκτες κινδύνου ενώ αναλυτική εξέταση για στεφανιαία νόσο, δεν ενδείκνυται, εάν ο ασθενής έχει αποδεκτή ανοχή στην άσκηση, όπως η απουσία συμπτωμάτων κατά την άνοδο δύο ορόφων.

Η πνευμονολογική προεγχειρητική αξιολόγηση περιλαμβάνει δύο παραμέτρους:

- 1) Προσδιορισμό της λειτουργικής χωρητικότητας προεγχειρητικά
- 2) Υπολογισμό της απώλειας λειτουργικής χωρητικότητας συνεπεία του επικείμενου χειρουργείου.

Μπορεί να προβλεφθεί μία αυστηρώς ανατομική μείωση των προεγχειρητικών τιμών της TLC, VC και FEV₁ συνεπεία πνευμονεκτομής. Στην πράξη όμως, η μείωση της VC και της TLC τείνει να είναι μικρότερη από ότι αναμένεται μετά από πνευμονεκτομή/λοβεκτομή και παρατηρείται μια μεγάλη διακύμανση στην απώλεια των λειτουργικών πνευμονικών όγκων που εξηγείται λόγω της διαφορετικής προεγχειρητικής λειτουργικής συνδρομής του λοβού ή του πνεύμονα που αφαιρέθηκε. Σύμφωνα με τα παραπάνω είναι πιο συνετό να μην ορίζεται ένα απόλυτο επίπεδο προεγχειρητικής πνευμονικής λειτουργίας για να καθοριστεί αν υπάρχει δυνατότητα χειρουργικής παρέμβασης, αλλά να εκτιμώνται οι συνέπειες της χειρουργικής εκτομής στην πνευμονική λειτουργία και να προβλέπεται η μετεγχειρητική λειτουργία, ο μετεγχειρητικά δηλ. υπολογιζόμενος FEV₁ (predicted post-operative, ppo) [ppoFEV₁ <40% αύξηση θνητότητας 16-50%] και ο DLCO (<40%, υψηλός κίνδυνος επιπλοκών). Το σπινθηρογράφημα αιμάτωσης φαίνεται επίσης ότι αποτελεί καλό προγνωστικό δείκτη της μετεγχειρητικής πνευμονικής λειτουργίας. Ενώ σημαντικός είναι και ο ρόλος της καρδιοπνευμονικής δοκιμασίας ασκήσεως (CPET) καθώς όχι μόνον εκτιμά το σύνολο των καρδιοπνευμονικών εφεδρειών του ασθενούς αλλά μπορεί να προσδιορίσει και το αίτιο που ευθύνεται για τη διακοπή της άσκησης (καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, μυοσκελετικό). Τιμές VO₂ >20ml/kg/min, (>75% προβλεπόμενης) αποτελούν δείκτη ασφαλούς μετεγχειρητικής πορείας πνευμονεκτομής ενώ τιμές <10ml/kg/min (<40% προβλεπόμενης) αποτελούν δείκτη υψηλής επικινδυνότητας για οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση μείωσης πνευμονικού όγκου.

Πολλές φορές η απόφαση δεν μπορεί να στηριχθεί σε μια τιμή και μόνο, αλλά χρειάζεται μια σειρά χειρισμών για την ολοκλήρωση του ελέγχου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Codice GL, Shafazand S, Griffin JP, et al. Physiologic evaluation of the patient with lung cancer bein considered for resectional surgery: ACCP evidenced-based clinical practice guidelines (2th Edition). Chest 2007; 132(Suppl 3): 161-177S.
2. Brunelli A, Al Refai M, Monteverde M, et al. Predictors of early morbidity after major lung resection in patients with and without airflow limitation. Ann Thor Surg 2002; 74:999-1003.
3. Varela G, Brunelli G, Rocco G et al. Evidence of lower alteration of expiratory volume in patients with airflow limitation in the immediate period after lobectomy. Ann Thor Surg 2007; 84: 417-422.
4. Varela G, Brunelli A, Rocco G, et al. Measured FEV1, in the first postoperative day, and not ppo FEV1, is the best predictor of cardio-respiratory morbidity after lung resection. EJ Cardiothor Surg 2003; 1: 518-521.
5. Win T, Jackson A, Sharples L, et al. Cardiopulmonary exercise tests and lung cancer surgical outcome. Chest 2005; 127: 1159-1165.
6. Loewen GM, Watson D, Kohman L, et al. Preoperative exercise VO2 measurement for lung resection candidates: results of Cancer and Leucemia Group B Protocol 9238. J Thor Onc 2007; 2: 619-625.
7. ers/ests clinical guidelines on fitness for radical therapy in lung cancer patients (surgery and chemoradiotherapy)",European Respiratory Journal, july 2009; 34: 17-4.

ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ, ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ

Δράκου Θεοδώρα

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Υπ. ΜSc Δ.Π.Θ., Δευτεροβάθμια Υγειονομική Επιτροπή Μακεδονίας Θράκης, Θεσσαλονίκη

Ο στόχος των λειτουργιών της Υγείας είναι να μπορούν και να καθοδηγούν τους ασθενείς στο πως να χρησιμοποιηθούν βέλτιστα όλες οι προβλεπόμενες παροχές που προβλέπει ο Νομοθέτης, μέσα στο παρόν δυσχερές και ασφυκτικό οικονομικό πλαίσιο.

Έγινε ανασκόπηση των κείμενων διατάξεων, με όλες τις τελευταίες τροποποιήσεις και εγκυκλίους καθώς επίσης αξιολογήθηκε και η εμπειρία των Υγειονομικών Επιτροπών με βάση τα έκτακτα ζητήματα που ανακύπτουν, των οποίων η οργανωμένη αντιμετώπιση αποτελεί το μοχλό εξέλιξης της Νομοθεσίας.

Από τη διαχρονική εξέταση του υλικού προκύπτει ότι υπάρχει διαρκής αναθεώρησης των προβλεπόμενων διατάξεων, λόγω: του στενού οικονομικού πλαισίου, της ανάγκης εξορθολογισμού, καθώς και της εξέλιξης των ιατροτεχνολογικών παροχών. Από την εμπειρία των Υγειονομικών Επιτροπών προκύπτει η ύπαρξη ελλειπών ενημέρωσης 1) ασθενών και συνοδών τους για τα δικαιώματά τους ή για τις παρεχόμενες αρωγές της Πολιτείας, 2) των εργαζόμενων των υπηρεσιών υγείας.

Παρά την πληροφορική επανάσταση και τη δημιουργία πιλοτικών εργαλείων διάχυσης της πληροφορίας στην Κοινότητα η πληροφόρηση γίνεται μόνο περιστασιακά, δηλαδή σε συνθήκες νόσου. Συνεπώς χρειάζεται υποκίνηση όλων στην προσβασιμότητα και χρησιμοποίηση αυτής της πληροφόρησης.

Ειδικότερα στη συνέχεια, αναφέρονται ομαδοποιημένα όλα τα παρεχόμενα προνόμια των ασθενών με πνευμονολογικά νοσήματα:

1. Τα άτομα με σοβαρή νόσο του πνεύμονα έχουν **δικαίωμα νοσηλείας** και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είτε είναι ασφαλισμένα, είτε ανασφάλιστα (Ν.4368/2016).
2. Σε **παροχές σε χρήμα** οι αναπνευστικοί ασθενείς δικαιούνται: επίδομα αεροθεραπείας (ΦΕΚ 3054/18-11-2012), νοσηλεία στο εξωτερικό σε περιπτώσεις μη αντιμετωπίσιμες στην Ελλάδα (ΑΔΑ:ΩΨ7ΜΟΞ7Μ-ΙΜΦ), επίδομα ασθένειας από το ταμείο τους (πρωήν ασφαλισμένοι Ι.Κ.Α.) ή επίδομα βαριάς αναπηρίας από την Πρόνοια αν πρόκειται για ανασφάλιστους (Ν. 4331/2015) και σε ειδικές περιπτώσεις επίδομα στέγασης, ανήλικου τέκνου ή έκτακτου επιδόματος.
3. Σε **μεταμοσχευμένους ασθενείς με πνεύμονα** (Α.Π. Υ1/Γ.Π.οικ.84391/2007 (ΦΕΚ 1165 Β') δίδεται διατροφικό επίδομα.
4. Σε **παροχές υπηρεσιών** χορηγείται πάσο μειωμένων εισιτηρίων σε αστικές συγκοινωνίες (Π3α/Φ11/ΓΠ.οικ 12395/7-2-2003 ΚΥΑ άρθ.1), μειωμένοι ναύλοι σε ακτοπλοϊκές γραμμές(Ν.1728/2013, Ν1129/2014), κοινωνικές παροχές όπως κάρτα κοινωνικού τουρισμού, κοινωνικό τιμολόγιο σε ΔΕΗ, ΕΥΑΘ, δημοτικά τέλη, φοροαπαλλαγές ή φοροελαφρύνσεις, επιδοτήσεις νέων επαγγελματιών, απαλλαγή από στρατιωτική θητεία.
5. Ασθενείς από σοβαρές νόσους του πνεύμονα εργαζόμενοι ως **δημόσιοι υπάλληλοι**

έχουν δικαίωμα σε ειδικές συνθήκες εργασίας όπως αλλαγή αντικείμενου εργασίας, μειωμένο ωράριο μιας ώρας, ειδικές άδειες διαθεσιμότητας από την υπηρεσία τους λόγω νόσου, πρόωρη συνταξιοδότηση ή/και επαναναπρόσληψη μετά από ίαση, μεταθέσεις κ μετατάξεις (Ν.3528/2007, Ν4331/2015).

6. Ταυτόχρονα υπάρχουν και παροχές για **ειδικές ομάδες ασθενών** όπως των μαθητών (Ν. 3794/2009, άρθρο 35 (ΦΕΚ 156 Α'), φοιτητών (Ν. 4186/2013, άρθρο 34 (ΦΕΚ 193 Α'), των εκπαιδευτικών (Π.Δ. 50/1996 αρθ. 13), των φυλακισμένων (Ν.4322 /2015).

7. Των προνομίων δεν εξαιρούνται **οι νοσούντες ιατροί με νεοπλασματική νόσο ή κυστική ίνωση**, με διατάξεις που αφορούν τις ιατρικές ειδικότητες (Ν3599/2007 αρθ. 30, Ν.3818/2011 αρθ. 67, Ν. 3418/2005 αρθ. 41) και την απαλλαγή της υπηρεσίας υπαίθρου (Ν.2071/1992 αρθ. 23), ή τοποθέτηση τους ως επικουρικών (Ν3209/2003 αρθ. 21) ή της χρονολογικής παράτασης πρόσληψης του ιατρού (Υπ. Αποφ. Αρ. Φύλλου 1232/1998).

Είναι αναγκαιότητα να ενημερωθεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τις παροχές και τα δικαιώματα των καρκινοπαθών, των ασθενών με νόσους του Πνεύμονα και των ατόμων με προσωρινή ή μόνιμη αναπηρία ώστε να μπορέσουν να παρέχουν μια πιο ολιστική αντιμετώπιση και ανακούφιση τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον τους.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΑΠΝΟΙΩΝ

Σιώπη Δήμητρα

Επιμελήτρια Α', Πνευμονολογική κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου

Οι διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο και ειδικά το σύνδρομο αποφρακτικών απνοιών είναι ένα συχνό κλινικό πρόβλημα, με τα πιο πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία να καταγράφουν μια αύξηση στον επιπολασμό νόσου, που αποδίδεται κυρίως στην αυξημένη διάσταση του φαινομένου της παχυσαρκίας.

Ένας ασθενής με σύνδρομο αποφρακτικής ή κεντρικής άπνοιας του ύπνου μπορεί να παρουσιαστεί με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων όπως ροχαλητό, μαρτυρία απνοιών, αίσθημα πνιγμού και νυκτουρία, αλλά και ημερήσια υπνηλία ή κόπωση. Πολλές φορές ωστόσο, τα δύο συχνότερα συμπτώματα, το ροχαλητό και η ημερήσια υπνηλία δεν αξιολογούνται από τους ασθενείς ούτε από τους θεράποντες ιατρούς στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Σαν συνέπεια των παραπάνω, η διάγνωση του συνδρόμου μπορεί να καθυστερήσει κατά πολλά έτη, κάτι που έχει σημαντικές κλινικές συνέπειες, με δεδομένη την καρδιαγγειακή επιβάρυνση, αλλά και κοινωνικές συνέπειες, μιας και το σύνδρομο συσχετίζεται με αύξηση του κινδύνου για τροχαία και εργατικά ατυχήματα.

Η διάγνωση του συνδρόμου κεντρικών απνοιών μπορεί να είναι ένα δύσκολο έργο, αφού σε αυτή την ομάδα ασθενών προεξάρχουν τα συμπτώματα του υποκείμενου νοσήματος (καρδιακή ανεπάρκεια, ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια, νευροεκφυλιστικά νοσήματα, τραύμα ή φλεγμονή κεντρικού νευρικού συστήματος). Τα τυπικά ευρήματα (παχυσαρκία, ροχαλητό, ημερήσια υπνηλία) απαντώνται λιγότερο συχνά, ενώ η διαταραχή της ποιότητας του ύπνου, αϋπνία, αφυπνίσεις με την χαρακτηριστική «δίψα για αέρα» και υπεραερισμός είναι συνηθέστερα.

Και στις γυναίκες η συμπτωματολογία που περιγράφεται διαφοροποιείται από την τυπική κλινική εικόνα, αποπροσανατολίζοντας τους επαγγελματίες υγείας και καθιστώντας τη διαφορική διάγνωση της υπνικής άπνοιας μια πρόκληση. Συχνά περιγράφονται αϋπνία, σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, κατάθλιψη, εφιάλτες, αίσθημα παλμών, ψευδαισθήσεις.

Αφού τεθεί η κλινική υποψία και γίνει παραπομπή για περαιτέρω διερεύνηση, ακολουθεί η συνέντευξη, ένα λεπτομερές ιστορικό ύπνου με τη βοήθεια ερωτηματολογίων και η φυσική εξέταση για την αρχική αξιολόγηση των ασθενών. Την οριστική διάγνωση θα θέσει η διαγνωστική μελέτη ύπνου για την οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες μέθοδοι, με την επιτηρούμενη πολυυπνογραφική μελέτη εντός του εργαστηρίου να αποτελεί το “χρυσό στάνταρ”.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ: ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ

Μάρθα Λαδά

Πνευμονολόγος

Η αιμόπτυση είναι η αποβολή καθαρού ή αναμεμιγμένου με πτύελα αίματος με το βήχα που προέρχεται από το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα. Έχει ετήσια επίπτωση 0,1% σε εξωτερικούς ασθενείς και 0,2% στους νοσηλευόμενους. Συνήθως οφείλεται σε ρήξη κλάδων των βρογχικών αρτηριών, ενώ λιγότερο συχνά το αίμα προέρχεται από την πνευμονική κυκλοφορία. Η ποσότητα του αποβαλλόμενου αίματος κυμαίνεται από ελάχιστη ποσότητα με την απόχρεμψη (αιμόφυρτα) μέχρι σημαντικής ποσότητας, που αποτελεί επείγουσα κατάσταση και μπορεί να αποβεί ακόμη και μοιραία για τη ζωή του ασθενούς (μαζική αιμόπτυση), με αναφερόμενα ποσοστά θνητότητας 9-38%. Για την εξακρίβωση του αιτίου θα πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά μια σειρά πιθανών υποκείμενων διαταραχών, αποτελώντας κοινό λόγο παραπομπής σε πνευμονολόγο. Η διαγνωστική προσπέλαση βάσει αλγορίθμου είναι άκρως σημαντική για την αποκάλυψη του αιτίου, ειδικά όταν δεν είναι προφανές από την αρχική προσέγγιση. Σημαντικό ρόλο κατά τη διερεύνηση διαδραματίζουν το ιστορικό του ασθενούς και η αντικειμενική εξέταση για τη διάγνωση και για την επιλογή στη συνέχεια της διενέργειας αξονικής τομογραφίας θώρακος, αγγειογραφίας, βρογχοσκόπησης ή και συνδυασμό τους. Τα συχνότερα αίτια αιμόπτυσης είναι ο βρογχογενής καρκίνος πνεύμονα, οι βρογχεκτασίες, η βρογχίτιδα, η πνευμονική φυματίωση και η πνευμονία. Παρά την εξέλιξη των απεικονιστικών και ενδοσκοπικών μεθόδων, ποσοστό 12% ως και 50% των περιστατικών παραμένει αδιάγνωστο, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Η θεραπεία της αιμόπτυσης περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο την αντιμετώπιση του υποκείμενου αιτίου. Σε σοβαρές και υποτροπιάζουσες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί εφαρμογή αιμόστασης μέσω επεμβατικής βρογχοσκόπησης, εμβολισμός των βρογχικών συνήθως αρτηριών ακόμα και χειρουργική εκτομή πασχόντων πνευμονικών τμημάτων.

Η ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΣ ΕΙΔΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Α. Παπαγιάννης

Πνευμονολόγος, Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Οι δυσάρεστες ειδήσεις (διάγνωση καρκίνου ή άλλης σοβαρής πάθησης, επιπλοκή, επικείμενη αναπηρία, ανάγκη για σοβαρή ακρωτηριαστική επέμβαση, θάνατος κτλ.) είναι συχνές στην ιατρική πράξη. Δεοντολογικά, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ενημερώνεται για το πρόβλημα της υγείας του στον βαθμό που επιθυμεί, και ο γιατρός έχει αντίστοιχα το καθήκον της ενημέρωσης. Δεν μπορούμε να κρύβουμε την αλήθεια από τον άνθρωπο που θα υποστεί στη συνέχεια τις συνέπειες μιας σοβαρής διάγνωσης και θα υποβληθεί σε μια επίσης σοβαρή θεραπεία, ιδίως αν αυτή είναι πειραματική και με άγνωστες παρενέργειες. Η αποκάλυψη της δυσάρεστης είδησης είναι μια λεπτή επικοινωνιακή τέχνη που απαιτεί ανάλογη ευαισθησία και ενσυναίσθηση (empathy) από την πλευρά του επαγγελματία της υγείας. Πρέπει να γίνεται με τρόπο προσαρμοσμένο στο επίπεδο αντίληψης και τις γνώσεις του αρρώστου, μέχρι το σημείο που εκείνος θέλει. Μπορεί να γίνει σε μία ή περισσότερες συνεδρίες, και πάντα πρέπει να περιλαμβάνει ένα ακόμη πρόσωπο από το περιβάλλον του αρρώστου, που θα είναι σε θέση να καλύψει τα κενά της μνήμης του. Σκοπός της είναι να πληροφορήσει για τα όσα συμβαίνουν, να απαντήσει σε ερωτήματα και απορίες με τρόπο κατανοητό και να εξασφαλίσει τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς για την προτεινόμενη πορεία στο μέλλον (θεραπευτικές επιλογές κτλ.). Η ενημέρωση αυτή πρέπει να γίνεται από τον ειδικό που έχει την ευθύνη για τις περαιτέρω αποφάσεις, και να είναι προσαρμοσμένη στα δεδομένα και τις συνθήκες του συγκεκριμένου αρρώστου. Τέτοιες συζητήσεις συνήθως είναι συναισθηματικά φορτισμένες και φέρνουν σε δύσκολη θέση ακόμη και τους ειδικούς. Ωστόσο, με την κατάλληλη εκπαίδευση όλοι μπορούν να μάθουν να επικοινωνούν με διάκριση και να διεκπεραιώνουν το σημαντικό αυτό καθήκον σωστά, κάτι που συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας υγιούς θεραπευτικής σχέσης.

ΟΜΙΛΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Α. Καβελίδου, Μ. Δαρδαμπούνη, Μ. Μπατγίδου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θωρακικό άλγος αποτελεί την πρώτη εκδήλωση καρδιαγγειακών και μη νοσημάτων, κάποια από τα οποία είναι δυνητικά θανατηφόρα όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ), το πνευμονικό οίδημα (ΟΠΟ), ο καρδιακός επιπωματισμός και ο διαχωρισμός της αορτής. Πρόκειται για ένα εξαιρετικά συχνό σύμπτωμα προσέλευσης των ασθενών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων μετά το κοιλιακό άλγος, το οποίο αναγκάζει τον ασθενή να αναζητήσει ιατρική βοήθεια.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρουσίασης αποτελεί την ανάδειξη των διαφόρων τύπων θωρακικού άλγους καθώς και τη συμβολή του νοσηλευτή στην αντιμετώπισή του.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Χρησιμοποιήθηκαν ιατρικά και νοσηλευτικά συγγράμματα και επίσημονικά άρθρα από πηγές όπως το Pubmed και το Scopus σχετικά με το θέμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αντιμετώπιση του θωρακικού άλγους έγκειται στην έγκαιρη διάγνωση της αιτίας του με πρώτο το διαχωρισμό καρδιακής και μη καρδιακής αιτιολογίας. Ο νοσηλευτικός ρόλος στην αντιμετώπιση του θωρακικού άλγους κάθε αιτιολογίας είναι συμπληρωματικός της ιατρικής παρέμβασης με σκοπό την φροντίδα και τη διάσωση του ασθενούς.

Λέξεις – Κλειδιά: Θωρακικό άλγος, καρδιακής και μη καρδιακής αιτιολογίας, νοσηλευτικός ρόλος

ΥΠΟΞΙΑ-ΥΠΟΞΑΙΜΙΑ-ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Τζεναλής Αναστάσιος¹, Ψωμιάδης Χαράλαμπος², Νταντανά Ασημένια³

¹Νοσηλεύτης ΤΕ, MSc, PhD, ΜΕΘ ΓΝΘ Παπαγεωργίου

²Νοσηλεύτης ΤΕ, MSc, ΜΕΘ ΓΝΘ Παπαγεωργίου

³Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD ©, Προισταμένη ΜΕΘ ΓΝΘ Παπαγεωργίου

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα ανασκοπική μελέτη έχει ως στόχο την απόδοση των όρων «υποξία», «υποξαιμία» και την κατανόηση των διαφορών μεταξύ των δύο αυτών παθολογικών καταστάσεων. Ενώ, ταυτόχρονα καταδεικνύει την σύνδεση των παραπάνω με την αναπνευστική ανεπάρκεια, σημειώνοντας την σπουδαιότητα του νοσηλευτικού ρόλου στην αντιμετώπιση τέτοιου είδους περιστατικών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε σε έγκυρες και έγκριτες διεθνείς βάσεις δεδομένων όπως το PUBMED, το SCINECE DIRECT και το RESEARCH GATE. Η συγγραφή της μελέτης βασίστηκε σε σύγχρονα άρθρα μεταξύ 2010-2018, τα οποία προέκυψαν από την παραπάνω ανασκοπική διαδικασία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αν και οι όροι υποξαιμία/υποξία μπορεί συχνά να αλληλοαντικαθίστώνται, ωστόσο, δεν είναι συνώνυμοι. Υποξία είναι παθολογική κατάσταση κατά την οποία ο οργανισμός, ως σύνολο, -γενικευμένη υποξία- ή μια περιοχή -ιστική υποξία- στερείται επαρκούς ποσότητας O_2 για τις μεταβολικές του ανάγκες. Υποξαιμία σημαίνει χαμηλό O_2 στο αίμα και αναφέρεται είτε σε χαμηλό PaO_2 ή χαμηλή περιεκτικότητα C_aO_2 . Η αναπνευστική ανεπάρκεια είναι ένας γενικός όρος, εξ αποκλεισμού, με τον οποίο περιγράφεται η αναποτελεσματική ανταλλαγή αερίων δια των πνευμόνων από το αναπνευστικό σύστημα. Η αναπνευστική ανεπάρκεια μπορεί να διακριθεί σε: [α] ανεπάρκεια πνευμονικού παρεγχύματος ή ανεπάρκεια οξυγονώσεως που εκδηλώνεται με υποξαιμία (αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I) και [β] ανεπάρκεια νευρομυϊκής αντλίας ή ανεπάρκεια αερισμού των πνευμόνων που εκδηλώνεται με υπερκαπνία και υποξαιμία (αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου II).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υποξία διαφέρει από την υποξαιμία, επειδή στην τελευταία, η συγκέντρωση O_2 στο αρτηριακό αίμα είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Με τον όρο υποξαιμία εννοούμε την ελάττωση του O_2 στο αρτηριακό αίμα, σε επίπεδα χαμηλότερα των 80 mmHg, με αναπνοή ατμοσφαιρικού αέρα στο επίπεδο της θάλασσας. Ο σύγχρονος νοσηλεύτης πρέπει να αναγνωρίζει τις διαφορές μεταξύ των όρων που διαπραγματεύεται η μελέτη, να είναι θεωρητικά καταρτισμένος, να αναγνωρίζει την κλινική συμπτωματολογία, να λαμβάνει μέτρα για βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας, να εφαρμόζει οξυγονοθεραπεία, να γνωρίζει στοιχεία του μηχανικού αερισμού αλλά και του μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού και να μπορεί να συνθέτει όλες τις παραπάνω γνώσεις για την αντιμετώπιση της αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Λέξεις κλειδιά: Υποξία, υποξαιμία, αναπνευστική ανεπάρκεια, ρόλος νοσηλεύτη

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.

Ράμμου Δήμητρα

Νοσηλεύτρια, Msc στην «Αντιμετώπιση του Πόνου», Αν. προϊσταμένη, Ανασθησιολογικό τμήμα, Γ.Ν.Θ «Γ.Παπανικολάου»

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ανάδειξη των διαστάσεων της ανακουφιστικής φροντίδας ασθενών με χρόνια πνευμονολογικά νοσήματα, κατά το τελικό στάδιο της νόσου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ανασκόπηση ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, καθώς και αναζήτηση σχετικών επιστημονικών μελετών και ανασκοπήσεων σε διεθνείς βάσεις δεδομένων- PubMed, Medcare. Επιλέχθηκαν άρθρα σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα, τα χρόνια πνευμονολογικά νοσήματα και το τελικό στάδιο ασθενών, τα οποία δημοσιεύθηκαν μετά το 2013.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα χρόνια πνευμονολογικά νοσήματα, όπως η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, η Κυστική Ίνωση, ο καρκίνος, αφορούν σε μεγάλο ποσοστό τον παγκόσμιο πληθυσμό, αυξάνουν το κόστος περίθαλψης και εμφανίζουν υψηλά ποσοστά θνητότητας. Οι ασθενείς χρήζουν πολλαπλών νοσηλείων, τόσο κατά τη διάγνωση, όσο και κατά την εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων για την αντιμετώπισή τους.

Κατά την εξέλιξη των νοσημάτων, όταν πια οι θεραπευτικές μέθοδοι είναι μη αποτελεσματικές, οι ασθενείς χρήζουν παρηγορικής φροντίδας, η οποία έχει ως σκοπό την ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου, την αντιμετώπιση των ψυχосυναισθηματικών αναγκών, τον έλεγχο του πόνου, τη συμβουλευτική της οικογένειας. Η έλλειψη ανάλογων δομών στη χώρα μας, έχει ως αποτέλεσμα την αναζήτηση και την παροχή της ανακουφιστικής φροντίδας στο νοσοκομείο. Ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευόμενων ασθενών σε μια πνευμονολογική κλινική λαμβάνει παρηγορική φροντίδα και ένας σημαντικός αριθμός διανύει το τελικό στάδιο στην κλινική.

Ο νοσηλευτής αποτελεί βασικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας και κατέχει κυρίαρχο ρόλο στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, καθώς βρίσκεται κοντά στον ασθενή από τη διάγνωση μέχρι το τελικό στάδιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με χρόνια πνευμονολογικά νοσήματα χρήζει ανακουφιστικής φροντίδας κατά το τελικό στάδιο της νόσου. Η φροντίδα αυτή παρέχεται σε μεγάλο βαθμό εντός της πνευμονολογικής κλινικής. Η ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί εντατική και ολιστική φροντίδα των ασθενών και απαιτεί τη διαθεσιμότητα και τη συνεργασία ενός μεγάλου αριθμού επιστημόνων υγείας, με αντίστοιχες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Βασική ανάγκη αποτελεί η ύπαρξη των κατάλληλων δομών, αλλά και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ: Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ BENCHMARKING

Ελένη Πασματζή

Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»

Στην Ελλάδα καταγράφονται χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας στον αντιγριπικό εμβολιασμό, παρότι αποδεικνύει «την επαγγελματική δέσμευσή τους προς τη διατήρηση της υγείας κάθε ανθρώπου».

ΣΚΟΠΟΣ

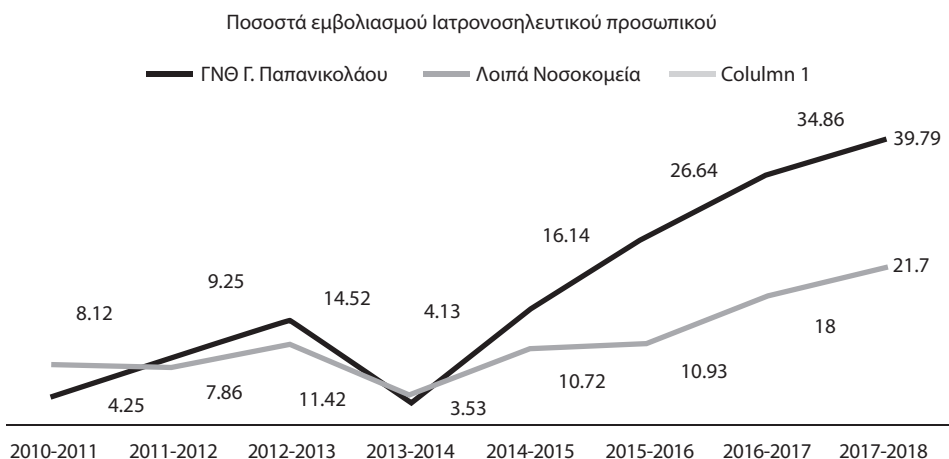
Ο εντοπισμός και η υιοθέτηση καλών πρακτικών που εφαρμόστηκαν με επιτυχία διεθνώς σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας για την ενίσχυση του αντιγριπικού εμβολιασμού στους επαγγελματίες υγείας, χρησιμοποιώντας συστηματικά την τεχνική Benchmarking.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PUBMED, CINAHL, MEDLINE, WHO, CDC, ECDC, ΚΕΕΛΠΝΟ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η Ομάδα Δράσης της ΕΝΛ ξεκινά κάθε χρόνο πρόγραμμα προώθησης του αντιγριπικού εμβολιασμού κατά τους μήνες Οκτώβριο-Νοέμβριο και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια κυκλοφορίας του ιού με κλιμακούμενες ενέργειες (επικοινωνία, επαγρύπνηση, διαθεσιμότητα-προσβασιμότητα σε εμβόλια, εκπαίδευση εργαζομένων, διοικητική παρέμβαση/μέτρα). Η επαναλαμβανόμενη εφαρμογή Benchmarking στο Νοσοκομείο από την περίοδο 2012-2013 έως σήμερα, με τις αναδυόμενες ελλείψεις και αστοχίες των διαδικασιών, επέφερε 25,27 ποσοστιαίες μονάδες αύξηση στον αντιγριπικό εμβολιασμό του προσωπικού, παρουσιάζοντας σταθερά ανοδική πορεία ανά έτος, αλλά και διατήρηση του ποσοστού πάνω από το αντίστοιχο μέσο ετήσιο των ελληνικών νοσοκομείων. Οι πρακτικές αυτές τροποποιήθηκαν και προσαρμόστηκαν στις ανάγκες, και τις ιδιαιτερότητες του Νοσοκομείου (Σχήμα 1).



Σχήμα 1. Αντιγριπικός εμβολιασμός Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εφαρμογή της στρατηγικής Benchmarking στο Νοσοκομείο έχει επιφέρει σημαντική αύξηση της συμμόρφωσης του προσωπικού στον αντιγριπικό εμβολιασμό τα τελευταία χρόνια. Η χάραξη πολιτικής και ενεργειών, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση προγράμματος εμβολιασμού από την Ομάδα Δράσης της ΕΝΛ, η καταγραφή και επεξεργασία των στατιστικών δεδομένων, η αξιολόγηση και η ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων ετησίως, αποτελούν τα βασικότερα βήματα για την επίτευξη των στόχου. Σταδιακά, έχει επέλθει αλλαγή στις στάσεις και τις αντιλήψεις των εργαζομένων για τον αντιγριπικό εμβολιασμό, δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και συνεργασίας με την ΕΝΛ, αλλά και εμπέδωση της επαγγελματικής ευθύνης τους έναντι των ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Νικολέττα Ματθαιοπούλου, Ευγενία Κουκούνη, Κρυσταλία Μοσχολά, Ιωάννης Κιουμής
Πνευμονολογική-Φυματιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η απομονωμένη νοσηλεία των ασθενών αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την πρόληψη της μετάδοσης παθογόνων μικροοργανισμών. Η λογική στην οποία στηρίζεται η εφαρμογή της είναι προφανής και βασίζεται στη μείωση των πιθανοτήτων μετάδοσης παθογόνων μεταξύ ασθενών (ή και μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας), όταν παύουν να μοιράζονται κοινά στοιχεία στη νοσηλείας τους. Με βάση το σκοπό της, η απομονωμένη νοσηλεία διακρίνεται στην προστατευτική απομόνωση (protective isolation) όπου επωφελούμενος είναι ο πάσχων που απομονώνεται, (όπως οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς) και την απομόνωση πηγής (source isolation) όπου επωφελούμενοι είναι οι υπόλοιποι ασθενείς και το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας (όπως οι πάσχοντες από μεταδοτικά νοσήματα).

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των ειδικών προφυλάξεων απομόνωσης που εφαρμόζονται σε ασθενείς με ύποπτη ή επιβεβαιωμένη μόλυνση από παθογόνους μικροοργανισμούς που μπορούν να μεταδοθούν αερογενώς, μέσω σταγονιδίων ή μέσω επαφής.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cinahl, κατευθυντήριες οδηγίες ΚΕΕΛΠΝΟ (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων) και κατευθυντήριες οδηγίες ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). Εν συνεχεία τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με την πρακτική που ακολουθείται στην Πνευμονολογική-Φυματιολογική Κλινική Α.Π.Θ. του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» και αφορά την απομόνωση των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η διαχείριση-απομόνωση των ασθενών εξαρτάται από πολλές παραμέτρους όπως ο τρόπος μετάδοσης του νοσήματος, από το μικροβιακό φορτίο, από την κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενή, από τη συνεργασία του ασθενή και από τα άτομα τα οποία έρχονται σε επαφή μαζί του. Η διαδικασία απομόνωσης πρέπει να ξεκινάει από τη στιγμή που υπάρχουν ενδείξεις μεταδοτικού νοσήματος μέχρι την διάγνωση που θα οριστικοποιήσει το τρόπο και τη διάρκεια της απομόνωσης του ασθενή. Η ύπαρξη απλών θαλάμων απομόνωσης ή θαλάμων αρνητικής πίεσης είναι πολλές φορές επιβεβλημένη. Βασικό κομμάτι αποτελεί η εκπαίδευση του προσωπικού για την προστασία του, η προστασία των υπολοίπων ασθενών αλλά και η προστασία και η ψυχική ισορροπία του ασθενή που απαιτεί νοσηλεία σε δωμάτιο απομόνωσης. Συγκριτικά με τα διεθνώς προτεινόμενα μέτρα και παρά την τυπική ύπαρξη θαλάμων απομόνωσης στην κλινική μας διαπιστώνονται ουσιαστικές αποκλίσεις από τις σχετικές οδηγίες. Οι αποκλίσεις αυτές αναφέρονται στην κατασκευή των ειδικών θαλάμων, στην αξιολόγηση τους και στην εκπαίδευση του προσωπικού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η απομόνωση ασθενών με μεταδιδόμενα νοσήματα ενώ είναι πολλές φορές επιβεβλημένη, δεν εφαρμόζεται σε συμφωνία με τις διεθνείς οδηγίες στα ελληνικά νοσοκομεία εξαιτίας έλλειψης των κατάλληλων υποδομών και απουσίας διαρκούς επιμόρφωσης του προσωπικού στις μεθόδους προστασίας.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΡΡΟΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΠΑΝΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ KLEBSIELLA PNEUMONIAE

Τζιόγα Γιαννούλα¹, Καλλιόπη Χατζίκα²

¹Νοσηλεύτρια ΤΕ, Α' ΜΕΘ ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

²Νοσηλεύτρια ΠΕ MSc PhD, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ανάδειξη της σοβαρότητας των λοιμώξεων από *Klebsiella pneumoniae* σε κρίσιμους χώρους νοσηλείας όπως η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας καθώς επίσης και της δέσμης μέτρων που οφείλουν να εφαρμόζονται για την πρόληψη της διασποράς των στελεχών αυτών αλλά και της αντιμετώπισης των κρουσμάτων που εμφανίζονται.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Έγινε συστηματική ανασκόπηση ελληνικών και ξενόγλωσσων βιβλιογραφικών πηγών αναφορικά με τη διαχείριση συρροών κρουσμάτων και επιδημικών εκρήξεων από πολυανθεκτικά μικρόβια. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν εμπειρικά στοιχεία από σχετική επιτυχή αντιμετώπιση συρροής τριών κρουσμάτων πανανθεκτικής *Klebsiella pneumoniae* στο νοσοκομείο μας κατά το έτος 2016.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η τήρηση ολοκληρωμένης δέσμης μέτρων με έμφαση στην υγιεινή των χεριών, την εφαρμογή προφυλάξεων επαφής, τη φυσική ή λειτουργική απομόνωση των ασθενών με λοίμωξη ή αποικισμό, την ενεργή επιτήρηση για εντοπισμό των αποικισμένων ασθενών, τη συστηματική καθαριότητα και απολύμανση του άψυχου νοσοκομειακού περιβάλλοντος, την εντατική εκπαίδευση του προσωπικού και την εφαρμογή πολιτικής ορθής επιλογής και χρήσης αντιβιοτικών είναι καθοριστικής σημασίας για την επιτυχή αντιμετώπιση τέτοιων συρροών αλλά και μεμονωμένων κρουσμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έγκαιρη και συστηματική προσέγγιση μιας τέτοιας συρροής κρουσμάτων πανανθεκτικού μικροβίου από όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας και το βοηθητικό προσωπικό, όχι μόνο προλαμβάνει την περαιτέρω διασπορά του, αλλά επίσης μειώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισής του, ενδυναμώνοντας ταυτόχρονα το αίσθημα ευθύνης και ομαδικότητας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CROUP - ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑ

Μήλιου Ειρήνη¹, Σαλπιγγίδου Κωνσταντίνα²

¹Ειδικευομενη νοσηλεύτρια παιδιατρικής νοσηλευτικής ειδικότητας Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

²Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, υπεύθυνη παιδιατρικής νοσηλευτικής ειδικότητας Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Croup είναι ένας μουσικός ήχος που παράγεται από απόφραξη στην περιοχή του λάρυγγα εισπνευστικού τύπου, περιγράφει οξείες φλεγμονώδεις καταστάσεις του λάρυγγα, που χαρακτηρίζονται από: υλακώδη βήχα, βράγχος φωνής, εισπνευστικό συριγμό, αναπνευστική δυσχέρεια και περιλαμβάνει διάφορες κλινικές οντότητες. Η οξεία βρογχιολίτιδα είναι φλεγμονώδης ιογενής λοίμωξη των βρογχολίων με αποτέλεσμα την οξεία απόφραξη των αεροφόρων οδών και τη μειωμένη ανταλλαγή αερίων στις κυψελίδες. Σε ποσοστό 70% περίπου, οφείλεται στον αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV). Σε μικρότερο ποσοστό στους ιούς παραϊνφλουέντζας- ινφλουέντζας-αδενοϊούς. Σπανιότερα σε χλαμύδια, μυκόπλασμα, βακτηρίδια

ΣΚΟΠΟΣ

Η ανάδειξη της σοβαρότητας του συνδρόμου και της βρογχιολίτιδας καθώς και των έγκαιρων νοσηλευτικών παρεμβάσεων που είναι αποτέλεσμα των νοσηλευτικών διαγνώσεων κατά NANDA

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Medline-Google και σε άρθρα ακαδημαϊκών ιδρυμάτων. Λέξεις κλειδιά: σύνδρομο croup-βρογχιολίτιδα νοσηλευτικές διαγνώσεις – παρεμβάσεις

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα νοσήματα του αναπνευστικού αποτελούν τα συχνότερα προβλήματα της παιδικής ηλικίας. Περισσότερο από 50% των ιατρικών επισκέψεων στα Ε.Ι. και σχεδόν το 30% των εισαγωγών στα Νοσοκομεία, οφείλονται σε αναπνευστικά προβλήματα νεογνικής, βρεφικής και παιδικής ηλικίας. Τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας έχουν κατά μέσο όρο 6-8 επεισόδια αναπνευστικών λοιμώξεων το χρόνο, διαφόρου βαρύτητας. Η βρογχιολίτιδα εμφανίζεται κατά επιδημίες το χειμώνα ή την άνοιξη. Σε βρέφη <6 μηνών προκαλεί βαριά αναπνευστική διαταραχή που χρήζει νοσοκομειακής αντιμετώπισης. Τα περισσότερα άρθρα εστιάζονται στο ρόλο της έγκαιρης αναγνώρισης του συνδρόμου, της θεραπευτικής παρέμβασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σχολαστικό πλούσιμο των χεριών αποτελεί το πλέον σημαντικό μέτρο περιορισμού της διασποράς του ιού RSV. Δεν υπάρχει προς το παρόν εμβόλιο έναντι του RSV. Η πρώιμη αναγνώριση του συνδρόμου και της βρογχιολίτιδας οδηγεί στην έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και αποκλείει καταστάσεις κρίσιμες που έχουν ως αποτέλεσμα την εισαγωγή του παιδιού στην μονάδα εντατικής θεραπείας παιδών. Αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πορεία και την έκβαση της νόσου η έγκαιρη νοσηλευτική διάγνωση και παρέμβαση, ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής διεργασίας, και η εκπαίδευση των γονέων για διαχείριση καταστάσεων στο σπίτι.



**ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΩΝ &
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ**

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

01. ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ: ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Λ. Κολιλέκας, Μ. Ηλιοπούλου, Γ. Κωνσταντοπούλου, Κ. Λοβέρδος, Π. Ντόντση, Χ. Κοντογιάννη, Ε. Ζέρβας, Μ. Γκάγκα

7η Πνευμονολογική Κλινική Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία", Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σαρκοείδωση είναι μια φλεγμονώδης πολυσυστηματική κοκκιωματώδης νόσος, άγνωστης αιτιολογίας. Προσβάλλει σχεδόν πάντα τους πνεύμονες και τους λεμφαδένες (θωρακικούς και/ή εξωθωρακικούς) ενώ η γαστρική προσβολή είναι σπανιότατη και συνήθως ασυμπτωματική.

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση 2 περιστατικών τεκμηριωμένης γαστρικής σαρκοείδωσης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής #1: Θήλυ 55 ετών, περιστασιακή καπνίστρια υποβάλλεται σε γαστροσκόπηση λόγω δυσπεπτικών ενοχλημάτων και απώλειας σωματικού βάρους. Απομονώνεται *Helicobacter Pylori* για το οποίο τίθεται σε θεραπεία εκρίζωσης ενώ στη βιοψία αποκαλύπτονται μη νεκρωτικά επιθηλιοειδή κοκκιώματα. Λόγω εμμονής των συμπτωμάτων υποβάλλεται σε 2^η γαστροσκόπηση όπου διαπιστώνεται οίδημα, υπεραιμία σώματος και άντρου και παρουσία διαβρώσεων σώματος; η βιοψία άντρου ανέδειξε επιθηλιοειδή μη νεκρωτικά κοκκιώματα. Περαιτέρω έλεγχος με ακτινογραφία και αξονική τομογραφία (ΑΤ) θώρακα, ¹⁸F-FDG PET/CT, βρογχοσκόπηση, βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL), ενδοβρογχική βιοψία (EBB), διαβρογχική βιοψία δια βελόνης (TBNB), λειτουργικό έλεγχο αναπνοής και εργαστηριακό έλεγχο τεκμηρίωσε σαρκοείδωση σταδίου II με μέτρια λειτουργική επιβάρυνση.

Ασθενής #2: Άρρεν 49 ετών, μη καπνιστής, εμφανίζει περιφερική λεμφαδενοπάθεια, απώλεια σωματικού βάρους και δύσπνοια προσπαθείας I mMRC. Υποβάλλεται σε βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα η οποία ανέδειξε συρρέοντα μη νεκρωτικά επιθηλιοειδή κοκκιώματα, και παραπέμπεται για πνευμονολογική εκτίμηση. Έλεγχος αρχικά με ακτινογραφία θώρακα, ΑΤ θώρακα/κοιλίας, ¹⁸F-FDG PET/CT και εργαστηριακές εξετάσεις, ανέδειξε γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, οζόμορφες βλάβες και διηθήματα δίκην θολής υάλου πνευμόνων και οζόμορφη απεικόνιση γαστρικού βλεννογόνου. Η χειρουργική αφαίρεση μασχαλαίου λεμφαδένα ανέδειξε συρρέοντα μη νεκρωτικά επιθηλιοειδή κοκκιώματα. Ακολούθησε βρογχοσκόπηση (BAL λεμφοκυτταρικό, $CD_4/CD_8=4.8$, EBB=μη διαγνωστική), γαστροσκόπηση *Helicobacter Pylori* και συρρέοντα μη νεκρωτικά επιθηλιοειδή κοκκιώματα. Περαιτέρω διερεύνηση με λειτουργικό έλεγχο αναπνοής, Holter, Triplex και MRI καρδιάς τεκμηρίωσε σαρκοείδωση σταδίου II με ήπια λειτουργική επιβάρυνση και καρδιακή προσβολή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πρόκειται για 2 ασθενείς με σαρκοείδωση σταδίου II με γαστρική προσβολή. Στην πρώτη περίπτωση η γαστρική προσβολή αποτέλεσε την αρχική εκδήλωση της νόσου ενώ στη δεύτερη διαπιστώθηκε στα πλαίσια συστηματικής νόσου. Και οι δύο ασθενείς ήταν συμπτωματικοί και ετέθησαν σε ειδική θεραπεία (αντιελκωτική και κορτικοειδή) με σημαντική ανταπόκριση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η γαστρική σαρκοείδωση αποτελεί σπανιότατη εκδήλωση της νόσου (<1%). Αφορά κυρίως στο άντρο του στομάχου. Η διάγνωση τίθεται σε οποιοδήποτε στάδιο σαρκοείδωσης και είναι εξ' αποκλεισμού, αφού αποκλείστούν το λέμφωμα στομάχου και πλειάδα άλλων παθήσεων. Ο ρόλος του *Helicobacter Pylori* δεν έχει διευκρινισθεί.

02. ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

Κ. Μαρκοπούλου¹, Χ. Ραμπιάδου¹, Γ. Κούντη², Α. Χλωρός¹

¹Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Ν Γ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ²Πνευμονολόγος Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ

Ανασκόπηση της εμπειρίας του Εξωτερικού Ιατρείου Διαμέσων Πνευμονοπαθειών και Σαρκοείδωσης της κλινικής σε ασθενείς με νοσήματα του συνδετικού ιστού που παραπέμφθηκαν για διερεύνηση διάμεσης πνευμονοπάθειας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Αναδρομική εξέταση ηλεκτρονικών φακέλλων των ασθενών που εξετάστηκαν τη τελευταία τριετία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μελετήθηκαν 29 ασθενείς (7 άνδρες), με μέση ηλικία 62,2 [16]έτη. Η νόσος είχε διαγνωστεί 4,6 [3,9] έτη πριν την επίσκεψη στο ιατρείο.

Διαγνώσεις		Λόγος επίσκεψης	
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	17	Ευρήματα στην αξονική	6 19%
Σκληρόδερμα	5	Συμπτώματα	10 32%
Δερματομυοσίτιδα/ Πολυμυοσίτιδα	1	Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων	5 16%
Μεικτή νόσος συνδετικού ιστού	3	Προληπτικά	8 25,8%
Σύνδρομο Sjogren	2		
Συστημ. Ερυθηματώδης Λύκος	1	Σπιρομέτρηση	
		FEV1	97.7 [18.14]%
		FVC	96.07 [20.7]%
Ευρήματα στην αξονική τομογραφία	61%		
Δικτυωτές διηθήσεις	25,8%	TLC	75.4 [19.3]%
Θολή ύαλος	25,8%	DLco	71.8 [20.4]%
Κεντρολοβιδιακά οζίδια	16%		
Εικόνα μωσαϊκού	9,7%	Δοκιμασία βάδισης 6 λεπτών	
Πυκνώσεις	6,5%	Μέτρα	448 [96]
Εικόνα μελισσοκηρύθρας	6,5%	SrO2 αρχή-τέλος	96,7 [1,9]-93,4 [5]
ΑΓΩΓΗ	Προηγούμενα αγωγή	Αγωγή κατά την επίσκεψη	Αλλαγή μετά την επίσκεψη
Μεθοτρεξάτη	48.4%	38,7%	22,6%
Υδροξυχλωροκίνη		29%	22,6%
Αζαθειοπρίνη	9.7%	9,7%	12,9%
Κορτικοστεροειδή	38.7%	41,9%	38,7%
Αντι-TNFα	19.4%	9.7%	12,9%
Αντι-CD20	16.1%	9.7%	9,7%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Άλλαξε η αγωγή των ασθενών μετά την επίσκεψη; Ελαττώθηκε σημαντικά η χρήση μεθοτρεξάτης (αν και δεν στοιχειοθετήθηκε άμεση σύνδεση του φαρμάκου με τα ευρή-

ματα) και αυξήθηκε ελαφρά η χρήση αζαθειοπρίνης. Στα περιστατικά που ελάμβαναν μεθοτρεξάτη και διαπιστώθηκαν ευρήματα στην αξονική οι ρευματολόγοι είχαν ήδη διακόψει τη ΜΧΤ. Σε περιστατικά με στοιχεία ίνωσης ή ταχείας εξέλιξης προτάθηκε η προσθήκη αζαθειοπρίνης. Τέλος υπήρχαν 4 περιστατικά με τυπική εικόνα ιδιοπαθούς πνευμονικής ίνωσης και ρευματοειδή αρθρίτιδα. Πιθανόν να ωφελούνταν από την προσθήκη αντιινωτικού που μέχρι στιγμής είναι εκτός ένδειξης.

Ποια η τύχη των αλλοιώσεων στο χρόνο; Σε 4 ασθενείς με 2 αξονικές σε διάστημα διετίας οι διηθήσεις παρέμειναν σταθερές. Μια ασθενής με ΡΑ είχε επιδείνωση. Σε όλους τους ασθενείς με ευρήματα προτάθηκε επανεξέταση.

03. ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑΣ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κ. Μαρκοπούλου¹, Χ. Ραμπιάδου¹, Γ. Κούντη², Α. Χλωρός¹

¹Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Ν Γ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ²Πνευμονολόγος Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η διερεύνηση των χαρακτηριστικών στα περιστατικά που παραπέμπονται σε Ε.Ι. Διαμέσων Πνευμονοπαθειών και οι τάσεις που καταγράφονται στη διάγνωση και τη θεραπεία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αναφέρουμε την εμπειρία του εξωτερικού ιατρείου διαμέσων πνευμονοπαθειών και σαρκοείδωσης σε περιστατικά σαρκοείδωσης τη τελευταία τριετία που έχουν καταγραφεί στο ηλεκτρονικό του αρχείο.

Εξετάστηκαν 24 άτομα (10 άντρες), μέσης ηλικίας 57,8 ετών [15,4].

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στάδιο νόσου		Αιτιολογία παρουσίασης	
Στάδιο I	25%	Παρακολούθηση γνωστής νόσου	8
Στάδιο II	29%	Ψωρίαση-αντι-IL-12	1
Στάδιο III	33%	Οξεία συνδρομή με εισαγωγή	1
Στάδιο IV	4%	Ταχυκαρδία	1
		Ραγοειδίτιδα	1
Σπιρομέτρηση	% προβλ.	Σύνδρομο Heerfordt	1
FEV1	94,5 [17]	Σύνδρομο Loefgren	1
FVC	93,4 [16,4]	Αρθρίτιδα-δερμ.εξάνθημα	1
TLC	73,6 [12,4]	Αναπνευστ. συμπτώματα	9
DLco	76,3 [17,4]		
Δοκιμασία βάδισης 6 λεπτών		Κορτικοστεροειδή	
Μέτρα	484,2 [113]	Χωρίς αγωγή	10
SpO2 αρχή-τέλος 96,8 [2]- 94,9 [3,9]		Έναρξη	4
		Υπό αγωγή	8
Διάγνωση		Διακοπή	1
BAL	7	Προηγηθείσα λήψη	2
Διαβρογχική βιοψία	1	+Hydroxychloroquine	1
Βιοψία πνεύμονα	6	+Methotrexate	1
Μεσοθωρακοσκόπηση	4		
Βιοψία δέρματος	1		
Σπινθ. Με Ga 167	2		

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πολυπλοκότητα της νόσου είναι εμφανής από τη συμπτωματολογία παρουσίασης. Η χειρουργική προσέγγιση για τη διάγνωση προεξάρχει στον πληθυσμό που εξετάστηκε. Τουλάχιστον 10 περιστατικά θα μπορούσαν να διαγνωστούν με βρογχοσκόπηση με e-bus και διαβρογχικές βιοψίες/κρυοβιοψίες.

Τέλος, ασθενείς διαγνωσμένοι από ρευματολόγο ήταν εξ αρχής σε αγωγή με κορτικοστεροειδή και μεθοτρεξάτη ή υδροξυχλωροκίνη χωρίς να έχει δοκιμαστεί κατ' αρχάς μονοθεραπεία.

04. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΥΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΥΣΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Α.Π.Θ.

Μ. Κηπουρού, Κ. Μανίκα, Ε. Παπαδάκη, Κ. Λαγούδη, Ε. Φανιάδου, Μ. Σιωνίδου, Ι. Κιουμής

Κέντρο Κυστικής Ίνωσης Ενηλίκων Πνευμονολογικής κλινικής Α.Π.Θ.

ΣΚΟΠΟΣ

Η περιγραφή των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών που παρακολουθούνται στο Κέντρο Κυστικής Ίνωσης (Κ.Ι) Ενηλίκων της Πνευμονολογικής κλινικής Α.Π.Θ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Δημογραφικά, κλινικά και μικροβιολογικά δεδομένα των 45 ασθενών με Κ.Ι, που προέκυψαν από την παρακολούθηση κατά το έτος 2017.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

24 άνδρες και 21 γυναίκες ενήλικοι ασθενείς με Κ.Ι, μέσης ηλικίας 32,4 χρονών, βρίσκονταν υπό παρακολούθηση στη διάρκεια της περσινής χρονιάς, από τους οποίους 2 υπεβλήθησαν σε μεταμόσχευση πνεύμονα και μία ασθενής απεβίωσε αυτό το χρονικό διάστημα. Περίπου στο 1/3 των ασθενών (29%) η διάγνωση της νόσου είχε τεθεί στη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής, ενώ υπήρχαν 7 ασθενείς στους οποίους η διάγνωση τέθηκε στην ενήλικη ζωή (μέγαλύτερη ηλικία διάγνωσης 40 χρονών). Σχεδόν οι μισοί ασθενείς (46%) ήταν ετεροζυγώτες ΔF508 ενώ το 18% ομόζυγοι ΔF508. Από τους λοιπές μεταλλάξεις η πιο κοινή ήταν η G21+1G>T (18%).

Οι ασθενείς παρουσίαζαν επηρεασμένη αναπνευστική λειτουργία με μέση τιμή FEV₁ 1710 ml (54%) και μέση τιμή FVC 3120 ml (76%). Η παρουσία της μετάλλαξης ΔF508 συνδεόταν με χειρότερη αναπνευστική λειτουργία (μέση ποσοστιαία τιμή FEV₁ στους ομοζυγώτες ΔF508 57%, στους ετεροζυγώτες 53% ενώ στους ασθενείς με άλλες μεταλλάξεις 64,5%).

Η συντριπτική πλειοψηφία (86%) παρουσίαζε χρόνια λοίμωξη από *P.aeruginosa*, ενώ κανείς από τους 6 ασθενείς χωρίς καμία (+) καλλιέργεια για *P.aeruginosa* δεν ήταν ομοζυγώτης ΔF508. Ο αποικισμός με *S.aureus* ήταν δεύτερος σε συχνότητα (31%) ενώ υπήρχαν 2 ασθενείς στους οποίους απομονώθηκε *Burkholderia cepacia* και 1 ασθενής στον οποίον απομονώθηκε *Stenotrophomonas maltophilia*, στη διάρκεια της χρονιάς.

Η συχνότερη εξωπνευμονική εκδήλωση της νόσου ήταν η παγκρεατική ανεπάρκεια (80% των ασθενών λάμβαναν αγωγή με παγκρεατικά ένζυμα), ενώ το 42% παρουσίαζε και προσβολή του ήπατος και το 1/3 των ασθενών σακχαρώδη διαβήτη.

Το 100% των ασθενών λάμβανε συστηματική εισπνεόμενη αγωγή με Dnase, παράλληλα με εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά σε ποσοστό 88%, με εισπνεόμενα αντιβιοτικά σε ποσοστό 80% και με υπέρτονο διάλυμα σε ποσοστό 60%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η σύγχρονη θεραπευτική στρατηγική έχει συμβάλει σημαντικά στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη διατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας στην Κ.Ι. Η ευρεία κλινική εικόνα της νόσου επιβάλλει κλινική εγρήγορση μιας και η διάγνωση της Κ.Ι είναι πιθανή και στην ενήλικη ζωή.

05. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΙΝΩΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΗΝ IPF

Σ.-Χ. Κωτούλας¹, Ε. Φούκα¹, Ι. Οργαντζής¹, Γ. Πίτσιου², Α. Παπαϊωάννου¹, Χ. Ευθυμίου¹, Ι. Στανόπουλος², Π. Τσιάγγα¹, Α. Ζαχαρίας¹, Β. Μουρουζίδου¹, Θ. Κοντακιώτης¹, Δ. Παπακώστα¹

¹Ιατρείο Διάμεσων Πνευμονοπαθειών, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. “Γεώργιος Παπανικολάου”, Εξοχή, Θεσσαλονίκη

²Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. “Γεώργιος Παπανικολάου”, Εξοχή, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αξιολόγηση της δράσης της Πιρφενιδόνης και Νιντεντανίμπης σε ασθενείς με IPF

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν 90 ασθενείς με IPF (66 άνδρες) του Ιατρείου Διάμεσων Πνευμονοπαθειών της Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ. 49 ελάμβαναν Πιρφενιδόνη (Π), 25 Νιντεντανίμπη (Ν) και 16 δεν ελάμβαναν θεραπεία (ομάδα ελέγχου). Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση ήταν $70,37 \pm 7,46$ έτη και ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 28,5 (6 – 120) μήνες. Αξιολογήθηκε η πορεία των PFTs σε διάφορα χρονικά στιγμιότυπα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά τη διάγνωση οι περισσότεροι ασθενείς παρουσίαζαν ήπια – μέση βαρύτητας νόσο ($FVC=76,69\% \pm 18,09\%$, $TLCOSB=48,65 \pm 15,51\%$) και κατηγοριοποιήθηκαν με βάση το δείκτη GAP σε I = 2, II = 32, III = 45 και IV = 11 ασθενείς. Στο 30,61% συνυπήρχε και εμφύσημα (CPFE), ενώ το 29,59% είχε Πνευμονική Υπέρταση ($RVSP > 35\text{mmHg}$, μέση τιμή $48,59 \pm 13,39\text{mmHg}$). Η μέση διάρκεια θεραπείας ήταν $22,20 \pm 12,69$ μήνες για την Π και $11,92 \pm 8,47$ για τη Ν. Από τη σύγκριση των PFTs στους 12 και 24 μήνες μεταξύ των ασθενών ανάλογα με τη θεραπεία που έλαβαν και της ομάδας ελέγχου, δεν ανευρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Από την ανάλυση όμως υποομάδων, προέκυψε ότι στους ασθενείς με δείκτη GAP III η έκπτωση της FVC ήταν σημαντικά ελαττωμένη στους 12 μήνες, τόσο στην ομάδα της Π όσο και στην ομάδα της Ν, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου κατά 6,56%, $p = 0,036$ και 10,43%, $p = 0,069$ αντίστοιχα. Μελετήθηκε επίσης ο ρυθμός έκπτωσης των FVC και TLCOSB 12 μήνες πριν και μετά την έναρξη θεραπείας, χωρίς να ανευρεθούν σημαντικές μεταβολές. Στην ανάλυση υποομάδων όμως, βρέθηκε ότι στους ασθενείς με CPFE που ελάμβαναν Π υπήρχε σημαντικά ελαττωμένη έκπτωση της TLCOSB κατά 13,33%, $p = 0,015$, ενώ οι ασθενείς χωρίς εμφύσημα που ελάμβαναν Ν είχαν σημαντικά ελαττωμένη έκπτωση της FVC κατά 5,50%, $p = 0,015$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Και τα δύο φάρμακα υπερτερούσαν της μη θεραπείας σε ασθενείς με δείκτη GAP = III. Η Π μείωσε σημαντικά το ρυθμό ελάττωσης της TLCOSB σε ασθενείς με CPFE ενώ η Ν μείωσε την έκπτωση της FVC στους ασθενείς με IPF χωρίς CPFE.

06. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ *IN VITRO* ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ *P. AERUGINOSA* ΣΤΙΣ ΑΝΤΙΨΕΥΔΟΜΟΝΑΔΙΚΕΣ ΦΘΟΡΙΟΚΙΝΟΛΟΝΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Δ. Ιωαννίδου¹, Ε. Φανιάδου¹, Α. Τυχάλα², Ι. Τσιρμπίνης², Χ. Μιχαηλίδου³, Κ. Μανίκα¹, Ι. Κιουμής¹

¹Μονάδα Αναπνευστικών Λοιμώξεων, Πνευμονολογική-Φυματιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

³Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Η Κυστική Ίνωση (Κ.Ι.) είναι μια θανατηφόρος κληρονομική πολυσυστηματική νόσος με εκδηλώσεις κυρίως από το αναπνευστικό και το πεπτικό σύστημα. Οι ενήλικες ασθενείς εμφανίζουν χρόνια λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού όπου κυριαρχεί η *P. aeruginosa* (80%) και συνδυάζεται με επιταχυνόμενη έκπτωση της αναπνευστικής τους λειτουργίας. Η επιλογή των αντιμικροβιακών φαρμάκων προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι εξάρσεις της χρόνιας λοίμωξης έχει μεγάλη κλινική σημασία.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσουμε και να συγκρίνουμε τις *in vitro* ευαισθησίες στελεχών *P. aeruginosa*, που απομονώθηκαν από ασθενείς με Κ.Ι, σε τρεις διαφορετικές φθοριοκινολόνες (σιπροφλοξασίνη, λεβοφλοξασίνη και προυιφλοξασίνη), που εμφανίζουν δραστηριότητα έναντι αυτού του μικροβίου και είναι διαθέσιμες σε από του στόματος φαρμακοτεχνικές μορφές.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Εξετάστηκαν συνολικά 24 δείγματα πτυέλων από ασθενείς με Κ.Ι και χρόνια λοίμωξη από *P. aeruginosa*. Πραγματοποιήθηκε καλλιέργεια δειγμάτων, τυποποίηση των απομονωθέντων στελεχών με το αυτοματοποιημένο σύστημα Vitek2 και έλεγχος ευαισθησίας στη σιπροφλοξασίνη, λεβοφλοξασίνη και ουλιφλοξασίνη (τον δραστικό μεταβολίτη της προυιφλοξασίνης) με ταινίες διαβαθμιζόμενης συγκέντρωσης (E-Test) (BioMérieux). Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες του CLSI και με προτεινόμενα όρια αντοχής, όπως προκύπτουν από τις δημοσιευμένες μελέτες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δεκαπέντε στελέχη (62%) παρουσίασαν ευαισθησία και στις τρεις φθοριοκινολόνες ενώ 5 στελέχη (21%) εμφάνισαν αντοχή και στις τρεις. Σε δυο περιπτώσεις, το στέλεχος ήταν ευαίσθητο στη σιπροφλοξασίνη ($MIC \leq 1$) αλλά μετρίως ευαίσθητο στη λεβοφλοξασίνη ($2 \leq MIC \leq 8$) και στην ουλιφλοξασίνη ($1 \leq MIC \leq 4$). Σε 1 περίπτωση το στέλεχος ήταν μετρίως ευαίσθητο στη σιπροφλοξασίνη ($1 \leq MIC \leq 4$) και στην ουλιφλοξασίνη αλλά ανθεκτικό στη λεβοφλοξασίνη ($MIC \geq 8$). Τέλος, καταγράφηκε ένα στέλεχος που παρουσίασε ευαισθησία στη σιπροφλοξασίνη και στην ουλιφλοξασίνη ($MIC \leq 1$) αλλά ενδιάμεση ευαισθησία στην λεβοφλοξασίνη. Στο σύνολο των 24 δειγμάτων, η σιπροφλοξασίνη εμφάνισε *in vitro* δραστηριότητα σε 18, η ουλιφλοξασίνη σε 16 και η λεβοφλοξασίνη σε 15.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στο εργαστηριακό επίπεδο, η αντιψευδομοναδική δράση των συγκεκριμένων φθοριοκινολονών, παρά την ευρεία χρήση τους εμφανίζεται να διατηρείται σε ικανοποιητικό βαθμό. Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι στον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών με Κ.Ι δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές στις *in vitro* ευαισθησίες, χωρίς αυτό να μεταφράζεται υποχρεωτικά σε κλινικό συμπέρασμα.

07. ΔΕΙΚΤΗΣ ΔΙΑΜΟΛΥΝΣΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2013 -2017

Κ. Καμπουρίδου¹, Ε.-Χ. Φιλιππίδου¹, Β. Ιωαννίδης¹, Α. Δελαπόρτα²

¹Α΄ Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Καβάλας

²Αντιφυματικό Ιατρείο Γ.Ν.Καβάλας

ΣΚΟΠΟΣ

Η καταγραφή και η αποτίμηση του Φυματινικού Δείκτη Διαμολύνσεως (ΦΔΔ) στο νομό Καβάλας με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία του Αντιφυματικού ιατρείου του νοσοκομείου Καβάλας κατά την χρονική περίοδο 2013 - 2017.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Εξετάσθηκαν 898 άτομα, τα οποία προσήλθαν στο αντιφυματικό ιατρείο του Γ.Ν. Καβάλας κατά την πενταετία 2013 - 2017. Όλοι υποβλήθηκαν σε ακτινογραφία θώρακος και δερμοαντίδραση Mantoux, η οποία αξιολογήθηκε σε 48 - 72 ώρες. Χρησιμοποιήθηκε φυματίνη (PPD) του ινστιτούτου Pasteur (5UI/0.1ml) με διαδερμική χορήγηση. Θετική θεωρήθηκε η Mantoux > 10mm.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα των θετικών Mantoux καθώς και ο Δείκτης Διαμολύνσης (ΔΔ) ανά έτος παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΕΤΟΣ	2013	2014	2015	2016	2017
ΕΛΕΓΘΕΝΤΕΣ	139	158	162	194	245
ΘΕΤΙΚΕΣ	9	11	14	16	35
ΔΔ%	6,47	7,59	8,64	8,24	14,28

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την επεξεργασία των στοιχείων διαπιστώθηκε προοδευτική αύξηση του δείκτη διαμολύνσης στο πληθυσμό του Νομού Καβάλας. Η υψηλότερη τιμή (14,28) καταγράφεται τη χρονιά 2017. Από το σύνολο των 898 ατόμων που εξετάσθηκαν συνολικά, μόνο το 8.96 % εμφάνισε θετική Mantoux, οι οποίοι παραπέμφθηκαν για περαιτέρω διερεύνηση, χωρίς όμως να αποδειχθεί ενεργός νόσος.

08. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ COXIELLA BURNETII

Π. Πουλιόπουλος, Λ. Γκαναβίας, Π. Μιχαηλόπουλος, Χ. Μπίκας, Ε. Ντιναπόγιας, Μ. Κηπουρού, Γ. Σπυρόπουλος, Δ. Καραπιπέρης, Κ. Κατσούλης

Πνευμονολογική Κλινική και Τμήμα Ειδικών Λοιμώξεων 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Παρουσίαση περιστατικού υπερκαπνικής αναπνευστικής ανεπάρκειας λοιμώδους αιτιολογίας σε νεαρό ασθενή

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενής 20 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ με αναφερόμενο εμπύρετο από 4ημέρου, ταχύπνοια και αιμόφυρτα πτύελα από 6ημέρου. Από την κλινική εξέταση παρουσιάζει ελάττωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος ΑΡ και τρίζοντες ΑΡ βάσης.

Ακτινογραφία θώρακος: περιορισμένες μικροοζώδεις διηθήσεις άμφω.

Ατομικό αναμνηστικό: βρογχικό άσθμα στην παιδική ηλικία καθώς και κάπνισμα.

Εργασία: Λαχαναγορά Θεσσαλονίκης.

Με την εισαγωγή του τίθεται σε αγωγή με Μοξιφλοξασίνη 400 mg × 1, Οσελταμιβίρη 75 mg × 2 και χορήγηση Ο₂ με μάσκα Venturi 50 %. Αποστέλλεται δείγμα πτυέλων για ανίχνευση ιού γρίπης, ορός αίματος για HIV, HCV, HBV, ANA, C3, C4, Ανοσοσφαιρίνες, έλεγχος για πνευμονιόκοκκο και Legionella στα ούρα. Λόγω ασυμφωνίας ακτινολογικών ευρημάτων και δύσπνοιας διενεργείται CTPA: απουσία θρόμβου, παρουσία πολλαπλών διάσπαρτων οζιδίων θολής υάλου με κεντρολοβιακό πρότυπο σε αμφοτέρους τους πνεύμονες. Την ίδια ημέρα λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας και υπερκαπνίας διακομίζεται στην ΜΕΘ όπου και διασωληνώνεται λόγω περαιτέρω επιδείνωσης. Διενεργείται βρογχοσκόπηση και αποστέλλονται δείγματα BAL για PCR για TB, καλλιέργεια για κοινά μικρόβια και μύκητες, και ορός αίματος για Coxiella Burnetii φάση I, II IgG, IgM, RSV IgG, IgM, Chlamydia psittaci IgG, IgM, Rickettsia typhi IgG, IgM, Μυκόπλασμα της πνευμονίας, Pneumocystis carinii IgG, IgM και cANCA, pANCA, anti-GBM λόγω του νεαρού της ηλικίας και συνεχιζόμενης αιμορραγίας από το αναπνευστικό. Κατά την παραμονή του στην ΜΕΘ σταδιακά βελτιώνει την αναπνευστική λειτουργία του, αποσωληνώνεται και εξέρχεται στην Κλινική. Τις επόμενες ημέρες παρουσίασε μεγάλη βελτίωση. Από την παραλαβή των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων που εστάλησαν ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός αλλά βρέθηκαν θετικά IgG phase II για Coxiella Burnetii (1/256) και θετικά IgM phase II για Coxiella Burnetii (1/48). Έτσι τέθηκε η διάγνωση για πιθανή ενεργή λοίμωξη από Coxiella Burnetii και ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με Δοξυκυκλίνη 100 mg 1 × 2 ενώ είναι ήδη απύρετος και αναπνευστικά πολύ βελτιωμένος.

Σε δεύτερο χρόνο αποστέλλεται νέο δείγμα αίματος με θετικά IgM phase II για Coxiella Burnetii (1/48).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα συμβατά με λοίμωξη από Coxiella Burnetii.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Αναπνευστική ανεπάρκεια επί εδάφους μικροβρογχοπνευμονικών διηθήσεων άμφω, πιθανώς λοιμώδους αιτιολογίας με λοιμογόνο αίτιο την Coxiella Burnetii.

09. ΡΕΤ ΚΑΙ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ε. Φανιάδου¹, Κ. Μανίκα¹, Γ. Άρσος², Γ. Γιαννίδης³, Ε. Παπακάλα¹, Μ. Κηπουρού¹, Μ. Σιωνίδου¹, Ι. Κιουμής¹

¹Μονάδα Αναπνευστικών Λοιμώξεων, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Εξοχή, Θεσσαλονίκη

²Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

³Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Εξοχή, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φυματίωση αποτελεί ένα από τα πλέον θανατηφόρα λοιμώδη νοσήματα παγκοσμίως. Η προσβολή του μυοσκελετικού συστήματος υπολογίζεται σε ποσοστό 1-13% των ασθενών, ενώ σε ποσοστό 50% αυτών προσβάλλεται η σπονδυλική στήλη.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Άνδρας 64 ετών παρουσίαζε εμμένον εμπύρετο, νυκτερινή εφίδρωση, αρθραλγίες, καταβολή, ανορεξία και βήχα από μηνός. Ο ασθενής ανέφερε πρόσφατη επαφή με συγγενείς του που είχαν ενεργό πνευμονική ΤΒ.

Η κλινική εξέταση ανέδειξε δεκαδική πυρετική κίνηση χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα, ενώ ο πλήρης αιματολογικός, βιοχημικός, ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε μόνο υψηλή ΤΚΕ. Η ακτινογραφία θώρακα ήταν επίσης φυσιολογική. Παράλληλα, διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακα και υπέρηχος κοιλίας που ανέδειξαν περιορισμένα ινώδη στοιχεία και οζίδια στους πνεύμονες.

Η δοκιμασία Mantoux ήταν θετική ενώ ήταν αρνητική είκοσι μέρες νωρίτερα. Επίσης, διαπιστώθηκε εντόνως θετική δοκιμασία IGRA.

Ακολούθως διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση. Η χρώση Ziehl-Neelsen, ο μοριακός έλεγχος για TB (Xpert MTB/RIF) και οι καλλιέργειες για κοινά παθογόνα και *M.tuberculosis* σε δείγματα BAL απέβησαν όλα αρνητικά.

Ο ασθενής έλαβε πολλαπλά ευρέως φάσματος αντιβιοτικά σχήματα δίχως κλινική ανταπόκριση. Δεδομένης της πρόσφατης θετικοποίησης της δοκιμασίας Mantoux και των προδιαθεσικών παραγόντων για ΤΒ ο ασθενής τέθηκε εμπειρικά σε τετραπλή αντιφυματική αγωγή.

Στα πλαίσια διερεύνησης εμπυρέτου αγνώστου αιτιολογίας, διενεργήθηκε PET/CT scan το οποίο ανέδειξε παθολογική πρόσληψη στο σώμα του Θ1 σπονδύλου συμβατό με ενεργή λοιμώδη σπονδυλίτιδα.

Εντός μηνός, ο ασθενής απυρέτησε και σημειώθηκε πτώση της ΤΚΕ. Επτά μήνες μετά την έναρξη της αντιφυματικής αγωγής ο ασθενής υποβλήθηκε εκ νέου σε PET/CT scan οπότε διαπιστώθηκε εξαφάνιση της παθολογικής πρόσληψης FDG στο σώμα του Θ1 σπονδύλου επιβεβαιώνοντας αναδρομικά την διάγνωση της ΤΒ σπονδυλίτιδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το συγκεκριμένο περιστατικό υπογραμμίζει τον σημαντικό ρόλο του FDG-PET/CT scan στην οριστική διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση ενός ασθενούς ο οποίος παρουσίαζε εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας δίχως κλινικές ενδείξεις σπονδυλίτιδας. Τελικά ο διαγνωστικός αλγόριθμος οδήγησε στην διενέργεια PET/CT scan το οποίο σε συνδυασμό με το ιστορικό του ασθενούς έθεσε αναδρομικά την διάγνωση της ΤΒ σπονδυλίτιδας και παράλληλα αξιολογήθηκε η ανταπόκριση στην αντιφυματική αγωγή.

10. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΕΝΩΣΗΣ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΣΤΗ ΜΕΓΙΣΤΗ ΕΚΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Σ. Μιχαηλίδης¹, Α.-Ρ. Μιχαηλίδης², Γ. Μπαμπλέκος², Β. Σκόπας³, Ν. Γαλανοπούλου³, Ν. Σταΐκος³

¹Μονάδα Επαγγ. Νόσων & Φυματίωσης, ²Τμήμα Επιστημών Υγείας, Τ.Ε.Ι. Αθήνας, ³Β' Πνευμ/κό Τμήμα, Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας

Σκοπός της εργασίας ήταν η παρακολούθηση των τιμών της Μέγιστης Εκπνευστικής Ροής (PEF) σε σχέση με την εκκένωση του πλευριτικού υγρού ασθενών με ετερόπλευρη πλευριτική συλλογή ποικίλης αιτιολογίας και μεγέθους. Μελετήθηκαν 86 ασθενείς (55 άντρες & 31 γυναίκες) ηλικίας $63,6 \pm 11,8$ έτη (μέση τιμή $\pm$ SD) με ετερόπλευρη πλευριτική συλλογή, πριν και μετά παρακέντηση πλευριτικού υγρού, κατά την οποία επιχειρήθηκε η κατά το δυνατόν εκκένωση της υπεζωκοτικής κοιλότητας. Σε όλους τους ασθενείς προσδιορίστηκε η τιμή της PEF (λήψη 3 τιμών σε όρθια θέση και καταγραφή της υψηλότερης των τριών) με χρήση του Mini Wright Peak Flow Meter σε δύο διαφορετικούς χρόνους: Πριν την έναρξη της παρακέντησης (t1) και 20 λεπτά μετά την περάτωση της διαδικασίας (t2). Οι 86 ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: Ομάδα Α, 54 ασθενείς με μικρή/μέτρια πλευριτική συλλογή και ομάδα Β, 32 ασθενείς με μεγάλη/μαζική συλλογή, με όριο μεταξύ των ομάδων την θέση της γραμμής Ellis-Damoiseau στην οπισθοπρόσθια Α/φία θώρακα σε σχέση με το άνω όριο της 4^{ης} πρόσθιας πλευράς. Το ποσό του υγρού που αφαιρέθηκε στην ομάδα Α ήταν 560 ± 175 ml (μέση τιμή $\pm$ SD) ενώ στην ομάδα Β ήταν 1150 ± 320 ml. Στην ομάδα Α η PEF (t1) και PEF (t2) ήταν 395 ± 94 και 416 ± 103 lt/min αντίστοιχα ($p < 0,001$) και στην ομάδα Β η PEF (t1) και PEF (t2) ήταν 365 ± 81 και 387 ± 89 lt/min αντίστοιχα ($p < 0,001$). Η βελτίωση της PEF στην ομάδα Α ήταν 5,3% ενώ στην ομάδα Β ήταν 6%. Συμπεραίνεται ότι ενώ η απομάκρυνση τόσο μικρής ή μεγάλης ποσότητας πλευριτικού υγρού συνοδεύεται από στατιστικά σημαντική βελτίωση της PEF εντούτοις η βελτίωση της PEF δεν είναι ανάλογη με την ποσότητα του πλευριτικού υγρού που αφαιρέθηκε.

11. ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΝΩΣΗ: ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ε. Παναγιωτίδου¹, Γ. Πίτσιου¹, Ε. Φούκα², Σ. Ακριτίδου¹, Α. Μπούτου³, Α. Μαρκοπούλου³, Δ. Παπακώστα², Ι. Στανόπουλος¹

¹Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Π.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

²Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Π.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η μελέτη των αιμοδυναμικών παραμέτρων στην ηρεμία και στην άσκηση 15 ασθενών με πνευμονική ίνωση που παραπέμφθηκαν στο ιατρείο πνευμονικής υπέρτασης (ΠΥ) της κλινικής μας για διερεύνηση, λόγω δύσπνοιας και λειτουργικού περιορισμού.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

10 ασθενείς με ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση και 5 ασθενείς με νόσημα συνδετικού ιστού και ινωτική πνευμονική προσβολή υποβλήθηκαν σε εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης, υπερηχοκαρδιογράφημα, μέτρηση βιοδεικτών και δεξιό καρδιακό καθετηριασμό με πρωτόκολλο άσκησης σε ύπτια θέση σε κυκλικό εργόμετρο κάτω άκρων. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή της μέσης πνευμονικής πίεσης (mPAP), της πίεσης ενσφήνωσης (PAWP), της καρδιακής παροχής, της καρδιακής συχνότητας, και του κορεσμού αρτηριακού αίματος στην ηρεμία και έπειτα σε στάδια που αλλάζουν ανά 3 λεπτά, ξεκινώντας με άσκηση χωρίς αντίσταση (0W) και σε συνεχόμενη αύξηση της αντίστασης ανά 10W έως ότου ο ασθενής να εξαντληθεί. Περαιτέρω υπολογίστηκαν οι ολικές πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις (TPR) με τον τύπο $mPAP/CO$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

11 (73,3%) ασθενείς εμφάνισαν ΠΥ, οι 3 (20%) είχαν μετατριχοειδική ΠΥ. 4 (26,7%) είχαν φυσιολογικές παραμέτρους ηρεμίας, αλλά εμφάνισαν πνευμονική υπέρταση στην άσκηση. 4 ασθενείς με φυσιολογική πίεση ενσφήνωσης στην ηρεμία παρουσίασαν μέγιστη πίεση ενσφήνωσης κατά την άσκηση μεγαλύτερη από 20 mm Hg. Οι 2 από αυτούς είχαν ΠΥ στην ηρεμία, ενώ οι άλλοι δύο όχι. Κατά μέσο όρο, οι ασθενείς παρουσίασαν TPR 7,9, με το σύνολο των ασθενών να έχει $TPR > 3$ mmHg και $mPAP > 30$ mmHg κατά την άσκηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν παθολογική πνευμονική κυκλοφορία, και έλαβαν τις εξής διαγνώσεις: 1) προτριχοειδική ΠΥ (53%), 2) ΠΥ επαγόμενη στην άσκηση προτριχοειδικής αιτιολογίας (13%), 3) μετατριχοειδική ΠΥ (20%), 4) ΠΥ επαγόμενη στην άσκηση μετατριχοειδικής αιτιολογίας (13%). Η εφαρμογή πρωτοκόλλου άσκησης κατά τον καθετηριασμό ενισχύει το διαγνωστικό του ρόλο, καθώς αποκαλύπτει πνευμονική υπέρταση επαγόμενη στην άσκηση και προσφέρει διάκριση μεταξύ προτριχοειδικής και μετατριχοειδικής αιτιολογίας.

12. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΜΕ ΚΑΘΗΤΗΡΑ

Δ. Σιώπη¹, Χ. Καραχρήστος¹, Ε. Κερεζίδου¹, Λ. Δαγδηλέλης², Σ. Γαλάνης², Δ. Χλωρός¹

¹Πνευμονολογική κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου

²Ακτινολογικό τμήμα, Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε μερικές περιπτώσεις η κλασική θεραπεία του πνευμονικού αποστήματος με την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή αποτυγχάνει, και η διαδερμική παροχέτευση με καθετήρα μπορεί να αποτελέσει μια ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός νεαρού ασθενούς με πρωτοπαθές πνευμονικό απόστημα, που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με αυτή την ελάχιστα επεμβατική μέθοδο.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ένας άνδρας 32 ετών με λευκό ατομικό ιστορικό παρουσίασε παραγωγικό βήχα, πυρετό και θωρακαλγία δεξιά. Στον εργαστηριακό του έλεγχο είχε λευκοκυττάρωση (15000/μL), με πολυμορφοπυρηνικό τύπο (80%) και CRP 40 mg/dL.

Η ακτινογραφία θώρακα και η περαιτέρω αξιολόγηση με CT θώρακα αποκάλυψαν την παρουσία πνευμονικού αποστήματος με υγρικό περιεχόμενο στον δεξιό κάτω λοβό. Έγινε η έναρξη ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής, με κλινδαμυκίνη και μοξιφλοξασίνη, αλλά ο ασθενής παρέμεινε εμπύρετος και παρουσίασε σταδιακά κλινική επιδείνωση. Υποβλήθηκε σε δεύτερη CT θώρακος, που έδειξε αύξηση στο μέγεθος του εμπυήματος, αντικατάσταση του υγρικού περιεχομένου με υγραερικό επίπεδο και εκτεταμένη πύκνωση με αεροβρογχόγραμμα στο δεξιό άνω, μέσο και κάτω λοβό. Ο βρογχοσκοπικός έλεγχος ήταν αρνητικός για την παρουσία παθολογικής ενδοβρογχικής βλάβης. Αποφασίστηκε η εμπειρική αλλαγή της αντιβιοτικής αγωγής, με την προσθήκη λινεζολίδης και μεροπενέμης στην κλινδαμυκίνη καθώς και η διαδερμική παροχέτευση του αποστήματος με καθετήρα υπό CT καθοδήγηση.

Ο ασθενής απυρέτησε και βελτιώθηκε κλινικά λίγες ώρες μετά από την παρέμβαση. Η καλλιέργεια του περιεχομένου υγρού ήταν θετική για *Peptoniphilus indolicus*. Ο καθετήρας rigtail αφαιρέθηκε μετά από ακτινολογική αξιολόγηση, την 15^η ημέρα από την τοποθέτησή του, και αφού επιτεύχθηκε πλήρης κλινική αποκατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η διαδερμική διαθωρακική παροχέτευση του πνευμονικού αποστήματος μπορεί να είναι μια πολύτιμη εναλλακτική λύση έναντι στην ανοιχτή χειρουργική παρέμβαση σε ασθενείς όπου αποτυγχάνει η κλασική θεραπεία.

13. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΡΟΦΙΛΑΡΙΑΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Δ. Σιώπη¹, Θ. Καραϊσκος², Α. Αθανασιάδου¹, Ν. Παστέλλη³, Α. Διάκου⁴, Δ. Χλωρός¹

¹Πνευμονολογική κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου

²Καρδιοχειρουργική κλινική, Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου

³Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου

⁴Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Κτηνιατρικής Σχολής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διροφιλαρίαση είναι μια ζωνόσος η οποία σπάνια προσβάλλει τον άνθρωπο, που είναι μη φυσικός ξενιστής. Οφείλεται σε προσβολή από σκώληκες του γένους *Dirofilaria*. Παρουσιάζουμε την σπάνια περίπτωση συμπτωματικής πνευμονικής διροφιλαρίασης σε γυναίκα 49 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Η ασθενής παρουσίασε υποξεία έναρξη θωρακαλγίας στο αριστερό ημιθώρακιο, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα (βήχα, πυρετό ή αιμόπτυση). Στην ακτινογραφία θώρακος διαπιστώθηκε η παρουσία μιας καλά περιγεγραμμένης συμπαγούς περιφερικής βλάβης αριστερού άνω λοβού, η οποία ελέγχθηκε στη συνέχεια με αξονική τομογραφία θώρακος. Το μέγεθος της βλάβης ήταν 45×65 mm, με ευρεία βάση στην περιφέρεια του πνεύμονα και σε επαφή με την καρδιά, χωρίς αεροβρογχόγραμμα, υπεζωκοτική συλλογή ή λεμφαδενοπάθεια. Δε διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα στον εργαστηριακό έλεγχο. Η ασθενής υποβλήθηκε σε διαδερμική διαθωρακική βιοψία πνεύμονα με CT καθοδήγηση, η οποία ανέδειξε παρουσία ηωσινοφίλων και φλεγμονωδών διηθήσεων του διάμεσου πνευμονικού ιστού καθώς και πληθώρα μακροφάγων εντός των κυψελίδων, χωρίς ωστόσο να διαπιστώνονται σημεία ειδικής φλεγμονής ούτε κακοήθειας. Λόγω των ασαφών ευρημάτων, η ασθενής υποβλήθηκε στη συνέχεια σε θωρακοτομή και τμηματεκτομή. Η ταχεία βιοψία ήταν αρνητική για κακοήθεια, ενώ η ιστολογική εξέταση μονίμων τομών παραφίνης, έδειξε έμφρακτο, εντός του οποίου εστιακά και σε ανάμειξη με θρομβωτικό υλικό ανευρέθηκαν νηματοειδείς σκώληκες, με μορφολογία διροφιλαρίας. Στον ορολογικό έλεγχο ανιχνεύθηκε πολύ υψηλός τίτλος IgM και IgG ειδικών ανοσοσφαιρινών κατά των παρασίτων *Dirofilaria* spp. Η κλινική πορεία της ασθενούς ήταν άριστη, χωρίς τη συμπληρωματική χορήγηση συστηματικής αγωγής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η πλειοψηφία των ανθρώπων με διροφιλαρίαση παραμένουν ασυμπτωματικοί και η πνευμονική προσβολή συχνά διαπιστώνεται σε τυχαίο ακτινολογικό έλεγχο, συνήθως με τη μορφή μονήρους όζου. Λόγω της μίμησης νεοεξεργασίας, οι ασθενείς συχνά υποβάλλονται σε πλήρη χειρουργική εξαίρεση της βλάβης, θέτοντας έτσι τη διάγνωση, χωρίς να απαιτείται συστηματική θεραπεία.

14. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ OMALIZUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΑΛΛΕΡΓΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Σ.-Χ. Κωτούλας, Π. Χινέλης, Κ. Πορπόδης, Ε. Φούκα, Λ. Μπίνα, Κ. Δόμβρη, Δ. Παπακώστα

Ιατρείο Άσθματος, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. "Γεώργιος Παπανικολάου", Εξοχή, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αξιολόγηση της δράσης της Omalizumab σε ασθενείς με σοβαρό αλλεργικό Άσθμα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν 18 ασθενείς με σοβαρό αλλεργικό Άσθμα που παρακολουθούνται στο Ιατρείο Άσθματος της Πνευμονολογικής κλινικής ΑΠΘ. Από αυτούς 8 λαμβάνουν Omalizumab για διάστημα μεγαλύτερο των επτά ετών, 5 για διάστημα μικρότερο των επτά ετών, ενώ 5 έλαβαν Omalizumab για κάποιο διάστημα, αλλά το διέκοψαν καθώς δεν ωφελήθηκαν (non-responders).

Ομάδα	Γ/Α	Ηλικία (Έτη)	IgE	Διάρκεια (Μήνες)	Δόση (mg/μήνα)
Non-responders (N = 5)	4/1	53,50±9,61	398,5±445,14	38±15,64	425±199,37
Λιγότερο από 7 έτη (N = 5)	5/0	58,2±21,23	201,2±180,57	23,6±13,2	390±227,49
Περισσότερο από 7 έτη (N = 8)	6/2	59,86±11,63	192,75±160,86	110,57±15,11	321,43±219,58

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για κάθε ομάδα ξεχωριστά συγκρίθηκαν οι διαφορές στο συνολικό σκορ των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο ACT (Asthma Control Test), στον FEV1 (% του προβλεπόμενου) και στη δοσολογία των από του στόματος Γλυκοκορτικοειδών (Μεθυλπρεδνιζολόνη σε mg) κατά την έναρξη της λήψης του φαρμάκου και κατά την τελευταία τους επίσκεψη. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Επίσης συγκρίθηκαν οι διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων στα παραπάνω μεγέθη χωρίς την ανεύρεση κάποιας στατιστικά σημαντικής διαφοράς, εκτός από την διαφορά στην τιμή του ACT μεταξύ της ομάδας των non-responders (-2) και της ομάδας των responders (+6,85) με $p = 0,056$ στα όρια της στατιστικής σημαντικότητας.

Non-responders	Έναρξη Omalizumab	Τελευταία επίσκεψη	Διαφορά	p
NACT	19,25	17,25	-2	0,624
FEV1 (% προβλεπομένου)	86,25	83,00	-3,25	0,687
Δόση Μεθυλπρεδνιζολόνης (mg)	6	6	0	1,000
Λιγότερο από 7 έτη				
ACT	18,75	19,25	+0,5	0,928
FEV1 (% προβλεπομένου)	107,25	97,75	-9,5	0,492
Δόση Μεθυλπρεδνιζολόνης (mg)	4	4	0	1,000
Περισσότερο από 7 έτη				
ACT	17,29	24,14	+6,85	<u>0,023</u>
FEV1 (% προβλεπομένου)	67,43	69,00	+1,57	0,800
Δόση Μεθυλπρεδνιζολόνης (mg)	10,29	3,71	-6,58	0,239

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ομάδα των responders παρουσιάζει σημαντική βελτίωση στον έλεγχο των συμπτωμάτων όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου ACT, όπως επίσης και μείωση στη δόση των από του στόματος Γλυκοκορτικοειδών.

15. PREDICTIVE VALUE OF 99MTC-HYNIC-TOC (TEKTROTYD) IN LUNG NEURO- ENDOCRINE TUMORS DIAGNOSIS

BACKGROUND

Neuroendocrine tumors of the lungs (Lu-NETs) are rare arising in the thymus and gastro-entero-pancreatic tract and belonging to foregut NETs. The aim of the present prospective study was to estimate the potential impact of SPECT-CT somatostatin receptor scintigraphy (SRS) using 99mTc-Tektrotyd on diagnosis, treatment response and prognosis of Lu-NETS patients.

METHODS

Thirty-six patients with Lu-NETs were evaluated by using 99mTc-HYNIC-TOC scintigraphy. The scintigraphic results compared with liver tissue uptake (Krenning score). Likewise, the functional imaging results compared with biochemical indices including chromogranin A (CgA), Neuroendocrine Specific Enolase (NSE) and Insulin-like Growth Factor-1 (IgF1) at the time of diagnosis (baseline) and disease progression.

RESULTS

The number of somatostatin receptors, expressed with Krenning score, did not show any correlation with the survival of patients both at baseline ($p=0,08$) and disease progression ($p=0,24$) and scintigraphy results did not relate significantly with PFS. Comparing the results of Tektrotyd according to the response of patients in the initial treatment, a statistically significant negative correlation was observed both in the first and the second Tektrotyd with patients' response ($p=0.001$, $p<0.001$ respectively). The concentrations biochemical markers were in accordance with Tektrotyd results in the diagnosis.

CONCLUSION

This study indicates that 99mTc-HYNIC-TOC scintigraphy appears to be a reliable, non-invasive technique for detection of primary neuroendocrine tumors and their locoregional or distant metastases, though it cannot be used as a Lu-NETs predictive technique.

16. TH2 ΚΑΙ TH17 ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΕΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ. Δόμβρη¹, Κ. Πορπόδης¹, Γ. Τζημαγιώργης², Φ. Χατζοπούλου², Θ. Κοντακιώτης¹, Γ. Κυριαζής¹, Δ. Παπακώστα¹

¹Γινευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

²Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό να διερευνήσει τις κυτταροκίνες του μονοπατιού Th2 και Th17 σε ασθματικούς ασθενείς σε σχέση με τη βαρύτητα του άσθματος καθώς και με δείκτες φλεγμονής.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 90 ασθματικοί ασθενείς, 51 με σοβαρό, 39 με ήπιο άσθμα και 30 υγιείς ως ομάδα ελέγχου, με μέσο όρο ηλικίας 53 ± 15.1 , 45.5 ± 15 και 44 ± 16 έτη αντίστοιχα. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κλινική εκτίμηση, δερματικές δοκιμασίες, προσδιορισμό εωσινοφίλων στο αίμα, ολικής IgE του ορού, και μέτρηση του εκπνεόμενου FeNO. Τα επίπεδα των IL-4, IL-5, IL-13, IL-6, IL-17A, IL-23 και TGFβ1 προσδιορίστηκαν με kit της AimPlex Biosciences με κυτταρομετρία ροής. Ο πολυμορφισμός (SNP) της IL-17A (rs17880588) προσδιορίστηκε με RT-PCR.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο γονότυπος της IL-17A ανευρέθηκε ίδιος και στις τρεις ομάδες. Τα επίπεδα των IL-4, IL-5, IL-13, IL-6, IL-17A και IL-23 στον ορό, βρέθηκαν υψηλότερα στον ασθματικό πληθυσμό σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($p < 0.05$). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη βαρύτητα του άσθματος. Επίσης, στους ασθενείς με αλλεργικό άσθμα η IL-17A και η IL-4 βρέθηκαν αυξημένες με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.05$). Επιπλέον, τα αυξημένα επίπεδα IL-17A συσχετίστηκαν θετικά με τα επίπεδα των άλλων ιντερλευκινών. Οι Th2 κυτταροκίνες των ασθματικών συσχετίστηκαν θετικά με τα επίπεδα των FeNO, IgE και εωσινοφίλων στο αίμα. Τα επίπεδα των IL-6 και IL-23 συσχετίστηκαν με τα επίπεδα των FeNO, IgE και εωσινοφίλων στους ασθενείς με αριθμό > 250 κύτταρα/μλ. Η IL-17A στους ασθενείς με σοβαρό άσθμα και αριθμό εωσινοφίλων $> 400/\mu\text{l}$, συσχετίστηκε θετικά με τα επίπεδα του FeNO. 33 ασθματικοί ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν με βάση τα επίπεδα των κυτταροκινών στον ορό, ως διπλοί Th2/Th17 high και οι τιμές τους συσχετίστηκαν θετικά με τον αριθμό των εωσινοφίλων, με το FeNO και με πολλαπλή αλλεργική ευαισθητοποίηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη προσπάθεια έρευνας Th2 και Th17 κυτταροκίνες σε Έλληνες ασθματικούς ασθενείς καθώς και μια από τις λίγες που συσχετίζει επίπεδα στον ορό με δείκτες φλεγμονής. Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν τη συμμετοχή των Th2 και Th17 κυτταροκινών στο σοβαρό, στο εωσινοφιλικό καθώς και στο αλλεργικό άσθμα.

**ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ**

1. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Καζαντζή Ρ.

Νοσηλεύτρια, MSc, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ "Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ", Εξοχή, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επίπτωση του Σακχαρώδη Διαβήτη Κυστικής Ίνωσης (Cystic Fibrosis Related Diabetes – CFRD) και της διαταραχής ανοχής στη γλυκόζη έχει αυξηθεί τα τελευταία 20 χρόνια παράλληλα με την αύξηση της επιβίωσης των ασθενών με Κυστική Ίνωση (ΚΙ) λόγω της βελτίωσης των διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων. Ο CFRD είναι η συχνότερη και σοβαρότερη συννοσηρότητα στην ΚΙ που επιβαρύνει την πρόγνυσή της και επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της εργασίας ήταν η ανεύρεση των ασθενών με ΚΙ που εμφανίζουν διαβήτη σχετιζόμενο με τη νόσο, καθώς και η μελέτη της επίδρασης του CFRD και της διαταραγμένης ανοχής γλυκόζης (Impaired Glucose Tolerance – IGT) στην πνευμονική λειτουργία των ασθενών και στην πιθανή αύξηση ανεπιθύμητων συμβάντων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν 43 ενήλικοι ασθενείς με ΚΙ που παρακολουθούνται στο ιατρείο της ΚΙ της Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ στο Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου». Τα δημογραφικά δεδομένα των ασθενών, το ιστορικό, οι δείκτες πνευμονικής λειτουργίας από τις τελευταίες σπιρομετρήσεις των ασθενών, η πορεία και οι επιπλοκές της νόσου καταγράφηκαν από τη βάση δεδομένων του ιατρείου. Για τη διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη στην Κυστική Ίνωση χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (Oral Glucose Tolerance Test – OGTT). Για τους διαβητικούς ασθενείς καταγράφηκε επίσης η τιμή της αρχικής και της τελευταίας γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, η θεραπεία τους και η παρουσία μικροαγγειακών επιπλοκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 32 μισά έτη, ενώ δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη συχνότητα των δύο φύλων, καθώς ο αριθμός των ανδρών ήταν 24 και των γυναικών 19. Ο μέσος δείκτης μάζας σώματος των ασθενών ήταν 21,27 εντός δηλαδή των φυσιολογικών τιμών. Η μέση ηλικία διάγνωσης της κυστικής ίνωσης στους ασθενείς μας ήταν τα 6,3 έτη. Οι 2 από τους ασθενείς είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση πνεύμονα και άλλοι 6 βρίσκονται υπό προ-μεταμοσχευτικό έλεγχο. Οι ασθενείς του ιατρείου στην πλειοψηφία τους εμφάνιζαν ομαλή πορεία της νόσου, χωρίς ανάγκη για πολλαπλές νοσηλείες ή επείσοδια οξείας παρόξυνσης κατά το τελευταίο έτος. Από το σύνολο των ασθενών, 19 διαγνώστηκαν με CFRD, 12 ασθενείς είχαν διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη και οι υπόλοιποι 12 είχαν φυσιολογική δοκιμασία. Με βάση την ύπαρξη ή όχι CFRD οι ασθενείς με κυστική ίνωση ταξινομήθηκαν σε 3 ομάδες: σε διαβητικούς, μη διαβητικούς και σε εκείνους με θετική δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (IGT). Ο δείκτης μάζας σώματος, ως δείκτης θρέψης, μεταξύ των διαβητικών και μη ασθενών, καθώς και εκείνων με IGT δε διέφερε σημαντικά. Από τη σύγκριση των 3 ομάδων των ασθενών προκύπτει επίσης ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους δείκτες πνευμονικής λειτουργίας. Τέλος, οι ομάδες των ασθενών δε διέφεραν ως προς τον αριθμό επεισοδίων παρόξυνσης, την ανάγκη λήψης αντιβιοτικών κατά το τελευταίο έτος και τον αριθμό των εισαγωγών στο νοσοκομείο στο ίδιο διάστημα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση του CFRD είναι δύσκολο να τεθεί, καθώς οι ασθενείς μπορεί να παραμείνουν ασυμπτωματικοί για χρόνια πριν τη διάγνωση. Ο υψηλός επιπολασμός, η απουσία σημείων και συμπτωμάτων στα αρχικά στάδια και ο αυξημένος κίνδυνος επιδείνωσης της κλινικής κατάστασης του ασθενή, κάνουν επιτακτική την ανάγκη της διάγνωσης και της θεραπείας.

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΥΥ ΣΤΟΝ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ

Θωμαΐς Χαϊνοπούλου¹, Πολυάνθη Πετρίδου², Νικόλαος Απέργης²

¹Νοσηλεύτρια MSc(c), Υπεύθυνη Μονάδας Ύπνου

²Νοσηλευτές MSc(c), Μονάδα Ύπνου, Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για πολλούς σοβαρά πάσχοντες ασθενείς από σύνδρομο απνοιών/υποπνοιών στον ύπνο (ΣΑΥΥ).

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας ήταν ο έλεγχος της συμμόρφωσης των ασθενών με ΣΑΥΥ στη χρήση της συσκευής CPAP και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, καθώς και ο καθοριστικός ρόλος του νοσηλευτή στην ενημέρωση, στην εφαρμογή των συσκευών υποστήριξης της αναπνοής καθώς και στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Χρησιμοποιήθηκαν διάφορα πρωτόκολλα, από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, σχετικά με την εκπαίδευση των νοσηλευτών με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και την επίτευξη της βέλτιστης συμμόρφωσης των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η θεραπεία με συσκευή CPAP είναι συνήθως μακροχρόνια και η επιτυχία της προϋποθέτει αποδοχή και συνεργασιμότητα του ασθενούς. Η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών όπως αίσθημα ξηρότητας, ερεθισμός στο πρόσωπο, δυσανεξία πίεσης αέρα, ενόχληση του ή της συζύγου μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της θεραπείας και επανεμφάνιση της συμπτωματολογίας. Στους ασθενείς που χρησιμοποιούν τη CPAP διαπιστώθηκε βελτίωση γενικά της ποιότητας ζωής και ιδιαίτερα της ημερήσιας κόπωσης και υπνηλίας, της πρωινής κεφαλαλγίας, της ποιότητας του ύπνου, της νυχτουρίας, της διαταραχής της σεξουαλικής λειτουργίας και των καρδιαγγειακών προβλημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ΣΑΥΥ αποτελεί ένα σοβαρό παράγοντα κινδύνου για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για το κοινωνικό σύνολο. Η θεραπεία με CPAP είναι αποτελεσματική μόνον όταν ο ασθενής συμμορφώνεται σ' αυτήν. Οι νοσηλευτές έχουν κεντρικό ρόλο στην ολιστική φροντίδα των ασθενών με ΣΑΥ, παρεμβαίνοντας με εκπαίδευση και υποστήριξη σε προγράμματα θεραπείας τους, με στόχο την συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή και την επίτευξη της βέλτιστης ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικείων τους.

3. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Βασιλική Ατματζίδου, Σοφία Μότσιανου

Νοσηλεύτρια Πνευμονολογικής Κλινικής Εσού ΓΝΘ “ Γ. Παπανικολάου”

ΣΚΟΠΟΣ

Η ανάδειξη της σπουδαιότητας των Μονάδων Αυξημένης Φροντίδας στη νοσηλεία ασθενών με Αναπνευστική Ανεπάρκεια.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Βιβλιογραφική ανασκόπηση και διαδικτυακή αναζήτηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι πνεύμονες αποτελούν βασικό συνδετικό κρίκο στην αλυσίδα μεταφοράς του οξυγόνου, αφού είναι το όργανο ανταλλαγής οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα μεταξύ του αίματος και του κυψελιδικού αέρα. Η Αναπνευστική Ανεπάρκεια προκαλείται λόγω ανεπαρκούς κυψελιδικού αερισμού και λόγω διαταραχής της σχέσης αερισμού προς αιμάτωση του πνεύμονα (V/Q). Συχνά τα δυο αίτια συνυπάρχουν. Η Αναπνευστική Ανεπάρκεια διακρίνεται σε:

Τύπου I η οποία οφείλεται σε παθήσεις του πνεύμονα που προκαλούν υποξυγοναιμία χωρίς αύξηση της μερικής πίεσης του διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα (PaCO_2) και

Τύπου II η οποία οφείλεται σε ανεπάρκεια της αναπνευστικής αντλίας και οδηγεί σε ελάττωση του κυψελιδικού αερισμού και αύξηση της PaCO_2 .

Η θνητότητα σε ασθενείς με βαριά AA I είναι αυξημένη. Η εκτίμηση της βαρύτητας των ασθενών αυτών περιλαμβάνει εκτός από την κλινική εκτίμηση και τη μέτρηση των επιπέδων του οξυγόνου στον οργανισμό, με την εξέταση των αερίων του αρτηριακού αίματος. Οι μετρήσεις αυτές γίνονται πολύ συχνά στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) και ειδικά κατά τα πρώτα 24ωρα της νοσηλείας. Για την συνεχή όμως παρακολούθηση της οξυγόνωσης, είναι απόλυτα απαραίτητη η συνεχής παλμική οξυμετρία.

Ως μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός (ΜΕΜΑ) ορίζεται ο μηχανικός αερισμός των πνευμόνων με τεχνικές που δεν απαιτούν τραχειακή διασωλήνωση. Ο ΜΕΜΑ αποτελεί μια αποτελεσματική θεραπεία της οξείας και χρόνιας αναπνευστικής ανεπάρκειας. Σε πνευμονολογικές ΜΑΦ νοσηλεύονται κατεχοχόν ασθενείς με AA II λόγω παρόξυνσης ΧΑΠ.

Λόγω της αυξημένης εμπειρίας και της σωστής χρήσης του ΜΕΜΑ έχει αλλάξει σημαντικά η πρόγνωση αυτών των ασθενών. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποφεύγεται η διασωλήνωση και η μεταφορά σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΜΑΦ αποτελώντας ενδιάμεσο τμήμα ανάμεσα σε ΜΕΘ και τμήμα και παρέχοντας υψηλού επιπέδου φροντίδα μπορεί να αποσυμφορήσει τις εντατικές από την εισαγωγή ή επανεισαγωγή κάποιων περιστατικών μειώνοντας έτσι το κόστος υγείας. Στη χώρα μας υπάρχει σχετικά μικρός αριθμός τέτοιων μονάδων. Καθοριστικός παράγοντας είναι η επαρκής εκπαίδευση του προσωπικού και η διαθεσιμότητά του όλο το 24ωρο.

Η ανάπτυξη και λειτουργία Μονάδων Αυξημένης Φροντίδας πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Επίτομη Πνευμονολογία Δ. Πατάκας 2^η έκδοση University press Θεσσαλονίκη 2006.
2. Πνευμονολογία Κ. Σταυρόπουλου.
3. Πνευμονολογία Λ. Σιχλετίδης University press Θεσσαλονίκη 2009.
4. Fraser and Pare's Diagnosis of diseases of the chest 4th ed Saunders Philadelphia 1999.
5. e-thorax.gr
6. pneumonologist.gr
7. mayoclinic.com
8. hopkinsmedicine.org
9. wikipedia.org
10. emedicine.medscape.com
11. medicinenet.com
12. Oxford πνευμονολογίας, S. Chapman, G. Robinson, J. Stradling, S. West.