



ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΘΩΡΑΚΟΣ
ΕΛΛΑΔΟΣ

4ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ

27-30 ΜΑΪΟΥ 2021

THE MET HOTEL
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ / ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ / ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

INVENTICS A.E. / MEDEVENTS.GR

T. 2310 474 400 / E. INFO@MEDEVENTS.GR

W. WWW.MEDEVENTS.GR

Αρ. Ειδ. Σημ. Λειτουργ. ΕΟΤ: ΜΗΤΕ 0933Ε60000074600



Nucala 100 mg κόνις για ενέσιμο διάλυμα

Κάθε φιαλίδιο περιέχει 100 mg
μεπολιζουμάμπης.

Μετά την ανασύσταση,
κάθε ml διαλύματος περιέχει
100 mg μεπολιζουμάμπης.

NUCALA
mepolizumab

Nucala 100 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας

Κάθε προγεμισμένη συσκευή
τύπου πένας του 1 ml περιέχει
100 mg μεπολιζουμάμπης.



Nucala 100 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα

Κάθε προγεμισμένη σύριγγα
του 1 ml περιέχει 100 mg
μεπολιζουμάμπης.



Παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρεία για επιβεβαίωση
πλήρως ενημερωμένων δεδομένων, για οποιαδήποτε πληροφορία
ή/και αναφορά Ανεπιθύμητων Ενέργειών στο τηλέφωνο 210 6882100.
Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη των
Χαρακτηριστικών του Προϊόντος η οποία διατίθεται κατόπιν αιτήσεως
στην εταιρεία.

Το εμπορικό σήμα ανήκει ή έχει παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK.
©2020 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούχος του Ομίλου GSK.

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

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητέ συνάδελφε,

Ως πρόεδρος της ΕΝΘΕ, εκ μέρους όλου του ΔΣ, έχω την τιμή και τη χαρά να σε προσκαλέσω στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος στις 27-30 Μαΐου 2021 στο ξενοδοχείο The MET στη Θεσσαλονίκη.

Για περισσότερα από 20 χρόνια η διοργάνωση Πανελληνίων Συνεδρίων 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 και τα αποτελέσματα των ερευνητικών προσπαθειών τους. Ειδικά τη δύσκολη αυτή χρονιά που διανύουμε θα παρουσιαστούν περισσότερο θέματα που σχετίζονται με τον κορωνοϊό, κυρίως την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών του στους πνεύμονες, κάτι που ενδιαφέρει όλους, ιδίως τους νεότερους επιστήμονες αλλά και τους νοσηλευτές και τα παραϊατρικά επαγγέλματα.

Επιπλέον, 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 τη διακοπή του καπνίσματος, τη φυματίωση, την κυστική ίνωση, τις αναπνευστικές λοιμώξεις και πλήθος άλλων συναφών θεμάτων, που θα αναπτυχθούν από εξειδικευμένους Έλληνες και διεθνείς συναδέλφους, που έχουν ασχοληθεί με τα αντίστοιχα αντικείμενα.

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

Αγαπητέ συνάδελφε, η ενεργή συμμετοχή σου 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. Με κάθε επιφύλαξη εκτιμώ ότι, το πνευμονολογικό αυτό συνέδριο, τηρουμένων όλων των υγειονομικών κανονισμών, θα είναι ταυτόχρονα και το πρώτο δια ζώσης επιστημονικό συνέδριο στη μετα-κορωνοϊό περίοδο.

Σας καλώ όλες και όλους να συμμετέχετε ενεργά στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος στο παραδοσιακά φιλόξενο, θερμό και φιλικό περιβάλλον της πόλης μας.

Ο Πρόεδρος της ΕΝΘΕ

ΔΡ. Ηρακλής Τιτόπουλος

Επεμβατικός Πνευμονολόγος,

Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής

Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αικ. Αντωνίου, Θ. Βασιλακόπουλος, Σ. Βογιατζής, Δ. Γεωργόπουλος, Μ. Γκάγκα,
Κ. Γουργουλιάνης, Ι. Κιουμής, Θ. Κοντακιώτης, Κ. Κωστίκας, Στ. Λουκίδης,
Κ. Πορπόδης, Π. Στειρόπουλος, Γ. Στρατάκος, Ν. Τζανάκης, Αργ. Τζουβελέκης,
Σ. Τρύφων

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΝΘΕ αποτελεί την Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου

Πρόεδρος: **Ηρ. Τιτόπουλος**
Αντιπρόεδρος: **Θ. Καραπέτσας**
Γεν. Γραμματέας: **Στ. Τρύφων**
Ειδ. Γραμματέας: **Κ. Πορπόδης**
Ταμίας: **Μ. Σαρόγλου**
Μέλη: **Α. Αντωνιάδης, Χρ. Ευθυμίου**

RESPIMAT® re-usable

Φροντίδα για τον ασθενή
& Φροντίδα για το περιβάλλον¹⁻³



Διατίθεται
για ολόκληρη την
οικογένεια προϊόντων
RESPIMAT®⁴⁻⁶



RESP(04/2021)PC-GR-101239

1. Dhand et al. International Journal of COPD 2019; 14 509–523. 2. Hansel M, Bambach T, Wachtel H Respiratory Drug Delivery 2018. Volume 2, 2018; 321-324. 3. Hansel M, Bambach T, Wachtel H Respiratory Adv Ther 2019. Volume 36, 2019; 2487-2492. 4. SPIOLTO® RESPIMAT® Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος. 5. SPIRIVA® RESPIMAT® Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος. 6. STRIVERDI® RESPIMAT® Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος.

Για περισσότερες πληροφορίες συμβουλευτείτε τις Περιλήψεις Χαρακτηριστικών των Προϊόντων ή μεταβείτε στο virtual booth της εταιρείας Boehringer Ingelheim Ελλάς



Boehringer
Ingelheim

ΗΜΕΡΑ 1η - Πέμπτη 27 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ ΚΡΑΣΣΑ

*Η αίθουσα βρίσκεται στο Πολιτιστικό & Εκπαιδευτικό Κέντρο
"Γεράσιμος & Χαρίκλεια Κρασσά" – Εγκαταστάσεις ΕΝΘΕ*

**Περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων. Θα τηρηθεί σειρά
προτεραιότητας.*

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

09:00-14:00

Εκπαίδευση θεωρητική και πρακτική στη θωρακοσκοπήση

Υπεύθυνοι Εκπαίδευσης: **Δ. Σπυράτος, Στ. Ανευλαβής,
Χ. Μόσχος, Βλ. Βίτσας**

09:00-10:30

Η χρήση του διαθωρακικού υπερήχου στη διερεύνηση ασθενούς με
υπεζωκοτική συλλογή και ως βοηθητικό μέσο για τη
θωρακοσκοπήση

Χ. Μόσχος

Ενδείξεις – Αντενδείξεις στη θωρακοσκοπήση υπό τοπική
αναισθησία

Στ. Ανευλαβής

Περιγραφή της διαδικασίας της θωρακοσκοπήσης

Δ. Σπυράτος

Επίδειξη θωρακοσκοπήσης υπό τοπική αναισθησία

Βλ. Βίτσας

10:30-11:00

Διάλειμμα

11:00-14:00

HANDS ON Θωρακοσκοπήσης

ΗΜΕΡΑ 1η - Πέμπτη 27 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

09:00-13:30

Οξεοβασική Ισορροπία

Υπεύθυνος Εκπαίδευσης: **Θ. Βασιλακόπουλος**

09:00-11:00

- Εισαγωγή στην Οξεοβασική Ισορροπία
- Μεταβολική οξέωση και αλκάλωση
Θ. Βασιλακόπουλος

11:00-11:30

Αναπνευστική οξέωση
Δ. Τουμπανάκης

11:30-12:00

Αναπνευστική αλκάλωση
Στ. Τρύφων

12:00-13:00

Κλινικά παραδείγματα
Γ. Χειλάς

13:00-13:30

Η ανάλυση της Οξεοβασικής Ισορροπίας από τη σχολή STEWART
Μ. Αγραφιώτης

18:00 - 20:00

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ SARS-COV-2

Προεδρείο: **Π. Αργυροπούλου – Πατάκα, Στ. Τσικριά, Αθ. Πατάκα**

Διακοπή καπνίσματος – κινητοποίηση: Κλινικά παραδείγματα
Αιμ. Στεφανίδου

SARS-COV-2 και κάπνισμα
Ι. Μητρούσκα

Διακοπή καπνίσματος σε αναπνευστικούς ασθενείς
Αθ. Πατάκα

Νέα καπνισματικά προϊόντα
Π. Κατσαούνου

ΗΜΕΡΑ 1η - Πέμπτη 27 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

20:00-21:00

ΤΕΛΕΤΗ ΈΝΑΡΞΗΣ

ΚΑΛΩΣΟΡΙΣΜΑ

Τιτόπουλος Ηρακλής | Πρόεδρος Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος
Ελλάδος

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

Παπαϊωάννου Νικόλαος | Πρύτανης ΑΠΘ

Γκάγκα Ασημίνα | Πρόεδρος Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας

Τσαλικάκης Δημήτριος | Διοικητής 4^{ης} ΥΠΕ

Μπογιατζίδης Παναγιώτης | Διοικητής 3^{ης} ΥΠΕ

Αντωνάκης Νικόλαος | Διοικητής Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Λουκίδης Στυλιανός | Πρόεδρος Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας

Τσικρικά Σταματούλα | Πρόεδρος Ένωσης Πνευμονολόγων Ελλάδας

Φορούλης Χριστόφορος | Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας
Χειρουργών Θώρακος-Καρδιάς-Αγγείων

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Ένας χρόνος πανδημίας και η «μάχη» συνεχίζεται

Τζιτζικώστας Απόστολος | Περιφερειάρχης Κεντρικής Μακεδονίας

Παρουσίαση: **Φένια Κλιάτση** | Δημοσιογράφος

Brimica®
Genuair®
acilidium bromide + formoterol

BRETARIS®
Genuair®
Acilidium Bromide



GR-BRI-3-02-2021



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

▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση.

Βιβλιογραφία: 1. SmPC Bretaris, 2. SmPC Brimica

Κάθε παρεχόμενη δόση **Bretaris® Genuair®** περιέχει 375μg βρωμιούχου ακλιδινίου που ισοδυναμεί με μια δόση 322μg ακλιδινίου¹
Κάθε παρεχόμενη δόση **Brimica® Genuair®** περιέχει 396 μικρογραμμάρια βρωμιούχου ακλιδινίου (που ισοδυναμεί με μία δόση 340 μικρογραμμάτων ακλιδινίου) και 11,8 μικρογραμμάρια διυδρικής φουμαρικής φορμοτερόλης²

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλώ επικοινωνήστε με την εταιρεία:



Menarini Hellas

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

ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

09:00-10:00

Κλινικά περιστατικά με δύσκολη διαγνωστική προσέγγιση

(αναλυτικά: σελ 47-55)

Προεδρείο: **Α. Γόγαλη, Η. Τσελεπής**

01. ΜΙΑ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ “ΚΥΜΑΤΟΣ” ΤΗΣ SARS-COV2 ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Πρ. Κουτουκόγλου¹, Μ. Κηπουρού¹, Κ. Καρόζης¹, Στ. Γκιντίκας¹, Δ. Μολύβας¹, Ι. Τσανακτσίδης², Δ. Σιδηρόπουλος², Δ. Καραπιτέρης¹

¹ 1^η Κλινική COVID, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

² Ακτινολογικό Τμήμα, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

02. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΕΜΒΟΛΗΣ

Γ. Ιατρού¹, Ι. Χ. Λαμπρόπουλος^{1,2}, Ουρ. Κώτσιου¹, Φ. Μπαρδάκα³, Ε. Κοτρώτσιου⁴, Κ. Ι. Γουργουλιάνης¹, Ζ. Δανιήλ¹, Φ. Μάλλη^{1,5}

¹ Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

² Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πατρών

³ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁴ Γενικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁵ Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

03. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Α. Λουκαΐδη, Θ. Σέρτης, Ν. Γούλιαρος, Χ. Στεφανίδης, Ι. Στρατάκης, Θ. Μπουγάς, Α. Αποστολίδης, Χ. Χατζηελευθερίου

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

04. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ε. Παπαδοπούλου¹, Χρ. Ραμπιάδου¹, Χρ. Καραχρήστος¹, Π. Βλαχογιάννης², Ε. Πετσατώδης³, Δ. Χλωρός¹, Α. Μπούτου¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική Ε.Σ.Υ., Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

² Πνευμονολογική Κλινική Ε.Σ.Υ., Εξωτερικό Ιατρείο Φυματίωσης, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

³ Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

05. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ COVID-19

Β. Παράσχου¹, Μ. Κηπουρού¹, Ε.-Ι. Μωραλίδης², Γ. Άρσος², Κ. Κατσούλης¹

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

² Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

06. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΑΤΤΡ ΜΕ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Α. Λουκαΐδη, Ν. Γούλιαρος, Θ. Σέρτης, Χ. Στεφανίδης, Ι. Στρατάκης, Θ. Μπουγάς, Α. Αποστολίδης, Χρ. Χατζηελευθερίου

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

07. ΣΥΝΔΡΟΜΟ DRESS ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Ιωαννίδου¹, Στ. Βογιατζής¹, Β. Τσαούσης¹, Χρ. Καραχρήστος², Δ. Χλωρός², Μ. Κάκουρα¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

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

08. ΚΥΣΤΕΙΣ ΑΓΚΩΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΑΦΑΤΙΝΙΒ

Π. Ζαρογουλίδης^{1,2*}, Μ. Σαρόγλου³, Κ. Τσακίριδης⁴, Δ. Χατζημπούγιας⁵

¹ 3η Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Πνευμονολογική Κλινική, «Βιοκλινική» Ιδιωτική Κλινική, Θεσσαλονίκη

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

⁴ Θωρακοχειρουργική Κλινική, «Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο», Θεσσαλονίκη

⁵ MICRODIAGNOSTICS, Ιδιωτικό Παθολογοανατομικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

09. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ ΤΗΣ ΤΑΧΕΙΑΣ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕBUS-TBNA

Δ. Μαλλέ¹, Ηρ. Τιτόπουλος², Ε. Κωνσταντίνου²

¹ ACPATH, Διευθύντρια Εργαστηρίου Κλινικής Κυτταρολογίας

² Πρότυπη Μονάδα Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών

ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

10:00-11:15

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ

Προεδρείο: **Μ. Κάκουρα, Π. Κατσαούνου**

Βήχας
Ε. Ντιναπόγιας

Δύσπνοια
Α. Γεωργοπούλου

Αιμόπτυση
Χρ. Ευθυμίου

Σχολιαστής **Π. Χατζηαποστόλου**

11:15-11:45

Διάλειμμα

11:45-12:45

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Προεδρείο: **Ν. Κουλούρης, Ν. Τζανάκης**

Μέτρηση πνευμονικών όγκων και διάχυσης - σε ποιους ασθενείς
Γ. Χειλάς

Μέτρηση και αξιολόγηση αντιστάσεων - σε ποιους ασθενείς
Μ. Κηπουρού

Σχολιαστής **Κ. Κατσούλης**

12:45-13:45

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ

Προεδρείο: **Α. Ράπτη, Μ. Σαρόγλου**

Ονοματολογία των ευρημάτων και των βλαβών στη βρογχοσκόπηση
Βλ. Πολυχρονόπουλος

Rapid on site evaluation για 22G και 19G
Π. Ζαρογουλίδης

13:45-17:00

Διάλειμμα

ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

17:00-18:15

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ & ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Προεδρείο: **Χρ. Φορούλης, Γ. Δρόσος**

Ρομποτική χειρουργική στον καρκίνο του πνεύμονα

Κ. Τσακιρίδης

VATS -Μεσαυλιοσκόπηση: ενδείξεις, αντενδείξεις, παρενέργειες

Θ. Καραϊσκος

Επεμβατικές τεχνικές διάσωσης πνευμονικού παρεγχύματος

Α. Κλέωντας

Σχολιαστής **Λ. Τουφεκτζιάν**

18:15-19:30

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΩΝ

Προεδρείο: **Ηρ. Τιτόπουλος, Γρ. Στρατάκος, Θ. Κοντακιώτης**

Εκπαίδευση θεωρητική και πρακτική στη χρήση του άκαμπτου βρογχοσκοπίου

Ν. Κουφός

Εφαρμογές του άκαμπτου βρογχοσκοπίου

H. Dutau

Χρήση των νέων 3D stent στον πνεύμονα

L. Freitag

Σχολιαστής **Μ. Δωρής**

19:30-20:30

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την ευγενική υποστήριξη της Chiesi Hellas (σελ. 34)



20:30-21:15

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Α. Αντωνιάδης**

Καινοτόμες ακτινοογκολογικές τεχνικές στη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα

Ν. Ζάμπογλου

ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

09:00-10:00

Ελεύθερες Ανακοινώσεις (αναλυτικά: σελ 56-63)

Προεδρείο: Ε. Καρυπίδης, Στ. Ηρ. Τρύφων

01. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ- Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΜΒΑΜΑ- ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Β. Βασιλακόπουλος, Π. Ροδίτης, Σ. Θεοδωρίδου, Γ. Παπαγόρας, Χρ. Τσουμής, Ε. Κυπριτίδου, Στ. Λαμπρόπουλος
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κοζάνης

02. ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΕΞΑΠΛΩΣΗΣ ΤΟΥ SARS-COV-2

Α. Βιρβίλη¹, Δ. Ράπτης¹, Ι. Παπαθανασίου², Δ. Παπαγιάννης³, Ε. Φραδέλος⁴, Λ. Κοντοπούλου⁴, Ζ. Δανιήλ⁵, Κ. Ι. Γουργουλιάνης⁵, Φ. Μάλλη⁶

¹ Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

² Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

³ Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας-Ανοσοποίησης Ενηλίκων, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁴ Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁵ Πνευμονολογική Κλινική ΠΠΓΝΛ, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁶ Πνευμονολογική Κλινική, ΠΠΓΝΛ και Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

03. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΦΕΔΡΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΑΣΘΜΑ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ- ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Α. Γεωργοπούλου¹, Λ. Φωτιάδου¹, Στ. Τρύφων¹, Ζ. Δανιήλ², Α. Μπούτου¹

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

² Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Λάρισας

04. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ COVID-19

Ε. Τιρικήδου, Π. Ντόλιος, Κ. Χαδιά, Ε. Χαρισιάδου, Κ. Μπονέλης, Γ. Μπατζάκ, Στ. Ανευλαβής, Π. Στειρόπουλος

Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Π.Γ.Ν. Έβρου, Αλεξανδρούπολη

ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

05. ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΚΗΣΙΟΓΕΝΟΥΣ ΒΡΟΓΧΟΣΠΑΣΜΟΥ. ΜΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Βλ. Αχλάτης¹, Μ. Λεοντακιανάκος², Μ. Γιουλβανίδου², Κ. Πορπόδης²

¹ ΠΜΣ «Άθληση και Υγεία» – Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

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

06. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ COVID-19 – Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ε. Πάσχου¹, Β. Λωρίδα², Δ. Μιχάλης³, Μ. Καραγιαννίδου⁴, Δ. Θεόφιλος⁵, Χρ. Λευκός⁶, Ν. Τζαμτζής⁶, Ι. Χαλβατζή⁶, Α. Παπακώστας⁶, Ν. Σαμπάνης⁷

¹ MSc Μεθοδολογία Βιοϊατρικής Έρευνας, Βιοστατιστική & Κλινική Βιοπληροφορική

² Παθολογική Κλινική, Κλινική Covid, Γ.Ν. Λιβαδειάς

³ Τ.Ε.Π, Γ.Ν. Λιβαδειάς

⁴ Πνευμονολογίας, Ιατρός Κλινικής COVID-19, Γ. Ν. Λιβαδειάς

⁵ Τμήμα Τ.Ε.Π. Γ.Ν. Λιβαδειάς

⁶ Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Λιβαδειάς

⁷ Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Λιβαδειάς

07. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ COVID-19 – Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ε. Πάσχου¹, Β. Λωρίδα², Δ. Μιχάλης³, Μ. Καραγιαννίδου⁴, Δ. Θεόφιλος⁵, Χρ. Λευκός⁶, Ν. Τζαμτζής⁶, Ι. Χαλβατζή⁶, Α. Παπακώστας⁶, Ν. Σαμπάνης⁷

¹ MSc Μεθοδολογία Βιοϊατρικής Έρευνας, Βιοστατιστική & Κλινική Βιοπληροφορική

² Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λιβαδειάς-Υπεύθυνη Κλινικής COVID-19, Γ. Ν. Λιβαδειάς

³ Τ.Ε.Π, Γ.Ν. Λιβαδειάς

⁴ Πνευμονολογίας, Κλινική COVID-19, Γ.Ν. Λιβαδειάς

⁵ Γενικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Τ.Ε.Π., Γ.Ν. Λιβαδειάς

⁶ Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Λιβαδειάς

⁷ Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Λιβαδειάς

08. ΚΛΙΝΙΚΟΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗΣ (ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΕΝΗΝΤΑΚΟΝΤΑΕΤΙΑΣ)

Μ. Μωυσέως, Ε. Παπαδοπούλου, Ι. Δημητριάδης, Στ. Παπαεμμανουήλ, Στ. Τρύφων
Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

10:00-11:15

ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ

Προεδρείο: **Δ. Λαγονίδης**

High flow ventilation system

Ε. Καϊμακάμης

Κανόνες ρύθμισης συσκευών ΜΕΑ

Β. Τσαούσης

24ωρη εφαρμογή ΜΕΜΑ. Ενδείξεις περιορισμοί

Μ. Αγραφιώτης

11:15-12:30

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ

Προεδρείο: **Σ. Σχίζα, Π. Στειρόπουλος**

ΣΑΥ στην ΧΑΠ και στην Πνευμονική Ίνωση

Χ. Μερμίγκης

Μελέτη κατ' οίκον ή μελέτη στο εργαστήριο

ΑΘ. Πατάκας

Παχυσαρκία. Συννοσηρότητα ή Ανεξάρτητος παράγων κινδύνου

Δ. Σιώπη

Σχολιαστής **Μ. Αλχανάτης**

12:30-13:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Δ. Δρούγκας**

Η διαγνωστική αξία του PET στη σύγχρονη ανοσολογία

Α. Νοτόπουλος

13:00-17:00

Διάλειμμα

ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

17:00-18:00

ΙΑΤΡΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Προεδρείο: **Α. Χλωρός, Θ. Κωνσταντινίδης**

Σύγχρονα συστήματα διαχείρισης και πρόληψης πνευμονοπαθειών
Ε. Νένα

Επιδημιολογικές προκλήσεις: επαγγελματικό άσθμα, ρινίτιδα
Π. Κατσαούνου

Πρώιμη διάγνωση στον καρκίνο πνεύμονα
Σ. Λαμπάκη

Σχολιαστής: **Ε. Πανταζή**

18:00-18:30

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την ευγενική υποστήριξη της
Boehringer Ingelheim Hellas (σελ. 34)



18:30-19:15

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΩΝ – ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΩΝ

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

Χρόνια θρομβοεμβολική νόσος
Γ. Πίτσιου

Μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών μετά από πνευμονική
εμβολή
Φ. Μάλλη

Επίδραση των πνευμονολογικών φαρμάκων στην καρδιακή λειτουργία
Ι. Αγκομαχαλαελής

Σχολιαστής **Βλ. Πολυχρονόπουλος**

19:15-19:45

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την ευγενική υποστήριξη της
Menarini Hellas (σελ. 34)



ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

19:45 – 21:15

ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΑ ΔΙΑΜΕΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

Προεδρείο: **Δ. Μπούρος, Σπ. Παπίρης**

Τι νεότερο θα προκύψει από τις νέες διεθνείς οδηγίες για την διάγνωση και θεραπεία της ιδιοπαθούς πνευμονικής ίνωσης

Δ. Μπούρος

Αυτοάνοσες φλεγμονώδεις μυοσίτιδες. Η πνευμονική συμμετοχή

Β. Τζίλας

Σπάνια σύνδρομα κληρονομούμενης πνευμονικής ίνωσης

Ε. Δ. Μάναλη

A1 antitrypsin deficiency

Σπ. Παπίρης

Πρωτοπαθής ιστοκυττάρωση πνεύμονος

Λ. Κολιλέκας

Symbicort Turbuhaler & Symbicort pMDI*

(budesonide 160μg/formoterol 4,5μg)



1. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Symbicort Turbuhaler 160 μικρογραμμάρια/4,5 μικρογραμμάρια/εισπνοή, κόνις για εισπνοή.
 2. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Symbicort 160 μικρογραμμάρια/4,5 μικρογραμμάρια/ψεκασμό, ελαιώρημα για εισπνοή υπό πίεση.
- * Το Symbicort, ελαιώρημα για εισπνοή υπό πίεση, ενδείκνυται για τη θεραπεία της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) και δεν έχει εγκριθεί στην ΕΕ για τη θεραπεία του άσθματος. Το Symbicort, ελαιώρημα για εισπνοή υπό πίεση, δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως φάρμακο ανακούφισης, αποκλείοντας έτσι τη χρήση του ως θεραπεία συντήρησης και ανακούφισης (δηλαδή SMART στρατηγική).

AstraZeneca 

Αγησιλάου 6-8, 151 23 Μαρούσι, Αθήνα
Τηλ.: 210 6871500, Fax: 210 6847968 | Τηλ. παραγγελιών: 216 2000000
Fax: 210 5596973 | www.astrazeneca.gr

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

Symbicort®
budesonide/formoterol

SYM00247/10920

ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

08:30-09:30

Κλινικά περιστατικά από την καθ' ημέρα ιατρική πράξη

(αναλυτικά: σελ 64-73)

Προεδρείο: **Α. Γαβριηλίδου, Ι. Γουτσίκας**

01. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Α. Τσαπραντζή¹, Α. Κωνσταντινίδου², Ε. Ανάση¹, Α. Αρβανιτίδου³

¹ Ω.Ρ.Λ. Κλινική Γ.Ν. Καβάλας

² Α' Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν. Καβάλας

³ Ακτινολογικό Τμήμα Γ. Ν. Καβάλας

**02. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΖΩΔΟΥΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ, ΔΙΑΧΥΤΗΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΣΤΙΚΩΝ
ΒΛΑΒΩΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΑ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΣΑ ΟΡΘΟΥ**

Ηρ. Τιτόπουλος¹, Ε. Κωνσταντίνου¹, Δ. Μάλλε¹, Σ. Ανευλαβής², Σ. Αλαϊντίν¹

¹ Πρότυπη Μονάδα Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών

² Επίκουρος καθηγητής Πνευμονολογίας, Δημοκρίτειο Παν/μιο Θράκης

03. ΒΡΟΓΧΟΓΕΝΗΣ ΚΥΣΤΗ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Π. Ζαρογουλίδης^{1,2*}, Στ. Τρύφων³, Μ. Σαρόγλου³, Κ. Τσακιρίδης⁴, Δ. Χατζημπούγιας⁵

¹ 3η Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Πνευμονολογική Κλινική, «Βιοκλινική» Ιδιωτική Κλινική, Θεσσαλονίκη

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

⁴ Θωρακοχειρουργική Κλινική, «Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο», Θεσσαλονίκη

⁵ MICRODIAGNOSTICS, Ιδιωτικό Παθολογοανατομικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

04. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Π. Ζαρογουλίδης^{1,2*}, Μ. Σαρόγλου³, Κ. Τσακιρίδης⁴, Δ. Χατζημπούγιας⁵

¹ 3η Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Πνευμονολογική Κλινική, «Βιοκλινική» Ιδιωτική Κλινική, Θεσσαλονίκη

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

⁴ Θωρακοχειρουργική Κλινική, «Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο», Θεσσαλονίκη

⁵ MICRODIAGNOSTICS, Ιδιωτικό Παθολογοανατομικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

**05. ΕΝΔΟΒΡΟΓΧΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΗΚΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΕ ΚΑΤΩ ΛΟΒΑΙΟ ΒΡΟΓΧΟ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΑΙ ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ**

Α. Πατούρας¹, Φ. Τσιμπούκας², Χρ. Γεωργιάδης², Ε. Μάνος¹

¹ Βρογχολογικό Εργαστήριο Πνευμονολογικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας

² ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας

ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

06. ΒΡΑΧΙΟΝΙΑ ΠΛΕΞΟΠΑΘΕΙΑ (PARSONAGE TURNER SYNDROME) ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19

Δ. Σιώπη¹, Σ. Παπαγιαννόπουλος², Ε. Γιοβάννη¹, Μ. Μωυσέως¹, Θ. Κοντακιώτης³

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

² Γ' Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπανικολάου

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

07. ΑΤΥΠΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ηρ. Τιτόπουλος¹, Ε. Κωνσταντίνου¹, Δ. Μαλλέ¹, Α. Λαζαράτου¹, Α. Κουτσοκέρα¹,

Δ. Μπίσμπος², Θ. Βασιλακόπουλος³

¹Πρότυπη Μονάδα Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών

²Ιατρικό Διαβαλκανικό, Θεσσαλονίκη

³Καθηγητής Πνευμονολογίας, ΕΚΠΑ, Διευθυντής Κλινικής Εντατικής Θεραπείας, Ευγενείδιο Θεραπευτήριο, Αθήνα

08. ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΤΡΑΧΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ STENT

Π. Ζαρογουλίδης^{1,2*}, Στ. Τρύφων³, Μ. Σαρόγλου³, Κ. Τσακιρίδης⁴, Δ. Χατζημπούγιας⁵

¹ 3η Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

² Πνευμονολογική Κλινική, «Βιοκλινική» Ιδιωτική Κλινική, Θεσσαλονίκη

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

⁴ Θωρακοχειρουργική Κλινική, «Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο», Θεσσαλονίκη

⁵ MICRODIAGNOSTICS, Ιδιωτικό Παθολογοανατομικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

09. ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ: ΕΝΔΟΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΣΙΣΠΛΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Μ. Αγγελίδης, Α. Βογιατζόγλου, Αικ. Μανίκα, Δ. Σπυράτος, Κ. Λαγούδη, Ε. Παπαδάκη, Θ. Κοντακιώτης, Κ. Πορπόδης

Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

10. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΜΕ PET-SCAN ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ: Ο,ΤΙ «ΦΩΤΙΖΕΙ» ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΝΕΟΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Ε. Παπαδοπούλου¹, Μ. Κωνσταντινίδου¹, Μ. Μωυσέως¹, Θ. Καραϊσκος²,

Στ. Παπαεμμανουήλ³, Στ. Τρύφων¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική Ε.Σ.Υ., Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

² Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

09:30-10:50

ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΟΙ

Προεδρείο: **Κ. Πορπόδης, Α. Μανίκας**

Μοριακή διαγνωστική ή δερματικά τεστ

Δ. Μήτσιας

Ανοσοθεραπεία στο άσθμα τι δουλεύει και τι όχι

Α. Μανίκας

Ρινική αλλεργία και πολύποδες

Μ. Μακρής

Σχολιαστής **Ε. Ζέρβας**

10:50-12:00

**ΝΕΟΤΕΡΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

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

Γήρανση του πνεύμονα και ΧΑΠ

Ν. Τζανάκης

Σχολιαστής: **Στ. Λουκίδης**

Τα «πρόσωπα» του άσθματος σήμερα

Ε. Φούκα

Σχολιαστής: **Π. Μπακάκος**

Εμφύσημα. Πολλές οντότητες σε μία λέξη

Φ. Εμμανουήλ

Σχολιαστής: **Γρ. Στρατάκος**

12:00-12:30

Διάλειμμα

12:30-13:30

**ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την ευγενική υποστήριξη της
AstraZeneca** (σελ. 35)

AstraZeneca 

13:30-14:00

**ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την ευγενική υποστήριξη της
AstraZeneca** (σελ. 35)

AstraZeneca 

14:00-17:00

Διάλειμμα

ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

17:00-17:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Θ. Καραπέτσας, Β. Φιλαδιτάκη**

Η κλινική εικόνα και η παρακολούθηση των ενηλίκων με κυστική ίνωση

Κ. Μανίκα

17:30-18:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Α. Ταουκτσόγλου**

Ο COVID-19 από την σκοπιά της επιστήμης των αερολυμάτων (aerosols)

Κ. Σιούτας

18:00-19:00

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την ευγενική υποστήριξη της GlaxoSmithKline (σελ. 35)



19:00-20:00

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Προεδρείο: **Μ. Γκάγκα, Κ. Ζαρογουλίδης, Ι. Μπουκοβίνας**

Μοριακές τεχνικές ταυτοποίησης

Σ. Μπάκα

Θεραπευτική προσέγγιση ασθενούς σε στάδια IIIA και IIIB

Μ. Σαρόγλου

Immunotherapy in NSCLC

B. Mehic

Immunotherapy in SCLC

N. Secen

Σχολιαστές **Θ. Τσιούδα, Χρ. Εμμανουηλίδης**

20:00-20:30

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την ευγενική υποστήριξη της Roche Hellas (σελ. 36)



ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

08:30-09:30

Ελεύθερες Ανακοινώσεις (αναλυτικά: σελ 74-81)
Κ. Καζάνας, Ε. Κοσμάς, Η. Παπανικολάου

01. ΔΙΑΧΥΤΗ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΣΑ ΔΙΠΛΗ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΤΙΚΑΓΡΕΛΟΡΗ ΚΑΙ ΑΣΠΙΡΙΝΗ

Δ. Μολύβας¹, Μ. Κηπουρού², Σ. Λαμπρίδης³, Ε. Ντιναπόγιας², Γ. Σπυρόπουλος²,
Πρ. Κουτουκόγλου¹, Χρ. Μπίκας², Κ. Κατσούλης²

¹ Β' Παθολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

² Πνευμονολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

³ Θωρακοχειρουργική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

02. ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ –Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Κ. Παπαστεργίου¹, Μ. Καρασίρη¹, Μ. Λαβδανίτη²

¹ Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

03. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΟΖΙΔΙΟΥ ΜΕ ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΠΛΟΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ

Ηρ. Τιτόπουλος¹, Ε. Κωνσταντίνου¹, Δ. Μάλλε¹, Δ. Μπίσμπος², Μ. Αγγελίδης³

¹ Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

² Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

³ Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

04. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΥΠΝΗΛΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΩΝ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΟΥΣ ΑΥΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ ΤΟΥΣ

Ε. Αργυρίου¹, Στ. Τρύφων²

¹ Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSC Ερευνητικής Μεθοδολογίας Ιατρικής ΑΠΘ

² MD, PHD, FCCP, ERS National Delegate Πνευμονολόγος, Διευθυντής ΠΝ.ΕΣΥ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

05. ΨΥΧΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΣΟ COVID-19 ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Δ. Σιώπη¹, Χρ. Καραχρήστος¹, Γ. Μπαμπαλής¹, Ε. Παπαδοπούλου¹, Θ. Κοντακιώτης²

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

² Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

06. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΩΝ -ΥΠΟΠΝΟΙΩΝ ΥΠΝΟΥ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ CPAP ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Δ. Σιώπη¹, Χρ. Καραχρήστος¹, Α. Χασιώτου², Μ. Μωυσέως¹, Δ. Χλωρός¹, Β. Τσάρα³

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

² Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ Εργαστήριο Ύπνου, Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

³ ΕΚΕΤΑ, Θεσσαλονίκη

07. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ CD4+ ΚΑΙ CD8+Τ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΟ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ COVID-19 ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ

Κ. Δόμβρη¹, Ι. Τσιούπρου¹, Α. Αποστολόπουλος¹, Μ. Χατζημίτροβα¹, Ι. Φιλίππου¹, Α. Πατάκα², Σπ. Γουγούσης¹, Θ. Κοντακιώτης¹, Δ. Παπακώστα¹, Ε. Φούκα¹, Κ. Πορπόδης¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

² Κλινική Αναπνευστική Ανεπάρκειας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

08. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Κ. Δόμβρη, Α. Αποστολόπουλος, Ι. Οργαντζής, Ε. Φούκα, Λ. Μπίνα, Θ. Κοντακιώτης, Δ. Παπακώστα

Πνευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

09:30-10:50

ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προεδρείο: **Μ. Μπιτζάνη, Ν. Καπραβέλος**

Δεδομένα παρακολούθησης ασθενών με COVID-19 στην ΜΕΘ
Β. Βουτσάς

Δείκτες πρώιμης διάγνωσης βαρέως πάσχοντος
Ν. Ροβίνα

Η πρηνής θέση στην θεραπευτική παρέμβαση του υποξυγοναιμικού ασθενή
Δ. Γεωργόπουλος

10:50-12:00

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ

10:50-11:25

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Αικ. Δημάκου, Ι. Κιουμής**

Οι σύγχρονες οδηγίες εμβολιασμών για γρίπη και πνευμονιόκοκκο
Φ. Σαμψώνας

Σχολιαστής **Αθ. Κωνσταντινίδης**

11:25-12:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Σ. Μεταλλίδης**

Οι σύγχρονες μορφές εμβολίων για τον SARS-COV-2
Θ. Βασιλακόπουλος

Σχολιαστής **Αθ. Κωνσταντινίδης**

12:00-12:30

Διάλειμμα

ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

12:30-13:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την ευγενική υποστήριξη της
Novartis (σελ. 36)



13:30-14:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την ευγενική υποστήριξη της
Menarini Hellas (σελ. 37)



14:30-17:00

Διάλειμμα

17:00-18:00

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΩΝ – ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΩΝ

Προεδρείο: **Ι. Στανόπουλος, Θ. Βασιλακόπουλος**

Δοκιμασίες βάρδισης

Α. Μπούτου

Εργοσπιρομετρία

Ε. Κοσμάς

18:00-18:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την ευγενική υποστήριξη της
Boehringer Ingelheim Hellas (σελ. 37)



18:30-19:30

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

Προεδρείο: **Δ. Παπακώστα, Δ. Μπούρος**

Ηωσινοφιλικά σύνδρομα

Α. Τζουβελέκης

Therapeutic trends and new entries in IPF treatment

V. Poletti

Novel insights in progressive fibrotic diseases

Αικ. Αντωνίου

Σχολιαστής **Αικ. Μαρκοπούλου**

19:30-20:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την ευγενική υποστήριξη της
Pfizer Hellas (σελ. 37)



ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Γ' (ZEPHYROS)

11:30-12:30

BRONCHOSCOPY ON AIR

Υπεύθυνος: Γρ. Στρατάκος

Η Ελληνική Εταιρεία Εκπαίδευσης στην Επεμβατική Πνευμονολογία, με τη συνεργασία της European Association for Bronchology (EAB-IP) και υπό την αιγίδα της ΕΠΕ, της ΕΝΘΕ και της WABIP, πραγματοποιεί μια διεθνή σειρά διαδικτυακών τηλεοπτικών εκπομπών παρουσίασης κλινικών περιστατικών με βρογχοσκοπικό ενδιαφέρον και τίτλο "**Bronchoscopy on air**".

Η αρχή έγινε στις 24/4/21 που παρουσιάστηκε το πρώτο περιστατικό που αφορούσε πρόσβαση σε περιφερική βλάβη του πνεύμονα και μπορείτε να το δείτε στο <https://webtv.htaip.gr/event1>

Το δεύτερο περιστατικό που θα αφορά βρογχοσκοπική μείωση όγκου σε εμφύσημα, θα παρουσιαστεί **στα πλαίσια του 4^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου της ΕΝΘΕ**. Την μαγνητοσκοπημένη επέμβαση ακολουθεί συζήτηση με διεθνούς φήμης ειδικούς όπως οι R. Eberhardt, St. Gasparini, M. Munavvar, D. Gompelman ενώ οι συμμετέχοντες μπορούν να παρεμβαίνουν Live με ερωτήσεις και σχόλια!

Η Ελληνική αυτή πρωτοβουλία που έχει πετύχει σημαντική διεθνή αναγνώριση υλοποιείται στα πλαίσια της προετοιμασίας του **6th European Congress on Bronchology and IP** που θα πραγματοποιηθεί για πρώτη φορά στη χώρα μας στις **15-17 Οκτωβρίου στην Αθήνα στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών**. <http://ecbip2021.org/>

ΗΜΕΡΑ 4η - Κυριακή 30 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

10:00-11:00

ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Προεδρείο: **Στ. Λουκίδης, Α. Παπανικολάου**

Άσθμα στην κύηση

Κ. Σάμιτας

Θρομβοεμβολική νόσος στην κύηση και τη γαλουχία

Ε. Παπαδάκης

11:00-12:00

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Προεδρείο: **Α. Αντωνιάδης**

Βασικές Αρχές Θεραπείας της Φυματίωσης

Μ. Σιωνίδου

Βιολογικοί Παράγοντες και Λανθάνουσα Φυματίωση

Κ. Λαγούδη

Άτυπα Μυκοβακτηρίδια

Ε. Παπαδάκη

Interventional bronchoscopy for Tuberculosis

S. Bilaceroglou

Σχολιασμός **Κ. Μανίκα**

ΗΜΕΡΑ 4η - Κυριακή 30 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

09:00-10:15

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Προεδρείο: **Δ. Παλητζήκα, Ε. Κουτσογιώτα**

Υποδοχή και διακίνηση ασθενών με COVID-19 στο Τμήμα
Επειγόντων Περιστατικών

Θ. Καζά, Ε. Κουκούνη, Δ. Παπαδοπούλου

Η καθημερινότητα στην νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενών με
COVID-19

Σ. Αυγέρη, Α. Παλαΐδου, Π. Σπαντζώνια

Ιδιαιτερότητες στην αναπνευστική υποστήριξη των ασθενών της
πανδημίας COVID-19

Α. Σακκάς, Ε. Τενεκετζή, Ι. Κωστοπούλου

Burn out syndrome στο νοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων
θεραπείας ασθενών με COVID-19

Κ. Επιφάνωφ, Χ. Γεωργιάδου, Π. Δήμτσα

Συζήτηση

10:15-12:00



*Επιστημονικό Τμήμα Καρδιοαγγειακής και Αναπνευστικής Φυσικοθεραπείας -
Αποκατάστασης (ΕΤΚΑΦΑ) του Πανελλήνιου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών
(ΠΣΦ)*

Η ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Προεδρείο: **Αικ. Κούστα, Μ. Αγραφιώτης**

Σύγχρονες τεχνικές Φυσικοθεραπείας
Αικ. Κούστα

Η επίδραση της υδροθεραπείας halliwick στο αναπνευστικό σύστημα
Κ. Χανδόλιας

Η ιπποθεραπεία ως εναλλακτική μέθοδος στη συμβολή του
αναπνευστικού συστήματος

Α. Καφταντζή

ΗΜΕΡΑ 4η - Κυριακή 30 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Γ' (ΖΕΦΥΡΟΣ)

09:00-13:00

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

"Διαβάζοντας και αναλύοντας μελέτες Ύπνου"

Υπεύθυνος: **Π. Στειρόπουλος**

09:00-11:00

Εισαγωγή

Π. Στειρόπουλος

Εισαγωγή στην πολυυπνογραφία

Α. Νικολόπουλος

Σταδιοποίηση του Ύπνου

Αικ. Βλάμη

Scoring του αναπνευστικού, των κινήσεων των άκρων και του ΗΚΓ στην πολυυπνογραφία

Αικ. Βλάμη

Αξιολόγηση καταγραφών των αναπνευστικών συσκευών σε ασθενείς με διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο

Αθ. Πατάκα

11:00-13:00

Πρακτικά Παραδείγματα

Αικ. Βλάμη, Α. Βούλγαρης

FUJIFILM

Value from Innovation

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ

TOTAL SOLUTION SYSTEM

580 SERIES ENDOSCOPE

210° UP

SYNAPSE 3D

ELUXEO PROCESSORS

SU-1 EBUS

MINI PROBE



Soluscope

COMPLETE SOLUTION



A complete cycle 1 in
22
minutes



Safety

All-in-one system



Pass-Through

Proven Patient's Safety



Traceability

Global control makes improved efficiency



Transport

Multiple use devices



Storage

Safety above all



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ & ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

19:30-20:30



ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021

ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την ευγενική υποστήριξη της Chiesi Hellas
Βελτιστοποιώντας τα οφέλη της εισπνεόμενης θεραπείας στα
αποφρακτικά νοσήματα του πνεύμονα

Προεδρείο: **Κ. Κατσούλης**

ΧΑΠ: Εστίαση στην αποτελεσματικότητα και στη συμμόρφωση
Π. Στειρόπουλος

Σταθερή τριπλή θεραπεία στο άσθμα. Φυσική εξέλιξη η νέα προοπτική;
Κ. Πορπόδης

18:00-18:30



ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021

ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την ευγενική υποστήριξη της
Boehringer Ingelheim Hellas

Ο ρόλος της εισπνευστικής συσκευής στη θεραπεία της ΧΑΠ

Προεδρείο: **Ηρ. Τιτόπουλος**

Respimat Re-usable: φροντίδα για τον ασθενή και φροντίδα για το περιβάλλον

Στ. Τρύφων

19:15-19:45



Menarini Hellas

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την ευγενική υποστήριξη της Menarini Hellas

Προεδρείο: **Δ. Χλωρός**

Θεραπευτική αντιμετώπιση στη ΧΑΠ: 2 βρογχοδιασταλτικά, 2 φορές την ημέρα

Ε. Ζέρβας



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ & ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

12:30-13:30



ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021

ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την ευγενική υποστήριξη της AstraZeneca

Επαναπροσδιορίζοντας την θεραπεία στις παθήσεις των αεραγωγών

Προεδρείο: **Ε. Ζέρβας, Κ. Κατσούλης**

Προσεγγίζοντας το μηδέν: Η Μπενραλιζουμάμπη στο σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα

Δ. Σιώπη

Η κλινική σημασία του μηδέν: Η Μπενραλιζουμάμπη στην καθημερινή κλινική πράξη

Μ. Κηπουρού

13:30-14:00



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την ευγενική υποστήριξη της AstraZeneca

Επαναπροσδιορίζοντας την θεραπεία στις παθήσεις των αεραγωγών

Προεδρείο: **Ε. Ζέρβας, Κ. Κατσούλης**

Αεροδυναμικά σωματίδια στη ΧΑΠ: Συνδέοντας την καινοτομία με την αποτελεσματικότητα

Α. Παπαϊωάννου

18:00-19:00



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την ευγενική υποστήριξη της GlaxoSmithKline

Μεrolizumab: Επαναφέροντας τα ηωσινόφιλα σε φυσιολογικά επίπεδα

Προεδρείο: **Π. Στειρόπουλος**

Τι προσδοκούμε από τον ασθενή με ΣΑ όταν επαναφέρονται τα ηωσινόφιλα σε φυσιολογικά επίπεδα;

Π. Στειρόπουλος

Πώς αξιολογείται ο ασθενής που πάσχει και από συννοσηρότητες του Ανώτερου Αναπνευστικού;

Στ. Τρύφων



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ & ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

20:00-20:30



ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021

ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την ευγενική υποστήριξη της
Roche Hellas

Προεδρείο: **Δ. Παπακώστα**

Νεότερα δεδομένα στην θεραπευτική των ινωτικών διάμεσων
πνευμονοπαθειών

Αικ. Αντωνίου

12:30-13:30



ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021

ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την ευγενική υποστήριξη της **Novartis**
Προσεγγίζοντας την θεραπεία του Ασθματικού ασθενή από το Α
ως το Ω

Προεδρείο: **Ηρ. Τιτόπουλος**

Η μακροχρόνια εμπειρία της αντι-IgE θεραπείας στην καθημερινή
κλινική πράξη και η συμβολή της στις νέες προοπτικές και
προκλήσεις

Α. Παπαϊωάννου

Αναδιαμόρφωση των αεραγωγών στο άσθμα: από τη θεωρία έως
την κλινική πρακτική

Κ. Πορπόδης

Η επιλογή της συσκευής και οι εφαρμογές των νέων ψηφιακών
τεχνολογιών

Β. Τσαούσης

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ & ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

13:30-14:30



Menarini Hellas

ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021

ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την ευγενική υποστήριξη της Menarini Hellas

Προεδρείο: **Θ. Βασιλακόπουλος**

Έναρξη-Εισαγωγή

Αποτελεσματικότητα του συνδυασμού Φουροϊκής Φλουτικαζόνης / Βιλαντερόλης στον έλεγχο του άσθματος, σε περιβάλλον καθημερινής κλινικής πρακτικής

Κ. Πορπόδης

Η θέση της μοναδικής κλειστής τριπλής θεραπείας άπαξ ημερησίως στη θεραπευτική διαχείριση της ΧΑΠ

Στ. Τρύφων

Κλείσιμο – Συμπεράσματα

18:00-18:30



Boehringer
Ingelheim

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την ευγενική υποστήριξη της Boehringer Ingelheim Hellas

Νεότερα δεδομένα στη διαχείριση των ασθενών με Progressive Fibrosing ILDs

Προεδρείο: **Δ. Παπακώστα**

IPF: Post COVID-19 period

Ε. Φούκα

Other Progressing Fibrosing ILDs: A new treatment paradigm

Αικ. Μαρκοπούλου

19:30-20:30



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ με την ευγενική υποστήριξη της Pfizer Hellas
Η σημασία του πνευμονιοκοκκικού εμβολιασμού εν μέσω πανδημίας SARS-COV-2

Προεδρείο: **Ηρ. Τιτόπουλος**

Η Πνευμονίας Κοινότητας και το κλινικό φορτίο του πνευμονιόκοκκου

Ι. Κιουμής

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

Δ. Καραπιτέρη

Endobronchial Ultrasound

Discover new facets of vision

Το βιντεοβρογχοσκόπιο ενδοβρογχικού υπερήχου PENTAX EB19-J10U έχει σχεδιαστεί για τη βελτίωση των διαγνωστικών αποτελεσμάτων. Διαθέτει **εξαιρετική υπερηχογραφική απεικόνιση**, συμβάλλει στην **ομαλή διευκόλυνση της διαδικασίας EBUS-TBNA** και είναι εργονομικά σχεδιασμένο για μεγάλη άνεση στον χρήστη κατά την διάρκεια της εξέτασης.

Το EB19-J10U της PENTAX συνδυάζεται μοναδικά με τα υπερηχογραφικά συστήματα της Hitachi παρέχοντας τη δυνατότητα για υψηλή διαγνωστική ακρίβεια και σταδιοποίηση των πνευμονικών παθήσεων.



Καθαρές Εικόνες για Ακριβή Παρατήρηση



Προσφέρει εξαιρετική ποιότητα υπερηχογραφικής εικόνας για καθαρή παρατήρηση των βρόγχων και των περιφερικών λεμφαδένων. Υποστηρίζει τον προσανατολισμό και την πλοήγηση στους αεραγωγούς με την υψηλής ευκρίνειας ενδοσκοπική εικόνα.

Αξιοπίστη Δειγματοληψία



Ο συνδυασμός μιας εξαιρετικής υπερηχογραφικής απεικόνισης και ενός διευρυμένου καναλιού εργασίας, συμβάλλει σε μια ακριβή και ευκολότερη σε πραγματικό χρόνο υπερηχογραφική καθοδήγηση των διαβρογχικών βελόνων (EBUS-TBNA) για τη διάγνωση και τη σταδιοποίηση των παθήσεων του πνεύμονα με τη χρήση ενός ευρέος φάσματος βελόνων.

Εργονομική Σχεδίαση



Βέλτιστη άνεση κατά την ενδοσκόπηση για τους χρήστες και υψηλή ανοχή στον ασθενή που παρέχεται από τη μικρή κεφαλή υπερήχων, την λεπτή εξωτερική διάμετρο του ενδοσκοπίου και τη μοναδική εργονομία του σώματος ελέγχου.

ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ – ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

S. Bilaceroglou / Professor of Pulmonology, EABIP President

H. Dutau / Head of the Thoracic Endoscopy Unit, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille APHM · Service d' Oncologie Thoracique – Maladies de la Plèvre - Pneumologie Interventionnelle, France

L. Freitag / Professor, Interventional Pulmonary Department of the University Hospital Ruhrland Clinic West German Lung Center, University of Duisburg-Essen, Essen, Germany

B. Mehic / Professor, MD, PhD, Head of the Clinic for Lung Diseases and TB, Clinical Center University of Sarajevo, Bosnia

V. Poletti / Professor of Respiratory Medicine, Coordinator of Expert Centre - Head of Patient Organization, Ospedale GB Morgagni, Forlì, Italy

N. Secen / Professor, University of Novisad, Coordinator for Foreign Cooperation, Head of Dept for Lung Cancer Diagnostic and Treatment, Serbia

I. Αγκομαχαλελής / MD, PhD, Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, (Π.Υ.) Α' ΠΡΠ Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

M. Αγραφιώτης / Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελητής Α', Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

M. Αλχανάτης / Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Αθήνα

Στ. Ανευλαβής / Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΔΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

A. Αντωνιάδης / Πνευμονολόγος, τ. Συντονιστής Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Τμήματος Covid-19, Γ.Ν. Σερρών

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

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

Σ. Αυγέρη / Τ.Ε. Νοσηλεύτρια -Πνευμονολογική ΕΣΥ /COVID-19

Θ. Βασιλακόπουλος / Καθηγητής Πνευμονολογίας - Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Διευθυντής 3ης Κλινικής Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, σύμβουλος πνευμονολόγος Λαϊκό Νοσοκομείο, Adjunct Professor, McGill University, Montreal, Quebec, Canada

Βλ. Βίτσας / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Επιμελητής Νοσοκομείο "Mediterraneo", Αθήνα

Αικ. Βλάμη / Διευθύντρια ΕΣΥ Πνευμονολογίας, Υπεύθυνη Μονάδας Μελέτης Ύπνου, Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικό, Αθήνα

A. Βούλγαρης / Επ. Επιμελητής Β', Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

B. Βουτσάς / Πνευμονολόγος- Εντατικολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' ΜΕΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

A. Γαβριηλίδου / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια Πνευμονολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Χ. Γεωργιάδου / Δ.Ε. Νοσηλεύτρια, Α' ΜΕΘ/COVID-19, Γ.Ν. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

Δ. Γεωργόπουλος / Καθηγητής Εντατικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Διευθυντής Κλινικής Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου

A. Γεωργοπούλου / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β', Πνευμονολογική ΕΣΥ, Γ.Ν.Σ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ – ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

- Μ. Γκάγκα** / Πνευμονολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια 7ης Πνευμονολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα, Πρόεδρος Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, τ. Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας
- Α. Γόγαλη** / Πνευμονολόγος, PhD, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
- Κ. Γουργουλιάνης** / Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα
- Ι. Γουτσίκας** / Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Βέροια, Υπεύθυνος ΚΡΧ ΜΕΘ, Euromedica Γενικής Κλινικής, Θεσσαλονίκη
- Αικ. Δημάκου** / Πνευμονολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια 5ης Πνευμονολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Ν.Θ. «Σωτηρία», Αθήνα
- Π. Δήμτσα** / Δ.Ε. Νοσηλεύτρια ΜΕΘΕ / COVID-19
- Γ. Δρόσος** / Καρδιοχειρουργός, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιοθωρακοχειρουργικού Τμήματος, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Δ. Δρούγκας** / MD, Πυρηνικός Ιατρός, Επιστημονικός Υπεύθυνος Τμήματος PET/CT, Βιοϊατρική, Θεσσαλονίκη
- Μ. Δωρής** / Επεμβατικός Πνευμονολόγος, Υπεύθυνος Μονάδας Επεμβατικής Πνευμονολογίας, ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ, Αθήνα
- Φ. Εμμανουήλ** / Πνευμονολόγος, Συντονιστής Πνευμονολογικής Κλινικής, Mediterraneo Hospital
- Χρ. Εμμανουηλίδης** / MD, PhD, Ογκολόγος - Παθολόγος, (π) Αναπληρωτής Καθηγητής UCLA, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη
- Κ. Επιφάνωφ** / Τ.Ε. Νοσηλεύτης, Α' ΜΕΘ/COVID-19, Γ.Ν. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη
- Χρ. Ευθυμίου** / Πνευμονολόγος, Επ. Επιμελητής Β', Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
- Ν. Ζάμπογλου** / Καθηγητή Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Δρ. Φυσικής, Δρ. Ιατρικής, Δρ. Τιμής Ένεκεν, Αντεπιστέλλον Μέλος Ακαδημίας Αθηνών, Ιατρικός Διευθυντής German Oncology Center, GOC
- Κ. Ζαρογουλίδης** / Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας – Φυματιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Π. Ζαρογουλίδης** / Πνευμονολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ε. Ζέρβας** / Πνευμονολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, 7η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία», Γενικός Γραμματέας ΕΠΕ
- Θ. Καζά** / Τ.Ε. Νοσηλεύτρια, Αναπληρώτρια προϊστάμενης Τ.Ε.Π.
- Κ. Καζάνας** / Πνευμονολόγος, Υπεύθυνος Πνευμονολογικού Τμήματος EUROMEDICA Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη
- Ε. Καϊμακάμης** / MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελητής Α, Α' ΜΕΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Μ. Κάκουρα** / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια Πνευμονολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
- Ν. Καπραβέλος** / Συντονιστής Διευθυντής Β' ΜΕΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Θ. Καραϊσκος** / Καρδιοθωρακοχειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Θ. Καραπέτσας** / Πνευμονολόγος, Αντιπρόεδρος Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ – ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

- Δ. Καραπιτέρης** / Στρατιωτικός Ιατρός, Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Τμήματος Λοιμώξεων, 424 ΓΣΝΕ, Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Παθολογικής, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ε. Καρυπίδης** / Πνευμονολόγος, Θεσσαλονίκη
- Π. Κατσαούνου** / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, 1η Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
- Κ. Κατσούλης** / Γενικός Αρχίατρος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη
- Α. Καφταντζή** / Παιδιατρική Φυσιοθεραπεύτρια, MSc, NDT, Ιπποθεραπεύτρια, Σέρρες
- Μ. Κηπουρού** / Πνευμονολόγος, Ταγματάρχης, Επιμελήτρια, Πνευμονολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη
- Ι. Κιουμής** / Πνευμονολόγος, Καθηγητής Πνευμονολογίας-Λοιμωξιολογίας, Διευθυντής της Κλινικής Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Τμήματος Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Α. Κλέωντας** / BSc, MD, MSc, BTS, Dr (med) Sc Χειρουργός Θώρακος, Επιστημονικός υπεύθυνος Β' Τμήματος Χειρουργικής Θώρακος Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη
Regent of ESTS
- Λ. Κολιλέκας** / Πνευμονολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής ΕΚΠΑ, Επιμελητής Α', 7η Πνευμονολογική Κλινική, ΠΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα
- Θ. Κοντακιώτης** / Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Ε. Κοσμάς** / Πνευμονολόγος, Επιστημονικός Διευθυντής, Αθηναϊκό Πνευμονολογικό Ινστιτούτο, Διευθυντής, Πνευμονολογική Κλινική «ΠΝΟΗ», Metropolitan Hospital, Αθήνα
- Ε. Κουκούνη** / Τ.Ε. Νοσηλεύτρια Τ.Ε.Π.
- Ν. Κουλούρης** / Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα
- Αικ. Κούστα** / Φυσικοθεραπεύτρια, MSc, Γ.Ν. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη
- Ε. Κουτσογιώτα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Πνευμονολογικής ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ν. Κουφός** / Επεμβατικός Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Αθήνα
- Αθ. Κωνσταντινίδης** / Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Θ. Κωνσταντινίδης** / Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής Ιατρικής Δ.Π.Θ. Διευθυντής Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος Τμήματος Ιατρικής Δ.Π.Θ.
- Κ. Κωστίκας** / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
- Ι. Κωστοπούλου** / Τ.Ε. Νοσηλεύτρια Κ.Α.Α. /COVID-19
- Δ. Λαγονίδης** / Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Σ. Διευθυντής ΜΕΘ, Γ.Ν. Γιαννιτσών
- Κ. Λαγούδη** / Πνευμονολόγος, Επ. Επιμελήτρια Β', Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Σ. Λαμπάκη** / MD, PhD, Πνευμονολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας Χημειοθεραπειών, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ – ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

- Στ. Λουκίδης** / MD FCCP FERS, Πνευμονολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικό», ERS educational council, Πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας
- Μ. Μακρής** / Αλλεργιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος Μονάδας Αλλεργιολογίας «Δ. Καλογερομήτρος», Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα
- Φ. Μάλλη** / Πνευμονολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- Ε. Δ. Μάναλη** / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
- Κ. Μανίκα** / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Α. Μανίκας** / Αλλεργιολόγος, Θεσσαλονίκη
- Αικ. Μαρκοπούλου** / MD, PhD, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Χ. Μερμύγκης** / Ειδικός Ιατρός Ύπνου, Διδάκτορας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Τμήματος Εργαστηρίου Ύπνου, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα
- Σ. Μεταλλίδης** / Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμωξιολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη
- Ι. Μητρούσκα** / MD, PhD, MSc, Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης ΠΑΓΝΗ, Συντονίστρια Διακλινικού Ιατρείου Πνευμονικής Υπέρτασης Κρήτης
- Δ. Μήτσιας** / Αλλεργιολόγος Παίδων και Ενηλίκων, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονικός Συνεργάτης, Αλλεργιολογική Μονάδα, Β' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
- Χ. Μόσχος** / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α', Αντιφυματικό Τμήμα-Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Ταμίας ΕΠΕ
- Σ. Μπάκα** / Παθολόγος - Ογκολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη
- Π. Μπακάκος** / Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»,
- Μ. Μπιτζάνη** / Πνευμονολογος - Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Α' ΜΕΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ι. Μπουκοβίνας** / MD, PhD, PharmaD, Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθυντής Ογκολογικής Μονάδας Βιοκλινικής Θεσσαλονίκης
- Δ. Μπούρος** / Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Πνευμονολογικό Κέντρο, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
- Α. Μπούτου** / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β', Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ε. Νένα** / Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επίκουρη Καθηγήτρια Δημόσιας Υγιεινής- Κοινωνικής Ιατρικής- Ιατρικής Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη
- Α. Νικολόπουλος** / Μηχανικός Βιοϊατρικής Τεχνολογίας - Τεχνολόγος Διαταραχών Ύπνου, Ιωάννινα
- Α. Νοτόπουλος** / Πυρηνικός Ιατρός, MBA, PhD, Διευθυντής Τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ – ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

- Ε. Ντιναπόγιας** / Στρατιωτικός Ιατρός, Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Επιμελητής Πνευμονολογικής Κλινικής, 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη
- Α. Παλαϊδου** / Τ.Ε. Νοσηλεύτρια -Πνευμονολογική ΕΣΥ /COVID-19
- Δ. Παλητζήκα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD(c), Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ε. Πανταζή** / Ειδικός Ιατρός Εργασίας MD, MSc Δημόσιας Υγείας, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρίας Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος, Αθήνα
- Ε. Παπαδάκη** / Πνευμονολόγος, Επ. Επιμελήτρια Β', Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ε. Παπαδάκης** / Αιματολόγος, Διευθυντής Αιματολογίας, Αιματολογικό Τμήμα-Μονάδα Αιμόστασης, Γ.Ν. «Γ. Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Δ. Παπαδοπούλου** / Τ.Ε. Νοσηλεύτρια Τ.Ε.Π.
- Α. Παπαϊωάννου** / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια, Α' , Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αττικόν, Αθήνα
- Δ. Παπακώστα** / Πνευμονολόγος, Καθηγήτρια Πνευμονολογίας - Ανοσολογίας Πνεύμονα, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Διευθύντρια Τομέα Παθολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Α. Παπανικολάου** / Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας ΑΠΘ, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Η. Παπανικολάου** / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Αναπληρωτής Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Κέρκυρας
- Σπ. Παπίρης** / Καθηγητής Πνευμονολογίας-Εντατικής Θεραπείας, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα
- Αθ. Πατάκα** / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας- Διαταραχών Ύπνου ΑΠΘ, Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Γ. Πίτσιου** / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Βλ. Πολυχρονόπουλος** / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Διευθυντής Α' Πνευμονολογικής Κλινικής, ΥΓΕΙΑ, Αθήνα
- Κ. Πορπόδης** / Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Α. Ράπτη** / MD, PhD, Πνευμονολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΕΣΥ 2ης Πνευμονολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα
- Ν. Ροβίνα** / Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας - Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα
- Α. Σακκάς** / Τ.Ε. Νοσηλευτής Κ.Α.Α./COVID-19, MSc Κλινική Διαιτολογία, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Κ. Σάμιτας** / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, 7η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα
- Φ. Σαμψώνας** / Πνευμονολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Πατρών

ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ – ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

- Μ. Σαρόγλου** / MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ε. Σέραση** / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Κ. Σιούτας** / Sc.D., Fred Champion Professor, Department of Civil & Environmental Engineering, University of Southern California, Los Angeles, USA
- Μ. Σιωνίδου** / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, PhD, MSc, Ακαδημαϊκή Υπότροφος ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Δ. Σιώπη** / Πνευμονολόγος, Msc, Επιμελήτρια ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Π. Σπαντζώνια** / Τ.Ε. Νοσηλεύτρια -Πνευμονολογική ΕΣΥ/ COVID-19
- Δ. Σπυράτος** / Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ι. Στανόπουλος** / Πνευμονολόγος Εντατικολόγος, Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Π. Στειρόπουλος** / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας ΔΠΘ, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ιατρική του Ύπνου, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη
- Αιμ. Στεφανίδου** / Ψυχολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Μονάδας Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Γρ. Στρατάκος** / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Διευθυντής Μονάδας Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Α' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα
- Σ. Σχίζα** / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Somnologist Expert in Sleep Medicine, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο
- Α. Ταουκτσόγλου** / ΕΔΙΠ, Τμήμα Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
- Ε. Τενεκετζή** / Τ.Ε. Νοσηλεύτρια Κ.Α.Α. / COVID-19
- Ν. Τζανάκης** / Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο
- Β. Τζίλας** / Πνευμονολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονικός Συνεργάτης, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
- Α. Τζουβελέκης** / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας, Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος, Πανεπιστημίου Πατρών
- Ηρ. Τιτόπουλος** / MD, PhD, Επεμβατικός Πνευμονολόγος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής Ιατρικού Διαβαλκανικού, Πρόεδρος Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος
- Δ. Τουμπανάκης** / Πνευμονολόγος – Εντατικολόγος, Επιμελητής Β', 4^η Πνευμονολογική, Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα
- Λ. Τουφεκτζιάν** / Θωρακοχειρουργός, Επιστημονικός Συνεργάτης, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
- Στ. Τρύφων** / MD, PhD, FCCP, FERS, Πνευμονολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, National Delegate for ERS, Πνευμονολογική Κλινική, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, Γεν. Γραμματέας ΕΝΘΕ
- Στ. Ηρ. Τρύφων** / Πνευμονολόγος, Θεσσαλονίκη
- Κ. Τσακιρίδης** / MD, PhD, FEBTS Καρδιοθωρακοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοθωρακοχειρουργικού Τμήματος Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ – ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Β. Τσαούσης / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α', Πνευμονολογικού Τμήματος,
Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Η. Τσελεπής / Πνευμονολόγος, Θεσσαλονίκη

Στ. Τσικρικά / MD, MSc, PhD, Επιμελήτρια Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Γ.Ν.Ν.Θ.
«ΣΩΤΗΡΙΑ», Αθήνα, Secretary of ERS Group 6.3: Tobacco, Smoking Control and Health
Education

Θ. Τσιούδα / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α', Προϊσταμένη Πνευμονολογικό Τμήμα,
Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη

Β. Φιλαδιτάκη / Πνευμονολόγος, π. Συντ. Διευθύντρια Β' Πνευμονολογικής Κλινικής,
Γ.Ν. Σισμανόγλειο, Αθήνα

Χρ. Φορούλης / MD, PhD, FETCS, FEBTS, Θωρακοχειρουργός, Καθηγητής
Θωρακοχειρουργικής ΑΠΘ, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

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

Κ. Χανδόλιας / Φυσικοθεραπευτής NDT, Διδάκτωρ Π. Θεσσαλίας, Αναπληρωτής Λέκτορας
Τμήματος Φυσικοθεραπείας ΠΘ, Senior Halliwick Lecturer

Π. Χατζηαποστόλου / Πνευμονολόγος, Ελεύθερος Επαγγελματίας, Θεσσαλονίκη

Γ. Χειλάς / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α', 5η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.
«Η Σωτηρία», Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα

Α. Χλωρός / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος
ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τις παρακάτω εταιρίες για την υποστήριξή τους στο Συνέδριο:



Menarini Hellas



ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

09:00-10:00

Κλινικά περιστατικά με δύσκολη διαγνωστική προσέγγιση

Προεδρείο: Α. Γόγαλη, Η. Τσελεπής

01. ΜΙΑ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ “ΚΥΜΑΤΟΣ” ΤΗΣ SARS-COV2 ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Πρ. Κουτουκόγλου¹, Μ. Κηπουρού¹, Κ. Καρόζης¹, Στ. Γκιντίκας¹, Δ. Μολύβας¹, Ι. Τσανακτσίδης², Δ. Σιδηρόπουλος², Δ. Καραπιπέρης¹

¹ 1^η Κλινική COVID, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

² Ακτινολογικό Τμήμα, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας από την αντιμετώπιση της COVID-19 πανδημίας και των επιπτώσεών της στον απεικονιστικό έλεγχο των ασθενών κατά τη διάρκεια της περιόδου μεταξύ Μαρτίου και Οκτωβρίου 2020.

Υλικά-Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς που προσήλθαν και εξετάστηκαν στο ΤΕΠ ύποπτων περιστατικών COVID με εξαίρεση αυτούς για τους οποίους μία διαφορετική διάγνωση κρίθηκε ως πιο πιθανή. Συμπεριλήφθηκαν επίσης οι ασθενείς των οποίων ο μοριακός έλεγχος για SARS-COV2 απέβη θετικός παρά την αρχική διαλογή. Ως απεικονιστικές μέθοδοι χρησιμοποιήθηκαν η απλή ακτινογραφία θώρακος και η CT θώρακος με ή χωρίς CT αγγειογραφία πνευμονικών αρτηριών. Τα ακτινολογικά ευρήματα κατανεμήθηκαν σε 9 ξεχωριστές κατηγορίες. Με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 23[®] συγκρίναμε την εμφάνιση των προαναφερόμενων ακτινολογικών ευρημάτων μεταξύ SARS-COV2 θετικών και αρνητικών ασθενών και εξετάσαμε τη συσχέτισή τους με τη λοίμωξη από τον SARS-COV2 καθώς και την πιθανή προγνωστική τους αξία.

Αποτελέσματα: Συνολικά 414 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη στατιστική ανάλυση. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της πυκνότητας θολής υάλου και των πλευριτικών συλλογών με τη θετικότητα στον SARS-COV2 κατά την εξέταση του συνόλου των ασθενών. Μετά από στάνθμιση για το φύλο, η στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη θετικότητα στον SARS-COV2 διατηρήθηκε μόνο στην περίπτωση των αρρένων ασθενών με πυκνότητα θολής υάλου? αντίστοιχα μετά από στάνθμιση για την ηλικία η στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε αποκλειστικά στους ηλικιωμένους ασθενείς με πυκνότητα θολής υάλου και πυκνωτικές εστίες ως επί μικροβιακής επιλοίμωξης. Με τη χρήση λογιστικής παλινδρόμησης προέκυψαν τα μοντέλα που θα προέβλεπαν κατά το βέλτιστο τη λοίμωξη από τον SARS-COV2 σύμφωνα με την ακτινολογική απεικόνιση και τον υπό εξέταση πληθυσμό ενώ υπολογίστηκαν η ευαισθησία, ειδικότητα, θετική και αρνητική προγνωστική αξία για κάθε ακτινολογικό εύρημα.

Συμπεράσματα: Η πυκνότητα θολής υάλου προκύπτει ως το πιο συχνό απεικονιστικό εύρημα που σχετίζεται με λοίμωξη από τον SARS-COV2. Οι μικροβιακές επιλοιμώξεις συναντώνται πιο συχνά σε ηλικιωμένους ασθενείς.

02. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΕΜΒΟΛΗΣ

Γ. Ιατρού¹, Ι. Χ. Λαμπρόπουλος^{1,2}, Ουρ. Κώτσιου¹, Φ. Μπαρδάκα³, Ε. Κοτρώτσιου⁴, Κ. Ι. Γουργουλιάνης¹, Ζ. Δανιήλ¹, Φ. Μάλλη^{1,5}

¹ Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

² Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πατρών

³ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁴ Γενικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁵ Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή και σκοπός: Η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από επεισόδιο πνευμονικής εμβολής (ΠΕ) επηρεάζεται δυσμενώς σύμφωνα με πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα. Η διερεύνηση των επιπτώσεων στη ψυχική υγεία μετά από ΠΕ δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Η παρούσα έρευνα σκοπεύει να εκτιμήσει τις επιπτώσεις στη ψυχική υγεία των ασθενών μετά από επεισόδιο ΠΕ.

Υλικά και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς με διάγνωση Πνευμονικής Εμβολής που νοσηλεύθηκαν στην Πνευμονολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. Χρησιμοποιήθηκε το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης της Ψυχοπαθολογίας Symptom Check List 90 (SCL90). Το SCL-90 αποτελείται από 90 ερωτήσεις και εντοπίζει 9 υποκλίμακες (σωματοποίηση, ψυχαναγκαστικότητα –καταναγκαστικότητα, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, θυμός-επιθετικότητα, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός, ψυχωτισμός). Επιπλέον, καταγράφηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 21 ασθενείς με διάγνωση ΠΕ (57,1% άνδρες και 42,9% γυναίκες). Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 60,1±13,639 έτη. Η διάγνωση τεκμηριώθηκε με CTPA σε όλους τους ασθενείς. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στις υποκλίμακες διαμορφώθηκε ως εξής: «Σωματοποίηση»= 10,62±8,188, «Ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα» 12,48±7,487, «Διαπροσωπική ευαισθησία» = 7,62±5,954, «Κατάθλιψη»= 14,81±8,664, «Άγχος»= 8,19±1,312, «Θυμός-επιθετικότητα»= 5,38±5,600, «Φοβικό άγχος»= 5,38±4,433, «Παρανοειδής ιδεασμός»= 5,67±4,041, «Ψυχωτισμός»= 6,67±5,765. Οι άνδρες ασθενείς παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά αυξημένες τιμές έναντι των γυναικών στις υποκλίμακες «Σωματοποίηση» (15,67±7,794 vs 6,83±6,422, p=0,010), «Ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα» (17,11±6,642 vs 9,00±6,252, p=0,010), «Διαπροσωπική ευαισθητοποίηση» (11,33±4,359 vs 4,83±5,557, p=0,009), «Κατάθλιψη» (19,11±7,132 vs 11,58±8,544, p=0,046), «Θυμός-επιθετικότητα» (9,11±5,925 vs 2,83±3,614, p=0,007) και «Φοβικό άγχος» (8,00±5,148 vs 3,42±2,575, p=0,015).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΠΕ παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας με κυριότερα αυτά των συναισθηματικών και αγχωδών διαταραχών, καθώς και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Οι άντρες ασθενείς είναι εκείνοι που εμφανίζουν πιο έντονα συμπτώματα σε σχέση με τις γυναίκες.

03. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Α. Λουκαΐδη, Θ. Σέρτης, Ν. Γούλιαρος, Χ. Στεφανίδης, Ι. Στρατάκης, Θ. Μπουγάς, Α. Αποστολίδης, Χ. Χατζηγελευθερίου

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με γνωστή πνευμονική σαρκοείδωση που προσήλθε με εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία (VT), η διαγνωστική κλινική και απεικονιστική προσέγγιση της καρδιακής σαρκοείδωσης καθώς και η θεραπευτική της αντιμετώπιση. —

Υλικό-μέθοδος: Ασθενής θήλυ 62 ετών με ιστορικό πνευμονικής σαρκοείδωσης υπό αγωγή με πρεδνιζολόνη 5 mg*1 και ανοσοθεραπεία με μυκοφαινόλη (cellcept) 2mg *2 προσέρχεται με εμμένουσα ταχυκαρδία ευρέων QRS και συνοδό αίσθημα παλμών και ζάλης, αιμοδυναμικά σταθερή με ΑΠ:130-70 mmHg, SO₂:97% .

ΗΚΓ: εύρος QRS: 300 msec, συχνότητα 230/min, Ρ εντός QRS , κολποκοιλιακός διαχωρισμός, θετικά κριτήρια Brugada για VT. Ανάταξη με IV αμιοδαρόνη 300 mg. Υψηλού βαθμού κοιλιακή εκτοπία από monitoring, 24ωρο holter. παρά την χορήγηση αντιαρρυθμικών. Παθολογικές τιμές τροπονίνης 102 pg/ml και pro-BNP 710 pg/ml. Ακτινογραφία θώρακος: βρογχοπνευμονικές διηθήσεις άμφωτεροπλευρα.

Συνοδές παθήσεις: υπέρταση, στεφανιαία νόσος (αγγειοπλαστική το 2014) . Υπόνοια καρδιακής σαρκοείδωσης, ακολουθεί διαγνωστικό workup.

Αποτελέσματα: Απεικονιστικές εξετάσεις: u/s καρδιάς: φυσιολογικές διαστάσεις αριστεράς κοιλίας(LV) με υπερτροφία τοιχωμάτων, EF 55%, λέπτυνση βασικής μοίρας οπίσθιου τοιχώματος με συνοδό ανευρυσματική διάταση, ήπια διάταση δεξιάς κοιλίας(RV) και αριστερού κόλπου(LA).

CT θώρακος: παθολογικά διογκωμένοι λεμφαδένες στο άνω –πρόσθιο μεσοθωράκιο, άτυπη-ήπια εικόνα πνευμονικής ίνωσης.

Στεφανιογραφία: φυσιολογική βατότητα στεφανιαίων αγγείων, παλαιό stent αριστερής στεφανιαίας.

MRI καρδιάς. EF 46%, λέπτυνση, ανευρυσματική διαμόρφωση οπίσθιου βασικού τοιχώματος. Εστίες ίνωσης στην LV αλλά και την RV με ποικίλα πρότυπα. Υπόνοια ενεργού φλεγμονής, πιθανή διάγνωση καρδιακής σαρκοείδωσης, δδ αρρυθμιολόγος δυσπλασία RV.

Ποζιτρονική/υπολογιστική τομογραφία(PET/CT) με ραδιοφάρμακο F-FDG: ανενεργοί παρατραχειακοί λεμφαδένες, πάχυνση διαμέσου δικτύου πνευμόνων, απουσία ευρημάτων ενεργού σαρκοείδωσης στο μυοκάρδιο και αλλού.

Συμπέρασμα: Η καρδιακή σαρκοείδωση αποτελεί ασυνήθη εντόπιση της νόσου και η διάγνωση της είναι εξαιρετικά δύσκολη. Οι ασθενείς με καρδιακή εντόπιση εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο κοιλιακών αρρυθμιών και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Οι διαγνωστικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν βοηθούν τόσο στην διάγνωση όσο και στην αξιολόγηση του ρίσκου και στην θεραπεία. Τα αντιαρρυθμικά φάρμακα έχουν περιορισμένο όφελος και οι κακοήθεις κοιλιακές αρρυθμίες μπορούν να εμφανιστούν ανεξάρτητα από την ενεργότητα της νόσου καθώς η μυοκαρδιακή ίνωση αποτελεί το κύριο υπόστρωμα γέννησής τους. Η τοποθέτηση καρδιακού απινιδωτή(ICD) αποτελεί την ασφαλέστερη θεραπευτική προσέγγιση όπως και έγινε στο περιστατικό.

04. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ε. Παπαδοπούλου¹, Χρ. Ραμπιάδου¹, Χρ. Καραχρήστος¹, Π. Βλαχογιάννης², Ε. Πετσατώδης³, Δ. Χλωρός¹, Α. Μπούτου¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική Ε.Σ.Υ., Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

² Πνευμονολογική Κλινική Ε.Σ.Υ., Εξωτερικό Ιατρείο Φυματίωσης, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

³ Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης φυματιώδους λεμφαδενίτιδας επιπλεγμένης με πολλαπλά εξωπνευμονικά αποστήματα κατά την περίοδο μετά τον τοκετό σε HIV-αρνητική ασθενή, 4 μήνες κατόπιν έναρξης αντιφυματικής αγωγής.

Υλικά και Μέθοδοι: Περιγράφεται η περίπτωση μιας 27χρονης ασθενούς με φυματιώδη λεμφαδενίτιδα υπό αντιφυματική αγωγή για 4 μήνες, που προσήλθε λόγω άλγους στην αριστερή βουβωνική χώρα επιδεινούμενου από 2 εβδομάδων. Ο απεικονιστικός έλεγχος με υπέρηχο βουβωνικής χώρας, αξονική κοιλίας και τραχήλου ανέδειξε την ταυτόχρονη ύπαρξη πολλαπλών αποστημάτων (στον αριστερό ψοίτη μυ, στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και στην αριστερή υπερκλείδια χώρα με δερματικό συρίγγιο) με θετικές καλλιέργειες για το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, χωρίς εικόνα ενεργού πνευμονικής νόσου στην ακτινογραφία και αξονική θώρακος.

Αποτελέσματα: Αφού επιβεβαιώθηκε η συμμόρφωση της ασθενούς και η ευαισθησία του μυκοβακτηριδίου στη χορηγούμενη αντιφυματική αγωγή, και αφού αποκλείστηκε η λοίμωξη με άλλα παθογόνα και η ανοσοανεπάρκεια σε έδαφος HIV λοίμωξης, η επιδείνωση της ασθενούς αποδόθηκε στο φαινόμενο της παράδοξης αντίδρασης μέσω ανοσολογικών μηχανισμών. Η θεραπευτική προσέγγιση των πολλαπλών αποστημάτων επιτεύχθηκε με τη συνέχιση της αντιφυματικής αγωγής, τη συγχορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος για την πρόληψη επιλοιμώξεων, αλλά και τη διαδερμική παροχέτευση του αποστήματος του ψοίτη υπό αξονική καθοδήγηση. Η ασθενής παρουσίασε σημαντική κλινική βελτίωση και υποχώρηση των αποστημάτων. Αξιοσημείωτος είναι ο πρόσφατος (προ 8 μηνών) τοκετός από το ιστορικό της, με πιθανή εμπλοκή των ανοσοτροποποιητικών μηχανισμών της μεταγεννητικής περιόδου στην ανάπτυξη της παράδοξης αντίδρασης στα πλαίσια του συνδρόμου ανοσολογικής ανασύστασης (IRS).

Συμπεράσματα: Η στροφή της ανοσολογικής απόκρισης από Th2 σε Th1 τύπο στα πλαίσια των ανοσολογικών μεταβολών κατά τη μεταγεννητική περίοδο ίσως συνέβαλε στην εμφάνιση της παράδοξης αντίδρασης στην ασθενή. Παρόμοια περιστατικά αναφέρονται σπάνια στη βιβλιογραφία, ωστόσο, η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης και της άμεσης θεραπευτικής προσέγγισης τέτοιων επιπλοκών φυματίωσης αναδεικνύεται καθοριστική για την πορεία της νόσου.

05. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ COVID-19

Β. Παράσχου¹, Μ. Κηπουρού¹, Ε.-Ι. Μωραλίδης², Γ. Άρσος², Κ. Κατσούλης¹

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

² Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Καθώς ο μαζικός εμβολιασμός κατά της νόσου COVID-19 εξελίσσεται παγκοσμίως, η λεμφαδενοπάθεια μετά από εμβολιασμό έναντι της COVID-19 αναδεικνύεται ως μια συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια. Οι ιδιομορφίες αυτής της κλινικής οντότητας είναι σημαντικό να γνωστοποιηθούν σε ασθενείς (ιδιαίτερα ογκολογικούς) και επαγγελματίες υγείας, ώστε να μειωθούν τα διαγνωστικά και θεραπευτικά διλήμματα. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό μασχαλιαίας λεμφαδενοπάθειας μετά από εμβολιασμό έναντι της COVID-19.

Παρουσίαση Περιστατικού: Κατόπιν τυχαίου ακτινολογικού ελέγχου σε άνδρα καπνιστή 36 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, ανευρέθηκε στη CT θώρακος όζος ground glass πυκνότητας διαμέτρου 1,2 εκ, στον αριστερό κάτω λοβό. Λαμβάνοντας υπόψη το μέτριο κίνδυνο κακοήθειας, πραγματοποιήθηκε ¹⁸F-FDG PET/CT τομογραφία. Παρά την απουσία παθολογικών ευρημάτων από το πνευμονικό παρέγχυμα, υπήρξαν ευρήματα αυξημένης παθολογικής πρόσληψης ¹⁸F-FDG (SUVmax=10) από λεμφαδένα της αριστερής μασχαλιαίας χώρας, διαμέτρου 0,4 εκατοστών. Κατόπιν ενδελεχέστερης λήψης ιστορικού, ο ασθενής ανέφερε εμβολιασμό έναντι της COVID-19 προ 20 ημερών, ως στέλεχος των Ενόπλων Δυνάμεων κατ' εξαίρεση των ηλικιακών ομάδων εμβολιασμού εκείνης της χρονικής περιόδου. Είναι αξιοσημείωτο ότι στην ¹⁸F-FDG PET/CT απεικόνιση είναι εμφανές και το σημείο του εμβολιασμού στον ΑΡ δελτοειδή μυ.

Συζήτηση: Υπάρχει πρόσφατη και αυξανόμενη βιβλιογραφία περιστατικών λεμφαδενοπάθειας μετά από εμβολιασμό για τη νόσο COVID-19. Ενόσω προτείνεται η έγγραφη τεκμηρίωση της χρονικής στιγμής και του σημείου εμβολιασμού, ώστε να αποφευχθούν περιττές εξετάσεις, το χρονικό διάστημα από τη διενέργεια του εμβολιασμού ως την ύφεση της λεμφαδενοπάθειας εκτιμάται στις 6 εβδομάδες. Το τελευταίο αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε ογκολογικούς ασθενείς, λόγω της διαγνωστικής και θεραπευτικής δυσκολίας που προκύπτει από τη διαφορική διάγνωση της μεταστατικής λεμφαδενοπάθειας.

συντομογραφίες: COVID-19: Coronavirus disease 2019, PET: Positron Emission Tomography, SUVmax : Maximum Standard Unit Value

Λέξεις-κλειδιά: παρουσίαση περιστατικού; Λεμφαδενοπάθεια; εμβολιασμός Covid-19;

06. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ATTR ΜΕ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Α. Λουκαΐδη, Ν. Γούλιαρος, Θ. Σέρτης, Χ. Στεφανίδης, Ι. Στρατάκης, Θ. Μπουγάς, Α. Αποστολίδης, Χρ. Χατζηελευθερίου
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού καρδιακής αμυλοείδωσης ATTR με γαστρεντερική συμμετοχή, διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση

Υλικό-μέθοδος: Γυναίκα ετών 66 με υποτροπιάζοντα επεισόδια επιγαστραλγίας, ειλεού, προσέρχεται με άλγος στο επιγάστριο και ναυτία. Αναφέρονται παρόμοιου χαρακτήρα υποτροπιάζοντα επεισόδια ενάρξεως από διμήνου, καθώς και σύσταση για ενδοσκοπικό έλεγχο ο οποίος δεν πραγματοποιήθηκε. Ήπιο συστολικό φύσημα, κινητοποίηση μυοκαρδιακών δεικτών νέκρωσης. Ηλεκτροκαρδιογράφημα: SR, χαμηλά δυναμικά. Από το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα διαπιστώνεται σοβαρού βαθμού συγκεντρική υπερτροφία LV, εύρημα αντικρουόμενο με τα ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα, συνεπώς τίθεται η υποψία καρδιακής αμυλοείδωσης και ακολουθεί διαγνωστικό work-up.

Αποτελέσματα: TTE= Φυσιολογικές διαστάσεις LV με καλή συσταλτικότητα και σοβαρού βαθμού συγκεντρική υπερτροφία τοιχωμάτων, LV=42mm, EF=65%, IVSd=18mm, PWd=16mm, φυσιολογικές διαστάσεις LA=32mm(LAarea=18cm²). Ήπια ανεπάρκεια μιτροειδούς. Υψηλές ταχύτητες ροής στο χώρο εξόδου LV, καθώς και στην μεσότητα αυτής λόγω αυξημένου ενδοκοιλοτικού gradient. Διαστολική δυσλειτουργία τύπου χάλασης Ee=13. Απουσία πνευμονικής υπέρτασης. Μικρή ποσότητα περικαρδιακού υγρού, περίπου 3mm, στο οπισθοπλάγιο τοίχωμα -κορυφή RV.

Ανοσολογικός -βιοχημικός έλεγχος: NT-proBNP εισόδου=2447pg/ml, NT-proBNP εξόδου =4310 pg/ml, Λεύκωμα ούρων 24ώρου=48mg/L, RF<8.8iu/M=mL, καρκινικοί δείκτες, HCV, HBsAg, anti-HAV, φερριτίνη, B12, C3-C4, κ,λ αλυσίδες ορού/ούρων, β2 μικροσφαιρίνη ορού: εντός φυσιολογικού εύρους τιμών, α-γαλακτοζιδάση: εν αναμονή αποτελέσματος.

Σπινθηρογράφημα οστών-^{99m}Tc: grade III μυοκαρδιακής πρόσληψης (Perugini grading scale¹) –εικόνα ενδεικτική καρδιακής αμυλοείδωσης.

Στεφανιογραφία: χωρίς αλλοιώσεις στεφανιαίων αγγείων, Βιοψία υποδόριου λίπους: μη διαγνωστικό αποτέλεσμα.

cMRI: late gadolinium enhancement-εικόνα συμβατή με διηθητική μυοκαρδιοπάθεια

Συμπέρασμα: Η καρδιακή αμυλοείδωση αποτελεί μια διαγνωστική πρόκληση λόγω του ευρέως φάσματος άτυπης εντόπισης συμπτωμάτων, χαμηλής ειδικότητας καρδιακής σημειολογίας και της χαμηλής κλινικής υποψίας.

Με τις πρόσφατα αναδυόμενες θεραπείες που στοχεύουν την TTR –βελτιώνοντας την συμπτωματολογία και την πρόγνωση, κρίνεται απαραίτητη η έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Συχνά τα περιστατικά μη ειδικής συμπτωματολογίας όπως το παραπάνω, όπου η ATTR αμυλοείδωση ενεπλάκη με συμπτώματα γαστρεντερικού, σημειολογία αποδιδόμενη σε εναποθέσεις αμυλιδούς στο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Η ασθενής έχει μπει στην διαδικασία έγκρισης ενός από τα νέα θεραπευτικά φάρμακα: tafamidis.

07. ΣΥΝΔΡΟΜΟ DRESS ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Ιωαννίδου¹, Στ. Βογιατζής¹, Β. Τσαούσης¹, Χρ. Καραχρήστος², Δ. Χλωρός², Μ. Κάκουρα¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

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

Σκοπός: Το σύνδρομο DRESS είναι μια αντίδραση υπερευαισθησίας σε φαρμακευτική αγωγή, με μεγάλη λανθάνουσα περίοδο που χαρακτηρίζεται από εξάνθημα, πυρετό, λεμφαδενοπάθεια και συμμετοχή εσωτερικών οργάνων. Αναφέρουμε περίπτωση ασθενούς με γενικευμένο εξάνθημα και εμπύρετο μετά τη λήψη αντιφυματικής αγωγής.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 24 ετών Αλγερινής καταγωγής εισήχθη στη κλινική μας λόγω ακτινολογικών ευρημάτων συμβατών με TB (κοιλοτικό σχηματισμό στον ΔΑΛ) μετά από τυχαίο διαγνωστικό έλεγχο. Υπεβλήθη άμεσα σε βρογχοσκόπηση όπου ανεδείξε θετικό μοριακό έλεγχο (Xpert/RIF) με ευαισθησία στη ριφαμπικίνη και καλλιέργεια θετική για *M.tuberculosis*. Τέθηκε σε τετραπλή αντιφυματική αγωγή αρχικά με καλή ανοχή και κλινική ανταπόκριση. Τρεις εβδομάδες αργότερα, παρουσίασε εμπύρετο έως 40ο C και γενικευμένο συρρέον κηλιδώδες, κνησμώδες εξάνθημα στον κορμό και στα άνω άκρα, με χαρακτηριστικά καλή γενική κατάσταση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ηωσινοφιλία (απόλυτος αριθμός ηωσινοφίλων 700/μl), θρομβοπενία και τρανσαμινασαιμία με συνοδό αύξηση των χολοστατικών ενζύμων. Η κλινικοεργαστηριακή εικόνα του ασθενούς σε συνδυασμό με την πρόσφατη έναρξη της αντιφυματικής φαρμακευτικής αγωγής έθεσε υψηλή διαγνωστική υποψία για δερματική ανεπιθύμητη ενέργεια ενός φαρμάκου και συγκεκριμένα του συνδρόμου DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systematic Symptoms). Αρχικά, διακόπηκε η χορήγηση όλων των φαρμάκων και διενεργήθηκε ιολογικός, ανοσολογικός και απεικονιστικός έλεγχος προς αποκλεισμό εναλλακτικών διαγνώσεων που απέβη αρνητικός. Η ηπατική λειτουργία βελτιώθηκε ήδη με την απόσυρση της αγωγής και σημειώθηκε περαιτέρω βελτίωση με την έναρξη μεθυλπρεδνιζολόνης από του στόματος. Με τη σταδιακή επανεισαγωγή των φαρμάκων, ο ασθενής παρουσίασε εκ νέου εξάνθημα και πυρετό μέσα σε 12ώρες από την λήψη της ισονιαζίδης οπότε και διακόπηκε με ύφεση της συμπτωματολογίας. Στη συνέχεια προστέθηκε η ριφαμπικίνη με καλή ανοχή. Το εξάνθημα επανεμφάνιστηκε αμέσως μετά τη προσθήκη της εθαμβουτόλης μερικές μέρες αργότερα, η οποία και διεκόπη και ο ασθενής παραπέμφθηκε σε ειδική μονάδα. Η εξέλιξή του ήταν ομαλή με την επανεισαγωγή της αντιφυματικής θεραπείας.

Συμπέρασμα: Το σύνδρομο DRESS μπορεί να εκδηλωθεί μετά από λήψη αντιφυματικών φαρμάκων και η αναγνώριση του ενοχοποιούμενου αιτίου είναι συχνά δύσκολη. Η έγκαιρη διάγνωση είναι καθοριστικής σημασίας, γιατί η θνησιμότητα στα πλαίσια ηπατικής ανεπάρκειας μπορεί να φτάσει το 10% ενώ η απόσυρση του φαρμάκου αποτελεί το κλειδί της θεραπείας.

08. ΚΥΣΤΕΙΣ ΑΓΚΩΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΑΦΑΤΙΝΙΒ

Π. Ζαρογουλίδης^{1,2*}, Μ. Σαρόγλου³, Κ. Τσακίριδης⁴, Δ. Χατζημπούγιας⁵

¹ 3η Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Πνευμονολογική Κλινική, «Βιοκλινική» Ιδιωτική Κλινική, Θεσσαλονίκη

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

⁴ Θωρακοχειρουργική Κλινική, «Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο», Θεσσαλονίκη

⁵ MICRODIAGNOSTICS, Ιδιωτικό Παθολογοανατομικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Λέξεις κλειδιά: Αναστολείς τυροσινικής κινάσης, Afatinib, θυλακίτιδα αγκώνα, θυλακίτιδα ωλεκράνου

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 65 ετών διαγνώστηκε με πλακώδες καρκίνο του πνεύμονα το 1999 με βρογχοσκόπηση. Σε επανέλεγχο 15 έτη μετά διαπιστώθηκε υποτροπή της νόσου και πραγματοποιήθηκε βρογχοσκοπικός έλεγχος. Ξεκίνησε χημειοθεραπεία στις 11/12/14 λαμβάνοντας τέσσερις κύκλους καρβοπλατίνης και πακλιταξέλης ως θεραπεία πρώτης γραμμής με πλήρη ανταπόκριση και τέθηκε σε παρακολούθηση. Δύο χρόνια μετά (18/1/17) σε επανέλεγχο με PET-CT παρατηρήθηκε εκ νέου υποτροπή της νόσου και διενεργήθηκε έλεγχος με EBUS. Η εξέταση με την τεχνική DAKO για την έκφραση του υποδοχέα programmed death-ligand 1 (PD-L1) ήταν αρνητικός και αποφασίστηκε η έναρξη afatinib 40mg ως θεραπεία δεύτερης γραμμής. Λόγω σοβαρών ανεπιθύμητων παρενεργειών grade 4 με βλεννογονίτιδα, δερματικό εξάνθημα και επιμολυσμένα εξανθήματα για τα οποία έλαβε αντιβιοτικά, έγινε μείωση της δόσης σε 30mg/ημέρα, δίχως βελτίωση και η δόση ελαττώθηκε εκ νέου σε 20mg/ημέρα με υποχώρηση τελικά των συμπτωμάτων σε grade 2. Ωστόσο, παρατηρήθηκε θυλακίτιδα αριστερού αγκώνα (ωλεκράνου) με διεγχειρητική απομάκρυνση του υγρού, για τη λήψη δειγμάτων για πιθανή μετάσταση. Τα δείγματα ήταν αρνητικά για κακοήθεια. Η συνέχιση της αγωγής με afatinib, συνοδεύτηκε από επανεμφάνιση, ένα μήνα μετά, θυλακίτιδας δεξιού αγκώνα (ωλεκράνου) – ο επανέλεγχος του υγρού ήταν αρνητικός για κακοήθεια. Στην παρούσα φάση ο ασθενής βρίσκεται στον πέμπτο μήνα εξελισσόμενου μη-μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα, χωρίς αγωγή με afatinib και σε πλήρη ύφεση της θυλακίτιδος.

Συμπέρασμα: Οι αναστολείς τυροσινικής κινάσης για τον επιδερμικό παράγοντα EGFR TKI έχουν ευνοϊκό προφίλ θεραπευτικής επίδρασης/τοξικότητας. Το Afatinib έχει το πλεονέκτημα της ελάττωσης της δόσης από 40mg/ημερησίως σε 20mg/ημερησίως εάν είναι απαραίτητο. Συνήθως αυξημένη δόση >40mg/ημερησίως συνεπάγεται και αυξημένες παρενέργειες.

09. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ ΤΗΣ ΤΑΧΕΙΑΣ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ EBUS-TBNA

Δ. Μαλλέ¹, Ηρ. Τιτόπουλος², Ε. Κωνσταντίνου²

¹ ACPATH, Διευθύντρια Εργαστηρίου Κλινικής Κυτταρολογίας

² Πρότυπη Μονάδα Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση της διαγνωστικής ακρίβειας της ταχείας κυτταρολογικής εξέτασης (Rapid On-Site Evaluation, ROSE) κατά τη διάρκεια της EBUS-TBNA με κριτήριο την διασφάλιση επαρκούς δείγματος για τη διάγνωση και την εφαρμογή ειδικών τεχνικών ανοσοκυτταροχημείας και μοριακής βιολογίας.

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 243 ασθενείς, 128 άντρες και 115 γυναίκες, μέσης ηλικίας 66,3 έτη. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε EBUS-TBNA στη Πρότυπη Μονάδα Επεμβατικής Πνευμονολογίας του Διαβαλκανικού, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών. Συνολικά εξετάστηκαν 336 λεμφαδένες, με μεγαλύτερη εντόπιση υποτροπιδικά (LN7: 41,66%) και δεξιά κάτω παρατραχειακά (LN4R: 26,48%), καθώς και 42 μάζες με κύρια εντόπιση παραπυλαία και μεσοθωρακική (61,9%). Σε όλα τα βιοπτικά υλικά ακολούθησε άμεση επίστρωση συμβατικών επιχρισμάτων, μονιμοποίηση στον αέρα και χρώση κατά Diff Quick για ταχεία μικροσκοπική αξιολόγηση. Τα εναπομείναντα κυτταρολογικά υλικά τοποθετήθηκαν σε cytolyte για επεξεργασία με την τεχνική thin prep και εγκλεισμό σε κύβο παραφίνης (cell block), ενώ τα ιστολογικά βιοπτικά υλικά μονιμοποιήθηκαν σε φορμόλη 10%. Η διαγνωστική ακρίβεια της ROSE αξιολογήθηκε συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της με αυτά της ιστολογικής και του cell block. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι: 1) 164/243 ασθενείς (67,48%) είχαν κακοήθεια, στην πλειονότητα καρκινώματα του πνεύμονα (90,8%), 2) Προεξήρχαν κατά σειρά τα αδενοκαρκινώματα (40,2%), τα μικροκυτταρικά (26,21%) και τα πλακώδη καρκινώματα (10,97%), 3) από τα μεταστατικά καρκινώματα συχνότερες πρωτοπαθείς εστίες ήταν ο μαστός και το ΓΕΣ, 4) Σε 11/243 ασθενείς διαγνώστηκαν ειδικές κοκκιωματώδεις λεμφαδενίτιδες, ενώ σε 68/243 μη ειδικές, αντίστοιχα. Η ευαισθησία της ROSE ανήλθε στο 98,8% και η ειδικότητα της στο 98,75%. Η θετική προγνωστική αξία (PPV) ήταν 99,39% και η αρνητική προγνωστική αξία (NPV) 97,53%. Ταύτιση των αποτελεσμάτων της ROSE με τις τελικές ιστολογικές διαγνώσεις παρατηρήθηκε στο 98,76%. Συμπεραίνεται ότι η ROSE: 1) αυξάνει τη διαγνωστική ακρίβεια της EBUS-TBNA, 2) έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή άσκοπων λήψεων υλικού, επομένως την μείωση του χρόνου της επέμβασης και των επιπλοκών, 3) σχεδόν αποκλείει την ανάγκη για επανάληψη της διαδικασίας (1,2%), 4) σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία, η μεγάλη διαγνωστική ακρίβεια που καταγράφηκε στην παρούσα μελέτη αναδεικνύει την εμπειρία της Μονάδας και του ειδικού κυτταρολόγου που την εφαρμόζει.

ΗΜΕΡΑ 2η - Παρασκευή 28 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

09:00-10:00

Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Προεδρείο: Ε. Καρυπίδης, Στ. Ηρ. Τρύφων

01. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ- Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΜΒΑΜΑ- ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Β. Βασιλακόπουλος, Π. Ροδίτης, Σ. Θεοδωρίδου, Γ. Παπαγόρας, Χρ. Τσουμής, Ε. Κυπριτίδου, Στ. Λαμπρόπουλος
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κοζάνης

Εισαγωγή: Το κάπνισμα είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου.

Σκοπός: Μελετήθηκαν οι επιδράσεις του καπνίσματος σε ασθενείς με Ο.Σ.Σ., καθώς και οι καπνιστικές τους συνήθειες μετά το εξιτήριο όπως και η σχέση του παθητικού καπνίσματος και του Ο.Σ.Σ.

Υλικό- Μέθοδος: Μελετήθηκαν 95 (67 ενεργοί καπνιστές και 28 παθητικοί) ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην στεφανιαία μονάδα της κλινικής μας με Ο.Σ.Σ. Χρησιμοποιήθηκε ως διερευνητικό μέσο συγκέντρωσης δεδομένων ένα ερωτηματολόγιο, κατά την διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών. Η καπνιστική τους συνήθεια αξιολογήθηκε τηλεφωνικά μετά από 3 και 6 μήνες. Ο βαθμός εξάρτησης από την νικοτίνη μετρήθηκε με το fagerstrom test for nicotine dependence.

Αποτελέσματα: Μέσος όρος ηλικίας ασθενών 64 έτη, 71 άνδρες και 24 γυναίκες. Μέσος όρος έναρξης καπνίσματος 19 ± 7 έτη. Το 82,3 % των ασθενών δήλωσε ότι διέκοψε το κάπνισμα στους 3 μήνες, ενώ το 29,9% ότι το ξανάρχισε στους 6 μήνες. Το 76% τρεφόταν με λιπαρές τροφές, το 49,4% δεν ασκούταν, το 59,3% είχε υπέρταση, το 32,5% είχε παχυσαρκία, το 40% έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη και το 51,2% από υπερλιπιδαιμία. Το 57,5 % των ασθενών είχε μεγάλο βαθμό εξάρτησης από την νικοτίνη και απουσία ελέγχου στο κάπνισμα. (fagerstrom score 7). Οι ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα στους 6 μήνες είχαν χαμηλό fagerstrom score σε σχέση με αυτούς που το διέκοψαν στους 3 μήνες και το ξανά άρχισαν. ($6,4\%$ $t=2.97$, $p=0.004$). Οι 28 παθητικοί καπνιστές με Ο.Σ.Σ είχαν μέση ηλικία 67 έτη και το 75,6% δήλωσε ότι σύχναζε σε δημόσιους χώρους όπου κάπνιζαν άλλοι.

Συμπεράσματα: Η ηλικία δεν φάνηκε να συσχετίζεται με την υποτροπή στο κάπνισμα. Οι παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με την υποτροπή είναι ο αριθμός των τσιγάρων που κάπνισαν οι ασθενείς πριν την είσοδό τους στο νοσοκομείο και ο εθισμός τους στην νικοτίνη. Ο κύριος λόγος που οι καπνιστές δυσκολεύονται να κόψουν το κάπνισμα είναι η ισχυρή σωματική και κυρίως ψυχολογική εξάρτηση από τη νικοτίνη που περιέχει ο καπνός. Δεύτερος σημαντικός λόγος για τη μεγάλη διάδοση του καπνίσματος είναι ότι οι βλαβερές του συνέπειες δεν εκδηλώνονται αμέσως αλλά μετά από αρκετά χρόνια.

02. ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΕΞΑΠΛΩΣΗΣ ΤΟΥ SARS-COV-2

Α. Βιρβίλη¹, Δ. Ράπτης¹, Ι. Παπαθανασίου², Δ. Παπαγιάννης³, Ε. Φραδέλος⁴, Λ. Κοντοπούλου⁴, Ζ. Δανιήλ⁵, Κ. Ι. Γουργουλιάνης⁵, Φ. Μάλλη⁶

¹ Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

² Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

³ Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας-Ανοσοποίησης Ενηλίκων, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁴ Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁵ Πνευμονολογική Κλινική ΠΠΓΝΛ, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁶ Πνευμονολογική Κλινική, ΠΠΓΝΛ και Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η υιοθέτηση του Μεσογειακού προτύπου διατροφής έχει προστατευτικές ιδιότητες έναντι των λοιμώξεων. Η πανδημία του COVID19 και τα επακόλουθα περιοριστικά μέτρα ενδεχομένως να σχετίζονται με αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και τη φυσική δραστηριότητα.

Σκοπός: Η μελέτη στοχεύει στην εκτίμηση της προσκόλλησης στο Μεσογειακό πρότυπο διατροφής και στην αξιολόγηση του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια των περιοριστικών μέτρων για την αντιμετώπιση της διασποράς του SARS-CoV-2.

Μεθοδολογία: Η παρούσα μελέτη υλοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα από 01/04/2021 έως 27/04/2021. Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας μέσω διαμοιρασμού ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου που περιελάμβανε δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ερωτηματολόγιο προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή medDIET και το ερωτηματολόγιο φυσικής δραστηριότητας IPAQ. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS 21. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε 95%.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 418 άτομα. Το 68,9% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 31,1% ήταν άνδρες. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (57,2%) άνηκε στην ηλικιακή ομάδα 20-40 ετών και 7,7% ανέφερε ιστορικό λοίμωξης από SARS-CoV-2. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (43,5%) διατήρησε σταθερό το σωματικό βάρος κατά την διάρκεια των περιοριστικών μέτρων. Μόνο 34,7% ανέφερε 30-60 λεπτά έντονης σωματικής δραστηριότητας/εβδομάδα ενώ μόλις 6,5% των συμμετεχόντων ανέφεραν έντονη σωματική δραστηριότητα για >90 λεπτά/εβδομάδα. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς το συνολικό σκορ του medDIET ($31,37 \pm 4,27$ vs $32,30 \pm 4,39$, αντίστοιχα, $p=0,044$). Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην προσκόλληση στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής μεταξύ συμμετεχόντων με ελλιποβαρές, φυσιολογικό ή υπέρβαρο BMI ($31,11 \pm 4,50$ vs $32,15 \pm 4,33$ vs $25,50 \pm 2,12$, αντίστοιχα, $p=0,037$). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς τη συμμόρφωση στη μεσογειακή διατροφή και το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας ανάλογα με το ιστορικό λοίμωξης από SARS-CoV-2.

Συμπεράσματα: Παρατηρείται σημαντική προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή αλλά περιορισμένη φυσική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια των περιοριστικών μέτρων εξάπλωσης του SARS-CoV-2. Η προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή δεν φαίνεται να σχετίζεται με τη COVID19. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες ώστε να επιβεβαιωθούν τα παραπάνω συμπεράσματα.

03. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΦΕΔΡΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΑΣΘΜΑ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ- ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Α. Γεωργοπούλου¹, Λ. Φωτιάδου¹, Στ. Τρύφων¹, Ζ. Δανιήλ², Α. Μπούτου¹

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

² Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Λάρισας

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με βρογχικό άσθμα μπορεί να παρουσιάζουν ελάττωση της λειτουργικής ικανότητας κατά την άσκηση, με ελάχιστα να είναι τα βιβλιογραφικά δεδομένα που αφορούν την καρδιαγγειακή τους ανταπόκριση κατά την διάρκεια δοκιμασιών άσκησης. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ασθενών- μαρτύρων είναι να εξετάσει: α) Αν το double product (DP), το παράγωγο της συστολικής αρτηριακής πίεσης με την καρδιακή συχνότητα που είναι ένας δείκτης καρδιαγγειακών εφεδρειών διαφέρει μεταξύ των ασθενών με σοβαρό και ήπιο- μέτριο άσθμα και β) αν το DP σχετίζεται με το επίπεδο ελέγχου του άσθματος, τη φυσική δραστηριότητα (PA) καθώς και την ικανότητα για άσκηση σε αυτή την ομάδα ασθενών.

Υλικό-μέθοδος: Μία ομάδα ασθενών με σοβαρό άσθμα (S) σε αντιστοίχιση με μία ομάδα ασθενών με ήπιο-μέτριο άσθμα (M) αποτέλεσαν τον πληθυσμό ελέγχου. Απαντήθηκαν τα ερωτηματολόγια ελέγχου του άσθματος (Asthma Control Test, ACT και Asthma Control Questionnaire, ACQ) και της φυσικής δραστηριότητας (International Activity Questionnaire, IPAQ) και διενεργήθηκε έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας και εξάλεπτη δοκιμασία βάρδιας (6MWT). Καταγράφηκαν ακόμη, η ικανότητα για άσκηση (η απόσταση που διανύεται στα έξι λεπτά (6MWD) και το μέγιστο έργο (βάρος σώματος x 6MWD), η κλίμακα δύσπνοιας Borg, η κλίμακα της περιφερικής κόπωσης (RPE) καθώς και η συνολική ενεργειακή δαπάνη (METS) κατά τη φυσική δραστηριότητα.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 18 ασθενείς (S, n=10 και M, n=8). Το DP στο τέλος του 6MWT ήταν σημαντικά χαμηλότερο στην ομάδα ασθενών (S) σε σύγκριση με την ομάδα (M) ($16412,2 \pm 4732,1$ έναντι $18594,8 \pm 3984,4$ mmHgXbpm; $p=0,041$) με σημαντική συσχέτιση με την %προβλεπόμενη 6MWD ($r=0,592$, $p=0,001$). Η ομάδα (S) παρουσίασε χαμηλότερη μέτριας έντασης PA σε σύγκριση με την ομάδα (M), ενώ η ικανότητα για άσκηση με βάση το 6MWT ήταν παρόμοια μεταξύ τους. Το επίπεδο ελέγχου του άσθματος δεν συσχετιζόταν με το DP, την ικανότητα για άσκηση ή τις παραμέτρους της PA.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με σοβαρό άσθμα μπορεί να έχουν διαταραχή των καρδιαγγειακών εφεδρειών, όπως αυτά εκφράζονται μέσω του DP, ακόμη και όταν η ικανότητα για άσκηση δεν διαφέρει από αυτή των ασθενών με ηπιότερη μορφή της νόσου. Το DP μπορεί να προσφέρει επιπρόσθετες πληροφορίες στη λειτουργική εκτίμηση αυτών των ασθενών.

04. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ COVID-19

Ε. Τιρικήδου, Π. Ντόλιος, Κ. Χαδιά, Ε. Χαρισιάδου, Κ. Μπονέλης, Γ. Μπατζάκ, Στ. Ανευλαβής, Π. Στειρόπουλος

Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Π.Γ.Ν. Έβρου, Αλεξανδρούπολη

Εισαγωγή: Η λοίμωξη με το νέο κορονοϊό SARS-CoV-2(νόσος COVID-19) μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές αναπνευστικές επιπλοκές (διάμεση πνευμονοπάθεια, βρογχεκτασίες, πνευμονική αγγειακή νόσος) οι οποίες μπορούν να εμμένουν μήνες μετά την ανάρρωση.

Σκοπός: Να καθοριστεί εάν: α) οι ασθενείς που νόσησαν από COVID-19 έχουν μακροπρόθεσμα ακτινολογικές αλλοιώσεις β) ο λειτουργικός έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας, συμπεριλαμβανομένων των στατικών όγκων και της διαχυτικής ικανότητας, βοηθούν στην αναγνώριση αυτών των ασθενών και γ) η βαρύτητα της COVID-19 σχετίζεται με την ανάπτυξη των αναπνευστικών διαταραχών.

Μέθοδοι: Εξετάστηκαν ασθενείς με επιβεβαιωμένη λοίμωξη COVID-19, τρεις μήνες μετά την ανάρρωση τους, ανεξάρτητα από την αρχική βαρύτητα της νόσου, με πλήρη καταγραφή του ατομικού τους ιστορικού, λειτουργικό έλεγχο αναπνευστικού, εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης (6MWT) και ακτινολογικό έλεγχο με αξονική τομογραφία θώρακα.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 33 ασθενείς (18 άντρες) με μέση ηλικία $55,8 \pm 12,6$ έτη (2 ενεργοί καπνιστές, 9 πρώην καπνιστές, 20 μη καπνιστές). Οι 17 ασθενείς (51,5%) νοσηλεύτηκαν για την αντιμετώπιση της νόσου COVID-19 (και 3 διασωληνώθηκαν). Στον τρίμηνο επανέλεγχο, μόνο στο 12,1% των ασθενών δεν ανευρέθηκαν αλλοιώσεις στην αξονική τομογραφία θώρακα. Στους υπόλοιπους ασθενείς, η αξονική τομογραφία θώρακα ανέδειξε αλλοιώσεις δίκην θολής υάλου στο 63,6% των ασθενών ($n=21$), ενώ στοιχείαστο 24,2% ($n=8$), βρογχεκτασίες εξ έλξεως στο 24,2% ($n=8$) και όζους ή υποϋπεζωκοτικά οζίδια στο 15,1% ($n=5$).

Η εξέταση με τις λειτουργικές δοκιμασίες πνεύμονα, στους ασθενείς με τα προαναφερθέντα ακτινολογικά ευρήματα στην αξονική τομογραφία θώρακα, ανέδειξε φυσιολογικές τιμές FVC και TLC (>80% προβλεπόμενης τιμής) στο 87% και 78,2% των ασθενών αντίστοιχα ενώ φυσιολογική ικανότητα διάχυσης DLCO παρατηρήθηκε στο 73,9% των ασθενών. Όσον αφορά στην εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης, όλοι οι ασθενείς, πλην ενός, ολοκλήρωσαν επιτυχώς την εξέταση με % μέση τιμή προβλεπόμενης διανυσθείσας απόστασης στους άνδρες $95,4 \pm 20,9\%$ και στις γυναίκες $94,6 \pm 22,2\%$.

Συμπεράσματα: Στον τρίμηνο επανέλεγχο, η πλειονότητα των ασθενών που νόσησαν από COVID-19, ανεξάρτητα αν χρειάστηκαν ή όχι νοσηλεία, εμφανίζει εμμένοντα ακτινολογικά ευρήματα στην αξονική τομογραφία θώρακα αλλά η αναπνευστική τους λειτουργία είναι φυσιολογική.

05. ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΚΗΣΙΟΓΕΝΟΥΣ ΒΡΟΓΧΟΣΠΑΣΜΟΥ. ΜΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Βλ. Αχλάτης¹, Μ. Λεοντακιανάκος², Μ. Γιουλβανίδου², Κ. Πορπόδης²

¹ ΠΜΣ «Άθληση και Υγεία» – Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

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

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η παρουσίαση παλαιότερων και σύγχρονων θεωρήσεων για τους μηχανισμούς και τα αίτια που προκαλούν τον επαγόμενο από άσκηση βρογχόσπασμο (ΕΑΒ).

Υλικά και Μέθοδοι: Για τη συλλογή των δεδομένων, μελετήθηκαν σύγχρονες μελέτες (2015-2020) από διεθνείς βάσεις δεδομένων (PubMed, Cochrane library).

Αποτελέσματα: Ο όρος επαγόμενος από άσκηση βρογχόσπασμος (ΕΑΒ) χαρακτηρίζει την παροδική και αναστρέψιμη στένωση του αεραγωγού που παρατηρείται κατά την έντονη άσκηση σε άτομα με ή χωρίς τη διάγνωση άσθματος. Ο επιπολασμός του ΕΑΒ είναι 5-20% για το γενικό πληθυσμό, 50-90% για τους ασθματικούς και 30-70% για τους αθλητές υψηλού επιπέδου. Τα άτομα με ΕΑΒ, πολλές φορές, αποφεύγουν την άσκηση βιώνοντας τις δυσάρεστες μακροχρόνιες επιδράσεις της φυσικής ανεπάρκειας. Η έντονη άσκηση προκαλεί την εισπνοή μεγάλης ποσότητας αέρα (υπέρπνοια) ο οποίος πρέπει να υγροποιηθεί και να θερμανθεί από το αναπνευστικό σύστημα. Αυτή φαίνεται να είναι η υποκείμενη αιτιολογία του ΕΑΒ. Το 1984, προτάθηκε η ωσμωτική υπόθεση ως πιθανός μηχανισμός πρόκλησης του ΕΑΒ σε μια προσπάθεια να συνδυαστούν οι προηγούμενες υποθέσεις του «airway cooling» και του «airway rewarming» (θερμική υπόθεση). Οι σύγχρονες απόψεις βασίζονται στην ωσμωτική υπόθεση και προβάλλουν την απώλεια νερού από τον αεραγωγό ως τη σημαντικότερη μεταβολή κατά την έντονη άσκηση. Αυτή η απώλεια νερού φαίνεται να προκαλεί την απελευθέρωση φλεγμονωδών διαμεσολαβητών (όπως ισταμίνη, τρυπτάση και κυστεΐνυλικά λευκοτριένια) και την αποβολή επιθηλιακού ιστού στον αεραγωγό (που συνδέεται με μειωμένη σύνθεση προσταγλανδίνης E2), καταστάσεις που, μάλλον, σχετίζονται με την πρόκληση του ΕΑΒ. Ο ΕΑΒ, τέλος, παρατηρείται, συχνότερα, σε συγκεκριμένα αθλήματα όπως αθλήματα πισίνας, χειμερινά αθλήματα και αθλήματα με παρατεταμένη έντονης διάρκειας άσκηση που προκαλεί μεγαλύτερη καταπόνηση του αναπνευστικού συστήματος.

Συμπέρασμα: Περαιτέρω έρευνα απαιτείται για την έκκριση συγκεκριμένων φλεγμονωδών διαμεσολαβητών και τη συσχέτιση τους με την πρόκληση του ΕΑΒ. Επιπλέον, η «προτίμηση» του ΕΑΒ σε συγκεκριμένα αθλήματα και περιβάλλοντα δείχνει τον δρόμο για τις μελλοντικές έρευνες με στόχο την ακόμα καλύτερη κατανόηση της πάθησης αλλά και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της.

06. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ COVID-19 – Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ε. Πάσχου¹, Β. Λωρίδα², Δ. Μιχάλης³, Μ. Καραγιαννίδου⁴, Δ. Θεόφιλος⁵, Χρ. Λευκός⁶, Ν. Τζαμτζής⁶, Ι. Χαλβατζή⁶, Α. Παπακώστας⁶, Ν. Σαμπάνης⁷

¹ MSc Μεθοδολογία Βιοϊατρικής Έρευνας, Βιοστατιστική & Κλινική Βιοπληροφορική

² Παθολογική Κλινική, Κλινική Covid, Γ.Ν. Λιβαδειάς

³ Τ.Ε.Π, Γ.Ν. Λιβαδειάς

⁴ Πνευμονολογίας, Ιατρός Κλινικής COVID-19, Γ. Ν. Λιβαδειάς

⁵ Τμήμα Τ.Ε.Π. Γ.Ν. Λιβαδειάς

⁶ Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Λιβαδειάς

⁷ Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Λιβαδειάς

Σκοπός: Καταγραφή των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και αναζήτηση παραγόντων κινδύνου για την εκδήλωση σοβαρής νόσου μεταξύ των νοσηλευόμενων με COVID-19 στο Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς.

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη παρατήρησης των ιατρικών φακέλων των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην κλινική COVID-19 του Γ.Ν. Λιβαδειάς από τον Οκτώβριο του 2020 έως και το Μάρτιο του 2021. Για τη διενέργεια της μελέτης καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, οι συννοσηρότητες καθώς και τα εργαστηριακά και απεικονιστικά ευρήματά τους κατά την είσοδο και την έξοδό τους από την κλινική. Στη συνέχεια τα δεδομένα που προέκυψαν συσχετίστηκαν τόσο με την έκβαση όσο και τις ημέρες νοσηλείας αλλά και τη θεραπεία που έλαβαν οι ασθενείς.

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS v23 και τη χρήση μεθόδων όπως T-test, ανάλυση διασποράς, γραμμικής παλινδρόμησης και δοκιμασία χ^2 .

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 139 ασθενείς από τους οποίους ποσοστό 54,7% ήταν άνδρες ενώ ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού ήταν $65,9 \pm 14,5$ έτη. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 8,3 ημέρες ενώ το 80,4% των ασθενών εξήλθαν βελτιωμένοι, το 10,1% απεβίωσαν και το 8,7% διακομίσθηκαν σε τριτοβάθμια κέντρα. Τα κυριότερα συνυπάρχοντα νοσήματα αποτέλεσαν η υπέρταση (63,8%), ο σακχαρώδης διαβήτης (29,4% - εκ των οποίων το 18,4% νεοδιαγνωσθείς), η δυσλιπιδαιμία (24,5%), η χρόνια νεφρική νόσος (9,4%) και τα νεοπλάσματα (7,2%).

Η θνητότητα της νόσου συσχετίστηκε με μία πλειάδα παραγόντων κινδύνου μεταξύ των οποίων το ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ($p < 0,005$), ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων ($p = 0,004$), τα χαμηλά επίπεδα ασβεστίου στο αίμα ($p = 0,016$), τα αυξημένα επίπεδα d-διμερών ($p = 0,006$) και ο χαμηλός κορεσμός οξυγόνου ($p = 0,033$) κατά την εισαγωγή.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι ο νεοδιαγνωσθείς σακχαρώδης διαβήτης, ως υποκείμενη μεταβολική διαταραχή, αποτέλεσε το σημαντικότερο παράγοντα παρατεταμένης νοσηλείας των ασθενών με νόσο COVID-19 ενώ η πρόγνωση της έκβασης της νοσηλείας συσχετίστηκε με μία σειρά εργαστηριακών χαρακτηριστικών που υποδηλώνουν την ενεργοποίηση των μηχανισμών θρομβοφλεγμονής.

07. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ COVID-19 – Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ε. Πάσχου¹, Β. Λωρίδα², Δ. Μιχάλης³, Μ. Καραγιαννίδου⁴, Δ. Θεόφιλος⁵, Χρ. Λευκός⁶, Ν. Τζαμτζής⁶, Ι. Χαλβατζή⁶, Α. Παπακώστας⁶, Ν. Σαμπάνης⁷

¹ MSc Μεθοδολογία Βιοϊατρικής Έρευνας, Βιοστατιστική & Κλινική Βιοπληροφορική

² Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λιβαδειάς-Υπεύθυνη Κλινικής COVID-19, Γ. Ν. Λιβαδειάς

³ Τ.Ε.Π, Γ.Ν. Λιβαδειάς

⁴ Πνευμονολογίας, Κλινική COVID-19, Γ.Ν. Λιβαδειάς

⁵ Γενικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Τ.Ε.Π., Γ.Ν. Λιβαδειάς

⁶ Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Λιβαδειάς

⁷ Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Λιβαδειάς

Σκοπός: Αναζήτηση παραγόντων κινδύνου για την εκδήλωση σοβαρής νόσου μεταξύ των νοσηλευόμενων με COVID-19 στο Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς.

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη παρατήρησης των ιατρικών φακέλων των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην κλινική COVID-19 του Γ.Ν. Λιβαδειάς από τον Οκτώβριο του 2020 έως και το Μάρτιο του 2021. Για τη διενέργεια της μελέτης καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, τα υποκείμενα νοσήματα καθώς και τα εργαστηριακά ευρήματά τους κατά την είσοδο και την έξοδό τους από την κλινική. Ως προγνωστικοί παράγοντες σοβαρής νόσου αξιολογήθηκαν οι δείκτες NLR, PLR, MLR, ELR, MPV, RDW. Τα δεδομένα που προέκυψαν συσχετίστηκαν με την έκβαση, τις ημέρες νοσηλείας αλλά και τη θεραπεία που έλαβαν οι ασθενείς.

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS v23 και τη χρήση μεθόδων όπως T-test, ανάλυση διασποράς, γραμμικής παλινδρόμησης και δοκιμασία χ^2 .

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 139 ασθενείς από τους οποίους ποσοστό 54,7% ήταν άνδρες ενώ ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού ήταν $65,9 \pm 14,5$ έτη.

Στον υπό μελέτη πληθυσμό η αρνητική έκβαση της νόσου (θάνατος) συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με μεγαλύτερες τιμές NLR εισόδου ($p=0,027$) και εξόδου ($p=0,026$) καθώς και μεγαλύτερες τιμές MLR εισόδου ($p=0,049$) και ELR εξόδου ($p<0,05$). Παράλληλα παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των ηωσινοφίλων κατά την έξοδο σχετίζεται με σοβαρότερη νόσο που οδηγεί σε θάνατο.

Τέλος η λήψη ρεμντεσιβίρης φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με τον απόλυτο αριθμό ηωσινοφίλων των ασθενών, υποσημαίνοντας τη σημασία του δείκτη αυτού στην πρόγνωση της νόσου.

Συμπεράσματα: Σημαντικοί δείκτες που σχετίζονται με τη φλεγμονώδη αντίδραση κατά τη νόσο COVID-19, όπως ο NLR, ο MLR και ο ELR, φαίνεται να αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες αρνητικής έκβασης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η αύξηση του ELR και του απόλυτου αριθμού ηωσινοφίλων, πιθανώς υποκινούνται από την απελευθέρωση IL-5 στα πλαίσια ενεργοποίησης του «καταρράκτη κυτοκινών», συσχετίζονται θετικά με την εκδήλωση σοβαρής νόσου.

08. ΚΛΙΝΙΚΟΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗΣ (ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΕΝΗΝΤΑΚΟΝΤΑΕΤΙΑΣ)

Μ. Μωυσέως, Ε. Παπαδοπούλου, Ι. Δημητριάδης, Στ. Παπαεμμανουήλ, Στ. Τρύφων
Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η πνευμονική αμυλοείδωση προσδιορίζεται από την εναπόθεση αμυλοειδούς στο εξωκυττάριο δίκτυο των προσβληθέντων ιστών και είναι σπάνια σε συχνότητα. Ταξινομείται σε τρεις κατηγορίες σύμφωνα με την προσβαλλόμενη ανατομική θέση: α) οζώδης πνευμονική αμυλοείδωση, β) τραχειοβρογχική αμυλοείδωση, γ) διάχυτη κυψελιδική-διαφραγματική αμυλοείδωση. Οι δύο πρώτες κατηγορίες τις περισσότερες φορές αντιπροσωπεύουν την εντοπισμένη νόσο της πνευμονικής αμυλοείδωσης (πρωτοπαθής) και η τρίτη αντιπροσωπεύει συστηματική ασθένεια (δευτεροπαθής).

Υλικό και Μέθοδος: Έγινε αναδρομικός έλεγχος εικοσαετίας (2001-2021) στα παθολογοανατομικά δεδομένα του Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου» και έχουν καταγραφεί και διαγνωσθεί 10 περιστατικά εντοπισμένης πνευμονικής αμυλοείδωσης. Έγινε, επίσης, αναδρομικός έλεγχος πενήνταετίας (1971-2021) στη διεθνή βιβλιογραφία και βρέθηκαν 69 περιπτώσεις εντοπισμένης πνευμονικής αμυλοείδωσης.

Αποτελέσματα: Το σύνολο των ασθενών που μελετήθηκαν (79 ασθενείς) είχαν παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος.

Μονήρες πνευμονικό οζίδιο στην ακτινογραφία και στην CT-θώρακος εντοπίστηκε σε 22 (27,8%) και μονήρης τραχειοβρογχική αλλοίωση ανευρέθηκε σε άλλους 4 (5%). Πολλαπλά οζίδια πνευμόνων ανευρέθηκαν σε 34 (43%) περιπτώσεις, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα αμυλοειδή οζίδια δεν συνοδεύονται από λεμφαδενοπάθεια. Σπανιότερες ήταν οι τραχειοβρογχικές αλλοιώσεις που καταγράφηκαν σε 6 (7,6%) περιπτώσεις. Ποικίλη ακτινολογική εικόνα με πνευμονικές διηθήσεις, οζίδια και πυκνώσεις είχαν οι υπόλοιπες περιπτώσεις.

Η κλινική εικόνα δεν είναι διαγνωστική της νόσου. Οι 39 (49,4%) ασθενείς ήταν ασυμπτωματικοί και η διάγνωση έγινε τυχαία. Το συχνότερο σύμπτωμα ήταν ο βήχας σε 29 ασθενείς (36,7%). Δύσπνοια στην κόπωση εμφάνιζαν 12 (15,2%) ασθενείς και αιμόπτυση 10 (12,6%).

Συμπεράσματα: Δεικνύεται ότι η πνευμονική αμυλοείδωση, αν και σπάνια, μπορεί να μιμείται άλλες περισσότερο συχνές, πνευμονικές διαταραχές, όπως νεοεξεργασίες και κοκκιωματώδεις παθήσεις. Επομένως, θα πρέπει πάντα να συγκαταλέγεται στη διαφορική διάγνωση απλών ή πολλαπλών πνευμονικών οζιδίων.

ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (MAISTROS A)

08:30-09:30

Κλινικά περιστατικά από την καθ' ημέρα ιατρική πράξη
Προεδρείο: Α. Γαβριηλίδου, Ι. Γουτσίκας

01. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Α. Τσαπραντζή¹, Α. Κωνσταντινίδου², Ε. Ανάση¹, Α. Αρβανιτίδου³

¹ Ω.Ρ.Λ. Κλινική Γ.Ν. Καβάλας

² Α' Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν. Καβάλας

³ Ακτινολογικό Τμήμα Γ. Ν. Καβάλας

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας - θεραπείας της νόσου. Το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας οφείλεται κατά 90% περίπου σε κακόηθες νεόπλασμα του πνεύμονα. Η συχνότητα εμφάνισής του αυξάνεται διαρκώς. Στην Ελλάδα 10.000 ασθενείς ετησίως διαγιγνώσκονται με καρκίνο πνεύμονα. Ο καρκίνος πνεύμονα μπορεί να προκαλέσει στένωση ή απόφραξη της άνω κοίλης φλέβας με συνέπεια το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας. Τα κακοήθη αίτια είναι τα βρογχογενή καρκινώματα: μικροκυτταρικό-πλακώδες (80%), τα λεμφώματα (20%), το αδеноκαρκίνωμα μαστού, καρκινώματα του γαστρεντερικού, εξωγοναδικά νεοπλασμάτα εκ γεννητικών κυττάρων, θυμώματα, νευροβλάστωμα, οι λευχαιμίες. Καλοήθη αίτια αποτελούν: η θρομβοφλεβίτιδα από καθετηριασμό της άνω κοίλης φλέβας, θρόμβωση λόγω ίνωσης του αγγείου από ακτινοθεραπεία, το ανεύρυσμα της αορτής, φυματίωση, σύφιλη, ιστοπλάσμωση. Ο ασθενής εμφανίζει οίδημα προσώπου-τραχήλου, δύσπνοια, βήχα, διόγκωση των φλεβών του τραχήλου και πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος, κυάνωση, ταχύπνοια, αναπνευστικό συριγμό, κεφαλαλγία, υπεζωκοτική συλλογή.

Η διάγνωση στηρίζεται στην ακτινογραφία θώρακος, την αξονική-μαγνητική τομογραφία θώρακος, την φλεβογραφία της άνω κοίλης φλέβας, την κυτταρολογική εξέταση πτυέλων, τη βρογχοσκόπηση-βρογχική βιοψία, τη μεσοθωρακοσκόπηση. Η θεραπεία της νόσου που οφείλεται σε καρκίνο πνεύμονα απαιτεί επείγουσα ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, τοποθέτηση stent. Όταν η απόφραξη της άνω κοίλης φλέβας γίνει γρήγορα ο ασθενής πρέπει να είναι καθιστός και του χορηγούνται κορτιζόνη, διουρητικά και οξυγόνο. Η πρόγνωση εξαρτάται από την ταχύτητα απόφραξης και είναι πτωχή. Το 90% των ασθενών πεθαίνουν σε λιγότερο από 10 μήνες.

Υλικό και Μέθοδος: Παρουσιάζουμε την περίπτωση άνδρα 71 ετών που προσήλθε στα επείγοντα με αμφοτερόπλευρο οίδημα προσώπου και δύσπνοια. Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε ακτινοσκοπικό σχηματισμό παραπυλαία δεξιά. Η αξονική θώρακος έδειξε μάζα μαλακών μορίων στον δεξιό άνω λοβό και ιστό μαλακών μορίων στο μεσοθωράκιο (λεμφαδενες) ο οποίος προκαλούσε παρεκτόπιση χωρίς διήθηση της άνω κοίλης φλέβας. Υπήρχε πλευριτική συλλογή δεξιά και υποδόριο οίδημα προσώπου-τραχήλου. Η έμμεση λαρυγγοσκόπηση ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής εμφάνισε συγκοπικό επεισόδιο και μεταφέρθηκε στην μονάδα εντατικής θεραπείας για την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών.

Ακολούθησε βρογχοσκόπηση-βρογχική βιοψία από πνευμονολόγο και μεσοθωρακοσκόπηση από θωρακοχειρουργό. Η βιοψία έδειξε μικροκυτταρικό καρκίνωμα πνεύμονα.

Αποτελέσματα: Η έγκαιρη διάγνωση-θεραπεία της νόσου αυξάνει την επιβίωση του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας απαιτεί συνεργασία ομάδας ιατρών όπως πνευμονολόγων, ογκολόγων, εντατικολόγων, ωτορινολαρυγγολόγων, θωρακοχειρουργών.

02. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΖΩΔΟΥΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ, ΔΙΑΧΥΤΗΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΣΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΑ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ CA ΟΡΘΟΥ

Ηρ. Τιτόπουλος¹, Ε. Κωνσταντίνου¹, Δ. Μάλλε¹, Σ. Ανευλαβής², Σ. Αλαϊντίν¹

¹ Πρώτυπη Μονάδα Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών

² Επίκουρος καθηγητής Πνευμονολογίας, Δημοκρίτειο Παν/μιο Θράκης

Η οζώδης πνευμονική βλάβη με συνοδό λεμφαδενοπάθεια και οστικές αλλοιώσεις σε χρόνια καπνιστή παραπέμπει σχεδόν με βεβαιότητα σε προχωρημένο καρκίνο του πνεύμονα. Περιγράφεται η περίπτωση οζώδους διήθησης ΔΑΛ με μεσοθωρακική και πυλαία λεμφαδενοπάθεια, καθώς και οστικές αλλοιώσεις σε Ο3 σπόνδυλο και δ. πτέρυγα ιερού οστού σε αξονική τομογραφία θώρακος ασθενούς, χρόνιας καπνίστριας, ηλικίας 63 ετών, με ιστορικό χειρουργηθέντος, προ 2ετίας, Ca ορθού. Για τον χαρακτηρισμό των αλλοιώσεων διενεργήθηκε PET-CT, τα ευρήματα του οποίου ήταν ύποπτα για νεοπλασματικές εστίες, με πιθανή πρωτοπαθή εστία τους πνεύμονες, ή δευτεροπαθών εστιών στο πλαίσιο του γνωστού καρκινώματος του ορθού. Για τον λόγο αυτό, η ασθενής υποβλήθηκε σε EBUS-TBNB με ταχεία κυτταρολογική εξέταση (ROSE) των λεμφαδενικών σταθμών LN7 και LN4R. Από τα κυτταρολογικά ευρήματα της ROSE στοιχεία κακοήθειας δεν παρατηρήθηκαν. Κακοήθεια δεν επιβεβαιώθηκε και κατά την ανοσοκυτταροχημική ανάλυση του υλικού που ακολούθησε, τα ευρήματα της οποίας ήταν συμβατά υπέρ κοκκιωματώδους φλεγμονής, του τύπου της σαρκοείδωσης. Κατόπιν τούτου, η ασθενής υποβλήθηκε εκ νέου σε βρογχοσκόπηση υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση για την οζώδη βλάβη του ΔΑΛ. Με τη βοήθεια Guide-Sheath καθετήρα, ελήφθησαν ψήκτρα και βιοψίες λαβίδας από τη βλάβη, τα αποτελέσματα των οποίων επιβεβαίωσαν την παρουσία κοκκιωματώδους φλεγμονής, ενώ απέκλεισαν κακοήθεια. Συμπεραίνεται ότι, σε πνευμονικές βλάβες η ιστολογική επιβεβαίωση κρίνεται απαραίτητη, ακόμα και στις περιπτώσεις εκείνες, όπου τα ευρήματα από τον απεικονιστικό έλεγχο θέτουν ισχυρά την υπόνοια της κακοήθειας. Οι σύγχρονες επεμβατικές τεχνικές προσφέρουν σήμερα στον κλινικό ιατρό ασφαλή και έγκαιρη διάγνωση συμβάλλοντας σημαντικά στην ορθή αντιμετώπιση των ασθενών.

03. ΒΡΟΓΧΟΓΕΝΗΣ ΚΥΣΤΗ ΠΕΝΥΜΟΝΑ

Π. Ζαρογουλίδης^{1,2*}, Στ. Τρύφων³, Μ. Σαρόγλου³, Κ. Τσακιρίδης⁴, Δ. Χατζημπούγιας⁵

¹ 3η Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο

Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Πνευμονολογική Κλινική, «Βιοκλινική» Ιδιωτική Κλινική, Θεσσαλονίκη

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

⁴ Θωρακοχειρουργική Κλινική, «Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο», Θεσσαλονίκη

⁵ MICRODIAGNOSTICS, Ιδιωτικό Παθολογοανατομικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος του πνεύμονα, βρογχογενής κύστη, EBUS, βελόνα 19G

Παρουσίαση περιστατικού: Άντρας πενήντα ετών εισήχθη για άλγος στο στήθος, από τριμήνου, με κατεύθυνση από αριστερά προς τα δεξιά ως τον σπόνδυλο στη μέση του θώρακα, αλλά επέλεξε να λάβει παυσίπονα δισκία, έως ότου προσήλθε για αξιολόγηση στο νοσοκομείο. Όλες οι εξετάσεις ήταν αρνητικές για οξύ ισχαιμικό συμβάν, ενώ η αξονική του θώρακα με σκιαγραφικό αποκάλυψε βλάβη γύρω από τον οισοφάγο και το τοίχωμα του αριστερού βρόγχου στελέχους.

Στον ασθενή έγινε βιοψία με ενδοβρογχικό υπέρηχο EBUS-TBNAB 19G και σύστημα PENTAX ERK-1000 και HITACHI EUB 7000UK. Κατά την εξέταση δεν διαπιστώθηκε ενδοαυλική βλάβη στον αριστερό στελεχιαίο βρόγχο, αλλά απόφραξη από εξωφυτική βλάβη που αναπτυσσόταν στο εξωτερικό τοίχωμα του βρόγχου. Η βιοψία πραγματοποιήθηκε με βελόνα 19G Olympus® και ελήφθη κιτρινωπό υλικό «λάσπη» με τέσσερις διαδοχικές παρακεντήσεις αλλά το υλικό ήταν μη διαγνωστικό. Στην συνέχεια ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιντεοθωρασκόπηση (VATS) για την εξαίρεση της βλάβης η οποία τελικά διαπιστώθηκε ότι ήταν καλοήθης βρογχογενής κύστη.

Οι βρογχογενείς κύστες είναι σπάνιες συγγενείς δυσπλασίες που προέρχονται από πρωτόγονα κοιλιακά εμπρόσθια κύτταρα.

04. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Π. Ζαρογουλίδης^{1,2*}, Μ. Σαρόγλου³, Κ. Τσακιρίδης⁴, Δ. Χατζημπούγιας⁵

¹ 3η Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Πνευμονολογική Κλινική, «Βιοκλινική» Ιδιωτική Κλινική, Θεσσαλονίκη

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

⁴ Θωρακοχειρουργική Κλινική, «Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο», Θεσσαλονίκη

⁵ MICRODIAGNOSTICS, Ιδιωτικό Παθολογοανατομικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Η εμφάνιση ψωριασικής αρθρίτιδας σε ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοθεραπεία, αν και ασυνήθης, θα πρέπει να αποτελεί μέρος της διαφοροδιαγνωστικής προσέγγισης. Γυναίκα ηλικίας 64 ετών διαγιγνώσκεται με ενδοβρογχικό υπέρηχο (EBUS) από τον λεμφαδενικό σταθμό 7 με αδenoκαρκίνωμα πνεύμονα πριν από σχεδόν ένα χρόνο (μάζα δεξιού πνεύμονα). Η ασθενής ήταν αρνητική για έκφραση του επιδερμικού παράγοντα (EGFR) και του αναπλαστικού παράγοντα (ALK). Η έκφραση του υποδοχέα programmed death-ligand 1 (PD-L1) ήταν 3% με DAKO.

Η ασθενής κατά τη στιγμή της διάγνωσης ήταν σταδίου IIIB και ξεκίνησε θεραπεία με καρβοπλατίνη και πεμετρεξίδη για 6 κύκλους συνολικά. Τέθηκε σε παρακολούθηση και στον επανέλεγχο μετά από 4 μήνες (από τη διακοπή της θεραπείας), παρατηρήθηκε νέα βλάβη στον αριστερό κάτω λοβό του πνεύμονα. BRAF και ROS-1 διερευνήθηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες, ωστόσο, η γονιδιακή έκφραση ήταν αρνητική και για τα δύο και τέθηκε σε ανοσοθεραπεία. Τρεις ημέρες μετά τη δεύτερη χορήγηση nivolumab, η ασθενής άρχισε να έχει σοβαρά κλινικά ευρήματα απολέπισης τόσο στα άνω, όσο και στα κάτω άκρα. Κατά την εκδήλωση των συμπτωμάτων, χορηγήθηκαν 1000mg μεθυλπρεδνιζολόνης και στη συνέχεια μεθυλπρεδνιζολόνη 16 mg ημερησίως για 15 ημέρες. Τις επόμενες 7 ημέρες, η ασθενής απευθύνθηκε σε δερματολόγο που διέγνωσε ψωριασική αρθρίτιδα και σύστησε έναρξη INN-apremilast.

Η ασθενής δεν θα λάβει ξανά nivolumab τουλάχιστον για τον επόμενο μήνα, καθώς αναμένεται η υποχώρηση της ψωριασικής αρθρίτιδας. Εάν η παρενέργεια παραμείνει τότε η ασθενής θα ξεκινήσει εκ νέου χημειοθεραπεία.

05. ΕΝΔΟΒΡΟΓΧΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΗΚΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΕ ΚΑΤΩ ΛΟΒΑΙΟ ΒΡΟΓΧΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΑΙ ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ

Α. Πατσούρας¹, Φ. Τσιμπούκας², Χρ. Γεωργιάδης², Ε. Μάνος¹

¹ Βρογχολογικό Εργαστήριο Πνευμονολογικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας

² ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας

Σκοπός: Η ανάδειξη των θεραπευτικών δυνατοτήτων της βρογχοσκόπησης σε ένα σχετικά σπάνιο αίτιο πνευμονίας, εξαιτίας επιπλοκής της διασωλήνωσης.

Υλικά και Μέθοδοι: Ασθενής 50 ετών διακομίσθηκε στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Λαμίας διασωληνωμένος. Πρόκειται για αιθυλικό, καπνιστή ασθενή (70p/y), ο οποίος διασωληνώθηκε λόγω πτώσης επιπέδου συνείδησης στα πλαίσια ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας. Κατά τη νοσηλεία του στη ΜΕΘ εμφάνισε εικόνα σηπτική καταπληξίας. Σε ακτινογραφία θώρακα (κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του) αναδεικνύεται πύκνωση ΔΕ κάτω πνευμονικού πεδίου και υποψία εισρόφησης ξένου σώματος. Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση με εύκαμπτο βρογχοσκόπιο μέσω τραχειοστομίας. Με τη χρήση Rat's teeth λαβίδας, αφαιρέθηκε η οδοντική θήκη, που απέφρασε την είσοδο του ΔΕ κάτω λοβαίου βρογχού, με ανάδειξη κοκκιώδη ιστού και άφθονες πυώδεις εκκρίσεις. Πάρθηκαν καλλιέργειες για κοινά μικρόβια, μύκητες και M.Tuberculosis. Η καλλιέργεια του υλικού ήταν θετική για *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella Pneumoniae* και *Pseudomonas aeruginosa*.

Αποτελέσματα: Η ύπαρξη ξένου σώματος ενδοβρογχικά δεν αποτελεί συχνή αιτία βρογχοσκόπησης. Παράγοντες κινδύνου για εισρόφηση αποτελούν το γήρας, ηρεμιστικά φάρμακα, αλκοολισμός, τραύμα με απώλεια συνείδησης, νευρολογικά ελλείμματα και ιατρογενείς πράξεις. Στις ιατρογενείς αιτίες, οι οδόντες αποτελούν το πιο συχνό αίτιο. Στην περίπτωση μας, η εισρόφηση του ξένου σώματος έγινε πιο πιθανά, κατά τη διασωλήνωση ή τους ιατρικούς χειρισμούς στη νοσηλεία του. Η πιο συχνή θέση ενσφήνωσης αποτελεί ο ΔΕ κάτω λοβός. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν παραγωγικό βήχα, δύσπνοια ή παρατεινόμενο εμπύρετο.

Η ακτινογραφία θώρακα αναδεικνύει το ξένο σώμα, εφόσον είναι μεταλλικό, ή θα αναδειχθεί πύκνωση, ατελεκτασία ή φυσιολογική ακτινογραφία. Η αφαίρεση πραγματοποιείται συνήθως βρογχοσκοπικά, κυρίως με εύκαμπτο βρογχοσκόπιο.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση και θεραπεία της ενσφήνωσης ξένου σώματος σε βρόγχο διασωληνωμένου ασθενή απαιτεί ισχυρή κλινική υποψία, εγρήγορση και συνεργασία μεταξύ ειδικοτήτων. Ακόμη και ιατρογενή αίτια «δικαιολογούνται» από την ένδεια σε ιατρικό προσωπικό στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και η έγκαιρη παρέμβαση διαφυλάττει, πρώτα την ασφάλεια του ασθενή αλλά και επιπλέον την αποφυγή οιασδήποτε ευθύνης «εξουθενωμένων» συναδέλφων από την υπερεργασία και την εγκατάλειψη εκ μέρους της Ελληνικής Πολιτείας.

06. ΒΡΑΧΙΟΝΙΑ ΠΛΕΞΟΠΑΘΕΙΑ (PARSONAGE TURNER SYNDROME) ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19

Δ. Σιώπη¹, Σ. Παπαγιαννόπουλος², Ε. Γιοβάνη¹, Μ. Μωυσέως¹, Θ. Κοντακιώτης³

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

² Γ' Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπανικολάου

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

Η λοίμωξη SARS-CoV-2 χαρακτηρίζεται εκτός από την σοβαρή πνευμονική προσβολή και από πληθώρα νευρολογικών εκδηλώσεων. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς που παρουσίασε βραχιόνια πλεξοπάθεια κατά τη νοσηλεία του λόγω βαριάς νόσου COVID-19.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 57 ετών, με ιστορικό υπνικής άπνοιας, εισήχθη στην κλινική πανδημίας λόγω πνευμονίας που αποδόθηκε σε λοίμωξη COVID-19. Την 5^η ημέρα νοσηλείας του διασωληνώθηκε λόγω αναπνευστικής επιδείνωσης και μεταφέρθηκε στη Μ.Ε.Θ. όπου παρέμεινε συνολικά για 21 ημέρες. Μετά από την επιτυχή σύγκλειση προσωρινής τραχειοστομίας συνέχισε τη νοσηλεία του στην Πνευμονολογική κλινική.

Ο ασθενής ανέφερε έντονο άλγος στη δεξιά κατ'ώμον άρθρωση και στον δεξιό αγκώνα, με σχετικά αιφνίδια έναρξη, που συνοδεύτηκε από αδυναμία κάμψης και έκτασης αγκώνα. Κατά τη νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκε υπαισθησία στην κατανομή Α5-Α6 δεξιά και καταργημένα τενόντια αντανακλαστικά δεξιά (βραχιονοκερκιδικό, δικεφάλου). Οι κινήσεις του καρπού και των δακτύλων ήταν φυσιολογικές.

Υποβλήθηκε σε ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο των άνω άκρων, με ευρήματα ενδεικτικά μεταγαγγλιακής βλάβης (πιθανής βραχιόνιας πλεξοπάθειας δεξιά) επί εδάφους μέτριας βαρύτητας αισθητικής γενικευμένης πολυνευροπάθειας.

Ακολούθησε MRI δεξιού ώμου, αγκώνα και βραχιονίου πλέγματος, χωρίς να αναδειχθεί οίδημα των κλάδων του. Παθολογικά αυξημένο σήμα διαπιστώθηκε κατά τόπους στον υποπλάτιο, υπακάνθιο και κορακοβραχιόνιο μυ δεξιά. Δεν προηγήθηκε κάκωση της περιοχής, ούτε τοποθέτηση του ασθενούς σε πρηνή θέση κατά τη νοσηλεία του στη Μ.Ε.Θ.

Ο ανοσολογικός έλεγχος που διενεργήθηκε στα πλαίσια της διερεύνησης ήταν αρνητικός.

Ο ασθενής εξήλθε με οδηγίες για κινησιοθεραπεία και επανελέγχθηκε τακτικά με ηλεκτροφυσιολογικό και κλινικό έλεγχο. Μετά από 4 μήνες, διαπιστώθηκε μικρή βελτίωση των ηλεκτροφυσιολογικών παραμέτρων, με ευρήματα συμβατά με μέτριας βαρύτητας βλάβη όλων των ινών του δεξιού βραχιονίου πλέγματος.

Συμπέρασμα: Η βραχιόνια πλεξοπάθεια (σύνδρομο Parsonage Turner), είναι μια σπάνια νόσος που χαρακτηρίζεται από αιφνίδιας έναρξης ωμαλγία, συνήθως ετερόπλευρα, καθώς και μυϊκή αδυναμία και διαταραχές αισθητικότητας. Έχει συσχετιστεί με ιογενείς λοιμώξεις, αλλά πολύ σπάνια έχει περιγραφεί σε συσχέτιση με νόσο COVID-19.

07. ΑΤΥΠΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

**Ηρ. Τιτόπουλος¹, Ε. Κωνσταντίνου¹, Δ. Μαλλέ¹, Α. Λαζαράτου¹, Α. Κουτσοκέρα¹,
Δ. Μπίσμπος², Θ. Βασιλακόπουλος³**

¹Πρότυπη Μονάδα Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών

²Ιατρικό Διαβαλκανικό, Θεσσαλονίκη

³Καθηγητής Πνευμονολογίας, ΕΚΠΑ, Διευθυντής Κλινικής Εντατικής Θεραπείας,
Ευγενείδιο Θεραπευτήριο, Αθήνα

Η άτυπη αδενωματώδης υπερπλασία (Atypical Adenomatous Hyperplasia, AAH) αποτελεί μια πρόδρομη μορφή του αδενοκαρκινώματος του πνεύμονα. Σαν οντότητα αντικαθιστά μέρος του παλαιότερα επικαλούμενου βρογχοκυψελιδικού καρκινώματος. Η διάγνωση της AAH είναι δυσχερής, καθ' όσον παρουσιάζεται συνήθως με τη μορφή περιφερικής εικόνας δίκην «θαμβής υάλου» (GGO), διαμέτρου < 2 cm, σε τυχαίο ακτινολογικό έλεγχο. Η παρούσα περίπτωση αφορά ενήλικα, 75 ετών, βαρύ καπνιστή, με ιστορικό σοβαρής ΧΑΠ, ΣΔ και ΣΝ, ο οποίος εμφάνισε από 3μηνου εικόνα GGO στον αριστερό άνω λοβό, διαμέτρου περί τα 1.5 cm και αυξημένη πρόσληψη στη PET-CT (SUV max:6.3). Για το σκοπό αυτό ο ασθενής υποβλήθηκε, με τοπική αναισθησία και ήπια μέθη, σε ακτινοσκοπικά καθοδηγούμενη βρογχοσκόπηση. Μέσα από επεκτεινόμενο κανάλι εργασίας (Guide Sheath, GS) εντοπίστηκε αρχικά με τη βοήθεια του Radial-EBUS η βλάβη στον LB3b υποτμηματικό βρόγχο, με την εμφάνιση της χαρακτηριστικής υπερηχογραφικής εικόνας που παρουσιάζεται σε GGO παθολογικές καταστάσεις (mixed blizzard sign). Ακολούθησε η λήψη: 1) ψήκτρας για ταχεία (ROSE) και κανονική κυτταρολογική, 2) BAL, και 3) βιοψίας λαβίδας για ιστολογική εξέταση, αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα χαρακτηρίζονται από την παρουσία άτυπων υπερπλαστικών πνευμονοκυττάρων και είναι συμβατά με την παρουσία προδιηθητικής αλλοίωσης του πνεύμονα, του τύπου της άτυπης αδενωματώδους υπερπλασίας (WHO 2015). Ας σημειωθεί ότι, η τεχνική αυτή, δηλαδή η Flu-guided GS-rEBUS με ROSE, που εφαρμόστηκε για τη διάγνωση της περιφερικής GGO, καταγράφηκε για πρώτη φορά στη χώρα μας και ολοκληρώθηκε με πλήρη επιτυχία..

**08. ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΤΡΑΧΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ STENT**

Π. Ζαρογουλίδης^{1,2*}, Στ. Τρύφων³, Μ. Σαρόγλου³, Κ. Τσακιρίδης⁴, Δ. Χατζημπούγιας⁵

¹ 3η Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ``ΑΧΕΠΑ``, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Πνευμονολογική Κλινική, «Βιοκλινική» Ιδιωτική Κλινική, Θεσσαλονίκη

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

⁴ Θωρακοχειρουργική Κλινική, «Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο», Θεσσαλονίκη

⁵ MICRODIAGNOSTICS, Ιδιωτικό Παθολογοανατομικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος του πνεύμονα, stent, βρογχοσκόπηση, άκαμπτο βρογχοσκόπιο, EBUS-TBNA, συρίγγιο

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 63 ετών με παρατραχειακή μάζα η οποία διαγνώστηκε ως αδenoκαρκίνωμα του πνεύμονα με βελόνα EBUS-TBNA 22G. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε πνευμονεκτομή, ενώ την έβδομη ημέρα, μετά την αφαίρεση του billau διαπιστώθηκε η ύπαρξη πνευμοθώρακα. Πραγματοποιήθηκε βρογχοσκοπικός έλεγχος ο οποίος αποκάλυψε την ύπαρξη δύο μικρών συριγγίων στο εσωτερικό τοίχωμα της τραχείας και διενεργήθηκε επιπλέον χειρουργική επέμβαση για την προσθήκη ενός εμβαλλώματος μυϊκού πτερυγίου στο εξωτερικό μέρος της τραχείας. Δεδομένου ότι τα μυϊκά εμβαλλώματα απέτυχαν επιλέξαμε στη συνέχεια την τοποθέτηση μεταλλικού αυτόματα διαστελλόμενου stent. Στην τρίμηνη παρακολούθηση παρατηρήθηκε μια μικρή μεταστατική βλάβη στο ήπαρ. Από τη βιοψία της μεταστατικής βλάβης στο ήπαρ διαπιστώθηκε έκφραση του PD-L1 στο 90% και ο ασθενής βρίσκεται υπό ανοσοθεραπεία με pembrolisumab για 9 μήνες με πλήρη έλεγχο της νόσου,

Μετά από ένα χρόνο παρακολούθησης από την τοποθέτηση του stent, παρατηρήθηκαν μικρά κοκκιώματα σε τμήματα της ενδοπρόθεσης, χωρίς ωστόσο τοπική υποτροπή του καρκίνου.

09. ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ: ΕΝΔΟΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΣΙΣΠΛΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Μ. Αγγελίδης, Α. Βογιατζόγλου, Αικ. Μανίκα, Δ. Σπυράτος, Κ. Λαγούδη,

Ε. Παπαδάκη, Θ. Κοντακιώτης, Κ. Πορπόδης

Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Η περικαρδίτιδα αποτελεί φλεγμονή του περικαρδίου και χωρίζεται σε οξεία και χρόνια, ενώ τα αίτιά της ποικίλλουν από λοιμώδη και συστηματικά μέχρι κακοήθη. Η κακοήθης περικαρδίτιδα ανευρίσκεται στο 5% των ασθενών με καρκίνο με κύρια πρωτοπαθή εστία τον πνεύμονα. Ακολουθούν δύο περιστατικά της κλινικής μας.

Πρόκειται για άνδρα 54 ετών, καπνιστή. Νοσηλευόταν λόγω περικαρδιακής συλλογής και μάζας δεξιού πνεύμονα. Διενεργήθηκε περικαρδιοκέντηση με υπερηχογραφική καθοδήγηση και παροχέτευτηκαν περίπου 2000cc αιματηρού περικαρδιακού υγρού. Το περικαρδιακό υγρό εστάλη για κυτταρολογική εξέταση, η οποία απέβη θετική για μεταστατικό αδеноκαρκίνωμα πρωτοπαθές πνεύμονα. Αρχικά, χορηγήθηκε πρεδνιζολόνη και κολχικίνη και έγινε σχήμα συστηματικής χημειοθεραπείας χωρίς να παρατηρηθεί μείωση της ημερήσιας παραγωγής περικαρδιακού υγρού, οπότε ακολούθησε τριήμερη έγχυση σισπλατίνης ενδοπερικαρδιακά σε δοσολογία 10mg σε 20ml μία φορά την ημέρα. Σταδιακά, παρατηρήθηκε ελάττωση της ημερήσιας παραγωγής περικαρδιακού υγρού και ο ασθενής πήρε εξιτήριο φέροντας περικαρδιακό καθετήρα με σταδιακό μηδενισμό της παροχέτευσης υγρού και αφαίρεσή του καθετήρα.

Πρόκειται για γυναίκα 45 ετών, με αδеноκαρκίνωμα πνεύμονα με κακοήθη περικαρδιακή συλλογή από έτους, που εισήχθη λόγω επιδείνωσης της συλλογής. Αρχικά, τοποθετήθηκε διεγχειρητικά περικαρδιακός θωρακοσωλήνας. Ακολούθησαν 5 ενδοπερικαρδιακές εγχύσεις σισπλατίνης χωρίς να παρατηρηθεί βελτίωση υπερηχογραφική ή στην ημερήσια παραγωγή υγρού. Αφού διαπιστώθηκε υπερηχογραφικά παραμονή μεγάλης ποσότητας υγρού, με σημεία επιπωματισμού, και με τη γνώση ύπαρξης συμφύσεων από την 1^η επέμβαση, τοποθετήθηκε υποξιφοειδικά 2^{ος} θωρακοσωλήνας. Έγιναν 3 εγχύσεις σισπλατίνης σε αυτόν και σταδιακά μειώθηκε η παροχέτευση υγρού. Πλέον, η ασθενής δε φέρει θωρακοσωλήνα και έχει εξέλθει βελτιωμένη κλινικά και υπερηχογραφικά.

Η αντιμετώπιση της κακοήθους περικαρδιακής συλλογής μπορεί να είναι φαρμακευτική με χορήγηση Μ.Σ.Α.Φ., κολχικίνης και χημειοθεραπευτικών ή επεμβατική με περικαρδιοκέντηση με χαμηλότερο κίνδυνο επιπλοκών και χειρουργική παροχέτευση και περικαρδιοτομή σε περιπτώσεις ταχείας αναπαραγωγής υγρού. Η πιθανότητα υποτροπής μετά από επεμβατική αντιμετώπιση ανέρχεται στο 60%, ενώ μπορεί να μειωθεί με την παρατεταμένη παροχέτευση του περικαρδιακού υγρού, με περικαρδιοτομή ή με έγχυση σκληρυντικών και χημειοθεραπευτικών παραγόντων ενδοπερικαρδιακά.

10. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΜΕ PET-SCAN ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ: Ο,ΤΙ «ΦΩΤΙΖΕΙ» ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΝΕΟΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Ε. Παπαδοπούλου¹, Μ. Κωνσταντινίδου¹, Μ. Μωϋσέως¹, Θ. Καραϊσκος², Στ. Παπαεμμανουήλ³, Στ. Τρύφων¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική Ε.Σ.Υ., Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

² Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης ογκόμορφης εξεργασίας αριστερού κάτω λοβού με ιδιαίτερα αυξημένο σήμα πρόσληψης στο PET και συνοδό σύστοιχα εκτεταμένο εμφύσημα σε μη καπνίστρια ασθενή με χρόνια βήχα και δεκατική πυρετική κίνηση.

Υλικά και Μέθοδοι: Περιγράφεται η περίπτωση 59χρονης ασθενούς με χρόνια ξηρό βήχα, σταδιακά επιδεινούμενη δύσπνοια και εμμένουσα δεκατική πυρετική κίνηση έως 37.7 C, μη υφυόμενα με αντιβιοτική αγωγή με μακρολίδη από μηνός. Η ασθενής είχε υποβληθεί σε αξονική τομογραφία προ 3 ετών με παρόμοια συμπτώματα, όπου είχαν διαπιστωθεί ινωδοατελεκτατικά στοιχεία του αριστερού κάτω λοβού συμβατά με γνωστή πνευμονία αριστερού κάτω λοβού προ 20ετίας, καθώς επίσης και ήπιο αντιρροπιστικό εμφύσημα υποϋπεζωκοτικά. Διενεργήθηκε νέα αξονική τομογραφία θώρακος, που ανέδειξε ογκόμορφη βλάβη στον αριστερό κάτω λοβό με εκτεταμένη εμφυσηματική νόσο σύστοιχα. Από την ποζιτρονική τομογραφία διαπιστώθηκε ιδιαίτερα αυξημένη πρόσληψη (SUV 27) από την ογκόμορφη βλάβη.

Αποτελέσματα: Μετά τη διενέργεια βρογχοσκόπησης χωρίς ευρήματα, η ασθενής υποβλήθηκε σε διαγνωστική και θεραπευτική λοβεκτομή αριστερού κάτω λοβού λόγω της υπόνοιας κακοήθειας από το ιδιαίτερα αυξημένο σήμα πρόσληψης στο PET. Μακροσκοπικά διαπιστώθηκε εύθρυπτη ιώδης εξεργασία διαμέτρου 4,1 εκ. με εκροή υδαρούς υγρού κατά τη διάνοιξή της, με παρακείμενες κυστικές λεπτοτοιχωματικές βλάβες. Η ιστολογική εξέταση της ογκόμορφης βλάβης ανέδειξε εικόνα περιχαρακωμένης φλεγμονώδους εξεργασίας με λεμφοκυτταρική διήθηση και παρουσία ελάχιστων διατηρούμενων κυψελίδων, ενώ οι λεμφαδένες που εξετάστηκαν (αορτοπνευμονικού παραθύρου, υποτροπιδικός, μεσολόβιος, και λεμφαδένας πύλης) παρουσίαζαν αλλοιώσεις αντιδραστικής λεμφαδενοπάθειας. Η τελική διάγνωση ήταν ρίκνωση και καταστροφή του πνευμονικού παρεγχύματος του αριστερού κάτω λοβού και φλεγμονή του πνευμονικού παρεγχύματος από σταδιακή διάταση –λόγω παγίδευσης αέρα– των εμφυσηματικών βλαβών. Μετεγχειρητικά η ασθενής παρουσίασε πλήρη κλινική βελτίωση. Στον επανέλεγχο 3 μήνες αργότερα διαπιστώθηκε έκπτωση του αριστερού άνω λοβού και η ασθενής είναι χωρίς προβλήματα.

Συμπεράσματα: Το ιδιαίτερα αυξημένο σήμα πρόσληψης στο PET scan μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να αποδειχθεί παραπλανητικό. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η πίεση του πνευμονικού παρεγχύματος και η συγκέντρωση των πνευμονικών αγγείων σε μια ογκόμορφη δομή λόγω των εμφυσηματικών κύστεων, έδωσε την απεικονιστική εικόνα νεοεξεργασίας. Προκειμένου να αποφευχθούν δραματικές συνέπειες στην πορεία των ασθενών, ακόμα και το πολύ υψηλό σήμα πρόσληψης στο PET θα πρέπει να συνεκτιμάται με την κλινική εικόνα και το ιστορικό σε κάθε περίπτωση.

ΗΜΕΡΑ 3η - Σάββατο 29 Μαΐου 2021
ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (MAISTROS B)

08:30-09:30

Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Κ. Καζάνας, Ε. Κοσμάς, Η. Παπανικολάου

01. ΔΙΑΧΥΤΗ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΣΑ ΔΙΠΛΗ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΤΙΚΑΓΡΕΛΟΡΗ ΚΑΙ ΑΣΠΙΡΙΝΗ

**Δ. Μολύβας¹, Μ. Κηπουρού², Σ. Λαμπρίδης³, Ε. Ντιναπόγιας², Γ. Σπυρόπουλος²,
Πρ. Κουτουκόγλου¹, Χρ. Μπίκας², Κ. Κατσούλης²**

¹ Β' Παθολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

² Πνευμονολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

³ Θωρακοχειρουργική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού διάχυτης κυψελιδικής αιμορραγίας έξι μήνες μετά την έναρξη διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής και η επισήμανση μιας σπάνιας αλλά δυνητικά θανατηφόρου επιπλοκής.

Παρουσίαση περιστατικού: Ένας 61χρονος άνδρας προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων του Νοσοκομείου μας, λόγω αποβολής μεγάλης ποσότητας αίματος από το στόμα. Μετά τον αποκλεισμό αιμορραγίας πεπτικού και ανώτερου αναπνευστικού, τέθηκε η διάγνωση της διάχυτης κυψελιδικής αιμορραγίας, με βάση τα τυπικά ακτινολογικά ευρήματα. Ο ασθενής λάμβανε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη/τικαγρελόρη από εξαμήνου, μετά επεμβατική αντιμετώπιση οξέος στεφανιαίου επεισοδίου. Λόγω της συνεχιζόμενης αθρόας και απειλητικής για τον αεραγωγό αιμορραγίας, ο ασθενής χρειάστηκε διασωλήνωση τραχείας και μηχανικό αερισμό, παρά τη διακοπή του φαρμακευτικού σκευάσματος. Κατά τη νοσηλεία του στη ΜΕΘ, διαπιστώθηκαν απεικονιστικά και νέες περιοχές με εικόνα κυψελιδικής αιμορραγίας ενώ τελικά τέθηκε σε εμπειρική αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη, ως θεραπεία διάσωσης. Διαπιστώθηκε άμεση ανταπόκριση και βελτίωσή της κλινικής εικόνας έως την αποδέσμευσή του από το μηχανικό αερισμό και την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Συμπεράσματα: Η διάχυτη κυψελιδική αιμορραγία είναι μια σπάνια κατάσταση που συνοδεύει διάφορα αυτοάνοσα νοσήματα, νόσους του συνδετικού ιστού, αγγειϊτίδες κ.α. Όσον αφορά το νεότερο συνδυασμό τικαγρελόρης και ασπιρίνης, υπάρχουν κάποιες αναφορές περιστατικών στη βιβλιογραφία με απειλητική για τη ζωή κυψελιδική αιμορραγία, τα οποία, όμως, έχουν αναφερθεί άμεσα μετά την έναρξη της αγωγής, συννηθέστερα στα πλαίσια της αντιμετώπισης ενός οξέος στεφανιαίου επεισοδίου. Δεδομένου ότι ο εργαστηριακός έλεγχος του ασθενούς απέβη αρνητικός για κάθε άλλη πιθανή αιτιολογική διάγνωση, η κυψελιδική αιμορραγία αποδόθηκε στην από εξαμήνου αγωγή με συνδυασμό τικαγρελόρης και ασπιρίνης. Από τη μελέτη της ως τώρα βιβλιογραφίας, αυτό είναι το πρώτο περιστατικό διάχυτης κυψελιδικής αιμορραγίας συνεπεία αγωγής με τικαγρελόρη και ασπιρίνη που συνέβη μήνες μετά την έναρξη της αγωγής. Είναι αξιοσημείωτη η τελική καλή έκβαση της πορείας του ασθενούς, σε αντιδιαστολή με τα περισσότερα σχετικά περιστατικά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία.

**02. ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΟΞΕΙΑ
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ
ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ –Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ
Κ. Παπαστεργίου¹, Μ. Καρατσίκη¹, Μ. Λαβδανίτη²**

¹ Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το αδενοκαρκίνωμα είναι το πιο κοινό είδος καρκίνου πνεύμονα και εμφανίζεται σε καπνιστές. Η οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια αποτελεί μια βαριά διαταραχή της ανταλλαγής των αερίων αίματος. Στις θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις υπάρχει υψηλός κίνδυνος μετεγχειρητικών αναπνευστικών επιπλοκών, ιδιαίτερα σε ασθενείς που διαθέτουν παράγοντες κινδύνου, που σχετίζονται με την αναισθησία. Ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός αποτελεί μέθοδο παρέμβασης στην αναπνοή του ασθενή υποστηρίζοντάς την μηχανικά (χωρίς να διασωληνώνεται ο ασθενής).

Σκοπός: Σκοπός είναι η περιγραφή περιστατικού με εμφάνιση οξείας μετεγχειρητικής αναπνευστικής ανεπάρκειας που υποβλήθηκε σε θωρακοτομή, και ο νοσηλευτικός ρόλος στη χρήση μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού.

Μέθοδος Ανασκόπησης: Πρόκειται για μελέτη περίπτωσης σε άνδρα ασθενή 77 ετών, που υποβλήθηκε σε Δεξιά οπισθοπλάγια Θωρακοτομή σε νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας.

Αποτελέσματα: Ο άνδρας ασθενής, 77 ετών, με αδενοκαρκίνωμα δεξιού άνω πνεύμονα, προσήλθε το Νοέμβριο του 2020 για χειρουργική επέμβαση. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε Δεξιά οπισθοπλάγια Θωρακοτομή, Σφηνοειδής εκτομή Δεξιού άνω λοβού, και βιοψίες λεμφαδένων μεσοθωρακίου. Ως ειδικά προβλήματα διέθετε Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια και ήταν πρώην καπνιστής προ 30ετίας. Το Forced Vital Capacity (FCV) 2.02 – 65% και Forced Expiratory Volume (FEV1) 1.90-81%. Δεν υπήρξαν διεγχειρητικές επιπλοκές και η αποδιασωλήνωση πραγματοποιήθηκε στην αίθουσα ανάνηψης, ενώ μετέπειτα έγινε διακομιδή στη ΜΕΘ. Στις πρώτες 6 ώρες νοσηλείας στη ΜΕΘ παρουσιάστηκαν συμπτώματα αναπνευστικής δυσχέρειας με SpO₂ >85%, εμφάνιση δύσπνοιας και ταχύπνοιας, ενώ διέθετε καλό επίπεδο συνείδησης και επικοινωνίας. Η δυσχέρεια αντιμετωπίστηκε άμεσα, από τον νοσηλευτή σε συνεργασία με τον ιατρό, με την τοποθέτηση μάσκας NIV. Επίσης, η τακτική παρακολούθηση του SpO₂, η ωριαία καταγραφή των ζωτικών σημείων και η μείωση της ταχύπνοιας αποτέλεσαν απαραίτητη νοσηλευτική φροντίδα.

Συμπεράσματα: Η οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια είναι απειλητική για τους θωρακοχειρουργικούς ασθενείς. Ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός βελτιώνει την αποδοτικότητα του πνεύμονα στην ανταλλαγή αερίων σε μικρό χρονικό διάστημα και πρέπει να εφαρμόζεται για την καλύτερη έκβαση του ασθενή.

03. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΟΖΙΔΙΟΥ ΜΕ ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΠΛΟΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ

Ηρ. Τιτόπουλος¹, Ε. Κωνσταντίνου¹, Δ. Μάλλε¹, Δ. Μπίσμπος², Μ. Αγγελίδης³

¹ Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

² Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

³ Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Το μονήρες πνευμονικό οζίδιο (ΜΠΟ), ιδίως όταν εντοπίζεται στην περιφέρεια του πνεύμονα, αποτελεί διαγνωστική πρόκληση για τον πνευμονολόγο, καθ' όσον πολλές φορές μπορεί να υποκρύπτει ένα αρχόμενο νεόπλασμα, γεγονός που καθιστά επιβεβλημένη την έγκαιρη διάγνωσή του. Πρόκειται για άνδρα 51 ετών, μη καπνιστή, ο οποίος, προ 5ετίας, εμφάνισε σε αξονική στεφανιογραφία ένα οζίδιο στον ΑΑΛ με εικόνα θολής υάλου, διαμέτρου 9 mm. Για τον λόγο αυτό, ο ασθενής μετά 2ετία υποβλήθηκε σε νέο απεικονιστικό έλεγχο με PET-CT. Τα αποτελέσματα φανέρωσαν ότι το οζίδιο παρέμεινε το ίδιο σε μέγεθος, με παρουσία ολιγάριθμων στικτών περιοχών, δίχως παθολογική πρόσληψη (SUVmax:1.9). Με τα αποτελέσματα αυτά, το οζίδιο χαρακτηρίστηκε με μεγάλη πιθανότητα καλοήθους. Παρά ταύτα, ο ασθενής υποβλήθηκε μετά 2ετία σε νέα CT θώρακος, στην οποία, τη φορά αυτή, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της διαμέτρου του οζιδίου με καθολική μεταβολή της μορφολογίας του. Ειδικότερα, η διάμετρος υπολογίσθηκε 1.57 cm, ενώ το οζίδιο παρουσίασε solid εμφάνιση με ανώμαλα χείλη και ακτινωτές προσεκβολές. Με τα ευρήματα αυτά, ο ασθενής υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση, υπό ακτινσκοπική καθοδήγηση, για λήψη βιοψίας. Πριν τη βρογχοσκόπηση, προηγήθηκε ο σχεδιασμός της ακριβούς εντόπισης της βλάβης με εικονική βρογχοσκόπηση (Virtual Navigation Bronchoscopy, VNB). Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε σε χειρουργική αίθουσα με τοπική αναισθησία και ήπια μέθη. Προσπέλαση στοματοτραχειακή. Διάρκεια επέμβασης 37 min. Ελήφθησαν συνολικά 5 λήψεις με ψήκτρα από τη βλάβη. Τα δείγματα εξετάστηκαν για την επάρκεια του υλικού με ταχεία κυτταρολογική εξέταση από ειδικό κυτταρολόγο (Rapid On-Site Evaluation, ROSE), το αποτέλεσμα της οποίας συνηγορούσε υπέρ σημαντικής ατυπίας και κακοήθους εξαλλαγής. Το ΜΠΟ μπορεί πολλές φορές να υποκρύπτει μια κακοήθεια, ακόμα και μετά από μεγάλη χρονική παρέλευση, και για τον λόγο αυτό, ιδίως σε νεαρούς ενήλικες, δεν θα πρέπει να εφησυχάζεται ο θεράπων ιατρός.

04. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΥΠΝΗΛΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΩΝ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΟΥΣ ΑΥΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ ΤΟΥΣ

Ε. Αργυρίου¹, Στ. Τρύφων²

¹ Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSC Ερευνητικής Μεθοδολογίας Ιατρικής ΑΠΘ

² MD, PHD, FCCP, ERS National Delegate Πνευμονολόγος, Διευθυντής ΠΝ.ΕΣΥ «Γ.

Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Αποφρακτικών Απνοιών Ύπνου (ΣΑΑΥ) χαρακτηρίζεται από σημαντική ημερήσια υπνηλία και σταδιακή επιδείνωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων. Η ημερήσια υπνηλία συνοδεύει περίπου το ήμισυ των ασθενών με ΣΑΑΥ, παρότι συχνά οδηγεί σε οδικά ατυχήματα και κοινωνικό αποκλεισμό, διότι εξελίσσεται υποκλινικά.⁽ⁱ⁾ Η εκτίμηση της βαρύτητας της ημερήσιας υπνηλίας γίνεται με ερωτηματολόγια που ποσοτικοποιούν την ποιοτική επίδραση της υπνηλίας στις καθημερινές δραστηριότητες των πασχόντων. Η συχνότερα χρησιμοποιούμενη στη διεθνή βιβλιογραφία κλίμακα εκτίμησης της ημερήσιας υπνηλίας είναι η Epworth Sleepiness Scale (ESS).⁽ⁱⁱ⁾

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς υποεκτιμούν την βαρύτητα της υπνηλίας καθώς και τις επιπτώσεις της.⁽ⁱⁱⁱ⁾ Μέρος της βιβλιογραφίας υποστηρίζει ότι η κλίμακα ESS δεν συσχετίζεται με την βαρύτητα του ΣΑΑΥ και πρέπει να αξιολογείται ανεξάρτητα.^(iv) Πολλές φορές, δε, οι απαντήσεις των ασθενών στο ESS δεν ταιριάζουν με την κλινική του εικόνα ή τις περιγραφές των συντρόφων τους.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας ήταν η αξιολόγηση της ικανότητας των ασθενών με ΣΑΑΥ να συμπληρώνουν την ESS με πλήρη συναίσθηση της βαρύτητας της υπνηλίας τους και η σύγκριση με την αντίστοιχη εκτίμηση της υπνηλικής τους διάθεσης από τους συντρόφους τους.

Υλικό-μέθοδος: Επιλέξαμε λοιπόν τη διεξαγωγή σε προοπτική μελέτη την ανεξάρτητη και ταυτόχρονη συμπλήρωση της κλίμακας ESS: α) από τον πάσχοντα, β) από τον /την σύντροφό του. Θέλοντας δε να δούμε και την επίδραση της θεραπείας του ΣΑΑΥ με συσκευές χορήγησης συνεχούς θετικής πίεσης αέρα, οι ασθενείς θα κληθούν να αξιολογήσουν την αρχική υπνηλία τους- 3 μήνες μετά – με την ίδια κλίμακα, απαντώντας στο ερώτημα «πώς πιστεύετε ότι ήσασταν όσο αφορά την υπνηλία σας πριν από τη χρήση της θεραπευτικής συσκευής σας». Στην έρευνα εισήχθησαν 20 ασθενείς με ΣΑΑΥ και σύντροφοι αυτών που επισκέφθηκαν το ιατρείο ύπνου της ΠΝ.ΕΣΥ του Γ.Ν «Γ.Παπανικολάου».

Αποτελέσματα: 20 (40,8%), από τους 49 ασθενείς από τους οποίους συλλέχθηκαν δεδομένα, έπασχαν από ΣΑΑΥ και ήταν 16 (80%) άνδρες και 4 (20%) γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν 54,45 έτη (SD: 12,09) και ο ΔΜΣ 34,8 mg/m² (SD: 6,32). Η ζευγαρωτή σύγκριση των δύο **ερωτηματολογίων:** των ασθενών στην αρχική εκτίμηση πριν την εφαρμογή της συσκευής (ESS.BEF) και των συνοδών /συντρόφων τους (ESS.SP) δεν έδειξε σημαντική διαφορά μεταξύ τους στην εκτίμηση της υπνηλικής διάθεσης (P=0,23). Αντίθετα υπήρξε σημαντική βελτίωση στην υπνηλική διάθεση των ασθενών μετά την τρίμηνη χρήση της συσκευής που καταγράφηκε σημαντική (P=0,001). Η βελτίωση που παρατήρησαν οι ασθενείς ήταν αντιστοίχως σημαντική και σχετικά με την αρχική εκτίμηση της υπνηλίας από τους συντρόφους των ασθενών (P=0,001).

Συμπεράσματα: Για τους ασθενείς με ΣΑΑΥ η κλίμακα Erworth αποτελεί πολύ σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης της ημερήσιας υπνηλίας τους χωρίς ιδιαίτερη διαφοροποίηση στην εκτίμηση των συμπτωμάτων από τους συντρόφους τους, ενώ είναι και εξαιρετικά αξιόπιστος δείκτης της βελτίωσης της υπνηλικής τους διάθεσης μετά τη χορήγηση θεραπείας με συσκευή CPAP, με διαφοροποίηση της εκτίμησης της βελτίωσης από τους συντρόφους των ασθενών σχετικά με τα επιμέρους ερωτήματα της ESS.

05. ΨΥΧΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΣΟ COVID-19 ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Δ. Σιώπη¹, Χρ. Καραχρήστος¹, Γ. Μπαμπαλής¹, Ε. Παπαδοπούλου¹, Θ. Κοντακιώτης²

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

² Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Κατά τη διάρκεια της πανδημίας SARS COV-2 πολλοί ασθενείς νοσηλεύτηκαν μακροχρόνια, συχνά σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Η νόσος COVID-19 χαρακτηρίζεται από την σοβαρή προσβολή πολλών συστημάτων και η διαταραχή της ψυχικής υγείας των ασθενών στο πλαίσιο αυτό δεν μπορεί να αγνοηθεί. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της ψυχικής επιβάρυνσης των ασθενών αυτών και η αναζήτηση σχετιζόμενων παραγόντων.

Μέθοδος: Από τον 11^ο 2020 έως τον 1^ο 2021 αξιολογήθηκαν νοσηλεύόμενοι αρνητικοποιημένοι COVID-19 ασθενείς της Πνευμονολογικής κλινικής, 1-2 24ωρα προ της εξόδου τους. Προηγήθηκε νοσηλεία τους σε τμήμα πανδημίας και για ορισμένους σε Μ.Ε.Θ. Η παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης Beck-II (Beck Depression Inventory). Το BDI είναι μια κλίμακα που έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα και έχει χρησιμοποιηθεί σε κλινικές μελέτες στον ελληνικό πληθυσμό, με επιβεβαιωμένες καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, αξιοπιστία, εσωτερική συνέπεια και εγκυρότητα.

Παράλληλα καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, η διάρκεια νοσηλείας, η ανάγκη νοσηλείας σε ΜΕΘ και η συνοσηρότητα.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη 54 ασθενείς, 19 γυναίκες (55,9%) και 15 άνδρες (44,1%), ηλικίας 63,23±12,09 ετών (35 έως 88 έτη).

Η μέση συνολική διάρκεια νοσηλείας τους ήταν 26,02±16,48 ημέρες, ενώ οι 13 (38,2%) νοσηλεύτηκαν σε Μ.Ε.Θ. με μέση διάρκεια νοσηλείας 18,3±12,16 ημέρες.

Ο μέσος όρος του BDI σκορ ήταν 15,44±8,27 ενώ του σκορ που σχετίζεται ειδικά με τη διαταραχή ύπνου 2,2±1.

Το 26,5% των ασθενών συγκέντρωσε βαθμολογίες 0-9 (αρνητική διαταραχή), το 35,3% 10-16 (ήπια διαταραχή διάθεσης), το 32,4% 17-29 (καταθλιπτική διαταραχή) και το 5,9% 30-63 (σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή). Το 38,2% συνολικά δήλωσε BDI σκορ >17.

Ειδικά για τη διαταραχή ύπνου, θετικά απάντησε το 91,2% των ασθενών.

Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της βαθμολογίας με το γυναικείο φύλο ($r=0,368$) και το ιστορικό κατάθλιψης ($r=0,567$), ενώ δεν καταγράφηκε συσχέτιση με τη διάρκεια νοσηλείας, τη νοσηλεία σε ΜΕΘ, την ηλικία, το ιστορικό υπέρτασης και σακχαρώδους διαβήτη.

Συμπέρασμα: Στους νοσηλευόμενους ασθενείς με νόσο COVID-19 είναι σημαντικό να αξιολογείται η παρουσία συμπτωμάτων ενδεικτικών κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής και να καθοδηγείται η φροντίδα της ψυχικής τους υγείας με έγκαιρη παρέμβαση. Η διαταραχή ύπνου απασχολεί την πλειοψηφία των ασθενών.

06. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΩΝ -ΥΠΟΠΝΟΙΩΝ ΥΠΝΟΥ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ CPAP ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Δ. Σιώπη¹, Χρ. Καραχρήστος¹, Α. Χασιώτου², Μ. Μωυσέως¹, Δ. Χλωρός¹, Β. Τσάρα³

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

² Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ Εργαστήριο Ύπνου, Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

³ ΕΚΕΤΑ, Θεσσαλονίκη

Η συστηματική παρακολούθηση συμβάλλει ουσιαστικά στη συμμόρφωση των ασθενών με Σύνδρομο Απνοιών -Υποπνοιών Υπνου (ΣΑΥΥ) στη μακροχρόνια εφαρμογή συσκευών θετικής πίεσης (CPAP). Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της συνεχιζόμενης θεραπείας, σε ασθενείς χωρίς παρακολούθηση από το Εργαστήριο Ύπνου(ΕΥ).

Μέθοδος: Με τηλεφωνική επικοινωνία ή φυσική παρουσία εκτιμήθηκαν σε ασθενείς με ΣΑΥΥ υπό CPAP ο χρόνος και ο λόγος διακοπής παρακολούθησης, η συνέχιση θεραπείας, οι νοσηλείες, η κατάσταση, η χρήση και ο τρόπος συντήρησης της συσκευής. Καταγράφηκαν επίσης τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, η κλινική εικόνα, το ατομικό ιστορικό, η βαρύτητα ΣΑΥΥ, η υποκειμενική εκτίμηση της ημερήσιας υπνηλίας με την κλίμακα Erworth κατά την διάγνωση και η συμμόρφωση στη θεραπεία κατά την τελευταία εξέταση.

Αποτελέσματα: Πενήντα επτά ασθενείς (89,7% άνδρες), με διάμεση ηλικία 61 (46-82) έτη, ΑΗΙ: 65,6±24,2, κλίμακα Erworth 10,4±6,24, συνοσηρότητα σε ποσοστό 47,5% είχαν διακοπή παρακολούθησης από 3-15 έτη. Οι ώρες χρήσης της συσκευής κατά την τελευταία επίσκεψη ήταν 4,2±2,6. Ως αίτιο μη προσέλευσης ήταν «έλλειψη ανάγκης» σε 71,7% των ασθενών και «η απόσταση» σε 20,8%. Ποσοστό 87,7% των ασθενών συνέχισε τη θεραπεία. Αύξηση συνοσηρότητας διαπιστώθηκε σε 33,3% και νοσηλεία σε 17%. Η συσκευή ήταν σε λειτουργική κατάσταση σε 68,4% των ασθενών, ενώ σε 87,9% των ασθενών η αντικατάσταση αναλωσίμων έγινε από τον πάροχο απευθείας.

Συμπέρασμα: Η πλειοψηφία των ασθενών με ΣΑΥΥ συνέχισε την εφαρμογή συσκευής CPAP παρά τη διακοπή παρακολούθησης. Παρατηρήθηκε αύξηση της συνοσηρότητας. Διαπιστώθηκε πως η λειτουργικότητα της συσκευής αναλαμβάνεται εν μέρει από τον πάροχο. Ο ανασχεδιασμός της συνεχιζόμενης φροντίδας για τους ασθενείς με ΣΑΥΥ στη σύγχρονη πραγματικότητα είναι αναγκαίος και επίκαιρος.

07. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ CD4+ ΚΑΙ CD8+ Τ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΟ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ COVID-19 ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ

Κ. Δόμβρη¹, Ι. Τσιούπρου¹, Α. Αποστολόπουλος¹, Μ. Χατζημίτροβα¹, Ι. Φιλίππου¹, Α. Πατάκα², Σπ. Γουγούσης¹, Θ. Κοντακιώτης¹, Δ. Παπακώστα¹, Ε. Φούκα¹, Κ. Πορπόδης¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

² Κλινική Αναπνευστική Ανεπάρκειας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση του ανοσολογικού προφίλ ασθενών που διαγνώστηκαν με COVID-19 και η συσχέτιση του με την κλινική πορεία των ασθενών και τη σοβαρότητα της νόσου.

Υλικά και μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 51 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν και παρακολούθηθηκαν σε Κλινικές του ΓΝ «Γ. Παπανικολάου» την περίοδο Νοεμβρίου 2020 έως Ιανουάριο του 2021. Στη διάρκεια της νοσηλείας τους πραγματοποιήθηκε αιμοληψία σε 4 στιγμιότυπα, τη στιγμή της εισαγωγής ως 1η μέρα, την 4η μέρα, την 7η και την 11η. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε αυτούς με μέτρια, σοβαρή και κρίσιμη κατάσταση. Έγινε καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών, η ανάλυση των δειγμάτων πραγματοποιήθηκε με κυτταρομετρία ροής και προσδιορίστηκαν τα εξής αντιγόνα: CD3+, CD3+/CD4+, CD3+/CD8+, CD4+/CD45RA+, CD4+/CDRO+, CD19+, NK, NKT, CD3+/HLA-DR+ ενώ προσδιορίστηκε και ο λόγος CD4+/CD8+. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με SPSS 21.0.

Αποτελέσματα: Δεκαοχτώ ασθενείς χαρακτηρίστηκαν με μέτρια, 14 με σοβαρή και 19 σε κρίσιμη κατάσταση. Μεταξύ των 51 ασθενών (με μέση ηλικία $68,7 \pm 12,5$ έτη) το 63% ήταν άνδρες, το 86% είχαν συννοσηρότητες ενώ το 44% νοσηλεύτηκαν σε ICU και το 26% απεβίωσε. Οι ασθενείς με μέτρια κατάσταση βρέθηκαν με στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά CD4+ Τ λεμφοκυττάρων ($p < 0,05$) ενώ οι ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση βρέθηκαν με μεγαλύτερο ποσοστό CD8+ Τ λεμφοκυττάρων. Είναι αξιοσημείωτο το ότι ο λόγος CD4+/CD8+ κατά την εισαγωγή των ασθενών οι οποίοι εξελίχθηκαν με σοβαρότερη κλινική πορεία βρέθηκε χαμηλότερος και τα επίπεδα παρέμειναν χαμηλά καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Επιπλέον, στους ασθενείς με μέτρια κατάσταση, βρέθηκε αυξημένο την πρώτη μέρα νοσηλείας το ποσοστό των Β-λεμφοκυττάρων (CD19+) καθώς και τα NK κύτταρα σε αυτούς με συννοσηρότητες ($p < 0,05$). Τα κλινικά χαρακτηριστικά όπως η υψηλή φεριτίνη, τα χαμηλά λεμφοκύτταρα και αιμοπετάλια, η χαμηλή αλβουμίνη και προκαλσιτονίνη, ο χαμηλός αριθμός των ερυθροκυττάρων και της αιμοσφαιρίνης και οι υψηλές τιμές των DD, INR και ΤΚΕ συσχετίστηκαν με τη θνητότητα και τη σοβαρότητα της νόσου ($p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Τα παραπάνω αποτελέσματα αναδεικνύουν τη χρησιμότητα της αξιολόγησης των CD4+ και CD8+ ποσοστών κατά την εισαγωγή, τα οποία μπορεί να συνδέονται με σχετικά σοβαρότερη νόσο από τον ιό SARS-CoV-2, με ενδεχόμενη χειρότερη πρόγνωση για τους ασθενείς.

08. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Κ. Δόμβρη, Α. Αποστολόπουλος, Ι. Οργαντζής, Ε. Φούκα, Λ. Μπίνα, Θ. Κοντακιώτης, Δ. Παπακώστα

Πνευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός των επιπέδων βιοδεικτών του ορού και η συσχέτισή τους με την αναπνευστική λειτουργία και την εξέλιξη της πορείας των ασθενών με ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση, οι οποίοι παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο Διαμέσων Πνευμονοπαθειών της Πνευμονολογικής Κλινικής του Α.Π.Θ. στο Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ».

Υλικά και μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 55 ασθενείς με ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση σύμφωνα με τα κριτήρια ATS/ERS, οι οποίοι ήταν υπό αντι-ινωτική αγωγή. Πραγματοποιήθηκε αιμοληψία και μετρήθηκαν οι βιοδείκτες KL-6, SP-D, CCL18, CXCL13, VEGF-A, IL-8, IGFBP-1, IGFBP-2, IGFBP-7 και ICAM-1 στον ορό, με τη μέθοδο ELISA. Επιπλέον, προσδιορίστηκαν οι παράμετροι της αναπνευστικής λειτουργίας (FVC, TLC, DLCO-%pred) σε 4 στιγμιότυπα (αρχική τιμή και μετά από 6, 12 και 24 μήνες). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με SPSS 21.0.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των 55 ασθενών ήταν 72 ± 6 έτη, με υπεροχή των ανδρών (83%). Το 65% των ασθενών ήταν ενεργοί ή πρώην καπνιστές με 65 ± 45 pack/years. Τα επίπεδα της πρωτεΐνης KL-6 συσχετίστηκαν θετικά με τα επίπεδα των IGFBP-1 και IGFBP-2, τα επίπεδα της IL-8 με του VEGF-A, της IGFBP-7 με αυτά της CXCL13 και της CCL18 με της CXCL13 σε όλους τους ασθενείς (pCCL18 βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερες στους άνδρες και παρουσίασαν θετική συσχέτιση με τις τιμές της TLC (%pred) στους ασθενείς με επιδείνωση της νόσου. Τα επίπεδα των SP-D και VEGF-A βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς που είτε είχαν επιδείνωση της νόσου είτε απεβίωσαν ($p < 0.05$).

Συμπεράσματα: Είναι η πρώτη μελέτη που συνδυάζει ένα ευρύ φάσμα βιοδεικτών και τους συσχετίζει με την εξέλιξη της νόσου σε Έλληνες ασθενείς με IPF. Στη μελέτη αυτή φάνηκε ότι οι βιοδείκτες SP-D, VEGF-A και CCL18 έχουν προφανώς προγνωστική αξία στην εξέλιξη της νόσου. Τα παραπάνω δεδομένα συμφωνούν με προηγούμενες αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία.



Trimbow[®]

Ο μικροσωματιδιακός
σταθερός τριπλός συνδυασμός

μπεκλομεθαζόνη, φορμοτερόλη, βρωμιούχο γλυκοπυρρόνιο

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την
Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος **εδώ**

CHIESI HELLAS A.E.B.E

Πλ. Γερουλάνου & Ρένου Πόγγη 1, Άλιμος 174 55, Αθήνα
Αρ. ΓΕΜΗ 002669501000

Τηλ: +30 210 6179763, Fax: +30 210 6179786

www.chiesi.gr | e-mail: chiesihellas@chiesi.com

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



flyingcolours

ERP/IFA/12-2020/34

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

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

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

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



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

Αντιπρόσωπος Κύπρου
Κωστάκης Τσίσιος & Σία ΛΤΔ
Τ.Θ. 56495, 3307 ΛΕΜΕΣΟΣ
Τηλ. +357 25343150
Fax: +357 25354242

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

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


