



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ



(P01)

**ΜΕΛΕΤΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΕ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ
ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΙ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΒΟΟΕΙΔΩΝ**

Χατζηθεοδώρου Θ.Σ¹, Παπαδοπούλου Χ.Β²

1. Τριτοετής Φοιτητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
2. Υπεύθυνη Μονάδας Μικροβιολογίας και Υγιεινής Τροφίμων, Εργαστήριο
Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Τα αντιβιοτικά χρησιμοποιούνται εδώ και αρκετές δεκαετίες ως συμπληρώματα διατροφής στην κτηνοτροφία, αφενός για την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων στα ζώα εντατικής εκτροφής και αφετέρου για την ταχύτερη αύξηση του σωματικού βάρους τους. Η ευρεία χρήση αυτής της πρακτικής οδήγησε σταδιακά και μέσα από τους νόμους της φυσικής επιλογής στην ανάπτυξη στελεχών βακτηρίων, που εμφάνιζαν αντοχή στα αντιβιοτικά τα οποία χρησιμοποιούνταν στην κτηνοτροφία. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η καταγραφή των περιστατικών απομόνωσης ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών, τα οποία έχουν απομονωθεί από πληθυσμούς βοοειδών, αλλά και από ανθρώπους (χορτοφάγους και κρετοφάγους), η περιγραφή των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την καταγραφή της ανθεκτικότητας και των τρόπων αντιμετώπισης αυτού του σοβαρού για την δημόσια υγεία προβλήματος από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Η πιθανή μετάδοση πολυανθεκτικών μικροβιακών στελεχών από τον ζωικό πληθυσμό στον ανθρώπινο πληθυσμό, μέσω της κατανάλωσης τροφίμων ζωικής προέλευσης αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας σήμερα. Μάλιστα, με δεδομένο την παρατηρούμενη αύξηση της ανθεκτικότητας των βακτηριακών στελεχών που απομονώνονται ολόένα και συχνότερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου κατά κύριο λόγο γίνεται κατάχρηση της χορήγησης αντιβιοτικών, το πρόβλημα αυτό χρήζει άμεσης αντιμετώπισης.

*Ο κ. Χατζηθεοδώρου εκπόνησε την εργασία αυτή στα πλαίσια του κατ' επιλογήν μαθήματος της Μικροβιολογίας και Υγιεινής Τροφίμων, που διδάσκεται στο Ε' εξάμηνο σπουδών της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, με υπεύθυνη μαθήματος την επίκουρο καθηγήτρια Μικροβιολογίας κ. Χ. Παπαδοπούλου.

(P03)

**ΑΓΓΕΙΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ
ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**

Αιτάνης Νικόλαος
Ιατρική Σχολή Αθηνών

Σκοπός της εργασίας: Η μελέτη του ρόλου των ορμονών που ονομάζονται αγγειογενετικοί παράγοντες στις διάφορες λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού και πιο ειδικά στην υγιή ανάπτυξη και τις νόσους του αναπνευστικού συστήματος.

Υλικό και μέθοδοι: Επιλογές από ένα ευρύ φάσμα βιβλιογραφικών πηγών, κυρίως δημοσιεύσεων σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά, από ερευνητές πρωτοπόρους και αυθεντίες στον τομέα όπως οι G.D. Yancopoulos και N. Ferrara, που διαφωτίζουν για τα πλέον σύγχρονα δεδομένα στον τομέα των ουσιών που έχουν επιλεκτική δράση στο ενδοθήλιο, συγγράμματα φυσιολογίας, ανγείολογίας και πνευμονολογίας καθώς και πηγές από το διαδίκτυο.

Αποτελέσματα: Ο αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός παράγων και οι αγγειογενετικές είναι οι κύριοι παράγοντες που ευθύνονται για τη διαμόρφωση του αγγειακού δικτύου στον οργανισμό όπως έχουν δείξει οι μελέτες με διαγονιδιακά ζώα. Ο VEGF ευθύνεται για τη δημιουργία των μικρών αγγείων που παρουσιάζουν μεγάλη διαπερατότητα, ενώ η αγγειογενετική δράση πιο νωρίς κατά τα πρώτα στάδια της ανάπτυξης του κυκλοφορικού είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία των μεγάλων και σταθερών αγγείων. Η ισορροπία μεταξύ τους είναι πρωταρχικής σημασίας για τη μορφή του αγγειακού δικτύου. Έλλειψη του VEGF κατά την εμβρυϊκή ζωή προκαλεί σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας των νεογνών. Στο ARDS ανευρίσκονται αυξημένα επίπεδα VEGF, τα οποία μάλιστα σχετίζονται με χειρότερη πρόγνωση. Στο άσθμα έχει βρεθεί επανειλημμένως αυξημένη έκφραση αγγειογενετικών παραγόντων σε βιοψίες των φλεγμονωδών αεραγωγών κάτι που πιστεύεται ότι σχετίζεται με τη διαδικασία των μεταβολών των αεραγωγών όταν η νόσος μεταπίπτει στη χρονιότητα. Στον καρκίνο του πνεύμονα, η έκφραση αγγειογενετικών παραγόντων σχετίζεται με τη δημιουργία δικτύου θρέψης και την επιθετικότητα των όγκων και η θεραπεία με αντιαγγειογενετικούς παράγοντες έχει αφήσει πολύ ελπιδοφόρα μηνύματα.

Συμπεράσματα: Οι ακόμα καινούριοι αυτοί παράγοντες πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω σχετικά με το ρόλο τους στην πρόγνωση της έκβασης των διαφόρων νόσων του πνεύμονα αφού πολλά στοιχεία τους αποδίδουν προς το παρόν αυτό το δυναμικό. Επιπλέον, τόσο οι ίδιοι όσο και οι ανταγωνιστές τους μπορούν κάλλιστα να αποδειχθούν αποτελεσματικές θεραπευτικές ουσίες για το άσθμα, την κακοήγη νεοπλασία του πνεύμονα και άλλων οργάνων και άλλες νόσους.

(P02)

ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ

Παπαδόπουλος Αλέξης
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, 5ο έτος

Σκοπός της εργασίας: Η σημασία και ο ρόλος της σπυρομέτρησης στη διάγνωση, προσδιορισμό της βαρύτητας και παρακολούθηση των διάφορων αναπνευστικών νοσημάτων και ειδικότερα των χρόνιων αποφρακτικών πνευμονοπαθειών (ΧΑΠ). Προσδιορισμός των παραγόντων οι οποίοι αλλοιώνουν τα αποτελέσματα της σπυρομέτρησης και κριτήρια αποδοχής μιας σπυρομετρικής προσπάθειας.

Υλικό και μέθοδοι: Η εργασία στηρίχθηκε σε βιβλιογραφικές πηγές μετά από αναζήτηση σε μεγάλες ιατρικές ιστοσελίδες του διαδικτύου και κατά δεύτερο λόγο σε διάφορα συγγράμματα πνευμονολογίας. Το κύριο βάρος της εργασίας αφορούσε στην παραστατική παρουσίαση των αποτελεσμάτων μέσα από διάφορους πίνακες και γραφικές παραστάσεις.

Αποτελέσματα: Η σπυρομέτρηση αποτελεί την σημαντικότερη παράμετρο του λειτουργικού ελέγχου της αναπνοής και είναι χρήσιμη στη μελέτη των συμπτωμάτων του αναπνευστικού, τον καθορισμό της βαρύτητας της διαταραχής του αναπνευστικού συστήματος, τη μελέτη της παθοφυσιολογικής διαταραχής και την εκτίμηση του αποτελέσματος της θεραπευτικής αγωγής. Τα αποτελέσματα της σπυρομέτρησης συχνά συσχετίζονται με την νοσηρότητα, την επιβίωση ή ακόμα και την ποιότητα της επιβίωσης σε ασθενείς με γνωστή πνευμονική νόσο. Τα ευρήματά της χρησιμοποιούνται από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων: παθολόγους και πνευμονολόγους για τους παραπάνω αναφερόμενους λόγους και για την επιλογή ατόμων με προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη νόσου, επιδημιολόγους και ιατρούς εργασίας για την εκτίμηση της επίδρασης της ρύπανσης ή της επαγγελματικής έκθεσης στην πνευμονική λειτουργία, χειρουργούς για την προεγχειρητική εκτίμηση ασθενών με πνευμονοπάθεια κ.α.

Συμπεράσματα: Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να χρησιμοποιούν την σπυρομέτρηση ακόμη περισσότερο στη καθημερινή ιατρική πράξη. Πρέπει ωστόσο να δίδεται ιδιαίτερο βάρος στη σωστή τεχνική με την οποία θα γίνει η δοκιμασία αυτή και τα συμπεράσματα να εξάγονται μέσα από προσεκτική αποδοχή των καθορισμένων κριτηρίων.

(P04)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

Πιζάνιας Μιχαήλ, Κόκκαλης Γεώργιος Κασσαβέτης Παναγιώτης, Κομποτιάνης Παναγιώτης

Σκοπός: Προσπάθεια εκμετάλλευσης των νέων τεχνικών με χρησιμοποίηση των πολυδύναμων στελεχειαίων κυττάρων για θεραπευτικούς σκοπούς.

Υλικό και μέθοδοι: Αντικατάσταση του πυρήνα ωαρίου από πυρήνα κυττάρου του αντίστοιχου ιστού.

Επαναπρογραμματισμός πυρήνα κυττάρου.

Μεταφορά πυρήνα σε ωάριο με σκοπό τη δημιουργία απογόνου με επιθυμητές κληρονομήσιμες ιδιότητες.

Αποτελέσματα: Αυξημένη διαθεσιμότητα ιστοσυμβατών μοσχευμάτων. Συμβολή στη μελέτη της ανάπτυξης του ανθρώπινου εμβρύου με στόχο τον επαναπροσδιορισμό της "οδού" που θα ακολουθήσει μια ομάδα κυττάρων προκειμένου να διαφοροποιηθεί ομαλά.

Δυνατότητα χρησιμοποίησης οργάνων από ζώα όπως οι χοίροι.

Χρησιμοποίηση ανθρώπινων κυττάρων για θεραπευτικούς σκοπούς.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή της μεθόδου παρέχει μεγάλη διαθεσιμότητα μοσχευμάτων σε εύλογο χρονικό διάστημα, ενώ με τη χρησιμοποίηση ενήλικων πολυδύναμων κυττάρων παρακάμπτονται τόσο τα ηθικά και κοινωνικά εμπόδια όσο και οι νομικοί περιορισμοί.



(P05)

ΜΕΜΒΡΑΝΙΚΟΙ ΥΠΟΔΟΧΕΙΣ ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗΣ: ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ, ΟΔΟΙ ΔΙΑΒΙΒΑΣΗΣ ΣΗΜΑΤΟΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΑΞΙΑ

Κόγια Χ., Καμπά Μ., Παπακωνσταντίνης Ε.Α., Σταθόπουλος Ε., Στουρνάρας Χ., Καστανάς Η.

Εργαστήρια Εργαστηριακής Ενδοκρινολογίας, Βιοχημείας και Παθολογοανατομίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή, Ηράκλειο, GR-71110, Ελλάδα

Χρησιμοποιώντας προστατικά καρκινικά κύτταρα LNCaP, βρήκαμε ότι η διυδροτεστοστερόνη και το ανάλογο της τεστοστερόνης-BSA, αυξάνουν ταχέως την απελευθέρωση του PSA στο μέσον της καλλιέργειας. Μembranικές θέσεις δέσμευσης της τεστοστερόνης ανευρέθησαν σε παρασκεύασμα μεμβρανών, με πειράματα δέσμευσης, κυτταρομετρία ροής και συνεστιακή μικροσκοπία. Η δέσμευση είναι χρόνο- και δοσοαξαρτώμενη και ειδική για την τεστοστερόνη, παρουσιάζοντας KD 10.9nM και έναν αριθμό από 144 fmoles/mg πρωτεΐνης (~ 13000 θέσεις/κύτταρο). Οι μεμβρανικές θέσεις είναι ανοσοολογικά διαφορετικές από τους ενδοκυττάριους υποδοχείς ανδρογόνων. Η έκκριση του PSA μετά τη διέγερση του μεμβρανικού υποδοχέα τεστοστερόνης αναστέλλεται με την προσέλαση με κυτοκαλσίνη Β, η οποία αποδιοργανώνει τον κυτταροσκελετό της ακτίνης. Επιπρόσθετα, η μεμβρανική δέσμευση της τεστοστερόνης αλλοιώνει την ενδοκυττάρια δυναμική ισορροπία μονομερούς και πολυμερισμένης ακτίνης και αναδιαμορφώνει σημαντικά την οργάνωση του κυτταροσκελετού της ακτίνης, μέσω της φωσφορυλίωσης των διαβιβαστικών πρωτεϊνών FAK/PI-3κινάση/Cdc42/Rac1. Η αναστολή των διαβιβαστικών αυτών πρωτεϊνών καταλήγει σε τροποποίηση της οργάνωσης της ακτίνης και της έκκρισης PSA. Περαιτέρω ανίχνευση μεμβρανικών υποδοχών τεστοστερόνης σε δείγματα ανθρώπινου καρκίνου του προστάτη απέδειξε ότι οι μεμβρανικές θέσεις σύνδεσης της τεστοστερόνης εκφράζονται ειδικά στα καρκινικά κύτταρα του προστάτη, ενώ κύτταρα από υπερπλασία του προστάτη και μη κακοήγη επιθηλιακά κύτταρα εμφάνισαν χαμηλή ή καθόλου δέσμευση. Έτσι, οι μεμβρανικοί υποδοχείς της τεστοστερόνης μπορεί να είναι χρήσιμοι για τη γρήγορη ανίχνευση του καρκίνου του προστάτη αναδεικνύοντας ένα νέο διαγνωστικό δείκτη για τη νόσο. Τέλος, βρήκαμε ότι το ανάλογο τεστοστερόνης-BSA ευοδώνει τη δράση της ταξόλης στον καρκίνο του προστάτη, γεγονός που δείχνει ότι αγωνιστές αυτής της μεμβρανικής θέσης σύνδεσης μπορεί να είναι χρήσιμοι σαν νέοι θεραπευτικοί παράγοντες.

(P07)

ΤΕΡΑΤΟΓΕΝΕΣΗ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ (ΑΕΦ). ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Λασιθιωτάκης Κ., Τζουβελέκης Α., Κυριαζής Λ., Παπαματθαίου Δ., Τσιβγούλης Σ.
Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή Ηρακλείου

Η βελτίωση της διάγνωσης και της θεραπείας της επιληψίας επιτρέπει σε πολλές επιληπτικές γυναίκες να παντρεύονται και να γεννούν παιδιά. Οι επιληπτικές έγκυες αποτελούν το 0.5% του συνόλου των εγκυμονουσών. Από αυτές ένα σημαντικό ποσοστό θα εμφανίσει επιδείνωση των κρίσεων κατά τη διάρκεια της κύησης και η διακοπή της θεραπείας έχει επικίνδυνες επιπτώσεις στο έμβρυο και στη μητέρα. Η επιληψία έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση διαμαρτιών σε παιδιά επιληπτικών μητέρων από τα μέσα του αιώνα. Ο ρόλος της επιληψίας per se και των επιληπτικών κρίσεων στην τερατογένεση δεν έχει αποσαφηνιστεί και η ένδειξη για γενετική σχέση μεταξύ επιληψίας και τερατογένεσης δεν είναι ισχυρή. Αντιθέτως, το ΑΕΦ καρβαμαζεπίνη ασκεί την αποδεδειγμένη τερατογόνο δράση του δια μέσω των μεταβολιτών του και προκαλεί την εμφάνιση διαμαρτιών του νευρικού σωλήνα, μικροκεφαλία, ανωμαλίες του καρδιαγγειακού και του ουροποιητικού. Το βαλπροϊκό προκαλεί τερατογένεση δια μέσω των δραστικών μεταβολιτών του που προσδένονται ισχυρά στο DNA και δια της επαγόμενης ανεπάρκειας του φολλικού. Ευθύνεται κυρίως για διαμαρτίες του νευρικού σωλήνα καθώς και για κρανιοπροσωπικές διαμαρτίες. Η φαινοβαρβιτάλη και η πριμιδόνη προκαλούν τερατογένεση δια της ανταγωνιστικής δράσης που ασκούν στο φολλικό οξύ και δια της διαταραχής του μεταβολισμού των ρετινοειδών. Μικροκεφαλία, κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες, διαμαρτίες των δακτύλων και κρυφορχία είναι οι κύριες διαταραχές που σχετίζονται με την ενδομήτρια έκθεση του παιδιού σε φαινοβαρβιτάλη ή πριμιδόνη. Η φαινυτοΐνη μέσω της ισχυρής πρόσδεσης των μεταβολιτών της στα νουκλεϊκά οξέα προκαλεί υπερτελερισμό, διαμαρτίες των δακτύλων, κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες και ποικιλία άλλων διαμαρτιών που αναφέρονται ως εμβρυϊκό υδαντοϊνικό σύνδρομο.

(P06)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΑ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Βαρδάκη Χρυσάνθη, Τζιοβάρας Κων/νος, Κακαβελάκης Κυριάκος
Συνεργάστηκαν: Περγάμη Μαρία, Βλαζάκης Στυλιανός

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης & Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης

Σκοπός: Η αυχενική μοίρα της ΣΣ αποτελεί περιοχή στην οποία εκδηλώνεται μεγάλος αριθμός συμπτωμάτων, εκ των οποίων αρκετά προκαλούνται ή επηρεάζονται από την εργασία. Σκοπός της εργασίας ήταν η ανεύρεση επιδημιολογικών στοιχείων σχετικών με μυοσκελετικά ενοχλήματα της περιοχής του αυχένα στο νοσηλευτικό προσωπικό και η πρόταση μέτρων πρόληψης για την μείωση της συχνότητάς τους.

Μέθοδος-Υλικό: Την περίοδο Ιανουάριος - Σεπτέμβριος 2000 μελετήσαμε τυχαίο δείγμα 127 νοσηλευτών που εργάζονταν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μέσω συνέντευξης και συμπλήρωσης ερωτηματολογίου και αποσκοπούσε στην ανεύρεση του επιπολασμού, των προδιαθετικών και των αναφερόμενων αιτιολογικών παραγόντων των μυοσκελετικών διαταραχών του αυχένα. Επίσης έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την τεκμηρίωση κανόνων προληπτικής παρέμβασης.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Το 24,1% των εργαζομένων ανέφερε συμπτώματα από το μυοσκελετικό στην περιοχή του αυχένα την οποία συσχετίζει με το επάγγελμά του, ενοχοποιώντας διάφορους παράγοντες - κυρίως τον κακό εργονομικό σχεδιασμό και την έντονη σωματική εργασία. Η λύση σε αυτό το υπαρκτό πρόβλημα πρέπει να αναζητηθεί μέσα από την εργονομική εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού (neck school) και τη λήψη μέτρων - τα οποία συζητούνται - που αποσκοπούν στη μείωση των επιπλοκών από την υπέρμετρη καταπόνηση του αυχένα, μέσω: α) ελάττωσης του βάρους που δέχεται η περιοχή, β) μείωσης του μοχλοβραχίονα διάμεσο του οποίου το συγκεκριμένο βάρος επιδρά στην περιοχή, γ) αύξησης της δύναμης και της αντοχής των αυχενορραχιαίων μυών και δ) βελτίωσης του νευρομυϊκού συντονισμού.

(P08)

Ο ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ PON1 55ML ΤΗΣ ΠΑΡΑΞΟΝΑΣΗΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΤΗΣ PAF-AH ΣΤΗΝ HDL ΣΕ ΥΓΙΑ ΑΤΟΜΑ

Μ. Φλωρεντίν, Φ. Κάββουρα, Α. Κακαφάκη*, Σ. Ξενοφώντος, Α. Ταμπάκη***, Μ. Καριόλου**, Μ. Ελίσσας*, Α. Τσελένης****

** Τομέας Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ** Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου, *** Τμήμα Χημείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

Εισαγωγή: Τα χαμηλά επίπεδα της HDL κολληστερόλης στο πλάσμα αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι εκτός από την αντίστροφη μεταφορά της κολληστερόλης, η HDL ασκεί την ευεργετική της δράση και διαμέσου της απευθείας υδρόλυσης των φωσφολιπιδίων υδροϋπεροξειδίων. Η αντίδραση αυτή καταλύεται από τα ένζυμα που είναι συνδεδεμένα με την HDL: την παραοξονάση (PON1) και την PAF-ακετυλοϋδρολάση (PAF-AH).

Σκοπός της μελέτης: Η επίδραση των πολυμορφισμών της παραοξονάσης (PON1 55ML και PON1 192QR) και της PAF-AH (379 VA) στις ενεργότητες αυτών των ενζύμων, καθώς και στο λιπιδαιμικό προφίλ του πληθυσμού της μελέτης.

Υλικό και μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 122 υγιή άτομα (60 άνδρες και 62 γυναίκες) ηλικίας 38 ± 9 έτη, τα οποία δεν είχαν ιστορικό υπερκολληστερολαιμίας ή στεφανιαίας νόσου. Στα άτομα της μελέτης προσδιορίστηκαν οι λιπιδαιμικές παράμετροι και οι ενεργότητες των ενζύμων του ορού. Επιπρόσθετα, έγινε γονιδιακή ανάλυση με PCR για την ανεύρεση των πολυμορφισμών της PON1 και της PAF-AH.

Αποτελέσματα: Οι πολυμορφισμοί των ενζύμων που μελετήθηκαν δεν επηρεάζουν το λιπιδαιμικό προφίλ του πληθυσμού της μελέτης. Τα άτομα με τους γονότυπους PON1 QQ και MM εμφανίζουν σημαντικά μικρότερη ενεργότητα παραοξονάσης στο πλάσμα σε σύγκριση με τα άτομα που εμφανίζουν τους γονότυπους PON1 RR και LL. Ο γονότυπος PON1 LL σχετίζεται με πολύ χαμηλά επίπεδα ενεργότητας της PAF-AH στην HDL, ενώ δεν επηρεάζει την ενεργότητα του ολικού ενζύμου στο πλάσμα. Τέλος, ο πολυμορφισμός της PAF-AH φαίνεται ότι δεν επηρεάζει τα επίπεδα των λιπιδίων ή τις ενεργότητες των ενζύμων στον ορό υγιών νορμολιπιδαιμικών ατόμων.

Συμπέρασμα: Ο πολυμορφισμός PON1 55ML επηρεάζει την ενεργότητα της PON1 στο πλάσμα και την ενεργότητα της PAF-AH στην HDL σε νορμολιπιδαιμικά άτομα. Αυτό το εύρημα είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου σε άτομα με φυσιολογικό λιπιδαιμικό προφίλ, τα οποία όμως εμφανίζουν τη συγκεκριμένη γενετική παραλλαγή.



(P09)

ΠΛΕΙΟΤΡΟΠΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ

Κοσκινάς Κων/νος, Στυλιανάκης Γεώργιος, Βακφάρη Αναστασία, Μήτρου Βασιλική

Οι στατίνες αποτελούν ομάδα φαρμάκων με κύρια δράση την αναστολή του ενζύμου HMG-CoA αναγωγάση και ελάττωση της σύνθεσης της χοληστερόλης. Τα υπεράνω των προσδοκιών κλινικά οφέλη που παρατηρήθηκαν κατά τη χορήγησή τους κατέδειξαν την ύπαρξη πλειοτροπικών δράσεων ανεξάρτητων από τη μείωση της χοληστερόλης, που περιλαμβάνουν τη βελτίωση της ενδοθηλιακής λειτουργίας, τη σταθεροποίηση των αθηροσκληρωτικών πλάκων, την αντιοξειδωτική και αντιφλεγμονώδη δράση και την επίδραση στο ηκτικό μηχανισμό.

Η βελτίωση της ενδοθηλιακής λειτουργίας επιτελείται μέσω αύξησης της παραγωγής αγγειοδιασταλτικών (NO, PGI2) και ελάττωσης αγγειοσυσπαστικών ουσιών (ενδοθελίνη, AngII). Η σταθεροποίηση των αθηροσκληρωτικών πλάκων και η επακόλουθη ελάττωση της πιθανότητας ρήξης τους, παράγοντας σημαντικότερος και από το μέγεθος των πλάκων, επιτυγχάνεται με την ελάττωση της παραγωγής των μεταλλοπρωτεϊνών και την αναστολή του πολυαπλησιασμού των μακροφάγων. Οι αντιοξειδωτικές δράσεις συνίστανται στη μείωση της παραγωγής ελεύθερων ριζών οξυγόνου και την επακόλουθη ελάττωση της αποδόμησης του NO και της οξειδωτικής της LDL. Η αντιφλεγμονώδης δράση τους σχετίζεται με την ελάττωση των φλεγμονωδών κυττάρων στην αθηρωματική πλάκα και την πτώση των επιπέδων της hs-CRP. Οι αντιθρομβωτικές ιδιότητες επάγονται από τη μείωση της παραγωγής της θρομβοξάνης A2 και της έκφρασης του PAI-1, καθώς και την αύξηση της έκφρασης του t-PA στα ενδοθηλιακά κύτταρα. Πειραματικές μελέτες, που μένουν να επιβεβαιωθούν κλινικά, καταδεικνύουν την αναστολή της επαγόμενης από την AngII μυοκαρδιακής υπερτροφίας και ίνωσης.

Τέλος, πειραματικές και επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει δυνητικά ωφέλιμες δράσεις της χορήγησης στατινών σε μη καρδιακές καταστάσεις, όπως η οστεοπόρωση, η νόσος Alzheimer's και ο σακχαρώδης διαβήτης.

(P11)

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΠΛΕΥΡΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Λαγογιάννη Ειρήνη, Ρούσσος Αναστάσιος, Κουτσουλίδης Αναστάσιος, Φιλίππου Νικηφόρος, Τρουπής Γεώργιος

Σκοπός: Να αναφερθεί η συχνότητα εμφάνισης υπεζωκοτικής συλλογής σε νεοπλάσματα, κατά τη νοσηλεία ασθενών σε πνευμονολογική κλινική κατά τη διάρκεια τριών ετών.

Υλικό - μέθοδος: Μελετήθηκαν 126 ασθενείς, ηλικίας 32-75 ετών (Μ.Ο. 53,5), που κατά την κλινική εξέταση και τον απεικονιστικό έλεγχο εμφάνιζαν υπεζωκοτική συλλογή. Σε όλες τις περιπτώσεις καταγράφηκε η εντόπιση της υπεζωκοτικής συλλογής (δεξιά, αριστερό ημιθωράκιο ή αμφοτερόπλευρη).

Αποτελέσματα: Από τους 126 ασθενείς που μελετήθηκαν, διαπιστώθηκε ότι η συχνότερη αιτία κακοήθους πνευμονικής συλλογής είναι ο καρκίνος του πνεύμονος, με συχνότητα 53,2% (67 ασθενείς). Οι υπόλοιποι ασθενείς εμφάνιζαν υπεζωκοτική συλλογή με πρωτοπαθή εστία: μαστός, 21 (16,6%), ωθήκες 10 (7,9%), στόμαχος 6 (4,7%), μήτρα 2 (1,7%), ήπαρ 1 (0,8%), λάρυγξ 1 (0,8%), νεφρό 1 (0,8%), ορθό 1 (0,8%), προστάτη 1 (0,8%), πέος 1 (0,8%), ουροδόχο κύστη 1 (0,8%), θυρεοειδή αδένες 1 (0,8%), δέρμα 2 (1,6%) και πάγκρεας 1 (0,8%). Σε 10 ασθενείς (7,9%) η πρωτοπαθή εστία παρέμεινε άγνωστη. Στις 67 περιπτώσεις του πρωτοπαθούς καρκίνου του πνεύμονα: 49 (73,1%) ήταν αδενοκαρκίνωμα, 12 (18,2%) μικροκυτταρικό καρκίνωμα και 6 (9,1%) πλάκωδες καρκίνωμα. Σε 61 ασθενείς (48,4%) διαπιστώθηκε υπεζωκοτική συλλογή δεξιά, σε 55 (43,6%) αριστερά και σε 10 (0,8%) αμφοτερόπλευρη συλλογή υγρού. Παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει εκλεκτική συλλογή του υγρού σε κάποιο ημιθωράκιο, όπως συμβαίνει σε μη νεοπλασματική παθολογία.

Συμπεράσματα: Παρατηρούμε λοιπόν, ότι η υπεζωκοτική συλλογή νεοπλασματικής αιτιολογίας οφείλεται σε καρκινωμάτωδη διήθηση του υπεζωκότα σε μεγαλύτερη συχνότητα λόγω βρογχογενή καρκίνου του πνεύμονα και σε μικρότερη συχνότητα λόγω όγκων εξωπνευμονικής αιτιολογίας, που είναι κυρίως μαστός, ωθήκες και στόμαχος.

(P10)

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΞΕΙΑΣ ΒΛΑΒΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ - ΟΞΕΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ (ALI-ARDS)

Δαλιάνη Α., Δάλη Ε., Μπιζάκη Α., Φόρτης Σ.

Φοιτητές Ιατρικού τμήματος Πανεπιστημίου Κρήτης

Υπεύθυνος Καθηγητής: Γεωργίου Δ., Καθηγητής Εντατικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Σκοπός: Παρουσίαση νέων δεδομένων που συνέβαλαν στην πληρέστερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας του ARDS και στον προσανατολισμό προς νέους τρόπους θεραπείας

Η Acute Lung Injury (ALI) και το Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) είναι συνέπεια του πνευμονικού οιδήματος αυξημένης διαπερατότητας και λόγω της υψηλής επίπτωσής τους (με βάση του National Institute of Health (NIH) η επίπτωση του ARDS εκτιμάται στους 75/100.000 κατοίκους) αποτελούν κλινικά σημαντικές οντότητες.

Το σύνδρομο εξελίσσεται προοδευτικά και χαρακτηρίζεται από διακριτά στάδια. Αρχικά έχουμε της οξείας ή εξιδρωματικής φάση, η οποία μπορεί να μεταβεί σε ινοποιό κυψελίτιδα και στο τέλος ακολουθείται από τη φάση της αποκατάστασης. Σημαντικός παράγοντας για το τελικό είναι η αποδρομή του πνευμονικού οιδήματος, η οποία εξαρτάται από την ισορροπία των δυνάμεων Starling, από τη λεμφική παροχέτευση και από τη διαπεθητική μεταφορά του νατρίου, που ακολουθείται από την παθητική μετακίνηση του H₂O έξω από τις κυψελίδες.

Η μεταφορά του νατρίου διαμέσου του επιθηλίου γίνεται ενεργητικά από τα τύπου II πνευμονοκύτταρα, με τη βοήθεια της αντλίας νατρίου (Na⁺ / K⁺ ATPase).

Αυτή η γνώση προσέφερε προοπτικές για νέα θεραπευτική αγωγή, στηριζόμενη σε β₂-αδρενεργικούς αγωνιστές που αυξάνουν τη δραστηριότητα της αντλίας και επιταχύνουν την αποδρομή του πνευμονικού οιδήματος. Στην πρώτη μελέτη που έγινε σε ανθρώπους χρησιμοποιήθηκε σαλιμετερόλη (β₂-αδρενεργικός αγωνιστής) για την επιτάχυνση της αποδρομής του πνευμονικού οιδήματος, που προκλήθηκε σε ορειβάτες λόγω μεγάλου υψόμετρου. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η σαλιμετερόλη θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία του ARDS.

(P12)

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ

Γιάντσου Ε., Λυρατζόπουλος Ν., Ρωμανίδης Κ., Ντόχας Χ., Χατζηκυριάκου Σ., Μπούρος Δ., Μινόπουλος Γ.Ι.

Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, και Πνευμονολογική Κλινική, Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης.

Σκοπός: Η συγκριτική αξιολόγηση της συμβολής του βρογχοκυψελιδικού εκπληγματος (BAL) και της διατραχειακής αναρροφίσεως στην επιβίωση, διάρκεια νοσηλείας και χρήση αντιβιοτικών σε ασθενείς με πνευμονία κατά την διάρκεια μηχανικού αερισμού.

Υλικό - Μέθοδοι: Πρόκειται για προοπτική, τυχαιοποιημένη μελέτη 132 ασθενών σε μηχανικό αερισμό, διάμεσης ηλικίας 58 (εύρος 22-73,) ετών, 60 άνδρες (45,6%), 72 γυναίκες (54,4%) με κλινικές ενδείξεις πνευμονίας. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες, την πρώτη που περιελάμβανε 67 ασθενείς στους οποίους η διάγνωση και θεραπεία βασιζόταν στην ποσοτική καλλιέργεια BAL και την δεύτερη που περιελάμβανε 65 ασθενείς στους οποίους η διάγνωση και θεραπεία βασιζόταν στην ποσοτική καλλιέργεια διατραχειακής αναρροφίσεως. Μετρήθηκαν η θνητότητα στις 14 ημέρες νοσηλείας, ο μέσος χρόνος νοσηλείας και το σύνολο των αντιβιοτικών στις δύο ομάδες.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος νοσηλείας στην 1η ομάδα ήταν 14 ημέρες, ενώ στην 2η 23 (x²=7,47, p<0,005). Η θνητότητα στις 14 ημέρες νοσηλείας στην 1η ομάδα ήταν 23 (34%), ενώ στην 2η 39 (60%) (x²= 8,88, p<0,005). Το γινόμενο χορηγηθέντων αντιβιοτικών επί τις ημέρες νοσηλείας στην 1η ομάδα ήταν 1960 ενώ στην δεύτερη 4278 (x²= 11,95 p<0,005).

Συμπέρασμα: Το BAL φαίνεται ότι βοηθά σημαντικά στη μείωση του χρόνου νοσηλείας, της θνητότητας και του αριθμού των αντιβιοτικών στην VAP σε σχέση με την διατραχειακή αναρρόφηση.



(P13)

**ACINETOBACTER BAUMANNII ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΣΕ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ**

Γιάντσου Ε., Λυρατζόπουλος Ν., Ευφραιμίδου Ε., Εμμανουηλίδου Α., Χατζηκυριάκου Σ., Μηνόπουλος Γ.Ι., Μανωλάς Κ.Ι.

Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, και Πνευμονολογική Κλινική, Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της συμμετοχής του *Acinetobacter baumannii* στην παθογένεια της πνευμονίας ασθενών σε μηχανικό αερισμό.

Υλικό-Μέθοδοι: Η διάγνωση πνευμονίας κατά την διάρκεια μηχανικού αερισμού ετέθη με καλλιέργεια βρογχοκυψελιδικού εκπυύματος σε 95 ασθενείς, 40 άνδρες, 55 γυναίκες, διάμεσης ηλικίας 57,8 (εύρος 22-73) ετών, από τους 397 που ετέθησαν σε μηχανικό αερισμό κατά την περίοδο 2000-2001. Μελετήθηκαν οι αναπτυσσόμενοι μικροοργανισμοί (>104/mL) στις καλλιέργειες του εκπυύματος και ιδιαίτερα το *Acinetobacter baumannii*, η σχέση του με προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών και η ανάπτυξη του επί πρώιμης ή όψιμης πνευμονίας (< ή > 7 ημέρες, αντίστοιχα).

Αποτελέσματα: Από σύνολο 35 επεισοδίων πνευμονίας με *Acinetobacter baumannii* κατά την διάρκεια μηχανικού αερισμού, 46 % διαπιστώθηκαν σε ασθενείς με πρώιμη πνευμονία και 54% σε ασθενείς με όψιμη (χ^2 4,88, $p < 0,005$). Προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών κατά τις 15 ημέρες προ της ανάπτυξεως πνευμονίας διαπιστώθηκε σε 47% των ασθενών με πρώιμη και σε 53% των ασθενών με όψιμη πνευμονία ($\chi^2 = 0,17$, $p > 0,005$).

Συμπέρασμα: Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης επιτρέπουν την σύνδεση του *Acinetobacter baumannii* με την όψιμη πνευμονία αλλά όχι με την προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών.

(P15)

Η ΙΝΩΔΟΛΥΣΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Χατζηζαχαριάς Ν., Παρασκευάκου Γ., Σπανάκη Φ.
Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

Η υπεροχή της θρομβόλυσης έναντι της πρωτογενούς επεμβατικής θεραπείας στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) συζητείται ακόμη ευρύτατα. Μέχρι και πρόσφατα, υπάρχουν εργασίες που δείχνουν παρόμοια αποτελέσματα των δύο τεχνικών.

Σε όλες τις βιομηχανικές χώρες η αναλογία των ηλικιωμένων ατόμων αυξάνεται και αυτό επιβάρυνει όλο και περισσότερο την επίλυση του προβλήματος της επιλογής της μεθόδου επαναιμάτωσης κατά το οξύ στάδιο του ΟΕΜ. Παρά τα ηλεκτροκαρδιογραφικά κριτήρια επιλογής (ανάσπαση του ST ή αποκλεισμό του αριστερού σκέλους) πολλοί ασθενείς συχνά αποκλείονται από τα πρωτόκολλα επαναιμάτωσης λόγω υψηλού κινδύνου θνητότητας. Η απόφαση για ινωδόλυση σε ένα ηλικιωμένο ασθενή είναι δύσκολη, διότι σε ένα τμήμα των ηλικιωμένων ασθενών το όφελος είναι μεγαλύτερο όσον αφορά την επιβίωση, αλλά και σε ένα άλλο μέρος ο κίνδυνος αιμορραγίας είναι εξίσου αυξημένος. Συνοδικά, η μελέτη GUSTO-I έδειξε ότι σε αυτόν τον πληθυσμό το καθαρό κλινικό όφελος (διασωθείσες ζωές μείον τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια) είναι θετικό.

Η εργασία αυτή παραθέτει δεδομένα που αφορούν την επιδημιολογία του ΟΕΜ στους ηλικιωμένους και το όφελος της επαναιμάτωσης με ινωδόλυση ή/και αγγειοπλαστική με σκοπό τη διευκόλυνση στην αξιολόγηση της σχέσεως κόστους/κινδύνου και την επιλογή της καταλληλότερης στρατηγικής επαναιμάτωσης σε κάθε περίπτωση.

(P14)

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Χατζηζαχαριάς Ν., Παρασκευάκου Γ.
Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση της διαγνωστικής προσέγγισης του ασθενούς με πνευμονική συλλογή σε στάδια, ώστε η διάγνωση να τεθεί γρήγορα, όσο το δυνατόν ευκολότερα και με μεγαλύτερη σιγουριά.

Η προσέγγιση του ασθενούς ξεκινά με τη λήψη του ιστορικού και με τη φυσική εξέταση, με τα οποία μπορούμε να αντλήσουμε πολλές χρήσιμες πληροφορίες που θα μας κατευθύνουν στη προσπάθεια για διάγνωση. Την εικόνα του ιατρού για το περιστατικό συμπληρώνει η απλή ακτινογραφία θώρακα και τέλος καθοριστική βοήθεια δίνεται από την ανάλυση του πνευμονικού υγρού. Το υγρό λαμβάνεται με παρακέντηση του θώρακα και στέλνεται για τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η διάγνωση τίθεται μετά την πρώτη παρακέντηση. Αν αυτό δεν είναι δυνατό τότε μπορούμε να καταφύγουμε στη χρήση της αξονικής τομογραφίας, της βρογχοσκόπησης, της πνευμοσκόπησης ή της βιοψίας του υπεζωκότα.

(P16)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Χατζηζαχαριάς Ν., Παρασκευάκου Γ.
Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η συγγραφή των κατευθυντήριων γραμμών της θεραπείας της καρδιακής ανεπάρκειας με απλή και περιεκτικό τρόπο.

Ως καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) ορίζεται η ανεπαρκής λειτουργία της καρδιάς, δηλαδή η αδυναμία να διατηρήσει παροχή ανάλογα με τις ανάγκες των ιστών, όταν έχει φυσιολογική πλήρωση (πιέσεις). Ο ορισμός ισχύει εφόσον η φλεβική επιστροφή είναι φυσιολογική. Στην ΚΑ το κλάσμα εξώθησης είναι <50%. Κλινικά, η ΚΑ διακρίνεται αδρά σε αριστερή, δεξιά και ολική και τούτο γιατί η ανεπάρκεια μιας κοιλίας, ιδίως της αριστερής, οδηγεί σε κάμψη και της άλλης κοιλίας με αποτέλεσμα την ολική ΚΑ. Εκδηλώνεται κλινικά με διάφορα συμπτώματα και σημεία, ενώ ουσιαστικές πληροφορίες μπορούμε να αντλήσουμε από την απλή ακτινογραφία θώρακος, από το ηλεκτροκαρδιογράφημα, το υπερηχογράφημα, τη δοκιμασία κοπώσεως, τη ραδιοϊσοτοπική κοιλιογραφία και τον καθετηριασμό των καρδιακών κοιλοτήτων. Το ασφαλέστερο κριτήριο για την εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας είναι η ικανότητα προς άσκηση και σύμφωνα με αυτή η ΚΑ διακρίνεται σε 4 κατηγορίες ή τάξεις κατά NYHA (New York Heart Association).

Η θεραπεία της ΚΑ συνεχώς μελετάται, αλλάζει και προσαρμόζεται στα καινούργια δεδομένα και συμπεράσματα που προκύπτουν. Επίσης, νέες σχετικά μελέτες έχουν αποδείξει πως φάρμακα που παλαιότερα απαγορευόταν η χρήση τους σε ασθενείς με ΚΑ, ασκούν ευεργετική δράση και έτσι πια η χορήγηση τους θεωρείται επιτακτική. Γενικά στη θεραπεία της ΚΑ σήμερα χρησιμοποιούνται η δακτυλίτιδα, τα διουρητικά, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιολογίνης, οι αναστολείς της αγγιολογίνης II οι β-αναστολείς, η δοβουταμίνη, οι αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης, οι ευαισθητοποιητές των ιόντων Ca^{+2} στο μυοκάρδιο και άλλα φάρμακα, όπως ηρεμιστικά, οξυγόνο, αντιαρρυθμικά, αντιπηκτικά κα., αλλά και παρεμβατικές μέθοδοι, όπως αφαίμαξη, ενδοαορτική αντλία, εκκενωτική παρακέντηση θώρακος και μυοκαρδιοπλαστική. Τέλος, όσοι ασθενείς πληρούν τις απαραίτητες ενδείξεις μπορούν να επιβέσουν τη διαδικασία της μεταμόσχευσης καρδιάς.



(P17)

**ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ
ΤΗΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ**

Χατζηζαχαριάς Ν., Γεννηματάς Σ., Παρασκευάκου Γ.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση νεότερων δεδομένων πάνω στην φυσιολογία του πλευριτικού υγρού καθώς και στην παθογένεια της υπεζωκοτικής συλλογής.

Υπεζωκοτική κοιλότητα καλείται η κοιλότητα που δημιουργείται ανάμεσα στα δυο πέταλα του υπεζωκότα, το περίτονο και το περισηλάχνιο. Φυσιολογικά η υπεζωκοτική κοιλότητα είναι γεμάτη με το πλευριτικό υγρό. Το πλευριτικό υγρό έχει όγκο 0,26 ml/kg βάρους σώματος και η ύνθεσή του είναι εκείνη του πλάσματος αφού έχει φιλτραρισθεί από δυο μεμβράνες, το τριχοειδικό ενδοθήλιο και το μεσοθήλιο του υπεζωκότα. Η ποσότητα του πλευριτικού υγρού παραμένει σταθερή ως αποτέλεσμα της ισορροπίας στη μεταφορά του από και προς την υπεζωκοτική κοιλότητα διαμέσου των μεμβρανών επιδρούν οι δυνάμεις της υδροστατικής και της κολλοειδοσμητικής πίεσης. Επιπλέον υγρό, λευκώματα και κύτταρα παροχετεύονται με τα λεμφαγγεία και τέλος, μικρή ποσότητα υγρού απορροφάται τη μεταφορά των ηλεκτρολυτών και την ενδοκυττάρωση πρωτεϊνών.

Ως υπεζωκοτική συλλογή ορίζεται η συλλογή κάθε υγρού στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Οφείλεται σε διάφορα αίτια που έχουν ως αποτέλεσμα τη μεταβολή της υδροστατικής ή της κολλοειδοσμητικής πίεσης, αύξηση της διαβατότητας των τριχοειδών ή δυσλειτουργία των λεμφαγγείων λόγω ανατομικής ή λειτουργικής απόφραξης.

(P19)

ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΠΡΩΡΟΤΗΤΑΣ (ROP)

Λαγκαδινού Μαρία, Σανούλης Βασίλειος

Υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Οφθαλμολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών Ιωάννη Κολλιόπουλου.

Στην εργασία περιλαμβάνονται: μια ιστορική αναδρομή της νόσου από το 1940 μέχρι και σήμερα και επιδημιολογικά στοιχεία όπως για παράδειγμα σε ποιες περιοχές παρατηρούνται μεγαλύτερα ποσοστά της νόσου, σε ποιες ηλικίες κ.α. Η εργασία είναι φτιαγμένη έτσι ώστε να τονιστούν οι προδιαθεσικοί παράγοντες της νόσου μεταξύ των οποίων κυρίαρχη θέση δίνεται στη δράση του O₂ (είναι ευεργετικός ή βλαπτικός παράγοντας σε ένα νεογνό?). Σημαντική αναφορά γίνεται και στους γενετικούς παράγοντες που πιθανότατα ευθύνονται για την εκδήλωση ROP. Στην εργασία αυτή μας απασχολούν και οι δυο επικρατέστερες θεωρίες σχετικά με τη παθογένεια της νόσου (ο αγγειοσπασμός των αμφιβληστροειδικών αρτηριοειδών ή η δραστηριότητα των ατρακτοειδών μεσεγχυματικών κυττάρων ευθύνονται για τη ROP?). Η κλινική εικόνα, πρόγνωση και σταδιοποίηση κατέχουν σημαντικό μέρος της εργασίας και μέσω αυτών προκύπτουν σημαντικά στοιχεία. Σχετικά με τη σταδιοποίηση παραθέτουμε και εικόνες που βοηθούν στη κατανόηση των επιμέρους σταδίων της νόσου. Τέλος αναφερόμαστε στη θεραπεία της νόσου που περιλαμβάνει την κρυοπηξία, το laser, υαλοειδεκτομή και την πιο συντηρητική αντιμετώπιση η οποία έγκειται στη χορήγηση βιταμινών και πενικιλιαμινών. Ποτέ πρέπει να ξεκινάει η θεραπεία? Ποια τα ποσοστά επιτυχίας και ποιες οι επιπλοκές? Τελειώνοντας παραθέτουμε κάποια συμπεράσματα σχετικά με τη νόσο η οποία αποτελεί σπουδαία αιτία τύφλωσης.

(P18)

ΑΔΡΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΟΣ X: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ

Λαβράνος Γιάγκος¹, Αγγελίδης Αγγελική², Βλάχοδημήτρης Αγγελική¹, Μανωλάκου Παναγιώτα¹, Παπαργύρη Άννα², Φεβράνογλου Χριστίνα², Χρήστου Μαρία-Βασιλική¹

1. Μέλος Ε.Ε.Φ.Ι.Ε. (παράρτημα Αθηνών), δευτεροετής φοιτητής/ρια Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., 2. Δευτεροετής φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Σκοπός της εργασίας: Ενώ η αδρανοποίηση του χρωμοσώματος X αποτελεί ένα κλάδο της σύγχρονης μοριακής γενετικής που τυγχάνει εκτεταμένης έρευνας διεθνώς, στην ελληνική βιβλιογραφία σπανίζουν οι σχετικές δημοσιεύσεις. Η εργασία μας επιδιώκει να συμβάλει στην πλήρωση του κενού αυτού συνοψίζοντας τα πορίσματα της σχετικής έρευνας, εστιάζοντας παράλληλα στις προεκτάσεις εκείνες του φαινομένου που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη πρακτική αξία για τον επαγγελματία της υγείας.

Υλικό και Μέθοδοι: Η ερευνητική μας ομάδα αξιοποίησε αρχαιακό υλικό και πρόσφατες δημοσιεύσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας περί γενετικής και μοριακής βιολογίας (περιοδικός επιστημονικός τύπος, ετήσιες ανασκοπήσεις, συγγράμματα). Επιπλέον επεξεργαστήκαμε σημαντικό αριθμό διαδίκτυακών πηγών πληροφορησης, ενώ το περιεχόμενο των διαλέξεων μελών Δ.Ε.Π. της Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. στάθηκε ένα ισχυρό ερέθισμα για την επέκταση της μελέτης μας προς νέες κατευθύνσεις.

Αποτελέσματα: Το προϊόν σαράντα και πλέον ετών έρευνας έχει οδηγήσει στη διαμόρφωση ενός ικανοποιητικού μοντέλου για το μηχανισμό της αδρανοποίησης του χρωμοσώματος X, παρότι αυτό συνεχώς συμπληρώνεται με νέα ευρήματα. Βασικό ρόλο στο μηχανισμό του φαινομένου κατέχουν το γονίδιο XIST και οι αλληλοουσίες LINE-1 ενώ άλλα γονίδια (TSIX, Xce) και πρωτεϊνικοί συμπαράγοντες (CTCF) συμβάλλουν στη διαδικασία. Εκτροπές του φαινομένου συνηγούνται σε σημαντικούς παθολογικούς φαινοτύπους όπως πνευματική καθυστέρηση, δύσμορφη ανάπτυξη και εκδήλωση X-φυσούσδετων νόσων σε θήλεα άτομα.

Συμπεράσματα: Η αδρανοποίηση του χρωμοσώματος X αποτελεί ένα εξαιρετικό μοντέλο για την κατανόηση της λεπτής ρύθμισης του γονιδιώματος αλλά και την εξελικτική της τελευταία, όπως προκύπτει από τη μελέτη επιμέρους οργανισμών-μοντέλων. Επιπλέον συνιστά ένα πεδίο μεγάλου ιατρικού ενδιαφέροντος, αφού ερμηνεύει την εκδήλωση ικανού αριθμού νοσηρών φαινοτύπων.

(P20)

ΑΓΝΟΔΙΚΗ Η ΑΘΗΝΑΙΑ, ΜΙΑ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΗΝΙΔΑ ΙΑΤΡΟΣ

Σιδηρόπουλος Ιορδάνης

Η ύπαρξη της Αγνοδίκης μαρτυρείται μόνο από τον Υγίνο, Λατίνο συγγραφέα του πρώτου αιώνα μ.Χ., ο οποίος και περιγράφει την πολύ ενδιαφέρουσα ιστορία της. Η τομή αυτή Ελληνίδα του τετάρτου αιώνα π.Χ. μεταμφιέστηκε σε άνδρα για να σπουδάσει ιατρική, αφού κάτι τέτοιο ήταν απαγορευμένο στις γυναίκες εκείνη την περίοδο.

Παρά το γεγονός ότι η ιστορικότητα της Αγνοδίκης αμφισβητείται, η ιστορία της, όπως περιγράφεται από τον Υγίνο, μας επιτρέπει να βγάλουμε ενδιαφέροντα συμπεράσματα για την ιδιότητα του ιατρού εκείνη την εποχή καθώς και για τα προβλήματα που αντιμετώπιζε κατά την άσκηση του λειτούργημάτος του.



(P21)

**Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ
ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

Δημητριάδης Χ., Κανέλλος Ι., Ζαχαράκης Ε., Κίτσιος Γ., Κανέλλος Δ., Μπέτσος Δ.

Δ' Πανεπ/κή Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση καλοήθων όγκων του δώδεκαδακτύλου.

Υλικό-Μέθοδοι: Κατά την χρονική περίοδο 1989-2001 αντιμετωπίσαμε συνολικά 6 ασθενείς με καλοήθεις όγκους του δώδεκαδακτύλου. Ήταν 4 άνδρες και 2 γυναίκες από 45 έως 76 ετών (μ.ο ηλικίας 64,4 έτη). Από αυτούς τους ασθενείς, οι 5 αντιμετωπίστηκαν για λιπομάτωμα (83,3%) και 1 για αδένωμα του δώδεκαδακτύλου (16,7%).

Αποτελέσματα: Η αναμία ήταν η πρώτη κλινική εκδήλωση σε 4 ασθενείς (66,6%), ενώ η αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό σε 2 ασθενείς (33,4%). Άλλα συμπτώματα ήταν οι μέλαινες κενώσεις (n=2) και η επιγαστρική ευαισθησία (n=3). Η ενδοσκοπική του ανωτέρου πεπτικού κατέδειξε την παρουσία του όγκου. Όλοι οι όγκοι είχαν διάμετρο > 2 εκ. και η ενδοσκοπική αφαίρεση δεν ήταν εφικτή. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με δώδεκαδακτυλοτομή και τοπική εκτομή του όγκου. Η μετεγχειρητική θνητότητα και νοσηρότητα ήταν μηδενική. Δεν παρατηρήθηκε υποτροπή του όγκου σε κανένα ασθενή.

Συμπεράσματα: Οι καλοήθεις όγκοι του δώδεκαδακτύλου είναι σπάνιοι. Η πιο συχνή εκδήλωση τους είναι η διαλείπουσα ή μαζική αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό. Η διάγνωση τίθεται με δώδεκαδακτυλοσκόπηση και η ενδεχόμενη θεραπεία είναι η χειρουργική εξαίρεση όταν η διάμετρός του όγκου υπερβαίνει τα 2 εκ.

(P23)

**ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Παπαγεωργίου Νικόλαος, Μπερτσιάς Δημήτριος

Γεγονός είναι, πως ο διαβήτης αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Ωστόσο η δευτερογενής πρόληψη συχνά παραβλέπεται στους διαβητικούς ασθενείς.

Στόχοι της δευτερογενούς πρόληψης αποτελούν: α) η σταθεροποίηση των ήδη υπάρχουσων βλαβών, β) η πρόληψη δημιουργίας νέων, γ) η βελτίωση της λειτουργίας του ενδοθηλίου.

Η βελτίωση του ελέγχου του διαβήτη, είτε μέσω φαρμάκων σουλφονυλουρίας, είτε μέσω υποδόριας χορήγησης ινσουλίνης, οδηγεί σε βελτίωση της ολικής χοληστερόλης, της LDL χοληστερόλης και των επιπέδων ολικών τριγλυκεριδίων.

Θεραπείες, οι οποίες περιορίζουν την πρωτεϊνουρία, είναι επίσης πιθανόν να ελαττώνουν την εμφάνιση της καρδιαγγειακής νόσου, ενώ χρήση του αναστολέα ACE, ελαττώνει το ρυθμό εξέλιξης της διαβητικής νεφροπάθειας και την πιθανότητα εμφάνισης της καρδιαγγειακής νόσου.

Επιπροσθέτως, τροποποίηση της αντίστασης της ινσουλίνης, ελαττώνει τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, την LDL χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια. Παράλληλα, τα επίπεδα της ινσουλίνης, η δράση PAI1 και το ινδογόνο, τα οποία έχουν σχέση με την εμφάνιση της καρδιαγγειακής νόσου, μειώνονται. Ακόμη, σημαντική θεραπεία προσφέρουν οι Β-αναστολείς, αλλά και η χρήση της ασπιρίνης.

Σημαντικά θα πρέπει να θεωρούνται, η αγωγή φαρμάκων κατά της παχυσαρκίας και η διακοπή του καπνίσματος, ενώ εξέχουσα θέση στη θεραπεία κατέχουν οι HMG-CoA αναστολείς.

Στις μέρες μας, ορόνα και περισσότερες έρευνες διεξάγονται για την επικράτηση της δευτερογενούς πρόληψης στους διαβητικούς ασθενείς, ώστε η σπουδαιότητα της να αναγνωριστεί και να χρησιμοποιηθεί κατάλληλα.

(P22)

ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗ ΡΙΝΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Κοκολάκης Γεώργιος¹, Χαραλαμπίκης Βασίλης¹, Δασκαλάκης Μάρκος², Μανιός Ανδρέας³

1. Φοιτητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, 2. Ειδικευόμενος χειρουργικής ογκολογίας ΠΑΓΝΗ, 3. Πλαστικός χειρουργός, Επιμελητής Β' Χειρουργικής, Ογκολογικής Κλινικής ΠΑΓΝΗ

Οι εφαρμογές μοσχευμάτων και ενθεμάτων στην αισθητική και επανορθωτική χειρουργική ρινός παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια.

Τα μοσχεύματα μπορεί να είναι οστικά και λαμβάνονται από λαγόνιο οστό, κρανίο, ωλέκραιο και πλευρές. Τέτοια μοσχεύματα προτιμώνται σε μεγάλα ελλείμματα σκελετού ρινός μετά από εκτομές, σε περιπτώσεις επιπλοκής ρινός και σε κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες. Χόνδρινα μοσχεύματα από ρινικό διάφραγμα, πλευρικούς χόνδρους ή το πτερύγιο του ωτός έχουν θέση είτε σε επανορθωτική ή σε αισθητική βελτίωση της ρινός. Αυτό γίνεται επίσης και για τη βελτίωση της λειτουργίας της δηλαδή την αποκατάσταση της έσω ρινικής βαθβίδας. Αυτομοσχεύματα επίσης μπορεί να ληφθούν από χόριο ή περιτονία. Σε περιπτώσεις διάτρησης διαφράγματος και επιπλοκής ρινός μπορεί να ενδείκνυται η χρήση δερματικών αλλομοσχευμάτων (Alloderm)

Στην πλαστική αποκατάσταση της ρινός χρησιμοποιούνται επίσης ενθέματα σιλικόνης, Proplast, Gore-Tex, πορώδους πολυαιθυλενίου ή κοκκίων υδροξυαπατίτη.

Συμπερασματικά, τα μοσχεύματα και τα νέα προϊόντα της βιοτεχνολογίας έχουν βελτίωση σημαντικά τα αποτελέσματα της ρινοπλαστικής κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών.

(P24)

ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΠΕΡΑ ΑΠ' ΤΙΣ ΑΝΤΙΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΕΣ ΤΟΥΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ

Παπαγεωργίου Νικόλαος, Μπερτσιάς Δημήτριος

Σημαντική θέση στο ρόλο και τη λειτουργία των στατινών παίζει η αναστολή του μεθαβενολικού οξέος με ποικιλότροπες επιδράσεις. Έχει αναφερθεί, ότι οι στατίνες αναστέλλουν τη μεταφορά και τον πολλαπλασιασμό των ομαίων αγγειακών κυττάρων (VSMC's), μειώνουν την ιντερλευκίνη κατά έξι φορές στα VSMC's, βελτιώνουν την αγγειοκινητικότητα στο ενδοθήλιο και αναστέλλουν τόσο το πλάσμινογόνο του ενεργού αναστολέα-1 όσο και το κέντρο γένεσης των μεταλλοπρωτεϊνών στα ενδοθηλιακά κύτταρα. Σημαντικό είναι, ότι οι επιδράσεις αυτές των στατινών είναι ανεξάρτητες του επιπέδου του πλάσματος χοληστερόλης.

Οι στατίνες αποτελούν παράγοντες μείωσης των λιπιδίων, με πολλα όφελος και ανεξάρτητα από τη μείωση της χοληστερόλης, έχουν σχέση με την προστασία και την βελτίωση της λειτουργίας του ενδοθηλίου. Αυτό είναι επιτυχές κυρίως μέσω της αυξημένης παραγωγής και διατήρησης του NO. Έχει βρεθεί ότι οι στατίνες έχουν αντιοξειδωτικές ικανότητες και αξιοποιούν διάφορα ανενεργά στοιχεία οξυγόνου.

Συμπερασματικά, συνεισφέρουν στη μείωση της πίεσης του αίματος σε υπερτασικούς ασθενείς, έχοντας αντιθρομβωτικές και αντιαρτηριοσκληρωτικές ικανότητες, παρέχουν προστασία από έμφραγμα, εμφανίζονται να βελτιώνουν την απόρριψη μοσχευμάτων σε μεταμοσχεύσεις και τέλος βελτιώνουν γνωστικές λειτουργίες σε ασθενείς με άνοια.

Παρόλα αυτά περαιτέρω έρευνες είναι απαραίτητες προκειμένου να εξαχθεί συμπέρασμα για τις τόσο σημαντικές και ποικιλότροπες επιδράσεις των στατινών.



(P25)

**ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ-ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Παπαγεωργίου Νικόλαος, Μπερτσιός Δημήτριος

Σκοπός: Παρουσίαση βασικών ενδοθηλιακών λειτουργιών και αξιολόγησης θεραπευτικών εφαρμογών σε δυσλειτουργία του ενδοθηλίου.

Αποτελέσματα: Το αγγειακό ενδοθήλιο αποτελεί ένα δυναμικό όργανο και βρίσκεται στην επιφάνεια όλων των αιμοφόρων αγγείων του ανθρώπινου σώματος, επιτελώντας εξέχουσας σημασίας λειτουργίες, όπως: ρύθμιση αγγειακού μυϊκού τόνου, επικόλληση λευκοκυττάρων και φλεγμονή, καθώς και διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ πήξης και ινωδόλυσης. Στις λειτουργίες αυτές σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν εκκρινόμενες από αυτό ουσίες, όπως το μονοξείδιο του αζώτου (NO), προστακυκλίνη, βραδυκίνη, ενδοθηλίνη, P.D.G.F, V.E.G.F, T.G.F κ.ά. Η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου αναγνωρίζεται από τη διαταραγμένη ενδοθηλίο-εξαρτώμενη αγγειοδιαστολή, προκαλώντας την εξέλιξη των στεφανιαίων αθηροσκληρωτικών βλαβών και θρομβωτικά συμβάντα, όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και η ασταθής στηθάγχη. Η προσέγγιση του δυσλειτουργικού ενδοθηλίου περιλαμβάνει πολλές τεχνικές, όπως διαστεφανιαία έγχυση ακετυλοχολίνης, PET scanning, πηθυσμιογραφία, κ.ά. Θεραπευτικά μπορούν να εφαρμοστούν μη-φαρμακευτικές και φαρμακευτικές μέθοδοι. Από τις μη-φαρμακευτικές, αποτελεσματικές, σύμφωνα με μελέτες, κρίθηκαν η χορήγηση βιταμίνης C σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια και υπέρταση, η λήψη φυλλικού οξέος από ασθενείς με αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης, η χορήγηση L-αργινίνης, καθώς και η άσκηση και η ελάττωση του καπνίσματος. Φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στη διόρθωση της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας είναι οι Αναστολείς του Μετατρεπτικού Ενζύμου Αγγειοτενσίνης (A.M.E.A.), Ροβαστατίνη, πρσαστατίνη, συμβαστατίνη, αναστολείς HMG-CoA reductase και σπιρονολακτόνη.

Συμπεράσματα: Ένας μεγάλος αριθμός φαρμακολογικών και μη-φαρμακολογικών θεραπειών εφαρμόζεται για τη βελτίωση της λειτουργίας του ενδοθηλίου. Παρ'όλα αυτά, τα αποτελέσματα παραμένουν αβέβαια. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιούνται κλινικά αποδεδειγμένες θεραπείες, για την αντιμετώπιση των οργανικών βλαβών της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας.

(P27)

ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΟΣ ΕΞΟΦΘΑΛΜΟΣ-ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΗ ΟΦΘΑΛΜΟΠΑΘΕΙΑ

Αιμίλιος Αθανάσιος

Σκοπός της εργασίας: Κατανόηση της φυσιολογίας των θυρεοειδικών ορμονών, του μηχανισμού δημιουργίας του θυρεοειδικού εξοφθάλμου, εκτεταμένη μελέτη της παθολογίας και παθοφυσιολογίας της ενδοκρινικής οφθαλμοπάθειας, επεξήγηση των σύγχρονων μεθόδων ταξινόμησης του εξοφθάλμου και παρουσίαση νέων τρόπων συντηρητικής και επεμβατικής αντιμετώπισης.

Υλικά και μέθοδοι: Σύγχρονες μελέτες που έχουν πρόσφατα δημοσιευτεί στο διαδίκτυο και αφορούν στην ανασκόπηση και συμπλήρωση των μέχρι στιγμής γνώσεων πάνω στην παθοφυσιολογία της ενδοκρινικής οφθαλμοπάθειας Grave's, πηθυσμιακές μελέτες που διεξήχθησαν στο εξωτερικό και πλούσιο φωτογραφικό υλικό από επεμβάσεις κρανιοχειρουργικής για τη διόρθωση της οφθαλμικής πρόπτωσης.

Αποτελέσματα: Διάκριση της παθολογίας και της αντιμετώπισης των συνθεσώτερων μορφών εξοφθάλμου με αντιπαραβολή στοιχείων για διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.

Συμπεράσματα: Ο εξοφθάλμος εμφανίζεται σαν γενικότερο σύμπτωμα μιας ανομοιογενούς ομάδας νοσημάτων, κάθε μια εκ των οποίων χρήζει διαφορετικής αντιμετώπισης, με προεξάρχουσα βαρύτητα και συχνότητα η ενδοκρινική οφθαλμοπάθεια.

(P26)

**ΝΕΟΓΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ(Ν.Ε.Λ.) & ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ
ΛΥΚΟΣ(Ε.Λ.) ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Μπερτσιός Δημήτριος, Παπαγεωργίου Νικόλαος

Σκοπός: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ&ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Αποτελέσματα: Ο Ε.Λ. αποτελεί μια σπάνια κατάσταση σε παιδιά. Συγκεκριμένα ο Ν.Ε.Λ. εμφανίζεται με συχνότητα 1/20000 γεννήσεις ζώντων και ο Ε.Λ. της παιδικής ηλικίας λαμβάνει χώρα σε 0.6/100000 παιδιά ετησίως. Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση με το φύλο του ασθενούς, που βρίσκεται τα κορίτσια να προσβάλλονται συχνότερα από τα αγόρια. Και οι δυο τύποι οφείλονται, αφενός μεν στη δράση κυκλοφορούντων μητρικών αυτοαντισωμάτων, όπως τα anti-Ro (SS-A) και anti-La (SS-B) στο Ν.Ε.Λ. καθώς και το αντιπυρηνικό αντίσωμα (ANA), anti-dsDNA, anti-Sm, anti-RNP, anti-Ro(SS-A), anti-La (SS-B) στον Ε.Λ. της παιδικής ηλικίας, αφετέρου δε σε άληθους παράγοντες, όπως η γενετική προδιάθεση, η ιογενής μόλυνση, κ.ά. άγνωστα αίτια. Ο Ν.Ε.Λ. εκδηλώνεται συνήθως προκαλώντας άληθες δερματικές βλάβες (τηλαγγεικτασίες, μελαγχρώσεις, δισκοειδείς εξάνθημα, κ.ά) και άληθες καρδιακές βλάβες, ηπατοσπληνομεγαλία, πνευμονία, θρομβοκυτοπενία. Συνήθως, οι βλάβες αυτές είναι αυτοπεριοριζόμενες, με εξαίρεση τον καρδιακό αποκλεισμό (block), που σχετίζεται και με μεγάλη θνητότητα ακόμα και μετά την εμφύτευση βηματοδότη. Ο Ε.Λ. της παιδικής ηλικίας προσβάλλει περισσότερο το δέρμα ή μπορεί να εμφανίζεται με τη μορφή Σ.Ε.Λ. προσβάλλοντας κάθε οργανικό σύστημα, με συχνότερα τους νεφρούς, τις αρθρώσεις και το αίμα. Ο Ν.Ε.Λ. δεν απαιτεί συγκεκριμένη θεραπεία. Απαρτίτη καθίσταται η εμφύτευση βηματοδότη, όταν συνυπάρχει καρδιακός αποκλεισμός. Στον Ε.Λ. της παιδικής ηλικίας μπορούν να χορηγηθούν κορτικοστεροειδή, τοπικά κορτικοστεροειδή και ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες.

Συμπεράσματα: Παρά τη σπανιότητα των νόσων απαιτούνται κατάλληλοι χειρισμοί, ώστε να προηγηθούν ή να αντιμετωπιστούν οι εκδηλώσεις τους. Προγεννητικός έλεγχος (εκτιμάται ότι 25% των επόμενων γεννήσεων από μπτέρα παιδιού με Ν.Ε.Λ. θα είναι προσβεβλημένες), ορολογικές και καρδιολογικές εξετάσεις ενδείκνυνται.

(P28)

Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV-1 ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

Κλεισαρχάκη Α.

Η παρούσα εργασία είναι μια ανασκόπηση στα σύγχρονα δεδομένα και τους παράγοντες κινδύνου που αφορούν την περιγεννητική μετάδοση του ιού HIV-1, η κατανόηση των οποίων είναι αναγκαία για το σχεδιασμό νέων προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων για το παραπάνω σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, που αποτελεί μεγάλη κοινωνική προτεραιότητα.

Υλικά και μέθοδοι: Τρέχουσα βιβλιογραφία, αρθρογραφία και διαδικτυακή ιατρική.

Αποτελέσματα: Η περιγεννητική μετάδοση του ιού κυμαίνεται από 13%-34% στις ανεπτυγμένες χώρες ενώ υπολογίζεται γύρω στο 43% στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σύμφωνα με κλινικές, ορολογικές και ιολογικές έρευνες η μετάδοση του ιού λαμβάνει χώρα τόσο κατά τον τοκετό, όσο και κατά την ενδομήτρια ζωή και το θηλασμό, με συχνότερη τη μετάδοση του ιού κατά τον τοκετό (40-80%). Παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης του ιού αφορούν τη μπτέρα, το έμβρυο, τον τοκετό, το θηλασμό αλλά και την ιδιαίτερη ανοσολογική απάντηση του νεογνού στον ιό που μπορεί να οδηγήσει μέχρι και σε "αποβολή" της λοίμωξης από το νεογνό. Αρκετοί από τους παραπάνω παράγοντες μπορούν να τροποποιηθούν παρεμποδίζοντας τη μετάδοση της νόσου στο έμβρυο.

Συμπεράσματα: Η συχνότερη μετάδοση του ιού κατά τον τοκετό σε συνδυασμό με τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου είναι ενθαρρυντικές για την ανάπτυξη προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων που εστιάζουν στη μείωση του μητρικού ιικού φορτίου με χημειοπροφυλαξη, στην ενίσχυση της μητρικής και νεογνικής ανοσολογικής απάντησης και στη μείωση της περι- και της μετα-γεννητικής έκθεσης στον ιό.



(P29)

Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ ΣΕ 4 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ

Λασιθιωτάκης Κώστας, Τζουβελέκης Αργύρης, Τσιβγούλης Στυλιανός, Κυριαζής Λουκάς, Γκίκας Αχιλλέας*

*Λοιμωξιολόγος Επ. Καθ. Ιατρικού τμήματος, Πανεπιστημίου Κρήτης
Ιατρική Σχολή Ηρακλείου, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Σκοπός: Ο υπολογισμός σταθμισμένων δεικτών επίπτωσης των Λοιμώξεων Χειρουργικής θέσης (ΛΧΘ) μετά από καισαρική τομή, αρθροπλαστική ισχίου και γόνατος και 3 ειδών επεμβάσεων γενικής χειρουργικής και η αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου για ανάπτυξη ΛΧΘ, σε νοσοκομεία της Κρήτης.

Μεθοδολογία: Προοπτική ενεργητική επιδημιολογική επιτήρηση των ασθενών που υποβλήθηκαν στις παραπάνω επεμβάσεις με δομημένο ερωτηματολόγιο.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν δεδομένα από 225 χειρουργικές επεμβάσεις (125 καισαρικές τομές, 21 αρθροπλαστικές ισχίου, 14 αρθροπλαστικές γόνατος, 34 χολοκυστεκτομές, 28 π्लाστικές αποκαταστάσεις βουβωνοκήλης και 13 σκληροεκτομές). Η επίπτωση της ΛΧΘ ήταν 6,67% που ταξινομήθηκε αναλυτικότερα σε επιπολής ΛΧΘ 1,33%, εν τω βάθει ΛΧΘ 4,0% και λοιμωξη οργάνων χώρων 1,33%. Ελέγχθηκαν συνολικά 14 παράγοντες κινδύνου και βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την παράταση της προεγχειρητικής διάρκειας νοσηλείας.

Συμπέρασμα: Στις κλινικές που μελετήθηκαν η διάρκεια της νοσηλείας πριν από την χειρουργική επέμβαση είναι ασυνήθιστα μεγάλη αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο για ΛΧΘ.

(P31)

Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΩΝ 19ου ΑΙΩΝΑ: Η ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΔΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΩΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

Μάσουελ Παύλος, Κένταρχος Ναπολέων, Νίζον Αλέξανδρος, Παπαδημητρίου Δήμητρα, Τσολλάκη Φλωρίαννα
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός: Η περιγραφή των γεγονότων που συνετέλεσαν στην ανάπτυξη της χειρουργικής και η αναφορά των πρωτοποριακών μεθόδων που έφεραν άνθηση στον τομέα αυτό. Η αποδοχή και εφαρμογή νεώτερων μεθόδων ασηψίας -αντισηψίας, καθώς και της αναισθησίας έθεσε τις βάσεις για την υλοποίηση πιο περίπλοκων χειρουργικών επεμβάσεων. Η αναδιοργάνωση και η αναβάθμιση των νοσοκομειακών χώρων και η καθιέρωση της νοσηλευτικής ιδιότητας ως επαγγέλματος, οδήγησε σε ακμή όλους τους τομείς της χειρουργικής επιστήμης, αρχικά στην Γαλλία και έπειτα στην Αγγλία και την Γερμανία. Πρωτοπόροι ιατροί θεμελίωσαν τους σύγχρονους τομείς της χειρουργικής: Θωρακοχειρουργική, καρδιοχειρουργική, νευροχειρουργική, χειρουργική οφθαλμολογίας, γυναικολογία-μαιευτική, π्लाστική χειρουργική, χειρουργική κοιλιάς, ορθοπαιδική, ωτορινολαρυγγολογία και αγγειοχειρουργική. Οι καινοτομίες του 2ου μισού του 19ου αιώνα δημιούργησαν τις απαραίτητες προϋποθέσεις που έφεραν επανάσταση στον 20ο αιώνα και καθιέρωσαν τη χειρουργική ως αναπόσπαστο μέρος της ιατρικής πρακτικής.

(P30)

ΕΜΒΟΛΙΑ

Καμπούρογλου Γεώργιος, Ζωβοΐλης Αθανάσιος

Σκοπός της εργασίας: Μελέτη βασικών ανοσολογικών αρχών του εμβολιασμού, συγκέντρωση και κατηγοριοποίηση όλων των υπάρχοντων εμβολίων, μελέτη όσων βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο και των ερευνητικών προσπαθειών για την παρασκευή νέων εμβολίων. Θελήσαμε να αποτελέσει η εργασία μας έναν οδηγό για το φοιτητή και το γιατρό, από τον οποίο θα μπορεί να αντλήσει πληροφορίες για τα εμβόλια.

Υλικό και μέθοδοι: Βιβλιογραφική αναζήτηση σε επιστημονικές βιβλιοθήκες, internet, πρόσφατα δημοσιευμένα άρθρα σε ιατρικά περιοδικά και επίσκεψη σε φαρμακευτικές εταιρίες παρασκευής εμβολίων.

Αποτελέσματα: Αφού κάνουμε μια σύντομη ανασκόπηση της ιστορίας των εμβολίων, αναφερόμαστε στις ανοσολογικές αρχές του εμβολιασμού (Ενεργητική και παθητική ανοσία, ανοσολογική απόκριση στον εμβολιασμό). Ακολουθεί αναφορά των ανεπιθύμητων ενεργειών του εμβολιασμού και των κυριότερων αντιγόνων που χρησιμοποιούνται ως εμβόλια. Στη συνέχεια γίνεται μια ταξινόμηση των υπάρχοντων εμβολίων στις κατηγορίες: *Εμβόλια για παιδιά:* (Εμβόλιο φυματώσεως, διφθερίτιδας, Ηπατίτιδας Β, Αιμόφιλου της γρίπης, ιθράς, παρωτίτιδας, κοκκύτη, πολιομυελίτιδας, ερυθράς, τετάνου & ανεμοβλογιάς), *Εμβόλια για ενήλικες:* (Εμβόλιο γρίπης, πνευμονιόκοκκου), *Εμβόλια για ομάδες ειδικού κινδύνου και ειδικές γεωγραφικές περιοχές:* (Εμβόλιο για αδενοϊό, άνθρακα, χολέρα, ηπατίτιδα Α, ιαπωνική εγκεφαλίτιδα, μηνιγγιτιδόκοκκο, χολέρα, λύσσα, εγκεφαλίτιδα Tick-Borne, τυφοειδή πυρετό, κίτρινο πυρετό), *Επιβεγμένα εμβόλια για το μέλλον:* (Εμβόλιο για τον κυτταρομεγαλοϊό, εμβόλιο ζωντανού ιού της γρίπης, HIV, για τη νόσο του Lyme, για ασθένειες από παράσιτα, για ροταϊό).

Συμπεράσματα: Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία εμβολίων για όλες τις ηλικίες και για εξειδικευμένες περιπτώσεις και ειδικές γεωγραφικές περιοχές, ενώ διεξάγεται έρευνα για την παρασκευή εμβολίων ενάντια σε ασθένειες, καινούριες ή μη, που μαστίζουν την ανθρωπότητα.

(P32)

Η ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΣΤΗ Β-ΟΜΟΖΥΓΟ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ: ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΜΙΑ ΠΡΟΣΦΑΤΩΣ ΔΙΑΠΙΣΤΟΥΜΕΝΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ, ΜΕ ΙΔΙΟΥΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ, ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στεφανόπουλος Δημήτρης, Πέτρου Κυριάκος, Καθογεράκης Δημήτρης
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών - Ιατρική Σχολή.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μιας ιδιαίτερα ενδιαφέρουσας επιπλοκής της β-θαλασσαιμίας, της οστεοπόρωσης, η οποία τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται σε ολόένα αυξανόμενο ποσοστό θαλασσαιμικών ασθενών. Πρόκειται για μία διαπίστωση των τελευταίων ετών, που έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών, τα αποτελέσματα των μελετών των οποίων παρατίθενται και σχολιάζονται διεξοδικά. Ιδιαίτερα τονίζονται οι ιδιαιτερότητες της "θαλασσαιμικής οστεοπόρωσης" όσον αφορά στην επιδημιολογία, στη φυσική ιστορία, στην παθογένεια και στην κλινική εικόνα της νόσου, σε σύγκριση με το λοιπό πληθυσμό.

Υλικό-Μέθοδοι: Η εκπόνηση της εργασίας μας βασίστηκε σε στοιχεία που προκύπτουν από την ανασκόπηση σχετικής ελληνικής και διεθνούς ιατρικής βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας, από τη διαδικτυακή ιατρική, ενώ με γαός όγκος πληροφοριών προέρχεται από τις ανακρινόμενες και τα πρακτικά όλων των παγκοσμίως συνεδρίων θαλασσαιμίας της τελευταίας δετίας.

Αποτελέσματα: Η οστεοπενία και η οστεοπόρωση συγκαταλέγονται πλέον στις βασικές επιπλοκές της θαλασσαιμίας, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Μοιραυότι πολλή σημαία της οστικής νόσου συμπίπτουν με ήδη γνωστά δεδομένα, η οστεοπόρωση στους θαλασσαιμικούς εμφανίζει πολλές ιδιαιτερότητες: Εμφανίζεται με σημαντικά υψηλή επίπτωση, σε νεαρή ηλικία (οστεοπενία ακόμη και σε άτομα κάτω των 20 ετών), σχεδόν εξίσου και στα δύο φύλα και αφορά κυρίως στη σπονδυλική στήλη και στο ισχίο. Παθογενετικά συσχετίζεται κυρίως με ενδοκρινολογικά προβλήματα όπως ο υπογοναδισμός, ο Σ.Δ., ο υποθυρεοειδισμός, και ο υποπαραθυρεοειδισμός, αλλά και με την αιμοσιδήρωση, την ιδιοπαθή ασβεστουρία και τις χαμηλές τιμές Hb που συνοδεύουν τη νόσο. Επίσης, ως ένα βαθμό συμμετέχουν και γενετικοί παράγοντες. Ακόμη όμως και η κλινική εικόνα είναι ιδιαίτερη, καθώς τα οστεοπορωτικά κατάρματα και το έντονο άλγος παρουσιάζονται αρκετά σπάνια στην κατηγορία αυτή των ασθενών. Τέλος, γίνεται αναφορά σε συγκεκριμένες κλινικές έρευνες Ελλήνων και Ευρωπαίων Μεσογολόγων, αλλά και στη διάγνωση και στη θεραπεία της οστεοπόρωσης, όπως αυτές διαμορφώνονται μέσα από το πρίσμα της θαλασσαιμίας.

Συμπεράσματα: Η β-ομόζυγος θαλασσαιμία, με τον συνεχώς αυξανόμενο μέσο όρο ηλικίας των ασθενών, είναι μία νόσος που διαρκώς εξελίσσεται και συχνότατα μας εκπλήσσει. Τυπικό παράδειγμα αποτελεί η χαρακτηριστική επιπλοκή της οστεοπόρωσης, της οποίας η διερεύνηση έχει ενταθεί σημαντικά κατά την τελευταία δεκαετία φέρνοντας στο φως νέα δεδομένα.



(P33)

**ΑΝΟΣΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ-I:
ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

**Στεφανόπουλος Δημήτρης, Καθογεράκης Δημήτρης, Πέτρου Κυριάκος,
Αναγνωστοπούλου Μαρία**

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών - Ιατρική Σχολή.

Σκοπός της εργασίας: Αναλυτική περιγραφή των αυτοάνοσων μηχανισμών που συμμετέχουν στην παθογένεια του σακχαρώδη διαβήτη τύπου I (IDDM-1), όπως αυτοί διαμορφώνονται μέσα από τα τελευταία ερευνητικά και κλινικά δεδομένα. Σχηματικά διακρίνουμε 6 στάδια ανάπτυξης της νόσου και παρουσιάζουμε διεξοδικά τα γεγονότα που εκτυλίσσονται σε κάθε στάδιο.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σχετικής ελληνικής και ξένης αρθρογραφίας και βιβλιογραφίας της τελευταίας επταετίας. Σημαντικές επίσης πληροφορίες αντλήθηκαν από το υλικό ειδικών ενδοκρινολογικών-διαβητολογικών διεθνών συνεδρίων, που πραγματοποιήθηκαν κατά την ίδια χρονική περίοδο.

Αποτελέσματα: Τα πρόσφατα δεδομένα κατατάσσουν τον IDDM-1 αναμφίβοла πλέον στην κατηγορία των αυτοάνοσων νοσημάτων. Η εγκατάσταση της νόσου, προϋποθέτει: (α) Συνεχή παραμονή του εκλυτικού-προκλητικού αιτίου με αποτέλεσμα συνεχή έκθεση αυτοαντιγόνων στα ανοσοϊκανά κύτταρα, (β) Αλληόωση επιτόπων των αυτοαντιγόνων και (γ) Ανατροπή της ισορροπίας της ανοχής αυτοαντιγόνων.

Εξάλλου, τα στάδια ανάπτυξης της νόσου, ακολουθούν σχηματικά την εξής σειρά: (1) Γενετική ευαισθησία, χωρίς δραστική αυτοανοσία: Προσδιορίζεται ακριβέστερα ο ρόλος "διαβητογόνων" γόνων, σχετιζομένων υπολειπόμενων γόνων ή ψευδογόνων, καθώς και των αντιγόνων DR3 και DR4. (2) Εκλυτικά επεισόδια. Αναφέρονται όλοι οι μέχρι σήμερα γνωστοί εκλυτικοί παράγοντες και ο μηχανισμός πρόκλησης της νόσου. (3) Η παρουσία δραστικής αυτοανοσίας με φυσιολογική έκκριση ινσουλίνης. Πλήθυσμοι αυτοαντισωμάτων (CFICA, ICSA, κυτταροτοξικά έναντι των νησιδιακών κυττάρων, IAA IgG τύπου) και νέα στοιχεία για τις σχετιζόμενες με αυτούς διαγνωστικές δοκιμασίες. (4) Προοδευτική καταστροφή των β-κυττάρων με μείωση της έκκρισης ινσουλίνης. Συμμετοχή της κυτταρικής και της χυμικής ανοσίας. (5) Κλινικά έκδηλος διαβήτης. (6) Πλήρης καταστροφή β-κυττάρων και απορρέουσα παντελής έλλειψη παραγωγής C-πεπτιδίων.

Συμπεράσματα: Ο IDDM-1 ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '60 συσχετίσθηκε με αυτοάνοσες διεργασίες. Σήμερα, η ορθότητα της απόψεως αυτής θεωρείται αδιαμφισβήτητη, ενώ οι νεότερες μελέτες διεκδικούν όλο και βαθύτερα στους ανοσο-παθογενετικούς μηχανισμούς της νόσου, φέρνοντας στο φως εξαιρετικά ενδιαφέροντα στοιχεία με άμεσα πρακτική σημασία σε διαγνωστικό και θεραπευτικό επίπεδο.

(P35)

**ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ:
ΟΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ,
ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΩΣ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

**Στεφανόπουλος Δημήτρης, Πέτρου Κυριάκος, Καθογεράκης Δημήτρης,
Αναγνωστοπούλου Μαρία**

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών - Ιατρική Σχολή.

Σκοπός της εργασίας: Στην παρούσα εργασία προσεγγίζουμε την πολυπαραγοντική νόσο της παχυσαρκίας από την οπτική γωνία της σύγχρονης Ενδοκρινολογίας με σκοπό να καταδείξουμε πόσο στενά συσχετίζεται ο κλάδος αυτός της ιατρικής με τη συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα, τόσο σε επίπεδο αιτιοπαθογένειας όσο και σε επίπεδο παθοφυσιολογικών επακολούθων.

Υλικό-Μέθοδος: Για τη διεκπεραίωση της εργασίας μας βασιστήκαμε σε πληροφορίες προερχόμενες από ανασκόπηση της σύγχρονης ιατρικής αρθρογραφίας, από εξειδικευμένη βιβλιογραφία, καθώς και από διεθνείς πανεπιστημιακούς διαδίκτυους τόπους. Εξάλλου, ιδιαίτερα πολύτιμη στάθηκε η συνεργασία μας με τη Διδάκτωρα του Πανεπιστημίου Αθηνών, Ενδοκρινολόγο κα Ρομπότη Ε., αλλά και με τον Ενδοκρινολόγο-Διατροφολόγο κ.ον.Ανδρών Χρ., οι οποίοι μας παρείχαν υλικό προερχόμενο από τις πιο πρόσφατες διεθνείς, κλινικές και εργαστηριακές μελέτες επί του θέματος.

Αποτελέσματα: Η παχυσαρκία αποτελεί αντικείμενο μελέτης της Ενδοκρινολο-

(P34)

**ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ/ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ - ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ -
ΝΕΟΑΓΓΕΙΟΓΕΝΕΣΗ: ΤΑ ΤΡΙΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΛΕΠΤΙΝΗΣ**

**Στεφανόπουλος Δημήτρης, Καθογεράκης Δημήτρης, Πέτρου Κυριάκος,
Αναγνωστοπούλου Μαρία**

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών - Ιατρική Σχολή.

Σκοπός της εργασίας: Στην παρούσα εργασία αναλύουμε τις βιολογικές δράσεις της λεπτίνης, καθώς και τους μηχανισμούς με τους οποίους η ορμόνη αυτή σχετίζεται με ορισμένες παθολογικές καταστάσεις. Ιδιαίτερα τονίζεται το γεγονός ότι η λεπτίνη δε συνδέεται αποκλειστικά και μόνο με την παχυσαρκία, όπως πιστευόταν μέχρι και το τέλος της δεκαετίας του '90, αλλά και με άλλες λειτουργίες, όπως αποδεικνύουν πρόσφατες μελέτες.

Υλικό-Μέθοδος: Οι πληροφορίες που αναφέρονται στην εργασία μας, προέρχονται από ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς ιατρικής αρθρογραφίας και βιβλιογραφίας της τελευταίας πενταετίας, από τη διαδικτυακή ιατρική, αλλά και από τη συνεργασία μας με την Ιατρό κα Καράλη Αντωνία, η συνδρομή της οποίας υπήρξε πολύτιμη.

Αποτελέσματα: Η λεπτίνη είναι μία ουσία που παράγεται στο λιπώδη ιστό και έγινε γνωστή το 1995, για τη δράση της στον υποθάλαμο (ανορεξιογόνος δράση), καθώς και για την παρέμβασή της στη ρύθμιση του ενεργειακού ισοζυγίου επιταχύνοντας το μεταβολισμό και αυξάνοντας την κατανάλωση ενέργειας. Με αυτόν τον τρόπο θεωρήθηκε ως ορμόνη που προφυλάσσει από την παχυσαρκία (φαινόμενο λεπτινο-αντοχής). Εκτός όμως από τα ανωτέρω στοιχεία έγινε γνωστό ότι για τη νέα αυτή ουσία υπάρχουν υποδοχείς και σε πολλούς άλλους ιστούς, όπως είναι τα νεοαγγειοσώματα τριχοειδή (επαγωγή νεοαγγειογένεσης) και κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος (πολλαπλασιασμός, διαφοροποίηση, ενεργοποίηση, κυρίως των T-λεμφοκυττάρων). Επιπλέον φαίνεται να περιορίζει τη δράση της ενδογενούς ινσουλίνης (σχετικός βαθμός ινσουλινοαντοχής - υπερινσουλιναίμιας - σακχαρώδης διαβήτης τύπου-II). Είναι λοιπόν προφανές η κλινική σημασία αυτών των ευρημάτων, ιδιαίτερα μάλιστα σε θεραπευτικό επίπεδο. Τέλος, εκτός από την παρουσίαση όλων των μέχρι σήμερα γνωστών μηχανισμών δράσεως της λεπτίνης στα διάφορα κύτταρα-στόχους, γίνεται αναφορά στις σχετικές με αυτήν έρευνες που ευρέως λαμβάνουν χώρα, στα μέχρι στιγμής αποτελέσματα και στις προσδοκίες που έχουμε από τις μελέτες αυτές.

Συμπεράσματα: Η νεο-ανακαλυφθείσα ορμόνη λεπτίνη, δείχνει να διαδραματίζει περισσότερους από έναν σημαντικούς ρόλους στον ανθρώπινο οργανισμό. Νεότερα δεδομένα τη θέλουν να υπεισέρχεται σε όλο και περισσότερες φυσιολογικές λειτουργίες ή παθολογικές καταστάσεις, γεμίζοντας με αισιοδοξία γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων για τη μελλοντική θεραπεία ενός μεγάλου αριθμού νοσημάτων. Εντούτοις, οι προσδοκίες μας από τις σχετικές εξελίξεις πρέπει να διέπονται από εμμετροπεία.

γίας σε δύο βασικούς τομείς: (Α) Στον τομέα της αιτιοπαθογένειας της νόσου, όπου ορισμένες ενδοκρινικές ή νευρο-ενδοκρινικές διαταραχές φαίνεται ότι συσχετίζονται αιτιολογικά με την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Συγκεκριμένα, αναλύεται ο ρόλος των υποθαλαμικών κέντρων του κορεσμού και της πείνας και πώς αυτά μεταβάλλουν τη λειτουργία τους κάτω από την επίδραση της γλυκόζης, της ινσουλίνης, των κατεχολαμινών, της λεπτίνης, των κορτικοειδών και άλλων ουσιών. Επιπλέον, αμυγώ ενδοκρινικά νοσήματα επιπλέκονται με την ανάπτυξη της παχυσαρκίας, η οποία μάλιστα συχνά λαμβάνει ιδιαίτερους χαρακτήρες (Σ. Cushing, Υποθυρεοειδισμός, Υπογοναδισμός, Υποθαλαμικά νοσήματα, Ανεπάρκεια GH κ.α) (Β) Στον τομέα των επιπλοκών που εμφανίζονται σε ασθενείς με υπερβάλλον βάρος. Εδώ αναφέρουμε τους μηχανισμούς μέσα από τους οποίους ιδιαίτερα ενδοκρινολογικά προβλήματα παρουσιάζονται σε σημαντικό αριθμό παχυσαρκών. Ορισμένα από αυτά είναι η διαταραχή στην παραγωγή και στο μεταβολισμό των φυτικών ορμονών, διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, η ελάττωση της GH, η αντίσταση στην ινσουλίνη, ο υπερινσουλινισμός, η δυσανοχή στη γλυκόζη και το σύνδρομο Reaven.

Συμπεράσματα: Στα πλαίσια της πολυπαραγοντικής παθογένειας της παχυσαρκίας, σημαντικό μερίδιο καταλαμβάνουν πολλές ενδοκρινικές και νευροενδοκρινικές διαταραχές, οι οποίες δρουν αμυγώ αιτιολογικά για τη νόσο αυτή. Από την άλλη μεριά, πλήθος ενδοκρινικών ανωμαλιών έχει αποδειχθεί ότι οφείλονται στην παχυσαρκία, ενώ ένα μικρότερο μέρος αυτών δρουν άλλοτε αιτιολογικά και άλλοτε εμφανίζονται ως επακόλουθα της νόσου.



(P36)

ΑΝΟΙΚΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

Μαρτιναίος Ανδρέας, Χατζηθεοδώρου Θεόδωρος, Μπένης Ιωάννης, Μώσης Ευστάθιος, Τόκης Αναστάσιος

Παρά τις προόδους που έχουν σημειωθεί στην αντιμετώπιση των καταγμάτων, τα ανοικτά κατάγματα παραμένουν ένα σοβαρό πρόβλημα στην καθημερινή ορθοπαιδική πράξη. Η συνεχής αύξηση των κακώσεων υψηλής ενέργειας τα τελευταία έτη και η εξέλιξη στην αντιμετώπιση των πολυτραυματιών μετέτρεψε τον αρχικό στόχο της αντιμετώπισης των ανοικτών καταγμάτων που ήταν η διάσωση της ζωής του ασθενούς. Σήμερα στόχος της αντιμετώπισης είναι η σύντομη ανάκτηση της πλήρους λειτουργικότητας του τραυματισθέντος σκέλους. Για να έχουμε ένα καλό αποτέλεσμα, τα ανοικτά κατάγματα πρέπει να αντιμετωπιστούν αρχικά στον τόπο του ατυχήματος και να ακολουθήσει έγκαιρη μεταφορά στο κέντρο αντιμετώπισης για την οριστική θεραπεία. Η αποστειρωμένη επίδεση και η προσωρινή ακινητοποίηση του κατάγματος στον τόπο του ατυχήματος φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία των ανοικτών καταγμάτων. Οι μηχανικές πλύσεις και ο εκτενής χειρουργικός καθαρισμός, η έγκαιρη αντιμετώπιση πιθανών αγγειακών βλαβών, η σταθεροποίηση του κατάγματος καθώς και η πρόληψη της φλεγμονής είναι οι βασικές αρχές της ενδονοσοκομειακής φροντίδας των αιμοδυναμικά σταθερών ασθενών με ανοικτά κατάγματα.

(P38)

ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΦΥΤΟΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Πολυμερόπουλος Ευάγγελος, Περίκος Φώτης, Καπανής Σαράντος
Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

Σκοπός: Η παροχή εισαγωγικών γνώσεων όσον αφορά στα φυτοφάρμακα-φυτοπροστατευτικά σκευάσματα και η ανασκόπηση επιδημιολογικών δεδομένων, σχετικά με δηλητηριάσεις από φυτοπροστατευτικά φάρμακα που αφορούν την Ελλάδα.

Υλικό και μέθοδοι: Έγινε ανασκόπηση των τρέχοντων δεδομένων, αλήθαι και χρησιμοποίηση καθιερωμένων πηγών, όπως συγγραμμάτων τοξικολογίας. Μελετήθηκε επίσης το αρχείο του Κέντρου Δηλητηριάσεων (Νοσ. Παίδων Π. & Α. Κυριακού).

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Η δημιουργία ενός φακέλου για ένα φυτοφάρμακο πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία: α) την ταυτότητα της ουσίας, β) τις φυσικοχημικές ιδιότητες της, γ) τη βιολογική της δράση, δ) μεθόδους ανάλυσης, ε) μελέτες τοξικοκινητικής και τοξικότητας στον άνθρωπο και τα θηλαστικά, στ) έλεγχο υπολειμμάτων, ζ) συμπεριφορά στο περιβάλλον, η) οξοτοξικολογικές μελέτες. Στην Ελλάδα στα τέλη της δεκαετίας του '80 είχαμε μια κάθετη πτώση του ποσοστού δηλητηριάσεων από φυτοπροστατευτικά φάρμακα. Το ποσοστό αυτό είναι πλέον 3,26% στο σύνολο των δηλητηριάσεων της χώρας (2001-ο μέσος όρος στα 25 χρόνια λειτουργίας του Κέντρου Δηλητηριάσεων είναι 4,1%) και η πλειοψηφία των δηλητηριάσεων οφείλεται σε οργανοφωσφορικά, ακολουθούμενα από λιπάσματα και ζιζανιοκτόνα.

(P37)

ΤΑ ΑΡΧΕΓΟΝΑ ΒΛΑΣΤΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ

Καμπούρογλου Γεώργιος

Σκοπός της εργασίας: Συγκέντρωση τελευταίων βιβλιογραφικών δεδομένων πάνω στα Αρχέγονα Βλαστικά Γεννητικά Κύτταρα και ενδελεχής μελέτη του κύκλου ζωής και των λειτουργιών τους στα ανθρώπινα έμβρυα.

Υλικό και μέθοδοι: Βιβλιογραφική αναζήτηση σε επιστημονικές βιβλιοθήκες, internet, πρόσφατα δημοσιευμένα άρθρα σε ιατρικά και βιολογικά περιοδικά.

Αποτελέσματα: Αρχικά, γίνεται καθορισμός της προέλευσης των Αρχέγονων Βλαστικών Γεννητικών Κυττάρων και μια ανασκόπηση του κύκλου ζωής τους, μέχρι την μετατροπή τους σε ώριμα γεννητικά κύτταρα τόσο στο έμβρυο όσο και στο θήλυ. Στη συνέχεια εξηγείται ο πολυδύναμος χαρακτήρας τους μέσω μελέτης της κατάστασης μεθυλίωσης των γονιδίων τους. Έπειτα γίνεται αναφορά στην πορεία και τις φάσεις μετανάστευσής τους από την επιβίωση ως τις γεννητικές ακροφίες. Κατά τη μεταναστευτική τους πορεία μελετώνται οι μεταβολές της προσκόλλησής τους σε μόρια της Εξωκυττάριας Θεμέλιας Ουσίας, οι μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις και η ταχύτητα μετανάστευσής τους στις διάφορες φάσεις, καθώς και οι διάφορες τεχνικές απεικόνισής τους. Τέλος, γίνεται αναφορά στην εγκατάστασή τους στις γεννητικές ακροφίες καθώς και στις ανωμαλίες που προκύπτουν όταν τα Αρχέγονα Βλαστικά Γεννητικά Κύτταρα εγκατασταθούν από λάθος σε εξωγοναδικές θέσεις.

Συμπεράσματα: Τα Αρχέγονα Βλαστικά Γεννητικά Κύτταρα διαδραματίζουν τον κύριο ρόλο κατά τα πρώτα στάδια της εμβρυϊκής ζωής για την ομαλή ανάπτυξη των γαμετών. Επίσης, αποτελούν ένα ενδιαφέρον πεδίο για ενδελεχέστερη έρευνα.

(P39)

Η ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ Η ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Αναγνωστοπούλου Μαρία, Στεφανόπουλος Δημήτρης, Πέτρου Κυριάκος, Καλογεράκης Δημήτρης
Ε.Κ.Πανεπιστήμιο Αθηνών - Ιατρική Σχολή.

Συνεχώς αυξάνεται ο αριθμός των αποτελεσμάτων που αποδεικνύουν ότι η μεταγευματική κατάσταση είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συντελεί στην ανάπτυξη της αθηροσκλήρυνσης. Στις περιπτώσεις μη ύπαρξης σακχαρώδη διαβήτη, οι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη αθηροσκλήρυνσης, οι οποίοι περιλαμβάνουν τα επίπεδα των λιπιδίων, το σύστημα πήξης του αίματος και το ενδοθηλιακό σύστημα, μπορούν να τροποποιηθούν κατά τη μεταγευματική κατάσταση. Η παραγωγή μιας οξειδωτικής έντασης είναι ο πιο κοινός δρόμος δια μέσου του οποίου η τροφή μπορεί να επιφέρει αυτές τις μεταβολές. Στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη αυτά τα φαινόμενα μπορούν να εξηγηθούν από τη μεταγευματική υπεργλυκαιμία.



(P40)

ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

Μακροδόγμα Σοφία

Σκοπός της εργασίας: Η μελέτη της δομής, του μεταβολισμού και της παθογόνου δράσης του *H. pylori*, ο ρόλος του στο γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος και στη γένεση του γαστρικού καρκίνου, η διάγνωση της λοίμωξης από αυτό και οι σύγχρονες θεραπείες εκρίζωσής του.

Υλικό και μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκε η τρέχουσα ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, πρακτικά συνεδρίων, άρθρα από επιστημονικά περιοδικά και εικονογραφικό υλικό από διαδικτυακούς τόπους.

Αποτελέσματα: Πρόκειται για gram αρνητικό μικροαερόφιλο βακτήριο μεγάλης γενετικής ετερογένειας. Μεταδίδεται μέσω της στοματοστοματικής ή της κοπρανοστοματικής οδού. Η ικανότητα αποίκησης του στομάχου αποδίδεται στην έντονη κινητικότητα του, στην τοπική αύξηση του pH (ουρεάση), στην αντίσταση στη φαγοκυττάρωση και στην παραγωγή μορίων προσκόλλησης. Με αντιγονικό ερεθισμό επάγει έκκριση διαβιαστών και τελικά φλεγμονή του επιθηλίου και του χορίου (γαστρίτιδα και έλκος), περισσότερο έντονη στο άντρο. Επιπλέον προκαλεί βλεννογονική καταστροφή μέσω της απελευθέρωσης μορίων, όπως ελεύθερες ρίζες οξυγόνου, NO, κυτταροτοξίνες και φωσφολιπάσες. Την αρχική ατροφία διαδέχεται εντερική μεταπλάση. Ο αρχικός έλεγχος δυσπεπτικού ασθενή γίνεται με αναιμάκτη μέθοδο π.χ. δοκιμασία ουρίας στην αναπνοή ή έλεγχος αντιγονικότητας κοπράνων. Σε ενδοσκοπήση υποβάλλονται όσοι δεν ανταποκρίνονται σε χορηγηθείσα αγωγή ή υποτροπιάζουν ταχύτητα μετά τη διακοπή της. Η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός ενός αναστολέα της αντλίας πρωτονίων με δυο αντιβιοτικά (κλαριθρομυκίνη ή αμοξικιλίνη) δυο φορές την ημέρα για μια τουλάχιστον εβδομάδα.

Συμπεράσματα: Η συχνότητα ανίχνευσης του επικίνδυνου *H. pylori* παραμένει υψηλή, όμως βρίσκεται σε πτωτική πορεία λόγω βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής. Η αποτυχία εκρίζωσης αποδίδεται κυρίως στην ανάπτυξη αντοχής. Οι τεχνικές μοριακής βιολογίας αναμένεται να αξιοποιηθούν νέους θεραπευτικούς παράγοντες όπως αναστολείς μηχανισμών προσκόλλησης, χημειοταξίας, ουρεάσης κ.τ.λ.

(P42)

ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΙΣΧΥΟΣ ΤΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΜΥΩΝ

Βολωνάκης Εμμανουήλ, Αρβανίτης Ιωάννης, Κοσμάς Χρήστος, Καμπουρίδης Στυλιανός, Παπαδοπούλου Χαραλαμπία

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή μεθόδων έλεγχου της ισχύος των αναπνευστικών μυών. Η λειτουργική κατάσταση των αναπνευστικών μυών και η γνώση της είναι πολύ σημαντικές σε νευρομυϊκές παθήσεις είτε για τη διάγνωση, είτε για την παρακολούθηση της εξέλιξής τους. Επίσης χρησιμεύει στην προεγχειρητική εκτίμηση της λειτουργίας της αναπνευστικής αντλίας, καθώς και στα πλαίσια παρακολούθησης νοσηλευόμενων σε ΜΕΘ.

Υλικό-Μέθοδοι: Για την εργασία χρησιμοποιήθηκε υλικό από δημοσιεύσεις ερευνητών σε ιατρικά περιοδικά και αντίστοιχη βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα: Η ισχύς των αναπνευστικών μυών μπορεί να εκτιμηθεί με τον λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής, απλές, προχωρημένες, καθώς και με απεικονιστικές δοκιμασίες.

Σε ότι αφορά το λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής η χαμηλή ζωτική χωρητικότητα (VC), χαμηλή ολική πνευμονική χωρητικότητα (TLC), ή αύξηση του υπολειπόμενου όγκου (RV), μπορούν να βάλουν τα υποψία αδυναμίας των αναπνευστικών μυών.

Οι απεικονιστικές δοκιμασίες περιλαμβάνουν την ακτινογραφία θώρακος,

(P41)

ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ

Κοσμάς Χρήστος, Καμπουρίδης Στυλιανός, Βολωνάκης Εμμανουήλ, Αρβανίτης Ιωάννης, Παπαδοπούλου Χαραλαμπία

Σκοπός: Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση του μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού ως σύγχρονης μεθόδου υποβοήθησης της αναπνοής, η κατάδειξη των πλεονεκτημάτων του, καθώς και η διερεύνηση των καταστάσεων εκείνων στις οποίες κάτω από τις κατάλληλες προϋποθέσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί.

Υλικό-Μέθοδοι: Για την πλήρη έκπτυξη της ερευνάς μας χρησιμοποιήσαμε σύγχρονη βιβλιογραφία και αρθρογραφία από έγκυρα ιατρικά περιοδικά καθώς και πηγές του διαδικτύου.

Αποτελέσματα: Το κύριο πλεονέκτημα του μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού είναι η αποφυγή της διασωληνώσεως η οποία σχετίζεται με πολλές επιπλοκές όπως τραυματισμούς του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, των φωνητικών χορδών. Ακόμη η διασωληνώση διευκολύνει την εμφάνιση ενδοανοσοκομειακής πνευμονίας και παράλληλα προκαλεί δυσφορία και άγχος στον ασθενή ο οποίος αδυνατεί να μιλήσει και να τραφεί.

Διαπιστώσαμε την ύπαρξη συγκεκριμένων καταστάσεων-ενδείξεων στις οποίες μπορεί να εφαρμοστεί καθώς και τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται ανα περίπτωση.

- Κατ' αρχήν θεωρείται θεραπεία εκλογής για το σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο όπου η εφαρμογή συνεχούς θετικής πίεσης (CPAP) κατά την διάρκεια της νύχτας σταθεροποιεί την διαβατότητα του φάρυγγα.
- Επίσης ενδείκνυται σε ανωμαλίες του θωρακικού τοιχώματος όπου κυρίαρχη θέση έχει η κυφωσκολίωση.
- Εξαιρετική χρησιμότητα έχει στην υποβοήθηση της αναπνοής σε νευρομυϊκά νοσήματα, όπως στην πολιομυελίτιδα, τη συριγγομυελία, την πλήγια μυατροφική σκλήρυνση, κ.α.
- Άλλη μια ένδειξη είναι η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) όπου σήμερα εφαρμόζεται κατ'οίκον για λίγες ώρες ημερησίως στον ύπνο, σε συνδυασμό με την συντηρητική θεραπεία, βελτιώνοντας σημαντικά τα αποτελέσματα.
- Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται επιτυχώς, σε επιλεγμένους ασθενείς με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια.
- Επιπλέον χρησιμοποιείται στον απογαλακτισμό από τον αναπνευστήρα (weaning), ώστε να πετύχουμε ταχύτερη και ασφαλέστερη έξοδο από τον αναπνευστήρα.

Συμπεράσματα: Ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός αποτελεί μια σύγχρονη μέθοδο υποβοήθησης της αναπνοής με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και αποδεδειγμένη χρησιμότητα σε μια σειρά καταστάσεων επιβάρυνσης της αναπνευστικής λειτουργίας. Η χρήση του αναμένεται να επεκταθεί τα επόμενα χρόνια και σε άλλες ανάλογες καταστάσεις.

στην οποία μπορεί να παρατηρηθεί άνοδος του ενός ή και των δύο ημιδιαφραγμάτων, καθώς και την εκτίμηση της κινητικότητας του διαφράγματος κατά την αναπνοή με την συμβολή της ακτινοσκόπησης και των υπερήχων.

Στις απλές δοκιμασίες κατατάσσονται η μέτρηση της μέγιστης στατικής εισπνευστικής (MIP) και εκπνευστικής (MEP) στοματικής πίεσης, μέθοδοι μη επεμβατικές.

Οι προχωρημένες δοκιμασίες αποτελούν μεθόδους πιο σύνθετες και επεμβατικές. Ο έλεγχος γίνεται κατά τη διάρκεια απότομης εισπνοής από τη μύτη (δοκιμασία Sniff). Σε αυτήν μετρώνται η ρινική (SNIP), στοματική (SniffPmo) καθώς επίσης η οισοφαγική (SniffPoes) και γαστρική (SniffPgas) πίεση. Από τις δύο τελευταίες υπολογίζεται η διαδιαφραγματική πίεση (SniffPdi). Η διαδιαφραγματική πίεση (Pdi) υπολογίζεται και κατά τη μέγιστη εισπνευστική ή εκπνευστική προσπάθεια έναντι αποφραγμένου αεραγωγού (Pdimax). Εκτός αυτών όμως υπάρχουν μέθοδοι που δεν απαιτούν τη συνεργασία του ασθενούς. Αυτές είναι ο ηλεκτρικός ή μαγνητικός ερεθισμός του φρενικού νεύρου και η μέτρηση της παραγόμενης με αυτόν το τρόπο Pdi.

Τέλος και η μελέτη της κινητικότητας του θωρακικού τοιχώματος μπορεί να δώσει αρκετές πληροφορίες για τη λειτουργία των αναπνευστικών μυών.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά για τον έλεγχο ασθενών με ανεξήγητη δύσπνοια ενδείκνυται προσέγγιση με δοκιμασίες αυξανόμενης πολυπλοκότητας, ενώ για την παρακολούθηση ασθενών με εξερισόμενα νευρομυϊκά προβλήματα προτιμώνται οι απλές.



(P43)

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Παρασκευάκου Γεωργία, Χατζηζαχαριάς Νικόλαος, Γεννηματά Σοφία-Αντιόπη, Μάντζαρη Ειρήνη

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση νέων δεδομένων της παθολογίας, διαγνωστικής προσέγγισης και θεραπειάς της πνευμονικής υπέρτασης.

Η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση είναι μια αιμοδυναμική ανωμαλία που τελικά οδηγεί στο θάνατο λόγω δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας. Η πρωτοπαθής μορφή της νόσου με άγνωστη αιτιολογία πρέπει να διαχωρίζεται από τη μορφή εκείνη που προκύπτει δευτεροπαθώς λόγω πνευμονικών και εξωπνευμονικών διαταραχών. Η παθολογικά αυξημένη πνευμονική αρτηριακή πίεση και πνευμονική αγγειακή αντίσταση αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτής της νόσου. Ακόμη χαρακτηρίζεται από την αναδιαμόρφωση του τοιχώματος των αγγείων που αποδίδεται εν μέρει στην αύξηση της πνευμονικής αγγειακής αντίστασης. Επίσης οι διαταραχές της τάσης του οξυγόνου στα τριχοειδή, της λειτουργίας των ιοντικών διαύλων αλλά και της σύνθεσης των τοπικών αγγειοδραστικών παραγόντων στους πνεύμονες μπορούν να συμβάλλουν στην παθογένεια της πνευμονικής υπέρτασης. Πρόσφατα, μεταλλάξεις στα γονίδια BMPR2 και ALK-1 έχουν ανακαλυφθεί σε ασθενείς με πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση. Αυτά τα γονίδια αποτελούν μέλη της υποοικογένειας του TGF-β υποδοχέα και η ακεραιότητα τους είναι σημαντική για τη διατήρηση ενός φυσιολογικού πνευμονικού τόνου και δομής. Κλινικά η πνευμονική υπέρταση αρχικά εμφανίζεται με μη ειδικά συμπτώματα, όπως δύσπνοια, στηθαγχικά ενδοχρήματα και σημεία δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας. Η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση της πνευμονικής υπέρτασης κυρίως περιλαμβάνει περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας, μακράς διάρκειας αντιπηκτική θεραπεία και θεραπεία με αγγειοδιασταλτικούς παράγοντες. Οι αναστολείς διαύλων αβσποσίου είναι η πιο αποτελεσματική μακράς διάρκειας θεραπεία με το να βελτιώνει τα συμπτώματα και την αιμοδυναμική κατάσταση στους ασθενείς με πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση. Η καλύτερη κατανόηση της παθογένειας της πνευμονικής υπέρτασης έχει ως αποτέλεσμα την αξιοποίηση παραγόντων, όπως οι προσταγλαίνες, που μπορούν να αναστρέψουν την υπερπλησία των πνευμονικών αγγειακών κυττάρων και να οδηγήσουν στην οπισθοχώρηση της πνευμονικής αγγειακής υπερτροφίας και αναδιαμόρφωσης. Η μακράς διάρκειας θεραπεία με ενοπρωστενίνη (προσταγλαίνη 12 ή προστακυκλίνη) βελτιώνει τη δυνατότητα άσκησης, την αιμοδυναμική κατάσταση και την επιβίωση στους περισσότερους ασθενείς με πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση. Παρόλα αυτά, σε ασθενείς με σοβαρή πνευμονική υπέρταση οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι κοινές και η επιβίωση όχι τόσο ικανοποιητική (55% στα 5 χρόνια) σε μακράς διάρκειας θεραπεία με ενοπρωστενίνη. Αυτοί οι ασθενείς αποτελούν ένδειξη για χειρουργική δημιουργία ενός ανοίγματος στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα (blade balloon atrial septostomy) και για μεταμόσχευση πνευμόνων.

(P45)

ΟΔΟΝΤΙΚΟ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΔΙΕΙΣΔΥΣΗ

Βάννα Θεοδώρα

Επιβλέπων μέλος ΔΕΠ: Κοντακιώτης Ε., Επ. Καθηγητής Παν. Αθηνών

Μικροδιδείωση ορίζεται η δίοδος βακτηρίων, υγρών και χημικών ουσιών ανάμεσα στην οδοντική ουσία και οποιοδήποτε εμφρακτικό υλικό. Η ύπαρξη του στρώματος που δημιουργείται στα τοιχώματα των ριζικών σωλήνων κατά την χημικομηχανική επεξεργασία ονομάζεται οδοντικό επίχρισμα (Smear Layer). Αυτό αποτελείται από οδοντίνη, υπολείμματα πολφικού ιστού, πρωτεΐνες, οδοντοβλαστικές αποφυάδες, κύτταρα του αίματος και μερικές φορές βακτήρια. Στην κλινική πράξη έχει δείξει ότι ο καλύτερος συνδυασμός για την αφαίρεσή του είναι η εναλλαγή χρήσης υποχλωριώδους νατρίου (NaOCl) και αιθυλενοδιαμινοτετραοξικού οξέος (E.D.T.A.). Αναφέρεται τα τελευταία χρόνια και η χρήση των Lasers για την επιτυχή απομάκρυνσή του. Το Smear Layer είναι χαλαρά συνδεδεμένο με τα τοιχώματα της οδοντίνης των ριζικών σωλήνων, και δεν αποτελεί πλήρη φραγμό στην είσοδο των βακτηρίων στα οδοντινοσωληνάρια. Από την άλλη πλευρά το Smear Layer δρα σαν φυσικός φραγμός στην προσκόλληση και διείσδυση των φυραμάτων εμφραξης των ριζικών σωλήνων μέσα στα οδοντινοσωληνάρια. Η αφαίρεση του στην κλινική πράξη ελπίκεται τον κίνδυνο της επαναμόλυνσης των οδοντινοσωληνάρων εάν αποτύχει τόσο η εμφραξη των ριζικών σωλήνων όσο και η ερμητικότητα της μυελικής αποκατάστασης.

(P44)

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ - ΝΕΩΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Μπερτσιός Δημήτριος, Παπαγεωργίου Νικόλαος

Σκοπός: Παρουσίαση καρδιακών βλαβών στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και νεωτέρων εξελίξεων στη συσχέτιση της με αθηρωμάτωση και καρδιακή προσβολή.

Αποτελέσματα: Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (ΡΑ) αποτελεί μια χρόνια, συμμετρική, πολυαρθρική, αλβή και συστηματική φλεγμονώδη νόσο που προσβάλλει κυρίως τον αρθρικό υμένα των μικρών αρθρώσεων. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες με αναλογία 3/1 προς τους άνδρες. Είναι δυνατόν όμως, να συνοδεύεται και από εξωαρθρικές συστηματικές εκδηλώσεις. Οι καρδιακές εκδηλώσεις της ΡΑ συνίστανται σε:

- 1) Περικαρδίτιδα, εμφανίζεται στο 10-50% των ασθενών με ΡΑ, ιδιαίτερα εκείνων με ρευματοειδή οζίδια και μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακό επιπωματισμό και συμπτωτική περικαρδίτιδα,
- 2) Βαλβιδοπάθεια, ιδιαίτερα της αορτικής και της μιτροειδούς,
- 3) Στεφανιαία αρτηρίτιδα,
- 4) Διαταραχές αγωγιμότητας,
- 5) Μυοκαρδίτιδα (εξαιρετικά σπάνια),
- 6) Καρδιακή προσβολή και έμφραγμα.

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι γυναίκες με ΡΑ έχουν δύο φορές αυξημένο κίνδυνο για καρδιακή προσβολή από γυναίκες χωρίς ΡΑ. Επιπροσθέτως γυναίκες με ΡΑ για τουλάχιστον 10 χρόνια έχουν τριπλάσιο κίνδυνο για καρδιακή προσβολή από γυναίκες χωρίς. Στο γεγονός αυτό εξέχοντα ρόλο διαδραματίζουν ορισμένα κύτταρα και μόρια που πυροδοτούν αντιδράσεις αυτοανασίας οδηγώντας σε αθηρωμάτωση και διαμόρφωση αθηρωματικής πλάκας. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται: ανώμαλα Τ-λεμφοκύτταρα, μακροφάγα, κύτταρα που εκφράζουν MHC μόρια (ενδοθηλιακά και λευκά μυικά κύτταρα), καθώς και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), οξειδωμένη LDL (προκαλώντας έκλυση anti-oxLDL αντισωμάτων), η HSP 60/65 πρωτεΐνη (εκλύοντας αυτοανσοαντιδραση) και η B₂-γλυκοπρωτεΐνη Ι (B2GPI).

Συμπέρασμα: Η ΡΑ μέσω διαδικασιών αυτοανασίας προκαλεί καρδιακές αλλοιώσεις, πολλές φορές επικίνδυνες για τη ζωή. Οι τελευταίοι συσχετισμοί της νόσου με την εξέλιξη της αθηρωματικής διαδικασίας και της καρδιακής προσβολής καθιστούν συνετή την λήψη επιθετικών μέτρων για την προστασία της καρδιάς στους ασθενείς με ΡΑ, ώστε να αντιμετωπιστούν οι παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο.

(P46)

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΦΘΑΛΜΩΝ

Κατσούλη Ευαγγελία, Κουσουρής Δημήτριος

Ο κλινικός γιατρός συχνά καλείται να αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών με λοιμώξεις οφθαλμών. Είναι σαφές ότι οι οφθαλμοί είναι ιδιαίτερα ευπαθείς σε λοιμώξεις από ποικίλους λοιμογόνους παράγοντες όπως βακτήρια, μύκητες, παράσιτα και ιούς. Η εργασία αυτή αποσκοπεί στη συνοπτική παρουσίαση των κυριότερων μικροοργανισμών που προσβάλλουν την περιοχή του οφθαλμού.

Η εργασία είναι δομημένη με βάση την κατάταξη των μικροοργανισμών (βακτήρια, μύκητες, ιοί, παράσιτα) ενώ γίνεται συνοπτική αναφορά στις κυριότερες κλινικές εκδηλώσεις που προκύπτουν από τη λοίμωξη, καθώς και βασικά στοιχεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία των λοιμώξεων αυτών. Χρησιμοποιήθηκε ελληνική, αγγλική και γαλλική βιβλιογραφία έγκυρων συγγραφέων που αναφέρεται στην παθολογία των οφθαλμών καθώς και στη μικροβιολογία των παραγόντων εκείνων που έχουν τη δυνατότητα να προκαλούν οφθαλμικές λοιμώξεις.

Στόχους των παθολογικών μικροοργανισμών αποτελούν σχεδόν όλα τα λειτουργικά τμήματα του οφθαλμού. Πολλοί δε μικροοργανισμοί προσβάλλουν ταυτόχρονα πολλοί από τους στόχους στην ευρύτερη εξωφθάλμια και ενδοφθάλμια περιοχή, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται συχνά η λειτουργικότητα του οφθαλμού ως ενιαίου αισθητηρίου οργάνου. Τα συμπτώματα τα οποία απορρέουν τόσο από εντοπισμένες όσο και από συστηματικές λοιμώξεις όπως η σύφιλη είναι συνήθως επώδυνα προκαλούν έντονη δυσφορία στον ασθενή.

Καθίσταται σαφές ότι η βαθύτερη γνώση και μελέδωση των ιδιαίτερων βιολογικών και μορφολογικών χαρακτηριστικών των μικροοργανισμών που μοιούνται τον οφθαλμό είναι και πρέπει να είναι καθοριστικής σημασίας για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Γνωρίζοντας όσο το δυνατόν περισσότερα για το λοιμογόνο παράγοντα αυξανόμαστε τόσο η ευαισθησία της διάγνωσης όσο και η αποτελεσματικότητα της αγωγής.



(P47)

ΕΡΓΟΣΠΙΡΟΜΕΤΡΙΑ

Κουφός Σπυρίδων

Στη βιβλιογραφική αυτή εργασία, παρουσιάζεται η εφαρμογή της μεθόδου της εργοσπιρομετρίας αφενός μεν ως διαγνωστικού εργαλείου σε καρδιο-λογικές και πνευμονολογικές παθήσεις, όπως επίσης και ως εργαλείο εκτίμησης της ικανότητας/ φυσικής κατάστασης ενός αθλητή με βάση την εκτίμηση παραμέτρων όπως το ανασπνέσιμο κατώφλι και η μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου (Vo₂max). Γίνεται αναφορά στις φυσιολογικές προσαρμογές του οργανισμού κατά την άσκηση και επομένως της κλινικής σημασίας των πορισμάτων της συγκεκριμένης μεθόδου σε συγκεκριμένες παθήσεις (π.χ. ασκησηγενές άσθμα κλπ) που μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως διαφορο-διαγνωστικό κριτήριο. Παράλληλα και σε αντιπαραβολή με την αντίδραση και τα αναμενόμενα αποτελέσματα των μετρήσεων αυτών σε αθλητές, διακρίνεται η οξεία και ευρύτερη εφαρμογή της μεθόδου τόσο σε ασθενείς όσο και σε αθλητές, αφού οι μετρήσεις γίνονται σε μια δυναμική κατάσταση (ο εξεταζόμενος είτε τρέχει, είτε ποδηλάτει) που μπορεί να προσδιορίσει, είτε το μέτρο της επιβάρυνσης της φυσιολογικής ζωής (που είναι επίσης δυναμική) ενός π.χ καρδιολογικού ασθενούς, είτε το μέτρο των προσδοκώμενων επιδόσεων ενός πρωταθλητή. Σκοπός επομένως της παρούσης είναι να παρουσιάσει την δοκιμασία καθαυτή καθώς και τη διττή της χρησιμότητα τόσο στην κλινική πράξη όσο και στο χώρο της αθλητιατρικής.

(P49)

ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ

Περλικός Φ.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει τα σύγχρονα δεδομένα στην φυσική εξέλιξη της νόσου με την ηλικία και τις σύγχρονες τάσεις στην θεραπευτική αντιμετώπιση.

Υλικό: Το υλικό προήλθε από ευρεία ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, από όπου εξάχθηκαν τα συμπεράσματα.

Αποτελέσματα: Το παιδικό βρογχικό άσθμα είναι μια νόσος με συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα, βαρύτητα και θνησιμότητα. Στην Ελλάδα έχει φτάσει το 10% των παιδιών σχολικής ηλικίας με αυξητικές τάσεις. Στην βρεφική ηλικία αποδίδεται συχνά σε ιογενή λοίμωξη, ενώ στην παιδική σχετίζεται κύρια με την αλλεργία. Το άσθμα εξαφανίζεται στο 30-50% των παιδιών (ειδικά αγοριών) κατά την εφηβεία αλλά συχνά επανεμφανίζεται στην ενήλικη ζωή. Το είδος του φαρμάκου και η συσκευή χορήγησης εξαρτάται από το στάδιο βαρύτητας του άσθματος και την ηλικία του ασθενούς. Κύρια φάρμακα για την καταπολέμηση του παιδικού άσθματος είναι τα στεροειδή, οι β₂ διεγέρτες, η χρομολίνη, η νεδοχρομόλη, η θεοφυλλίνη κ.λπ.

Συμπεράσματα: Το βρογχικό άσθμα στα παιδιά αποτελεί συνεχώς διογκούμενο πρόβλημα ειδικά στις ανεπτυγμένες χώρες. Η κατανόηση των διαφορών που κατά ηλικία, και η προσαρμογή της θεραπείας ανάλογα, είναι σημαντικό στοιχείο της επιτυχημένης αντιμετώπισής του.

(P48)

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Περλικός Φ., Λέκκας Ι.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει τα σύγχρονα δεδομένα και τις τάσεις στη αντιμετώπιση των καταγμάτων των πλευρών και του στέρνου και του καθαρού θώρακα.

Υλικό: Το υλικό προήλθε από ευρεία ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, από όπου εξάχθηκαν τα συμπεράσματα.

Αποτελέσματα: Τα κατάγματα των πλευρών είναι η πιο συννηθισμένη κάκωση στο θωρακικό τοίχωμα. Συχνότερα συμβαίνουν στις πλευρές 4-9 με κύρια εντόπιση την μεσότητα του πλευρικού τόξου. Η θνησιμότητα σε ηλικιωμένους αυξάνει πάρα πολύ και φτάνει σε ασθενείς πάνω από 80 ετών το 20%. Η θεραπεία στοχεύει στην μείωση του πόνου και την αποφυγή ατελεκτασίας ενώ η ακινητοποίηση του πάσχοντος ημithωρακίου αντενδύεται. Ο καθαρός θώρακας (flail chest) επιπλέκει το 10-20% των σοβαρών κακώσεων του θώρακα. Σε απλές μορφές αντιμετωπίζεται με αναλγησία, χορήγηση οξυγόνου και καθημερινή ρινοτραχειακή αναρρόφηση. Σε βαριές όμως κακώσεις απαιτείται σταθεροποίηση που επιτυγχάνεται με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής ή με χειρουργική επέμβαση.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση των κλειστών κακώσεων του θωρακικού τοιχώματος και των επιπλοκών τους είναι συχνό ιατρικό πρόβλημα και συνήθως απαιτείται απλή αλλά άμεσα εφαρμόζομενα θεραπευτικά μέτρα.

(P50)

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Καλαμπόκας Εμμανουήλ¹, Χατζής Γεώργιος¹

¹ Φοιτητές Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Μία από τις σύγχρονες μάστιγες που εξακολουθεί να ταλανίζουν εκατομμύρια ανθρώπων ανά τον κόσμο είναι τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν.). Με τον όρο Σ.Μ.Ν. νοείται όλη εκείνη η κατηγορία των νοσημάτων που μεταδίδονται μέσω σεξουαλικής επαφής, με κατέχουσα κυρίαρχη θέση το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) και τις χλαμυδιακές λοιμώξεις. Αν μάλιστα αναλογισθεί κανείς ότι η διάδοση των νοσημάτων αυτών εξαρτάται και από άλλους παράγοντες-όπως η μορφωτική, κοινωνική ή οικονομική στάθμη-τότε είναι εύκολο αντιληπτό πως το πρόβλημα καθίσταται εξαιρετικά πολυσχιδές.

Σκοπός της εργασίας μας είναι η άρτια και λεπτομερής παρουσίαση όλων των νοσημάτων και των παραγόντων που τα προκαλούν καθώς και της επιδημιολογίας τους κατανομή.

Αναλυτικότερα αποτελέσματα και λεπτομερέστερη ανάλυση, θα γίνει κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.



(P51)

**ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ: ΑΚΟΥΓΟΝΤΑΙ ΤΟΣΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ
ΣΕ ΜΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΣΥΝΕΧΩΣ ΑΥΞΑΝΟΜΕΝΗ. ΔΙΚΑΙΑ Η ΑΔΙΚΑ;**

Καθηγέρκας Δημήτριος, Πέτρου Κυριάκος, Στεφανόπουλος Δημήτριος

Σκοπός της εργασίας: Η λιποαναρρόφηση, μια πρόσφατη ανακάλυψη (1974 Fischer/1978 Illouz) είναι η αφαίρεση του επίμονου, ανθεκτικού στη δίαιτα και την άσκηση λίπους (κυρίως κληρονομικού). Πολύ συχνά στα ΜΜΕ καταγγελλίες έρχονται στο φως συστήματα με τη μέθοδο και τις επιπλοκές της. Σκοπός της εργασίας είναι η ερμηνεία της αιτιολογίας τους και μια προσέγγιση στην ορθότητα τους.

Υλικό-Μέθοδοι: Αρχεία ΜΜΕ, βιβλιογραφία και αρθρογραφία, ξένη και ελληνική, διαδυσκτική πλαστική χειρουργική.

Αποτελέσματα: Η λιποαναρρόφηση χρησιμοποιεί παλιές και νέες τεχνικές (χαρακτηριστικός ο αριθμός των καταχωρημένων πατέντων ανά χειρουργό στην Αμερική).

Μέθοδοι: Παραδοσιακή (υγρή), TUMESCENT, υπέρηχοι Ιης και ΙΙης γενιάς και υπέρηχοι ΙΙΙης γενιάς. Τα προβλήματα που προκύπτουν συχνότερα αφορούν μετεγχειρητικές δυσμορφίες. Οι κάνουλες που χρησιμοποιούνται έχουν διαφορετικό μέγεθος και υλικό κατασκευής.

Μικρότερες σε μέγεθος (Tumescent) έχουν λιγότερες αιμορραγίες άρα και μετεγχειρητικές ουλές, αλλά μεγαλύτερη καταστροφή ιστικών και λιπωδών κυττάρων και βέβαια ασθενέστερο αποτέλεσμα. Η χρήση των μικρότερων απαιτεί περισσότερο χρόνο, που συνεπάγεται ένα μεγάλο νοσοκομείο μεγαλύτερη διάρκεια χρήσης των χειρουργείων και περισσότερα έξοδα, γι' αυτό ευρύτερα εφαρμόζεται σε μικρότερα ιατρεία, που όμως δεν μπορούν να υποστηρίξουν βαριές οξείες επιπλοκές (θρομβοεμβολικά επεισόδια, καρδιακή ανακοπή). Οι μεγαλύτερες σε δ. κάνουλες ωστόσο δεν είναι εύκαμπτες και δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ασθενείς με μικρό τοπικό πρόβλημα παχυσαρκίας.

Στη μέθοδο με την Ιη και ΙΙη γενιά υπέρηχων έχουν παρατηρηθεί διάτρηση νεφρού, χοηδόχου κύστης, νευρολογικές επιπλοκές και έχουν αναφερθεί περιστατικά για υπερθέρμανση και ρήξη υλικού από τις κάνουλες μέσα στο Α.Ι.Ο. Παρτηρούνται συχνά ογκίδια (seromas, συλλογές υγρού), ουλές στο δέρμα (end hits) από την έξοδο της κάνουλας και εγκαύματα. Η ΙΙη γενιά που ήρθε πρόσφατα από την Ιταλία είναι πολύ ακριβή (ο εξοπλισμός κοστίζει όσο ένα δωμάτιο στο κέντρο της Αθήνας), οι κάνουλες έχουν μεγάλο μέγεθος 5 mm (ενώ το ιδανικό μέγεθος είναι 3 mm), έχει περιορισμένο αριθμό χρήσεων, ο FDA δημιουργεί πρόβλημα στην αναγνώρισή της αλλά όμως έχει μειώσει τις επιπλοκές των προγενέστερων.

Επίσης, προβλήματα αφορούν την αναισθησία (λύση του klein), τις αλλεργίες στα ειδικά gel, τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές και την αναιμία (αν αφαιρεθούν >3000 ml λίπους με αίμα). Πέρα από τα μικρά φυσιολογικά προβλήματα (οίδημα, ουλές για μερικούς μήνες, ανωμαλίες δίκην κώματος, υπέρχρωση) αναφέρονται εμβολικά επεισόδια (έλλειψη άσκησης και χώρου στα μεγάλα νοσοκομεία, αλλά έγκαιρη αντιμετώπιση) και λοιμώξεις (μεγάλες κλινικές=δύσκολα περιστατικά, δημιουργία ανθεκτικών μικροβίων). Άλλοι ασθενείς αντιμετωπίζουν εμπόδια στις νέες δοκιμαζόμενες τεχνικές (superficial liposuction), σε προβλήματα μέσα στο χειρουργείο (POPP BLANKET) και στη μετεγχειρητική αγωγή (πάγος, έλλειψη άσκησης, διατροφή).

Συμπεράσματα: Η παχυσαρκία των Ελλήνων παιδιών και εφήβων (ηλικίες στις οποίες δημιουργούνται τα λιποκύτταρα) έχει τα μεγαλύτερα ποσοστά στην Ευρώπη, γεγονός που συνεπάγεται τη σίγουρη επέκταση της μεθόδου τα επόμενα χρόνια (ιδανικός ασθενής στα 35). u/s, CT, MT και ψηφιακή κάμερα με εξωτερικής σφαιρικής πίεσης αισθητήρα θα βοηθήσουν.

(P53)

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

Πολιτικός Ιωάννης, Μίχας Γεώργιος
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Η εργασία αυτή ασχολείται με τη μελέτη των χειρουργικών πράξεων που λάμβαναν χώρα την εποχή του Ιπποκράτη, βασισμένη κυρίως στα διασωθέντα συγγράμματα του ίδιου, αλλά και σε αναφορές μεταγενέστερων συγγραφέων που ασχολήθηκαν με τις δικές του ιατρικές τεχνικές. Από την έρευνα προέκυψε ότι χειρουργικές πράξεις γίνονταν σε όλα τα ανατομικά μέρη του ανθρώπινου σώματος. Ιδιαίτερη πρόοδος είχε συντελεστεί στην ανάρτηση του κρανίου, στη χειρουργική αντιμετώπιση των αιμορροϊδών και των παραδερικών συριγγίων, στη ανάταξη καταγμάτων και στη μαιευτική. Εκτεταμένη αναφορά γίνεται στα εργαλεία της εποχής, που παρά την απλή κατασκευή τους, ήταν εύχρηστα και αποτελεσματικά. Τα επιτεύγματα του Ιπποκράτη, αλλά και το έργο του ως σύνολο, αποτέλεσαν σημαντική παρακαταθήκη για τους γιατρούς που ακολούθησαν.

(P52)

ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΕΝΔΟΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΙΚΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ

Γούσιος Κ., Πέσσας Η., Βούλγαρης Σ., Παχατουρίδης Δ., Ποδηζιώδης Κ.
Νευροχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Αμφισβητούμενη παραμένει η αντιμετώπιση των ασθενών με ενδοπαρεγκεφαλιδικές αιμορραγίες κυρίως ποιες από αυτές χρήζουν χειρουργικής και ποιες συντηρητικής αντιμετώπισης. Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση 12 ασθενών με ενδοπαρεγκεφαλιδικές αιμορραγίες διεννυσμένες με CT-εγκεφάλου μεγέθους από 3-6 cm και GCS από 15- <8. Όλοι οι ασθενείς ήταν υπέρταστοι, και 3 από αυτούς έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη. Οι 8 από αυτούς αντιμετώπισθηκαν χειρουργικά (υπνιανική κρानιοτομία και αφαίρεση του αιματώματος) πρώτη ομάδα, και 4 συντηρητικά, δεύτερη ομάδα. Δύο από αυτούς κατέληξαν και οι δύο είχαν υποβληθεί σε θρομβόλυση για έμφραγμα (ένας από κάθε ομάδα) που είχαν σημεία βαρείας διαταραχής του στελέχους. Όλοι οι ασθενείς ανέπτυξαν σε κάποιο βαθμό διάταση του κοιλιακού συστήματος. Σε 3 ασθενείς της πρώτης ομάδας τοποθετήθηκαν ενδοκοιλιακοί καθετήρες τύπου Camino καθώς και σε 2 ασθενείς της δεύτερης ομάδας για διάστημα 3 ημερών. Κοιλιονεπιτοναϊκή παροχέτευση τοποθετήθηκε σε ένα ασθενή από την δεύτερη ομάδα που είχε τοποθετηθεί Camino, ενώ ένας άλλος της ίδιας ομάδας έφερε από παλαιότερα εξ αιτίας υδροκεφάλου. Από την πρώτη ομάδα GCS < 13 μέγεθος από 3-6cm και οι 7 κινητοποιήθηκαν γρήγορα μέσα στις επόμενες 3 με 5 ημέρες παρουσιάζοντας νευρολογική βελτίωση. Από την δεύτερη ομάδα 1 κινητοποιήθηκε σε 15 ημέρες GCS= 15, μέγεθος <3cm, 1 σε ένα μήνα GCS = 9 και μέγεθος =5cm και ένας δεν ορθοστάτησε λόγω διαταραχών του στελέχους GCS= 12, μέγεθος = 4cm. Συμπερασματικά καταλήγουμε ότι α) ασθενείς με GCS =14-15 και αιμάτωμα μέχρι 3cm μέγιστη διάμετρο αντιμετωπίζονται συντηρητικά, β) ασθενείς με GCS από 13 και κάτω ή/και αιμάτωμα από 3cm και άνω χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης γ) ασθενείς που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση με σημεία βαρείας διαταραχής του στελέχους δεν ευεργετήθηκαν από χειρουργική αντιμετώπιση. Επίσης οι ασθενείς που αντιμετωπίζονται χειρουργικά κινητοποιούνται γρήγορα και έχουν λιγότερες επιπλοκές κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους.

(P54)

**ΕΚΚΟΛΠΩΜΑ ZENKER ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΑΝΔΡΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ
ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ ΣΤΟ Π.Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ**

Ξεκαρδόκη Αικατερίνη¹, Μανίκας Εμμανουήλ-Δημήτριος¹, Λασιθιωτάκης Κων/νος¹, Αχτσιόδης Βασίλειος¹, Μαραγκουδάκης Παναγιώτης¹, Χαλκιαδάκης Γεώργιος²

1. Φοιτητής/-τρια Ιατρικής, 2. Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Παν/μιου Κρήτης

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού (case report) εκκολπώματος Zenker.

Υλικό: Ένας ασθενής ηλικίας 94 ετών με καλή γενική κατάσταση που προσήλθε στο Κ.Υ. Στείας παραπονούμενος για έντονη δυσκαταποσία σε υγρά και στερεά. Παραπέμφθηκε στο Π.Γ.Ν.Η. για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Μέθοδος: Στο Κ.Υ. έγινε διαγνωστικός έλεγχος με γαστρογραφίνη.

Στο Π.Γ.Ν.Η.: 1) Προεγχειρητικά: Οισοφαγογράφημα και μονομετρία οισοφάγου. 2) Χειρουργική επέμβαση: Αποτυχία αφαίρεσης με άκαμπο λαρυγγόσκόπιο, οπότε απεφασίσθη η διάνοιξη του εκκολπώματος με συρραπτικό μηχανήματα TA.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής κατά την εισαγωγή είχε έντονο πρόβλημα (αξεδόν πλήρη αδυναμία) στην κατάποση. Μετά τη χειρουργική επέμβαση τα συμπτώματα υποχώρησαν πλήρως και ο ασθενής, μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία 6 ημερών, εξήλθε του νοσοκομείου.

Συμπεράσματα: Η διάνοιξη του εκκολπώματος Zenker με συρραπτικό μηχανήματα τύπου TA μπορεί να υποκαταστήσει άλλες χειρουργικές μεθόδους εξαίρεσης, όταν αυτές αντενδείκνυνται ή αποτυγχάνουν.



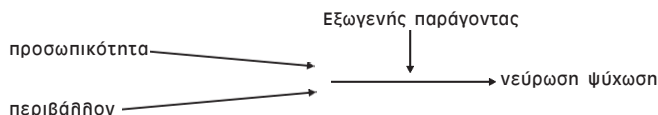
(P55)

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Νόλας Βασίλειος, Νίκας Ηλίας, Τσάμης Κων/νος, Μυτιληναίος Δημήτρης

Στις διαταραχές της διάθεσης, ταυτόχρονα με την εναλλαγή στη διάθεση και στην αντίληψη παρουσιάζονται μια ποικιλία φυσιολογικών ανωμαλιών που γίνονται έντονα εμφανείς κυρίως στην κατάθλιψη. Οι ασθενείς ενδέχεται να εμφανίσουν προοδευτική αύξηση ή ελάττωση του βάρους τους (χωρίς μεταβολή των διαιτητικών συνηθειών). Σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζεται διαταραχή στη διάρκεια του ύπνου (άλλοι ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν όλη τη νύχτα ενώ άλλοι κοιμούνται 12-18 ώρες την ημέρα). Ακόμη είναι πιθανόν να εμφανιστούν και σημεία διανοητικής έκπτωσης επίσης και φυσικά συμπτώματα όπως ναυτία κεφαλαλγία, δύσπνοια, ξηροστομία αρκετά συχνά συνοδεύουν την κατάθλιψη. Ταυτόχρονα έχει παρατηρηθεί ένας αριθμός λειτουργικών-ανατομικών αλλοιώσεων (όπως π.χ. οι βλάβες στον αριστερό μετωπιαίο λοβό ή οι αλλοιώσεις στα βασικά γάγγλια).

Σε ότι αφορά την παθογένεια της νόσου οι γενετικοί παράγοντες ενδέχεται να διαδραματίσουν ρόλο στις διαταραχές διάθεσης. Ύστερα από επιδημιολογικές μελέτες (σε οικογένειες, δίδυμους) παρα τις ισχυρές ενδείξεις για συσχετισμό γενετικών παραγόντων-διαταραχών διάθεσης υπάρχει αδυναμία ανάδειξης κάποιου γονιδίου ή set γονιδίων που να σχετίζονται με καταστάσεις όπως μονοπολική ή διπολική κατάθλιψη. Συμπληρωματικά και το περιβάλλον διαδραματίζει αιτιολογικό ρόλο και έτσι διαμορφώνεται το κάτωθι διάγραμμα:



Σε ότι αφορά τις σύγχρονες θεραπευτικές προοπτικές, αυτές αφορούν καινούριους φαρμακολογικούς παράγοντες. Έτσι ένας ψυχοφαρμακολογικός παράγοντας ενδέχεται να δρα σε ένα "τομέα" που είναι ανεξάρτητος της νευροχημικής διαταραχής που προκαλεί την αρρώστια, αλλά να προκαλεί αλλαγές που αντισταθμίζουν την ανωμαλία. Ακόμη στο άρθρο γίνεται αναφορά σε νέα κλινικά πειράματα που αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς αντιδρούν διαφορετικά στα διάφορα θεραπευτικά σχήματα. Μάλιστα είναι πιο θετικά τα αποτελέσματα συνήθως από συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακολογικής αγωγής.

(P57)

ΤΥΧΑΙΕΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΕΣ ΜΑΖΕΣ (INCIDENTALOMAS):
ΊΣΩΣ ΟΧΙ ΚΑΙ ΤΟΣΟ ΤΥΧΑΙΕΣ

Παπαβασιλείου Θ.², Θεοδωρίδου Ε.¹, Μυρωνίδου-Τζουβελέκη Μ.¹

1. Εργαστήριο Φαρμακολογίας Ιατρικού Τμήματος Α.Π.Θ., 2. Κ.Υ. Τσολακίου, Πε.Σ.Υ. Δυτικής Μακεδονίας

Με τον όρο incidentaloma περιγράφεται η τυχαία ανευρισκόμενη επινεφριδιακή μάζα σε διερεύνηση άλλων παθήσεων. Το incidentaloma παρουσιάζεται μετά τη χρήση του αξονικού και μαγνητικού τομογράφου με συχνότητα 0.36-4.36%. Στο μέλλον με τη βελτίωση των απεικονιστικών μεθόδων αναμένεται αύξηση της παραπάνω συχνότητας.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι αρχικά να διευκρινίσει την ταξινόμηση των τυχαίων επινεφριδιακών μαζών, να επισημάνει τους παράγοντες που καθορίζουν την κακοήθεια τους, να διευκρινίσει την διαφοροδιάγνωσή τους και, τέλος, να παρουσιάσει την θεραπευτική και διαγνωστική προσέγγιση.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι ότι, οι τυχαίες επινεφριδιακές μάζες δεν είναι τόσο σπάνιες και ότι αποτελούν όγκους των οποίων η συχνότητα θα αυξάνει με την πάροδο των ετών. Η προσέγγιση των όγκων αυτών πρέπει να εμπλέκει πολλή ιατρική ειδικότητα. Η χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται σε όγκους >3 εκ., ενώ οι μικρότεροι όγκοι απαιτούν συνδυασμένη αντιμετώπιση.

(P56)

ΨΥΧΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ANOREXIA NERVOSA

Βαμβίνη Μαρία, Μυτιληναίος Μαρία, Ανδρέου Αντώνης, Τσάμης Βασίλειος

Η anorexia nervosa αποτελεί σήμερα τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου απ' όλες τις ψυχιατρικές ασθένειες. Η παραδοσιακή θεραπευτική αντιμετώπιση (κυρίως με ψυχαναλυτικές μεθόδους) δεν είναι αποτελεσματική ιδίως στα οξεία στάδια της νόσου. Στο άρθρο γίνεται αναφορά στις σύγχρονες απόψεις για το κοινωνικό-πολιτιστικό status (ο ρόλος των Μ.Μ.Ε.), για το οικογενειακό περιβάλλον, για τη χαμηλή αυτοεκτίμηση του ατόμου κ.α. Ακόμα γίνεται μια σύντομη αναφορά σε μια σειρά μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε δίδυμα και σε μητέρες που έπασχαν από anorexia nervosa και αποδεικνύουν μια γονιδιακή συσχέτιση της ασθένειας (η οποία όμως δεν είναι απόλυτα εξακριβωμένη).

Παράλληλα, επιχειρείται στο άρθρο, μία σύνοψη όλων των αναφερόμενων στη βιβλιογραφία μαθησιακών και βιολογικών διαταραχών που εμφανίζονται στην ασθένεια. Σήμερα είναι καθολικά αποδεκτό πως οι ασθενείς που πάσχουν από anorexia nervosa παρουσιάζουν μια πληθώρα διαταραχών όπως αδυναμία συγκέντρωσης, ελαττωμένη αντίληψη, συναισθηματική αστάθεια κ.α. Επιχειρείται μια βιολογική προσέγγιση των συμπτωμάτων αυτών με δεδομένα της νευροβιολογίας και κυρίως με βάση τις αλλοιώσεις σε επίπεδο συνάψεων και νευροδιαβιβαστών. Τέλος αναφέρονται οι σύγχρονες θεραπευτικές προοπτικές με έμφαση σε νέες εναλλακτικές μεθόδους που προτείνουν θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς με τη χρήση της τέχνης ή άλλων πολιτιστικών παραμέτρων. Ταυτόχρονα όμως αναφέρονται και πολλές δυσκολίες καθώς και αντιρρήσεις που αφορούν αυτές τις θεραπευτικές απόψεις.

(P58)

Η ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΠΙΘΑΝΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ
ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ

Μουζάκη Μαριλένα, Μαρκαντώνη Βασιλική
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Όσο το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται τόσο πληθαίνει και ο αριθμός των γυναικών που βρίσκονται στη φάση της εμμηνόπαυσης με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που αυτή συνεπάγεται για τον ανθρώπινο οργανισμό. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η συλλογή δεδομένων σχετικά με την επίδραση της εμμηνόπαυσης στο καρδιαγγειακό, με κάποια ιδιαίτερη εμβάθυνση στον τομέα της αρτηριακής πίεσης, καθώς και με τις πιθανές ευεργετικές επιδράσεις των φαρμάκων που χορηγούνται ως θεραπεία υποκατάστασης. Πληγή πληροφοριών αποτέλεσαν ποικίλες εργασίες που έχουν δημοσιευτεί σε περιοδικά ενδοκρινολογίας ανά τον κόσμο, καθώς και το διαδίκτυο.



(P59)

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ
ΣΕ ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ**

Φωτιάδης Ν., Μάντακα Α., Μιχαηλίδης Ν., Μήτος Γ., Ψυχίδης Π., Χριστοπούλου Α., Οικονόμου Ι.

Τμήμα Υπερήχων, Πανεπιστημιακό Ακτινολογικό Εργαστήριο ΑΠΘ, Ν. ΑΧΕΠΑ.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι η αξιολόγηση και ιεράρχηση των απεικονιστικών μεθόδων στην διαγνωστική προσέγγιση των λοιμώξεων του ουροποιητικού σε βρέφη και παιδιά.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 60 παιδιά ηλικίας 20 ημερών μέχρι 12 χρονών, με κλινικοεργαστηριακά ευρήματα ουρολοίμωξης. Σε όλους τους μικρούς ασθενείς διενεργήθηκε αρχικά υπερηχογραφικός έλεγχος ενώ 45 ελέγχθηκαν και με power doppler. Ανιούσα κυστεοουρηθρογραφία διενεργήθηκε σε 42 από τα παιδιά και υπερήχοκυστεογραφία σε 45. Αξιολογήθηκε η διαγνωστική δυνατότητα, η χρησιμότητα, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου και δημιουργήθηκε αλγόριθμος για την ορθολογικότερη εφαρμογή τους.

Αποτελέσματα: Το υπερηχογράφημα ανέδειξε την ύπαρξη διάτασης στο πυελοκαυκικό σύστημα ως και την κατάσταση του νεφρικού παρεγχύματος. Με την power doppler τεχνική διεγνώσθησαν ευκρινέστερα εστίες τοπικής νεφρίτιδας. Η ακτινολογική ανιούσα κυστεοουρηθρογραφία διενεργείτο για τον αρχικό έλεγχο της κυστεοουρηθρικής παλινδρόμησης ενώ η υπερήχοκυστεογραφία για τους επανελέγχους αυτής.

Συμπέρασμα: Η εφαρμογή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων συμβάλλει σημαντικά στην διερεύνηση των ουρολοιμώξεων της παιδικής ηλικίας, αποκαλύπτει τα αίτια και τις επιπλοκές τους, χωρίς να εκθέτει τους μικρούς ασθενείς σε μεγάλες δόσεις ιοντίζουσας ακτινοβολίας.

(P61)

**ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΑΥΤΩΝ
ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

Αθανασιάδης Λάζαρος, Κυριάκος Νικόλαος, Μπράττης Νικόλαος, Σπυρόπουλος Γεώργιος

Ο εγκέφαλος υφίσταται χημικές και δομικές μεταβολές ως απάντηση στις αλλαγές του περιβάλλοντος. Ορμόνες από τα επινεφρίδια τον θυροειδή και τις γονάδες παίζουν ένα σημαντικό ρόλο σ' αυτήν την προσαρμογή, γιατί το ενδοκρινικό σύστημα ελέγχεται από τον εγκέφαλο μέσω της υπόφυσης. Αυτός ο έλεγχος επιτρέπει σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα να ρυθμίζουν την έκκριση των ορμονών.

Οι ορμονικές επιδράσεις συμβαίνουν κατά τη διάρκεια ευαίσθητων περιόδων της ανάπτυξης, της ενήλικης ζωής, κατά τη διάρκεια φυσιολογικών ενδοκρινικών κύκλων και κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της γήρανσης. Σαν αποτέλεσμα αυτών των δράσεων στις κυτταρικές διαδικασίες, στη δράση των γονιδίων και στον έλεγχο της έκκρισης τους από περιβαλλοντικά ερεθίσματα, οι στεροειδείς και οι θυροειδείς ορμόνες δρουν στον εγκέφαλο παρέχοντας τη μοναδική ικανότητα της πλαστικότητας του εγκέφαλου και της συμπεριφοράς του ατόμου.

Η γνώση των επιδράσεων των ορμονών στη λειτουργία του εγκέφαλου είναι τόσο παλιά όσο και η ίδια η ενδοκρινολογία. Χαρακτηριστικά έχει αναφερθεί πείραμα, το 1849, κατά το οποίο ο ευνοχισμός ζώων (όπως κόκορες) είχε ως αποτέλεσμα σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά τους, ενώ η μεταφύτευση των όρχεων στα ευνοχισμένα αυτά ζώα αντέστρεψε τις προηγούμενες αλλαγές.

Τελευταίες έρευνες προσφέρουν τη δυνατότητα να ανακαλύψουμε περισσότερα για την επίδραση της νευρικής δραστηριότητας στην έκκριση των ενδοκρινών αδένων και, αντιστρόφως, την επίδραση των ορμονών στη λειτουργία του νευρικού συστήματος και στη συμπεριφορά.

(P60)

ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN

Γαργαλιάνης Αντώνης, Λινάρδουτσος Δημήτρης
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Σκοπός: Με αφορμή περιστατικό οξείας κοιλίας, που αποδείχθηκε νόσος Crohn διερευνάται η οξεία κοιλία ως επιπλοκή της νόσου Crohn.

Υλικό-Μεθοδολογία: Πρόκειται για άνδρα 33 ετών με ελεύθερο Α.Α. που παρουσίασε άηχος κάτω κοιλίας και σημείο Blumberg στη δεξιά κοιλιακή χώρα και εισήχθη προς διερεύνηση. Ο παρακλινικός έλεγχος έδειξε μέτρια λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο. Παράλληλα χρησιμοποιήθηκε η υπάρχουσα αρθρογραφία και διεθνής βιβλιογραφία. Έμφαση δόθηκε σε διεθνείς δημοσιεύσεις οξείας κοιλίας ως επιπλοκής της νόσου Crohn.

Αποτελέσματα: Λόγω αδυναμίας διαφοροδιάγνωσης διενεργήθηκε ερευνητική λαπαροτομία που έδειξε φλεγμονώδη όγκο του τυφλού με εντοπισμένη εξέλιξη. Η διάτρηση που οδήγησε σε οξεία κοιλία εντοπιζόταν πλησίον της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Γενικότερα ως επιπλοκές της νόσου Crohn που οδηγούν σε οξεία κοιλία αναφέρονται η ρήξη συριγγίων και αποστημάτων, η αιμορραγία της περιτοναϊκής κοιλότητας και το τοξικό megacolon.

Συμπέρασμα: Η οξεία κοιλία μπορεί να αποτελέσει επιπλοκή σε υπόστρωμα νόσου Crohn, για αυτό απαιτείται η εγρήγορση του ιατρού.

(P62)

**ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΟΜΑ ΜΕ ΣΤΟΜΑ
ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Μαγγιώρης Γεώργιος¹, Παπαδοπούλου Δομνίκη², Κουμπήλης Μιλτιάδης¹, Μαργαρίτου Αργυρή³, Γκιόλα Μαρία⁴

1. Φοιτητές, 2. Ιατρός, 3. Αναισθησιολόγος Αναπλ. Διευθύντρια ΕΣΥ, 4. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΑΠΘ
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) σώζει ζωές. Ο στόμα με στόμα αερισμός (ΣΣΑ) αποτελεί σημαντικό μέρος της ΚΑΡΠΑ διότι αρχίζει αμέσως, χωρίς την ανάγκη εξοπλισμού. Την τελευταία δεκαετία όμως υπάρχει μια άρνηση εφαρμογής του ΣΣΑ λόγω του φόβου μετάδοσης νοσημάτων. Τα ποσοστά άρνησης εφαρμογής ΣΣΑ μεταξύ επαγγελματιών υγείας αποτελεί το σκοπό αυτής της μελέτης.

Υλικό και μέθοδος: 88 γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, 46 νοσηλευτές και 44 φοιτητές ιατρικής συμμετείχαν στην έρευνα. Τους ζητήθηκε να απαντήσουν ανώνυμα κατά πόσο θα εφαρμόζαν α) ΣΣΑ και εξωτερικές συμπίεσεις, β) Μόνον συμπίεσεις γ) Μόνον ΣΣΑ, δ) Τίποτα από τα δύο και σε 5 υποθετικά σενάρια (Σ). Σ1 σε έναν άνδρα 40 ετών καθοντυμένο Σ2 σε έναν άνδρα 35 χρονών με αίμα στην περιοχή του στόματος Σ3 σε ένα κοριτσάκι 6 ετών που από τον περίγυρο φαίνεται ότι είναι αλκοολικό Σ4 σε έναν άνδρα 70 ετών και Σ5 σε έναν γείτονα που είναι ομοφυλόφιλος.

Αποτελέσματα: Ποσοστά θετικής και αρνητικής απάντησης στην εφαρμογή ΣΣΑ μεταξύ επαγγελματιών της υγείας φαίνονται στον πίνακα.

		Σ1	Σ2	Σ3	Σ4	Σ5
Γιατροί	ΝΑΙ	54 (61,3%)	26 (29,5%)	74 (84,09%)	46 (52,2%)	28 (31,8%)
	ΟΧΙ	34 (38,6%)	62 (70,4%)	14 (15,9%)	42 (47,7%)	60 (68,1%)
Νοσηλευτές	ΝΑΙ	16 (34,7%)	2 (4,3%)	36 (78,2%)	10 (21,7%)	10 (21,7%)
	ΟΧΙ	30 (65,3%)	44 (95,6%)	10 (21,7%)	36 (78,2%)	36 (78,2%)
Φοιτητές Ιατρικής	ΝΑΙ	24 (54,5%)	12 (27,2%)	28 (63,5%)	20 (45,4%)	20 (45,4%)
	ΟΧΙ	20 (45,4%)	32 (72,6%)	16 (36,3%)	24 (54,5%)	24 (54,5%)

Συμπέρασμα: Ακόμη και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι αυξημένα τα ποσοστά απροθυμίας εφαρμογής ΣΣΑ.



(P63)

**ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΟΜΑ ΜΕ ΣΤΟΜΑ
ΜΕΤΑΞΥ ΜΑΘΗΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΩΝ**

Μαγγιώνης Γεώργιος¹, Παπαδοπούλου Δομνίκη², Κουμπλής Μιλτιάδης¹,
Μαργαρίτου Αργυρή³, Γκιάδα Μαρία⁴

1. Φοιτητές, 2. Ιατρός, 3. Αναισθησιολόγος Αναπλ. Διευθύντρια ΕΣΥ, 4. Καθηγή-
τρια Αναισθησιολογίας ΑΠΘ

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) σώζει ζωές. Σημαντικό μέ-
ρος της βασικής υποστήριξης της ζωής είναι και ο αερισμός στόμα με στόμα (ΣΣΑ).
Όταν η ΚΑΡΠΑ αρχίζει χωρίς καθυστέρηση από παρευρισκόμενους τα ποσοστά
επιβίωσης αυξάνονται. Έτσι σε όλη τον κόσμο γίνεται προσπάθεια εκμάθησης της
ΚΑΡΠΑ και σε πολλούς. Τα τελευταία χρόνια όμως υπάρχει μια άρνηση εφαρμογής
του ΣΣΑ λόγω του φόβου μετάδοσης νοσημάτων. Τα ποσοστά άρνησης εφαρμογής
ΣΣΑ μεταξύ πολιτών αποτελεί το σκοπό αυτής της μελέτης.

Υλικό και μέθοδος: 50 μαθητές και 62 αθλητές που είχαν εκπαιδευτεί στην εφαρ-
μογή ΚΑΡΠΑ συμμετείχαν στην έρευνα. Τους ζητήθηκε να απαντήσουν ανώνυμα
κατά πόσο θα εφαρμόζαν α) ΣΣΑ και εξωτερικές συμπίεσεις, β) Μόνο συμπίεσεις γ)
Μόνο ΣΣΑ, δ) Τίποτα από τα δύο και σε 6 υποθετικά σενάρια (Σ). Σ1 σε έναν άνδρα
40 ετών καθυστερημένο Σ2 σε έναν άνδρα 35 χρονών με αίμα στην περιοχή του στό-
ματος Σ3 σε ένα κοριτσάκι 6 ετών Σ4 σε έναν άνδρα 70 ετών, Σ5 σε έναν ομοφυλό-
φιλο και Σ6 σε έναν φίλο τους.

Αποτελέσματα: Τα ποσοστά θετικής και αρνητικής απάντησης στην εφαρ-
μογή ΣΣΑ φαίνονται στον πίνακα.

		Σ1	Σ2	Σ3	Σ4	Σ5	Σ6
Μαθητές	ΝΑΙ	16 (32%)	2 (4%)	22 (44%)	2 (4%)	18 (36%)	30 (60%)
	ΟΧΙ	34 (68%)	48 (96%)	28 (56%)	48 (96%)	32 (64%)	20 (40%)
Αθλητές	ΝΑΙ	30 (48,3%)	16 (25,7%)	40 (64,5%)	6 (9,6%)		54 (87%)
	ΟΧΙ	32 (51,6%)	46 (74,3%)	22 (35,4%)	56 (90,4%)	62 (100%)	8 (13%)

Συμπέρασμα: Τα ποσοστά εφαρμογής ΣΣΑ σ' ένα φίλο ή σ' ένα παιδί είναι μεγαλύ-
τερα σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες θυμάτων.

(P65)

ΓΟΝΙΔΙΑΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ, ΔΙΑΥΛΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Γεργιάννης Ιωάννης, Παπαδάκης Ιωάννης, Τσιντή Μαρία

Φοιτητές Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης

Υπεύθυνος Καθηγητής: Βάρδας Π.Ε., Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής
Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Η διεγερσιμότητα του καρδιακού κυττάρου είναι το αποτέλεσμα μιας λεπτής
ισορροπίας ανάμεσα σε εκπρωτικά και επαναπωτικά ιοντικά ρεύματα.

Τα ιόντα μετακινούνται μέσα ή έξω από το κύτταρο μέσω ειδικών πρωτεϊνών, των
διαύλων, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από επιλεκτικότητα για κάθε ιόν και από τον
κατάλληλο χρονισμό στο άνοιγμα και στο κλείσιμο τους. Σήμερα γνωρίζουμε σε
μεγαλό βαθμό και τα γονίδια που ελέγχουν τα αντίστοιχα ιοντικά ρεύματα.

Η ταυτοποίηση της μοριακής δομής των ιοντικών διαύλων, έθεσε τις βάσεις για τη
θεωρία ότι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για την ηλεκτρική αστάθεια των ασθενών
με καρδιακές αρρυθμίες. Οι ανωμαλίες στη γενετική έκφραση των γονιδίων οδηγούν
στη δυσλειτουργία των διαύλων. "διαυλοπάθειες".

Σκοπός της εργασίας είναι να αποδοθούν με σαφήνεια πληροφορίες σχετικά με
την παθοφυσιολογία των διαυλοπαθειών, την κλινική τους διερεύνηση, τη σχέση
τους με τον αιφνίδιο θάνατο και τέλος τη θεραπευτική τους προσέγγιση.

Υλικό και μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκε υλικό κυρίως από τη διαδικτυακή ιατρική και
από την υπάρχουσα βιβλιογραφία και αρθρογραφία.

Περιεχόμενο: Οι κύριες γνωστές διαυλοπάθειες είναι: (i) το σύνδρομο Long
QT και (ii) το σύνδρομο Brugada.

Το σύνδρομο Long QT (LQT) είναι μια νόσος που χαρακτηρίζεται από παρά-
ταση του QT διαστήματος και υψηλό κίνδυνο για κακοήδεις κοιλιακές αρ-
ρυθμίες. Εμφανίζεται ως συγγενές (λόγω μεταλλάξεων στα γονίδια) ή επί-
κτητο (λόγω καρδιακής ανεπάρκειας ή λήψης φαρμάκων).

Το σύνδρομο Brugada αφορά διαταραχές της φάσης 1 της επαναπόλωσης
και οδηγεί συχνά σε αιφνίδιο θάνατο, εξαιτίας κοιλιακών αρρυθμιών. Οφεί-
λεται σε τρεις μεταλλάξεις του γονιδίου SCN5A που κωδικοποιεί τους διαύ-
λους Na. Κληρονομείται ως αυτοσωματικός επικρατών χαρακτήρας.

Συμπέρασμα: Η κατανόηση της παθοφυσιολογίας των διαυλοπαθειών απο-
τελεί την βάση για την ανάπτυξη θεραπευτικών στρατηγικών τόσο σε φαρ-
μακευτικό όσο και σε γονιδιακό επίπεδο.

(P64)

ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΤΟΥ DNA ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ

Φράγκου-Μασουρίδου Ε., Γεωργίου Γ., Γιαννακός Α., Καμπέρης Ε.,
Κωνσταντίνου Π., Μπότσης Ι.

Εργαστήριο Γενικής Βιολογίας, Ιατρικού Τμήματος, Α.Π.Θ.

Η ενηλικίωση οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, ενδοκυττάρους και εξω-
κυττάρους. Γίνεται συσσώρευση καταστροφών σε συστήματα κλειδιά, όπως
ήπαρ, νεφρά, έντερο που επιβαρύνουν τις λειτουργίες του οργανισμού.
Συζητείται η ανικανότητα επιδιόρθωσης του DNA, και η αστάθεια των γονι-
δίων. Γονίδια ρυθμίζουν την ενηλικίωση πυροδοτώντας ή αδρανοποιώντας
άλλα. Τα γονίδια age1 και daf2 βρέθηκαν ότι σχετίζονται με τη μακροβιότη-
τα. Υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ της daf2 και του υποδοχέα της ινσουλί-
νης του ανθρώπου. Το γονίδιο FOXL2 στον άνθρωπο επίσης ενοχοποιείται Η
συσσώρευση κύκλων DNA στους ζυμομύκητες φαίνεται πως λειτουργεί ως
"ρολόι ενηλικίωσης". Η "αντιγραφική γήρανση", η γενετική ρύθμιση της
κυτταρικής διαίρεσης καθώς και η αύξηση των SNPs πρέπει να επηρεάζουν
τη διάρκεια ζωής.

Η σμίκρυνση των τελομερών, με την πάροδο της ηλικίας, μειώνει την στα-
θερότητα των χρωμοσωμάτων και, εκτός άλλων, οδηγεί σε χρωσωμικές
ατυπίες και εκείνες σε ασθένειες, όπως ο καρκίνος. Το μιτοχονδριακό DNA
παρουσιάζει αυξημένες βλάβες και έλλειψεις τμημάτων, σε ενηλικιωμέ-
νους ιστούς. Ο μεγάλος αριθμός ριζών οξυγόνου, που παράγεται κατά τον
φυσιολογικό μεταβολισμό, καταστρέφει το DNA. Αντιοξειδωτικά πρέπει να
καταστρέφουν τις ρίζες οξυγόνου, να επιβραδύνουν την καταστροφή των
μορίων και ίσως, και τον ρυθμό της ενηλικίωσης. Αδρανές μιτοχονδριακό
DNA, έλλειψη απάντησης των κυττάρων έναντι εξωκυτταρίων ή ενδοκυττα-
ρίων τοξινών, και άλλες μεταβολές είναι δυνατόν να αυξάνουν την προδι-
θεση των ατόμων σε ασθένεια.

Νευρικά στελεχιαία κύτταρα προσδιορίστηκαν στον εγκέφαλο. Αναγέννηση
ιστού παρατηρήθηκε στην καρδιά μετά από καρδιακή προσβολή. Μελέτες
οικογενών ασθενειών θα βοηθήσουν στη διεκρίνιση της διαδικασίας της
ενηλικίωσης. Η άσκηση, η ρύθμιση του βάρους, η διατήρηση της μάζας του
σώματος, ο περιορισμός των θερμίδων είναι σημαντικά για την διατήρηση
της ρύθμισης του φυσιολογικού μεταβολισμού και την μακροβιότητα.

(P66)

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Σουλάτση Ασπασία

Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός της εργασίας είναι να διαπραγματευτεί θέματα που αφορούν την
θεραπευτική προσέγγιση του συνδρόμου της πνευμονικής εμβολής είτε
αυτό διαδραμεί οξείως είτε χρονίως και να αναδείξει το θεραπευτικό χειρι-
σμο των ατόμων που είναι υποψηφία για την εκδήλωση του κλινικού συν-
δρόμου. Διερευνώντας ο ρόλος της θρομβολυτικής αγωγής ο ρόλος των
χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνων, η διάρκεια νοσηλείας και η προφυ-
λακτική αγωγή με αντιπηκτικά. Παρατίθενται τα τελευταία δεδομένα που
αφορούν στην φαρμακευτική, επεμβατική και χειρουργική αντιμετώπιση
του οξείως περιστατικού γίνεται συγκριτική αντιπαράθεση των κλασικών
ηπαρίνων έναντι της συστηματικά χορηγούμενης θρομβολυτικής αγωγής
και περιγράφονται οι ενδείξεις οι αντενδείξεις και η χειρουργική τεχνική
καθώς και η συμβολή τους στην βελτίωση του τελικού προσδοκίου επι-
βίωσης. Επίσης γίνεται εκτενής αναφορά στο σύνδρομο της χρόνιας θρομ-
βοεμβολικής πνευμονικής υπέρτασας και στα δεδομένα που καθιστούν
πλέον πιο εύλογη από ότι στο παρελθόν την επιλογή της πνευμονικής
θρομβοεμβολικής επεμβατικής αντιμετώπισης. Αναφέρονται οι παράγοντες που επιπλέκουν την
μετεγχειρητική θνητότητα και διαμορφώνουν την προγνώση. Τέλος ανα-
πτύσσονται οι συνθήκες εφαρμογής φαρμακευτικής προφύλαξης, η εφαρ-
μογή των ενδοαυλικών φίλτρων και προαναγγέλλεται η κυκλοφορία νέων
φαρμακευτικών παραγόντων που αναμένεται να υποκαταστήσουν τον ρόλο
των χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνων όπως οι αναστολείς της αντι-
θρομβινικής melagatran, ximelagatran.



(P67)

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ

Δοιλιανίτη Μαρία, Τσαγκαράκη Γεωργία, Παραής Σταμάτης, Ελευθερίου Ειρήνη, Πιπέρος Θεόδωρος

Η εργασία η οποία σας υποβάλλουμε πραγματεύεται την νοσολογική οντότητα του Συστηματικού Σκληροδέρματος. Αφορμή για την επιλογή του θέματος αυτού υπήρξε η νοσηλεία στην Γ' ΠΠ του ΝΝΘΑ ΣΩΤΗΡΙΑ γυναίκας ασθενούς με ενδιαφέρουσα συμπτωματολογία, για την οποία κατόπιν 15μερης διερεύνησης τέθηκε η διάγνωση του Συστηματικού Σκληροδέρματος.

Η διάρθρωση της παρουσίασης έχει ως εξής: αποτελείται από τις παρακάτω ενότητες:

1. **Επιδημιολογία-Αιτιολογία-Παθογένεια:** επιχειρείται περιεκτική αναφορά στα ως τώρα γνωστά επιδημιολογικά δεδομένα καθώς και στους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες και παθογενετικούς μηχανισμούς της νόσου.
2. **Κλινική Εικόνα:** γίνεται παράθεση όλων των πιθανών κλινικών εκδηλώσεων και επιπλοκών του "Σ.Σ".
3. **Διάγνωση & Διαφορική Διάγνωση:** περιλαμβάνει μεθόδους & κριτήρια διάγνωσης & διαφοροδιάγνωσης του "Σ.Σ" από μια πληθίδα νοσημάτων.
4. **Πορεία, Πρόγνωση & Θεραπεία:** αναφέρονται τα στάδια εξέλιξης της νόσου, προγνωστικοί δείκτες καθώς & τα ως τώρα χρησιμοποιούμενα θεραπευτικά μέτρα.

Στο τέλος κάθε θεματικής ενότητας αντιπαρατίθενται τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν με τα ευρήματα και τα κλινικά χαρακτηριστικά της ασθενούς που αποτέλεσε την αφορμή για την εργασία αυτή.

(P69)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Αναγνώστου Έλλην, Σπυρόπουλος Βάιος, Καλantzopoulou Γαρυφαλλιά
Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση όλων των δεδομένων όσον αφορά στα αιμοστατικά προβλήματα που προκύπτουν στο πεδίο της χειρουργικής.

Η φύση και η παθογένεια των προβλημάτων αιμόστασης απαιτούν μία σειρά από ενέργειες, οι οποίες θα παρουσιαστούν αναλυτικά, και θα αφορούν τα 3 στάδια μιας εγχείρησης: την προεγχειρητική, την διεγχειρητική και την μετεγχειρητική περίοδο. Σε καθεμία από αυτές τις περιόδους, ο χειρουργός, συχνά σε συνεργασία με τον αιματολόγο, καλείται να:

- να αξιολογήσει προεγχειρητικά την αιμόσταση σε ασθενείς με γνωστά αιμοστατικά ελλείμματα
- να αντιμετωπίσει μια απρόσμενη αιμορραγία
- να προφυλάξει από την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση τους ασθενείς υψηλού κινδύνου
- να θεραπεύσει την μετεγχειρητική θρόμβωση

Υλικά-Μέθοδοι: Συγγράμματα παθολογίας και χειρουργικής, καθώς και νεότερα δεδομένα, δημοσιευμένα σε άρθρα των ιστοσελίδων του Internet, στα μεγάλα site MEDLINE και MEDSCAPE

Αποτελέσματα-Μέθοδοι: Η αιμόσταση αποτελεί ένα κεφάλαιο της παθολογίας που είναι άμεσα συνυφασμένο και συνδεδεμένο με την χειρουργική. Οι ενέργειες για την πρόληψη και αντιμετώπιση των αιμοστατικών προβλημάτων μπορούν να εφαρμοστούν ως πρωτόκολλα στο χώρο της χειρουργικής, πάντα με την συνοδό εκτίμηση του αιματολόγου ιατρού.

(P68)

ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Σπυρόπουλος Βάιος, Αναγνώστου Έλλην, Καλantzopoulou Γαρυφαλλιά
Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκοπός της εργασίας είναι να συγκεντρώσει όλα τα νέα δεδομένα γύρω από τη διάγνωση και τη θεραπεία των νευροενδοκρινών όγκων του γαστρεντερικού συστήματος. Επίσης γίνεται μια βραχεία ανακεφαλαίωση γύρω από την ταξινόμηση καθώς και την παθοφυσιολογία τους.

Η εργασία στηρίχθηκε σε ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, όπως επίσης και σε άρθρα που αναζητήθηκαν μέσω του διαδικτύου.

Οι νευροενδοκρινείς όγκοι του γαστρεντερικού συστήματος αποτελούν μια πρόκληση για τη χειρουργική και την ενδοκρινολογία του μέλλοντος. Μέχρι σήμερα η διάγνωση και αντιμετώπισή τους συναντούσαν αρκετές δυσκολίες. Νέα δεδομένα όμως τα τελευταία χρόνια έχουν δώσει σημαντική ώθηση στην έγκαιρη και σωστή αντιμετώπισή τους. Δεδομένα τα οποία έγινε η προσπάθεια να συγκεντρωθούν και να καταγραφούν σε αυτή την εργασία, αποτελώντας μια χρήσιμη πηγή πληροφοριών όχι μόνο για το φοιτητή αλλά και το σύγχρονο γιατρό.

(P70)

Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

Κατσίκη Νίκη
Β' Γυναικολογική Κλινική, ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ, Θεσσαλονίκη.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να εκτιμηθούν τα ευρήματα από την κολποσκόπηση και την επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων σε εξωτερικούς ασθενείς.

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο 2000-20002 στα εξωτερικά ιατρεία της Β' Γυναικολογικής Κλινικής του νοσοκομείου ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Θεσσαλονίκης.

Εξετάσθηκαν 140 γυναίκες ηλικίας από 30 έως 75 ετών με κυρίαρχα συμπτώματα άλγος, κνησμό, αίσημα καύσου και δυσπαρέυνεια. Κολποσκοπικά ανευρέθηκαν επίπεδα κονδυλώματα σε 6 γυναίκες (4,28%), εκ γενετής ζώνη μετάπτωσης σε 3 (2,14%), μη ειδικές φλεγμονές του κόλπου σε 38 (27,14%) και φυσιολογικά ευρήματα σε 93 (66,42%) γυναίκες. Παρατηρήθηκε υπερχρή της κολποσκόπησης έναντι της απλής γυναικολογικής εξέτασης σε ποσοστό 33%.

Συμπερασματικά η κολποσκόπηση παρουσιάζει μεγάλη κλινική χρησιμότητα στη διάγνωση και θεραπεία των παθήσεων του κόλπου και του τραχήλου στην καθημερινή ιατρική πρακτική.



(P71)

ΛΕΥΚΗ ΚΑΙ ΚΥΑΝΗ ΕΠΩΔΥΝΟΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗ

Καθατζοπούλου Γαρυφαλλιά, Αναγνώστου Έλλη, Σπυρόπουλος Βάιος

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστούν τα παρακάτω: κλινική εικόνα, προδιαθεσικοί και παθογενετικοί παράγοντες, εργαστηριακή διάγνωση, διαφορική διάγνωση, θεραπεία, επιπλοκές και προφύλαξη, με ιδιαίτερη αναφορά σε όλα τα καινούργια επιστημονικά δεδομένα σχετικά με το θέμα αυτό.

Χρησιμοποιούνται στοιχεία από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, καθώς και από τελευταία άρθρα που δημοσιεύονται στο medscape.

(P72)

THE APPROACH OF A PATIENT SUFFERING FROM CHRONIC HEPATITIS (B- or C-)

Damaskos Dimitrios, Kostarelos Dimitrios, Pelekas Spyridon, Kotsiou Stamatia¹

1. Associated Professor of Internal Medicine, Democritus University of Thrace

The purpose of this project is to investigate the best way to approach a patient after he has been diagnosed with chronic hepatitis (B- or C-). To do so we searched the most recent bibliography in order to form the most appropriate protocol we should hereafter follow with these patients. Our aim is to find the best procedure we should follow in order to avoid deterioration of the disease and the appearance of its possible complications (such as hepatic cirrhosis, hepatocellular cancer, hepatic failure etc.) by means of a thorough follow up from the moment of the diagnosis and for the rest of the patient's life. We will also refer to the criteria that should be met in order to reach the initial diagnosis, the parameters of physical and biochemical examination and the prognosis of the patient.

(P73)

ΗΠΑΤΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κωσταρέλος Δημήτριος, Δαμάσκος Δημήτριος, Κώτσιου Σταματία¹

1. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας ΔΠΘ

Το ηπατοπνευμονικό σύνδρομο αποτελεί σημαντική επιπλοκή της κίρρωσης που καταδεικνύει τη γενικότερη επίπτωση της ηπατικής δυσλειτουργίας σε εξωηπατικούς ιστούς. Η γνώση της παθοφυσιολογίας του ηπατοπνευμονικού συνδρόμου, η οποία συνδέεται στενά με τα επίπεδα του NO στο αίμα και την υποξαιμία, βοηθά τον κλινικό γιατρό στο να εξηγήσει τα αντικειμενικά και εργαστηριακά ευρήματα του ασθενούς, και να θέσει έτσι ευκολότερα τη διάγνωση τόσο του συνδρόμου αυτού όσο και της κίρρωσης. Επίσης η επαρκής γνώση της κλινικής αυτής οντότητας θα συμβάλει στην άμεση κινητοποίηση του γιατρού ώστε να αντιμετωπίσει την υποκείμενη νόσο, γεγονός που θα βελτιώσει πιο άμεσα τη γενική κατάσταση του ασθενούς και κατ' επέκταση την πρόγνωση του. Επιπρόσθετα θα τονιστεί η αναστρέψιμότητα της νόσου η οποία επισυμβαίνει σχεδόν ταυτόχρονα με την θεραπεία της κίρρωσης (κυρίως μετά από μεταμόσχευση ήπατος).

(P74)

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΟΥ PAI-1 ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΙΣΤΡΑΔΙΟΛΗΣ, TNFa, IL1β, VEGF ΚΑΙ ΛΕΠΤΙΝΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΩΘΥΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΓΙΑ IVF

Ζαχαρή Γ., Ζαχαρή Θ., Τσουλιάς Α., Ασημακόπουλος Β., Νικολέττος Ν.
Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Αλεξανδρούπολη, Δ.Π.Θ

Σκοπός: Ο αναστολέας του ενεργοποιητή του πλάσμινογόνου (PAI-1) έχει ανιχνευθεί στα ωοθυλακικά υγρά γυναικών που υφίστανται ωοθηκική διέγερση σε πρόγραμμα IVF και έχει αναφερθεί ότι συσχετίζεται αρνητικά με την έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκαν τα επίπεδα του PAI-1 στο αίμα και τα ωοθυλακικά υγρά γυναικών υπό ωοθηκική διέγερση, σε σχέση με τα επίπεδα οιστραδιόλης, TNFa, IL1β, VEGF και λεπτίνης.

Υλικό και Μέθοδοι: Δείγματα αίματος και ωοθυλακικών υγρών ελήφθησαν από 53 γυναίκες, 20-42 ετών, οι οποίες υποβλήθηκαν σε ωοθηκική διέγερση στα πλαίσια κύκλων εξωσωματικής γονιμοποίησης. Στα δείγματα αίματος δύο ημέρες πριν την ωοθηκική μετρήθηκαν οι τιμές της οιστραδιόλης, στα δείγματα αίματος και ωοθυλακικών υγρών που ελήφθησαν την ημέρα της ωοθηκικής μετρήθηκαν οι τιμές οιστραδιόλης, PAI-1, TNFa, IL1β, VEGF και λεπτίνης.

Αποτελέσματα: Σε όλα τα δείγματα ανιχνεύθηκε PAI-1. Στα δείγματα αίματος, βρέθηκε ότι συσχετίζεται θετικά με τον παράγοντα TNFa ($r=0,416$, $p=0,004$). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του PAI-1 και των υπολοίπων παραγόντων, στο αίμα ή στα ωοθυλακικά υγρά. Δεν βρέθηκε συσχέτιση του PAI-1 με την έκβαση κύκλων εξωσωματικής. Αυξημένα επίπεδα PAI-1 βρέθηκαν στις κύστες ($16,6267 \pm 1,30353$) σε σύγκριση με τα ωοθυλάκια που περιείχαν ώριμα ωοκύτταρα ($13,8162 \pm 3,06787$, $p=0,03$).

Συμπέρασμα: Ο PAI-1 δεν είναι αποτελεσματικός προγνωστικός παράγοντας της έκβασης των κύκλων εξωσωματικής και τα επίπεδά του δεν εξαρτώνται άμεσα από: οιστραδιόλη, IL1β, VEGF και λεπτίνη. Τα επίπεδα στο αίμα του PAI-1 και TNFa συσχετίζονται, ενδεχομένως όμως επηρεάζονται και από άλλα συστήματα και όργανα πέραν των ωοθηκών. Είναι αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης του PAI-1 με άλλους παράγοντες πήξης-ινωδότητας οι οποίοι έχει αναφερθεί ότι επηρεάζονται από τη δράση των στεροειδών ορμονών.



(P75)

**ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ:
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΤΕΡΟΕΙΔΟΥΣ ΚΥΤΤΑΡΟΥ**

Δαμάσκος Δημήτριος, Κωσταρέλλος Δημήτριος, Κώτσιου Σταματία¹

1. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας ΔΠΘ

Με δεδομένο τον αυξανόμενο επιπολασμό της ηπατίτιδας και την έξαρση της κατάχρησης αλκοόλ, αναμενόμενο είναι η μελέτη της παθοφυσιολογίας της κίρρωσης να αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα. Είναι γνωστή τόσο η παθολογοανατομική εικόνα όσο και ο τρόπος με τον οποίο δρουν οι διάφοροι επιβαρυντικοί παράγοντες με τελικό αποτέλεσμα την κίρρωση του ήπατος. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να καταδείξει το ρόλο του αστεροειδούς ηπατοκυττάρου ως κομβικού σημείου στην εξέλιξη των βλαβών της κίρρωσης. Η γνώση της λειτουργίας του ιδιαίτερου αυτού κυτταρικού πληθυσμού του ήπατος βοηθά στην καλύτερη κατανόηση της φυσικής ιστορίας της νόσου και ανοίγει νέους δρόμους στην προσπάθεια αντιμετώπισής της.

(P76)

ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ BARRETT

Παρόδης Β., Βέρια Κ., Γιαννίση Α., Μιμίδης Κ., Καρτάλης Γ.

Α Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Δ.Π.Θ.

Ο οισοφάγος Barrett, νόσος της μέσης ηλικίας, αποτελεί μια παθολογική επίκτητη κατάσταση κατά την οποία το φυσιολογικό πολύστιβο ηλιακώδες επιθήλιο αντικαθίσταται από εξειδικευμένο μεταπλαστικό κυλινδρικό επιθήλιο. Θεωρείται ότι αποτελεί προσαρμοστική αντίδραση στην παλινδρομηση γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο. Η συχνότητα της νόσου έχει αυξηθεί την τελευταία δεκαετία. Στην αύξηση αυτή συνετέλεσε ιδιαίτερα η συμμετοχή του βραχέος τμήματος του οισοφάγου Barrett. Η διάγνωση τίθεται με ενδοσκοπικές βιοψίες και παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες, που τείνουν να εξαλειψούν νεότερες εναλλακτικές τεχνικές όπως η Brush cytology και οι ενδοσκοπικές οπτικές τεχνικές. Η κλινική σημασία του οισοφάγου Barrett έγκειται όχι μόνο στο ότι σημαντική αναλογία των ασθενών παρουσιάζει επιπλοκές αλλήλ και στο ότι αποτελεί τον πλέον σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη δυσπλασίας και αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου σε συχνότητα 0,5% ετησίως. Σύγχρονες μελέτες επιδιώκουν να κατανοήσουν την κατάληξη αυτή του οισοφάγου Barrett σε αδενοκαρκίνωμα στο μοριακό επίπεδο ώστε να πετύχουν την πλέον αποτελεσματική πρόληψή του. Μέχρι τότε η θεραπεία του οισοφάγου Barrett περιλαμβάνει την καταστολή του παλινδρομού οξέος φαρμακευτικώς, την αντιπαλινδρομική χειρουργική καθώς και την πλέον σύγχρονη θεραπεία αποκόλλησης-εξάλειψης του οισοφάγου Barrett.

(P77)

**ΚΥΤΤΑΡΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ
ΤΟΥ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ CAMPTO ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗΣ ΕΤΗΥΟΛ
ΣΤΑ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΑ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΑΝΘΡΩΠΟΥ IN VITRO**

Κώτσιου Ε., Παπαχρήστου Φ., Μπιογιατζή Σ., Λιαλιάρης Θ.

Εργαστήριο Γενετικής, Τμήμα Ιατρικής Αλεξανδρούπολης, Δ.Π.Θ.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η κυτταρογενετική μελέτη που εμφανίζουν στα χρωμοσώματα καλλιέργειών περιφερικών λεμφοκυττάρων ανθρώπου δύο φαρμακευτικά παρασκευάσματα η Campto (camptothecin, CAM) και η Ethyol (Amifostine, ETH) τα οποία χρησιμοποιούνται στην θεραπεία κατά του καρκίνου.

Υλικό και μέθοδοι: Η ETH διαθέτει κυτταροπροστατευτικές ιδιότητες στη θεραπεία κατά του καρκίνου, ενώ επιπλέον εμφανίζει σημαντικές αντιμταστατικές και αντιμεταβλητικές επιδράσεις. Η CAM έχει αντικαρκινική δράση ευρέως φάσματος αναστέλλοντας την DNA τοποισομεράση I και προκαλώντας ισχυρές βλάβες και θραύσεις στη διπλή έλικα του DNA. Τα πειράματά μας πραγματοποιήθηκαν σε καλλιέργειες περιφερικών λεμφοκυττάρων ανθρώπου και η δράση των συγκεκριμένων φαρμάκων μελετήθηκε με τη μέτρηση των επιπέδων των χρωματιδικών ανταλλαγών (Sister Chromatid Exchanges, SCEs) ως δείκτη άμεσων βλαβών στο γενετικό υλικό. Επιπλέον αξιολογήθηκαν τα επίπεδα του μιτωτικού δείκτη (MD) και του δείκτη ρυθμού πολλαπλασιασμού (ΔΡΠ) ως δεικτών κυτταροτοξικότητας και κυτταροστατικότητας αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα της παρούσης εργασίας έδειξαν ότι υπάρχει προστατευτική δράση της ETH έναντι της βλαπτικής δράσης της CAM στα χρωμοσώματα των λεμφοκυττάρων in vitro.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι η χρήση της ETH στην αντικαρκινική θεραπεία μπορεί να προστατεύσει τα κύτταρα από τις ανεπιθύμητες επιδράσεις των διάφορων αντικαρκινικών όπως η Campto.

(P78)

ΝΕΩΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗΣ

Χρυσόχοδου Ε., Οικονόμου Ν., Παρασκευαϊδής Χ., Μιχαήλ Μ., Ζησίμου Χ., Φιεμέγκος Α.

Ιατρική Σχολή Ε. Κ. Παν. Αθηνών

Η σαρκοειδωση είναι μία πολυσυστηματική νόσος. Η κλινική της πορεία ποικίλει, από την ασυμπτωματική νόσο με αυτόματη ίαση, μέχρι την προοδευτική συστηματική νόσο με ανεπαρκεία διαφόρων οργάνων, που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο.

Η αιτιολογία της είναι άγνωστη. Καθημερινά γίνονται μελέτες για να βρεθούν οι παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνισή της. Έχουν ενοχοποιηθεί γενετικοί, ανοσοολογικοί, ροιμογόνοι και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Γονίδια που κωδικοποιούν αντιγόνα του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο. Επίσης η διαταραχή των ανοσοολογικών μηχανισμών μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη της νόσου. Υπάρχουν ενδείξεις που ενοχοποιούν μικροοργανισμούς όπως το μυκοβακτηρίδιο της φυματώσεως, ιούς και χλαμύδια. Επίσης η συχνότερη εμφάνισή της σε κάποια επαγγέλματα, όπως στις νοσοκόμες και τους πυροσβέστες οδήγησε στην υπόθεση ότι ένας περιβαλλοντικός παράγοντας ευθύνεται για τη νόσο.

Παρά τις πολυάριθμες έρευνες που έχουν γίνει πάνω στην αιτιοπαθογένεια της σαρκοειδωσης, δεν έχουν βρεθεί ικανοποιητικά στοιχεία που να αποδεικνύουν την ευθύνη ενός από τους παραπάνω παράγοντες. Η επικρατούσα άποψη είναι ότι σε άτομα με γενετική προδιάθεση, μία ποικιλία από περιβαλλοντικούς παράγοντες μπορεί να πυροδοτήσει την έναρξη της νόσου.



(P79)

ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΤΟΝ ΕΚΠΝΕΟΜΕΝΟ ΑΕΡΑ

Παρασκευαΐδης Χ., Μιχαήλ Μ., Οικονόμου Ν., Χρυσόχδου Ε., Ζησίμου Χ., Β. Δανιάς, Ι. Ελευθεριάδου, Π. Γρεβενιώτης
Ιατρική Σχολή Ε. Κ. Παν. Αθηνών

Στόχος: Λόγω του ότι τα τελευταία 10 χρόνια υπήρξε μία έκρηξη ενδιαφέροντος στην μελέτη και ανάλυση των συστατικών του εκπνεόμενου αέρα ως τρόπο παρακολούθησης της φλεγμονής και του οξειδωτικού stress στους πνεύμονες, η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να αναδείξει τη χρησιμότητα της ανάλυσης του εκπνεόμενου αέρα στη διάγνωση και παρακολούθηση των πνευμονικών παθήσεων.

Υλικά και μέθοδοι: Για την ανάπτυξη του θέματος πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική έρευνα στην παγκόσμια αρθρογραφία. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκαν βάσεις δεδομένων του Διαδικτύου, καθώς και διάφορες ελληνικές βιβλιοθήκες.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Οι περισσότερες μελέτες είχαν επικεντρωθεί στο εκπνεόμενο NO, αλλά πρόσφατα ανακαλύφθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν και άλλα πτητικά αέρια (CO, αιθάνιο, πεντάνιο). Επιπρόσθετα, πολλή ενδογενή συστατικά (μεσοθαλαβητές φλεγμονής, κυτοκίνες, οξειδωτικά) μπορούν να ανιχνευθούν στο συμπύκνωμα του εκπνεόμενου αέρα, ανοίγοντας νέες προοπτικές για την ανάλυσή του. Η ανίχνευση και μέτρηση των δεικτών φλεγμονής του εκπνεόμενου αέρα μπορεί να βοηθήσει στην διαφορική διάγνωση και παρακολούθηση πολλών πνευμονικών παθήσεων, που χαρακτηρίζονται από φλεγμονή και οξειδωτικό stress, όπως είναι για παράδειγμα το άσθμα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), οι βρογχεκτασίες, η κυστική ίνωση. Οι τιμές είναι διαγνωστικές για το σύνδρομο των ακίντων κροσσών, την κυστική ίνωση και τη διάχυτη πανβρογχιο-λίτιδα.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η ανάλυση του εκπνεόμενου αέρα είναι μία μη επεμβατική τεχνική για την εκτίμηση της φλεγμονής, αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να έχει σημαντική θέση στη διάγνωση και θεραπεία πνευμονικών παθήσεων μεθρονικά. Απώτερος στόχος είναι η ανάπτυξη φτηνότερων και πιο αξιόπιστων αναλυτών, που θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε νοσοκομείο και αργότερα στην ανάπτυξη προσωπικών συσκευών παρακολούθησης για ιδιωτική χρήση από τους ασθενείς.

(P81)

ΔΙΑΥΛΟΙ ΙΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Καθαμπόκας Εμμανουήλ¹, Καραφύου Μαρία¹, Κουρέλης Ταξιάρχης¹, Κούκου Δομήντρα¹, Χατζής Γεώργιος¹
1. Φοιτητής/τρια Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Το θέμα της εργασίας μας είναι η μελέτη της γήρανσης σε επίπεδο αντιδρών και καναλίων ιόντων της καρδιάς. Η μελέτη αυτή αποτελεί εμβάθυνση εργασίας που επιτελέστηκε με αφορμή τη μελέτη του αντικειμένου της φυσιολογίας της ανάπτυξης και γήρανσης.

Από τα κανάλια ιόντων σε αυτά που σήμερα είναι περισσότερο μελετημένα και ερευνητικά προσεγγιζόμενα, είναι τα κανάλια ιόντων ασβεστίου, τα οποία άνωθεν- κάτωθεν ασβεστίου- διαδραματίζουν τον κυριότερο ρόλο στη μυοκαρδιακή συστολή.

Οι μεταβολές τους σε σχέση με την ηλικιακή γήρανση, αποτελούν το αντικείμενο της μελέτης μας, τα δε αποτελέσματα των ερευνών μας θα παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.

(P80)

**ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ
Ή ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ**

Ζησίμου Χ., Οικονόμου Ν., Μιχαήλ Μ., Χρυσόχδου Ε., Παρασκευαΐδης Χ.
Ιατρική Σχολή Ε. Κ. Παν. Αθηνών

Σκοπός: Στόχος της παρούσας εργασίας είναι α) ν' αποφασιστεί ποιοι ασθενείς κινδυνεύουν από το σύνδρομο β) η ταυτοποίηση του συνδρόμου μέσω εργαστηριακών-κλινικών παραμέτρων γ) ν' αναγνωριστούν τα συστηματικά παθοφυσιολογικά επακόλουθα της ενδοκοιλιακής υπέρτασης δ) να βρεθεί σε ποιο σημείο η αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης αρχίζει να γίνεται βλαπτική παράγοντας ένα "πραγματικό" σύνδρομο κοιλιακού διαμερίσματος ε) ν' απαντηθεί ποιο είναι το κρίσιμο επίπεδο της ενδοκοιλιακής πίεσης που απαιτεί θεραπευτική παρέμβαση στ) να δοθούν στοιχεία για τη διαχείριση στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) ζ) να δοθούν πληροφορίες για την έγκαιρη πρόληψη και πρόληψη πιθανών προβλημάτων, παρέχοντας συγχρόνως πληροφορίες για την διεξαγωγή της αποσυμπιεστικής κοιλιοτομής και τη διαχείριση της "ανοιχτής" κοιλιάς η) να καθυφθούν ανεξερεύνητες περιοχές του συνδρόμου και να δοθούν μεθρονικές οδηγίες.

Μέθοδος-Υλικά: Για την ανάπτυξη του θέματος πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική έρευνα στην παγκόσμια αρθρογραφία. Υλικό της μελέτης αποτελούν πρόσφατες ανακοινώσεις και στοιχεία από το χώρο της διαδίκτυας ιατρικής ενημέρωσης. Ιδιαίτερα χρήσιμα για την εξαγωγή συμπερασμάτων ήταν τα εργαστηριακά πειράματα που αναφέρονται στις μελέτες.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: 1. Αποδείχθηκε ένας υψηλός βαθμός συσχέτισης ανάμεσα στην κυστική και στην άμεσα μετρημένη ενδοκοιλιακή πίεση σε μεγάλη ποικιλία ενδοκοι-λιακών πιέσεων μέχρι και τα 70 mmHg 2. Υπάρχει έντονη σχέση μεταξύ ενδοκοιλιακής πίεσης, γαστρικού βλεννογόνιου pH (pHi), αυξημένης εντερικής διαπερατότητας (Translocation) και της επακόλουθης πολυπληθούς οργανικής ανεπάρκειας και θανάτου 3. Η μείωση της σπλαχνικής αιματικής ροής και η οξείωση του εντερικού βλεννογόνου ξεκινούν σε χαμηλότερες κοιλιακές πιέσεις, πολύ πριν οι εκδηλώσεις του συνδρόμου γίνουν κλινικά εμφανείς 4. Το κρίσιμο επίπεδο όπου η ενδοκοιλιακή πίεση γίνεται ενδοκοιλιακή υπέρταση είναι 20-25 cm H₂O 5. Η τριάδα της υποθερμίας-οξέωσης-παθολογικής πήξης αίματος μαζί με τη συχνή επιπλοκή του συνδρόμου, αν δεν διορθωθεί άμεσα στη ΜΕΘ, οδηγεί στο θάνατο.

Μεθρονικές Προοπτικές: 1. Το σύνδρομο επαναιμάτωσης προκύπτει όταν η ενδοκοιλιακή υπέρταση ανακουφιστεί απότομα 2. Ο ρόλος της χρόνιας αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης στην παθογένεια της νοσηρής παχυσαρκίας κυρίως σε σχέση με τον εγκεφαλικό ψευδο-όγκο και την ενδοκρανιακή υπέρταση 3. Οι ενδοκρανιακές απορρομήσεις στα πλαίσια του συνδρόμου έχουν περιγραφεί επαρκώς 4. Ορισμένες πλευρές της προεκκλιμίας ή εκκλιμίας μπορούν ν' αποδοθούν στην ενδοκοιλιακή υπέρταση 5. Ο ρόλος του συνδρόμου στην παθο-γένεια της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας 6. Η πρώιμη αποσυμπίεση, που βασίζεται στην κυστική πίεση και στο pHi, είναι επωφελής στη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από το σύνδρομο 7. Ο ρόλος των μη χειρουργικών μεθόδων στη μείωση της ενδοκοιλιακής πίεσης σε μη απαραίτητη κοιλιοτομή 8. Η πίεση της ουροδόχου κύστης είναι προγνωστικός δείκτης της εντερικής ισχαιμίας.

(P82)

ΤΡΟΠΟΙ ΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΜΟΡΦΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Καθαμπόκας Εμμανουήλ¹, Καθοφούσης Χρυσάφουλα¹, Καμπούρογλου Γεώργιος¹
1. Φοιτητής/τρια Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Από τα αρχαιότερα κιόλας χρόνια ένα από τα πλέον θεμελιώδη επιστημονικά αλλά και φιλοσοφικά ερωτήματα που έπρεπε να απαντηθούν, ήταν το πως είναι δυνατόν από ένα απλό και διάλοιο σύνθετο "κατασκεύασμα" (π.χ. ένα αυγό) να αναπτύσσονται ολόκληρα σύμπλοκα δημιουργίες, σύνθετοι και πολυποικίλοι οργανισμοί.

Η εργασία μας ασχολείται με το πως ορισμένες ουσίες και φυσικοί παράγοντες-π.χ. ακτινοβολία, θερμότητα κλπ.- μπορούν να επηρεάζουν τη μορφογένεση ιστών και οργάνων.

Τα αποτελέσματα, που πιθανώς θα είναι αντίστοιχα με αυτά που θα επισημαίνονται στον άνθρωπο, θα παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.



(P83)

**ΓΕΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΜΕ ΑΣΠΙΡΙΝΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ**

Αιγινίτου Α., Πορμενοπούλου Ε.

Πανεπιστημιακή Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική "ΒΕΓΑ" Τιμisoάρα
Ρουμανίας.

Σκοπός: Να αποδείξουμε ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να εκδηλωθεί παθολογική βαρεία αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), εξαιτίας αλληλεπιδράσεων αγγειοδιασταλτικών προσταγλανδινών PG12 και αγγειοσυσπαστικών TxA2 και αγγειοτενσίνης II, η οποία μπορεί να προληφθεί με τη χορήγηση ασπιρίνης.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήσαμε την επίδραση μικρών δόσεων ασπιρίνης σε 23 έγκυες γυναίκες με ΑΥ προτοεμφανιζόμενη στην εγκυμοσύνη κατά τη διάρκεια του 2ου και 3ου τρίμηνου της κύησης. Η μελέτη μας βασίστηκε στην επίδραση της ασπιρίνης σε μικρές δόσεις στην αγγειοσυσπαστική προστακυκλίνη TxA2, που θα μπορούσε να ελεγχθεί την αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Αποτελέσματα: Η ασπιρίνη σε μικρή δόση 40-50 mg/ημέρα μπορεί να δοθεί σαν αντιπροσταγλανδικό αντι TxA2, ως θεραπεία στην ΑΥ της εγκυμοσύνης και αργότερα σαν προληπτική θεραπεία για την σταθεροποίηση της αρτηριακής πίεσης στις φυσιολογικές τιμές μέχρι τον τοκετό.

Συμπεράσματα: Η ασπιρίνη σε αυτή τη δόση (40-50 mg/ημέρα) βελτιώνει τη ροή του αίματος στη μητροπλακουντιακή κυκλοφορία και ελαττώνει την αντίσταση των ομφαλικών αρτηριών, κάτι που έχει εξακριβωθεί και με Doppler. Επίσης, προλαμβάνει την καθυστέρηση της ενδομήτριας αύξησης με την προϋπόθεση ότι η θεραπεία θα εφαρμοστεί αμέσως αφού γίνει η διάγνωση του προβλήματος.

(P85)

ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ "ΖΩΩΝ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ" ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Κουγιουμτζής Αλέξανδρος, Μπαλάρα Παναγιώτα, Κουγιουμτζής Ανδρέας, Μυρωνίδου-Τζουβελέκη Μαρία

Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ.

Τα ζώα εργαστηρίου είναι απαραίτητο "εργαλείο" κάθε ερευνητή και μας βοηθούν στην απόκτηση γνώσεων που αργότερα θα εφαρμόσουμε σε ανθρώπους.

Σκοπός της εργασίας μας είναι η ενημέρωση όσων, η επιστημονική αναγκαιότητα επιβάλλει, θα ασχοληθούν ή ασχολούνται με τον πειραματισμό σε ζώα, παρόλο που γίνεται προσπάθεια ανάπτυξης εναλλακτικών μεθόδων ώστε να περιοριστεί αυτός ο πειραματισμός.

Η σχετική Νομοθεσία στην Ελλάδα, σε εναρμόνιση με την Ε.Ε., προσπαθεί να λύσει τα προβλήματα που οφείλονται κυρίως στην άγνοια του επιστημονικού κόσμου, στις γραφειοκρατικές διαδικασίες αλλά και στην έλλειψη κατάλληλης υποδομής.

Η συνεργασία όσων εμπλέκονται στη χρησιμοποίηση ζώων για πειραματικούς σκοπούς θα βελτιώσει ή/και θα επιλύσει τυχόν προβλήματα, διότι η προστασία τους από όλη την επιστημονική ομάδα αλλά και από τον Κτηνίατρο ως ενεργητικό της μέλλουσας υποχρέωσή μας.

(P84)

**Η ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Ζοηλοπίτης Φ., Κατσάστου Μ., Καρακίριου Ε., Καραγιαννίδου Ε., Χοτουμανίδης Χ., Ιακωβίδης Δ., Κοντακίτης Θ.

Μονάδα βρογχοσκόπησης, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ

Η θωρακοσκόπηση εφαρμόστηκε για πρώτη φορά πριν 70 χρόνια στη θεραπεία των πυματιωδών υπεζωκοτικών συλλογών και με τη βελτίωση των τεχνικών και των μηχανημάτων έχει γίνει πλέον μία πολύ χρήσιμη μέθοδος στη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία νοσημάτων του πνεύμονα και της υπεζωκοτικής κοιλότητας. Η τεχνική για να εφαρμοστεί απαιτεί την ύπαρξη πνευμοθώρακα ή υπεζωκοτικής συλλογής διαφορετικά ο κίνδυνος δημιουργίας βροχοϋπεζωκοτικού συριγγίου από την τρώση του πνεύμονα είναι μεγάλη. Σε περίπτωση που η μέθοδος πρέπει να εφαρμοστεί σε ασθενείς χωρίς πνευμοθώρακα ή υπεζωκοτική συλλογή τότε δημιουργείται τεχνητός πνευμοθώρακας και έπειτα εφαρμόζεται η μέθοδος. Οι περιπτώσεις που χρησιμοποιείται η θωρακοσκόπηση είναι: 1. Αυτόματος πνευμοθώρακας (διάγνωση υποϋπεζωκοτικών κύστεων, διαπίστωση της κατάστασης του τοιχωματικού και σπληνικού υπεζωκότα) 2. Όγκοι του θωρακικού τοιχώματος και του μεσαυθίου (διαπίστωση της φύσης και της θέσης του όγκου, λήψη βιοψίας) 3. Πλευριτικές συλλογές (αναρρόφηση του πλευριτικού υγρού, εισαγωγή αέρα καλύτερη απεικόνιση και διαχωρισμός του τοιχωματικού από το σπληνικό υπεζωκότα, λήψη βιοψιών, πλειυρόδεση, συμφοσιόλυση), 4. Περιφερικές πνευμονικές βλάβες (λήψη βιοψιών). 5. Συμβολή στη αιτιολογική διάγνωση των διάχυτων διάμεσων πνευμονοπαθειών. Τα τελευταία χρόνια η κλασική θωρακοσκόπηση αντικαταστάθηκε από την υποβοηθούμενη με βίντεο θωρακοσκόπηση (Video Assisted Thoracoscopy, VATS) και πρόσφατα δοκιμάστηκε το ημιαυτόματο θωρακοσκόπιο που καθιστά τη μέθοδο ελάχιστα επεμβατική και ιδιαίτερα διαγνωστική.

(P86)

**ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ
ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Παπαδόπουλος Β., Ζαταγιάς Α., Παναγιωτόπουλος Ν., Παναγιάννης Π., Παπαδομιχελάκης Μ., Αποστολίδης Σ., Χαρηαυτίης Ν.

Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ.
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Την προηγούμενη δεκαετία αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική του Α.Π.Θ. 8 ασθενείς με τραυματικές κακώσεις του παχέος εντέρου.

Επτά από τους ασθενείς αυτούς ήταν άντρες και 1 γυναίκα.

Οι 5 από αυτούς είχαν ανοικτά τραύματα τα οποία οφείλονταν σε τέμνοντα και νύσσοντα όργανα και σε πυροβόλο όπλο, ενώ οι υπόλοιποι 3 είχαν κλειστές κακώσεις.

Οι συνυπάρχουσες κακώσεις ήταν ανάλογες της αιτίας που προκάλεσε τον τραυματισμό. Στις κλειστές κακώσεις συνυπήρχαν ρήξεις ήπατος, κατάγματα των οστών της θώρακας, ενώ στις ανοικτές οι κακώσεις αφορούσαν σπλήνα, χηλα, τα οποία βρίσκονταν στην πορεία του τραυματιζόμενου οργάνου ή των βλημάτων.

Η εντόπιση των κλειστών κακώσεων του παχέος εντέρου ήταν το εγκάρσιο κόλο σε 2 περιπτώσεις και το σιγμοειδές σε 1. Οι ανοικτές κακώσεις αφορούσαν στο ορθό, στη δεξιά κοιλική κάμψη, στο τυφλό και στο κατιόν κόλο.

Η χειρουργική αποκατάσταση των κλειστών κακώσεων του παχέος εντέρου έγινε με εκτομή του τραυματισμένου τμήματος του παχέος εντέρου και στις 3 περιπτώσεις. Σε 2 από τους ασθενείς έγινε τελικοτελική αναστόμωση σε πρώτο χρόνο χωρίς τη διενέργεια προφυλακτικής στομίας, ενώ στον άλλον ασθενή έγινε τελική σιγμοειδοστομία και αποκατάσταση της συνέχειας του παχέος εντέρου σε δεύτερο χρόνο.

Στις ανοικτές κακώσεις του παχέος εντέρου έγινε νεαρροποίηση του τραύματος και συρραφή χωρίς προφυλακτική στομία σε 3, σε 1 έγινε νεαρροποίηση και συρραφή, προφυλακτική στομία και αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο και σε 1 έγινε εκτομή του τραυματισμένου τμήματος, τελική σιγμοειδοστομία και αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο.

Η μετεχειρτητική περίοδος υπήρξε σε όλους καλή.

Συμπεραίνεται πως κατά τις κλειστές κακώσεις της κοιλίας δυνατό να παρατηρηθούν τραυματισμοί στο παχύ έντερο μολονότι δεν είναι συχνό και συνυπάρχουν με άλλες κακώσεις των κοιλιακών σπληνών. Η αντιμετώπιση των κλειστών και ανοικτών κακώσεων του παχέος εντέρου δυνατό να γίνει σε ένα ή σε δύο χρόνους αναλόγως της βαρύτητας και της εντόπισης της κακώσης.



(P87)

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΚΥΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ, ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Παναγιώτου-Οικονόμου Α., Οικονόμου Κ., Χριστιανόπουλος Κ.
Ψυχιατρική Κλινική Παιδίων και Εφήβων Γ.Π.Ν. Ιπποκράτειο Θεσ/νίκης

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η καλύτερη κατανόηση της νόσου στο πλαίσιο της ελληνικής πραγματικότητας.

Υλικό - Μέθοδος: Το υλικό της μελέτης προέρχεται από το τμήμα ενδο-νοσοκομειακής νοσηλείας του Ψυχιατρικού Τμήματος Παιδίων & Εφήβων του Ιπποκράτειου Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης. Περιλαμβάνει 12 κορίτσια 11-17 ετών που νοσηλεύτηκαν με κύρια διάγνωση νευρογενούς ανορεξίας κατά το χρονικό διάστημα 1992-2000.

Αποτελέσματα: Ως προς την ηλικία έναρξης διαπιστώνεται ότι στο 58,3% του δείγματος (επτά άτομα) οι ασθενείς ήταν έως 13 ετών. Εκλυτικό αίτιο υπάρχει σε ποσοστό 66,7% (οχτώ άτομα) όπου διαπιστώνεται ότι κατά 75% (έξι άτομα) πρόκειται για σχολικό συμβάν, κατά 50% (πέντε άτομα) διαπιστώνεται σημαντικός αποχωρισμός και στο 50% (τέσσερα άτομα) αυξημένο βάρος σώματος. Επισημαίνουμε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις αναφέρονται περισσότεροι από έναν εκλυτικοί παράγοντες. Στο 75% του δείγματος (εννέα άτομα) στις σχέσεις γονέων υπήρχαν συγκρούσεις που όμως κατά 58,3% (επτά άτομα) δεν εκφράζονταν ανοιχτά. Όσον αφορά στα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών διαπιστώθηκε τελειοθηρία, δυσκολίες ως προς την κοινωνικότητα και άριστες σχολικές επιδόσεις. Το 66,7% παρουσίαζε διαταραχές ως προς την εικόνα του σώματος.

Συμπέρασμα: Στο δείγμα που μελετήθηκε διαπιστώθηκε ότι όσον αφορά το φύλο τα κορίτσια υπερτερούν σημαντικά. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει εκλυτικό αίτιο, χαρακτηριστική δομή της οικογένειας και συγκεκριμένα στοιχεία στην προσωπικότητα των εφήβων.

(P89)

**Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ
("ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ-ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ")**

Αφρονίδης Νεκτάριος¹, Μπαργιώτα Αικατερίνη², Καρακασίδης Ιωάννης³
1. 2ετής φοιτητής Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ., 2. Τελεϊόφοιτη φοιτήτρια Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ., 3. Ιατρός

Με την προϊστορία του να χάνεται στα βάθη των αιώνων, ξεκινώντας ίσως τότε που ο πατέρας της ιατρικής Ιπποκράτης ίδρυε στη Θεσσαλική γη το περίφημο ασκλήνείο του και αργότερα επέλεγε αυτήν ακριβώς τη γη για να σκεπάσει το σώμα του, η ιστορία του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου της Λάρισας "Κουτλιμπάνειο-Τριανταφυλλείο" αρχίζει με τη θεμελίωσή του στα τέλη του Φεβρουαρίου του 1889, χάρη στην πρωτοβουλία και τη δραστηριοποίηση ενός εμπόρου, ενός μητροπολίτη, ενός μουσουλμάνου και ενός δημάρχου...

...Για να περάσει μέσα από μια πολυτάραχη πορεία παράλληλη με αυτήν της πατρίδας μας καθ' όλη τη διάρκεια του επίσης πολυτάραχου αιώνα που μόλις τελείωσε, συμπληρώνοντας 100 και πλέον χρόνια συνεχούς ζωής και προσφοράς...

...Και, ασφαλώς, στενίζοντας τον νέα χιλιετία που ήδη ξεκίνησε με αισιοδοξία και προοπτική, έτοιμο να αντιμετωπίσει τις νέες προκλήσεις και να συνεχίσει να προσφέρει όσα περισσότερα μπορεί στο θεσσαλικό πληθυσμό...

(P88)

Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΠΥΡΗΝΩΝ ΟΣΤΕΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΕΠΙΦΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΦΥΣΕΙΣ

Νενόπουλος Α., Δελιγιάννη Χ., Μπίσδας Θ., Βερνάρδος Μ., Βερνάρδος Ν.
Ιατρικό τμήμα Α.Π.Θ.-Β' Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ.
Υπεύθυνος Καθηγητής: Νενόπουλος Σ.Π., Αναπλ.καθηγητής

Οι επιφυσιακοί ή δευτερογενείς πυρήνες οστέωσης εμφανίζονται στη μεγάλη πλειοψηφία τους μετά τον τοκετό σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα ο καθένας. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η μελέτη της εμφάνισης και εξέλιξης των παραπάνω πυρήνων στις επιφύσεις των επιμήκων οστών στα άνω και κάτω άκρα.

Μελετήσαμε τους πυρήνες αυτούς σε ακτινογραφίες του αρχείου της Β' Ορθοπαιδικής Κλινικής του Α.Π.Θ., σε διάφορες ηλικίες. Παρατηρήσαμε ότι η εμφάνιση των δευτερογενών πυρήνων οστέωσης διαφέρει ανάλογα με την ηλικία και το εκάστοτε οστό. Κατά κανόνα εμφανίζεται ένας πυρήνας σε κάθε επίφυση με εξαίρεση την άνω και κάτω επίφυση του βραχιονίου, τα μετακάρπια, τα μετατάρσια καθώς και τις φάλαγγες της άκρας χειρός και του άκρου ποδός. Παρατηρήσαμε επίσης την διαφορετική ακτινολογική εικόνα στους διάφορους πυρήνες σε διαφορετικές ηλικίες. Σταδιακά οι δευτερογενείς πυρήνες οστέωσης αυξάνουν σε μέγεθος και καταλαμβάνουν με την πρόοδο της ανάπτυξης, μεγαλύτερο μέρος της χόνδρινης επιφύσης έως ότου, στο τέλος της ανάπτυξης, συνοστεωθούν με τη μετάφυση.

Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής διότι η γνώση της δημιουργίας και εξέλιξης των παραπάνω πυρήνων είναι βασική προϋπόθεση, για τη σωστή διάγνωση και την μετέπειτα αντιμετώπιση μίας κάκωσης, στις ειδικότητες της Ακτινολογίας και Ορθοπαιδικής.

(P90)

ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ

Παπαδόπουλος Β., Ζαταγιάς Α., Παναγιωτόπουλος Ν., Παπαγιάννης Π., Παπαδομιχαλάκης Μ., Αποστολίδης Σ., Χαρηλάτης Ν.
Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ.
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Παρουσιάζονται 6 περιπτώσεις ασθενών με καρκινοειδή όγκο στη σκωληκοειδή απόφυση που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική από τον Ιανουάριο του 1990 έως το Δεκέμβριο του 2002 και γίνεται ανασκόπηση της πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας.

Οι καρκινοειδείς όγκοι είναι μια ιδιαίτερη μορφολογικά τάξη όγκων του γαστρεντερικού σωλήνα. Η βιολογική τους συμπεριφορά είναι λιγότερο επιθετική από τα αντίστοιχα αδενοκαρκινώματα, έχουν ενδοκρινείς ιδιότητες και είναι αρκετά σπάνιοι. Η συχνότερη θέση εντόπισής τους στο γαστρεντερικό σωλήνα είναι η σκωληκοειδής απόφυση. Η διάγνωση αυτών των όγκων είναι συνήθως τυχαίο χειρουργικό ή ιστολογικό εύρημα μετά από σκωληκοειδεκτομή, καθώς δεν προκαλούν ειδικά συμπτώματα. Το καρκινοειδές σύνδρομο είναι η συχνότερη συστηματική τους εκδήλωση, η εμφάνιση και η ένταση του οποίου είναι ανάλογη με το μέγεθος, την εντόπιση του όγκου και την παρουσία μεταστάσεων, στοιχεία καθοριστικά για το σχεδιασμό της ορθότερης θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Οι δικές μας περιπτώσεις εκδηλώθηκαν με συμπτωματολογία οξείας σκωληκοειδίτιδας και υποβλήθηκαν σε σκωληκοειδεκτομή. Η διάγνωση του καρκινοειδούς τέθηκε με την ιστολογική εξέταση. Σε 2 από αυτούς, μετά το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασης και λόγω του μεγέθους του όγκου (> 2 εκ.) αποφασίστηκε η διενέργεια δεξιάς ημικολεκτομής. Σε κανέναν από τους ασθενείς μας δεν παρατηρήθηκε μετάσταση ούτε και ανάπτυξη του συνδρόμου.

Όλοι οι ασθενείς είναι εν ζωή, ελεύθεροι νόσου και παρακολουθούνται μετά την εγχείρηση.



(P91)

ΚΟΛΠΙΚΟ ΝΑΤΡΙΟΥΡΗΤΙΚΟ ΠΕΠΤΙΔΙΟ ΚΑΙ ΑΣΥΜΜΕΤΡΗ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΤΟΥ ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΣΤΙΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

Τσαφαρίδου Β., Παυλού Β.¹, Φερφέλη Σ.¹, Ησαΐα Μ.¹, Χουρζαμάνης Αλ., Αγκομαχαλέλης Νεστ.

1. Περπτοετής φοιτήτρια Ιατρικού τμήματος Α.Π.Θ.)

Πνευμονολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσ. "Γ. Παπανικολάου".

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η μελέτη της αναπνευστικής λειτουργίας και ο προσδιορισμός των επιπέδων του κοιλιακού νατριουρητικού πεπτιδίου του πλάσματος (S-ANP) και των ηχοκαρδιογραφικών (Echo) παραμέτρων της δεξιάς κοιλίας σε 49 άτομα (35 ασθενείς με χρόνια πνευμονική καρδιά και 14 μάρτυρες).

Τα αποτελέσματα έδειξαν:

1. Αύξηση των τιμών του S-ANP στο 59% των ασθενών, που σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας στο Echo, όχι όμως και με τους δείκτες της αναπνευστικής λειτουργίας.
2. Ασύμμετρη υπερτροφία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (ASH) στο 56% των ασθενών, που σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την υπερτροφία και την αύξηση της διαμέτρου της δεξιάς κοιλίας στο Echo, την αύξηση της PCO₂ και την ελάττωση της FEV1.
3. Η τιμή του ANP δεν σχετίζεται στατιστικά με την ASH.

Συμπεραίνουμε ότι:

1. Η αύξηση της τιμής του κοιλιακού νατριουρητικού πεπτιδίου αποτελεί αξιόπιστο δείκτη υπερτροφίας της δεξιάς κοιλίας της καρδιάς στις χρόνιες πνευμονοπάθειες.
2. Η ασύμμετρη υπερτροφία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος αποτελεί επιπλέον σημαντικό αλλά ανεξάρτητο παράγοντα προγνώσεως της βαρύτητας της χρόνιας πνευμονικής καρδιάς και δείκτη της δυναμμένης να αναπτυχθεί προώθησης δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας.

(P93)

ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ DNA ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ

Παναγιωτόπουλος Ι., Ποθητάκης Γ., Καραστατίρας Γ., Λαμπρόπουλος Α., Κώσης Ευ.

Με την πρόοδο της πληροφορικής επιστήμης και την ανάπτυξη ιδιαίτερα του διαδικτύου και τη δημιουργία σε αυτό Ιατρικών Βάσεων Δεδομένων (DataBases) οι επιστήμονες κατόρθωσαν να αποκωδικοποιήσουν το ανθρώπινο γονιδίωμα. Η πρόκληση σήμερα είναι η συμπλήρωση αυτής της προσπάθειας με την εύρεση των DNA πολυμορφισμών του ανθρώπινου γονιδιώματος. Σκοπός της εργασίας είναι να κάνουμε αναφορά στην πρόοδο που έχει σημειωθεί σε αυτόν τον τομέα καθώς και να δείξουμε τη συνεισφορά του ΑΠΘ.

Υπάρχουν ήδη βάσεις δεδομένων στο Internet που επιτρέπουν ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των διαφόρων εργαστηρίων παγκοσμίως ανάμεσα στις οποίες ξεχωρίζουμε την HCVBase. Οι καταγραφές περιλαμβάνουν πολυμορφισμούς ουδέτερους ή συνδεδεμένους με ασθένειες. Συμπεριλαμβάνονται πληροφορίες σχετικές με τον πληθυσμό, κάθε εισαγωγή παρουσιάζεται μαζί με την ακολουθία που την περιβάλλει και τη σχέση της με γειτονικά χαρτογραφημένα γονίδια. Επίσης υπάρχουν εργαλεία on-line έρευνας. Η διαδικασία γίνεται αυτοματοποιημένα ή ημιαυτοματοποιημένα για τον έλεγχο κοινών σφαλμάτων από την γνώση της πληροφορίας. Στόχος είναι η δημιουργία ενός κεντρικού αποσπασμού γνώσεων για τον έλεγχο των πολυμορφισμών σχετιζόμενων με την προδιάθεση-εμφάνιση παθολογικών φαινοτύπων. Τέλος τονίζουμε ότι με τη δημιουργία αυτών των βάσεων δεδομένων και την εισροή των πληροφοριών αυτών ανοίγει ο δρόμος για φαρμακευτική έρευνα με βάση τα στοιχεία αυτά.

(P92)

Η ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Ιωαννίδης Ο.¹, Καλμάντι Δ.²

1. Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ., 2. Τμήμα Βιολογίας Α.Π.Θ.

Η νόσος Alzheimer αποτελεί μία εκφυλιστική πάθηση του Κ.Ν.Σ. και την κυριότερη μορφή άνοιας, που χαρακτηρίζεται μακροσκοπικά από την ατροφία του εγκέφαλου και μικροσκοπικά από τις γεροντικές πλάκες και τις νευροϊνιδιακές συσσωματώσεις. Παρά τις εκτεταμένες έρευνες των τελευταίων ετών παραμένει άγνωστη η ακριβής αιτιοπαθογένεια της νόσου. Μερικοί από τους σημαντικότερους παράγοντες ανάπτυξης νόσου είναι οι εξής:

- Η εναπόθεση του β-αμυλοειδούς στον σχηματισμό γεροντικών πλάκων.
- Η άθροιση των ανωμάθων τ-πρωτεΐνων σε νευροϊνιδιακές συσσωματώσεις
- Η συμμετοχή φλεγμονωδών παραγόντων
- Η ελάττωση της χολινεργικής δραστηριότητας λόγω της εκφύλισης των νευρώνων και της ανεπάρκειας στο ένζυμο χολίνη ακετυλοτρανσφεράση
- Η επαγωγή ελεύθερων ριζών λόγω οξειδωτικού stress οι οποίες συμβάλλουν σε βλάβες πρωτεϊνών, λιπιδίων και νουκλεϊνικών οξέων καθώς και στην συσσώρευση αμυλοειδούς
- Η συμβολή της απολιποπρωτεΐνης E4, ως παράγοντας κινδύνου, στην αύξηση των ινιδίων αμυλοειδούς και των γεροντικών πλάκων
- Η παρουσία γενετικών ανωμαλιών στα χρωμοσώματα 1, 14, 19 και 21
- Η διαταραχή της νευροπλαστικότητας από παράγοντες όπως οι τ-πρωτεΐνες, το β-αμυλοειδές και η απολιποπρωτεΐνη E

(P94)

Ο ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ ΤΥΠΟΥ BOSTON ΣΕ ΒΑΡΙΕΣ ΣΚΟΛΙΩΣΕΙΣ

Κοτσάνη Μαρίνα, Κούτρα Μαρία, Μεντεσιόου Ελένη, Ποτούνη Μιχαήλ, Κύρκος Μαργάριτης, Καπετάνιος Γεώργιος
Γ' Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ - Ιατρείο σκολιώσεως

Ο κηδεμόνας τύπου Boston (DBB) είναι αυτός που χρησιμοποιείται ευρύτερα για τη συντηρητική θεραπεία της σκολίωσης και η χρήση του ενδείκνυται κυρίως για επιδεινούμενες σκολιώσεις 20-40°.

Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε η βελτίωση που επιτυγχάνεται στις σκολιωτικές καμπύλες γωνίας μεγαλύτερης των 40°, με την εφαρμογή του κηδεμόνα τύπου Boston. Η βελτίωση με συντηρητικά μέσα του σκολιωτικού κυρτώματος επιδιώχθηκε είτε γιατί τα παιδιά και το περιβάλλον τους δεν ήθελαν να χειρουργηθούν, είτε εν αναμονή του χειρουργείου.

Συλλέχθηκαν στοιχεία από το Εξωτερικό Ιατρείο Σκολίωσης σχετικά με 76 σκολιωτικούς ασθενείς (62 κορίτσια και 14 αγόρια) με μέσο όρο ηλικίας κατά την πρώτη εξέταση στο Ιατρείο, τα 12.51 χρόνια (7-16 ετών).

Από τους 76 ασθενείς οι 42 (55.26%) είχαν δεξιό θωρακικό πρωτοπαθές κύρτωμα, οι 2 (2.63%) αριστερό θωρακικό, οι 15 (18.43%) δεξιό θωρακοσφυϊκό και οι 18 (23.68%) αριστερό θωρακοσφυϊκό.

Η μέση τιμή των μοιρών της σκολίωσης που διαπιστώθηκαν κατά την πρώτη εξέταση με μέτρηση επί της ακτινογραφίας με τη μέθοδο Cobb ήταν 47.34°, με μικρότερη υπολογιζόμενη τιμή αυτή των 40° και ανώτερη αυτή των 75°.

Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από την καταγραφή της παρακολούθησης των παιδιών, επαρκή κρίθηκαν και ελήφθησαν υπόψη στους υπολογισμούς, όσα αναφέρονταν σε παρακολούθηση των ασθενών για χρονικό διάστημα ίσο ή μεγαλύτερο των 10 μηνών από την αρχική εφαρμογή του DBB.

Επομένως, με μέσο χρόνο παρακολούθησης τους 28.47 μήνες (από 10 έως 80 μήνες), υπολογίστηκε ότι η μέση τιμή μοιρών των σκολιωτικών καμπυλών κατά την τελική εξέταση πριν την αφαίρεση του DBB ήταν 35° (από 9° έως 60°).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της διαφοράς των σκολιωτικών καμπυλών από την αρχική μέχρι την τελική εξέταση. Η συνολική διόρθωση ήταν κατά μέσο όρο 12.87°. Ο μέσος όρος της ποσοστιαίας % διόρθωσης του σκολιωτικού κυρτώματος με την εφαρμογή του κηδεμόνα, ήταν 27.14%. Η μέγιστη διόρθωση σκολιωτικού κυρτώματος που παρατηρήθηκε ήταν κατά 80.43% (από αρχικές 46° σε τελικές 9°).

Από τη μελέτη προέκυψε ότι από την εφαρμογή του κηδεμόνα τύπου Boston θα μπορούσε να εξαχθεί ευεργετικό αποτέλεσμα σε επιβεβαιωμένες περιπτώσεις σκολιώσεων άνω των 40°.



(P95)

ΦΑΙΟΧΡΩΜΟΚΥΤΤΩΜΑ

Καριπίδου Ε., Πάνα Ζ., Πολυζούλης Γ., Γιώβος Ι.

Α Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Το φαιοχρωμοκύττωμα είναι όγκος που αναπτύσσεται από τα χρωμαφινικά κύτταρα του μυελού των επινεφριδίων, απελευθερώνοντας στην κυκλοφορία μεγάλες ποσότητες κατεχολαμινών. Αποτελεί σπάνια αιτία υπέρτασης και εξακολουθεί να διαφεύγει ακόμα και σήμερα της διάγνωσης. Απαντάται στο 0.05-0.1 % του υπερτασικού πληθυσμού, εξίσου και στα δύο φύλα. Το 10% των φαιοχρωμοκυττωμάτων είναι οικογενή.

Τα κλινικά ευρήματα της νόσου όπως η υπέρταση, η κεφαλαλγία, το αίσθημα παλμών και οι εφιδρώσεις αποδίδονται στην σταθερή ή διαλείπουσα έκκριση νοραδρεναλίνης, αδρεναλίνης και ντοπαμίνης.

Η βιοχημική διάγνωση της νόσου βασίζεται στην ανεύρεση αυξημένων επιπέδων των κατεχολαμινών και των μεταβολιτών τους στο πλάσμα και στα ούρα, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται δυναμικές δοκιμασίες όπως τα test κλονιδίνης και γλουκαγόνη.

Η εντόπιση των όγκων γίνεται με αξονική ή μαγνητική τομογραφία και επιβεβαιώνεται με σπινθηρογράφημα με MIBG-123. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις γίνεται εκλεκτικός καθετηριασμός της κάτω κοιλίας και δειγματοληψία.

Θεραπευτικά γίνεται χειρουργική αφαίρεση του όγκου, αφού προηγηθεί φαρμακευτική προετοιμασία με αποκλειστές α και β αδρε-νεργικών υποδοχέων.

Σκοπός της παρουσίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για το φαιοχρωμοκύττωμα, ενώ έμφαση θα δοθεί στις νέες τεχνικές διάγνωσης της νόσου.

(P97)

ΣΠΑΝΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ

Φιλίππου Δ.Κ., Τρίγκα Α., Φιλίππου Γ., Ρίζος Σ.

Χειρουργική Κλινική, ΓΟΝΚ "Οι Άγιοι Ανάργυροι"

Χειρουργική Κλινική Νοσοκομείου Λοιμωδών "Η Αγία Βαρβάρα" Ανατολαιοιοθηολογικό Τμήμα, ΠΑΟΝΑ "Ο Άγιος Σάββας"

Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι γενικώς αποδεκτό ότι αποτελεί επέμβαση εκλογής για την αφαίρεση της χοληδόχου κύστεως. Είναι μέθοδος εύκολη, αναπαραγώγιμη, με πολλή πλεονεκτήματα, όπως μικρό χρόνος νοσηλείας, ταχεία επιστροφή του ασθενούς στην εργασία, και ελάχιστα επιπλοκές. Έχουν αναφερθεί κατά καιρούς διάφορες επιπλοκές που σχετίζονται με την επέμβαση, οι συνθεστέρες από τις οποίες είναι η αιμορραγία, το αιμάτωμα, η χολόρροια.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση δύο σπάνιων επιπλοκών μετά λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.

Περιστατικό 1ο: Ασθενής ο οποίος είχε υποβληθεί σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή επανέρχεται μετά 2 έτη με υψηλό πυρετό. Σε CT ΑΚΚ παρατηρείται οπισθοπεριτοναϊκό απόστημα στην περιοχή του ΔΕ ψοίτη, το οποίο διανοίγεται και διαπιστώνεται ότι οφείλεται σε ευμεγέθη χολόλιθο.

Περιστατικό 2ο: Μετά λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή δημιουργία ευμεγέθους αιματώματος στην οσφυϊκή και πλάγια κοιλιακή χώρα κατά συνέχεια ιστού, από τη θέση της πύλης του ομφαλού. Διαπιστώθηκε ότι το αιμάτωμα οφειλόταν σε αιμορραγούν αγγείο του επιπλόκου το οποίο εισήλθε εντός της απονεύρωσης του ορθού κοιλιακού μυός.

Συμπερασματικά αναφέρουμε ότι παρά το γεγονός ότι η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι ασφαλής μέθοδος μπορεί να παρουσιαστούν σπάνιες επιπλοκές. Για αυτό απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και ετοιμότητα για αντιμετώπιση.

(P96)

ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΜΥΕΛΟΛΙΠΩΜΑΤΟΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ (CASE REPORT)

Φιλίππου Δ.Κ., Παπαδόπουλος Β., Αυγερινός Ε., Κουπιδής Σ., Στάμου Α., Τρίγκα Α., Ρίζος Σ.

Εργ.Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών Παν.Παθολογική Κλινική, Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Θράκης Β' Χειρουργική Κλινική Νοσοκομείου "Ασκληπείου" Βούλας

Το μυελολιπώμα επινεφριδίου αποτελεί καλοήγητο όγκο του επινεφριδίου, αποτελείται από αγγειοβριθή λιπώδη ιστό, είναι μεγάλου συνήθως μεγέθους και στερόπλευρο. Συνήθως είναι ασυμπτωματικό και η διάγνωση του γίνεται τυχαία ή για διερεύνηση αισθήματος βάρους κατά τη νεφρική χώρα. Διαγιγνώσκεται με αξονική τομογραφία και δεν αφαιρείται χειρουργικά παρά μόνο εφόσον το μέγεθός του είναι μεγαλύτερο από 10cm.

Περιγραφή περίπτωσης: Ασθενής ηλικίας 62 ετών διακομίζεται στα ΤΕΠ, μετά αναφερόμενη πτώση από ύψος με εικόνα καταπληξίας, αιμοδυναμική αστάθεια. Από την κλινική εξέταση δεν προέκυψαν σαφή στοιχεία παρά μόνο μία ήπια σύσπαση κατά την αριστερά πλάγια κοιλιακή χώρα. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο δεν προέκυψαν σημαντικά ευρήματα εκτός από τιμή αιματοκρίτη: 33%. Η ακτινογραφία κοιλίας είναι χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Ο ασθενής υποβάλλεται επείγοντως σε spiral CT κοιλίας από την οποία προκύπτει ένα τεράστιο αιμάτωμα στην περιοχή του ΑΡ νεφρού και ένας όγκος με χαρακτηριστικά μυελολιπώματος. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία έγινε παροχέτευση του αιμάτωματος, διασφαλίστηκε η βιωσιμότητα του νεφρού και αφαιρέθηκε ο αιμορραγούν όγκος με το σύστοιχο επινεφρίδιο. Η μετεγχειρητική πορεία του ήταν ανεπιπλοκή και ο ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου την 4η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπερασματικά αναφέρουμε ότι το μυελολιπώμα του επινεφριδίου αν και καλοήγητος όγκος μπορεί να δημιουργήσει απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς καταστάσεις, και πάντοτε πρέπει να το έχει κατά νου ο χειρουργός σε οξείες περιπτώσεις που αφορούν τη νεφρική χώρα.

(P98)

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ

Φιλίππου Δ.Κ., Παπαδόπουλος Β., Αυγερινός Ε., Κουπιδής Σ., Στάμου Α., Τρίγκα Α., Ρίζος Σ.

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Θράκης, Β' Χειρ/γική Κλ. Νοσοκομείου "Ασκληπείου" Βούλας, Χειρουργική Κλινική, ΓΟΝΚ "Οι Άγιοι Ανάργυροι"

Περιγράφονται 6 περιπτώσεις ασθενών με δυσκοιλιότητα που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Οι 2 αντιμετωπίστηκαν επείγοντως και οι 4 εκλεκτικά. Οι 3 ήταν άνδρες και οι 3 γυναίκες, ηλικίας 35 έως 74 έτη. Τους ασθενείς αυτούς ανάλογα με την εντόπιση της διαταραχής τους κατατάξαμε σε δύο ομάδες.

Η πρώτη ομάδα περιελάμβανε 3 ασθενείς με διαταραχές της κινητικότητας του παχέος εντέρου (ατελούς Hirschprung, σπληνική μυοπάθεια κ.λπ.). Σε έναν εκ των ασθενών συνυπήρχε διαταραχή και στην έξοδο (σύνδρομο σπαστικού πυελικού εδάφους), ενώ σε έναν ακόμη συνυπήρχε μεσαορθό. Στη δεύτερη ομάδα περιλήφθηκαν 3 περιπτώσεις με προβλήματα στην έξοδο του παχέος εντέρου. Ένας εκ των ασθενών έπασχε από σύνδρομο καθόδου του περινέου και εμφάνιζε σοβαρή δυσκοιλιότητα αλλά και ακράτεια. Οι υπόλοιποι 2 ασθενείς υπέφεραν από πρόπτωση του ορθού.

Η χειρουργική αντιμετώπιση της πρώτης ομάδας περιελάμβανε: (α) υποβελική κολεκτομή και ειλεοορθική αναστόμωση (1 ασθενής), (β) ολική πρωκτοκολεκτομή με διατήρηση του πρωκτικού σφιγκτήρα, κατασκευή ηλκύθου και ειλεοπρωκτικής αναστόμωσης (1 ασθενής), (γ) στον 3ο ασθενή με παράδοξη σύσπαση του ηβοορθικού μυός, διενεργήθηκε υποβελική κολεκτομή, τελική ειλεοστομία και βλεννώδες συρίγγιο σε αναμονή της οριστικής παθολογοανατομικής διαγνώσεως.

Στη δεύτερη ομάδα οι ασθενείς με πρόπτωση του ορθού υπεβλήθησαν σε ορθοπληξία, ενώ το σύνδρομο καθόδου αντιμετωπίστηκε με post-anal repair.

Συμπερασματικά, η δυσκοιλιότητα συνεπεία κινητικών διαταραχών του παχέος εντέρου μπορεί να αντιμετωπισθεί χειρουργικά με ικανοποιητικά αποτελέσματα, αφού πρώτα μελετηθεί ικανοποιητικά η εντερική και σφιγκτηριακή λειτουργία.



(P99)

**Η ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΕΩΣ**

Φιλίππου Δ.Κ., Τρίγκα Α., Φιλίππου Γ., Ρίζος Σ.

Χειρουργική Κλινική, ΓΟΝΚ "Οι Άγιοι Ανάργυροι"

Χειρουργική Κλινική Νοσοκομείου Λοιμωδών "Η Αγία Βαρβάρα"

Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΠΑΘΝΑ "Ο Άγιος Σάββας"

Η λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της ΓΟΠ φαίνεται ότι συνοδεύεται από μικρότερη νοσηρότητα και θνητότητα, από σαφώς λιγότερο πόνο και μειωμένη ιστική καταστροφή σε σχέση με την ανοικτή αποκατάσταση

Υλικό-Μέθοδος: Σε χρονικό διάστημα 5 μηνών πραγματοποιήθηκαν 5 λαπαροσκοπικές επεμβάσεις σε ασθενείς με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση μη ελεγχόμενη φαρμακευτικά. 3/5 ασθενείς ήταν άνδρες και 2/5 γυναίκες, ηλικίας 37 έως 62 ετών. Ο μέσος χρόνος λήψης κάποιου τύπου φαρμακευτικής αγωγής ήταν 48±17 μήνες. Όλοι οι ασθενείς είχαν μία παθολογική οισοφαγογαστροσκόπηση με 2ου και 3ου βαθμού οισοφαγίτιδα χωρίς σημεία δυσπλασίας, και άπληρη συνοδό παθολογία από πεπτικό, ήπαρ, χοληφόρα, πάγκρεας. Και οι 5 ασθενείς υποβλήθηκαν σε κυκλωτήρη πλήρη θολοπλαστική, οι 3 σε τυπική Nissen, και οι 2 σε Nissen τροποποιημένη κατά Rossetti. Με γενική αναισθησία και μετά τη δημιουργία πνευμοπεριτοναίου, τοποθετούνται 5 trocars, 3 των 10mm, και 2 των 5mm. Μετά τη διατομή του ελάσσονος επιπλόου, παρασκευάζεται η περιοχή των σκελών του διαφράγματος. Το δεύτερο βήμα είναι η κινητοποίηση της γαστροοισοφαγικής συμβολής με ή χωρίς διατομή 2 ή 3 βραχέων γαστρικών αγγείων. Ακολουθεί η σύγκλιση των σκελών του διαφράγματος με 1 ή 2 μη απορροφήσιμα ράμματα και κατόπιν η έκμψηση της θολοπλαστικής.

Αποτελέσματα: Η διάρκεια διάρκεια της επέμβασης ήταν 108 λεπτά (90 έως 165) και ο μέσος χρόνος μετεγχειρητικής νοσηλείας των ασθενών 4 ημέρες. Καμία επιπλοκή δεν παρατηρήθηκε.

Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης φαίνεται σε μία μέθοδος λογική, αναπαραγώγιμη και ασφαλή. Δεν αποτελεί μία νέα χειρουργική μέθοδο, αλλά μία νέα οδό προσέγγισης και η αξία της και τα αποτελέσματά της ισάξια της κλασικής χειρουργικής, ενώ συνοδεύεται από σαφώς μικρότερο χρόνο νοσηλείας και ταχύτερη επαναφορά του ασθενή στις συνήθεις δραστηριότητες.

(P101)

**ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗΣ
ΣΕ ΝΟΣΟ ΠΟΛΥΑΠΛΩΝ ΕΞΟΣΤΩΣΕΩΝ**

Φιλίππου Δ.Κ., Τρίγκα Α., Δεμερτζής Ν., Φιλίππου Γ., Ρίζος Σ.

Χειρουργική Κλινική, ΓΟΝΚ "Οι Άγιοι Ανάργυροι"

Χειρουργική Κλινική Νοσοκομείου Λοιμωδών "Η Αγία Βαρβάρα"

Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΠΑΘΝΑ "Ο Άγιος Σάββας"

Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΟΝΚ "Οι Άγιοι Ανάργυροι" και ΠΑΘΝΑ "Μεταξά"

Οι εξοστρώσεις αποτελούν το συχνότερο τύπο καλοήθους όγκου των οστών. Οι αλλοιώσεις της νόσου είναι συνήθως μονήρεις και αναπτύσσονται ίδια στη μετάφυση των μακρών οστών. Πολλαπλές εξοστρώσεις παρατηρούνται σε άτομο με γενετική προδιάθεση (αυτοσωμικός επικρατούς τύπος).

Περιγραφή περίπτωσης: Ασθενής, ηλικίας 24 ετών, προσέρχεται στο Γ.Ο.Ν.Κ. "Οι Άγιοι Ανάργυροι", με ισχιαλγία και διόγκωση στην οπίσθια έξω επιφάνεια της δεξιάς κνήμης. Στο ιστορικό αναφέρεται η ύπαρξη νόσου πολλαπλών εξοστρώσεων στην οικογένεια του ασθενούς. Από τον ακτινολογικό έλεγχο τα ευρήματα ήταν: Απλή Ακτινογραφία: Εντοπίσεις χονδρογενών εξοστρώσεων στα βραχιόνια οστά, τα μηριαία και τις πτέρυγες, Σπινθηρογράφημα Οστών: Ελαφρώς αυξημένη συκέντρωση του ραδιοφάρμακου στις πτέρυγες και μεγάλη συκέντρωση στα οστά της κνήμης συμβατή με νόσο πολλαπλών εξοστρώσεων. Μαγνητική Τομογραφία: Ευμεγέθης χωροκατακτητική εξεργασία με ανομοιογενούς εντάσεως σήματα στις T1 και T2 ακολουθίες, στη δεξιά κνήμη.

Εν συνεχεία ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA) προκειμένου να τεθεί διάγνωση. Το αποτέλεσμα της βιοψίας υπέδειξε την ύπαρξη κακοήθους εξεργασίας. Από τον έλεγχο που πραγματοποιήθηκε, για σταδιοποίηση της νόσου, με υπολογιστική τομογραφία και σπινθηρογράφημα οστών δεν προέκυψε παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων. Μοναδικό εύρημα ήταν η εξωδιαμερισματική εντόπιση του όγκου.

Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης εστάλη ταχεία βιοψία, η οποία απέβη θετική και οδήγησε σε μπριαίο ακρωτηριασμό του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Αυτό το περιστατικό υποδεικνύει ότι, κάθε εξόστωση χρειάζεται συστηματική παρακολούθηση, και ότι εξόστωση με κλινικά ή εργαστηριακά χαρακτηριστικά κακοήθειας πρέπει να αφαιρείται ριζικά.

(P100)

**ΕΠΑΝΕΠΕΜΒΑΣΗ ΕΠΙ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ
ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ, ΜΕ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΓΚΡΑΤΕΙΑΣ**

Φιλίππου Δ.Κ., Παπαδόπουλος Β., Αυγερινός Ε., Κουπιδής Σ., Στάμου Α., Τρίγκα Α., Ρίζος Σ.

Εργ. Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Παν. Παθολογική Κλινική, Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Θράκης

Β' Χειρουργική Κλινική Νοσοκομείου "Ασκληπείου" Βούλας

Σε χρονικό διάστημα 3 ετών, αντιμετωπίστηκαν 5 ασθενείς με σοβαρές επιπλοκές προηγούμενων ειλεορθικών ή ειλεοδακτυλικών επεμβάσεων, σε 3 κέντρα. Πρόκειται για 3 γυναίκες και 3 άνδρες, ηλικίας 29-72 ετών, με ιστολογικά επιβεβαιωμένη ελκώδη κολίτιδα. Από αυτούς 2 έφεραν ειλεοδακτυλική αναστόμωση με rouch, 2 ειλεορθική αναστόμωση, και 1 χαμηλή ειλεορθική αναστόμωση με λήκυθο.

Η ένδειξη της επανεπεμβάσεως στους ασθενείς με προηγούμενη ειλεοδακτυλική αναστόμωση ήταν πυελική σήψη (n=2), ίσχαιμη νέκρωση (n=1) και δυσλειτουργία της λήκυθου (n=1). Οι δύο ασθενείς με χαμηλή ειλεορθική αναστόμωση με λήκυθο υπέφεραν από υποτροπή της νόσου επιπλεγμένη με δυσλειτουργία της λήκυθου, ενώ οι 2 ασθενείς με ειλεορθική αναστόμωση παρουσίαζαν βαριά υποτροπή της νόσου.

Σε 3/5 κατέστη δυνατή η πραγματοποίηση μιας ειλεοδακτυλικής αναστομώσεως με λήκυθο, ενώ στους 2/5 τροποποιήθηκε η παλαιά λήκυθος. Η νοσηρότητα και τα λειτουργικά αποτελέσματα ήταν σύμφωνη με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει ότι η αποτυχία μιας προηγούμενης επέμβασης δεν αποκλείει υποχρεωτικά τη δημιουργία μιας άλλης νέας λήκυθου, ότι παρά την αφαίρεση ενός σχετικά σημαντικού τμήματος ειλεού, το λειτουργικό αποτέλεσμα είναι ικανοποιητικό, και τέλος ότι τα τεχνικά προβλήματα των δύσκολων επανεπεμβάσεων, όπως η δίοδος της λήκυθου μεταξύ του ιερού οστού και του κόλπου ή της κύστεως είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν.

(P102)

SURGICAL TREATMENT OF TRAUMATIC HAEMOPERITONEUM

Kiriazis Ch., Filippou D.C.

2nd Dpt of Surgery, General State Hospital of Nice, Pireus, "St.

Panteleimon"

Surg. Dept. of Agii Anargirii, Kifissias Oncological Hospital

The rupture of intrabdominal organ following blunt abdominal trauma can cause haemoperitoneum. This is a life threatening situation which has to be solved immediately.

During the decade 91-01, 148 patients came to our department, suffering from rupture of intrabdominal organ and haemoperitoneum, following blunt trauma. From them, 129 patients had been operated, while 19 patients had been followed up conservatively. Conservative treatment was done on patients suffering from splenic, hepatic and renal rupture on stage I and II.

Among the patients we confronted, 122 underwent operation, while the rest 26 were intensively followed up with conservative methods. Although the haemoperitoneum was of small volume on the last group of patients, 7 of them presented haemodynamic instability even though they treated with crystalloids and blood. On the total 129 patients (87%) underwent operative treatment and only 19 (13%) conservative one (Table 1). The chosen operative procedure is presented on Table-2.

From the patients who underwent operation, 6 suffered postoperatively from suppuration of trauma, 3 from recurrent hemorrhage (1 patients re-operated 3 times and died due to septic shock) and 11 died due to multiple injury and shock or/and concomitant diseases and general health status of low reserve (mortality rate 8.5%). From the patients who followed up conservatively, 4 developed ileus and 2 thrombocytosis. There were not deaths on the last group of patients.

We can conclude that, according to international references and the study of our patients, conservative follow up of haemoperitoneum can be acceptable and safe as practice only on patients with posttraumatic stability. It's very important that every lifethreatening injury of intrabdominal organs has to be excluded.



(P103)

**ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
ΑΝΘΡΩΠΟΜΟΡΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Στέας Α., Στέα Ε., Παπαδόπουλος Χ., Παπαβασιλείου Ε.

Επιβλέπων Καθηγητής: Στέας Α. Επίκουρος Καθηγητής Α.Π.Θ.

Μια καλή εμφάνιση και ένα όμορφο χαμόγελο αποτελούν ένα πολύ καλό εφόδιο για την έναρξη μιας συναναστροφής. Καθημερινώς, στους οδοντιατρικούς χώρους, κατασκευάζονται ή βελτιώνονται χιλιάδες χαμόγελα.

Θελήσαμε, λοιπόν, να διαπιστώσουμε ποιές είναι οι παράμετροι που επηρεάζουν την αισθητική ενός χαμόγελου και μας οδηγούν στο να το χαρακτηρίσουμε σαν λιγότερο ή περισσότερο ωραίο από ένα άλλο.

Επιλέξαμε, λοιπόν, διάφορα χαμόγελα, στα οποία υπήρχε μια διαφορετική σχέση μεταξύ των οδοντών γραμμών τις οποίες θεωρούμε σαν την αρχιτεκτονική καθοδήγηση κατά την σύνταξη των τεχνητών δοντιών μιας ΟΟ.

Επιθυμώντας να έχουμε όσο το δυνατόν ένα κοινό σύνολο παραμέτρων σε κάθε υπό εξέταση χαμόγελο, επεξεργαστήκαμε ψηφιακά την κάθε εικόνα τροποποιώντας την υπό κρίση παράμετρο, επιδιώκοντας να διαπιστώσουμε την επίδραση που η μοναδική αυτή αλλαγή θα προκαλούσε ή όχι στην απόφαση του θεατού (κριτού).

Ορισμένες περιπτώσεις τις κατασκευάσαμε από αρχής σε περιπτώσεις ΟΟ, ενώ κάποιες άλλες καταστάσεις τις "ζωγραφίσαμε" ψηφιακά.

Κάτω από κάθε εικόνα τοποθετήθηκε ένας αύξοντας αριθμός και, στο μέγιστο των περιπτώσεων, η ερώτηση: "ποιά εικόνα προτιμάτε σαν ομορφότερη" ή "σαν πλείον φυσική".

Οι απαντήσεις καταγράφηκαν και βρέθηκε το ποσοστό προτίμησης της κάθε εικόνας και κατά συνέπεια η επίδραση της κάθε παραμέτρου.

Από το αρχείο καταγραφής των απαντήσεων προσδιορίστηκε το % ποσοστό προτίμησης που έτυχε η κάθε ερώτηση και το χαρακτηριστικό που αυτή εκπροσωπούσε.

Με τον τρόπο αυτό καταγράφηκαν οι βασικές αρχές για την δομή ενός αισθητικά παραδεκτού χαμόγελου.

(P105)

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Στράτος Αθανάσιος, Γκανάς Σταμάτης, Τσάμης Χρήστος

Βασική προϋπόθεση για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων αποτελεί η λήψη ενός πλήρους ιατρικού ιστορικού. Έτσι μερικές φορές, ο οδοντίατρος καλείται να αποφασίσει για την τοποθέτηση ή μη εμφυτεύματος σε ασθενή, που πάσχει από μία από τις δύο μορφές ιδιοπαθούς σακχαρώδους διαβήτη (τύπου Ι ή τύπου ΙΙ).

Με την παρούσα εργασία επιχειρείται μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας γύρω από το αν η τοποθέτηση ενός τέτοιου εμφυτεύματος έχει πιθανότητες επιβίωσης στην στοματική κοιλότητα ενός τέτοιου ασθενή.

Μετά την μελέτη 24 βιβλιογραφικών αναφορών, συμπεραίνουμε ότι ο τύπου Ι σακχαρώδους διαβήτη αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων.

Αντίθετα, μετά την σύγκριση των ποσοστών επιτυχίας ασθενών με τύπου ΙΙ διαβήτη σε σχέση με τον γενικό "υγιή" πληθυσμό καταδεικνύεται ότι η πάθηση αυτή αποτελεί σχετική αντένδειξη. Πρέπει να συνυπολογίζεται η βαρύτητα της νόσου, η ηλικία του ασθενούς και κυρίως η ικανότητα αυτού να ρυθμίζει τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Η μειωμένη αμυντική και επουλωτική ικανότητα των διαβητικών ασθενών καθιστά αναγκαία την αυξημένη αντιβιοτική κάλυψη προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά και την επισταμένη στοματική υγιεινή.

(P104)

**ΤΑ ΠΡΩΤΑ 40 ΧΡΟΝΙΑ (1914-1954) ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ**

Παππά Ρ., Χριστοπούλου-Αλετρά Ε.

Ιστορία Ιατρικής, Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ.

Το περιβάλλον στο οποίο συναθροίζονται τα παιδιά, το σχολείο, απετέλεσε ένα ιδιαίτερο πεδίο προβληματισμού για τις κρατικές υπηρεσίες, τους ιατρούς αλλά κυρίως τις Ελληνίδες μητέρες κατά την εποχή του μεσοπολέμου. Ωστόσο, μέχρι το 1914 δεν υπήρχε επίσημο όργανο που να μεριμνά για την προστασία και την προαγωγή της υγείας των μαθητών.

Στη βιβλιογραφία, αναφέρονται λεπτομερώς οι αρμοδιότητες της σχετικής Υπηρεσίας που ιδρύθηκε. Για το σκοπό αυτό καθορίζονται επακριβώς οι υποχρεώσεις προς τους νεαρούς μαθητές των ιατρών οι οποίοι επιφορτίζονται επίσης με τον έλεγχο των συνθηκών που επικρατούν στο περιβάλλον δηλαδή τις κτιριακές, σχολικές εγκαταστάσεις.

Κύρια όργανα της υπηρεσίας είναι οι σχολίατροι, οι οποίοι συνεπικουρούνται από τις επισκέπτριες νοσοκόμες, θεσμός που προϋπήρχε της Σχολιατρικής Υπηρεσίας. Στα εγχειρίδια και περιοδικά της εποχής περιγράφονται μέθοδοι πρόληψης, διάγνωσης και αντιμετώπισης των ασθενειών, που έπλητταν κυρίως τους μαθητές. Από την Σχολιατρική Υπηρεσία ορίζονται ακόμα επακριβώς οι προϋποθέσεις τις οποίες πρέπει να πληρούν οι κτιριακές εγκαταστάσεις, με στόχο πάντα τη διατήρηση ή και πολλή φορές τη βελτίωση της υγείας των μαθητών. Τέλος, ουσιαστικό ρόλο στην καλή λειτουργία του θεσμού του σχολιάτρου έπαιζε και η συνεργασία με τους διδάσκοντες και τους γονείς.

(P106)

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΟΔΙΕΓΕΡΣΗ (DOPING)

Παππά Θεοδώρα¹, Λάππας Δ.Α.²

1. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Εργ. Περιγρ. Ανατομικής Παν. Αθηνών

Σκοπός: Η ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας σχετικά με τη δράση της rhGH ως παράγοντα doping στους αθλητές και την αξιοπιστία των μεθόδων ανίχνευσής της εν όψει των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004.

Υλικά και Μέθοδοι: Χρησιμοποιείται η διεθνής αρθρογραφία και βιβλιογραφία των τελευταίων ετών.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα από την επίδραση της χορήγησης rhGH είναι αντικρουόμενα. Κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι δρα ευεργετικά στην απόδοση των αθλητών σε αντίθεση με άλλες που υποστηρίζουν ότι οδηγεί σε αύξηση της μυϊκής μάζας χωρίς όμως αντίστοιχη αύξηση της απόδοσης, ενώ συγχρόνως αναφέρονται σοβαρές και επικίνδυνες παρενέργειες. Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για τη δημιουργία ενός αξιόπιστου doping control, π.χ. με τη μέτρηση των IGF-1, IGF1BP-2, IGF1BP-3 κτλ., αλλά με αμφίβολα αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Αμφισβητείται τόσο η αποτελεσματικότητα της rhGH στην απόδοση των αθλητών όσο και η αξιοπιστία των μεθόδων ανίχνευσής της.



(P107)

ΜΕΛΑΤΟΝΙΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Παππά Θεοδώρα¹, Λάμπας Δ.Α.²

1. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Εργ. Περιγρ. Ανατομικής Παν. Αθηνών

Σκοπός: Η ανάδειξη της συμπεριφοράς της μελατονίνης στην αντιμετώπιση του καρκίνου και των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπεία του.

Υλικά και Μέθοδοι: Ανασκοπούνται οι εξεζητήσεις, όπως αυτές αναφέρονται στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία και αρθρογραφία των τελευταίων ετών.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι η μελατονίνη είναι ένας ισχυρός αντιοξειδωτικός παράγοντας, που έχει δράση σε όλα τα κύτταρα του οργανισμού και ότι πιθανότατα συμμετέχει στη ρύθμιση του ανοσιακού συστήματος. Σύμφωνα με μια σειρά μελετών η μελατονίνη πιθανόν να είναι ογκοστατικός παράγοντας και να συμμετέχει στην προστασία του οργανισμού από την καρκινογένεση. Τελευταία καταβάλλονται προσπάθειες ώστε να αξιοποιηθούν στη θεραπευτική οι αντιοξειδωτικές και ανοσοτροποποιητικές της ιδιότητες.

(P108)

ΜΕΛΑΤΟΝΙΝΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΑΤΛΑΝΤΙΚΩΝ ΠΤΗΣΕΩΝ (JET LAG)

Παππά Θεοδώρα¹, Λάμπας Δ.Α.²

1. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Εργ. Περιγρ. Ανατομικής Παν. Αθηνών

Σκοπός: Η μελέτη και η παρουσίαση της θεραπευτικής αξίας της μελατονίνης στο φαινόμενο jet lag.

Υλικά και Μέθοδοι: Ανασκοπείται η σύγχρονη ελληνική και ξένη βιβλιογραφία και αρθρογραφία.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Η μελατονίνη εκκρίνεται από το κωνάριο. Ως λιπόφιλο μόριο έχει τη δυνατότητα να διαπερνά τους ιστούς του ΚΝΣ. Θεωρείται ότι συμμετέχει στη ρύθμιση των κιρκάδιων ρυθμών. Κατά τα διηπειρωτικά ταξίδια παρατηρείται ένα φαινόμενο γνωστό ως jet lag. Σ' αυτό διαταράσσεται ο ύπνος και παρατηρείται ελάττωση της πνευματικής ικανότητας και κόπωση. Θεωρείται ότι οφείλεται σε αποσυχρονισμό των κιρκάδιων ρυθμών σε σχέση με την τοπική ώρα και σε έλλειψη ύπνου. Η χορήγηση μελατονίνης φαίνεται ότι εξαλείφει τα συμπτώματα αυτά, γιατί βοηθά στον επανασυχρονισμό των κιρκάδιων ρυθμών στην τοπική ώρα. Επίσης, συζητείται ο ρόλος της στη βελτίωση της κλινικής εικόνας των πασχόντων από εποχική συναισθηματική διαταραχή (seasonal affective disorder), που παρατηρείται κυρίως σε κατοίκους του βορείου ημισφαιρίου.

(P110)

ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Λάμπας Δ.Α.¹, Μαυρονάσιος Κ.², Τσιρώνης Χρ.², Λιασκοβίτης Β.², Παπακώστας Ι.³, Γκισάκης Ι.³, Χρυσάνθου Χρ.², Καληντζόπουλος Α.²

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Νόνας Ε. και οι φοιτητές:

Διάκος Ν., Γρίκα Ε., Παπασυρίδη Δ., Μαίλη Ι., Περισυνάκης Η., Ευταξία Ε.
1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
2. Ιατρός, 3. Οδοντίατρος

Στην παρούσα εργασία αναφερόμαστε στην αγγείωση του στομάχου και ιδιαίτερα στις παραηλαγές που παρουσιάζουν η δεξιά και αριστερή γαστρικές αρτηρίες. Κατά τη διάρκεια της εργασίας μελετήσαμε λεπτομερώς την έκφυση της κοιλιακής αρτηρίας, τον τρίποδα Haller και τους επιμέρους κλάδους, ως προς την έκφυσή τους, γνώση χρήσιμη για τον χειρουργό της περιοχής, ιδιαίτερα όταν πρόκειται να προβεί σε εκτεταμένες τομές κατά τις επεμβάσεις στην κοιλία.

Η παρούσα εργασία έγινε στο εργαστήριο της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας Αθηνών πάνω σε 200 πτώματα κατά τη διάρκεια της Ιατροδικαστικής εξετάσεως την τελευταία εξαετία και αποτελεί τμήμα μεγάλης εργασίας που έχει σαν θέμα τις παραηλαγές των μονοφυών κλάδων της κοιλιακής αορτής. Από τα 200 πτώματα, 108 ήταν άντρες και 92 γυναίκες. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιλογή του υλικού ήταν: α) να ήταν ενήλικες (μ.ο. 53 έτη), β) να μη έφεραν κακώσεις ή επεμβάσεις στην κοιλιακή χώρα, και γ) να μη έπασχαν από κοιλιακά νοσήματα.

Α1 Παραηλαγές της Δεξιάς Γαστρικής Αρτηρίας (ΔΓΑ):

Η κλασική γνώση ότι η ΔΓΑ προέρχεται από την κοινή ηπατική αρτηρία αντιστοιχεί μόνο σε 96/200 περιπτώσεις, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις η αγγείωση γίνεται ως εξής:

- 1) Η ΔΓΑ προέρχεται από τον δεξιό κλάδο της ιδίως ηπατικής αρτηρίας (18/200),
- 2) Η ΔΓΑ προέρχεται από τον αριστερό κλάδο της ιδίως ηπατικής αρτηρίας (36/200),
- 3) Η ΔΓΑ προέρχεται από το διχασμό της ιδίως ηπατικής αρτηρίας (20/200),
- 4) Η ΔΓΑ προέρχεται από το μεσαίο κλάδο, όταν αποσπάζεται σε τρεις κλάδους η ιδίως ηπατική αρτηρία (30/200).

ΑΙ Παραηλαγές της Αριστερής Γαστρικής Αρτηρίας (ΑΓΑ):

Η κλασική γνώση ότι η ΑΓΑ, η σπληνική αρτηρία και η κοινή ηπατική αρτηρία εκφύονται από την κοιλιακή αρτηρία είναι συχνή και αντιστοιχεί σε 172 από τις 200 περιπτώσεις, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις η αγγείωση γίνεται ως εξής:

- 1) Η ΑΓΑ εκφύεται μαζί με τη σπληνική αρτηρία, ενώ η κοινή ηπατική αρτηρία εκφύεται μόνη της (6/200),
- 2) Η ΑΓΑ εκφύεται κατ' ευθείαν από το πρόσθιο τοίχωμα της κοιλιακής αορτής (16/200),
- 3) Οι τρεις κλάδοι του τρίποδα Haller εκφύονται από κοινού με την άνω μεσεντέρια αρτηρία (4/200),
- 4) Η ΑΓΑ εκφύεται μόνη της, ενώ οι άλλοι δύο κλάδοι από κοινού με την άνω μεσεντέρια αρτηρία (2/200).

Να σημειώσουμε ότι σε 24/200 περιπτώσεις, από την ΑΓΑ εκφύεται επικουρική ηπατική αρτηρία.

(P109)

ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ - ΑΡΤΗΡΙΑ ADAMKIEWICZ:
ΜΙΑ ΠΡΩΤΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Λάμπας Δ.Α.¹, Γούλας Σ.², Λεονάρδου Π.Α.³, Ασπμακόπουλος Π.⁴

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Νόνας Ε. και οι φοιτητές:
Ντζιώρα Φ., Γιαννίρη Μ., Λεονίδου Α., Ζιώρη Χ.

1. Εργ. Περιγρ. Ανατομικής Παν. Αθηνών, 2. Ιατρός
3. Ακτινολογικό Εργ. "Λαϊκού" Νοσοκομείου, 4. Καθ. Καρδιοχειρουργικής

Σε μια προσπάθεια να δια φωτίσουμε την ισχαιμία του Νωτιαίου μυελού σε διάφορες επεμβάσεις (αγγειοχειρουργικές, καρδιοχειρουργικές, νευροχειρουργικές κλπ), προσπαθούμε να μελετήσουμε τις ριζικές αρτηρίες του νωτιαίου μυελού σε ένα μεγάλο αριθμό πτωμάτων που αποτελούν δείγμα του ελληνικού πληθυσμού.

Το δείγμα αποτελούν πτώματα από την Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών και το Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στην Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών γίνεται λεπτομερής παρασκευή των κλάδων της κοιλιακής αορτής στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, ενώ στο Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής η μέθοδος συμπληρώνεται από πεταλεκτομές και εγχύσεις σκιαγραφικών χρωστικών. Στόχος είναι η ανακάλυψη των ριζικών αρτηριών, που συμπληρώνουν την αιμάτωση του ΝΜ από τις νωτιαίες αρτηρίες στο αντίστοιχο επίπεδο και της μεγάλης ριζικής αρτηρίας (Adamkiewicz).

Στην παρουσίαση αυτή θα αναλυθούν τα πρώτα αποτελέσματα της μελέτης αυτής σε 45 άτομα. Σε όλα τα άτομα του δείγματός μας ανιχνεύθηκαν περισσότερες της μιας ριζικές αρτηρίες, ενώ στα 30 από αυτά υπήρχε μεγάλη ριζική αρτηρία.

Τα αποτελέσματα αυτά θα αναλυθούν περαιτέρω και θα παρουσιαστούν λεπτομερώς. Οι παρατηρήσεις συνεχίζονται και παραβάλλονται με τα διεθνή νεκροτομικά και κλινικά δεδομένα της βιβλιογραφίας.



(P111)

**ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ
ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Λεονάρδου Π.Α.¹, Γκισάκης Ι.²

Συνεργάστηκαν οι φοιτητές: Παππά Θ., Ζιώρη Χ., Γιαννίρη Μ.,
Σπανάκη Φ., Ντζιώρα Φ.

1. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου

2. Χειρ. Οδοντίατρος

Το πάγκρεας είναι ένας αδένας με διπλή λειτουργία. Η γνώση κάποιων στοιχείων για το πάγκρεας ήδη υπήρχε στην αρχαία Κίνα. Θεωρείτο πολύ σημαντικό όργανο και γι' αυτό το αποκαλούσαν "πύλη της ζωής" (ming men). Ο de Graaf ήταν ίσως ο πρώτος που εντύπωσε στη μελέτη του παγκρέατος, και στη λειτουργία του. Χα-ρακτηριστικό είναι το έργο "Disputatio medica de natura et usu succi pancreatici". Ήταν μαθητής του Sylvius και θεωρούσε το πάγκρεας "glanduca conglomerata". Ο παγκρεατικός πόρος βρέθηκε από τον J.G. Wirsung το 1631. O Wharton θεώρησε τη δομή του παγκρέατος παρόμοια μ' αυτή των σιαλογόνων αδένων και ότι απομάκρυνε ένα υποτιθέμενο έκκριμα απ' το πλῆγμα του πνευμονογαστρικού. Ο Boerhave το 1745 αναφέρθηκε εύστοχα στο παγκρεατικό υγρό. Το 1869 δημοσιεύτηκε μια διατριβή από τον P. Langerhans, που περιείχε μια πρώτη αναφορά στα νησίδια κυττάρων στο σώμα του παγκρέατος, που διαφοροποιούνταν από τα κύτταρα του ιστού. Το 1893 ο Laguesse, που είχε υποτιθέσει τη σημαντική εν-δοκρινή τους λειτουργία, τα ονόμασε "νησίδια του Langerhans". Μαζί με τον E. Hedon ασχολήθηκε με την εσωτερική έκκριση των νησίδων του Langerhans. Ο Pavson είχε θεωρήσει την έκκριση παγκρεατικού υγρού ως αντίδραση της δωδεκαδακτυλικής βλεννώδους μεμβράνης, ώσπου οι Bayliss και Starling έδειξαν ότι η σεκρετίνη ειδικά διεγείρει το πάγκρεας. Πρόσφατα, αποδείχθηκε ότι το ενδοκρινές και το εξωκρινές τμήμα του παγκρέατος δεν είναι ανεξάρτητα, αλλά συνδέονται λειτουργικά και ότι αίμα ρέει από τα νησίδια στον εξωκρινή αδέν.

Οι ρίζες της κλινικής αναγνώρισης του σακχαρώδη διαβήτη ξεκινούν στα βάθη των αιώνων. Ως πρώτη περιγραφή του, θεωρείται αυτή που βρέθηκε στο αιγυπτιακό χειρόγραφο "Πάπυρος Ebers". Το όνομα, όμως, "διαβήτης" αποδίδεται στον Αρεταίο. Το 2^ο μ.χ. αιώνα ο Γαληνός υποστηρίζει ότι ο διαβήτης προκαλείται από κάποια νεφρική αδυναμία ενώ την ίδια περίοδο αναφορές γίνονται και στην Άπω Ανατολή. Στον 6^ο μ.χ. αιώνα σημειώνεται πρόοδος αφού αναγνωρίζεται η κληρο-νομικότητα του νοσήματος, η νεφρική του φύση καθώς και ενδείξεις για συμμε-τοχή του ήπατος στη νόσο.

(P113)

ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΑ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ

Λάμπας Δ.Α.¹, Κορμά Κ.², Λιασκοβίτης Β.², Καθαμπόκας Θ.²,

Σερεμέτη Χρ.², Τσαρής Χρ.³, Χρυσάνθου Χρ.²

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Λευκίδης Χ. και οι φοιτητές:

Καραμάνου Α., Κόκκαλης Γ., Γκοϊλάκης Π., Κομποτιάτης Π., Παπούλιας Μ.,
Μαίλη Ι., Μίχαλος Μ., Γεωργόπουλος Π.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2. Ιατρός,

3. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου

Σε μια ευρεία μελέτη των αρτηριακών παραληλαίων στον ελληνικό πληθυσμό εξετάσαμε το σχηματισμό των αρτηριακών στελεχών που εκφύονται από την υποκλείδια και τη μασχαλιαία αρτηρία, *χρήσιμη γνώση για τους επεμβατικούς ακτινολόγους*. Εξετάσαμε 150 πτώματα στο εργαστήριο της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας Αθηνών.

Εοτίσαμε το ενδιαφέρον μας στην έκφυση της κάτω θωροειδούς, της υπερηλίας και της εγκάρσιας τραχηλικής αρτηρίας. Σε ένα 6,6% των περιπτώσεων μας οι τρεις αρτηρίες είχαν κοινή έκφυση. Οι άλλοι συνδυασμοί ταξινομήθηκαν ως ακοιούθως:

Α. Υπάρχει ένα στέλεχος και δεν συμμετέχει το πλευραυχενικό στέλεχος (81,3%)

Υπάρχει θωροαυχενικό στέλεχος σχηματιζόμενο από την κάτω θωροειδή, υπερηλία και τους εγκάρσιους κλάδους του λαιμού (κλινική γνώση), 33,3%

Η έσω μαστική αρτηρία εκφύεται από το θωροαυχενικό στέλεχος, 9,3%

Το στέλεχος σχηματίζεται από την κάτω θωροειδή και την υπερηλία αρτηρία, 26,6%

Το στέλεχος σχηματίζεται από την κάτω θωροειδή, την υπερηλία και την έσω μαστική, 6,6%

Υπάρχουν δύο στελέχη που σχηματίζονται από την κάτω θωροειδή με την υπερηλία και την εγκάρσια τραχηλική με την έσω μαστική, 2,6%

Υπάρχουν δύο στελέχη από την κάτω θωροειδή με την εγκάρσια τραχηλική και την υπερηλία με την έσω μαστική, 4%

Β. Συμμετοχή του πλευραυχενικού στελέχους (12%)

(P112)

ΧΥΛΟΦΟΡΟΣ ΔΕΞΑΜΕΝΗ

Λάμπας Δ.Α.¹, Λεονάρδου Π.Α.², Λιασκοβίτης Β.³, Γούλας Σ.³,

Μαυρονάσιος Κ.³, Καθαντζόπουλος Α.³

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Κοτσάκης Φ. και οι φοιτητές:

Ντζιώρα Φ., Παχυλάκης Ν., Δήμου Α., Μεθισσοπούλου Μ.,

Δελημπούρη Β., Δαμιανάκου Σ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,

2. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, (3) Ιατρός

Για την καλύτερη εκτίμηση και ερμηνεία των λεμφαγγειογραφιών ή άλλων ακτινολογικών εικόνων και την καλύτερη γνώση του λεμφικού παρουσιάζουμε τη μορφολογία και τις παραληλαγές της χυλοφόρου δεξαμενής. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών (κατόπιν σχετικής άδειας) από το Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής κατά την τελευταία 5ετία, σε 112 πτώματα (63 ανδρών, 49 γυναικών) που είχαν ακέραιο το κυκλοφορικό και δεν έπασχαν από παθήσεις που να επηρεάζουν το λεμφικό. Μετά το τέλος της νεκροτομικής εξέτασης αναζητούσαμε στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο τη χυλοφόρο δεξαμενή στην κανονική της θέση(Ο1). Μελετούσαμε τον τρόπο σχηματισμού, τη μορφολογία και τις διαστάσεις της την καταγράφαμε και φωτογραφίζαμε. Στην αντίθετη περίπτωση επεκτείνουμε τις τομές μέχρι την αποκάλυψη και αναγνώριση της. Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν στη διάρκεια του Συνεδρίου.

Η εγκάρσια τραχηλική με το πλευραυχενικό στέλεχος (6%)

Το πλευραυχενικό στέλεχος εκφύεται από την έσω μαστική (2%)

Το πλευραυχενικό στέλεχος με την υπερηλία αρτηρία (1,3%)

Η κάτω θωροειδής με το πλευραυχενικό στέλεχος (1,3%)

Το πλευραυχενικό στέλεχος με την κάτω θωροειδή και την υπερηλία αρτηρία (1,3%)

Σχετικά με τη μασχαλιαία αρτηρία το 12% των πτωμάτων ακοιούθουςαν το βασικό πρότυπο. Οι διαφορές που βρήκαμε ταξινομήθηκαν ως ακοιούθως: Α.Ορισμένοι κλάδοι σχηματίζουν στελέχη (48%)

Η πλάγια θωρακική αρτηρία και η θωρακορραχιαία σχηματίζουν κοινό στέλεχος (11,3%)

Η πλάγια θωρακική αρτηρία σχηματίζει κοινό στέλεχος με την υποηλία αρτηρία (9,3%)

Η υποηλία αρτηρία και η οπίσθια περισπώμενη βραχιόνια (9,3%)

Οι δύο περισπώμενες βραχιόνιες σχηματίζουν κοινό στέλεχος (18%)

Β. Αρτηρίες του άνω άκρου μπορεί να προέρχονται από τη μασχαλιαία αρτηρία (21,3%)

Η εν τω βάθει βραχιόνια προέρχεται από τη μασχαλιαία αρτηρία (11,3%)

Μια επιπολής βραχιόνια αρτηρία προέρχεται από τη μασχαλιαία αρτηρία (5,3%)

Η εν των βάθει βραχιόνια αρτηρία προέρχεται από την οπίσθια περισπώμενη (4,6%)

Γ. Ειδικές περιπτώσεις (18,6%)

Υπάρχουν επικουρικοί κλάδοι στο θωρακικό τοίχωμα (5,3%)

Χωριστή έκφυση της περισπώμενης ωμοπλητιαίας και της θωρακορραχιαίας (5,3%)

Η θωρακορραχιαία αρτηρία είναι μικρή εν συγκρίσει με την πλάγια θωρακική (2,6%)

Η οπίσθια περισπώμενη αρτηρία εκφύεται από τη βραχιόνια αρτηρία (5,3%)



(P114)

ΣΧΕΣΕΙΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΟΥ ΛΑΡΥΓΓΙΚΟΥ Ν. - ΚΑΤΩ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΤ.

Λάμπας Δ.Α.¹, Λεονάρδου Π.Α.², Λιασκοβίτης Β.³, Γούλας Σ.³,
Μαυρονάσιος Κ.³, Καθιαντζόπουλος Α.³

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Κοτσάυτης Φ. και οι φοιτητές:
Ντζιώρα Φ., Παχυλάκης Ν., Δήμου Α., Μεθισσοπούλου Μ.,
Δελιμπούρη Β., Δαμιανάκου Σ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
2. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, (3) Ιατρός

Στα πλαίσια μιας εκτεταμένης μελέτης της ανατομικής του τραχήλου ερευνήσαμε τις ιδιομορφίες των σχέσεων του παλινδρομού λαρυγγικού με την κάτω θυρεοειδή αρτηρία, γνώση χρήσιμη για τους χειρουργούς της περιοχής, τους αναισθησιολόγους κτλ.

Η μελέτη έγινε στην Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών τα τελευταία έτη σε 900 τραχήλους (470 άντρες και 430 γυναίκες) κατά τη διάρκεια της νεκροτομικής εξέτασης, παράλληλα με τη μελέτη άλλων μορφωμάτων της περιοχής του τραχήλου.

Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

1. Το παλινδρομο λαρυγγικό νεύρο πορεύεται μπροστά από την απόσχιση της κάτω θυρεοειδούς αρτηρίας 258/900 (28,6%).
2. Το παλινδρομο λαρυγγικό νεύρο πορεύεται πίσω από την απόσχιση της κάτω θυρεοειδούς αρτηρίας 298/900 (33,1%).
3. Το παλινδρομο λαρυγγικό νεύρο πορεύεται ανάμεσα από την απόσχιση της κάτω θυρεοειδούς αρτηρίας
α Μπροστά από τον κάτω κλάδο 174/900 (19,3%)
β Πίσω από τον κάτω κλάδο 159/900 (17,6%)
4. Το παλινδρομο λαρυγγικό ελλείπει (εκφύεται από το πνευμονογαστρικό) μη παλινδρομούν παλινδρομο λαρυγγικό 11/900 (1,2%)

Ο μεγάλος αριθμός των μελετηθέντων τραχήλων κάνει αξιόπιστα τα ποσοστά της ύπαρξης των ιδιομορφιών. Η γνώση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, αν τη συσχετίσουμε με την ύπαρξη βρογχοκλητών, των καρκίνων της περιοχής, τις επείγουσες τραχειοστομίες ή την επέκταση τομών κατά τις γναθοχειρουργικές επεμβάσεις (μερική ή ριζική τραχηλική εκσκαφή).

(P116)

ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΚΥΣΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Λάμπας Δ.Α.¹, Λεονάρδου Π.Α.², Καθαμπόκας Θ.³, Γκισάκης Ι.⁴, Μαίλη Α.³, Λέκας Α.³, Ρεβέντας Κ.²

Συνεργάστηκαν η Ιατροδικαστής Μαριαννού Σ. και οι φοιτητές: Μίχα Ε., Γκαραγκάνη Ε., Μπακογιάννης Κ., Κιοθόγλου Χ., Γιαννόπουλος Λ., Λυμπερόπουλος Ν., Αλεβίζος Μ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
2. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, 3. Ιατρός,
4. Οδοντίατρος

Στην παρούσα εργασία αναφέρονται τα αποτελέσματα της μελέτης της κυστικής αρτηρίας, που έγινε στο εργαστήριο της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας Αθηνών πάνω σε 200 πτώματα κατά τη διάρκεια της Ιατροδικαστικής εξέτασής τους. Τη τελευταία εξαετία και αποτελεί τμήμα μεγάλης εργασίας που έχει σαν θέμα τις παραλλαγές των μονοφυών κλάδων της κοιλιακής αορτής. Από τα 200 πτώματα τα 108 ήσαν άντρες και τα 92 γυναίκες. Τα πορίσματα μας τα κατατάξαμε ως εξής:

Α) ΚΛΑΔΟΙ

1. Κυστική αρτηρία, η οποία αποσχίζεται στη συνέχεια σε πρόσθια και οπίσθια:
 - α η κυστική αρτ. προέρχεται από τον δεξιό κλάδο της ιδίως ηπατικής αρτ. (87/200),
 - β η κυστική αρτ. προέρχεται από κλάδο της δεξιάς ιδίως ηπατικής αρτ., που προέρχεται από την άνω μεσεντερία αρτ. (26/200),
 - γ η κυστική αρτ. προέρχεται από την αριστερή ιδίως ηπατική αρτ. (12/200),

(P115)

ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Λάμπας Δ.Α.¹, Κορμά Κ.², Λιασκοβίτης Β.², Τσιρώνη Χρ.², Καθαμπόκας Θ.², Γκισάκης Ι.³

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Νόνας Ε. και οι φοιτητές: Ποιητικός Ι., Μίχας Γ., Κορδή Ε., Γιαννίρη Μ., Καραμάνου Α., Μαίλη Ι., Λυμπερόπουλος Ν., Αλεβίζος Μ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
2. Ιατρός, 3. Οδοντίατρος

Η διπλή εμβρυογενετική προέλευση του παγκρέατος εξηγεί και το περίπλοκο της αγγείωσής του. Γι' αυτό η γνώση των παραλλαγών των αρτηριών είναι γνώση πολύ σημαντική για τους ασχολούμενους με τη μελέτη, επεμβατικούς ακτινολόγους και τους ασχολούμενους με την αγγειογραφία της περιοχής, και τη θεραπεία του παγκρέατος.

Η μελέτη μας έγινε στην Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών σε 200 ανθρώπινα παγκρέατα (108 αρρένων και 92 θηλέων ατόμων) μετά το πέρας της νεκροτομής. Το δείγμα ήταν τυχαίο, και αποκλείστηκαν μόνο τα πτώματα νεκρών που έπασχαν από παθήσεις του παγκρέατος.

Το πάγκρεας αρδεύεται από πλούσιο δίκτυο αρτηριακών κλάδων που προέρχονται από: α) την κοιλιακή αορτή και β) την άνω μεσεντερία αρτηρία.

Παρατηρήσαμε και θα παρουσιάσουμε τη δημιουργία:

- Α. των Προσθίων τόξων,
- Β. των Οπίσθιων τόξων,
- Γ. της Ραχιαίας Παγκρεατικής αρτηρίας που είναι σπουδαία τροφοφόρος αρτηρία,
- Δ. της Εγκάρσιας Παγκρεατικής,

Επισημαίνουμε, τέλος, την πορεία της Σπληνικής αρτηρίας που μπορεί να πορεύεται:

1. Στο άνω χείλος του παγκρέατος (88%),
2. Οπισθοπαγκρεατικά (10%),
3. Ενδοπαγκρεατικά (2%).

Οι παραλλαγές θα παρουσιασθούν σχηματικά κατά την ανάπτυξη της εργασίας.

- δ η κυστική αρτ. προέρχεται από το διχασμό της ιδίως ηπατικής αρτ. (21/200),
 - ε η κυστική αρτ. προέρχεται από την ιδίως ηπατική αρτ. (πριν διχαστεί στους δύο κλάδους) (5/200),
 - στ η κυστική αρτ. προέρχεται από την κοινή ηπατική αρτ. (6/200),
 - ζ η κυστική αρτ. προέρχεται από την γαστροδωδεκαδακτυλική αρτ. (7/200).
2. Κυστικές αρτηρίες. Οι δύο κυστικές αρτηρίες (πρόσθια, οπίσθια) εκφύονται μόνες τους:
 - α εκφύονται μόνοι τους από τον δεξιό κλάδο της ιδίως ηπατικής αρτ. (29/200),
 - β ο πρόσθιος κλάδος εκφύεται από την αριστερή ιδίως ηπατική αρτ. και ο οπίσθιος από την δεξιά ιδίως ηπατική αρτ. (3/200),
 - γ ο πρόσθιος κλάδος από την γαστροδωδεκαδακτυλική αρτ. και ο οπίσθιος από τη δεξιά ιδίως ηπατική αρτ. (2/200),
 - δ οι δύο κλάδοι εκφύονται χωριστά από την αριστερή ιδίως ηπατική αρτ. (2/200),
 - ε ύπαρξη τριών κλάδων δεν παρατηρήσαμε, παρόλο που περιγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Β) ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΚΥΣΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

- α Η κυστική αρτηρία δεν διασταυρώνεται με τον κοινό ηπατικό πόρο (151/200),
- β Η κυστική αρτηρία πορεύεται έμπροσθεν του κοινού ηπατικού πόρου (43/200),
- γ Η κυστική αρτηρία πορεύεται όπισθεν του κοινού ηπατικού πόρου (6/200).



(P117)

**ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ ΤΩΝ ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ
ΤΟΥ ΘΗΛΕΟΣ**

Λάμπας Δ.Α.¹, Κορμά Κ.², Λιασκοβίτης Β.², Καλαμπόκας Θ.²,
Σερεμέτη Χρ.², Τσαρής Χρ.³, Χρυσάνθου Χρ.²
Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Λευκίδης Χ. και οι φοιτητές:
Καραμάνου Α., Κόκκαλης Γ., Γκοιφάκης Π., Κομποτιάτης Π.,
Παπούλας Μ., Μαίλη Ι., Μίχαλος Μ., Γεωργίου Π., Καθίγερου Ε.
1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
2. Ιατρός, 3. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου

Με αυτή τη μελέτη μας, ασχοληθήκαμε με τις παραλλαγές των αρτηριών των έσω γεννητικών οργάνων του θήλεος, γνώση χρήσιμη για τους χειρουργούς της περιοχής.

Η έρευνα έλαβε χώρα στο Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και στην Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών, σε 200 πτώματα, την τελευταία τετραετία.

Οι αρτηρίες των έσω γεννητικών οργάνων, είναι: η ωθηκική, κλάδος της κοιλιακής αορτής, και η μητρίαία αρτηρία, κλάδος της έσω λαγονίου αρτηρίας, η διανομή και η πορεία των οποίων, είναι το αντικείμενο της μελέτης μας.

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα, ήταν:

1. ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΩΘΗΚΗΣ
 - α) από την ωθηκική αρτηρία (76/200)
 - β) από ωθηκικούς κλάδους της μητρίαίας αρτηρίας (5/200)
 - γ) και από τις 2 αρτηρίες (119/200)
2. ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΩΝ ΩΛΓΩΓΩΝ
 - α) από σαλπινγικούς κλάδους της μητρίαίας αρτηρίας (113/200)
 - β) από σαλπινγικούς κλάδους της ωθηκικής αρτηρίας (64/200)
 - γ) και από τις 2 αρτηρίες (23/200)
3. ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΟΥ ΠΥΘΜΕΝΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ
 - α) από τη μητρίαία αρτηρία (173/200)
 - β) από κλάδους της ωθηκικής αρτηρίας (27/200)

Τα αναλυτικά αποτελέσματα θα παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.

(P119)

**ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ: ΤΟ ΝΟΜΟΓΡΑΜΜΑ, Η ΘΕΣΗ
& ΟΙ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΟΙ ΑΔΕΝΕΣ**

Λάμπας Δ.Α.¹, Λεονάρδου Π.Α.², Καλαμπόκας Θ.², Γκισάκης Ι.⁴, Μαίλη Α.³, Λέκας Α.³, Ρεβέντας Κ.²

Συνεργάστηκαν η Ιατροδικαστής Μαριαννού Σ. και οι φοιτητές: Μίχα Ε., Γκαργκάνη Ε., Μπακογιάννης Κ., Κιοιόγλου Χ., Γιαννόπουλος Α., Λυμπερόπουλος Ν., Αλεβίζος Μ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
2. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, 3. Ιατρός,
4. Οδοντίατρος

Για τη σωστή εκτίμηση και ανεύρεση των παραθυρεοειδών αδένων πρέπει ο ειδικός να γνωρίζει το φυσιολογικό μέγεθος και τις πιθανές έκτοπες θέσεις των φυσιολογικών υπεράριθμων αδένων. Στα πλαίσια μιας ευρύτερης μελέτης ερευνήσαμε και τους παραθυρεοειδείς αδένες στην Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών.

(P118)

ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ

Λάμπας Δ.Α.¹, Κορμά Κ.², Λιασκοβίτης Β.², Τσιρώνη Χρ.², Καλαμπόκας Θ.², Γκισάκης Ι.³

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Νόνας Ε. και οι φοιτητές: Ποιητικός Ι., Μίχας Γ., Κορδή Ε., Γιαννίρη Μ., Καραμάνου Α., Μαίλη Ι., Λυμπερόπουλος Ν., Αλεβίζος Μ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
2. Ιατρός, 3. Οδοντίατρος

Το αορτικό τόξο εκτείνεται από την έκφυση του δεξιού βραχιονοκεφαλικού στελέχους μέχρι τον βοτάλαιο σύνδεσμο. Έχει μήκος 5-6 εκατ. και εύρος, στην αρχή μεν 2,5-3 εκατ. και στο τέλος 2-2,5 εκατ. Στην πορεία του εκφύονται το δεξιό βραχιονοκεφαλικό στέλεχος απ' όπου εκφύεται η δεξιά υποκλείδια αρτηρία και η δεξιά κοινή καρωτίδα αρτηρία, η αριστερή κοινή καρωτίδα αρτηρία και η αριστερή υποκλείδια αρτηρία. Στην κλασσική αυτή ανατομική περιγραφή αντιστοιχεί μόνο το 68% των περιπτώσεων της μελέτης μας (ο Anson αναφέρει ότι σε 1000 περιπτώσεις μόνο το 65% αντιστοιχεί στην κλασσική περιγραφή). Στη μελέτη μας, που έγινε πάνω σε 500 αορτικά τόξα (279 αρρενες και 221 θήλειες), παρατηρήσαμε ανωμαλίες ως προς τη θέση και ως προς τη διακλάδωση:

- A. Ως προς τη θέση: Το αορτικό τόξο ευρίσκεται περίπου 2,5 εκατ. από τη σφαγή του στέρνου. Σε ημέτερο παρασκεύασμα το αορτικό τόξο ευρίσκεται 3 εκατ. από τη σφαγή του στέρνου.
- B. Ως προς την έκφυση κατατάξαμε τις παραλλαγές ως εξής:
 1. Ανωμαλίες ως προς τη διακλάδωση:
 - α. Έκφυση της αριστερής κοινής καρωτίδας αρτηρία από το δεξιό βραχιονοκεφαλικό στέλεχος (9%),
 - β. Η αριστερή κοινή καρωτίδα αρτηρία εκφύεται από το βραχιονοκεφαλικό στέλεχος (7,5%),
 - γ. Υπάρχουν 2 βραχιονοκεφαλικά στελέχη (2%).
 2. Έκφυση της σπονδυλικής αρτηρίας από το αορτικό τόξο:
 - α. Η αριστερή σπονδυλική αρτηρία είναι προτελευταίος κλάδος του αορτικού τόξου (1%),
 - β. Η αριστερή σπονδυλική αρτηρία είναι τελευταίος κλάδος του αορτικού τόξου (1%),
 - γ. Η αριστερή κοινή καρωτίδα αρτηρία εκφύεται από το δεξιό βραχιονοκεφαλικό στέλεχος (1%).
 3. Έκφυση της κατώτατης θυρεοειδικής αρτηρίας (ima) από το αορτικό τόξο (11%).
 4. Άλλες παραλλαγές:
 - α. Η αριστερή υποκλείδια αρτηρία εκφύεται πριν από την αριστερή κοινή καρωτίδα αρτηρία (1%),
 - β. Η δεξιά υποκλείδια αρτηρία εκφύεται μόνη, μετά την δεξιά κοινή καρωτίδα αρτηρία (1%).

Μελετήσαμε τους παραθυρεοειδείς αδένες μεταθανάτια σε 942 άτομα που είχαν πεθάνει από αιτίες θανάτου άσχετες με παραθυρεοειδική ή νεφρική νόσο.

Το υλικό μας αποτέλεσαν 574 άνδρες και 368 γυναίκες που νεκροτομήθηκαν κατά την οκταετία 1988 - 1996 στην Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών.

Σε 47 περιπτώσεις (5%) υπήρχε ένας επιπλέον (πέμπτος) αδένας, ενώ σε 19 περιπτώσεις (2%) οι ανευρεθέντες παραθυρεοειδείς ήταν τρεις. Σε 324 περιπτώσεις επί συνόλου 3796, υπήρχαν έκτοποι αδένες α) ενδοθυρεοειδικοί 7, β) ενδοτραχηλικοί 79 και γ) ενδοθωρακικοί 152 στο ανώτερο μεσοθωράκιο και 86 στο κατώτερο.

Οι κάτω αδένες ήταν συνήθως μεγαλύτεροι και βαρύτεροι από τους άνω. Παράλληλα στη συζήτηση γίνεται συσχέτιση του μεγέθους με την ηλικία και το φύλο.

Η γνώση αυτή μπορεί ακόμα να βοηθήσει το χειρουργό της περιοχής στην ανεύρεση ενός παραθυρεοειδικού αδενώματος και στην προστασία των παραθυρεοειδών κατά τις θυρεοειδεκτομές.



(P120)

**ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΑ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ
ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ**

Οικονόμου Χ.

Οδοντιατρική Σχολή του Α.Π.Θ

Σκοπός της εργασίας: Η εργασία αποτελεί μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τα λεμφώματα που παρουσιάζονται στην στοματική κοιλότητα και την στοματογναθική περιοχή. Ο οδοντίατρος επιβάλλεται να γνωρίζει την κλινική εικόνα των λεμφωμάτων καθώς είναι δυνατόν κάποιος ασθενής να ζητήσει διάγνωση για πρώτη φορά από αυτόν και φυσικά η έγκυρη διάγνωση και έναρξη θεραπείας συμβάλλουν στην καλύτερη πρόγνωση τους.

Τα λεμφώματα παραδοσιακά χωρίζονται στην νόσο του HODGKIN(NH) και στα μη HODGKIN λεμφώματα (ΜΗΛ), τα οποία μη Hodgkin διακρίνονται σε Β-κυτταρικής αρχής και Τ-κυτταρικής αρχής. Συχνά, σε ποσοστό περίπου 25% του συνόλου των μη Hodgkin λεμφωμάτων αναπτύσσονται σε εξω-λεμφαδικές περιοχές.

Τα λεμφώματα είναι οι πιο συχνόι μη επιθηλιακοί κακοήθεις όγκοι της στοματικής κοιλότητας και της στοματογναθικής περιοχής και αντιπροσωπεύουν την τρίτη συχνότερη ομάδα κακοηγιών στην περιοχή αυτή μετά το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και τους κακοήθεις όγκους των σιελογόνων αδένων.

Μπορούν να προσβληθούν άτομα οποιασδήποτε ηλικίας αλλά στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι ασθενείς είναι άτομα προχωρημένων ηλικιών. Είναι δυνατόν να αναπτυχθούν σε οποιοδήποτε σημείο της εν λόγω περιοχής αλλά πιο συχνά αναπτύσσονται στον δακτύλιο του Waldeyer.

Η βασική στοιχειώδης βλάβη με την οποία εκδηλώνονται είναι υπό μορφή όγκου, ετερόπλευρα ή αμφοτεροπλευρά. Συχνή είναι και η εμφάνιση εκκρίσεων στην επιφάνεια του όγκου.

Υποκειμενικά ενοχλήματα συνήθως δεν συνοδεύουν της βλάβες, παρά μόνο το αίσθημα της δυσκαταποσίας όταν τα λεμφώματα εντοπίζονται στον δακτύλιο του Waldeyer.

Κατά την χρονική στιγμή της διάγνωσης η πλειονότητα αυτών των λεμφωμάτων κατατάσσεται στα στάδια I και II (ταξινόμηση κατά Ann Arbor).

Με εξαίρεση τους σιελογόνους αδένες, όπου τα λεμφώματα είναι συνήθως χαμηλού βαθμού κακοήκειας, η πλειονότητα των εν λόγω λεμφωμάτων είναι μέσου ή υψηλού βαθμού κακοήκειας.

Ιστολογικά μπορεί να παρατηρηθεί οποιοσδήποτε τύπος αλλά πιο συχνός είναι ο τύπος από διάχυτα μεγάλα κύτταρα. Επίσης μπορεί να παρουσιαστεί ο οποιοσδήποτε ανοσοφαινοτύπος αλλά ο πιο συχνός είναι της Β-κυτταρικής αρχής.

Η πρόγνωση της νόσου του Hodgkin είναι συνήθως καλή ενώ των άλλων είναι απρόβλεπτη. Τα Τ-κυτταρικής αρχής θεωρούνται πιο κακοήγη από τα Β-κυτταρικής αρχής.

(P122)

ΟΓΚΟΙ ΚΥΗΣΕΩΣ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΗ ΤΟΥΣ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Κουκίδου Θ., Θεοδωρεάδης Π.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την εμφάνιση όγκων κυήσεως στη στοματική κοιλότητα και να εξετάσει την πιθανή τους σχέση με το φύλο του εμβρύου.

Οι όγκοι κυήσεως είναι μεμονωμένοι όγκοι, οι οποίοι δε θα πρέπει να συγχέονται με το πυογόνο κοκκίωμα ή τη γυγαντοκυτταρική επούληδα, αν και εμφανίζουν ιστολογικές ομοιότητες. Η διαφορά τους έγκειται στο γεγονός ότι οι όγκοι κύησης μειώνονται σε μέγεθος ή ακόμα εξαφανίζονται χωρίς θεραπεία μετά τον τοκετό.

Εμφανίζονται συχνότερα τον τρίτο με τέταρτο μήνα κυήσεως. Είναι ανώδυνοι, σκουρότερου χρώματος από τους γειτονικούς ιστούς όγκοι, των οποίων η επιφάνεια είναι συχνά εξελεκωμένη και μερικές φορές αιμορραγεί. Συχνότερα εντοπίζονται στα ούλα και σε ορισμένες περιπτώσεις στη γλώσσα, στην υπερώα, στο βλεννογόνο και στα χείλη.

Εμφανίζονται σε συχνότητα 0,2 με 2,7 τοις εκατό. Ορισμένες έρευνες αναφέρουν ότι οι γυναίκες με επούληδες κυήσεως πιο συχνά γεννούν αγόρια. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε ορμόνες οι οποίες περνούν στη μητέρα δια μέσου της πλακουντιακής επικοινωνίας.

(P121)

**ANATOMIC IMPRESSIONS OF TOOTHLESS UPPER JAW TAKEN
WITH VARIOUS IMPRESSION MATERIALS**

Ruzica B.

Student of Medical Faculty of Banjaluka, Department for Dentistry

Introduction: Anatomic impression is reproduction of oral cavity tissue with passive and loosen mucous membrane taken with various impression materials.

Method and materials: 3 anatomic impressions from the same patient were taken, in 3 different impression materials: gypsum(case I), thermoplastic mass(case II), and irreversible hydrocolloid alginate mass(case III). Preparation of working models with hard gypsum was conducted in laboratory. Behavior of impression materials and quality of the models were monitored.

Result: Analyzing the 3 cases the following results were determined: Case I showed negative characteristics of impression: it is uncomfortable for patients; it is brittle and breakable while pulling the spoon out of patient's mouth, as well as while letting free the pressure of the working model. Working model is a precise negative of the tissue of a toothless upper jaw. Case II is not practical for working with patients for its thermoplastic characteristics, and for incapability of the mass to come into undermined parts of the jaw. The final model does not precisely present status of the mucous membrane of the upper jaw. Case III is practical for working with patients, it is of pleasant consistence, taste and hardens in short time. Working model of this impression shows sufficient preciseness of all anatomic details of the upper jaw.

Conclusion: It can be concluded that irreversible hydrocolloid alginate is the most suitable material in modern dentistry for impression of toothless upper jaw, the most comfortable for patients, the most easily manipulated, and precisely presenting anatomic status of toothless upper jaw.

(P123)

ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ (ΣΤΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ)

Μπούμπρος Α.

Υπεύθυνος Καθηγητής: ΤΣΑΤΣΟΥΛΗ Ι.

Πολύ συχνή είναι η εμφάνιση των δερματοπαθειών στο βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας. Η κλινική εικόνα αυτών των παθήσεων παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία ενώ μπορεί να είναι διαφορετική η συχνότητα εμφάνισης στα δύο φύλα, να επηρεάζεται από την ηλικία και να έχει διαφορετική πρόγνωση και θεραπεία. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει αναλυτικά τις περισσότερες συχνά εμφανιζόμενες δερματοπάθειες δίνοντας έμφαση στην κλινική εικόνα και τα στοιχεία που λαμβάνονται από τα ιστορικά των ασθενών. Σαν τέτοιες θα περιγραφούν: 1) ο ομαλός λειχήνας, 2) πέμφιγα, 3) καλοήθης πεμφιγοειδής των βλεννογόνων, 4) το πομφουγώδες πεμφιγοειδές, 5) το πολύμορφο ερύθημα, 6) το σύνδρομο Stevens-Johnson. Παράλληλα θα γίνει προσπάθεια να τονιστούν εκείνα τα στοιχεία των παθήσεων που θα οδηγήσουν στη διαφοροδιάγνωση από άλλες παθήσεις του βλεννογόνου του στόματος με παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις. Δεδομένου, τέλος, ότι πολλές φορές οι παραπάνω δερματοπάθειες εμφανίζονται αρχικά στο στόμα ή μπορεί να αποτελούν και την μόνη εκδήλωση σε συνδυασμό με την εύκολη προσέγγιση και την σχετική απλότητα των εξεταστικών μεθόδων (ιστορικό, κλινική εικόνα, ιστοπαθολογική) υποδηλώνει ότι οι ενδοστοματικές εικόνες είναι σημαντικές για τη διάγνωση. Με το τέλος της παρουσίσεως ελπίζουμε να καταδειχθεί ένα ακόμη πεδίο που μπορεί να ευδοκιμήσει η συνεργασία του γενικού οδοντίατρου με τον παθολόγο γιατρό.



(P124)

ΣΤΟΜΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ-ΧΡΗΣΗ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Θεοδοσίδης Χαράλαμπος, Μαργαρίτης Γεώργιος

Στο εμπόριο διατίθεται πληθώρα οδοντιατρικών στοματοδιαλυμάτων που προβλέπουν είτε στην αντισηψία του στόματος, είτε στην προστασία από την τερηδόνα. Η στοματική υγιεινή βασίζεται στο βούρτσισμα των δοντιών και των ούλων(μηχανικός έλεγχος μικροβιακών πλάκων), αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις θεωρείται απαραίτητη η συνδρομή χημικών μέσων.

Τα στοματικά διαλύματα διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες: Αντισηπτικά & φθοριούχα.

Σκοπός της παρούσης εργασίας, είναι να ανατρέξει στα βιβλιογραφικά δεδομένα για να διαπιστώσει:

1. την αποτελεσματικότητα των ενεργών συστατικών των στοματικών διαλυμάτων,
2. τις ενδεχόμενες παρενέργειες των σκευασμάτων σε ειδικές κατηγορίες ασθενών.

Επίσης, η μελέτη θα επεκταθεί στον έλεγχο των πληροφοριών που αναγράφονται στις συσκευασίες των προϊόντων και την αξιολόγηση της ασφάλειάς τους σύμφωνα με τα διεθνή πρωτόκολλα.

(P125)

Η ΜΥΙΚΗ ΕΠΑΝΑΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΛΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΛΕΟΣΧΙΣΤΙΩΝ

Ιωαννίδης Γιάννης¹, Μπούσιος Βασίλης¹

1. Τεχνητόφοιτος Οδοντιατρικής, Τμήμα Οδοντιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Περίληψη: Η μυική επαναδιαμόρφωση έχει ως στόχο την λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση των χειλεοσχιστίων. Για να επιτευχθεί η μυική επαναδιαμόρφωση είναι απαραίτητη η ακριβής γνώση της φυσιολογικής και παθολογικής ανατομίας της περιοχής, όπως και του τρόπου ανάπτυξης της άνω γνάθου. Όταν συμβεί μια χειλεοσχιστία, κατά την έκτη με εβδομήντη εμβρυική εβδομάδα, διακόπτεται η φυσιολογική συνέχεια τόσο του σφιγκτήρα του στόματος, όσο και των παραρινικών μυών. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αδυναμία σύνδεσης μεταξύ των πρωτογενών και δευτερογενών κέντρων ανάπτυξης του κρανίου και την εμφάνιση του χαρακτηριστικού προσώπου της χειλεοσχιστίας. Η μυική επαναδιαμόρφωση κατά την χειρουργική αποκατάσταση των χειλεοσχιστίων οδηγεί στην απρόσκοπτη ανάπτυξη του μέσου προσώπου με την ακριβή επανοποθέτηση των μυών στη φυσιολογική τους θέση. Η επανοποθέτηση μπορεί να επιτευχθεί με διάφορες χειρουργικές τεχνικές όσον αφορά την θέση και την έκταση των τομών, ανάλογα με την προσωπική προτίμηση του επεμβαίνοντα και φαίνεται πως έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η εκτίμηση όμως των χειρουργικών αποτελεσμάτων δεν είναι μια εύκολη υπόθεση, καθώς υπάρχουν πολλοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των γνάθων, όπως η γενετική προδιάθεση των ασθενών, η ικανότητα του επεμβαίνοντα, η ηλικία στην οποία γίνεται η επέμβαση, η χειρουργική τεχνική, η δημιουργία ουλών και τέλος η σχεδόν πάντα αναγκαία διενέργεια ορθοδοντικής θεραπείας. Στη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται κάποια σχετική έλλειψη χειρουργικών αποτελεσμάτων σύμφωνα με την παραπάνω τεχνική αποκατάστασης. Ωστόσο σύμφωνα με αυτές τις μελέτες φαίνεται ότι η μυική επαναδιαμόρφωση μπορεί ως ένα βαθμό να αναχαιτίσει τα προβλήματα αύξησης και διάπλασης που δημιουργούνται κατά την χειρουργική αποκατάσταση των χειλεοσχιστίων. Περαιτέρω έρευνες είναι απαραίτητες ώστε να διερευνηθούν τα ακριβή αποτελέσματα της τεχνικής αυτής και να συγκριθούν επαρκώς με ανάλογα αποτελέσματα άλλων τεχνικών.

(P126)

ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ ΤΡΙΔΥΜΟΥ

Διβάρης Θ. Κίμων, Κακαβέτσος Δ. Βασίλειος, Ντούνης Κ. Αθανάσιος

Η κύρια αιτία προσέλευσης του ασθενούς στο οδοντιατρείο είναι το άλγος στη στοματοπροσωπική χώρα. Μία από τις πιο ενδιαφέρουσες και δυσδιάγνωστες αιτίες πόνου είναι η νευραλγία του τριδύμου, η οποία προκαλεί έντονο και παροξυσμικό πόνο, πάντοτε ετερόπλευρα. Η νευραλγία του τριδύμου δυνατόν να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής. Η αιτιολογία της πρωτοπαθούς νευραλγίας του τριδύμου δεν είναι απολύτως διευκρινισμένη, ενώ η δευτεροπαθής μπορεί να προκαλείται από πλήθος οργανικά αίτια.

Σκοπός της προκειμένης εργασίας είναι η παρουσίαση της συγκεκριμένης κατάστασης, η παράθεση των επικρατέστερων απόψεων για τις αιτίες που την προκαλούν καθώς και των χαρακτηριστικών κλινικών εκδηλώσεών της. Θα αναφερθούν ακόμη στοιχεία διαφοροδιάγνωσης από άλλες παθολογικές οντότητες, όπως οι κεφαλαλγίες καθώς και σύγχρονη μεθοδολογία θεραπευτικής αντιμετώπισης.

(P127)

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΛΑΓΙΑΣ ΚΕΦΑΛΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ

Ζαφειριάδης Α., Ίτζιου Π.

Επιβλέπων: Ιωαννίδου-Μαραθιώτου Ι., Επίκουρος Καθηγήτρια, Εργαστήριο Ορθοδοντικής, Τμήμα Οδοντιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Σκοπός της παρουσίας αυτής είναι να επισημάνει τη συμβολή της πλάγιας κεφαλομετρικής ακτινογραφίας στη καθημερινή ορθοδοντική πράξη. Γίνεται αναφορά στη ιχνογράφιση και εντοπισμό των ανατομικών στοιχείων της, καθώς και της μεθοδολογίας κεφαλομετρικής ανάλυσης. Επίσης αναφέρονται οι τέσσερις βασικοί άξονες χρήσης της πλάγιας κεφαλομετρικής ακτινογραφίας: α) Περιγραφή των ανατομικών δομών του προσώπου και των οδοντοσκελετικών σχέσεων. β) Μελέτη της αύξησης του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος. γ) Διάγνωση και σχεδιασμός της ορθοδοντικής θεραπείας. δ) Κλινική έρευνα. Συμπερασματικά, η κεφαλομετρική ακτινογραφία αποτελεί αξιόλογο διαγνωστικό εργαλείο για την μελέτη, ανάλυση και επίλυση πολλών προβλημάτων του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος.



(P128)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ ΣΤΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

Βλάμη Σοφία

Πανεπιστήμιο Αθηνών, Οδοντιατρική Σχολή, Εργαστήριο Ορθοδοντικής,
Διευθύντρια: Καθηγήτρια Σπυροπούλου Μ.Ν.

Η γλώσσα είναι ένα ισχυρότατο μυϊκό όργανο το οποίο, όντας μέσα στη στοματική κοιλότητα, αποτελεί ένα δυναμικό παράγοντα επηρεασμού της θέσης των δοντιών και της διαμόρφωσης του σχήματος και της σχέσης των οδοντικών φραγμών.

Στόχος της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση, βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, των λειτουργικών επιδράσεων της γλώσσας στην οδοντική σύγκλιση.

Η προώθηση της γλώσσας είναι μια δυσλειτουργία που είχε παλαιότερα ενοχοποιηθεί ως σημαντικός παράγοντας πρόκλησης συγκλειακών ανωμαλιών. Ωστόσο, νεότερες μελέτες υποστηρίζουν ότι η προώθηση της γλώσσας μπορεί να είναι μια αναγκαία προσαρμοστική κίνηση του οργάνου αυτού σε προϋπάρχουσες συγκλειακές ανωμαλίες.

Συγκεκριμένα, οι αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν προώθηση της γλώσσας είναι οι εξής:

- συγκλειακές ανωμαλίες και ιδιαίτερα η πρόσθια χασμοδοντία
- νευρομυϊκές διαταραχές
- σκελετικές ανωμαλίες
- πρόωρη απώλεια νεογιτών δοντιών
- θηλασμός της γλώσσας
- στοματική αναπνοή
- μακρογλωσσία

Η προώθηση της γλώσσας μπορεί να εκδηλώνεται κατά τη λειτουργία της οπότε συμβάλλει στη διατήρηση ή επιδείνωση ενός προϋπάρχοντος συγκλειακού προβλήματος. Μπορεί όμως να εκδηλώνεται και κατά τη φάση ηρεμίας της γλώσσας, λόγω του μεγέθους της ή λόγω ύπαρξης υπερτροφικών αμυγδαλών, και ν' αποτελεί έτσι γενεσιουργό παράγοντα μιας ανωμαλίας. Σ' αυτή την περίπτωση μπορεί να επηρεάσει τη θέση των δοντιών και να προκαλέσει συγκλειακές ανωμαλίες.

Σημασία έχει ν' αξιολογείται σωστά η επίδραση της γλώσσας κατά τη διάγνωση και τον προγραμματισμό θεραπειών σε κάθε περίπτωση ανωμαλίας της σύγκλισης.

(P130)

ΠΟΛΥΦΟΤΟΜΗ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ LASER.

Πεταλωτής Νικόλαος, Μέτσα Μαρία-Ελισσάβετ, Σταυριανός Χρήστος

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τη χρήση της ηλεκτροχειρουργικής και των laser στην πολυφωτομή. Η πολυφωτομή προτείνεται ως θεραπεία εκδήλξης σε νεογιλά και σε μόνιμα με αδιάπληστο ακρορρίζιο δόντια.

Η τεχνική της πολυφωτομής με ηλεκτροχειρουργική (πήξη και αιμόσταση με ηλεκτρισμό- electrocoagulation) άρχισε να χρησιμοποιείται από το 1967. Ερευνητικές εργασίες των Mack et al-1993, Fishman et al-1996, El-Meligy et al-2001 και Dean et al-2002 έδειξαν μεγαλύτερα ή παρόμοια ποσοστά επιτυχίας με αυτά της τεχνικής της φορμοκρεσόλης. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος, τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, απαιτείται όμως περαιτέρω in vivo έρευνα.

Η χρήση των laser στην πολυφωτομή δοντιών παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα όπως απουσία πόνου, επιλεκτικότητα, ακρίβεια στην αποκοπή σκληρών και μαλακών οδοντικών ιστών, αιμόσταση-ελάττωση της αιμορραγίας, καλύτερο έλεγχο του χειρουργικού πεδίου, αποστείρωση και αδροποίηση των ακτινοβολούμενων επιφανειών. Οι Arrastia et al το 1995 (laser CO₂), Liu et al το 1999 (laser Nd:YAG), Elliot et al το 1999 (laser CO₂), οι Nikolopoulos et al 2000 (laser ArF Excimer) εργάστηκαν σε ανθρώπινα δόντια και συμπέραναν ότι μετά την ακτινοβολήση- πολυφωτομή τα δόντια ήταν ασυμπτωματικά, διατηρήθηκε η ζωτικότητα των πολφικών ιστών και σχηματίστηκαν γέφυρες οδοντίνης. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν άλλοι ερευνητές σε δόντια ζώων (Shoji et al, 1985 - laser CO₂, Wilkerson et al., 1996- laser argon κ.α).

Τα συμπεράσματα των ερευνών με βάση τα κλινικά, ακτινογραφικά και ιστολογικά ευρήματα θεωρήθηκαν καλύτερα σε συγκριτική αξιολόγηση με τα μονιμοποιητικά φυράματα (φορμοκρεσόλη-γλυουταρδεΐδη). Απαιτούνται όμως περισσότερες in vivo έρευνες για να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια στην κλινική πράξη.

(P129)

ΟΙ ΜΟΡΦΟΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ ΤΟΥ ΟΣΤΟΥ (BMP) ΩΣ ΥΛΙΚΟ ΕΚΛΟΓΗΣ ΣΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΚΑΛΥΨΗ-ΠΟΛΥΦΟΤΟΜΗ ΝΕΟΓΙΛΩΝ ΚΑΙ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕ ΑΔΙΑΠΛΑΣΤΟ ΑΚΡΟΡΡΙΖΙΟ

Μυλωνάς Κωνσταντίνος, Πεταλωτής Νικόλαος, Σταυριανός Χρήστος

Τα τελευταία χρόνια, εμφανίστηκε μεγάλος αριθμός ερευνών όσον αφορά τη χρήση μορφογενετικών πρωτεϊνών του οστού (bone morphogenetic proteins, BMP) στην Οδοντιατρική.

Οι μορφογενετικές πρωτεΐνες του οστού αποτελούν μια ομάδα μιας μεγαλύτερης οικογένειας πρωτεϊνών γνωστές ως μετατρεπτικοί αυξητικοί παράγοντες-β (transforming growth factors-β) και αποτελούν το μοριακό υπόστρωμα που είναι υπεύθυνο για τη διατήρηση της ομοιοστασίας και του βιολογικού μηχανισμού της οστικής αναγέννησης.

Τρία μέλη της ομάδας BMP που σχετίζονται λειτουργικά με το μηχανισμό της ενασβεστρώσεως αναγνωρίστηκαν για την ικανότητά τους να προωθούν την διεργασία της επανορθωτικής οδοντίνης.

Το 1994, εφαρμόστηκε πειραματικά σε άμεσες αποκαλύψεις σε πιθήκους η πρωτεΐνη OP-1 σε συνδυασμό με κολληγόνο και διαπιστώθηκε ότι διατηρείται η ζωτικότητα του πολφού ενώ παράλληλα προωθούν τη διεργασία επανορθωτικής οδοντίνης σε 1-4 μήνες.

Επίσης σε άλλη έρευνα χρησιμοποιήθηκε σε πολυφωτομές σε δόντια σκύλων οι μορφογενετικές πρωτεΐνες BMP-2, BMP-4 και ο αυξητικός παράγοντας TGF-β σε συνδυασμό με κολληγόνο. Συμπερασματικά, από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος, τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά αλλά βρίσκονται σε αρχικό στάδιο όσον αφορά την αποδοχή τους στο μέλλον ως υλικά επιλογής για άμεση κάλυψη και πολυφωτομή τόσο στα νεογιλά δόντια όσο και στα μόνιμα με αδιάπληστο ακρορρίζιο δόντια.

(P131)

ΜΙΓΜΑ ΠΟΛΥΜΟΡΦΩΝ ΤΡΙΟΞΕΙΔΙΩΝ (MINERAL TRIOXIDE AGGREGATE-M.T.A.): ΕΝΑ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ- ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Γκριζιώτη Σοφία, Νούλα Γιοβάννα

Τεταρτοετείς φοιτήτριες οδοντιατρικής Α.Π.Θ.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει ένα εναλλακτικό υλικό αποκατάστασης που αφορά τον τομέα της ενδοδοντίας, το μίγμα πολύμορφων τριοξειδίων (mineral trioxide aggregate-MTA). Έχει ένα ευρύ φάσμα κλινικών εφαρμογών με κυριότερες την ανάστροφη έμφραξη, την άμεση κάλυψη πολφού, την αποκατάσταση διατρήσεων και επιπλέον την αντιμετώπιση των απορροφήσεων και καταγμάτων ριζών, τις πολυφωτομές και την ενδοδοντική θεραπεία σε δόντια με αδιάπληστο ακρορρίζιο. Συγκριτικές in vitro μελέτες με άλλα υλικά (αμάλγαμα, IRM, Super-EBA, Ca(OH)₂), έδειξαν υπεροχή του MTA όσον αφορά την πρόληψη της μικροδιείσδυσης, τις φλεγμονώδεις αντιδράσεις, τη βιοσυμβατότητα και κυτταροτοξικότητα. Επιπλέον, το MTA είναι το μόνο υλικό που έχει την ικανότητα να προάγει την αναγέννηση της οδοντίνης και οστέϊνης, το σχηματισμό οστού και ενδεχόμενα των ιστών του περιοδοντίου, ενώ απαιτεί για την πήξη του περιβάλλον υγρασίας. Συμπερασματικά, το MTA φαίνεται να είναι ένα πολύτιμο υποσχεμένο εν εξελίξει υλικό για την ενδοδοντία. Ωστόσο, υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνες από ανεξάρτητους ερευνητές και περισσότερες δημοσιεύσεις in vivo μελετών με ικανοποιητική διάρκεια επανελέγχων.



(P132)

ΟΔΟΝΤΙΚΟ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΔΙΕΙΣΔΥΣΗ

Βάννα Θεοδώρα

Επιβλέπων μέλος ΔΕΠ: Κοντακιώτης Ε., Επ. Καθηγητής Παν. Αθηνών

Μικροδieleisδυση ορίζεται η δίοδος βακτηρίων, υγρών και χημικών ουσιών ανάμεσα στην οδοντική ουσία και οποιοδήποτε εμφρακτικό υλικό. Η ύπαρξη του στρώματος που δημιουργείται στα τοιχώματα των ριζικών σωλήνων κατά την χημικομηχανική επεξεργασία ονομάζεται οδοντινικό επίχρισμα (Smear Layer). Αυτό αποτελείται από οδοντίνη, υπολείμματα πολφικού ιστού, πρωτεΐνες, οδοντοβαστικές αποφυάδες, κύτταρα του αίματος και μερικές φορές βακτήρια. Στην κλινική πράξη έχει δείξει ότι ο καλύτερος συνδυασμός για την αφαίρεσή του είναι η εναλλαγή χρήση υποχλωριώδους νατρίου (NaOCl) και αιθυλενοδιαμινοτετραοξικού οξέος (Ε.Δ.Τ.Α.). Αναφέρεται τα τελευταία χρόνια και η χρήση των Lasers για την επιτυχή απομάκρυνσή του. Το Smear Layer είναι καθαρά συνδεδεμένο με τα τοιχώματα της οδοντίνης των ριζικών σωλήνων, και δεν αποτελεί πλήρη φραγμό στην είσοδο των βακτηρίων στα οδοντινοσωληνάρια. Από την άλλη πλευρά το Smear Layer δρα σαν φυσικός φραγμός στην προσκόλληση και διείσδυση των φυσαλάτων εμφραξης των ριζικών σωλήνων μέσα στα οδοντινοσωληνάρια. Η αφαίρεση του στην κλινική πράξη ελλοχεύει τον κίνδυνο της επαναμόλυνσης των οδοντινοσωληναρίων εάν αποτύχει τόσο η εμφραξη των ριζικών σωλήνων όσο και η ερμητικότητα της μυελικής αποκατάστασης.

(P134)

ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΧΡΩΜΑΤΟΣ, ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΟΥΛΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΑ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΟΥΝ

Δεδούδη Μαριάννα, Καρυστιανού Αναστασία, Μπόσνα Πετρούλα, Τσιάντος Ιωάννης

Υπο την επίβλεψη του καθηγητή: Κουμπιά Σ.

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη του χρώματος, της θέσης και της σύστασης των ούλων και οι παράγοντες που διαφοροποιούν τα παραπάνω.

Το φυσιολογικό χρώμα κυμαίνεται από ροζ-βαθύ ροζ έως μελανό. Το φυσιολογικό εύρος ποικίλει, από άτομο σε άτομο και από περιοχή σε περιοχή, από 1 έως 10 mm. Τα φυσιολογικά προσπεφυκτά ούλα είναι συμπαγή, στικτά (όψη πορτοκαλιού) και στερεά προσφυγμένα με το υποκείμενο περικοστέο, δοντία και οστού.

Οι διακυμάνσεις του χρώματος οφείλονται στην αιμοσφαιρίνη, την καροτίνη και συνθέτουμε στην εναπόθεση μελανίνης στο επιθήλιο.

Η μελάγχρωση παρατηρείται φυσιολογικά σε διαφορές φυλής (Racial Pigment). Χρωματικές διαφοροποιήσεις του στοματικού βλεννογόνου έχουν συχνά σημαντική διαγνωστική αξία. Σε ένα μεγάλο αριθμό στοματικών παθήσεων, χρωματικές αλλαγές προηγούνται ή έπονται των παθολογικών καταστάσεων. Επιπλέον, αλλαγή του χρώματος εμφανίζεται σε πολλές συστηματικές παθήσεις (σύνδρομο Peutz-Jeghers, ακανθώδη μελανοδερμία, νόσος Addison, ερυθρεματώδης περιστοματική χρωμάτωση, χλόαση, σύφιλη, ελονοσία, πελλάγρο, φυματίωση, διαβήτης, AIDS). Επίσης, δυσχρωμία προκύπτει από εναποθέσεις αμαλγάματος, τοπική εφαρμογή νιτρικού αργύρου, από ορισμένες τροφές, κάπνισμα, φάρμακα, χρήση χημικών (οδοντόπαστες, καλλυντικά) και συστηματική επαφή βαρέων μετάλλων.

Το χρώμα, καθώς και η σύσταση και η θέση των ούλων, μεταβάλλεται σε σχέση με την εξέλιξη της φλεγμονής, την ήβη και την εγκυμοσύνη, τον σακχαρώδη διαβήτη, την κληρονομική ινώδη υπερηλκίαση, τα πεμφυγοειδή νοσήματα και τον ομαλό λειχήνα, τις λευχαιμίες, την ερπητική και στρεπτοκοκκική ουλοστοματίτιδα, τη νόσο του Crohn και την λήψη φαρμάκων.

Λύσεις προβλήματος δυσχρωμίας:

1. CO₂ laser
2. δερματικό μόσχευμα
3. gingival masks
4. τεχνική erbium YAG laser
5. Gingival tattoo
6. Χειρουργικές, ηλεκτροχειρουργικές και κρυοχειρουργικές μέθοδοι

(P133)

ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Κουρτίδου Μαρία, Βάραγκας Γεώργιος

Επιβλέπων: Τσαλίκης Λ., Επίκουρος καθηγητής Περιοδοντολογίας, Προληπτικής Οδοντιατρικής και Βιολογίας Εμφυτευμάτων της Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Περίληψη: Το έδαφος στο οποίο αναπτύσσεται η περιοδοντική νόσος είναι οι περιοδοντικοί ιστοί ούλα, περιρριζίο, φατνιακό οστό και ο οδοντικός ιστός οστέιν. Είναι νόσος μικροβιακής αιτιολογίας στην οποία παρεμβαίνουν τοπικοί, ενδογενείς και γενικοί παράγοντες. Διακρίνεται σε ουλίτιδα που ορίζεται ως η φλεγμονώδης αντίδραση των ούλων και σε περιοδοντίτιδα που είναι η φλεγμονώδης αντίδραση όλων των περιοδοντικών ιστών και χαρακτηρίζεται από την καταστροφή του περιρριζίου και του φατνιακού οστού. Η ουλίτιδα μπορεί να μην εξελιχθεί ποτέ σε περιοδοντίτιδα, ενώ η περιοδοντίτιδα προέρχεται από προϋπάρχουσα ουλίτιδα. Χαρακτηριστικό παθολογικό στοιχείο της περιοδοντίτιδας είναι ο θύλακος δηλ. η παθολογική βύθιση της ουλοδοντικής σχισμής που φυσιολογικά εμφανίζεται ως μία σχισμή μεταξύ του αυχένα του δοντιού και των ούλων βάθους 0,5-2 mm.

Η εγκατάσταση της νόσου, η μετάπτωση της ουλίτιδας σε περιοδοντίτιδα καθώς και η εξέλιξη της περιοδοντίτιδας υπήρξε αντικείμενο πολλών μακροχρόνιων πειραματικών μελετών. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί τα εξής σχήματα εξέλιξης της περιοδοντίτιδας.

1. Μοντέλο της βαθμιαίας συνεχούς καταστροφής. Η περιοδοντική βλάβη παρουσιάζει γραμμική εξέλιξη και προχωρά αργά και σταθερά με την πάροδο της ηλικίας εκτός αν θεραπευτεί επαρκώς.

2. Θεωρία "έξαρσης" της περιοδοντικής βλάβης σύμφωνα με την οποία η νόσος παρουσιάζει περιόδους ενεργότητας κατά τη διάρκεια των οποίων λαμβάνει χώρα καταστροφή των περιοδοντικών ιστών και αδράνειας οπότε η νόσος παραμένει στάσιμη. Η προσβολή μπορεί:

§ Να λαμβάνει χώρα τυχαία σε ένα άτομο και σε οποιοδήποτε σημείο κατά τη διάρκεια της ζωής του.

§ Να είναι ασύγχρονη και πολλαπλή οπότε υπάρχουν περίοδοι που η προσβολή σε ορισμένα σημεία είναι πιο πιθανή.

(P135)

ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΛΛΟΚΕΡΑΜΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΧΥΤΟΥ ΑΞΟΝΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γιακουμής Α., Πελεκάνος Στ.

"Τίποτα πιο αισθητικό από το φυσικό..."

Υπηρετώντας την παραπάνω αρχή, μία προσθετική εργασία για να είναι αισθητικά αποδεκτή, πρέπει να παρουσιάζει οπτικές ιδιότητες όσο το δυνατό παρόμοιες με αυτές του ελλείποντος φυσικού δοντιού που υποκαθιστά.

Στις μεταλλοκεραμικές στεφάνες, η στιβάδα της αδιαφανούς πορσελάνης (opaque) που τοποθετείται προκειμένου να καλύψει τη σκοτεινή εμφάνιση του υποκείμενου μεταλλικού σκελετού τους, περιορίζει σημαντικά τη διάχυση του φωτός και το βάθος ημιδιαφάνειας τους, μειώνοντας αισθητά την αντίληψη του βάθους. Επιπρόσθετα δεν προσφέρει ικανοποιητική αισθητική κάλυψη του σκοτεινού χρώματος του μεταλλικού σκελετού, προκαλώντας δυσχρωμίες στην τελική αποκατάσταση που θα εφαρμοστεί στο χυτό άξονα.

Από την άλλη πλευρά, τα διάφορα ολοκεραμικά συστήματα που κυκλοφορούν, παρουσιάζουν-σύμφωνα με έρευνες πάνω στην οπτική τους συμπεριφορά-ποικίλο βάθος ημιδιαφάνειας, σαφώς μεγαλύτερο από αυτό των μεταλλοκεραμικών, και επιπλέον ορισμένα με πυρήνα υψηλής αδιαφάνειας (In-Ceram) τη δυνατότητα αισθητικής κάλυψης του υποκείμενου χυτού άξονα.

Στο κλινικό περιστατικό παρουσιάζεται η αισθητική απόδοση της ολοκεραμικής στεφάνης συστήματος In-Ceram και μίας μεταλλοκεραμικής, επί χυτού άξονα.

Η επιλογή ολοκεραμικού με μεγάλη αδιαφάνεια (In-Ceram) για τέτοιο περιστατικό ίσως αποτελεί μία πολύ καλή λύση τελικά.



(P136)

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Στράτος Αθανάσιος, Γκανάς Σταμάτης, Τσάμης Χρήστος

Βασική προϋπόθεση για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων αποτελεί η λήψη ενός πλήρους ιατρικού ιστορικού. Έτσι μερικές φορές, ο οδοντίατρος καλείται να αποφασίσει για την τοποθέτηση ή μη εμφυτεύματος σε ασθενή, που πάσχει από μία από τις δύο μορφές ιδιοπαθούς σακχαρώδους διαβήτη (τύπου I ή τύπου II).

Με την παρούσα εργασία επιχειρείται μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας γύρω από το αν η τοποθέτηση ενός τέτοιου εμφυτεύματος έχει πιθανότητες επιβίωσης στην στοματική κοιλότητα ενός τέτοιου ασθενή.

Μετά την μελέτη 24 βιβλιογραφικών αναφορών, συμπεραίνουμε ότι ο τύπου I σακχαρώδους διαβήτη αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων.

Αντίθετα, μετά την σύγκριση των ποσοστών επιτυχίας ασθενών με τύπου II διαβήτη σε σχέση με τον γενικό "υγιή" πληθυσμό καταδεικνύεται ότι η πάθηση αυτή αποτελεί σχετική αντένδειξη. Πρέπει να συνυπολογίζεται η βαρύτητα της νόσου, η ηλικία του ασθενούς και κυρίως η ικανότητα αυτού να ρυθμίζει τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Η μειωμένη αμυντική και επουλωτική ικανότητα των διαβητικών ασθενών καθιστά αναγκαία την αυξημένη αντιβιοτική κάλυψη προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά και την επισταμένη στοματική υγιεινή.

(P138)

Η ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΗΣ ΚΟΜΗΣ: 1878-1947

Παπαβραμίδου Ν., Χριστοπούλου-Αλετρά Ε.

Ιστορία Ιατρικής, Ιατρικό Τμήμα, Α.Π.Θ.

Η υγιεινή και η καθαριότητα του ανθρώπινου σώματος απασχόλησε τους ιατρούς από τα πρώτα ακόμα ιστορικά χρόνια. Κατά τον 19ο αιώνα και στα πλαίσια της τάσης που επικρατούσε για υιοθέτηση και ανάπτυξη των επιστημονικών θέσεων, που διατυπώθηκαν από τους αρχαίους συγγραφείς, αρκετοί ιατροί ασχολήθηκαν ειδικά με την υγιεινή όλων των μερών του σώματος, τα όργανα (καρδιά, πνεύμονες, γεννητικά και αισθητήρια όργανα κ.τ.λ.), τα μέλη, ως και τα νύχια ή τα μαλλιά.

Ειδικότερα, η υγιεινή της κόμης, ως αναπόσπαστο μέρος της δερματολογίας, απασχόλησε τους συγγραφείς σε όλες της εκφάνσεις της, από την περιποίηση και τον καλλωπισμό, ως τα μέτρα προφύλαξης και αντιμετώπισης των ασθενειών και των παρασίτων της. Οι διατυπώσεις των ιατρών δεν περιορίζονται αποκλειστικά και μόνον σε ιατρικά θέματα ή θέματα υγιεινής αλλά έχουν προεκτάσεις που αφορούν και στις κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων, οι οποίες, σύμφωνα με τους συγγραφείς, θα μπορούσαν να επηρεαστούν σοβαρά από "ένα βρώμικο και λιπαρό κεφάλι".

(P137)

ΤΟ ΣΤΟΜΑ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Πατσούρη Αικατερίνη, Ταρανίδου Μαρία

Επιβλέπων μέλος ΔΕΠ: Παπαγιαννούλη Ε.

Η φυσιολογική κατάσταση των ιστών του στόματος και η παθολογία του νεογνού (0-6 μηνών) είναι πεδίο γνώσεων ενδιαφέρον για παιδιάτρους και οδοντιάτρους.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να γίνει αναφορά στα πιο συχνά ευρήματα που μπορεί να παρουσιαστούν σε νεογνά. Τοπικές εκδηλώσεις, καλοήθους ή κακοήθους φύσης, καθώς και συστηματικά νοσήματα δύναται να παρατηρηθούν. Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες η συχνότητα εμφάνισής τους μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το φύλο ή τη φυλή.

Τα συχνότερα εμφανιζόμενα τοπικά ευρήματα στο στόμα του βρέφους είναι: κύστεις, κύστεις ανατολής, προνεογιλά δόντια, η υπερβολική ανάπτυξη χαλινών του χείλους και της γλώσσας, οι οξιστίες διάφορης έκτασης και βαρύτητας και ελκώδεις βλάβες που περιλαμβάνουν άφθες, το κοκκίωμα Riga-Fede και την ερπητική ουλοστοματίτιδα.

Η έγκαιρη ενημέρωση συμβάλλει στην πετυχημένη διαφορική διάγνωση. Μ'αυτόν τον τρόπο στέφεται με επιτυχία η πρόκληση γιατρών και οδοντιάτρων για εντόπιση ανωμαλιών ή άλλων παθολογικών στοιχείων της στοματικής κοιλότητας για την υπεύθυνη αντιμετώπισή τους, προκειμένου να εξασφαλιστεί η τόσο ουσιώδης ποιότητα ζωής.

(P139)

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΟΣΠΑΣΜΟΥ ΕΠΙ ΥΠΑΡΧΟΝΟΕΙΔΟΥΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΡΗΞΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ

Παναγιωτοπούλου Κ.

Επιβλέπων Καθηγητής: Δουζίνας Ε.

Ο εγκεφαλικός αγγειόσπασμος αποτελεί σημαντικό αίτιο νοσηρότητας και θνητότητας μετά από ΥΑΑ από ρήξη ανευρύσματος. Τόσο η πρόληψη όσο και η αντιμετώπισή του παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες. Ως προς την πρόληψη, αναφέρεται πως το είδος της επέμβασης που θα επιλεγεί για την αντιμετώπιση της ΥΑΑ -χειρουργική ή ενδαγγειακή- δεν επηρεάζει τη συχνότητα εμφάνισης αγγειόσπασμου, σύμφωνα με τα έως τώρα δεδομένα, ωστόσο αυτό απομένει να τεκμηριωθεί και με τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες. Ένα θεραπευτικό μέτρο που στοχεύει στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση του αγγειόσπασμου και το οποίο έχει καθιερωθεί στην κλινική πράξη είναι η triple-H θεραπεία, (hypervolemic, hypertensive, hemodilution). Παρά όμως την ευρεία εφαρμογή της εδώ και αρκετά χρόνια, δεν έχει συνταχθεί ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο και κυρίως δεν έχουν γίνει οι απαραίτητες τυχαίοποιημένες μελέτες που θα αποδείκνυαν την αποτελεσματικότητά της. Ίσως η μόνη θεμελιωμένη μέθοδος θεραπευτικού μέτρου για την αντιμετώπιση του πολύ σοβαρού αγγειόσπασμου που δεν υποχωρεί ούτε στην ενδαγγειακή θεραπεία, προτείνεται η ενδοκοιλιακή χορήγηση νιτροπρωσσικού νατρίου, με αμφίβοδα, ωστόσο αποτελέσματα.



(P140)

**ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΦΑΛΑΓΓΩΝ
ΚΑΙ ΜΕΤΑΚΑΡΠΙΩΝ ΟΣΤΩΝ ΜΕ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ**

Καρακώστα Ε., Μαμαλούδης Ι., Βαρυτιμίδης Σ., Νταιλιάντα Ζ., Μαλίζος Κ.
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η αποκατάσταση των καταγμάτων των οστών του χεριού είναι δυσχερής, με απώλεια του εύρους κίνησης και δυσλειτουργία σύλληψης και δαγυμού.

Σκοπός: Η καταγραφή του εύρους κίνησης, της ικανότητας δαγυμού και σύλληψης και η σύγκριση της υγιούς και της πάσχουσας άκρας χειρός καθώς επίσης και η υποκειμενική αξιολόγηση του αποτελέσματος από τους πάσχοντες.

Υλικό και Μέθοδος: Από 1/1/2000 έως 30/3/2001 αντιμετωπίστηκαν 31 κατάγματα φαλαγγίων και μετακαρπίων οστών. Από αυτά τα 24 αντιμετωπίστηκαν με εσωτερική οστεοσύνθεση με mini διακαταγματικές βίδες, ενώ τα 7 με εσωτερική οστεοσύνθεση με mini πλάκες χαμηλού προφίλ. Η οστεοσύνθεση έγινε με ανατομική ανάταξη και σεβασμό των μαλακών μορίων. Σε συνυπάρχουσες κακώσεις των μαλακών μορίων έγινε χειρουργική και ανατομική αποκατάστασή τους. Άμεσα μετεγχειρητικά ετέθη νάρθηκας λειτουργικής θέσεως και στη συνέχεια οι ασθενείς ακολούθησαν πρόγραμμα ενεργητικής και παθητικής κινητοποίησης. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών ήταν 6 μήνες (3 με 12 μήνες).

Αποτελέσματα: Κατά την τελευταία εξέταση οι ασθενείς παρουσιάζουν εύρος κίνησης κάμψη της της πάσχουσας ΜΚΦ άρθρωσης 90ο της εγγύς ΦΦ 95ο και της άπω ΦΦ 50ο οι ασθενείς επανήλθαν στην αρχική τους εργασία σε 10-14 εβδομάδες. Στο ανωτέρω χρονικό διάστημα το 90% των ασθενών έκκριναν τα αποτελέσματα άριστα έως πολύ καλά και το 10% καλά.

Συμπέρασμα: Η όσο δυνατόν σταθερή οστεοσύνθεση με ανατομική ανάταξη και σεβασμό των υπερκείμενων μαλακών μορίων αποτελεί μέθοδο εκλογής στην αντιμετώπιση των καταγμάτων των φαλαγγίων και των μετακαρπίων στην άκρα χείρα. Έχει ισχυρή ένδειξη στα ενδορθρικά παρααρθρικά και σπειροειδή κατάγματα γιατί προσφέρει ανατομική ανάταξη και δεν καθιλώνει ευγενή ανατομικά στοιχεία.

(P142)

**Ο ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ
ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

**Λάμπας Δ.Α.¹, Λεονάρδου Π.Α.², Λιασκοβίτης Β.³, Γούλας Σ.³,
Μαυρονάσιος Κ.³, Καθαντζόπουλος Α.³**

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Κοτασάκης Φ. και οι φοιτητές:
Ντζιώρα Φ., Παχυλάκης Ν., Δήμου Α., Μελλισσοπούλου Μ.,
Δελημπούρη Β., Δαμιανόου Σ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
2. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, 3. Ιατρός

Μελετήσαμε το θυρεοειδή αδένα μεταθανάτια σε 1004 τα οποία έζησαν τα τελευταία 5 χρόνια στην Αθήνα. Η μελέτη έγινε στην Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών.

Το υλικό της μελέτης αποτελείτο από 675 άνδρες μέσης ηλικίας 58,9 ετών και μέσου ύψους 168,4 εκ. και 329 γυναίκες μέσης ηλικίας 66 ετών και μέσου ύψους 153,8 εκ. Το μέσο ολικό βάρος του θυρεοειδή ήταν 21,1 γρ, στους άνδρες και 15 γρ. στις γυναίκες. Ο μέσος ολικός όγκος ήταν 18 κ. εκ. για τους άνδρες και 13,9 κ. εκ. για τις γυναίκες.

Το ύψος των λοβών ήταν 5,3 εκ. στο δεξιό λοβό και 4,9 εκ. στον αριστερό λοβό στους άνδρες και αντίστοιχα 4,4 εκ. δεξιά, 4,3 εκ. αριστερά στις γυναίκες. Το πλάτος των λοβών στους άνδρες ήταν 3,2 εκ. δεξιά και 3 εκ. αριστερά και στις γυναίκες 3 εκ. και 2,8 εκ. αντίστοιχα. Τέλος το πάχος ήταν στους άνδρες 1,5 εκ. δεξιά και 1,4 εκ. αριστερά και στις γυναίκες 1,3 εκ. και 1,1 εκ. αντίστοιχα.

Συσχετίσαμε όγκο και βάρος με την ηλικία και το ύψος του ατόμου και τα αποτελέσματα ήταν: Αρνητική συσχέτιση του όγκου του θυρεοειδή με την ηλικία ($P < 0,001$) και θετική με το ύψος του ατόμου ($P < 0,005$). Η μέτρηση του βάρους έφερε παρόμοια αποτελέσματα.

Η γνώση των φυσιολογικών μεγεθών του αδένα των ευθυρεοειδικών ατόμων που ζουν σε περιοχή όπου δεν ενδημεί η βρογχοκήλη θα βοηθήσει τους γιατρούς να εκτιμήσουν σωστά τον αδένα του εξεταζομένου στην κλινική πράξη και στις μορφολογικές εξετάσεις (σπινθηρογράφημα, υπερηχογράφημα).

(P141)

Η ΜΟΡΙΑΚΗ ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Λαμπρινάκη Σ.^{1,2}, Πούλου Μ.¹, Λιαλιάρης Θ.Σ.²

1. Τμήμα Μοριακής Βιολογίας και Γενετικής, 2. Εργαστήριο Γενετικής, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της μοριακής βιολογίας της σκλήρυνσης κατά πλάκας (ΣΚΠ) και τα νεώτερα επιστημονικά δεδομένα που αναφέρονται για τη νόσο αυτή.

Υλικό και Μέθοδος: Στην παρούσα εργασία έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των τελευταίων ετών και διερεύνηση σε αρχεία του διαδικτύου. Η σκλήρυνση κατά πλάκας ή διάσπαρτος εγκεφαλομυελίτις, όπως λέγεται αλλιώς, είναι μια φλεγμονώδης ασθένεια απομυελίνωσης του Κ.Ν.Σ., που θεωρείται αυτοάνοσο νόσημα. Η άποψη ότι η ΣΚΠ είναι αυτοάνοσο νόσημα στηρίζεται σε ορισμένες παρατηρήσεις.

Αποτελέσματα: Αρχικά, παρατηρούνται διαχυμένα λεμφοκύτταρα και μακροφάγα στην λευκή ουσία, ενώ εμφανίζεται επίσης αύξηση της ποσότητας των IgG και των μακροφάγων στις πλάκες. Υπάρχει συσχέτιση της ασθένειας με τα γονίδια MHC και φαίνεται ότι ανταποκρίνεται καλά σε ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Με την βοήθεια ερευνών που έχουν διενεργηθεί σε θηλαστικά με βάση μια ασθένεια που ονομάζεται πειραματικά (ή αλλεργική) αυτοάνοσος εγκεφαλομυελίτις, μία υποτροπιάζουσα ασθένεια της σπονδυλικής στήλης και του εγκεφάλου με παρόμοια κλινικά, ιστολογικά, ανοσοολογικά και γενετικά χαρακτηριστικά με την ΣΚΠ, έχουν ταυτοποιηθεί τα αυτοαντιγόνα που ενέχονται στην ΣΚΠ, τα οποία είναι η βασική πρωτεΐνη της μυελίνης (MPB), η πρωτεοϊνιδική πρωτεΐνη (PLP), η γλυκοπρωτεΐνη μυελίνης των ολιγοδενδροκυττάρων (MOG) και τέλος η αβ-κρυσταλλίνη. Η αυτοανοσία επάγεται με την βοήθεια τριών κυρίως παραγόντων του μοριακού μιντιασμού, της ιικής μόλυνσης από ιούς όπως της ιλαράς και ο HTLV-1 και από υπεραντιγόνα. Εκτός των άλλων η ΣΚΠ έχει και γενετική βάση. Άτομα που παρουσιάζουν τον λεγόμενο αλλότυπο DR2 (HLA- DRB1*1501-DQA1*0102-DQB1*0602) είναι επιρρεπή στην συγκεκριμένη ασθένεια, ενώ συνοδικά 19 περιοχές έχουν "ενοχοποιηθεί" στα χρωμοσώματα 1, 5, 6, 7, 10, 17, 19. Τέλος, η ασθένεια μπορεί να αντιμετωπισθεί με την βοήθεια IFN-β, του συμπλομερούς 1, των γλυκοκορτικοειδών και τώρα τελευταία έχουν αναπτυχθεί θεραπείες που στοχεύουν τις πρωτεάσες των T κυττάρων (ζεθατινάσ Β).

Συμπερασματικά, η γνώση των μοριακών δεδομένων της ασθένειας θα συστέλλει για την καλύτερη αντιμετώπιση και πρόληψη της.

(P143)

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΝΩ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

**Λάμπας Δ.Α.¹, Τσιρώνης Χρ.², Λέκας Α.², Καραντώνης Η.², Μαυρονάσιος Κ.²,
Ρεβέντας Κ.³**

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Λευκίδης Χ. και οι φοιτητές:
Λιναρδούτσος Δ., Γιαννιπούλης Λ., Μανωλάς Γ., Καλίνερου Ε.,
Μητρογώγου Α., Παπαχρήστος Α., Ελένη Ε.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
2. Ιατρός, 3. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου

Στα πλαίσια μιας εκτεταμένης μελέτης της περιοχής του τραχήλου σε δείγμα του ελληνικού πληθυσμού ερευνήσαμε τις, πλούσιες σε ιδιομορφίες και παραλλαγές, αρτηρίες του θυρεοειδή αδένα (άνω, κάτω, κατώεστη), καθώς και το διασπασμό των κοινών καρωτίδων.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 900 τραχήλους (470 ανδρών και 430 γυναικών) στην Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών κατά τα τελευταία έτη. Οι συνθήκες της έρευνας επέτρεψαν τη διενέργεια ευρέων ανατομικών τομών και την καλύτερη διερεύνηση της προέλευσης των αρτηριών. Αρχικά, σε κάθε τράχηλο γινόταν αναγνώριση και παρασκευή της άνω, κάτω και κατώεστης (ima) θυρεοειδούς αρτηρίας, με τη βοήθεια ειδικής τεχνικής ενδοαρθριακής έγχυσης ορού, ενώ οι περιπτώσεις με ευμεγέθη υπερτροφία και κακοήγη νεοπλασία του θυρεοειδή εξαιρέθηκαν από τη μελέτη. Ακολούθως, σε κάθε πτώμα, η αφαίρεση των προσθίων και των πλάγιων μύων του τραχήλου και ο εντοπισμός του ύψους διασπασμού της κοινής καρωτίδας αρτηρίας.

Τα αποτελέσματα της ερευνητικής μας προσπάθειας αποκαλύπτουν τις διαφορές παραλλαγές έκφυσης και πορείας των αρτηριών του θυρεοειδούς. Συγκεκριμένα, η άνω θυρεοειδής αρτηρία εκφύεται:

1. Από την κοινή καρωτίδα αρτηρία [56/900 (6,2%)],
2. Από το διασπασμό της κοινής καρωτίδας αρτηρίας [128/900 (14,2%)],
3. Από την έξω καρωτίδα αρτηρία [674/900 (74,8%)],
4. Σε κοινό στέλεχος με την γλωσσική αρτηρία [30/900 (3,3%)],
5. Σε κοινό στέλεχος με τη γλωσσική και προσωπική αρτηρία [12/900 (1,3%)].

Παρατηρήθηκαν διάφορες στον τρόπο έκφυσης μεταξύ των ανδρών και των γυναικών, καθώς επίσης και μεταξύ ψηλίστων και βραχύστων ατόμων (οι παραλλαγές είναι συχνότερες στα βραχύσωμα άτομα). Ο μεγάλος αριθμός ατόμων του δείγματος μας εξασφαλίζει με αρκετή βεβαιότητα τη γνώση όλων των πιθανών ανατομικών σχέσεων στη θυρεοειδική περιοχή, πράγμα απαραίτητο για την αποφυγή των συνηθισμένων επιπλοκών των χειρουργήσεων θυρεοειδούς, την μερική ή ριζική τραχηλική εκτομή κτλ.



(P144)

**ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΕΚΦΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΛΑΔΩΝ
ΤΗΣ ΕΞΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ**

Λάμπας Δ.Α.¹, Λεονάρδου Π.Α.², Λιασκοβίτης Β.³, Γούλας Σ.³,
Μαυρονάσιος Κ.³, Καθλαντζόπουλος Α.³

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Κοτσαύτης Φ. και οι φοιτητές:
Ντζιώρα Φ., Παχυλάκης Ν., Δήμου Α., Μεθισσοπούλου Μ.,
Δελημπούρη Β., Δαμιανάκου Σ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
2. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, 3. Ιατρός

Σκοπός της μελέτης ήταν η αναζήτηση, η καταγραφή και η παρουσίαση των παραλλαγών των κλάδων της έξω καρωτίδας, στοιχείο που αποτελεί χρήσιμη γνώση για την κατανόηση και εξήγηση των εικόνων των απεικονιστικών μεθόδων (αγγειογραφίες), και το χειρουργό που επεμβαίνει στην περιοχή του τραχήλου.

Στα πλαίσια μίας εκτεταμένης μελέτης στην περιοχή του τραχήλου, μελετήσαμε και παρουσιάζουμε τις ιδιομορφίες της έκφυσης των κλάδων της έξω καρωτίδας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 200 τραχήλους στην Ιατροδικαστική υπηρεσία Αθηνών. Οι ευρείες ανατομικές τομές μας επέτρεψαν να μελετήσουμε λεπτομερειακά τον τρόπο έκφυσης και πορείας των κλάδων της έξω καρωτίδας.

Παρασκευάσαμε, παρατηρήσαμε, καταγράψαμε και φωτογραφήσαμε τις παρατηρήσεις. Από την ανάλυση προκύπτει ότι:

α. Η έκφυση των κλάδων γινόταν χωριστά σε συχνότητα 71%.

β. Η έκφυση των κλάδων γινόταν μετά από σχηματισμό κοινών κλάδων 29% με διάφορες ποικιλίες.

Κατά την παρουσίαση θα συσχετίσουμε τη συχνότητα των παραλλαγών με το φύλο και το μήκος του τραχήλου.

(P146)

ΟΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΙ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΠΗΧΥ

Λάμπας Δ.Α.¹, Λεονάρδου Π.Α.², Γούλας Σ.³, Γκισάκης Ι.⁴, Μαίη Α.³,
Καθαμπόκας Θ.³, Λουθακάς Ι.²

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Καρακούκης Ν. και οι φοιτητές:
Καραμάνου Α., Καραμάνου Σ., Χαχαριδάκης Γ., Χαχαριδάκη Α.,
Γεωργόπουλος Π., Διαμαντής Ν., Γιαννίρη Μ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
2. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, 3. Ιατρός,
4. Οδοντίατρος

Στα πλαίσια της μελέτης των αρτηριακών παραλλαγών των άκρων μελετήσαμε τις αρτηριακές παραλλαγές των αρτηριών του άνω άκρου σε 100 πτώματα του Εργαστηρίου Περιγραφικής Ανατομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης των φοιτητών.

Στην προσπάθεια μας να ταξινομήσουμε την πολυπλοκότητα του πήχου όσον αφορά την αιμάτωσή του στηριχθήκαμε στην παραδοχή ότι μπορούμε να έχουμε βασικούς τύπους, των οποίων η ερμηνεία είναι εμβρυολογική. Έτσι έχουμε τα εξής:

Α. "Κανονική" αιμάτωσή του πήχου (με ύπαρξη κερκιδικής ωλένιας & μεσόστεας αρτηρίας): 81%

(P145)

Η ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΒΥΖΑΝΤΙΝΗ ΕΠΟΧΗ

Λεονάρδου Π.Α.¹, Γκισάκης Ι.²

Συνεργάστηκαν οι φοιτητές: Παππά Θ., Ράπη Σ., Μίχας Γ., Πολιτικός Ι.,
Χαχαριδάκης Γ., Μπαθιάκας Δ.

1. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, 2. Χειρ. Οδοντίατρος

Ένα από τα θέματα που ανέκαθεν ήσαν πεδία έρευνας και μελέτης για τους ιστορικούς της ιατρικής ήταν και η εξέλιξη της ανατομής. Γιατί, ενώ στην Λατινική Δύση οι νεκροτομές όχι μόνο δεν πραγματοποιούνταν, αλλά θεωρούνταν και ηθικά κοησάσιμες (ιστανιστές, κάψιμο στην πυρά) στην Ελληνική Βυζαντινή Ανατολή οι μαρτυρίες δείχνουν ότι δεν συνέβαινε κάτι τέτοιο.

Η θέση αυτή υποστηρίζεται από κείμενα θεολόγων, ιστορικών και λογίων, και όχι γιατρών, που αποτελούν πηγή στοιχείων και δεδομένων:

- 1) ο *Μέγας Βασίλειος* και ο *Γρηγόριος ο Νύσσης* τονίζουν τη σημασία των επιστημονικών ανατομών.
- 2) ο *Ευστάθιος ο Αντιοχείας* (4ος αιώνας) επίσκοπος και ομοιογενής δέχεται ευρύτητα αντιλήψεων πραγματικού ορθοδόξου και δέχεται την πειραματική ιατρική έρευνα.
- 3) σε κείμενο του *Θεοφάνη* μοναχού (762-818 μ.Χ.) αναφέρει ότι "το σώμα ενός αποστάτη έγινε αντικείμενο μελέτης από γιατρούς, εν ζωή ακόμα".
- 4) σε απόσπασμα από κείμενο του Συμεών του νέου θεολόγου αναφέρεται ότι "οι ιατροί ανέτρεμαν σώματα ώστε να εξοικειωθούν με τα εσωτερικά όργανα των ζώων".
- 5) ο *Γεώργιος Τορνίκης*. Επίτευγμα της βυζαντινής Νευροανατομικής και Νευροφυσιολογίας αποτελεί η υποδήλωση της υπάρξεως εκτός του ΚΝΣ και άλλου "αφανούς" και "φυτικού" που νευρώνει τα σπλάχνα.

Τα παραδείγματα των ανατομικών γνώσεων κατά την, δυστυχώς λίγην γνωστή, βυζαντινή εποχή είναι πολλά. Ο *Ορειβάσιος ο Περγαμινός* περιέγραψε την κυκλοφορία του αίματος στους πνεύμονες και στους νεφρούς από παρατηρήσεις που έκανε με διοπτρίες (κατά τον Α. Ευτυχιάδη). Ο *Παύλος ο Αιγνίνης* (6ος μ.Χ. αιώνας) γνώριζε την ύπαρξη των μη παλινδρομών φαρυγγικών νεύρων και συνιστούσε στους χειρουργούς του θυρεοειδούς αδένα "φεύγοντες πανταχού τας τε καρωτίδας αρτηρίας και τα παλινδρομούντα νεύρα".

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι:

- α) η ανατομή του ανθρώπινου σώματος δεν συναντούσε σοβαρές αντιρήσεις από την Ανατολική Ορθόδοξη Εκκλησία και ήταν αποδεκτή δραστηριότητα στους Βυζαντινούς σε αντίθεση με τη Δύση,
- β) τα πτώματα προέρχονταν από εγκληματίες ή άλλους καταδικασμένους σε θάνατο,
- γ) η ανατομή γινόταν κατά χώρες (τοπογραφική) και κατά συστήματα (συστηματική), και
- δ) σκοπός των ανατομών ήταν η κατανόηση της υφής και σχέσεως των οργάνων του ανθρώπου για να αντιμετωπισθούν οι ασθένειες και οι βλάβες επιτυχώς.

1. Όλες οι αρτηρίες του πήχου διακλαδίζονται από τη βραχιόνια αρτηρία: 68%
2. Όλες οι αρτηρίες του πήχου διακλαδίζονται από την επιπολής βραχιόνια αρτηρία: 7%
3. Η κερκιδική αρτηρία εκφύεται από την επιπολής βραχιόνια αρτηρία, η ωλένια και η μεσόστεα από τη βραχιόνια: 4%
4. Όπως ανωτέρω με ευρεία αναστόμωση μεταξύ βραχιόνιας και κερκιδικής στην περιοχή του αγκώνα: 2%
- Β. Επιπολής αρτηρίες του πήχου : 10%
 1. Η επιπολής ωλένια αρτηρία υποκαθιστά την ωλένια: 4%
 2. Επιπολής μέση αρτηρία: 2%
 3. Επιπολής κερκιδική αρτηρία επιπρόσθετα της κανονικής κερκιδικής αρτηρίας: 2%
 4. Η επιπολής αρτηρία του αντιβραχίου είναι κοντή και καταλήγει στο εγγύς τμήμα του πήχου: 2%
- Γ. Παρουσία μέσης αρτηρίας (εμβρυϊκό κατάλοιπο): 9%
 1. Έκφυση της μέσης από την ωλένια αρτηρία μαζί με τη μεσόστεα: 3%
 2. Έκφυση της μέσης αρτηρίας από την ωλένια μακριά από την κοινή μεσόστεα αρτηρία: 2%
 3. Έκφυση της μέσης από την κοινή μεσόστεα αρτηρία: 2%
 4. Έκφυση από την κερκιδική αρτηρία: 2%



(P147)

**ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Α.Π.Θ.
ΓΙΑ ΤΗΝ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ**

Δαρδαβέσης Θ.¹, Κίτσου Β.², Καρλιγκιώτης Β.², Γιάγκα Ζ.³,
Γραμματικοπούλου Ε.²

1. Εργαστήριο Υγιεινής Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ., 2. Φοιτητές /τριες
Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ., 3. Φοιτήτρια Σ.Ε.Υ.Π. - Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων Τ.Ε.Ι.Θ.

Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση και η αξιολόγηση των πηγών ενημέρωσης, καθώς και το επίπεδο βασικών γνώσεων φοιτητών ιατρικής για τη HIV λοίμωξη.

Δείγμα 790 (άνδρες: 54,3%, γυναίκες: 45,7%) φοιτητών της Ιατρικής Α.Π.Θ. συμπλήρωσε έγκυρα ανώνυμο επιδημιολογικό δελτίο, το οποίο περιλάμβανε τα στοιχεία φύλο, ηλικία, εξάμηνο σπουδών και σειρά ερωτήσεων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι: α) Ως κυριότερες πηγές ενημέρωσης για το AIDS δηλώθηκαν κατά σειρά τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα ενημερωτικά φυλλάδια. β) Οι τρόποι μετάδοσης του HIV είναι έγκυρα γνωστοί από το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων. γ) Ως ομάδες αυξημένης πιθανότητας προσβολής από τον HIV δηλώθηκαν κατά σειρά οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, οι ομο-αμφιφυλόφιλοι άνδρες και τα άτομα με πολυγαμικές σχέσεις. δ) Το 90,2% και το 91,3% του δείγματος γνωρίζει αντίστοιχα, ότι δεν υφίσταται ακόμη αποτελεσματική θεραπεία και προληπτικός εμβολιασμός για την HIV λοίμωξη.

Συμπεραίνεται, ότι οι φοιτητές της Ιατρικής του Α.Π.Θ. παρουσιάζουν αξιοσημείωτα καλό επίπεδο βασικών γνώσεων για το AIDS, των οποίων οι κύριες πηγές είναι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα ενημερωτικά φυλλάδια. Η συγκεκριμένη διαπίστωση επισημαίνει την ανάγκη οργάνωσης ειδικών εκπαιδευτικών σεμιναρίων, τα οποία θα προσφέρουν στους συμμετέχοντες φοιτητές των Σχολών Υγείας τεκμηριωμένες επιστημονικές γνώσεις και εμπειρίες για την HIV λοίμωξη.

(P149)

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΨΥΧΩΣΕΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ

Παναγιώτου-Οικονόμου Α., Οικονόμου Κ., Χριστιανόπουλος Κ.
Ψυχιατρική Κλινική Παιδιών και Εφήβων Γ.Π.Ν. Ιπποκράτειο Θεσ/νικης

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της συννοσηρότητας των ψυχώσεων και της αποτελεσματικότητας της βραχείας θεραπείας σε τμήμα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σε Γενικό Νοσοκομείο.

Υλικό-Μέθοδος: Διερευνήθηκαν 66 περιπτώσεις παιδιών και εφήβων (41 αγόρια - 25 κορίτσια) που νοσηλεύτηκαν στο τμήμα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας του Ψυχιατρικού τμήματος Παιδιών και Εφήβων του Ιπποκράτειου Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης. Η νοσηλεία ήταν βραχείας διάρκειας, περίπου 4-6 εβδομάδων και περιελάμβανε άμεση παρέμβαση σε κρίση, φαρμακευτική αγωγή, συμβουλευτική γονιών και ενημέρωση παιδιών και εφήβων γύρω από τη νόσο.

Αποτελέσματα: Από τα 41 αγόρια τα 17 είχαν σχιζοφρένεια και 3 απ' αυτά είχαν και ελαφρά νοτική καθυστέρηση. Από τα 24 αγόρια με ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς τα 4 παρουσίαζαν και ελαφρά νοτική καθυστέρηση, 1 βαριά εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης, 2 ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική διαταραχή και 2 καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Από τα 25 κορίτσια τα 7 είχαν διάγνωση σχιζοφρένειας. Στα 3 απ' αυτά υπήρχε ελαφρά νοτική καθυστέρηση. Τα υπόλοιπα 18 κορίτσια είχαν ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Από αυτά τα 4 είχαν και ελαφρά καθυστέρηση, 1 διαταραχή εξελικτικής προσοχής - υπερκινητικότητα και 1 διαταραχή Asperger.

Συμπέρασμα: Από αυτή την αναδρομική μελέτη προκύπτει ότι τα αγόρια εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σχιζοφρενική διαταραχή και άλλες ψυχώσεις. Οι συχνότερες συνυπάρχουσες διαταραχές ήταν: νοτική καθυστέρηση, κατάθλιψη, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή. Σε δύο περιπτώσεις συνυπήρχε διαταραχή της ανάπτυξης. Η βραχεία νοσηλεία σε τμήμα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας είναι αποτελεσματική και αποφεύγεται ο στιγματισμός και η ιδρυματοποίηση των παιδιών.

(P148)

**Ο ΒΑΘΜΟΣ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Πασχαλίδης Σ. Κωνσταντίνος

Έδρα Κοινωνικής Ιατρικής & Διοίκησης Νοσοκομειακών Μονάδων
Ιατρική Σχολή Σόφιας - Βουλγαρίας

Σκοπός της εργασίας: Η επιτυχία της μεταρρύθμισης ενός συστήματος υγείας βασίζεται τόσο στην παροχή αποτελεσματικής πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας στους πολίτες, όσο και στην μέγιστη αποδοχή του από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Στην παρούσα εργασία αναλύεται ο βαθμός ετοιμότητας τόσο του ιατρικού, όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την έναρξη της εφαρμογής του νόμου για την μεταρρύθμιση της υγείας.

Υλικό και μέθοδοι: Κριτήριο για τον βαθμό ετοιμότητας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην εφαρμογή του νόμου για την μεταρρύθμιση της υγείας είναι οι ίδιοι οι πολίτες που έρχονται καθημερινά σε επαφή με τους λειτουργούς της υγείας.

Στην παρούσα εργασία αναλύονται τα δεδομένα έρευνας που πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Σεπτεμβρίου-Οκτωβρίου 2001 σε τρεις πόλεις της Ελλάδας (Αθήνα-Θεσσαλονίκη-Σέρρες) και δύο της Βουλγαρίας (Σόφια - Φιλιππούπολη), σε τυχαία επιλεγμένο κοινό ασθενών.

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο με ατομικές συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο (face to face). Το σχεδιασθέν μέγεθος του δείγματος ανέρχεται σε 500/χώρα άτομα και των δύο φύλων και αφορά γενικό πληθυσμό άνω των 18 ετών.

Αποτελέσματα και συμπεράσματα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας προκύπτει ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι έτοιμο να προσарμοστεί στα νέα δεδομένα που επιβάλλει ο νόμος για την μεταρρύθμιση της Υγείας.

Τα δεδομένα αποδεικνύουν ότι κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας του νομοσχεδίου για την υγεία, κανείς δεν έδωσε την απαιτούμενη βαρύτητα στις προτάσεις που κατά καιρούς έκαναν τα θεσμικά όργανα των επιστημόνων υγείας προς αρμόδια υπουργικά όργανα, μ' αποτέλεσμα σήμερα να υπάρχουν τριβές και αντιρρήσεις τόσο από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και από τους απλούς πολίτες.

(P150)

ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΣΦΥΪΚΗ ΔΙΣΚΕΚΤΟΜΗ

Ροδόπουλος Γ., Σεκούρης Ν., Γκέλλιας Α., Πατσιαούρας Θ.
Ασκληπιείο Βούλας Ε' Ορθον. Τμήμα

Η χειρουργική της κήλης Μεσοσπονδυλίου δίσκου δίδει 70-95% ανακούφιση εκ της ισχιαλγίας ενώ η χειρουργική για Οσφυαλγία είναι λιγότερο επιτυχή.

Παρουσιάζουμε 54 ασθενείς 30-65 ετών που χειρουργήθηκαν για δεύτερη ή τρίτη φορά μετά από προηγούμενη δισκεκτομή.

Ο σκοπός της μελέτης είναι να καθοριστούν οι πιθανότητες επιτυχίας, μετά από επαναληπτική εγχείρηση για κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου και να αναζητηθούν οι αιτίες αποτυχίας.

Τα προεγχειρητικά ευρήματα για τη δεύτερη εγχείρηση ήταν:

- Ισχιαλγία συνέπεια μιας νέας ΚΜΔ 14 ασθενείς
- Ισχιαλγία λόγω υποτροπής της κήλης στο ίδιο επίπεδο 10 ασθενείς
- Λόγω πλάγιας Νωτιαίας .Στένωσης 19 ασθενείς
- Αστάθεια λόγω προληπθείσας ευρείας πεταληκτομής 4 ασθενείς
- Χωρίς εμφανή αιτία πιθανώς λόγω ίνωσης 5 ασθενείς
- Πολλαπλή ριζική συνδρομή λόγω όγκου 1 ασθενής
- Ινσουρινική συνδρομή μετά από αιμάτωμα 1 ασθενής

Το follow-up των ασθενών είναι από 1-12 έτη και τα αποτελέσματα ταξινομούνται ως καλά, μέτρια, και πτωχά σύμφωνα με τη ταξινόμηση Finnegan.

Από τους 54 ασθενείς οι 30 είχαν ένα καλό αποτέλεσμα (56,6%), οι 16 είχαν μέτριο (29,4%), και 8 ασθενείς είχαν πτωχό αποτέλεσμα (15%). Σε ποσοστό 85% οι ασθενείς αξιολόγησαν ως θετική την εγχείρηση.

Τα καλύτερα αποτελέσματα εδόθησαν από μια νέα κήλη σε άλλο επίπεδο, ενώ η υποτροπή μετά από μακρά ασυμπτωματική περίοδο έδωσε αποτελέσματα συγκρίσιμα με πρωτογενή εγχείρηση.

Η μετεγχειρητική ίωση, δίδει τα χειρότερα αποτελέσματα. Η μη ανακούφιση εκ του πόνου άμεσα μετεγχειρητικά, σημαίνει μη αναγνώριση της βλάβης.



(P151)

**ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ ΧΩΡΙΟΥ
ΝΕΡΑΙΔΑΣ ΔΟΛΟΠΩΝ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΑΠΟ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε.Φ.Ι.Ε.**

**Κουπιδής Σ.Α.¹, Τσιγγούλης Α.², Ψαρομάτη Μ.³, Γεωργούλας Σ.³, Δραπανιώτη
Σ.³, Ξηροσαββίδου Τ.², Καλούσης Κ.², Γκίνας Δ.³,
Γαυκοφρύδη Μ.³, Φιτσιώρη Α.³, Συντζερμά Β.², Μηνάς Α.⁴
1. Οπλίτης Ιατρός, 2. Ιατροί, 3. Φοιτητές Ιατρικής Α.Π.Θ., 4. Καθηγήτριας
Δερματολογίας Αφροδισιολογίας Ιατρικού Τμήματος Α.Π.Θ.**

Σκοπός της εργασίας ήταν η καταγραφή όλων των περιστατικών από τον προληπτικό δερματολογικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού του χωριού Νεραίδα Καρδίτσας από ομάδα δερματολόγων και εθελοντών φοιτητών ιατρικής-μελών της Ε.Ε.Φ.Ι.Ε.

Υλικό-Μέθοδος: Κατά την παραμονή των εθελοντών στο χωριό, εξετάστηκαν προληπτικά οι περισσότεροι κάτοικοι του μικρού χωριού οι οποίοι είναι τρίτης ηλικίας, ενώ υπήρχαν στο χωριό λόγω θερινής περιόδου και τείως κάτοικοι που διαμένουν σε μεγάλης πόλης. Συνολικά εξετάστηκαν 102 από τους 110 μόνιμους ή θερινούς κατοίκους, 62 γυναίκες και 50 άνδρες.

Αποτελέσματα: Δερματολογικές παθήσεις παρουσίασαν 40 γυναίκες (39,21% του συνόλου των εξετασθέντων και 64,51% των εξετασθέντων γυναικών) και 19 άνδρες (18,62% του συνόλου των εξετασθέντων και 38% των εξετασθέντων ανδρών). Διαγνωσθηκαν ποικίλες παθήσεις του δέρματος για τις οποίες δόθηκε αγωγή. Τα αποτελέσματα και η πορεία αξιολογήθηκαν μετά από δίμηνο από τον αργότερο ιατρό και κρίθηκαν επαρκείς όποιες αγωγές είχαν δοθεί. Στις χρόνιες παθήσεις επαναπροσδιορίστηκαν θεραπείες με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν συγκεκριμένα περιστατικά, είτε γιατί πρωτοαξιολογήθηκαν σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας, οι οποίοι δεν είχαν πρόσβαση σε δερματολόγο, είτε εικόνες που κρίθηκαν ως σπάνιες.

Συμπεράσματα: Από τα περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν φαίνεται η ανάγκη για την παροχή τακτικής φροντίδας τόσο για τα δερματολογικά, όσο και για νοσήματα άλλων ειδικοτήτων περιστατικά από ειδικευμένους γιατρούς που θα μεταβαίνουν σε απομακρυσμένες περιοχές ακόμα και με την προτροπή και υποστήριξη εθελοντικών οργανώσεων. Πολλοί από τους γέροντες κατοίκους του χωριού, εξετάστηκαν για πρώτη φορά στη ζωή τους από δερματολόγο. Μόνο με τέτοιες πρωτοβουλίες θα υπάρξει μία στοιχειώδης συμμετοχή υγειονομικά αποκλεισμένων πληθυσμών στις πρωτοβάθμιες και προληπτικές υπηρεσίες υγείας.

(P153)

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Ποιυζιώδης Σ., Λαγουδάκη Ρ., Ποιυζιώδου Ε., Λίτσα Δ., Γρηγοριάδης Ν., Μυλωνάς Ι.

Τα παρανεοπλασματικά νευρολογικά σύνδρομα (ΠΝΣ) αποτελούν σπάνιες διαταραχές του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος. Η εκδήλωσή τους αποδίδεται στην παρουσία κακόνων νεοπλασμάτων, που εντοπίζονται σε άλλα όργανα, εκτός του νευρικού συστήματος και δεν μεθίστανται σε αυτό.

Ο παθογενετικός μηχανισμός των συνδρόμων αυτών παραμένει σε πολλές περιπτώσεις άγνωστος. Ωστόσο σε ορισμένες μορφές ΠΝΣ έχει ανιχνευθεί υψηλός τίτλος συγκεκριμένων αντισωμάτων στον ορό και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό ασθενών. Πολλά από τα αντισώματα αυτά έχουν ταυτοποιηθεί και βρέθηκε ότι στρέφονται έναντι συγκεκριμένων αντιγονικών επιτόπων, που εκφράζονται τόσο στα νεοπλασματικά κύτταρα, όσο και τους νευρώνες. Για το λόγο αυτό έχει επικρατήσει η άποψη ότι τα ΠΝΣ είναι αυτοάνοσης αρχής.

Στη Β' Νευρολογική Κλινική του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ διενεργούνται δοκιμασίες ταυτοποίησης και τιτλοποίησης των "αντι-νευρωνικών" αντισωμάτων, αυτών δηλαδή που στρέφονται έναντι νευρώνων του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τα ευρήματα από τον εργαστηριακό έλεγχο και η συσχέτισή τους με την κλινική εικόνα δίνουν τη δυνατότητα για ασφαλή διαγνωστική προσέγγιση των ΠΝΣ. Η ανίχνευση "αντι-νευρωνικών" αντισωμάτων αποτελεί ισχυρή ένδειξη διερευνήσεως ενδεχόμενης ύπαρξης νεοπλασίας σε άλλο όργανο, ακόμη και αν δεν υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις από τον πρωτοπαθή όγκο.

Με δεδομένη την εμπειρία ότι τα ΠΝΣ μπορεί να εκδηλώνονται πολύ νωρίτερα από τον πρωτοπαθή όγκο, γίνεται φανερό η συμβολή της διάγνωσης των ΠΝΣ στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση ορισμένων πρωτοπαθών όγκων, όπως του μικροκυτταρικού καρκίνου πνεύμονος, καρκίνου ωθηκών κλπ. Σε πολλές περιπτώσεις επιπλέον, εάν είναι δυνατή η αντιμετώπιση του όγκου, αντιμετωπίζεται και το ΠΝΣ. Τέλος, εξίσου σημαντική θεωρείται η συμβολή αυτών των εργαστηριακών αναστοχών δοκιμασιών στη διερεύνηση της υποκείμενης παθολογίας των ΠΝΣ.

(P152)

**ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΡΗΞΕΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΙΑΣΤΟΥ
ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΙΚΟΥ
ΤΕΝΟΝΤΑ ΚΑΙ ΟΠΙΣΘΙΩΝ ΜΗΡΙΑΙΩΝ**

**Χριστοφοράκη Π., Χατζηδάκη Π., Χαντές Μ., Καρακάλλιος Θ., Μαλίζος Κ.
Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**

Σκοπός: Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της πλάστικής του προσθίου χιαστού συνδέσμου (Π.Π.Χ.Σ) σε δύο ομάδες ασθενών, στις οποίες χρησιμοποιήθηκε μόσχευμα επιγονατιδικού τένοντα ή οπισθίων μηριαίων.

Υλικό και Μέθοδοι: 35 ασθενείς με ρήξη του προσθίου χιαστού συνδέσμου, αντιμετωπίστηκαν με αρθροσκοπική Π.Π.Χ.Σ. Οι ασθενείς χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες. Ομάδα Α: μόσχευμα επιγονατιδικού τένοντα και ομάδα Β: μόσχευμα οπισθίων μηριαίων. Η ομάδα Α περιελάμβανε 20 ασθενείς (άνδρες: 17, γυναίκες: 3) με μέσο όρο ηλικίας 30 (εύρος: 17-44). Η ομάδα Β περιελάμβανε 15 ασθενείς (άνδρες: 10 γυναίκες: 5) με μέσο όρο ηλικίας 24 (εύρος: 16-34). Ο έλεγχος των ασθενών έγινε προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά με κλινική εκτίμηση (δοκιμασία Lachman), με ειδικές κλίμακες αξιολόγησης του γόνατος και με ειδικό αρθρόμετρο του γόνατος.

Αποτελέσματα: Μετεγχειρητικά σε όλους τους ασθενείς της ομάδας Α η δοκιμασία Lachman έγινε αρνητική, η κλίμακα αξιολόγησης του γόνατος αυξήθηκε από 52 σε 94 πόντους, η μέτρηση με το αρθρόμετρο έδειξε ότι η διαφορά από το φυσιολογικό γόνατα ήταν 1.8 χιλιοστά, ενώ 19 από τους 20 αθλητές επανήλθαν στις αθλητικές τους δραστηριότητες. Για την ομάδα Β η δοκιμασία Lachman έγινε αρνητική σε 14 από τους 15 ασθενείς, η κλίμακα αξιολόγησης του γόνατος αυξήθηκε από 49 σε 91 πόντους, η μέτρηση με το αρθρόμετρο έδειξε ότι η διαφορά από το φυσιολογικό γόνατα ήταν 2.1 χιλιοστά, ενώ 13 από τους 15 αθλητές επανήλθαν στις αθλητικές τους δραστηριότητες.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η αρθροσκοπική Π.Π.Χ.Σ δίνει καλά αποτελέσματα όσον αφορά την σταθερότητα του γόνατος και την επάνοδο στις αθλητικές δραστηριότητες χωρίς να υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο μοσχευμάτων.

(P154)

ΟΙ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΠΙΝΙΔΩΤΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Γιώτης Χρ., Κουσουρής Δ.

Παρά το γεγονός ότι η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί την αρχική θεραπεία για τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, τα τελευταία χρόνια πραγματοποιείται βηματοδότηση (κοιλιακή και πρόσφατα αμφικοιλιακή), αλλά και τοποθέτηση ενδοκαρδιακών απινιδωτών για την αντιμετώπιση της.

Σκοπός: Η ανασκόπηση της χρήσης των βηματοδοτών (κοιλιακής ή αμφικοιλιακής) και των εμφυτευσίμων απινιδωτών.

Υλικό και Μέθοδος: Η αναζήτηση, με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή, στην παγκόσμια βιβλιογραφία (MEDLINE database) και σε δημοσιευμένα άρθρα στοιχείων σχετικά με τους βηματοδότες και τους απινιδωτές. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και των σχετικών άρθρων και τα στοιχεία που ανευρέθησαν παρουσιάζονται εδώ.

Αποτελέσματα: Η χρησιμοποίηση των βηματοδοτών για τη βελτίωση των αιμοδυναμικών παραμέτρων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια βρίσκεται υπό διερεύνηση. Παρόλα τα πολλά υποσχόμενα αρχικά αποτελέσματα, τυχαίοι μελέτες δεν έχουν αποδείξει πλεονεκτήματα σχετικά με τη VDD ή τη DDD βηματοδότηση σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας εκτός βέβαια από τον κοιλιοκοιλιακό συγχρονισμό. Η αμφικοιλιακή βηματοδότηση αποτελεί πρόσφατη μέθοδο για την αντιμετώπιση της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς με ενδοκοιλιακή διαταραχή αγωγιμότητας (περίπου το 30% των ασθενών τελικού σταδίου), η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ασύγχρονη συστολή των κοιλιών. Η επιτυχημένη χρήση των αμφικοιλιακών βηματοδοτών έχει ως αποτέλεσμα τη σχεδόν ταυτόχρονη συστολή των δύο κοιλιών. Οι εμφυτεύσιμοι απινιδωτές αποδεδειγμένα αυξάνουν την επιβίωση ασθενών που επιβίωσαν από καρδιακή ανακοπή ή έχουν ιστορικό εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας με αιμοδυναμική επιβάρυνση ή χαμηλό κλάσμα εξώθησης.

Συμπεράσματα: Η εμφύτευση αμφικοιλιακών βηματοδοτών και ενδοκαρδιακών απινιδωτών πραγματοποιείται πλέον με επιτυχία. Μέχρι σήμερα ένα μικρό ποσοστό ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια φαίνεται να οφείλεται από τις τεχνικές αυτές. Νέες μελέτες θα αποδείξουν αν στο μέλλον θα αποτελέσουν ένα σημαντικό όπλο στην αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας.



(P155)

**ΣΥΧΝΟΤΕΡΟΙ ΠΑΘΟΓΟΝΟΙ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΑΝΙΧΝΕΥΟΝΤΑΙ
ΣΕ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΟ ΥΓΡΟ**

**Γκίκα Μ., Χατζηδημητρίου Μ., Μπισικλής Α.,
Συμεωνίδου-Καραγιαννίδου Σ., Αλεξίου-Δανιήλ Σ.**
Α' Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ. Μικροβιολογικό
Εργαστήριο Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των εργαστηριακών ευρημάτων σε πνευμονικό και περικαρδιακό υγρό από ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, κατά την τριετία 2000-2002.

Υλικό-Μέθοδοι: Εξετάσθηκαν συνολικά 248 δείγματα πνευμονικού υγρού και 67 περικαρδιακού υγρού. Τα θετικά υλικά που χρησιμοποιήθηκαν για την καλλιέργεια των παθογόνων μικροοργανισμών ήταν α) αιματούχο άγαρ, β) MacConkey άγαρ και γ) Sabouraud, ενώ για τους αναερόβιους μικροοργανισμούς: α)θειογλυκολικός ζωμός και β)ΒΗΙΑ. Η ταυτοποίηση των μικροβίων που αναπτύχθηκαν και το αντιβιογράμμα έγινε με το μηχανήμα VITE-K(BIOMERIEUX).

Αποτελέσματα: α) Πνευμονικό υγρό: Από τα 248 δείγματα που εξετάσθηκαν, τα 37 (ποσοστό 15%) ήταν θετικά. Σ'αυτά βρέθηκαν τα εξής μικρόβια: *Pseudomonas aeruginosa* και *Staphylococcus aureus* σε 6 δείγματα, *Streptococcus viridans* και Πηκτάση(-) *Staphylococcus* (*simulans*, *epidermidis*, *sciuri*) σε 5 δείγματα, *Acinetobacter anitratus* σε 4 δείγματα, *Streptococcus faecalis* και Μύκητες (*Candida krusei*) σε 3 δείγματα, *Klebsiella pneumoniae* και *Proteus mirabilis* σε 2 δείγματα, *Streptococcus* αναερόβιος, *Serratia marcescens*, *Aeromonas hydrophila*, *Propionobacterium* και *Enterobacter cloacae* σε 1 δείγμα. Η ευαισθησία των απομονωθέντων μικροβίων είχε ως εξής: 1) Τα εντεροβακτηριακά ήταν 100% ευαίσθητα σε Κεφαλοσπορίνες 3ης γενιάς, Ciprofloxacin, Tobramycin, Trimethoprim/Sulfa και Imipenem και 75% σε Piperacillin/tazobactam, Ticarcillin/CA, Aztreonam και Meropenem 2) Η *Pseudomonas aeruginosa* ήταν 80% ευαίσθητη σε Piperacillin/tazobactam και 60% σε Ticarcillin/CA και Aztreonam 3) Το *Acinetobacter anitratus* ήταν 67% ευαίσθητο σε Imipenem και 50% σε Meropenem 4) *Staphylococcus aureus* ήταν 100% ευαίσθητος σε Erythromycin, Teicoplanin, Vancomycin, 86% σε Trimethoprim/Sulfa(Septrin) και 71% σε Gentamicin, Oxacillin και Tetracycline 5)Ο Πηκτάση(-) Σταφυλόκοκκοι ήταν 100% ευαίσθητοι σε Teicoplanin, Tetracycline και Vancomycin και 83.3% σε Trimethoprim/Sulfa 6)Ο *Enterococcus faecalis* ήταν 100% ευαίσθητος σε Ampicillin, Gentamicin και Vancomycin

β) Περικαρδιακό υγρό: Από τα 67 δείγματα που εξετάσθηκαν, τα 6 (ποσοστό 9%) ήταν θετικά. Σ'αυτά βρέθηκαν τα εξής μικρόβια: Πηκτάση(-) *Staphylococcus* (*epidermidis*, *sciuri*) σε 3 δείγματα, *Serratia marcescens*, *Acinetobacter anitratus* και Gram (+) αναερόβια βακτήρια σε 1 δείγμα. Η ευαισθησία των απομονωθέντων μικροβίων είχε ως εξής: 1)Ο *Staphylococcus epidermidis* ήταν 100% ευαίσθητος σε Teicoplanin, Tetracycline και Vancomycin 2)Το *Acinetobacter anitratus* ήταν 100% ευαίσθητο σε Imipenem, Meropenem και Trimethoprim/Sulfa.

Συμπεράσματα: α) Πνευμονικό υγρό: 1) Οι πιο συχνόι παθογόνοι μικροοργανισμοί είναι ο *Staphylococcus aureus* και η *Pseudomonas aeruginosa*. 2) Τα στελέχη του *Staphylococcus aureus* δεν έχουν ακόμη παρουσιάσει καμία ανθεκτικότητα σε Teicoplanin και Vancomycin. Αντίθετα, στην Oxacillin έχουν 29% ανθεκτικότητα, δηλαδή, έχουμε αισθητή την παρουσία των MRSA 3) Τα στελέχη *Pseudomonas aeruginosa* ήταν 80% ευαίσθητα σε Piperacillin/tazobactam και Amikacin, ενώ η ανθεκτικότητά τους στα άλλα αντιμικροβιακά, και ειδικότερα στην Imipenem, ήταν πολύ μεγάλη, γεγονός αρκετά ανησυχητικό. 4)Σημαντική ανθεκτικότητα στα διάφορα αντιβιοτικά παρουσίασαν και τα στελέχη του *Acinetobacter anitratus*. β) Περικαρδιακό υγρό: 1)Ο πιο συχνός παθογόνος μικροοργανισμός είναι ο *Staphylococcus epidermidis* 2)Τα στελέχη του *Staphylococcus epidermidis* ήταν 100% ευαίσθητα σε Teicoplanin, Tetracycline και Vancomycin.

(P156)

DNA MICROCHIPS

Φράγκου-Λαζαρίδη Μ.¹, Σουβηρός Β., Τόλης Π., Γκούρλιας Γ.

1. Αναπλ. Καθηγήτρια
Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Με την ολοκλήρωση της χαρτογράφησης του ανθρώπινου γονιδιώματος τέθηκε το θέμα της αξιοποίησης του στην κλινική πράξη. Για παράδειγμα πρόβλεψη ανταπόκρισης σε κάποιο φαρμακευτικό σχήμα ή πρόβλεψη ευπάθειας σε κάποια γενετική νόσο. Αυτό έγινε εφικτό με την εισαγωγή των DNA microarrays ή DNA microchips.

Τα DNA microchips είναι μικρά πλάκidia από γυαλί ή ειδικά πολυμερή στα οποία σταθεροποιούνται εκατοντάδες χιλιάδες αλληλουχίες ολιγονουκλεοτιδίων οι οποίες αντιστοιχούν σε μερικές χιλιάδες ανθρώπινα γονίδια. Μια χαρακτηριστική τάξη μεγέθους είναι ένα πλήθος 100.000 διαφορετικών ολιγονουκλεοτιδικών αλληλουχιών αντιστοιχούσες σε 3 χιλιάδες ανθρώπινα γονίδια. Τα ολιγονουκλεοτίδια αυτά συνθέτονται in situ εφόσον η αλληλουχία τους είναι γνωστή από την χαρτογράφηση είτε γονιδίων ευπάθειας είτε γονιδίων υπεύθυνων για την απόκριση σε φάρμακα (π.χ. ένζυμα καταβολισμού).

cDNA ή mRNA από κύτταρα του ασθενούς, σημασμένα με φθορίζουσα χρωστική, "τρέχουν" πάνω στο DNA microchip και όπου υπάρχει αντιστοιχία βάσεων παρατηρείται υβριδισμός. Στη συνέχεια μια ακτίνα λείζερ διεγείρει τη χρωστική η οποία φωσφορίζει. Η εκπεμπόμενη ακτινοβολία συλλέγεται από συνεστιακούς σαρωτές λείζερ. Ανάλογα με το χρώμα και την ένταση της εκτιμάται ο βαθμός έκφρασης του συγκεκριμένου γονιδίου στον κάθε ασθενή. Τα αποτελέσματα επεξεργάζονται από εξειδικευμένα προγράμματα λογισμικού βιοπληροφορικής και έτσι εκτιμάται η ανταπόκριση του ασθενούς σε κάποιο φάρμακο ή η πιθανότητα εμφάνισης ευπάθειας όπως αναφέρθηκε στα παραπάνω παραδείγματα.

Ήδη DNA microchips χρησιμοποιούνται για την διάγνωση και τη θεραπευτική προσέγγιση της καρδιαγγειακής νόσου, του AIDS, ορισμένων μορφών καρκίνου, της νόσου του Alzheimer, του διαβήτη και αρκετών άλλων γενετικά κληρονομούμενων ασθενειών.



(P157)

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΪΣΤΟΧΗΜΕΙΑΣ (ΕΚΦΡΑΣΗ SYNDECAN-1)
ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΤΩΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΩΝ ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ**

Καλοδήμος Γ., Κλειδαρά Α., Μπλιά Μ., Νικάκη Κ., Ιωάννου Μ.Γ.
Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Σκοπός: Η syndecan-1 (CD138) είναι μια ειδική πρωτεογλυκάνη της κυτταρικής επιφανείας που εκφράζεται από τα πλάσματοκύτταρα. Η ανοσοϊστοχημική εκτίμηση των πλάσματοκυττάρων σε υλικό αποξέσεως του ενδομητρίου και η μελέτη της σημασίας τους στη διαφορική διάγνωση των ενδομητρικών παθήσεων είναι ο σκοπός της παρούσας εργασίας.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 39 γυναίκες οι οποίες παρουσιάστηκαν στο εξωτερικό ιατρείο με μτρηορραγία. Το υλικό αποξέσεως εξετάστηκε ιστολογικά και η διάγνωση που τέθηκε ήταν ενδομητρική υπερπλάσια (9 περιπτώσεις), ενδομητρικός πολύπους (8 περιπτώσεις), ενδομητρίτιδα (10 περιπτώσεις) και μη υπερπλάσιό/μη νεοπλασματικό ενδομήτριο (12 περιπτώσεις). Επίσης συμπεριλήφθηκαν 15 περιπτώσεις ενδομητρίου παλινδρομού κυήσεως. Η ανοσοϊστοχημική έκφραση της syndecan-1 μελετήθηκε σε τμές παραφίνης με τη μέθοδο EnVision σε μηχανήματα DAUO αυτόματης ανοσοϊστοχημείας. Ο υπολογισμός των πλάσματοκυττάρων μετά την ανοσοϊστοχημική χρώση έγινε ανά 10 μεγάλα οπτικά πεδία (ΜΟΠ).

Αποτελέσματα: Σε όλες τις περιπτώσεις ενδομητρίτιδας ανιχνεύθηκαν πλάσματοκύτταρα σε αριθμό μεγαλύτερο των 10 πλάσματοκυττάρων/10 ΜΟΠ. Τα μη υπερπλάσιό/μη νεοπλασματικά ενδομήτρια εμφάνιζαν κατά μέσο όρο 0-1 πλάσματοκύτταρα/10 ΜΟΠ. Παρομοίως ανιχνεύθηκαν ελάχιστα πλάσματοκύτταρα (κατά μέσο όρο 0-1 πλάσματοκύτταρα/10ΜΟΠ) στα υπερπλάσιό/μη νεοπλασματικά ενδομήτρια. Αντίθετα παρατηρήθηκαν αρκετά πλάσματοκύτταρα (>15πλάσματοκύτταρα/10 ΜΟΠ) σε όλους τους πολύποδες.

Στο υλικό από τις παλινδρομες κυήσεις δεν ανιχνεύθηκαν πλάσματοκύτταρα. Η syndecan -1 όμως εκφράζεται στην κυτταρική μεμβράνη των κυττάρων του φθαρτού και στην τροφοβλάστη. Άλλα κύτταρα του ενδομητρικού στρώματος δεν εξέφραζαν το CD138.

Συμπέρασμα: Η ανίχνευση έστω και ελαχίστων πλάσματοκυττάρων με το αντίσωμα CD138 στο στρώμα του ενδομητρίου διευκολύνει την ιστολογική διάγνωση της ενδομητρίτιδας ιδιαίτερα σε ύποπτες περιπτώσεις που η αριθμική εκτίμηση των πλάσματοκυττάρων στη χρώση HE είναι δυσχερής. Παράλληλα αποκλείονται αλλοιώσεις δυνατόν να μιμηθούν ιστολογικά την ενδομητρίτιδα (π.χ. εμμηνορρυσιακό ή πρώιμο παραγωγικό ενδομήτριο, υπερπλάσια στρωματικών κυττάρων κλπ). Επιπλέον η παρουσία αρκετών πλάσματοκυττάρων στους ενδομητρικούς πολύποδες σε αντίθεση με την ενδομητρική υπερπλάσια θα μπορούσε ενδεχομένως να αποτελεί χρήσιμο διαφοροδιαγνωστικό κριτήριο ιδιαίτερα σε μικρά τεμαχίδια περιορισμένου ενδομητρικού υλικού.

(P159)

**Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΡΘΡΟΓΡΥΠΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΕΩΝ
ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Κωνσταντίνος Γ., Μπεσλίκας Θ., Νερόπουλος Σ., Παπαβασιλείου Β.

Σκοπός: Η αρθρογρύπωση περιφερικού τύπου είναι μια βαριά συγγενής πάθηση που χαρακτηρίζεται από την απλσία των μυών των άνω και κάτω άκρων. Οι παραμορφώσεις που δημιουργεί ιδιαίτερος στα κάτω άκρα εμποδίζουν την πρώιμη κινητοποίηση του ασθενούς ή καταργούν εντελώς τη βάδιση του. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η περιγραφή των παραμορφώσεων αυτών καθώς και ο τρόπος αντιμετώπισής τους.

Υλικό και μέθοδοι: Κατά το χρονικό διάστημα 1985-2000 αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας 26 παιδιά (18 αγόρια - 8 κορίτσια). Οι 18 από τους παραπάνω ασθενείς διεκομίσθηκαν στην κλινική μας αμέσως μετά τη γέννησή τους με αποτέλεσμα την άμεση έναρξη της θεραπείας. Ειδικότερα για τη σύγκριση του γόνατος και τη βαριά ραιβοίπνοποδια, που διαπιστώθηκε κλινικά σε όλους τους παραπάνω ασθενείς, εφαρμόστηκαν διορθωτικοί γύψινοι επίδεσμοι μέχρι την ηλικία των 6 μηνών. Οι υπόλοιποι 8 ασθενείς παραπέμφθηκαν στην κλινική μας σε μεγαλύτερη ηλικία.

Για την αποκατάσταση της ραιβοίπνοποδίας απαιτήθηκε σε όλους τους ασθενείς

(P158)

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΒΑΣΕΙΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αγγελίδης Γεώργιος¹, Φαναράκης Ευάγγελος², Δρ. Θεόδωρος Κυριακός³
1. Φοιτητής Ιατρικής Σχολής Παν. Θεσσαλίας, 2. Φοιτητής Ιατρικής Σχολής Παν. Θεσσαλίας, 3. Λέκτορας Ιατρικής Φυσικής Παν. Θεσσαλίας

Σκοπός: Η Ακτινοθεραπεία, κυρίως λόγω της εξάρτησής της από πολλαπλές σύγχρονες τεχνολογικές εφαρμογές της Ιατρικής (π.χ. ψηφιακή απεικόνιση), έχει να ωφεληθεί πολλαπλώς από την εισαγωγή του ηλεκτρονικού φακέλου. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αναδείξει αυτά τα οφέλη και να προτείνει ένα ολοκληρωμένο σύστημα απαιτήσεων (requirements) για τον σχεδιασμό του σε ένα τμήμα Ακτινοθεραπείας. Απώτερος σκοπός αυτής της προσπάθειας είναι η ενοποίηση των ιατρικών πληροφοριών σε ένα προσωπικό φάκελο, ο οποίος θα διατηρείται εφ' όρου ζωής.

Υλικό και Μέθοδοι: Ο ηλεκτρονικός φάκελος λειτουργεί στα πλαίσια μίας ιατρικής βάσης δεδομένων, που εξασφαλίζει την καταχώρηση, ανεύρεση και διαγραφή των στοιχείων, εντός του νοσοκομειακού δικτύου. Ο σχεδιασμός μίας τέτοιας βάσης προϋποθέτει τον καθορισμό των απαιτήσεων (requirements) σχετικά με τις πληροφορίες του φακέλου από κάθε τμήμα του νοσοκομείου. Για αυτόν τον σκοπό, χρησιμοποιήθηκαν έντυπες φόρμες ιατρικών ιστορικών από τα νοσοκομεία: "ΠΠΓΝΑ", "Ιπποκράτειο Αθηνών", "401 ΓΣΝΑ", "Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία" και "Θριάσιο Νοσοκομείο" καθώς και συνεντεύξεις από ειδικευμένους ακτινοθεραπευτές.

Αποτελέσματα: Ο ηλεκτρονικός φάκελος ενός ασθενούς μπορεί να περιλαμβάνει συγκεκριμένα δημογραφικά στοιχεία, το ιατρικό ιστορικό, την διάγνωση της νόσου, τις πραγματοποιημένες εξετάσεις και την εφαρμοζόμενη θεραπεία. Στην παρούσα μελέτη έγινε μία προσπάθεια κωδικοποίησης των απαραίτητων δεδομένων τόσο για την θεραπεία του ασθενούς όσο και για την μετέπειτα παρακολούθησή του. Τέλος έγινε ο σχεδιασμός μίας βάσεως δεδομένων η οποία δύναται να διαχειριστεί τον εν λόγω ηλεκτρονικό φάκελο και διαθέτει τα απαραίτητα εργαλεία για την εύκολη και γρήγορη χρήση της.

Συμπεράσματα: Για πολλά χρόνια, ο χειρόγραφος ιατρικός φάκελος αποτελούσε τον μόνο τρόπο συλλογής και αποθήκευσης των δεδομένων των ασθενών. Οι σύγχρονες ανάγκες της Ιατρικής προκάλεσαν την μετεξέλιξη του φακέλου με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής του μορφής. Τα ελληνικά νοσοκομεία βρίσκονται στην αρχή αυτής της προσπάθειας, οπότε το θέμα αφορά άμεσα τους μελλοντικούς ιατρούς, οι οποίοι θα εργαστούν σε ένα νέο "ηλεκτρονικό περιβάλλον". Η εισαγωγή της ηλεκτρονικής μορφής έχει σημαντικά πλεονεκτήματα, που σχετίζονται με την εύκολη αναζήτηση, ανάκτηση και ασφάλεια των ιατρικών δεδομένων, αλλά συνοδεύεται και από ορισμένα μειονεκτήματα, που αφορούν κυρίως τις αναγκαιότητες της εκμάθησης του χειρισμού των συγκεκριμένων εφαρμογών, την κωδικοποίηση της πληροφορίας και την παρουσία συνεχιζόμενης τεχνολογικής υποστήριξης.

επιμήκυνση του αχίλλειου τένοντα και οπίσθιου κνημιαίου μυός, μετάθεση του προσθίου κνημιαίου μυός στο έξω χείλος του ποδιού, οπίσθια και έσω θυλακτομή. Εγχειρητική αποκατάσταση της σύγκλιψης του γόνατος απαιτήθηκε σε 12 ασθενείς (οστεοτομία του κάτω πέρατος μηριαίου οστού (4 ασθενείς), οπίσθια θυλακτομή και επιμήκυνση των οπίσθιων μηριαίων μυών (16 ασθενείς), και αρθροδιάταση με σύστημα εξωτερικής οστεοσύνθεσης (6 ασθενείς).

Στους 5 ασθενείς συνυπήρχε και συγγενές εξάρθρωμα ισχίου που αντιμετωπίστηκε με ανοικτή ανάταξη και οστεοτομία στροφής και ραιβότητας σε ηλικίες 10ου και 12ου μηνός.

Αποτελέσματα: Μετεγχειρητική διόρθωση των παραμορφώσεων επετεύχθη σε όλους τους ασθενείς. Σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών (17 ασθενείς) είχαμε υποτροπή της παραμόρφωσης και απαιτήθηκαν πρόσθετες εγχειρητικές επεμβάσεις. Όλοι οι ασθενείς κινητοποιήθηκαν βαδίζοντας μετά τον 30ο μήνα (10 ασθενείς) ή μετά τον 36ο μήνα (16 ασθενείς).

Συμπεράσματα: Παρά το μεγάλο ποσοστό των υποτροπών, οι οποίες διαπιστώνονται μετά την εγχειρητική αποκατάσταση των κάτω άκρων στα παιδιά με αρθρογρύπωση, αυτές αποτελούν τη μόνη θεραπευτική επιλογή για την κοινωνική ένταξη του ασθενούς.



(P160)

**ΜΟΡΙΑΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘΙΚΙΛΛΙΝΗ
ΤΟΥ STAPHYLOCOCCUS AUREUS**

**Παπαναστασίου Ειρήνη, Ματθαίουπούλου Αγγελική, Γκουνιαρούδη Ελένη,
Λάλλου Ποθυζένη, Αγγέλου Καλλιόπη, Γεωργιάδου Γεωργία,
Μανιάτης Αντώνης**

Μικροβιολογία, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Οι ανθεκτικοί στη μεθικιλλίνη *Staphylococcus aureus* (MRSA) συνιστούν σημαντικά νοσοκομειακά παθογόνα μικρόβια με παγκόσμια διασπορά. Η αντοχή τους εμφανίστηκε μετά την εισαγωγή πενικιλινών στη θεραπευτική αγωγή των σταφυλοκοκκικών λοιμώξεων. Κύριος μηχανισμός αντοχής του *Staphylococcus aureus* αποτελεί το γονίδιο *mec-A*, που κωδικοποιεί τη χαμηλής συνάφειας πρωτεΐνη PBP 2a ή PBP 2'. Η πρωτεΐνη αυτή ευθύνεται για τη σύνδεση της πεπτιδογλυκάνης του κυτταρικού τοιχώματος, όταν οι υψηλής συνάφειας "φυσιολογικές" πρωτεΐνες PBPs 1, 2, 3 και 4 αδυνατούν να λειτουργήσουν, επειδή δεσμεύονται από το β-λακταμικό αντιβιοτικό. Οι ανθεκτικοί στη μεθικιλλίνη *Staphylococcus aureus* παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις στην αντοχή, όχι μόνο εξαιτίας του γονιδίου *mec-A*, αλλά και άλλων γενετικών στοιχείων και περιβαλλοντικών παραγόντων. Το γεγονός αυτό αποτελεί μείζον θεραπευτικό πρόβλημα και η ανάληψή του θα επιχειρηθεί στην παρούσα εργασία.

(P162)

ΓΝΩΣΤΙΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

A. Καραγιάννης, B. Μαυρέας

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ψυχιατρική Κλινική

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία είναι μια από τις συμπληρωματικές στη φαρμακοθεραπεία θεραπευτικές μεθόδους στην αντιμετώπιση των σχιζοφρενικών ψυχώσεων. Αποσκοπεί στους παρακάτω στόχους: 1. Στη με γνωστικούς μηχανισμούς αντιμετώπιση των παραγωγικών συμπτωμάτων της νόσου. 2. Στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων και την βελτίωση της κοινωνικοποίησης του ασθενούς. Η αποτελεσματικότητα της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας έχει δοκιμαστεί σε σειρά τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών, σε σύγκριση με την σταθερή πρότυπη φροντίδα που περιελάμβανε συνήθως μόνο φαρμακευτική αγωγή, άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις ή έλλειψη οποιασδήποτε παρέμβασης. Σε σύγκριση με τον άλλο τύπο φροντίδας της ομάδας ελέγχου, οι περισσότερες δημοσιεύσεις δείχνουν σημαντικά αυξημένα συχνότητα εξόδων από το νοσοκομείο στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με αυτή τη μέθοδο, όπως και βελτίωση της ψυχικής τους κατάστασης αλλά και των συναισθηματικών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα μετά 18 μήνες, ενώ οι ασθενείς νοιώθουν μικρότερη δυσφορία εξαιτίας ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών. Η λειτουργικότητα των ασθενών στη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία βελτιώνεται επίσης σημαντικά, όπως επίσης και η εναισθησία στη νόσο και η συνεργασία στη φαρμακευτική θεραπεία. Εν τούτοις, όπως σημειώνει και η μόνη μετασύνθεση στο θέμα, οι περισσότερες μελέτες είναι ανεπαρκείς όσον αφορά στο μέγεθος των δειγμάτων και στην υιοθέτηση κοινών κριτηρίων σχετικά με την έκβαση. Επιπλέον, η εφαρμοσιμότητα της μεθόδου περιορίζεται σημαντικά από την έλλειψη έμπειρων θεραπευτών, εκπαιδευμένων σε αυτή την θεραπευτική μέθοδο.

(P161)

ΛΕΠΤΙΝΗ: ΜΙΑ ΠΟΛΥΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΩΤΕΪΝΗ

Χαμπίδου Ε., Ντέμκα Α., Σιούτα Ι., Μπουντζιούκας Σ.

Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας Ιατρικού Τμήματος ΑΠΘ

Λεπτίνη, προερχόμενη από την ελληνική λέξη λεπτός, ονομάζεται μια ορμόνη πρωτεϊνικής φύσεως που παράγεται από το ob γονίδιο. Ταυτοποιήθηκε γενετικά το 1994, μετά από έρευνες σε παχύσαρκα ποντίκια που παρουσίαζαν έλλειψη του γονιδίου αυτού. Παρά το γεγονός ότι η λεπτίνη συνδέθηκε κατ' αρχήν με τη ρύθμιση του βάρους, σήμερα φαίνεται ότι αυτή παίζει πολυπληθές ρόλο στον οργανισμό. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανασκόπηση των μέχρι τώρα γνώσεων για τη λεπτίνη και τη δράση της σε φυσιολογικές και παθολογικές καταστάσεις.

Η μελέτη μας αυτή στηρίχθηκε στη διεθνή βιβλιογραφία και σε πληροφορίες του διαδικτύου.

Από τη μελέτη του παραπάνω υλικού προκύπτει ότι η λεπτίνη παριστά βασικό μόνιο-φορέα πληροφορίας μεταξύ λιπώδους ιστού - ΚΝΣ και κατά συνέπεια συμμετέχει: i) στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής, του αισθήματος κόρου και του βασικού μεταβολισμού, ii) στην ενήβωση, την ωοθυλακιορρηξία και τη συντήρηση της κύησης, iii) πιθανώς στο μηχανισμό του φαινομένου της φλεγμονής αλλά και στην εμβρυϊκή ανάπτυξη, iv) στην παθογένεια μεταξύ άλλων της αθηρωματικής νόσου, της αρτηριακής υπέρτασης, των θρομβοεμβολικών επεισοδίων, του σακχαρώδους διαβήτη τύπου II και του συνδρόμου νοσηλευτικών ωοθηκών σε παχύσαρκα άτομα. Σημειώνεται ότι ο ρόλος της στην αποθήκευση του λίπους καθιστά τη λεπτίνη ως έναν από τους παράγοντες εκείνους που διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του είδους.

Η περαιτέρω μελέτη των παθοφυσιολογικών μηχανισμών όπου συμμετέχει η λεπτίνη ενδέχεται να αποτελέσει μελλοντικά πιθανώς ουσιώδη παράγοντα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας καθώς και για μια σειρά νοσημάτων σχετιζόμενων με αυτήν.

(P163)

**Η ΑΜΙΝΟΤΕΛΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ 1-185 ΤΗΣ ΑΡΟ Ε ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΗΝ ΚΑΘΑΡΣΗ
ΤΩΝ ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΩΝ IN VIVO. Η ΚΑΡΒΟΞΥΤΕΛΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ
ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΩΓΗ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ
ΣΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΟΝΤΙΚΙΑ ΚΑΙ ΣΕ ΠΟΝΤΙΚΙΑ ΜΕ ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΡΟ Ε**

**Μανίκας Εμμανουήλ-Δημήτριος, Κυριαζής Λουκάς, Λασιθιωτάκης Κωνσταντίνος,
Κυριακός Κυριάκος**

Η απολιποπρωτεΐνη Ε (αρο Ε) προάγει τον διαμεσολαβούμενο από υποδοχείς καταβολισμό των υπολειμμάτων των λιποπρωτεϊνών που περιέχουν αρο Ε. Η αποτυχία καθαρώσεως των υπολειμμάτων αυτών σχετίζεται με υπερλιποπρωτεϊναιμία τύπου III και πρόκληση αθηροσκλήρυνσης. Στους ανθρώπους, τα επίπεδα της αρο Ε στον ορό συσχετίζονται με τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων του ορού, γεγονός που υποδηλώνει ότι η περίσσεια αρο Ε μπορεί επίσης να επηρεάζει τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων του ορού. Πραγματοποιήσαμε μεταφορά γονιδίων μέσω αδενοϊών σε ποντίκια για να χαρτογραφήσουμε τις περιοχές του μορίου της αρο Ε που είναι απαραίτητες για την καθαρότητα της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων in vivo. Αδενοϊοί που εκφράζουν αροΕ3 και αροΕ4 σε δόσεις 1-2x10⁹ pfu οδήγησαν σε αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων ορού σε φυσιολογικά C57BL6 ποντίκια, αλλά δεν οδήγησαν σε επαναφορά στο φυσιολογικό των αυξημένων επιπέδων χοληστερόλης ορού σε ποντίκια με έλλειψη σε αρο Ε (τα οποία οφειλόταν σε επαγόμενη υπεργλυκεριδαίμια). Αντίθετα, αδενοϊοί που εκφράζουν την truncated (ελλιματική μορφή) αροΕ 1-185 οδήγησαν σε φυσιολογικά επίπεδα χοληστερόλης ορού σε E-/- ποντίκια και δεν προκάλεσαν υπεργλυκεριδαίμια. Η ανάλυση κατά Northern του RNA από ηπατοκύτταρα ποντικών που εκφράζουν τόσο την κανονική όσο και την truncated (ελλιματική μορφή) αροΕ έδειξε ότι τα επίπεδα του mRNA ισορροπίας (steady-state) της φυσιολογικής μορφής της αρο Ε που προκαλούν υπεργλυκεριδαίμια και της truncated (ελλιματικής) μορφής της αρο Ε που δεν προκαλούν υπεργλυκεριδαίμια είναι συγκρίσιμα. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι τα αμινοτελικά κατάλοιπα 1-185 της αρο Ε είναι επαρκή για την καθαρότητα των υπολειμμάτων λιποπρωτεϊνών που περιέχουν αρο Ε από το ήπαρ, ενώ περιοχές του καρβοξυτελικού 1/3 του μορίου της αρο Ε είναι απαραίτητα για την επαγόμενη από την αρο Ε υπεργλυκεριδαίμια.



(P164)

Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΩΣ ΜΕΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α

Αικ. Ι. Μπούκα, Παν. Γ. Μπαφαλούκος, Θ. Χρ. Κελεσιδης, Ι. Χρ. Κελεσιδης
Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός: Στόχοι εμβολιασμού. Αναφορά στα σύγχρονα εμβόλια κατά της ηπατίτιδας Α και τρόπος χορήγησης. Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των εμβολίων μέσω παρουσίας σχετικών ερευνών. Ενδείξεις εμβολιασμού και εμβολιαστικά προγράμματα κατά την περίοδο επιδημίας. Ανεπιθύμητες ενέργειες, αντενδείξεις.

Υλικό και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Η αποτελεσματικότητα του εμβολίου κατά της ηπατίτιδας Α είναι 95-100%, ενώ συμβάλλει και στην πρόληψη δευτεροπαθούς λοίμωξης από HAV. Το εμβόλιο είναι καλά ανεκτό.

Συμπεράσματα: Καταδεικνύεται η σημασία του εμβολιασμού στην αντιμετώπιση της ηπατίτιδας Α. Η υψηλή αποτελεσματικότητά του, δικαιολογεί την πρόσθετη αυτή δαπάνη για το σύστημα υγείας.

(P166)

ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΟΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΤΟΝ ΕΠΙΚΛΙΝΗ ΠΥΡΗΝΑ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΡΟΥΡΑΙΟΥ

Λασιθιώτακης Κ., Παπασάββα Δ., Θερμού Κ.¹
1. Αν. Καθ. Φαρμακολογίας Ιατρικού τμήματος Ηρακλείου
Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τομέας Βασικών Επιστημών, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτης

Σκοπός: Το νευροπεπτιδίο σωματοστατίνη έχει ενοχοποιηθεί στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης. Τα τρικυκλικά αντικαταθληπτικά και οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης επηρεάζουν το σωματοστατινεργικό σύστημα [Pallis, Eur. J. Neurosci. 14: 763, 2001; Prosperini et al., J. Neurochem. 69:206, 1997]. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης αφορά στη διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων σεροτονίνης-σωματοστατίνης στον επικλινή πυρήνα των βασικών γαγγλίων εγκεφάλου αρουραίων.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της εγκεφαλικής μικροδιαπίδυσης, in vivo, και διερευνήθηκε η ρύθμιση της έκκρισης σωματοστατίνης από την σεροτονίνη στον επικλινή πυρήνα του διαφράγματος ελεύθερων κινούμενων αρουραίων. Αρσενικοί αρουραίοι βάρους 300-350 γρ. χρησιμοποιήθηκαν σύμφωνα με τους κανονισμούς της Ε.Ε (86/609/ΕΕ). Μετά από την αναίστετοποίηση των πειραματόζων με ξυλαζίνη (10 mg/kg, i.m.) και υδροχλωρική κεταμίνη (100 mg/kg, i.m.) τοποθετήθηκαν καθετήρες μικροδιαπίδυσης αμφοτερόπλευρα στον επικλινή πυρήνα σύμφωνα με τις συντεταγμένες των Watson και Paxinos [NAC-AP:1.6, ML:±1.5, DV:-8.2]. Μια ημέρα μετά την εμφύτευση των καθετήρων άρχισε η συλλογή 12 δειγμάτων, ανά 30 λεπτά. Κατά την συλλογή του 5ου δείγματος η σεροτονίνη διαλυτοποιημένη σε τεχνητό εγκεφαλονωτιαίο υγρό χορηγήθηκε μέσω του καθετήρα. Τα επίπεδα σωματοστατίνης σε κάθε δείγμα προσδιορίστηκαν με ραδιοανοσολογική μέθοδο.

Αποτελέσματα: Η χορήγηση της σεροτονίνης (250 και 125 μM) προκάλεσε στατιστικά σημαντική μείωση στην έκκριση της σωματοστατίνης (54% της βασικής έκκρισης), στον επικλινή πυρήνα του διαφράγματος.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η σεροτονίνη ρυθμίζει την έκκριση σωματοστατίνης στα βασικά γάγγλια και υποστηρίζουν την διεκπεραίωση περαιτέρω μελετών για τον προσδιορισμό του μηχανισμού μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η δράση αυτή.

(P165)

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ HIV-ΛΟΙΜΩΣΗΣ

Τσάτσου Φ., Παπαβραμίδης Θ., Μυρωνίδου-Τζουβελέκη Μ.¹
1. Αν. Καθ. Φαρμακολογίας
Εργαστήριο Φαρμακολογίας Ιατρικού Τμήματος Α.Π.Θ.

Σύμφωνα με την ΠΟΥ, περίπου 1600 παιδιά μολύνονται κάθε μέρα με τον ιό του HIV και πάνω από 90% των παιδιατρικών μολύνσεων προέρχεται από κάθετη μετάδοση του ιού από οροθετική μητέρα στο έμβρυο ή νεογνό. Όταν η μητέρα δεν υποβάλλεται σε θεραπεία, το ποσοστό μετάδοσης ποικίλει (15-40%). Η περιγεννητική εφαρμογή αντιρετροϊκής αγωγής στην μητέρα μπορεί να ελαττώσει την μετάδοση κατά 60-70%. Επίσης, η χορήγηση συνδυασμού αντιρετροϊκών φαρμάκων κατά την νεογνική περίοδο βελτιώνει την πρόγνωση του παιδιατρικού HIV. Οι παράγοντες κινδύνου για την κάθετη μετάδοση του ιού είναι το υψηλό μητρικό ιικό φορτίο, η οδός, η διάρκεια και οι επιπλοκές του τοκετού και η μέθοδος διατροφής του νεογνού.

Θεραπευτικά χρησιμοποιούνται όλα τα διατιθέμενα ανάλογα των νουκλεοτιδίων, καθώς και αναστολείς της πρωτεάσης. Η προτεινόμενη αγωγή περιλαμβάνει προγεννητική την χορήγηση ζιδοβουδίνης (ZDV) (p.o.), σε συνδυασμό με άλλα αντιρετροϊκά φάρμακα σε τριπλό ή διπλό σχήμα, κατά τον τοκετό ενδοφλέβια χορήγηση του σχήματος και σύντομη χορήγηση στο νεογνό (p.o.). Ο τοκετός γίνεται με καισαρική τομή και αποφεύγεται ο θηλασμός. Στις αναπτυσσόμενες χώρες εφαρμόζονται μόνο κολλητικές πλύσεις και παθητική ανοσοποίηση του νεογνού, η αποτελεσματικότητα των οποίων αμφισβητείται.

Όσον αφορά την θεραπεία των HIV-θετικών νεογνών, δεν υπάρχουν κλινικές μελέτες που να υπαγορεύουν συγκεκριμένη παιδιατρική αγωγή. Χορηγούνται τα ίδια αντιρετροϊκά φάρμακα με τους ενήλικες, σε τριπλή αγωγή. Χορηγείται επίσης προφυλακτική αγωγή για την pneumocystis carinii, για μυκητιασικές και βακτηριακές λοιμώξεις, καθώς και για λοίμωξη από CMV.

(P167)

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ 2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΤΟΝΗ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ANAGRELIDE

Πεσάδης Η., Μπουραντάς Δ., Καθαμπόκη Β., Αθυμάρα Β., Χάιδος Α., Μπουραντάς Κ.Α.

Αιματολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Το Anagrelide είναι ένας καινούργιος παράγοντας που μειώνει τον αριθμό των αιμοπεταλίων και χορηγείται στην ιδιοπαθή θρομβοκυττάρωση καθώς και σε άλλα μυελοδysπλαστικά σύνδρομα με θρομβοκυττάρωση. Σε ασθενείς με βραχείας διάρκειας θεραπεία έχουν αναφερθεί συμπτώματα τέτοια όπως, κεφαλαλγίες, αίσθημα παλμών, κατακράτηση ύδατος, διάρροιας και ναυτία. Αντίθετα εμφάνιση ήπιας ή μέτριας αναιμίας έχει αναφερθεί σε μακράς διάρκειας θεραπεία.

Σκοπός: Η αναφορά 2 περιπτώσεων ασθενών με ιδιοπαθή θρομβοκυττάρωση, οι οποίοι μετά βραχύ διάστημα από την έναρξη χορήγησης Anagrelide, εμφάνισαν σοβαρή αναιμία.

Ασθενείς: Οι ασθενείς που αναφερόμαστε ήταν ένας άνδρας 75 ετών και μία γυναίκα 82 ετών. Το ότι έπασχαν από θρομβοκυττάρωση, ήταν γνωστό για το μεν άνδρα προ 3 ετών, για τη δε γυναίκα προ 2 ετών. Κατά το διάστημα αυτό και οι 2 ασθενείς ακολούθησαν θεραπεία με Υδροξυουρία σε δόση 1000 mg/d, χωρίς όμως να παρουσιάσουν πλήρη ή μερική ύφεση όσον αφορά τον απόλυτο αριθμό των αιμοπεταλίων. Μετά τη διακοπή αυτής της θεραπείας, οι ασθενείς ακολούθησαν θεραπεία με Anagrelide σε δόσεις των 1 mg/d.

Αποτελέσματα: 3 και 4 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας, ο άνδρας και η γυναίκα αντίστοιχα, εμφάνισαν σοβαρή αναιμία. Συγκεκριμένα η τιμή της Hb στον άνδρα ελαττώθηκε από 14 gr/dl σε 8 gr/dl και στη γυναίκα ελαττώθηκε από 12 gr/dl σε 6 gr/dl. Μετά την εξέλιξη αυτή διεκόπη άμεσα η χορήγηση του Anagrelide και οι ασθενείς υποστηρίχθηκαν με μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Παράλληλα έγιναν ειδικές εξετάσεις από τα αποτελέσματα των οποίων αποκλείστηκαν αλλα γνωστά πιθανά αίτια αναιμίας. Δυστυχώς και οι 2 ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους κατέληξαν. Ο μεν άνδρας λόγω σήψης, η δε γυναίκα λόγω ισχαιμικού αγγειακού επεισοδίου.

Συμπέρασμα: Η χορήγηση του Anagrelide ήταν η αιτία για την εμφάνιση σοβαρής αναιμίας στους ασθενείς. Σύμφωνα με αρχικές μελέτες πάνω στις επιδράσεις του φαρμάκου, η μέση τιμή της Hb πέφτει κατά 1 gr/dl μετά από θεραπεία διάρκειας 2 ετών. Μετέπειτα μελέτες πάνω στο ίδιο φάρμακο αναφέρουν πως σε θεραπεία > 2 ετών, μπορεί να προκληθεί ακόμα μεγαλύτερη πτώση της Hb. Στην προκειμένη περίπτωση, και με βάση τις παραπάνω παρατηρήσεις, εμείς αναφέρουμε πως σοβαρή αναιμία μπορεί να προκληθεί και μετά από βραχείας διάρκειας θεραπεία της θρομβοκυττάρωσης με Anagrelide.



(P168)

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΡΙΖΩΝ ΟΞΥΓΟΝΟΥ

Παπαβραμίδης Θ.², Θεοδωρίδου Ε.¹, Μυρωνίδου-Τζουβελέκη Μ.¹

1. Εργαστήριο Φαρμακολογίας Ιατρικού Τμήματος Α.Π.Θ.,

2. Κ.Υ. Τσούτση, Πε.Σ.Υ. Δυτικής Μακεδονίας

Οι ελεύθερες ρίζες οξυγόνου (Ε.Ρ.Ο.) είναι οι τοξικοί μεταβολίτες του οξυγόνου με υψηλή χημική αντιδραστικότητα. Οι Ε.Ρ.Ο. αντιδρούν με κάθε παρακείμενο στοιχείο ή μόριο και αποσπούν ένα ηλεκτρόνιο προκαλώντας οξειδωση του προσβληθέντος μορίου. Η τοξικότητα του O_2 είναι συνάρτηση της RO_2 και του χρόνου δράσης της υπεροξειδίας.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι, αρχικά, να υπενθυμίσει τους ενδογενείς μηχανισμούς με τους οποίους το κύτταρο προστατεύεται από τους τοξικούς μεταβολίτες του οξυγόνου και στη συνέχεια να αναλύσει τις στρατηγικές θεραπευτικής παρέμβασης.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι ότι, οι Ε.Ρ.Ο. διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ιστικής βλάβης. Οι θεραπευτικές στρατηγικές που θα ακολουθούνται στο μέλλον θα πρέπει να κινούνται σε τρία επίπεδα: να προλαμβάνουν το σχηματισμό των τοξικών μεταβολιτών, να ενισχύουν το ρυθμό απενεργοποίησης και να τροποποιούν την φλεγμονώδη αντίδραση.

(P170)

Ο ΒΑΘΜΟΣ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πασαλιδής Σ. Κωνσταντίνος

Έδρα Κοινωνικής Ιατρικής & Διοίκησης Νοσοκομειακών Μονάδων
Ιατρική Σχολή Σόφιας - Βουλγαρίας

Σκοπός της εργασίας: Η επιτυχία της μεταρρύθμισης ενός συστήματος υγείας βασίζεται τόσο στην παροχή αποτελεσματικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στους πολίτες, όσο και στην μέγιστη αποδοχή του από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Στην παρούσα εργασία αναλύεται ο βαθμός ετοιμότητας τόσο του ιατρικού, όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την έναρξη της εφαρμογής του νόμου για την μεταρρύθμιση της υγείας.

Υλικό και μέθοδοι: Κριτήριο για τον βαθμό ετοιμότητας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην εφαρμογή του νόμου για την μεταρρύθμιση της υγείας είναι οι ίδιοι οι πολίτες που έρχονται καθημερινά σε επαφή με τους λειτουργούς της υγείας.

Στην παρούσα εργασία αναλύονται τα δεδομένα έρευνας που πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Σεπτεμβρίου-Οκτωβρίου 2001 σε τρεις πόλεις της Ελλάδας (Αθήνα-Θεσσαλονίκη-Σέρρες) και δύο της Βουλγαρίας (Σόφια - Φιλιππούπολη), σε τυχαία επιλεγμένο κοινό ασθενών.

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο με ατομικές συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο (face to face). Το σχεδιασθέν μέγεθος του δείγματος ανέρχεται σε 500/χώρα άτομα και των δύο φύλων και αφορά γενικό πληθυσμό άνω των 18 ετών.

Αποτελέσματα και συμπεράσματα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας προκύπτει ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι έτοιμο να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα που επιβάλλει ο νόμος για την μεταρρύθμιση της υγείας.

Τα δεδομένα αποδεικνύουν ότι κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας του νομοσχεδίου για την υγεία, κανείς δεν έδωσε την απαιτούμενη βαρύτητα στις προτάσεις που κατά καιρούς έκαναν τα θεσμικά όργανα των επιστημονικών υγείας προς αρμόδια υπουργικά όργανα, μ' αποτέλεσμα σήμερα να υπάρχουν τριβές και αντιρρήσεις τόσο από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και από τους απλούς πολίτες.

(P169)

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ALZHEIMER

Βάσσης Λουκάς, Τσούκαλος Γρηγόριος, Λιάκου Ευαγγελία, Κατσαβός Σεραφείμ

Η νόσος του Alzheimer έχει χαρακτηριστεί ως μία από τις πιο κοινές ασθένειες του νευρικού συστήματος και τα ποσοστά της αναμένεται να αυξάνονται συνεχώς όσο τα νέα ιατρικά επιτεύγματα θα αυξάνουν το μέσο όρο ζωής και όσο ο πληθυσμός, δημογραφικά, θα εμφανίζει αυξανόμενο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων. Οι παράμετροι αυτής της αύξησης της συχνότητας της νόσου είναι πολλαπλές (κοινωνικές, οικονομικές, οικογενειακές) και εξετάζονται λεπτομερώς στο άρθρο. Μέχρι σήμερα έχουν γίνει πολλές μελέτες για την κατανόηση και την θεραπεία της νόσου, αλλά η σύγχρονη κλινική πραγματικότητα απέχει αρκετά από το να προσφέρει θεραπεία ή ακόμα και μία αξιόλογη ποιότητα ζωής στους ασθενείς. Σε ό,τι αφορά τα σύγχρονα θεραπευτικά δεδομένα θα εστιάσουμε την προσοχή μας σε δύο ερευνητικές κατευθύνσεις. Αρχικά θα αναφερθούμε στις τελευταίες εξελίξεις στη γονιδιακή θεραπεία. Έχει βρεθεί σήμερα ένας αριθμός γονιδίων τα οποία εκφράζονται σε ασθενείς με νόσο του Alzheimer. Τέλος θα αναφερθούμε περιληπτικά στην κατεύθυνση της αντιμετώπισης με τη βοήθεια της πλαστικότητας του νευρικού κυττάρου και των νευρικών δικτύων (φαινόμενο "use it or lose it"). Τελευταία έχει επιτευχθεί ενίσχυση των νευρικών συνάψεων in vitro με τη χρήση νευροτροφινών (νευρικός αυξητικός παράγων). Έτσι επιτυγχάνεται σήμερα σε όλο τον κόσμο τεράστιες προσπάθειες για τη χρησιμοποίηση των νευροτροφινών ως φαρμακευτική αγωγή στους ασθενείς με νόσο του Alzheimer

(P171)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ CaR ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΕΞΩΚΥΤΤΑΡΙΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ

Μασούρα Παύλος, Περίλλος Φώτης, Καπανής Σαράντος, Φρέντζος Αθανάσιος, Μπαλαφούτας Δημήτριος

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Η ανακάλυψη του συνδεδεμένου με G πρωτεΐνης υποδοχέα των εξωκυτταρίων ιόντων Ca^{+2} (Ca^{+2}) CaR αποσαφήνισε τη μοριακή βάση πολλών από τις γνωστές επιδράσεις του Ca^{+2} στα κύτταρα ιστών που διατηρούν τη συστηματική ομοιότητα του Ca^{+2} , όπως είναι τα κύρια κύτταρα των παραθυρεοειδών αδένων, τα νεφρικά κύτταρα, οι οστεοκλάστες και οι οστεοβλάστες, τα χονδροκύτταρα, τα κύτταρα του εντέρου και του πλάκουντα. Σε μεταλλάξεις του CaR αποδίδονται πολλές κληρονομικές παθήσεις με πιο συχνές την οικογενή υπασβεστιαιμία υπερασβεστιαίμια (FHH) και τον σοβαρό νεογνικό υπερπαραθυρεοειδισμό (NSHPT). Επιπλέον, ο CaR εκφράζεται και σε κύτταρα (νευρικά, επιθηλιακά, κύτταρα του φακού, κύτταρα του παγκρέατος), τα οποία δε συμμετέχουν στην συστηματική ομοιοστάση του Ca^{+2} αλλά ρυθμίζουν ποικίλες λειτουργίες όπως η ορμονική έκκριση, η ενεργοποίηση ιοντικών διαύλων, η γονιδιακή έκφραση, η απόπτωση και ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός.

Συμπερασματικά, ο CaR μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στις νεώτερες θεραπευτικές προσεγγίσεις πολλών ασθενειών σχετιζόμενων με την υπερή την υπολειτουργία του. Οι πρώτες έρευνες για τη θεραπευτική χρήση 1ασβεστομυμπτικών1 ενεργοποιητών και ανταγωνιστών του CaR έχουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα.



(P172)

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΙΣΧΙΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ, ΤΡΟΠΟΙ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

Γράψα Ιουλίτσα, Χουλιάρτα Όλγα, Κορδαλής Νικόλαος, Παφύλας Δημήτριος,
Μαυροδοντίδης Αλέξανδρος
Ορθοπαιδική Κλινική Π.Π.Γ.Ν.Ι.

Σκοπός: Η αναδρομική μελέτη καταγμάτων ισχίου σε υπερήλικες (άνω των 75 ετών) ασθενείς με βάση επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, κριτήρια για συντηρητική ή χειρουργική αντιμετώπιση και επίδραση αυτών στην επιβίωση και την ποιότητα ζωής των ασθενών μετακαταγματικά.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήσαμε 288 ασθενείς, που εισήχθησαν στην ορθοπαιδική κλινική του Π.Π.Γ.Ν.Ι. μεταξύ των ετών 1997 - 2001, με περιτροχαντήριο ή υποκεφαλικό κάταγμα στην περιοχή του ισχίου. Οι ασθενείς αυτοί ταξινομήθηκαν με βάση το φύλο, την ηλικία, τον τύπο κατάγματος και τον τρόπο αντιμετώπισης τους με στοιχεία που ελήφθησαν από τον φάκελο κάθε ασθενούς. Ακόμη καταγράφηκαν τυχόν συνοδά προβλήματα υγείας. Στη συνέχεια προσδιορίστηκε η επιβίωση των ασθενών αυτών μετακαταγματικά καθώς και η λειτουργική τους κατάσταση με τηλεφωνική επικοινωνία που διενεργήθηκε από τον Ιανουάριο έως τον Φεβρουάριο του τρέχοντος έτους.

Αποτελέσματα: Ενενήντα ένας άντρες (31,5%) και 197 γυναίκες (68,5%) μέσου όρου ηλικίας 83,05 ετών (75-109) εισήχθησαν με διάγνωση κατάγματος ισχίου κατά τη μελετούμενη χρονική περίοδο. Εξ αυτών 122 (42,36%) είχαν υποκεφαλικό και 166 (57,64%) περιτροχαντήριο κάταγμα ισχίου. Συνοδά προβλήματα υγείας που επέβαλλαν την συντηρητική αντιμετώπιση παρουσίασαν 78 ασθενείς (27,08%) εκ των οποίων 25 είχαν υποκεφαλικό και 53 διατροχαντήριο κάταγμα.

Συμπεράσματα: Τα κατάγματα ισχίου στην τρίτη ηλικία πλήττουν πιο συχνά τις γυναίκες από τους άνδρες (2,17/1) και αφορούν πιο συχνά στην περιτροχαντήρια περιοχή (57,64%). Μεγαλύτερο ποσοστό υποκεφαλικών καταγμάτων αντιμετωπίστηκε χειρουργικά (79,51%) έναντι των περιτροχαντήριων καταγμάτων (68,07%) που αντικατοπτρίζει ίσως και την εκτιμώμενη μεγαλύτερη δυνατότητα πώρωσης των τελευταίων. Επιβεβαιώθηκε η γνώση από τη βιβλιογραφία αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα που συνοδεύει τα κατάγματα αυτά καθώς και η αρνητική επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

(P174)

ΚΑΜΠΟΜΕΛΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΚΑΙ ΓΟΝΙΔΙΟ SOX9

Μητρογύγου Αναστασία
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός της εργασίας: Η συσχέτιση των μεταλλάξεων στο γονίδιο SOX-9 με το σύνδρομο Καμπομελικής Δυσπλασίας.

Κλινικές περιπτώσεις.

Υλικό και μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκε η τελευταία ελληνική και ξένη βιβλιογραφία και αρθρογραφία αναγνωρισμένων συγγραφέων. Επίσης αντλήθηκαν πληροφορίες από διεθνείς ιστοσελίδες στο διαδίκτυο.

Περίληψη: Το γονίδιο SOX-9 εδράζεται στη ζώνη q24 του χρωμοσώματος 17 και μεταλλάξεις αυτού του γονιδίου προκαλούν τη νόσο της Καμπομελικής Δυσπλασίας. Οι περισσότερες μεταλλάξεις προκύπτουν de novo σε τετερότυπο μορφή. Η Καμπομελική Δυσπλασία χαρακτηρίζεται από ανωμαλίες στο σχηματισμό του σκελετού και των αρθρώσεων, αγκύλωση των άκρων, υποπλασία ωμοπλάτων, εξάρθρωση του ισχίου και παραμόρφωση της ρεκάνης. Παρατηρείται μικρογοναθία, έλλειψη πλευρών και αναπνευστική ανεπάρκεια. Η νόσος συχνά σχετίζεται με αντιστροφή του φύλου και μπορεί να κληρονομείται κατά τον κυρίαρχο τρόπο με ατελή διεισδυτικότητα. Στην εργασία περιλαμβάνονται λεπτομερείς περιπτώσεις ασθενών με ΚΔ καθώς και φωτογραφίες που καταδεικνύουν τα χαρακτηριστικότερα συμπτώματα της νόσου.

(P173)

**ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ FNA ΜΑΣΤΟΥ
(ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΑ.Γ.Ν.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ 1990-2002) - ΑΝΑΛΥΣΗ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Αυγουστάκη Αικ.¹, Σοφιάδης Α.¹, Παναγουλιπούλου Ουρ.²,

Καθογεράκη Α.³ Σανιδάς Η.⁴, Τσιφτσής Δ.⁵

1. Φοιτητές Τμήματος Ιατρικής Παν. Κρήτης, 2. Ειδ/νη Γενική Ιατρός, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, 3. Λέκτορας Παθολογικής Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης, 4. Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης, 5. Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης

Σκοπός: Η διερεύνηση της ευαισθησίας/ειδικότητας της FNA μαστού, όπως αυτή χρησιμοποιείται ως μέσο ελέγχου του πληθυσμού (screening test), στην Πανεπιστημιακή Κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου και σύγκριση με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

Υλικά & Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τα αρχεία του Παθολογοανατομικού εργαστηρίου του Ιατρικής Σχολής Ηρακλείου (1990-2002), της Παν.Κλινικής Χειρουργικής Ογκολογίας (Πα.Γ.Ν.Η.), καθώς και του Ιατρείου Μαστού που λειτουργεί στο ίδιο νοσοκομείο από το 1995. Τα στοιχεία οργανώθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων και ακολούθησε επεξεργασία τους σε Η/Υ.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Η επεξεργασία των στοιχείων δεν έχει ολοκληρωθεί μέχρι τη στιγμή σύνταξης της παρούσης περίληψης. Για τον λόγο αυτό δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα τη δεδομένη χρονική στιγμή. Παρ'όλα αυτά, μια αρχική εκτίμηση δείχνει ότι τα αποτελέσματα είναι αρκετά ενθαρρυντικά, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης.

(P175)

ΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ WT-1 ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ DENYS-DRASH, FRASIER ΚΑΙ WAGR

Αποστολάκη Δέσποινα
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός της εργασίας: Η μελέτη του γονιδίου WT1 και ειδικότερα η διερεύνηση της σχέσης των μεταλλάξεων του γονιδίου αυτού με τα σύνδρομα Denys-Drash, Frasier και WAGR.

Υλικά και μέθοδοι: Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για την άντληση των πληροφοριών περιλαμβάνει ελληνική και ξένη βιβλιογραφία καθώς και αρθρογραφία αναγνωρισμένων συγγραφέων. Σημαντικές πληροφορίες ελήφθησαν από το διαδίκτυο.

Περίληψη: Το γονίδιο WT1 εδράζεται στο μικρό βραχίονα του 11ου χρωμοσώματος και εκφράζεται στην ανάπτυξη των νεφρών και των γονάδων. Μεταλλάξεις στο γονίδιο αυτό ενοχοποιούνται για την εμφάνιση των συνδρόμων Denys-Drash, Frasier και WAGR. Οι ασθενείς που πάσχουν από σύνδρομο Denys-Drash παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης όγκου Wilms, διαχεόμενη μεσαγγειακή σκλήρυνση, γοναδική δυσγενεσία και ψευδοερμαφροδιτισμό. Τα άτομα με σύνδρομο Frasier χαρακτηρίζονται από γοναδική δυσγενεσία, αντιστροφή φύλου, νεφρικό σύνδρομο και αυξημένη συχνότητα εμφάνισης γοναδοβλαστώματος. Τέλος, ο φαινότυπος από μω με σύνδρομο WAGR περιλαμβάνει εμφάνιση όγκου Wilms, ανιριδία, γενετικές ανωμαλίες και πνευματική καθυστέρηση.



(P176)

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΒΙΟΝΑΝΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

Μελετήτης Ν.¹, Κουτσουλίδης Α.², Ρομποτή Ν.², Χίτας Χ.², Πλαστήρας Α.²

1. Λέκτορας, 2. Φοιτητές, Εργαστήριο Ιστολογίας - Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός της εργασίας: Η ανασκόπηση των εφαρμογών της βιονανοτεχνολογίας στην Ιατρική. Η νανοτεχνολογία έχει ως αντικείμενο υλικά ή συστήματα που έχουν τις εξής βασικές ιδιότητες: έχουν τουλάχιστο μια διάσταση από ένα μέχρι 100 νανόμετρα, κατασκευάζονται μέσω διαδικασιών που ασκούν δομικό έλεγχο πάνω στις φυσικές και χημικές ιδιότητες δομών μοριακής κλίμακας, και μπορούν να συνδυαστούν για να χτίσουν μεγαλύτερες δομές. Η φύση δημιουργεί νανοδομές για δισεκατομμύρια χρόνια και η βιονανοτεχνολογία έχει ως αντικείμενο τις δομές αυτές, την αλληλεπίδραση βιολογικών και τεχνητών νανοσυστημάτων, και την κατασκευή νανοσυστημάτων που διέπονται από αρχές παρόμοιες με τις βιολογικές.

Υλικά-Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκε η υπάρχουσα βιβλιογραφία και αρθρογραφία, με ιδιαίτερη έμφαση σε δημοσιεύσεις των δύο τελευταίων ετών.

Αποτελέσματα: Ήδη, νανοαντικείμενα κατασκευασμένα από ανόργανα υλικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη βιοϊατρική έρευνα, διάγνωση, και ίσως θεραπεία. Βιολογικά τεστ που μετράνε την παρουσία ή ενεργότητα συγκεκριμένων ουσιών γίνονται γρηγορότερα, πιο ευαίσθητα και πιο ευέλικτα όταν χρησιμοποιούνται νανοσωματίδια ως ιχνηθέτες. Νανοσωματίδια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μεταφερθούν φάρμακα εκεί ακριβώς που χρειάζονται, αποφεύγοντας τις παρενέργειες που συχνά ανακύπτουν από τη χρήση ισχυρών φαρμάκων.

Συμπεράσματα: Η βιονανοτεχνολογία θα είναι ένα ισχυρό εργαλείο για τον ιατρό στο άμεσο μέλλον. Τεχνητοί νανοδομικοί λίθοι μπορεί μια μέρα να χρησιμοποιηθούν για επισκευή ιστών όπως το δέρμα, ο χόνδρος και τα οστά - και ίσως ακόμα βοηθήσουν ασθενείς να αναγεννήσουν όργανα.

(P178)

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΜΟΝΑΧΟΙ ΤΟΥ ΑΓΙΟΥ ΟΡΟΥΣ ΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ, ΤΟΝ ΠΟΝΟ, ΤΗ ΜΟΝΑΞΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ - Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΘΗΤΕΙΑ ΜΟΥ ΣΤΟ ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΟΥ ΑΓΙΟΥ ΟΡΟΥΣ

Καρακασίδης Γιάννης
Ιατρός

Σκοπός της εργασίας - Υλικό: Να παρουσιάσει τη θεωρητική τοποθέτηση & την πρακτική αντιμετώπιση οριακών καταστάσεων της ζωής του ανθρώπου, αξιοποιώντας τη μοναδικότητα των χαρακτηριστικών των κατοίκων της αθωνικής πολιτείας.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Στον τόπο όπου κάθε στιγμή αντιμετωπίζονται:

- η αρρώστια ως "επίσκεψη του Θεού" - άρα ευλογία,
- ο πόνος, σωματικός ή ψυχικός, ως αχώριστος σύντροφος του ανθρώπου, σχεδόν απαραίτητος για την ψυχική ωρίμανση - "τελείωση" - καθαρότητά του,
- η μοναξιά ως προϋπόθεση ουσιαστικής επικοινωνίας - "ενώσεως" με τους άλλους ανθρώπους και με το Θεό σε ένα άλλο επίπεδο,
- ο θάνατος περιγελάται και η κηδεία - "εξόδιος ακολουθία" γίνεται πανηγύρι, γίνεται προσπάθεια απόψεως & τρόπος ζωής όπως τα παραπάνω
- να συγκριθούν με τις γνώστες σε όλους μας απόψεις του "δυτικού" ανθρώπου & της κλασικής Ιατρικής που διδασκόμαστε στις Ιατρικές σχολές, και
- επιχειρείται η εξαγωγή κάποιων συμπερασμάτων.

...Είναι αυτή ακριβώς η εμπειρία που δύσκολα μεταφέρεται στους "εκτός" και οπωσδήποτε με τη γλώσσα που πάει πιο πέρα από ψυχρούς αριθμούς και στατιστικές και ακολουθεί τη "λογική" της καρδιάς...

(P177)

ΜΠΟΡΕΙ ΤΟ ΒΟΤΟΧ ΝΑ ΜΑΣ ΚΑΝΕΙ ΠΙΟ ΝΕΟΥΣ ΚΑΙ ΑΡΑ ΠΙΟ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΥΣ; ΕΙΝΑΙ ΕΝΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΩΝ ΚΑΙΡΩΝ;

Καλογεράκης Δημήτρης, Στεφανόπουλος Δημήτρης, Πέτρου Κυριάκος

Σκοπός της εργασίας: Οι ρυτίδες του ανθρώπινου προσώπου είναι αυτές που δημιουργούνται από τον ήλιο και την ηλικία και αυτές που δημιουργούνται από τη χρόνια σύσπαση των μυών. Το ΒΟΤΟΧ (τοξίνη του κλωσθηριδίου της αλλαντίασης) τις μειώνει δίνοντας λύση στην ανθρώπινη μεταίοδοξία. Εμποδίζει τη δράση της ΑCh και τις νευρικές ώσεις προς τους μύες και συμβάλλει στην παράλυσή τους. Σκοπός της εργασίας είναι η έρευνα γύρω από το ΒΟΤΟΧ, η αιτιολόγηση γύρω από την έντονη εντασκόληση προς αυτό και η μελλοντική του πορεία.

Υλικό-Μέθοδοι: Βιβλιογραφία, ξένη και ελληνική, διαδουκτική Ιατρική.

Αποτελέσματα: Η χρήση του ΒΟΤΟΧ ξεκινά το 1980 και στους δερματολόγους περνά το 89. Ο FDA εγκρίνει το 89 τη χρήση του για βλεφαρόσπασμο και στραβισμό ενώ το 2000 για τη μυική δυστονία. Αρχές του 2002 εγκρίνεται για αισθητικούς λόγους (άτομα < 65 ετών με κάθετες γραμμές στο μεσόφρυο). Ενώ οι μη χειρουργικές αισθητικές παρεμβάσεις μειώνονται (από 2001 σε 2002 κατά 23%, USA), η χρήση του ΒΟΤΟΧ παρουσιάζει σταθερή άνοδο και είναι πρώτη στις non surgical επεμβάσεις (ακολουθούν μικροδερματικές παρεμβάσεις, κολλογονό, LASER, χημικό peeling). Οι άνδρες το χρησιμοποιούν συνεχώς (1998: 6,1% 2001: 13,8% 2002 :20%). Εφαρμόζεται στο μεσόφρυο, τις άκρες των ματιών, το μέτωπο και το λαιμό. (έρυνες αναφέρουν τη χρήση του σε επιπλοκές από τα βδέφαφα σε θυρεοειδοπάθειες). Το κόστος κάθε επίσκεψης είναι 500-200 ευρώ ανάλογα την περιοχή εφαρμογής, η ένεση χρειάζεται 15 λεπτά και το αποτέλεσμα διαρκεί ως 6 μήνες. Ανεπιθύμητες ενέργειες είναι: πονοκέφαλος, αναπνευστική δυσχέρεια, βλεφαρόπτωση και βέβαια τοπική ερυθρότητα και πρήξιμο. Δεν εφαρμόζεται στους μύες γύρω από το στόμα γιατί με αυτούς μιλάμε και τρώμε.

Συμπεράσματα: Ενώ καταγγελλίες για επιπλοκές έρχονται στο φως τα τελευταία χρόνια, το ΒΟΤΟΧ αμφισβητείται σε όλη την ευρώπη και βέβαια στην Ελλάδα. Νέα σκευάσματα (Myobloc, Serutox) ήδη το ανταγωνίζονται. Όλα δείχνουν ότι στους πλούσιους κύκλους η χρήση του μειώνεται και νέες μέθοδοι αντιγήρανσης εφαρμόζονται. Αν πρόκειται για μια εφήμερη μόδα, θα το ξέρουμε σε λίγα χρόνια.

(P179)

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟ ΑΓΙΟΝ ΟΡΟΣ - Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΓΕΡΟΝΤΑ ΠΑΪΣΙΟΥ

Καρακασίδης Γιάννης
Ιατρός

Σκοπός της εργασίας - Υλικό: Να παρουσιάσει τη θεωρητική τοποθέτηση & την πρακτική αντιμετώπιση οριακών καταστάσεων της ζωής του ανθρώπου μέσα από τις συμβουλές, την πείρα & τη ζωή του φημισμένου ασκητή.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Γίνεται προσπάθεια οι απόψεις & ο τρόπος ζωής ενός μη γιατρού, το καλὸν του οποίου κατακλυζόταν κάθε μέρα από δεκάδες επισκέπτες, οι περισσότεροι από τους οποίους, απογοητευμένοι από Ιατρική και γιατρούς, κατέφευγαν στη συμβουλή του για κάποιο σημαντικό πρόβλημα υγείας, σωματικής ή ψυχικής, δικό τους ή κάποιου αγαπημένου τους προσώπου, ελπίζοντας στο θαύμα

- να αναλυθούν
- να συγκριθούν με τις γνώσεις της κλασικής Ιατρικής, και
- επιχειρείται η εξαγωγή κάποιων συμπερασμάτων.

...Κοντά του, ως αγροτικός Ιατρός του Αγίου Όρους, πήρα κι εγώ μαθήματα υπομονής, απλότητας, επικοινωνίας, χιούμορ, ανθρωπιάς και γενικά της Ιατρικής που δε διδάσκεται σε αμφιθέατρα & αίθουσες διδασκαλίας, εργαστήρια & θαλάμους...



(P180)

Η ΠΡΩΤΕΪΝΗ MDM2 ΚΑΙ ΟΙ ΠΟΙΚΙΛΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ

Ζωβοϊνής Α., Ιωαννίδου Κ., Χατζιωαννίδου Κ.
Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

Η πρωτεΐνη mdm2 αλληλεπιδρά τόσο με την πρωτεΐνη p53 όσο και με άλλες κρίσιμες πρωτεΐνες-ρυθμιστές του κυτταρικού κύκλου.

Ένα βασικό σκέλος των αλληλεπιδράσεων της πρωτεΐνης Mdm2 με άλλες πρωτεΐνες, είναι αυτό με την πρωτεΐνη p53. Η Mdm2 προσδένεται αποτελεσματικά στην p53, της οποίας τα επίπεδα σε κατάσταση stress του κυττάρου είναι αυξημένα, απενεργοποιώντας την μεταγραφική της ικανότητα και οδηγώντας στην ταχεία αποδόμηση της στα πρωτεοσωμάτια μέσω της οδού της ουβικουτίνης. Με τη σειρά της η p53 επάγει την έκφραση του γονιδίου της Mdm2, μέσω ενός υποκινητή εξαρτώμενου από τη δράση της p53 ως μεταγραφικού παράγοντα. Η ενεργοποίηση αυτή μερικές φορές γίνεται καθυστερημένα, δίνοντας στην p53 το απαραίτητο χρονικό περιθώριο να δράσει. Άλλες πάλη φορές ταχύτητα, χωρίς όμως να την επηρεάζει άμεσα, εξαιτίας μετα-μεταφραστικών τροποποιήσεων της τελευταίας. Με τον τρόπο αυτό συστήνεται ένα αυτορυθμιζόμενο σύστημα αρνητικής ανάδρασης (an autoregulatory feedback loop), για τον έλεγχο της δραστηριότητας της p53 μέσα στο κύτταρο.

Η στενή χωροχρονική ρύθμιση της δραστηριότητας της p53 μέσα στο κύτταρο εντείνεται επιπλέον από το γεγονός ότι και η Mdm2 υπόκειται σε αποικοδόμηση μέσω της οδού της ουβικουτίνης στα πρωτεοσωμάτια. Πρέπει εδώ να τονιστεί ότι οι αλληλεπιδράσεις αυτές είναι δυνατόν να επηρεάζονται από μετα-μεταφραστικές τροποποιήσεις αυτών των δύο πρωτεϊνών, όπως φωσφορυλιώσεις, ως απάντηση σε διάφορα σήματα.

Η mdm2 εκτός από την σημαντική της αλληλεπιδράση με την p53, συνδέεται και με άλλες πρωτεΐνες και τις ενεργοποιεί ανάλογα. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

1. Η pRb
2. Οι E2F1/DP1
3. Η p19ARF(στα ποικίδια) και η p14ARF(στον άνθρωπο) ογκοκατασταθτική πρωτεΐνη.
4. Η p300(συνενεργοποιητής μεταγραφής της p53)

Η mdm2 έχει και άλλες δραστηριότητες, ανεξάρτητες της p53. Σημαντική είναι η ανακάθυψη της παρουσίας περιοχών καταστολής του κυττ. κύκλου στο κεντρικό μόριο της mdm2. Έτσι η mdm2 συνεισφέρει στο σταμάτημα στη φάση G1. Μπορεί η ανακάθυψη αυτή να έρχεται σε αντίθεση με την ογκογονική δραστηριότητα της mdm2 αλλά η mdm2 έχει μια περιοχή αυτοπεριορισμού όταν η ογκογονική της δράση υπερεκκράζεται.

Η ουσιαστική μελέτη και κατανόηση των αλληλεπιδράσεων της Mdm2 με την p53, μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση και στην θεραπεία του καρκίνου. Κύριος στόχος είναι η απελευθέρωση της p53 από την ανασταλτική δράση της mdm2 και η επαναφορά της ογκοκατασταθτικής λειτουργίας της p53.

(P182)

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΑΧΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Κελεσιδής Χ.Ι.¹, Κελεσιδής Χ.Θ.¹, Σουκαράς Α.², Αχτσιδής Β.²

1. Φοιτητές Ιατρικής Ε.Κ.Π.Α., 2. Φοιτητές Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης Υπεύθυνος Καθηγητής: Χατζάκης Α., Αναπληρωτής Καθηγητής Προληπτικής Ιατρικής)

Σκοπός της εργασίας: Σκοπός της εργασίας είναι να τονιστούν οι κυριότερες ενδείξεις εμβολιασμού της ηπατίτιδας Β αλλά και να παρουσιαστούν οι κυριότεροι προβληματισμοί και οι νεότερες εξελίξεις στα προγράμματα εμβολιασμού της ηπατίτιδας Β.

Υλικό και μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε υλικό από την υπάρχουσα επιστημονική ιατρική βιβλιογραφία και αρθρογραφία, καθώς και πληροφορίες από την διαδικτυακή ιατρική

Συμπεράσματα: Ενισχυτικές δόσεις του εμβολίου της HBV γενικά δεν συνιστανται λόγω της διάρκειας της αποτελεσματικής προστασίας 9 χρόνια μετά τον εμβολιασμό. Η διάρκεια της αποτελεσματικής προστασίας για τους εφήβους που εμβολιάστηκαν κατά την νηπιακή ή την παιδική ηλικία πρέπει να εκτιμάται. Τα αποτελέσματα θα καθορίσουν τις μελλοντικές συστάσεις για την χορήγηση ενισχυτικών δόσεων.

Πολυαντιγονικά εμβόλια που ενσωματώνουν το HBsAg σαν ένα συστατικό αξιολογούνται επί του παρόντος.

Η χρήση αυτών των εμβολίων μπορεί να αλλάξει τα προγράμματα εμβολιασμού κατά την παιδική ηλικία και να καταλήξει στην χορήγηση επιπρόσθετων δόσεων συγκεκριμένων αντιγόνων. Εντούτοις, αυτά τα εμβόλια θα διευκολύνουν πολύ την χορήγηση εμβολίων και θα ελαχιστοποιήσουν τον αριθμό των ενέσεων.

(P181)

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΧΕΣΗ, ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΥΛΙΚΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ

Ίτζιου Παρασκευή-Σταυρούλα

Σκοπός της εργασίας είναι η συνοπτική παρουσίαση μεθόδων και υλικών για την καταγραφή της κεντρικής σχέσης, μιας έννοιας γύρω από την οποία επικρατεί σύγχυση και διαμάχη στην οδοντιατρική ορολογία.

Παρουσιάζονται δύο μέθοδοι ανεύρεσης της, συγκεκριμένα η τεχνική της μίας χειρός και η τεχνική του αμφίπλευρου χειρισμού, ενώ για την καταγραφή της γίνεται αναφορά στις εξής μεθόδους: 1) Γραφικές, 2) Κεφαλομετρικές, 3) Ηλεκτρομυογραφικές, 4) Άμεσες διασυνγκλησιακές καταγραφές δήξεως. Για την εφαρμογή των διαφόρων μεθόδων καταγραφής υπάρχει πληθώρα υλικών εκ των οποίων τα περισσότερα κοινά χρησιμοποιούμενα είναι: 1) Θερμοπλαστικοί τύποι κεριών, 2) Ευγενόλουχα φυράματα, 3) Γύψοι αποτύπωσης, 4) Ακρυλική ρητίνη "εν ψυχρώ πολυμεριζόμενη", 5) Σιλικόνες και πολυαιθέρες.

Επίσης αναλύονται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε μεθόδου με περισσότερη έμφαση στις άμεσες διασυνγκλησιακές καταγραφές που είναι και οι περισσότερες πρακτικά χρησιμοποιούμενες. Μετά από σύγκριση των διαφόρων υλικών καταγραφής παρατηρούνται τα στοιχεία όσον αφορά τις ιδιότητες καθενός από αυτά, ώστε να επιλέγεται ο κατάλληλος συνδυασμός μεθόδου και υλικού ανάλογα κάθε φορά με την ιδιαιτερότητα της περίπτωσης και την κρίση του θεράποντος οδοντίατρου.

Σαν συμπέρασμα θα λέγαμε ότι δεν υπάρχει καμία τεχνική που να καλύπτει όλες τις περιπτώσεις που παρουσιάζονται στην κλινική πράξη. Οι γνώσεις του οδοντίατρου και η συνεργασία του ασθενή είναι πιθανόν οι πιο σπουδαίοι παράγοντες για να επιτύχουμε μία ακριβή καταγραφή της κεντρικής σχέσης. Έτσι, είναι απαραίτητη η γνώση περισσότερων της μιας τεχνικών για να έχουμε δυνατότητα εξατομίκευσης σε κάθε ασθενή και συνεπώς διευκόλυνση και πολύ περισσότερο επιτυχία των εργασιών μας.

(P183)

Ο ΙΟΣ ΤΗΣ ΕΥΛΟΓΙΑΣ ΩΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΟΠΛΟ ΣΤΟΝ 21ο ΑΙΩΝΑ

Τσαρουχά Ελένη, Κατσούλη Ευαγγελία, Περικάκης Νικόλαος

Το γεγονός πως 300.000.000 πέθαναν από τον ιό της ευλογίας μέσα στον 20ο αιώνα μόνο, την καθιστά αυτομάτως μια από τις πιο τρομακτικές και απειλητικές νόσους που έχει γνωρίσει η ανθρωπότητα. Η ασθένεια εκδηλώνεται με εξουθενωτική κεφαλαλγία, πόνο στην πλάτη, έμετο και πολύ υψηλό πυρετό. Τα πρώτα κόκκινα σημάδια εμφανίζονται στο πρόσωπο και τα άκρα, εξαπλώνονται γρήγορα, και μετατρέπονται σε φλύκταινες που γεμίζουν υγρό. Μύτη, στόμα και λαιμός γεμίζουν δυσχεραίνοντας την αναπνοή, τα τριχοειδή σκληραίνουν και πολλή άλλα συμπτώματα εμφανίζονται. Οι δείκτες θνησιμότητας φθάνουν το 50%.

Καθώς το τελευταίο κρούσμα παρουσιάστηκε το 1977 και δύο χρόνια αργότερα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) δήλωσε μετά από 11χρονη προσπάθεια την εξαφάνιση του ιού, προφανώς δεν συντρέχει λόγος ανησυχίας. Ωστόσο, ειδικοί ερευνητές των βιολογικών όπλων ανησυχούν πως ο ιός της ευλογίας βρίσκεται σε τρία τουλάχιστον κρυφά εργαστήρια. Μετά την πτώση της Σοβιετικής Ένωσης και τη συνεργασία κορυφαίων επιστημόνων της όπως ο Kanatjian Alibekov και ο Vladimir Pasechnik δείγματα του ιού βρίσκονται πλέον επίσημα σε δύο σημεία. Στο Κέντρο για τον Έλεγχο και την Παρεμπόδιση των Ασθενειών στην Ατλάντα και στο εργαστήριο Vector έξω από το Novosibirsk στη Σιβηρία. Αρχεία απόρρητα περιέχουν μια λίστα κρατών που πιθανόν φυλάσσουν κλεμμένα δείγματα ιού. Υποστηρίζεται πως η λίστα μεταξύ άλλων περιλαμβάνει: Ιράκ, Βόρεια Κορέα, Κίνα, Λιβύη, Νότια Αφρική, Ισραήλ και Πακιστάν. Κάποια από τα παραπάνω κράτη είναι ύποπτα για περίθαλψη τρομοκρατών και πιθανή προσπάθεια απελευθέρωσης του ιού για πολιτικούς και τρομοκρατικούς λόγους.

Δεδομένης της πολιτικής κατάστασης στη διεθνή σκηνή και συλλογιζόμενοι το γεγονός πως δεν υπάρχει γνωστή θεραπεία για τον ιό καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως η ανάπτυξη του εμβολιασμού (του μοναδικού τρόπου σωτηρίας) καθίσταται απαραίτητη. Οι Η.Π.Α σε συνεργασία με τη Εταιρεία OraVax έχουν ήδη αρχίσει την παρασκευή εμβολίου. Πρέπει λοιπόν να γίνει μια παγκόσμια συντονισμένη προσπάθεια, προκειμένου να μη βρεθούμε αντιμέτωποι με μια κατάσταση με συνέπειες ασύλληπτες στον ανθρώπινο νου.



(P184)

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ST - ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Κιαγιάδακη Δ.¹, Καστρινάκης Κ.¹, Μίνως Ε.¹, Κακκαβελάκης Κ.¹, Βάρδας Π.²

1. Φοιτητές Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης
2. Καθηγήτρια Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης

Σκοπός: Στην παρούσα εργασία, γίνεται συγκριτική ανασκόπηση των αποτελεσμάτων της χρήσης των σύγχρονων αντιαιμοπεταλιακών, αντιπηκτικών και αντιθρομβωτικών παραγόντων καθώς και του ρόλου της πρώιμης επαναιμάτωσης. Προτείνονται νεότεροι αντιαιμοπεταλιακοί και αντιπηκτικοί παράγοντες και σχήματα συνδυασμού αυτών.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκαν μελέτες για τη απόδειξη της αποτελεσματικότητας των αποκλειστών των IIb/IIIa γλυκοπρωτεϊνών των αιμοπεταλίων. Επίσης, σε μελέτες έγινε σύγκριση της αποτελεσματικότητας των ηπαρίνων χαμηλού μοριακού βάρους χωρίς και μαζί με την ηπαρίνη, καθώς και η εκτίμηση της παρατεταμένης δράσης των πρώτων. Ακόμη, εξετάστηκε ο ρόλος αντιθρομβωτικών παραγόντων άμεσης δράσης καθώς και της πρώιμης επαναιμάτωσης. Τέλος, νεότεροι θεραπευτικοί παράγοντες τέθηκαν υπό μελέτη για την αποτελεσματικότητά τους είτε ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με τους ήδη χρησιμοποιούμενους.

Αποτελέσματα: Τα abxici-mab, tirofiban, eptifibatide μειώνουν τη θνησιμότητα ή την επίπτωση μυοκαρδιακού εμφράκτου, χωρίς αύξηση του κινδύνου για αιμορραγία. Τα αποτελέσματα της σύγκρισης ανάμεσα στην ηπαρίνη και στις ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους ήταν αμφιλεγόμενα, ενώ αποδείχθηκε η αποτελεσματικότητα της ενδοηπαρίνης σε 3 μελέτες. Παράταση χρήσης ηπαρίνων χαμηλού μοριακού βάρους μέχρι 90 ημέρες έδειξε σημαντική μείωση των θανάτων ή του εμφράκτου στις 30 ημέρες και σε μικρότερο βαθμό, στους 3 μήνες. Η hirudin είναι αποτελεσματικότερη έναντι της ηπαρίνης. Δεν αποδείχθηκε η αποτελεσματικότητα της επεμβατικής επαναιμάτωσης έναντι της συντηρητικής θεραπείας.

Συμπεράσματα: Υπό μελέτη βρίσκονται και συζητούνται συνδυασμοί των παραπάνω παραγόντων όπως ηπαρίνης και IIb/IIIa αναστολέων παλαιάς και νέας γενιάς και p.os αντιπηκτικών. Αναπτύσσονται νέοι παράγοντες που επιδρούν στην πήξη ενώ αναδειχθηκε η αποτελεσματικότητα της κλοπιδογρέλης, και μάλιστα της παρατεταμένης χρήσης της μαζί με την ασπιρίνη.

(P186)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΎΠΝΟΥ ΩΣ ΑΠΟΡΡΟΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ PARKINSON

Πέτρου Κυριάκος, Καλογεράκης Δημήτρης, Στεφανόπουλος Δημήτρης, Αναγνωστοπούλου Μαρία
Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Πανεπιστημίου Αθηνών

Οι διαταραχές του ύπνου αφορούν το 74-98% των πασχόντων από ιδιοπαθή νόσο του Parkinson, με άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους. Οι ανωτέρω διαταραχές απαντούν ως διακοπές του ύπνου, παρατεταμένη αϋπνία και ημερήσια υπνηλία. Νυκτοουρία, μυοσκελετική δυσκαμψία, δυστονικές διαταραχές είναι οι κύριες αιτίες αϋπνίας σε Παρκινσονικούς ασθενείς. Βέβαια, οι υπνικές διαταραχές βαθμιαίως εξελίσσονται αρνητικά, σε συνδυασμό με την προοδευτική εξέλιξη της νόσου, ενώ τέτοιου είδους συσχέτιση δεν υπάρχει αναφορικά με την πρόοδο της ηλικίας (έλεγχος 100 ασθενών με νόσο Parkinson). Επιπροσθέτως, οι διαταραχές του ύπνου απαντούν και ως επιπλοκή της χρονίου θεραπείας με Levo-Dopa. Η κατάθλιψη η οποία επίσης απαντάται σε τέτοιους ασθενείς, διαδραματίζει αναμφισβήτως αρνητικό ρόλο στην ποιότητα του ύπνου, δίχως όμως να υπερτερεί της πορείας της νόσου καθ αυτής. Υπναγωγά, πρεμιστικά και αντικαταθλιπτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν, ενώ η ενδορρινικά χορηγούμενη δεσμοπρεσσίνη είναι δυνατό να καταστεί αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της νυκτουρίας.

(P185)

Η ΜΥΙΚΗ ΕΠΑΝΑΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΛΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΛΕΟΣΧΙΣΤΩΝ

Ιωαννίδης Γιάννης¹, Μπούσιος Βασίλης¹

1. Τεχνητόφθορος Οδοντιατρικής, Τμήμα Οδοντιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Η μυική επαναδιαμόρφωση έχει ως στόχο την λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση των χειλαιοσχιστών. Για να επιτευχθεί η μυική επαναδιαμόρφωση είναι απαραίτητη η ακριβής γνώση της φυσιολογικής και παθολογικής ανατομίας της περιοχής, όπως και του τρόπου ανάπτυξης της άνω γνάθου. Όταν συμβεί μια χειλαιοσχιστία, κατά την έκτη με έβδομη εμβρυική εβδομάδα, διακόπτεται η φυσιολογική συνέχεια τόσο του σφιγκτήρα του στόματος, όσο και των παραρινικών μυών. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αδυναμία σύνδεσης μεταξύ των πρωτογενών και δευτερογενών κέντρων ανάπτυξης του κρανίου και την εμφάνιση του χαρακτηριστικού προσώπου της χειλαιοσχιστίας. Η μυική επαναδιαμόρφωση κατά την χειρουργική αποκατάσταση των χειλαιοσχιστών οδηγεί στην απρόσκοπτη ανάπτυξη του μέσου προσώπου με την ακριβή επανατοποθέτηση των μυών στην φυσιολογική τους θέση. Η επανατοποθέτηση μπορεί να επιτευχθεί με διάφορες χειρουργικές τεχνικές όσον αφορά την θέση και την έκταση των τομών, ανάλογα με την προσωπική προτίμηση του επεμβαίνοντα και φαίνεται πως έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η εκτίμηση όμως των χειρουργικών αποτελεσμάτων δεν είναι μια εύκολη υπόθεση, καθώς υπάρχουν πολλοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των γνάθων, όπως η γενετική προδιάθεση των ασθενών, η ικανότητα του επεμβαίνοντα, η ηλικία στην οποία γίνεται η επέμβαση, η χειρουργική τεχνική, η δημιουργία ουλών και τέλος η σχεδόν πάντα αναγκαία διενέργεια ορθοδοντικής θεραπείας. Στη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται κάποια σχετική έλλειψη χειρουργικών αποτελεσμάτων σύμφωνα με την παραπάνω τεχνική αποκατάστασης. Ωστόσο σύμφωνα με αυτές τις μελέτες φαίνεται ότι η μυική επαναδιαμόρφωση μπορεί ως ένα βαθμό να αναχαιτίσει τα προβλήματα αύξησης και διάπλησης που δημιουργούνται κατά την χειρουργική αποκατάσταση των χειλαιοσχιστών. Περαιτέρω έρευνες είναι απαραίτητες ώστε να διερευνηθούν τα ακριβή αποτελέσματα της τεχνικής αυτής και να συγκριθούν επαρκώς με ανάλογα αποτελέσματα άλλων τεχνικών.

(P187)

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΓΓΕΙΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΤΟΥ ΕΝΔΟΘΗΛΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Καλογεράκης Δημήτρης, Πέτρου Κυριάκος, Στεφανόπουλος Δημήτρης, Αναγνωστοπούλου Μαρία
Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Πανεπιστημίου Αθηνών

Το ενδοθήλιο είναι ο κύριος ρυθμιστής του αγγειακού τόνου, καθώς οσον απελευθερώνει αγγειοδραστικές ουσίες όπως είναι οι: EDRF (ενδοθηλιακός ασσταθτικός παράγοντας), EDHF (ενδοθηλιακός υπερηποθωτικός παράγων), προστακυκλίνη, ενδοθηλίνες και EDCF (ενδοθηλιακός συσπαστικός παράγων). Οι τρεις από αυτούς τους παράγοντες (ERDF, EDCF, ενδοθηλίνες) και ο EDCF που εξαρτάται από την κυκλοξυγενάση, παίζουν σημαντικό ρόλο στη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Ένας μεγάλος αριθμός πειραμάτων και κλινικών ερευνών, περιγράφει τα αυξημένα επίπεδα των ενδοθηλινών στο πλάσμα στην παραπάνω νόσο. Η μείωση της καρδιακής εξώθησης, η οποία συντελεί στην εξάτωση του μετατρεπτικού ενζύμου της αλδοστερόνης, αποτελεί και αυτή τμήμα του ευρύτερου μηχανισμού που περιγράφεται. Βέβαια, τα παραπάνω αποτελέσματα δεν έχουν ακόμη αποδειχθεί πλήρως, και απαιτούνται περαιτέρω μελέτες που να καθορίζουν κατά πόσο οι μηχανισμοί αυτοί μπορούν να στηρίξουν τις παραπάνω παθολογικές διεργασίες.



(P188)

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Λεονάρδου Π.Α.¹, Γκισάκης Ι.²

Συνεργάστηκαν οι φοιτητές: Ρήγα Μ., Διαμαντή Κ., Κονδύλη Μ., Ευαγγελινάκης Ν., Δημητρόπουλος Γ.

1. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, 2. Χειρ. Οδοντίατρος
Οι αρτηρίες και οι φλέβες ήταν αντικείμενο μελέτης από τότε που υπήρξε ενδιαφέρον για την ανατομική και φυσιολογική μελέτη. Η σημασία τους, ενώ δεν ήταν πάντα κατανοητή, ήταν βασικό ερώτημα από την αρχή.

Ο Γαλνός για παράδειγμα περιέγραψε την αορτή σαν ένα "κορμό διαιρούμενο σε πολλούς κλάδους και κλαδίσκους" οι οποίοι τροφοδοτούν το σώμα. Στην αρχή οι μελετητές δεν ήταν πάντα σίγουροι για το αν οι φλέβες και οι αρτηρίες εξυπηρετούσαν διαφορετικούς σκοπούς, αν και γρήγορα αντιλήφθηκαν ότι συμπεριφέρονται διαφορετικά όταν τέμνονται.

Κατά την παρουσίαση θα αναφερθούμε διεξοδικά στις γνώσεις από την Ελληνική αρχαιότητα, τη Γαλνική παράδοση και τη Βυζαντινή εποχή, το Μεσαίωνα και την Αναγέννηση και ειδικότερα σε αυτούς που προηγήθηκαν του William Harvey.

Τον Εμπεδοκλή, τον Ιπποκράτη, τον Αριστοτέλη, τον Ηρόφιλο, τον Ερασί-
στρατο, τον Γαλνό, τον Montino dei Luzzi, τον Leonardo da Vinci, τον An-
drea Vesalius και τον Marcello Malpighi.

(P189)

Η ΕΣΩ ΛΑΓΟΝΙΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΚΛΑΔΟΙ ΤΗΣ

Λάμπας Δ.Α.¹, Μαυρονάσιος Κ.², Τσιρώνη Χρ.², Λιασκοβίτης Β.²,
Παπακώστας Ι.², Γκισάκης Ι.³, Χρυσάνθου Χρ.², Καλλαντζόπουλος Α.²

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Νόνας Ε. και οι φοιτητές: Διάκος Ν.,

Γρίκα Ε., Παπασπυρίδη Δ., Μαίτη Ι., Περυσινάκης Η., Ευταξία Ε.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,

2. Ιατρός, 3. Οδοντίατρος

Η ποικιλομορφία στην έσω λαγόνιο αρτηρία με τους τοιχωματικούς και σπληχνικούς της κλάδους είναι πολύ μεγάλη και είναι δύσκολο να ταξι-
νομηθεί. Οι λόγιοι ανάγονται και στην εμβρυολογική εξέλιξη των αγγείων
της περιοχής. Το πλήθος των επεμβάσεων που γίνονται στην περιοχή μας
οδήγησε στην ανάληψη των παραλλήλων που ευρέθησαν την τελευταία
4ετία επί 100 πτωμάτων στην Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών.

Οι ευρείες ανατομικές τομές καθιστούσαν δυνατή την παρατήρηση και λε-
πτομερή παρασκευή. Από την αρχή θεωρήθηκε για λόγους απλοποίησης
σκόπιμο να μη γίνει διάκριση μεταξύ των περιπτώσεων όπου υπάρχει ξεκά-
θαρα σχηματισμένη κοινή λαγόνιος αρτηρία και των περιπτώσεων όπου ο
διχασμός σε έσω και έξω λαγόνιο γίνεται πολύ νωρίς στην κοιλιακή αορτή.
Διακρίναμε τις ακόλουθες περιπτώσεις:

1. Μονή έσω λαγόνιος (μόνο ένα στέλεχος) η οποία δίνει όλους τους
τοιχωματικούς και σπληχνικούς κλάδους, 12%.
2. Διπλή έσω λαγόνιος (διχασμός) και έκφυση των κλάδων από τα δυο
στέλεχη, 63%. Διακρίνονται υποπεριπτώσεις
 - Το οπίσθιο στέλεχος καταλήγει ως άνω γλυουτιαία αρτηρία, ενώ το
πρόσθιο καταλήγει ως κάτω γλυουτιαία και έσω αιδουϊκή, 37%.
 - Το πρόσθιο στέλεχος καταλήγει ως έσω αιδουϊκή αρτηρία, ενώ το
οπίσθιο δίνει την άνω και κάτω γλυουτιαία αρτηρία, 13%.
 - Όπως στην προηγούμενη περίπτωση, αλλά ο διχασμός του οπισθίου
κλάδου γίνεται μετά την έξοδό του από την πύλη διὰ του υπερα-
πιοειδούς τρήματος, 13%.
3. Τριχοτόμηση της έσω λαγονίου και στη συνέχεια έκφυση των κλάδων, 16%
4. Διαίρεση της έσω λαγονίου σε τέσσερις ή και περισσότερους κλάδους,
εκ των οποίων εκπορεύονται οι διάφοροι κλάδοι, 11%.

Οι παραλλαγές των κλάδων της έσω λαγονίου εξαρτώνται άμεσα από την
ποικιλομορφία της έσω λαγονίου. Ιδιαίτερη μελέτη έγινε στην θυροειδή αρ-
τηρία, η οποία αιματώνει μυσ του έσω θωρακικού τοιχώματος, ενώ δίνει
κλάδους προς την ηβική σύμφυση και την κεφαλή του μηριαίου. Οι παρα-
τηρήσεις αυτές θα παρουσιαστούν ξεχωριστά.

(P190)

ΕΚΦΥΣΗ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΕΠΙ 900 ΠΤΩΜΑΤΩΝ

Λάμπας Δ.Α.¹, Λεονάρδου Π.Α.², Γούλας Σ.³, Γκισάκης Ι.⁴, Μαίτη Α.³,
Καθαμπόκας Θ.³, Λουλακάς Ι.²

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Καρακούκης Ν. και οι φοιτητές:
Καραμάνου Α., Καραμάνου Σ., Χαχαριδάκης Γ., Χαχαριδάκη Α.,
Γεωργόπουλος Π., Διαμαντής Ν., Γιαννίρη Μ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,

2. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, 3. Ιατρός,

4. Οδοντίατρος

Στο πλαίσιο της διεξαγωγής μιας ευρείας γύρω από τη Χειρουργική Ανατο-
μική του τραχήλου, διερευνήσαμε τον τρόπο έκφυσης της σπονδυλικής
αρτηρίας, συμβάλλοντας έτσι στην ελαχιστοποίηση των κινδύνων κατά τη
χειρουργική της περιοχής.

Η μελέτη έγινε στην Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών και περιελάμβανε
900 πτώματα (470 άνδρες και 430 γυναίκες). Οι ευρείες τομές που έγιναν
κατά την νεκροτομή μας επέτρεπαν μετά την παρασκευή του αορτικού
τόξου και των υποκλειδίων αρτηριών να μελετήσουμε τον τρόπο έκφυσης
των σπονδυλικών αρτηριών.

Κατά τη στατιστική ανάλυση, ο τρόπος έκφυσης κατατάσσεται ως εξής:

- α) Συνήθης τρόπος (πριν το ΘυρεοΑυχενικό στέλεχος) 792/900 (88%) (ΣΧΗ-
ΜΑ 1),
- β) Από το διχασμό της κ. καρωτίδας 36/900 (4%) (ΣΧΗΜΑ 2),
- γ) Μαζί με το ΘΑ στέλεχος 18/900 (2%) (ΣΧΗΜΑ 3),
- δ) Μετά το ΘΑ στέλεχος 36/900 (4%) (ΣΧΗΜΑ 4),
- ε) Από το αορτικό τόξο 9/900 (1%) (ΣΧΗΜΑ 5),
- στ) Από την κ. καρωτίδα 9/900 (1%) (ΣΧΗΜΑ 6).

Παρατηρήσαμε τέλος ότι υπάρχει σχέση τρόπου έκφυσης με το μήκος λαι-
μού και το ημμόριο του τραχήλου (δηλ. παρατηρήσαμε ότι οι παραλλαγές
γίνονται συχνότερα δεξιά από αριστερά). Τέλος τα ευρήματα παραλή-
θουν ελαφρά με τα αναφερόμενα στη διεθνή βιβλιογραφία.

(P191)

ΔΙΧΑΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ

Λάμπας Δ.Α.¹, Τσιρώνη Χρ.², Λέκας Α.², Καραντώνης Η.², Μαυρονάσιος Κ.²,
Ρεβέντας Κ.³

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Λευκίδης Χ. και οι φοιτητές:
Λιναρδούτσος Δ., Γιαννόπουλος Α., Μανωλάς Γ., Καλήγερου Ε.,
Μητρογάγου Α., Παπαχρήστος Α., Ελένη Ε.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,

2. Ιατρός, 3. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η αναζήτηση, η καταγραφή και η παρου-
σίαση των παραλλαγών του Ύψους Διχασμού των Κοινών Καρωτίδων, στοι-
χείο που αποτελεί χρήσιμη γνώση για την κατανόηση και εξήγηση των
εικόνων των απεικονιστικών μεθόδων για το χειρουργό που επεμβαίνει
στην περιοχή των τραχηλίων.

Υλικό Μελέτης-Μέθοδος: Στα πλαίσια μιας εκτεταμένης μελέτης στην περιοχή
του τραχήλου, μελετήσαμε και παρουσιάζουμε τις πλούσιες σε ιδιομορφίες πα-
ραλλαγές του ύψους του Διχασμού των καρωτίδων. Η έρευνα πραγματοποιήθη-
κε σε 843 τραχήλους πτωμάτων στην Ιατροδικαστική υπηρεσία Αθηνών τα τε-
λευταία έτη. Οι συνθήκες έρευνας μας επέτρεψαν τη διενέργεια ευρέων ανατο-
μικών τομών. Μετά την νεκροτομή και την αφαίρεση των πρόσθιων και πλάγιων
μυών του τραχήλου εντοπίζαμε τις κοινές καρωτίδες.

Αποτελέσματα: Παρασκευάσαμε, παρατηρήσαμε, καταγράψαμε και φωτογραφί-
σαμε τις παρατηρήσεις. Από την ανάλυση προκύπτει ότι ο διχασμός γινόταν στο
ύψος του πρόσθιου φύματος της εγκάρσιας απόφυσης: α) του δεύτερου αυχενικού
σπονδύλου σε ποσοστό 1,5%, β) του τρίτου αυχενικού σπονδύλου σε ποσοστό
18%, γ) του τέταρτου αυχενικού σπονδύλου σε ποσοστό 70%, δ) του πέμπτου αυ-
χενικού σπονδύλου σε ποσοστό 8%, ε) του έκτου αυχενικού σπονδύλου 1% των
περιπτώσεων, ενώ σε μία περίπτωση η καρωτίδα Δε διχάζοταν.

Συμπεράσματα: Κατά την παρουσίαση θα αναφερθούμε στις σχέσεις του ύψους
Διχασμού με το φύλο, την ηλικία και το μήκος του τραχήλου.



(P192)

Η ΒΡΑΧΙΟΝΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ & Η ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΒΡΑΧΙΟΝΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ

Λάμπας Δ.Α.¹, Κορμά Κ.², Λιασκοβίτης Β.², Τσιρώνη Χρ.², Καλαμπόκας Θ.², Γκισάκης Ι.³, Φερεκίδου Ε.⁴

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Νόνας Ε. και οι φοιτητές: Πολιτικός Ι., Μίχας Γ., Κορδή Ε., Γιαννίρη Μ., Καραμάνου Α., Μαίλη Ι., Λυμπερόπουλος Ν., Αλεβίζος Μ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2. Ιατρός, 3. Οδοντίατρος, 4. Βιολόγος

Στο πλαίσιο της μελέτης των αρτηριακών παραλλαγών των άκρων μελετήσαμε τις αρτηριακές παραλλαγές των αρτηριών του άνω άκρου σε 100 πτώματα του Εργαστηρίου Περιγραφικής Ανατομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης των φοιτητών.

Στην παρούσα εργασία εξετάσαμε τη βραχιόνια και την επιπολής βραχιόνια αρτηρία. Επιπολής βραχιόνια καλείται η μείζων αρτηρία που βρίσκεται επιπολής του μέσου νεύρου. Μια τέτοια αρτηρία μπορεί να υποκαθιστά τη βραχιόνια ή να τη συμπληρώνει. Για λόγους μεθοδολογικούς θεωρήσαμε καλό να λάβουμε υπόψη στη μελέτη μας μόνο τις αρτηρίες και να αμελήσουμε μικρότερους κλάδους. Η επιπολής βραχιόνια αρτηρία εκφύεται συνήθως στο εγγύς τμήμα του βραχίονα και η πρακτική της σημασία συνίσταται στο γεγονός ότι συχνά η πορεία της οδηγεί στον πύλο, έμπροσθεν της απονεύρωσης του δικέφαλου βραχιόνιου. Έτσι μπορεί κάλλιστα να συγχυθεί με φλέβα και μια "ενδοφλέβιος" ένεση να έχει ολέθρια αποτελέσματα.

(P193)

ΑΡΤΗΡΙΕΣ ΤΗΣ ΡΑΧΙΑΙΑΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ

Λάμπας Δ.Α.¹, Λεονάρδου Π.Α.², Καλαμπόκας Θ.³, Γκισάκης Ι.⁴, Μαίλη Α.³, Λέκας Α.³, Ρεβέντας Κ.², Φερεκίδου Ε.⁵

Συνεργάστηκαν η Ιατροδικαστής Μαριαννού Σ. και οι φοιτητές: Μίχα Ε., Γκαργαλάνη Ε., Μπακογιάννης Κ., Κιολέογλου Χ., Γιαννόπουλος Λ., Λυμπερόπουλος Ν., Αλεβίζος Μ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, 3. Ιατρός, 4. Οδοντίατρος, 5. Βιολόγος

Σκοπός: Οι κακώσεις στη ραχιαία επιφάνεια της άκρας χειρός δεν είναι συχνές. Για την αποκατάστασή τους όμως, όταν συμβούν, χρειάζεται καλή γνώση της ανατομικής της περιοχής, ιδιαίτερα δε των παραλλαγών που συχνά υπάρχουν στο αρτηριακό δίκτυο της περιοχής, αν και η αγγείωση των δακτύλων γίνεται κυρίως από τους παλαμιαίους κλάδους.

Υλικό μελέτης-Μέθοδος: Η μελέτη έγινε στο εργαστήριο της Περιγραφικής Ανατομικής του Παν. Αθηνών κατά τα τελευταία έτη. Το υλικό μας αποτέλεσαν 90 πτώματα (180 άνω άκρα) από τα χρησιμοποιούμενα για την άσκηση των φοιτητών. Κατά τη διάρκεια της ετοιμασίας του πύλου και της άκρας χειρός παρασκευάζαμε την κερκιδική και ωλένια αρτηρία, τους ραχιαίους και τους μεσώστεους κλάδους. Φωτογραφίζαμε, καταγράφαμε και τέλως καταχωρούσαμε τα δεδομένα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή για να εξάγουμε τα συμπεράσματά μας.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματά μας τα κατατάξαμε ως εξής:

1. Οι μετακάρπιες αρτηρίες προέρχονται από τόξο που σχηματίζεται από αναστόμωση της κερκιδικής με τη ραχιαία μεσώστεα αρτηρία (94/180)
2. Οι ραχιαίες μετακάρπιες προέρχονται από τόξο που σχηματίζεται από αναστόμωση της κερκιδικής με την ωλένια αρτηρία (10/180)
3. Οι ραχιαίες μετακάρπιες προέρχονται από κερκιδιο-ωλένιο τόξο στο οποίο αναστομώνεται και η ραχιαία μεσώστεα αρτηρία (52/180)
4. Οι ραχιαίες μετακάρπιες προέρχονται από τόξο που σχηματίζεται μόνο από την κερκιδική αρτηρία (12/180)
5. Οι ραχιαίες μετακάρπιες προέρχονται από τόξο που σχηματίζεται από αναστομώσεις της ραχιαίας μεσώστεας με την ωλένια αρτηρία (8/180)
6. Δεν υπάρχει ραχιαίο τόξο (4/180)

Οι παραλλαγές τις οποίες διακρίναμε ήταν οι ακόλουθες:

- A. Μόνο μια βραχιόνια αρτηρία: 76%
 1. Η κλασική περίπτωση των βιβλίων της Ανατομικής: η βραχιόνια αρτηρία. Βρίσκεται όπισθεν του μέσου νεύρου, διασταυρούμενη κάτω από αυτό στον ανώτερο βραχίονα: 74%
 2. Ο σχηματισμός του μέσου νεύρου δεν είναι ο τυπικός στη μασχάλη, αλλά η αρτηρία περνά κάτω από αυτό: 2%
- B. Υπάρχει μόνο μια βραχιόνια αρτηρία: 10%
 1. Μια μείζων αρτηρία έμπροσθεν των δυο ριζών του μέσου νεύρου: 2%
 2. Η μείζων αρτηρία βρίσκεται πίσω από τις ρίζες του μέσου νεύρου, αλλά περνά μπροστά από αυτό στο βραχίονα: 4%
 3. Η ραχιαία αρτηρία περνά πίσω από το μέσο νεύρο στη ραχιαία πλευρά, αλλά διέρχεται πάνω από το νευρικό κλάδο μεταξύ μυοδερματικού & μέσου νεύρου: 2%
 4. Δεν υπάρχει ο κλασικός σχηματισμός του μέσου νεύρου από δυο ρίζες και η αρτηρία περνά πάνω από το μέσο νεύρο: 2%
- Γ. Δυο μείζονα αρτηριακά στελέχη: 14%
 1. Η μασχαλιαία αρτηρία διαιρείται σε δυο στελέχη εκ των οποίων το ένα πορεύεται προσθίως και το άλλο οπισθίως των ριζών του μέσου νεύρου: 5%
 2. Η ραχιαία αρτηρία διαιρείται σε δυο στελέχη, ένα εκ των οποίων πορεύεται έμπροσθεν του μέσου νεύρου: 9%

(P194)

ΑΝΑΤΟΜΟ-ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΓΑΓΓΛΙΩΝ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Λάμπας Δ.Α.¹, Λεονάρδου Π.Α.², Παπαδόπουλος Ν.¹

Συνεργάστηκαν ο Ιατροδικαστής Καρακούκης Ν. και οι φοιτητές: Ευαγγελινάκης Ν., Ρήγα Μ., Ντζιώρα Φ., Μίχας Γ.

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2. Ακτινολογικό Εργαστήριο "Λαϊκού" Νοσοκομείου

Μελετήσαμε στο Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών τη μορφολογία των βασικών γαγγλίων του εγκεφάλου. Ο στόχος μας δεν ήταν μόνο η θεωρητική γνώση της ανατομίας του εγκεφάλου, αλλά και η ενδεχόμενη χρήση των δεδομένων μας για συγκρίσεις με τις σύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους.

Το υλικό μας αποτέλεσαν 60 ημισφαίρια ανθρώπινων εγκεφάλων, από 15 άνδρες και 15 γυναίκες. Τα ημισφαίρια μετά το θάνατο και με κατάλληλη επεξεργασία διετμήσαν ανά 20 σε ομάδες οβελιαίων, εγκάρσιων και μετωπιαίων τομών και σε αριθμό και σε απόσταση, ανά 5 χιλιοστά μεταξύ των επιπέδων διατομής με βάση τα επίπεδα αναφοράς που χρησιμοποιούν οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι, ιδίως η μαγνητική τομογραφία. Κάποια από τα συμπεράσματά μας ήταν τα ακόλουθα.

Ο κερκοφόρος πυρήνας είναι ο πολυπλοκότερος σε μορφολογία (κεφαλή, σώμα, ουρά) και στην πορεία από όλους. Αποτυπώνεται κυρίως μεταξύ των οβελιαίων επιπέδων EA+5 έως EA+15, των εγκάρσιων EA ως EA+15 και των μετωπιαίων EA-10 έως EA+20. Έχει μέγιστες διαστάσεις της κεφαλής 34 (οβελιαίο EA+10) X 23 (εγκάρσιο EA+15) X 22,5 (μετωπιαίο EA+20) χιλιοστά.

Ο φακοειδής πυρήνας, με σφηνοειδές σχήμα, αποτυπώνεται κυρίως μεταξύ των οβελιαίων επιπέδων EA+10 έως EA+20, των εγκάρσιων EA ως EA+10 και των μετωπιαίων EA+20. Έχει μέγιστες διαστάσεις 27,5 (οβελιαίο EA+15) X 39 (εγκάρσιο EA+5) X 22,5 (μετωπιαίο EA+10). Το αμυγδαλοειδές σύμπλεγμα αποτυπώνεται κυρίως μεταξύ των οβελιαίων επιπέδων EA+5 έως EA+20, των εγκάρσιων EA-10 έως EA-20 και των μετωπιαίων EA έως EA+10. Και στα τρία επίπεδα διατομών έχει μέγιστο πάχος ομοιομερώς κυμαινόμενο από 3,5-11 χιλιοστά.

Ο ταινιοειδής πυρήνας αποτυπώνεται κυρίως μεταξύ των οβελιαίων επιπέδων EA+20 και EA+25, των εγκάρσιων EA και EA+15 και των μετωπιαίων EA και EA+20. Οι κάψες διαγράφονται σαφώς μόνο στις εγκάρσιες διατομές, στα άνωθεν του επιπέδου αναφοράς (EA) επίπεδα ως το EA+15. Περισσότερες λεπτομέρειες για τη διάταξη των πυρήνων θα παρουσιαστούν.

(P195)

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑ

Ματθαίου Δ., Χρηστίδης Δ., Μηλιώνης Χ., Μπαϊρακτάρη Ε., Σεφεριάδης Κ., Εθιόσφ Μ. Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Μελέτες έδειξαν ότι τα αυξημένα επίπεδα του ουρικού οξέος αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Ωστόσο, οι παθολογικοί μηχανισμοί που διέπουν τη συσχέτιση του ουρικού οξέος με τη στεφανιαία νόσο δεν έχουν πλήρως διευκρινισθεί. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η χορήγηση αντιλιπιδαιμικών παραγόντων, και ιδιαίτερα της φαινοφιμπράτης, μειώνει τα επίπεδα του ουρικού οξέος. Αντίθετα, ο αριθμός των δεδομένων σχετικά με την επίδραση των στατινών στα επίπεδα του ουρικού οξέος είναι περιορισμένος.

Σκοπός της μελέτης: Η εκτίμηση της επίδρασης της ατορβαστατίνης στα επίπεδα ουρικού οξέος σε ασθενείς με πρωτοπαθή υπερχοληστερολαιμία.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν 97 υπερχοληστερολαιμικοί ασθενείς (42 άντρες και 55 γυναίκες) ηλικίας 58,2 ± 8,1 ετών. Σε όλα τα άτομα της μελέτης προσδιορίστηκαν οι λιπιδαιμικές και οι μεταβολικές παράμετροι του ορού πριν, και 6 και 12 εβδομάδες μετά την χορήγηση ατορβαστατίνης (40 mg ημερησίως). Επιπρόσθετα, σε δείγμα ούρων προσδιορίστηκαν οι κλασματικές απεκκρίσεις του νατρίου και του ουρικού οξέος.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα του ουρικού οξέος συσχετιζόνταν θετικά με τα επίπεδα της ινσουλίνης και των τριγλυκεριδίων, και αρνητικά με τις τιμές της κλασματικής απεκκρίσεως του ουρικού οξέος (FEUA). Η χορήγηση της ατορβαστατίνης βελτίωσε τις τιμές των λιπιδίων του ορού, μείωσε σημαντικά τα επίπεδα του ουρικού οξέος, και είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των κλασματικών απεκκρίσεων του νατρίου και του ουρικού (πίνακας).

Πίνακας

Παράμετροι	Πριν τη θεραπεία	6 εβδ. μετά τη θεραπεία	12 εβδ. μετά τη θεραπεία	P
TC (mg/dL)	303.1 ± 56.9	187.9 ± 44.7	190.1 ± 45.1	<0.0001
LDL-C (mg/dL)	221.7 ± 53.3	119.7 ± 40.7	117.3 ± 39.8	<0.0001
TG (mg/dL)	168.3 ± 79.3	121.2 ± 57.4	117.0 ± 57.2	<0.0001
HDL-C (mg/dL)	47.8 ± 12.4	46.8 ± 10.6	49.5 ± 20.8	NS
Ινσουρίνη	9.5 ± 5.4	10.1 ± 5.6	10.3 ± 5.4	NS
HOMA	2.9 ± 2.5	3.1 ± 2.2	3.1 ± 2.4	NS
Ουρικό οξύ (mg/dL)	5.3 ± 1.6	4.9 ± 1.4	4.8 ± 1.4	<0.0001
FEUA (%)	10.6 ± 7.7	12.1 ± 7.5	11.7 ± 5.2	0.01
FENa (%)	1.1 ± 0.6	1.5 ± 1.4	1.4 ± 0.7	0.01

Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των μεταβολών του επιπέδου ουρικού οξέος και των μεταβολών των τιμών των λιπιδαιμικών παραμέτρων μετά τη θεραπεία. Συμπέρασμα: Η χορήγηση ατορβαστατίνης σε υψηλή δόση βελτιώνει το λιπιδαιμικό προφίλ, και προκαλεί σημαντική μείωση των επιπέδων του ουρικού οξέος αυξάνοντας την απέκκρισή του. Αυτή η ιδιότητα της ατορβαστατίνης είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου.

(P196)

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΛΑΙΟΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΑΦΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΝΑΣΚΑΦΕΣ ΣΤΗΝ ΠΛΑΤΕΙΑ ΚΟΤΖΙΑ

Πανταζή Αγγελική, Καρύδας Ανδρέας

Σκοπός της εργασίας: Η καταγραφή των οστών που βρέθηκαν σε επτά τάφους κατά τις ανασκαφές στην πλατεία Κοτζιά και η ανθρωπολογική μελέτη αυτών ώστε να προκύψουν πληροφορίες που αφορούν το φύλο και την ηλικία θανάτου των ατόμων στους οποίους ανήκαν οι σκελετοί. Επιπλέον, επιχειρείται μια εκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους βασισμένη σε αλλοιώσεις που παρατηρούνται στο σκελετό.

Υλικό και μέθοδοι: Το ανασκαφικό υλικό αξιολογήθηκε με βάση βιβλιογραφία από βιβλία ανατομίας και οστεολογίας, ανθρωπολογίας και παλαιοανθρωπολογίας. Η εργασία περιλαμβάνει λεπτομερείς φωτογραφίες από τα ευρήματα.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ότι οι ταφές είναι ως επί το πλείστον μονές και όχι ομαδικές και οι σκελετοί ανήκουν σε άτομα όλων των ηλικιών και των δύο φύλων, αν και σε ορισμένους τάφους τα λιγοστά ευρήματα επιτρέπουν μόνο υποθέσεις. Δύο σκελετοί παρουσιάζουν πολλαπά παθολογικά στοιχεία που επιτρέπουν μια αδρή εκτίμηση της κατάστασης της υγείας των ατόμων αυτών.

Συμπεράσματα: Με αφετηρία την εκτενή ανατομική μελέτη των ταφικών ευρημάτων και μέσω των δεδομένων που προσφέρει η ανθρωπολογική μελέτη αυτών από τις εν λόγω ανασκαφές προκύπτουν χρήσιμες πληροφορίες για τις συνθήκες διαβίωσης και την υγεία του παλαιότερου πληθυσμού, ενώ καθίσταται δυνατή η παρακολούθηση της εξελικτικής πορείας ασθενειών στην περιοχή. Ταυτόχρονα, η δημογραφική ανάλυση του πληθυσμού των αρχαίων νεκροταφείων δίνει πλούσια στοιχεία για τις συνθήκες και τις κοινωνικές δομές προηγούμενων εποχών.

(P197)

ΝΑΝΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ: ΟΤΑΝ Η ΚΛΑΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΝΤΡΕΥΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ, ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΡΑΦΟΥΝ ΙΣΤΟΡΙΑ

Φωτιάδης Παναγιώτης¹, Καλδούδη Ελένη²

1. Φοιτητής Ιατρικής Α' έτους, 2. Επίκουρος καθηγήτρια Φυσικής Ιατρικής Απεικόνισης / Τήλε - Ιατρικής Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να εισάγει τον φοιτητή / καθηγητή της Ιατρικής (και όχι μόνο) στην Νάνο-Επιστήμη, ένα ολοένα αναπτυσσόμενο πεδίο έρευνας στην Χημεία, την Φυσική και την Βιολογία με επαναστατικές εφαρμογές σε νέες τεχνολογίες. Επίσης, θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση όσον αφορά στις πιθανές εφαρμογές στον κλάδο της Ιατρικής καθώς και στα ηθικά διλήμματα εάν και όταν προκύπτουν από αυτές.

Υλικό και μέθοδοι: Για την εργασία αυτή αντλείται υλικό από τα μεγαλύτερα πανεπιστήμια του κόσμου που ασχολούνται ερευνητικά με το θέμα, καθώς και από ιδρύματα/οργανισμούς που υπάρχουν αποκλειστικά για αυτόν τον σκοπό, όπως το NNI (National Nanotechnology Initiative), όπως επίσης βιβλία, περιοδικά, άρθρα και έρευνες έγκριτων επιστημόνων ανά τον κόσμο που ασχολούνται με την νανοτεχνολογία, ενώ η εργασία αυτή αποτελεί κυρίως κριτική ανασκόπηση σε ένα γενικότερο πλαίσιο.

Αποτελέσματα: Είναι πλέον σαφές ότι υπάρχει μια διεθνής κινητοποίηση και ένα συνεχώς αυξανόμενο και μετακινούμενο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας προς τις κατευθύνσεις που υποδεικνύει η Νανοτεχνολογία.

Αν και αρκετά στοιχεία που συνθέτουν την καινούργια αυτή Επιστήμη είναι ακόμα μη-υπονοήσιμα, παρ' όλα αυτά το θεωρητικό υπόβαθρο υπάρχει και διαφαίνεται ότι είναι πλέον θέμα χρόνου για την πραγματοποίησή τους.

Συμπεράσματα: Οι εξελίξεις προχωρούν με βήμα ταχύ και ο σημερινός γιγάντιος αλλά και γενικότερα ο σημερινός άνθρωπος θα πρέπει να συνειδητοποιήσει την σημαντικότητα της Νάνο-Επιστήμης και τις αλλαγές που αυτή φέρνει, μεταβάλλοντας σημαντικά τον τρόπο και την ποιότητα της ζωής μας. Το νόμισμα αυτό όμως έχει δύο όψεις και θα πρέπει να συνοπλογοποιούνται όλες οι παράμετροι, κάτι που καθιστά επιτακτική την ανάγκη για συνεχή επαγρύπνηση ώστε να αποφευχθούν ενέργειες που θα προσβάλλουν τον πολιτισμό και τις αξίες μιας ελεύθερης και δημοκρατικής ανθρωπίνης φυλής.



(P198)

**ΒΡΑΧΥΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΙΣΧΙΟΥ
ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Κακαβελάκης Κωνσταντίνος, Τσιβούλης Στυλιανός, Βαρδάκη Χρυσάνθη,
Τζιοβάρης Κων/νος

*Συνεργάστηκαν: Καρτσωνάκη Μαρία, Μιχαλάκη Νίκη, Ανδρουλάκη Ζαχαρένια
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης & Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης*

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή, η ανάλυση και η αξιολόγηση των συνθηκών διαβίωσης, των υπηρεσιών φροντίδας και του προγράμματος αποκατάστασης που τυγχάνουν οι ασθενείς με κάταγμα στην περιοχή του ισχίου, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο αλλά επίσης και η υπόδειξη μεθόδων βελτίωσης της κατ' οίκον φροντίδας.

Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι: Μελετήσαμε αναδρομικά από τα αρχεία της Ορθοπαιδικής Κλινικής του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου 40 ασθενείς (μ.ο. ηλικίας 75,8 έτη), που το πρώτο 6μηνο του 2001 υπέστησαν κάταγμα χαμηλής ενέργειας στην περιοχή του ισχίου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω συνέντευξης και συμπλήρωσης δοκιμασμένου ερωτηματολογίου, το οποίο κατέγραφε συνθήκες και ανάγκες διαβίωσης πριν και μετά το κάταγμα όπως και επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής (χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα SF-36), ενώ επίσης έγινε αξιολόγηση των ασθενών σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής με βάση την κλίμακα Barthel. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκειμένου να συνοψιστούν τεκμηριωμένα μέτρα παρέμβασης στην πορεία αποκατάστασης που λαμβάνει χώρα στα πλαίσια της κοινότητας.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Το κάταγμα του ισχίου είναι πιθανώς η πιο δραματική συνέπεια της οστεοπόρωσης καθώς σχετίζεται με σημαντική θνησιμότητα - της τάξης του 5 με 20% - και νοσηρότητα που συνήθως προκαλεί υψηλό κόστος νοσηλείας και μακροχρόνια αποκατάσταση η οποία επηρεάζει σοβαρά τις φυσικές και ψυχοσυναισθητικές λειτουργίες αλλά και την κοινωνική ζωή του ασθενή. Αναδεικνύονται οι μεγάλες και πολυπληρεις ανάγκες των ασθενών με κάταγμα του ισχίου και το ανεπαρκές πρόγραμμα αποθεραπείας που ακολουθούν, ενώ τονίζεται η σκοπιμότητα ουσιαστικής επεξεργασίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας υγείας που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.

(P200)

ΟΓΚΟΙ ΚΥΗΣΕΩΣ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΗ ΤΟΥΣ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Κουκκίδου Θεοδώρα, Θεοδωρέλης Παναγιώτης

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την εμφάνιση όγκων κύησης στη στοματική κοιλότητα και να εξετάσει την πιθανή τους σχέση με το φύλο του εμβρύου.

Οι όγκοι κύησης είναι μεμονωμένοι όγκοι, οι οποίοι δε θα πρέπει να συγχέονται με το πυογόνο κοκκίωμα ή την γιγαντοκυτταρική επούλιδα, αν και εμφανίζουν ιστολογικές ομοιότητες. Η διαφορά τους έγκειται στο γεγονός ότι οι όγκοι κύησης μειώνονται σε μέγεθος ή ακόμα εξαφανίζονται χωρίς θεραπεία μετά τον τοκετό.

Εμφανίζονται συχνότερα τον τρίτο με τέταρτο μήνα κύησης. Είναι ανώδυνο, σκουρότερο χρώματος από τους γειτονικούς ιστούς όγκοι, των οποίων η επιφάνεια είναι συχνά εξελκωμένη και μερικές φορές αιμορραγεί. Συχνότερα εντοπίζονται στα ούλα και σε ορισμένες περιπτώσεις στη γλώσσα, στην υπερώα, στο βλεννογόνο και στα χείλη.

Εμφανίζονται σε συχνότητα 0,2 με 2,7 τοις εκατό. Ορισμένες έρευνες αναφέρουν ότι οι γυναίκες με επούλιδες κύησης πιο συχνά γεννούν αγόρια. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε ορμόνες οι οποίες περνούν στη μητέρα δια μέσου της πλακουντιακής επικοινωνίας.

(P199)

**ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ ΕΚΦΥΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΡΑΧΙΟΝΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ.
ΕΥΡΗΜΑ ΣΕ ΠΤΩΜΑ. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ**

Νάτσος Κ., Παρασκευάς Γ., Τότλης Τ., Γαργαβάνης Α., Σοφίδης Γ., Τσικάρης Π.
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής, Ιατρικό Τμήμα ΑΠΘ

Κατά τη διάρκεια των ανατομών που διενεργούνται στο Ανατομείο του Ιατρικού Τμήματος του ΑΠΘ στα πλαίσια της διδασκαλίας της Ανατομικής στους φοιτητές Ιατρικής και Οδοντιατρικής παρατηρήσαμε στο αριστερό άνω άκρο πτώματος γυναίκας 77 ετών την παρουσία μιας επιπολής κερκιδικής αρτηρίας που εκφυόταν από τη βραχιόνια αρτηρία 2.5 cm περίπου χαμηλότερα του τένοντα του πλάτυ ραχιαίου μυός και πορευόμενη ως επιπολής βραχιόνια αρτηρία αρχικά επί τα εντός και ακολούθως επιπολής και επί τα εκτός του μέσου νεύρου χορηγούσε πολλαπλά μυϊκά κλάδια στο δικέφαλο βραχιόνιο μυ. Στη συνέχεια η αρτηρία φερόταν στον πήχη επιπολής της ωλένιας απονεύρωσης του δικεφάλου και μεταξύ του κερκιδικού καμπήρα του καρπού και του βραχιονοκερκιδικού μυός για να μεταπέσει στην κερκιδική αρτηρία (επιπολής κερκιδική αρτηρία).

Η επιπολής κερκιδική αρτηρία ανευρίσκεται σε ποσοστό 14.27% ποσοστό κατά πολύ υψηλότερο συγκριτικά με εκείνο της επιπολής ωλένιας αρτηρίας που ανέρχεται σε 2.26%. Κατά την εμβρυϊκή διάπλαση των αρτηριών του άνω άκρου σχηματίζεται αρχικά ένα "αξονικό σύστημα" από το οποίο ακολούθως διαπλάσσονται οι υπόλοιπες αρτηρίες. Στο τελευταίο στάδιο της διάπλασης των αρτηριών διενεργείται αναστόμωση μεταξύ της βραχιόνιας και της επιπολής βραχιόνιας αρτηρίας με "απορρόφηση" του κεντρικού τμήματος της τελευταίας αρτηρίας οπότε και σχηματίζεται η κερκιδική αρτηρία. Στην περίπτωση μας συντελέστηκε παραμόνη του κεντρικού τμήματος της επιπολής βραχιόνιας αρτηρίας και "απορρόφηση" του αναστομωτικού κλάδου μεταξύ βραχιόνιας και επιπολής βραχιόνιας αρτηρίας. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στην "αιμοδυναμική επικράτηση" του επιπολής αρτηριακού συστήματος επί του εν τω βάθει συστήματος. Αυτό μπορεί να οφείλεται: 1. σε γενετικούς παράγοντες, 2. στη θέση του εμβρύου στη μήτρα, 3. στις πρώτες κινήσεις του άνω άκρου και 4. σε ασυνήθη ανάπτυξη του μυϊκού συστήματος του άνω άκρου.

Η γνώση της παρουσιαζόμενης παραλλαγής ενδιαφέρει το χειρουργό και γενικότερα τον κλινικό ιατρό γιατί η αρτηρία αυτή: 1. είναι περισσότερο ευάλωτη σε τραυματισμούς, 2. μπορεί να προκαλέσει προβλήματα κατά τον καθετηριασμό της βραχιόνιας αρτηρίας, 3. μπορεί λανθασμένα να εκληφθεί ως υποδόρια φλέβα οπότε υπάρχει ο κίνδυνος ενδαρτηριακής έγχυσης, 4. μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα κατά την αξιολόγηση αγγειογραφιών και 5. μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα κατά τη λήψη μυοδερματικών κρημών του αντιβραχίου.

(P201)

**ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΙΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΚΑΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ
ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΜΕΤΑΞΥ ΕΝΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ
(ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ) ΚΑΙ ΜΙΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
(ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑΣ)**

Κόκκαλη Στεφανία, Μπακοπούλου Σοφία

Σκοπός: Η εκτίμηση και παρουσίαση του συνόλου των θεμάτων που αφορούν την ίδρυση και λειτουργία μιας Υπηρεσίας Τηλεψυχιατρικής, μέσω της οποίας θα παρέχεται ψυχιατρική στήριξη σε Περιφερικό Κέντρο Υγείας από Κεντρική Ψυχιατρική Κλινική.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκε νεότερη βιβλιογραφία από ξένα επιστημονικά περιοδικά, βιβλιογραφία με τρέχοντα δεδομένα από την εμπειρία στην Ελλάδα, υλικό από σχετικές με Τηλεϊατρική πηγές του διαδικτύου και ιδιόχειρες σημειώσεις Καθηγητή. Ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το Σύνορο Ερωτήσεων HERMES.

Αποτελέσματα: Ο σχεδιασμός μέσω των ερωτήσεων HERMES και η ευρεία διάδοση των υπηρεσιών Τηλεϊατρικής βασίζεται στην υιοθέτηση προτύπων ποιότητας που εξασφαλίζουν τη συμβατότητα τόσο στο τεχνικό όσο και στο ιατρικό σκέλος της υπηρεσίας. Έτσι, προσεγγίστηκαν όλοι οι παράγοντες που εμπλέκονται στο σχεδιασμό, κατασκευή, εφαρμογή και λειτουργία της υπηρεσίας, ώστε αυτή να είναι ευρείας αποδοχής.

Συμπεράσματα: Η δημιουργία Τηλεψυχιατρικών Μονάδων στη χώρα μας είναι απαραίτητη, αφού υπάρχει διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση ψυχιάτρου μέσω δικτύου τηλεϊατρικής. Η Τηλεψυχιατρική συντελεί στη σαφή βελτίωση της πολυφαρμακίας και στη σωστή χρήση φαρμάκων από τους ψυχικά πάσχοντες, στην αύξηση της αξιοπιστίας των ασθενών και στην αποδοχή των παρεχόμενων υπηρεσιών στην περιφέρεια, στη βελτιστοποίηση των διαγνωστικών και θεραπευτικών χειρισμών των γενικών και αγροτικών ιατρών όσον αφορά την ψυχιατρική φροντίδα, στη δυνατότητα ενημέρωσης των ιατρών της περιφέρειας και στη συνεχιζόμενη ιατρική και νοσηλευτική εκπαίδευση.



(P202)

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΑ DRUG-ELUTING-STENTS

Πτηνοπούλου Α., Κυριακίδου Β., Νταλαπάσχα Μ., Μανωλόπουλος Ε.Γ.

Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Σκοπός: Ένα σημαντικό πρόβλημα της επεμβατικής καρδιολογίας που δεν έχει ακόμα αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά αφορά την επαναστένωση μετά από την τοποθέτηση των αγγειακών ναρθίκων (stents) με στεφανιαία αγγειοπλαστική. Πρόσφατα, έχει προταθεί ότι η επαναστένωση αυτή θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με τη χρήση stents που έχουν εμποτιστεί με φάρμακα (drug-eluting-stents). Η παρουσίαση των νεότερων δεδομένων από κλινικές μελέτες σχετικά με αυτό το θέμα είναι ο σκοπός αυτής της εργασίας.

Υλικό και μέθοδος: Ανασκόπηση δημοσιεύσεων στο Medline καθώς και άλλων πηγών στο διαδίκτυο.

Αποτελέσματα: Οι κυριότερες ουσίες που έχουν χρησιμοποιηθεί για τον εμποτισμό των stents είναι το χημειοθεραπευτικό πακλιταξέλη, το ανοσοκατασταλτικό rapamycin και η δεξαμεθαζόνη. Μια σειρά από κλινικές μελέτες στις οποίες αξιολογούνται τα φάρμακα αυτά ως προς τη φαρμακοκινητική, την ασφάλεια και την κλινική τους αποτελεσματικότητα βρίσκονται σε εξέλιξη είτε έχουν ήδη ολοκληρωθεί σε Ευρώπη, Αμερική και Ιαπωνία. Στις μελέτες αυτές περιλαμβάνονται οι: STRIDE, TAXUS I-IV, ELUTES, ASPECT, DELIVER, RAVEL, SIRIUS, ACTION, EVIDENT. Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής ευρήματα: α) η RAVEL έδειξε ότι stents εμποτισμένα με rapamycin εμφάνιζαν 0% επαναστένωση ένα χρόνο μετά την τοποθέτησή τους, β) η TAXUS I έδειξε ότι stents εμποτισμένα με πακλιταξέλη εμφάνιζαν επίσης 0% επαναστένωση ένα χρόνο μετά την τοποθέτησή τους, γ) η STRIDE έδειξε ότι stents εμποτισμένα με δεξαμεθαζόνη εμφάνιζαν πολύ χαμηλό ποσοστό επαναστένωσης (13,3%) 6 μήνες μετά την τοποθέτησή τους.

Συμπέρασμα: Από τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει ότι η χρησιμοποίηση των drug-eluting-stents είναι ιδιαίτερα επωφελής στην επεμβατική θεραπεία και πιθανόν θα δώσουν οριστική λύση στο πρόβλημα της επαναστένωσης μετά από αγγειοπλαστική παρέμβαση.

(P204)

ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΠΑΝΩ ΣΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΓΛΥΦΙΚΑ

Συγγραφείς – Ερευνητές: α) Λιάσκα Μαριάνθη β) Τσαρουχά Ελένη

Η πληθυσμιακή έρευνα αποσκοπεί με την σύγκριση γενετικών χαρακτηριστικών που δημιουργούν το ανθρώπινο φαινότυπο, στην απόδειξη της γενετικής επικοινωνίας και στην αναζήτηση συγγενικών σχέσεων μεταξύ πληθυσμών με άδυνα την γεωγραφική κατανομή τους. Η παρούσα έρευνα εξετάζει το σύστημα των δερματογλυφικών με τη βοήθεια των ερσιτημών, της γενετικής, της φυσικής ανθρωπολογίας και της ανθρωπογεωγραφίας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μαθήματος "Φυσική Ανθρωπολογία" σε μια ομάδα 250 ατόμων, φοιτητών της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, των οποίων τα δακτυλικά αποτυπώματα συλλέχθηκαν και μελετήθηκαν με πίστη στη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων. Κατόπιν έγινε ταυτοποίηση σύμφωνα με τους βασικούς δερματογλυφικούς τύπους και σύγκριση ως προς τη γεωγραφική κατανομή:

Στην πληθυσμιακή έρευνα ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η κατανομή των 250 ατόμων με καταγωγή από τη Βόρεια, Κεντρική και Νότια Ελλάδα. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα:

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΤΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΓΛΥΦΙΚΩΝ ΤΩΝ ΔΑΚΤΥΛΩΝ

	ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ %	ΚΟΛΠΟΕΙΔΗΣ ΤΥΠΟΣ %	ΤΟΞΟΕΙΔΗΣ ΤΥΠΟΣ %
ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ	44,44	48,88	6,66
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	50,00	43,00	7,00
ΝΟΤΙΑ ΕΛΛΑΔΑ	33,18	59,09	7,72
ΣΥΝΟΛΟ	39,75	52,92	7,31

Παρατηρείται αυξημένη συχνότητα του περιστροφικού τύπου στην Κεντρική Ελλάδα, του κοίλοειδούς στη Νότια Ελλάδα και μία σχετική αύξηση του τοξοειδούς καθώς κινούμαστε από τη Βόρεια προς τη Νότια Ελλάδα.

Θεωρήθηκε σκόπιμο να γίνει σύγκριση της ομάδας των φοιτητών από τη Νότια Ελλάδα με την έρευνα στον πληθυσμό της Πελοποννήσου του καθηγητή Φυσικής Ανθρωπολογίας του Ε.Κ.Π.Α. κ. Θ. Κ. Πίτσιου και σε συνεργασία με τον προαναφερθέντα καθηγητή. Η σύγκριση έγινε με βάση τη στατιστική δοκιμασία χ^2 οπότε και διαπιστώθηκε η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της μελέτης.

Επαγωγικά σκεπτόμενοι καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως οι διάφοροι τύποι των δερματογλυφικών ποικίλουν ανάλογα με τη γεωγραφική τους προέλευση αντικατοπτρίζοντας την ποικιλογένεση των γενετικών τόπων. Το γεγονός αυτό διευκολύνει την ταξινόμηση των ανθρώπων σε υποπληθυσμούς για την ειδικότερη και αποτελεσματικότερη μελέτη τους.

(P203)

ΑΥΣΗΜΕΝΗ ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΜΕ ΑΝΑΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ, ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (MDS)

Μπουραντάς Δ., Πεσσάς Η., Καθαμπόκη Β., Αλυμάρα Β., Χάιδος Α.,

Μπουραντάς Κ.Α.

Αιματολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Σκοπός: Η εκτίμηση της επίδρασης που ασκεί η ανασυνδυασμένη ανθρώπινη ερυθροποιητίνη στα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης σε αναιμικούς ασθενείς με MDS.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Μελετήσαμε 47 ασθενείς με αναιμία και MDS. (29 άνδρες και 18 γυναίκες που διαγνώστηκαν και υποβλήθηκαν σε θεραπευτική αγωγή στην κλινική μας τα τελευταία 4 χρόνια). 32 από αυτούς είχαν ανθεκτική αναιμία (RA), 4 είχαν ανθεκτική αναιμία με δακτυλιοειδείς ερυθροβλάστες (RARS), 2 είχαν ανθεκτική αναιμία με περίσσεια βλαστών (RAEB), 7 είχαν ανθεκτική αναιμία με περίσσεια βλαστών σε εξελισσόμενη (RAEB-t), και 2 είχαν χρόνια μυελομονοκυτταρική λευχαιμία (CMML). Η μέση τιμή της Hb που είχαν όλοι αυτοί οι ασθενείς, προ της χορήγησης ΕΡΟ ήταν 10,2 gr/dl (Εύρος: 7,6 ως 12 gr/dl). ΕΡΟ χορηγήθηκε ενδοφλεβίως σε δόσεις των 150 U/kg x 3 φορές/βδομάδα και η απάντηση των επιπέδων της Hb εκτιμήθηκε μετά από 12 εβδομάδες και ξανά μετά από 6 μήνες από την έναρξη της θεραπείας. Ως μέγιστη απάντηση στη θεραπεία ορίστηκε κάθε αύξηση της τιμής της Hb μεγαλύτερη ή ίση των 2 gr/dl, ενώ ως ελάχιστη απάντηση στη θεραπεία ορίστηκε κάθε αύξηση της τιμής της Hb τουλάχιστον κατά 1 gr/dl.

Αποτελέσματα: Με βάση τα παραπάνω κριτήρια που ορίστηκαν, 32 ασθενείς (68%) απάντησαν στη θεραπεία με ΕΡΟ. Από αυτούς, 19 ασθενείς (40,4%) απάντησαν σημαντικά στη θεραπεία και 13 ασθενείς (27,6%) απάντησαν ελάχιστα. Οι υπόλοιποι 15 ασθενείς (32%) δεν απάντησαν καθόλου στη θεραπεία. Επίσης, από τους 19 ασθενείς που απάντησαν σημαντικά στη θεραπεία, 18 είχαν RA και 1 είχε RARS. Από τους 13 ασθενείς που απάντησαν ελάχιστα στη θεραπεία, 6 είχαν RA, 3 είχαν RARS, 1 είχε RAEB και 3 είχαν RAEB-t. Όταν 6 μήνες μετά από την έναρξη της θεραπείας ξαναμελετήθηκαν οι τιμές της Hb, παρατηρήθηκε πως αυτές παρέμειναν ίδιες ή ελαφρώς αυξημένες σε 17 ασθενείς από τους 32 που απάντησαν στη θεραπεία (53%). Οι υπόλοιποι ασθενείς, χρειάστηκε να τους χορηγηθεί ΕΡΟ σε μεγαλύτερες δόσεις της τάξης των 150 U/kg x 4-6 φορές/βδομάδα.

Συμπεράσματα: Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, στη θεραπεία με ανασυνδυασμένη ανθρώπινη ερυθροποιητίνη ασθενών με αναιμία και MDS, φάνηκε πως 68% των ασθενών απάντησαν στη θεραπεία και 53% των ασθενών είχαν διαρκή απάντηση σ' αυτήν.

(P205)

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΜΕ
ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΦΑΣΜΑΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ.

Βεργουλιδου Μ.1, Πατρίδας Δ.1, Αρτέμης Δ.1, Κυριακίδου Β.1, Τερσενίδου Α.2, Φερδύ Ε.2, Βρετζάκης Γ.2

1: Φοιτητές Ιατρικής Δ.Π.Θ 2: Καρδιοαναισθησιολογική Ομάδα Γ.Π.Ν. Αλεξανδρούπολης

Ο διφασματικός δείκτης (BIS) αποτελεί παράμετρο που ποσοτικοποιεί το βάθος ύπνωσης. Η μελέτη σχεδιάστηκε για να προσδιοριστεί η επίδραση του BIS στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και στους αναισθησιολογικούς χειρισμούς κατά την καρδιοαναίσθησία.

Σε 68 ασθενείς (αορτοστεφανιαία παράκαμψη = 47, αντικατάσταση βαλβίδας = 17, παράκαμψη + βαλβίδα = 4), χωρισμένους τυχαία σε 2 ομάδες, καταγράφηκε «παράλληλο» διάγραμμα αναισθησίας από παρατηρητή που είχε διαρκή πρόσβαση στην τιμή BIS. Στην πρώτη ομάδα (n=32) ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος δεν είχε καμία ενημέρωση για την τιμή BIS. Στη δεύτερη (n=36) ο παρατηρητής είχε δυνατότητα να ενημερώνει τον υπεύθυνο αναισθησιολόγο για την τιμή BIS, όταν έκρινε χρήσιμο. Το αναισθητικό σχήμα και το monitoring ήταν ίδια. Αναλύθηκαν οι κατανομές BIS, ο αριθμός ενημερώσεων για την τιμή του και οι ενέργειες που προέκυψαν. Στατιστική ανάλυση: two-tailed/t-test.

Τα σωματομετρικά, υποκείμενη παθολογία και χρόνος αορτικού αποκλεισμού δεν διέφεραν στις 2 ομάδες. Στην Α, η τιμή BIS θεωρήθηκε χρήσιμη από τον παρατηρητή σε 154 περιπτώσεις (4,81 ± 1,57/ ασθενή). Στην Β ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος ενημερώθηκε για το BIS σε 117 περιπτώσεις (3,25 ± 1,31/ ασθενή, p=3.34 E-0,5). Σε 92 των παραπάνω (78,6%) ελήφθησαν μέτρα όπως: τιτλοποίηση των αναισθητικών (70,6%) των αγγειοδραστικών (7,6%), και των δύο (11,9%), ή άλλα μέτρα (9,7%). Η κατανομή BIS (A=37,34 ± 10,20 B= 37,2 ± 10,0 p=0,959) και οι κατανομές BIS/Zenith BIS/ Nadir δεν διέφεραν στατιστικά (p=0.599 και p=0,581). Ο χρόνος αποδισωλήνωσης ήταν ανάλογος και στις δύο ομάδες.

Το γεγονός ότι η πληροφόρηση BIS στη Β οδήγησε σε μέτρα και ελάττωσε τη συχνότητα που θεωρήθηκε ωφέλιμη αποδεικνύει τη χρησιμότητά του. Ωστόσο, για ειδικούς λόγους και όπως φαίνεται από τις συνοδικές κατανομές στις δύο ομάδες, δύσκολα υποστηρίζεται ότι η χρήση του BIS είναι απαραίτητη στις επεμβάσεις αυτές.



(P206)

ΒΙΟΑΙΜΟΡΡΕΟΛΟΓΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΔΙΑΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ: ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Πέτρος Κίκας, Ελένη Χατζηνικολάου-Κοτσάκου, Δημήτριος Ι. Χατσέρας
Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Π. Π. Γ. Ν. Αλεξανδρούπολη

Εισαγωγή: Προηγούμενες μελέτες απέδειξαν διάφορες αιμορρολογικές διαταραχές σε επιβιώσαντες από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Πάντως δεν έχει τεκμηριωθεί ακόμη, τυχόν συσχέτιση μεταξύ αυτών των διαταραχών και της κλινικής έκβασης αυτών των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εκτιμήσει τη συσχέτιση, σε επιβιώσαντες από διατοίχωματικό ΟΕΜ (45 πρόσθιο και 35 κατώτερο) παρακολουθήθηκαν για 30 μήνες. Καταγράφηκαν τα ακόλουθα ΚΑΕ: καρδιαγγειακός θάνατος, ΟΕΜ, ασταθής στηθάγχη, ΑΕΕ, θρομβοεμβολικά επεισόδια. Οι ακόλουθοι βιοαίμορρολογικοί δείκτες υπολογίστηκαν κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο: ινωδογόνο, απόλυτος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (ΛΑ), τα επίπεδα της πρωτεΐνης C, η μέση κατανομή των ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΜΚΕΑ).

Μέθοδος: Ουδόντα ασθενείς (55 άνδρες), μέσης ηλικίας 57 ± 14 έτη, επιβιώσαντες από διατοίχωματικό ΟΕΜ (45 πρόσθιο και 35 κατώτερο) παρακολουθήθηκαν για 30 μήνες. Καταγράφηκαν τα ακόλουθα ΚΑΕ: καρδιαγγειακός θάνατος, ΟΕΜ, ασταθής στηθάγχη, ΑΕΕ, θρομβοεμβολικά επεισόδια. Οι ακόλουθοι βιοαίμορρολογικοί δείκτες υπολογίστηκαν κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο: ινωδογόνο, απόλυτος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (ΛΑ), τα επίπεδα της πρωτεΐνης C, η μέση κατανομή των ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΜΚΕΑ).

Στατιστική Ανάλυση: Χρησιμοποιήθηκε το t-test, οι καμπύλες επιβίωσης κατά Kaplan-Meier, και η σταδιακή εξάρτηση του Cox.

Αποτελέσματα: 1) Ασθενείς που είχαν ένα τουλάχιστον ΚΑΕ (n=24) κατά την διάρκεια της παρακολούθησης των 30 μηνών, είχαν μεγαλύτερο απόλυτο αριθμό ΛΑ, (p<0.01), χαμηλότερη τιμή πρωτεΐνης C, (p<0.01), και χαμηλότερη ΜΚΕΑ (p<0.01).

2) Ασθενείς με αριθμό ΛΑ > 50% της φ.τ είχαν 7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ΚΑΕ (p<0.01).

3) Ασθενείς με πρωτεΐνη C < 50% της φ.τ είχαν 8 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ΚΑΕ, ενώ ασθενείς με επίπεδα > 75% δεν είχαν ΚΑΕ (p<0.01).

4) Για την ΜΚΕΑ > 14.5 ήταν όριο διαχωρισμού ασθενών με 6 φορές μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης ΚΑΕ (p<0.04).

5) Πολλαπλασιαστική ανάλυση απέδειξε τον απόλυτο αριθμό των ΛΑ και την τιμή της πρωτεΐνης C ανεξάρτητους προγνωστικούς δείκτες ΚΑΕ. (p<0.05).

Συμπεράσματα: Στην ομάδα των ασθενών με διατοίχωματικό ΟΕΜ που μελετήσαμε καταδείχτηκε συσχέτιση μεταξύ βιοαίμορρολογικών δεικτών και της καμπύλης εμφάνισης ΚΑΕ κατά την παρακολούθηση των 30 μηνών.

(P207)

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ (ΕΡΓΟΣΠΙΡΟΜΕΤΡΙΑ)

Σ. Γεννηματά, Γ. Παρασκευάκου, Ν. Χατζηζαχαριάς

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση νεότερων δεδομένων αναφορικά με την δοκιμασία άσκησης ή καρδιοαναπνευστική δοκιμασία άσκησης ή εργοσπιομετρία. Ενδείκνυται στη διερεύνηση της δύσπνοιας, για την εκτίμηση της πνευμονικής λειτουργίας και για προεγχειρητική ή μετεγχειρητική εκτίμηση. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στις αντενδείξεις που μπορεί να έχει κάποιος για την έναρξη της δοκιμασίας και στα φάρμακα που πρέπει να διακοπούν πριν τη δοκιμασία. Κατά τη δοκιμασία πραγματοποιούνται συνεχείς μετρήσεις όπως ΗΚΓ, αρτηριακή πίεση και αέρια αίματος. Οι εργομετρικές συσκευές που χρησιμοποιούνται για την άσκηση είναι ο κυλιόμενος διάδρομος και το ποδήλατο. Τα πρωτόκολλα που χρησιμοποιούνται περισσότερο είναι του Bruce και του Balke όσον αφορά τον κυλιόμενο τάπητα, και του Jones όσον αφορά το ποδήλατο. Η εκτίμηση της αναπνευστικής λειτουργίας πραγματοποιείται με βάση την καρδιακή λειτουργία (μέγιστη άσκηση), το σημείο του ανασπνέου ούδου (αερόβια άσκηση) και τον τύπο του αερισμού. Τέλος, αξιολογούνται τα συμπτώματα που είναι υπεύθυνα για τη διακοπή και τον περιορισμό της άσκησης.

(P208)

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ ΣΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Τσίρμπα Ιωάννα, Δαληβίγκας Ιωάννης, Παναγοπούλου Παναγούλα, Σταυρόπουλος Σπύρος, Τσιμπιδά Μαρία, Αντωνίου Βασιλική, Σολδάτος Ρήγας, Μπαφαλούκος Παναγιώτης, Κοκκόρη Ζωή, Κελεσιδής Ιωσήφ, Κελεσιδής Θεόδωρος, Τραχανάς Κώστας, Μπούκα Κατερίνα.

Οι εμβολιασμοί είναι ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της βιοϊατρικής έρευνας και τεχνολογίας και κατέχουν προεξάρχουσα θέση μεταξύ των μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας. Προστατεύουν το εμβολιαζόμενο άτομο από τη δυνητική ανάπτυξη λοιμωδών νοσημάτων, παρέχοντας του ατομική ανοσία, και μειώνουν τη διασπορά των λοιμώξεων στην ευρύτερη κοινότητα με το μηχανισμό της συλλογικής ανοσίας.

Τα εμβόλια είναι ειδικοί ανοσοποιητικοί παράγοντες (αντιγόνα), που χωρίς ή με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες, προκαλούν ενεργητική ανοσοποίηση (ενεργή ανοσία) με αποτέλεσμα την παραγωγή αντισωμάτων, που μας προφυλάσσουν οδικά ή μερικά, μόνιμα ή παροδικά, από τις ασθένειες που προκαλούν οι αντίστοιχοι παθογόνοι παράγοντες.

ΘΕΜΑ-ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα έλαβε χώρα τον Ιούνιο του 2002 σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 105 φοιτητών και είχε ως θέμα την καταγραφή των εμβολιασμών των φοιτητών της Ιατρικής Σχολής Αθηνών.

Στόχος της έρευνας ήταν η μελέτη της εμβολιαστικής κάλυψης των φοιτητών και η λήψη χρήσιμων πληροφοριών, όσον αφορά στη διενέργεια εμβολιασμών σύμφωνα με το συνιστώμενο σχήμα εμβολιασμού στη χώρα μας.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εργασία ήταν τα εξής:

- Υψηλή κάλυψη για τους τύπους εμβολίων παιδικής ηλικίας και χαμηλότερη για τους τύπους με αναμνηστική δόση ή κατά την εφηβεία και την ενηλικίωση.
- Ενημέρωση σε θέματα εμβολιασμών 100%

Συνεπώς τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την εργασία αφορούσαν στο υψηλό επίπεδο ενημέρωσης των φοιτητών Ιατρικής Αθηνών, στο υψηλό επίπεδο κάλυψης για τους τύπους εμβολίων της παιδικής ηλικίας και στο χαμηλότερο επίπεδο κάλυψης για τους τύπους εμβολίων με αναμνηστικές δόσεις ή κατά την εφηβεία και την ενηλικίωση.

(P209)

ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Τσίρμπα Ιωάννα, Δαληβίγκας Ιωάννης.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί αξιοσημείωτη πρόοδος στη γενετική του καρκίνου και η κυτταρογενετική έχει μετατραπεί σ' ένα βασικό πεδίο έρευνας. Η γενετική βάση των νεοπλασιών έχει εδραιωθεί και οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες θεωρούνται κρίσιμες στην παθογένεση του καρκίνου. Η ταυτοποίηση των επαναλαμβανόμενων κυτταρογενετικών αλλαγών έχει κλινικές εφαρμογές στη διάγνωση και πρόγνωση ή ακόμα και στην παροχή δεικτών για τις υπολειμματικές νόσους.

Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της εργασίας ήταν η ανεύρεση πληροφοριών που συσχετίζουν τις χρωμοσωμικές ανωμαλίες με την ογκογένεση. Πράγματι βρέθηκε ότι:

- Η πρόσφατη ανάπτυξη των καινοτομικών τεχνικών της μοριακής κυτταρογενετικής, που ενσωματώνουν μεθόδους της μοριακής βιολογίας και της κυτταρογενετικής, έχει αποτελέσει όργανο παροχής νέων αντιλήψεων σε πολλά θέματα της ογκογένεσης.
- Οι χρωμοσωμικές ατυπίες μπορεί να είναι αριθμητικές ή δομικές.
- Είναι σημαντικό ν' αναγνωρίζονται και να διακρίνονται οι πιο σχετικές κυτταρογενετικές ανωμαλίες σε κάθε υποτύπο καρκίνου, μια και μπορεί να οδηγούν σε καλύτερη κατανόηση της παθοβιολογίας του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες έχουν συσχετισθεί με την ανάπτυξη του καρκίνου από την αρχή του αιώνα, αλλά ως ιδέα έχει κερδίσει την αποδοχή τις τρεις τελευταίες δεκαετίες χάρη στην πρόοδο που έχει επιτευχθεί στην Κυτταρογενετική και Μοριακή Βιολογία. Ο Dr. Sandberg και οι συνεργάτες του έχουν προβλέψει ότι στο άμεσο μέλλον η θεραπεία των ασθενών με καρκίνο θα καθορίζεται από την κυτταρογενετική και τη γενετική της ασθένειας, ενώ ήδη βλέπουμε ότι οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες σχετίζονται, σε διάφορες περιπτώσεις, με τη χαμηλή πρόγνωση, με την εξέλιξη όγκων σε κακοήγεις μορφές είτε με την ταυτοποίηση του καρκινικού τύπου.



(P210)

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ STRESS ΣΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Π.Γρίβας, Π.Καλληδόνης, Π.Κολυβίρας

Σκοπός της έρευνας: Συγκριτική αξιολόγηση των βασικότερων προτεινόμενων μηχανισμών, βάσει των οποίων το ψυχολογικό stress μειώνει την άμυνα του οργανισμού.

Υλικά και μέθοδος: Γίνεται ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, με έμφαση στις τελευταίες δημοσιευμένες έρευνες οι οποίες τεκμηριώνουν επαρκώς τις διάφορες εναλλακτικές υποθέσεις.

Αποτελέσματα: Οι επικρατέστεροι μεταξύ των ερευνητών μηχανισμοί, με τους οποίους το stress θα μπορούσε να καταστείλει το ανθρώπινο ανοσοποιητικό σύστημα φαίνεται να είναι οι εξής: α. Μειωμένη ενεργότητα NK κυττάρων (φυσικοί φονείς) και μειωμένος πολλαπλασιασμός λεμφοκυττάρων για παραγωγή πλάσμα-τοκυττάρων. β. Μείωση των NK κυττάρων και των λεμφοκυττάρων στο περιφερικό αίμα και μειωμένη απόκριση αυτών σε μιτογόνα ερεθίσματα. γ. Διάφορες νευροχημικές αλληλεπιδράσεις που συμβαίνουν όταν ο οργανισμός εκτίθεται στο stress, όπως η ενεργοποίηση βιοχημικών οδών στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης, η αλληλεπίδραση ισορροπίας μεταξύ διαφόρων νευροπεπτιδίων καθώς και η αύξηση του μεταβολισμού των μονοαμινών θα μπορούσαν να συνεπάγονται την εξάντληση των εφεδρειών του οργανισμού και τη μεγαλύτερη ευαισθησία στις λοιμώξεις. δ. Η ενεργο-

ποίηση των αντιφλεγμονωδών παραγόντων (IL-6, IL-10) που μειώνει τη συστηματική φλεγμονώδη απόκριση (SIRS). ε. Ερευνάται ο ρόλος της IL-1 ως διαμεσολαβητού της διαντίδρασης νευρικού - ανοσοποιητικού συστήματος. Ειδικά ερευνάται η διαταραχή στο μεταβολικό μονοπάτι της σφιγγομυελίνης και ειδικότερα του κομβικού ενζύμου σφιγγομυελινάσης, μέσω του οποίου ασκείται η δράση της IL-1b στα λεμφοειδή κύτταρα στόχους κατά τη διάρκεια της ανοσολογικής απόκρισης, εξαιτίας του stress. στ. Κεντρικό ρόλο στις βιοχημικές αλληλεπιδράσεις που επιφέρει το stress έχει η διαταραχή στη μετανάστευση και κυρίως στην επιβίωση των λεμφοκυττάρων. Κομβικός είναι ο ρόλος της απόπτωσης των λεμφοκυττάρων μέσω της επίδρασης ενδογενών οπιοειδών τα οποία ενεργοποιούν και αυξάνουν την έκφραση μορίων FAS στη μεμβράνη των λεμφοκυττάρων. Η αλληλεπίδραση FAS με FAS ligand (προσδέκτης FAS) συμμετέχει στην απόπτωση των λεμφοκυττάρων και άρα στη μείωση του αριθμού τους. Στη διαδικασία ενέχονται και τα μονοκύτταρα δίνοντας μήνυμα στα λεμφοκύτταρα για απόπτωση.

Συμπεράσματα: Εξαιτίας της πολυπλοκότητας των παραπάνω προτεινόμενων μηχανισμών είναι δύσκολο να συμπεράνουμε πως πραγματικά καταστέλλεται το ανοσοποιητικό σύστημα από το stress. Όλες οι παραπάνω απόψεις έχουν την προοπτική να επικυρωθούν με επιπλέον μελέτες στο μέλλον. Η άποψη της διαταραχής στην επιβίωση των λεμφοκυττάρων είναι η μέχρι στιγμής καλύτερα τεκμηριωμένη συγκριτικά, τόσο με αντικειμενικές μετρήσεις όσο και με δημιουργία πειραματικών μοντέλων σε ποντίκια.

Σ Η Μ Ε Ι Ω Σ Ε Ι Σ

Σ Η Μ Ε Ι Ω Σ Ε Ι Σ



**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΜΑΪΟΣ 2003

**Ειδική έκδοση στα πλαίσια του
9ου ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΕΚΤΥΠΩΣΗ
ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.**