



ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

Εταιρεία Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος

2ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ Π.Φ.Υ.



Θα Χορηγηθούν **21** Μόρια (CME-CPD Credits)
Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης
από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Συλλογο

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

28 Φεβρουαρίου - 2 Μαρτίου 2020

Ξενοδοχείο Grand Serai
Ιωάννινα



CONGRESS WORLD ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΙΚΕ
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 ΑΘΗΝΑ,
Τηλ. 210 72 10001, 210 72 10052
www.congressworld.gr, info@congressworld.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

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

ΕΞΕΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

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

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αγραφιώτης Γ.	Δήμου Ν.	Μαντζουράνης Γ.	Πάτσιου Α.
Αλεξανδρόπουλος Θ.	Κακαβίτσας Φ.	Μανώλης Α.	Παύλου Ι.
Βαβάκας Α.	Κανταρτζής Ε.	Μαρκόπουλος Γ.	Πετρίδης Δ.
Βασιλειάδου Δ.	Καπαγερίδου Μ.	Μάρτου Μ.	Πουργιατζίδου Α.
Βενετσάνος Α.	Καπάντας Ι.	Μέλλος Χ.	Σταυρίδης Χ.
Βίλδου Μ.	Καρανάσιος Δ.	Μεραμβελιωτάκης Μ.	Στεφανίδου Μ.
Βιτουλαδίτης Ι.	Καρπούζη Α.	Μπακόλα Μ.	Συμεωνίδης Α.
Βουτσελά Δ.	Κεράνη Η.	Μπίρτσου Χ.	Τζανής Γ.
Γιακίμοβα Β.	Κλίνης Σ.	Πανίδα Α.	Τζιράκη Μ.
Γκίνη Μ.	Κωνσταντινίδης Α.	Πανταζή Δ.	Τουλουμίδης Ι.
Γουρζή Β.	Λιάνας Δ.	Παπαδόπουλος Χ.	Τσικάκη Π.
Δάντση Φ.	Μακρή Β.	Παπαδοπούλου Α.	Τσιότσκας Γ.
Δέρβας Δ.	Μαλιούφας Α.	Παπανικολάου Θ.	Χατζής Χ.
Δημητριάδης Π.	Μανουσαρίδης Γ.	Παπανικολάου Ν.	Ψάλτογλου Ι.

ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αλαβέρας Α.	Καρανίκας Χ.	Σκαπινάκης Π.	Χατζηπαγγελάκη Ε.
Βενετσιανοπούλου Α.	Κυριαζής Ι.	Σμυρνάκης Ε.	Windak Α.
Γεωργιάδης Κ.	Κωστίκας Κ.	Σταφυλάς Π.	Συμβουλάκης Μ.
Ελισάφ Μ.	Μπένος Α.	Στεφανάκη Θ.	Τρύφων Σ.
Θηραϊός Ε.	Παππιάς Σ.	Τασιώνη Α.	
Καλογριδάκης Μ.	Σιαμόπουλος Κ.	Τρύφων Σ.	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με μεγάλη χαρά και τιμή σας υποδεχόμαστε στο **2ο Ιπποκράτειο Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**.

Η Εταιρεία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ», από την ίδρυσή της εργάζεται με πρωταρχικό σκοπό να προσδώσει μία νέα, σύγχρονη ταυτότητα στο περιεχόμενο, το χαρακτήρα, την ποιότητα, αλλά και το ήθος της ΓΟΙ στην Ελλάδα ενώ συνάμα επιδιώκει να αφουγκραστεί και να προσεγγίσει τις ανησυχίες, τις προσδοκίες και τις πολυδιάσφατες εκπαιδευτικές ανάγκες των ΓΟΙ αλλά και των άλλων λειτουργιών της ΠΦΥ. Ως μέλη του «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ» πιστεύουμε ακράδαντα ότι η επιστημονική αναβάθμιση και η συνεχιζόμενη επιμόρφωση των ΓΟΙ, αποτελούν τα κλειδιά που θα οδηγήσουν στην πραγματική ανάπτυξη και καταξίωση τόσο της ειδικότητας της ΓΟΙ όσο και της ΠΦΥ.

Αυτό το πνεύμα θεωρούμε ότι εκφράζεται μέσα από τις πολυάριθμες εκπαιδευτικές δράσεις και εκδηλώσεις μας, με τη συνεργασία και τον ενθουσιασμό όλων των ΓΟΙ, των επιστημονικών εταιρειών άλλων ειδικοτήτων, των θεσμικών οργάνων της πολιτείας καθώς και των διεθνών οργανισμών.

Η μεγάλη επιτυχία του 1ου Πανελλήνιου Συνεδρίου μας, τον περασμένο Οκτώβρη, κατέδειξε ότι βαδίζουμε προς τη σωστή κατεύθυνση και ανέβασε τους στόχους και τις προσδοκίες μας ακόμη ψηλότερα, στόχους τους οποίους καλούμαστε να εκπληρώσουμε με υψηλό αίσθημα ευθύνης.

Μέσα από το πλούσιο επιστημονικό πρόγραμμα που σχεδιάσαμε για το 2ο Ιπποκράτειο Πανελλήνιο Συνέδριο, προσπαθήσαμε να ικανοποιήσουμε, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά, τις αυξημένες προσδοκίες των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ. Για το σκοπό αυτό συμπεριλάβαμε πρωτότυπα σχολεία εκπαίδευσης όπως αυτό της ενσυναίσθησης και του σακχαρώδη διαβήτη, εργαστήρια κλινικών δεξιοτήτων με τη χρήση προπλάσμάτων και Η/Υ, συνεργασίες με άλλες ειδικότητες, συνεδρίες με σενάρια καθημερινής κλινικής πρακτικής καθώς και το απαραίτητο για τους νέους συναδέλφους «Βήμα των Ειδικευόμενων». Παράλληλα, ανταποκρινόμενοι τις απαιτήσεις των καιρών και της τεχνολογικής προόδου, δίνουμε ιδιαίτερη έμφαση και στα θέματα της ηλεκτρονικής υγείας.

Η εντυπωσιακή αύξηση των συμμετοχών η οποία δημιούργησε και πρακτικά προβλήματα κάλυψης της ζήτησης, αποτυπώνει ξεκάθαρα την εκπαιδευτική προσμονή αλλά και την εμπιστοσύνη των ΓΟΙ, προδιαγράφοντας την επιτυχία του επερχόμενου συνεδρίου μας. Οφείλουμε λοιπόν, ένα μεγάλο ευχαριστώ από καρδιάς σε όλους τους συναδέλφους ΓΟΙ και άλλους επαγγελματίες της ΠΦΥ, που συμμετέχουν, παρακολουθούν και υποστηρίζουν τις δραστηριότητες του «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ», δίνοντας μας με αυτό τον τρόπο την απαιτούμενη δύναμη, διάθεση και επιμονή για να συνεχίσουμε την προσπάθεια.

Για την Οργανωτική Επιτροπή



Α. Συμεωνίδης

Πρόεδρος ΟΕ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 28 Φεβρουαρίου 2020 (Αίθουσα Α')

14.00-16.00 **Εγγραφές**

14.00-14.30 **Διάλεξη**

Πρόεδρος: Γ. Μανουσαρίδης

Διερεύνηση επιβάρυνσης φροντιστών ασθενών με χρόνια νοσήματα στην ΠΦΥ
Α. Πανίδη

14.30-16.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

Το βήμα των ειδικευόμενων

Προεδρείο: Α. Τατσιώνη, Μ. Μάνος

Εκτίμηση ασθενή με πιθανό σπυθαιχικό πόνο στην ΠΦΥ: Προνοσοκομειακή φροντίδα
Α. Μίσσιου

Ασθενής μετά από αγγειοπλαστική λόγω οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου: Ο ρόλος του οικογενειακού Ιατρού κατά τη μετάβαση από την εξειδικευμένη φροντίδα στην ΠΦΥ
Η.Χ. Ντάκουλα

Ασθενής με χρόνια στεφανιαία νόσο: Μακροχρόνια παρακολούθηση και πρόληψη στην ΠΦΥ

Χ. Τσούβαλη

16.00-17.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

Συνήθη ορθοπεδικά προβλήματα στο γηριατρικό ασθενή

Προεδρείο: Β. Γιακίμοβα, Σ. Κλίνης

Διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας γόνατος και ισχίου στους ηλικιωμένους

Μ. Βίλδου

Ολιστική προσέγγιση του κινδύνου των πτώσεων και των κακώσεων στο γηριατρικό πληθυσμό

Σ. Κλίνης

Κατ' οίκον φροντίδα γηριατρικού ασθενή μετά από μείζονα ορθοπεδική επέμβαση

Δ. Βουτσελά

17.00-17.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ**

17.30-18.00 **Διάλεξη**

Προεδρείο: Ε. Θηραΐος, Δ. Καρανάσιος

Μπορούμε να μιλάμε για ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ;

Π. Σκλαβούνος

18.00-18.30 **Διάλεξη**

Πρόεδρος: Δ. Πετρίδης

Διαχείριση των νεότερων από του στόματος αντιπηκτικών στην ΠΦΥ

Μ. Τζιράκη

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 28 Φεβρουαρίου 2020 (Αίθουσα Α')

18.30-19.00 Διάλεξη

Προεδρείο: **Α. Καρούζη, Γ. Σπανάκης**

Δικτυακές συμπράξεις

Ν. Παπανικολάου

19.00-20.30 Τελετή Έναρξης

19.00-19.30 Χαιρετισμοί Φορέων - Αρχών

• ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ • ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ • ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ 6ης ΥΠΕ • ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΡΧΗΣ ΗΠΕΙΡΟΥ • ΔΗΜΑΡΧΟΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ • ΔΙΟΙΚΗΤΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

ΠΡΥΤΑΝΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ • ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΗΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Παρουσίαση ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

Α. Συμεωνίδης

19.30-20.30 Τιμητική Διάλεξη

Ασκληπιεία και Ιπποκρατική Ιατρική. Η μνημιώδης κληροδοσία

Κ. Σιαμόπουλος

Σάββατο 29 Φεβρουαρίου 2020 (Αίθουσα Α')

08.00-09.00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

09.00-09.30 Διάλεξη

Προεδρείο: **Α. Πανίδη, Λ. Τάτσι**

Η αλλεργία στα δηλητήρια της σφήκας και μέλισσας θεραπεύεται;

Θ. Στεφανάκη

09.00-14.00 Κλινικό Φροντιστήριο - Αίθουσα Α' (Du Lac)

Διαχείριση του διαβητικού ασθενούς στην ΠΦΥ

Δ. Καρανάσιος, Β. Κατσούρη, Ι. Κυριαζής, Ε. Χατζηπαγγελάκη

09.00-14.00 Βιωματικό Εργαστήριο - Αίθουσα Β' (Du Lac)

Η ενσυναίσθηση στη σχέση οικογενειακού ιατρού-ασθενή

Β. Κιοσσές

09.30-11.00 Κλινικό Φροντιστήριο

Προεδρείο: **Α. Συμεωνίδης, Α. Ζήση**

Ηλεκτρολυτικές διαταραχές στην κλινική πράξη

Μ. Ελισάφ

11.00-11.15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο 29 Φεβρουαρίου 2020 (Αίθουσα Α')

- 11.15-12.30 Δορυφορικό Συμπόσιο** Σελ. 10
- 12.30-13.00 Δορυφορική Διάλεξη** Σελ. 10
- 13.00-14.30 Στρογγυλό Τραπέζι**
Με στόχο την ανάπτυξη συστήματος ΠΦΥ. Πολιτικές-προβληματισμοί-επιλογές
Προεδρείο: Α. Συμεωνίδης, Ν. Παπανικολάου
 Διασύνδεση μονάδων Πρωτοβάθμιας με δομές Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Φ. Σερέτης
 Μοντέλο εφαρμογής ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ. Ευρωπαϊκά δεδομένα και Ελληνική πραγματικότητα
Α. Μαστοράκου
 Σύστημα υπηρεσιών ΠΦΥ. Το παράδειγμα της Πολωνίας
Α. Windak
- 14.30-17.00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**
- 14.30-17.00 Εργαστήριο κλινικών δεξιοτήτων με πρόπλασμα - Αίθουσα Α' (Grand Serai)**
Προεδρείο: Ε. Κανταρτζής, Α. Κωνσταντινίδης
 Αντιμετώπιση συνήθων, στην ΠΦΥ, επειγουσών περιπτώσεων με τη βοήθεια ειδικού καινοτόμου προπλάσματος, πάνω σε συγκεκριμένα σενάρια
Εκπαιδευτές: Χ. Βέρρας, Ι. Καπάντας
- 14.30-17.00 Εργαστήριο κλινικών δεξιοτήτων με προπλάσματα - Αίθουσα Β' (Grand Serai)**
Προεδρείο: Π. Αϊβαζίδης, Σ. Ψυχογιού
 Ωτοσκόπηση
Σ. Κλίνης
 Βυθοσκόπηση
Β. Γιακίμοβα
 Ψηλάφηση μαστού
Χ. Χατζής, Ι. Παπαπαναγιώτου
 Ψηλάφηση οσχέου
Α. Καρούζη
 Τοκετός
Η. Κεράνη, Β. Μακρή
- 17.00-18.00 Στρογγυλό Τραπέζι**
Πρόεδρος: Χ. Χατζής, Η. Κεράνη
 Χρόνιος βήχας και άσθμα
Κ. Κωστίκας, Σ. Τρύφων

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο 29 Φεβρουαρίου 2020 (Αίθουσα Α')

18.00-18.45 Διάλεξη

Προεδρείο: Α. Συμεωνίδης, Β. Γιακίμοβα

Πνευμονία της κοινότητας-πρόληψη

Σ. Τρύφων

18.45-19.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

19.00-19.30 Διάλεξη - Συνεργασία με Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία

Προεδρείο: Κ. Γεωργανός, Α. Καρούζης

Ορθολογική Εργαστηριακή Διερεύνηση ασθενών με πιθανό αυτοάνοσο ρευματικό νόσημα

Α. Βενετσανοπούλου

19.30-20.00 Διάλεξη

Προεδρείο: Ν. Παπανικολάου

E-health, εφαρμογές στα χρόνια νοσήματα

Χ. Καρανίκας

20.00-21.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Προεδρείο: Α. Παγανός, Ν. Παπανικολάου

Ανάπτυξη και εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Το παράδειγμα των ψυχιατρικών πρωτοκόλλων

Ε. Θηραΐος, Π. Σκαπινάκης

Κυριακή 1 Μαρτίου 2020 (Αίθουσα Α')

08.00-09.00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

09.00-10.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Πρόεδρος: Χ. Χατζής

Digital health

Π. Σταφυλάς, Β. Κατσούλη

Σχολιασμός: Η. Κεράνη

09.00-14.00 Κλινικό Φροντιστήριο - Αίθουσα Α' (Du Lac)

Διαχείριση του διαβητικού ασθενούς στην ΠΦΥ

Δ. Καρανάσιος, Β. Κατσούρη, Ι. Κυριαζής, Ε. Χατζηπαγγελάκη

09.00-14.00 Βιωματικό Εργαστήριο - Αίθουσα Β' (Du Lac)

Η ενσυναίσθηση στη σχέση οικογενειακού ιατρού-ασθενή

Β. Κιοσσές

10.00-10.30 Δορυφορική Διάλεξη

Σελ. 10

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Κυριακή 1 Μαρτίου 2020 (Αίθουσα Α')

10.30-11.00 Διάλεξη

Πρόεδρος: Ν. Δήμου

Τα διουρητικά της αγκύλης στην υπέρταση και στις οιδηματώδεις καταστάσεις: Εστίαση στην τορρασεμίδη

Δ. Καρανάσιος

11.00-12.00 Δορυφορικό Συμπόσιο

Σελ.10

12.00-12.30 Διάλεξη

Προεδρείο: Δ. Νάτσινα, Γ. Μανουσαρίδης

Πότε συνιστάται παραπομπή στον ουρολόγο

Ζ. Λιάμης

12.30-14.00 Στρογγυλό Τραπέζι - Συνεργασία με Εταιρεία Νέων Ογκολόγων

Βασικές αρχές στην ογκολογία

Προεδρείο: Δ. Βουτσελά, Μ. Νικολάου

Παρηγορητική Φροντίδα. Ο ρόλος του ΓΟΙ

Γ. Τσιότσικας

Χειρουργική αντιμετώπιση

Γ. Νικολάου

Χημειοθεραπεία και νεότεροι θεραπευτικοί παράγοντες

Μ. Νικολάου

Ακτινοθεραπεία

Κ. Βερίγος

Οδοντιατρικές επιπλοκές

Ε. Βάρδας

14.00-17.00 Εργαστήριο Δεξιότητων - Αίθουσα Α' (Grand Serai)

Πρόεδρος: Γ. Αγραφιώτης

Ενδοαρθρικές ενέσεις

Δ. Καρανάσιος

14.00-17.00 Κλινικό Φροντιστήριο - Αίθουσα Β' (Grand Serai)

Βιωματικό Σεμινάριο Ελέγχου και Αντιμετώπισης Αιμορραγίας B-CON (bleeding control) και Βασικών Δεξιότητων Διαχείρισης Πολυτραυματία. Με Διεθνή πιστοποίηση 4ετούς ισχύος από το NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians)

14.00-17.00 Κλινικό Φροντιστήριο - Αίθουσα Γ' (Grand Serai)

Ηλεκτρονική Υγεία στην ΠΦΥ - Σύγχρονα θέματα και προκλήσεις

Α. Παγανός, Ο. Γκιτά

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Κυριακή 1 Μαρτίου 2020 (Αίθουσα Α')

17.00-17.30 Διάλεξη - Συνεργασία με Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

Προεδρείο: Μ. Μεραμβελιωτάκης, Ι. Καπάντας

Παχυσαρκία: Αιτία, αντιμετώπιση, συννοσηρότητες

Ι. Κυριαζής

17.30-19.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Διαχείριση ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη στην ΠΦΥ

Προεδρείο: Α. Αλαβέρας, Δ. Καρανάσιος

Διαβήτης και καρκίνος

Σ. Παππάς

Εργαστηριακά υγιείς με «σιωπηλό» Διαβήτη. Μία νέα πρόκληση, στην ΠΦΥ

Δ. Καρανάσιος

Ασθενής με Σακχαρώδη Διαβήτη και δυσλιπιδαιμία

Φ. Δομάγεω

19.00-20.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Προεδρείο: Ε. Σμυρνάκης, Ε. Γιαννακόπουλος

Πρόσβαση ατόμων με αναπηρία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Π. Καλλέ, Σ. Κουζέλης, Ε. Σμυρνάκης, Π. Τσαλής

20.00-20.30 Διάλεξη

Προεδρείο: Χ. Βιτωράκης, Ν. Δήμου

Ιατρείο ΠΦΥ στον ιδιωτικό τομέα

Θ. Αλεξανδρόπουλος

20.30-21.00 Διάλεξη

Προεδρείο: Α. Συμεωνίδης, Ν. Παπανικολάου

Προβληματισμοί για τα εναλλακτικά καπνικά προϊόντα και τη στρατηγική μείωσης της βλάβης από το κάπνισμα

Η. Αβραμόπουλος

Σχολιαστές: Σ. Τρύφων, Δ. Καρανάσιος

Δευτέρα 2 Μαρτίου 2020 (Αίθουσα Α')

09.00-10.00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

10.00-11.30 Τελετή Λήξης

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Σάββατο 29 Φεβρουαρίου 2020 (Αίθουσα Α')

11.15-12.30 **Δορυφορικό Συμπόσιο**



Σελ. 6

Πρόεδρος: **Α. Συμεωνίδης**

Ποιοι παράγοντες συντελούν, ώστε οι ασθενείς με κατάθλιψη να επιστρέψουν στην καθημερινότητά τους και πως αξιολογείται η επίτευξη της λειτουργικής αποκατάστασης

Α. Γαλανόπουλος

12.30-13.00 **Δορυφορική Διάλεξη**



Σελ. 6

Πρόεδρος: **Ν. Παπανικολάου**

Η λογική του αναμνηστικού εμβολιασμού στους ενήλικες

Λ. Θηραίος

Κυριακή 1 Μαρτίου 2020 (Αίθουσα Α')

10.00-10.30 **Δορυφορική Διάλεξη**



Menarini Hellas Σελ. 7

Πρόεδρος: **Ν. Παπανικολάου**

Η αντιμετώπιση του πόνου: Μια διαχρονική ανάγκη. Ποιες οι νεότερες εξελίξεις

Σ. Αδάμ

11.00-12.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο**



Menarini Hellas Σελ. 8

Η διαχείριση της ΧΑΠ στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Πρόεδρος: **Π. Ζώνης**

Πρώιμη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς με ΧΑΠ

Ι. Γουτσίκας

Ο ρόλος της συσκευής εισπνοών στη θεραπεία της ΧΑΠ

Μ. Μανιάτη

Τίτλοι
Ομιλητών - Προέδρων



ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Αβραμόπουλος Η.	Παθολόγος, Ιατρείο Υπέρτασης, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Καρδιαγγειακής Υγείας
Αγραφιώτης Γ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Β΄, Κέντρου Υγείας Ν. Μαδύτου Θεσσαλονίκης
Αδάμ Σ.	Ορθοπαιδικός, Επιστημονικός Συνεργάτης Γ΄ Πανεπιστημιακής Ορθοπαιδικής Κλινικής ΑΠΘ Θεσσαλονίκη
Αϊβαζίδης Π.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιστημονικός Υπεύθυνος ΟΚΑΝΑ ΜΟΘΕ Χαλκίδας, Μέλος Ιατρικού Συλλόγου Εύβοιας
Αλαβέρας Α.	Παθολόγος - Διαβητολόγος
Αλεξανδρόπουλος Θ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ
Βάρδας Ε.	Επίκουρος Καθηγητής Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ
Βενετσανοπούλου Α.	Ρευματολόγος, Πανεπιστημιακή Υπότροφος, Ρευματολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων
Βερίγος Κ.	Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Διευθυντής τμήματος Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας και Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής 401 ΓΣΝΑ, Επιστημονικός συνεργάτης τμήματος Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας «ΙΑΣΩ»
Βέρρας Χ.	MD, MSc, PhD in emergency medicine, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Αρχίατρος Εταιρείας Ιατρικής Βοήθειας και Αεροδιακομιδών Athens Assistance/Athens Medevac
Βίλδου Μ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελήτρια Α΄, ΠΙ Αυλών, Κέντρο Υγείας Σερβίων
Βιτωράκης Χ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός
Βουτσελά Δ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Τρίκαλα
Γαλανόπουλος Α.	Νευρολόγος, MSc, PhD
Γεωργανός Κ.	Ρευματολόγος, Γεν. Γραμματέας ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ
Γιακίμοβα Β.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελήτρια Α΄, Κέντρο Υγείας Πύλης Τρικάλων, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ»
Γιαννακόπουλος Ε.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Α΄, Κέντρο Υγείας Ν. Μηχανιώνας, Επιστημονικός Συνεργάτης Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Γκιάτα Ο.	ΜSc, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελήτρια Β΄, Κέντρο Υγείας Αικατερίνης
Γουτσίκας Ι.	Πνευμονολόγος Εντατικολόγος, υπεύθυνος Καρδιοχειρουργικής ΜΕΘ Euromedica, Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης
Δήμου Ν.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής Κέντρου Υγείας Ψαχνών, Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής Νοσοκομείου Χαλκίδας
Δομάγερ Φ.	MD, MHA, MSc, PhD, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός - Βιοστατιστικός - Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ., Καθηγητής-ΣΕΠ ΜΠΣ «Διοίκησης Μονάδων Υγείας» Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Ταμίας και μέλος Διοικητικού Συμβουλίου «Primary Care Diabetes Europe»
Ελισάφ Μ.	Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Β΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Δήμαρχος Ιωαννίνων
Ζήση Α.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Δντρια ΕΣΥ, ΠΙ Νεοκαισάρειας, Κέντρο Υγείας Βουτσαρά
Ζώνς Π.	Πνευμονολόγος, Ιωάννινα
Θηραίος Ε.	MD, MSc in Public Health, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΕΣΥ, Κέντρου Υγείας Βάρης, Γενικός Γραμματέας Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, Γενικός Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής Αττικής
Καλλέ Π.	Εκπαιδύτρια Κινητικότητας, Προσανατολισμού και Καθημερινών Δεξιοτήτων ατόμων με οπτική αναπηρία
Κανταρτζής Ε.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός
Καπάντας Ι.	Επιμελητής Β΄ Γενικής Ιατρικής, ΠΙ Αγίας Παρασκευής Λέσβου (ΠΕΔΥ - 2η ΔΥΠΕ)
Καρανάσιος Δ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Κέντρο Υγείας Ν. Μαδύτου Θεσσαλονίκης, Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής ΓΠΝΘ ΑΧΕΠΑ, Εκπρόσωπος της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ακαδημία Δασκάλων Γενικής Ιατρικής (EURACT), Ταμίας ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ (Εταιρία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος)
Καρανίκας Χ.	Μέλος ΔΕΠ Τμήματος Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική, Εργαστήριο Ευφυών Συστημάτων, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Γεν. Γραμματέας ΕΕΜΕΠΥ

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Καρπούζη Α.	Γενικός Οικογενειακός Ιατρός ΠΙ Βραχασίου, Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Νεάπολης Λασιθίου, Γεν. Γραμματέας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ», Εταιρεία Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος, Αν. Συντονίστρια Τομέα ΠΦΥ Περιφερειακής Ενότητας Λασιθίου, Αν. Συντονίστρια Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής ΓΝΑΝ
Κατσούλη Β.	Ηλεκτρολόγος Μηχανικός, Project Manager, Vidano AE
Κατσούρη Β.	Γενικός/Οικογενειακός ιατρός μετεκπαιδευθείσα στον σακχαρώδη διαβήτη στο διαβητολογικό κέντρο του ΓΝΠ «ΤΖΑΝΕΙΟ», Msc
Κεράνη Η.	MD PhD Διδάκτωρ Ιατρικού Τμ. Παν/μίου Θεσσαλίας, Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, Διευθύντρια Κέντρου Υγείας Αργαλαστής, Μαγνησία, Συντονίστρια Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής ΓΝ Βόλου
Κιοσσές Β.	PhD, Ψυχολόγος, Ιατρικός Εκπαιδευτής
Κλίνης Σ.	MD, MSc (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας του Ε.Σ.Υ), Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Π.Ι. Αλωνακίων - Κέντρο Υγείας Κοζάνης, Γενικός Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Δυτικής Μακεδονίας, Ειδικός Γραμματέας ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ - Εταιρεία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδας
Κουζέλης Σ.	Διερμηνέας Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας
Κυριαζής Ι.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου & Ιατρείου Παχυσαρκίας, ΓΝΑ ΚΑΤ, Πρόεδρος Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν
Κωνσταντινίδης Α.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός
Κωστής Κ.	Πνευμονολόγος, Αναπλ Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων
Λιάμης Ζ.	Ουρολόγος
Μακρή Β.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελήτρια Β΄, Κέντρου Υγείας Αργαλαστής
Μανιάτη Μ.	Πνευμονολόγος, Ιωάννινα
Μάνος Μ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Β, Κέντρου Υγείας Κόνιτσας
Μανουσαρίδης Γ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Β΄, ΠΙ Κτισμάτων- Κέντρο Υγείας Δελβινάκιου
Μαστοράκου Α.	Αντιπρόεδρος Α΄ ΠΙΣ, Πρόεδρος ΙΣ Πάτρας

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

- Μεραμβελιωτάκης Μ.** Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, ΠΙ Γρηγοριάς, Κέντρο Υγείας Μοιρών
- Μίσσιου Α.** Υποψήφια Διδάκτορας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
- Νάτσινα Δ.** Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελήτρια Β΄ Κέντρου Υγείας Πύλης, Συντονίστρια 1η ΤΟ.Μ.Υ Τρικάλων, Περιφερειακή Σύμβουλος Θεσσαλίας
- Νικολάου Γ.** MD, MSc, PhD Γενικός Χειρουργός, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας
- Νικολάου Μ.** MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Ογκολόγος, Επιμελητής Β΄, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Ταμίας ΕΕΠΟΕ, τ Πρόεδρος ΟΝΕΟ
- Ντάκουλα Η.Χ.** Ειδικευόμενη Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
- Παγανάς Α.** Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Α΄, ΠΙ Κονταριώτισσας, Κέντρο Υγείας Λιτοχώρου
- Πανίδη Α.** Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελήτρια Β΄, 1η ΤΟ.Μ.Υ Ιωαννίνων, MSc(c) «Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων»
- Παπανικολάου Ν.** Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής Κέντρου Υγείας Δυτ. Φραγκίστας, Γενικός Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Στερεάς Ελλάδας
- Παπαπαναγιώτου Ι.** MD, MSc, PhD, Διδάκτωρ Μονάδας Μαστού, Α΄ Προπ. Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Παππάς Σ.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας
- Πετρίδης Δ.** Διευθυντής ΕΣΥ, Επιστημονικός Υπεύθυνος Κέντρου Υγείας Εχίνου, Γενικός συντονιστής εκπαίδευσης ειδικευόμενων Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης
- Σερέτης Φ.** Διοικητής 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας
- Σμυρνάκης Ε.** Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επ. Καθηγητής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - Ιατρικής Εκπαίδευσης, Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας - Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ
- Σιαμόπουλος Κ.** Ομότιμος καθηγητής Παθολογίας Νεφρολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Σκαπινάκης Π.	PhD, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Σκλαβούνος Π.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Α΄, Κέντρο Υγείας Βάρης
Σπανάκης Γ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Φιλιππιάδα
Σταφυλάς Π.	Καρδιολόγος/ESH Hypertension Specialist, Επιστημονικός Διευθυντής, HealThink, Θεσσαλονίκη
Στεφανάκη Θ.	Αλλεργιολόγος, Ιωάννινα
Συμεωνίδης Α.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής Κέντρου Υγείας Νέας Μηχανιώνας, Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος ΔΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ, Γενικός Συντονιστής Εκπαίδευσης Γενικής Ιατρικής Κεντρικής Μακεδονίας
Τάτση Λ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Συντονίστρια 2ης ΤΟ.Μ.Υ Ιωαννίνων
Τατσιώνη Α.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Αναπλ. Καθηγήτρια Γενικής Ιατρικής, Τμήματος Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Γενική Συντονίστρια Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής Ηπείρου, Ιατρική Σχολή Παν Ιωαννίνων
Τζιράκη Μ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελήτρια Β΄, ΠΙ Χερσονήσου, Κέντρο Υγείας Καστελίου, Ηράκλειο
Τρύφων Σ.	Πνευμονολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, MD, PhD, FCCP, National Delegate for ERS, ΓΝΘ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ
Τσαλής Π.	Δρ Πολιτικός Μηχανικός, Ειδικευμένος σε θέματα προσβασιμότητας
Τσιότσικας Γ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Β΄, ΠΙ Δροσοπηγής - Κέντρο Υγείας Κόνιτσας
Τσούβαλη Χ.	Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
Χατζαγγελάκη Ε.	Καθηγήτρια Παθολογίας - Μεταβολικών Νοσημάτων, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
Χατζής Χ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Α΄, Κέντρου Υγείας Ν. Μαδύτου
Ψυχογιού Σ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Βοιωτία
Windak A.	Καθηγητής Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, Jagellonian University of Krakow

Προφορικές Ανακοινώσεις



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 01

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΣΤΟ ΚΥ Κ. ΑΧΑΪΑΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

**Α. Γιακουμής¹, Α. Γιορμέζη¹, Α. Αγγελουπούλου¹, Π. Κόλλια², Δ. Τσουκαλάς¹,
Κ. Πλανητέρου¹, Γ. Παντελής³, Μ. Δελή⁴**

¹Γεν. Οικ. Ιατρός, ²Παθολόγος, ³Ειδ/νος ΓΟΙ, ⁴Παιδίατρος, Κέντρο Υγείας Κ. Αχαΐας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (2010-σήμερα), παρατηρήθηκε περιορισμός αριθμού τροχαίων και θυμάτων, όπως φαίνεται από τα στοιχεία της ΕΛΑΣ, πανελλαδικά και τοπικά.

ΣΚΟΠΟΣ: Η συγκριτική μελέτη των στοιχείων των τροχαίων που συνέβησαν στην περιοχή του Δήμου Δυτικής Αχαΐας (στην οποία εμπεριέχεται εθνική οδός με αυξημένη κίνηση) και των θυμάτων που νοσηλεύτηκαν στο ΚΥΚΑ. 1. Πριν από την κρίση (2005-6), 2. Στο peak της (2012-13) και 3. Πρόσφατα (2018-19).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα αρχεία του ΚΥΚΑ από τα οποία καταγράφηκαν επιδημιολογικά στοιχεία των θυμάτων, μηχανισμοί τραύματος και τρόπος μεταφοράς τους σε δεύτερο επίπεδο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

- 316 συμβάντα καταγράφηκαν την πρώτη περίοδο, 219 (-31%) τη δεύτερη και 237 (-25%) την τρίτη. Αντιστοίχως τα θύματα από 391 μειώθηκαν σε 273 (-30%) και 304 (-22%).
- Το καλοκαίρι είχαμε τα περισσότερα τροχαία 302 (39,11%) και 371 θύματα (38,32%). Φθινόπωρο 161 (20,85%) και 197 (20,35%). Χειμώνα 116 (15,04%) και 151 (15,61%). Άνοιξη 193 (25%) και 249 (25,72%).
- 716 (74%) ήταν άρρενα και 252 (26%) θήλεα.
- 0-12 έτη: 54 (5,64%), 13-18 έτη: 135 (14,12%), 19-40 έτη: 429 (44,82%), 41-65 έτη: 247 (25,81%) και >65 έτη 92 (9,61%).
- 38,65% των θυμάτων (327) ενεπλάκησαν σε σύγκρουση, 54,82% εκτροπή οχήματος ή πτώση από δίκυκλο (463) και 6,53% παράσυρση (56).
- Μόνο 9,06% των θυμάτων (31/342) φορούσαν κράνος και 37,61% ζώνη ασφαλείας (120/319).
- Μεταφέρθηκαν νεκροί είτε κατέληξαν στο ΚΥΚΑ 10/5/2 θύματα στις αντίστοιχες περιόδους (1,75%).
- Διακομίσθηκαν συνοδεία ιατρού με ΕΚΑΒ 208 θύματα (23,91%), χωρίς συνοδεία 354 (41,84%) και εξήλθαν με οδηγίες ή παραπέμφθηκαν 298 (34,25%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Επιβεβαιώνεται ότι η κρίση επέδρασε και εξακολουθεί να επιδρά στον περιορισμό τροχαίων και θυμάτων.

Δυστυχώς, μόνο για τα 6 προαναφερόμενα έτη είχαμε 968 θύματα, ιδίως παραγωγικών ηλικιών.

Προφίλ θυμάτων: Νεαροί άρρενες που το καλοκαίρι εκτρέπονται τα αυτοκίνητά τους ή τα δίκυκλα, δε φορούν κράνος/ζώνη και χρήζουν διακομιδής.

Τέλος, τα μέτρα προφύλαξης (κράνος/ζώνη) δε χρησιμοποιούνται από τους επιβαίνοντες σε οχήματα, πράγμα που πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν από τις αρμόδιες υπηρεσίες.

ΠΑ 02

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

**Κ. Μπάκας¹, Σ. Μαντζούκης², Μ. Γερασίου³, Κ. Ιωάννου¹, Θ. Σπόνιας¹, Δ. Λεπίδα¹,
Ε. Κοσμά¹, Ο. Υγροπούλου¹, Ο. Μουσαφίρη¹**

¹Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα,

²Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα,

³Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σημερινή ιατρική διέπεται από την ύπαρξη κατευθυντήριων οδηγιών που πολλές φορές δίνουν λύση στη διαχείριση δύσκολων περιστατικών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού στο οποίο η αλλαγή φαρμακευτικής αγωγή είχε μοιραία κατάληξη για τον ασθενή.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 64 ετών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής 64 ετών με πρόσφατο ιστορικό οξέος στεφανιαίου συνδρόμου για το οποίο υπεβλήθη σε αγγειοπλαστική στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία και εξήλθε με διπλή ανταιοπηχεαλική αγωγή (ακετυλοσαλικυλικό οξύ και τικαγρελόρη) εισήχθη σε καρδιολογική κλινική περιφερειακού νοσοκομείου εκ νέου με εικόνα STEMI κατωτέρου τοιχώματος (δύο ημέρες μετά από την αλλαγή της τικαγρελόρης σε κλοπιδογρέλη και μόλις 45 ημέρες μετά το πρώτο οξύ στεφανιαίο επεισόδιο). Ο ασθενής υπεβλήθη σε θρομβόλυση με ύφεση της συμπτωματολογίας και διακομίσθηκε σε στεφανιογραφικό κέντρο σε 3 ώρες. Κατά την άφιξη του παρουσίασε έκπτωση επιπέδου συνείδησης, διασωληνώθηκε και η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε εκτεταμένη ενδοπαρεγχυματική εγκεφαλική αιμορραγία με μετατόπιση μέσης γραμμής. Ο ασθενής μετά από σύντομη νοσηλεία κατέληξε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μια απλή αλλαγή στη φαρμακευτική αγωγή που δεν ήταν σύμφωνη με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες οδήγησε σε θάνατο ασθενούς. Η ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής ασθενών υψηλού κινδύνου θα πρέπει να γίνεται μόνο από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό.

ΠΑ 03

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Π. Κίτσου¹, Κ. Μαρινόπουλος², Δ. Καρανάσιος³

¹Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής ΑΧΕΠΑ, ²Στρατιωτικός Οφθαλμίατρος, ³Συντονιστής Εκπαίδευσης Γενικής Ιατρικής ΑΧΕΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) αποτελεί μακροχρόνια επιπλοκή κυρίως του αρρύθμιστου Σακχαρώδους Διαβήτη (ΣΔ) και την 4η κύρια αιτία τύφλωσης στον κόσμο. Η πρόληψή της βασίζεται στην καλή ρύθμιση της νόσου, και στον ετήσιο έλεγχο ανακάλυψης πρώιμων βλαβών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση του βαθμού ευαισθητοποίησης των ασθενών με ΣΔ για τη ΔΑ και συσχέτισή της με τη χρονιότητα και την καλή ρύθμιση του ΣΔ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: 130 ασθενείς με ΣΔ που προσήλθαν για οποιοδήποτε λόγο στο ΚΥ Νέας Μαδύτου κατά την περίοδο Νοεμβρίου 2019 – Ιανουαρίου 2020 απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων για τη ΔΑ, υποβλήθηκαν σε εξέταση HbA1c και στη συνέχεια εξετάστηκαν από οφθαλμίατρο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ρυθμισμένοι (HbA1c <7%) ήταν το 63%. Ο ιατρός παρακολούθησης ήταν ΓΙ 75%, Παθολόγος 7%, Ενδοκρινολόγος 17%, ενώ το 7% των ασθενών δεν παρακολουθείται από κάποιον ιατρό. Μόνο το 6% γνώριζε τι είναι η ΔΑ, ενώ το 41% πραγματοποιεί ετησίως γενικό οφθαλμολογικό έλεγχο. Οι ασθενείς δηλώνουν ως εμπόδια για τη διενέργεια ελέγχου την άγνοια για τη ΔΑ 44%, τη δυσκολία προσέγγισης οφθαλμιάτρου 19%, το κόστος 8%, το φόβο του αποτελέσματος 1% και την αμέλεια 28%. ΣΔ επιπλοκές κατά την εξέταση: Μη παραγωγική ΔΑ 10,77%, παραγωγική ΔΑ 0,77% και κλινικό οίδημα ωχράς κηλίδας 3,08%. Η εμφάνιση οφθαλμικών επιπλοκών συσχετίστηκε οριακά ασθενώς με την καλή ρύθμιση του ΣΔ ($p < 0,051$), ενώ στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε με τη διάρκεια του ΣΔ ($p < 0,05$)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα 94% των ασθενών με ΣΔ δεν γνωρίζουν τι είναι η ΔΑ. Κυριότερο εμπόδιο οφθαλμολογικού ελέγχου δηλώθηκε η άγνοια σχετικά με τη ΔΑ. Τα ποσοστά της ΔΑ συμβαδίζουν με τη διεθνή βιβλιογραφία, αν και είναι από τα χαμηλότερα που έχουν καταγραφεί.

ΠΑ 04

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΤΩΞΕΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Α.-Ε. Πανίδη¹, Π. Πάτρα¹, Δ. Δήμου¹

¹1η Τ.ΟΜ.Υ. Κέντρου Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η γήρανση του πληθυσμού είναι παγκόσμιο γεγονός με τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. Κατά την εκτίμηση ενός ηλικιωμένου στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα, προτείνεται μια σειρά από ερωτήσεις και απλές διαγνωστικές δοκιμασίες, οι οποίες μπορούν να εντοπίσουν πιθανά ελλείμματα στις λειτουργίες του. Η εντόπιση τέτοιων ελλειμμάτων έχει ως σκοπό την υιοθέτηση παρεμβάσεων που θα τα μειώσουν και θα καταστήσουν έτσι τον ηλικιωμένο λιγότερο ευπαθή.

ΣΚΟΠΟΣ: Ανάδειξη αξιολόγησης κινδύνου πτώσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Διερεύνηση εργαλείων εκτίμησης του κινδύνου πτώσης των ηλικιωμένων στην ΠΦΥ (Timed-Get-Up-and-Go (TUG), Chair-Stand-Test (CST), modified Romberg Test, Functional Reach test)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μέσω ολιστικής προσέγγισης δύναται να διερευνά με τρόπο αποτελεσματικό τον κίνδυνο πτώσης των ηλικιωμένων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει πρωταρχικό ρόλο στην έγκαιρη εκτίμηση κινδύνου πτώσης των ηλικιωμένων στην κοινότητα. Είναι γεγονός ότι με κάθε πτώση που προλαμβάνεται, προκύπτουν τεράστια οφέλη για τον ασθενή. Οι πτώσεις αποτελούν ζήτημα δημόσιας υγείας καθώς επιφέρουν σοβαρές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες σε επίπεδο ασθενών, των φροντιστών τους αλλά και του συστήματος υγείας. Η συνεχής έρευνα και βελτίωση των εργαλείων αξιολόγησης και των μέτρων πρόληψης κρίνονται άκρως απαραίτητες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Siegrist Monika, Freiburger Ellen. et al. Fall prevention in a primary care setting-the effects of a targeted complex exercise intervention in a cluster randomized trial. Deutsches arzteblatt Int 2016; 113 (21): 365-372.
2. Τατσιώνη Α, Καραθάνος Β. Ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους. Στο: Τατσιώνη Α, Καραθάνος Β, Μίσσιου Α. Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική: η χρήση τεκμηρίων για την επίλυση Προβλημάτων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Έκδοση: ΣΕΑΒ. Κάλιπος 2015, σελ 95-108.
3. Phelan EA, Mahoney JE, et al. Assessment and management of fall risk in primary care settings. Med Clin North Am. 2015; 99 (2): 281-93.Doi: 10.1016/J.Mcna.2014.11.004
4. European commission. The 2015 ageing report. Underlying assumptions and projection methodologies. Brussels: European Commission. [Internet]. Brussels:european union; 2014[cited 2018 Jun 26].436P.Available From:http://ec.Europa.Eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.Pdf.
5. Οδηγός πρόληψης πτώσεων ασφαλείς στο σπίτι 2016. Praxis
6. Stevens JA, Smith ML, et al. Implementing a clinically based fall prevention program. American Journal of Lifestyle Medicine 2017, Vol. 14 No.1
7. Lee A, Lee KW, et al. Preventing falls in the geriatric population. Perm J 2013 fall; 17 (4): 37-39.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 05

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟ ΚΥ Κ. ΑΧΑΪΑΣ 2008-2019

Μ. Δελή¹, Α. Γιακουμής², Σ. Δημητροπούλου³, Δ. Γεωργοπούλου³, Α. Αγγελοπούλου², Α. Ρούσα⁴

¹Παιδίατρος, ²Γεν.Ιατρός, ³Κοιν. Λειτουργός, ⁴Φοιτήτρια Κοιν. Εργασίας Κέντρο Υγείας Κ. Αχαΐας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χρήση/κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών είναι μια σύγχρονη μάστιγα με βαθιές κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές ρίζες. Η περιοχή της Δυτικής Αχαΐας μαστίζεται από χρόνια από την ύπαρξη σταθερής αλλά και εποχούμενης χρήσης, μιας και περιοχές της αποτελούν κόμβο διακίνησης.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της προσέλευσης/νοσηλείας χρηστών στο ΚΥ Κ. Αχαΐας κατά τα έτη 2008 ως 2019.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα αρχεία του ΚΥ Κ. Αχαΐας, από τα οποία αντλήθηκαν δημογραφικά στοιχεία των προσερχομένων χρηστών (φύλο, ηλικία, προέλευση, διαμονή), τρόπος προσέλευσης, είδος ουσίας, συμπτωματολογία και αντιμετώπιση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το προαναφερόμενο διάστημα προσήλθαν 193 άτομα (ΑΡ 165-85,5%, ΘΗ 28-14,5%) Ηλικία: 20-30: 57-29,5%, 31-40: 46-23,8%, 41-50: 47-24,3%, 49-60: 24-12,4% Προέλευση: 118-61,1% Δήμος Δυτ. Αχαΐας, 13-6,7% Πάτρα, 19-9,8% εκτός Αχαΐας, 5-2,6% φυλακές, 38-19,8% άγνωστη

ΚΑΤΑΓΩΓΗ: 98 % Γηγενείς, 79 % ΡΟΜΑ, 16 % αλλοδαποί.

Προσήλθαν με ΕΚΑΒ 66-34,2%, συνοδεία απόμων 33-17,1%, μόνοι 41-21,2% και δεν καταγράφηκαν οι υπόλοιποι.

ΟΥΣΙΕΣ: ηρωίνη/κοκαΐνη 18-9,3%, κανναβινοειδή 19-9,8%, μίγμα (μπουμ ή άλλα) 15-7,8% και άγνωστη 141-73,1%.

ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Στερεπτικό σύνδρομο 40-20,7%, απόπειρα 11-5,7%, λήθαργος/κώμα 22-11,4%, σύγχυση/οργανικά 39-20,2%, θάνατος 4-2%.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Αγωγή/παραμονή στη βραχεία νοσηλεία: 109-56,5%, παραπομπή/διακομιδή 37-19,2%, εξήλθαν λάθρα, ιδία βουλήσει ή αρνήθηκαν αγωγή 31-16%, παραλήφθηκαν από αστυνομία ή οικείους 12-6,3%, θάνατοι 4-2%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Προφίλ χρήστη: Νέοι ντόπιοι λαϊκοί που προσέρχονται με ΕΚΑΒ, σε στέρηση/σύγχυση ή άλλα οργανικά συμπτώματα, χωρίς γνωστή ουσία στην πλειοψηφία τους, με ιστορικό πολυτοξικομανίας και αντιμετωπίζονται στο Εφημερείο του ΚΥ. Το 69,4% (134) κατεγράφησαν την τελευταία 5ετία έναντι 31,6% (59) τα πρώτα 6 χρόνια, εκ των οποίων 26% (50) μόνο μέσα στο 2018.

Η έξαρση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί μια πραγματικότητα συνολικά στην κοινωνία αλλά ιδίως σε περιοχές που υποβαθμίζονται, όπως αυτή της Δυτ. Αχαΐας. Ο ρόλος του συστήματος ΠΦΥ είναι να παρέμβει και να κινητοποιήσει κοινωνικές δυνάμεις και υπηρεσίες.

ΠΑ 06

ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΚΑΛΥΠΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΕ ΆΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Παγιάνας Αριστοφάνης¹, Γκιάτα Ουρανία²

¹Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, ΚΥ Λιτοχώρου, Msc Διοίκηση Μονάδων Υγείας, ²Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β΄, ΚΥ Λιτοχώρου, Msc Ιατρική Ερευνητική Μεθοδολογία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Με τον όρο ακάλυπτες ανάγκες υγείας ορίζουμε τη διαφορά μεταξύ των προσδοκώμενων υπηρεσιών υγείας που απαιτούνται για συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας και των πραγματικά προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Αποτελούν μέτρο εκτίμησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και εξαρτώνται από διάφορα χαρακτηριστικά τόσο του συστήματος υγείας όσο και των ληπτών των υπηρεσιών υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ: Είναι η διαχρονική αποτύπωση των ακάλυπτων αναγκών υγείας στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία και η επίπτωση του καθεστώτος μνημονιακής επιτήρησης στην υγεία και η σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ειδικότερα με χώρες υπό παρόμοιο καθεστώς, αλλά και χώρες ηγετικές στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για τις ανάγκες της ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο ECHI Data tool της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και μελετήθηκαν εκτός από την Ελλάδα, η Πορτογαλία, η Κύπρος, η Ιρλανδία, η Γερμανία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Ελλάδα εμφανίζει σημαντικές διαφορές όσον αφορά στις ακάλυπτες ανάγκες υγείας του πληθυσμού σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ακόμη και με αυτές υπό παρόμοια μνημονιακή εποπτεία. Μεγαλύτερο ποσοστό ακάλυπτων αναγκών υγείας εμφανίζουν οι πολίτες άνω των 65 ετών, οι χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και οι συνταξιούχοι. Οι ακάλυπτες ανάγκες υγείας εμφανίζουν πτωτική πορεία σε ομάδες όπως οι υψηλού και μέσου μορφωτικού επιπέδου, οι εργαζόμενοι και οι άνεργοι. Παρά τα δεδομένα αυτά η αυτοεκτίμηση της υγείας των πολιτών παρουσιάζει διαχρονικά μία πολύ καλή εικόνα η οποία σε πολλές περιπτώσεις είναι πολύ καλύτερη άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ: Υπάρχει ανάγκη για επένδυση στα συστήματα υγείας που μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της κοινωνικής συνοχής και να πυροδοτήσει την οικονομική ανάπτυξη, με βελτίωση των ανισοτήτων, βελτίωση της παραγωγικότητας, ελάττωση των χαμένων εργατωρών, ενίσχυση των δικτύων κοινωνικής στήριξης και προστασίας και παραμονή περισσότερων ατόμων σε υγιή κατάσταση. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εξαιτίας του γεγονότος ότι διακρίνεται για τη διαχρονική παρακολούθηση, την καλύτερη πρόσβαση για πολίτες με χαμηλό εισόδημα, την πρόληψη, την έγκαιρη διαχείριση των προβλημάτων, τον καλύτερο συντονισμό για την παροχή φροντίδας, τον περιορισμό της περιττής φροντίδας και τη βελτίωση της ποιότητας μπορεί να βοηθήσει προς την κατεύθυνση της ελάττωσης του ποσοστού των ακάλυπτων αναγκών.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 07

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΟΥ ΚΥ ΛΙΤΟΧΩΡΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΑΝΤΙΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ, ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΤΩΝ 2007 ΚΑΙ 2019

Α. Παγανάς Ο. Γκιάτα, Δ. Καραπούλιος, Ε. Γιώτσα

Γενικοί/Οικογενειακοί Ιατροί, ΚΥ Λιτοχώρου

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η συγκριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων της στάσης του πληθυσμού ευθύνης του ΚΥ Λιτοχώρου ηλικίας 65 ετών και άνω, απέναντι στο αντιπνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό, μεταξύ των ετών 2007 και 2019.

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά ερωτήθηκαν 804 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (μ.ο. 70,81+6,56 έτη) που προσήλθαν για διάφορους λόγους το μήνα Δεκέμβριο 2007 στο ΚΥ, και 735 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (μ.ο. 72,36+3,2 έτη) τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο του 2019. Συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο με τα βασικά δημογραφικά στοιχεία, το ατομικό ιστορικό καθώς και θέματα που σχετίζονται με τον αντιπνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό. Για την άντληση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ο ΑΗΦΥ και το βιβλιόριο υγείας, και για τη στατιστική επεξεργασία το στατιστικό πακέτο SPSS 23.0. Θα πρέπει να σημειωθεί η διαφοροποίηση ενδείξεων εμβολιασμού με το πέρασμα του χρόνου, καθώς και η εισαγωγή 2ου τύπου εμβολίου την τελευταία 10ετία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 2007 συνολικά εμβολιάστηκαν 50 άτομα (6,2%), έναντι 317 ατόμων (43,1%) το 2019. Το 2007 στο σύνολο των εμβολιασθέντων το μεγαλύτερο ποσοστό πραγματοποίησε τον εμβολιασμό κατόπιν ενημέρωσης από το γενικό ιατρό (62,5%). Στους μη εμβολιασθέντες ο κυριότερος λόγος υπήρξε η έλλειψη ενημέρωσης (89,1%). Σε σχέση με την ανάλυση του ατομικού ιστορικού, το 58,9% έπασχε από χρόνια καρδιοπάθεια, το 25,5% από σακχαρώδη διαβήτη, το 9,2% από χρόνια πνευμονοπάθεια, το 6,2% από ανοσολογική διαταραχή και το 0,2% από λειτουργική ή οργανική ασπληνία. Αντιστοίχως το 2019, η ενημέρωση έγινε στο 84,8% από τον γενικό ιατρό. Στους μη εμβολιασθέντες ο κυριότερος λόγος υπήρξε ο φόβος για πιθανές παρενέργειες (62,1%). Τέλος, σε σχέση με την ανάλυση του ατομικού ιστορικού, το 53,3% έπασχε από χρόνια καρδιοπάθεια, το 29,8% από σακχαρώδη διαβήτη, το 10,8% από χρόνια πνευμονοπάθεια, και το 6,1% από ανοσολογική διαταραχή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα καθίσταται σαφές ότι η κάλυψη του πληθυσμού με εμβόλιο έναντι του πνευμονιοκόκκου είναι σαφώς πιο υψηλή το 2019 σε σχέση με το 2007 καθίσταται όμως ακόμα ελλιπής, και πως απαιτείται μεγαλύτερη προσπάθεια ειδικά από τους Γενικούς Ιατρούς προκειμένου να υπάρξει τόσο καλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού, όσο και καλύτερη εφαρμογή του εν λόγω προγράμματος.

ΠΑ 08

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Π. Κίτσου¹, Μ. Πρίνι², Ε. Σαμαρά³, Α. Λιαμπότη³, Β. Δρόσου³, Σ. Μενεγάκη³, Δ. Μουστακίδου³, Π. Δροσοπούλου³, Α. Γκάργκα³, Χ. Χατζής⁴, Δ. Καρανάσιος⁴, Σ. Παπαδημητρίου³

¹Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής ΑΧΕΠΑ, ²Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων, ³Νοσηλεύτρια ΚΥ Νέας Μαδύτου, ⁴Συντονιστής Εκπαίδευσης Γενικής Ιατρικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Καρδιαγγειακή Νόσος (ΚΑΝ), η Διαβητική Νεφροπάθεια (ΔΝ) και η Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) αποτελούν τις μακροχρόνιες επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Η πρόληψη τους στηρίζεται στην καλή ρύθμιση του ΣΔ, και στον ετήσιο έλεγχο ανακάλυψης πρώιμων βλαβών και αντιμετώπισής τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της ρύθμισης του ΣΔ, των απόψεων των ασθενών με ΣΔ για τον ετήσιο προσυμπτωματικό έλεγχο επιπλοκών της νόσου, την ειδικότητα του ιατρού σύστασης διενέργειάς του, και της πραγματοποίησης του ετήσιου ελέγχου.

ΜΕΘΟΔΟΣ: 130 ασθενείς με ΣΔ που προσήλθαν για οποιοδήποτε λόγο στο ΚΥ Νέας Μαδύτου την περίοδο 1/11/2019 – 31/1/2020 κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο 12 ερωτήσεων και εν συνεχεία έγινε μέτρηση της HbA1c.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αρρυθμιστοι (HbA1c $\geq 7\%$) ήταν το 37%. Μόνο το 34% γνώριζε τον ετήσιο προληπτικό έλεγχο για τις επιπλοκές του ΣΔ, ενώ το 63% διενεργεί ετήσια ΗΚΓ, το 93% έλεγχο νεφρικής λειτουργίας και το 41% βυθοσκόπηση. Έλεγχος συστήνεται κατά βάση από τον Οικογενειακό/ΓΙ σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες ειδικότητες μαζί (45% vs 15% για το ΗΚΓ, 69% vs 18% για τη νεφρική λειτουργία και 28% vs 10% για τη βυθοσκόπηση), ενώ ένα 11% προβαίνει χωρίς σύσταση σε κάποιες από αυτές τις εξετάσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Περίπου 4 στους 10 ασθενείς με ΣΔ ήταν αρρυθμιστοι, ενώ 1 στους 3 δεν γνώριζε τον απαραίτητο ετήσιο προληπτικό έλεγχο των επιπλοκών του. Απαραίτητες κρίνονται η διαρκής ενημέρωση των ασθενών και των θεραπόντων ιατρών για την επιτυχή ρύθμισή και τη μείωση των επαγόμενων επιπλοκών του.

ΠΑ 09

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΣΤΟ ΛΙΠΩΔΗ ΙΣΤΟ

Μ. Βέλλιου¹, Η. Σανίδας¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Κ. Ζέρβα¹, Κ. Τσάκαλης¹, Δ. Ηλιόπουλος²,

Μ. Μαντζουράνη³, Κ. Τούτουζας⁴, Ι. Μπαρμπετσάς¹

¹Καρδιολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Λαϊκό», ²Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης «ΝΣ Χρηστέας», ³Α' Παθολογική Κλινική ΓΝΑ «Λαϊκό», ⁴Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο λιπώδης ιστός θεωρείται πλέον ένας ενεργός ενδοκρινής αδένας που εμπλέκεται στη ρύθμιση μιας πληθώρας λειτουργιών του οργανισμού μέσω της απελευθέρωσης βιοδραστικών μορίων, των επονομαζόμενων λιποκινών. Εξ αυτών, η απελίνη έχει αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες αποτρέποντας τη φλεγμονή, ενώ η χεμερίνη έχει προφλεγμονώδεις ιδιότητες προάγοντας τη φλεγμονή τόσο τοπικά όσο και συστηματικά. Παράλληλα, είναι γνωστή και η ισχυρή αντιφλεγμονώδης δράση των στατινών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να μετρηθούν τα επίπεδα των λιποκινών στο πλάσμα ασθενών με δυσλιπιδαιμία που λάμβαναν στατίνες διερευνώντας μια ενδεχόμενη επίδραση της θεραπείας στο λιπώδη ιστό.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά συμμετείχαν 66 ασθενείς που λάμβαναν στατίνες και 61 ασθενείς που δεν λάμβαναν. Τα επίπεδα της απελίνης και της χεμερίνης μετρήθηκαν με τη μέθοδο Elisa.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η απελίνη ήταν υψηλότερη στους ασθενείς που ήταν υπό αγωγή με στατίνες, ενώ η χεμερίνη ήταν χαμηλότερη. Καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την αρτηριακή υπέρταση και το σακχαρώδη διαβήτη δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των δύο ομάδων (Πίνακας 1).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η απελίνη, η λιποκίνη με την αντιφλεγμονώδη δράση, ήταν υψηλότερη σε ασθενείς υπό αγωγή με στατίνες, ενώ η χεμερίνη, η λιποκίνη με την προφλεγμονώδη δράση, ήταν χαμηλότερη καταδεικνύοντας την επίδραση των στατινών στο λιπώδη ιστό ως μια επιπρόσθετη ιδιότητά τους που ενισχύει την αντιφλεγμονώδη δράση τους.

Π ί ν α κ α ς 1 .

	Ασθενείς που λάμβαναν στατίνες (n=66)	Ασθενείς που δεν λάμβαναν στατίνες (n=61)	p-value
Ηλικία (έτη)	62,2 ± 9,9	61,0 ± 13,7	NS
Άρρεν φύλο (%)	42 (63,6%)	36 (59%)	NS
BMI (kg/m ²)	28,7 ± 4,4	27,7 ± 5,3	NS
Αρτηριακή υπέρταση (%)	47 (71,2%)	45 (73,8%)	NS
Σακχαρώδης διαβήτης (%)	14 (21,2%)	7 (11,5%)	NS
Απελίνη (pg/ml)	235,3 ± 130,1	200,9 ± 105,9	0,05
Χεμερίνη (ng/ml)	10,0 ± 11,8	17,7 ± 22,8	0,009

ΠΑ 10

ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Μ. Βέλλιου¹, Η. Σανίδας¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Κ. Ζέρβα¹, Κ. Τσάκαλης¹, Λ. Ντάλιου¹, Δ. Ηλιόπουλος², Μ. Μαντζουράνη³, Κ. Τούτουζας⁴, Ι. Μπαρμπετσάς¹

¹Καρδιολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Λαϊκό», ²Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης «Ν.Σ. Χρηστέας», ³Α' Παθολογική Κλινική ΓΝΑ «Λαϊκό», ⁴Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το μεταβολικό σύνδρομο αποτελούμενο από ένα σύνολο παραγόντων κινδύνου συμπεριλαμβανομένης της κοιλιακής παχυσαρκίας, της αρτηριακής υπέρτασης, της δυσλιπιδαιμίας και της αντίστασης στην ινσουλίνη έχει συνδεθεί με την εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ενδεχόμενη συσχέτιση του μεταβολικού συνδρόμου με την κολλική μαρμαρυγή (ΚΜ).

ΜΕΘΟΔΟΙ: Συνολικά συμμετείχαν 50 ασθενείς με ΚΜ και 50 ασθενείς χωρίς ΚΜ. Ως μεταβολικό σύνδρομο ορίστηκε η παρουσία τουλάχιστον τριών από τα ακόλουθα κριτήρια: (1) περίμετρος μέσης ≥ 102 cm στους άντρες ή ≥ 88 cm στις γυναίκες, (2) τριγλυκερίδια ≥ 150 mg/dl ή λήψη φαρμακευτικής αγωγής λόγω υπερτριγλυκεριδαιμίας, (3) HDL < 40 mg/dl στους άντρες ή < 50 mg/dl στις γυναίκες ή λήψη φαρμακευτικής αγωγής λόγω μειωμένης HDL, (4) συστολική αρτηριακή πίεση ≥ 130 mm Hg ή διαστολική αρτηριακή πίεση ≥ 85 mmHg ή λήψη αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής και (5) γλυκόζη νηστείας ≥ 100 mg/dl ή λήψη φαρμακευτικής αγωγής λόγω υπεργλυκαιμίας. Σε όλον τον πληθυσμό μελέτης πραγματοποιήθηκε αιμοληψία μετά από 12ωρη νηστεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό των ασθενών με μεταβολικό σύνδρομο ήταν μεγαλύτερο στην ομάδα της ΚΜ, αν και δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά σε σχέση με την ομάδα των ασθενών χωρίς ΚΜ (44% έναντι 34%, $p=NS$). Ειδικότερα, δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική διαφορά αναφορικά με την περίμετρο μέσης, τη μέση τιμή της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης, τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων, της HDL και της γλυκόζη νηστείας μεταξύ των δύο ομάδων. Επίσης, το ποσοστό των ασθενών που λάμβανε αντιυπερτασική ή αντιδιαβητική φαρμακευτική αγωγή δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών με ΚΜ και των ασθενών χωρίς ΚΜ (Πίνακας).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό των ασθενών με μεταβολικό σύνδρομο ήταν υψηλότερο στην ομάδα της ΚΜ, αλλά όχι στατιστικώς σημαντικό, τονίζοντας το επηρεασμένο μεταβολικό προφίλ αυτών των ασθενών.

Πίνακας 1.

	Ασθενείς με ΚΜ (n=50)	Ασθενείς χωρίς ΚΜ (n=50)	p-value
Ηλικία (έτη)	61,6 $\pm$ 12,1	58,9 $\pm$ 10,7	NS
Άρρεν (%)	29 (58%)	28 (56%)	NS
Περίμετρος μέσης (cm)	95,8 $\pm$ 9,5	94,6 $\pm$ 10,6	NS
Βάρος (kg)	81,9 $\pm$ 16,9	81,2 $\pm$ 20,1	NS
Ύψος (m)	1,71 $\pm$ 0,11	1,69 $\pm$ 0,11	NS
BMI (kg/m ²)	28 $\pm$ 4,5	28,3 $\pm$ 5,4	NS
TG (mg/dl)	130,9 $\pm$ 71,13	136,04 $\pm$ 68,83	NS
HDL-C (mg/dl)	50,55 $\pm$ 14,61	51,46 $\pm$ 13,4	NS
Glu (mg/dl)	106,98 $\pm$ 23,6	108,64 $\pm$ 28,24	NS
ΣΑΠ (mm Hg)	128,13 $\pm$ 9,8	120,58 $\pm$ 8,4	NS
ΔΑΠ (mm Hg)	80,58 $\pm$ 4,2	75,69 $\pm$ 6,7	NS
Ασθενείς υπό αντιδιαβητική αγωγή (%)	4 (8%)	9 (18%)	NS
Ασθενείς υπό αντιυπερτασική αγωγή (%)	34 (68%)	28 (56%)	NS
Μεταβολικό σύνδρομο (%)	22 (44%)	17 (34%)	NS

ΠΑ 11

ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΣΕ ΕΦΗΒΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΗΜΙΑΣΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Μ. Στεφανίδου¹, Ι. Τζιώκα¹, Η. Μουντζουρίδη¹, Σ. Τζιαμπάση¹, Μ. Βίλδου², Σ. Κλίνης²

¹Ειδικευόμενοι Γενικής Ιατρικής Δυτικής Μακεδονίας, ²Γραφείο Συντονισμού Εκπαίδευσης Γενικής Ιατρικής Δυτικής Μακεδονίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χρήση του διαδικτύου είναι ευρέως διαδεδομένη, λόγω των ποικίλων δυνατοτήτων που προσφέρει, ειδικά στις νεαρές ηλικίες που είναι περισσότερο εξοικειωμένες με τις νέες τεχνολογίες. Ωστόσο, η υπέρμετρη ενασχόληση με αυτό φαίνεται να εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία του εφηβικού πληθυσμού.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη του εθισμού στο διαδίκτυο του εφηβικού πληθυσμού ευθύνης του Κέντρου Υγείας Σιάτιστας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Για τους σκοπούς της έρευνας δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο 19 ερωτήσεων, το οποίο αποτελούνταν από 6 ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά στοιχεία και από 13 ερωτήσεις που μελετούν το διαδικτυακό εθισμό με χρήση μιας μετασχηματισμένης και μεταφρασμένης κλίμακας του ερωτηματολογίου Internet Addiction Test. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, σε έντυπη μορφή και συμπληρώθηκαν εθελοντικά από 94 μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ηλικίας 13 έως 18 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός του ήπιου εθισμού ήταν 51,1%, ο μέτριος εθισμός ήταν 4,2% και η σοβαρή εξάρτηση από το Διαδίκτυο ήταν 2,1%. Υψηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν σε ερωτήσεις που υποδεικνύουν τη σύνδεση στο διαδίκτυο πριν από την κατάκλιση (90,4%) και την ανικανότητα ελέγχου του χρόνου χρήσης (79,8%), ενώ οι ερωτήσεις σχετικά με την παραμέληση της κοινωνικής ζωής και την απόκρυψη της χρήσης του διαδικτύου από τους άλλους είχαν μεγαλύτερη ευαισθησία. Οι συχνότερες ασχολίες των εφήβων στο διαδίκτυο ήταν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (70,2%) και η παρακολούθηση βιντεοταινιών (61,7%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός του εθισμού στο διαδίκτυο σε εφήβους ημιαστικής περιοχής εμφανίζεται υψηλός. Οι Γενικοί/ Οικογενειακοί Ιατροί οφείλουν να εκτιμούν την υπέρμετρη χρήση και τις επιδράσεις της εξάρτησης σε άλλους τομείς της κοινωνικής ζωής των εφήβων και να παρεμβαίνουν συμβουλευτικά στις περιπτώσεις εθισμού.

ΠΑ 12

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΤΟΠΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ν. Βαρσάμης¹, Γ. Ντάτσος², Λ. Τάτσου³, Ο. Κόκα⁴, Κ. Κουβάτσου⁵, Μ. Σπανού⁶

¹ΠΕ Παθολογίας, ²ΤΟΥ ΤΟΥ Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, ³ΠΕ Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής, ⁴ΤΟΥ ΤΟΥ Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ⁵ΠΕ Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής, ⁶ΤΟΥ ΤΟΥ Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ⁷ΠΕ Κοινωνικών Λειτουργιών, ⁸ΤΟΥ ΤΟΥ Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ⁹ΠΕ Νοσηλευτικής, ¹⁰ΤΟΥ ΤΟΥ Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ¹¹ΠΕ Επισκεπτών Υγείας, ¹²ΤΟΥ ΤΟΥ Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Βασική μέριμνα των ΤΟΥ είναι η παροχή ενός ευρέως φάσματος θεραπευτικών και προληπτικών υπηρεσιών υγείας, η συνεχής παρακολούθηση των ασθενών και του υγιούς πληθυσμού από τη διεπιστημονική ομάδα υγείας της δομής, η διαμόρφωση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας καθώς και η παροχή υπηρεσιών που άπτονται της δημόσιας υγείας, όπως η συμβουλευτική, οι υπηρεσίες διασύνδεσης, οι εμβολιασμοί και οι δράσεις προαγωγής υγείας στην κοινότητα.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η παρουσίαση του έργου των Τ.Ο.Μ.Υ. ως δομές παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στους επιμέρους στόχους περιλαμβάνονται η ανάδειξη της αναγκαιότητας λειτουργίας της πρωτοβάθμιας υγείας ως ακρογωνιαίος λίθος του συστήματος υγείας, και της διαφορετικότητας των Τ.Ο.Μ.Υ. ως διεπιστημονικές ομάδες παροχής ολιστικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκαν στατιστικά δεδομένα από το ηλεκτρονικό αρχείο της 2ης Τοπικής Μονάδας Υγείας Ιωαννίνων με χρονικό διάστημα αναφοράς από την έναρξη λειτουργίας της δομής μέχρι και 31/12/2019, που αφορούν την επισκεψιμότητα και τις παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν από το σύνολο της διεπιστημονικής ομάδας της ΤΟΥ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την έναρξη λειτουργίας της 2ης Τοπικής Μονάδας Υγείας έως σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί συνολικά 18.278 ιατρικές επισκέψεις. Διενεργήθηκαν 1,601 νοσηλευτικές συνεδρίες, 864 εμβολιασμοί και υλοποιήθηκαν 116 δράσεις προαγωγής υγείας στην κοινότητα από τις επισκέπτριες υγείας. Επίσης, έχουν πραγματοποιηθεί 191 επισκέψεις ασθενών στο πλαίσιο της συμβουλευτικής και διασύνδεσης με λοιπές δομές υγείας. Τέλος, πραγματοποιήθηκαν 220 παραπομπές ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαπιστώνεται η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των ΤΟΥ ως δομές παροχής ολοκληρωμένης, συνεχιζόμενης και ολιστικής ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας και ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν στη διασύνδεση των ασθενών με το υπόλοιπο σύστημα υγείας.

Η ημικρανία δεν είναι απλά ένας πονοκέφαλος.

Είναι η 2^η αιτία
αναπηρίας παγκοσμίως.*



Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την ημικρανία
παρακαλούμε επισκεφτείτε τον ΝΕΟ ΙΣΤΟΤΟΠΟ
ΤΗΣ NOVARTIS
www.medicalportal.novartis.gr αποκλειστικά
για Επαγγελματίες Υγείας

Σκανάρετε το QR code για να επισκεφτείτε τον ιστότοπο

* Migraine is the second cause of Years Lived with Disability (reference: figure 1C,
GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, Lancet 2017)

 NOVARTIS

MIGR_ADV001_FEB_2020_GR20202797962

**Αναρτημένες
Ανακοινώσεις**



ΑΑ 01

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΡΘΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κ. Μπάκας¹, Σ. Μαντζούκης², Μ. Γερασίμου³, Ν. Αρματά⁵, Γ. Φίλη⁴, Ε. Παππά²

¹Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, Ελλάδα, ²Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, Ελλάδα, ³Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, Ελλάδα, ⁴Κέντρο Υγείας Δελβινακίου, Δελβινάκι, Ελλάδα, ⁵Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ορθή λήψη ιατρικού ιστορικού και η κλινική εξέταση συντελεί σε μεγάλο ποσοστό στην ορθή διάγνωση και τελικά στην ορθή διαχείριση των ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού στο οποίο η κλινική εξέταση έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην περαιτέρω διαχείριση του ασθενούς.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας με επιγαστραλγία από διώρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Άνδρας βαρύς καπνιστής με ελεύθερο ιστορικό προσέρχεται σε Κέντρο Υγείας για ήπια επιγαστραλγία από 2ώρου (που ο ίδιος αποδίδει σε λιπαρό βραδινό γεύμα). Το ΗΚΓ ήταν φυσιολογικό. Από την κλινική εξέταση παρουσιάζει μειωμένη ένταση σφύξεων στο άνω και κάτω άκρο και διαφορά ΣΑΠ μεταξύ των δύο άκρων >35 mm Hg. Άμεσα ετέθη η υποψία αορτικού διαχωρισμού και για επιτάχυνση των διαγνωστικών διαδικασιών έγινε άμεση επικοινωνία με το Καρδιολογικό Ιατρείο του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών εφημερεύοντος νοσοκομείου. Ο ασθενής διακομίστηκε στο νοσοκομείο και υπεβλήθη σε ακτινογραφία θώρακος και σε αξονική αορτογραφία που ανέδειξε διαχωριστικό ανεύρυσμα ανιούσας αορτής έως και μετά τις νεφρικές αρτηρίες και στη συνέχεια διακομίστηκε σε καρδιοχειρουργικό κέντρο για περαιτέρω αντιμετώπιση. Αξίζει να σημειωθεί ότι το υπερηχοκαρδιογράφημα στο χώρο του ΤΕΠ ανέδειξε ήπια διάταση ανιούσας αορτής, χωρίς συνοδό περικαρδιακή συλλογή ή ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κλινική εξέταση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της ιατρικής και ιδιαίτερα για την πρωτοβάθμια περίθαλψη όπου αποτελεί το μείζον και πολλές φορές το μοναδικό διαγνωστικό εργαλείο για τον γενικό ιατρό.

AA 02

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΜΕΣΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Κ. Μπάκας¹, Σ. Μαντζούκας², Μ. Γερασίου³, Μ. Αλεξίου⁴, Γ. Φίλη⁵, Ε. Παππά²

¹Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, Ελλάδα, ²Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, Ελλάδα, ³Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, Ελλάδα, ⁴Κέντρο Υγείας Παραμυθιάς, Παραμυθιά, Ελλάδα, ⁵Κέντρο Υγείας Δελβινακίου, Δελβινάκι, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αντιμετώπιση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων θα πρέπει να είναι άμεση, καθώς κάθε καθυστέρηση ισοδυναμεί με απώλεια βιώσιμου μυοκαρδίου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού στο οποίο η καθυστέρηση στην παροχή θεραπείας οδήγησε σε σημαντική απώλεια μυοκαρδίου και μείωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 64 ετών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής 54 ετών διακομίζεται από Κέντρο Υγείας λόγω προκάρδιου άλγους από 12 ωρών με συνοδά επεισόδια εμέτων. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε εικόνα STEMI πρόσθιου τοιχώματος. Η στεφανιογραφία ανέδειξε ολική απόφραξη του πρόσθιου κατιόντα και σημαντικές βλάβες στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αγγειοπλαστική στον πρόσθιο κατιόντα και σε δεύτερο χρόνο αγγειοπλαστική στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Παρά την αιμάτωση ο ασθενής εμφάνισε σοβαρή συστολική δυσλειτουργίας αριστερής κοιλίας που δεν βελτιώθηκε με την πάροδο ικανού χρονικού διαστήματος με αποτέλεσμα στον ασθενή να εμψυτευθεί απινιδωτής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καθυστέρηση στην αναγνώριση των συμπτωμάτων από τον ασθενή αλλά και η καθυστέρηση λόγω της οργάνωσης του συστήματος παροχής περίθαλψης οδήγησε σε σημαντική βλάβη. Είναι καθήκον της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω ενημερωτικών σεμιναρίων για τη στεφανιαία νόσο να μειώσει αυτήν την καθυστέρηση.

ΑΑ 03

ΑΤΥΠΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Κ. Μπάκας¹, Σ. Μαντζούκας², Μ. Γερασίου³, Γ. Φίλη⁴, Β. Δημητρούλα², Ε. Παππά²

¹Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, Ελλάδα, ²Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, Ελλάδα, ³Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, Ελλάδα, ⁴Κέντρο Υγείας Δελβινακίου, Δελβινάκι, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης πολύ συχνά ανιχνεύουν την ύπαρξη άτυπης συμπτωματολογίας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη οδηγώντας στη σωστή διαχείριση και πολλές φορές στη σωτηρία των ασθενών αυτών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της σημασίας ορθής λήψης ιστορικού ιδίως σε διαβητικούς ασθενείς.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα με σακχαρώδη διαβήτη και δύσπνοια

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Γυναίκα 65 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη (υπό ινσουλίνη από 5ετίας), διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και αρτηριακή υπέρταση προσήλθε στο Κέντρο Υγείας για τη μηνιαία συνταγογράφηση της φαρμακευτικής του αγωγής. Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης του, ο γενικός ιατρός εκμαιεύει από την ασθενή μία ήπια δύσπνοια σε μεγάλο έργο που η ασθενής αποδίδει σε αύξηση σωματικού βάρους. Μετά από επικοινωνία με το εφημερεύον νοσοκομείο η ασθενής διακομίζεται στην εφημερεύουσα καρδιολογική κλινική όπου γίνεται αναίμακτος έλεγχος ισχαιμίας (σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου) που ανέδειξε αναστρέψιμη ισχαιμία στο πρόσθιο τοίχωμα. Η ασθενής δύο ημέρες μετά υπεβλήθη σε στεφανιογραφικό έλεγχο που ανέδειξε σημαντική στένωση στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας και ακολούθως διενεργήθηκε αγγειοπλαστική με πολύ καλό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Έκτοτε η ασθενής, αναφέρει βελτίωση της συμπτωματολογίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η άτυπη συμπτωματολογία για στεφανιαία νόσο είναι ιδιαίτερα συχνή σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και οι ιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση κατά την εξέταση αυτών των ασθενών.

AA 04

ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

A. Τριανταφυλλίδου¹, A. Δεμουρτσίδου², E. Λογοτριβή¹, T. Αλεξίου¹, K. Αλεξίου¹, M. Κριθαρίδης³

¹Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής, Πολύγυρος, ²Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», ³ΠΙ Βρασών, ΚΥ Νέας Μαδύτου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διενέργεια καλλιέργειας αίματος είναι απαραίτητη επί υποψίας βακτηριαιμίας για τη στοχευμένη χορήγηση κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της συχνότητας των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν από θετικές αιμοκαλλιέργειες και ο έλεγχος της ευαισθησίας τους στους αντιμικροβιακούς παράγοντες.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό αποτέλεσαν 352 καλλιέργειες αίματος που στάλθηκαν στο μικροβιολογικό εργαστήριο του ΓΝ Χαλκιδικής κατά τη διάρκεια ενός έτους (01/01/2019-31/12/2019). Τα δείγματα προέρχονταν από τις εξής κλινικές: παθολογική 52% (n=183), μονάδα τεχνητού νεφρού 35% (n=124), μονάδα εντατικής θεραπείας 6,8% (n=24), ορθοπαιδική 2,4% (n=8), παιδιατρική 1,8% (n=6), καρδιολογική 1,4% (n=5) και χειρουργική 0,6% (n=2). Η επώαση των αιμοκαλλιιεργειών έγινε στο SIGNAL Blood Culture System (England), η απομόνωση των μικροοργανισμών έγινε με ανακαλλιέργεια σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά, ενώ η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας των μικροοργανισμών στους αντιμικροβιακούς παράγοντες έγινε με το αυτοματοποιημένο μηχάνημα MicroScan autoSCAN4 (SIEMENS - Brea, United States).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των αιμοκαλλιιεργειών, θετικό σήμα έδωσαν οι 82 (23%). Οι μικροοργανισμοί που αναπύχθηκαν κατά σειρά συχνότητας ήταν οι εξής: *Coagulase-negative Staphylococci* (CoNS) 62,7% (n=52 - εκ των οποίων οι 39 ήταν *Staphylococcus epidermidis*), *E. coli* 12,1% (n=10), *Enterococcus* spp 6% (n=5), *Klebsiella pneumoniae* 4,8% (n=4), *Staphylococcus aureus* 3,6% (n=3), *Candida* spp 3,6% (n=3), *Enterobacter cloacae* 1,2% (n=1), *Pseudomonas aeruginosa* 1,2% (n=1), *Micrococcus* spp 1,2% (n=1), *Proteus* spp 1,2% (n=1), *Streptococcus anginosus* 1,2% (n=1) και *Achromobacter xylosoxidans* 1,2 (n=1). Από τους Gram (-) μικροοργανισμούς 2 στελέχη *E. coli* παράγααν ESBL και 2 στελέχη *Klebsiella pneumoniae* ήταν ανθεκτικά στις καρβαπενέμες (ιμιπενέμη, μεροπενέμη). Στις κινολόνες ήταν ανθεκτικά 5 (50%) στελέχη *E. coli*, όλα τα στελέχη *Klebsiella pneumoniae* και το *Achromobacter xylosoxidans*, ενώ στη γενταμικίνη ήταν ανθεκτικά 1 (25%) στέλεχος *Klebsiella pneumoniae* και το στέλεχος *Achromobacter xylosoxidans*. Από τους Gram (+) μικροοργανισμούς κανένα στέλεχος δεν ήταν ανθεκτικό στα γλυκοπεπτιδία. Ένα στέλεχος *Staphylococcus aureus* και το 79% των CoNS ήταν ανθεκτικά στη μεθικιλίνη, ενώ στις αμινογλυκοσίδες ήταν ανθεκτικό το 50% των CoNS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι συχνότερα απομονωθέντες μικροοργανισμοί ήταν οι CoNS, και ιδιαίτερα ο *Staphylococcus epidermidis*. Οι CoNS αποτελούν συχνό αίτιο επιμόλυνσης των αιμοκαλλιιεργειών και αίτιο μικροβιαμίας σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή και ενδοαγγειακούς καθετήρες. Δεδομένου ότι αποτελούν μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας του δέρματος, συστήνεται η αυστηρή τήρηση κανόνων αντισηψίας κατά την τοποθέτηση των αγγειακών καθετήρων και κατά τη λήψη αιμοκαλλιιεργειών.

AA 05

ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΑΠΟ ΟΥΡΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

A. Τριανταφυλλίδου¹, A. Δεμουρτσίδου², E. Λογοτριβή¹, T. Αλεξίου¹, K. Αλεξίου¹, M. Κριθαρίδης³

¹Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής, Πολύγυρος, ²Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», ³ΠΙ Βρασών, ΚΥ Νέας Μαδύτου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η συνεχής αύξηση της αντοχής των παθογόνων μικροοργανισμών στους αντιμικροβιακούς παράγοντες, οι οποίοι συστήνονται ως εμπειρική αγωγή στις ουρολοιμώξεις, αφορά και τους παιδιατρικούς ασθενείς. Αυτό καθιστά απαραίτητη τη διενέργεια ουροκαλλιέργειας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των λοιμώξεων ουροποιητικού συστήματος σε παιδιατρικούς ασθενείς και ο έλεγχος της ευαισθησίας στους αντιμικροβιακούς παράγοντες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Το υλικό αποτέλεσαν 417 ουροκαλλιέργειες παιδιατρικών ασθενών ηλικίας από 0 έως 16 ετών, τα οποία νοσηλεύτηκαν ή προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του ΓΝ Χαλκιδικής κατά το διάστημα 01/01/2019 έως 31/12/2019 με συμπτώματα συμβατά με ουρολοίμωξη. Ο εμβολιασμός των δειγμάτων έγινε σε αιματούχο/Mc Conkey άγαρ και η αξιολόγηση με ποσοτική μέθοδο. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας στους αντιμικροβιακούς παράγοντες έγινε με το αυτοματοποιημένο μηχάνημα MicroScan autoSCAN4 (SIEMENS - Brea CA, United States).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των δειγμάτων, τα 85 (20%, 57 θήλεα/28 άρρενα), αξιολογήθηκαν ως θετικά με αποκλειστική ανάπτυξη ενός μικροοργανισμού σε συγκέντρωση $\geq 10^4$ cfu/ml. Οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν κατά σειρά συχνότητας ήταν: *E. coli* 63,5% (n=54), *Proteus* spp 27% (n=23), *Klebsiella pneumoniae* 3,5% (n=3), *Pseudomonas aeruginosa* 1,2% (n=1), *Serratia marcescens* 1,2% (n=1), *Enterococcus faecalis* 1,2% (n=1), *Providencia rettgeri* 1,2% (n=1) και *Staphylococcus saprophyticus* 1,2% (n=1). Από τους Gram (-) μικροοργανισμούς 3 στελέχη *E. coli* και 1 στέλεχος *Proteus mirabilis* παρήγαγαν ESBL. Από τα στελέχη *E. coli* που απομονώθηκαν, το 40% παρουσίασε αντοχή στην τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη, το 29% στην αμπικιλίνη και το 18% στην αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη, ενώ ένα μικρό ποσοστό παρουσίασε αντοχή στις κεφαλοσπορίνες 2ης γενιάς (5%) και στη γενταμικίνη (5%). Από τα στελέχη *Proteus mirabilis* το 48% παρουσίασε αντοχή στην τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη, το 26% στην αμπικιλίνη και σε μικρότερο ποσοστό στην αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη (13%), στις κεφαλοσπορίνες 2ης γενιάς (8%) και στις αμινογλυκοσίδες (8% γενταμικίνη και 4% αμικασίνη). Το στέλεχος *Pseudomonas aeruginosa* ήταν ευαίσθητο στα αντιψευδομοναδικά αντιβιοτικά. Τα στελέχη *Klebsiella pneumoniae* ήταν ανθεκτικά στην τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη στο 66% και στην αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη στο 33%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το συχνότερο αίτιο ουρολοιμώξεων στους ασθενείς μας ήταν το *E. coli* και ακολουθούσαν τα εξής: *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae* και *Pseudomonas aeruginosa*. Η τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη και η αμπικιλίνη δεν συνιστώνται ως αρχική εμπειρική θεραπεία στις ουρολοιμώξεις παιδιατρικών ασθενών λόγω του υψηλού ποσοστού αντοχής, ενώ η αμικασίνη και οι κεφαλοσπορίνες 2ης γενιάς παραμένουν η θεραπεία εκλογής με υψηλά ποσοστά ευαισθησίας.

AA 06

ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

A. Τριανταφυλλίδου¹, A. Δεμουρτσίδου², E. Λογοτριβή¹, T. Αλεξίου¹, K. Αλεξίου¹, M. Κριθαρίδης³

¹Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής, Πολύγυρος, ²Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», ³ΠΙ Βρασών, ΚΥ Νέας Μαδύτου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μελέτη καλλιέργειας τραύματος είναι απαραίτητη για την επιτυχή και στοχευμένη αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της συχνότητας των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν από καλλιέργειες τραυμάτων και ο έλεγχος της ευαισθησίας τους στους αντιμικροβιακούς παράγοντες.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό αποτέλεσαν 130 καλλιέργειες τραυμάτων (81 ανδρών/49 γυναικών) που προσκομίστηκαν στο μικροβιολογικό εργαστήριο του ΓΝ Χαλκιδικής από τις εξής κλινικές: εξωτερικά ιατρεία (n=37), χειρουργική (n=35), ορθοπαιδική (n=34), μονάδα τεχνητού νεφρού (n=9), παθολογική (n=7), μαιευτική (n=4), μονάδα εντατικής θεραπείας (n=2), ουρολογική (n=1) και παιδιατρική (n=1) κατά το διάστημα ενός έτους (01/01/2019-31/12/2019). Τα δείγματα καλλιεργήθηκαν στα κατάλληλα θρεπτικά υλικά. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας των μικροοργανισμών στους αντιμικροβιακούς παράγοντες έγινε με το αυτοματοποιημένο μηχανήμα MicroScan autoSCAN4 (SIEMENS - Brea CA, United States).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των δειγμάτων, σε 45 παρατηρήθηκε αποκλειστική ανάπτυξη ενός μικροοργανισμού και σε 27 είχαμε ανάπτυξη δύο ή τριών μικροοργανισμών. Συνολικά απομονώθηκαν 99 στελέχη μικροβίων που κατά σειρά συχνότητας είχαν ως εξής: *CoN Staphylococcus* (CoNS) 22,3% (n=22 – εκ των οποίων οι 10 ήταν *Staphylococcus epidermidis*), *Enterobacter* spp 13,2% (n=13), *E. coli* 10,2% (n=10), *Enterococcus* spp 8,1% (n=8), *Staphylococcus aureus* 7% (n=7), *Klebsiella* spp 6% (n=6), *Pseudomonas aeruginosa* 5,1% (n=5), *Bacteroides* spp 5,1% (n=5), *Proteus* spp 4% (n=4), *Morganella morganii* 4% (n=4), *Acinetobacter baumannii* cplx 3% (n=3), *Citrobacter* spp 3% (n=3), *Streptococcus anginosus* 3% (n=3), *Serratia marcescens* 2% (n=2), *Escherichia vulneris* 1% (n=1), *Streptococcus mitis/oralis* 1% (n=1), *Micrococcus* spp 1% (n=1) και *Streptococcus parasanguinis* 1% (n=1). Η (%) ευαισθησία των Gram (–) μικροοργανισμών στους αντιμικροβιακούς παράγοντες φαίνεται στον κάτωθι Πίνακα:

	SAM	CXM	CAZ	FOX	FEP	CIP	GM	AN	IMI	ERT
<i>Enterobacter</i> spp	54%	69%	92%	–	85%	92%	100%	100%	100%	100%
<i>E. coli</i>	60%	80%	100%	90%	80%	60%	100%	100%	90%	100%
<i>Klebsiella</i> spp	100%	83%	100%	83%	100%	100%	100%	100%	100%	83%
<i>Ps. aeruginosa</i>	–	–	100%	–	80%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Proteus</i> spp	100%	100%	75%	75%	75%	75%	50%	75%	100%	100%
Λοιπά Gram (–)	62%	23%	69%	54%	92%	62%	92%	100%	77%	85%

SAM: Ampicillin/Sulbactam, CXM: Cefuroxime, CAZ: Cefazidime, FOX: Cefoxitin, FEP: Cefepime, CIP: Ciprofloxacin, GM: Gentamycin, AN: Amikacin, IMI: Imipenem, ERT: Ertapenem.

Από τους Gram (+) μικροοργανισμούς το 57% των *Staphylococcus aureus* ήταν MRSA, το 64% των CoNS ήταν MRSE και κανένα στέλεχος δεν παρουσίασε αντοχή στα γλυκοπεπτιδία.

Συμπεράσματα: Οι συχνότερα απομονωθέντες μικροοργανισμοί ήταν οι CoNS, από τους οποίους το 45% ήταν *Staphylococcus epidermidis*. Οι CoNS αποτελούν μέρος της χλωρίδας του δέρματος και συχνά επιμολύνουν τις καλλιέργειες, οι οποίες θα πρέπει να λαμβάνονται και να αξιολογούνται με ιδιαίτερη προσοχή, για την αποφυγή άσκοπης χρήσης αντιβιοτικών. Η ευαισθησία των Gram (–) ήταν αρκετά ικανοποιητική.

AA 07

ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΙΣ ΚΙΝΟΛΟΝΕΣ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΑΠΟ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΟΥΡΩΝ

A. Τριανταφυλλίδου¹, A. Δεμουρτσίδου², E. Λογοτριβή¹, T. Αλεξίου¹, K. Αλεξίου¹, M. Κριθαρίδης³

¹Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής, Πολύγυρος, ²Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», ³ΠΙ Βρασών, ΚΥ Νέας Μαδύτου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αύξηση της αντοχής των παθογόνων μικροοργανισμών στις κινολόνες είναι φαινόμενο ανησυχητικό.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της συχνότητας των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν από καλλιέργειες ούρων ασθενών και η μελέτη της ευαισθησίας τους στις κινολόνες.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό αποτέλεσαν 2.258 ουροκαλλιέργειες (1.135 γυναίκες/1.123 άνδρες) ασθενών της κοινότητας (n=1.806) και νοσηλευόμενων ασθενών (n=452) του ΓΝ Χαλκιδικής σε διάστημα ενός έτους (01/01/2019-31/12/2019). Τα δείγματα εμβολιάστηκαν σε αιματούχο και McConkey άγαρ. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας των μικροοργανισμών στους αντιμικροβιακούς παράγοντες έγινε με το αυτοματοποιημένο μηχανήμα MicroScan autoSCAN4 (SIEMENS- Brea CA, United States).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 592 θετικά δείγματα τα 466 αφορούσαν ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων και τα 126 νοσηλευόμενους στις εξής κλινικές: παθολογική (n=93), ουρολογική (n=24), ορθοπεδική (n=4), μονάδα τεχνητού νεφρού (n=2), μονάδα εντατικής θεραπείας (n=2) και μαιευτική (n=1). Από το σύνολο των δειγμάτων, σε 581 παρατηρήθηκε αποκλειστική ανάπτυξη ενός μικροοργανισμού και σε 11 είχαμε ανάπτυξη δύο μικροοργανισμών. Από τη μελέτη εξαιρέθηκαν οι ουροκαλλιέργειες που ανέπτυξαν *Candida* spp. Οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν κατά σειρά συχνότητας ήταν οι εξής: *E. coli* 65,5% (n=395), *Klebsiella* spp 10,1% (n=61), *Proteus* spp 7,2% (n=44), *Pseudomonas* spp 3,6% (n=22), *Enterococcus* spp 3,6% (n=22), *Enterobacter* spp 3,2% (n=19), *Citrobacter* spp 2,3% (n=14), *Acinetobacter baumannii* cplx 1,2% (n=7), *Staphylococcus saprophyticus* 1,2% (n=7), *Staphylococcus aureus* 0,8% (n=5), *Morganella morganii* 0,3% (n=2), *Serratia marcescens* 0,2% (n=1), *Streptococcus agalactiae* 0,2% (n=1), *Providencia rettgeri* 0,2% (n=1), *Hafnia alvei* 0,2% (n=1) και *Salmonella enterica* 0,2% (n=1). Η αντοχή των απομονωθέντων μικροοργανισμών στις κινολόνες φαίνεται στον κάτωθι Πίνακα:

Ασθενείς	<i>E. coli</i>	<i>Klebsiella</i> spp	<i>Proteus</i> spp	<i>Pseudomonas</i> spp	Λοιποί
Εξωτερικοί	15% (n=51)	34% (n=12)	16% (n=5)	21% (n=3)	31% (n=18)
Νοσηλευόμενοι	29% (n=51)	58% (n=51)	42% (n=51)	38% (n=51)	43% (n=51)

Το ποσοστό αντοχής στις κινολόνες όλων των απομονωθέντων μικροοργανισμών είναι 23% (18% ασθενείς κοινότητας και 38% νοσηλευόμενοι).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ποσοστά αντοχής των απομονωθέντων μικροοργανισμών στις κινολόνες είναι ικανοποιητικά όσον αφορά τους ασθενείς κοινότητας. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι νοσηλευόμενοι ασθενείς έχουν υψηλότερα ποσοστά, καθώς οι ουρολοιμώξεις σε αυτούς τους ασθενείς είναι συχνά επιπλεγμένες. Δε συστήνουμε τη χρήση κινολονών ως εμπειρική αγωγή για τις ουρολοιμώξεις. Επιπλέον, προτείνουμε τη διενέργεια ουροκαλλιέργειας και τη χρήση αντιβιογράμματος, πριν από τη χορήγηση κινολονών, και στις επιπλεγμένες ουρολοιμώξεις, προκειμένου να διατηρηθούν σε χαμηλά επίπεδα τα ποσοστά αντοχής στις κινολόνες.

AA 08

ΗΜΙΚΡΑΝΙΕΣ, «ΝΕΥΡΟΦΟΒΙΚΟΤΗΤΑ» ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΟΦΕΛΟΥΣ

Δ. Ανυφαντάκης¹, Φανή Κατσανικάκη^{1,2}, Ε. Συμβουλάκης³

¹Κέντρο Υγείας Κισσάμου, Χανιά, Κρήτη, ²Νευρολογική Κλινική, Άγιος Γεώργιος Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Κρήτη, ³Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Ηρακλείου, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ημικρανία είναι μια από τις πιο κοινές νευρολογικές διαταραχές που εμφανίζονται στον γενικό πληθυσμό. Τα συμπτώματα που προηγούνται μιας κρίσης ημικρανίας είναι γνωστά ως αύρα, διαρκούν από 20 έως 60 λεπτά και περιλαμβάνουν διαταραχές της όρασης, της αισθητικότητας και της ομιλίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας ανακοίνωσης είναι η αναφορά περίπτωσης ημικρανίας με νευρολογική σημειολογία σε μια νεαρή γυναίκα που προσήλθε σε δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 26 ετών με ατομικό αναμνηστικό αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας - μη καπνίστρια, προσήλθε στο Κέντρο Υγείας Κισσάμου, Χανίων Κρήτης λόγω φωταψιών στον αριστερό κυρίως οφθαλμό από 10ώρου, που εμφανίστηκαν, ενώ βρισκόταν μπροστά σε οθόνη υπολογιστή. Δύο ώρες μετά την έναρξη του επεισοδίου, ανέφερε κεφαλαλγία σφύζοντος χαρακτήρα εντοπισμένη βρεγματικά αμφοτερόπλευρα, με συνοδό αίσθημα ναυτίας και ζάλης. Στο παρελθόν περιγράφει κάποια επεισόδια κεφαλαλγιών ηπιότερης έντασης του παρόντος. Τα ζωτικά της σημεία ήταν: Αρτηριακή πίεση 128/75 mm Hg, σφύξεις 83 το λεπτό, Κορεσμός οξυγόνου 99% στον αέρα, Θερμοκρασία 36,4° C. ΗΚΓ: φλεβοκομβικός ρυθμός, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η αδρή νευρολογική εξέταση ανέδειξε υπαισθησία στην κατανομή του αριστερού τριδύμου νεύρου (οφθαλμικός κλάδος V1), θετικό σημείο Barre και Migazzini στο αριστερό άνω και κάτω άκρο αντίστοιχα καθώς και υπαλγησία αυτών. Η μυϊκή ισχύς, οι παρεγκεφαλιδικές δοκιμασίες και τα οστεο-τενόντια αντανακλαστικά ήταν φυσιολογικά. Λόγω της κλινικής εικόνας παραπέμφθηκε σε δευτεροβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα για οφθαλμολογική εξέταση και CT εγκεφάλου προς αποκλεισμό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Η CT εγκεφάλου ήταν αρνητική (χωρίς ισχαιμικό έμφρακτο ή αιμορραγία ή χωροκατακτητική βλάβη). Η οφθαλμολογική εξέταση ήταν φυσιολογική. Η ασθενής εισήχθη στη Νευρολογική Κλινική του ΓΝ Χανίων για περαιτέρω διερεύνηση.

Ο εργαστηριακός έλεγχος θρομβοφιλίας, λοιμώξεων, αυτοανοσίας ήταν αρνητικός. Πραγματοποιήθηκε MRI και MRA/MRV εγκεφάλου μετά από 5 ημέρες, χωρίς ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ετέθη η εξ αποκλεισμού διάγνωση της ημικρανίας με νευρολογική σημειολογία (επιπλεγμένη ημικρανία). Η ασθενής παρέμεινε ελεύθερη συμπτωμάτων μέχρι και σήμερα χωρίς αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η περίπτωση που αναφέρθηκε αποτελεί μια σπάνια κλινική εμφάνιση επιπλεγμένης ημικρανικής κρίσης με οφθαλμική προσβολή και νευρολογική σημειολογία. Οι ημικρανίες εκδηλώνονται με πολλές εκφράσεις κλινικού «χαμαιλεοντισμού» και ο αποκλεισμός της νευρολογικής νοσηρότητας είναι μια αγχογενής και εργοβόρος διαδικασία. Οι ιατροί της ΠΦΥ πρέπει να εξοικειωθούν με τις κλινικές εκδηλώσεις των ημικρανιών και τις κατευθυντήριες οδηγίες, ώστε η διαγνωστική προσέγγιση να συσχετίζεται με όρους κόστους και αποτελεσματικότητας.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί από 28 Φεβρουαρίου έως και 2 Μαρτίου 2020 στο Ξενοδοχείο «Grand Serai» στα Ιωάννινα, Δωδώνης 33, 452 21, Τ: +30 2651 090550

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Θα χορηγηθούν **21** Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης CME - CPD Credits από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.).

ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

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

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

Η επίδειξη της κονκάρδας θα είναι απαραίτητη καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου καθώς και η παράδοση της για την παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης. Στην καταμέτρηση των ωρών, δεν προσμετρούνται τα διαλείμματα και τα Δορυφορικά Συμπόσια/ Διαλέξεις.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

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

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Σε όλους τους συμμετέχοντες του συνεδρίου θα δοθεί Πιστοποιητικό συμμετοχής.
Για την παραλαβή του Πιστοποιητικού απαιτείται η παρακολούθηση του 60% του συνολικού χρόνου του Επιστημονικού Προγράμματος, σύμφωνα με τη σχετική Εγκύκλιο του ΕΟΦ.

Δεν προσμετρούνται τα Δορυφορικά Συμπόσια /Διαλέξεις.

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

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

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

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΣΗ / ΒΙΝΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ

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

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΓΡΑΦΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΓΡΑΦΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
CONGRESS WORLD

Congress World Mov. IKE

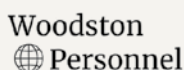
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα

210 7210001, 210 7210052, 210 7210051, 210 7210069

www.congressworld.gr, reception@congressworld.gr

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

Ευχαριστούμε θερμά τις Φαρμακευτικές Εταιρείες
που συνέβαλαν στην πραγματοποίηση της εκδήλωσης





ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

Εταιρεία Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος

ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΕΣ ΗΜΕΡΕΣ Π.Φ.Υ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ 2020

● Κεντρικής Μακεδονίας

3-5.4.2020, Ξενοδοχείο «4 Εποχές», Λουτράκι Αριδαίας

● Κρήτης

22-24.5.2020, Ξενοδοχείο «Mirabello Bay», Άγιος Νικόλαος

● Δυτικής Ελλάδος

6-8.11.2020, Ξενοδοχείο «Kalavrita Canyon», Καλάβρυτα

Θα Χορηγηθούν Μόρια (CME-CPD Credits) Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Συλλογο



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

CONGRESS WORLD

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 ΑΘΗΝΑ, Τηλ. 210 72 10001, 210 72 10052

www.congressworld.gr, info@congressworld.gr

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ



A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ



A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page.



PMI SCIENCE
PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

PMI Science — Το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης (R&D) της Philip Morris International (PMI) εργάζεται πάνω από μία δεκαετία για την ανάπτυξη **Προϊόντων Δυνητικά Μειωμένου Κινδύνου*** σε σύγκριση με το συμβατικό τσιγάρο

Αναπτύσσουμε ευρύ χαρτοφυλάκιο προϊόντων αξιολογώντας τα με τα πιο αυστηρά επιστημονικά κριτήρια και μεθόδους

Στηρίζουμε την έρευνά μας στα πρότυπα Έρευνας και Ανάπτυξης φαρμάκων και σύμφωνα με τις οδηγίες διεθνών οργανισμών υγείας (π.χ. FDA)

www.pmiscience.com

**Προϊόντα Δυνητικά Μειωμένου Κινδύνου είναι ο όρος που χρησιμοποιεί η εταιρεία για να αναφερθεί σε προϊόντα που παρουσιάζουν ή πιθανόν να παρουσιάσουν μικρότερο κίνδυνο βλάβης για τους καπνιστές που επιλέγουν να χρησιμοποιήσουν τα προϊόντα αυτά αντί να συνεχίσουν το κάπνισμα με συμβατικό τσιγάρο.*



Σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, διαφοροποιήστε την φλεγμονώδη από τη μηχανική οσφυαλγία

Η χρόνια φλεγμονώδης
οσφυαλγία είναι το κύριο
κλινικό σύμπτωμα
της Αξονικής Σπονδυλαρθρίτιδας
(ΑΞΣΠΑ)¹

GR1909737549 AS_ADV001_SEP_2019

1. Vibeke S, Jasvinder AS. Evaluation and Management of the Patient With Suspected Inflammatory Spine Disease. Mayo Clin Proc. 2017;92(4):555-564



RELVAR ELLIPTA

(fluticasone furoate and vilanterol inhalation powder)

Φουροϊκή
Φλουτικαζόνη / Βιλαντερόλη

92/22
μg

Φουροϊκή
Φλουτικαζόνη / Βιλαντερόλη

184/22
μg



Relvar Ellipta Φουροϊκή Φλουτικαζόνη/Βιλαντερόλη 92/22 μg & 184/22 μg

Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή.

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

Αθήνα:

Λ. Κηφισίας 266, Χαλάνδρι 152 32,

Τηλ. **2106882100**

www.glaxosmithkline.gr

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

INNOVIVA

Τα εμπορικά σήματα ανήκουν ή έχουν
παραχωρηθεί στον όμιλο εταιρειών GSK.
© 2018 Όμιλος εταιρειών GSK
ή δικαιούχος του Ομίλου GSK.